ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ НЕЙРОВИЗУАЛЬНЫХ ШКАЛ У ПАЦИЕНТОВ С ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ

Баилыков Г.Д., Бридько В.И., Жукова Е.Е.

Научный руководитель: к. м. н., доцент Мухачева С.Ю.
Кафедра акушерства, гинекологии, реаниматологии с курсом КЛД ИНПР
Тюменский Государственный медицинский университет

Актуальность исследования: тяжелая черепно-мозговая травма (ЧМТ) занимает от 30 до 50% в структуре летальности от травмы. На современном этапе различные системы, основанные на диагностическом скрининге нейровизуализации компьютерной томографии (КТ), позволяют проводить стратификацию риска и прогнозировать клинические **Результаты**.

Цель исследования: оценить валидность применения нейровизуальных шкал в определении прогноза у пациентов с черепно-мозговой травмой.

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ 124 историй болезни пациентов с ЧМТ, находящихся на лечении в НРО ГБУЗ ТО ОКБ № 2 г. Тюмени в 2016 г. Средний возраст $42,92 \pm 11,75$ лет. Тяжесть состояния при поступлении оценивалась по шкале комы Глазго (GCS) и модифицированной шкале Four (Full Outline of UnResponsiveness). Для анализа клинического прогноза были использованы классификация Marshall и шкалы Rotterdam, Helsinki CT-score [1].

Результаты: среди исследованных 52 пациента (41,9%) имели неблагоприятный исход (GCS $8,08 \pm 2,11$ баллов, Four $7,66 \pm 3,44$ баллов). По данным КТ комбинированные повреждения головного мозга выявлены в 35,5% (n=44). Оценка факторов риска показала значимость в шкалах Rotterdam (OR=0,3, 95%ДИ 1,3–1,9, p=0,03) и Helsinki CT-score (OR=0,5, 95%ДИ 1,8–2,6, p=0,02), в классификации Marshall (OR=3,42, 95%ДИ 1,1–1,16, p>0,5). Смещение срединных структур с наличием контузионных очагов до 13 мм регистрировались среди выживших пациентов в 65,3% (n=47), у пациентов с летальным исходом, с увеличением объема до 18 мм, в 82,7% (n=43), что не нашло отражения в анализируемых шкалах.

Выводы: шкалы Rotterdam и Helsinki CT-score проявляют более высокую прогностическую значимость в раннем периоде черепно-мозговой травмы, чем классификация Marshall. Наличие контузионных изменений представляется важным критерием включения в нейровизуальные шкалы для более точного прогноза клинических результатов у пациентов с черепно-мозговой травмой.

Литература

1. Thelin E.P, Nelson D.W, Vehviläinen J, et al. Evaluation of novel computerized tomography scoring systems in human traumatic brain injury: An observational, multicenter study. PLoS Med. 2017; 14 (8): e1002368. doi:10.1371/journal.pmed.1002368.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТА ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ КОРОНАРОГРАФИИ, ОСЛОЖНИВШИЙСЯ ТЭЛА

Булавинцева А.В., Руденко Н.Ю.

Научный руководитель: к. м. н. Шатов Д.В.
Кафедра анестезиологии-реаниматологии и скорой медицинской помощи
Медицинская академия имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского»

Актуальность исследования: ишемическая болезнь сердца (ИБС) занимает ведущее место по своей медико-социальной значимости, влиянию на общую заболеваемость и инвалидизацию во всех странах мира [1]. На сегодняшний день одним из наиболее информативных методов исследования у пациентов с ИБС является селективная коронарография.

Цель исследования: представление клинического случая развития тромбоэмболии легочной артерии у пациента после выполнения селективной коронарографии.

Материалы и методы: анализ истории болезни пациента, получающего медицинскую помощь в стационарных условиях.

Результаты: пациент 58 лет, поступил в кардиохирургическое отделение для проведения коронарографии. В стационаре пациенту была выполнена селективная коронарография трансфеморальным доступом через правую общую бедренную артерию по методу Сельдингера. На следующий день, состояние больного после незначительной физической нагрузки резко ухудшилось, появились жалобы на чувство нехватки воздуха, выраженную одышку, слабость, головокружение. Учитывая наличие в анамнезе проведения ангиографического исследования с трансфеморальным доступом с последующим постельным режимом, жалобы, данные объективных и дополнительных методов исследования у пациента была заподозрена ТЭЛА, что в дальнейшем было подтверждено ангиопульмонографией. Пациенту был начат селективный тромболитический (25 мг алтеплазы (Актилизе®)) с последующим продолжением системного введения 75 мг. На фоне проводимого лечения состояние пациента улучшилось, с последующим выздоровлением.

Выводы: в представленном клиническом наблюдении имело место развитие редкого опасного осложнения коронарографии выполненной трансфеморальным доступом. Однако активная инвазивная тактика позволила оперативно диагностировать и начать тромболитическую терапию, избежав летального исхода у пациента после диагностического исследования.

Литература

1. Нагибина Ю.В. Ишемическая болезнь сердца (ИБС) занимает медико-социальные особенности больных ишемической болезнью сердца и качество жизни / Ю.В. Нагибина, Л.А. Захарова//Российский кардиологический журнал. 2017. № 3 Т. 22. С. 155–159.

РАЗВИТИЕ СЕРДЕЧНО-ЛЁГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ

Гавриленко В.Ю.

Научный руководитель: ассистент Устимов Д.Ю.

Кафедра морфологии и общей патологии

Казанский федеральный университет

Актуальность исследования: развитие интенсивной терапии привело к тому, что реанимационные мероприятия играют ключевое значение в клинической практике. Изучение истории развития реанимационных процессов является одним из главных шагов для понимания современных подходов к сердечно-легочной реанимации. А немедленное начало реанимационных мероприятий позволяет не только предотвратить смерть головного мозга и восстановить функции организма, но и снизить у пациентов осложнения. Которые могут привести к инвалидности[1].

Цель исследования: развитие и описание техники проведения сердечно-легочной реанимации, как в условиях стационара, так и в любых других; изучить историю появления и развития реанимационных техник и мероприятий; проанализировать развитие первичных реанимационных действий и описать, существующую на сегодняшний день, технику СЛР.

Материалы и методы: была изучена история реанимации и ее развитие, произведен анализ первичных реанимационных мероприятий со времен Гиппократов до настоящего времени. Описана, существующая на сегодняшний день техника СЛР.

Результаты: Попытки реанимации людей берут свое начало от 1540-х годов. Тогда, Андрасом Везалисом была произведена искусственная вентиляция под перемежающимся положительным давлением в 1543 г. А Парацельс применил кузнечные меха в качестве респиратора в 1530 г. Первая успешная сердечно-легочная реанимация, внесенная в официальную документацию, была проведена в 1650 году. С каждым новым десятилетием интенсивная терапия развивалась и делала попытки к своему усовершенствованию. Что-то изменялось, что-то оставалось прежним, а что-то и вовсе теряло свою актуальность. Так, например, алгоритм ABC сформулированный Петером Сафаром еще в 50-е года XX века до сих пор имеет