

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

свое место, но в несколько измененном виде. Современное развитие науки и техники приносит свой вклад во все этапы реанимационных мероприятий, но кардинальных изменений, с 50-х годов в первичном этапе не произошло. Методы СЛР лишь шлифуются и совершенствуются, чтобы облегчить работу реаниматологам.

Выводы: Развитие СЛР невозможно переоценить. История развития реанимации тесно связана с историей развития общей медицины. Усовершенствование техники и подходов к интенсивной терапии показывает то, с какой скоростью развивается медицина; как врачи упорно трудятся над тем, чтобы спасти жизни других людей. Жизнь пациента с остановкой сердца во многом зависит от тех действий, которые будут предпринимать окружающие. Своевременно и качественно оказанная медицинская помощь значительно повышает шансы на выживание и дальнейшее восстановление высшей нервной деятельности.

Литература

1. Реанимация и интенсивная терапия» Жданов Г.Г., «История медицины» Сорокина Т.С.

ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ ПРИ КАРОТИДНОЙ ЭНДАРТЕРЭКТОМИИ

Головенко В.И., Авдевич Э.М.

Научные руководители: к. м. н., ассистент Дорохин К.М., к. м. н., доцент Орехов С.Д.
Кафедра анестезиологии и реаниматологии, кафедра нормальной физиологии
Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Актуальность исследования: хирургическая реваскуляризация а. carotis получила широкое распространение. В литературе обнаружено небольшое количество работ, посвященных гендерным особенностям при каротидной эндартерэктомии (КЭЭ) [1]. Ряд авторов показывают, что женщины имеют более высокий риск периоперационных осложнений [2].

Цель исследования: изучить периоперационные лабораторные показатели у женщин и мужчин при КЭЭ.

Материалы и методы: проведен анализ историй болезни 56 пациентов при КЭЭ (18 женщин и 38 мужчин), проходивших лечение в отделениях сосудистой хирургии г. Гродно в 2016–17 годах. Изучены лабораторные периоперационные показатели, проведена их статистическая обработка с использованием пакета «Statistica 10.0».

Результаты: прооперированные женщины были старше мужчин $68,77 \pm 1,67$ против $61,33 \pm 1,31$ года ($p=0,002$). Перед операцией у женщин был выше, чем у мужчин уровень мочевины $8,11 \pm 0,80$ и $6,17 \pm 0,33$ ммоль/л ($p=0,01$). Ниже показатели K^+ $4,01 \pm 0,12$ и $4,49 \pm 0,11$ ммоль/л ($p=0,008$), АлАТ $22,09 \pm 2,73$ и $39,03 \pm 3,77$ Ед/л ($p=0,006$) и тромбиновое время $24,49 \pm 1,53$ и $28,02 \pm 0,66$ сек ($p=0,017$). После операции у мужчин чаще был пульс $78,13 \pm 2,05$ и $66,03 \pm 3,22$ уд/мин ($p=0,003$) и выше содержание Hb в эритроците $31,11 \pm 0,27$ и $29,71 \pm 0,62$ пг ($p=0,02$). Анализ ЭКГ показал, что у женщин как до операции, так и после нее достоверно более широкий QRS $0,11 \pm 0,01$ и $0,09 \pm 0,01$ ($p=0,023$); $0,11 \pm 0,01$ и $0,09 \pm 0,01$ сек ($p=0,004$) и высокий R $1,03 \pm 0,12$ и $0,77 \pm 0,04$ ($p=0,011$); $0,93 \pm 0,09$ и $0,74 \pm 0,04$ мВ ($p=0,021$).

Выводы: при каротидной эндартерэктомии имеются гендерные различия возрастных, биохимических, лабораторных, функциональных показателей до и после операции.

Литература

1. Gender-specific 30-day outcomes after carotid endarterectomy and carotid artery stenting in the Society for Vascular Surgery Vascular Registry / J. Jim [et al.] // J. Vasc. Surg. 2014. Vol. 59. P. 742–748.
2. Weise, J. Gender-specific risk of perioperative complications in carotid endarterectomy patients with contralateral carotid artery stenosis or occlusion / J. Weise, S. Kuschke, M. Bähr // J. Neurol.— 2004. Vol. 251. P. 838–844.