



Рисунок 1 — Пациент В., 43 года, хронический ЭСО слева. Затемнение ячеек сосцевидного отростка слева с наличием горизонтального уровня жидкости

### **Результаты исследования и их обсуждение**

Из 52 пациентов у 26 был диагностирован ЭСО, при этом в острой форме у 5, подострой — 7, хронической — 14 человек. Больше половины пациентов с хроническим ЭСО (57,1%) имели двустороннее поражение. Таким образом, нами проанализированы 52 КЛКТ височных костей с экссудативным процессом в структурах среднего уха. Преобладали городские жители 65,3 %. Пациенты трудоспособного возраста (20–60 лет) составили 84,6 %. Гендерных различий выявлено не было.

### **Выводы**

1. Метод КЛКТ височных костей позволяет дать качественную и количественную характеристику структурам среднего уха.

2. Результаты КТ-семиотики экссудативного среднего отита у взрослых свидетельствуют о нарушении пневматизации полостей среднего уха (100 %), частичном (30,77 %) или полном блоке костного устья слуховой трубы (69,23 %), патологическом втяжении барабанной перепонки (69,2 %). Кариозные изменения цепи слуховых косточек и стенок полостей среднего уха относятся к редким проявлениям экссудативного отита.

3. Результаты КЛКТ височных костей в динамике позволяют охарактеризовать восстановление воздушности структур среднего уха, оценить результаты лечения экссудативного процесса и определить оптимальную лечебную тактику пациента.

УДК 616-001+616.24-008.441]-039.74

## **КОМПЛЕКСНАЯ ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ ПРИ КУПИРОВАНИИ ОСТРОГО РЕСПИРАТОРНОГО ДИСТРЕСС-СИНДРОМА**

*Коньков С. В.<sup>1,2</sup>, Ким К. М.<sup>1</sup>, Козлова К. А.<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Учреждение

«Гомельская областная клиническая больница»,

<sup>2</sup>Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

### **Введение**

Проблема интенсивной терапии тяжелой сочетанной травмы, остается весьма актуальной и не решенной, в виду множества механизмов: локализации участков поврежде-

ния задействованных органов и тканей, преморбидного состояния функциональных систем. Нет однозначного подхода к терапии ряда состояний в условиях развития синдрома взаимоотношения и индивидуальности ответа организма на повреждение.

### ***Цель***

Оценить риск развития острого респираторного дистресс-синдрома (ОРДС) на фоне комплексной интенсивной терапии пациентов с сочетанной травмой.

### ***Материал и методы исследования***

В исследовании было включено 25 пациентов проходивших лечение в ОРИТ УГОКБ за период сентября 2018 – мая 2019 гг. Ретроспективно были изучены листы интенсивной терапии и сопоставлены с результатами лабораторных исследований. Оценены показатели параметров оксигенации крови, ангиотензина-2, ИЛ-8, экспрессия рецептора sRAGE с референтными значениями (НРЗ) полученных результатов. Всем пациентам выполнялась комплексная интенсивная терапия. Проведен статистический анализ полученных результатов.

### ***Результаты исследования и их обсуждение***

Все пациенты в группе по шкале LIPS (Lung Injury Prediction Score), которая позволяет спрогнозировать риск развития ОРДС имели 8,9 [7,1; 10,3] баллов,  $n = 25$ ,  $P < 0,05$ ,  $p > 0,05$ , что соответствовало высокому риску развития ОРДС. Возраст пациентов в среднем составил 49 [45,6; 55,4],  $P < 0,05$ . По массо-половому признаку пациенты в группе распределились следующим образом: женщины составили 16 %,  $n = 4$  человека, 84 % мужчины  $n = 21$ , ИМТ = 81,5 [67,3; 99,1] кг,  $P < 0,05$ . Из биомаркеров ангиопоэтин-2 определялся у  $n = 20$  и составил 20,3 [18,3; 54,7]  $\text{pg/ml}$  ( $p < 0,05$ ,  $P < 0,05$ ,  $n = 25$ ), что более точно при прогнозировании ОРДС. ИЛ-8 противовоспалительный цитокин, ассоциирован с высокой смертностью и уменьшением промежутка времени до развития респираторной и полиорганной недостаточности (ПОН) у пациентов с тяжелой сочетанной травмой и ОРДС и определялся на 3-и сутки в количестве 8,9 [7,5; 11,2]  $\log(\text{pg/ml})$ , ( $p < 0,05$ ,  $P < 0,05$ ,  $n = 25$ ). Фактор Виллебранда — гликопротеин, который участвует в гемостазе и присутствует в сосудистых эндотелиальных клетках. Повышение его уровня сопровождается увеличением смертности и уменьшением времени до развития ПОН и его значение к третьим суткам после полученной травмы составило 465,3 [437,5; 1150,2] % по отношению к НРЗ ( $p > 0,05$ ,  $P < 0,05$ ,  $n = 25$ ). sRAGE — многолигандный рецептор, который экспрессируется в альвеолоцитах 1-го типа является маркером эпителиального повреждения легких составил 4,7 [2,5; 6,2]  $\text{pg/ml}$ , ( $p < 0,05$ ,  $P < 0,05$ ,  $n = 18$ ).

Давление на дыхательные пути: разница между давлением в дыхательных путях в конце вдоха (давление плато, Ppl) и РЕЕР (positive end-expiratory pressure) и (или) отношение дыхательного объема ( $V_t$ , tidal volume) к статическому соответствию дыхательной системы (static compliance of the respiratory system (CRS)). Анализ показал, что давление на дыхательные пути, в отличие от  $V_t$  и РЕЕР, было переменной, которая наилучше коррелировала с выживаемостью у пациентов с ОРДС. Это стало основанием выбора оптимального режима вентиляции ASV с возможностью поддержания  $\Delta P$  ниже 14 см  $\text{H}_2\text{O}$ .

На фоне комплексной интенсивной терапии выполнялась контрольная карта предупреждения повреждения легких CLIP включающая протективное предупреждение аспирации, терапии сепсиса, ограничение инфузионной терапии по принципу пермиссивной гиповолемии, ограничение трансфузии, раннюю экстубацию. Из полученных данных признаки острой дыхательной недостаточности у пациентов с тяжелой сочетанной травмой при болюсном применении солукортефа в дозе 2 мг/кг показали максимальный терапевтический эффект. В случае введения преднизолона для достижения терапевтического эффекта потребовалось увеличение дозировки до 4–6 мг/кг. При этом сроки купирования острой дыхательной недостаточности затягивались на 1,5–2 недели, что приводило к развитию тяжелого метаболического ацидоза и переходу в стадию ОРДС 2.

Применение метпрезона не дало достоверных отличий по купированию развития и течения ОРДС, что послужило переводу пациентов, как и в случае с преднизолоном на болусное назначение солукортефа в дозе 2 мг/кг.

#### **Выводы**

Наиболее точными методами превентивной диагностики ОРДС является определение ангиопозитина-2, Ил-8 и определение давления на дыхательные пути.

В настоящее время основными способами выставления диагноза ОРДС остаются параметры оксигенации крови и инвазивные параметры оценки гемодинамики типа PICCO на фоне выбора режима вентиляции.

Для предупреждения развития ОРДС подходит выполнение CLIPS протокола, с возможно ранним назначением гидрокортизона в ходе развития данной патологии, вентиляцией в режиме ASV с  $\Delta P \leq 14$  см H<sub>2</sub>O, решением вопроса о переводе пациента на мембраноплазменную оксигенацию крови.

УДК 616.132-007.64-005.1-08-039.74

### **ОЦЕНКА СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА В ХОДЕ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С РАССЛАИВАЮЩЕЙ АНЕВРИЗМОЙ АОРТЫ**

*Коньков С. В.<sup>1,2</sup>, Козлова К. А.<sup>1</sup>, Ким К. М.<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Учреждение

«Гомельская областная клиническая больница»,

<sup>2</sup>Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

#### **Введение**

Частота встречаемости расслаивающей аневризмы аорты 6% от всего числа, причем 25 % погибает в течение 24 ч без специализированного лечения, выживаемость пациентов в течение года после развития данного состояния составляет всего 10 %. Ключевым звеном в развитии патогенеза является ДВС способствующий развитию или углублению синдрома полиорганной дисфункции.

#### **Цель**

Оценить систему гемостаза в ходе интенсивной терапии расслаивающей аневризмой аорты.

#### **Материал и методы исследования**

В исследовании было включено 5 пациентов проходивших лечение в ОРИТ УГОКБ за период сентября 2018 – мая 2019 гг. Ретроспективно были изучены листы интенсивной терапии и сопоставлены с результатами лабораторных исследований. Оценены показатели свертывающей системы с помощью тромбэластометрии (ТЭГ/ROTEM) с референтными значениями полученных результатов в ходе интенсивной терапии. В стандарт интенсивной терапии входила респираторная поддержка, стабилизация гемодинамических показателей (управляемая гипотензия с назначением  $\beta$ -блокаторов, нитратов, антиагреганты и антикоагулянты), восполнение водноэлектролитного баланса с учетом жидкостной потребности и каллоража, антибактериальная терапия с учетом антибиотикорезистентности высеваемой флоры из раневой поверхности и биологических сред, коррекция КОС и гемостаза, применялись методы экстракорпоральной детоксикации типа вено-венозной гемодиамультифильтрации. Проведен статистический анализ полученных результатов.