

гамовен у 3,6 % в объемах 200–400 мл; 6 % ГЭК у 1,8 % в объеме 400 мл; гелофузин у 10,7 % в объеме 500 мл; альбумин у 17,9 % в объемах 100–600 мл.

В состав трансфузионной терапии входили СЗП, эритроцитсодержащие среды и криопреципитат. СЗП в качестве трансфузий применялась у 69,6 % пациентов. Объем определялся степенью кровопотери и составлял 415–2800 мл. Эритроцитарная масса и ЭМОЛТ использовались в 64,2 % случаев. Объем трансфузии определялся лабораторными показателями и составлял 250–2600 мл.

Назначение криопреципитата было обусловлено показателями коагулограммы: низким содержанием фибриногена (среднее значение 1,7 г/л), повышением АЧТВ более 35 с (в среднем 37,7 с) и ПВ более 18 с (среднее значение 19,3 с) с одновременным снижением ПТИ менее 0,8 (в среднем 0,7). Криопреципитат в зависимости от значений коагулограммы применялся в количестве 6 – 16 доз. Количество пациентов, для терапии которых использовался криопреципитат, возрастало с увеличением объема кровопотери (в 1-й группе — 7,7 % пациентов, во 2-й — 23 %, в 3-й — 20 %, в 4-й — 42,9 % соответственно).

В течение первых суток умерло 2 (3,6 %) пациента: М. и Е. из 4-й группы. Объем кровопотери по ИШ оценивался как  $\geq 40\%$  ОЦК. Лабораторные показатели красной крови также соответствовали тяжелой кровопотери. Концентрация лактата составила 15 и 14,4 ммоль/л. В коагулограмме наблюдалось повышение АЧТВ, ПВ, снижение ПТИ, фибриноген в пределах нижней границы нормы. В качестве ИТТ пациента М. применялись раствор глюкозы 10 % — 200 мл, СЗП 1000 мл, эритроцитарная масса 1520 мл, криопреципитат — 10 доз. ИТТ пациента Е.: раствор Рингера 1500 мл, СЗП 1360 мл, эритроцитарная масса 765 мл. После проведения ИТТ была определена концентрация лактата: 6,8 и 10,8 ммоль/л соответственно. Необходимо отметить, что данные пациенты имели тяжелую сочетанную травму с повреждением головного мозга.

#### **Выводы**

1. Объем и состав ИТТ, проводимой в первые сутки, определяется степенью кровопотери: с ее повышением увеличивается общий объем ИТТ в целом и нарастает доля компонентов крови с уменьшением доли искусственных кровезаменителей.

2. При ухудшении показателей коагулограммы в состав ИТТ добавлялся криопреципитат.

3. Тромбоцитарная масса не применялась ни в одном из анализируемых случаев, несмотря на то, что у 5 пациентов уровень тромбоцитов был менее  $70 \times 10^9/\text{л}$ , а у 1 —  $34 \times 10^9/\text{л}$ .

УДК 316.3(476.2-25):[616.12+616.2]:614.88

### **ГОТОВНОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ Г. ГОМЕЛЯ К ВЫПОЛНЕНИЮ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ**

*Гончарова Л. В.*

**Научный руководитель: к.м.н., доцент Т. В. Лызикова**

**Учреждение образования  
«Гомельский государственный медицинский университет»  
г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Внезапная сердечная смерть (ВСС) сегодня занимает одну из ведущих позиций в структуре смертности взрослого населения. Расчетное число случаев внезапной остановки кровообращения в мире составляет примерно 3 млн в год.

В подавляющем большинстве случаев ВСС застигает человека дома (80%), на улице или в публичных местах (15 %) [1]. Ранняя сердечно-легочная реанимация (СЛР), начатая непрофессионалами, может отсрочить наступление ишемического повреждения головного мозга и повышает шансы пациента на выживание [2].

### **Цель**

Провести сравнительный анализ готовности различных групп населения г. Гомеля к выполнению СЛР, а также оценить их знания в данной области.

### **Материал и методы исследования**

Проведено анонимное анкетирование 150 человек, разделенных на 2 группы по возрастному показателю: 1-я группа (n = 75) — лица в возрасте 15–18 лет, 2-я группа (n = 75) — лица возрастной категории 35–55 лет. Использовался разработанный на основании предшествующего опыта зарубежных исследований тест-опросник, содержащий 18 вопросов закрытого типа, разделенных на 3 блока: предшествующее обучение СЛР и желание обучаться, оценка уровня готовности к проведению СЛР, оценка знаний СЛР. Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью пакета «MS Excel 2010».

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

Среди опрошенных преобладали женщины, в 1-й группе — 73,3 %, во 2-й — 60 %. Средний возраст опрошенных 1-й группы —  $16,04 \pm 0,76$  лет, 2-й —  $43,29 \pm 7,02$  лет.

Все респонденты 1-й группы получают общее среднее образование (учащиеся 10–11 классов), среди опрошенных 2-й группы 32 % имеют высшее образование, 65,3 % — среднее специальное, 2,7 % — общее среднее.

Большинство респондентов оценивает свои знания в области СЛР как «ничего не знаю» (в 1-й группе — 20 %, во 2-й — 40 %) и слабые (в 1-й группе — 70,7 %, во 2-й — 30,7 %). Средними считают свои знания 4 % в 1-й группе и 20 % во 2-й, хорошими — 5,3 % в 1-й и 8 % — во 2-й, очень хорошими лишь 1,3 % во 2-й группе.

В 1-й группе 6,7 % респондентов ответили, что проходили обучение по СЛР в виде самостоятельного изучения информации в Интернете и обучения по месту учебы, во 2-й группе — 70,7 %, большинство из них (66,7 %) обучались на водительских курсах, 4 % получали информацию в Интернете.

Распределение причин, по которым население не проходило обучение по СЛР ранее, имеет следующий вид: никогда не задумывались об этом (85,8 % в 1-й группе и 66,7 % — во 2-й), считают неважным (7,1 % в 1-й группе и 33,3 % — во 2-й), не знают, где его можно пройти (7,1 % в 1-й группе).

Большинство опрошенных 1-й группы желают пройти обучение (86,7 %), во 2-й группе лишь 40 % хотели бы обучаться.

На вопрос «Что может побудить к прохождению обучения?» частота выбора предложенных вариантов ответа следующая: понимание важности обучения — 33,3 % в 1-й группе и 14,7 % во 2-й; краткость обучения — 25,3 % в 1-й и 30,7 % во 2-й; бесплатность обучения — 22,7 % в 1-й и 24 % во 2-й; качество обучения — 14,7 % в 1-й и 6,6 % во 2-й; возможные проблемы со здоровьем у близких — 4 % в 1-й и 24 % во 2-й.

Большинство опрошенных не сталкивались с внезапной остановкой сердца у кого-либо (98,8 % в 1-й группе и 93,3 % во 2-й), остальные же сталкивались, но в реанимационных мероприятиях участия не принимали.

Все опрошенные из 1-й группы и 97,3 % из 2-й ответили, что не выполнили бы СЛР в случае ее необходимости случайному человеку. Основной причиной отказа от выполнения является незнание правил СЛР (88 % в 1-й группе и 71,9 % во 2-й), далее следуют боязнь совершить ошибку и навредить пострадавшему (9,3 % в 1-й группе и 14,7 % во 2-й), боязнь заражения при контакте с пострадавшим (2,7 % в 1-й группе и 10,7 % во 2-й), боязнь оказаться в центре внимания (2,7 % во 2-й группе).

Далее следовал ряд вопросов на знание правил оказания СЛР. Перечень вопросов и доля респондентов по группам, ответивших правильно на них приведены в таблице 1.

Таблица 1 — Вопросы для оценки уровня знаний по СЛР и доля респондентов, ответивших на них правильно

Вопрос	1-я группа	2-я группа
1. Расположение ладоней при компрессиях грудной клетки	49,3 %	40 %
2. Частота компрессионных сжатий	30,7 %	25,3 %
3. Соотношение «сжатия – вдохи»	25,3 %	20 %
4. Глубина вдавливания грудной клетки	41,3 %	25,3 %
5. Показания к прекращению СЛР	40 %	32 %

### Выводы

1. Было опрошено 150 человек, среди которых абсолютное большинство оценивают свои знания СЛР как «ничего не знаю» и слабые (90,7 и 70,7 % соответственно в 1-й и 2-й группах), несмотря на то, что 70,7 % респондентов из 2-й группы проходили ранее обучение.

2. Согласно результатам исследования уровень знаний по СЛР является низким и недостаточным (до 80 % опрошенных отвечали неправильно на основные вопросы по правилам выполнения СЛР), в 1-й группе доля респондентов, ответивших верно на данный блок вопросов выше, чем во 2-й.

3. Отмечается низкая мотивированность населения для обучения СЛР, как в 1-й, так и во 2-й группах подавляющая часть опрошенных никогда не задумывалась о возможности обучения, многие считают его неважным. Для различных возрастных групп характерны разные мотивы для обучения, так в 1 группе преобладающим является понимание важности обучения, во 2-й — возможные проблемы со здоровьем у их близких; для обеих групп важными критериями являются бесплатность и краткость обучения.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Романенко, В. В. Внезапная сердечная смерть: причины, патофизиология, диагностика, лечение, профилактика / В. В. Романенко, З. В. Романенко // Медицинские новости. — 2012. — № 6. — С. 29–36.
2. Обзор обновленных рекомендаций American Heart Association по СЛР и неотложной помощи при сердечно-сосудистых заболеваниях от 2015 года // American Heart Association, 2015. — 41 с.
3. Public Knowledge and Attitudes towards Bystander Cardiopulmonary Resuscitation in China / M. Chen [et al.] // Biomed Res Int 2017.
4. Evaluation of Public Awareness, Knowledge and Attitudes about Cardiopulmonary Resuscitation: Report of İzmir / Ş. Özbilgin [et al.] // Turk J Anaesthesiol Reanim. — 2015. — Vol. 43(6). — P. 396–405.

УДК 616.133.2-089.5

## СПОСОБ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПРИ КАРОТИДНОЙ ЭНДАРТЕРАКТОМИИ

*Гришечкин В. Ю., Бондаренко С. В., Кухта В. В.*

Научный руководитель: к.м.н., доцент *С. В. Коньков*

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

### Введение

Эффективность и безопасность каротидной эндартерэктомии (КЭЭ) в первичной и вторичной хирургической профилактике ишемического инсульта у пациентов со стенозами внутренней сонной артерии (ВСА) доказана многочисленными и рандомизированными исследованиями [1–3].