

ПОВЕСТКА
613-го заседания Общества, 24 октября 2018
Актовый зал СЗГМУ им И.И. Мечникова – ул. Кирочная, 41

17-00. Лекция.

Шах Б.Н. «Возможности инфузионной терапии в профилактике мультиорганной дисфункции» – *45 мин.*

В лекции приводится определение мультиорганной дисфункции (МОД), полиорганной недостаточности (ПОН). Представлены наиболее распространенные в клинике, современные шкалы оценки тяжести МОД и ПОН. Рассмотрены механизмы патогенеза МОД и ПОН с позиций критических состояний, вызванных гипоксией и последующей реперфузией.

Представлены современные данные о формировании реперфузионных форм МОД и ПОН гемической гипоксии и феномена Фареуса-Линдтквиста, механизма no-reflow, представлены данные по изменениям внутриклеточного ацидоза, антиоксидантного потенциала органов и тканей в период гипоксии и реперфузии, сроках и механизмах их развития, а так же возможностям профилактики и коррекции. Дана схема развития органных нарушений у больных и пострадавших, переживших критические состояния, с позиции поликомпаратмент-синдрома в период реперфузии. Рассмотрены вопросы патогенеза абдоминального, торакального компартмент-синдромов. Обсуждены вопросы регуляции водно-электролитного баланса и типичные нарушения, возникающие при проведении инфузионно-трансфузионной терапии в реанимационной практике.

Доложены современные подходы к коррекции дисгидрий, использующиеся в мировой практике, обсуждены достоинства и недостатки различных инфузионных сред. Предложены комплексные методы интенсивной терапии, позволяющие минимизировать риск формирования МОД. Они включают в себя применение поликомпонентных инфузионных растворов, своевременную коррекцию гемической гипоксии, купирование метаболического ацидоза (в том числе внутриклеточного), применение эффективных антиоксидантов, ингибиторов протеолиза и кислородотранспортных препаратов.

Программа основного заседания (18.00 – 20.00)

Председатель: **Волчков В.А.** Секретарь: **Баландина Е.В.**

Доклады:

1. **Ларин Д.Г., Волчков В.А., Титова О.Н., Ковалев С.В.**

«Особенности интенсивной терапии больных с осложненными формами гриппа А/Н₁Н₁/ и А/Н₃Н₂/ в период эпидемии 2016 года» – *30 мин.*

В докладе представлен анализ особенностей ведения пациентов с осложненными формами гриппа А(Н1N1) и А(Н3N2), поступивших в реанимационное отделения городского стационара в разгар эпидемии 2016 года. Дана характеристика обследованного контингента больных, выявлены особенности клинического течения тяжелых форм гриппа, изучена частота и характер осложнений, определены основные возможности и направления интенсивной терапии данной группы пациентов.

На основании проведенных исследований, были сделаны следующие выводы: 1) порядка 10% больных с гриппом, поступивших в стационар, имели тяжелые осложнения данной инфекции; 2) Развитие тяжелых осложнений предопределялось отказом от противовирусной вакцинации, поздней обращаемостью пациентов за медицинской помощью, отсутствием ранней диагностики и своевременной противовирусной терапии; 3) Основными факторами риска осложненного течения гриппа можно считать хроническую сердечно-сосудистую и бронхолёгочную патологию, сахарный диабет и ожирение; 4) Подавляющее большинство осложнений (около 90%) гриппозной инфекции связано с развитием вирусно-бактериальной пневмонии, которая в 30% случаев сопровождается острым респираторным дистресс-синдромом.; 5) Высокий риск развития геморрагического синдрома (25% случаев) у пациентов с тяжелыми формами гриппа, обуславливает необходимость тщательного мониторинга свертывающей системы крови и готовность к переливанию ее донорских компонентов; 6) Выявление разнообразной патогенной микрофлоры в мокроте и промывных водах с бронхов обосновывает необходимость до получения результатов посева эмпирического назначения антибактериальной терапии с максимально широким спектром противомикробной активности.

2. **Баландина Е.В., Бояркин А.А., Волчков В.А.**

«Дисфункция центральной нервной системы в раннем послеоперационном периоде после аортокоронарного шунтирования» – 20 мин.

К ранним послеоперационным осложнениям со стороны центральной нервной системы относятся инсульт, послеоперационный делирий и послеоперационная когнитивная дисфункция (ПОКД). По данным ряда авторов частота возникновения инсульта после аортокоронарного шунтирования колеблется от 0,8 % до 5,2 %, послеоперационного делирия от 18 до 60%, а ПОКД до 70%. У пациентов с делирием в последующие 6 месяцев риск летального исхода увеличивается в 3 раза, когнитивная дисфункция наблюдается дольше, что требует большего времени для восстановления. Целью работы было оценить частоту развития ранних послеоперационных нарушений нейрокогнитивной функции у пациентов, перенесших аортокоронарное шунтирование. В исследование было включено 126 пациентов, прооперированных в кардиохирургическом центре городской многопрофильной больницы №2. Критериями включения были плановые

операции аортокоронарного шунтирования у пациентов с фракцией выброса >50%. Пациенты были разделены на 2 группы по наличию искусственного кровообращения (ИК). Все пациенты были сравнимы по возрасту, длительности операции, ИК, пережатию аорты, а так же по исходному когнитивному статусу. Для оценки когнитивного статуса была использована шкала SAGE (Self-Adminstrated Gercognitive Exam) за сутки до операции и на 7 сутки после. Наличие делирия оценивалось по шкалам NuDESC (Nursing Delirium Screening Scale) и CAM-ICU (Confusion Assessment Method) для отделений интенсивной терапии. Послеоперационный делирий был зарегистрирован у 12 пациентов (9,5 %). Нарушение когнитивной функции более 20% от исходной по результатам тестирования было зарегистрировано у 20 пациентов (16%). В группе аортокоронарного шунтирования в условиях ИК наблюдалось статистически достоверное увеличение частоты развития ПОКД. Вывод. Послеоперационный делирий и когнитивные расстройства регистрировались у 9,5% и 16,0% больных соответственно, что соотносится с данными других авторов. Развитие послеоперационной нейрокогнитивной дисфункции чаще наблюдается у пациентов, перенесших аортокоронарное шунтирование в условиях искусственного кровообращения.

Клинические демонстрации:

1. Березина К.В., Ли В.Ф., Волчков В.А., Ковалев С.В.

«Влияние низкопоточной анестезии десфлюраном на функцию печени у больного с лекарственным гепатитом» – 15 мин.

Распространенность лекарственных поражений печени у больных с туберкулезом легких составляет 28,7%, что обусловлено применением потенциально токсичных комбинаций препаратов. У 20-35% пациентов возникают необратимые изменения в легких, которые требуют хирургического лечения в условиях общей анестезии.

Цель исследования: оценить влияние низкопоточной анестезии десфлюраном на функцию печени у больного с лекарственным гепатитом. Материалы и методы: Пациентке 40 лет, с признаками лекарственного гепатита, вызванного противотуберкулезной химиотерапией, выполнили сегментарную резекцию легкого по поводу туберкулемы в условиях низкопоточной анестезии десфлюраном.

Критериями диагностики лекарственного гепатита была шкала CIOMS/RUCAM. Пациентке контролировали АЛТ, АСТ, ЩФ, ГГТП, билирубин и альфа-глутатион-S-трансферазу до операции, через 1, 6 и 24 часа после операции.

Результаты: При контроле рутинных показателей убедительных данных за негативное влияние десфлюрана на функцию печени получено не было.

Заключение: Низкопоточная анестезия десфлюраном, в данном клиническом случае, не оказала существенного влияния на функцию скомпрометированной печени.

2. **Сорокин М.Ф., Нефедов А.В., Волчков В.А., Бояркин А.А., Атюков М.А.**

«Отёк «расправленного легкого» после устранения пневмоторакса» –
15 мин.

Расправление колабированного лёгкого после дренирования пневмоторакса может сопровождаться развитием отёка расправленного лёгкого (ОРЛ) и стать причиной ОДН, требующей интенсивной терапии и ИВЛ. Проведен ретроспективный анализ историй болезни 1070 больных пациентов с диагнозом спонтанный пневмоторакс в период с 2009 по 2015г.г. Исключены больные с известными заболеваниями лёгких (ХОБЛ и др.). Диагноз ОРЛ ставился при развитии ДН на фоне расправленного лёгкого и наличии при рентгенологическом исследовании затенения в расправленном лёгком. В 100% случаев рентгенологически определялось затенение в расправленном лёгком. Патогенез подобного состояния остаётся не вполне ясным и, возможно, аналогичен патогенезу реперфузионного отёка. Вероятность развития ОРЛ возрастает при расправлении длительно существовавшего коллапса, при быстром расправлении и чрезмерном отрицательном давлении. Представляем клиническое наблюдение, наиболее ярко характеризующее данное состояние.

Больной Н., 22 г., госпитализирован через три дня от начала заболевания. Диагностирован спонтанный гемопневмоторакс слева. Выполнена видеоторакоскопическая остановка внутриплеврального кровотечения, резекция верхней доли левого лёгкого, апикальная костальная плеврэктомия, дренирование плевральной полости. После операции отмечены: снижение сатурации, гипоксемия, поступление розовой пенистой мокроты из эндотрахеальной трубки. Состояние расценено, как ОРЛ. Проведена терапия: ИВЛ с положительным давлением в конце выдоха в принудительном, а далее во вспомогательном режимах; глюкокортикостероиды, диуретики, Явления отека регрессировали, больной был переведён на спонтанное дыхание, экстубация трахеи через пять часов. Выписан из клиники на 12-е сутки в удовлетворительном состоянии.