

*Мекто К. А., Королёв А. А.*  
**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВИДОВ РЕСПИРАТОРНОЙ  
ПОДДЕРЖКИ ПРИ КАРДИОГЕННОМ ОТЕКЕ ЛЕГКИХ**

*Научный руководитель: ассист. Шматова А. А.*

*Кафедра анестезиологии и реаниматологии*

*Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

**Актуальность.** Отек легких – патологическое состояние, при котором происходит трансудация плазмы крови в интерстициальное пространство легких. Отек легких является одним из исходов декомпенсации заболеваний сердечно-сосудистой системы (кардиогенный отек легкого), которые в настоящее время составляют основную массу в структуре смертности населения (55,5 % в 2015 году). Болезни системы кровообращения занимают второе место в структуре общей заболеваемости (17 % по данным 2015 года). Существуют стандартные подходы к интенсивной терапии отека легкого в условиях реанимационного отделения (положение Фовлера, устранение гипоксии – ингаляции увлажненного кислорода, использование различных видов респираторной поддержки – инвазивной и неинвазивной ИВЛ, разгрузка малого круга кровообращения, коррекция гипоальбуминемии, мочегонные препараты, коррекция водно-электролитных расстройств и кислотно-основного состояния).

**Цель:** оценить эффективность применения инвазивной и неинвазивной ИВЛ у пациентов с клиникой кардиогенного отека легких.

**Материалы и методы.** В ходе научной работы проведен ретроспективный анализ результатов лечения 20 пациентов в возрасте от 62 до 77 лет, средний возраст  $62,1 \pm 15,9$  лет с отеком легких, госпитализированных в отделение реанимации и интенсивной терапии УЗ «5 ГКБ» г. Минска в период с января по октябрь 2016 года. Эффективность проводимой респираторной поддержки оценивалась по следующим показателям: клиничко-лабораторный мониторинг (интерпретации результатов общего и биохимического анализов крови, кислотно-основного состояния крови, коагулограммы, электрокардиографии, рентгенографии органов грудной клетки и ультразвукового исследования сердца) на трех этапах: 1- при поступлении, 2- в первые сутки с момента поступления, 3- при выписке. Результаты обрабатывались в ППП Statistica 10.0.

**Результаты и их обсуждение.** Проведенный анализ показал, что летальность в данной выборке пациентов составила 100% ( $n=20$ ), из них досуточная летальность – 20% ( $n=4$ , находились на ИВЛ с момента поступления). Среднее количество койко-дней составило  $68,4 \pm 0,4$  часа. Основная причина развития отека легких – заболевания сердечно-сосудистой системы: декомпенсация хронической сердечной недостаточности (ХСН) – 60% ( $n=12$ ), аритмии – 15% ( $n=3$ ), острый коронарный синдром – 25% ( $n=5$ ). На ИВЛ находилось 10 пациентов (50%), на неинвазивной ИВЛ – 8 человек (40%), их сочетание – 2 пациента (10%). Выбор режима респираторной поддержки зависел от степени нарушения сознания по шкале ком Глазго и прогностическому критерию оценки органной недостаточности (SOFA), а также по показателям кислотно-основного состояния крови. Пациенты со степенью нарушения сознания 13-15 баллов по шкале ком Глазго и менее 9 баллов по SOFA были переведены на неинвазивную ИВЛ, а у пациентов, имеющих менее 13 баллов по шкале ком Глазго и более 9 баллов по SOFA, была применена методика инвазивной ИВЛ. Продолжительность лечения в группе с ИВЛ составила  $36,33 \pm 8,45$  часов, с неинвазивной ИВЛ –  $62,7 \pm 3,8$  часов, при сочетании -  $42,5 \pm 4,95$  часов.

**Выводы.** 1. В 60% причиной отека легких являются ХСН в фазе декомпенсации. 2. Неинвазивная ИВЛ при показателе SOFA менее 9 в сочетании с уровнем сознания по шкале ком Глазго 13-15 баллов может быть рассмотрена в качестве респираторной поддержки.