

Дорохин К.М.¹, Шишко Т.Н.², Орехов С.Д.¹

¹Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

²Гродненская университетская клиника, Гродно, Беларусь

ПРЕДОПЕРАЦИОННЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ПАЦИЕНТОВ, ОПЕРИРОВАННЫХ НА КРУПНЫХ АРТЕРИЯХ

Актуальность. Предоперационное состояние пациентов остается дискуссионной проблемой анестезиологии. [Heinisch RH, 2002]. Разработанная система классификации физического состояния – ASA неоднократно пересматривалась [Левин Я.И., Корячкин В.А., 2021]. Применение оценочных систем связано с использованием методик неинвазивного мониторинга [Hametner C., et al, 2015], и уточнением набора факторов риска [Owens WD., 2001]. Сегодня широко применяется многофакторный индекс Goldman L., который был модифицирован Detsky A., а позже пересматривался Lee N. Для оценки вероятности смерти в течение 30 дней после внесердечных хирургических вмешательств используется модель вероятности хирургической смертности S-MPM. К настоящему времени известно более 100 систем оценки риска для пациентов разных нозологических групп. Актуальность исследования связана с неоднозначной трактовкой значимости критериев операционного риска у пациентов с поражением аорты и крупных артерий.

Цель. Проанализировать предоперационные факторы риска пациентов, оперированных на крупных артериях.

Методы исследования. Изучены анамнестические данные, лабораторные показатели, индексы риска (Goldman, Detsky, Lee, S-MPM) 63 оперированных пациентов с атеросклеротическими поражениями аорты и крупных сосудов (54 – выжившие, 9 – умершие), проходивших лечение в отделении сосудистой хирургии «Гродненской университетской клиники» в 2021–2022 г. Выкопированные показатели подвергли статистической обработке с использованием программы «Statistica10.0» при помощи непараметрического критерия (Mann-Whitney U Test) и представлены Me – медиана, 25 и 75 квартиль. Достоверными считали различия при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. У выживших пациентов достоверно меньший возраст 61 [58; 68] и 87 [75; 90] лет; ниже функциональный класс стенокардии 0,0 [0,0; 0,0] и 0,0 [0,0; 3,0]; уровень мочевины (ммоль/л) 6,5 [5,4; 8,1] и 8,8 [7,4; 20], активность AsAT 22,5 [17; 39] и 46 [25; 67]; AIAT 23 [17; 32] и 34 [25; 39]. Индексы риска достоверно ниже у выживших пациентов по Goldman 11,5 [6,04; 18] и 21 [21; 24]; Detsky 22,5 [15; 30] и 35 [30; 45], S-MPM 2 [1; 2] и 3 [3; 3], а индекс Lee не различает сравниваемые группы. У умерших пациентов достоверно чаще встречаются дыхательная недостаточность, некроз мягких тканей, более высокая степень и риск артериальной гипертензии.

Таким образом, наши результаты согласуются с мнением других авторов [Heinisch RH, 2002] о том, что существующие системы оценки риска осложнений не являются идеальными и в ряде случаев дают противоречивые результаты.

Биохимические показатели шкал являются более значимыми маркерами риска, в отличие от функциональных показателей.

Протоколы периоперационного ведения пациентов позволяют корректировать отклонения в гемодинамике, что объясняет меньший вклад функциональных параметров в оценку риска.

Дряблова Е.Е.

Ивановская государственная медицинская академия, Иваново, Россия

ВЛИЯНИЕ ИЗУЧЕНИЯ БИОЭТИКИ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ НА ФОРМИРОВАНИЕ ЛИЧНОСТИ ВРАЧА

Актуальность. В современных условиях гуманитарное воспитание молодежи является неотъемлемой частью образовательного процесса в медицинском вузе. Современное медицинское образование предполагает не только получение знаний из области естественных наук, но и изучение гуманитарных дисциплин. Изучение биоэтики имеет своей целью не только сформировать у учащихся представления о сущности биоэтики, рассмотреть современные подходы к решению биоэтических проблем, но и формированию у студентов правильного мировоззрения и профессиональных компетенций.