

результаты. При поступлении в отделение анестезиологии и реанимации (ОАиР) регистрировалось двукратное превышение нормальных значений уровня АсАТ, $7,219 \pm 2,709$ ммоль/л, концентрация глюкозы при поступлении находилась в диапазоне от 6,729 до 7,709 ммоль/л. При переводе из ОАиР у пациентов регистрировалось снижение уровня глюкозы до $5,927 \pm 1,61$ ммоль/л, значения находились в пределах от 5,634 до 6,219 Ед/л.

Выводы. При оценке биохимических показателей крови черепно-мозговой было установлено, что тяжелая черепно-мозговая травма негативно влияет на лабораторные показатели. Повышение уровня глюкозы крови при поступлении в отделение анестезиологии и реанимации объясняется теорией стрессовой гипергликемии. Слабая корреляционная связь $R < 0.3$, не позволяет использовать динамику результатов лабораторных исследований в качестве достоверного критерия улучшения состояния пациента.

ЛИТЕРАТУРА

1. Шанько Ю.Г. Эпидемиология черепно-мозговой травмы в Республике Беларусь. / Ю.Г. Шанько, Р.Р. Сидорович, А.Л. Танин, А.Н. Неледько, В.А. Журавлев. // Международный неврологический журнал, 2017. № 5. – Стр 31-37.
2. Кулюцина Е.Р. Лабораторные критерии прогнозирования течения и исхода черепно-мозговой травмы.: диссертация канд. мед. наук 14.00.46 / Е.Р. Кулюцина. – Пенза, 2004. - 181л.
3. Щеколова Н.Б. Клинико-лабораторные особенности и исходы церебральной комы у пострадавших с сочетанными черепно-мозговыми травмами. / Н.Б. Щеколова, О.А. Мудрова, С.Н. Дроздов// Российский медицинский журнал 2014. № 3. – стр. 19-21.

АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ ПРИ ВЫБОРЕ РАЗМЕРА ЭНДОТРАХЕАЛЬНОЙ ТРУБКИ

Кулаков Д.А.¹, Герасимчик П.А.², Предко В.А.¹, Спас В.В.¹

*Гродненский государственный медицинский университет. г. Гродно¹,
УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Гродно»²*

Актуальность. Выбор размера эндотрахеальной трубки является важным этапом при проведении интубации трахеи. Редким, но вместе с тем серьезным, послеоперационным осложнением, является механическое повреждение трахеи в результате интубации. Механическая травма трахеи обусловлена многократными, грубыми попытками интубации, использованием жестких проводников, не соответствием размера эндотрахеальной трубки и диаметра просвета трахеи, а также значительным перераздуванием герметизирующей манжетки [1, 2, 3]. В связи с чем, возникает необходимость более точного подбора размера эндотрахеальной трубки.

Цель. Выяснить, имеется ли достоверная взаимосвязь между размером используемой эндотрахеальной трубки и антропометрическими показателями человека, а также разработка методики для более точного подбора эндотрахеальной трубки.

Методы исследования. Измерения проведены на группе из 34 человек: 31 мужчина и 3 женщины, из числа пациентов отделения анестезиологии и реанимации УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Гродно». Было выполнено сравнение антропометрических показателей с диаметром эндотрахеальных трубок, применявшихся для интубации трахеи у данной группы пациентов. Обработку полученных данных произвели с использованием статистического пакета Statistica 10.0.

Результаты и их обсуждение. Было произведено измерение следующих антропометрических показателей: рост, вес, индекс массы тела (ИМТ), диаметр 5-го пальца кисти руки и длина окружности 5-го пальца кисти руки. Полученные данные были сравнены с внутренним диаметром используемой эндотрахеальной трубки. У 14,8% пациентов использовались эндотрахеальные трубки с внутренним диаметром – 7,5мм, у 18,5% пациентов использовались эндотрахеальные трубки с внутренним диаметром – 8 мм, у 66,7% пациентов использовались эндотрахеальные трубки с внутренним диаметром – 9 мм.

В результате проведенных измерений были получены следующие средние значения: рост пациентов составил - $178,9 \pm 6,94$ см; масса тела - $74,4 \pm 11,42$ кг; ИМТ - $23,26 \pm 3,51 \text{ кг/м}^2$; диаметр 5-го пальца - $13,58 \pm 1,36$ мм; длина окружности 5-го пальца - $53,85 \pm 3,52$ мм.

Сравнение полученных результатов измерений производилось с использованием коэффициента корреляции Пирсона. Коэффициент корреляции массы тела с окружностью 5-го пальца - 0,6144; коэффициент корреляции массы тела с диаметром 5-го пальца кисти – 0,4701. Коэффициент корреляции диаметра 5-го пальца с окружностью 5-го пальца – 0,645. Коэффициент корреляции индекса массы тела (ИМТ) с диаметром 5-го пальца – 0,5303; коэффициент корреляции ИМТ с длиной окружности 5-го пальца кисти 0,6883; коэффициент корреляции ИМТ с внутренним диаметром эндотрахеальной трубки – 0,5351. Коэффициент корреляции диаметра 5-го пальца с внутренним диаметром эндотрахеальной трубки 0,1491. Коэффициент корреляции длины окружности 5-го пальца с внутренним диаметром эндотрахеальной трубки – 0,2598.

Выводы. В результате исследования выявленная корреляционная связь между антропометрическими показателями пятого пальца кисти руки (диаметр и длина окружности) с размером эндотрахеальной трубки, коэффициент корреляции – 0,1491 и 0,2598 соответственно. Полученные данные показали необходимость дальнейшего исследования антропометрических данных на большей выборке пациентов для подбора эндотрахеальной трубки до интубации трахеи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Серебренникова Е.В. Оценка критериев риска возникновения

постинтубационных стенозов трахеи: автореферат на соискание ученой степени кандидата медицинских наук: 12.01.2012. Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей. – 2012. Кемерово.

2. Голуб И.Е. Постинтубационные повреждения трахеи / И.Е. Голуб, С.Б. Пинский, Е.С. Нетесин//Сибирский медицинский журнал. 2009 № 4. – стр. 124-128.

3. Гаврилова Е.Г. Анализ дефектов анестезиолого-реанимационной помощи: причины и пути профилактики: диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук, «Северо-западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова». - 2014. Санкт-Петербург.

ФОНД ПУРИНОВЫХ НУКЛЕОТИДОВ В ПЛАЗМЕ КРОВИ ПРИ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ

Курбат М.Н.

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. Проблема ВИЧ-инфекции и ассоциированного с ней СПИДа очевидна с учетом ее широкого распространения, трудности лечения и высокой летальности. Повышение уровней печеночных трансаминаз часто наблюдается у инфицированных ВИЧ, особенно на фоне антиретровирусной терапии (АРТ). Частота тяжелой гепатотоксичности в таких случаях достигает 6%, что обусловлено как влиянием препаратов, так и сопутствующими заболеваниями печени. В основе развития гепатотоксичности к антиретровирусным препаратам лежат различные патогенетические механизмы, что отражается и на сроках ее возникновения. Так, в основе реакции гепатотоксичности на нуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы (НИОТ) лежит митохондриальная токсичность. Сроки возникновения данной патологии достигают 6 месяцев и более от начала терапии. Знание особенностей течения предшествующей ВИЧ-инфекции патологии печени, а также собственно поражений печени, возникающих на фоне ВИЧ, является крайне важным, так как определяет дальнейшую тактику лечения и позволяет предотвратить вероятные побочные эффекты АРТ. Изучение обмена нуклеотидов в организме ВИЧ-инфицированного пациента представляется довольно актуальным, вследствие приема нуклеозидных аналогов пуринового и пиримидинового ряда в качестве антиретровирусных препаратов.

Цель. Охарактеризовать пул пуриновых нуклеотидов плазмы крови пациентов с ВИЧ-инфекцией при длительном приеме АРТ и развитии клинических признаков токсического поражения печени.

Методы исследования. Объектом исследования были 98 пациентов с диагнозом ВИЧ-инфекции, которые получали АРТ в соответствии с