

результаты. При поступлении в отделении 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. Неделько, В.А. Журавлев. // Международный неврологический журнал, 2017. № 5. – Стр 31-37.
2. Кульцина Е.Р. Лабораторные критерии прогнозирования течения и исхода черепно-мозговой травмы.: диссертация канд. мед. наук 14.00.46 / Е.Р. Кульцина. – 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.<sup>1</sup>, Герасимчик П.А.<sup>2</sup>, Предко В.А.<sup>1</sup>, Спас В.В.<sup>1</sup>**

Гродненский государственный медицинский университет г. Гродно<sup>1</sup>,  
УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Гродно»<sup>2</sup>

**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 трубы и антропометрическими показателями человека, а также разработка методики для более точного подбора эндотрахеальной трубы.

**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 трубы. У 14,8% пациентов использовались эндотрахеальные трубы с внутренним диаметром – 7,5мм, у 18,5% пациентов использовались эндотрахеальные трубы с внутренним диаметром – 8 мм, у 66,7% пациентов использовались эндотрахеальные трубы 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- $23,26 \pm 3,51 \text{кг}^2$ ; 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 трубы – 0,5351. Коэффициент корреляции диаметра 5-го пальца с внутренним диаметром эндотрахеальной трубы 0,1491. Коэффициент корреляции длины окружности 5-го пальца с внутренним диаметром эндотрахеальной трубы – 0,2598.

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