

ИНДИВИДУАЛЬНЫЕ ПОДХОДЫ К ТРАХЕОСТОМИИ У НЕЙРОРЕАНИМАЦИОННЫХ ПАЦИЕНТОВ

Садовский В.И., Черныш А.В., Сухарев А.А., Саливончик Е.И.
УЗ «Гомельская областная клиническая больница»

Трахеостомия по-прежнему широко используется не только для восстановления проходимости верхних дыхательных путей, но и для предупреждения осложнений искусственной вентиляции легких, улучшения легочного газообмена, санации трахеобронхиального дерева и введения лекарственных средств в трахею и бронхи. В лечении нейрореанимационных пациентов, находящихся на искусственной вентиляции легких, особая роль отводится пункционно-дилатационной трахеостомии, имеющей значительные преимущества перед классической трахеостомией. Существуют различные методики определения показаний к трахеостомии, однако они дают преимущественно одностороннюю оценку. На большом клиническом материале и литературных данных нами разработан новый подход к оценке показаний к трахеостомии у нейрореанимационных пациентов с учетом состояния организма.

Цель исследования: выработка четких показаний к трахеостомии у нейрореанимационных пациентов.

Материал и методы. Проведено ретроспективное исследование карт стационарного лечения 200 пациентов реанимационного отделения за 2008 -2010 гг., которым была произведена операция трахеостомии по поводу острой дыхательной недостаточности, обусловленной травмой и заболеваниями ЦНС, определены показатели к трахеостомии. Каждый показатель имеет степень выраженности с оценкой в баллах.

Исходя из данных таблицы, нами разработано 5 вариантов показаний к трахеостомии. Определив количество баллов, лечащий врач за несколько минут может принять решение о необходимости операции. В 1 варианте пациент может обойтись без операции, при 2–3 варианте возможно консервативное лечение до 3-х суток, при отсутствии улучшения показана трахеостомия, 4–5 варианты требуют срочной операции (таблица 2). Из 200 пациентов показания к трахеостомии, согласно нашей таблице, теоретически определены у 182 (1-й вариант – 18, 2-й – 26, 3-й – 29, 4-й – 37, 5-й – 72), а выполнены применительно к нашим показаниям у 173 пациентов (2-й вариант – 23, 3-й – 25, 4-й – 44, 5-й – 81).

Таблица 1 – Оценка индивидуальных подходов к трахеостомии

Показатель	Степень выраженности	Оценка в баллах	Показатель	Степень выраженности	Оценка в баллах
Возраст (лет)	До 20 21-40 41-60 Старше 60	0 0 1 2	Длительность заболевания (дни)	1-3 4-7 8-12 Свыше 12	0 1 2 2
Патологический процесс В ЦНС	Ушиб, энцефалопатия менингоэнцефал. абсцесс инфаркт гематома, отек	1 2 3 4-5	Пневмонии	Легкая форма Средней степ. тяжести Тяжелая (билобарная) Крайне тяжелая	1 2 3 4-5
Уровень сознания	Оглушенность Сопор Кома 1 -3	1 2 3-5	Коэффициент оксигенации	1 степ. 300-380 2 степ. 200-300 3 степ меньше 200	1 2-3 4-5
Проведенные операции	Трепанация Удален. гематом, новообразования	2 4 3	Острая дыхательная недостаточность	1 ст. 2 ст. 3 ст.	1 2 3
Смещение средних структур мозга (мм)	1 степ. – 0-5 2 степ, 5-10 3 степ. Свыше 10	3 4 5	Сопутствующие заболевания	Сердца, легких, мозга, печени, почек, ожирение	по2

Выводы.

1. Таблица индивидуального подхода показаний к трахеостомии у нейрореанимационных пациентов позволяет в большинстве случаев своевременно выполнить трахеостомию. Нейрореанимационным пациентам показана пункционно-дилатационная трахеостомия.

2. Своевременная трахеостомия уменьшает длительность ИВЛ, риск при переинтубации и инфекционных осложнений, открывает возможности для ранней реабилитации функции глотания.

ИММУННЫЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ГРИБКОВЫМ И ГРИБКОВО-БАКТЕРИАЛЬНЫМ СИНУСИТОМ

Редько Д.Д., Шляга И.Д., Новикова И.А., Гомоляко А.В.

УО «Гомельский государственный медицинский университет»

На протяжении последних десятилетий наблюдается рост заболеваемости синуситами грибковой этиологии (Кунельская В.Я., 2001; Заболотный Д.И., и др. 2002). Грибковые поражения носа и околоносовых пазух (ОНП) стоят на втором месте среди всех микозов верхних дыхательных путей (Крюков А.И. и соавт., 2004). Между тем хорошо известно, что условно патогенная микробиота, к которой относятся возбудители синуситов *Aspergillus spp.* и *Candida spp.*, не может стать патогенной при нормальном состоянии иммунитета. Весьма актуальным представляется нам изучение показателей общего иммунитета пациентов с хроническим синуситом грибковой и грибково-бактериальной этиологии.

Материал и методы. Иммунологическое обследование 92 пациентов с различными клиническими формами синусита включало консультацию врача-иммунолога, определение субпопуляций лимфоцитов методом иммунофенотипирования, определение уровня иммуноглобулинов А, М, G в сыворотке крови, фагоцитарной активности нейтрофилов. Нормальные значения иммунограммы представлены по данным обследования контрольной группы, состоявшей из здоровых добровольцев (n=40).

Результаты и обсуждение. Хроническая неинвазивная форма грибкового синусита – мицетомы ОНП – диагностирована у 41% пациентов, хроническая инвазивная форма грибкового синусита – 13%, аллергический грибковый риносинусит – 6%, грибково-бактериальный синусит – 40%. При оценке результатов иммунологического исследования изменения лабораторных показателей установлены всего у 45% пациентов. При этом выявлены некоторые закономерности: минимальное число нарушений иммунитета отмечено