

у мальчиков и девочек. Через 10 лет в 2023 г. медиана уровня Са в волосах детей составила 786,86 мкг/г без различия у девочек и мальчиков, что оказалось выше медианы значений более чем в 3 раза в сравнении с исследованием десятилетней давности. Низкий уровень Са в 2023 году выявлен у 11,7% детей. Удельный вес детей с уровнем Са выше 90 перцентиля составил 59,3%.

Исследование уровня Са в волосах у детей в возрасте от 1 до 4 лет за десятилетний период с 2013 по 2022 г. выявило повышение содержания этого макроэлемента более чем в 3 раза. Превышение уровня Са в волосах в сравнении с условными нормами наблюдалось у более чем половины обследованных детей, что диктует необходимость более детального их обследования.

Осипенко Д.В.¹, Силанов А.А.², Рейкин М.П.²

¹ Гомельский государственный медицинский университет, Гомель, Беларусь

² Гомельский областной клинический кардиологический центр, Гомель, Беларусь

ВЛИЯНИЕ НИЗКИХ ДОЗ КЕТАМИНА НА ПОКАЗАТЕЛИ БИСПЕКТРАЛЬНОГО ИНДЕКСА (BIS) ПРИ ПРОВЕДЕНИИ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Актуальность. Кетамин – препарат для анестезии, в дозах более 1,0 мг/кг обеспечивающий отсутствие сознания, амнезию и обезболивание. На данный момент при проведении плановых оперативных вмешательств кетамин рекомендуется применять в субанестетических (низких) дозах (менее 0,5 мг/кг в виде болюса и менее 0,5 мг/кг/ч в виде непрерывной инфузии), как анальгетический компонент мультимодальной анестезии. BIS – показатель обработанной электроэнцефалограммы (ЭЭГ), используемый для контроля глубины наркозного сна у пациента, с оптимальными значениями от 40 до 60. Кетамин оказывает диссоциативный эффект на центральную нервную систему, следовательно, после его введения в дозах более 1,0 мг/кг на ЭЭГ регистрируется «гамма-всплеск» – увеличиваются значения BIS. Однако

влияние субанестетических доз кетамина на показатели BIS в настоящее время не изучено.

Цель. Оценить влияние внутривенного введения низких доз кетамина на показатели BIS при проведении кардиохирургических операций.

Методы исследования. За период с 01.01.2022 по 01.05.2023 в проспективное исследование включено 39 пациентов, которым выполнялись плановые кардиохирургические операции с искусственным кровообращением (ИК). Пациенты в зависимости от методики общей эндотрахеальной анестезии были разделены на две группы: 1-я (n=21): до и после проведения ИК использовался севофлуран (0,5–1 МАК), во время ИК – внутривенное титрование пропофола. Анальгезия обеспечивалась инфузией фентанила, миорелаксация – введением атракуриума; 2-я (n=18): дополнительно внутривенно вводили кетамин: болюс – 25 мг, титрование – 25 мг/час. В исследования выделены следующие этапы: 1-й – пациент в операционной; 2-й – через 5 мин. после интубации трахеи; 3-й – через 5 мин. после разреза кожи; 4-й – через 5 мин. после стернотомии; 5-й – за 15 мин. до начала ИК; 6-й – через 15 мин. после прекращения ИК; 7-й – после наложения швов на рану. Данные представлены: среднее (M), стандартное отклонение (sd). Различий между группами определяли с помощью критерия Манна – Уитни (считались достоверными при $p < 0,05$).

Результаты и их обсуждение. Пациенты двух групп не различались по антропометрическим параметрам, полу, статусу по ASA, виду и длительности операции. Различий в дозах анальгетиков, анестетиков и миорелаксантов, использованных для вводной и поддержания анестезии, между группами не обнаружено. Болюсная доза кетамина составила – $0,31 \pm 0,05$ мг/кг; доза для поддержания – $0,31 \pm 0,05$ мг/кг/час; суммарная доза – $154,7 \pm 21,6$ мг/кг. Динамика изменения BIS представлена в таблице. В зависимости от этапа исследования значения BIS во 2-й группе были достоверно больше на 13 ± 6 в сравнении с 1-й группой.

Длительность ИВЛ в 1-й группе составила 335 (276; 385) мин., 2-й группе – 260 (187; 435) мин., без достоверных различий. В послеоперационном периоде ни один из пациентов не сообщил о наличии эпизода интранаркозного пробуждения. Таким образом, внутривенное введение низких доз кетамина (болюс $0,31 \pm 0,05$ мг/кг,

Значения BIS в группах пациентов

Группа	Этапы исследования						
	1-й	2-й	3-й	4-й	5-й	6-й	7-й
1-я	89±3	49±12	41±10	41±8	44±8	42±9	44±9
2-я	88±2	56±13	56±13	53±12	57±9	56±8	62±14
P	0,387	0,056	0,004	0,006	0,001	0,001	0,001

поддержание $0,31 \pm 0,05$ мг/кг/час) при выполнении кардиохирургических вмешательств с ИК повышает значения BIS на 13 ± 6 .

Ославский А.И.¹, Смотрин С.М.¹, Меламед В.Д.¹, Юркевич С.В.², Клименко Н.Ф.²

¹Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

²Городская клиническая больница скорой медицинской помощи, Гродно, Беларусь

ПРИМЕНЕНИЕ СОРБЦИОННО-АКТИВНОЙ ДРЕНАЖНОЙ СИСТЕМЫ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНЫХ РАН

Актуальность. Гнойно-воспалительные заболевания мягких тканей занимают ведущее место в структуре первичной обращаемости за медицинской помощью, а их лечение, в связи с растущей антибиотикорезистентностью микроорганизмов, требует разработки новых и совершенствования существующих методов лечения. В последние годы важное место отводится вальнеросорбции.

Цель. Изучение эффективности применения разработанной сорбционно-активной дренажной системы (САДС).

Методы исследования. Разработанная нами САДС (патент Республики Беларусь на полезную модель от 22.07.2013 № 9616) была применена в клинике 2-й кафедры хирургических болезней. Все пациенты разделены на 2 группы. У пациентов-добровольцев, составивших опытную группу, применена для дренирования гнойных ран САДС. У 10 пациентов были абсцессы мягких тканей, у 8 – постъинъекционные ягодичные абсцессы. Гнойную полость, образовавшуюся после вскрытия абсцессов, дренировали САДС для гнойных ран и полостей,