

РАННЯЯ ТРАХЕОСТОМИЯ У ПАЦИЕНТОВ НА ИСКУССТВЕННОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЁГКИХ С НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Протасевич П.П.¹, Белевич Е.А.¹, Котлинская И.Б.²

¹Гродненский государственный медицинский университет,

²Гродненская университетская клиника

Актуальность. Пациенты с острыми неврологическими нарушениями часто нуждаются в механической вентиляции из-за снижения защитных рефлексов дыхательных путей, сердечно-легочной недостаточности. Искусственная вентиляция позволяет контролировать уровень оксигенации и углекислого газа, позволяя врачам контролировать церебральную гемодинамику и внутричерепное давление с целью минимизации вторичного ишемического повреждения [1]. У пациентов с острыми травмами спинного мозга, нервно-мышечными заболеваниями или заболеваниями периферической нервной системы механическая вентиляция обеспечивает поддержку дыхания в условиях нарушенной иннервации дыхательной мускулатуры.

Однако использование классической интубационной трубки при длительном стоянии сопряжено с риском развития ряда осложнений, таких как инфекция дыхательных путей и формирование пролежня трахеи и/или постинтубационной стриктуры трахеи. Наиболее распространённым методом профилактики является ранняя трахеостомия – хирургическая операция, направленная на создание соустья между трахеей и окружающей средой. [2].

Цель. Изучить клинико-лабораторные показатели и осложнения у пациентов с нарушенным мозговым кровообращением, подвергшихся трахеостомии.

Методы исследования. Нами был проведен ретроспективный анализ медицинских карт 14 пациентов, находившихся на лечении в ОАР № 3 учреждения здравоохранения «Гродненская университетская клиника» с нарушением мозгового кровообращения в период с ноября 2022 по август 2023 года, которым выполнялась трахеостомия.

Результаты и их обсуждение. Средний возраст пациентов составил 61 [58; 64] год. Чаще трахеостомия выполнялась у пациентов мужского пола 10 мужчин и 4 женщины. Степень угнетения сознания при поступлении по шкале Глазго составила 11 [10; 14] балла.

Средняя продолжительность нахождения в стационаре до перевода на искусственную вентиляцию лёгких (ИВЛ) составила 2,4 [1; 4] дня. От интубации до трахеостомии среднее значение времени составило 7,3 [6; 9] дня. 10 пациентов были переведены для дальнейшего лечения в неврологическое отделения, а в 4 случаях был зафиксирован летальный исход.

Всем пациентам во время трахеостомии выполняется мазок трахеи с посевом на микрофлору с определением чувствительности к антибактериальным препаратам. У 7 пациентов в ходе микробиологического

исследования микроорганизмы не были выявлены. У 3 пациентов высевался *Acinetobacter baumannii* complex и у 3 пациентов *Klebsiella pneumoniae* ssp. В одном случае была выявлена *Pseudomonas aeruginosa*.

Оценка лабораторных показателей нами проводилась во время поступления, при переводе на ИВЛ, перед выпиской.

Среднее содержание эритроцитов при поступлении составило $4,6 \times 10^{12}$ [$3,4 \times 10^{12}$; $4,9 \times 10^{12}$], при переводе на ИВЛ $4,54 \times 10^{12}$ [$3,5 \times 10^{12}$; $4,9 \times 10^{12}$], а при выписке достоверно снижалось до $3,89 \times 10^{12}$ [$3,2 \times 10^{12}$; $4,2 \times 10^{12}$] ($p < 0,05$). При исследовании гемоглобина соответственно сначала также наблюдалась тенденция к повышению на 6 г/л, а затем, после перевода на ИВЛ, происходило достоверное снижение на 20 г/л ($p < 0,05$). Что объяснимо длительным периодом болезни, что способствовало истощению резервов организма.

Достоверных изменений в гематокрите и цветовом показателе не было выявлено.

При исследовании тромбоцитов наблюдается их постепенное увеличение: Тр1– $234,5 \times 10^9$ [$198,3 \times 10^9$; 259×10^9]; Тр2– $248,5 \times 10^9$ [$201,2 \times 10^9$; $258,8 \times 10^9$]; Тр3– $267,5 \times 10^9$ [$235,4 \times 10^9$; $315,2 \times 10^9$]. Достоверным было увеличение тромбоцитов при выписке в сравнении с первым этапом ($p < 0,05$).

После перевода на ИВЛ у пациентов намечалась тенденция к повышению уровня лейкоцитов с $8,9 \times 10^9$ [$7,5 \times 10^9$; $9,4 \times 10^9$] до $11,3$ [$9,5 \times 10^9$; $14,3 \times 10^9$] ($p < 0,05$) с последующим снижением до $7,6 \times 10^9$ [$6,4 \times 10^9$; $8,4 \times 10^9$] ($p < 0,05$).

Показатели нейтрофилов носят тенденцию к снижению. При поступлении палочкоядерные составили 7,58%, а сегментоядерные 73,4%. При переводе на ИВЛ палочкоядерные 7,58% и сегментоядерные 75,3%, при выписке – 6,5% составили палочкоядерные, сегментоядерные – 67,6%.

Самый высокий показатель лимфоцитов наблюдается при выписке и составляет 18,5%, а самый маленький при поступлении – 14,45%.

Моноциты сначала снижаются, а к выписке повышаются и составляют 6,25%.

Тяжесть состояния по шкале APACHE2 не показала достоверных отклонений и составила 17 [14; 19].

Респираторное отношение SpO_2/FiO_2 при поступлении составило 203 [128; 215], а при переводе на ИВЛ отмечалась тенденция к уменьшению до 184 [124; 201] с последующим достоверным повышением у выживших до 285 [245; 310].

Выводы:

1. У пациентов неврологического профиля с нарушением сознания, как правило, требуется ранний перевод на ИВЛ.
2. Применение ранней трахеостомии позволяет улучшить респираторный уход и параметры оксигенации без риска развития каких-либо осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Taran, S. Noninvasive and invasive mechanical ventilation for neurologic disorders / S. Taran, V. A. McCredie, E. C. Goligher // *Handb Clin Neurol*, 2022. – Vol. 189, P 361-386.

2. Якубцевич, Р. Э. Основы анестезиологии и реаниматологии : учебное пособие / Р. Э. Якубцевич. – Гродно : ГрГМУ, 2021. – 232 с.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЙ АНАЛИЗ У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ПОСЛЕ ЭЛЕКТРОИМПУЛЬСНОЙ ТЕРАПИИ

Протасевич П.П.¹, Фидрик А.Н.¹, Карник В.Н.²

¹Гродненский государственный медицинский университет,

²Гродненская университетская клиника

Актуальность. Фибрилляция предсердий (ФП) – это наиболее распространённый вид аритмии, обуславливающий приблизительно 50% госпитализаций по поводу нарушений сердечного ритма. Электроимпульсная терапия – процедура восстановления синусового ритма, проводимая при персистирующей форме ФП в плановом порядке. Однако, если аритмия является причиной возникновения острой сердечной недостаточности, гипотензии или ухудшения симптоматики у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС), восстановление синусового ритма проводится по экстренным показаниям. Факторы удержания синусового ритма стали изучать сравнительно недавно, и в настоящее время они чётко не определены. Среди факторов риска частого рецидивирования пароксизмов ФП встречаются женский пол, длительность аритмии и органические поражения сердца, причем некоторые из факторов взаимосвязаны (например, длительность ФП и размер предсердий). Следует заметить, что в современной отечественной и зарубежной литературе имеются неоднозначные данные о влиянии варианта ФП на возможность развития рецидивов после эффективной электроимпульсной терапии [1].

Цель. Провести клиничко-лабораторный анализ у пациентов с персистирующей формой ФП после электроимпульсной терапии.

Методы исследования. Нами был проведен ретроспективный анализ медицинских карт стационарных пациентов Гродненского областного клинического кардиологического центра. Изучены материалы о 30 пациентах с установленным диагнозом ФП, у которых была проведена электроимпульсная терапия с целью восстановления синусового ритма.

Результаты и их обсуждение. В исследовании приняло участие 30 пациентов, из них: 73,3% мужчин, 26,7% женщин. Средний возраст пациентов 60,9 лет (минимальный возраст составил 37 лет, максимальный 85). Из них процент пациентов с сопутствующей ИБС составил 83,3%, с другими нарушениями ритма 43,2%. Тахисистолический вариант ФП установлен в 91,4% случаев. После выполнения трансторакальной эхокардиографии у 60% выявлено расширение обоих предсердий и у 7 (23,3%) пациентов выявлена умеренная легочная гипертензия, у 100% пациентов регургитация 2 – 3 степени