

У троих пациентов на первоначальной компьютерной томограмме (КТ) был сформированный ишемический очаг, он же сохранился у этих же пациентов при контрольном КТ. У остальных пациентов ишемического очага не было ни на первичном КТ, ни на повторном. Средняя продолжительность лечения в ОАР составила 3 дня [2;4]. Общий период госпитализации до перевода на реабилитацию или выписки 14 [11;15] соответственно.

Оценка по шкале NIHSS при поступлении составила 10[9;12] баллов, после ТЛТ 6[4;10] балла, через 2–4 дня интенсивной терапии 7 [4;10], а при выписке 4[0,5;9] балла. Несмотря на то, что тенденция к снижению уровня оценки по NIHSS наблюдалась сразу после проведения ТЛТ, статистически достоверного уменьшения она достигла лишь на 4 этапе исследования по сравнению с 1–м ($p=0.03$).

Степень утраты сознания по шкале ком Глазго не показала достоверных изменений на этапах исследования и составила: 1– 14[14;15] баллов, 2 – 14[13;15], 3 и 4 – 15 [15;15] соответственно.

Выводы. Ранний ТЛТ при ОНМК позволяет достоверно снизить тяжесть и нежелательные последствия инсульта.

ЛИТЕРАТУРА

1. Xiong, Y. Advances in Acute Ischemic Stroke Therapy / Y. Xiong, A. K. Wakhloo, M. Fisher // Circ Res. – 2022. – Vol. 130. – P 1230–1251.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КЛИНИКО–ЛАБОРАТОРНЫХ ТЕНДЕНЦИЙ У ТРАХЕОСТОМИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

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

Гродненский государственный медицинский университет¹,

Гродненская университетская клиника²

Актуальность. Трахеостомия–это оперативное вмешательство, целью которого является создание длительного сообщения между окружающей средой и дыхательными путями[1].

У пациентов с поражениями центральной нервной системы (ЦНС) часто возникает дыхательная недостаточность, что требует длительной вентиляции из–за снижения защитных рефлексов дыхательных путей, сердечно–легочной недостаточности. Искусственная вентиляция легких (ИВЛ) через интубационную трубку сопряжена с риском развития ряда осложнений, таких как инфекция дыхательных путей и формирование пролежня трахеи и/или постинтубационной стриктуры трахеи[2].

Анализ клинических исследований показал, что оптимальным сроком наложения трахеостомы у пациентов с предполагаемой длительной ИВЛ является период около 7–х суток респираторной поддержки [3].

Цель. Сравнение клинико–лабораторные показатели у пациентов неврологического профиля, подвергшихся трахеостомии.

Методы исследования. Нами был проведен ретроспективный анализ медицинских карт трахеостомированных пациентов неврологического профиля, находившихся на лечении в ОАР №3 УЗ «Гродненская университетская клиника» в период с ноября 2022 по август 2023 года и с ноября 2023 по август 2024 года.

Результаты и их обсуждение. Средний возраст пациентов в первой группе составил 62 года, а во второй 71 год. В период 2022–2023 трахеостомия выполнялась чаще у пациентов мужского пола 10 мужчин и 4 женщины. Степень угнетения сознания при поступлении по шкале Глазго составила 11 [10;14] балла. В 2023–2024 гг. трахеостомия выполнена у 7 женщин. Оценка сознания по шкале Глазго составила 13 [9;14] балла.

Средняя продолжительность нахождения в стационаре до перевода на ИВЛ в первой группе составила 2,4 [1;4] дня, от интубации до трахеостомии среднее значение времени составило 6 [5;7] дня. 10 пациентов были переведены для дальнейшего лечения в неврологическое отделение, а в 4 случаях был зафиксирован летальный исход. Во второй группе средняя продолжительность в стационаре до перевода на ИВЛ составила 3 [1,5;4] дня, от интубации до трахеостомии – 8,5 [6;10] дня. Все пациенты были переведены для дальнейшего лечения в неврологическое отделение.

Оценка лабораторных показателей нами проводилась во время поступления, при переводе на ИВЛ, перед выпиской. Достоверных различий между группами, а также при сравнении этапов исследований получено не было.

После перевода на ИВЛ в обеих группах намечалась тенденция к повышению уровня лейкоцитов с $8,9 \times 10^9$ [$7,5 \times 10^9$; $9,4 \times 10^9$] до $11,3 \times 10^9$ [$9,5 \times 10^9$; $14,3 \times 10^9$] ($p > 0,05$) с последующим снижением до $7,6 \times 10^9$ [$6,4 \times 10^9$; $8,4 \times 10^9$] ($p > 0,05$) в первой и, соответственно, во второй $9,3 \times 10^9$ [$7,7 \times 10^9$; 14×10^9], $13,2 \times 10^9$ [$11,5 \times 10^9$; $14,7 \times 10^9$] и $10,6 \times 10^9$ [$9,5 \times 10^9$; $12,3 \times 10^9$] на этапах исследования.

Выводы.

1. У пациентов неврологического профиля с нарушением сознания, как правило, требуется ранний перевод на ИВЛ для снижения риска инфицирования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Таран С. Неинвазивная и инвазивная искусственная вентиляция легких при неврологических расстройствах / С. Таран, В. А. МакКреди, Э. К. Голигер // HandbClinNeurol. – 2022. – Т. 189, С. 361–386.

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

3. Epidemiology and patterns of tracheostomy practice in patients with acute respiratory distress syndrome/ Abe T, Madotto F, Pham T, Nagata I.// Boston. – 2018. – 195 p.

АНАЛИЗ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ТРАХЕОСТОМИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Протасевич П.П.¹, Белевич Е.А.¹, Кононенко Е.А.², Чернова Н.Н.²

Гродненский государственный медицинский университет¹,

Гродненская университетская клиника²

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].

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. [2].

Цель. Сравнение показателей микробиологических посевов у пациентов неврологического профиля, подвергшихся трахеостомии.

Методы исследования. Нами был проведен ретроспективный анализ медицинских карт пациентов, находившихся на лечении в ОАР №3 УЗ «Гродненская университетская клиника» с преимущественно нарушением мозгового кровообращения которым выполнялась трахеостомия в период с ноября 2022 по август 2023 года и с ноября 2023 по август 2024 года.

Результаты и их обсуждение. В первой группе вошли 14 пациентов (10 мужчин и 4 женщины). Средний возраст составил 62 года. Во вторую группу вошли 7 пациентов все женского пола среднего возраста 71 год.

Проводилась оценка результатов микробиологических исследований бронхоальвеолярных смывов, полученных во время трахеостомии и при переводе пациентов из отделения реанимации.

При трахеостомии инфицированность составила 43% в первой группе и 66,7% во второй. При переводе из реанимации идентификация увеличилась до 85,7% и 75% соответственно. Статистически достоверных различий между группами, а также при сравнении этапов исследований получено не было ($p > 0,05$), вероятнее всего из-за малого количества пациентов.

Основными возбудителями в первой группе были *A. baumannii* на первом этапе и *K. pneumoniae* на втором. Во второй группе на первом этапе выявлены