

становительному потенциалу мозга, создание регистра больных в вегетативном состоянии; организация комплексного лечения каждого больного путем консультирования группой специалистов разного профиля и материальной поддержкой лечения в восстановительных центрах и на дому. На уровне медицинской организации — это создание школ обучения родственников, психологическая подготовка персонала. На уровне граждан — создание благотворительных фондов и волонтерских центров по уходу за данными пациентами и помощь им в реинтеграции в общество.

Литература

1. Рекомендательные протоколы интенсивной терапии у больных в критических состояниях (принятые на I и III съездах анестезиологов и реаниматологов Северо-Запада России) / Ред. А.Н. Кондратьев. СПб., 2007. 144 с.
2. Рейтер С. Все, что плохо лежат [Электронный ресурс] / С. Рейтер // Esquire: общ.-публ. журн. 12. 07. 2010.
3. Жарова, М.Н. Этические проблемы окончания жизни человека [Электронный ресурс] / М.Н. Жарова // RELGA: науч.-культуролог. журнал. 2010. № 10 [208].

РАННИЕ ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ТЯЖЕСТИ ВТОРИЧНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ МОЗГОВЫМИ ИНСУЛЬТАМИ

Намазов Д.А., Саркулова Ж.Н., Токишлыкова А.Б., Сарбаева А.М.,

Жиеналин Р.Н., Сатенов Ж.К.

Научный руководитель: д.м.н., профессор Саркулова Ж.Н.

Кафедра анестезиологии и реаниматологии Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова

Актуальность исследования: современные медицинские тенденции в области нейрореанимации делают акцент на раннюю диагностику вторичных повреждений головного мозга, приводящих к необратимым изменениям центральной нервной системы [1, 2].

Цель исследования: определить уровни нейрон-специфического белка енолазы (NSE) и нейроглиального белка (S100) и их значение в прогнозировании тяжести и исходов лечения у больных с острыми мозговыми инсультами.

Материалы и методы: исследованы 89 пациентов, находившихся на стационарном лечении. Пациенты были разделены на 2 группы: 1-я — выжившие, $n=46$ (51,7%) и 2-я — умершие, $n=43$ (48,3%). На 1, 3, 5 и 7 сутки проводили оценку уровня нейромаркеров сыворотки крови: NSE, S100 и неврологического дефицита по шкалам NIHSS и Глазго.

Результаты: исходный уровень S100 во 2-й группе, составляя в среднем $(18,42 \pm 1,1 \text{ нг/мл})$ превышал этот показатель в 1-й группе $(16,80 \pm 1,0)$. В динамике, на 7-е сутки при снижении исследуемого белка в 1-й группе до $15,87 \pm 5,4$, во 2-й группе отмечалось его нарастание — $21,13 \pm 3,2$. Аналогичные изменения наблюдались и при исследовании NSE. В обеих группах максимальное значение концентрации белка отмечалось на 3-и сутки. Однако, в динамике на 7-е сутки в 1-й группе он снизился в 2,4 раза, то во 2-й группе — в 2,12 раза. В группе умерших больных в динамике неврологический дефицит на 5 и 7 сутки соответствовали 4–5 баллов (Глазго) и 24–29 баллов (NIHSS).

Выводы: нейронспецифические белки (S-100 и NSE) позволяют прогнозировать тяжесть повреждения головного мозга и исходы лечения у больных с острыми мозговыми инсультами.

Литература

1. Ху YY, Dong XQ, Yu WH и др. Изменение уровня S100B в плазме после острого спонтанного кровоизлияния в базальных ганглиях. Шок 2010; 33: 134–140. [PubMed].
2. Брансуик А.С., Хиванг Б.Ю., Аппельбум Г. и др. Биомаркеры сыворотки спонтанного внутримозгового кровоизлияния вызвали вторичное повреждение головного мозга. J Neurol Sci 2012; 321: 1–10. [PubMed].

3. Meric E, Gunduz A, Turedi S, et al. Прогностическая ценность нейрон-специфической енолазы у пациентов с травмой головы. J Emerg Med 2010; 38: 297–301. [PubMed].

ГИПЕРИНФУЗИЯ КАК ОДИН ИЗ ПРЕДИКТОРОВ НЕБЛАГОПОЛУЧНОГО ИСХОДА У ПАЦИЕНТОВ В ОТДЕЛЕНИИ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

Нейфельд М.С., Горст И.А.

Научный руководитель: д.м.н., профессор Орлов Ю.П.
Кафедра анестезиологии и реаниматологии
Омский государственный медицинский университет

Актуальность исследования: при инфузионной терапии (ИТ) часто имеет место объемная перегрузка и ряд побочных эффектов [1]. Исследования отмечают связь гипергидратации с увеличением смертности [2, 3]. Но, что подразумевается под «большим положительным водным балансом» (ПВБ), остается до сих пор непонятным.

Цель исследования: провести оценку трехдневного ПВБ при проведении ИТ и оценить ее влияние на выживаемость пациентов в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ), госпитализированных с диагнозом «политравма».

Материалы и методы: в ретроспективное исследование были включены данные 2 групп: I группа — пациенты, переведенные в другие отделения с улучшением состояния ($n=20$), II группа — умершие в ОРИТ ($n=20$) в период до 30 суток. Средний период нахождения больного в ОРИТ во II группе составил $14,5 \pm 7,1$ дня. Средний возраст пациентов составил $49,8 \pm 0,6$ года. Пациенты, включаемые в выборку, поступали только с диагнозом политравмы, гиповолемического шока, с отсутствием эффекта на волевическую нагрузку и с необходимостью использования вазопрессоров. При статистической обработке устанавливали вероятность $p < 0,05$, применяли критерий Колмогорова-Смирнова, анализ ROC-кривых, также относительный риск летального исхода для каждой группы пациентов.

Результаты: установлено, что среднее значение ПВБ за 3 дня статистически значимо было выше у умерших больных ($5427,2 \pm 1040,3$ мл при $p < 0,005$), чем у выживших (3345 ± 1268 мл при $p < 0,005$). У пациентов с большим объемом ПВБ за 3 дня риск смертности наблюдался в 5,1 раза чаще (95% ДИ 0,773–0,992 при $p < 0,005$), чем среди пациентов, ПВБ которых суммарно за 3 суток был менее 4075 мл.

Выводы: избыточный ПВБ является достоверным предиктором летального исхода у пациентов в ОРИТ. Риск смерти пациентов с политравмой прямо зависит от уровня ПВБ за 3 суток нахождения в ОРИТ. Под «большим» ПВБ следует понимать суммированный за 3 суток объем, превышающий 3345 ± 1268 мл. Используя трехсуточный показатель ПВБ, можно с точностью до 96,7% определить неблагоприятный исход пациентов ($p < 0,05$; 95% ДИ 0,773–0,992).

Литература

1. Hypervolemia increases release of atrial natriuretic peptide and shedding of the endothelial glycocalyx / Daniel Chappell [et al.] // Critical Care Medicine. 2014. Vol. 18. P. 538.
2. The dark sides of fluid administration in the critically ill patient. / Daniel A [et al.] // Intensive Care Medicine. 2018. Vol. 44. P. 1138–1140.
3. Liberal or restricted fluid administration: are we ready for a proposal of a restricted intraoperative approach? / G. Della Rocca [et al.] // BMC Anesthesiology. 2014. Vol. 14. P. 62.