

Вентиляционные параметры в этих подгруппах значительных изменений и отличий не претерпели ($p > 0.05$).

Экстубация после пробуждения стала возможна спустя 2-14 мин (время пробуждения составило 4,4 мин), за исключением 2 пациентов из подгруппы В, где это время составило 9 и 13 мин соответственно. Потребность в послеоперационном обезболивании не возникла ранее чем 65 мин после окончания операции.

В контрольной группе из 20 пациентов неудовлетворительны психоэмоциональный статус был у 1 пациента, исходная тахикардия и гипертензия - у 2 пациентов, причем у одного пришлось задержать начало анестезии и операции на 30 мин, до купирования симптомов. Индукция и интубация трахеи сопровождались гипертензией и тахикардией у 3 пациентов, гипотензией у 1 пациента. В контрольной группе основной этап операции проходил без существенных гемодинамических и вентиляционных сдвигов. Выход из анестезии и экстубация протекали без особенностей у 17 пациентов, у 3 пациентов отмечался более длительный период до экстубации (от 14 до 22 мин). Потребность в послеоперационном обезболивании возникла спустя менее 60 мин у 4 пациентов, у 16 пациентов плановое обезбоживание было свыше 60 мин после окончания операции.

• ВЫВОДЫ

Разработанный индивидуальный подход к назначению премедикации с учетом измерения индивидуальной болевой чувствительности позволяет улучшить подготовку и проведение анестезиологического пособия при лапароскопических операциях. Простота и доступность метода, не требующего дополнительных средств и оборудования, делают возможным его использование в широкой клинической практике.

Заневский В.П., Кулагин А.Е., Скребец Н.А.

Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

Прогностические показатели летального исхода реанимационных больных

• ВВЕДЕНИЕ

Ответственность за безопасность пациента отделения реанимации и интенсивной терапии (ОИТР) и быстро меняющееся физиологическое состояние его здоровья несет врач-реаниматолог. Точность оценки состояния пациента влияет на своевременность коррекции интенсивной терапии, прогнозирования возможных изменений и исхода заболевания, а также зависит от профессиональной компетенции реаниматолога, его психоэмоционального и физиологического состояния. С целью устранения субъективизма в оценке физиологиче-

ского состояния пациентов ОИТР, прогноза исхода заболевания применяются различные оценочные шкалы, основанные на математическом расчете показателей входящих в них. Шкала APACHE II (Acute Physiology And Chronic Health Evaluation, 14 показателей) достаточно широко используется в многопрофильных ОИТР. Шкала SAPS II (Simplified Acute Physiology Score, 15 показателей), в отличие от APACHE, учитывает диурез, уровень мочевины, бикарбоната, билирубина, состояние при поступлении. Важным дополнением в этой системе является введенный показатель состояния легких - респираторный индекс - соотношение PaO_2/FiO_2 .

- **ЦЕЛЬ**

Определение физиологического статуса пациентов ОИТР по шкалам APACHE II и SAPS II, сравнение его с оценкой лечащего врача, прогнозирование исхода заболевания по шкалам и выявление наиболее значимых показателей предполагаемой летальности.

- **МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ**

Был проведен ретроспективный анализ 43 историй болезни пациентов, находившихся на лечении и умерших в ОИТР УЗ «6-й ГКБ» г. Минска в 2012 г. Изучена и проведена математическая обработка показателей по шкалам APACHE II и SAPS II, полученных за 5 дней до смерти.

- **РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ**

При взятой вероятной летальности в >53% у 34 (79,1%) пациентов из 43 по шкале SAPS II уже за 5 дней до смерти можно было с высокой степенью вероятности предположить неблагоприятный исход. По шкале APACHE II эту вероятность определили только у 14 (32,5%; $p < 0,05$) пациентов. Анализ записей лечащего врача показал, что только у 5 больных (3 из них были с онкозаболеванием) прогнозировался неблагоприятный исход, а субъективная оценка степени тяжести 28 пациентов не вызвала настороженности и была отмечена как средняя либо стабильно тяжёлая.

Анализ шкалы SAPS II выявил 3 наиболее значимые показатели, влияющие на конечные результаты прогнозируемой летальности. Уровень неврологического статуса (шкала Глазго) у 24 (55,8%) больных был 8-7 баллов, что соответствует 13 оценочным баллам по шкале. В возрасте более 75-80 лет (16-18 баллов) было 19 (44,1%) пациентов. Так же обратил на себя внимание респираторный индекс (соотношение PaO_2/FiO_2). Снижение его до 100-199 оценивается в 9 баллов и наблюдали в 12 случаях (27,9%).

- **ВЫВОДЫ**

1. Низкий уровень сознания и респираторного индекса, особенно у пациентов в возрасте более 75 лет, достаточно точно отражают степень тяжести реанимационного больного и коррелируют с прогнозируемой летальностью.

2. Шкала SAPS II в отличие от шкалы APACHE II, позволяет более достоверно прогнозировать «сценарий» развития заболевания и предвидеть возможность неблагоприятного исхода, четко регистрировать изменения в состоянии пациентов в процессе лечения.
3. Отрицательная динамика уровня сознания и респираторного индекса достаточно четко указывают на неблагоприятный исход заболевания и в большинстве случаев позволяют отказаться от математического расчета по шкалам.

Илюкевич Г.В., Олецкий В.Э., Комликов С.Ю., Трояновский Е.С., Наледько Н.А.
Белорусская медицинская академия последипломного образования,
Минск, Беларусь
Городская клиническая больница скорой медицинской помощи,
Минск, Беларусь

Оценка внутричерепного давления с помощью ультразвукового контроля диаметра оболочек зрительных нервов

· ВВЕДЕНИЕ

Внутричерепная гипертензия может иметь место при самых различных патологических состояниях: травма, инфекция (менингит, энцефалит), сосудистая патология, внутричерепные кровоизлияния, объемные образования или эпилептический статус. Ее клинические проявления включают множество симптомов - это стойкая головная боль, нарушение зрения, изменение психического статуса, появление очаговой неврологической симптоматики, судороги. Последствия нераспознанной внутричерепной гипертензии могут быть самыми серьезными и необратимыми. Раннее выявление повышения внутричерепного давления имеет решающее значение для обеспечения своевременного и адекватного лечения. В связи с этим важнейшее значение приобретает метод, позволяющий быстро и объективно выявить наличие внутричерепной гипертензии у постели пациента, находящегося в критическом состоянии. В условиях интенсивной терапии многократная транспортировка пациента в отдаленный кабинет для проведения повторной визуализации с помощью компьютерной томографии или магнитно-резонансного исследования головного мозга оправданно далеко не во всех клинических ситуациях, а инвазивный мониторинг внутричерепного давления всегда сопряжен с риском инфицирования. Возникает необходимость в простом, доступном, неинвазивном методе, позволяющем объективно судить о величине внутричерепного давления у постели пациента. Метод оценки внутричерепного давления путем ультразвукового измерения

УДК 616-089.5-031.83 (082)

В сборник включены тезисы докладов Республиканской научно-практической конференции по актуальным проблемам анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии.

Сборник предназначен для анестезиологов-реаниматологов, врачей, работающих в отделениях интенсивной терапии.

Редакционная коллегия:

*И.И. Канус (ответственный редактор);
В.П. Дейкало, А.Н. Буянова, А.В. Мамась,
Т.Н. Романюк, ЕЛ. Киселёва, Т. А. Абабурко*

Рецензенты:

доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой
анестезиологии и реаниматологии с курсом клинической биохимии
и интенсивной терапии Национального государственного университета
имени Пётра Мстиславича Минского государственного университета
имени Пётра Мстиславича, доцент, заведующий отделом анестезиологии
и реаниматологии Национального государственного университета
имени Пётра Мстиславича, доктор медицинских наук, доцент,
заведующий отделом анестезиологии и реаниматологии
научно-практического центра «Минск-1» *А.М. Дзядзько*

Минск - 2014

Белорусская медицинская академия
последипломного образования, 2014
(оформление. УП «Профессиональные
издания», 2014)

Научное издание

**АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ,
РЕАНИМАТОЛОГИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ**

Тезисы докладов Республиканской
научно-практической конференции
(Витебск, 5 декабря 2014 г.)

В авторской редакции.

Компьютерная верстка С.В. Каулькин
Ответственный за выпуск Л.А. Евтушенко

Подписано в печать 24.11.2014 Формат 60x80/16.
Бумага офсетная. Печать офсетная.
Усл. печ. л. 13,02. Уч-изд. л. 15,35. Тираж 150 экз. Заказ 121287.

Издательское частное унитарное предприятие
«Профессиональные издания».
ЛИ № 02330/988 от 31.08.2011.
Ул. Чернышевского, 10а, 220013, г. Минск.

ЧПТУП «Колорград».
220033, г. Минск, пер. Велосипедный, 5-904.
www.segment.by