

Кулаков Д. А., Предко В. А.

НАРУШЕНИЕ КИСЛОТНО-ЩЕЛОЧНОГО РАВНОВЕСИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ

Научный руководитель д-р. мед. наук., проф. Спас В. В.

Кафедра анестезиологии и реаниматологии

Гродненский государственный медицинский университет, г Гродно

Актуальность. Черепно-мозговые травмы (ЧМТ) остаются основной причиной смертности людей трудоспособного возраста в развитых странах. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) ЧМТ занимает первое место среди причин смертности и инвалидизации трудоспособного населения.

Один из создателей шкалы комы Глазго (ШКГ) Б. Дженнетт считал, что в истории лечения тяжелой ЧМТ одним из важных этапов было создание отделений интенсивной терапии с возможностью проведения искусственной вентиляции легких. Успех лечения зависит от адекватной респираторной поддержки и доставки кислорода к головному мозгу.

Цель исследования. Изучить нарушения кислотно-щелочного равновесия (КЩС) у пациентов с тяжелой черепно-мозговой травмой при поступлении в отделение анестезиологии и реанимации (ОАиР) в зависимости от степени угнетения сознания.

Материалы и методы. Проведено ретроспективное исследование на базе УЗ «ГКБСМП г. Гродно». Проанализировано 54 случаев тяжелой ЧМТ. Оценивались основные показатели КЩС и уровень сознания по ШКГ при поступлении и при переводе из ОАиР. Условно сформировано 2 группы пациентов: в первую группу вошли пациенты с уровнем сознания менее 8 баллов по ШКГ было включено 24 пациента, во вторую группу – более 10 баллов по ШКГ включено 30 человек.

Результаты исследования и их обсуждение. Все пациенты из первой группы при поступлении в ОАиР были переведены на искусственную вентиляцию легких с фракцией кислорода на вдохе от 21 до 40%. Для данных пациентов в артериальном КЩС было характерно $\text{pH} - 7,32 \pm 0,12$; гипокапния (PCO_2) – $32,4 \pm 6,9$ мм.рт.ст; сниженное PO_2 – $58,3 \pm 27,4$ мм.рт.ст; снижение содержания актуального бикарбоната (HCO_3^-) – $20,4 \pm 3,27$ ммоль/л; дефицит буферных оснований (BE(b)) : $-4,3 \pm 3,7$ ммоль/л, сатурация кислорода при поступлении $-90,8 \pm 3,7\%$. При переводе из ОАиР у пациентов первой группы наблюдалась $\text{pH} - 7,4 \pm 0,05$; нормакапния – $35,4 \pm 4,9$ мм.рт.ст; нормоксия (PO_2) – $78,3 \pm 27,4$ мм.рт.ст., нормальное значение BE(b) - $-2,8 \pm 1,6$ ммоль/л, снижение содержания бикарбонат-иона - $21,4 \pm 3,94$ ммоль/л, сатурация кислорода при переводе - $95,5 \pm 3,2\%$. Данные при переводе достоверно отличались от данных при поступлении ($p < 0,05$).

У пациентов второй группы при поступлении в ОАиР наблюдалось $\text{pH} - 7,37 \pm 0,1$; гипокапния (PCO_2) - $33,4 \pm 6,9$ мм.рт.ст; нормоксия (PO_2) – $88,3 \pm 17,54$ мм.рт.ст. При переводе из ОАиР для данных пациентов было характерно: $\text{pH} 7,39 \pm 0,17$; нормакапния (PCO_2) - $34,8 \pm 4,1$ мм.рт.ст; $\text{PO}_2 - 87,4 \pm 16,6$ мм.рт.ст.

Вывод. У пациентов с тяжелой ЧМТ со степенью угнетения сознания менее 8 баллов по ШКГ при поступлении в ОАиР наблюдается снижение парциального давления кислорода и сатурации артериальной крови. В процессе лечения, при проведении ИВЛ., показатели кислорода нормализовались

У пациентов с уровнем сознания более 10 баллов по ШКГ показатели кислорода были компенсированы.