

Материалы и методы: анализ научных статей, исследований и клинических рекомендаций о распространенности, клинике, диагностике и терапии тяжелых осложнений нейролептической терапии.

Результаты: этиология и патогенез остаются до конца не изученными. Большинство исследований объясняют развитие ЗНС блокированием дофаминовых рецепторов в базальных ганглиях и гипоталамусе, а не прямым токсическим действием. Фактором риска развития ЗНС является наличие у пациентов резидуальной церебральной органической недостаточности, а также физическое истощение и дегидратация на фоне психомоторного возбуждения могут приводить к повышению чувствительности к нейролептикам и способствовать развитию синдрома. Ранним признаком развития ЗНС служит появление экстрапирамидной симптоматики с обострением психоза и развитием кататонических расстройств. В зависимости от прогрессирования симптомов выделяют легкий, средней тяжести и тяжелый варианты течения. Нередко ЗНС имеет свои осложнения: в 40% случаев — пневмонией, в 25% — инфекцией мочеполовой системы, также встречаются аритмии, отек легких и мозга, сепсис. Крайне неблагоприятно развитие генерализованной аллергической реакцией с буллезным дерматитом.

Выводы: злокачественный нейролептический синдром является редким, но угрожающим жизни пациента осложнением применения антипсихотических препаратов. Значение его клинических проявлений и основных принципов терапии являются важными в первую очередь для практических врачей, которые могут столкнуться с развитием ЗНС в процессе проведения нейролептической терапии у пациентов с эндогенными психозами. Необходимо вовремя распознать начальные проявления данного синдрома и немедленно начать эффективное лечение в условиях ОРИТ, а так же предупредить его развитие в результате ятрогении.

Литература

1. Малин, Д.И. Распространенность, клиника, диагностика и терапия тяжелых осложнений нейролептической терапии / Д.И. Малин, Р.С. Равилов // Социальная и клиническая психиатрия. 2014. № 4. С. 90–95.
2. Клинические рекомендации: терапия критических состояний в психиатрии / Ред. Д.И. Малин. Москва, 2015. С. 14–22.

АНАЛИЗ СПОСОБОВ ПИТАНИЯ БОЛЬНЫХ В ОТДЕЛЕНИИ РЕАНИМАЦИИ

Ишмуратов Д.М.

Научный руководитель: ассистент Устимов Д.Ю.

Кафедра анестезиологии и реаниматологии, медицины катастроф
Казанский государственный медицинский университет

Актуальность исследования: питание — это обязательный компонент жизни. Пациенты реанимационного отделения ограничены в получении пищи, из-за чего применяются особые способы получения питательных веществ [1].

Цель исследования: провести анализ способов питания пациентов реанимационного отделения.

Материалы и методы: работа заключалась в изучении и анализе литературы.

Зачастую пациент реанимационного отделения по медицинским показаниям не имеет возможности получать питательные вещества обычным способом.»

Результаты: в ОРИТ необходимой энергией для пациента является 35 килокалорий на килограмм, также есть факторы, увеличивающие калораж: перитонит на 15–35%, сепсис 4–10% с каждым градусом температуры выше 37, ожоги — 60–100%, травмы — 10–30%.

Для получения необходимой энергии при ограниченных возможностях приема пищи существует 2 способа получения питательных веществ: зондовое энтеральное питание — это смеси, предназначенные для введения в желудок или кишку. Вводится через зонд, установленный в желудке через нос после орошения слизистой носа раствором местного анестетика. Парентеральное питание — способ получения необходимых веществ в организм путём внутривенной инфузии в обход ЖКТ. Как правило, вводятся через центральные вены. В любом

случае при проведении постоянного парентерального питания наступает атрофия кишечника от бездеятельности. В работе также описаны показания к данным способам питания и их общие принципы; инструкция по выполнению кормления пациентов и возможные осложнения»

Выводы: в отделении реанимации данные способы питания имеют огромное значение и стоят в одном ряду по важности с другими подобными процедурами, жизненно необходимыми для человека. Также, грамотно предоставленное питание помогает сократить срок пребывания и способствуют скорейшему выздоровлению пациента. На сегодняшний день современная медицина не может быть представлена без поддержки пациентов с помощью применения питательных смесей.

Литература

1. Парентеральное и энтеральное питание: национальное руководство / Под ред. М.Ш. Хубутя, Т.С. Поповой, А.И. Салтанова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. 800 с.

ВЕДЕНИЕ ДЕМИЕЛИНИЗИРУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ

Каменецкий Г.В.

Научный руководитель: ассистент Шматова А.А.

Кафедра анестезиологии и реаниматологии

Белорусский государственный медицинский университет

Актуальность исследования: в настоящее время в нашей стране уделяется огромное внимание репродуктивному здоровью женщины, что привело к значительным позитивным сдвигам в этой области, а, в частности, в области именно неврологической патологии [1][2][3].

Цели исследования: выявить дебют или прогрессирование, оптимальное лечение демиелинизирующих заболеваний периферической и центральной нервной системы на фоне беременности.

Материалы и методы: проведен ретроспективный статистический и сравнительный анализ пятнадцати историй родов из УЗ «5ГКБ» за 2015–2018 года г. Минска с демиелинизирующими заболеваниями как центральной так и периферической нервной системы. Изучены особенности клиники данных заболеваний у беременных.

Результаты: возраст пациенток от 26 до 38 лет (средний возраст составил 31,5 лет). Пациентки на сроке гестации от 166 до 285 дней (средний срок гестации составил 252,4 дня) с установленным диагнозом демиелинизирующего заболевания как центральной так и периферической нервной системы. У 27% наблюдался дебют болезни, а у 73% рецидив. При использовании метода корреляционного анализа Спирмена выявлена прямая сильная статистически значимая связь между сроками введения иммуноглобулинов (на первых сутках после родов в отделении интенсивной терапии и реанимации) и ранним регрессом основной симптоматики уже после родов, что значительно повлияло на качество жизни пациенток и новорожденных соответственно. Произведена оценка полученного t критерия и коэффициента корреляции с его ошибкой по специальной таблице Каминского и по таблице Стьюдента для определенного числа степеней свободы ($n = 3$).

Выводы: Внезапный дебют (либо прогрессирование) заболевания на фоне беременности с нарастанием основной симптоматики изучаемой экстрагенитальной неврологической патологии. Проявления основных симптомов неврологического заболевания приходится, главным образом, на третий триместр беременности. Ранее комплексное лечение иммуноглобулинами в условиях отделения интенсивной терапии и реанимации приводит к эффективному быстрому регрессу основной симптоматики и последующей стойкой ремиссии. У беременных, как правило, в большинстве случаев наблюдается рецидив, а не дебют такого типа патологии.

Литература

1. Анестезия, интенсивная терапия и реанимация в акушерстве и гинекологии. Клинические рекомендации. Протоколы лечения / Под редакцией А.В. Куликова, Е.М. Шифмана. Издательство «Медицина», 2016. 95 с.