

удлиняют период реабилитации у пациентов после выполнения эндопротезирования тазобедренного сустава, выполненной под спинномозговой анестезией [1,2].

Цель исследования: сравнить эффективность метода блокады бедренного нерва и опиоидной анальгезии у пациентов после выполнения протезирования тазобедренного сустава. Оценить болевые ощущения в послеоперационном периоде.

Материалы и методы: выполнено простое проспективное исследование. Наблюдалось 24 пациента, было сформировано 2 группы, в первой группе выполнялась блокада бедренного нерва 0,25% раствором бупивакаина, во второй группе применялся 2 мл. — 1% раствора промедола. Оценка боли проводилась по визуально-аналоговой шкале (ВАШ).

Результаты: средний возраст пациентов в первой группе составил — $66,25 \pm 9,32$ лет, во второй группе — $57,0 \pm 7,94$ лет. Индекс массы тела у пациентов исследуемых групп составил: в группе № 1 — $26,5 \pm 2,11$ кг/м², в группе № 2 — $28,85 \pm 5,29$ кг/м². Анестезиологический риск в обеих группах соответствовал II классу по шкале ASA. Статистически значимые различия между группами отсутствуют ($p > 0,05$). У пациентов первой группы через 1 час после операции по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) болевые ощущения оценены в $0,66 \pm 1,033$ балла, через 2 часа — $0,167 \pm 0,408$ балла, через 3 часа — $0,5 \pm 0,837$ балла, через 10–12 часов — $1,5 \pm 1,05$ баллов. У пациентов второй группы: через 1 час после операции боль была 0,0 баллов по ВАШ, через 2 часа — $1,0 \pm 0,807$ балла, через 3 часа — $3,25 \pm 2,217$ балла, через 10–12 часов — $2,25 \pm 1,5$ баллов. У пациентов в первой группе наблюдается достоверное снижение ($p < 0,05$) болевых ощущений через 2, 3 и 10–12 часов после операции в сравнении с группой № 2.

Вывод: при обеспечении анестезиологического пособия в послеоперационном периоде после выполнения операции эндопротезирования тазобедренного сустава, рекомендуется использовать метод блокады бедренного нерва, как обеспечивающий более эффективное устранение болевого синдрома.

Литература

1. Киреев С.С. Проблема обезболивания в послеоперационном периоде при эндопротезировании тазобедренного сустава / С.С. Киреев, Л.В. Матвеевкова. Вестник новых медицинских технологий. 2014. № 2.
2. Шильников В.А. Болевой синдром после эндопротезирования тазобедренного сустава / В.А. Шильников, Р.М. Тихилов, А.О. Денисов. Травматология и ортопедия России. 2008. № 2 (42).

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПСИХОТРОПНЫХ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ТЯЖЕЛОГО ДЕЛИРИЯ В ОТДЕЛЕНИИ РЕАНИМАЦИИ

Магницкая Ю.Д.

Научный руководитель: ассистент Устимов Д.Ю.

Кафедра анестезиологии и реаниматологии, медицины катастроф
Казанский Государственный Медицинский Университет

Актуальность исследования: с точки зрения психиатрии делирий определяется как: «Делирий (лат. Delirium: безумие, помешательство) — вид помрачения сознания, клинически проявляющийся наплывом зрительных галлюцинаций, ярких чувственных парейдолий и резко выраженным двигательным возбуждением [2].

Цели исследования: улучшить качество лечения пациентов тяжелым делирием на фоне интоксикации. Сравнить качество седации препаратов, применяемых для купирования делирия (галоперидол и дексмететомидин).

Материалы и методы: в исследование включались пациенты, поступавшие в клинику в коматозном состоянии или состоянии делирия. Исследование было проведено у 100 пациентов (68 мужчин и 32 женщин), поступивших в приемное отделение ГАУЗ ГКБ № 7 в состоянии токсической комы или в состоянии делирия. Пациенты распределялись по двум группам

случайным образом по мере поступления. Критерием достижения результата считали редукцию делирия (пациент в сознании, ориентирован, без психопродукции)

Результаты: с целью купирования психотических расстройств пациенты I группы получали стандартную терапию Галоперидолом 2,5–5 мг, внутривенно с последующим добавлением препарата до достижения уровня (минус) 2–3 по шкале RASS, пациентам II группы проводилась перфузия дексмедетомидина (ДЕКСДОП®) [1] с начальной скоростью в/в перфузии 0,7 мкг/кг/ч, с коррекцией в пределах 0,2–1,4 мкг/кг/ч до достижения желаемого уровня седации. При выходе на целевой уровень седации — седация дексмедетомидином протекала более «гладко», позволяя удерживать необходимый уровень седации, что объясняется возможностью постоянной перфузии с заданной скоростью и быстрой элиминацией препарата. Болюсное введение Галоперидола не позволяет удерживать постоянный уровень седации, представляя своеобразные «качели» из-за колебания уровня препарата в крови пациентов. Применение дексмедетомидина позволило 21 ± 8 часов раньше отменить седацию в связи с полной редукцией психотической симптоматики у пациентов II группы.

Выводы: применение дексмедетомидина при лечении тяжелого делирия позволяет обеспечить целевой уровень седации и уменьшить длительность делирия и время пребывания в ОАР.

Литература

1. Еременко А.А. Применение дексмедетомидина для внутривенной седации и лечения делирия в раннем послеоперационном периоде у кардиохирургических пациентов / А.А. Еременко, Е.В. Чернова // Анестезиология и реаниматология. 2013. № 5. С. 4–8.
2. Page V. Delirium in critical care / V. Page, E.W. Ely. Cambridge, 2011.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ В ВЕГЕТАТИВНОМ СОСТОЯНИИ

Максютина Т.

Научный руководитель: ассистент Устимов Д.Ю.

Кафедра анестезиологии и реаниматологии, медицины катастроф

Казанский Государственный Медицинский Университет

Актуальность исследования: с ростом числа реанимированных и вышедших из комы пациентов процент выхода из длительного вегетативного состояния в России по-прежнему остается очень низким, около 4%, количество излечившихся пациентов и вовсе единично. Это требует выявления причин низкой эффективности лечения таких пациентов.

Цель исследования: выявление основных проблем в эффективном лечении пациентов в вегетативном состоянии и поиск их решений.

Материалы и методы: обзор научных статей, сравнительный анализ методов лечения в России и за рубежом, обзор сайтов реабилитационных центров, анализ отзывов родственников пациентов.

Результаты: базовая проблема низкого процента выхода из вегетативного состояния — недостаточность знаний о процессах восстановления головного мозга. Это обуславливает частое необоснованное отнесение больных разряд безнадежных.[1] В свою очередь, негативный психологический настрой ухаживающего медперсонала и родственников снижает интенсивность ухода и приводит к гибели пациента от вторичных осложнений, не позволяя его мозгу реализовать свой восстановительный потенциал. Третья проблема, актуальная в России, — низкая обеспеченность пациентов программой реабилитации в специализированных центрах по ОМС, стоимость же платного лечения в подобных центрах около 12 тыс. рублей в сутки. Больных чаще всего выписывают под наблюдение родственников, но их содержание на дому, по данным США, от 12 тысяч до 2 млн долларов в год.[2] За финансовой проблемой встает и морально-этическая: стоит ли тратить огромные деньги на продление жизни таким пациентам? Фактически встает вопрос об эвтаназии, однако и эта проблема в первую очередь сводится к недостатку знаний о возможном наличии сознания у пациента и его нежелании уходить из жизни [3].

Выводы: выявленные проблемы чрезвычайно взаимосвязаны и требуют выполнения ряда задач: на государственном уровне — финансовая поддержка научных исследований по вос-