

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-

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 лежит [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±1,1нг/мл) превышал этот показатель в 1-й группе (16,80±1,0). В динамике, на 7-е сутки при снижении исследуемого белка в 1-й группе до 15,87±5,4, во 2-й группе отмечалось его нарастание — 21,13±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 YU, 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].