

4. Блокада периферических нервов в сочетании с общей анестезией – это наиболее рациональный метод анестезии у больного с ДЦП.

Список литературы:

1. Диордиев А.В. Анестезия у больных с церебральным параличом/ А.В. Диордиев, В.Л. Айзенберг, Е.С. Яковлева// Регионарная анестезия и лечение острой боли. – 2015. – Т9. - №3. – С. 29-36.

2. Диордиев А.В. Роль периферических регионарных блокад в анестезиологическом обеспечении хирургических вмешательств в ортопедии у детей с церебральным параличом/ А.В. Диордиев, В.Л. Айзенберг// Анестезиология и реаниматология. – 2013. - №1. – С. 45-48.

3. Заболотский Д.В. Регионарные блокады у детей с церебральным параличом. Имеют ли они место вне интраоперационного периода/Д.В. Заболотский, Г.Э. Ульрих, А.С. Козырев, В.В. Умнов, В.А. Новиков// Регионарная анестезия и лечение острой боли. – 2013. – Т7. - №3. – С. 20-23.

4. Майер Г. Периферическая региональная анестезия / Г. Майер, Й. Бюттнер. – М.: БИНОМ. Лаборатория знаний. – 2015. - 260с.

5. Манохина Ю.А. Регионарная анестезия у детей с патологией нижних конечностей/ Ю.А. Манохина, Г.Э. Ульрих// Регионарная анестезия и лечение острой боли. – 2017. – Т11. - №3. – С. 157-161.

УДК 616-089.5

**Никонов Д.Н., Журавлева К.А., Довлатова А.Т., Лейдерман И.Н.
ОЦЕНКА ОГРАНИЧЕНИЙ К ПРОВЕДЕНИЮ РАННЕЙ
РЕАНИМАЦИОННОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ**

Кафедра анестезиологии, реаниматологии, токсикологии и трансфузиологии
ГБОУ ВПО Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Россия

**Nikonov D.N., Zhuravleva K.A., Dovlatova A.T., Leiderman I.N.
ASSESSMENT OF RESTRICTIONS FOR EARLY INTENSIVE CARE
REHABILITATION**

Department of anesthesiology, reanimatology, toxicology and transfusiology
Ural State Medical University
Yekaterinburg, Russia
E-mail: DmitrijNikonoff@yandex.ru

Введение

Развитие науки ведет к снижению летальности при проведении интенсивной терапии и определяет ее новый целевой показатель - обеспечение максимально высокого качества жизни пациента. Это неизбежно ведёт к внедрению в структуру интенсивной терапии реабилитационных технологий. В 2016г были изданы клинические рекомендации по внедрению ранней реанимационной реабилитации, задача которых заключается в донесении до

специалистов определённых правил и стандартов, выполнение которых позволит обеспечить раннее восстановление пациента и защитит от неизбежных побочных эффектов интенсивной терапии. Все маневры мобилизации мониторируются в соответствии с листом STOP-сигналов. Уровень доказательности приведенных признаков не превышает уровня С, но получение более качественных аргументов для пациентов в ОРИТ в данном контексте сложно из-за соображений неэтичности и таких исследований.

Цель исследования

Задачей данного исследования является оценка составленных ограничений к проведению ранней реанимационной реабилитации с целью возможной их корректировки в дальнейшем.

Материалы и методы исследования

Проведена проспективная оценка данных историй болезни пациентов ОАР №1(хирургия) и №2(терапия) МАУ ЦГКБ №23 г. Екатеринбурга, проходивших лечение в период: декабрь 2017г – март 2018г.

Критерии включения в исследование:

- 1) Острая церебральная недостаточность (GCS>3)
- 2) Койко-день в ОРИТ более 48 часов
- 3) ИВЛ более 48 часов
- 4) Возраст >18лет

Критерии исключения:

- 1) Отсутствие адекватной хирургической коррекции
- 2) Декомпенсированная ХСН
- 3) Цирроз печени класс В и С
- 4) Обострение ХОБЛ
- 5) ХПН
- 6) Онкопатология

Оценивались следующие параметры:

- 1) Наличие/отсутствие стоп-сигнала, показатель
- 2) Тяжесть состояния по шкале SOFA (1 и 3 сутки)
- 3) Длительность ИВЛ
- 4) Количество койко-дней в ОРИТ
- 5) Летальность

Результаты исследования

Проанализированы 182 койко-дня в ОРИТ у 25 пациентов на ИВЛ

Средний возраст пациентов составил 53,5 года (min21-max87)

Тяжесть по шкале SOFA, баллы

1 сутки - 6,04 (min2-max14)

3 сутки - 5,76 (min2-max14)

Длительность ИВЛ - 7,5 суток (min3-max15)

Время исчезновения стоп сигналов - 9,9 суток (min4-max21)

Летальность - 5 случаев

Рейтинг STOP-сигналов (сутки)

Гипертермия – 69

(допустимые значения: >36,0; <38,5°C)

Гиповолемия (гипопротеинемия) - 57

(допустимые значения: гематокрит >30, гемоглобин >80 г/л, общий белок >55 г/л)

Нарастание поддержки адреномиметиками – 35

(допустимые значения: Dopamine ≤ 10 mcg/kg/min, Noradrenaline $\leq 0,1$ mcg/kg/min)

РЕЕР более 10 см вод.ст. - 22

Снижение уровня сознания - 14

Тахикардия - 5

Гипогликемия - 4

Нарушения КОС - 4

Десатурация - 3

Болевой синдром - 1

Выводы

Необходима коррекция традиционных ограничений и STOP-сигналов. Необходимо отработать рутинный мониторинг состояния пациента для оценки возможности раннего начала реабилитационных мероприятий. Совершенствование и поиск альтернативных методик реабилитации, применение которых допустимо при умеренном отклонении физиологических параметров. Реабилитационные мероприятия должны проводиться с учетом оценки переносимости (толерантности) реабилитационной нагрузки.

Литература:

1. Белкин А.А. Обоснование реанимационной реабилитации в профилактике и лечении синдрома «после интенсивной терапии» ПИТ-синдром / Белкин А.А. Алашеев А.М., Давыдова Н.С., Левит А.Л., Халин А.В. // Вестник восстановительной медицины. – 2014г. – т.1, - с.37–43.

2. Белкин А.А., Ved-rest режим в интенсивной терапии и реанимации / Белкин А.А. Давыдова Н.С., Лейдерман И.Н., Боровских С.В., Халин А.В. // Медицина-Урал. – 2014г, - т.8, - с. 15–21.

3. Белкин А.А. Нутритивная поддержка в неврологии и нейрохирургии / Белкин А.А., Лейдерман И.Н., Петриков С.С. // Национальное руководство по питанию. – 2013г. – т.2 – с. 19.

4. Реабилитация в интенсивной терапии (РеабИТ). Клинические рекомендации ФАР, 2015. <http://www.far.org.ru/recomendation>

УДК 616-037; 616-009

Росин Д.Н., Башлыков Г.Д., Бридько В.И., Жукова Е.Е. Мухачева С.Ю. ПРИМЕНЕНИЕ НЕЙРОВИЗУАЛЬНЫХ ШКАЛ У ПАЦИЕНТОВ С ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ

Кафедра акушерства, гинекологии и реаниматологии с курсом клинической лабораторной диагностики ИНПР

Тюменский государственный медицинский университет