

более 10 уд/мин в течение ночного сна, снижении «всплесков» ЧСС за час до пробуждения и уменьшении значений коэффициентов «предутренней активации».

Список литературы:

1. Макаров, Л.М. Циркадный индекс как показатель стабильной организации суточного ритма сердца / Л.М. Макаров // Клиническая медицина. – 2000. - № 1. – С. 24-27.

2. Оценка циркадианного ритма частоты сердечных сокращений при пароксизмальной фибрилляции предсердий / В.А. Снежицкий [и др.] // Клиническая медицина. - 2008. - № 8. – С. 29-32.

3. Способ оценки циркадного ритма частоты сердечных сокращений : пат. 12505 Респ. Беларусь, МПК А 61 В 5/02 / В.А. Снежицкий, Е.С. Пелеса, Н.В. Шпак, Е.А. Снежицкая; заявитель Гродненск. гос. мед. ун-т. – № а 20071420 ; заявл. 22.11.07 ; опубл. 30.10.09 // Афіцыйны бюл. / Нац. цэнтр інтэлектуал. уласнасці. – 2009. – № 5. – С. 43.

4. Суточное мониторирование электрокардиограммы в оценке циркадного ритма частоты сердечных сокращений / Е.С. Пелеса [и др.] // Тезисы 10-го юбилейного Конгресса Российского общества холтеровского мониторирования и неинвазивной электрофизиологии (РОХМиНЭ), 3-го Всероссийского Конгресса «Клиническая электрокардиология», Санкт-Петербург, 28-29 апреля, 2009 г. / Вестник аритмологии. – Приложение А. – 2009. – С. 145.

5. Характеристика циркадной вариабельности частоты сердечных сокращений в период холтеровского мониторирования / Л.М. Макаров [и др.] // Кардиология. – 1991. - № 4. - С. 68-70.

ОСОБЕННОСТИ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ В УСЛОВИЯХ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

*Полудень В.Н., Курганский Е.А., Енджиевский В.Л.,
Губарь В.В., Шляхтун В.И.*

*УЗ «Городская клиническая больница № 1 г. Гродно», Гродно
УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно*

Коечный фонд стационара составляет 312 коек. В структуре больницы имеются следующие отделения: пульмонологическое на 40 коек, терапевтическое отделение на 60 коек, отделение медицинской реабилитации пациентов кардиологического профиля на 60 коек, неврологическое отделение на 40 коек, неврологическое отделение для больных с ОНМК на 60 коек, отделение медицинской реабилитации больных неврологического профиля на 40 коек; отделение анестезиологии-реаниматологии с ПИТ на 12 коек. За 2011 год в отделении анестезиологии-реаниматологии с ПИТ пролечено 1126 человек, койко-день составил 3845, средняя продолжительность лечения 3-4 дня. Из пролеченных: 406 пациентов неврологического, 355 кардиологического, 68 пульмонологического профиля.

В стационаре отсутствуют отделения хирургического профиля. Однако, анестезиологическая составляющая работы отделения анестезиологии-реаниматологии с ПИТ достаточно обширна. За 2011 год проведено 753 анестезии. Анестезиологические пособия выполнялись при:

- эндоскопических исследованиях – 22 случая
- седации во время транспортировки на нейровизуализацию – 31 случай
- вправлении вывихов – 3 случая
- кардиоверсии – 10 случаев
- санации полости рта (экстракция одного или нескольких зубов) – 7 случаев
- купировании психомоторного возбуждения при делирии – 45 случаев
- с целью синхронизации при ИВЛ – 74 случая
- трахеостомии – 12 случаев
- защите мозга (медикаментозный сон) – 372 случая.

Наиболее часто проводили внутривенный наркоз или тотальную внутривенную анестезию с ИВЛ (постановка трахеостомии).

Пациенты по физическому состоянию (ASA) распределились следующим образом:

класс I – 0; класс II – 34%, класс III – 54% класс IV – 12%.

Особенностями физического состояния пациентов в большинстве случаев являлись наличие субкомпенсированной сердечной или дыхательной недостаточности, прием широкого спектра гипотензивных и антиангинальных препаратов, ожирения (25% пациентов). У пациентов неврологического профиля имели место нарушения сознания различной тяжести, требующие обеспечения проходимости дыхательных путей (воздуховод, интубация трахеи) и респираторной поддержки. Для чего применялись аппараты ИВЛ «ВИАН-3-турбо», «Engstrom Carestation», транспортный «ТМТ».

Все анестезии, выполняемые в стационаре, условно можно разделить на 2 группы, имеющие свои особенности. Первая группа: анестезии, выполняемые при кратковременных болезненных манипуляциях и операциях, таких как эндоскопические исследования, кардиоверсия, наложения трахеостомы, вправления. Из средств для наркоза использовались комбинации тиопентала Na-фентанила, пропофола-фентанил, каллипсола-диазепама-фентанила (наложение трахеостомы). Вторая группа анестезий - клинические ситуации, требующие длительной седации: транспортировки на нейровизуализацию, синхронизация при ИВЛ. купирование судорожного синдрома, купирование делириозного расстройства

сознания, медикаментозный сон (защита мозга в остром периоде ОНМК). С целью седации применялась инфузия тиопентала Na, ГОМКа, пропофола, болюсное введение бензодиазонинов. В большинстве случаев предпочтение отдавалось тиопенталу Na.

С целью обеспечения лечебного процесса ОАриТ терапевтического стационара должно быть обеспечено в полном объеме лекарственными средствами и оборудованием для проведения неингаляционных методов анестезии. Адекватное анестезиологическое обеспечение повышает безопасность лечебно-диагностических мероприятий и уменьшает психо-эмоциональную нагрузку на пациента.

Список литературы:

1. Болевой синдром / под ред. В.А. Михайловича, Ю.Д. Игнатова. – Л: Медицина, 1990. – 336 с.
2. Дж. Эдвард Морган-мл, Мэвид С. Михаил. Клиническая анестезиология: книга 1-я / изд. 2-е, испр. - Пер. с англ. - М.: Издательство БИНОМ, 2005. 400 с., ил. - С. 213-214.

СТРУКТУРА ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПОИСКА ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ КОГНИТИВНЫХ И ДРУГИХ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Полудень Н.Л., Семененко Л.И.

УЗ «Городская клиническая больница № 1 г. Гродно», Гродно

Под когнитивными нарушениями понимается субъективное и/или объективно выявляемое ухудшение когнитивных функций по сравнению с исходными индивидуальными и/или средними возрастными и образовательными уровнями вследствие органической патологии головного мозга и нарушение его функции различной этиологии, влияющее на эффективность обучения, профессиональной, социальной и бытовой деятельности. Когнитивные нарушения являются одним из видов нервно-психических расстройств, которые включают также изменения в эмоциональной и поведенческой сфере.

Когнитивные и другие нервно-психические нарушения являются важной составной частью неврологического статуса пациентов и несут важную информацию о состоянии головного мозга. Оценка выраженности и качественных особенностей нервно-психических нарушений важна для определения точного синдромального, топического и нозологического диагноза, выбора наиболее адекватной тактики ведения пациента.

Нервно-психические нарушения оказывают негативное влияние на качество жизни пациента и его ближайшего окружения.