

## ПОВЕСТКА

610-го заседания Общества, 25 апреля 2018 года

Актовый зал СЗГМУ им И.И. Мечникова – ул. Кирочная, 41

### 17-00. Лекция

**Кондратьев А.Н.** «Вегетативные реакции при прямом интраоперационном воздействии на головной мозг»

Классическая рефлекторная дуга: «рецептор – нерв - спинной мозг (или ствол мозга) – структуры большого мозга – эфферентный сигнал» - является основой для оценки реактивности пациента в общей анестезиологии. При хирургических операциях на головном мозге – органе, лишенном ноцицептивных рецепторов, афферентная часть рефлекторной дуги отсутствует.

Вегетативные реакции, возникающие при прямом многофакторном воздействии на вещество головного мозга, обусловлены прямым участием зоны такого воздействия в регуляции функций (V, VII, VII, IX, X черепные нервы, ядра ствола мозга) или отражают функциональное состояние мозга (реакции I-го и II-го типа соответственно).

Очевидно, что подход к оценке и методам коррекции (модулирования) таких реакций отличается от основанных на изменении «глубины наркоза», по сути – реактивности организма больного.

Вегетативные реакции, возникающие при прямом многофакторном воздействии на головной мозг в ходе нейрохирургического вмешательства, следует рассматривать как информацию об анатомической и функциональной дозволенности манипуляций на головном мозге. Такой подход оправдан как научной сутью происходящего, так и практической целесообразностью.

Программа основного заседания (18.00 – 20.00)

Председатель: **Кондратьев А.Н.** Секретарь: **Назаров Р. В.**

### Доклады:

1. **Дрягина Н.В.**, Лесина С.С., Голубева Т.Н., Дикарева Е.А., Лестева Н.А. «Современные возможности лабораторной диагностики в нейрореанимации».

Основная цель лабораторной диагностики в нейрореанимации – наблюдение за процессами регенерации и адаптации, происходящими в послеоперационном периоде, оценка тяжести состояния пациента, контроль

эффективности терапии, своевременное выявление осложнений. Стандартный перечень лабораторных исследований у нейрореанимационных больных включает клинический и биохимический анализ крови, общий анализ мочи, исследование системы гемостаза, мониторинг проводимой антикоагулянтной и антиагрегантной терапии, контроль за газами крови и параметрами оксигенации у больных, находящихся на искусственной вентиляции легких. Широкое применение антикоагулянтов и антиагрегантов в практике нейрореанимационных отделений вызывает необходимость тщательного контроля за параметрами тромбоцитарного и плазменного гемостаза.

В международных рекомендациях по диагностике системных инфекций предлагается использовать шкалы SOFA, выделение возбудителя, определение плазменных провоспалительных маркеров (СРБ, цитокины, прокальцитонин, пресепсин) для решения проблемы быстрой верификации сепсиса и других инфекционных осложнений.

При терапии экстренных состояний предъявляются особые требования к срокам выполнения экстренных лабораторных исследований, в связи с чем все шире применяется концепция «point of care» – анализ у постели больного.

## 2. **Терехов И.С.,** Ценципер Л.М., Семенов Е.Л., Толстых А.В., Домнина Н. С. «Желудочно-кишечные кровотечения в остром периоде тяжелого повреждения головного мозга, профилактика и лечение».

Сепсис, шок различной этиологии, обширная травма или ожоги, синдром полиорганной дисфункции, дыхательная недостаточность и проведение длительной искусственной вентиляции легких (ИВЛ), коагулопатия являются факторами риска развития стрессовых эрозивно-язвенных повреждений ЖКТ.

В ОАР РНХИ им. проф. А.Л. Поленова пациентам в остром периоде тяжелого повреждения головного мозга с целью формирования лечебной доминанты проводится нейро-вегетативная стабилизация (НВС) (фентанил, клонидин, гипнотик). Помимо очевидных положительных эффектов НВС в виде снижения проявления диэнцефальной симптоматики (тахикардия, гипергидроз, гипертермия), уменьшения степени неврологического дефицита после перенесенного тяжелого повреждения ЦНС было замечено, что при этом достоверно снизилось количество кровотечений из ЖКТ. Проведен ретроспективный анализ эффективности НВС в профилактике желудочно-кишечных кровотечений. В случаях, когда НВС не проводилась частота повреждений слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки была выше в 2.5-3 раза, в том числе дефекты слизистой были верифицированы при аутопсии.

Таким образом, использование НВС в структуре лечения и профилактики желудочно-кишечных кровотечений можно считать перспективным, планируются дальнейшие исследования в данной области.

3. **Кондратьева Е.А., Назаров Р.В., Кондратьев С.А., Малешина Н.И.** «Анти-NMDA энцефалит. Случай из практики»

В докладе приводится описание клинического течения Анти-N-метил-D-аспарт рецепторного энцефалита у двух пациенток. Проведен анализ динамики неврологической симптоматики, результатов нейровизуализационных и нейрофизиологических обследований. Показано, что у пациентов с Анти-N-метил-D-аспартат рецепторным энцефалитом неврологическая симптоматика схожа по своим проявлениям с симптоматикой при инфекционных энцефалитах. В то же время, механизм развития и этиология данной формы аутоиммунной патологии до конца не ясны. Также не выявлено патогномичных только для Анти-N-метил-D-аспартат рецепторного энцефалита изменений на МРТ головного мозга, ПЭТ, ЭЭГ.

Авторы делают вывод о том, что разнообразие неврологической симптоматики у пациентов с Анти-N-метил-D-аспартат рецепторным энцефалитом может быть обусловлено не только дисфункцией структур мозга в результате нарушения активности NMDA рецепторов, но и обратимым нарушением функциональных взаимосвязей между различными отделами мозга.

4. **Шестов А.В., Айбазова М.И., Козляков А.В. Васильев Д.А.** «Синдром «инфузии пропофола». Случай из практики».

Синдром инфузии пропофола (PRIS) — редкое, но крайне опасное осложнение применения пропофола, характеризующееся высоким уровнем летальности. Частота развития данного состояния не превышает 1%. Однако, смертность от инфузионного синдрома составляет до 33% и возможна даже после прекращения инфузии препарата. Факторами риска являются большая доза и длительное время введения препарата, острая неврологическая травма, детский возраст, низкоуглеводное потребление, катехоламинавая инфузия, вливание кортикостероидов.

По современным представлениям, PRIS представляет собой сочетание усиленного липолиза, нарушения процессов окисления жирных кислот и дисфункции митохондриальной дыхательной цепи. PRIS, как правило, развивается у пациентов с критическими расстройствами при длительной инфузии пропофола более 48 часов и в дозе препарата более 4 мг/кг/час. PRIS напоминает «синдром длительного сдавления»: рабдомиолиз, метаболический лактатацидоз, увеличение содержания миоглобина и активности креатинкиназы, гипотензия с повышением потребности в

сосудосуживающих препаратах, возникновение аритмии и острой почечной недостаточности. Пестрая клиническая картина, отсутствие специфических симптомов и небольшая частота инфузионного синдрома осложняет выявление этого потенциально угрожающего жизни состояния. Специфическое лечение PRIS отсутствует, а прогноз во многом определяется способностью клинициста своевременно распознать синдром и прекратить введение пропофола.

В докладе представлен клинический случай синдрома «инфузии пропофола» у пациента Ф. 36 лет, перенесшего закрытую черепно-мозговую травму, ушиб головного мозга тяжелой степени.