

ПОВЕСТКА

611-го заседания Общества, 23 мая 2018 года

Актальный зал СЗГМУ им И.И. Мечникова – ул. Кировная, 41

17-00. Лекция

Хорошилов И.Е. «Нутриционная поддержка в интенсивной терапии»

Нутриционной поддержкой называется комплекс диагностических и лечебных мероприятий, направленных на предупреждение и лечение нутриционной недостаточности с помощью энтерального и/или парентерального питания. Одним из наиболее частых нарушений питания у больных в критическом состоянии является потеря мышечной массы (саркопения). По данным разных авторов, она наблюдается, в среднем, у 60-70 % реанимационных больных. Установлена прямая связь между потерями массы тела и частотой осложнений в ОРИТ. Если снижение массы тела на 10% сопровождается нарушением иммунитета и увеличением частоты гнойно-инфекционных осложнений (нагноений ран, пневмоний, перитонитов, сепсиса), то потери больными 40-50% массы тела почти неизбежно приводят к их гибели от полиорганной недостаточности (Demling R., 2009). Нутриционная поддержка сегодня стала неотъемлемой частью комплексного лечения больных в отделениях реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ). Для проведения энтерального питания сегодня используется несколько десятков питательных смесей. При сохраненном сознании и возможности глотания пациенты получают пероральное питание методом сипинга. При дисфагии, отсутствии сознания, продленной ИВЛ проводится зондовое питание. Наиболее предпочтительным способом обеспечения длительного энтерального питания в настоящее время является перкутанная (чрескожная) эндоскопическая гастростомия. Парентеральное питание сегодня назначается только при невозможности обеспечить потребности организма энтеральным путем и на короткое время (до 1-2 недель).

Программа основного заседания (18.00 – 20.00)

Председатель: **Карелов А.Е.** Секретарь: **Васильева Г.Н.**

Доклады:

1. Карелов А.Е. «Анестезия без опиоидов сегодня»

Снижение дозы опиоидных агонистов является одной из современных тенденций развития анестезиологии. Препараты этой группы обладают

широким спектром фармакологического действия, но, к сожалению, часть эффектов опиоидов снижает качество жизни в послеоперационном периоде, а некоторые из них, вообще, относятся к жизнеугрожающим состояниям. Исследователи продолжают разработку методов анестезии, позволяющих редуцировать частоту опиоид-ассоциированных побочных эффектов. За последние десятилетия была изучена потенциальная возможность применения в периоперационном периоде большой группы препаратов, способных заменить агонисты опиоидных рецепторов. В их число вошли неселективные агонисты пуриновых рецепторов, бета-адреноблокаторы, центральные альфа-2-адреноагонисты. В доступной литературе представлены результаты множества работы, которые демонстрируют особенности анестезии, во время которых в качестве основного периоперационного анальгетика выступают неопиоиды. В докладе обсуждаются положительные и негативные стороны безопиоидной анальгезии во время хирургических вмешательств.

2. Ленкин А.И. «Мониторинг гемодинамики при шоке: вчера, сегодня, завтра»

Пациенты с шоком любой этиологии представляют для реаниматолога серьезный вызов. Несмотря на бурное развитие медицины критических состояний, летальность при шоке остается высокой. Методы мониторинга гемодинамики, позволяют своевременно выявлять угрозы и контролировать эффективность лечения. Инвазивные методы мониторинга сердечно-сосудистой системы позволяют получать объективную, развернутую информацию о волевическом статусе, сократимости миокарда и состоянии постнагрузки. Несмотря на это влияние этих методов мониторинга на исход остается предметом дискуссий. Инвазивные методики сложны в использовании, дорогостоящи и имеют, пусть и небольшой, процент потенциально фатальных осложнений. Неинвазивные методы просты в использовании, безопасны, однако достоверность получаемых данных иногда подвергается сомнению. Будущее мониторинга системы кровообращения лежит в плоскости индивидуализированного подхода, как в отношении самого мониторинга, так и в отношении интенсивной терапии.

3. Марова Н.Г., Васильев Я.И., Карелов А.Е. «Случай замедленного пробуждения после общей анестезии с использованием продленного субтенонового блока»

Клинический случай описывает замедленное пробуждение после сочетанной анестезии севораном и продленным субтеноновым блоком у

пациентки 74 лет, которой была выполнена микроинвазивная витректомия по поводу ретинальной отслойки сетчатки. В субтеноновое пространство был установлен катетер, через который в течении всей операции вводился 1% раствор лидокаина. После операции, которая продолжилась 215 минут, сохранялась выраженная седация в течение 50 минут, при этом не сопровождалась признаками неврологического дефицита, гемодинамика оставалась стабильной, сохранялось самостоятельное эффективное дыхание. В изученной литературе описана возможность развития сомноленции после субтеноновой блокады, которую связывают и с системной токсичностью местных анестетиков и с развитием анестезии ствола мозга. Представленный случай отличается отсутствием развития жизнеугрожающих симптомов и каких-либо неврологических последствий, а также длительностью введения местного анестетика в субтеноновое пространство.