

Conclusion

Despite the knowledge that soft tissues should be preserved during open reduction of fractures, surgeons traditionally have sought to achieve maximum stability regardless of the impact it might have on the soft tissues. So, advantages in the biological internal fixation are limited contact with bone and implant, limited exposure and utmost respect to soft injury. This method which can be used in the treatment of comminuted fractures of long bones in situations in which “locked intramedullary nailing” is technically impossible or contraindicated. Although it had some complications and some failure, this method achieved an increased success rate without further deteriorating the healing of the fracture. And this also tend to recover the patient repair as possible as in their original state. Thus, the biological plating is a perspective cost beneficial and a technically easy procedure.

LITERATURE

1. Pathania Vp. Textbook of Orthopaedics and Trauma. Med J Armed Forces India ed. Dr GS Kulkarni. 2000 Oct;56(4):367. doi: 10.1016/S0377-1237(17)30247-2. Epub 2017 Jun 12. PMID: PMC5532156.
2. Babhulkar S. Changing Trends in Fracture Fixation // Journal of Clinical Orthopaedics Jan – June 2017; 2(1):2-3.
3. Saini P, Kumar R, Shekhawat V, Joshi N, Bansal M, Kumar S. Biological fixation of comminuted subtrochanteric fractures with proximal femur locking compression plate. Injury. 2013 Feb;44(2):226-31. Doi: 10.1016/j.injury.2012.10.037. Epub 2012 Nov 30. PMID: 23200761.
4. Agus H, Kalenderer O, Eryanilmaz G, Omeroglu H. Biological internal fixation of comminuted femur shaft fracture by bridge plating in children. J Pediatr Orthop 2003; 23(2):184-189

УДК 616.89-008.441.13

Mena Masamba Emmanuel

Научные руководители: ассистент Р. М. Беридзе

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

АЛКОГОЛЬНЫЙ ДЕЛИРИЙ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Введение

Алкогольный делирий (АД) (или «белая горячка») впервые описан английским врачом Sutton в 1813 году. Он указывал, что характерной чертой алкогольного делирия является формирование его не на фоне опьянения, а на вторые-пятые сутки после резкой отмены привычного приема алкоголя.

Цель

Провести литературный обзор русско- и англоязычных публикаций на тему АД, изучить клинический случай АД у пациентки в отделении анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии (ОАРИТ) учреждения здравоохранения «Гомельская областная клиническая психиатрическая больница».

Материал и методы исследования

Анализ научных публикаций, размещенных на русско- и англоязычных ресурсах за период 2019–2024 годы, рассмотрение клинического случая АД в учреждении здравоохранения.

Результаты исследования и их обсуждение

Алкогольная зависимость – одна из самых частых аддикций современности. По оценкам Всемирной организации здравоохранения, почти 80 млн человек страдают расстройствами, связанными с употреблением алкоголя, что составляет 14% населения

планеты. А смертность за год составляет около 2 млн человек. Самое распространенное осложнение длительной алкоголизации – АД. Что он из себя представляет?

Алкогольный делирий – острый алкогольный психоз, который выражается делириозным синдромом с яркими зрительными галлюцинациями, двигательным возбуждением, иногда с подъемом температуры тела. Пациенты эмоционально насыщены, полны страха, тревоги, ожиданием смерти, очень внушаемы. Нередко галлюцинации содержат алкогольный или профессиональный сюжет. Мимика больного оживленная и полностью соответствует галлюцинациям. Бредовые идеи тесно связаны с галлюцинаторными переживаниями. Кроме этого характерно делириозное помрачение сознания: пациенты дезориентированы, называют иное число, день недели, путают текущий месяц и год. В собственной личности, как правило, ориентированы.

В ОАРИТ учреждения здравоохранения «Гомельская областная клиническая психиатрическая больница» находилась пациентка Н с АД. Женщина 67 лет поступила в ОАРИТ из приемного отделения с диагнозом «Синдром отмены употребления алкоголя с делирием». При поступлении жаловалась на боль в левом колене. Состояние оценивалось как тяжелое. Дезориентирована во времени, частично в месте и собственной личности. Инструкции выполняла частично. Суежлива, беспокойна. На вопросы отвечала изредка и по существу. Озиралась, что-то рассматривала на стене. Пациентке были проведены клиничко-лабораторные исследования, назначено соответствующее лечение, а именно: седативная терапия (Диазепам), нейролептическая терапия (Галоперидол), профилактика энцефалопатии Гая – Вернике (витамин В₁), витаминотерапия (витамин В₆ и В₁₂), инфузионная терапия с учетом водно-электролитного баланса и кислотно-основного состояния крови, профилактика тромбоэмболических осложнений (Фраксипарин), профилактика стресс-язв желудочно-кишечного тракта (Омепразол).

В ходе лечения состояние пациентки оценивалось как средней тяжести, однако в течение нескольких дней состояние изменилось на «тяжелое» в виду ухудшения сознания. Оценка сознания проводилась по шкале RASS (шкала возбуждения-седации Ричмонда). После первого введения Диазепама сознание пациентки оценивалось в +1 балл, через 15 минут после введения Диазепама – +1 балл, через 1 час – 0 баллов. В процессе интенсивной терапии АД сознание пациентки ухудшалось, а именно: постепенное снижение баллов по шкале RASS на фоне отмены седативной терапии, ухудшение контроля за дыхательными путями, снижение кашлевых и глотательных рефлексов. На фоне ухудшения сознания появились проблемы со стороны дыхательной системы: жесткое дыхание над всей поверхностью легочной ткани, появление влажных хрипов, снижение сатурации до 89%, бледность кожных покровов, тахикардия, тахипное, появление дыхательного ацидоза. Пациентке проведена рентгенография, в результате чего была выявлена внегоспитальная нижнедолевая пневмония (неуточненной этиологии) средней степени тяжести, ДН1. Был изменен план лечения:

- Респираторная поддержка 3-го уровня под контролем газового состава крови, клинических данных.
- Вазопрессорная поддержка (Норадреналин).
- Инфузионная терапия с учетом ВЭБ и КОС.
- Антибактериальная терапия с коррекцией дозировок по клиренсу креатинина.
- Противогрибковая терапия (Флуконазол).
- Нейропротекторы, нейростимуляторы (Альфа-холин, Эмоксипин).
- Муколитическая терапия (Ацетилцистеин).
- Профилактика стресс-язв желудочно-кишечного тракта (Омепразол, Ранитидин).
- Профилактика тромбоэмболических осложнений (Фраксипарин).

- Пробиотики (Диалакт).
- Гепатопротекторы (Силимарин).
- Энтеральное зондовое питание.
- Общий и респираторный уход.

Выводы

Таким образом, в результате лечения состояние пациентки улучшилось. Через несколько дней интенсивной терапии проведена экстубация, отключение гемодинамической поддержки. Пациентка переведена в общее психиатрическое отделение для дальнейшего лечения.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Абрамов, Д. Е.* Острые алкогольные психозы у лиц пожилого возраста : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Д. Е. Абрамов. – Томск, 2007. – 24 с.
2. A nationwide study of breast cancer, depression, and multimorbidity among hospitalized women and men in the United States / R. J. [Zoorob et al.] // *Breast Cancer Res Treat.* – 2019. – Vol. 174(1). – P. 237–248.
3. *Clinical Review of Oral and Maxillofacial Surgery (Second Edition)*, 2021.
4. *Антипова, Л. А.* Некоторые клинические особенности алкоголизма, протекающего с психотическими расстройствами и без них / Л. А. Антипова // *Вопросы наркологии.* – 2007. – № 3. – С. 15–21.
5. *Интоксикационные психозы* книга.
6. *Истории болезней пациента.*
7. МКБ 10 Психические и поведенческие расстройства вызванные употреблением алкоголя.
8. *Alcoholic delirium: causes, diagnosis, treatment, consequences*, 2019.

УДК 616.15-074:616-001.17-052

N. Palliyaguruge Abeywickrama Gunarathna Umesha Niranji

Scientific Guide: Assistant T. I. Gobracheva

*Educational Establishment
“Gomel State Medical University”
Gomel, Republic of Belarus*

INVESTIGATION OF ALBUMIN LOSS IN A PEDIATRIC ICU PATIENT WITH BURN DISEASE: A CASE REPORT

Introduction

Albumin is a protein produced by the liver and found in the blood. The normal range of albumin levels in children varies by age: newborns (3.5–5.5 g/dL), children aged 1–3 years (3.9–5.3 g/dL), children aged 3–6 years (4.0–5.4 g/dL), children aged 6–12 years (4.1–5.5 g/dL), and adolescents aged 12–18 years (4.2–5.6 g/dL) [1]. Albumin plays a crucial role in maintaining osmotic pressure, transporting substances (such as hormones, fatty acids, bilirubin, and drugs in the bloodstream), acting as an antioxidant, regulating pH balance, supporting wound healing and binding and neutralizing toxins [2]. Albumin is primarily lost naturally from the body through the kidneys via urine. Small amounts of albumin are filtered by the kidneys from the bloodstream as part of the normal filtration process. However, under normal circumstances, the kidneys reabsorb almost all of the filtered albumin, preventing significant amounts of albumin from being excreted in the urine [3]. In burn patients, albumin plays a critical role in the recovery process by addressing various aspects of their condition. Administered intravenously, albumin helps restore blood volume and maintain fluid balance, which is crucial in managing the fluid loss and hypovolemia often seen in burn injuries. Additionally, albumin supports wound healing by restoring oncotic pressure, preventing fluid leakage into tissues. Its role as a carrier protein also aids in delivering essential nutrients to promote tissue repair and meet increased metabolic demands in burn patients. Furthermore, albumin’s anti-inflammatory and antioxidant properties