

2. Самым распространенным способом парасуицида было нанесение самоповреждений в виде порезов, далее — отравление лекарственными средствами, на последнем месте – сочетанные способы парасуицида. Нанесение порезов было самым частым способом парасуицида для мужчин, в целом у них наблюдалась тенденция к выбору более brutальных способов самоповреждения в сравнении с женщинами.

3. Методы парасуицида с низкой летальностью (поверхностные колото-резаные ранения, лекарственные средства) являлись самыми распространенными, что считается признаком благоприятного прогноза для оценки суицидального риска.

4. Рассмотренные выше статистические данные показывают актуальность проблемы суицидального поведения, требующей разработки более эффективных мер профилактики самоубийств, изучения специфических критериев суицидальной настроенности человека с целью снижения уровня суицидов в нашей стране.

УДК 616-039.74-079:612.13

**ПРИМЕНЕНИЕ ТЕХНОЛОГИИ RiCCO В ПРАКТИКЕ  
ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ  
(клинический случай)**

*Лызикова Т. В.<sup>1,2</sup>, Мурашко С. Н.<sup>2</sup>, Пашук А. А.<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

<sup>2</sup>Учреждение

«Гомельская областная клиническая больница»

г. Гомель, Республика Беларусь

***Введение***

Одной из основных составляющих целенаправленной интенсивной терапии критических состояний является нормализация гемодинамики и перфузии. Основой для выбора адекватных методов восстановления и поддержания адекватной перфузии тканей является мониторинг гемодинамики, позволяющий использовать полученные данные для определения целей терапевтического воздействия. Технология RiCCO использует две методики: транспульмональную термодилуцию и анализ формы пульсовой волны, в качестве фактора калибровки используется термодилуция. Возможности метода включают в себя непрерывное измерение сердечного выброса, постнагрузки, измерение внесосудистой воды легких, системного сосудистого сопротивления и многие другие показатели.

***Цель***

Анализ эффективности технологии RiCCO при проведении интенсивной терапии пациентов в критическом состоянии.

***Материал и методы исследования***

Исследована карта стационарного пациента. Изучены клинические, лабораторные, инструментальные данные обследования пациентки, качественный и количественный состав проведенной интенсивной терапии, ее результат.

***Результаты исследования и их обсуждение***

Пациентка С., № 02/17/03681, 53 лет, переведена в ОИТР У «ГОКБ» 15.05.2017 г. из УЗ «Светлогорская ЦРБ», где находилась на лечении. Была госпитализирована с жалобами на выраженные головные боли в затылочной области, повышение температуры, слабость, неоднократную рвоту. В дальнейшем динамика отрицательная: появилась дезориентация в личности, пространстве и времени, наблюдалось нарастание менингеальных симптомов, пациентка С. была переведена в отделение анестезиологии и реанимации. В процессе лечения состояние с отрицательной динамикой, в связи с чем

было принято решение о транспортировке в ОРИТ У «ГОКБ». При поступлении проведено комплексное обследование, выявившее тяжелый инфекционный процесс (СОЭ — 69 мм/час; СРБ — 100 ЕД; в ликворе нейтрофильный плеиоцитоз, не поддающийся подсчету). Для санации очага инфекции в первые сутки выполнена антростаомидотомия слева. Для уточнения диагноза и выработки дальнейшей тактики лечения собран консилиум, выставивший клинический диагноз (Острый левосторонний гнойный средний отит. Вторичный гнойный менингоэнцефалит. Сепсис. Септический шок. СПОН. Тяжелый РДС, ДНЗ. Отек головного мозга) и принявший решение о применении технологии RiССО. Оценивались сердечный выброс (СВ), глобальный конечно-диастолический объем (ГКДО), системное сосудистое сопротивление (ССС), внесосудистая вода легких (ВСВЛ). Протокол наблюдения гемодинамических показателей представлен в таблице 1.

Таблица 1 — Протокол наблюдения гемодинамических показателей

Параметры	1 сутки	2 сутки	3 сутки	4 сутки	5 сутки	6 сутки
АД	120/75	97/65	137/88	120/70	115/80	120/75
СВ	2,7; 2,1	2,2; 2,26; 2,8	3,54; 3,35	2,71; 2,57	2,48; 2,66	2,55; 3,62
ГКДО	801; 836	824; 871; 962	840; 952	726; 764	859; 754;	721; 734
ССС	2496; 2600	4532; 3294	1717; 1677	2615; 2356	2535; 2156	2515; 1737
ВСВЛ	10; 11	22; 29	24; 33	17; 13	9; 10	10/10/11
Вазопрессоры	Норадреналин 0,2 %		Норадреналин 0,2 % + допамин 0,5 %	Отмена вазопрессорной поддержки		
Инф. терапия	Альбумин 5 %, 10 %, Глюкоза 20 %, Рингер 2000 мл	Отмена Рингера. Фуросемид 20 мг каждые 6 ч	Маннит 15 % Альбумин 5 % и 10 % Глюкоза 20 % + К 7,5 %;	Глюкоза 20 % + К 7,5 %;		

Оценка мониторируемых показателей позволила внести коррективы в проводимую интенсивную терапию, в состоянии пациентки С. появилась положительная динамика. В результате на 21 сутки она была переведена в ЛОР-отделение, а выписана в удовлетворительном состоянии на 32 сутки.

### **Выводы**

Изучение параметров гемодинамики у пациентки с помощью технологии RiССО позволило выявить изменения преднагрузки, сократительной способности миокарда и целенаправленно скорректировать вазопрессорную и инотропную терапию.

Контроль индекса внесосудистой воды легких позволил изменить тактику инфузионной терапии, включить в схему интенсивной терапии диуретики. В результате был купирован интерстициальный отек легких, что позволило сократить сроки ИВЛ и улучшить исход заболевания.

УДК 616-089.5-031.81:615.211

## **НИЗКОПОТОКОВАЯ ИНГАЛЯЦИОННАЯ АНЕСТЕЗИЯ СЕВОФЛЮРАНОМ И ИЗОФЛЮРАНОМ В АСПЕКТЕ ФАРМАКОЭКОНОМИКИ**

*Лызикова Т. В.<sup>1,2</sup>, Серко А. И.<sup>2</sup>, Шматько Д. П.<sup>2</sup>, Поротникова А. В.<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

<sup>2</sup>Учреждение

«Гомельская областная клиническая больница»

г. Гомель, Республика Беларусь

### **Введение**

Низкопоточковая анестезия (НПА) — вариант эндотрахеальной ингаляционной анестезии, когда используется 0,5–1 л/мин свежей смеси газов и анестетиков, смешиваю-