

Также отсутствует регулярный обмен теоретическими и практическими знаниями между образовательными учреждениями, специалистами государственных и частных медицинских структур, на которой разбились бы практические кейсы, происходил обмен опытом, коллегиальный разбор сложных клинических и диагностических случаев с привлечением специалистов смежных специальностей.

В связи с этим мы считаем необходимой создание модульной системы повышения квалификации и включения ее в кредитно-бальную систему на базе:

- Российской общественной ассоциации специалистов функциональной диагностики (обмен опытом, конференции, коллегиальные обсуждения сложных диагностических случаев, тренинги, семинары, вебинары и мероприятий иных форматов).
- кафедр постдипломного образования (проведение аудиторных занятий)
- государственные клиники (разбор клинического опыта по смежным специальностям)
- частные клиники (практические и симуляционные узкоспециализированные занятия, мастер-классы, инновационные занятия с использованием сетевых ресурсов)

Необходимо перестроить программу с акцентом на практические навыки в своих непосредственных специализациях слушателей, а также выстроить систему наставничества по внедрению на рабочих местах новых технологий и практических навыков.

Общие выводы

Государственно – частное партнерство в разработке и проведении образовательных мероприятий может стать основой эффективной кредитно-бальной системы повышения квалификации специалистов функциональной диагностики. Для этого необходимо разработать систему аккредитации частных медицинских учреждений для участия в этой программе, систему кредитов для практических и симуляционных занятий, а также систему взаимодействия всех участников образовательного процесса.

ПОКАЗАТЕЛИ СУММАРНОЙ СПОНТАННОЙ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМИ ОТРАВЛЕНИЯМИ ПРИЖИГАЮЩИМИ ЖИДКОСТЯМИ

Михайлов А.Ю., Березина И.Ю.,
Сумский А.И.

ГБУЗ «НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского ДЗМ»
Москва

Цель

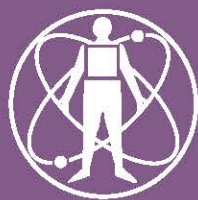
Оценить функциональное состояние головного мозга у пациентов с острыми отравлениями прижигающими жидкостями, находящимися в коме.

Материалы и методы

Обследовано 7 пациентов (ср. возраст $66,43 \pm 21,88$ лет) с острыми отравлениями прижигающими жидкостями. ЭЭГ регистрировали на портативном-переносном электроэнцефалографе «Энцефалан-ЭЭГР-19/26» фирмы «Медиком МТД» (Россия) в соответствии с рекомендациями Международной федерации клинических нейрофизиологов (IFCN).

Результат

Регистрация ЭЭГ проводилась у пациентов с острыми отравлениями прижигающими жидкостями (органические растворители, уксусная эссенция и т.д.) в условиях токсикологического реанимационного отделения. На момент регистрации ЭЭГ уровень сознания всех пациентов по шкале комы Глазго находился в диапазоне от 3 до 8 баллов. При регистрации ЭЭГ только у одного пациента были зарегистрированы умеренные изменения электрической активности головного мозга в виде нарушения амплитудно-частотных характеристик альфа-ритма с наличием билатеральных всплесков колебаний альфа-, тета-, дельта-частотных диапазонов (генерализованного характера), что дает основание полагать наличие нарушений функциональной активности образований диэнцефального уровня. Эпилептиформной активности зарегистрировано не было. Во втором наблюдении регистрировалось выраженное угнетение электрической активности головного мозга диффузного характера до уровня 2–3 мкВ. У остальных пяти пациентов на фоне грубых



нарушений электрической активности головного мозга также регистрировалась множественная, пароксизмальная активность. Данная пароксизмальная активность была представлена феноменами «острая волна», «пик-волна», комплексами «острая волна-медленная волна», комплексами «множественный пик-волна» (генерализованных по обоим полушариям) с эпизодами угнетения электрической активности до уровня 2–3 мкВ продолжительностью от 0,5 до 20 с. У троих (из этих пяти) пациентов данные изменения в ЭЭГ дают основание полагать наличие феномена «вспышка-подавление»; при этом у одного пациента (из этих троих) в последующем регистрировалось выраженное угнетение электрической активности до уровня 2–3 мкВ. У двух других (из этих пяти) пациентов пароксизмальную активность рассматривали как картину бессудорожного (субклинического) статуса (у одного), а также как картину судорожного статуса (у второго) (пароксизмальная активность в ЭЭГ одновременно сопровождалась генерализованными тонико-клоническими судорогами в верхних и нижних конечностях).

Общие выводы

Таким образом, у пациентов с острым отравлением прижигающими жидкостями (в большинстве случаев) регистрировались грубые диффузные изменения ЭЭГ, вплоть до угнетения электрической активности до уровня 2–3 мкВ.

ПОКАЗАТЕЛИ ЭЭГ ПРИ ОСТРОМ ОТРАВЛЕНИИ ПРЕПАРАТОМ «БАКЛОФЕН» (КЛИНИКО-НЕЙРОФИЗИОЛО- ГИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

Михайлов А.Ю., Березина И.Ю.,
Сумский А.И.

ГБУЗ «НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского
ДЗМ»
Москва

Цель

Оценить функциональное состояние головного мозга у пациентки с острым отравлением миорелаксантом центрального действия баклофеном, приведшим к развитию комы.

Материалы и методы

ЭЭГ в динамике (на 1-е, 4-е, 7-е, 11-е сутки) пациентки 23 лет, принявшей с суицидальной

целью препарат «Баклофен». ЭЭГ регистрировали на электроэнцефалографе «Нейрон-Спектр-5» фирмы «Нейрософт» (Россия) в соответствии с рекомендациями Международной федерации клинических нейрофизиологов (IFCN).

Результат

При осмотре в реанимации на первые сутки уровень сознания по шкале комы Глазго составлял 3 балла. Отмечались эпизоды генерализованных тонико-клонических судорог. КТ головного мозга – без патологии. При исследовании ЭЭГ в первые сутки на протяжении всей записи регистрировались короткие (до 1 с), высокоамплитудные (до 1000 мкВ), синхронные, пароксизмальные разряды колебаний по типу феномена «острая волна», abortивные комплексы «острая волна-медленная волна», генерализованные по обоим полушариям. Данные пароксизмальные разряды сменялись эпизодами угнетения электрической активности до уровня 2–4 мкВ продолжительностью от 2 до 6 с. Данная картина даёт основание полагать наличие феномена «вспышка-подавление». В процессе лечения отмечались регресс нарушений ЭЭГ и регресс неврологической симптоматики. При исследовании ЭЭГ на четвертые сутки (уровень бодрствования: сон) отмечалось исчезновение высокоамплитудных, синхронных, пароксизмальных разрядов типа феномена «острая волна», abortивных комплексов «острая волна-медленная волна»; исчезновение эпизодов угнетения электрической активности до уровня 2–4 мкВ со значительным её увеличением более 5–9 мкВ. ЭЭГ была представлена множественными билатеральными вспышками колебаний альфа-, бета (частота > 25 Гц; > в лобных отведениях), тета-, дельта-частотных диапазонов с преобладанием амплитуды колебаний в одном из полушарий, что даёт основание полагать наличие нарушений функциональной активности образований на диэнцефальном уровне. Эпизодически регистрировались (единичные) разряды колебаний типа феномена «острая волна» билатерального характера с преобладанием их индекса в лобных отведениях. На седьмые сутки (уровень бодрствования: оглушение) в ЭЭГ отмечалось снижение индекса и мощности билатеральных колебаний медленно-волнового спектра частот. Эпилептиформной активности зарегистрировано не было. При регистрации ЭЭГ на 11-е сутки (пациентка в сознании) также отмечалось значительное сокращение индекса и мощности коле-