

старта для восполнения энергетического баланса реанимационных пациентов используется раствор глюкозы.

Цель

Изучить закономерности использования растворов глюкозы как стартового препарата парентерального питания.

Материал и методы исследования

Нами был проведен ретроспективный анализ 28 историй болезни пациентов, находившихся на лечении в реанимационных отделениях ГОКБ. Статистический анализ проводили с использованием «Microsoft Excel 2010».

Результаты исследования и их обсуждение

Изучив листы назначений реанимационных пациентов, мы выяснили: 85,7 % пациентов получали раствор глюкозы в качестве препарата для парентерального питания в первый день пребывания в отделении реанимации. Вводились следующие дозировки раствора глюкозы: 1,0 глюкозы 10 % — 500 мл; 1,5 глюкозы 10 % — 500 мл; 0,5 глюкозы 5 % — 500 мл; 0,5 глюкозы 10 % — 500 мл; 0,4 глюкозы 20 % — 400 мл. Причем у многих пациентов (53,6 %) раствор глюкозы вводился как единственный препарат парентерального питания. В последующие дни к раствору глюкозы добавляли другие препараты для парентерального и энтерального питания (к примеру: энтеролин, кабивен и др.).

Выводы

Проанализировав имеющиеся данные, мы можем отметить, что раствор глюкозы широко используется у реанимационных пациентов в первые сутки после госпитализации. В последующие дни в отделении реанимации не ограничиваются применением растворов глюкозы, а комбинируют его с другими препаратами для энтерального и парентерального питания, что оказывает лучшую эффективность на пути к положительной динамике состояния пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Цветков, Д. С.* Раннее энтеральное питание: эффективность и безопасность применения у хирургических больных / Д. С. Цветков // Хирургия. — 2011. — № 11. — С. 74–81.

УДК 617.3-089-005.1:615.21

ВЛИЯНИЕ ТРАНЕКСАМОВОЙ КИСЛОТЫ НА ОБЪЕМ ИНТРА- И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ КРОВОПОТЕРИ У ПАЦИЕНТОВ С ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Лапицкая Е. С., Варганова К. М.

Научный руководитель: ассистент Э. З. Дундаров

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Обширные ортопедические операции нередко сопровождаются большой кровопотерей. Так, при эндопротезировании коленного (Экс) или тазобедренного суставов (Этс) средняя интра- и послеоперационная кровопотеря может превышать 1000 мл. Одной из основных причин такой кровоточивости является активация фибринолиза. Первично эта реакция носит компенсаторный характер и является ответной на повышение гемостатического потенциала крови в зоне повреждения тканей, однако вследствие значительного поступления в кровь цитокинов и других веществ, прямо или опосредо-

ванно усиливающих процессы протеолиза, она может стать чрезмерной, препятствующей окончательному гемостазу. У подавляющего большинства больных такая кровоточивость не имеет системного характера и отмечается только в ране, однако этот факт не уменьшает ее клиническое значение [1].

В последние годы для уменьшения кровопотери в интра- и послеоперационном периоде используется транексамовая кислота, имеющая структурное сходство с лизином и способная по конкурентному типу блокировать процесс активации плазминогена, тем самым, предупреждая лизис тромба в зоне повреждения сосуда. Кровосберегающий эффект транексамовой кислоты, по данным ряда авторов, варьирует от 25 до 50 % при тотальном эндопротезировании тазобедренного сустава [2].

Использование ТК для снижения периоперационной кровопотери при тотальном эндопротезировании тазобедренного и коленного суставов официально рекомендовано протоколами Европейского Общества Анестезиологов [3].

Цель

Оценить влияние транексамовой кислоты на кровопотерю и показатели крови в интра- и послеоперационном периоде при эндопротезировании тазобедренного сустава.

Материал и методы исследования

12 пациентов 1 группы, во время операции которых не применялась ТК, 13 пациентов 2 группы, за 10 минут до начала операции, которым вводилось 1000 мг ТК.

Результаты исследования и их обсуждение

Общая характеристика обследованных пациентов представлена в таблице 1.

Таблица 1 — Общая характеристика обследованных пациентов.

Показатель	Значение показателей в группах	
	1-я группа	2-я группа
Пол: м	7	5
ж	5	8
Возраст средний	54 (27–73)	54 (27–67)
Длительность операции (мин)	140 (90–200)	122 (90–270)

Исследуемую группу составили 25 пациентов, оперированных в ГОКБ в период с 2016 по 2018 гг. Всем больным было выполнено эндопротезирование тазобедренного сустава в условиях спинномозговой анестезии крокаином.

Продолжительность вмешательства составила от 90 до 270 мин. В исследование вошли 13 женщины (средний возраст — 55 лет) и 12 мужчин (средний возраст — 55 лет).

Принципы инфузионной терапии в двух группах были одинаковыми. Терапия была направлена на поддержание адекватного объема циркулирующей крови, компенсацию периоперационных потерь

В качестве показателей, по которым проводился сравнительный анализ, использовали объем интра- и послеоперационной кровопотери, показатели крови (гемоглобин, эритроциты). Динамика оцениваемых показателей представлена в таблицах 2, 4.

Таблица 2 — Интраоперационная и суммарная кровопотеря на этапах операции и в послеоперационном периоде в исследуемых группах

Группа	Кровопотеря(мл)		
	во время операции	в первые сутки после операции	Суммарная кровопотеря
1-я группа	640	160	800
2-я группа	510	220	730

В первые сутки после операции эндопротезирования происходит окончательная остановка кровотечения, вызванного хирургическим вмешательством. Объем дренаж-

ных потерь в этот период достаточно велик. Ингибирование фибринолиза, обусловленное применением ТК, создает предпосылки для более надежного гемостаза.

Оценивая суммарную кровопотерю интра- и послеоперационного периода, можно отметить статистически достоверное ее снижение в группе с использованием ТК (таблица 2).

Объем кровопотери во время и после хирургического вмешательства определяет частоту необходимости гемотрансфузии. Потребность переливания донорской эритроцитарной массы представлена в таблице 3.

Таблица 3 — Необходимость применения донорской эритроцитарной массы

Группа	Количество человек	Случаев гемотрансфузии (%)
1-я группа	10	83 %
2-я группа	7	54 %

Таблица 4 — Показатели крови на различных этапах

№	Показатели	Во время операции	В первые сутки после операции
1.		Эритроциты×10 ¹² /л	
	1-я группа	4,3	3,3
	2-я группа	4,34	3,39
2.		Гемоглобин г/л	
	1-я группа	128	105
	2-я группа	128	110

Отмечалось значительное уменьшение показателей эритроцитов, гемоглобина связанное с кровопотерей во время операции и нормоволемической гемодилуции, корректируемое за счет заместительной инфузионной терапии.

Выводы

Применение ТК перед операцией уменьшает интра- и суммарный объем кровопотери и тем самым снижает потребность в трансфузии препаратов крови и его заменителей, что так же имеет огромное преимущество применения данного препарата в комплексной терапии с другими препаратами. Все вышесказанное свидетельствует о гомеостатическом эффекте ТК.

ЛИТЕРАТУРА

1. Капырина, М. В. Особенности восполнения кровопотери при реконструктивных операциях на крупных суставах. реинфузия дренажной крови как один из компонентов современных кровосберегающих технологий: современное состояние вопроса / М. В. Капырина, Н. И. Аржакова, Н. П. Миронов // Вестник интенсивной терапии. — 2007. — № 3. — С. 14–21.
2. Кровесберегающий эффект транексамовой кислоты при протезировании коленного сустава / Ю. Л. Шевченко [и др.] // Общая реаниматология. — 2008. — № 6. — С. 21–25.
3. Management of severe perioperative bleeding: Guidelines from the European Society of Anaesthesiology / Kozek-Langenecker [et al.] // European Journal of Anaesthesiology. — 2013 — Vol. 30, Is. 6. — P. 270–382.

УДК 616.611-002+616.24-005.1]-097

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИНДРОМА ГУДПАСЧЕРА

Манько А. А.

Научный руководитель: ассистент Л. А. Алексева

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Синдром Гудпасчера (СГ) — редко встречающееся, агрессивное аутоиммунное заболевание неизвестной этиологии, быстро приводящее к инвалидизации или гибели пациента. Заболевание может развиваться у обоих полов и в разных возрастных группах, но