

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 <sup>12</sup> /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