

готовка СЗП в Республиканской станции переливания крови производится на рефрижераторной центрифуге «Sorvall», замораживание плазмы — в шоковом быстрозамораживателе «Friger», хранение — в морозильниках биомедицинского назначения «Sanuo». В отделениях переливания крови отсутствует быстрозамораживатель плазмы, СЗП хранится в бытовых морозильных камерах, что является основной причиной снижения VIII фактора в СЗП.

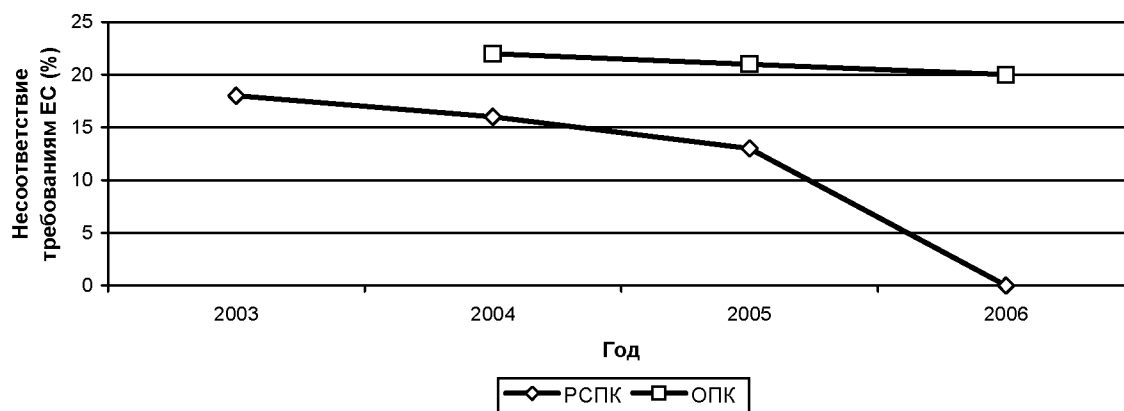


Рис. 1. Динамика изменения качества СЗП Республиканской станции переливания крови и отделений переливания крови Республики Бурятия.

В настоящее время в результате введения 100% лейкофильтрации крови содержание клеток-контаминантов в СЗП, заготавливаемой РСПК практически отсутствует.

Качество компонентов крови является одним из основных показателей, характеризующих уровень оказания трансфузиологической помощи населению, и необходимо помнить, что качество не может быть достигнуто раз и навсегда, оно должно развиваться, внедряться и исполняться постоянно путём последовательных усовершенствований, развития старых и внедрения новых методик, чёткого исполнения технологических требований. Компоненты крови, выпускаемые в ГУЗ БРСПК МЗ РБ, соответствуют требованиям, рекомендуемым Европейским Советом.

Е.С. Нетёсин, И.Е. Голуб, Л.И. Кудрявцева, А.А. Писаренко

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НЕЙРОПРОТЕКЦИИ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ЭКСТРАЦЕРЕБРАЛЬНЫХ СОСУДАХ

ГОУ ВПО Иркутский государственный медицинский университет (Иркутск)
МУЗ Городская клиническая больница № 1 (Иркутска)

Цель исследования — оценка метода интраоперационной защиты головного мозга от гипоксического повреждения путем совместного использования искусственной гипертензии и метаболической протекции при операциях на экстрацеребральных сосудах (ЭЦА).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В отделении сосудистой хирургии наблюдались 14 пациентов в возрасте от 48 до 62 лет с различными поражениями ЭЦА, из них мужчин — 12 (85,7 %), женщин — 2 (14,3 %). У 9 (64,3 %) больных имелось атеросклеротическое окклюзионно-стенотическое поражение сонных артерий, у 5 (35,7 %) — подключичных артерий. Учитывая характер и локализацию патологического процесса, у 5 пациентов было выполнено сонно-подключичное аллопротезирование, открытая эндартерэктомия из устья внутренней сонной артерии — у 7 больных, из общей сонной артерии — у 1 больного и эверсионная эндартерэктомия — у 1 больного.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Всем больным перед операцией проводилась предоперационная подготовка с учетом их общего состояния и сопутствующей патологии, направленная на стабилизацию имеющейся артериальной гипертензии, улучшение коронарного кровообращения, коррекцию водно-электролитных нарушений. За три дня до операции с целью улучшения метаболических процессов назначался глиатилин в дозе 1000 мг в сутки.

Время пережатия общей сонной артерии (ОСА) зависит от технических особенностей операции, и в наших наблюдениях в среднем составляло 28 минут (от 12 до 48 минут).

Основные мероприятия на данном этапе операции были направлены на поддержание адекватной мозговой перфузии, для чего использовали создание искусственной гипертензии с превышением исходного «рабочего» давления на 10–15 %. Обычно повышение АД наблюдалось после проведения инфузионной терапии при манипуляциях в области ОСА, однако в 8 случаях для коррекции уровня АД был использован эфедрин в дозах 10–25 мг.

С целью повышения устойчивости головного мозга к гипоксии перед пережатием ОСА проводилась интраоперационная инфузия глицерина в дозе 1000 мг, препаратов улучшающих реологические свойства крови (реополиглюкин) и прямых антикоагулянтов (гепарин). Все больные были выписаны в соответствующие сроки на 8–9 сутки. В одном случае развилось повторное острое нарушение мозгового кровообращения через 12 часов после операции.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенный анализ позволяет рекомендовать использование метаболического нейропротектора — глицерина — в сочетании с искусственной гипертензией в качестве эффективного метода защиты головного мозга от гипоксического повреждения при операциях на ЭЦА.

Е.С. Нетесин, И.Е. Голуб, С.М. Кузнецов

ПОКАЗАТЕЛИ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ДЛЯ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ ПРИ ОСТРЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

ГОУ ВПО Иркутский государственный медицинский университет (Иркутск)

Цель исследования — провести статистический анализ значимости различных клинико-лабораторных показателей у больных с острыми кровотечениями.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Анализ кровопотери проведен у 42 пациентов с изолированной тупой травмой живота, сопровождающейся повреждением селезенки, и у больных с изолированными проникающими ножевыми ранениями брюшной полости с повреждением внутренних органов. Все больные были мужского пола, не страдающие соматическими заболеваниями, средний возраст — $21,4 \pm 3,5$ года.

При поступлении в стационар больным измеряли артериальное давление, частоту сердечных сокращений, число дыханий, проводили лабораторное обследование для повышения эффективности оценки объема кровопотери, длительность и интенсивность кровотечения. Также рассчитывали объем кровопотери на основании показателей гематокрита и массы тела. Интенсивность кровотечения высчитывали путем деления интраоперационного объема кровопотери на время, прошедшее с момента травмы до начала оперативного вмешательства.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Показатели клинико-лабораторных исследований и интенсивности кровопотери в группе составили: объем кровопотери, определенный в ходе оперативного вмешательства, — $1073,3 \pm 720,7$ мл (23 % ОЦК); объем кровопотери по расчетному методу F. Moore — $970,0 \pm 661,1$ мл (20 % ОЦК); время кровопотери — $8,2 \pm 6,9$ ч.; средняя интенсивность кровотечения — 182 мл/час; систолическое артериальное давление — $110,6 \pm 16,9$ мм рт. ст.; диастолическое артериальное давление — $67,6 \pm 12,5$ мм рт. ст.; число сердечных сокращений — $87,4 \pm 19,3$ уд./мин.; число дыханий — $20,6 \pm 2,5$ в мин; уровень гемоглобина — $117,4 \pm 21,4$ г/л; гематокритное число — $32,5 \pm 5,4$ %; количество эритроцитов — $3,5 \pm 0,6 \times 10^{12}/л$.

Проведенный корреляционный анализ позволил выявить наиболее достоверные параметры, изменение которых связано с объемом кровопотери. Расчетные коэффициенты корреляции выявили высокую связь объема кровопотери с интенсивностью кровотечения — $r = 0,75$ ($p < 0,001$). Более слабая значимая корреляция с объемом кровопотери наблюдалась при следующих клинико-лабораторных показателях: объем кровопотери по расчетному методу F. Moore — $r = 0,57$ ($p < 0,001$), артериальное давление систолическое — $r = -0,68$ ($p < 0,001$), артериальное давление диастолическое — $r = -0,65$ ($p < 0,001$), число сердечных сокращений — $r = 0,37$ ($p < 0,05$), число дыханий — $r = 0,31$ ($p > 0,05$).

Отмеченная корреляция между числом дыханий и объемом кровопотери, вероятнее всего, отражает механизмы компенсации, направленные на коррекцию кислотно-основного состояния и кислородного статуса. Показатели «красной крови» имели примерно одинаковые показатели, которые составляли: для концентрации гемоглобина — $r = -0,53$ ($p < 0,05$), для гематокритного числа — $r = -0,49$ ($p < 0,05$), для количества эритроцитов — $r = -0,52$ ($p < 0,05$). Коэффициент корреляции «шокового индекса» к объему кровопотери в наших исследованиях составил $-0,59$ ($p < 0,001$). Другие исследо-