

териального» перитонита и забрюшинной флегмоны вынуждает проводить широкое вскрытие брюшной полости и забрюшинного пространства «поперечной» или срединной лапаротомией с широкой марсупилизацией сальниковой сумки, двухсторонней люмботомией и установкой широких проточных дренажей.

Применяя такую тактику, удалось избежать «открытых» операций у 75 пациентов с ОДП в первые две недели заболевания. Это позволило существенно сократить число гнойных осложнений, которые развились лишь у 17 пациентов (22,6 %) этой группы. В тоже время из 31 больного с ОДП, прооперированных в «ранние» сроки, гнойные осложнения развились у 14 пациентов (45,2 %). Всего из 107 больных с ОДП умерло 20 (18,9 %).

Таким образом, поиск оптимальной тактики при ОДП продолжается. Во многом он зависит от материально-технического оснащения хирургического отделения и экстренной бригады хирургов. Практически ведение каждого пациента с ОДП требует индивидуального подхода и применения всего арсенала современных консервативных средств и высокотехнологических хирургических методов. Длительное пребывание пациентов с ОДП в отделении реанимации и палатах интенсивной терапии подчеркивает экономическую сторону проблемы и так же заставляет оптимизировать тактические решения.

В.П. Сухоруков*, О.В. Спинева**

ПЕРФТОРАН – СРЕДСТВО ПОТЕНЦИРОВАНИЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ И ПОДОСТРОЙ МАССИВНОЙ КРОВОПОТЕРИ С ПРОДОЛЖАЮЩИМСЯ КРОВОТЕЧЕНИЕМ

***ГОУ ВПО «Кировская государственная медицинская академия Росздрава» (г. Киров)**

****ГУЗ «Центральная районная больница» (с. Бичура, Республика Бурятия)**

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Разработать алгоритм подготовки к экстренному переливанию и схему применения перфторана, оценить эффекты перфторана при инфузионно-трансфузионном лечении острых и подострых массивных кровопотерь с продолжающимся кровотечением.

Контингент пациентов: 55 больных с острой и подострой массивной кровопотерей и продолжающимся кровотечением, поступивших в Бичурскую ЦРБ Республики Бурятия в 2001 – 2006 годах. При хирургическом лечении 25 пациентов в схемы инфузионно-трансфузионного обеспечения включался перфторан (до 400 мл).

РЕЗУЛЬТАТЫ

1. Разработан инструктивно детерминированный алгоритм экстренного применения перфторана. Для обеспечения возможности экстренного переливания замороженный перфторан предварительно медленно оттаивали при комнатной температуре, осторожно перемешивали и затем хранили в бытовом холодильнике при температуре + 4° С до 2 недель. При необходимости экстренного переливания размороженный перфторан извлекали из холодильника, согревали при комнатной температуре, осторожно перемешивали и после оценки качества препарата переливали реципиенту.

2. Разработанная схема инфузий перфторана включала их назначение только при остановленном кровотечении, проведении пробы на реактогенность (пульсоксиметрия), создании фоновой гемодилиции и высокой оксигенации организма. Перфторан переливали отдельной стандартной системой, не допуская смешивания препарата в переливающей системе с коллоидными кровезаменителями. Размороженный перфторан, не использованный в течение 2 недель, подвергали повторному замораживанию (до 5 раз).

3. Установлено, что наиболее яркими эффектами применения перфторана были: стабилизация гемодинамики, исчезновение необходимости в инотропной поддержке дофамином, интенсификация диуреза, повышение парциального напряжения кислорода в артериальной крови до 200 мм рт. ст. и более, снижение общего объема интраоперационной инфузионной терапии, стабилизация состояния больного при существенно более низких показателях содержания в крови гемоглобина, нормализация КЩС крови. Полученные данные позволили прийти к заключению, что включение инфузий перфторана в схемы инфузионно-трансфузионной терапии острых и подострых массивных кровопотерь повышает толерантность организма к постгеморрагической анемии.

Выводы исследования верифицировались статистически.