

А.А. Любченко, А.А. Попов, Е.А. Попова, Н.В. Утц, К.В. Тутынин, В.В. Медведев

КОМПЛЕКСНАЯ ЗАЩИТА БОЛЬНЫХ С МЕХАНИЧЕСКИМИ ТРАВМАМИ

*Красноярская государственная медицинская академия (Красноярск)
Городская больница № 6 им. Н.С. Карповича (Красноярск)
Городская больница № 1 (Норильск)*

Проблема оказания помощи пострадавшим с механической травмой на всех этапах медицинской помощи остается актуальной.

Разработана и осваивается схема комплексной защиты пациентов с механическими травмами на всех этапах лечения, направленная на разный уровень проведения боли.

На догоспитальном этапе, непосредственно на месте получения травмы внутримышечно вводятся ингибиторы синтеза простагландинов — кеторол (при травмах с умеренным болевым синдромом), что позволяет защитить периферические рецепторы и уменьшить травматическое перевозбуждение рецепторов и афферентов или кеторол со средством, действующим на сегментарном уровне — промедолом (при травмах с выраженным болевым синдромом).

На госпитальном этапе, непосредственно в премедикацию используется несколько схем, призванных предупредить психоэмоциональный компонент стрессорной реакции, стабилизировать гемодинамику и микроциркуляторное русло, а также способствовать поддержанию адаптационной активности нейрогуморальной системы на всех этапах анестезиологического пособия.

Методики преднаркозной медикаментозной подготовки:

- атропин, димедрол, реланиум, кеторол;
- атропин, димедрол, промедол, клофелин.

Период индукции является важным этапом общей анестезии, в том числе и для профилактики болевого синдрома в послеоперационном пери-

оде. Для выключения сознания и памяти применяются барбитураты (тиопентал-натрий) или пропофол. Эти препараты используются в моно- или сочетанных вариантах по показаниям. Обязательные компоненты анестезии: опиоид (фентанил) и кетамин. Дальнейшее поддержание анестезии осуществляется всеми перечисленными средствами и, как правило, комбинация их позволяет получить стабильное течение анестезии.

В послеоперационном периоде лечение болевого синдрома ведется с применением нестероидных противовоспалительных препаратов (НСПВП) — кеторолак (кеторол или кетанов) в дозе 60–90 мг/сут. при операциях умеренной травматичности и совместное применение кеторолака и наркотических анальгетиков (промедол) при операциях большой травматичности.

Важным условием является применение НСПВП на всех этапах оказания медицинской помощи: непосредственно на месте травмы, в премедикации и обязательно после операции, когда в оперированных тканях развиваются воспалительные процессы, по плановой схеме, а не по требованию пациента, испытывающего боль.

Разработанные варианты анальгетической защиты пациентов с механической травмой хорошо зарекомендовали себя в практической работе, так как комплексный подход к обеспечению непрерывной защиты пациентов от боли позволяет предотвратить развитие мощного болевого синдрома, уменьшить потребность в анестетиках и опиоидах в интра- и послеоперационный период.

Н.В. Утц, А.А. Попов, А.А. Любченко, Е.А. Попова, К.В. Тутынин, В.В. Медведев

ВОСПОЛНЕНИЕ ОБЪЕМА ЦИРКУЛИРУЮЩЕЙ КРОВИ С ПОМОЩЬЮ НИЗКООБЪЕМНОЙ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ ВОЛЮМОКОРРЕКЦИИ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ

*Городская больница № 1 (Норильск)
Городская больница № 6 им. Н.С. Карповича (Красноярск)
Красноярская государственная медицинская академия (Красноярск)*

Тяжелая сочетанная травма в большинстве случаев сопровождается выраженным дефицитом объема циркулирующей крови (ОЦК). Своевременное восполнение ОЦК способствует раннему выведению больных из шока, улучшает конечный результат лечения. Поэтому актуальным является

поиск наиболее эффективных и экономичных способов восполнения ОЦК.

Целью работы явилось изучение эффективности метода низкообъемной гипертонической волюмокоррекции (НГВ) в сравнении с общепринятыми способами восполнения ОЦК.

Ретроспективному анализу подвергнуты истории болезни 12 больных с тяжелой сочетанной травмой, которым на раннем этапе восполнение ОЦК проводили с помощью НГВ. В группу сравнения вошли 12 больных, восполнение ОЦК у которых проводилось традиционным методом. По возрастному и половому составу группы были сопоставимы. Объем кровопотери у всех больных составил более 30 % ОЦК. В подавляющем большинстве случаев механизмом получения травмы являлись падение с высоты и автодорожная травма. По характеру повреждений — сочетание черепно-мозговой травмы с переломами костей таза и/или трубчатых костей, ушибы и/или разрывы органов грудной и брюшной полости. В приемное отделение больные поступали в сроки от 40 до 85 мин. от момента получения травмы. Все больные доставлены в состоянии шока, с признаками дефицита ОЦК: централизация кровообращения, нарушения микроциркуляции, склонность к артериальной гипотонии. Объем инфузионной терапии на догоспитальном этапе колебался в пределах 400—1000 мл коллоидных и кристаллоидных растворов (полиглюкин, изотонический раствор хлорида натрия). Сосудистый доступ обеспечивался катетеризацией от одной до трех периферических вен.

Восполнение ОЦК у больных исследуемой группы в стационаре начиналось с введения 200 мл полиглюкина с 200 мл 5,85% раствором хлорида на-

трия. Затем вводились кристаллоиды (раствор Рингера, 0,9% раствор хлорида натрия) и коллоиды (реополиглюкин, препараты гидроксипропилрахмала, гелофузин) в соотношении 2:1. В группе сравнения восполнение ОЦК осуществлялось без введения гипертонического раствора хлорида натрия и полиглюкина. Восполнение ОЦК проводилось параллельно с диагностическими и лечебными мероприятиями, направленными на остановку кровотечения, коррекцию жизненно важных функций организма пострадавших.

Эффективность восполнения ОЦК оценивали по темпу диуреза, восстановлению микроциркуляции (симптом бледного пятна), уровню лактата капиллярной крови.

В результате выяснилось, что у больных исследуемой группы для восполнения ОЦК потребовалось меньше коллоидных и кристаллоидных растворов. Симптом бледного пятна, адекватный диурез восстановились у больных исследуемой группы раньше, чем у больных группы сравнения. Уровень лактата капиллярной крови снизился до нормального у больных исследуемой группы также раньше, чем в группе сравнения.

Таким образом, метод НГВ позволяет эффективно восстановить ОЦК у больных с тяжелой сочетанной травмой в более короткие сроки и с меньшими материальными затратами.

Е.А. Цеймах, С.Ю. Кузнецов

ЗНАЧЕНИЕ ЛИКВИДАЦИИ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНЫХ НАРУШЕНИЙ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ

*Алтайский государственный медицинский университет (Барнаул)
Городская больница № 1 (Барнаул)*

Целью исследования явилось повышение эффективности комплексного лечения больных с тяжелой сочетанной травмой (ТСТ) путем ослабления проявлений синдрома десеминированного внутрисосудистого свертывания крови (ДВС-синдрома).

Анализируются результаты лечения 328 больных. Ведущими повреждениями у 48 (14,6 %) пациентов была черепно-мозговая травма, у 83 (25,3 %) — травма опорно-двигательного аппарата; у 59 (17,9 %) — травма органов брюшной полости и забрюшинного пространства; у 67 (20,4 %) — травма груди; у 6 (1,86 %) — травма позвоночника; у 1 (0,3 %) — травма органов шеи. У 25 (7,6 %) пострадавших наблюдались тяжелейшие повреждения нескольких анатомических областей, что не позволило выделить одно из них в качестве ведущего. При поступлении травматический шок наблюдался у 259 (78,9 %) пациентов. Острая кровопотеря была у 118 (35,9 %) больных.

Исследование системы гемокоагуляции и фибринолиза включало определение параметров сосу-

дисто-тромбоцитарного гемостаза (количество тромбоцитов, спонтанная агрегация тромбоцитов, фактор Виллебранда), общих коагуляционных тестов (активированное частичное тромбопластиновое время, протромбиновое время, аутокоагуляционный тест), методов, характеризующих конечный этап свертывания (тромбиновое время, содержание фибриногена), степень тромбонемии (орто-фенантролиновый и этаноловый тесты), активность физиологических антикоагулянтов и фибринолиза (антитромбин III (АТ III) XII а-калликреинзависимый фибринолиз, эуглобулиновый лизис, индуцированный стрептокиназой).

При исследовании системы гемостаза у больных с ТСТ выявлены значительные нарушения в различных звеньях системы гемокоагуляции: гиперфибриногенемия, а в ряде случаев при острой кровопотере — гипофибриногенемия, выраженная тромбонемия, глубокая депрессия фибринолиза, истощение антикоагуляционного потенциа-