

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-

ла. Эти изменения свидетельствуют о наличии у данных больных признаков ДВС-синдрома и высокой склонности к микротромбообразованию.

С целью купирования возникающего ДВС-синдрома и устранения микроциркуляторных нарушений в очагах воспаления и жизненно важных органов мы применяли криоплазменно-антиферментный комплекс. В состав этого комплекса входят свежезамороженная плазма (СЗП) или криосупернатантная (КСНП) (лишенная факторов свертывания) плазма, гепарин и ингибиторы протеиназ (контрикал, гордокс).

Выбор компонентов криоплазменно-антиферментного комплекса у больных с ТСТ в определенной мере зависел от характера и тяжести повреждений, особенностей нарушений показателей гемостаза.

При политравме I степени с наличием состояния неустойчивого равновесия гемодинамики или шоке I степени с закрытыми изолированными переломами длинных трубчатых костей, множественными переломами мелких костей, переломами ребер без гемопневмоторакса и ателектаза легкого, ушибами, растяжениями, разрывами связок, вывихами, с ранами без профузного кровотечения на фоне гиперкоагуляции с незначительным дефицитом АТ III целесообразно применение умеренных доз СЗП или КСНП и больших доз гепарина.

При политравме II степени без непосредственной угрозы для жизни с наличием шока II степени, множественными закрытыми переломами длинных трубчатых костей, переломами таза с нарушением

целостности тазового кольца, ранами размерами более 20 см без профузных кровотечений и сочетанными повреждениями — ушибом головного мозга легкой степени, ограниченным пневмотораксом, ушибом сердца, повреждениями полых и паренхиматозных органов брюшной полости и забрюшинного пространства без профузного кровотечения на фоне разнонаправленных сдвигов коагуляционных тестов, при выраженном дефиците АТ III применяли большие дозы СЗП, малые или средние дозы гепарина, средние дозы ингибиторов протеиназ.

При крайне тяжелой политравме с непосредственной угрозой для жизни с наличием травматического шока III — IV степени, множественными открытыми переломами, травматическими отрывами крупных сегментов конечностей, переломами таза типа Мальгенья, ранами с профузным кровотечением, сочетанными повреждениями — ушибом головного мозга тяжелой степени тяжести с внутримозговыми гематомами, в том числе с повреждением органов брюшной полости и забрюшинного пространства с профузным кровотечением, множественными переломами ребер с тотальным или субтотальным гемопневмотораксом и выраженной дыхательной недостаточностью, целесообразно использование в комплексном лечении больших доз СЗП с малыми дозами гепарина и большими дозами ингибиторов протеиназ.

Применение криоплазменно-антиферментного комплекса позволило снизить летальность больных с ТСТ в три раза и улучшить исходы заболевания.

Д.Л. Шукевич, Л.Е. Шукевич, Т.И. Шраер, С.А. Усов

PRISMA-ТЕХНОЛОГИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНОГО С ОГНЕСТРЕЛЬНОЙ ПОЛИТРАВМОЙ, ОСЛОЖНЕННОЙ СЕПТИЧЕСКИМ ШОКОМ

*Кемеровская государственная медицинская академия (Кемерово)
Кузбасский филиал НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН (Кемерово)*

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Продемонстрировать возможности использования PRISMA-технологии в режиме продленной низкопоточной гемофильтрации для коррекции нарушений гомеостаза в комплексном лечении пострадавшего с огнестрельной политравмой, осложненной септическим шоком.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Пациент N., 40 лет получил 8 огнестрельных пулевых ранений из пистолета Макарова. Был доставлен в городскую больницу по месту жительства. Диагноз: множественные огнестрельные ранения шеи с касательным повреждением тела С₄ позвонка и задней стенки глотки; проникающим торакоабдоминальным ранением справа с оскольчатый переломом 10-го ребра, ушибом нижней доли правого

легкого, повреждением правого купола диафрагмы, 7, 3 и 4-го сегментов печени, тонкой кишки, печеночного угла ободочной кишки. Перелом крыла левой подвздошной кости. Сквозные и касательные ранения мягких тканей туловища, затылочной области. Сотрясение головного мозга. Травматический шок III ст. Выполнена операция: лапаротомия, обработка раны 7-го сегмента печени, ушивание ран 3 и 4-го сегментов печени, резекция двух сегментов тонкой кишки, правосторонняя гемиколэктомия, ушивание раны диафрагмы, дренирование правой плевральной и брюшной полостей, первичная хирургическая обработка ран мягких тканей с ушиванием раны глотки. По окончании операции пострадавший транспортирован на реанимобиле в отделение реанимации Кемеровской областной клинической больницы.