

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ФАРМАКОТЕРАПІЇ**

ЛІКИ – ЛЮДИНІ

**Сучасні проблеми створення,
вивчення та апробації
лікарських засобів**

Матеріали XXVIII всеукраїнської
науково-практичної
конференції з міжнародною участю

**3 лютого 2011 року
м. Харків**

*Реєстраційне посвідчення УкрІНТЕІ
№ 1 від 10 січня 2011 року*

Харків
Видавництво НФаУ
2011

порівняння на 8%.

При стресбіодезінтегруючій ШКК в групі, де використовувалось компонентне кровопоповнення за Брюсовим П.Г. (1998), внаслідок поліорганної недостатності померло 3 пацієнтів на 3, 6 та 31 добу від початку кровотечі, а в групі, де застосовувалось інтегративне кровозберігаюче кровопоповнення, внаслідок цієї ж причини померло 4 хворих на 10, 15, 38 та 48 добу від початку шлунково-кишкової кровотечі

Інтегративна кровозберігаюча терапія стресбіодезінтегруючої ШКК потребує катетеризації центральної вени, 1 або 2 периферичних вен, моніторингу біологічної стійкості організму. При ультимативному АТ (сistolічний АТ нижче 70 мм рт.ст.) – введення норадреналіну 4-6 мкг/хв, а після усунення його, застосування дофаміну 6 мкг/кг/хв і добутаміну 4 мкг/кг/хв., паралельно з моніторингом біологічної стійкості організму, утримання напруженого об'єму крові (Гайтон А., 1969) введеннями розчинів кристалоїдів і колоїдів у співвідношенні 10:1 за правилом “5-2”.

ВИСНОВКИ

Використання технологій інтегративного кровозберігаючого кровопоповнення дозволяє в основній групі виключити стресбіоруйнуючі прояви ШКК більш надійно ніж в групі порівняння – цьому сприяє катетеризація центральної вени, 1 або 2 периферичних вен, моніторинг біологічної стійкості організму, утримання напруженого об'єму крові введенням розчинів кристалоїдів і колоїдів у співвідношенні 10:1.

ВИЗНАЧЕННЯ ТОЛЕРАНТНОСТІ ХВОРИХ ДО НОРМОВОЛЕМІЧНОЇ АНЕМІЇ ПРИ ЗНАЧНИХ КРОВОВТРАТАХ

Голдовський Б.М., Серіков К.В., Поталов С.О., Семенова Т.О.
Льовкін О.А., Задорожко Є.А., Случевський А.В.
Запорізька медична академія післядипломної освіти,
м Запоріжжя

Досі не визначено критичного рівня концентрацій гемоглобіну та еритроцитів, при якому у більшості хворих починаються патологічні ураження органів.

Найбільш ефективний і найменш витратний метод захисту від крововтрати є гостра нормоволемічна гемодилуція (ГНГ), де частину ОЦК резервують та заміщають кристалоїдами та кровозамінниками, при операціях зі зменшеному рівні гематокриту. Резервовану аутокров

повертають пацієнтові після хірургічного гемостазу.

Метою нашого дослідження було визначення толерантності хворих до нормоволемічної анемії при ГНГ при крововтратах більше 20 % ОЦК.

Матеріал та методи: Досліджено 190 хворих віком від 57 до 77 років (з них жінок 27), оперованих з приводу розшаровування аневризми черевної аорти, гострої оклюзії стегених артерій захворювань ШКТ та колоректального раку.

Основна група 70 хворих, яким до оперативного втручання резервували аутокров (ГНГ) в об'ємі 12-17% ОЦК. Інші 120 пацієнтів були оперовані без використання ГНГ.

До операції проводили ексфузію 700-1200 мл (12-20 % ОЦК) крові у контейнери з цитроглюкофосфатом. Заміщення вилученої крові виповнялось трансфузією розчинів 0,9 % натрія хлориду та колоїдами (6 % ГЕК) в об'ємі 200 % після заключного гемостазу чи при рівні гематокриту нижче 15 %, при тривалій крововтраті.

Результати: Початковий рівень гематокриту (Ht) у досліджуваних хворих був в середньому 0.29 л/л. Після гострої нормоволемічної гемоділюції гематокрит зменшувався в середньому до рівня 0,21 л/л, що приводило до зниження системного транспорту кисню (DO_2) в середньому з 538 до 441 л/(хв·м²) при стабільних показниках артеріального тиску (АТ) та периферичного судинного опіру. Зміни концентрації лактату при цьому були недостовірні.

Під час крововтрати (від 900 до 2300 мл) та підтримки ОЦК колоїдними та кристалоїдними розчинами гемодинамічні показники (АТ, ЧСС, СІ) були стабільними.

Гематокрит зменшувався у середньому до 0,17 л/л у хворих 1-ої групи та до 0,19 л/л у пацієнтів 2-ої групи. Тривалість анемії до початку гемотрансфузії була в середньому 70 хв.

Перед початком аутогемотрансфузії в 1-й групі концентрація лактату складала у середньому 1,7 ммоль/л.

Гіпоксичних та ішемічних змін електрокардіограми не було. Після реінфузії гематокрит підвищився у середньому до 0,22 л/л, DO_2 – до 419 мл/(хв·м²), молярна концентрація лактату зменшилася до 1,5 ммоль/л.

Висновки: Доведено, що гостра нормоволемічна гемоділюція зі зниженням гематокриту до рівня 0,21 л/л не приводить до зменшення транспорту кисню нижче критичного рівня 350 мл/(хв·м²) при анестезіологічному забезпеченні операцій з великою крововтратою. ГНГ з використанням оксиетілірованих крохмалів як компонентів відшкодування обсягу резервованої аутокрові, є простою у застосуванні, безпечною і високоефективною гемотрансфузійною альтернативою препаратам аллогенної крові у хворих з периопераційною крововтратою до 30% ОЦК і володіє вираженою органопротективною дією за рахунок

створення периопераційного резерву транспорту кисню, підтримки показників гемодинаміки на адекватному рівні.

ЗАДАЧИ И ПОКАЗАТЕЛИ ПО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ И ПОСТРАДАВШИМ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Голдовский Б.М., Рындина Л.Й., Коновальская Е.Н.,
Друзь В.Д., Сидь Е.В., Машко А.П.

Запорожская медицинская академия последипломного образования
Запорожская городская клиническая больница экстренной и скорой
медицинской помощи

Специализированная кардиологическая служба организована в 1966г. В настоящее время работают 7 кардиологических бригад, 30 врачей кардиологов. Из них врачей с высшей категорией - 12, с 1-ой - 17, со 2-ой – 1.

Практически каждый 9-ый вызов поступивший на скорую медицинскую помощь (СМП) по поводу заболевания, обслуживался кардиологическими бригадами. По поводу сердечно сосудистых заболеваний, поступивших на СМП, в среднем 55% обслуживалось кардиологическими бригадами. Профильность бригад в последние годы составляет 85%, т.е. 60% вызовов кардиологического профиля поступающих на скорую помощь обслуживалось кардиологическими бригадами. Улучшились сроки госпитализации больных с острым инфарктом миокарда в первые часы заболевания - в первые 3-и часа от момента обращения на СКБ с 75% до 95%. Уменьшилась догоспитальная летальность от инфаркта миокарда в присутствии врачей кардиологических бригад с 5,4 до 2,9%. Увеличилась ЭКГ активность профильной группы больных с 69% до 90%. Увеличилась нагрузка на кардиологические бригады с 8,6 вызовов в сутки до 9,21.

Больные с ОКС, острым инфарктом миокарда, нестабильной стенокардией, ТЭЛА, нарушением сердечного ритма и проводимости, по показаниям, госпитализируются в специализированное кардиологи-ческие отделение ОКБ, в областной кардиологический диспансер, с применением на ДЭ тромболитической терапии (Арикстра, Метализе). С каждым годом поток таких больных увеличивается благодаря проводимой совместной работе специализированных отделений и кардиологической службы СМП.

На пути совершенствования догоспитальной специализирован-ной кардиологической помощи, необходимо сохранить и улучшить эту службу, она нужна для населения, как на ДЭ, так и в тесном контакте с линейными бригадами СМП.

На сегодняшний день вопрос стоит о сохранении специализиро-ванной