

Тактика заместительной терапии: под контролем состояния центральной гемодинамики за 3 часа до предполагаемого оперативного вмешательства проводили гиперволемическую гемодилюцию солевыми растворами и препаратами на основе гидроксизилкрахмала. Объем инфузии составил в среднем 13 физиологической потребности. Интраоперационно заместительная терапия проводилась теми же средами с учетом объема кровопотери - в соотношении кровопотеря : инфузия = 1 : 3.

Обсуждение полученных результатов.

Учитывая активную гемодилюцию (гематокрит до операции составил $27,3 \pm 0,3\%$) все пациенты не нуждались в инотропной поддержке миокарда интраоперационно. Несмотря на низкие показатели гемоконцентрации, транспорт кислорода не нарушался: SpO₂ составляла $98,8 \pm 0,2\%$, AaDpO₂ – $32,5 \pm 1,2$ мм рт.ст., PaO₂/FiO₂ – $486,2 \pm 32,4$).

Сравнение результатов лечения показало отсутствие достоверных отличий в сроках респираторной поддержки, лечения в отделении реанимации и стационаре между группами. Новая трансфузионная тактика позволила сократить объем потребления препаратов крови в отделении реанимации с $485,3 \pm 88,1$ мл на одного ребенка в 1998 году до $186,3 \pm 49,3$ мл в 2002 году, снизить стоимость лечения и риск заболевания инфекциями, передающимися через донорскую кровь.

ТРАНСПОРТИРОВКА ДЕТЕЙ В СОСТОЯНИИ ОЖОГОВОГО ШОКА: ОСОБЕННОСТИ, ПРЕИМУЩЕСТВА И РЕЗУЛЬТАТЫ

Насонова Н.П., Брезгин Ф.Н., Крылов А.А., Тарасов А.А., Зырянов П.О.

Уральская государственная медицинская академия,

Городская детская клиническая больница №9

Врачебно-фельдшерская консультативная бригада детского ожогового центра в рамках службы «центра медицины катастроф Свердловской области» различными видами транспорта (самолет, вертолет, автомобиль) осуществила транспортировку 100 детей, находящихся в состоянии ожогового шока I – II степени тяжести. Средний возраст составил $4,13 \pm 0,7$ лет, площадь поражения $21,16 \pm 2,2\%$. В качестве группы сравнения наблюдалось 54 ребенка, транспортированных после выхода из шока с аналогичными поражениями и антропометрическими данными и 55 детей, доставленных в центр сразу с места травмы. Максимальная удаленность от ожогового центра достигала более 400 км, все транспортированные больные выжили.

На месте оценивалась адекватность проводимой противошоковой терапии: у 30% человек интенсивная терапия оценена как адекватная, у 70% пострадавших как неадекватная. Предтранспортировочная подготовка заключалась в обезболивании наркотическими анальгетиками внутривенно, седации, обеспечении оптимального газообмена. В процессе транспортировки проводилась циркуляторная поддержка плазмозаместителями на основе гидроксипропилкрахмала (Рефортан, Стабизол).

Время от момента ожога до прибытия в центр в первой группе составило $16,9 \pm 0,9$ час., во второй $74,4 \pm 0,9$ час. и в третьей $1,38 \pm 0,05$ час. Регистрируемые данные гомеостаза подтверждают отсутствие резкого ухудшения состояния в период транспортировки и спустя 24 часа как в группе, транспортированной в шок, так и в группе детей, которым противошоковая терапия была закончена в ЦРБ. Как показал мониторинг, дети, транспортируемые в состоянии шока, в отличие от транспортируемых при выходе из него, на момент осмотра в ЦРБ имели достоверно более высокие показатели SpO_2 и ниже частоту дыхания, лишь у 33% из них начата ИВЛ, что говорит о большей компенсации респираторной и кислород-транспортной функции. В группе детей, транспортированных после выхода из шока, 80% пациентов перед транспортировкой переведены на аппаратное дыхание.

Отличия отмечаются и по результатам лечения детей, транспортированных в первые 24 часа в сравнении как с группой доставленных после выхода из шока, так и поступивших с места происшествия непосредственно. Достоверно отличается продолжительность лечения в реанимационном отделении – $5,8 \pm 0,5$ сут. в городской группе, $6,16 \pm 0,4$ сут. в группе ранней транспортировки и $15,3 \pm 0,8$ сут. в группе поздней транспортировки ($p < 0,05$). Полученные данные свидетельствуют о целесообразности транспортировки детей в первые сутки от момента травмы.

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЙ БИОМЕХАНИКИ ДЫХАНИЯ И ТРАНСПОРТА КИСЛОРОДА В ИСХОДАХ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ У ДЕТЕЙ

Насонова Н.П., Егоров В.М., Житинкина Н.В., Белкин А.А.

Городская детская клиническая больница №9,

Кафедра анестезиологии и реанимации ФПК и ПИ УГМА

Известна роль вторичного повреждения головного мозга в генезе посттравматической болезни, перенесенный шок и связанная с ним полиорганная дисфункция в первую очередь проявляется в нарушении транспорта кислорода. Прогнозирование тяжести вторичного повреждения головного мозга у детей с черепно-мозговой и сочетанной травмой является важной клинической проблемой.