

Многодозовые режимы введения ТК (например, 2-3 дозы) более эффективны в снижении скрытой кровопотери, чем однократное введение, но более 3 доз ведет к ишемии.

Эффективность и безопасность комбинации подтверждена в травматологии, бариатрической хирургии, при лечении ДВС-синдрома у пациентов на гемодиализе и в онко-пульмонологии.

Ключевым условием безопасности является адекватная антикоагуляция НМГ, что требует персонализированного подбора дозы (вес, функция почек) и, в отдельных случаях, мониторинга анти-Ха активности.

ВЫВОДЫ

Транексамовая кислота является эффективным ингибитором фибринолиза с доказанным положительным влиянием на выживаемость при кровотечениях и защитными эффектами в отношении органов.

Низкомолекулярные гепарины — современные антикоагулянты с улучшенными фармакокинетическими свойствами, являющиеся стандартом тромбопрофилактики.

Совместное применение ТК и НМГ представляет собой научно обоснованную клиническую стратегию, позволяющую эффективно решать двуединую задачу хирургии: минимизировать кровопотерю, не увеличивая риск тромбозов.

Для достижения максимальной эффективности и безопасности рекомендуется персонализированный подход с оценкой рисков, использованием вискоэластометрии (TEG/ROTEM) у сложных пациентов и своевременным началом тромбопрофилактики.

СТРЕССОВЫЙ ОБЪЁМ ЦИРКУЛИРУЮЩЕЙ КРОВИ КАК МАРКЕР ГЕМОДИНАМИЧЕСКОГО ОТВЕТА ПРИ КОНТРОЛИРУЕМОМ СНИЖЕНИИ ОБЪЁМА ЦИРКУЛИРУЮЩЕЙ КРОВИ

Макарук В. В.¹, Никонова Е. М.¹, Шатохина Я. П.¹, Макарук В. А.²,
Наумов А. Б.³, Марченко С. П.⁴, Баутин А. Е.⁵

¹ФГБОУ ВО ЛГМУ им. Свт. Луки Минздрава России, Луганск

²ГБУЗ «Луганская Республиканская Клиническая Больница» ЛНР, Луганск

³Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова, Санкт-Петербург

⁴Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Санкт-Петербург

⁵Национальный медицинский исследовательский центр им. В.А. Алмазова, Санкт-Петербург

ВВЕДЕНИЕ

Оценка гемодинамического ответа на контролируемое снижение объёма циркулирующей крови при заместительной почечной терапии остаётся актуальной задачей. Стрессовый объём циркулирующей крови представляет собой функционально активную часть внутрисосудистого объёма, определяющую венозный возврат и поддержание гемодинамики.

ЦЕЛЬ

Оценить стрессовый объём циркулирующей крови как маркер гемодинамического ответа

при контролируемом снижении объёма циркулирующей крови в ходе заместительной почечной терапии.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В исследование включено 36 пациентов: 20 (55,6 %) с хронической болезнью почек II–V стадии на программном гемодиализе и 16 (44,4 %) с острым повреждением почек и острой почечной недостаточностью. Исследование проводили до начала сеанса заместительной почечной терапии и через 10 минут после его завершения. Стрессовый объём крови оценивали расчётным методом на основании объёма циркулирующей крови и динамики конечно-диастолического индекса левого желудочка. Респондерами считали пациентов со снижением конечно-диастолического индекса на 10 % и более, нереспондерами – при снижении менее 10% или увеличении показателя.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Респондеры составили 12 пациентов, не респондеры – 24. Межгрупповых различий по индексированному объёму циркулирующей крови, индексам стрессового и не стрессового объёма крови до и после терапии не выявлено ($p > 0,05$). У респондентов после терапии индексированный объём циркулирующей крови снижался с 2,38 до 2,26 л/м² ($p = 0,002$), индекс стрессового объёма крови – с 0,595 до 0,446 л/м² ($p = 0,002$). У нереспондеров индексированный объём циркулирующей крови снижался с 2,31 до 2,20 л/м² ($p < 0,001$), однако индекс стрессового объёма крови увеличивался с 0,58 до 0,624 л/м² ($p < 0,001$), что отражало различный характер гемодинамической адаптации к ультрафильтрации.

ВЫВОДЫ

При сопоставимом снижении общего объёма циркулирующей крови гемодинамический ответ на ультрафильтрацию различается. Расчётная оценка стрессового объёма крови позволяет дифференцировать варианты циркуляторной адаптации и может рассматриваться как перспективный маркер гемодинамического ответа.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К КОРРЕКЦИИ ГИПОТЕНЗИИ ВО ВРЕМЯ ЭКСТРЕННОЙ ТРОМБЭКТОМИИ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРОЙ ИШЕМИЕЙ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ В УСЛОВИЯХ СПИНАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ

Давыдов В. В., Буренкин А. А.

ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет»
Минздрава России, г. Барнаул, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Спинальная анестезия (СА) широко применяется для анестезиологического обеспечения операции экстренная тромбэктомия у пациентов с острой ишемией нижней конечности (ОИНК). Это безопасный и эффективный метод обезболивания, обеспечивающий оптимальные условия для работы хирурга. К недостаткам СА относятся высокая частота случаев гипотензии и брадикардии у пациентов пожилого возраста с коморбидной патологией. Даже непродолжительные эпизоды нестабильности гемодинамики у этой категории больных создают опасность развития ишемии миокарда и/или острого почечного повреждения. К основным методам коррекции гипотензии, спровоцированной СА, относятся инфузионная терапия, поддержка вазопрессорами или сочетание этих методов. Управление