

АЛЬТЕРНАТИВЫ ПЕРЕЛИВАНИЯ КОМПОНЕНТОВ ДОНОРСКОЙ КРОВИ ПРИ ОРТОПЕДИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ

В последнее время взгляды на использование препаратов донорской крови в хирургии претерпели существенные изменения. Seriously пересмотрены показания к гемотрансфузиям. При переливании компонентов донорской крови возможны трансфузионные осложнения гемолитического и негемолитического типа: аллергические реакции, возникновение синдрома массивной трансфузии, передача гемотрансмиссивных инфекций, а также осложнения, связанные с консервированием и хранением крови.

Одной из важных особенностей проведения плановых ортопедических операций является невозможность полного окончательного гемостаза. Тотальное эндопротезирование тазобедренного и коленного суставов следует отнести к группе вмешательств, сопровождающихся значительной (1000 — 1500 мл) или массивной (1500 — 2500 мл) кровопотерей по классификации Е.А. Дамир, П.Г. Брюсова.

Несмотря на многочисленные публикации в отечественной и зарубежной печати, которые посвящены методам, позволяющим сократить переливание компонентов донорской крови, поиск самого безопасного и наиболее эффективного из них продолжается.

Цель работы: путем оптимизации схемы аутогемотрансфузии минимизировать использование препаратов донорской крови при операциях эндопротезирования тазобедренного и коленного суставов.

В работе выполнен анализ динамики восстановления состояния больных с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями крупных суставов, перенесших операцию тотального эндопротезирования тазобедренного или коленного сустава.

Проведена оценка восстановления показателей красной крови и общего белка в раннем послеоперационном периоде, а именно I, II, III сутки после операции. В исследование были включены 74 пациента, перенесшие операцию тотального эндопротезирования коленного или тазобедренного суставов. Больные были разделены на 3 группы в зависимости от метода восполнения кровопотери. В I группе больные получали компоненты заранее заготовленной аутокрови, во II группе — компоненты донорской крови, в III — коллоидные и кристаллоидные растворы. Переливание компонентов крови проводилось в первые 24 часа после операции. Трансфузия компонентов аутокрови была в среднем около 500 мл эритроцитарной массы и 500 мл плазмы свежзамороженной. Расход препаратов донорской крови составил около 400 мл эритроцитарной массы и около 350 мл свежзамороженной плазмы. Коллоид-

ные и кристаллоидные растворы вводились в объеме 2000–2500 мл в сутки в первые 48 часов после операции.

Основные противопоказания к аутогемотрансфузии были: патология коронарных артерий, исходная анемия ($Hb < 110$ г/л и $Ht < 0,32$), тяжелая патология печени и почек, легочная эмфизема и хронические обструктивные заболевания легких, возраст старше 70 лет, истощение (дефицит массы тела более 10%), гипотония (артериальное давление ниже 100 мм рт. ст.), содержание общего белка в крови менее 60 г/л, распространенный тромбофлебит.

Все операции проводились по стандартной методике, одним хирургом, имплантатами фирмы DePuy, придерживаясь регламента соответствующих хирургических протоколов. Коленные эндопротезы — модель Sigma, с сохранением задней крестообразной связки цементного типа фиксации, без протезирования надколенника. Операции проводили передним парапателлярным или субмышечным доступом без использования гемостатического турникета. Средняя продолжительность вмешательств составила 109 мин., средняя интраоперационная кровопотеря — 540 мл, средняя дренажная кровопотеря — 875 мл. Тазобедренные эндопротезы — модель Corail+Duraloc (Pinnacle), бесцементного типа фиксации. Оперативный доступ — задний по Gibson. Средняя продолжительность вмешательств — 99 мин., средняя интраоперационная кровопотеря — 485 мл, средняя дренажная кровопотеря — 1165 мл. Операции проводили под эпидуральной анестезией с внутривенным потенцированием. В течение первых 2–3 суток осуществляли продленную эпидуральную анальгезию препаратом нарופן 0,2% (6–10 мл в час).

В результате анализа данных обнаружено, что применение метода аутогемотрансфузии для возмещения периперационной кровопотери даёт более быструю динамику восстановления показателей красной крови и общего белка, т.е. не истощает резервные возможности организма пациента. При этом отсутствуют риски возникновения осложнений, связанных с применением компонентов донорской крови. Больные в группе аутогемотрансфузии охотно соглашались на процедуру и имели позитивную мотивацию.

Таким образом, применение метода аутогемотрансфузии для возмещения периперационной кровопотери у больных, перенесших операцию тотального эндопротезирования коленного или тазобедренного сустава, позитивно зарекомендовало себя в клинической практике и может быть одним из методов восполнения кровопотери у данной группы пациентов.