

Определяли количество эритроцитов, величину гематокрита, вязкость крови и плазмы, концентрацию меди в сыворотке крови; повышение последней свидетельствует о тяжести тканевой гипоксии. Вычисляли процент насыщения общей железосвязывающей способности (ЖСС) железом.

Определяли свободную связывающую способность сыворотки крови (ССС), а также вычисляли отношение железа сыворотки крови к содержанию меди в сыворотке крови (Fe^{++}/Cu^{++}), среднюю концентрацию гемоглобина в эритроците (С.К.Э), рассчитывали системный транспорт кислорода ($Str O_2$).

Полученные результаты статистически обработаны (Стрелков Р.Б., 1966). Наличие взаимосвязи между изученными показателями устанавливали путем расчета коэффициентов корреляции и корреляционного отношения (Сепетлиев Д., 1968).

Установлено, что при госпитализации этих больных эритроцитарный фонд железа (гемоглобин) не всегда адекватно отражает нарушение обмена железа, дефицит запасного и тканевого железа, скрытый дефицит железа, а также перегрузку (гемохроматоз) организма железом.

В ближайшем послеоперационном периоде установлено, что независимо от вида операции, у больных сохраняется анемия, сидеропения, выраженная тканевая гипоксия, обусловленные не только перенесенной операцией, а, по-видимому, перенесенной ранее кровопотерей, особенно при скрытых кровотечениях.

При современном дефиците донорской крови, осложнений после ее трансфузии, для восполнения объема крови часто используются кристаллоиды. В этих условиях следует обратить внимание не только на содержание эритроцитарного (гемоглобин), но и тканевого железа, гематокрит, показатель системного транспорта кислорода ($Str O_2$), что особенно важно у больных, перенесших кровопотерю.

Изучение метаболических нарушений феррокинетики должны войти в качестве обязательных исследований у больных с хирургической кровопотерей.

ПРОФІЛАКТИКА ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ ТРОМБОФЛЕБІТІВ У ХВОРИХ ВАРИКОЗНОЮ ХВОРОБОЮ НИЖНІХ КІНЦІВОК

Г.В. Буренко, Ю.О. Супрун, В.М. Меллін, Л.Л. Сук, Т.М. Галига (Київ)

Під нашим спостереженням знаходилось 244 хворих варикозною хворобою з ураженням обох нижніх кінцівок.

Як правило, у більшості хворих-212 (86,8%) виконували операцію на одній нозі, оскільки це були пацієнти похилого віку, з ускладненнями варикозної хвороби та тяжкими супутніми захворюваннями.

У 32 пацієнтів молодого віку з неускладненим перебігом виконували операцію на обох ногах, що склало 13,2%

Середній і похилий вік пацієнтів, наявність супутніх захворювань, післяопераційна гіподинамія, гіперкоагулятивні властивості крові являлись фактором ризику виникнення тромбофлебітів неоперованої кінцівки. Звичайно найбільш ефективним засобом профілактики таких тромбофлебітів являлось бинтування другої нижньої кінцівки еластичним бинтом, при цьому особливу увагу слід звертати на ретельність і адекватність бинтування. Було помічено, що саме недостатня компресія і розшарування турів еластичного бинта, а в деяких випадках погана якість еластичних бинтів призвели до післяопераційних тромбофлебітів на протилежній кінцівці у 11 (4,5%) хворих. У всіх цих пацієнтів на 3 – 6 день після венектомії ми були змушені виконати операцію – Троянова-Тренделенбурга.

В ранньому післяопераційному періоді всім хворим проводилась антикоагулянтна та дезагрегантна терапія (гепарин або клексан підшкірно, а також трентал та аспірин в таблетованому вигляді).

Таким чином, для профілактики післяопераційних тромбофлебітів значну увагу слід приділяти якості та адекватності еластичного бинтування контралатеральної кінцівки, а також важливе значення має раннє вставання хворих, застосування антикоагулянтних та дезагрегантних препаратів.

ЕКСТРАПЛЕВРАЛЬНА ТОРАКОПЛАСТИКА В ХІРУРГІЇ СУЧАСНОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ

І.Д. Дужий, В.П. Шевченко, Г.І. П'ятикоп (Суми)

Торакопластику в її екстра плевральному варіанті було запропоновано майже 100 років тому Багером, а втілено в життя Фрідріхом. В ті часи, за відсутності антибактеріальних препаратів, поряд з пневмотораксом ця операція була основним методом лікування інфільтративних та деструктивних форм туберкульозу легень. Ера антибіотиків сприяла розвитку резекційної хірургії. Останні два десятиріччя минулого століття характеризувались розвитком первинної і вторинної стійкості мікобактерій туберкульозу до антибактеріальних засобів. Частіше почали зустрічатись розповсюджені та задвлені форми туберкульозу легень. Успіхи резекційної хірургії зменшились. Але ж лікувати хворих та боротись із джерелом туберкульозної інфекції потрібно. У зв'язку з цим ми розширили показання до операції і бачимо їх такими: 1) форми туберкульозу легень, обтяжувальні обставини при яких не дозволяють виконати резекційні втручання; 2) дисеміновані форми туберкульозу із розпадом на верхівці однієї з легень; 3) дисеміновані форми туберкульозу з каверною більше 5 см на верхівці однієї і не більше 2 см на верхівці іншої легені; 4) залишкові порожнини після часткової резекції легень; 5) хронічні форми верхівкового плевриту за протипоказань до плевректомії; 6) емпієма плеври після пневмо – та плевропневмонектомії.