

ДОНЕЦКИЙ НАЦИОНЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
Кафедра анестезиологии, интенсивной терапии
и медицины неотложных состояний ФИПО
Университетская клиника ДонНМУ

**КРОВЕСБЕРЕГАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ
ПРОВЕДЕНИЯ АНЕСТЕЗИИ ПРИ РАДИКАЛЬНОЙ
ЦИСТПРОСТАТЭКТОМИИ С ФОРМИРОВАНИЕМ
ОРТОТОПИЧЕСКОГО МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ**

Докладчики: доц. Коваленко В.Л.; Коваленко А.В.;
Герастовский А.В., Панивев С.Ю.

Традиционная

Основана на управляемой
медикаментозной гипотонии.

Как ее улучшить?

Создать управляемую гипотонию с помощью эпидурального или (и) субдурального блока.

Почему лучше?

По сравнению с лекарственной данная гипотония более мягкая для организма и при ней создается гемодилюция.

Чем хороша медикаментозная гемодилюция.

При неизбежной «планируемой»
кровопотере мы теряем «разведенную»
кровь.

Безопасные темпы гемодилюции.

**1200±200 кристаллоидов до
эпидурального блока.**

20 мл./кг в час после начала операции.

Как поддерживать АД?

АД целесообразно поддерживать на цифрах 90 ± 10 мм рт.ст. скоростью в/в инфузии, возможно с небольшими дозами кортикостероидов

Кровопотеря

Кровопотеря (контролируемая по уровню показателей «красной крови» по сравнению с исходной) снижается до $38 \pm 4,9\%$ по сравнению с медикаментозной гипотонией.



Благодарю

за

ВНИМАНИЕ