**Гридасова Олена Іванівна. Медична технологія профілактики і лікування жирової емболії у хворих з механічною травмою опорно-рухової системи : дис... канд. мед. наук: 14.01.30 / Донецький держ. медичний ун-т ім. М.Горького; НДІ травматології та ортопедії. - Донецьк, 2005**

|  |  |
| --- | --- |
|

|  |
| --- |
| **Гридасова О.І. Медична технологія профілактики і лікування жирової емболії у хворих з механічною травмою опорно-рухової системи.-**Рукопис.Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.30- анестезіологія та інтенсивна терапія.-Донецький державний медичний університет, Донецьк, 2006.В дисертації вивчені анамнестичні, метаболічні та клінічні ознаки синдрому жирової емболії у хворих з травмою. Мета дослідження-знизити частоту виникнення та рівень летальності у хворих з СЖЕ.Досліджені 20 пацієнтів (група 1) та 18 пацієнтів (група 2) з клінічною підгострою формою СЖЕ, 20 хворих з субклінічною формою СЖЕ (група 3) та 20 хворих з травмою без СЖЕ (група 4). Лікування та профілактика СЖЕ в групі 1 проводилось згідно рекомендаціям А.Ю. Пащука, П.А. Фадєєва (1991), в групі 2, 3 і 4 - за розробленою нами програмою.Виявлені на підставі даних дослідження анамнестичні, метаболічні та клінічні особливості у хворих з СЖЕ лягли в основу принципів медичної технології профілактики, діагностики та лікування СЖЕ, яка включала: прогнозування СЖЕ за наявністю у хворих сприяючих факторів, своєчасну діагностику СЖЕ, забезпечення стабільної фіксації переломів, патогенетично обґрунтовану консервативну терапію. Впровадження запропонованої технології знизило частоту виникнення СЖЕ до 1,52% та летальність до 27,8 %. |

 |
|

|  |
| --- |
| 1. Виявлені на підставі проведеного дослідження анамнестичні, метаболічні та клінічні особливості у хворих з механічною травмою опорно-рухової системи, ускладненої синдромом жирової емболії лягли в основу принципів медичної технології профілактики, діагностики та лікування СЖЕ, яка включала: прогнозування СЖЕ за наявністю у хворих факторів, що сприяють його розвитку; своєчасну діагностику СЖЕ; забезпечення стабільної фіксації переломів; патогенетично обґрунтовану консервативну терапію. Впровадження запропонованої технології дозволило знизити частоту виникнення синдрому жирової емболії до 1,52% хворих (р<0,05) та летальність у хворих з СЖЕ до 27,8%.2. Характерними факторами, що сприяють до розвитку синдрому жирової емболії у хворих з травмою нижніх кінцівок і тазу, є: подовження термінів дошпитального періоду, неадекватна дошпитальна допомога, лікування переломів опорно-рухової системи методом скелетного витягнення і відстрочений остеосинтез ушкоджених сегментів (р<0,05).3. У хворих з підгострою формою синдрому жирової емболії в порівнянні з постраждалими без синдрому жирової емболії на 3-ю і 7-му добу визначались гіпопротеінемія (р<0,05), гіпоальбумінемія (р<0,05), гіпертрігліцерідемія (р<0,05), гіпохолестерінемія (р<0,05) на фоні зростання жирової гіперглобулемії (р<0,05) та активності трансаміназ (р<0,05) та гідролаз крові (р<0,05). На 3-ю добу у цих хворих установлено кореляційну залежність між тяжкістю стану за шкалою ВПХ-Г та вмістом альбуміну (r=-0,55), ліпопротеїдів високої щільності (r=-0,56), холестерину (r=-0,54), альфа 1-глобулінів (r=0,73), сечовини (r=0,59), ліпопротеїдів низької щільності (r=0,59).4. У хворих з підгострою формою синдрому жирової емболії вірогідно частіше (р<0,05) спостерігались тахіпное (94,7% хворих), тахікардія (94,7% хворих), зниження сатурації (100% хворих), порушення свідомості (94,7% хворих). Гіпертермія зустрічалась у 92,1% хворих, петехії тільки у 36,8% постраждалих. Головними ознаками субклінічної форми синдрому жирової емболії (р<0,05) у пацієнтів були: тахікардія (85% хворих), ознаки «синдрому шокової легені» (90% хворих), гіпертермія вище 38С (50% хворих), порушення свідомості (40% хворих).5. У 92,8 % хворих з підгострою формою та 55% хворих з субклінічною формою синдрому жирової емболії виявлялись ознаки синдрому системної запальної відповіді, що було вірогідно частіше (р<0,05), ніж у хворих без синдрому жирової емболії (15% хворих). Синдром системної запальної відповіді також підтверджувався підвищенням прозапальних цитокінів IL-1 , IL-6 та TNF- (р<0,05) на 3-7 добу у хворих з СЖЕ порівняно з постраждалими без СЖЕ.6. Застосування «Шкали діагностики синдрому жирової емболії у хворих з механічною травмою нижніх кінцівок і тазу» дозволяє вірогідно скоротити терміни діагностики підгострої форми СЖЕ в порівнянні зі шкалою А. Гурда з 3,3±0,3 до 2,6±0,2 доби (р<0,05) і субклінічної форми в порівнянні зі шкалою А.Ю. Пащука, П.А. Фадєєва з 3,2±0,2 до 2,7±0,2 доби (р<0,05).**Практичні рекомендації**1. Усім постраждалим з травмою нижніх кінцівок та тазу необхідно проводити профілактику синдрому жирової емболії.2. На дошпитальному етапі профілактичні заходи повинні включати адекватну медичну допомогу з обов’язковою імобілізацією кінцівок транспортними шинами та скороченням терміну доставки постраждалих з місця події в лікувальний заклад.3. На шпитальному етапі профілактичні заходи повинні включати ранній остеосинтез переломів, у хворих з тяжкою політравмою - мінімальним за травматичністю та тривалістю методом, адекватне знеболювання, поповнення ОЦК, введення деземульгаторів жиру, оксигенотерапію.4. Постраждалим з переломами нижніх кінцівок та тазу за наявністю «факторів ризику» развитку СЖЕ перші 5 діб з моменту травми повинна проводитися оцінка за «Шкалою діагностики синдрому жирової емболії у хворих з механічною травмою нижніх кінцівок і тазу». При наявності негативної динаміки в стані хворих, вони негайно повинні бути переведені у відділення інтенсивної терапії.5. Лікування СЖЕ повинно включати заміну скелетного витягування на нижніх кінцівках «імобілізуючим варіантом» чрескісткового остеосинтезу апаратами зовнішньої фіксації та патогенетично обумовлену інтенсивну терапію (оксигенотерапія за сатурацією нижче 90%; корекція анемії препаратами крові до досягнення еритроцитів- 2,8 Т/л, гемоглобіну 80 г/л, гематокриту 30%; введення 10% розчину альбуміну за гіпоальбумінемією нижче 20 г/л, введення деземульгаторів жиру під контролем жирової глобулемії крові (1 бал - 10 мг/кг/добу есенціале, 2 бали – 20 мг/кг/добу, 3-4 бали – 30 мг/кг/добу); знеболювання наркотичними анальгетиками (морфіну гідрохлорид) згідно оцінці тяжкості стану за шкалою ВПХ-СГ: середньої тяжкості - 0,3 мг/кг/добу, тяжкий - 0,5 мг/кг/добу, вкрай тяжкий та термінальний - 0,7 мг/кг/добу); введення вітаміну Е в дозі 5мг/кг/добу за показниками дієнових конъюгатів крові вище 1,7 од. Е; введення контрикалу 1000 од/кг/добу; зниження активності цитокінів (при підвищенні IL-6 вище 50 пкг/мл, IL-1 45 пкг/мл і TNF- вище 65 пкг/мл) введенням пентоксифіліну 1,5 мг/кг/добу глюкокортикоїдів (дексаметозон 0,2-0,3 мг/кг/добу); терапія гострої церебральної та дихальної недостатності; деескалаціонний принцип антибактеріальної терапії. |

 |