**Пилипенко Максим Миколайович. Вплив легенево-протективної штучної вентиляції легень на частоту розвитку і тяжкість синдрому гострого пошкодження легень при тяжкій черепно-мозковій травмі : Дис... канд. мед. наук: 14.01.30 / Київська медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика. — К., 2004. — 160арк. : іл. — Бібліогр.: арк. 144-160.**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | |  |  | | --- | --- | | |  | | --- | | **ПилипенкоМ.М. Вплив легенево-протективної штучної вентиляції легень на частоту розвитку і тяжкість синдрому гострого пошкодження легень при тяжкій черепно-мозковій травмі.**– Рукопис.  Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук зі спеціальності 14.01.30 – анестезіологія та інтенсивна терапія.  Дисертаційна робота складалась з 4 частин. В ході епідеміологічного дослідження встановлено, що в 1999р. в Україні від ЧМТ загинуло 11564 постраждалих. Згідно ретроспективному аналізу історій хвороб хворих з діагнозом тяжкої ЧМТ встановлено, що у хворих які потребували подовженої респіраторної підтримки летальність була вкрай високою. Результати проведеного в університетській клініці м. Відня дослідження кривої тиск-об’єм свідчать про те, що у хворих з тяжкою ЧМТ і супутнім СГПЛ клінічно встановлюваний ПТКВ був навіть вищим, ніж той, який був би необхідним для підтримання альвеол у відкритому стані. Проведено контрольоване дослідження застосування легенево-протективної ШВЛ, основаної на визначені оптимального ПТКВ і повній адаптації до ШВЛ за рахунок аналгоседації. В результаті виявлено, що в групі лененево-протективної ШВЛ частота розвитку, ступінь тяжкості СГПЛ, а також летальність достовірно знизились. | | | |  | | --- | | 1. Частота розвитку СГПЛ у хворих з тяжкою ЧМТ, що перебувають на подовженій ШВЛ, за даними ретроспективного дослідження вкрай низька, що свідчить про незадовільну діагностику цього ускладнення. Частота розвитку СГПЛ за даними проспективного дослідження з використанням стандартизованих критеріїв діагностики є високою. 2. Величини ПТКВ, встановлені клінічно, достовірно відрізняються від величин оптимального ПТКВ, встановленого за даними аналізу кривої тиск-об’єм і за аналізом найвищого комплайнсу. 3. Застосування легенево-протективної ШВЛ достовірно знижує частоту розвитку СГПЛ у хворих з тяжкою ЧМТ. 4. Використання оптимального рівня ПТКВ та аналгоседації, дозволяє запобігти прогресуванню симптомів легеневого ушкодження та забезпечити адекватний газовий склад крові протягом усього періоду спостереження. 5. Застосування легенево-протективної ШВЛ достовірно знижує летальність хворих з тяжкою ЧМТ, що перебувають на подовженій ШВЛ з 86,6 до 63*%*. Разом з тим, летальність залишається високою, що спонукає до продовження досліджень у даному напрямку.   **Практичні рекомендації**  1. Впровадити в клінічну практику використання загальноприйнятого за кордоном критерію тяжкості ЧМТ: “кращий бал за ШКГ після ресусцитації 8 балів” дозволить стандартизувати діагностику тяжкості ЧМТ і виключити елемент упередженості.  У хворих, які перебувають на подовженій ШВЛ:  2. Проводити моніторинг альвеолярного тиску (плато), що дозволить своєчасно діагностувати перерозтягнення альвеол на висоті вдиху, своєчасно визначати підвищення резистивного опору (при закупорці ЕТТ харкотинням та ін.) та дозволяє визначати статичний легеневий комплайнс.  3. Тяжкість легеневого ушкодження оцінювати за шкалою пошкодження легень Мюррея, яка має високу чутливість і специфічність в діагностиці СГПЛ і ГРДС.  4. Для запобігання розвитку легеневого ушкодження при проведенні ШВЛ використовувати ПТКВ не менше 5 см вод. ст.  5. У виборі оптимального рівня ПТКВ при розвитку СГПЛ використовувати методи, які враховують зміни легеневої механіки – метод титрованого збільшення ПТКВ до досягнення найвищого комплайнсу (метод Сутера) чи метод аналізу кривої тиск-об’єм в напівстатичних умовах (при наявності необхідної апаратури).  6. Для адаптації до проведення ШВЛ використовувати аналгоседацію у вигляді постійної інфузії наркотичних аналгетиків та бензодіазепінів.  7. Для профілактики гіпокапнії, за відсутності моніторингу газового складу крові, вибирати той мінімальний ХОД, до якого адаптовані хворі, що перебувають в стані помірної аналгоседації. | | |  | | |