**Площенко Юлія Олександрівна. Гемостаз, реологічні властивості еритроцитів та стан ендотеліоцитів при різних варіантах інтенсивної терапії тяжкої черепно-мозкової травми та корекція їх порушень (клініко-експериментальне дослідження): дис... канд. мед. наук: 14.01.30 / Дніпропетровська держ. медична академія. - Д., 2005.**

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | Площенко Ю.А. Гемостаз, реологічні властивості еритроцитів і стан ендотеліоцитів при різних варіантах інтенсивної терапії тяжкої черепно-мозкової травми та корекція їх порушень (клініко-експериментальне дослідження). - Рукопис.  Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.30 - анестезіологія та інтенсивна терапія. - Дніпропетровська державна медична академія, Дніпропетровськ, 2005.  Дисертація присвячена питанням поліпшення результатів лікування хворих з тяжкою черепно-мозковою травмою шляхом експериментального обґрунтування та впровадження в клініку нової технології інтенсивної терапії черепно – мозкової травми з використанням перфторану та модифікованої протинабрякової терапії на підставі вивчення динаміки властивостей реології еритроцитів, згортаючої системи крові, неврологічного статусу хворих, процесів розвитку набряку-набухання головного мозку, основних показників гомеостазу. В роботі встановлена ефективність використання перфторану спільно з модифікованою протинабряковою терапією, яка надає істотний позитивний вплив на зміну коагуляційної функції у хворих в гострому періоді ТЧМТ. В експерименті доведено, що в генезі гіперкоагуляції істотну роль грає пошкодження ендотелію судин, комплексне застосування перфторану з модифікованою протинабряковою терапією шляхом стабілізації ендотеліальної функції дозволяє значно обмежити активізацію протеолізу, попередити розвиток набряку головного мозку. Використання саме цього методу інтенсивної терапії обумовлює більш швидке відновлення свідомості, істотне зниження тривалості коматозного стану з подальшим повноцінним відновленням неврологічних функцій і максимальне зниження летальності у хворих з тяжкою черепно-мозковою травмою до 13,3%. | |
| |  | | --- | | 1. Субстратом альтерації мікросудин при ЧМТ є судинна стінка, адлюмінальна поверхня і просвіт мікросудин, периваскулярний простір, інтерстицій тканини мозку. Найбільш чутливими до ушкоджуючої дії ЧМТ виявляються ендотеліальні клітини, що проявляється в різкому набряканні їх цитоплазми та десквамації, адгезії формених елементів крові, розвитком сладж-синдрому. Розвивається суттєвий перицелюллярний та периваскулярний набряк, дистрофічні зміни нейроцитів. 2. L-лізину есцинат проявляє значну протинабрякову активність шляхом стабілізації судинної проникності та запобігання вторинного ураження ендотелію, в перифокальній зоні зі зменшенням периваскулярного (на 56,4%) та перицелюлярного (на 58,8%) набряку, у віддалених ділянках – на 76,0% та 65,1%, відповідно. Перфторан обумовлює зниження рівня набряку стінки мікросудин (в перифокальній зоні – на 69,7% та 52%, у віддаленій – 64,3% та 40,7%), шляхом первинної стабілізації ендотелію перешкоджає розвиткові ДВЗ-синдрома, проявляє істотну нейропротективну дію. При сумісному використанні L-лізину есцинату та перфторану проявляється найбільший протинабряковий ефект у вигляді редукції в перифокальній зоні периваскулярного (на 70,1%) та перицелюллярного (на 55%) набряку, у віддаленій – на 77,3% та 67,1%, відповідно, зі збереженням первинної стабілізації ендотелію та нейропротективного ефекта терапії. 3. ТЧМТ шляхом ураження ендотелію у хворих викликає значну активацію згортаючої системи крові, гіперфібриногенемію (до 200%), підвищення вмісту маркерів внутрішньосудинного згортання крові (на 250%), масивним пригнобленням системи фібринолізу (до 50%) та явищами тромбоцитопатії, що супроводжується прогресуванням внутрішньочерепної гіпертензії (до 130%) зі зниженням мозкової перфузії (до 70%). 4. L-лізину есцинат та сорбілакт в комплексі ІТ ТЧМТ вже з 4 доби надають помітну протинабрякову дію зі зменшенням внутрішньочерепної гіпертензії (до 119%) та оптимізацією мозкового кровотоку, але недостатньо попереджаються прокоагуляційні зрушення в системі гемостазу. Спостерігається стабілізація судинної проникності та запобігання вторинного ураження судинного ендотелію, виявляється тенденція до зниження активності гіперкоагуляційних процесів та запобігання тривалого розвитку збурення коагуляції. 5. Перфторан в гострому періоді ТЧМТ суттєво позитивно впливає на систему згортання крові, що характеризується перешкоджанням вже з 1 доби активації внутрішнього механізму згортання крові, значним зменшенням проявів внутрішньосудинного згортання крові (до 115%), нормалізацією системи фібринолізу (до 85%) за рахунок первинної стабілізації функції ендотеліальної системи. Це проявляється відсутністю глибоких мікроциркуляторних розладів при стабілізації системи гемостазу, обмеженням цитолітичного синдрому, зменшенням проявів набряку головного мозку (до 113%) з покращенням мозкового кровообігу. 6. Перфторан сумісно з L-лізином есцинатом та сорбілактом надає найбільший позитивний вплив на запобігання змін коагуляційної функції у хворих в гострому періоді тяжкої черепно-мозкової травми. Забезпечення нормалізації коагуляційного потенціалу при використанні сумісної терапії проявляється шляхом стабілізуючого впливу на ендотелій судин. Це дозволяє додатково значно обмежити активізацію протеолізу, не тільки зменшити прояви набряку головного мозку, а й попередити його розвиток з першої доби (до 108%). 7. Використання традиційної ІТ у хворих в гострому періоді ТЧМТ веде до високої летальності (46,6%), тривалого коматозного стану (до 7 діб) та недостатніх неврологічних результатів лікування. Введення в алгоритм лікування модифікованої протинабрякової терапії дозволяє зменшити середню тривалість коматозного стану на 1 добу, знизити загальну летальність на 13,3%, але неврологічний результат лікування лишається недостатнім. Перфторан у комплексі ІТ ТЧМТ прискорює відновлення свідомого стану на 4 доби, дозволяє отримати добре відновлення неврологічних функцій, знижує летальність до 26,6%.   8. Оптимальним методом ІТ хворих в гострому періоді ТЧМТ є комплексне застосування перфторану та модифікованої протинабрякової терапії, яке обумовлює найбільш швидке відновлення свідомості, зниження тривалості коматозного стану на 5 діб з подальшим більш повним відновленням неврологічних функцій та зниження летальності до 13,3%. | |