**Павленко Андрій Юрійович. Оптимізація респіраторних функцій у постраждалих з торакальною травмою методом подовженої потенційованої субплевральної блокади : Дис... канд. наук: 14.01.30 – 2008**

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

|  |
| --- |
| **Павленко А. Ю. Оптимізація респіраторних функцій у постраждалих з торакальною травмою методом подовженої потенційованої субплевральної блокади – Рукопис.**Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.30 – анестезіологія та інтенсивна терапія. – Дніпропетровська державна медична академія, Дніпропетровськ, 2008.У дисертації наведені результати обстеження 97 постраждалих з гострою дихальною недостатністю, зумовленою ізольованою та поєднаною закритою торакальною травмою. На підставі отриманих даних встановлені основні чинники гострої дихальної недостатності, серед яких на першому місці стоять больовий синдром та первинне ураження легень внаслідок забою. Виявлено, що при закритій торакальній травмі регіональна аналгезія на відміну від загальної має найбільший антиноцицептивний потенціал та стабілізуючий вплив на оксигенаційну функцію легень. Проте, розглянуті регіональні методи знеболення не запобігають розвитку та поширенню деструктивних змін в легеневій паренхімі, зумовлених контузією.З метою усунення больового синдрому та стимуляції саногенно-репаративних процесів в легенях було розроблено метод подовженої потенційованої субплевральної блокади, який об’єднав властивості регіонального знеболення та фізіотерапевтичного впливу постійного струму. Подовжена потенційована субплевральна блокада на відміну від інтра- та субплеврального знеболення запобігає розвитку альтеративних процесів в зоні забою. Результуючою дією подовженої потенційованої субплевральної блокади виявилось зниження в 2 рази частоти інфекційних ускладнень з боку респіраторної системи та підвищення виживаємості постраждалих із ЗТТ, ускладненою забоєм легень. |

 |
|

|  |
| --- |
| У дисертації наведено узагальнення і нове вирішення актуальної наукової задачі – лікування ГДН у постраждалих із закритою торакальною травмою, ускладненою забоєм легень.1. Закрита травма грудної клітки у вигляді множинних переломів ребер та забою легень є найбільш розповсюдженим видом торакальних ушкоджень, що в більшості випадків супроводжуються розвитком гострої дихальної недостатності різного ступеня тяжкості. Згідно отриманим даним, у 11,3% випадків на першу добу після травми спостерігається ГДН в стадії компенсації, в 45,4% - ГДН в стадії зростаючого напруження компенсації, в 30,9% - ГДН в стадії максимального напруження компенсації та в 12,4% - некомпенсована ГДН. Основними чинниками дихальних розладів при ЗТТ слід вважати: больовий синдром, первинне ураження легень внаслідок забою, внутрішньоплевральні травматичні об’єми та нестабільність каркасу грудної клітки.
2. Прогресування ГДН у постраждалих із ЗТТ спостерігається протягом перших 3-5 діб після травми внаслідок зниження вентиляційно-перфузійних співвідношень та зростання внутрішньолегеневого шунту, особливо це стосується постраждалих з контузійним синдромом, який виявлявся у 62,9% випадків. У даного контингенту хворих, починаючи з першої доби, виникає зростання А-аDO2 в 1,5 рази та ІЛШ – в 2,3 рази вище від норми на тлі значного зниження ЖЕЛ, яка в середньому становила 34,5% від належної.
3. Знеболення за допомогою парентерального введення НПЗП та/або наркотичних анальгетиків на відміну від розглянутих регіональних методик має найменші антиноцицептивний потенціал та стабілізуючий вплив на оксигенаційну функцію легень у постраждалих із ЗТТ. На тлі регіонального знеболення у постраждалих без забою легень на п’яту добу посттравматичного періоду спостерігається зростання РаО2в середньому на 15,1% завдяки зниженню А-аDO2в 1,7 рази та ІЛШ – в 1,4 рази порівняно з пацієнтами, яким застосовували загальне знеболення. У постраждалих з пульмональною контузією регіональна блокада є більш ефективною і достовірно призводить до зростання РаО2на 18,1% за рахунок зниження А-аDO2та ІЛШ в 1,8 рази. Проте, розглянуті регіональні методи антиноцицептивного захисту усуваючи патофізіологічні прояви больового синдрому, не запобігають розвитку та поширенню деструктивних змін в легенях, особливо зумовлених контузією. Інфільтраційні зміни в легенях внаслідок забою з однаковою частотою виявлялися у всіх постраждалих в гострому періоді травми в незалежності від виду знеболення. Розвитком посттравматичної пневмонії ускладнився перебіг ЗТТ в середньому в 62,7% випадків.
4. Розроблений метод подовженої потенційованої субплевральної блокади вдало об’єднав властивості регіонального знеболення та фізіотерапевтичного впливу постійного струму. Показання до застосування даного методу: виражений больовий синдром та ГДН на фоні множинних переломів ребер, ускладнених забоєм легень. Протипоказання: ГДН зумовлена недренованим інтраплевральним об’ємом, гіпокоагуляція та легенева кровотеча, тяжкі порушення ритму серця, інфекція шкіри у місці пункції.
5. Запропонований метод подовженої потенційованої субплевральної блокади на тлі вираженої анальгезуючої дії значно оптимізує функціональні показники зовнішнього дихання та запобігає розвитку альтеративних процесів в зоні забою легень. Знеболюючий ефект даного методу в 1,5-1,8 рази більший в порівнянні з розглянутими методами регіонального знеболення. Зростання РаО2і зниження А-аDO2та ІЛШ до фізіологічно допустимих меж у більшості пацієнтів з ППСБ спостерігається протягом перших трьох діб з моменту травми. На тлі ППСБ негомогенне зниження прозорості легеневої тканини внаслідок інфільтрації на 5-ту добу після травми та розвиток посттравматичної пневмонії виявлялися в 2 рази рідше, ніж у пацієнтів з ПІБ та ПСБ. Постравматичною пневмонією ускладнився перебіг ЗТТ у 30,0% пацієнтів з ППСБ, тобто майже в 2 рази менше, ніж у хворих, яким застосовували вищезгадані рагіональні методи знеболення. Все це сприяє покращенню ефективності лікування та зниженню летальності у постраждалих із ЗТТ ускладненою забоєм легень.
 |

 |