**Сиворіг Людмила Олексіївна. Оцінка ступеня тяжкості шоку і адекватності інтенсивної терапії при опіковій травмі: дисертація канд. мед. наук: 14.01.30 / Дніпропетровська держ. медична академія. - Д., 2003.**

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

|  |
| --- |
| Сиворіг Л.О. Оцінка ступеня тяжкості шоку та адекватності інтенсивної терапії при опіковій травмі. – Рукопис.Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.30 - анестезіологія та інтенсивна терапія. - Дніпропетровська державна медична академія, Дніпропетровськ, 2003 р.В Одеському опіковому центрі було обстежено 125 хворих основної групи та 92 хворих контрольної групи з І, ІІ та ІІІ ступенем тяжкості шоку. Розподіл хворих в обстежаних групах проводився за статтю, віком та ступенем шоку.Поряд з лабораторними методами і клініко-функціональними, такими як вимір артеріального тиску, центрального венозного тиску, частоти пульса, добового діурезу, артеріальної сатурації кисню для оцінки стану гемодинаміки і вегетативної регуляції, добре зарекомендували себе методики дослідження показників варіабельності серцевого ритму і багатофункціональна інформаційно-диагностична система «Аларм – Хірурга».Комплексна характеристика клініко-функціональних, лабораторних показників, типу гемодинаміки і стану вегетатавної регуляції сердцевої діяльності дозволяє ефективно контролювати оптимальну інтенсивну терапію хворих з опіковим шоком.Сиворіг Л.О. Оцінка ступеня тяжкості шоку та адекватності інтенсивної терапії при опіковій травмі. – Рукопис.Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.30 - анестезіологія та інтенсивна терапія. - Дніпропетровська державна медична академія, Дніпропетровськ, 2003 р.В Одеському опіковому центрі було обстежено 125 хворих основної групи та 92 хворих контрольної групи з І, ІІ та ІІІ ступенем тяжкості шоку. Розподіл хворих в обстежаних групах проводився за статтю, віком та ступенем шоку.Поряд з лабораторними методами і клініко-функціональними, такими як вимір артеріального тиску, центрального венозного тиску, частоти пульса, добового діурезу, артеріальної сатурації кисню для оцінки стану гемодинаміки і вегетативної регуляції, добре зарекомендували себе методики дослідження показників варіабельності серцевого ритму і багатофункціональна інформаційно-диагностична система «Аларм – Хірурга».Комплексна характеристика клініко-функціональних, лабораторних показників, типу гемодинаміки і стану вегетатавної регуляції сердцевої діяльності дозволяє ефективно контролювати оптимальну інтенсивну терапію хворих з опіковим шоком. |

 |
|

|  |
| --- |
| 1. Зміни клініко-функціональних та біохімічних показників у динаміці опікового шоку не завжди дозволяють об`єктивно оцінити тяжкість стану хворих, прогноз захворювання та ефективність наданої інтенсивної терапії. Найбільш інформативними є показники гематокриту, АСТ, ШОЕ, ЦВТ, ЧСС чи їх зміни в перебігу лікування.2. Гемодинамічні показники з усіх клінічних загальноприйнятих, а саме - СІ, УО, УІ, УЕЛШ - є найбільш інформативними і дозволяють оцінити стан серцево-судинної системи, тип гемодинаміки (гіпер- та гіподинамічний) залежно від ступеня тяжкості ураження.3. Показники варіабельності серцевого ритму мають високу інформативність щодо визначення ступеня тяжкості ураження при опіковій травмі, прогнозування перебігу захворювання. Найбільш інформативними є середньоквадратичне відхилення тривалості інтервалів R-R (s, мс), потужність варіабельності спектра у високочастотному діапазоні (HFa), потужність варіабельності спектра у наднизькочастотному (VLF) і співвідношення активності симпатичного і парасимпатичного відділів вегетативної нервової системи (LF/HF).4. Для оцінки адекватності інтенсивної терапії найбільш інформативними - електро-фізіологічними маркерами - є s, LFa, VLF, HFa і LF/HF. Низькі показники s, зниження LFa і VLF (особливо в перебігу лікування - на 3-ю добу опікового шоку) свідчать про несприятливий перебіг захворювання.1. Комплексна оцінка клініко-функціональних показників, гемодинаміки і стану вегетативної регуляції серцевої діяльності дозволяє намітити оптимальну інтенсивну терапію хворих: при нормальному артеріальному систолічному тиску і помірній тахікардії з гіпердинамічним типом кровообігу, на фоні зменшення s в 2-3 рази, a LFa - в 7-8 разів, VLF- в 6-7 разів, Hfa - в 25-30 разів і підвищення в 2-3 рази LF/HF призначають b-адреноблокатори (вискен по 0,4-0,5 мг/кг або корданум по 2 мг/кг на добу); при нормотонії або помірній гіпотензії і тахікардії з гіподинамічним типом кровообігу, при вищеперелічених, але більш значних змінах показників варіабельності серцевого ритму, призначають добутамін (5–15 мкг/кг /хв); при вираженій гіпотензії, гіподинамічному типу кровообігу, при зменшенні s в 4-5 разів, LFa в 10-11 разів, VLF в 9-10 разів, HFa в 70-80 разів, підвищенні в 4-5 разів LF/HF хворим призначають допамін (8-10 мкг/кг /хв).

1. Зміни клініко-функціональних та біохімічних показників у динаміці опікового шоку не завжди дозволяють об`єктивно оцінити тяжкість стану хворих, прогноз захворювання та ефективність наданої інтенсивної терапії. Найбільш інформативними є показники гематокриту, АСТ, ШОЕ, ЦВТ, ЧСС чи їх зміни в перебігу лікування.2. Гемодинамічні показники з усіх клінічних загальноприйнятих, а саме - СІ, УО, УІ, УЕЛШ - є найбільш інформативними і дозволяють оцінити стан серцево-судинної системи, тип гемодинаміки (гіпер- та гіподинамічний) залежно від ступеня тяжкості ураження.3. Показники варіабельності серцевого ритму мають високу інформативність щодо визначення ступеня тяжкості ураження при опіковій травмі, прогнозування перебігу захворювання. Найбільш інформативними є середньоквадратичне відхилення тривалості інтервалів R-R (s, мс), потужність варіабельності спектра у високочастотному діапазоні (HFa), потужність варіабельності спектра у наднизькочастотному (VLF) і співвідношення активності симпатичного і парасимпатичного відділів вегетативної нервової системи (LF/HF).4. Для оцінки адекватності інтенсивної терапії найбільш інформативними - електро-фізіологічними маркерами - є s, LFa, VLF, HFa і LF/HF. Низькі показники s, зниження LFa і VLF (особливо в перебігу лікування - на 3-ю добу опікового шоку) свідчать про несприятливий перебіг захворювання.1. Комплексна оцінка клініко-функціональних показників, гемодинаміки і стану вегетативної регуляції серцевої діяльності дозволяє намітити оптимальну інтенсивну терапію хворих: при нормальному артеріальному систолічному тиску і помірній тахікардії з гіпердинамічним типом кровообігу, на фоні зменшення s в 2-3 рази, a LFa - в 7-8 разів, VLF- в 6-7 разів, Hfa - в 25-30 разів і підвищення в 2-3 рази LF/HF призначають b-адреноблокатори (вискен по 0,4-0,5 мг/кг або корданум по 2 мг/кг на добу); при нормотонії або помірній гіпотензії і тахікардії з гіподинамічним типом кровообігу, при вищеперелічених, але більш значних змінах показників варіабельності серцевого ритму, призначають добутамін (5–15 мкг/кг /хв); при вираженій гіпотензії, гіподинамічному типу кровообігу, при зменшенні s в 4-5 разів, LFa в 10-11 разів, VLF в 9-10 разів, HFa в 70-80 разів, підвищенні в 4-5 разів LF/HF хворим призначають допамін (8-10 мкг/кг /хв).
 |

 |