**Заяц Юрій Вікторович. Тяжкообпечені в період опікового шоку, при проведенні в комплексі інтенсивного лікування еритроцитаферезу та плазмаферезу. : Дис... канд. наук: 14.01.30 – 2005**

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | Заяц Ю.В. Роль активних методів в інтенсивному лікуванні тяжкообпечених. –Рукопис.  Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.30 – анестезіологія та інтенсивна терапія. – Дніпропетровська державна медична академія. Дніпропетровськ, 2005.  Дисертацію присвячено питанням обґрунтування та впровадження варіанту інтенсивного лікування постраждалих на опіковий шок.  Відкрите рандомізированя дослідження 271 тяжкообпечених в період опікового шоку, характер стану яких оцінювали за шкалою SAPS, а тяжкість опіку – індекс Франка та МІТУ. 79 потерпілим в період опікового шоку в комплексі інтенсивного лікування використовували активні методи – еритроцитаферез (92) та плазмаферез – 95, „заготування” аутоеритромаси та аутоплазми – 37. Стан кровообігу оцінювали за показниками, що відбивали систолічну та діастолічну функцію серця (ACUSON ASPEN USA),кисневого стану, оцінювали стан еритрону, метаболізму, імунітету, включаючи TNFa та IL-2 p+.  Встановлено, що при опіковому шоку розвивається критичний стан з поліорганними порушеннями в формуванні яких має значення порушення макро- і мікроциркуляції, дисфункція еритрону, неспроможність першої ланки імунного реагування, що не попереджує розвиток системного запалювання, а також ендогенна інтоксикація. Це підтверджено морфологічними змінами внутрішніх органів на аутопсиї померлих.  Доведено, що проведення в комплексі інтенсивної терапії активних методів – еритроцитаферезу, плазмаферезу та методів ресурсозбереження приводить до значного поліпшення показників метаболізму, імунітету, гемодинаміки, скорочення тривалості шоку, а також зниження загальної летальності з 21,7% до 10,3%, при цьому летальність у постраждалих, яким виконували активні методи у 3,2 рази була меншої, проти тих, яким проводилася стандартна інтенсивна терапія. | |
| |  | | --- | | 1. Комплексна оцінка змін стану вітальних функцій (SAPS) і тяжкості опікової травми (індекс Франка, ІТУ, МІТУ) дозволила вважати стан тяжкообпечених у період опікового шоку критичним, що супроводжується синдромом ендогенної інтоксикації. Це визначило доцільність у комплекс інтенсивної терапії опікового шоку включати екстракорпоральні технології екстрений еритроцитаферез і/чи плазмаферез.  2. Характер гемодинамічних змін у тяжкообпечених в період опікового шоку свідчив про порушення систолічної функції з розвитком синдрому помірної гіпердинамії з характерним зниженням у порівнянні з контролем загального периферичного опору не менш ніж 30% і центрального венозного тиску на 45% і більше, що відбивало зниження тонусу вен, перерозподіл кровотоку і гіповолемію. Це дозволило вважати опіковий шок не тільки гіповолемічним, але і вазогенним. Порушення діастолічної функції лівого шлуночка у постраждалих на опіковий шок виявлялося наявністю аномальної релаксації у 34% постраждалих I групи і у 11% – II групи; псевдонормальний тип діастолічної функції спостерігали у 74% постраждалих лише II групи.  3. Порушення функції еритрону у тяжкообпечених у період опікового шоку супроводжувалося еритроцитозом, підвищенням не менш ніж на 25% вмісту гемоглобіну, зниженням не менш ніж на 30% і більш сорбційної здатності еритроцитів і проникності еритроцитарних мембран, збільшенням внутрішньосудинного гемолізу більш ніж у три рази в порівнянні з контролем.  4. Зниження вмісту рівня прозапального цитокіну TNFa у порівнянні з контролем на 6% в I і 20% в ІІ групі і зниження вмісту на 30% і більш імунорегуляторного цитокіну ІL-2 р+ у сполученні з низьким показником температури тіла відбивало неспроможність першої саногенетичної фази імунного регулювання, що не забезпечувало локалізацію запального процесу, не попереджувало системну запальну реакцію на опіковий шок.  5. Розроблено і патогенетичне обґрунтовано диференційне застосування в комплексі інтенсивної терапії опікового шоку еритроцитаферезу при показниках гемоглобіну 145 г/л, гематокриту >45%, еритроцитів >4,6 Т/л та плазмаферезу при наявності енцефалопатії, гепатопатії, алкогольного сп’яніння, інгаляційного отруєння чадним газом у сукупності з гемолізом понад 0,225 г/л, СМ понад 0,29 у.о., ЛІІ понад 2,6, ЯІ Даштаянца більше 0,2, зменшення кліренсу сечовини менш 270 ммоль/доб і кліренсу креатиніну менш 86 ммоль/доб.  Застосування еферентних технологій у тяжкообпечених при опіковому шоку сприяло скороченню його тривалості в середньому на 16 годин, зниженню загальної летальності в період шоку, в тому числі у потерпілих Іа підгрупи склала – 5,4%; Іб – 17,6%, в ІIа підгрупі – 11,9%, ІIб – 23,5%. | |