**Корогод Сергій Миколайович. Статускорекція важких форм дифтерії : Дис... канд. мед. наук: 14.01.30 / Запорізький держ. ін-т удосконалення лікарів. — Запоріжжя, 2003. — 145арк. : рис. — Бібліогр.: арк. 128-145.**

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

|  |
| --- |
| Корогод С.М. Статускорекція важких форм дифтерії. - Рукопис.Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наукза спеціальністю 14.01.30 - анестезіологія та інтенсивна терапія. - Дніпропетровська державна медична академія, Дніпропетровськ, 2003.Дисертацію присвячено питанням обґрунтування та впровадженнядо практики методів статусткорекції тяжких форм дифтерії з метою відновлення біологічної цілісності організму хворих.Дослідження проведено у 113 хворих з тяжкими формами дифтерії.Проведено вивчення закономірностей змін гемодинаміки та транскапілярного обміну, кисневого режиму та метаболізму, біологічної цілісності організму, а також послідовність розвитку реакцій загального адаптаційного синдрому у хворих з застосуванням різних методів статускорекції.Доведена і обґрунтована перевага застосування аферентної антитоксич-ної терапії з доповненням її плазмаферезом, у хворих тяжкими формами дифтерії. |

 |
|

|  |
| --- |
| 1. Клінічний статус хворих на дифтерію доцільно визначати за допомо-гою статусметрії, яка дозволяє встановити її тяжкість згідно характеру змін складових і самої біологічної цілісності організму. Високий рівень токсикозу, який відображували відповідні значення лейкоцитарного індексу інтоксикації - 5,2+0,26 ум.од., індексу зрушень лейкоцитів крові - 4,2+0,21 ум.од., індексу лімфоцитарного - 0,2+0,01 ум.од., обумовлює тяжкий перебіг дифтерії, що характеризується, згідно значення клінічного індексу тяжкості статусу 30%, загрозонебезпечною дисфункцією біологічної цілісності організму. Вона виникає внаслідок зниження ударного об’єму не менш, як на 50% від базального рівня, вентиляційного компоненту кисневого режиму - на 14%.2. Гіподинамія серцево-судинної системи, що близька до шокового рівня (СІ - 2+0,1 л/(хв.м2)*p<0,05*), при використанні аферентної антитоксичної терапії попереджає перехід дисфункції біологічної цілісності організму в її недостатність, внаслідок подовження квантового біоциклу до базального значення.3. Застосування гемосорбції в комплексі аферентної антитоксичної тера-пії тяжкої дифтерії супроводжується підвищенням загального периферичного опору судин до 2162+108,1 дін сек/см.-5*(p<0,05)* і зниженням серцевого індексу до 2+0,1 л/(хв.м2) *(р<0,05)*, зменшенням ефективності вентиляційного компоненту кисневого режиму, що характерно для блокади мікроциркуляції. Зазначені зрушення зберігаються не менше 5 діб і нівелюються при зменшенні постнавантаження на міокард. Порушення вентиляційного і транспортного компонентів ліквідувалися до 10 доби інтенсивної терапії, але напруженість функціювання обмінного компонента зберігалася весь період дослідження. Біологічна цілісність організму після використання гемосорбції прогресивно погіршувалась з рівня критичної дисфункції - КІТС складав 21% і надалі зростав до 47%, що відображало загрозонебезпечну дисфункцію, яка зберігалася до 14 доби інтенсивної терапії.4. Використання методики cтатускорекції при комбінованих формах дифтерії дозволяло не тільки поліпшити клінічний статус та виключити можливість розвитку шокового рівня серцевого індексу нижче2,2+0,1 л/(хв.м2), але і компенсувати знижену продуктивність серцево-судинної системи підвищенням інтенсивності транскапілярного обміну до 138+6,8 мл/л *(p<0,05)*. Досягнення дренуючого мікроциркуляцію ефекту забезпечує швидке відновлення змін вентиляційного компоненту кисневого режиму і стабілізує транспортний і обмінний компоненти його на рівні, який перевищує критичний. Проведення статускорекції у хворих цієї групи дозволяло стабілізувати загрозонебезпечність порушень біологічної цілісності організму на рівні 40 - 44%, що мало місце вже через 54 години лікування і зберігалося до кінця дослідження, захищаючи хворих з тяжкою формою дифтерії від вторинних ушкоджень.5. Згідно лейкограми при аферентній антитоксичній терапії адаптивна спроможність хворих на дифтерію визначається з 5 доби і набуває активації після тритижневого терміну лікування, а доповнення її гемосорбцією визначає повноцінну адаптивну спроможність з 18 доби лікування і не набуває активації. Використання статускорекції стабілізує адаптивну спроможність вже з 4 доби, що і обумовлює позитивний результат лікування.6. Статускорекція поліпшує клінічний статус хворих дифтерією через відновлення біологічної цілісності організму за рахунок цілеспрямованого та випереджаючого забезпечення потреб пацієнтів у кисні і енергосубстратах (летальність у групі складала 10,3%), на відміну від аферентної антитоксичної терапії, доповненої гемосорбцією (летальність у групі - 25%). |

 |