**Алексюк Світлана Олександрівна. Інтенсивна терапія гепатоспланхнічної ішемії та її наслідків у потерпілих з політравмою : дис... канд. мед. наук: 14.01.30 / Дніпропетровська держ. медична академія. - Д., 2006**

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

|  |
| --- |
| Алексюк С.О. Інтенсивна терапія гепатоспланхнічної ішемії та її наслідків у потерпілих з політравмою. - 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 оцінці та вибору оптимального варіанта інтенсивної терапії гепатоспланхнічної ішемії та її наслідків у потерпілих з політравмою.Дослідження проведені у 85 потерпілих з політравмою для оцінки ефективності емпіричної реоксігенації загальної дії у 55 потерпілих (І група) і з внутрішньопросвітковим ентеральним застосуванням перфторану у 30 потерпілих (ІІ група).Тяжкість травми була класифікована по шкалам ІSS, TS, GCS, APACHE ІІ, MODS. Вивчали показники KЛC, CaО2, CvО2, DO2, VO2, КЕК, СрАТ, УОС, ХОС, СІ, ЗПСО; гепатоспланхнічний регіон оцінювали клінічно, ФГДС-візуалізацією, по патологістологічним і гістохімічним процесам у слизової шлунку, рН інтрамукозній.Сполучення емпіричної реоксигенації загальної дії, раннього ентерального харчування, Н2-блокаторів з локальною внутрішньопросвітковою реоксигенацією перфтораном сприяло в більш короткий строк нівелювати клінічні прояви гастроінтестінальної недостатності; наближенню рН інтрамукозної до фізіологічних значень; зниженню летальності по проміжним крапкам на 14,64%, по кінцевим крапкам на 7,02% у порівнянні з І-ю групою. |

 |
|

|  |
| --- |
| Кількісно-динамічний аналіз функціонального стану центральної нервової системи, гемодинаміки, спланхнічної системи, печінки, нирок, кисневого статусу крові, виявлення ланок ушкодження, спрямованості адаптаційних реакцій, аналіз фактичної летальності по проміжним і кінцевим крапкам дозволяє вважати, що раціональне об'єднання емпіричної реоксигенації загальної дії зі спланхнічною реоксигенацією локальної дії (група II) є оптимальним варіантом інтенсивної терапії гепатоспланхнічної ішемії у потерпілих з політравмою.1. По середнім величинам основні демографічні показники, фактори ризику, показники тяжкості потерпілих I-ї групи (використання гепатоспланхнічної реоксигенації загальної дії) і II-ї групи(локальна гепатоспланхнічна реоксигенація перфтораном) дослідження початково не відрізнялися і подальший перебіг травматичної хвороби залежав від виду використаних методів інтенсивної терапії гастроінтестінальної ішемії.
2. Розподіл потерпілих в залежності від наслідку захворювання виявило, що при надходженні в стаціонар у постраждалих з наступним летальним кінцем:
	* значення шкал ISS, APACHE II, MODS вище на 11,77%; 20,78%; 74,52%; шкал TS і GCS нижче на 15,42% і 23,78%;
	* вище крововтрата на 27,65%, дефіцит ОЦК на 33,42%, гіпотонія на 5,83, тахікардія на 3,93%, УОС на 11,06%, СІ на 18,61%;
	* більш низькі значення СаО2 на 40,52%, CvО2 на 50,97%, VO2 на 28,98% у порівнянні з потерпілими, що вижили;
	* гастроінтестінальна недостатність клінічно відповідала II-III стадіям, по вияву гістологічних змін у слизовій оболонці антрального відділу шлунка – III-IV рівням.
3. При проведенні гепатоспланхнічної оксигенації загальної дії (група I) визначальними показниками в саногенезі чи танатогенезі потерпілих з'явилися критерії, що характеризують порушення газообміну в легенях внаслідок ГРДС: paО2/FiО2 і QS/QT. У потерпілих, що вижили, усунення артеріальної гіпоксемії, поліпшення індексу оксигенації, зниження внутрішньолегеневого шунтування крові супроводжувалося переходом гемодинаміки в режим нормодинамії, нормометаболічний рівень обміну речовин. У потерпілих, що померли, порушення газообміну в легенях paО2/FiО2< 300 мм рт.ст., QS/QT> 30% зберігалися до кінця дослідження.
4. При включенні в стандартний комплекс інтенсивної терапії методів реоксигенації загальної і локальної дії (група II) установлено, що у потерпілих, що вижили, з 1-ї доби інтенсивної терапії відновилися оксигенація артеріальної крові, фізіологічне шунтування в легенях, нормодинамічний тип кровообігу, нормометаболічний обмін речовин. У потерпілих, що померли, формувалися гіподинамічний тип кровообігу, гіповолемічний шок, рефрактерний до вазопресорної терапії з 3-ї доби дослідження.
5. При проведенні гепатоспланхнічної реоксигенації загальної дії у потерпілих, що вижили, рН інтрамукозний прийняв нормальне значення на 5-у добу та утримувався на цьому рівні до 7-ї доби; ступінь клінічних проявів гастроінтестинальної недостатності до 7-ї доби дослідження в 84,62% випадків прийшов від недостатності до дисфункції.
6. При проведенні гепатоспланхнічної реоксигенації загальної дії у потерпілих, що померли, рН інтрамукозний залишався нижче норми на всіх етапах дослідження; ступінь клінічних проявів гастроінтестинальної недостатності прийшов до неспроможності.
7. При включенні в стандартний комплекс інтенсивної терапії методів реоксигенації загальної та локальної дії перфтораном (група II) у потерпілих, що вижили, уже на 3-у добу дослідження нівелювалися клінічні прояви гастроінтестинальної недостатності, рН інтрамукозний максимально наблизився до фізіологічних значень і склав 99,59% норми.
8. При включенні в стандартний комплекс інтенсивної терапії методів реоксигенації загальної і локальної дії перфтораном (група II) у потерпілих, що померли, рН інтрамукозний на 3-у добу складав 7,33±0,08 од, що нижче фізіологічного значення усього на 0,27%, на 5-у і 7-у добу відповідав нормі; при цьому функція шлунково-кишкового тракту не відновилася цілком і до 7-ї доби дослідження.
9. Динаміка клінічних проявів гастроінтестинальної недостатності і рН інтрамукозного на етапах травматичної хвороби знайшла своє підтвердження в даних гістологічного і гістохімічного дослідження слизової оболонки антрального відділу шлунка: при проведенні гепатоспланхнічної реоксигенації загальної дії відзначався різний ступінь виразності гемодинамічних розладів, осередкового парезу судин, звуження просвіту капілярів, десквамації епітелію, утворення ерозій, зменшення слизеутворення; при застосуванні локальної гепатоспланхнічної оксигенації перфтораном зафіксоване поліпшення трофіки слизової, підвищення кількості слизу в поверхневому епітелії і на його поверхні, що свідчить про прискорення репаративної регенерації ентероцитів і розвиток захисних механізмів до агресивного впливу соляної кислоти шлункового соку.
10. У потерпілих з політравмою поза залежності від варіанта інтенсивної терапії гепатоспланхнічної ішемії вміст в крові АЛТ і АСТ на всіх етапах дослідження перевищував межу фізіологічних коливань. Рівень сечовини у постраждалих II-ї групи , що вижили, на 5-у і 7-у добу, креатиніну на 1-у, 3-ю і 5-у добу були вище норми; у потерпілих I-ї групи, що померли, значення креатиніну перевищує фізіологічні величини на всіх етапах дослідження.
11. Фактична летальність у потерпілих з політравмою при проведенні гепатоспланхнічної реоксигенації загальної дії (I група) по проміжним крапкам склала 34,64%; до 28 доби клінічного спостереження 46,94%; по кінцевим крапкам – 51,02%.
12. Фактична летальність у потерпілих з політравмою при проведенні гепатоспланхнічної реоксигенації локальної дії перфтораном (II група) по проміжним крапкам склала 20%, що на 14,64% нижче, ніж у I-й групі; до 32 доби клінічного спостереження – 44%, тобто фактична летальність по кінцевим крапкам у II-й групі на 7,02% нижче, ніж у I-й групі.
 |

 |