**Корсунов Володимир Анатолійович. Оптимізація тактики стартової інфузійної терапії у дітей в критичних станах, зумовлених інфекційною агресією: дисертація канд. мед. наук: 14.01.30 / Київська медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика. - К., 2003. - На обкл.: ... П.Л.Шупіка.**

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

|  |
| --- |
| **Корсунов В.А. Оптимізація тактики стартової інфузійної терапії у дітей в критичних станах, зумовлених інфекційною агресією. – Рукопис.**Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за фахом 14.01.30 – анестезіологія та інтенсивна терапія. – Київська медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, Київ, 2003.Використання в якості стартового розчину для ресусцитації у дітей з септичним шоком та тяжким сепсисом гіпертонічно-гіперонкотичних розчинів, а саме комбінації 10% NaCl з 6% розчином гідроксиетилкрохмалю у співвідношеннні 1:1, дозою 8 мл на кг маси тіла, на відміну від ізотонічних сольових розчинів, 6% розчину гідроксиетилкрохмалю та комбінації декстрану 40 з 10% NaCl, сприяє швидкому покращенню переднавантаження, насосної функції лівого шлуночка, зниженню післянавантаження та зростанню серцевого індексу та доставки кисню. При цьому спостерігається швидке усунення стрес-реакції (зменшення рівней кортизолу та глюкози і збільшення рівня інсуліну) в сироватці, ліквідація декомпенсованого ацидозу. Істотної та пролонгованої гіпернатрємії та гіперосмолярності при даному типі ресусцитації не виникає. Гіпертонічно-гіпронкотична ресусцитація із застосуванням 10% NaCl/6% розчину гідроксиетилкрохмалю сприяє збільшенню екскреції Na+ та осмотично активних речовин нирками, покращує клубочкову фільтрацію та усуває стан “антидіурезу”, викликаний шоком. Використання комбінації 10% NaCl з 6% розчином гідроксиетилкрохмалю сприяє більш швидкому зниженню тяжкості СПОН та зменшенню летальності у дітей хворих на тяжкі форми інфекційної патології, що ускладнилися розвитком тяжкого сепсису та септичного шоку до 11,1±5,9% у порівнянні з 50,0±9,5% при використанні ізотонічних сольових розчинів, 41,2±9,3% при використанні 6% розчину гідроксиетилкрохмалю 200 та 36,8±9,1% при використанні реополіглюкіну/10% розчину NaCl. |

 |
|

|  |
| --- |
| У дисертації представлено нове рішення наукової задачі, що полягає в розробці і впровадженні в практику диференційованого підходу щодо діагностики гемодинамічних розладів у дітей з септичним шоком та тяжким сепсисом, шляхом використання ехокардіоскопії; та застосування нового методу стартової інфузійної терапії, що полягає у швидкій внутрішньовенній інфузії 10% розчину NaCl у сполученні з 6% рзчином гідроксиетилкрохмалю 200/0,5, яка сприяє швидкому відновленню гемодинаміки та зниженню летальності.1. У дітей хворих на ТС та СШ гемодинамічні розлади торкаються всіх ланок гемодинаміки та характеризуються сполученням волемічних порушень, порушень судинного тонусу та насосної функції міокарда. При цьому у дітей раннього віку частіше розвивається декомпенсована гіповолемія та вазодилятація. У дітей старшого віку переважають розлади насосної функції лівого шлуночка, що характеризуються зменшенням ФВ лівого шлуночка та дилятацієй його порожнини. Декомпенсація лівого шлуночка супроводжується зменшенням СІ та збільшенням ІЗПСО. Застосування ехокардіоскопічного моніторингу центральної гемодинаміки сприяє диференційованому підходу до діагностики гемодинамічних розладів, надає змогу відокремити найбільш значущі розлади та оцінити ефективність лікувальних заходів.
2. Гіпертонічно-гіперонкотичні розчини, навідміну від ізотонічних сольових розчинів та гідроксиетилкрохмалю 200, сприяють більш швидкому відновленню гемодинамічних показників у хворих на ТС та СШ; їх ефект настає миттєво, одразу після заверешення інфузії і зберігається впродовж години. Стартова інфузійна терапія ізотнічними сольовими розчинами у хворих на СШ майже неефективна. Використання 6% HAES 200 для стартової ресусцитації більш швидко усвуває гіповолемію, але не призводе до корекції скорочувальної здатності міокарда, вірогідного збільшення DO2, супроводжується розвитком патологічної вазодилятації.
3. У подальшому спостереженні на протязі 4 діб гіпертонічно-гіперонкотичні розчини забезпечують стійку стабілізацію гемодинаміки, відсутність вазодилятації, покращення скорочувальної здатності міокарда (в групі HS/HAES), та вірогідно швидше зменшення інотропної підтримки.
4. Констатовано певний антистресорний вплив стартової ресусцитації з використанням комбінації HS/HAES, який полягає у швидкій нормалізації сироваткових концентрацій кортизолу, інсуліну та глюкози. Інши застосовані для стартової ресусцитації розчини не продемонстрували суттєвих антистресорних можливостей. Спроможності будь-яких типів стартової ресусцитації суттєво покращити взаємодію між стрес-гормонами та гемодинамікою на протязі 2-х діб від початку інтенсивної терапії не виявлено.
5. Використання гіпертонічно-гіперонкотичної ресусцитації комбінацією 6% HAES 200/10% розчином NaCl дозволяє вірогідно зменшити тяжкість СПОН, у більш ранні строки зменшити інтенсивність інотропної підтримки гемодинаміки, що є доцільним з огляду на побічний вплив дофаміна на стан метаболізму у критичних хворих та вірогідно знизити летальність у дітей хворих на тяжкі форми інфекційної патології, що ускладнилися розвитком ТС та СШ до 11,1±5,9% у порівнянні з 50,0±9,5% при використанні ізотонічних сольових розчинів, 41,2±9,3% при використанні 6% розчину HAES 200 та 36,8±9,1% при використанні реополіглюкіну/10% розчину NaCl. Використання комбінації 10% розчину NaCl з реополіглюкіном меньш ефективне і не призводе до зменшення летальності, тому не може бути рекомендовано як приоритетне.
 |

 |