**Новіков Сергій Павлович. Вплив перфторану на функції легень, гемодинаміку та кисневий статус у післяопераційному періоді у хворих онкоторакального профілю : дис... канд. мед. наук: 14.01.30 / Дніпропетровська держ. медична академія. - Д., 2006.**

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

|  |
| --- |
| Новіков С.П. Вплив перфторану на функції легень, гемодинаміку та кисневий статус у післяопераційному періоді у хворих онкоторакального профілю.- 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 питанням поліпшення результатів лікування хворих онкоторакального профілю шляхом обґрунтування та впровадження нової технології інтраопераційної інфузійно-трансфузійної терапії з використанням перфторану та рефортану на підставі вивчення післяопераційних змін зовнішнього дихання, центральної гемодинаміки і кисневого статусу організму. Аналіз клінічного матеріалу, що складався зі 149 спостережень, дозволив провести диференційований вибір оптимального варіанту ІТТ у залежності від висхідного рівня респіраторних порушень. Доведено, що у онкохірургічних хворих без вентиляційних порушень перед операцією є доцільним одноразове введення рефортану в дозі 5 мл/кг під час лобектомії. Використання плазмозамінника з функцією переносу кисню перфторану в дозі 1,5 мл/кг у складі ІТТ є доцільним у онкохірургічних хворих з передопераційною ВДН І і ІІ ступенів. У хворих з висхідною ВДН ІІІ ступеня оптимальним варіантом ІТТ є інтраопераційне застосування перфторану в дозі 3 мл/кг. |

 |
|

|  |
| --- |
| 1. Вивчення післяопераційної динаміки показників систем гемодинаміки, зовнішнього дихання, кисневого статусу організму у хворих онкоторакального профилю дозволило обгрунтувати диференційований вибір варіанту корекції означених показників в залежності від передопераційного рівня респіраторних порушень і поліпшити результати лікування даного контингенту хворих за рахунок включення в інфузійно-трансфузійну інтенсивну терапію плазмозамінника з функцією переносу кисню перфторану в дозах 1,5 мл/кг і 3 мл/кг.
2. У хворих, які до операції не мали вентиляційної дихальної недостатності, післяопераційна динаміка спірографічних показників після інтраопераційного використання рефортану і перфторану в досліджуваних дозах свідчить про ефективне відновлення функції зовнішнього дихання. У хворих з респіраторними порушеннями ІТТ із застосуванням pефортану (5 мл/кг) не забезпечує відновлення функції зовнішнього дихання протягом 3 тижнів післяопераційного періоду. У хворих з ВДН І і ІІ ступеня використання перфторану в дозі 1,5 мл/кг обумовлює відновлення спірографічних параметрів до передопераційного рівня на 7 добу після проведення операції. У хворих з передопераційним рівнем ВДН ІІ ступеня після введення перфторану (3 мл/кг) відбувається істотне покращення значень ЖЄЛ, ФЖЄЛ і ОФВ1 на 21 добу післяопераційного періоду. Одноразове інтраопераційне введення перфторану (3 мл/кг) забезпечує значну редукцію вентиляційних порушень протягом 3-го тижня післяопераційного періоду у 20% хворих з передопераційним рівнем ВДН ІІ ступеня і у 36,4% хворих з передопераційним рівнем ВДН ІІІ ступеня.
3. Більшість вивчених параметрів кисневого статусу хворих з непорушеною вентиляційною функцією і з ВДН І ступеня після інтраопераційного введення перфторану в досліджуваних дозах зберігали загальну динаміку, що спостерігалася після проведення ІТТ з рефортаном, але, в цілому, мали більш наближені до контрольних величин значення, що особливо чітко було виражено на 1-3 добу післяопераційного періоду. Інтраопераційне введення перфторану в дозі 1,5 мл/кг хворим з ВДН І і ІІ ступеня супроводжувалось оптимізацією вивчених параметрів протягом післяопераційного періоду, в той час як використання рефортану не забезпечувало адекватного підтримання кисневого статусу. У хворих з ВДН ІІІ ступеня після ведення перфторану в дозі 1,5 мл/кг спостерігалися істотні зміни показників кисневого статусу протягом 1 тижня після операції, однак при цьому не відбувалося суттєвого відновлення більшості параметрів до кінця 3 тижня післяопераційного періоду. Найбільш виразний ефект препарату у хворих з ВДН ІІІ ступеня виявлявся при використанні перфторану в дозі 3 мл/кг.
4. Вплив перфторану в дозах 3 мл/кг і 1,5 мл/кг на показники центральної гемодинаміки значною мірою перевершує ефективність ІТТ з використанням рефортану (5 мл/кг) у післяопераційному періоді і залежить від висхідного ступеня порушень вентиляційної функції легень у хворих онкоторакального профілю. Відновлення нормодинамічного типу гемодинаміки, що перешкоджає розвиткові синдрому гострого ушкодження легень, досягається протягом 1 тижня післяопераційного періоду після введення перфторану в дозі 1,5 мл/кг хворим з висхідною дихальною недостатністю I і II ступенів. У хворих з незміненими передопераційними вентиляційними показниками стан гемодинамічних параметрів у післяопераційному періоді після введення рефортану (5 мл/кг) і перфторану (1,5 мл/кг) відповідає нормодинамічному типу. У більшості хворих з висхідною дихальною недостатністю III ступеня відновлення нормодинамічного типу гемодинаміки в найближчому післяопераційному періоді не забезпечується введенням рефортану в дозі 5 мл/кг і перфторану в дозі 1,5 мл/кг та досягається після використання перфторану в дозі 3 мл/кг.
5. У померлих у ранньому післяопераційному періоді після пневмонектомії з інтраопераційним введенням перфторану спостерігаються компенсаторної реакції, спрямовані на підтримку респіраторної функції. У померлих після пневмонектомії, які отримували рефортан (5 мл/кг), істотні морфологічні зміни в респіраторному відділі легень реалізуються в комплексі дистрофічних, деструктивних і, значно меншою мірою, компенсаторних реакцій у структурах аерогематичного бар'єру.
6. Оптимальним методом інтраопераційної ІТТ онкоторакальних хворих без вентиляційних порушень є одноразове застосування рефортану в дозі 5 мл/кг; у хворих з ВДН І і ІІ ступеня – використання перфторану в дозі 1,5 мл/кг; у хворих з ВДН ІІІ ступеня – введення перфторану в дозі 3 мл/ кг.
 |

 |