**Гулега Ігор Євгенович. Функціональний стан печінки і нирок у хворих з підгострою важкою крововтратою при різних варіантах інтенсивної терапії: Дис... канд. мед. наук: 14.01.30 / Дніпропетровська держ. медична академія. - Д., 2002. - 172арк. - Бібліогр.: арк. 155-172**

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | Гулега І.Є. Функціональний стан печінки і нирок у хворих з підгострою важкою крововтратою при різних варіантах інтенсивної терапії.-Рукопис.  Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.30 - анестезіологія та інтенсивна терапія. - Дніпропетровська державна медична академія, Дніпропетровськ, 2002.  Дисертація присвячена обгрунтуванню доцільності й вибору найбільш оптимального варіанту інтенсивної терапії у хворих з гастродуоденальними кровотечами.  З цією метою обстежено функціональний стан печінки і нирок, кровотік в печінці у 124 прооперованих хворих з підгострою важкою крововтратою. Обстеження хворих включало загальноклінічні, біохімічні, інструментальні, статистичні методи. Вивчено влив різних варіантів інтенсивної терапії на функціональний стан печінки і нирок. Доведено, що найбільш оптимальним є ІТТ із застосуванням перфторану як компонента замісної ІТТ через усування тривалої лабораторно встановлюваної дисфункції печінки і неолігуричної ниркової недостатності в постгеморагічному періоді. Встановлено, що включення стабізолу до складу замісної ІТТ для корекції дефіциту ОЦК при підгострій важкій крововтраті доцільне через скорочення тривалості дисфункції печінки і неолігуричної ниркової недостатності в постгеморагічному періоді. Поєднання курсу ВЛОК із стандартною замісною ІТТ нераціональне у наслідок відсутності вираженої протекторної дії ВЛОК на органи. Запропоновано рекомендації, що використовуються в клінічній практиці. | |
| |  | | --- | | 1. Підгостра важка крововтрата до зупинки кровотечі хірургічними методами формує лабораторно встановлену дисфункцію печінки й олігуричну преренальну ниркову недостатність. Порушення кровотоку в печінці на фоні гіпоксеміїї виявляється зниженням систолічного припливу, зв'язаного з гіповолемією і пресинусоїдальним капіляроспазмом, що призводить до гіпоксичного ушкодження гепатоциту і розвитку цитолітичного синдрому. Це обумовлює порушення білковосинтетичної, пігментної, вуглеводної функцій печінки і зниження синтезу прокоагулянтів. Олігурична преренальна ниркова недостатність виявляється функціональною недостатністю переважно клубочків.  2. Використання для корекції дефіциту ОЦК при підгострій важкій крововтраті стандартної замісної ІТТ із декстранами не усуває лабораторно встановленої дисфункції печінки протягом 11 діб постгеморагічного періоду і неолігуричної ниркової недостатності протягом 9 діб. Порушення кровотоку в печінці у вигляді зниження систолічного припливу і венозного відтоку, гіпоксемії пошкоджують гепатоцит, що виявляється цитолітичним синдромом, порушенням протромбінотворної і пігментної функцій печінки протягом 9 діб постгеморагічного періоду, вуглеводної – 7 діб, білковосинтетичної функції – 11 діб. Неолігурична ниркова недостатність пов'язана з порушенням функції клубочків у вигляді обмеження ультрафільтрату (зниження кліренсу креатиніну) протягом 9 діб постгеморагічного періоду і з порушенням функції канальців (збільшення екскреції і зниження реабсорбції води) протягом 7 діб.  3. Після корекції дефіциту ОЦК із застосуванням стабізолу тривалість лабораторно встановленої дисфункції печінки і неолігуричної ниркової недостатності скорочується на 2 доби. Під впливом стабізолу збільшується систолічний приплив крові до печінки без збільшення венозного застою, що сприяє усуненню цитолітичного синдрому на 3 постгеморагічну добу, відновленню білковосинтетичної і пігментної функцій печінки на 9 добу, синтезу прокоагулянтів - на 7 добу, вуглеводної функції - на 5 добу спостереження. Неолігурична ниркова недостатність характеризується переважним порушенням функції клубочків (зниження кліренсу креатиніну протягом 7 діб) і порушенням водовидільної функції канальців протягом 3 діб постгеморагічного періоду.  4. Після використання перфторану як компонента замісної ІТТ тривалість лабораторно встановленої дисфункції печінки і неолігуричної ниркової недостатності скорочуються на 4 доби. Протекторна дія перфторану на гепатоцит, обумовлена нормалізацією печінкового кровотоку й усуненням гіпоксемії, що сприяє усуненню з 3 доби постгеморагічного періоду цитолітичного синдрому і нормалізації синтезу прокоагулянтів у печінці, відновленню пігментної функції печінки з 1 доби, вуглеводної, білковосинтетичної – з 7 доби спостереження. Неолігурічна ниркова недостатність супроводжується порушенням функції клубочків протягом 5 діб і функції канальців протягом 3 діб постгеморагічного періоду.  5. Поєднання курсу ВЛОК із стандартною замісною ІТТ не впливає на тривалість у постгеморагічному періоді лабораторно встановленої дисфункції печінки і неолігуричної ниркової недостатності. Киснева недостатність гепатоциту на фоні курсу ВЛОК обумовлена ростом депонування крові в печінці внаслідок збільшення систолічного припливу до неї, а після припинення курсу - зменшенням як систолічного припливу, так і венозного відтоку. ВЛОК здійснює протекцію мітохондрій гепатоциту при недостатньому захисті клітки в цілому протягом 9 діб постгеморагічного періоду, що підтверджується динамікою цитолітичного синдрому. Це уповільнює відновлення білковосинтетичної функції печінки весь термін спостереження, нормалізує пігментну функцію з 1, а протромбінотворну і вуглеводну функції – з 7 доби спостереження. ВЛОК не впливає на тривалість неолігуричної ниркової недостатності, бо порушення функції клубочків триває 9 діб і канальців – 7 діб постгеморагічного періоду.  6. Розрахунок ефективності лікувальної дії різних варіантів інтенсивної терапії в сукупності з аналізом летальності і функціонального стану печінки і нирок у постгеморагічному періоді при підгострій важкій крововтраті показав, що застосування перфторану (відсутність летальності, зниження відносного ризику смерті до 100%) чи стабізолу (летальність – 3,8%, зниження відносного ризику смерті на 56%) дають клінічно значимий ефект. Поєднання курсу ВЛОК із стандартною замісною ІТТ для корекції дефіциту ОЦК при підгострій важкій крововтраті не дає значимого клінічного ефекту (летальність - 8%, зниження відносного ризику смерті на 11%). | |
|  |