

## МЕТОДОЛОГІЯ ОЦІНКИ ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ УШКОДЖЕННЯ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ ПРИ ПОЛІТРАВМІ

Коновчук В.М., Акентьєв С.О., Кокалко М.М.

*Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці*

**Мета.** Дослідити закономірності перебігу та результативність методів корекції шокowego кишечника в комплексі інтенсивної терапії травматичної хвороби.

**Методи.** Подана робота є фрагментом комплексного дослідження поліорганної патології, що виникає після шоку. Поліорганне ушкодження (ПУ) розглядали в інтерпретації:

– поліорганна дисфункція (ПД) – стан, при якому реєструються помірні множинні відхилення від загальноприйнятої норми, інколи на субклінічному або лабораторно біохімічному рівні, котрі не несуть безпосередньої загрози життю хворих;

– компенсована поліорганна недостатність (ПН) – стан, при якому реєструються множинні порушення функції органів і систем, а біологічна цілісність організму підтримується за рахунок високої напруги компенсаторно-приспосувальних механізмів та ІТ;

– декомпенсована ПН – стан, при якому адаптаційні механізми організму хворого неспроможні забезпечити компенсацію ушкоджених функцій; активні елементи програми ІТ, що спрямовані на заміщення відповідних функцій, часто досягають тільки тимчасового ефекту;

– поліорганна неспроможність (Пнесп.) – стан, при якому спостерігається стійка рефрактерність до засобів ІТ.

Дослідженню підлягали 19 хворих на травматичну хворобу з явищами ПД або ПН. На 27 випадках проведено ретроспективний аналіз (контрольні дослідження).

**Результати.** Результативність ІТ політравми залежить, в першу чергу, від тяжкості ураження, у другу – від можливостей термінової об'єктивізації стану хворого та всебічного моніторингу, поєднаних із застосуванням відповідних сучасних алгоритмів та стандартів ІТ травматичного шоку. Наявність супутніх захворювань (цукровий діабет, метаболічний синдром, ІХС, усі види гіпоксії та анемії, хронічні

захворювання нирок та ін.), що поєднуються з факторами травми (біль, гіповолемія, ендотоксикоз, переохолодження, перегрівання та ін.) обмежують можливості стандартів в ІТ. У таких умовах навіть адекватно пролікований шок може трансформуватися в поліорганну патологію – травматичну хворобу. Після тяжкого травматичного шоку виникає ПУ, яке зумовлене порушеннями мікроциркуляції, мітохондріальною депресією, тканинною гіпоксією, активацією коагуляційного потенціалу, пригніченням фібринолізу, неконтрольованим вивільненням медіаторів агресії, реперфузійним синдромом та ендотоксикозом. Крововтрата ініціює генералізований спазм у системі мікроциркуляції ШКТ. Надалі виникає паралітичне розширення капілярного русла, стаз крові, екстравазація плазми, утворення агрегатів. Виникає ішемія слизової оболонки, знижуються регенераторні спроможності епітелію. Розвивається парез. Збільшується кількість мікрофлори, активуються гнильні та бродильні процеси, виникає аутоліз ентероцитів, порушується бар'єрна функція, що призводить до паралітичної кишкової непрохідності, ентеропатії, мальдігестії, мальабсорбції, гострих ерозій та виразок, кровотечі, бактеріальної транслокації, ендотоксикозу, активації медіаторів агресії, сепсису, синдрому ДВЗ. Тобто, ШКТ стає джерелом поліорганної патології.

У відповідності до системної оцінки поліорганної патології ураження ШКТ розглядається наступним чином. Норма – функція ШКТ задовільна. Дисфункція – гази відходять, випорожнення відсутні, вислуховуються окремі перистальтичні шуми. Недостатність – випорожнення відсутні; гази не відходять, клінічні ознаки паралітичної кишкової непрохідності, мальабсорбції; рентгенологічно – пневматоз кишечника, значно розширені петлі тонкої і товстої кишок. Неспроможність – клінічні ознаки паралітичної кишкової непрохідності, рентгенологічно – поодинокі чаші Клойбера, виявляються гострі ерозії та виразки шлунка і дванадцятипалої кишки, симптоми гастроінтестинального геморагічного синдрому.

Базисну ІТ травматичної хвороби проводили згідно загальноприйнятих рекомендацій. Спеціальну терапію – декомпресію шлунка, раннє ентеральне харчування, клізми, інфузії амінокислотних сумішей, реосорбілакту, застосування лінексу, лактулози, прозерину, церукалу, аміназину, омепразолу, латрену доповнювали за схемою сеансами плазмаферезу (ПФ, які проводили у режимі середньооб'ємних ексфузій із заміщенням втраченого об'єму кристалоїдами та свіжозамороженою плазмою), епідуральною анестезією (ЕА, дозоване введення 0,5% – 5 мл маркаїну) та гіпербаричною оксигенацією (ГБО).

Ефективність проведеної терапії оцінювали за шкалою LOG, критеріями трансформації ПН в ПД або до рівня задовільних функціональних показників; перебігом травматичної хвороби (станом 8-и органів або систем з урахуванням ступеня ушкодження кожної за основними показниками функції на рівні ПНесп., ПН, ПД та норми за бальною системою: 32-8 б.)

I ст. ПУ – 29-21 б. (результати лікування та прогноз сприятливі для одужання).

II ст. ПУ – 20-17 б. (результати лікування та прогноз сприятливі для одужання на 40-60 %).

III ст. ПУ – 16-13 б. (результати лікування та прогноз сприятливі для одужання на 20-40 %);

IV ст. ПУ – 12-8 б. (результати лікування та прогноз для життя сумнівні).

Хворих розподіляли наступним чином: 3 хворих – I ст. ПУ, 11 хворих – II ст. ПУ, 5 хворих – III ст. ПУ.

Після першого сеансу в 2 хворих I ст., 6 хворих II ст. та в 1 хворого III ст. реєстрували значне покращання функцій ШКТ (на рівні зміни ступеня ушкодження).

Після другого сеансу (через день) приблизно такі ж якісні зміни відмічалися в 4 хворих I ст., 2 хворих II ст., 1 хворого III ст.

Після третього сеансу (через день) покращання наступало в 3 хворих I ст. та 1 хворого II ст.

Надалі сеанси поєднаної дії ГБО, ЕА та ПФ, або окремо ГБО + ПФ, ЕА + ПФ або тільки ГБО проводили за показаннями. Крім позитивної дії на ШКТ, додаткове застосування вказаних методів лікування суттєво покращувало показники центральної та периферичної гемодинаміки, респіраторної підтримки та функції нирок.

**Висновок.** Поєднане застосування ЕА, ПФ та ГБО покращує результати комплексного лікування шокowego кишечника при травматичній хворобі.

## АЛГОРИТМ ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ ІЗ АТЕРОСКЛЕРОТИЧНИМ УРАЖЕННЯМ АОРТИ ТА ЇЇ МАГІСТРАЛЬНИХ ГІЛОК У ПОЄДНАННІ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ

Костів О.І., Чепіль І.В.

*Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського  
Кафедра хірургії з анестезіологією № 2*

**Актуальність проблеми.** Згідно даних Polderman, щорічно у світі проводять близько 4000000 оперативних втручань; летальність, зумовлена судинними ускладненнями, складає 0,3 % [1]. При оперативних втручаннях на черевному відділі аорти рівень периопераційних ускладнень зі сторони серцево-судинної системи (близько 40 % (Игнат'єв І.М., 2008) становить важливу анестезіологічну проблему.

**Мета дослідження** – розробити та обґрунтувати комплексну програму анестезіологічного забезпечення периопераційного періоду хворих із атеросклеротичним ураженням аорти та її магістральних гілок в поєднанні з ішемічною хворобою серця на основі оптимізації методів знеболювання та інтенсивної терапії.

**Матеріали та методи.** В роботі представлені результати обстеження та лікування 159 хворих із атеросклеротичною оклюзією черевного відділу аорти та магістральних артерій нижніх кінцівок в поєднанні з ішемічною хворобою серця, що знаходились на стаціонарному лікуванні у відділенні судинної хірургії кафедри хірургії з анестезіологією Тернопільської університетської лікарні за період із 2005 по 2011 рр.

Пацієнти, що включені в дослідження були розділені на дві групи: I група (ретроспективна) – 61 (38,4 %) хворий, що були прооперовані з 2005 по 2007 роки; II група (досліджувана) – 98 (61,6 %) пацієнтів, що підлягали реконструктивній операції з 2008 по 2011 роки.

Статистично значимих відмінностей в групах за статтю, віком, характером та перебігом основного захворювання не виявлено. В обох групах визначалась перевага хворих чоловічої статі та хворих працездатного віку. Останній фактор підтверджує актуальність досліджуваної проблеми.

Всім обстеженим пацієнтам проводили стандартизовані загальноклінічні методи обстеження, що включали збір анамнезу, об'єктивний огляд, загальний аналіз крові та сечі, біохімічний аналіз крові.