УДК 615.214.22:[616.24-002+616.37]

А. С. Шарфун, К. А. Шевченко, Т. И. Горбачёва

Научный руководитель: заведующий кафедрой, к.м.н., доцент С. В. Коньков

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АНАЛЬГОСЕДАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПРОДЛЕННОЙ ИВЛ НА ФОНЕ ТЯЖЕЛОГО ПАНКРЕАТИТА

Введение

Острый панкреатит – поражение поджелудочной железы, преимущественно воспалительного характера, с возможными некротическими изменениями, как следствие, развивающееся в результате ферментативного аутолиза или самопереваривания. Наиболее часто встречающейся является отечная (индуративная) форма.

Данная патология остается одной из актуальных проблем экстренной хирургии и медицины в целом. Число больных неуклонно растет и, по разным данным, составляет 200–800 на 1 млн. населения в год. Рост числа случаев острого панкреатита обусловлен увеличением заболеваемости желчнокаменной болезнью и хроническим алкоголизмом как основными этиологическими факторами острого панкреатита [1].

В Республике Беларусь заболеваемость в период с 2010 по 2018 гг. составила 66,8% на 100 тыс. населения, причем в 2017–2018 гг. она увеличилась до 76,6%.

Смертность от острого панкреатита не имеет тенденции к снижению и варьирует от 7 до 15%. При этом среднее значение летальности в Республике Беларусь за временной промежуток 2010–2018 гг. составило 9,2%. А к окончанию 2018 года количество умерших возросло до 18,5% [2].

Основными причинами смертности являются осложнения панкреатита, такие как ферментативно-геморрагический перитонит, асептический некроз парапанкреатической клетчатки, панкреатогенный шок, полиорганная недостаточность и ДВС-синдром [3].

Цель

Изучить динамику клинико-лабораторных показателей на фоне проводимой интенсивной терапии и седации в ходе интенсивной терапии.

Материал и методы исследования

Материалом для исследования послужили данные 17 стационарных карт пациентов из архивной базы государственного учреждения здравоохранения «Гомельская городская клиническая больница скорой медицинской помощи» и «Гомельская областная клиническая больница» в период с января 2024 по ноябрь 2024г. Пациенты были разделены на 2 клинические группы. Первая группа пациентов получала в качестве основного препарата для седации – тиопентал натрия 2–5 мг/кг в сутки. Вторая группа седировалась пропофолом в поддерживающей дозировке 10 мг/мл 2–5 мл в час. Обеим группам осуществлялась анальгезия промедолом 20 мг/мл, фентанилом 0,005%–2 мл. В одном случае использовалась эпидуральная анальгезия раствором лидокаина. Для усиления седирующего эффекта в схему лечения назначался бензодиазепин – диазепам. По тяжести состояния на фоне применяемого лечения были выделены пациенты со средним и тяжелым течением панкреатита. Все пациенты с тяжелой формой панкреатита, поступившие в ОАРИТ седировались Тиопенталом натрия или пропофолом. Пациентам проводилась продленная ИВЛ. Применялась базисная инфузионная терапия (солевые и полиионные

растворы, аминокислоты, жировые эмульсии), нестероидные противовоспалительные лекарственные средства, наркотические анальгетики, ингибиторы протонной помпы (парентерально), блокаторы H-2 гистаминовых рецепторов. При острой кровопотере и нарушениях гемостаза, использовались плазмозамещающие препараты, препараты крови и ее компонентов: свежзамороженная плазма, эритроцитарные компоненты крови. Статистическая обработка данных осуществлялась с применением компьютерных программ «Excel» 2010 и «Statistica» 13.3.

Результаты исследования и их обсуждение

В данной статье приведены и проанализированы результаты обследования и лечения 17 пациентов с острым панкреатитом средней и тяжелой степени тяжести, госпитализированных в УЗ “Гомельская городская клиническая больница скорой медицинской помощи” и “Гомельская областная клиническая больница”. В исследование включены 9 мужчин (52,94%) и 8 женщин (47%), средний возраст которых составил 51,8±16,9 лет.

Динамика лабораторных показателей была разделена нами на 3 группы: при поступлении в отделение анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии (ОАРИТ), во время нахождения в ОАРИТ, при переводе из ОАРИТ в другие отделения данных больничных организаций. Были рассмотрены общий анализ крови (ОАК): лейкоцитарная формула, СОЭ; биохимический анализ крови (БАК): амилаза, СРБ, ПКТ; общий анализ мочи + амилаза (ОАМ+А). Нахождение пациентов в ОАРИТ в среднем составила 9,1±6,8 дней. Динамические лабораторные показатели представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Динамика медианных показателей ОАК, БАК и ОАМ+А Me[M-m] у двух групп пациентов, на фоне проводимой интенсивной терапии

Показатели	1 группа пациентов на фоне седации Тиопенталом натрия			2 группа пациентов на фоне седации Пропофолом		
	При поступлении в ОАРИТ	Во время нахождения в ОАРИТ	При переводе из ОАРИТ	При поступлении в ОАРИТ	Во время нахождения в ОАРИТ	При переводе из ОАРИТ
Сегментоядерные	60,2 [47–62]	56,4 [49–58]	64,8 [58–65] *	65,4 [49,1–66,3]	57,3 [49,3–59,5]	67,3 [61,2–69]
Палочкоядерные	16,6 [14–17,8]	20,5 [19,1–23,2]	1 4[11–15,6]	21,4[19,8]	20,4 [17,1–22,5]	15 [4,5–16,7]
Эозинофилы	2,6 [0,5–2,7]	2,8 [0,9–3,1]	4,5 [3,1–5,1] *	2,9 [1,2–3,4]	2,74 [1,3–2,85]	1,54 [1,2–1,6]
Моноциты	6,8 [5,1–7,7]	6,3 [5,2–7,1]	6,8 [5,0–7,3]	6,5 [5,1–6,9]	6,7 [5,5–6,5]	6,5 [6,1–10,7]
Лимфоциты	9,8[9–11,7]	10,9[8,5–14,7]	9,6[7,6–9,7]	10,4[8,2–11,3]	8,8[7,8–9,1]	7,5[7,3–8,1]
СОЭ	32,2 [15–36]	28,6 [10–29] *	22,05 [8–15]	35,1 [33,1–36,7]	27,3 [26,7–32,1]	20,4 [17,8–21,3]
Амилаза крови	845,9 [798–967]	456,8 [413–510]	171,05 [99–188]	850,7 [750–930]	443,8 [410–610]	173,3 [98–174]
СРБ	101,8 [88–102]	65,25 [55,4–68]	28,4 [16,8–32]	120[56,7–132]	64,3 [54,7–78,1]	27,01 [18–31]
ПКТ	4,48 [0,9–5,1]	3,19 [2,9–4,1] *	2,01[]	5,03 [4,9–6,3]	3,50 [2,9–3,6]	2,15 [0,7–2,16]
ОАМ+А	7710 [1570–8400]	2212* [1100–2300]	200 [110–210]	8120 [1610–8100]	2500 [1500–3400]	110 [140–230]

*–достоверность различий полученных данных первой группы по отношению ко второй по Т-критерию Вилкоксона при $p < 0,05$

Как видно из таблицы достоверно значимые различия между группами наблюдались по абсолютному количеству сегментоядерных нейтрофилов, где у пациентов на фоне применения тиопентала натрия отмечалось их более низкое значение при переводе из ОАРИТ. Абсолютное количество эозинофилов имело значимое значение к увеличению абсолютных показателей в первой группе по отношению ко второй. В ходе интенсивной терапии, на фоне проводимой аналгоседации, различия в первой группе были более значимыми по отношению ко второй группе, и были ниже показателей второй группы, также как и показатели уровня амилазы мочи и прокальцитонина.

Среди показателей палочкоядерных нейтрофилов, моноцитов, лимфоцитов, амилазы сыворотки крови, С-реактивного белка достоверно значимых различий получено не было как при поступлении, так в ходе интенсивной терапии на фоне проводимой седации у пациентов с тяжелыми формами панкреатита, находящимися на продленной искусственной вентиляции легких.

Выводы

1. В результате проведенных нами исследований было выявлено, что аналгоседация в ходе интенсивной терапии тяжелого панкреатита является не только методом перевода пациента на ИВЛ и синхронизации с параметрами вентиляции, для обеспечения лучшего газообмена, но и непосредственным компонентом интенсивной терапии тяжелого течения панкреатита, направленного на уменьшение системной стрессовой реакции на организм в целом.

2. В нашем исследовании наблюдается положительная динамика лабораторных показателей при использовании в комплексной схеме седации как тиопентала натрия так и раствора пропофола, и это свидетельствует о правильно подобранном лечении. Выявленные различия по полученным данным могут быть связаны с особенностями фармакодинамики используемых препаратов, которые прямо или косвенно могут влиять на изменение лабораторных показателей в зависимости от клинической ситуации и тяжести развития патологического процесса.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Современный взгляд на проблему острого панкреатита в г. Красноярске и Красноярском крае [сайт]. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sovremennyu-vzglyad-na-problemu-ostrogo-pankreatita-v-g-krasnoyarske-i-krasnoyarskom-kraye/viewer> (дата обращения: 12.03.2025).
2. Показатели заболеваемости и смертности при остром панкреатите как индикатор состояния медицинской помощи на региональном уровне [сайт]. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/pokazateli-zabolevaemosti-i-smertnosti-pri-ostrom-pankreatite-kak-indikator-sostoyaniya-meditsinskoj-pomoschi-na-regionalnom-urovne/viewer> (дата обращения: 12.03.2025).
3. Причины летальных исходов при остром деструктивном панкреатите [сайт]. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/prichiny-letalnyh-ishodov-pri-ostrom-destruktivnom-pankreatite/viewer> (дата обращения: 12.03.2025).