

Уровень глюкозы пациентов 1-й группы имел тенденцию к повышению, в то время как данный уровень у пациентов 2-й группы оставался в пределах нормальных реферативных значений. Уровень лактата достоверно был ниже через 3 часа после оперативного вмешательства у пациентов 2-й группы. Кортизол у пациентов 2-й группы после начала анестезиологического пособия и 3-х часов после оперативного вмешательства был ниже у 2-й клинической группы.

Выводы

Кетамин может быть применен в ходе комбинированной многокомпонентной сбалансированной анестезии и раннем послеоперационном периоде для снижения дозировки опиоидных анальгетиков и борьбы с NMDA-индуцированной альгезией. Схема комбинированной многокомпонентной сбалансированной анестезии и раннего послеоперационного периода с включением кетамина позволила достоверно снизить зону гиперальгезии, уменьшить требуемую дозировку морфина и тем самым снизить выраженность послеоперационной депрессии по шкале Гамильтона.

По последним рекомендациям интенсивной терапии критическ состояний у взрослых пациентов, Часть 1, 2019 г. — кетамин не рекомендуют вводить в течение длительного времени.

УДК 616.131-005.755-085

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ И АНТИКОГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ТРОМБОЭМБОЛИЕЙ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

Семенченко Е. В., Коляда Е. И.

Научный руководитель: ассистент С. В. Коньков

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) — жизнеугрожающее состояние, представляющее собой острую окклюзию тромбом ствола или ветвей легочных артерий. Основные направления в лечении ТЭЛА — гемодинамическая и респираторная поддержка, реперфузия и антикоагулянтная терапия.

Наиболее быстрым методом устранения обструкции сосудов является тромболитическая терапия (ТЛТ). ТЛТ используется в случаях массивной и субмассивной ТЭЛА, способствует быстрому растворению тромбоэмболов, снижению давления в легочной артерии, улучшению функции правого желудочка и стабилизации гемодинамики.

Антикоагулянтная терапия играет ведущую роль в лечении пациентов с ТЭЛА. В настоящее время доказано преимущественное применение низкомолекулярных гепаринов (НМГ), в сравнении с нефракционированными гепаринами (НФГ) [1]. Со второго дня или за 3–5 дней до предполагаемой отмены гепарина перорально назначаются непрямые антикоагулянты, чаще варфарин (целевое значение МНО — 2,0–3,0). Для предотвращения повторной ТЭЛА также используется оральная антикоагулянт ривароксабан (ксарелто). Важным его преимуществом перед варфарином является отсутствие необходимости контроля МНО.

В результате полного или частичного прекращения легочного кровотока возникает артериальная гипоксемия, главным механизмом развития которой является нарушение соответствия вентиляции и перфузии. Умеренная гипоксемия у больных ТЭЛА обычно устраняется ингаляцией кислорода через носовые катетеры. В то же время использова-

ние искусственной вентиляции легких (ИВЛ) у пациентов с ТЭЛА приводило к отрицательным клиническим исходам, при этом в некоторых случаях даже увеличивало уровень летальности [2]. Основными рисками использования ИВЛ являются вентилятор-ассоциированное повреждение легких и развитие вентилятор-ассоциированной пневмонии [3].

Цель

Провести оценку результатов интенсивной терапии в зависимости от получаемого лечения.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ 19 медицинских карт пациентов с тромбоэмболией легочной артерии, находящихся в ГОКБ в период с 2014–2019 гг. Среди них было 14 (73,6 %) женщин и 5 (26,4 %) мужчин. Средний возраст составил $54,53 \pm 16,68$ лет. Анализ полученных данных проводился при помощи пакета статистических программ «Statistica» 10.0. Результаты были представлены медианой (Me), 25-й и 75-й перцентилями: Me (25–75 %), различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Пациенты были разделены на 3 группы в зависимости от вида получаемой терапии. В 1-ю группу вошло 6 (31,6 %) человек, с диагнозом «Тромбоэмболия крупных, средних и мелких ветвей легочных артерий с двух сторон», которым проводилась ТЛТ: 2 случая с использованием альтеплазы и четыре с использованием стрептокиназы. Во 2-ю группу ($n = 6$) были включены пациенты с диагнозами «Тромбоэмболия мелких ветвей легочной артерии из неустановленного источника» (10,5 %), «Тромбоэмболия мелких ветвей легочных артерий» (21,1 %), которые парентерально получали фраксипарин и варфарин перорально. В группу № 3 вошло 7 человек с диагнозом «Тромбоэмболия мелких ветвей легочных артерий» (36,8 %), которые в качестве антикоагулянтной терапии перорально получали ксарелто.

Анализ сатурации артериальной крови (SpO_2) показал одинаковые результаты во всех группах (таблица 1), статистически значимых различий не выявлено.

Таблица 1 — Результаты исследования фибриногена и SpO_2 у пациентов

№ группы	1-я группа	2-я группа	3-я группа
SpO_2 , %	98 (98–99) $p > 0,05$	98 (98–99) $p > 0,05$	98 (98–99) $p > 0,05$

Двум (10,5 %) пациентам респираторная поддержка оказывалась при помощи аппарата ИВЛ, остальным пациентам — ингаляцией кислорода через носовые катетеры. Среднее число койко-дней: $16,47 \pm 7,44$.

Выводы

1. Несмотря на преимущества ТЛТ: быстрое устранение обструкции сосудов и восстановление кровотока, проведение ее всем пациентам с ТЭЛА нецелесообразно, в связи с отсутствием различий в показателях сатурации артериальной крови. Таким образом, рекомендуется только пациентам с массивной и субмассивной ТЭЛА и при отсутствии соответствующих противопоказаний.

2. Проблема респираторной поддержки при ТЭЛА является достаточно актуальной, вследствие высокой частоты встречаемости. Ингаляции кислорода через носовые катетеры представляется наиболее эффективным методом, в связи с минимальным риском развития инфекционных осложнений и комфортом для пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Коваль, Е. А. Антикоагулянты в терапии тромбоэмболии легочной артерии в госпитальном периоде: рекомендации, возможности, подходы к рациональному выбору. Место фондапаринукса / Е. А. Коваль // Научный взгляд. — 2018. — Т. 95, № 8. — С. 31–36.
2. Ягода, А. В. Тромбоэмболия легочной артерии / А. В. Ягода // Медицинский вестник Северного Кавказа. — 2006. — С. 62–75.
3. Респираторная поддержка при тромбоэмболии легочной артерии / Д. А. Остапченко [и др.] // Общая реаниматология. — 2020. — Т. 16, № 1. — С. 73–85.