

# ПРОДЛЕННАЯ ЭПИДУРАЛЬНАЯ АНЕСТЕЗИЯ В КОРРЕКЦИИ ВНУТРИБРЮШНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ТЯЖЕЛЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

<sup>1</sup>Никитина Е.В., <sup>2</sup>Илюкевич Г.В.

<sup>1</sup>УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет» г. Витебск, Республика Беларусь

<sup>2</sup>ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования» г. Минск, Республика Беларусь

**Актуальность.** В настоящее время наблюдается неуклонный рост тяжелых форм острого панкреатита с высоким уровнем летальности. Почти в 90% случаев у пациентов с тяжелым течением заболевания развивается внутрибрюшная гипертензия (ВБГ), которая в около 40 % случаев осложняется развитием абдоминального компартмент-синдрома. Развитие полиорганной дисфункции в ферментативную фазу панкреатита во многом сопряжено именно с компартмент-синдромом. При этом, значительно ухудшаются показатели респираторного статуса, снижается преднагрузка, клубочковая фильтрация, развивается гипоперфузия внутренних органов в том числе и органов брюшной полости.

Применение продленной эпидуральной анестезии, как компонента интенсивной терапии тяжелого панкреатита, позволяет решить ряд задач. Общеизвестно, что она достаточно эффективно и адекватно купирует болевой синдром, стимулирует перистальтику кишечника, восстанавливает градиент давления в желчевыводящих и панкреатовыводящих протоках, что способствует возможности раннего начала проведения энтерального питания пациентов. Сегментарная блокада симпатической иннервации на фоне эпидуральной анестезии обеспечивает энтеропротекцию, улучшает перфузию внутренних органов, в том числе и поджелудочной железы. Продленная эпидуральная анестезия способствует стабилизации респираторной функции: уменьшает легочное шунтирование, увеличивает респираторный индекс.

Однако, до сих пор остаются дискуссионными вопросы сроков начала проведения продленной эпидуральной анестезии у пациентов с острым тяжелым панкреатитом, а также использование уровня ВБД как одного из критериев для начала выполнения продленной эпидуральной анестезии и оценки ее эффективности.

**Цель.** Изучить роль продленной эпидуральной анестезии в коррекции внутрибрюшной гипертензии у пациентов с острым тяжелым панкреатитом.

**Материалы и методы.** В исследовании участвовало 40 пациентов с острым тяжелым панкреатитом, госпитализированных в отделение реанимации и

интенсивной терапии (ОРИТ) БСМП г. Витебска на 1-3 сутки от начала заболевания.

Пациенты с хроническим панкреатитом составили группу исключения.

В зависимости от того, проводилась или нет продленная эпидуральная анестезия, все пациенты были разделены на 2 группы:

1 группа (n=22) – пациенты, интенсивная терапия которых включала проведение продленной эпидуральной анестезии с первых суток госпитализации в ОРИТ, среди них было 6 женщин и 16 мужчин в возрасте 42(38;52) лет. Уровень пункции и катетеризации эпидурального пространства соответствовал Th 7 – Th 10. Продленная эпидуральная анестезия обеспечивалась титрованием 0,25% раствора бупивакаина или 0,2% раствора ропивакаина со скоростью 5-6 мл/ч.

2 группа (n=18) – пациенты без продленной эпидуральной анестезии, среди них 5 женщин, 13 мужчин в возрасте 44(8;53) лет.

Тяжесть состояния пациентов в обеих клинических группах на момент поступления в ОРИТ была следующей:

по шкале Ranson – в 1 группе 3(2;5) балла, во 2 группе 4(4;5) балла;

по шкале АРАСНЕ II – в 1 группе 7(5;9) баллов, во 2 группе 8(7;13) баллов;

по шкале Balthazar – в 1 группе 7(4;9,5) баллов, во 2 группе 7,5(6;9) балла;

по шкале Imre – в 1 группе 3(2;4) балла, во 2 группе 3(3;4) балла.

Пациенты обеих групп были репрезентативны по полу и возрасту, а также по степени тяжести состояния.

Уровень ВБД измерялся непрямым чрезпузырным способом с использованием мочевого катетера Фолея и определением давления в мочевом пузыре.

Исследование проводилось в 4 этапа:

1 этап – при поступлении в ОРИТ (первые сутки);

2 этап – вторые сутки;

3 этап – третьи сутки;

4 этап – пятые сутки.

Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием электронных пакетов анализа «Excel 7» и «STATISTICA 10.0» с применением ряда непараметрических критериев.

**Результаты.** При поступлении пациентов с острым панкреатитом в ОРИТ обратил на себя внимание одинаково высокий уровень ВБД в обеих группах. Так, на первом этапе исследования (первые сутки) у пациентов 1 группы уровень ВБД составил 14,0(13,1;15,5) мм рт. ст., а во 2 группе – 12,7(11,0;14,3) мм рт. ст. Уже этот факт дополнительно указывает на тяжелое течение панкреатита.

На дальнейших этапах исследования были выявлено наличие стойкой внутрибрюшной гипертензии у пациентов обеих групп.

На 2 этапе исследования (вторые сутки) уровень ВБД в 1 и 2 группах продолжал расти, даже в 1 группе, на фоне проводимой продленной эпидуральной анестезии. В 1 группе ВБД достигло 18,8(17,4;21,2) мм рт. ст. ( $p=0,03$ ), оставаясь все еще выше, чем во 2 группе 16,0(14,1;17,5) мм рт. ст.

На 3 этапе исследования (третьи сутки) величина ВБД у пациентов обеих групп стала одинаковой: в 1 группе снизилась до 16,0(10,0;22,1) мм рт. ст., во 2 группе осталась на прежнем уровне 16,0(15,0;18,0) мм рт. ст.

Проведение продленной эпидуральной анестезии с первых суток госпитализации пациентов 1 группы в ОРИТ позволило значительно снизить величину ВБД только лишь к пятым суткам до 10,8(10,7;14,4) мм рт. ст. ( $p=0,042$ ), став ниже аналогичного показателя в группе пациентов без продленной эпидуральной анестезии. Величина ВБД у пациентов 2 группы к пятым суткам госпитализации составила 13,1(11,0;14,8) мм рт. ст.

Уровень летальности в 1 группе составил 23%, в то время как во 2 группе – 52%. Среди выживших в 1 группе сроки госпитализации составили 36 койко-дней, из них 15 койко-дней в ОРИТ. Среди выживших во 2 группе сроки госпитализации составили 73 койко-дня, из них 24 койко-дней в ОРИТ.

Таким образом, проведение продленной эпидуральной анестезии в комплексе интенсивной терапии у пациентов с острым тяжелым панкреатитом является очень важным неотъемлемым этапом интенсивной терапии.

#### **Выводы.**

1. Для пациентов с острым тяжелым панкреатитом уже при поступлении в стационар характерно наличие высокого уровня ВБД: 14,0-12,7 мм рт. ст.

2. Проведение у пациентов с острым тяжелым панкреатитом продленной эпидуральной анестезии с первых суток госпитализации в ОРИТ позволяет снизить уровень ВБД лишь к пятым суткам до 10,8(10,7;14,4) мм рт. ст.