

Точило С.А.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ ПРОВЕДЕНИЯ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С АБДОМИНАЛЬНЫМ СЕПСИСОМ

*УЗ «Могилевская областная клиническая больница», г. Могилев
УО «Витебский государственный медицинский университет», г. Витебск*

Актуальность. Известно, что в лечении сепсиса важную роль играет начальная инфузионная терапия. При этом оптимальные подходы к ее проведению до конца не определены. Распространены как консервативный, так и агрессивный приемы проведения инфузионной терапии. Однако длительная массивная инфузионная терапия сопровождается такими неблагоприятными последствиями, как увеличение риска летального исхода и увеличение стоимости лечения.

У пациентов с развитием сепсиса в послеоперационном периоде абдоминальных хирургических вмешательств инфузионная терапия имеет свои особенности. С одной стороны, требуется ограничение объема инфузии и поддержание баланса жидкости. С другой стороны – у большинства пациентов в раннем послеоперационном периоде отсутствует энтеральное питание. Им требуется восполнение интраоперационной кровопотери и проведение частичного парентерального питания путем внутривенных инфузий. Вопрос проведения инфузионной терапии у данной категории пациентов требует дополнительного изучения.

Цель исследования: сравнительный анализ особенностей проведения инфузионной терапии у пациентов с сепсисом и без сепсиса в послеоперационном периоде абдоминальных хирургических вмешательств.

Материалы и методы.

Проведено проспективное когортное исследование у 41 пациента, которые находились на лечении в отделении анестезиологии и реанимации (ОАР) после абдоминальных хирургических вмешательств. Из них 16 (39%) мужчин и 25 (61%) женщин, в возрасте 51 (36-67) лет, масса тела 73 (62-86) кг, рост 170 (166-176) см. На исследование получено одобрение комитета по этике, а от каждого из пациентов – информированное согласие. Пациенты имели следующую хирургическую патологию: острый и хронический панкреатит – 12, острый и хронический калькулезный холецистит и холедохолитиаз – 11, хроническая язва желудка осложненная кровотечением или стенозом – 6, острая кишечная непроходимость – 4, перитонит в результате травмы или перфорации – 4, ущемленная грыжа в т.ч. с некрозом кишечника – 3, постхолецистэктомический синдром – 1. Выполнялись следующие оперативные вмешательства: лапаротомии – 27, лапароскопии – 4, лапароскопии с переходом на лапаротомию – 2, дренирование жидкостных образований под УЗИ – 8.

Было выделено две группы пациентов: 1-я (n=25) без признаков сепсиса, 2-я (n=16) с наличием признаков сепсиса. Наличие сепсиса устанавливали на основании присутствия очага инфекции и 2 и более баллов по шкале SOFA. У пациентов рассчитывали объем проводимой инфузионной терапии и энтерального питания, диурез, другие потери жидкости (застойное отделяемое, по дренажам и др.), а также суточный баланс жидкости. Расчет данных показателей выполняли на 3-х этапах: на 1-е, 2-е и 3-и сутки после операции. Статистическую обработку данных выполняли с использованием программы Statistica 7.0. Данные представлялись в виде медианы и квартилей. Различия между группами устанавливались по критериям Манна-Уитни и Хи-квадрат. Уровень статистической значимости определяли, как $p < 0,05$.

Результаты. Пациенты в исследуемых группах не различались по полу, возрасту, массе тела, росту. Имелись значимые различия ($p < 0,001$) между 1 и 2 группами по количеству дней лечения в ОАР 3 (2-3) против 6 (4,5-16), соответственно. Летальных исходов в обеих группах не было.

Получены значимые различия ($p < 0,05$) между 1 и 2 группами по объему инфузионной терапии: на 1-е сутки 2,2 (1,7-3,3) л против 3,2 (2,6-3,9) л; на 2-е сутки 2,7 (1,8-3,3) л против 4,0 (3,6-4,8) л; на 3-и сутки 3,3 (2,3-3,6) л против 4,5 (3,1-4,9) л, соответственно. Группы не различались по объему энтерально введенной жидкости: медиана составила в 1-е сутки 0,1-0,4 л (7 пациентов), на 2-е сутки 0,6-0,8 л (8 пациентов), на 3-и сутки 0,8-0,9 л (9 пациентов). Также имелись значимые различия ($p < 0,05$) между 1 и 2 группами по общему объему введенной жидкости: на 1-е сутки 2,2 (1,9-3,3) л против 3,3 (2,6-3,9) л; на 2-е сутки 2,7 (1,9-3,3) л против 4,4 (3,9-5,5) л; на 3-и сутки 3,3 (2,7-3,7) л против 4,9 (3,9-5,4) л, соответственно.

При анализе потерь жидкости установлено, что диурез не различался между 1 и 2 группами на 1-е сутки 1,1 (0,7-1,6) л против 1,3 (0,8-1,9) л; однако имелись значимые различия ($p < 0,05$) на 2-е сутки 1,6 (0,9-2,1) л против 2,7 (1,9-4,0) л и на 3-и сутки 2,6 (2,4-3,4) л против 4,1 (2,8-4,8) л, соответственно. Имелись различия по другим потерям жидкости между 1 и 2 группами ($p = 0,014$) на 1-е сутки 0,15 (0,05-0,3) л против 0,35 (0,3-0,5) л. На 2-е (медиана 0,2-0,35 л) и 3-и сутки (медиана 0,37-0,47 л) различий по другим потерям установлено не было. Общие суммарные потери жидкости также не различались между 1 и 2 группами на 1-е сутки 1,4 (0,7-1,7) л против 1,7 (1,2-2,1) л; но имелись значимые различия ($p < 0,05$) на 2-е сутки 1,7 (1,3-2,2) л против 3,3 (2,7-4,8) л и на 3-и сутки 2,6 (2,3-3,9) л против 4,7 (3,5-5,2) л, соответственно.

Группы не имели различий по суточному балансу жидкости, который составил в 1 и 2 группах на 1-е сутки 0,9 (0,4-1,7) л против 1,6 (1,0-2,0) л; на 2-е сутки 1,2 (0-1,4) л против 0,9 (0,3-1,8) л; на 3-и сутки -0,03 (-0,45-0,6) л против 0,07 (-0,13-1,3) л, соответственно.

Выводы.

1. Пациенты с развитием абдоминального сепсиса потребовали статистически значимо больший объем инфузионной терапии в 1-3 сутки после оперативного вмешательства.
2. Объем диуреза у пациентов в обеих исследуемых группах увеличивался на 2-е и 3-и сутки после операции, что связано с эффективным восполнением физиологической потребности и патологических потерь жидкости.
3. У пациентов в исследуемых группах на 3-и сутки после операции удалось достичь близкого к нулевому суточного баланса жидкости.