УДК 616.37-002

Никитина Е.В., Пожарицкий П.А.

ПРЕВЕНТИВНАЯ РЕСПИРАТОРНАЯ ЗАЩИТА ЛЕГКИХ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ НЕКРОТИЗИРУЮЩИМ ПАНКРЕАТИТОМ.

УО «Витебский государственный ордена дружбы народов медицинский университет» г.Витебск, Республика Беларусь.

В данной статье представлены результаты проведения ранней превентивной респираторной защиты легких у пациентов с острым некротизирующим панкреатитом в ферментативной фазе. Установлено, что развитие внутрибрюшной гипертензии у пациентов с некротизирующим панкреатитом значительно ухудшает показатели респираторного статуса; превентивное проведение ИВЛ с первых суток госпитализации в ОАиР снижает уровень внутрибрюшного давления, лактата и нормализует показатели респираторного статуса.

Ключевые слова: острый некротизирующий панкреатит, внутрибрюшная гипертензия, респираторный статус, превентивная ИВЛ, acute necrotizing pancreatitis, intra-abdominal hypertension, respiratory status, preventive ventilation

Актуальность. В последнее время отмечен неуклонный рост случаев некротизирующего панкреатита среди всех форм острого панкреатита [1]. Высокий уровень летальности во многом связан с развитием на первой недели от начала заболевания полиорганной недостаточности [2]. Одним из первых органов-мишеней являются легкие.

Тяжесть полиорганной недостаточности при остром некротизирующем панкреатите в 5,5% случаев связана с развитием внутрибрюшной гипертензии [3].

Панкреатит имеет фазовое течение:

І фаза (первые 5 суток) — ферментативная, формируется панкреонекроз. Уже в этой фазе начинается развитие полиорганной недостаточности. Важным моментом здесь и является начатая вовремя эффективная интенсивная терапия, обязательно включающая превентивную защиту органов-мишеней в условиях отделения интенсивной терапии и реанимации (ОИТР).

II фаза (вторая неделя) — реактивная, характеризуется реакцией организма на сформировавшиеся очаги некроза.

III фаза (третья неделя заболевания, вплоть до нескольких месяцев) – расплавления и секвестрации.

Цель исследования. Проведение ранней превентивной респираторной защиты легких у пациентов с острым некротизирующим панкреатитом в ферментативной фазе.

Материалы и методы. Обследовано 52 пациента с острым некротизирующим панкреатитом в ферментативной фазе, госпитализированных в отделение анестезиологии и реаниматологии (ОАиР) УЗ «ВГК БСМП». Класс тяжести панкреатита по шкале Ranson 4 балла, по шкале APACHE II 11 баллов.

В зависимости от стратегии интенсивной тера-

пии все пациенты были разделены на 2 группы:

1 группа (n=24) – пациенты с превентивной защитой легких: с первых суток госпитализации в ОАиР проводилась искусственная вентиляция легких (ИВЛ), возраст составил 48 лет.

2 группа (n=28) – обычный подход к интенсивной терапии – без ранней ИВЛ, возраст составил 46 лет.

Группу исключения составили пациенты с сопутствующей патологией сердечно-сосудистой, мочевыделительной и респираторной систем.

Помимо общепринятого стандарта интенсивной терапии, у всех пациентов были проанализированы показатели газов артериальной крови (pCO2, pO2, респираторный индекс – pO2/FiO2, лактат) с помощью газоанализатора ABL 800 FLEX RADIOMETR, уровень внутрибрюшного давления (ВБД) непрямым чрезпузырным способом, определяя давление в мочевом пузыре [4].

Основные этапы исследования:

1 этап – в день госпитализации в ОАиР

2 этап – через 3 суток

3 этап – через 1 неделю.

Статистическая обработка данных проводилась с использованием электронных пакетов анализа «Excel 7» и «STATISTICA 6.0».

Результаты исследования. На 1 этапе исследования уровень ВБД оказался одинаково высоким у пациентов обеих групп: 1 группа — 18,6(15,0;21,0) мм рт. ст., 2 группа — 18,5(15,5;20,8) мм рт. ст. Этот факт лишний раз подтвердил тяжесть панкреатита. У пациентов 1 группы на фоне превентивной стратегии ИВЛ уровень ВБД снизился: 3 сутки нахождения в ОАиР — 15,0(12,1;16,8) мм рт. ст., через неделю — 12,0(8,8;14,7) мм рт. ст. (р<0,05). У пациентов 2 группы ситуация развивалась в противоположном направлении: уровень ВБД на всех этапах исследо-

вания оставался высоким, достигнув уже через неделю огромных значений – 22,4(18,2;24,8) мм рт. ст.

Уровень рСО2 у пациентов обеих групп при поступлении был нормальным и за время интенсивной терапии у пациентов 1 группы не изменился, у пациентов 2 группы была отмечена гипервентиляция: снижение показателей рСО2 с 35,4(33,8;38,8) до 29,6(21,8;32,0) мм рт. ст.

При этом у пациентов 1 группы проведение ИВЛ повысило показатели рО2 от 91,1(79,4;96,3) до 98,8(88,9;103,7) мм рт. ст. Что же касается пациентов 2 группы, то показатели рО2 снизились от 90,7(78,8;96,0) до 87,2(68,3;93,0) мм рт. ст., значительно уступив аналогичному показателю у пациентов 1 группы (p<0,05).

Уже при поступлении в стационар у пациентов имело место повреждение альвеолярно-капиллярной мембраны, тем самым лишний раз доказывая тяжесть панкреатита с вовлечением в патологический процесс органов-мишеней, таких как легкие. Об этом свидетельствовал низкий уровень респираторного индекса в обеих группах: 1 группа – 272(240;319) мм рт. ст., 2 группа – 280(235,3;321)

мм рт. ст. Но на фоне превентивной защиты легких у пациентов в 1 группе на протяжении всех этапов исследования отмечено увеличение респираторного индекса до 380(287;419) мм рт. ст. (р<0,05). У пациентов 2 группы, к сожалению, через неделю интенсивной терапии уровень респираторного индекса снизился до 164(117;230) мм рт. ст. (р<0,05).

Высокие при поступлении показатели лактата подтвердили факт снижения перфузии тканей у пациентов обеих групп: 1 группа 4,1(1,9;6,0) ммоль/л, 2 группа 3,9(2,0;5,6) ммоль/л. В 1 группе показатели лактата снизились до 0,78(0,5;1,1) ммоль/л (р<0,05), во 2 группе существенных изменений не было 4,0(1,9;5,8) ммоль/л.

Выводы.

- 1. Развитие внутрибрющной гипертензии у пациентов с острым некротизирующим панкреатитом значительно ухудшает показатели респираторного статуса.
- 2. Превентивное проведение ИВЛ с первых суток госпитализации в ОАиР у пациентов с острым некротизирующим панкреатитом снижает уровень ВБД, лактата и нормализует показатели респираторного статуса.

Список источников:

- 1. Блахов Н.Ю., Пацай Д.И. Диагностика, прогнозирование и лечение острого панкреатита: Пособие для врачей. Минск: БГМУ, 2011. 112 с.
- 2. Багненко С.Ф., Толстой А.Д., Красногоров В.Б. Протоколы диагностики и лечения острых хирургических заболеваний органов брюшной полости // Анналы хирургической гепатологии. -2006. -№ 1 C. 60-66.
- 3. Malbrain, M.L. Intra-Abdominal Hypertension: Evolving Concepts / M.L. Malbrain, E.L. De Laet // Clin. Chest. Med. 2009. Vol. 30, No. 1. P. 45-70.
- 4. Malbrain, M.L. Different techniques to measure intra-abdominal pressure (IAP): time for a critical reappraisal / M.L. Malbrain // Intensive Care Med. 2004. Vol. 30. P. 357-371.

Nikitina E.V., Pozharitsky P.A.

PREVENTIVE RESPIRATORY PROTECTION OF THE LUNGS IN PATIENTS WITH ACUTE NECROTIZING PANCREATITIS

Vitebsk State Order of Peoples' Friendship Medical University, Vitebsk, Republic of Belarus
Summary

This article presents the results of early preventive respiratory protection of the lungs in patients with acute necrotizing pancreatitis in the enzymatic phase. It was found that the development of intra-abdominal hypertension in patients with necrotizing pancreatitis significantly worsens respiratory status; preventive ventilation from the first day of hospitalization in intensive care unit reduces the level of intra-abdominal hypertension, lactate and normalizes respiratory status.