

THE USE OF EPIDURAL ANESTHESIA IN ACUTE PANCREATITIS
Volkova A.S. (Russian Federation)

*Volkova Alina Sergeevna - Anesthesiologist-resuscitator,
DEPARTMENT OF ANESTHESIOLOGY AND RESUSCITATION WITH
INTENSIVE CARE WARDS,
PUBLIC HEALTH INSTITUTION
LIPETSK CITY HOSPITAL № 3 "SVOBODNY SOKOL", LIPETSK*

Abstract: *the article is devoted to the use of epidural anesthesia in the complex treatment of acute pancreatitis.*

Keywords: *pancreas, acute pancreatitis, destructive pancreatitis, pancreonecrosis, epidural anesthesia.*

**ПРИМЕНЕНИЕ ЭПИДУРАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ ПРИ ОСТРЫХ
ПАНКРЕАТИТАХ**
Волкова А.С. (Российская Федерация)

*Волкова Алина Сергеевна – врач - анестезиолог-реаниматолог,
отделение анестезиологии и реаниматологии с палатами интенсивной
терапии,
Государственное учреждение здравоохранения
Липецкая городская больница № 3 «Свободный сокол», г. Липецк*

Аннотация: *статья посвящена использованию эпидуральной анестезии в комплексном лечении острых панкреатитов.*

Ключевые слова: *поджелудочная железа, острый панкреатит, деструктивный панкреатит, панкреонекроз, эпидуральная анестезия.*

Введение. Острый панкреатит в настоящее время занимает одно из первых мест среди неотложных хирургических заболеваний. При развитии деструкции поджелудочной железы лечение уже должно осуществляться в отделении интенсивной терапии.

Целью настоящей работы является увеличение количества проведения эпидуральной анестезии и снижение применения наркотических обезболивающих препаратов.

Материалы и методы исследования.

Многочислен был проведен анализ лечения больных острым панкреатитом в отделении реанимации ГУЗ ЛГБ №3 «Свободный сокол» в периоде 2019-2021 гг. Проанализированы медицинские карты 105 пациентов с острым панкреатитом, из них у 27 была применена эпидуральная анестезия.

Результаты исследования.

В отделение реанимации ГУЗ ЛГБ №3 «Свободный сокол» за период 2019-2021 гг. находилось 1389 пациентов, из них 105 (7,6%) пациентов с диагнозом острый панкреонекроз. При установлении диагноза

деструктивного панкреатита, а также в состоянии шока, больные переводятся в отделение реанимации.

В следующей таблице отмечено количество больных в хирургии и АРО за периоды 2019-2021гг.

Таблица 1. Количество больных в хирургии и АРО за периоды 2019 – 2021гг.

Отделения	2019г	2020г	2021г
хирургия (всего)	1883	1942	2199
АРО (всего)	518	444	427
АРО (с панкреонекрозом)	33	34	38
умерло (с панкреонекрозом)	4	8	12

На диаграмме наглядно представлена летальность при остром панкреатите.



Рис. 1. Диаграмма. Летальность при остром панкреатите

Основным методом лечения является интенсивная консервативная терапия. Важно: в нашем отделении принята схема интенсивной терапии, которая включает в себя: инфузионная терапия, антиферментная терапия, антиоксидантная терапия, профилактика эрозивно-язвенных поражений желудка, антибиотикотерапия, эпидуральная анестезия.

Таблица 2. Результаты лечения

В АРО	2019г.	2020г.	2021г.
Больные с панкреонекрозом	34	34	38
Проведенные ЭА	11	13	15
Выздоровление	30	26	26
Смерть	4	8	12

Диаграмма показывает количество проведенных эпидуральной анестезией среди пациентов с панкреонекрозом за 2019-2021 гг.



Рис. 2. Количество проведения эпидуральной анестезии среди пациентов с панкреонекрозом за 2019 - 2021 гг.

Так как одним из ключевых моментов в ведении больных с острым панкреатитом является адекватное обезболивание, в нашем отделении проводится продленная эпидуральная анестезия, что показало позитивное влияние на микроциркуляцию в поджелудочной железе.

При эпидуральной анестезии применялся местный анестетик – ропивакаин. Данный анестетик обладает меньшей токсичностью, что позволяет его длительное применение. Ропивакаин обеспечивает развитие сенсорного блока, при этом не возникает двигательный блок.

Хочу отметить, что при остром панкреатите необходимо достичь симпатическую блокаду, так как симпатические волокна участвуют в регуляции тонуса кровеносных сосудов и поджелудочной железы, и ЖКТ, а каждое нервное сплетение железы является сильной рефлекторной зоной, раздражение которой может вызвать шок. При эпидуральной анестезии

удается блокировать симпатическую иннервацию ЖКТ, что способствует увеличению чревного кровотока и улучшению микроциркуляции тканей.

Многочислен проведен анализ применения эпидуральной анестезии у 27 пациентов с острым панкреонекрозом, которые находились в АРО и по стабилизации состояния были переведены в х/о.

В след. таблице представлены данные по продолжительности лечения в АРО и длительности эпидуральной анестезии:

Таблица 3. Данные по продолжительности лечения в АРО и длительности эпидуральной анестезии

Среднее кол-во суток	2019г.	2020г.	2021г.
лечение в АРО	6,25	5,7	5,9
длительность ЭА	3,4	3,1	3,8

Продолжительность эпидуральной анестезии составила 3,4 дня.

В следующей таблице представлены средние лабораторные показатели у исследуемых пациентов на фоне применения эпидуральной анестезии:

Таблица 4. Средние лабораторные показатели у исследуемых пациентов на фоне применения эпидуральной анестезии

Лабораторные показатели (среднее)	2019г.		2020г.		2021г.	
	При поступл. в АРО	При переводе в х/о	При поступл. в АРО	При переводе в х/о	При поступл. в АРО	При переводе в х/о
Лейкоциты (x10 ⁹ /л)	23,0	9,8	15,0	10,9	16,5	9,37
Гемоглобин (г/л)	135,6	112,7	153,7	123,2	144,6	111,5
Тромбоциты (x10 ⁹)	224,7	303,5	169,3	246	172,7	277,3
Глюкоза (ммоль/л)	9,5	8,1	10,8	7,2	8,8	6,1
Амилаза (ед/л)	2380	147	1269	144	1792	170
Мочевина (ммоль/л)	5	6,1	6,0	5,8	11,0	4,7
Общ.белок (ед/л)	76,4	63,2	75,5	72,7	77,3	64
Диастаза мочи (ед/л)	16570,6	669,7	2383	316	7320	645

Вывод. На фоне деструкции поджелудочной железы возникает болевой синдром и массивный выброс медиаторов воспаления, в связи с этим угнетается перистальтика кишечника, что может привести к развитию пареза и полиорганной недостаточности. При купировании болей наркотическими анальгетиками этот процесс продлевается. Именно применение эпидуральной анестезии показало эффективность при купировании болевого синдрома у исследуемых больных и позволило снизить у них применение наркотических анальгетиков.

У пациентов, в лечении которых применялась эпидуральная анестезия, наблюдалась положительная динамика, нормализация лабораторных показателей, ранняя активизация, возможность снижения использования наркотических обезболивающих препаратов, снижение количества развития полиорганной недостаточности, снижалась длительность нахождения в отделении интенсивной терапии.

Список литературы / References

1. Острый панкреатит (Протоколы диагностики и лечения). МКБ-10-K85./ СПб. НИИСП им. И.И. Джанелидзе, 2004. 12 с.
2. Сулов В.В., Хижняк А.А., Тарабрин О.А., Фесенко У.А., Фесенко В.С. Эпидуральная анестезия и аналгезия: руководство для врачей. Харьков: «СИМ», 2011. 256 с., илл.
3. Протокол обследования и лечения больных острым панкреатитом. Методические рекомендации / Под редакцией президента НМЦХ им. Н.И. Пирогова, академика РАМН Ю.Л. Шевченко. М., 2008. 22 с.
4. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 22.11.2004 № 240. "Об утверждении стандарта медицинской помощи больным панкреатитом".