

СЕКЦИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ, РЕАНИМАТОЛОГИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

«СИНДРОМ» ИНФУЗИИ ПРОПОФОЛА В ОТДЕЛЕНИИ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Аржанцева Б.О.

Научный руководитель: ассистент Устимов Д.Ю.
Кафедра анестезиологии и реаниматологии, медицины катастроф
Казанский Государственный Медицинский Университет

Актуальность исследования: пропофол является внутривенным анестезирующим средством короткого действия. Однако за последние 15 лет появилось много публикаций, в которых сообщалось о необъяснимых случаях смерти среди пациентов, находящихся в критическом состоянии. Эти пациенты имели общие симптомы, не связанные с первоначальным диагнозом, и подвергались длительной инфузии пропофола в высоких дозах [2]. Был определен новый синдром, называемый «синдром инфузии пропофола» (PRIS), включающий сердечно-сосудистую недостаточность, метаболический ацидоз, гиперкалиемию и рабдомиолиз [1].

Цель исследования: повышение безопасности для пациентов при длительной седации Пропофолом в высоких дозах. Исследование осложнений седации пропофолом у пациентов нейрохирургического профиля.

Материалы и методы: проведен анализ и статистическая обработка 30 архивных историй болезни нейрохирургических пациентов, находившихся на лечении в ОАР № 1 ГАУЗ ГКБ № 7, г. Казани, с выявленными осложнениями на фоне инфузии Пропофола.

Результаты: у 30 пациентов, получавших седацию пропофолом в дозе >4 мг/кг/ч, в течение >48 часов были выявлены следующие нарушения. Гипертермия до $38,4 \pm 12$ °С. Гипотония — А/Дсред до $70/40 \pm 30/25$ мм.рт. ст. Олигоурия до 400 ± 225 мл/сут. Миоглобинурия (качественный анализ). Снижение сократительной способности миокарда до $48 \pm 18\%$. В анализах: рН $7,2 \pm 0,4$, лактат $9,3 \pm 1,2$, дефицит оснований $8,5 \pm 12$, КФК 4006 ± 1240 МЕ/л, мочевины 26 ± 13 ммоль/л, АлАТ 848 ± 128 МЕ/л, АсАТ 1118 ± 208 МЕ/л. Всем пациентам была отменена инфузия Пропофола. Седация проводилась Диазепамом. Проводилось интенсивное лечение диуретиками, кардиотониками (Дофамин $7,5 \pm 2,4$ мкг/кг/мин) и вазопрессорами (Норадреналин $1,3 \pm 0,5$ мкг/кг/мин), применялись кардио- (Токоферола ацетат 300 мг), и гепатопротективная терапия (Аденометионин 400 мг), лечение тканевой гипоксии (меглюмина натрия сукцинат 1,5% по 800 мл в сутки (по 400 мл 2 раза)), инфузионная терапия на основании физиологической потребности и паталогических потерь и парентеральное питание препаратами, содержащими глюкозу из расчета 6–8 мг/кг. Указанным пациентам было проведено от 1 до 3 сеансов плазмофереза. На фоне проводимого лечения улучшение показателей отмечено у 28 пациентов. 2 пациента скончались на фоне прогрессирующей сердечно-легочной и почечной недостаточности, прогрессирующего отека мозга.

Выводы: рекомендованная максимальная доза пропофола не должна превышать 4 мг/кг/час для пациентов с травмами головы, на протяжении не более 48 часов, на фоне мониторинга рН, сывороточного лактата и креатинкиназы. Своевременно начатое лечение приводит к улучшению состояния пациентов.

Литература

1. Ahlen K, Buckley CJ, Goodale GD, Pulsford AH. The propofol infusion syndrome: the facts their interpretation and implications for patient care. European Journal of anaesthesiology 2006; 23: 990–8.
2. Kam PCA and Cardone D. Propofol infusion syndrome. Review article. Anaesthesia 2007; 62: 690–701.