

УДК 616.329-001.3-089

ГОРЕНШТЕЙН М.А.

Запорожский государственный медицинский университет

ПРОБЛЕМЫ АСПИРАЦИИ И СТРЕССОРНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО КАНАЛА ПРИ КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ

Кислотно-аспирационный пневмонит

Наиболее часто аспирации встречаются в акушерстве и ургентной хирургии. Обобщенных данных по Украине нет. По данным статистической службы здравоохранения Великобритании, аспирация является причиной 10 % смертей, связанных с анестезией, причем 75 % смертельных аспираций происходят во время ургентных операций на брюшной полости (ущемленная грыжа, перитонит, тонкокишечная непроходимость и др.). В США аспирация является причиной до 52 % смертей матерей и достигает 100 случаев в год [3]. В зависимости от точности применяемых методов исследования и контингента больных авторы приводят различные данные по частоте регургитации и аспирации. Частота регургитации под наркозом колеблется от 14–28 до 79 %, а частота аспирации — от 7–20 до 76 % [2]. Положение на боку, животе, в позе Тренделенбурга, лапароскопия способствуют регургитации. Если наступила регургитация, аспирация всегда происходит после разгерметизации манжетки перед экстубацией. Случаи легкой аспирации, как правило, проходят незамеченными либо их не удается подтвердить. При подтвержденной аспирации летальность составляет в среднем 55–70 % [1]. При аспириационном поражении одной доли летальность достигает 41 %, при более обширных поражениях — 80–100 %.

Кислотно-аспирационный пневмонит развивается при аспирации более 25 мл содержимого с рН < 2,55. Аспирация инфицированного материала почти всегда заканчивается летальным исходом.

Профилактика

1. Пустой желудок (добиться этого невозможно).
2. Атропин, стандартно применяемый для премедикации, снижает тонус пищевода-желудочного сфинктера, метоклопрамид устраняет этот эффект.
3. Краш-индукция (выполнить ее правильно с использованием нашей аппаратуры почти никогда не удается).
4. Пищеводный obturator (у нас — самодельные, из подручных средств; опасен при рвоте).
5. Прием Селлика (прост, но в ургентных ситуациях следует обучить этому приему санитарку).

6. Ощелачивающие растворы (цитрат; увеличивают объем желудочного содержимого).

7. Санация ротоглотки перед экстубацией.

8. Подавление секреции соляной кислоты. Ингибиторы протонной помпы (ИПП) применять не следует, так как они могут усиливать внутриклеточный ацидоз у больных с гипоксией. В данной ситуации препаратом выбора является квамател. Преимущества кваматела: единственная инъекционная форма фамотидина; действие его наступает быстрее и продолжается дольше, чем у других H₂-блокаторов; надежно повышает рН более 4,5; уменьшает объем желудочного содержимого; обладает иммуномодулирующим действием.

Лечение

1. Санация дыхательных путей: 1,2% раствор соды, физраствор, бронхоскопия, частая смена положения тела (постуральный дренаж, шунтирование).

2. Искусственная вентиляция легких (ИВЛ) (удлиненный вдох, ПДКВ, контроль SpCh, FiCh).

3. Кортикостероиды: данные противоречивые; назначаются в первые 48 ч в умеренных дозах.

4. Антибиотикотерапия: профилактическое применение не оказывает положительного эффекта при аспирации желудочного содержимого; при аспирации инфицированного содержимого необходимы мощные антибиотики.

5. Ультрафильтрация, экстракорпоральная оксигенация (кардинально не решают проблему).

Таким образом, частоту аспирации точно установить невозможно, случаи явной аспирации — лишь вершина айсберга этой проблемы. Поскольку результаты лечения тяжелой аспирации остаются плачевными, профилактика этого осложнения оказывается чрезвычайно важной.

Стрессорные эрозивно-язвенные поражения желудочно-кишечного тракта

Термин «стресс-язвы» предложил в 1936 г. Ганс Селлье. Основная причина — ишемия желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) [3], которая снижает устойчивость слизистой оболочки к действию кислоты, вызывает дистрофические процессы, в результате чего быстро

появляются эрозии. Основные проблемы: транслокация кишечной флоры, которую считают причиной сепсиса и «двигателем» полиорганной недостаточности, а также кровотечение, которое чаще бывает скрытым и обнаруживается либо при специальном исследовании желудочного содержимого на скрытую кровь, либо когда уже появляется значительная анемия. Обычно анемию объясняют другими причинами, как правило интоксикацией. Кровотечения из стресс-язв имеют место у 20 % больных, находящихся в отделении интенсивной терапии (ОИТ), но значительные кровотечения встречаются у 5 % пациентов. Тогда их, как правило, и диагностируют, но летальность в этих случаях достигает 80 % [3].

Высокий риск кровотечений из стресс-язв имеет место при следующих состояниях:

1. Шок (ишемия).
2. Сердечно-легочная недостаточность (ишемия).
3. Состояния, требующие длительной ИВЛ (гипоксия, ишемия).
4. Хроническое обструктивное заболевание легких (гипоксия, гиперацидность).
5. Применение кортикостероидов, противоопухолевых препаратов, нестероидных противовоспалительных средств (нарушение барьера).
6. Пребывание в ОИТ более 3–5 дней.

Перечисленные состояния являются показаниями для профилактики эрозий и кровотечений.

Профилактика и лечение

1. Устранение нарушений кровообращения и дыхания, ликвидация гипоксии.
2. Повышение спланхнического кровотока (допамин, симпатолитики, ганглиолитики; ингибиторы АПФ (?)).

3. Энтеральное питание (в том числе растворы глюкозы) — предпочтительный способ при адекватном опорожнении желудка.

4. Назначение обволакивающих средств (сукралфат).

3. Поддержание pH желудочного содержимого выше 4,0 (применение антацидов, блокаторов H₂-гистаминовых рецепторов, ИПП).

Преимущества кваматела: повышает кровоток в спланхнической зоне (ЖКТ, поджелудочная железа); является цитопротектором, повышает слизеобразование и защитные свойства слизистой; оказывает иммуномодулирующий эффект (особенно важен у пациентов в критических состояниях).

Выводы

1. Аспирация и стрессорные эрозивные повреждения ЖКТ — частые осложнения критических состояний, которые примерно в половине случаев не диагностируются.
2. Результаты лечения тяжелых аспираций и эрозивных поражений ЖКТ остаются неудовлетворительными.
3. В ургентной анестезиологии профилактика этих осложнений является обязательной и состоит в основном из простых приемов и мероприятий.
4. Фармакопрофилактика должна включать прежде всего применение фамотицина (кваматела).

Список литературы

1. *Анестезиология: В 5 т. / Под ред. чл.-корр. В.И. Черния. — К.: Здоров'я, 2004. — Т. 4: Анестезия и интенсивная терапия в акушерстве и гинекологии. — 500 с.*
2. *Зильбер А.П., Шифман Е.М. Этюды критической медицины. — Петрозаводск: Изд-во ПГУ, 1997. — Т. 3: Акушерство глазами анестезиолога. — 396 с.*
3. *Парсонз П.Э., Винер-Крониш Д.П. Секреты неотложной помощи: Пер. с англ. — М.: МЕДпресс-информ, 2006. — 639 с.*

Получено 11.06.12 □