

ветствующих ветвей легочных артерий, который является по данным И. Р. Разиной (1988) морфологическим эквивалентом нарушения функции кровообращения и вентиляции при шоке.

Динамика изменения легочного сурфактанта свидетельствовала о его снижении в течение суток и коррелировала с появлением ателектазов, фибриновых тромбов в венулах, деструктивных изменений, альвеолоцитов I и II порядка с уменьшением осmioфильных телеш.

Очаги воспалений (альвеолиты), появившиеся в первые часы, имели сосудистое происхождение.

Таким образом, функциональные и морфологические изменения респираторной системы в раннем периоде острых экзогенных отравлений соответствуют картине респираторного дистресс-синдрома.

ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ АСПИРАЦИОННОГО СИНДРОМА У ТОКСИКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Катаев С. С., Зайковский В. Н., Квардин В. Г., Ульянова Т. Н.,
Пьянков В. А.

Кафедра анестезиологии и реаниматологии
Уральского государственного медицинского института,
городской центр по лечению острых отравлений
г. Екатеринбург

Большой процент в общем числе осложнений у больных с острыми отравлениями занимают коматозные состояния, развившиеся по различным причинам. Вследствие этого часто происходит регургитация и аспирация желудочного содержимого — возникает аспирационный синдром (синдром Мендельсона).

Трудность в лечении, большая смертность (по данным литературы до 70%) заставили нас систематизировать накопленный опыт, внести свои коррективы в тактику лечения. Значительное число пациентов аспирируют желудочное содержимое еще на догоспитальном этапе, и что особенно прискорбно при транспорти-

ровке бригадами скорой помощи. Подобных пациентов категорически нельзя транспортировать в положении на спине. Необходимо придавать телу дренажное положение (на бок или на живот), с тем, чтобы пациент не имел шансов аспирировать желудочное содержимое.

Освобождение дыхательных путей от желудочного содержимого - важнейшее лечебное мероприятие, которое необходимо проводить в первую очередь при поступлении в стационар. Всем известен метод бронхиального лаважа. Он применяется нами на начальном этапе, но учитывая, что очищение бронхов происходит вслепую и не достигается удовлетворительной санации, всем больным с аспирационным синдромом обязательно проводятся лечебно-диагностические бронхоскопии в ближайшее время после поступления.

В зависимости от сроков, субстрата аспирации и ее объема бронхологическая картина и исходы лечения существенно различаются.

Массивная аспирация клинически проявляется гипоксической комой, десинхронизацией дыхания. Несмотря на неоднократные бронхоскопии, большие объемы лаважной жидкости, адекватное медикаментозное лечение смерть наступает от прогрессирующей дыхательной недостаточности, вследствие бронхоспазма и воспалительной обструкции дыхательных путей с последующим развитием бронхопневмонии. Всем больным после санационной бронхоскопии проводится ИВЛ в режиме ПДКВ, адекватная медикаментозная терапия, включая мониторинг введение бронхолитиков.

Такая тактика ведения больных была продиктована бронхологической картиной на 1-3 сутки после лаважа. В первые часы преобладают гиперсекреция и бронхоспазм, изменения со стороны слизистой носят характер катарального трахеобронхита. В течение суток бронхологическая картина меняется - нарастает отек слизистой оболочки трахеобронхиального дерева и осмотр бронхов первого порядка становится невозможным.

Воспалительная обструкция дыхательных путей приводит к нарастанию дыхательной недостаточности. Добиться достаточного уровня оксигенации удается проведением ИВЛ объемом респирато-

ром в режиме ПДКВ и умеренной гипервентиляции. Включение в программу лечения помимо других медикаментозных средств мониторингового введения бронходилататоров существенно уменьшило воспалительную обструкцию трахеобронхиального дерева.

При аспирации пищевых масс в течении первых суток развивается гнойный трахеобронхит, ателектазы и пневмонии. По этому поводу обязательно проводятся повторные лечебно - диагностические бронхоскопии через 15-20 часов.

Аспирационный синдром с длительной экспозицией протекает наиболее тяжело. Имеют место выраженные явления дыхательной недостаточности, бронхологическая картина характеризуется явлениями гнойного, фибринозного трахеобронхита. этой категории больных накладывается трахеостома для проведения ИВЛ и адекватной санации.

Использование фибробронхоскопа уменьшает травматичность манипуляции, существенно облегчает работу бронхолога и позволяет ежедневно осуществлять контроль за состоянием трахеобронхиального дерева, выполнять санацию и лечебные заливки.

Анализируя случаи аспирационного синдрома, можно сделать следующие выводы:

1. Санационная бронхоскопия как реанимационное пособие проводится во всех случаях аспирационного синдрома.

2. Обязательное проведение повторной лечебно - диагностической бронхоскопии через 15 - 20 часов.

3. При аспирации агрессивного желудочного содержимого развивается воспалительное сужение трахеобронхиального дерева, для поддержания необходимого уровня оксигенации необходимо проведение продленной ИВЛ в режиме ПДКВ.

4. У больных с длительной экспозицией после аспирации показано раннее наложение трахеостомы для адекватной санации, медикаментозного лечения, продленной ИВЛ.

5. Мониторное введение бронходилататоров эффективно снижает явления бронхоспазма и уменьшает гиперсекрецию.

Изменения со стороны трахеобронхиального дерева характеризуются гибелью сурфактанта, отторжением слизистой, образова-

нием большого количества эрозий, гнойно-некротических масс. Имеется большая опасность возникновения ателектазов, развернутой картины "шокового легкого".

Поэтому, если больные в сознании и не нуждаются в проведении ИВЛ - наложение микротрахеостомы для медикаментозного лечения бронхов является следующим важным звеном в терапии аспирационного синдрома. Техника этой процедуры проста: сразу ниже перстневидного хряща производится инфильтрация кожи одним из местных анестетиков. Иглой Люффа прокалывается кожа, передняя стенка трахеи и по методу Сельдингера в направлении к карине вводится полихлорвиниловый катетер диаметром 0,6 или 1,0 мм, длиной 10 см. Катетер фиксируется к коже лейкопластырем. При проведении следующих бронхоскопий видно, что катетер данной длины, введенный в этом месте, никогда не "уходит" в один из бронхов, а находится над кариной (у взрослых).

Помимо введения бронходилататоров, медикаментозное лечение слизистой трахеобронхиального дерева заключается в введении в трахеостому или в микротрахеостому раствора, содержащего антибиотик, витамины группы В, димедрол, кортикостероиды, новокаин по 20 мл каждый час (Кассиль В. Л., 1987г.). Происходит активная стимуляция кашля, самоочищение бронхов, лечение трахеобронхиального дерева. С целью восстановления и лечения слизистой бронхов в микротрахеостому дополнительно вводятся кортикостероиды (преднизолон 30 мг 4-6 раз в сутки), эктерицид по 20 мл каждые 2 часа, гепарин - 5-10 тысяч ЕД 2 раза в сутки, солкосерил - 2 мл 4 раза в сутки.

Частое развитие тяжелых аспирационных пневмоний заставило нас пересмотреть подходы к антибиотикотерапии. Внутривенное введение антибиотиков не всегда приносит желаемые результаты.

Существует метод прямого эндолимфатического введения антибиотиков, и эффективность его общепризнана, но такие значимые факторы, как трудновыполнимость, затрата большого количества времени на установку катетера в лимфоток (1-1,5 часа), отсутствие необходимого инструментария делают этот метод практически невыполнимым в условиях ежедневного, большого количест-

ва поступающих больных.

Мы широко используем методику непрямого эндолимфатического введения антибиотиков (под кожу голени), впервые описанную в журнале "Советская медицина" N 10 1987 г. Проводя трехдневный рентгенконтроль, мы видим значительную разницу в динамике течения пневмоний при сравнении с внутривенным введением антибиотика.

Развитие при аспирационном синдроме у некоторых больных выраженной внутрилегочной гипертензии (по данным ЦВД, реографии), усиливает дыхательную гипоксию, вызывает ишемию сосудов бронхов, бронхоспазм, что значительно ухудшает регенерацию слизистой трахеобронхиального дерева и существенно затрудняет процесс лечения. Проводимая нами при этом "высокая" перидуральная анестезия на уровне Th III - Th IV с введением анестетиков через 3 часа, проведение инфузионной терапии через бедренную вену позволили значительно снизить давление в легочной артерии (по данным реографии легочной артерии), тем самым увеличить скорость кровотока в сосудах легких, улучшить оксигенацию бронхов, уменьшить бронхоспазм, сократить сроки регенерации слизистой трахеобронхиального дерева.

В 1992 году в городской центр по лечению острых отравлений поступило 96 больных с аспирационным синдромом. Лечение их осуществлялось по вышеуказанным методикам. Число умерших составило только 6 человек (6,6 %), этот показатель объективно отражает преимущества предлагаемых нами методик.

ВОЗМОЖНОСТИ РАННЕГО ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛЫМИ ОЖОГАМИ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА

Катаев С. С., Зайковский В. Н., Ульянова Т. Н., Пьянков В. А.
Городская клиническая больница скорой медицинской помощи
Городской токсикологический центр
г. Екатеринбург

В течение многих лет обобщался и накапливался опыт по