

Газовый состав крови

профильный подход и ключ к дифференциальной
диагностики для врача любого ОИТ

IV Международный конгресс
Black Sea Pearl

Одесса, 23–25 мая 2017 г.



Кузьков В. В., д. м. н.

СГМУ, 2017 г.



Нарушения газообмена и КЩР

Введение

- В большинстве случаев нарушения КЩР и газообмена — **следствие серьезного нарушения. Редко имеют самостоятельное значение!**
- Оценка КОС и газообмена — **незаменимый метод диагностики** у пациентов ОИТ. Облегчает быструю **дифференциальную диагностику** нарушений.
- Анализ газового состава и КЩР **в динамике** позволяет отслеживать течение основного заболевания и контролировать **эффективность проводимой терапии.**
- Результаты исследования ГЭК и КЩР должны рассматриваться **параллельно с оценкой клинического состояния пациента.**



Нарушения газообмена и КЩР

Зачем практическому врачу этот анализ?

- Профилактика и устранения **экстремумов газообмена**: гипо- и гипер-... оксия и капния.
- Точная отстройка **принудительной ИВЛ!**
- **Контроль эффективности терапии шока** — анализ КОС в динамике. **Лактат!**
- **Потребность в гемотрансфузии** (ВЕ — трансфузионный триггер, вместе с Hb, лактатом и ScvO₂).
- **Спланхнические функция** (креатинин, билирубин и D-лактат)!
- **Эффекты симпатомиметиков** и многое, многое другое!



В большинстве случаев попытки лечить ацидоз или алкалоз — не более чем «трупный макияж»...

Проблема «перелета» — overshoot-алкалоз после лечения лактат-ацидоза.

Непредсказуемый внутриклеточный ацидоз.

Нарушения газообмена и КЩР

Параметры КОС и газообмена

| Показатель | Границы | Единицы | Примечания |
|--|---------------------------------|-------------------|---|
| pH | 7,35 – 7,4 – 7,45 | отн. | Относительная величина |
| PaCO ₂ | 4,8 – 5,3 – 5,9 36 – 40 – 44 | кПа мм рт. ст. | |
| PaO ₂ | 11,9 – 13,2 90 – 100 | кПа мм рт. ст. | На уровне моря FiO ₂ = 21%, становится ниже с повышением высоты, повышается при кислородотерапии |
| Актуальный бикарбонат HCO ₃ ⁻ (AB) | 22 – 24 – 26 | ммоль/л | Нормальные значения могут варьировать при изменении PCO ₂ |
| Стандартный бикарбонат SB | 22 – 24 – 26 | ммоль/л | [HCO ₃ ⁻] после его стандартизации (эквивалентность) по значению CO ₂ 40 мм рт. ст. (5,3 кПа) – «метаболический» бикарбонат |
| Избыток оснований BE | -2,0 – +2,0 | ммоль/л | При отрицательном значении BE говорят о дефиците оснований |

Нарушения газообмена и КЩР

КОС крови – суррогат тканевого КОС?

На практике, мы способны измерять только внеклеточную рН (кровь)...

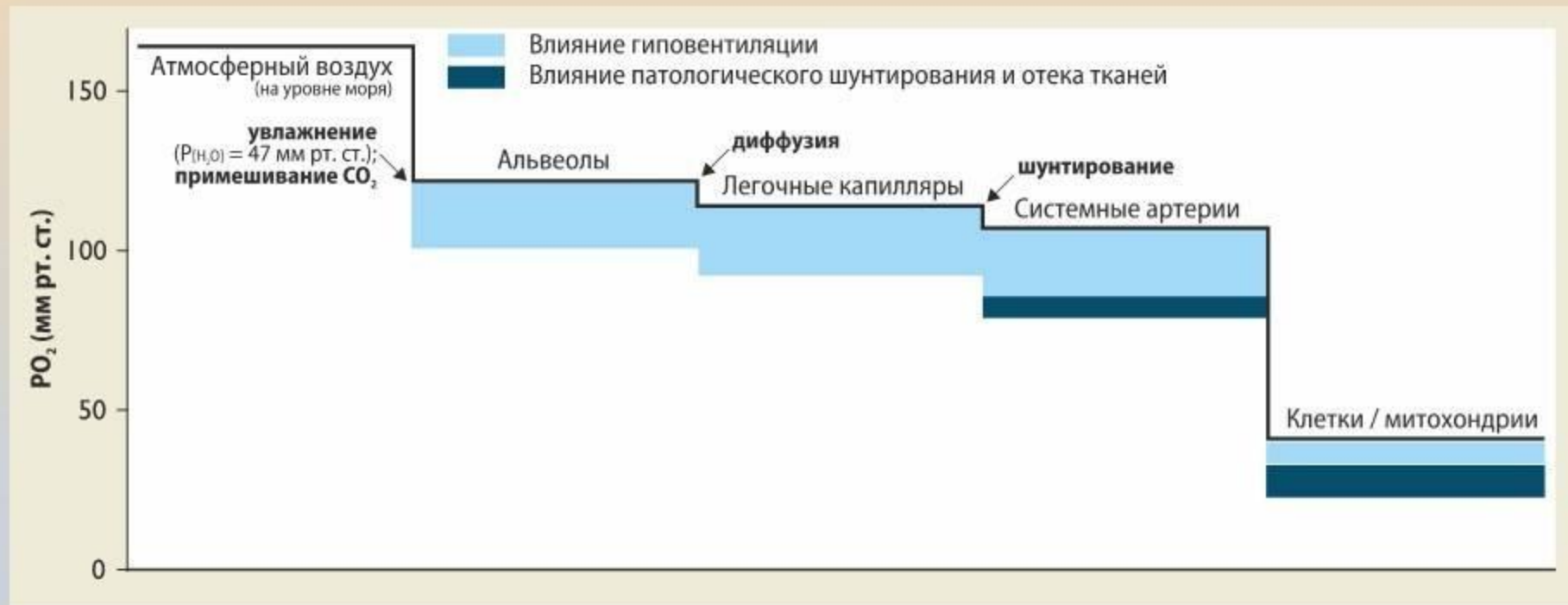


- рН неоднородно внутри отдельной клетки и варьируют в разных компартментах...
- Среда клетки обладает выраженной буферной активностью...
- Анализ КЩР крови — «суррогат» внутриклеточной среды!

Нарушения газообмена и КЦР

А что в отношении кислорода?

- На практике мы способны измерять только газовый состав крови!
- O_2 и CO_2 крови — суррогаты тканевого газообмена!



Кислородный каскад — снижение PO_2 от воздуха к клеткам...

Нарушения газообмена и КЩР

Роль клинической ситуации!

- Гомеостаз КОС оказывает большое влияние на функцию белков. Серьезные сдвиги КЩР могут создавать угрозу для жизни.
- Большое значение для состояния и прогноза имеет исходное заболевание!

Необходима точная клиническая диагностика и сбор анамнеза!

Примеры:

- **pH менее 7,10** при изолированном судорожном синдроме не опасно, но при интоксикации метанолом свидетельствует о крайне неблагоприятном прогнозе!
- **pH > 7,60** на фоне синдрома тревожной гипервентиляции — риск нарушений низкий. Но кардиомиопатия на фоне лечения гликозидами или диуретиками!

КЩР

ГАК молодой пациентки после одного неприятного события

RADIOMETER ABL800 FLEX

ABL825 Больница №1 Архангельска 07:49 AM 11/10/2012
 РАПОРТ ПАЦИЕНТА Кровь - S 195uL Пробе # 134996

Идентификации

Фамилия пациента НЕИЗ-НАЯ
 Пол Жен
 Отделение (Пац) РЕАН
 Тип пробы Артериальная

pH/газы крови

↓ pH 7.132 [7.350 - 7.450]
 pCO2 39.1 mmHg [32.0 - 45.0]
 ↑ pO2 102 mmHg [83.0 - 108]

Кислотно-щелочной статус

↓ cHCO3-(P),c 12.5 mmol/L [21.0 - 28.0]
 ↓ SBE,c -14.9 mmol/L [-3.0 - 2.0]

Оксиметрия

ctHb 140 g/L [120 - 160]
 sO2 98.2 % [95.0 - 99.0]
 ↓ FCOHb 0.4 % [0.5 - 1.5]
 ↓ FHHb 1.8 % [2.0 - 6.0]
 FO2Hb 96.7 % [94.0 - 98.0]
 FMetHb 1.1 % [0.0 - 1.5]

Электролиты

↓ cNa+ 132 mmol/L [136 - 146]
 ↓ cK+ 3.3 mmol/L [3.4 - 4.5]

Метаболиты

↑ cLac 14.3 mmol/L [0.5 - 1.6]

Вычисленные значения

Hct,c 42.9 % [33.0 - 46.0]

Примечания

↑ Значение(я) выше референтного диапазона
 ↓ Значение(я) ниже референтного диапазона
 .c Вычисленные значения

Н/Б/А

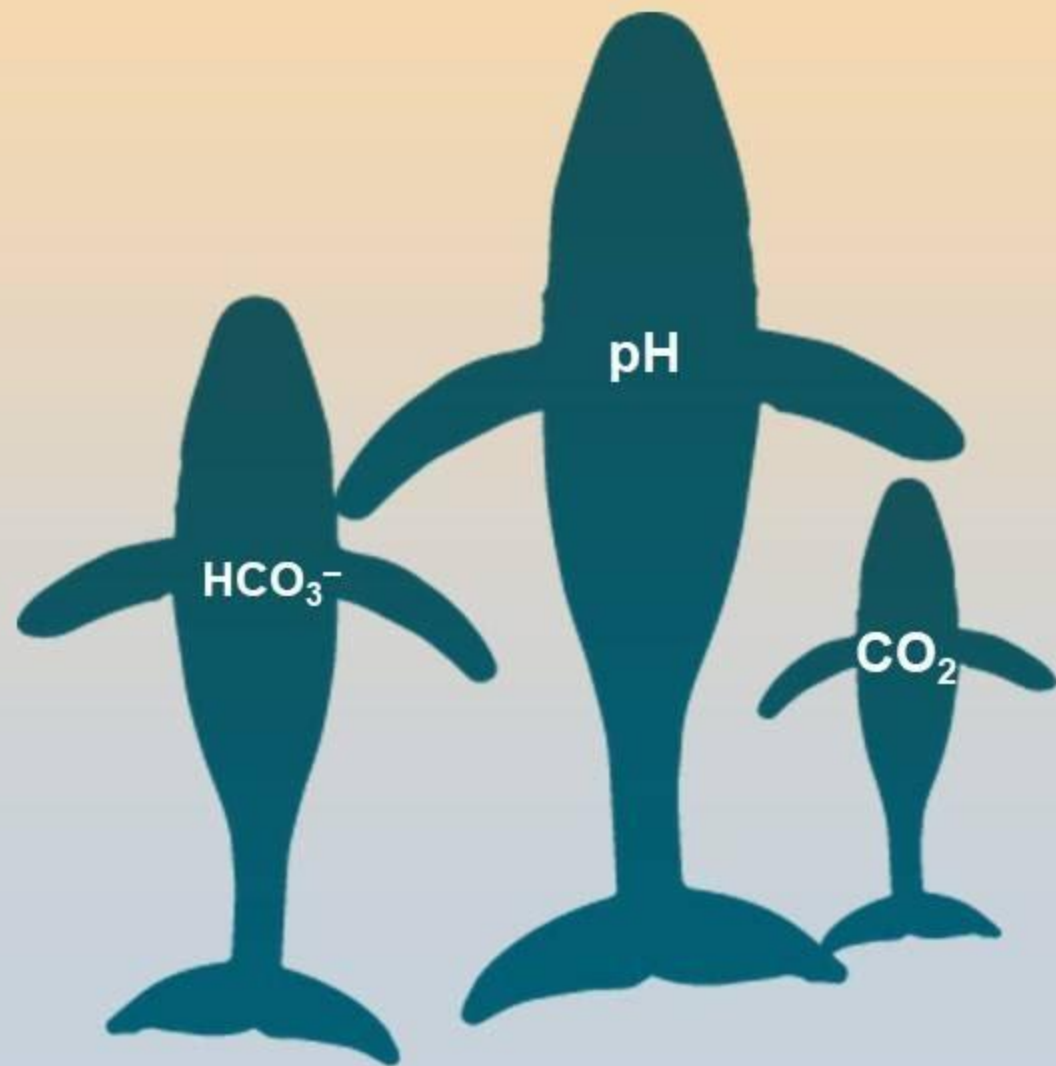
ПЕРВАЯ ГОРОДСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА СКОРОЙ
 МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ им. Е.Е. ВОЛОСЕВИЧ г. АРХАНГЕЛЬСК

| | | | |
|---|--|----------------------------|---------------------|
| Номер и. б. 31240/752142 РЕАНИМАЦИОННАЯ КАРТА | | Номер п/л 2849 | |
| Ф., и., о. боль Невестная | | Возраст 25 лет | |
| Поступила | | гр. крови Rh | |
| Переведен А.И.О. | | 10.11.12 мес. 4 час. 45 | |
| | | 10.11.12 мес. 11 мин. 30 | |
| Клинический диагноз | Основное заболевание Демонстрация. Состояние перед | | |
| | 4489/02 | | |
| Сопутствующие заболевания | | | |
| Операции | Название | | дата часы |
| | Объем и характер инфузии | | хирург анестезиолог |
| код врача 124/66 | | | |
| код м/с 216 | | | |
| ПРИМЕНЕНИЕ СПЕЦИАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИТР | | | |
| код метода fo 92 94 96 99 1 | | | |
| код врача | | | |
| код осложнен. | | | |
| 2 поступил перв. - 0, повт. - 1 | | ЗАКЛЮЧЕНИЕ РЕАНИМАТОЛОГА | |
| 1 откуда поступил (код) | | Состояние с ацидозом | |
| 94 профиль основн. заболеваний. (код) | | на фоне респираторной | |
| 6 показание к госпитализ. (код) | | в состоянии сознания перед | |
| | | решен в реанимации | |
| | | супрессивной седацией | |
| | | на фоне респираторной | |
| ИСХОД ЛЕЧЕНИЯ | | | |
| 1 перевед. в оргт. умер - 2 | | | |
| | | выписан - 0 | |
| | | в б-це умер - 1 | |
| Зав. отд. | | Леч. врач | |

Зеленый

Нарушения газообмена и КЩР

«ТРИ КИТА» КИСЛОТНО-ОСНОВНОГО СОСТОЯНИЯ!



Нарушения газообмена и КЩР

КОС физиологических жидкостей

Большая часть физиологических жидкостей имеют слабо щелочную среду...



$$\text{pH} = -\log [\text{H}^+]$$

Норма 7,35 – 7,45 ($7,40 \pm 0,05$)

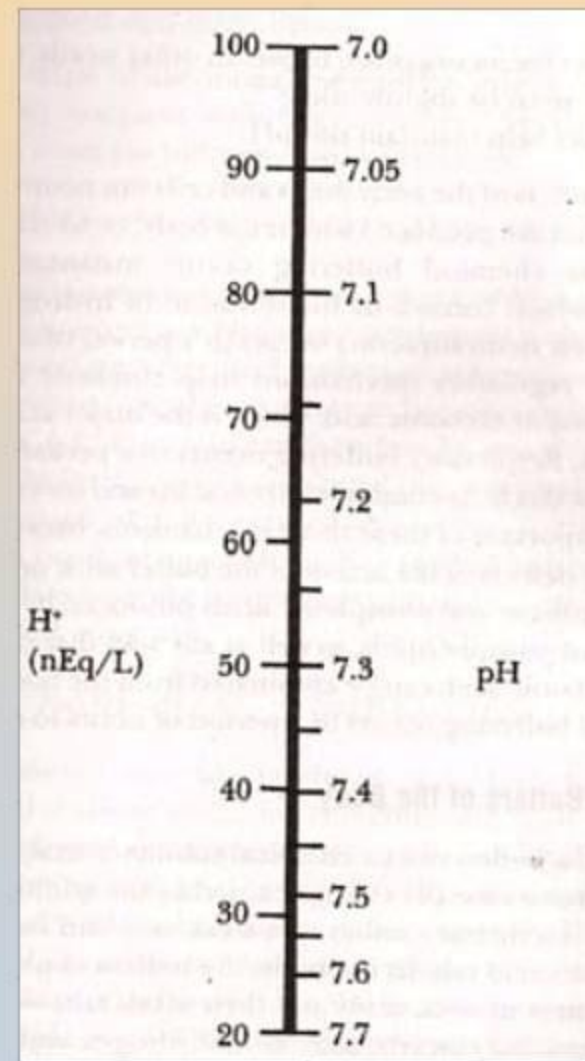
«Границы выживания» 6,8–7,8 при этом концентрация ионов H^+ изменяется от 160 нмоль/л (рН 6,8) до 16 нмоль/л (рН 7,8) — **изменения в 10 раз!**

В то же время для K^+ «границы выживания» от 1,5 до 8 нмоль/л – **изменения в 5,5 раз.**

Нарушения газообмена и КЩР

Концентрация протонов (H^+) и показатель pH

- Показатель pH предложен Sorensen в 1909 г.
- **pH** = “potential” водорода, или “power hydrogen”. Чем выше pH, тем ниже концентрация.
- По сравнению с другими ионами концентрация ионов водорода – *протонов* [H^+] очень мала.
- Na^+ 140 ммоль/л, а H^+ около 0,00004 ммоль/л = 40 нмоль/л. Концентрация Na^+ в 3 млн. раз выше!
- Ион водорода H^+ в 100 000 раз меньше атома водорода.



Нарушения газообмена и КЩР

Концентрация ионов водорода – первый «кит» К.О.С...

- **Ключевым звеном КЩР является концентрация ионов водорода – H^+ (атом водорода, лишенный единственного электрона) = протон.**
- Благодаря крохотному размеру H^+ проникают вглубь отрицательно заряженных белковых молекул и вызывают их конформационные изменения.
- Изменяют активность белковых молекул, что играет особую роль в случае ферментов — нарушение естественного течения биологических реакций.
- Внутриклеточная концентрация H^+ оказывает выраженное влияние на функцию клеток.

Нарушения газообмена и КЩР

На что влияет рН?

Ионизация влияет на функцию следующих белковых молекул:

- Ферменты.
- Пептидные гормоны.
- Рецепторы.
- Ионные каналы.
- Транспортёры.
- Медиаторные белки.

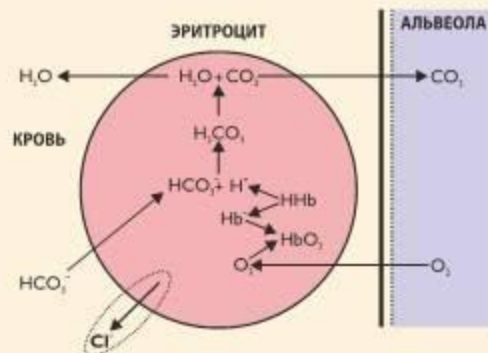
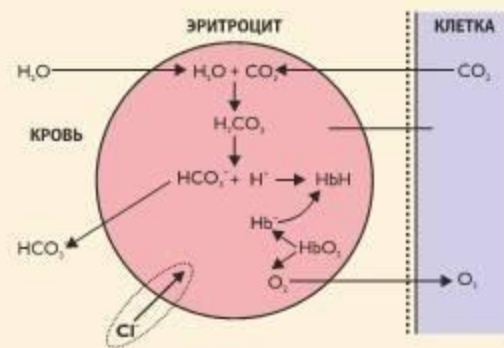


- Для предупреждение клеточной дисфункции необходимо точное поддержание концентрации ионов H^+ *in vivo*.
- Существует достаточно прочная связь между концентрацией H^+ внутри клетки и во внеклеточном пространстве.

Нарушения газообмена и КЩР

Углекислый газ – второй «кит» К.О.С.

- Постоянно вырабатывается в организме. Концентрация в крови несколько ниже у женщин (32–45 мм рт. ст.), чем у мужчин (35–48 мм рт. ст.).
- **Быстрая легочная регуляция.** Мощный бронхо- и вазодилатор.
- Под влиянием карбоангидразы переходит в угольную кислоту и обратно.
- Выводится легкими и транспортируется в трех формах, в том числе в связи с эритроцитами.



Нарушения газообмена и КЩР

Концентрация ионов бикарбоната – третий «кит» К.О.С...

- **Выводится или задерживается почками.**
- Накопление бикарбоната лежит в основе компенсации самого частого хронического нарушения КОС — хронического респираторного ацидоза.
- В стандартных растворах нет бикарбоната, только его предшественники (лактат, малат). Относительно «кислые» растворы разводят «щелочную кровь» и создают **ДИЛЮЦИОННЫЙ ацидоз.**



Нарушения газообмена и КЩР

Компенсация хронического респираторного ацидоза

Пациент может жить долго только с компенсированным расстройством КОС!

Самое частое хроническое нарушение КЩР — респираторный ацидоз.

Пациент с тяжелой ХОБЛ. Накопление CO_2 и респираторный ацидоз и компенсационный мет. алкалоз — накопление HCO_3 почками.

На момент забора ГЭК на ИВЛ SIMV — гипервентиляция!

| | |
|-----------------|-----------------|
| pH | 7,509 |
| PaCO_2 | 53,2 мм рт. ст. |
| cHCO_3 | 42,0 ммоль/л |
| BE | +17,3 ммоль/л |

RADIOMETER ABL800 FLEX

ABL825 Больница №1 Архангельска 07:19 AM 10/10/2012
РАПОРТ ПАЦИЕНТА Кровь - S 195uL Проба # 133006

Идентификации

Фамилия пациента
Пол Муж
Отделение (Пав.) ОАРИТ
Тип пробы Артериальная

pH/газы крови

| | | |
|--------|-----------|-------------------|
| ↑ pH | 7.509 | [7.350 - 7.450] |
| ↑ pCO2 | 53.2 mmHg | [35.0 - 48.0] |
| ↑ pO2 | 138 mmHg | [83.0 - 108] |

Кислотно-щелочной статус

| | | |
|---------------|-------------|-----------------|
| ↑ cHCO3-(P).c | 42.0 mmol/L | [21.0 - 28.0] |
| ↑ SBE.c | 17.3 mmol/L | [-1.5 - 3.0] |

Оксиметрия

| | | |
|---------------------|---------|-----------------|
| ↓ ctHb | 101 g/L | [135 - 175] |
| sO2 | 97.7 % | [95.0 - 99.0] |
| FCO ₂ Hb | 0.6 % | [0.5 - 1.5] |
| FNHb | 2.3 % | [2.0 - 6.0] |
| FO ₂ Hb | 96.3 % | [94.0 - 98.0] |
| FMetHb | 0.8 % | [0.0 - 1.5] |

Электролиты

| | | |
|------|------------|---------------|
| cNa+ | 139 mmol/L | [136 - 146] |
| cK+ | 4.1 mmol/L | [3.4 - 4.5] |

Метаболиты

| | | |
|------|------------|---------------|
| clac | 0.8 mmol/L | [0.5 - 1.6] |
|------|------------|---------------|

Вычисленные значения

| | | |
|---------|--------|-----------------|
| ↓ hct.c | 31.4 % | [38.0 - 49.0] |
|---------|--------|-----------------|

Примечания

↑ Значение(я) выше референтного диапазона
↓ Значение(я) ниже референтного диапазона
.c Вычисленные значения
0293: Предупреждение: Обнаружен и компенсирован HbF

Кисотно-щелочное равновесие

Буферные системы организма

Возможно три типа буферирования (сглаживание нарушений КЩР):

- 1) Химическое (внутриклеточное и внеклеточное).
- 2) Респираторное (выведение или задержка CO_2) – дыхательная компенсация расстройств КЩР.
- 3) Почечная (экскреция или задержка кислот и бикарбоната).



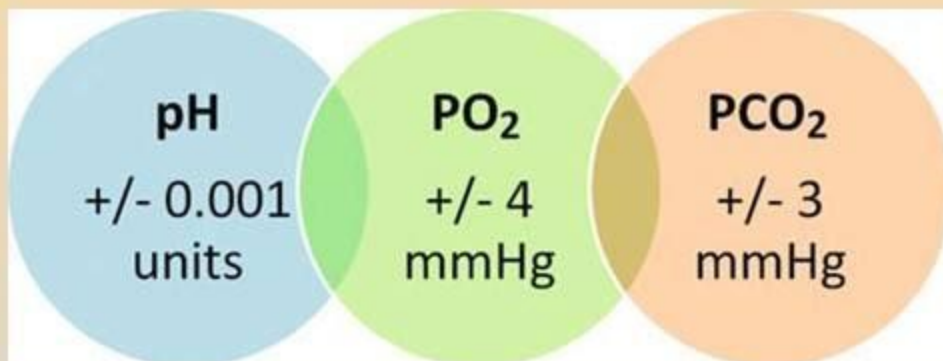
Нарушения газообмена и КЩР

Ацидоз / алкалоз и ацидемия / алкалемия!

- **Ацидоз (алкалоз)** – процессы, ответственные за развитие **ацидемии (алкалемии, соответственно)**.
- **Ацидоз** приводит к снижению рН (ацидемия), если противоположное компенсаторное нарушение КЩР не развилось или компенсация истощена.
- **Ацидемия** — частое, но не обязательное последствие ацидоза. **Может быть ацидоз без ацидемии, но не может быть ацидемии без ацидоза.**
- Ацидемия, выявленная в крови — суррогат тканевой ацидемии. Надежного способа измерить тканевое рН не существует»!

Нарушения газообмена и КЩР

Преаналитические ошибки (1)



1. **Влияние метаболизма клеток** (более 15 минут; хранение на льду!) – ложное снижение PO₂.
2. **Лейкоцитоз и тромбоцитоз** ведут к повышенному потреблению O₂ – ложное снижение O₂ – псевдогипоксемия. Может быть актуально при лейкозе или тромбоцитозе.
3. **Эффект пузырька воздуха** (снижение или повышение O₂, резкое снижение PCO₂ и повышение pH (ложный респираторный алкалоз)).

Нарушения газообмена и КЩР

Преаналитические ошибки (2)

- 4. Избыток гепарина в шприце.** Кислый раствор ведет к ложному снижению рН (хотя при очень низком рН гепарин может слегка защелачивать образец). При разведении снижается PO_2 и PCO_2
- 5. Температура тела** — при лихорадке PCO_2 и PO_2 могут быть ниже истинных, при охлаждении — завышены... (корректировка по температуре).
- 6. Пластиковые шприцы** могут поглощать кислород, особенно при высоком PO_2 (> 220 мм рт. ст.).
- 7. Избыточное разряжение** при заборе занижает PO_2 (венозные газы!). Не более 200 мм рт. ст.! **Особенно венозные газы!**

Нарушения газообмена и КЩР

АНАЛИЗ КОНКРЕТНОГО СЛУЧАЯ

Молодая пациентка с тяжелой
декомпенсацией сахарного диабета.

pH 6,921 (120 нмоль/л).

PaCO₂ 7,8 мм рт. ст. (PaO₂ 154 мм рт. ст.)

HCO₃ 1,5 ммоль/л

BE -29,0 ммоль/л

K⁺ 7,1 ммоль/л

RADIOMETER ABL800 FLEX

ABL825 Больница №1 Архангельска 12:21 AM 4/1/2012
РАПОРТ ПАЦИЕНТА Кровь - S 195uL Проба # 122463

Идентификации

Фамилия пациента
Пол Жен
Отделение (Пац) ПРИЕМ
Тип пробы Не указано

pH/газы крови

| | | | |
|------|----------|---|---|
| pH | 6.921 | - |] |
| pCO2 | 7.8 mmHg | - |] |
| pO2 | 154 mmHg | - |] |

Кисотно-щелочной статус

| | | | |
|-------------|--------------|---|---|
| cHCO3-(P).c | 1.5 mmol/L | - |] |
| SBE.c | -29.0 mmol/L | - |] |

Оксиметрия

| | | | |
|---------------------|---------|-------------|---|
| ctHb | 141 g/L | [120 - 160 |] |
| sO2 | 95.5 % | [- |] |
| FCO ₂ Hb | 1.4 % | [0.5 - 1.5 |] |
| FNHb | 4.4 % | [- |] |
| FO ₂ Hb | 93.1 % | [- |] |
| FMetHb | 1.1 % | [0.0 - 1.5 |] |

Электролиты

| | | | |
|-------------------|------------|-------------|---|
| cNa ⁺ | 140 mmol/L | [136 - 146 |] |
| ↑ cK ⁺ | 7.1 mmol/L | [3.4 - 4.5 |] |

Метаболиты

| | | | |
|------|------------|-------------|---|
| cLac | 1.5 mmol/L | [0.5 - 1.6 |] |
|------|------------|-------------|---|

Примечания

↑ Значение(я) выше референтного диапазона
.c Вычисленные значения

Нарушения газообмена и КЩР

Шаг 1: Анамнез и физикальное обследование

| Признак/заболевание | Нарушение КЩР |
|-------------------------------|---|
| Рвота | Метаболический алкалоз |
| Диарея | Метаболический алкалоз, метаболический ацидоз (нормальный АИ) |
| Тяжелая диарея | Метаболический ацидоз |
| Диуретики | Метаболический алкалоз |
| Сепсис | Респираторный алкалоз > метаболический ацидоз |
| Гипотензия, низкий СВ, анемия | Метаболический ацидоз (лактат-ацидоз) |
| Цирроз печени | Респираторный алкалоз (обычно повышена концентрация лактата!) |
| Почечная недостаточность | Метаболический ацидоз |
| Диабетический кетоацидоз | Метаболический ацидоз. Нормализация АИ в процессе терапии. |
| ХОБЛ | Респираторный ацидоз |
| Беременность | Респираторный алкалоз |
| Пневмония / ТЭЛА | Респираторный алкалоз (рефлекторная гипервентиляция) |
| ОПЛ / ОРДС | Респираторный алкалоз (рефлекторная гипервентиляция) |
| Обострение астмы | Респираторный алкалоз и далее респираторный ацидоз (уст. ДМ) |
| Судороги, выраженный озноб | Метаболический ацидоз (лактат-ацидоз) |
| Отравление цианидами, CO | Метаболический лактат-ацидоз (тканевая гипоксия) |
| Терапия бигуанидами | Лактат-ацидоз |
| Терапия антибиотиками | Лактат-ацидоз (типа D, бактериальный) |
| Почечный канальцевый ацидоз | Метаболический ацидоз (нормальный АИ) |

Нарушения газообмена и КЩР

Шаг 2: Проверка данных: математический подход...

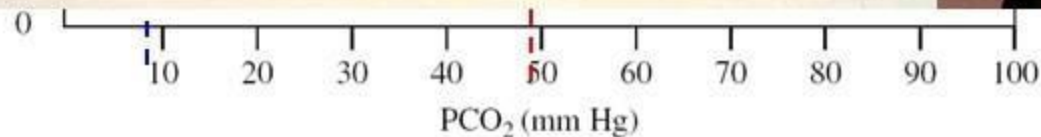
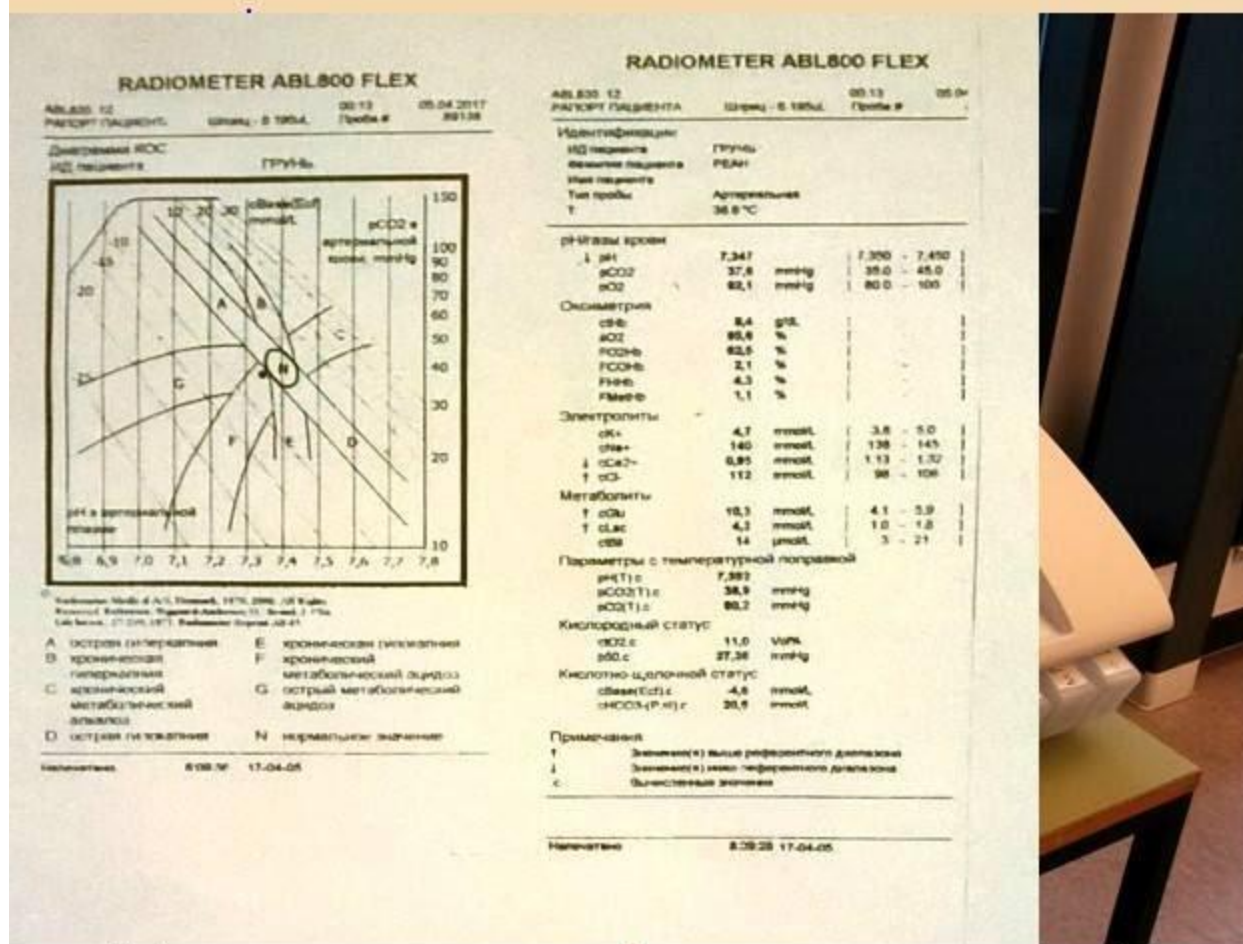
- **Уравнение Henderson–Hasselbach** в мод. Kassirer, JP, Bleich, HL:

$$H^+ = 24 \times \frac{[CO_2]}{[HCO_3^-]}$$

- Согласно уравнению Гендерсона–Хассельбаха изменение рН на 0,01 соответствует изменению $[H^+]$ на 1 нмоль/л...
- Проверка анализа крови с рН **6,921** (120 нмоль/л), P_aCO_2 **7,8** мм рт. ст. и HCO_3^- **1,5** ммоль/л
- $H^+ = 24 \times P_{CO_2} / HCO_3^- = 24 \times 7,8 / 1,5 = 124,8$ нмоль/л, что больше нормы на 85 нмоль/л ($H^+ = 40$ при рН 7,34).
- Ожидаемое снижение рН = $7,40 - [85 \times 0,01] = 6,55$, хотя исходно было получено 6,92. Вывод — **точность анализа под большим вопросом.**

Нарушения газообмена и КЩР

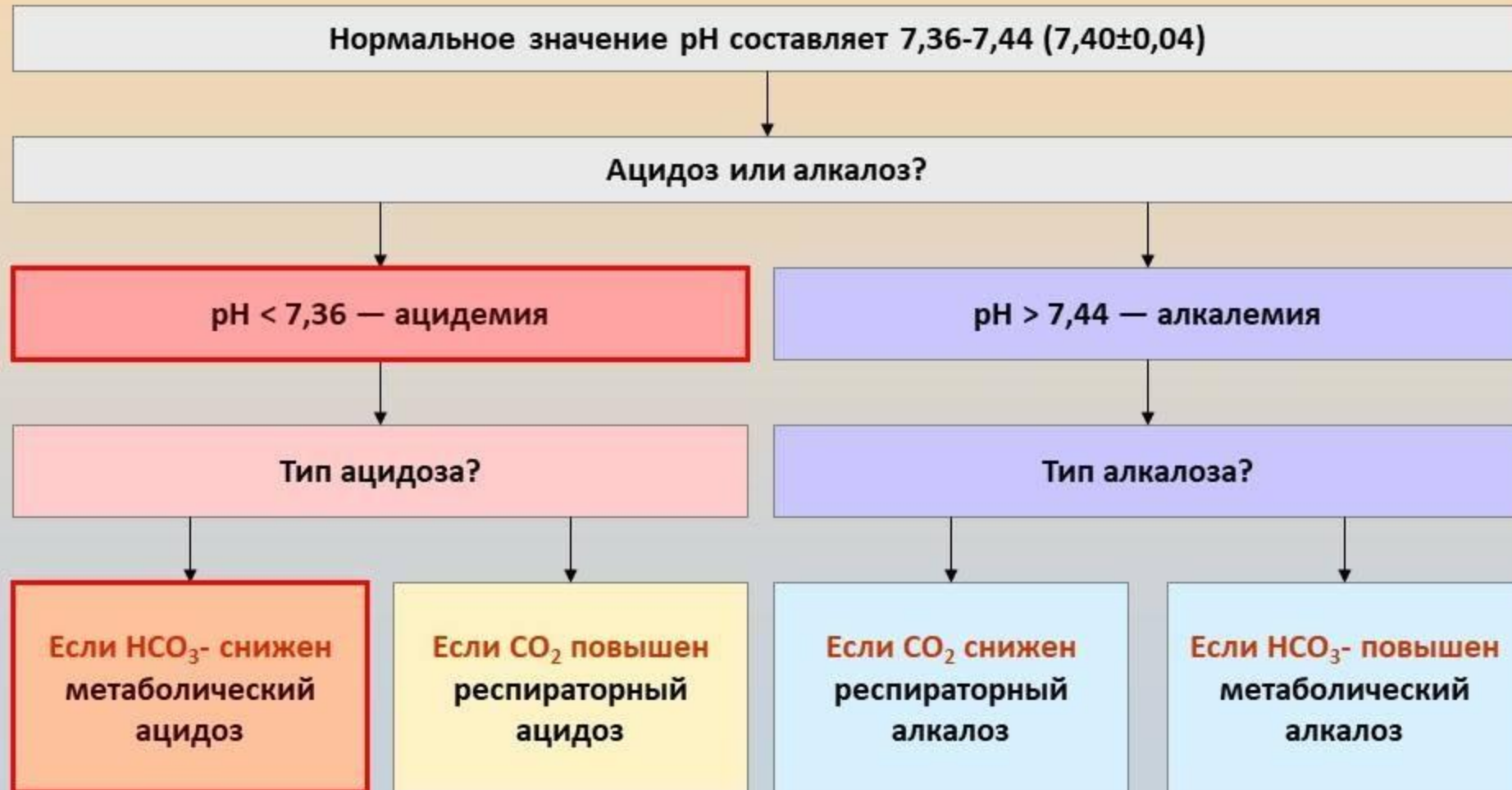
Шаг 2: Проверка данных: графический метод!



- **Картирование** — простейший способ анализа КЩР.
- Сопоставление pH, PCO₂ и HCO₃ (диагональные линии).
- Нельзя выявить тройные расстройства (два метаб. и одно респираторное).
- **«Белое поле»** — высока вероятность «смеш. расстройств».

Нарушения газообмена и КЩР

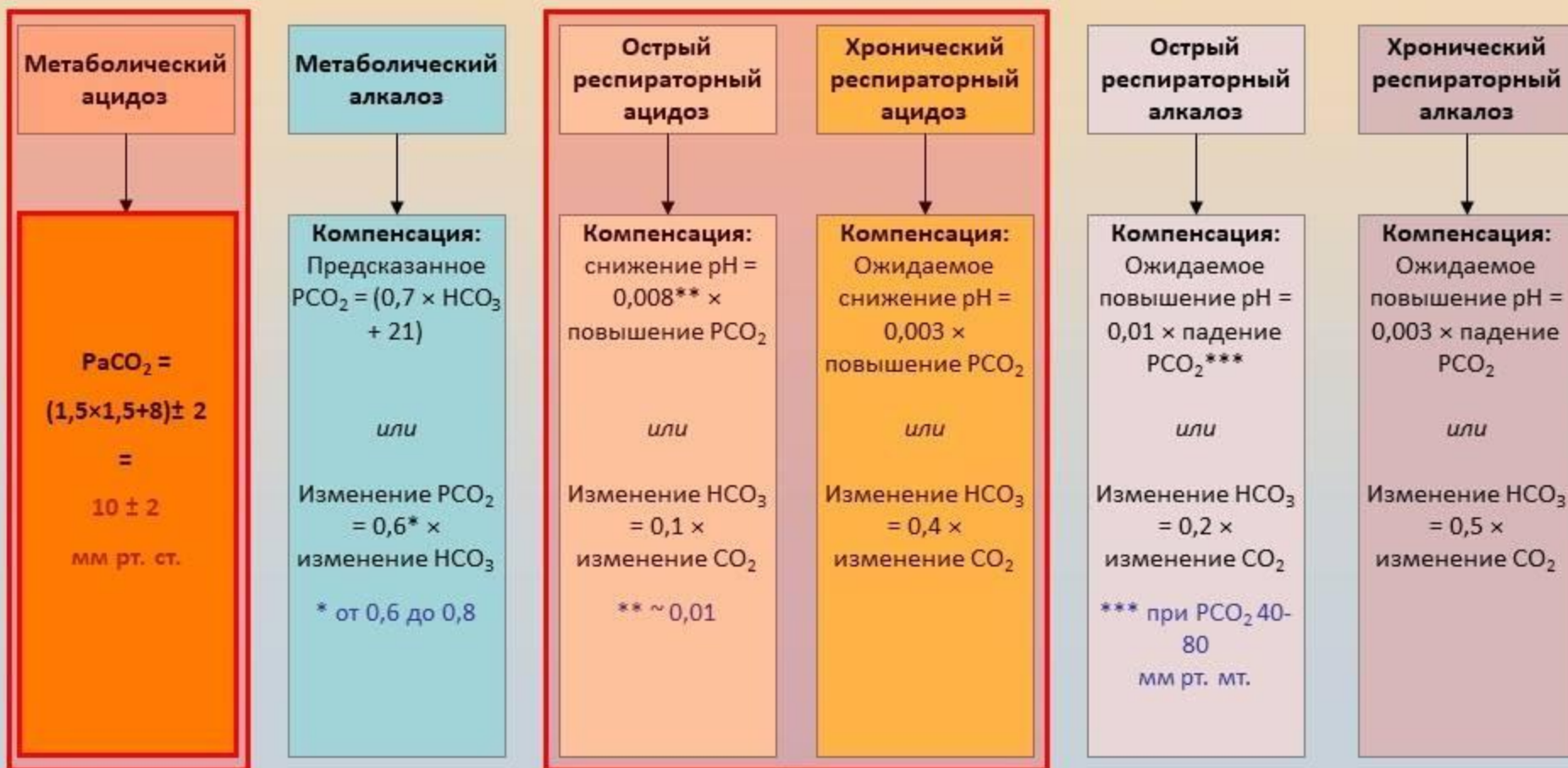
Шаг 3: Характеристика первичного нарушения КЩР



Нарушения газообмена и КЩР

Шаг 4: Расчет ожидаемой компенсации

Если компенсация меньше ожидаемой, существует независимое вторичное нарушение КЩР



Нарушения газообмена и КЩР

Шаг 5: Уточняющая диагностика и определение «давности» нарушений КЩР

Буквенно-цифровой подход к запоминанию

Метаболический ацидоз (А, В, С)

А = проверить Анионный интервал – позволяет сузить дифференциальный диагноз ацидоза.

В = если анионный интервал расширен, можно проверить Бикарбонатный интервал, что позволяет выявить (исключить) сопутствующее метаболическое расстройство

С = если анионный интервал расширен, а возможные причины этого (лактат ацидоз, ДКА, голодание, уремия) исключены, то можно заподозрить отравление токсинами. Интервал Коллоидно-осмотического давления.

Компенсация может быть оценена по формуле
Winter: **ожидаемое $PCO_2 = [(1,5 \times HCO_3^-) + 8] \pm 2$**

Респираторные нарушения (0,1; 0,2; 0,4; 0,5)

Острый респираторный ацидоз HCO_3^- повышается на **0,1** ммоль/л на 1 мм рт. ст. роста PCO_2

Острый респираторный алкалоз HCO_3^- снижается на **0,2** ммоль/л на 1 мм рт. ст. снижения CO_2

0,3 – ничего нет

Хронический респираторный ацидоз HCO_3^- повышается на **0,4** ммоль/л на 1 мм рт. ст. роста PCO_2

Хронический респираторный алкалоз HCO_3^- снижается на **0,5** ммоль/л на 1 мм рт. ст. снижения CO_2

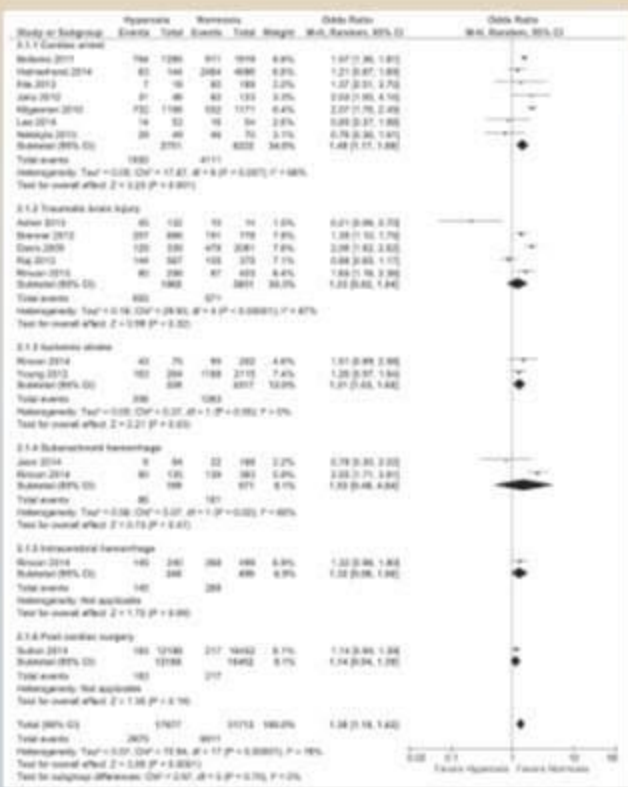
Нарушения газообмена и КЦР

Гипероксия при критических состояниях убивает!

Association Between Arterial Hyperoxia and Outcome in Subsets of Critical Illness: A Systematic Review, Meta-Analysis, and Meta-Regression of Cohort Studies*

Hendrik J. E. Helmerhorst, MD^{1,2}; Marie-José Roos-Blom, MSc³; David L. van Westerloo, MD, PhD⁴; Evert de Jonge, MD, PhD¹

Crit Care Med 2015; 43:



Reference

JAMA. 1950;144:373-375
 Lancet. 1964;2(7364):825-832
 Br Heart J. 1965;27:401-407
 Br Med J. 1968;4(5627):360-364

J Appl Physiol. 2007;102(5):2040-2045
 Am J Physiol. 2005;288(3):H1057-H1062

J Am Coll Cardiol. 1996;27(2):353-357
 Am J Physiol Heart Circ Physiol. 2002;282(6):H2414-H2421
 Chest. 2001;120(2):467-473
 Heart. 2010;96(7):533-538

Clin Med. 2002;2(5):449-451
 BMJ. 2010;341:e5462
 Stroke. 2003;34(2):571-574
 Stroke. 1999;30(10):2033-2037
 NCT00414726[†]
 Resuscitation. 2006;69(2):199-206
 JAMA. 2010;303(21):2165-2171
 Circulation. 2011;123(23):2717-2722
 Critical Care. 2011;15(2):R90

anterior descending coronary artery; LV, left ventricular.
 published. clinicaltrials.gov identifier: NCT00414726).

Association Between Arterial Hyperoxia Following Resuscitation From Cardiac Arrest and In-Hospital Mortality

JAMA, June 2, 2010—Vol 303, No. 21

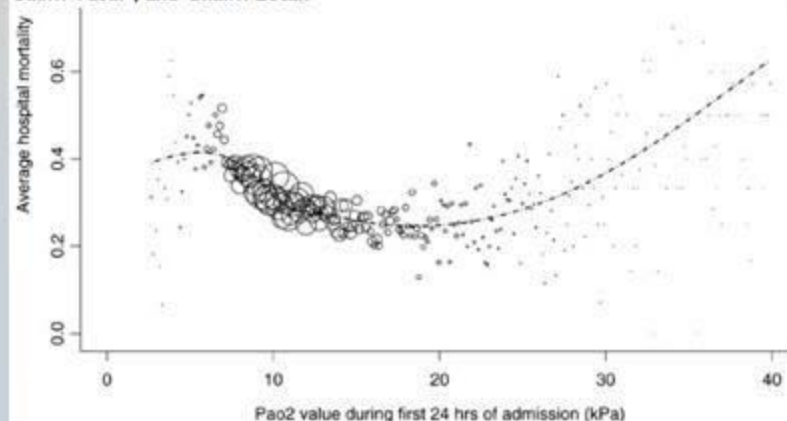
Controversies in cardiovascular medicine

European Heart Journal

accepted 26 February 2013

Oxygen therapy in acute coronary syndrome: are the benefits worth the risk?

Mony Shuvy^{1*}, Dan Atar^{2,3}, Philippe Gabriel Steg⁴, Sigrun Halvorsen², Sanjit Jolly⁵, Salim Yusuf⁶, and Chaim Lotan¹



Нарушения газообмена и КЦР

Гипероксия в операционной: лучше исключить!

Гипероксия и кислородотерапия:

- Уменьшает частоту п/о тошноты и рвоты.
- Снижает риск интестинальной ишемии. (?)
- Снижает частоту раневой инфекции. (?)

Akça O, Sessler DI: Minerva Anesthesiol 2002, 68:166-70.

Greif R et al. Anesthesiology 1999, 91:1246-52.

Goll V et al. Anesth Analg 2001, 92:112-7.

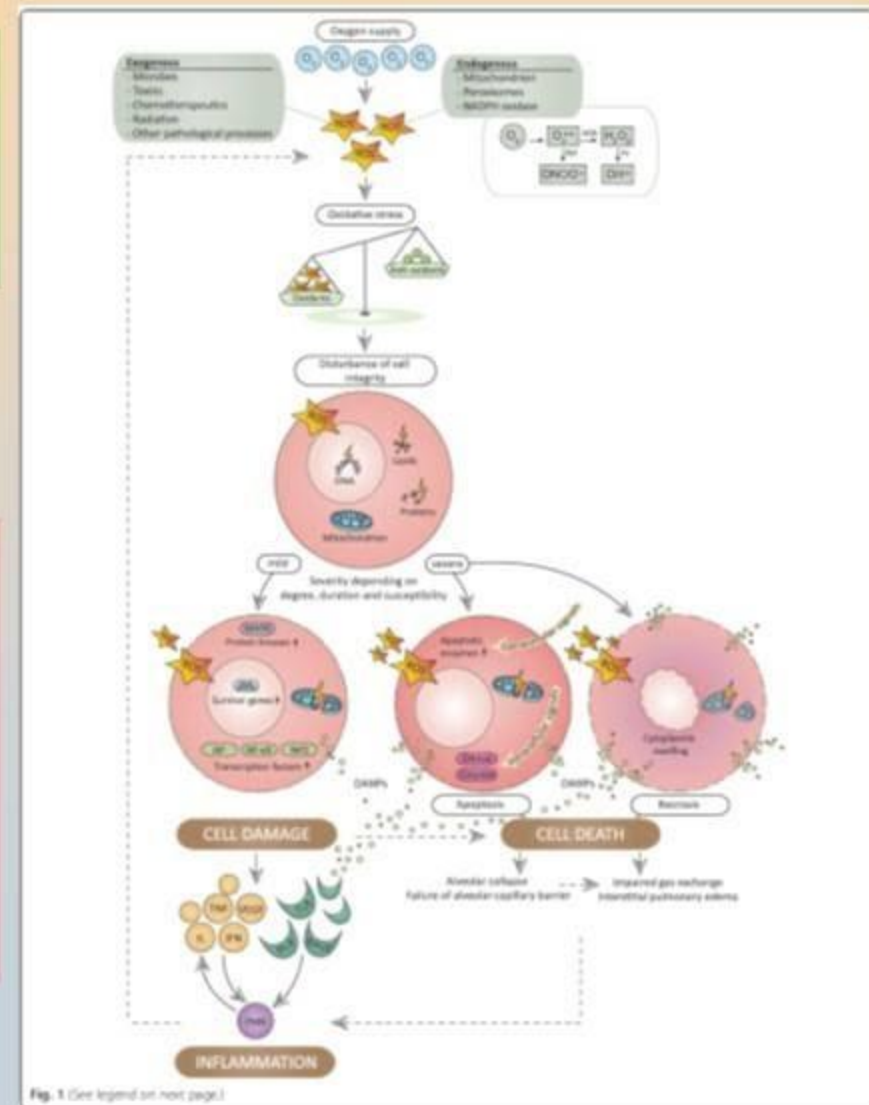
Hovaguimian F et al. Anesthesiology 2013, 119:303-16.

Гипероксия в периоперационном периоде:

- Увеличивает риск **резорбционных ателектазов!**
- Вызывает **оксидативный стресс**, повреждение эндотелия и эпителия, приток воспалительных клеток в легкие.
- **При осложнениях (СЛР, ОИМ, ОНМК) влияет на исходы!**

Bhandari V, Elias JA: Free Radic Biol Med 2006, 41:4-18.de

Graaff, et al. Intensive Care Med 2011, 37:46-51.



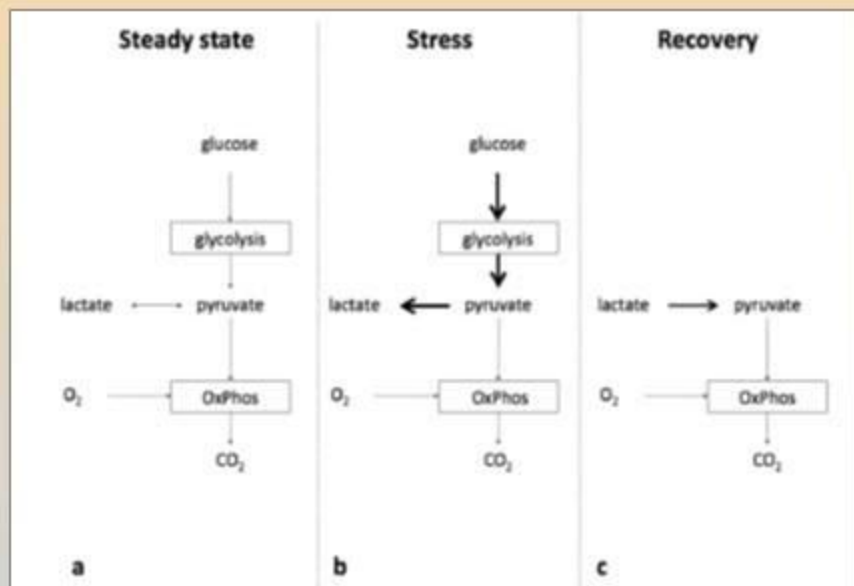
Нарушения газообмена и КЦР

Лактат в рамках «фазового» подхода к мониторингу

| Параметры | Стадия | | | |
|--------------------------------------|----------|-------------|--------------|-------------|
| | Спасение | Оптимизация | Стабилизация | Деэскалация |
| Минимальный объем мониторинга | | | | |
| Артериальное давление | → | | | |
| ЧСС | → | | | |
| Лактат, газы крови | → | | | |
| Пульс и симптом «пятна» | → | | | |
| Ментальный статус | → | | | |
| Диурез | | → | | |
| Гидробаланс | | → | | |
| Оптимальный объем мониторинга | | | | |
| ЭхоКГ / Допплер | → | | | |
| ЦВД / ДОЛА | | → | | |
| ScvO ₂ / SvO ₂ | | → | | |
| СВ / УО | | → | | |
| ИГКДО | | → | | |
| ИВСВЛ | | | → | |

Нарушения газообмена и КЩР

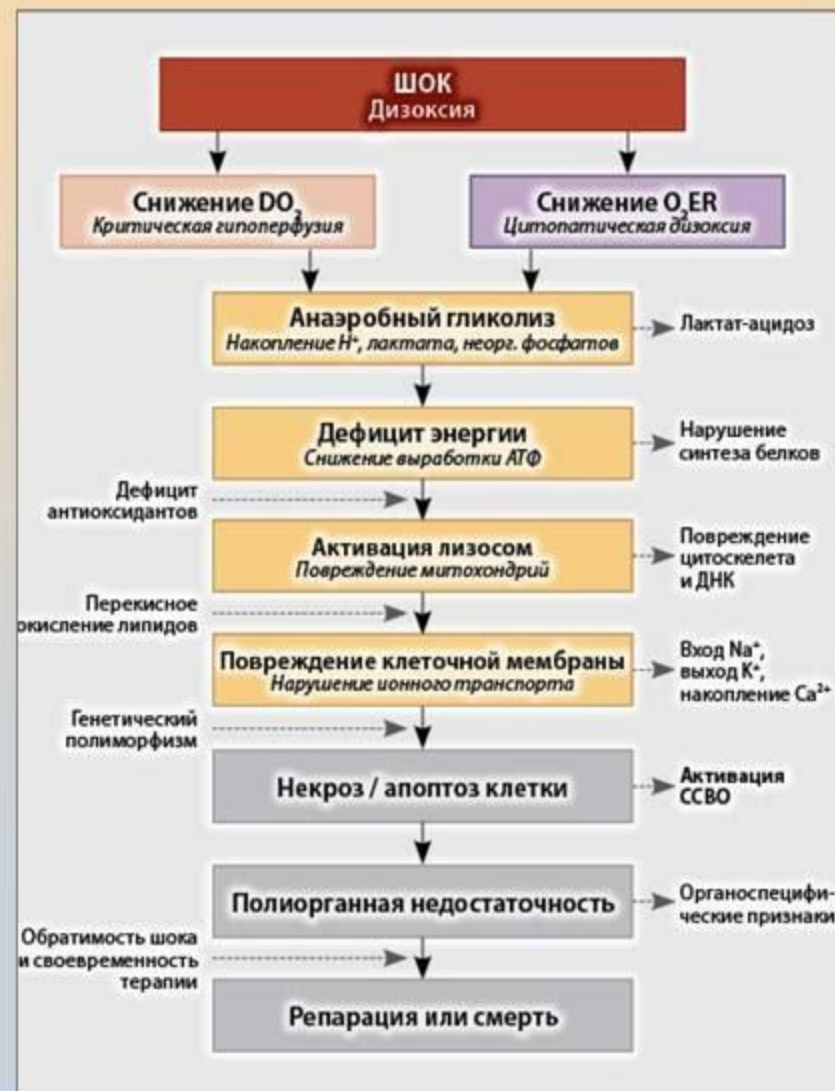
Лактат – еще один полезный показатель



Нормальная концентрация лактата:

- В покое: 1,0–0,5 ммоль/л.
- Стресс < 2 ммоль/л.
- «Серая зона»: 1–2 ммоль/л.
- Гиперлактатемия: 2–5 ммоль/л.

Лактат-ацидоз: обычно более 5 ммоль/л + метаболический ацидоз.



Нарушения газообмена и КЩР

Лактат – еще один полезный показатель

Тип А — клинические признаки тканевой гипоксии

- Шок (кардиогенный, дистрибутивный, гиповолемический).
- Регионарная гипоперфузия (ишемия конечности, мезентериальная ишемия).
- Тяжелая анемия.
- Тяжелая гипоксемия.
- Отравление угарным газом.
- Тяжелое течение бронхиальной астмы

Тип В — без признаков тканевой гипоксии

В1 — лактат-ацидоз, развивающийся на фоне сопутствующих заболеваний

Сахарный диабет, заболевания печени, новообразования, сепсис, феохромоцитома, дефицит тиамин (витамин В₁)

В2 — лактат-ацидоз, связанный с действием лекарственных препаратов / токсинов

Бигуаниды, этанол, этиленгликоль, пропиленгликоль, фруктоза, сорбитол, ксилитол, салицилаты, парацетамол, адреналин, тербуталин, цианиды, нитропруссид натрия

В3 — лактат-ацидоз, связанный с наследственными расстройствами обмена

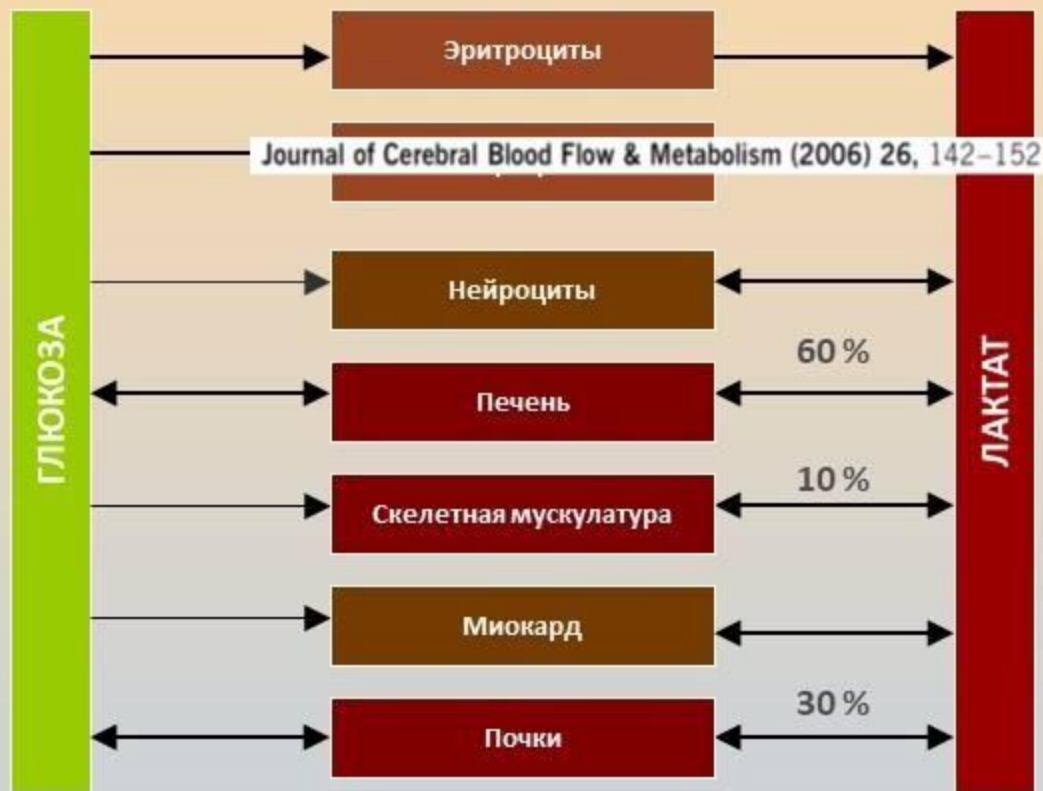
Дефицит глюкозо-6-фосфатазы, дефицит фруктозо-1,6-дифосфатазы, дефицит пируваткарбоксилазы или пируватдегидрогеназы, дефекты окислительного фосфорилирования

Прочие

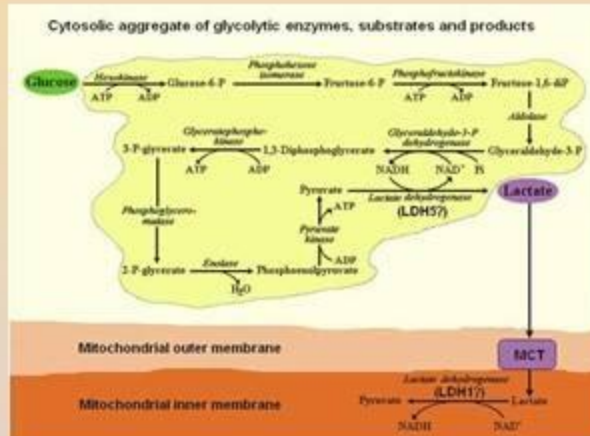
D-лактат-ацидоз*, гипогликемия

Нарушения газообмена и КЩР

Лактат – еще один полезный показатель



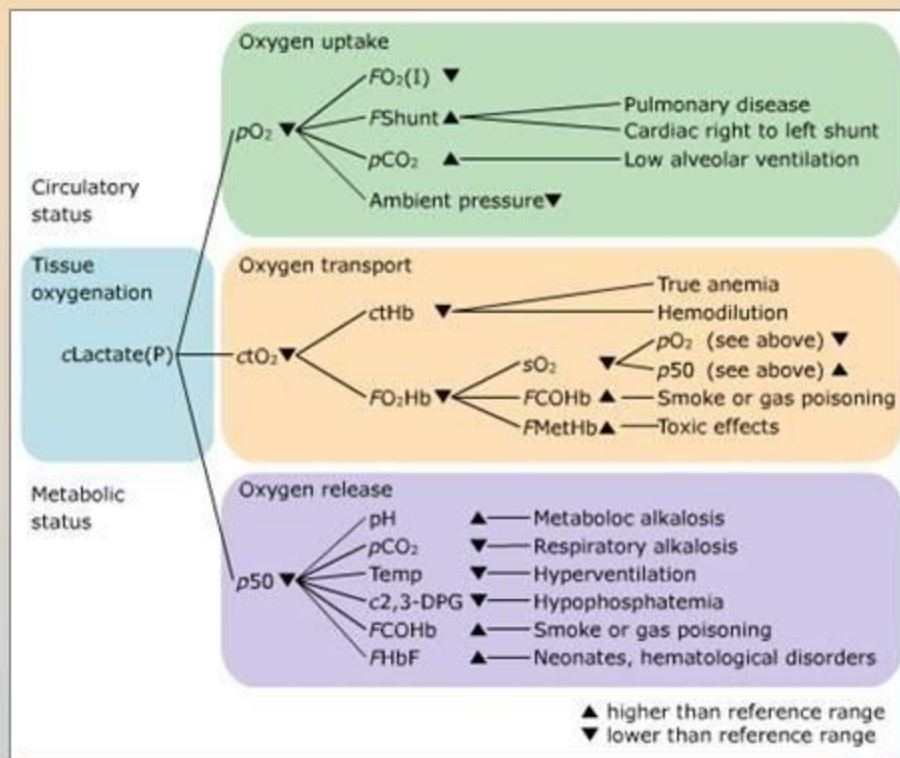
Почечный порог — 5–6 ммоль/л



Lactate: the ultimate cerebral oxidative energy substrate?

Нарушения газообмена и КЦР

Лактат и кислородный каскад — широкая панель параметров



Адекватен ли баланс между доставкой и потреблением кислорода ?

Мониторинг $ScvO_2$.

$ScvO_2 < 70\%$ – доставка не соответствует потреблению, низкий выброс.

$ScvO_2 > 70\%$ - норма или тканевая гипоксия

Адекватна ли перфузия тканей?

Адекватен ли сердечный выброс?

Оценка $Pv-aCO_2$ (в норме < 6 мм рт. ст.).

Лактат и его динамика в ходе терапии.

Исключив прочие причины гиперлактатемии, устраняйте гипоперфузию!

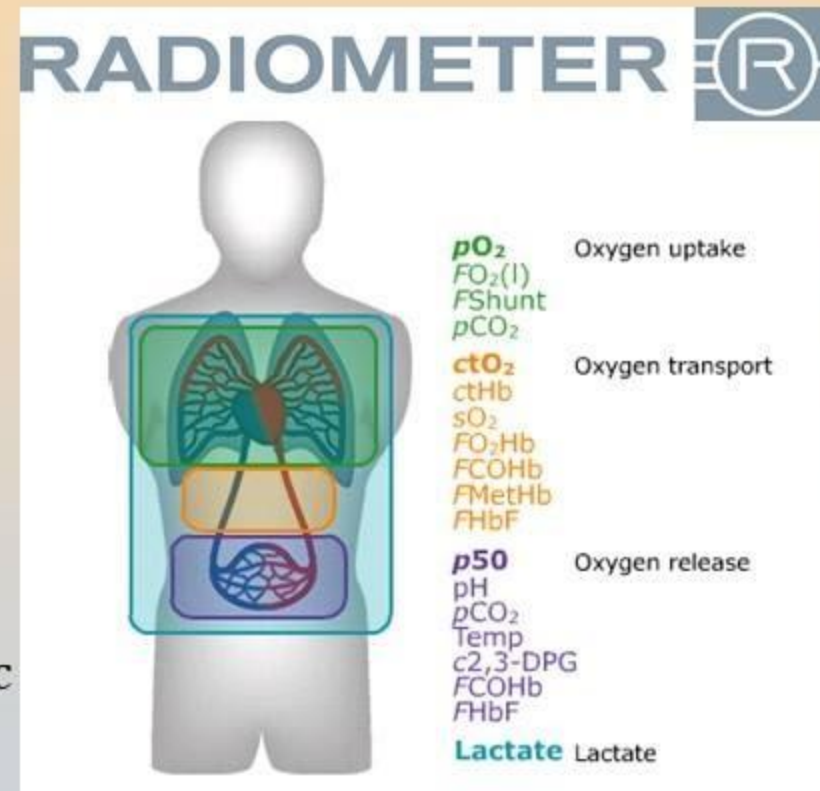
Лактат является парламентом — в него не нужно стрелять!

Ferguson

Нарушения газообмена и КЦР

Выводы

- Современный сочетанный анализ газообмена, КОС и метаболизма дает «углубленную физиологическую картину».
- Возможна изолированная оценка поступления, транспорта и потребления кислорода тканями.
- Оценка должна производиться только с учетом клинической картины!
- **Оценка газового состава крови и КОС незаменимая помощь в быстрой дифференциальной диагностике!**



Спасибо за внимание!

