

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 ГАК 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

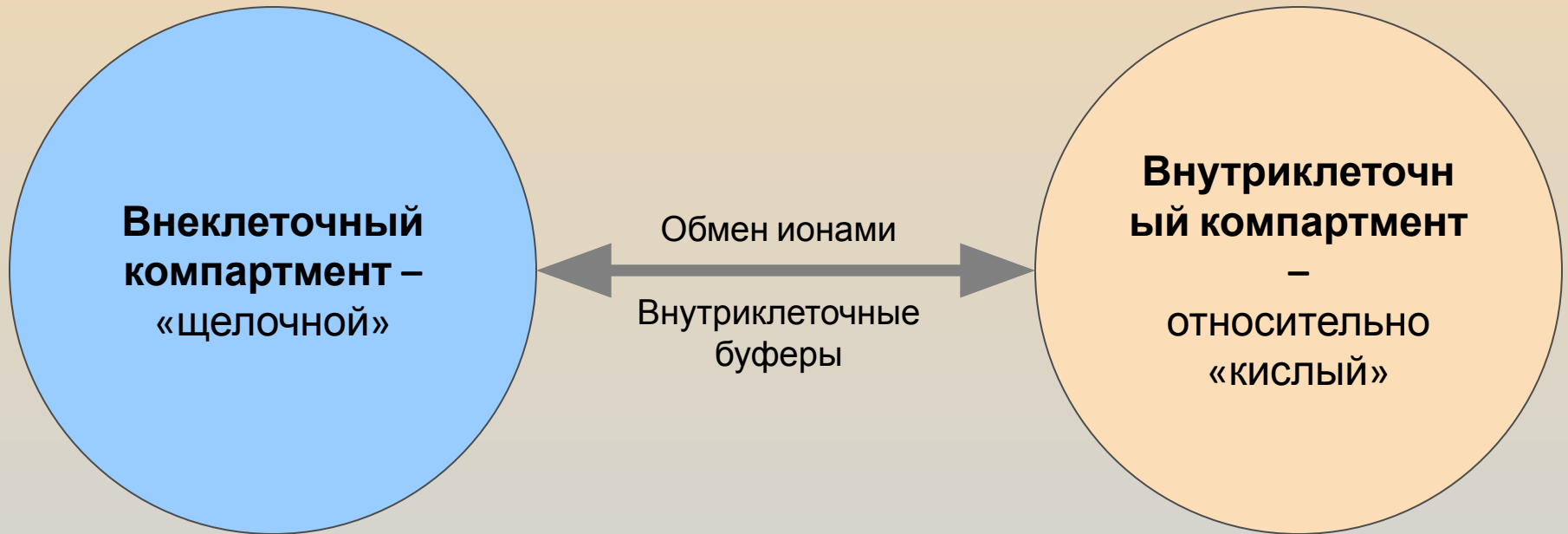
Параметры КОС и газообмена

Показатель	Границы	Единицы	Примечания
pH	7,35 – 7,4 – 7,45	отн.	Относительная величина
P_aCO_2	4,8 – 5,3 – 5,9 36 – 40 – 44	кПа мм рт. ст.	
P_aO_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 (эквивилибровка) по значению CO_2 40 мм рт. ст. (5,3 кПа) – «метаболический» бикарбонат
Избыток оснований			При отрицательном значении BE говорит о

Нарушения газообмена и КЩР

КОС крови – суррогат тканевого КОС?

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

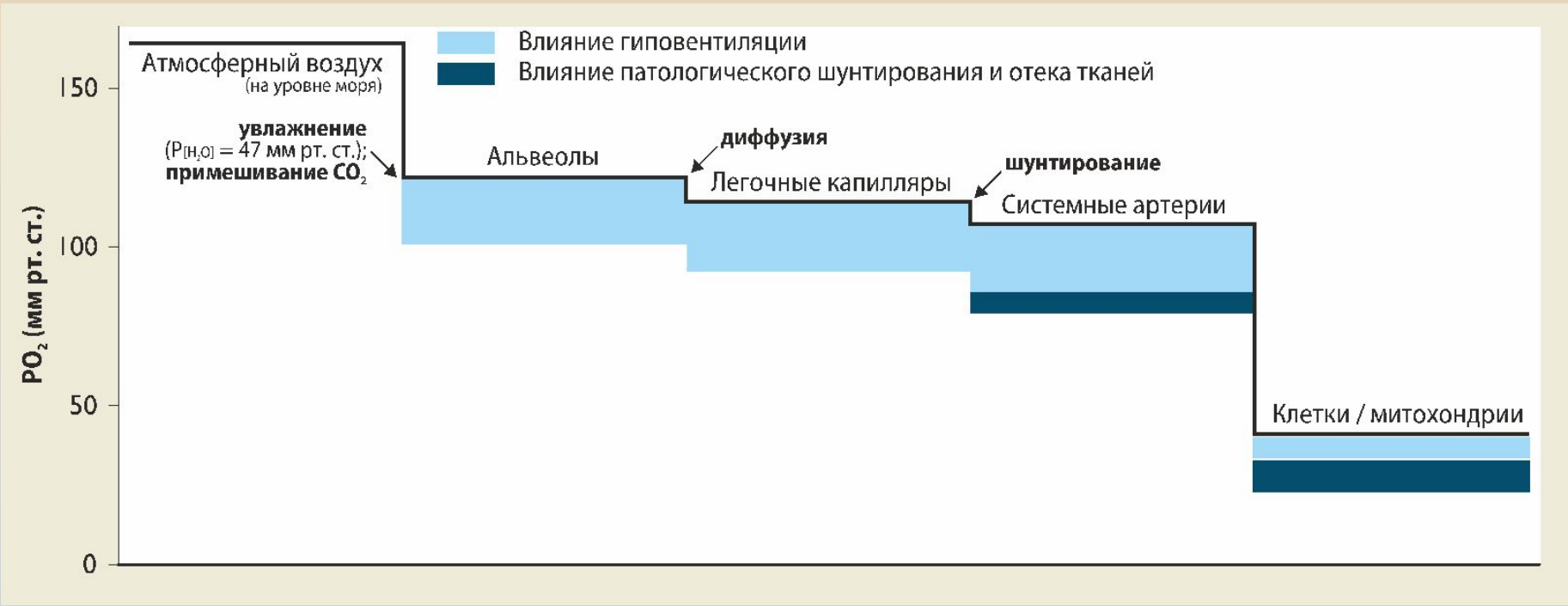


- рН неоднородно внутри отдельной клетки и варьируют в разных компартментах...
- Среда клетки обладает выраженной буферной активностью...
- Анализ КЩР крови — «суррогат» внутриклеточной среды!

Нарушения газообмена и КЩР

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!

RADIOMETER ABL800 FLEX

ABL825 Больница №1 Архангельска 07:49 AM 11/10/2012
 РАПОРТ ПАЦИЕНТА Кровь - S 195uL Проба # 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 **182** 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]
 ↓ FNHb **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

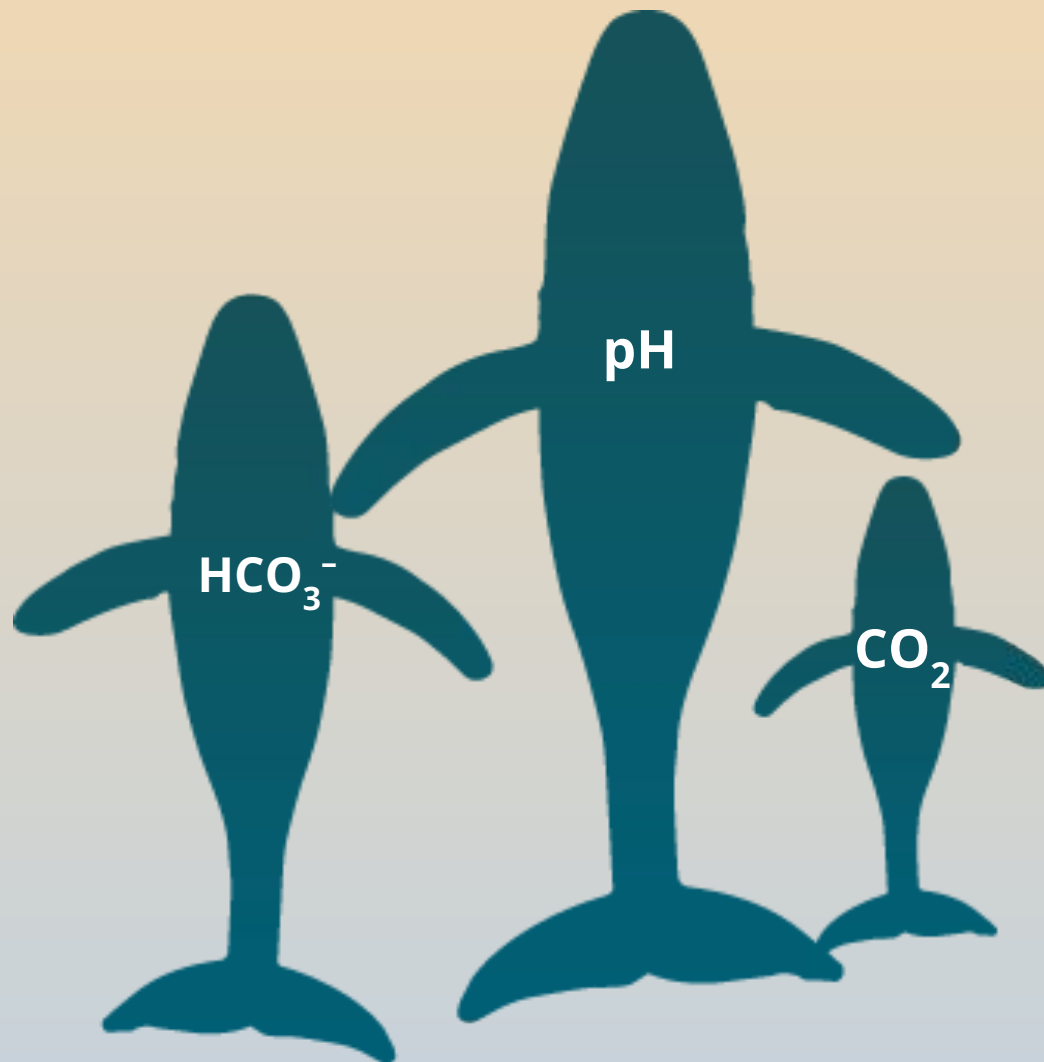
↑ Значение(я) выше референтного диапазона
 ↓ Значение(я) ниже референтного диапазона
 c Вычисленные значения

Н/БЛ.

Номер н. б.	31240/752142	РЕАНИМАЦИОННАЯ КАРТА	Номер п/л	2849
Ф., и., о. боль	Неизвестная		Возраст	25 лет
Поступил		число	10.11.12	час. 4
Переведен	1. н. о.	число	10.11.12	мин. 11
Клинический диагноз	Основное заболевание: <i>Тромбоз. Сгусток в левом легком</i> <i>судорог.</i>			
Сопутствующие заболевания				
Операция	Название	дата	часы	
	Объем и характер инфузии	хирург	анестезиолог	
	код врача	134166		
	код м/с	216		
ПРИМЕНЕНИЕ СПЕЦИАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИТР				
код метода	80	92	94	96
код врача				
код осложнен.				
2	поступил перв. - 0, повт. - 1	ЗАКЛЮЧЕНИЕ РЕАНИМАТОЛОГА		
1	откуда поступил (код)	<i>Согласно с историей болезни</i>		
94	профиль основн. заболеван. (код)	<i>из реанимационной</i>		
6	показание к госпитализ., (код)	<i>в состоянии тяжелой дыхат. недостаточности</i>		
	ИСХОД ЛЕЧЕНИЯ	<i>судорожной симптоматикой</i>		
1	перевед. в орт.	<i>из реанимационной</i>		
	умер			
	выписан - 0			
	в б-це умер - 1			
Зав. отд.	Леч. врач <i>Зеленый</i>			

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±0,05)

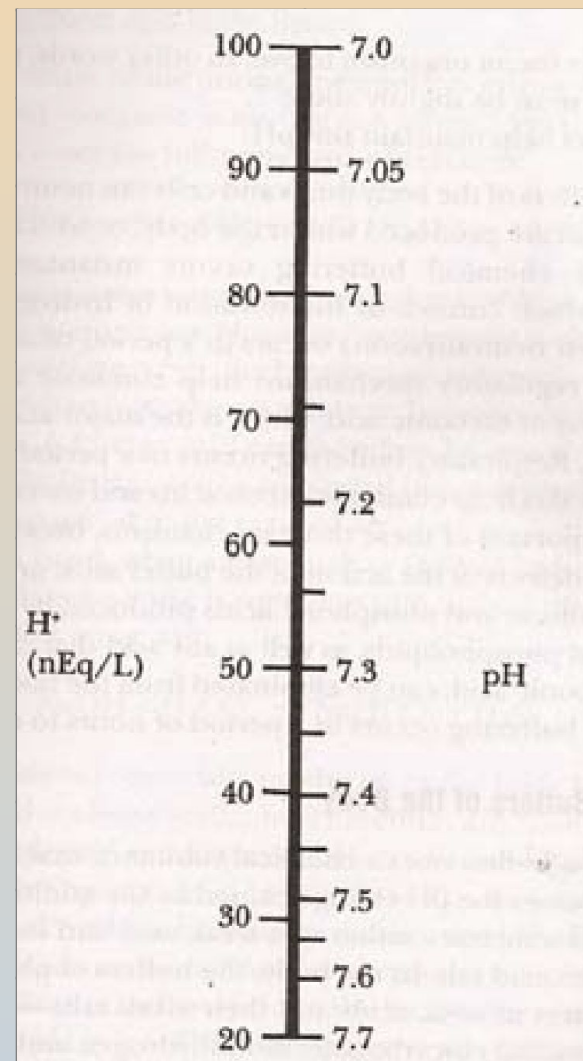
«Границы выживания» 6,8–7,8 при этом концентрация ионов H^+ изменяется от 160 нмоль/л (pH 6,8) до 16 нмоль/л (pH 7,8) — **изменения в 10 раз!**

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...

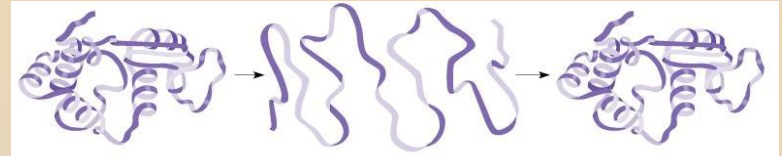
- **Ключевым звеном КЩР является концентрация ионов водорода – H^+ (атом водорода, лишенный единственного электрона) = протон.**
- Благодаря крохотному размеру H^+ проникают вглубь отрицательно заряженных белковых молекул и вызывают их конформационные изменения.
- Изменяют активность белковых молекул, 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.

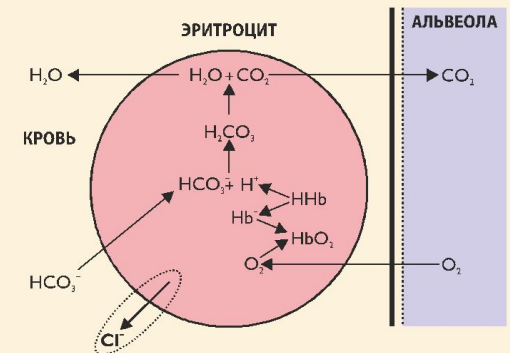
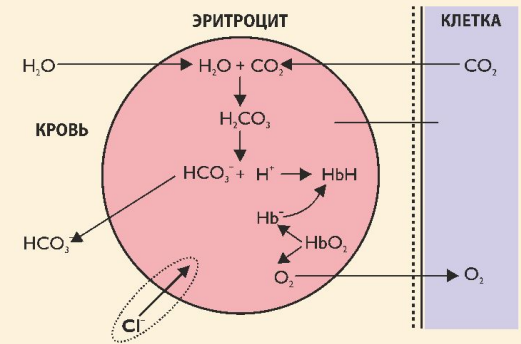
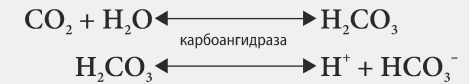


- Для предупреждение клеточной дисфункции необходимо точное поддержание концентрации ионов H^+ *in vivo*.
- Существует достаточно прочная связь между концентрацией H^+ внутри клетки и во внеклеточном пространстве.

Нарушения газообмена и КЩР

Углекислый газ – второй «кит» К.О.С.

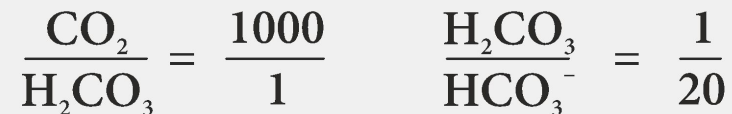
- Постоянно вырабатывается в организме. Концентрация в крови несколько ниже у женщин (32–45 мм рт. ст.), чем у мужчин (35–48 мм рт. ст.).
- **Быстрая легочная регуляция.** Мощный бронхо- и вазодилатор.
- Под влиянием карбоангидразы переходит в угольную кислоту и обратно.
- Выводится легкими и транспортируется 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 ГАК 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 (Пац.) ОАРИТ
Тип пробы Артериальная

pH/газы крови

↑ pH	7.509	[7.350 - 7.450]
↑ pCO ₂	53.2 mmHg	[35.0 - 48.0]
↑ pO ₂	136 mmHg	[83.0 - 108]

Кислотно-щелочной статус

↑ cHCO ₃ -(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]
sO ₂	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

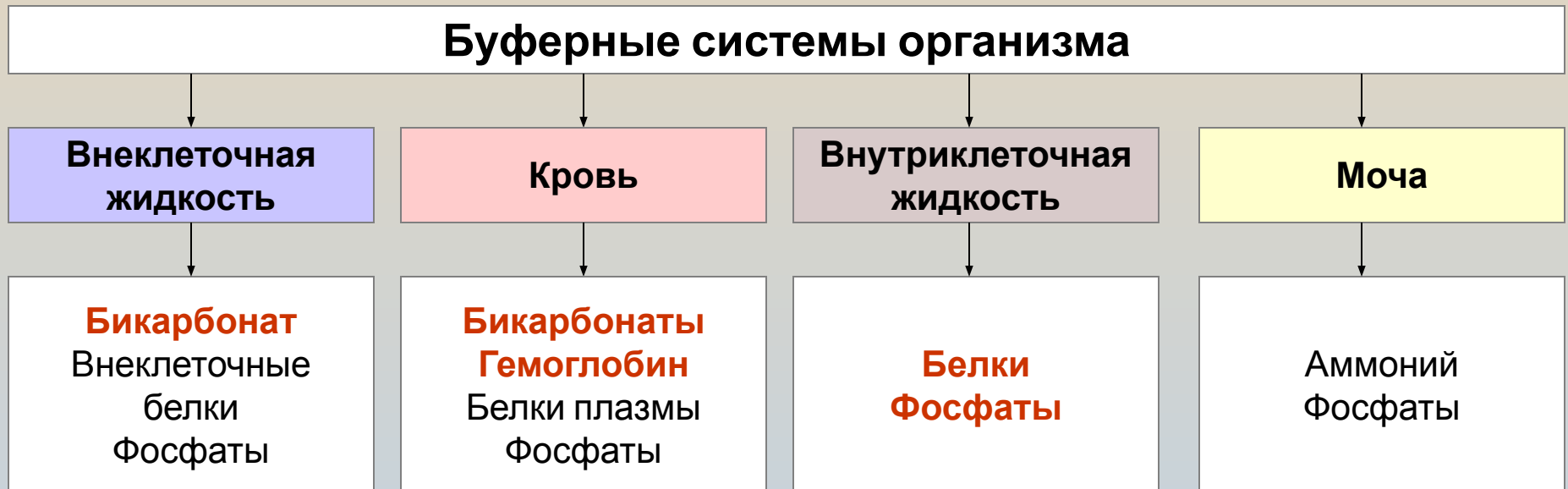
↑ Значение(я) выше референтного диапазона
↓ Значение(я) ниже референтного диапазона
.c Вычисленные значения
0293: Предупреждение: Обнаружен и компенсирован HbF

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

Ошибки при анализе КОС

Ошибки при анализе газообмена и КОС

Преаналитические

Забор пробы для использования

Забор пробы с пузырьками воздуха

Аналитические

Интерпретация

Случайный забор венозной крови, теоретические ошибки

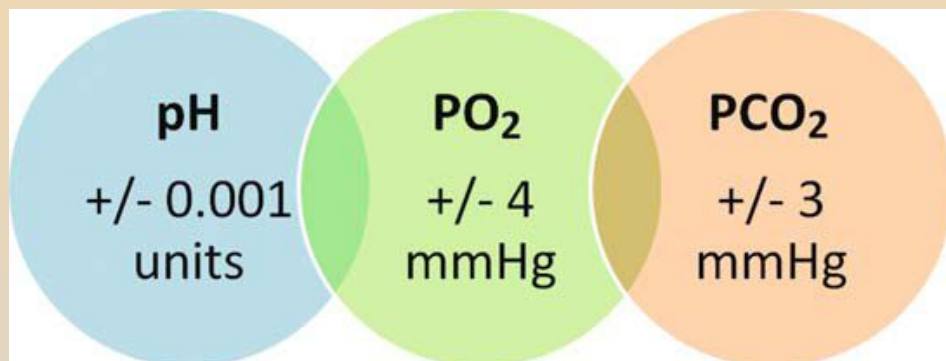
Постаналитические

Неправильная терапия

Использование бикарбоната при лактат-ацидозе

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	[-]
Кислотно-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 %	[-]
FO2Hb	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...

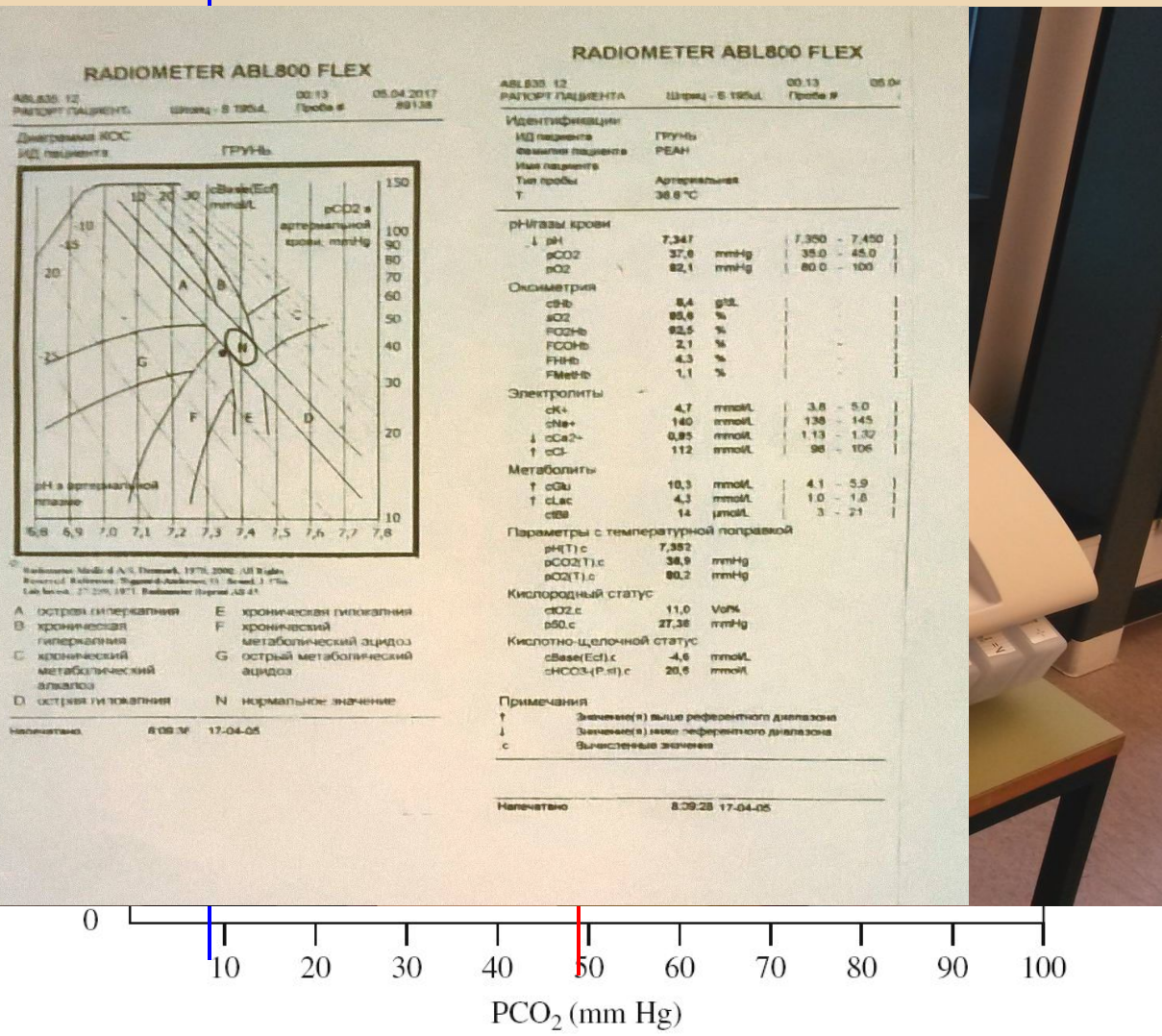
- **Уравнение Henderson–Hasselbach** в мод. Kassirer, JP, Bleich, HL:

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

- 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

Нормальное значение pH составляет 7,36-7,44 ($7,40 \pm 0,04$)

Ацидоз или алкалоз?

pH < 7,36 — ацидемия

pH > 7,44 — алкалемия

Тип ацидоза?

Тип алкалоза?

Если HCO_3^- - снижен
метаболический
ацидоз

Если CO_2 повышен
респираторный
ацидоз

Если CO_2 снижен
респираторный
алкалоз

**Если HCO_3^- -
повышен**
метаболический
алкалоз

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 **А**нионный интервал – позволяет сузить дифференциальный диагноз ацидоза.

В = если анионный интервал расширен, можно проверить **Б**икарбонатный 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** $PCO_2 = [(1,5 \times HCO_3^-) + 8] +/- 2$

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 КЩР

Шаг 4: Расчет ожидаемой компенсации

Если компенсация меньше ожидаемой, существует независимое вторичное нарушение КЩР

Метаболический
ацидоз

$$\begin{aligned} PaCO_2 &= \\ (1,5 \times 1,5 + 8) \pm 2 \\ &= \\ 10 \pm 2 \\ \text{мм рт. ст.} \end{aligned}$$

Метаболический
алкалоз

Компенсация:
Предсказанное
 $PCO_2 = (0,7 \times HCO_3 + 21)$

или

Изменение $PCO_2 = 0,6^* \times$
изменение HCO_3

* от 0,6 до 0,8

Острый
респираторный
ацидоз

Компенсация:
снижение pH =
 $0,008^{**} \times$
повышение PCO_2

или

Изменение $HCO_3 = 0,1 \times$
изменение CO_2

** ~ 0,01

Хронический
респираторный
ацидоз

Компенсация:
Ожидаемое
снижение pH =
 $0,003 \times$
повышение PCO_2

или

Изменение $HCO_3 = 0,4 \times$
изменение CO_2

Острый
респираторный
алкалоз

Компенсация:
Ожидаемое
повышение pH =
 $0,01 \times$ падение
 PCO_2^{***}

или

Изменение $HCO_3 = 0,2 \times$
изменение CO_2

*** при PCO_2
40-80
мм рт. ст.

Хронический
респираторный
алкалоз

Компенсация:
Ожидаемое
повышение pH =
 $0,003 \times$ падение
 PCO_2

или

Изменение $HCO_3 = 0,5 \times$
изменение 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. F. Helmerhorst, MD^{1,2}; Marie-José Roos-Blom, MSc³; David J. van Westerloo, MD, PhD¹; Evert de Jonge, MD, PhD¹

Crit Care Med 2015; 43:

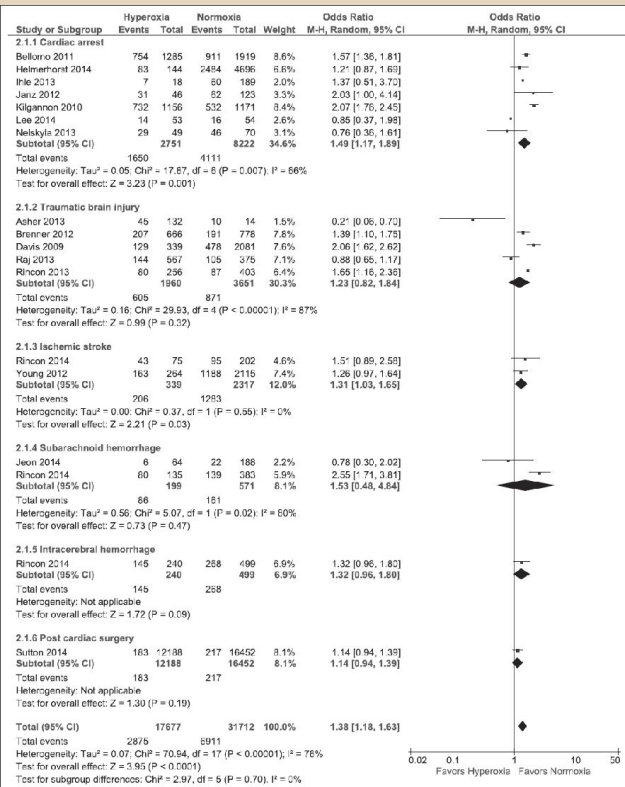
Research

Open Access

Association between administered oxygen, arterial partial oxygen pressure and mortality in mechanically ventilated intensive care unit patients

Critical Care 2008, 12:R156

Evert de Jonge¹, Linda Peelen^{2,3}, Peter J Keijzers⁴, Hans Joore⁴, Dylan de Lange⁴, Peter HJ van der Voort⁵, Robert J Bosman⁵, Ruud AL de Waal⁶, Ronald Wesselink⁷ and Nicolette F de Keizer²



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):H2414-2421
Chest. 2001;120(2):467-473
Heart. 2010;96(7):533-538

Clin Med. 2002;2(5):449-451
BMJ. 2010;341:c5462
Stroke. 2003;34(2):571-574
Stroke. 1999;30(10):2033-2037
 NCT00414726^a

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

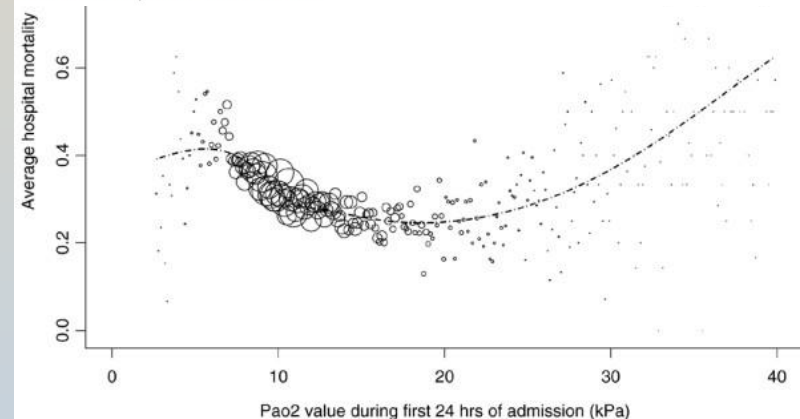
Controversies in cardiovascular medicine

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 Yusuf⁵, 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.

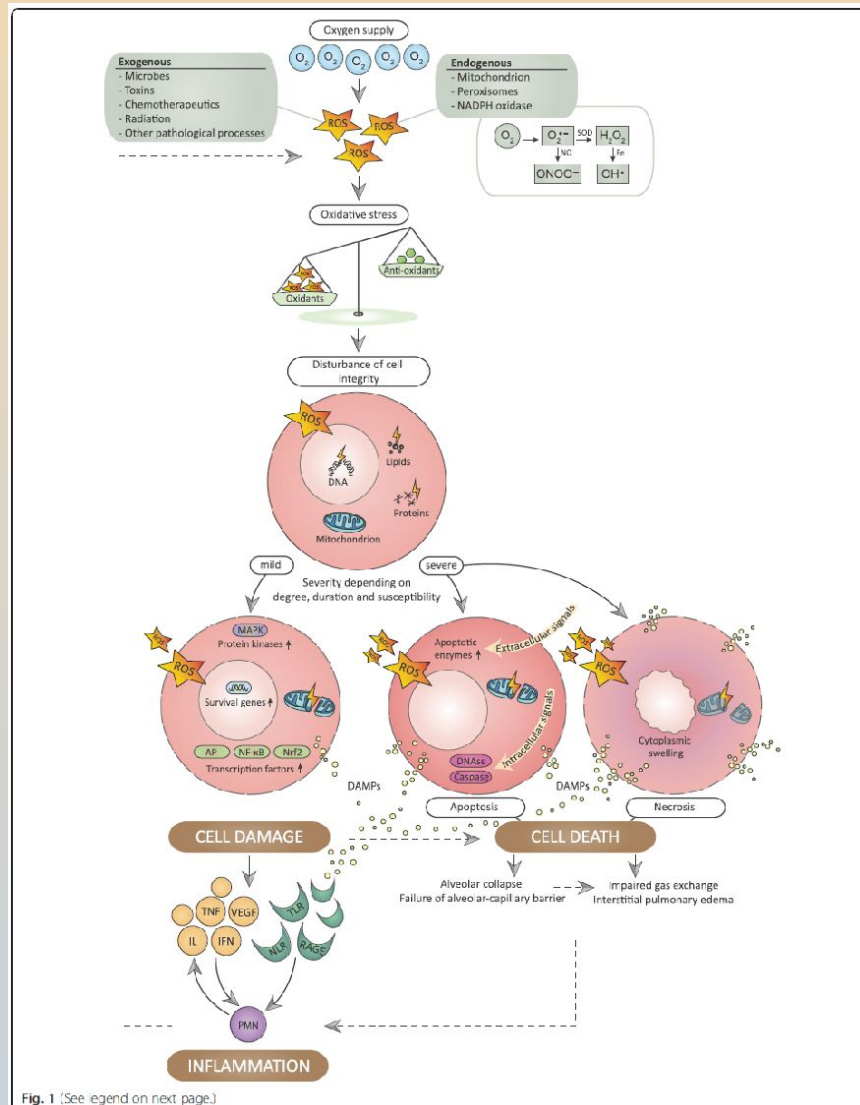


Fig. 1 (See legend on next page.)

Нарушения газообмена и КЦР

Лактат – еще один полезный показатель (Cecconi M et al., ICM 2014)

Таблица 2.1. Рекомендации Европейского общества интенсивной терапии по диагностике и ведению пациентов с шоком (M. Cecconi et al., 2014).⁶

1.	1.	Циркуляторный шок — угрожающая жизни генерализованная форма острой недостаточности кровообращения, ассоциированная с неадекватным потреблением кислорода клетками	Б/г
2.			
3.	2.	Результатом шока является дизоксия , сопровождающаяся повышением концентрации лактата (как правило, более 2 ммоль/л)	Б/г
4.		Шок ассоциирован с признаками неадекватной перфузии тканей при физикальном обследовании. Для клинической оценки органной перфузии, как правило, используют три органные системы («окна шока») — кожный покров (кровоток), почки (диурез) и ЦНС (ментальный статус)	Б/г
5.		У пациентов с подозрением на шок или с установленным его диагнозом рекомендуется частая оценка ЧСС, АД, температуры тела и физикальных параметров (признаки гипоперфузии, диурез и ментальный статус)	Б/г
6.		При диагностике шока не рекомендуется использовать какой-либо изолированный показатель (переменную)	Б/г
7.		Рекомендуется приложить все усилия для выявления причины шока для обеспечения оптимальной этиотропной и поддерживающей терапии	Б/г
8.		Рекомендуется не использовать в качестве критерия шока артериальную гипотензию (снижение систолического АД < 90 мм рт. ст. или АД _{сред.} < 65 мм рт. ст. или снижение АД ≥ 40 мм рт. ст. от исходного значения)	1В
9.		Для более раннего распознавания прогрессирующего шока и начала лечения рекомендуется проводить скрининг пациентов, имеющих факторы риска	1С
10.		Во всех случаях, когда имеется подозрение на шок, рекомендуется в динамике оценивать концентрацию лактата (мониторинг ответа на терапию)	1С
11.		Оценка состояния регионарного кровотока или микроциркуляции рекомендуется только с научными целями	2С

- Измерение концентрации лактата крови во всех случаях, когда подозревается шок (1С).
- Как правило, при шоке лактат >2 ммоль/л.
- Рекомендовано измерение лактата в динамике для выявления, мониторинга и оценки эффектов терапии.

Б/г — без градации; АД_{сред.} — среднее артериальное давление; ЦНС — центральная нервная система.

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

А что при септическом шоке в 2016 году?

Surviving Sepsis
Campaign

Updated Bundles in Response to New Evidence

В течение первых трех часов:

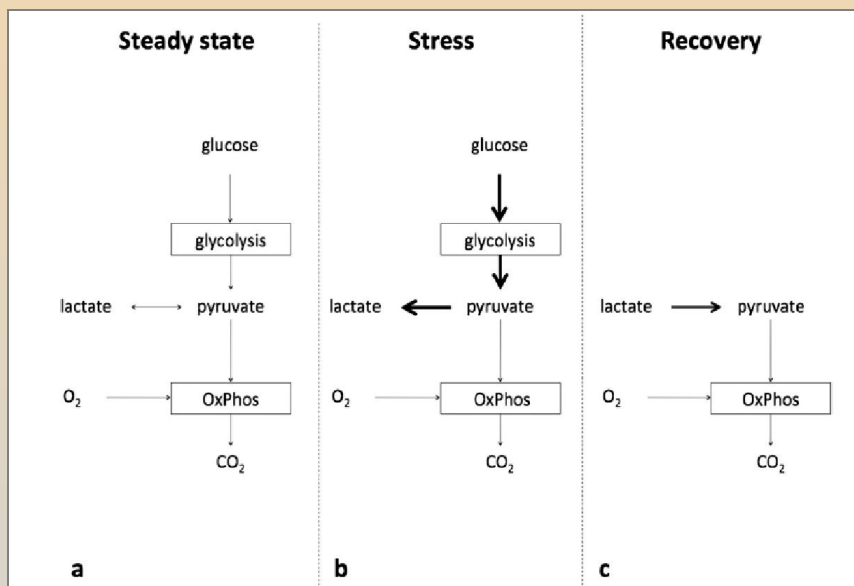
1. Измерить концентрацию лактата.
2. Забрать культуры крови до назначения антибиотиков
3. Назначить антибиотики широкого спектра действия.
4. Ввести 30 мл/кг кристаллоидного раствора при гипотензии или повышении концентрации лактата ≥ 4 ммоль/л.

В течение первых шести часов:

5. Назначить вазопрессоры (если гипотензия не отвечает на начальную инфузионную терапию) для поддержания САД ≥ 65 мм рт. ст.
6. **В случае персистирующей гипотензии после начальной инфузионной терапии (САД < 65 мм рт. ст.) или начальной концентрации лактата ≥ 4 ммоль/л повторно оцените волевический статус и тканевую перфузию.**
7. При исходном повышении, повторно оцените концентрацию лактата.

Нарушения газообмена и КЩР

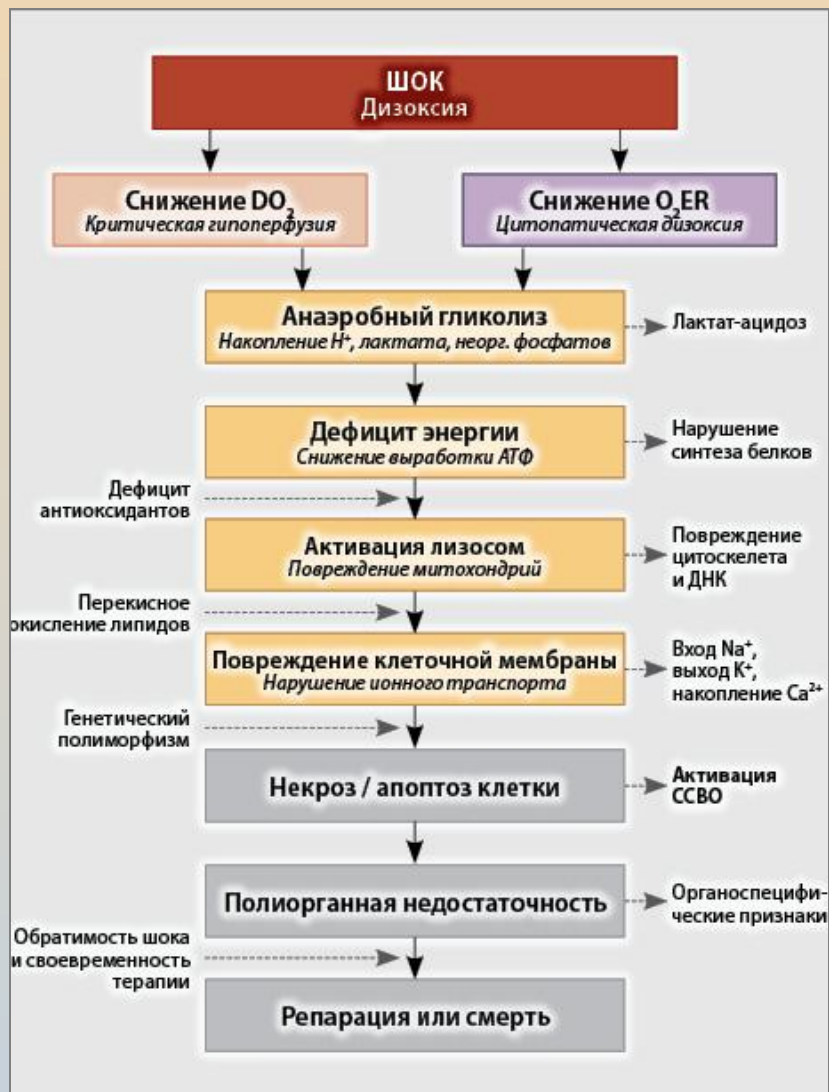
Лактат – еще один полезный показатель



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

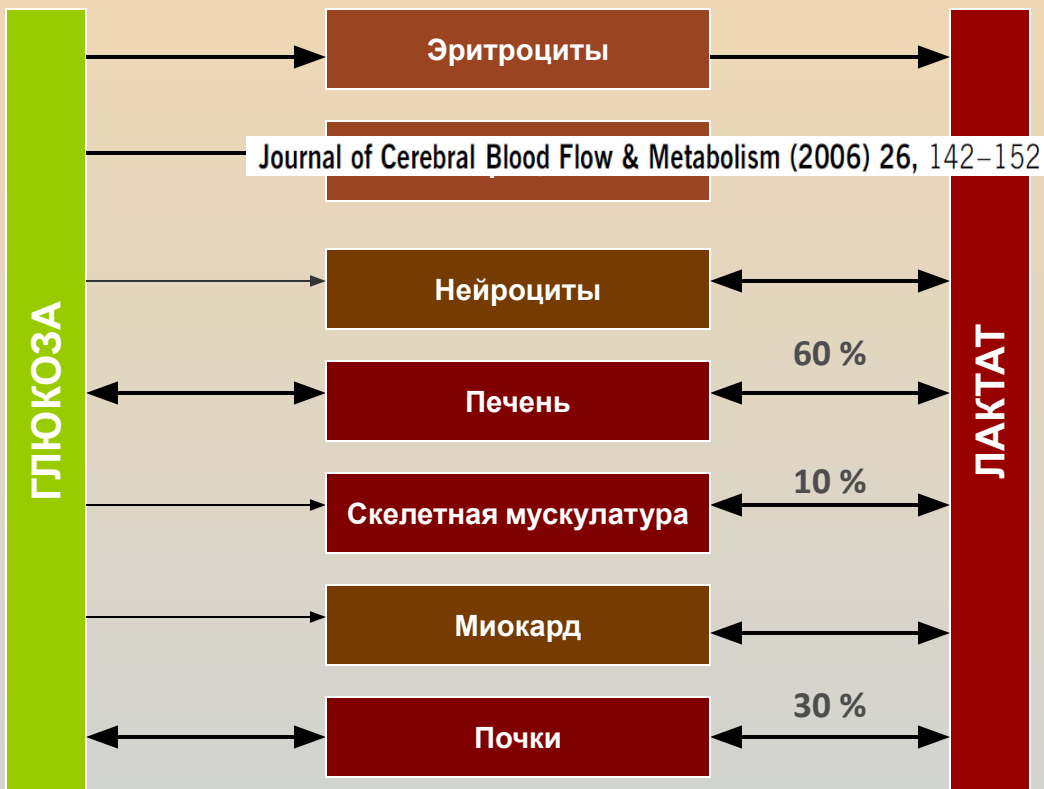
Дефицит глюкозо-6-фосфатазы, дефицит фруктозо-1,6-дифосфатазы, дефицит пируваткарбоксилазы или пируватдегидрогеназы, дефекты окислительного фосфорилирования

Прочие

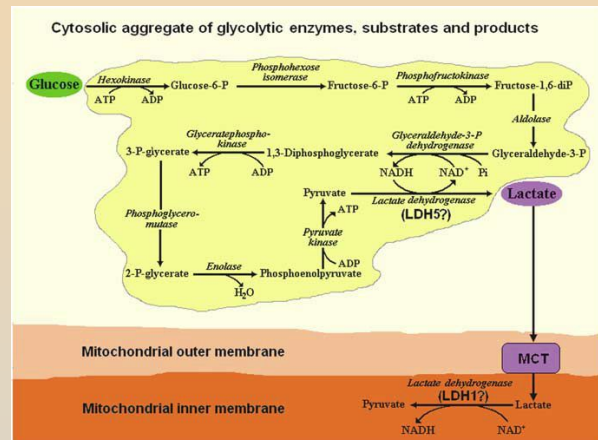
D-лактат-ацидоз*, гипогликемия

Нарушения газообмена и КЦР

Лактат – еще один полезный показатель



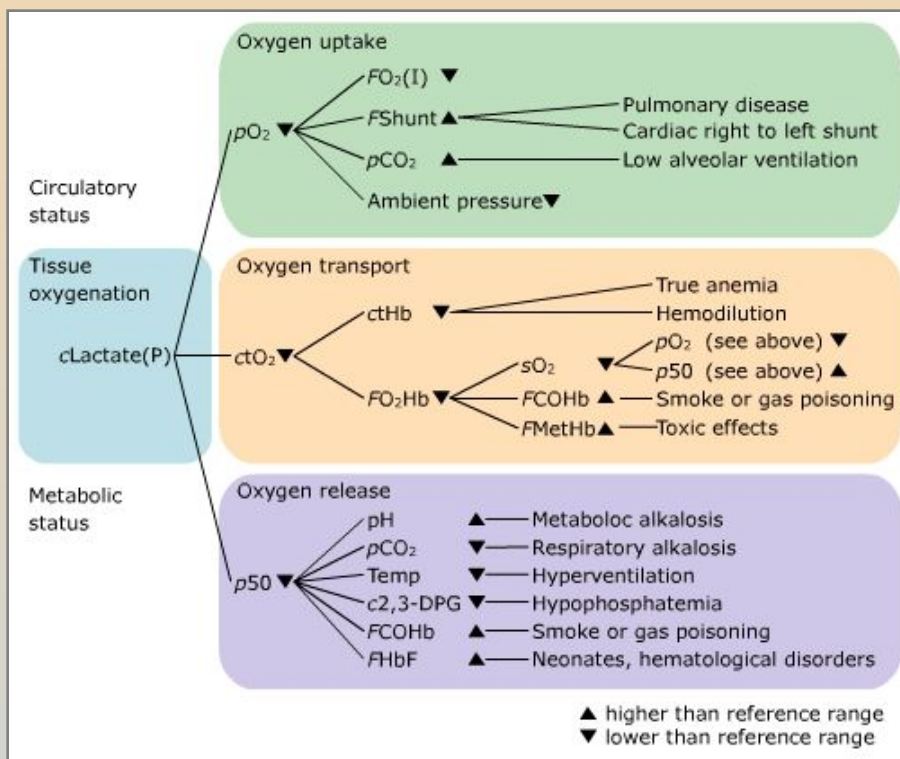
Почечный порог — 5–6 ммоль/л



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!

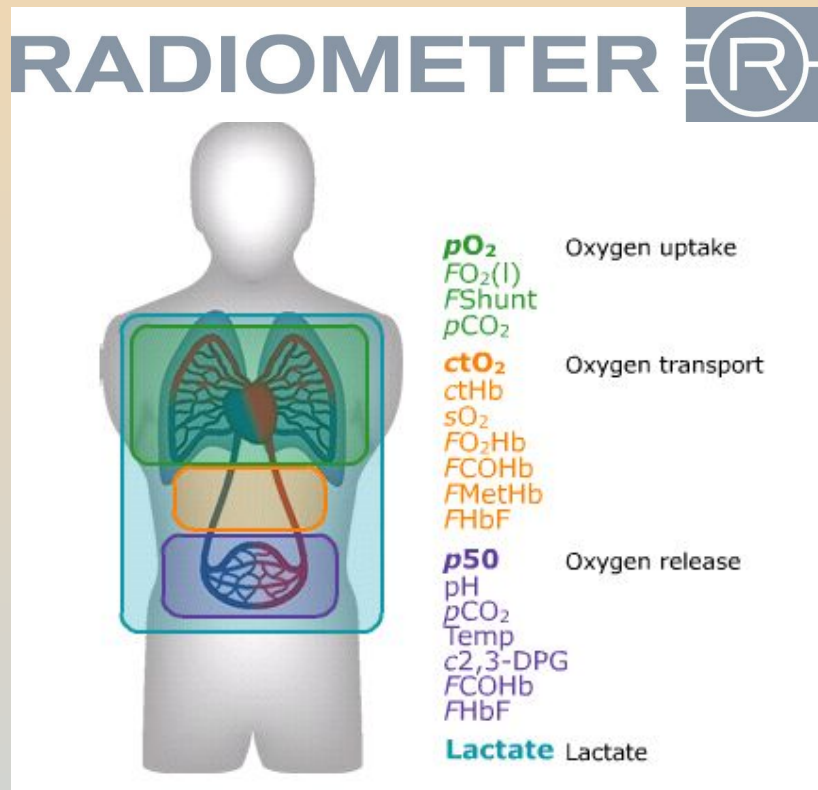
Лактат является парламентом — в него не нужно стрелять!

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!

