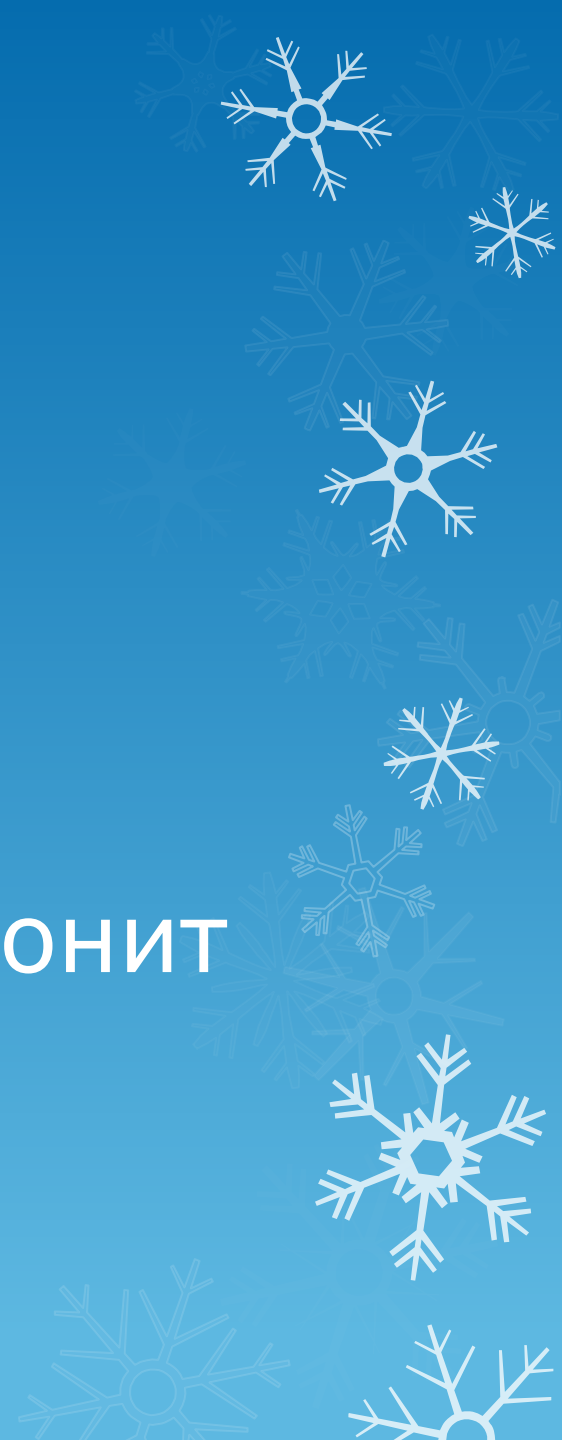


# Гиперэргический аспирационный пневмонит

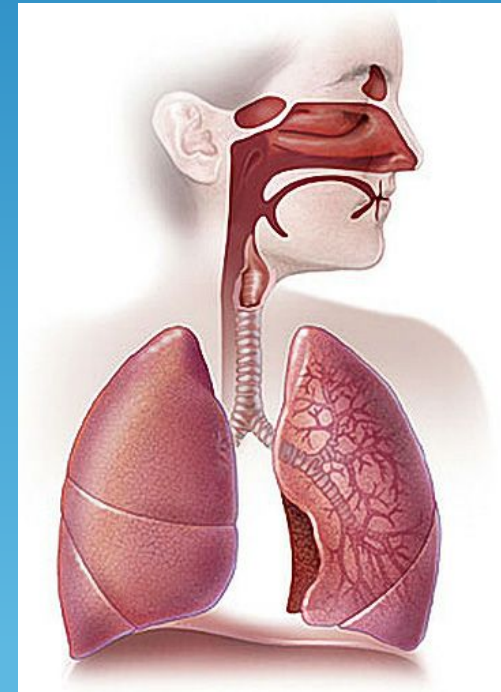
Врач интерн

Морев А. Е.



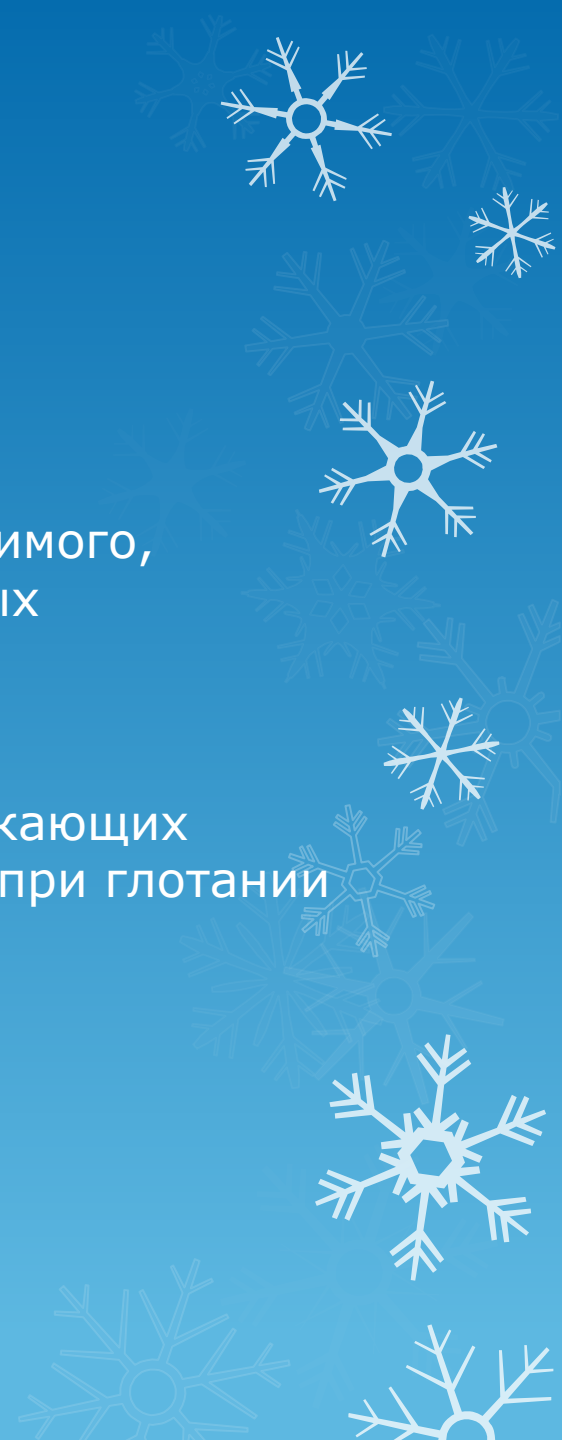
# Гиперэргический аспирационный пневмонит

- Синдром Мендельсона – это острый экссудативный пневмонит, в основе которого лежит аспирация желудочного содержимого, что вызывает химический ожог дыхательных путей и альвеол.



# Этиология:

- 2 главных условия аспирации:
- Рвота, регургитация желудочного содержимого, кровотечение или поступление инородных материалов в полость ротоглотки
- Нарушение бульбарных рефлексов, замыкающих голосовую щель и поднимающих гортань при глотании



# Предрасполагающие факторы:

- Повышение внутрибрюшного давления
  - Беременность, роды
  - «полный желудок»
  - Повышение тонуса передней брюшной стенки
  - Кишечная непроходимость, перитонит
- Снижение тонуса пищеводно-желудочного сфинктера, рефлюкс эзофагит
- Повышенная возбудимость рвотного центра

# Предрасполагающие факторы:

- Кома
- Применение наркотических анальгетиков, анестетиков
- Опьянение
- Действие седативных препаратов

# Предрасполагающие факторы:

- pH аспирата менее 2,5
- Крупные частицы в аспирате
- Большой объем аспирата (более 25 мл)
- Высокая бактериальная контаминация

# Клиническое течение:

- 1 стадия – (немедленная реакция) механическая обструкция ТБД, бронхоспазм

Апноэ, диспноэ, цианоз, гипоксия, хрипы, аритмии, брадикардия, остановка сердца

- 2 стадия – последствия химического ожога (1 сутки)

Диспноэ, бронхорея, альвеолярный отек легких

- 3 стадия – проявление воспалительного ответа (48-72 часа)

Острый трахеобронхит, ОДН

- 4 стадия – нозокомиальная инфекция (72 часа - .....)

Гнойная мокрота, РДСВ, ПОН

# Методы профилактики

- В предоперационном периоде назначить голод (для жидкости не менее 2 часов, для твердой пищи не менее 4-6 часов)
- В премедикацию – церукал 2-4 мл (10-20 мг.)
- До начала манипуляции необходимо ввести зонд в желудок и опорожнить его
- Использовать антацидные препараты: цитрат натрия или бикарбонат натрия (15-30 мл за 30 минут до операции)





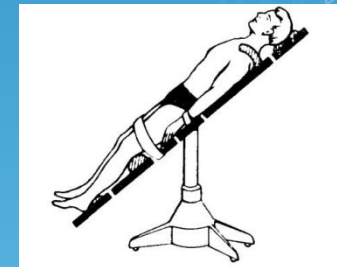
- Ингибитор протонной помпы – омепразол (40 мг в/в за 1-2 часа до операции)



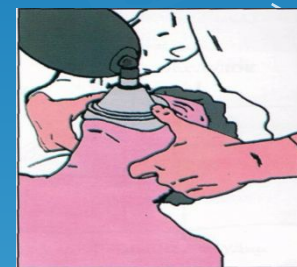
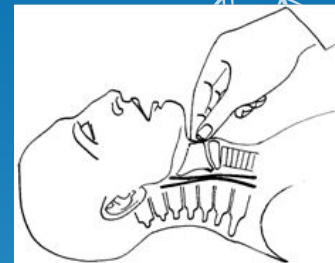
- Селективные антагонисты 5-HT<sub>3</sub>-рецепторов серотонина. Ондансетрон (4 мг в/в) и гранисетрон (10 мкг/кг)



- Интубация трахеи с приподнятым головным концом



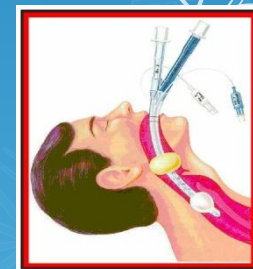
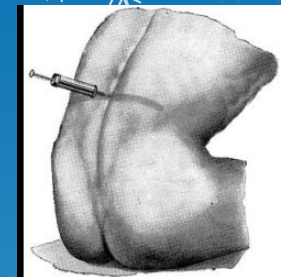
- Выполнить прием Селика при индукции анестезии
- Масочная вентиляция малыми объемами до интубации трахеи
- Быстрое введение в наркоз (краш - индукция)
- Прекураризация перед введением деполяризующего миорелаксанта



- Желудочный зонд перед ларингоскопией удалить
- Если в момент интубации отмечается поступление желудочного содержимого в ротоглотку, необходимо интубировать пищевод и раздуть манжетку
- После санации ротоглотки интубировать трахею другой интубационной трубкой, провести санацию ТБД



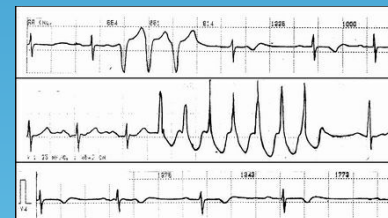
- Применение регионарных методов обезболивания
- Интубация трахеи с сохранением сознания
- Использование комбинированной пищеводно-трахеальной трубки
- Кетамин для анестезии
- Отсрочить анестезиологическое пособие



# Неотложная терапия:

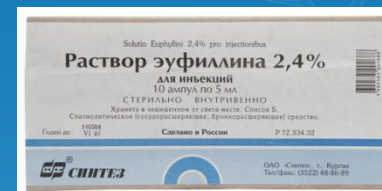


- Положение Тренделенбурга
- Срочное удаление содержимого из дыхательных путей, восстановление проходимости
- Устранение ларинго- и бронхиолоспазма
- Управляемая вентиляция
- Лечение брадиаритмий



# Интенсивная терапия

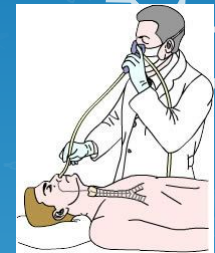
- ИВЛ с 100% O<sub>2</sub>
- Санация ТБД в сочетании с вибрационным массажем и постуральным дренажем
- Инстилляція щелочных растворов не приветствуется
- Бронхолитики: эуфиллин 2.4%-10.0 в/в + по 10 мл на физиологическом растворе в последующие 2-3 часа.
- По показаниям: адреналин 0,3 мл, алупент 0,5 мг в/в, изадрин 2-3 капли в эндотрахеальную трубку



□ Метилпреднизалон (4-8 мг), преднизолон -120 мг)



□ Бронхоскопия (диагностическая и санационная)



□ Антигистаминные препараты: димедрол 30 мг или супрастин 20 – 40 мг



□ Инотропная поддержка: допамин 10 – 15 мкг/кг/мин



□ Инфузионная терапия, коррекция КЩС белкового баланса

- При стойко компенсированных условиях газообмена возможна экстубация с динамическим мониторингом характера дыхания в отд.реанимации
- При субкомпенсированных и декомпенсированных состояниях газообмена - пролонгированная ИВЛ





**Благодарю за внимание**

# Литература :

- Лысенков С.П., Мясникова В.В., Пономарев В.В. «Неотложные состояния и анестезия в акушерстве. Клиническая патофизиология и фармакотерапия.» 2-е изд.- ООО «ЭЛБИ-СПб», 2004.
- «Медицина неотложных состояний», 2006, № 1. «Кислотно-аспирационный синдром» с. 83-86
- Рябов Г.А. «Синдромы критических состояний» - М.: Медицина, 1994