

**Специјална болница по
кардиохирургија „ФИЛИП II“**



ТРЕТМАН НА АТЕЛЕКТАЗИ

вфт. Олгица Димитров;

Др. Тања Анѓушева

ментор: Академик др. Жан Митрев

Ателектази се најчести пулмонални компликации и се јавуваат кај 25% од оперираните во торакална и абдоминална хирургија. Најчесто се јавуваат кај постарите и адипозни болни, кај пушачите или кај пациенти кои веќе имаат некое респираторно заболување. Ателектазите се евидентни 48 часа по операција и се одговорни за фебрилните епизоди во овој период во преко 90% случајеви.

Патогенезата на ателектазите ја сочинуваат обструктивни и необструктивни фактори.

Обструкцијата е најчесто провоцирана од зголемена секреција како резултат на хронично обструктивни белодробни заболувања, самата интубација или анестетички агенси.

Малите бронхиоли (1мм и помалите) се склони на затварањето кога белодробниот волумен ја достигне критичната точка ("closing volumen" - волумен на затварање). Долните делови на белодробното или делови кои што се под компресија (плеврален излив, хемоторакс или пневмоторакс), се највулнерабилни за затварање на бронхиите затоа што се нивните регионални волумени помали од другите горните делови на белодробното. Површно дишење и недостиг на повремени хиперинфлација ја намалуваат големината на алвеолите и белодробен волумен. Closing volumen почесто се појавува кај постарите особи и пушачите поради губиток на еластичните влакна во белите дробови.

Недостиг или губиток на сурфактант е необструктивен ризик фактор за настанок на ателектази (кај новороденчиња, или кај адулти после ЕКЦ или на долготрајна механичка вентилација).

Непосредните фактори кои придонесуваат за развој на ателектази се болка, хиповентилација, несоодветна тоалета на дишните патишта, одсуство на кашлицата и неефикасна експекторација.

Во ателектатичните делови на белодробното се апсорбира воздух, вентилацијата се зголемува во другите делови, а перфузијата останува непроменета - така настанува пореметување на вентилационо - перфузиски однос. Непосредна последица на ателектазата е намалената оксигенација во крвта.

Клинички манифестации зависат од големината на белодробна површина која што е исклучена од функцијата. Доминантен симптом е диспнеа, потоа тахикардија, тахипнеа, цијаноза и вознемиреност. Со гасните анализи се потврдува хипоксија и хипосатурација. Кај болните со нарушена дишна функција ателектаза може да биде причина за појава на срцеви аритмии или cardiac arrest.

Радиографски наод е карактеристичен со засенчење на сегмент или лобус, а се гледаат и линеарни и плочести ателектази базално. Големите лобарни или сегментни ателектази одат со повлекување на медијастинумот на болната страна, елевација на дијафрагма и појавување на плеврални изливи.

Лечењето на постоперативните ателектази започнува со поставување на пациентот во соодветна положба во кревет или стол и чистење на дишните патишта од насобраниот секрет со форсирана експекторација потпомогната со перкусија и вибромасажа, како и аеросолни инхалации со секретолитиците. Со купирање на постоперативна болка се работат интензивни вежби на дишење - инспираторен и експираторен тренинг.

Најинвазивна метода за третман на ателектази е CPAP методата, каде континуирано се инсуфлира додатен позитивен притисок на крај на експириум со помош на машината за вештачко дишење (респиратор). Со тоа се постигнува максимално отварање на алвеолите (превенција и третман на веќе настаната ателектаза), зголемување на резидуалниот белодробен волумен (количество на воздух кое останува во белодробното и после максимален експириум), подобрување на перфомансите на дишната мускулатура, подобрување на оксигенација и зголемување на парцијалниот притисок на кислород во

крвта. Се изведува преку обезбедување на визуелна позитивна повратна спрега, односно пациентот на дисплејот на респираторот ги прати сопствената фреквенција на дишење и тидал волумените. Максимално дозволена притисочна поддршка е 20 мбар, PEEP од 5 - 10 мбар. Времетраењето на третманот е 10 - 30 мин, а може да се спроведува 2 до 6 пати дневно.

Ателектаза е сериозна компликација која може значително да го пролонгира лекувањето и измени квалитетот на животот на пациент, и затоа бара навремен и професионален третман.