

легких и т.п.). Большое значение имеют и нарушения гемодинамики. У больных, перенесших перед началом или в первые часы ИВЛ снижение артериального систолического давления ниже 70 мм рт.ст. в течение более 30 мин, пневмонии развиваются в 4 раза чаще, чем у пациентов со стабильной гемодинамикой. Еще одна частая причина пневмонии — аспирация желудочного содержимого.

Респираторный дистресс-синдром взрослых. Повышенное внутрилегочное давление при ИВЛ может привести к активации медиаторов из поврежденной легочной паренхимы, являющихся пусковым механизмом РДСВ. Другим фактором, способным провоцировать развитие РДСВ, считают длительное использование концентраций кислорода во вдыхаемой смеси более 60-70%.

Ателектазы легких. При длительной ИВЛ обширные ателектазы развиваются относительно редко, примерно у 4% больных. Чаще они возникают в процессе анестезии, причем не обязательно при операциях на легких. Известны наблюдения, когда после длительного (3—4 ч) оперативного вмешательства на конечностях или органах брюшной полости при гладком течении анестезии развивался необтурационный ателектаз одного или даже обоих легких со смертельным исходом. Патогенез этих ателектазов неясен. Нельзя исключить, что их причиной являлось какое-то нарушение легочного кровообращения, прошедшее незамеченным. При длительной ИВЛ крупные ателектазы сегмента или доли легкого обычно возникают в результате обтурации соответствующего бронха.

Баротравма легких. Длительная ИВЛ с созданием положительного давления в дыхательных путях и смещением к периферии зоны диффузии сопровождается изменениями легочной паренхимы. Усиление неравномерности вентиляции и поступление воздуха в наиболее податливые участки легких и группы альвеол приводит к их перерастяжению. В еще большей степени перерастягиваются бронхиолы и мелкие бронхи кондуктивной зоны, которые обладают наибольшей податливостью среди легочных структур. В результате возникают разрывы стенок бронхиол и альвеол, межальвеолярных перегородок. В некоторых наблюдениях может развиваться бронхолегочная дисплазия, связанная с морфологическими изменениями в слизистом и подслизистом слоях бронхов и бронхиол. В связи с выходом воздуха в интерстиций легкого развивается интерстициальная эмфизема, практически не диагностируемая по клиническим и рентгенологическим данным. В легких возникают псевдокисты, иногда значительных размеров, которые удается