

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего
профессионального образования

"Красноярский государственный медицинский университет имени
профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого"

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Реферат на тему:
«Интенсивная терапия септического шока в акушерстве и гинекологии»

Выполнил:

Ординатор кафедры
анестезиологии и
реаниматологии ИПО
Хамматов И.Р.

Научный руководитель:

Заведующий кафедрой
анестезиологии и
реаниматологии ИПО
Грицан А. И.

Красноярск, 2018

Септический шок - представляет собой системный ответ организма на инфекцию, выражающийся в развитии тяжелых системных расстройств, связанных с нарушением адекватной перфузии тканей и развитием гипотензии.

В акушерско-гинекологической практике очагом инфекции, в подавляющем большинстве случаев, является матка.

Развитию шока в подобной ситуации способствуют несколько факторов:

—беременная матка, являющаяся хорошими входными воротами для инфекции;

—сгустки крови и остатки плодного яйца (при внебольничном или неполном аборте) являются хорошей питательной средой для микроорганизмов;

—особенности кровообращения беременной матки, способствующие легкому поступлению бактериальной флоры в кровеносное русло женщины;

—изменение гормонального гомеостаза (в первую очередь, эстрогенного и гестагенного);

—гиперлипидемия беременных, облегчающая развитие шока.

Клинически развитию септического шока предшествует гипертермия (температура тела повышается до 39-41 С, держится 1-3 сут, затем критически падает на 2-4 С до субфебрилитета, а иногда и нормальных цифр). Артериальное давление резко снижается без предшествующей кровопотери, либо снижение АД не соответствует ей. Септическим шоком может осложниться акушерский перитонит.

Выделяют:

— гипердинамическую или "теплую" фазу (систолическое АД снижается до 80-90 мм рт.ст., причем держится недолго от 15-30 мин до 1-2 часов)

— гиподинамическую или "холодную" фазу септического шока (резкое и длительное снижение артериального давления, иногда даже ниже критических цифр, выраженная тахикардия до 120-140 ударов в минуту).

Шоковый индекс превышает 1,5 (при норме 0,5) выраженная одышка 30-60 дыхательных движений в минуту, расстройство сознания, боли в грудной клетке, конечностях, пояснице, животе, олигурия вплоть до анурии, петехиальная сыпь, некроз участков кожи)

— необратимый шок (анурия дыхательная и сердечная недостаточность, кома)

На клиническую картину септического шока часто наслаиваются симптомы острой почечной и дыхательной недостаточности, а также кровотечения вследствие прогрессирования синдрома ДВС крови.

Мероприятия по борьбе с шоком:

1. восстановление тканевого кровотока;
2. коррекция метаболических нарушений;
3. поддержание адекватного кровотока.

Две первые задачи решаются путем проведения инфузионной терапии для борьбы с гиповолемией и восполнения ОЦК (предпочтительнее использовать производные декстра-на 400-800 мл ргополиглукина) или неогемодез в количестве 400 мл.

Для повышения коллоидо-осмотического давления применяют белковые препараты: 400 мл 5-10% раствора альбумина.

Гемотрансфузия (переливание эритроцитарной массы) осуществляется, если гематокрит ниже 30 (объемом 300-500 мл срок хранения не более 3-х дней), если септический шок развивается на фоне кровопотери, то гемотрансфузии должны соответствовать объему кровопотери.

В состав инфузионной терапии включается 10% или 20% раствор глюкозы в количестве 300-500 мл с адекватными дозами инсулина.

Скорость и количество вливаемой жидкости зависят от реакции больной на проводимую терапию (АД, ЦВД, частота пульса, минутный диурез должны оцениваться после инфу-зии каждых 500 мл жидкости). Общее количество жидкости составляет 3000-4500 мл, но может достигать до 6000 мл.

На фоне восполнения ОЦК внутривенно вводят сердечные гликозиды (0,5-1 мл 0,05% раствора строфангина, или 0,5-1 мл 0,06% раствора

коргликона, или 1-2 мл 0,02% раствора целанида (изоланида), 1-2 мл 0,025 % раствора дигоксина) на 20 мл 40% раствора глюкозы.

Применяются кортикостероиды: одновременно вводится 250-500 мг гидрокортизона, или 60-120 мг преднизолона, или 8-16 мг дексаметазона. Через 2-4 часа введение препарата повторяется (критерии эффективности применения препаратов - общее состояние, окраска и температура кожных покровов, артериальное давление, почасовой диурез). В сутки вводится 1000-3000 мг гидрокортизона или эквивалентные дозы преднизолона и дексаметазона. Применение таких дозировок в течении 1-2 дней.

Антибактериальная терапия является экстренной, применяют: ампициллина натриевую соль по 1,5-2 г каждые 4 часа внутримышечно или внутривенно на 40 мл изотонического раствора натрия хлорида. Суточная доза - 12 г. цефалоспорины: цефалоридин (цепорин), цефазолин (кефзол), цефалексин по 1 г каждые 4 часа или по 2 г каждые 6 часов внутримышечно или внутривенно. Суточная доза - 8 г. Аминогликозиды в максимальной суточной дозе: канамицина сульфат - 2 г (по 0,5 г каждые 6 часов), амикацин - 2 г (по 0,5 г каждые часов). Аминогликозиды обычно вводятся внутримышечно, но в тяжелых случаях разовая доза препарата вводится внутривенно капельно в течение 2-3 дней на 200 мл изотонического раствора натрия хлорида или 5% раствора глюкозы, скорость введения 60-80 капель в минуту. Левомецетина сукцинат натрия внутримышечно или внутривенно по 1 г через 6-8 часов, максимальная суточная доза - 4г.

Тиенам по 1000 мг 4 раза в сутки через 6 часов (суточная доза 4 г.) внутривенно капельно на растворителе за 60 минут.

Ципринол внутривенно капельно 2 раза в сутки по 400 мг (инфузия короткая продолжается 60 минут)

— Препараты метронидазола по 100 мл 0,5% раствора 2-3 раза в сутки

— Ликвидация очага инфекции.

— После восполнения ОЦК под контролем АД применяют вазодилататоры: 5-10 мл 2,4% раствора эуфиллина, 2 мл 2% раствора папаверина, 2-4 мл 2% раствора но-шпы. Компламин- 15% раствор 2 мл внутривенно очень медленно.

Для коррекции ацидоза 500 мл лактосола, 500 мл рин-гер-лактата или 150-200 мл 4-5% раствора натрия бикарбоната. Точное количество раствора определяется в зависимости от дефицита оснований.

Для улучшения окислительно-восстановительных процессов показано введение 5% раствора глюкозы, 1-2 мл 6% раствора витамина В1, 1-2 мл 5% раствора витамина В6, 400-500 мкг витамина В12, 100-200 мг кокарбоксилазы, 5-10 мл 5% раствора аскорбиновой кислоты, а также 10-20 мл эссенциа-ле, 2 мл сирепара или других гепатотропных средств.

С целью восстановления электролитного дисбаланса показано применение панангина в количестве 10-20 мл или 4% раствора калия хлорида в количестве 10-20 мл, 10 мл 10% раствора кальция хлорида, (возможно применение полиионного раствора: на 1 л 25% раствора глюкозы 3 г калия хлорида, 0,8 г кальция хлорида и 0,4 г магния хлорида)

Оксигенотерапия ингаляции 100% увлажненным кислородом, при падении парциального давления кислорода ниже 8-9,3 кПа (60-70 мм рт.ст.), переход на ИВЛ.

Применение диуретиков лазикс по 80-120 мг каждые 3-4 часа, маннитол-15% раствор 200 мл внутривенно капельно-.(стойкая анурия при восполненном объеме циркулирующей крови диктует обязательное ограничение вливаемой жидкости до 700-1000 мл\сут).

Профилактика и лечение ОПН, ОДН и ДВС синдрома

После выписки из стационара диспансерное наблюдение в течение 5 лет с целью выявления и лечения возможных отдаленных последствий перенесенного септического шока: хронической почечной недостаточности, синдрома Шихана, диэнцефального синдрома по типу болезни Иценко-Кушинга, диабета, синдрома Уотерхауса-Фридериксена.

ЛИТЕРАТУРА

1. Э.К.Айламазян, И.Т.Рябцева Неотложная помощь при экстремальных состояниях в гинекологии- Издательство НГМА-Медицинская книга- 2000 г.
- 2 Р.Броун Сепсис и септический шок- 1998 г.
3. Справочник Видаля. Лекарственные препараты в России- справочник. М.: Астра Фарм Сервис, 2012 г.