

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
Шапкин Сергей Александрович

Красноярск, 2018

План реферата:

1. Определение и факторы развития
2. Фазы развития шока
3. Интенсивная терапия

1. Определение и факторы развития

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 внебольшинном 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.

2. Фазы развития 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.

3. Интенсивная терапия

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 ргополиглюкина) или неогемодез в количестве 400 мл.

Для повышения коллоидно-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 каждые 500 мл жидкости). Общее

количество жидкости составляет 3000-4500 мл, но может доходить до 6000 мл.

На фоне восполнения ОЦК внутривенно вводят сердечные гликозиды (0,5-1 мл 0,05% раствора строфантина, 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: одномоментно 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. Левомецитина 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.
4. Справочник Видаля. Лекарственные препараты в России- справочник. М.: Астра Фарм Сервис, 2012 г.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации

КАФЕДРА Анестезиологии и реаниматологии ИПО

Рецензия доцента, ДМН, кафедры Анестезиологии и Реаниматологии ИПО Ростовцева Сергея Ивановича на реферат ординатора второго года обучения специальности Анестезиология и реаниматология Шапкина Сергея Александровича по теме: «Интенсивная терапия дыхательной недостаточности».

Тема реферата имеет большую актуальность, острые расстройства дыхания являются одной из распространенных причин преждевременной или внезапной смерти больных, вот почему проблема острой дыхательной недостаточности является прежде всего реанимационной проблемой.

Физиологическим смыслом дыхания в конечном итоге является обеспечение оптимального течения всех тканевых процессов, в ходе которых создается и накапливается энергия. Понимание основных патофизиологических механизмов острой дыхательной недостаточности необходимо практическому врачу для нахождения патогенетически обоснованных путей ее коррекции. Содержание реферата в полной мере отражает значимость и актуальность темы. Реферат принят и оценен на (5) отлично.

Основные оценочные критерии рецензии на реферат ординатора второго года обучения специальности Анестезиология и реаниматология:

Оценочный критерий	Положительный/ отрицательный
1. Структурированность	+
2. Наличие орфографических ошибок	+
3. Соответствие текста реферата его теме	+
4. Владение терминологией	+
5. Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	+
6. Логичность доказательной базы	+
7. Умение аргументировать основные положения и выводы	+
8. Круг использования известных научных источников	+
9. Умение сделать общий вывод	+

Итоговая оценка: положительная/отрицательная

Комментарии рецензента:

Дата:

Подпись рецензента:

Подпись ординатора: