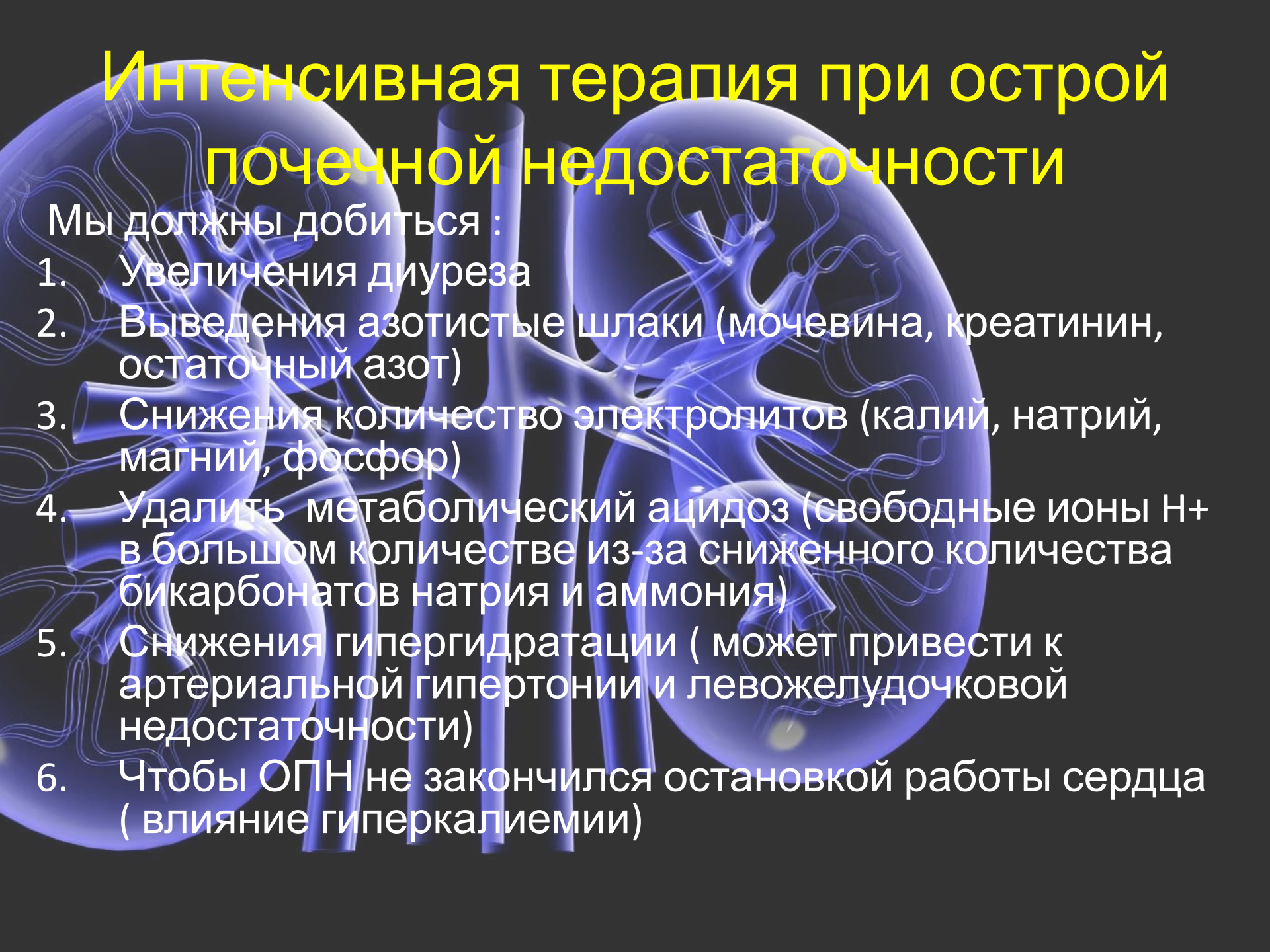


Интенсивная терапия при
острой почечной и печеночной
недостаточности

Выполнила:
Асканакова Н.К.
ЛФ 2 поток, 3 курс,
1623 группа

Интенсивная терапия при острой почечной недостаточности



Мы должны добиться :

1. Увеличения диуреза
2. Выведения азотистые шлаки (мочевина, креатинин, остаточный азот)
3. Снижения количество электролитов (калий, натрий, магний, фосфор)
4. Удалить метаболический ацидоз (свободные ионы H^+ в большом количестве из-за сниженного количества бикарбонатов натрия и аммония)
5. Снижения гипергидратации (может привести к артериальной гипертонии и левожелудочковой недостаточности)
6. Чтобы ОПН не закончился остановкой работы сердца (влияние гиперкалиемии)

Интенсивная терапия при острой почечной терапии

- Катетеризация мочевого пузыря (постоянный контроль диуреза)
- Контроль ОЦК, показатели центральной и периферической гемодинамики (ЦВД, АД, сердечный выброс), ЭКГ, содержание гемоглобина, гематокрит, уровень мочевины, креатинина, остаточного азота, электролитов крови, осмолярности плазмы, общего белка, белковых фракций, КОС, относительную плотность мочи, содержание в ней электролитов, белков, азотистых шлаков, а также осмолярность.

Интенсивная терапия при острой почечной терапии

- Устранение спазма сосудов: эуфиллин (10 мл 2,4 % раствора внутривенно).
- Анальгетики: 500 мл 5 % раствора глюкозы, 100–200 мл 0,25 % раствора новокаина, 12–15 ЕД инсулина
- Стимуляция диуреза: Фуросемид внутривенно по 40–60 мг 4–6 раз в сутки (общая доза может достигать 300–500 мг в сутки). (при анурии: 200–300 мг фуросемида)
- В олигоанурической стадии с явлениями гипергидратации Маннитол внутривенно в 25 % или 30 % растворе капельно (40–80 капель в минуту) из расчета 1-2 г/кг. Разовая доза составляет около 25 г, максимальная – не более 60 г.

Интенсивная терапия при острой почечной недостаточности

- **Обмен электролитов:** Суточную потребность в воде рассчитывают на основании точного учета потерь, в среднем вводят 500–800 мл жидкости в сутки
- **Для снижения калия:** внутривенно высококонцентрированные (20–40 %) растворы глюкозы в дозе 500 мл с инсулином (4–5 г глюкозы на 1 ЕД инсулина). Скорость инфузии 50 мл в час. Вводят антагонисты – кальция глюконат или кальция хлорид (по 10 мл 10 % раствора)
- **При сердечной недостаточности:** инотропные средства, дофаминергические препараты. Одновременно проводят оксигенотерапию, применяют витамины группы В.
- **Потеря ионов натрия и хлора (диарея, рвота):** натрия хлорида по 0,5–1 г 3–4 раза в сутки внутрь или в виде 10 % раствора натрия хлорида внутривенно, контролируя уровень натрия в крови и моче.

Интенсивная терапия при острой почечной недостаточности

- Не помогает терапия?
- Необходимо сделать гемодиализ, но только если:
 - 1) концентрация калия плазмы превышает 7 ммоль/л;
 - 2) уровень мочевины в плазме выше 30 ммоль/л, креатинина – выше 800 мкмоль/л, рН крови 7,2 и ниже
- Помогла терапия?
- Постоянно наблюдай за пациентом

Интенсивная терапия при острой печеночной недостаточности

Уменьшение альбумина в крови и факторов свертывания?

Снижение холестерина ?

Увеличение билирубина ?

Накопление фенола, аммиака?

Пациент не кушает, пахнет от него специфическим печеночным запахом, лихорадка, эндокринные расстройства, частые кровотечения?

Бей тревогу!!!

Либо пациента ждет печеночная энцефалопатия или печеночная кома.

Интенсивная терапия при острой печеночной недостаточности

- Мы будем бороться с:
- Интоксикацией
- Гибелью гепатоцитов и снижением функции печеночных клеток,
- Со снижением активности кишечной флоры
- С повышением сопротивляемости инфекции

Интенсивная терапия при острой печеночной недостаточности

- Для восстановления энергетических ресурсов, стимуляции регенераторных процессов, повышения устойчивости печени к токсическим воздействиям, кровопотере, гипоксии назначают глюкозу в суточной дозе 300–500 г (4–6 г/кг). Ее вводят в одну из крупных вен в виде 10–20 % раствора с инсулином (1 ЕД инсулина на 4 г глюкозы). Для снижения интоксикации, применяют аргининяблочную кислоту (гепастерил А), Обычно внутривенно капельно вводят 1000–1500 мл (40 капель в минуту, т.е. 1,7 мл/кг в час), контролируя почасовой диурез.

Интенсивная терапия при острой печеночной недостаточности

- Форсированное выведение токсичных веществ (при сохраненной функции почек) внутривенно вводят большое (2–4 л в сутки) количество жидкостей – растворы Рингера–Локка, 5 % раствор глюкозы и др. в сочетании с глютаминовой кислотой (50 мл 1 % раствора).
- Образование токсических белков в кишечнике и их резорбцию можно предупредить антибиотикотерапией (неомицин, олеандомицин, тетраолеан и др.), стимуляцией кишечной перистальтики.

Интенсивная терапия при острой печеночной недостаточности

- Ацидоз : вводим натрия гидрокарбоната, трисамина под контролем кислотно-основного состояния (КОС).
- Дефицит электролитов устраняют: внутривенно растворы калия и натрия.
- Витаминотерапия: аскорбиновая кислота, никотиновая кислота, тиамин, рибофлавин, пиридоксина, токоферол кокарбоксилазу витамин В₁₂, сирепар, витамины D, K, В₁₅, цито-хром С.
- Для стабилизации клеточных мембран гепатоцитов назначают глюкокортикоиды – гидрокортизон, преднизолон.
- При выраженном психомоторном возбуждении или судорожном синдроме применяют седуксен в дозе 10–20 мг внутримышечно или внутривенно, проводят внутривенный наркоз натрия оксибутиратом (50–60 мг/кг).

Интенсивная терапия при острой печеночной недостаточности

- Не эффективна консервативная терапия?

- Проведи гемосорбцию, лимфосорбцию, плазмаферез, гемодиализ.