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 Н+ 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, pH 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 повышение 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 аргириняблочную 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 $B_{12,}$ сирепар, витамины D, К, B_{15}, 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.