

**д.м.н. В.Я. Вартанов**

# **ХРОНИКА ОДНОГО ОТДЕЛЕНИЯ**



**ТОЛЬЯТТИ  
2015**

# **ГБУЗ Самарской области «Тольяттинская Клиническая больница № 5»**



***ГБУЗ Самарской области  
«Тольяттинская городская  
клиническая больница № 5» – одно  
из самых крупных региональных  
медицинских учреждений РФ.***

***Сегодня это городская клиническая  
больница на 2885 коек, в которой  
функционирует 75  
специализированных отделений,  
где ежегодно получают  
квалифицированную врачебную  
помощь более 70 тысяч человек.***

# МЫ ЛУЧШИЕ!

«Репродуктивный потенциал России:  
версии и контраверсии» **8**-й ОБЩЕРОССИЙСКИЙ СЕМИНАР  
5-8 сентября 2015 года **СОЧИ — СЕНТЯБРЬ**

## ДИПЛОМ

### НАГРАЖДАЕТСЯ

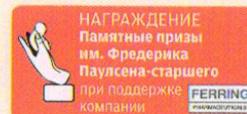
**Межрайонный перинатальный центр  
ГБУЗ Самарской области  
«Тольяттинская городская больница №5»**

как лучший перинатальный центр за выдающиеся  
достижения в охране материнства и детства  
по итогам мониторинга деятельности в 2014 году  
по версии МАРС и журнала StatusPraesens

**МАРС**

**StatusPraesens**  
Profimedia

«Переключка» перинатальных центров 2014 года



# Наши будни



# Межрайонный перинатальный центр (работает с 2008 года)

## Амбулаторный блок

Консультативно-  
диагностическое  
отделение  
на 15 000  
посещений в год  
Лаборатория ЭКО  
Медико-  
генетическая  
лаборатория

## Акушерский блок

(215 акушерских коек,  
в т.ч 20 - дневного  
стационара,  
5 диагностических  
коек  
18 коек ОРН,  
9 коек ИТАР)

## Неонатальный блок

Отделение новорожденных  
на 130 коек

Отделение патологии  
новорожденных  
на 40 коек

Отделение выхаживания  
недоношенных  
на 30 коек

Педиатрический дневной  
стационар на 15 коек

**ВСЕГО 13 ОТДЕЛЕНИЙ**

# Территориальная ответственность МПЦ ГБУЗ СО «ТГКБ №5»



г. Тольятти



г. Сызрань



г. Октябрьск



г. Жигулевск



Сызранский р-н



Ставропольский р-н



Шигонский р-н



**Самарская область населения 3,2 млн.  
Зона ответственности МПЦ – 1,3 млн.**

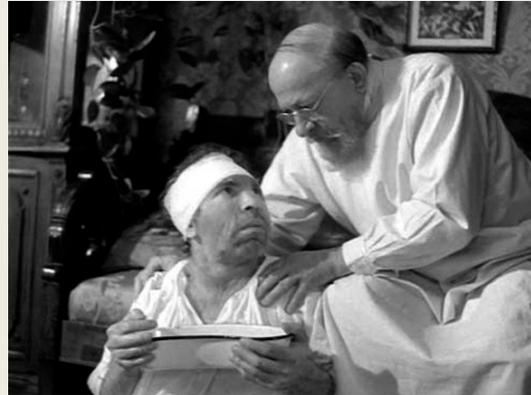
# ИЗ ЖИЗНИ ОТДЕЛЕНИЯ: НЕМНОГО ДЕМОГРАФИИ



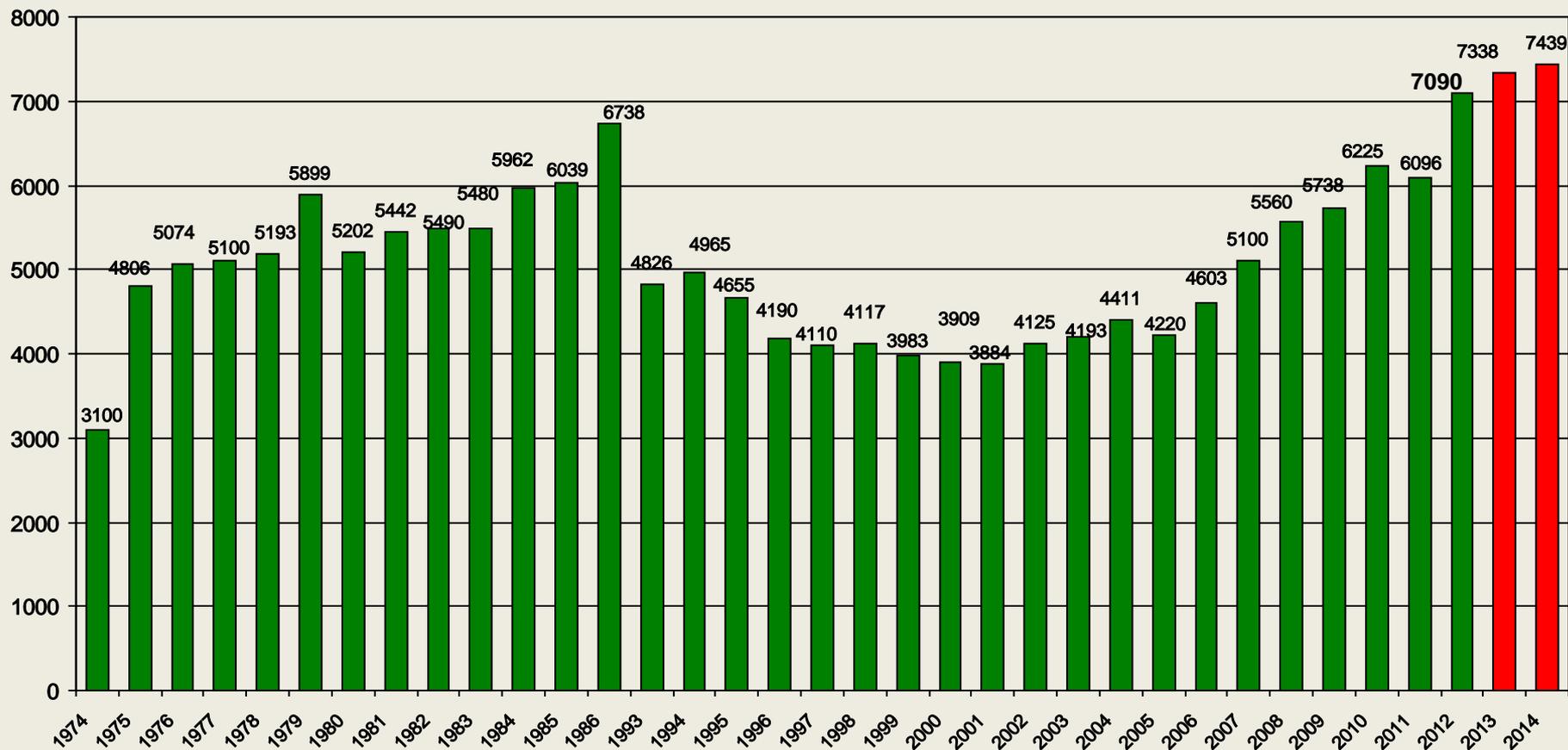
Женщины фертильного возраста	Действующие пенсионеры (по возрасту)	В ближайшие 5 лет выйдут на пенсию по возрасту	Молодые специалисты
4	3	3	2

# АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ

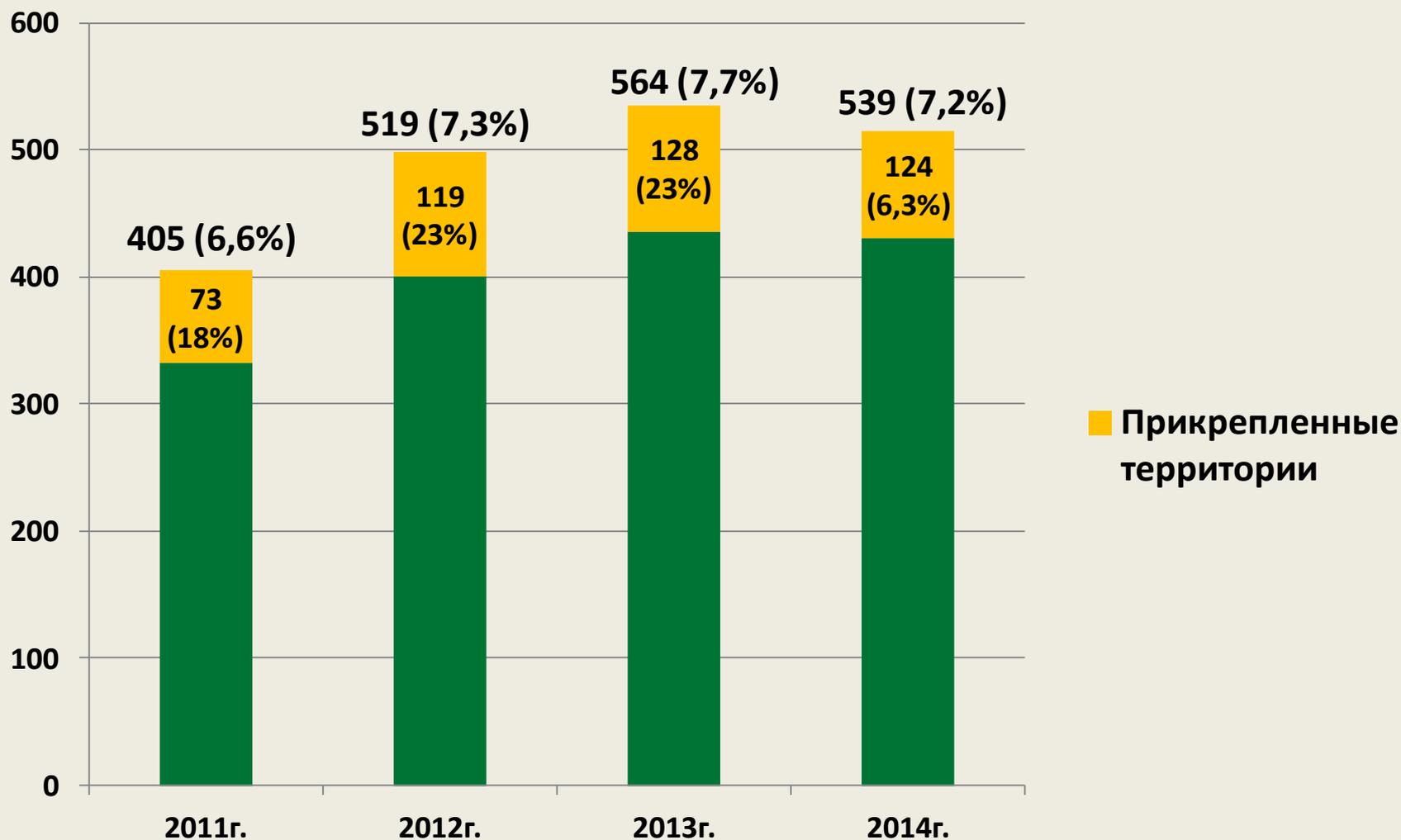
- МАРАЗМ.
- СКЛЕРОЗ.
- ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВЫГОРАНИЕ.
- НИЗКАЯ МОТИВАЦИЯ.



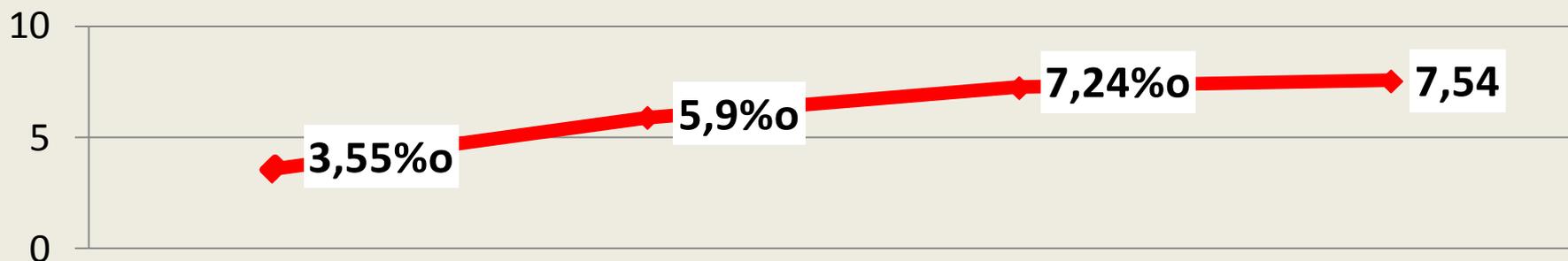
# Динамика общего количества родов по данным МПЦ 1974 – 2014 г.г.



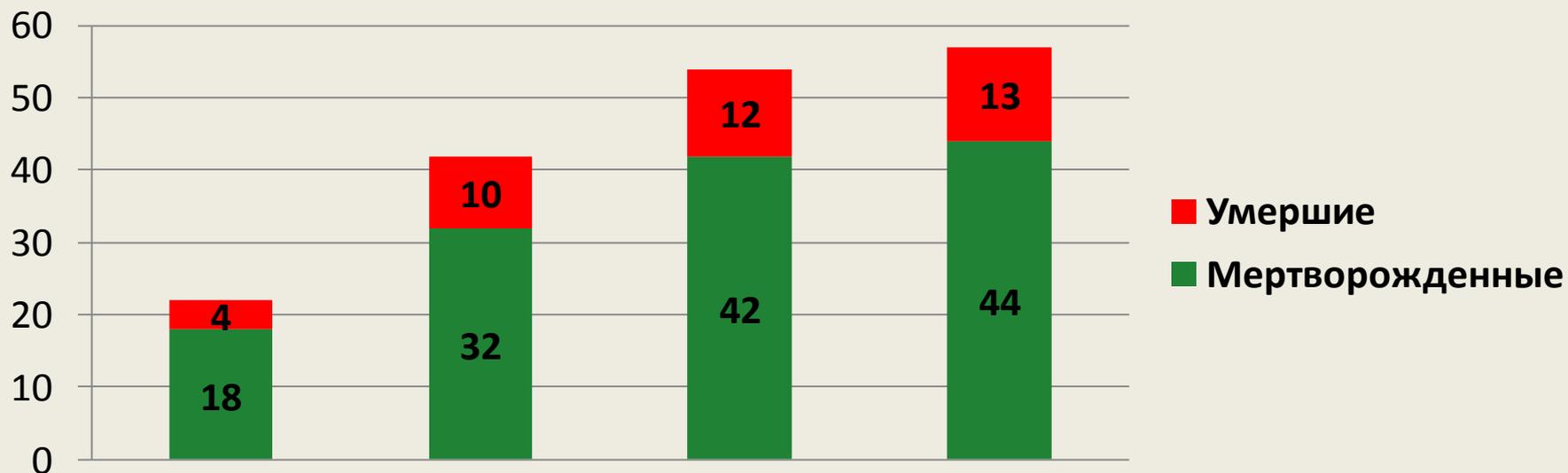
# ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ



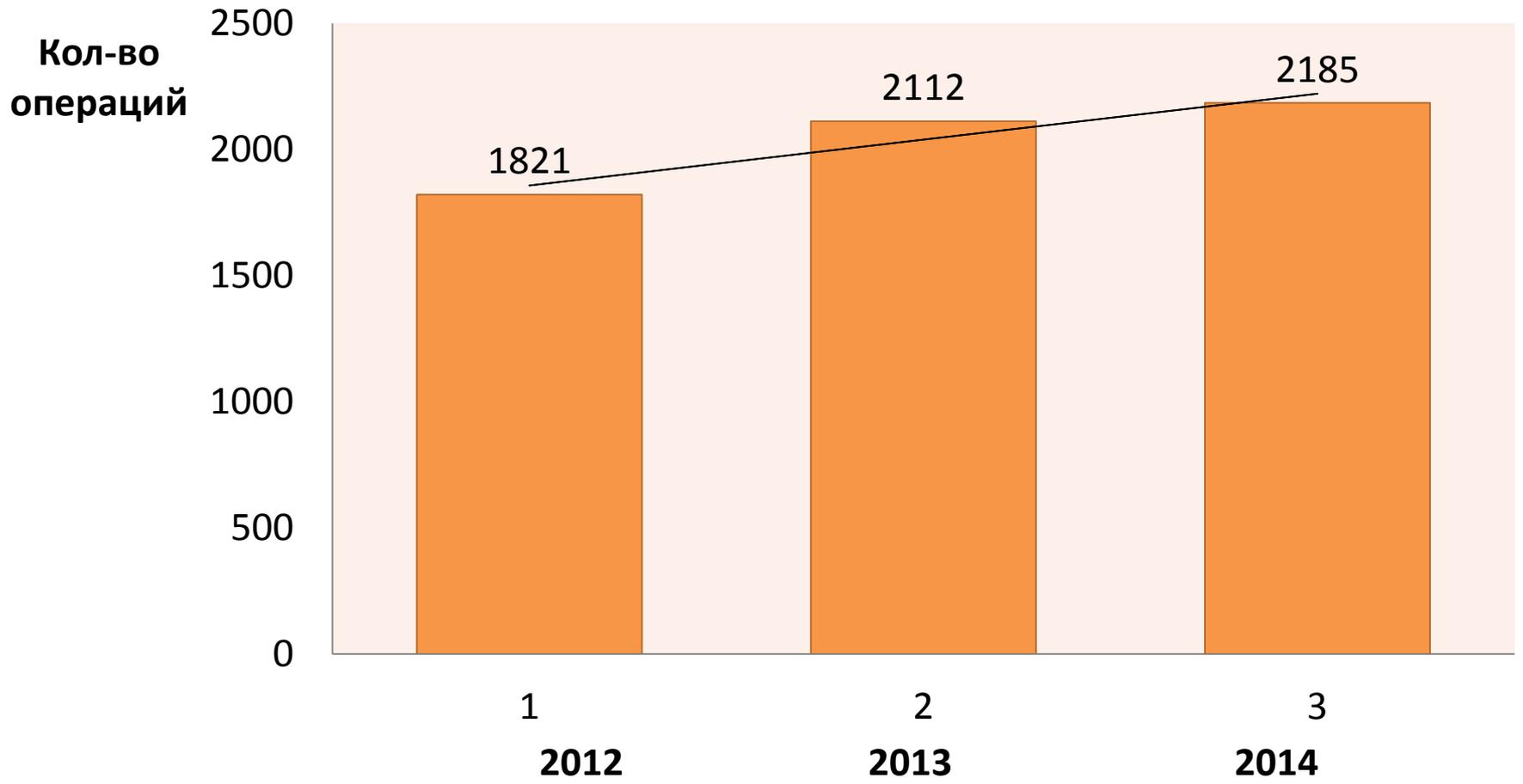
# Показатель перинатальной смертности 2011г. – 2014г.



## Структура перинатальной смертности (абс.ч.)



## ДИНАМИКА АБДОМИНАЛЬНЫХ РОДРАЗРЕШЕНИЙ ПО ГОДАМ



# Методы анестезиологического пособия:

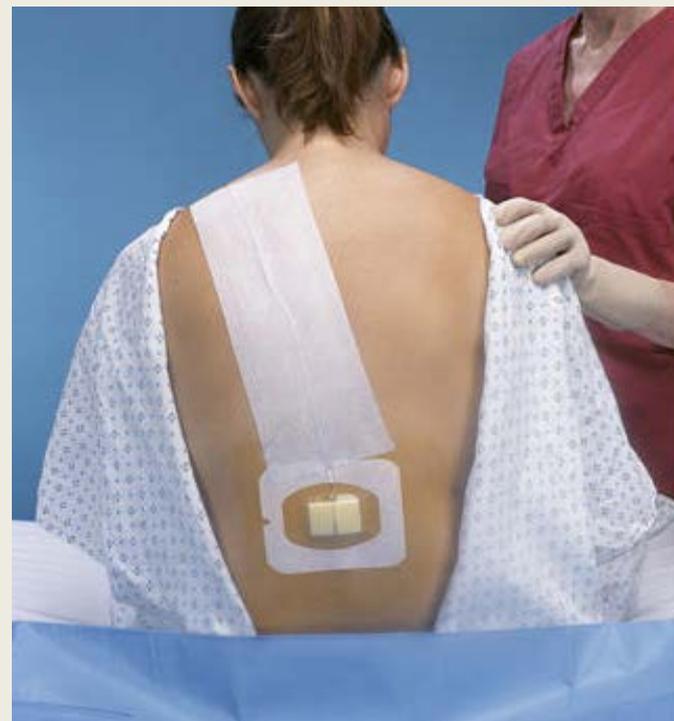
-общая анестезия;

-внутривенная анестезия;

-спинальная анестезия;

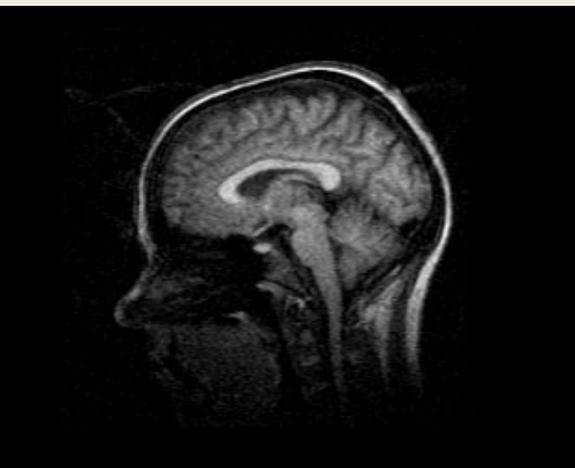
-эпидуральная анестезия;

-спинально-эпидуральная  
анестезия.



# Распределение видов анестезиологического пособия при КС в динамике

	Плановая анестезия			Экстренная анестезия			% центральных НАБ
	ОА	СЭА	СА	ОА	СЭА	СА	
<b>2012 г.</b>	469	105	318	407	21	501	52,1
<b>2013 г.</b>	411	32	711	343	3	612	64,3
<b>2014 г.</b>	364	25	908	297	29	562	69,7



МРТ больной С. **Синдром Арнольда-Киари I ст.**

Опущение миндалин мозжечка ниже линии

Чемберлена. МРТ-признаки наружной гидроцефалии.

Расширение большой цистерны мозга, цистерны намета мозжечка.

Больная С.: II беременность 39-40 недель, головное предлежание, «незрелая» шейка матки. Рубец на матке после кесарева сечения под ЭА. Крупный плод. Врожденная аномалия глаз (нистагм, горизонтальная дальнозоркость, астигматизм).

06.03.09 под СА произведено кесарево сечение. К концу I суток головная боль, резистентная к консервативной терапии, менингизм.

После верификации диагноза (МРТ на 4-е сутки), стало понятно, почему при обезболивании кесарева сечения в 2005 г. не развилось клиника обострения синдрома АК (операция выполнялась не под спинальной, а под эпидуральной анестезией). Продолжена консервативная терапия САК, через 3 месяца оперативное лечение в НИИ нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко.

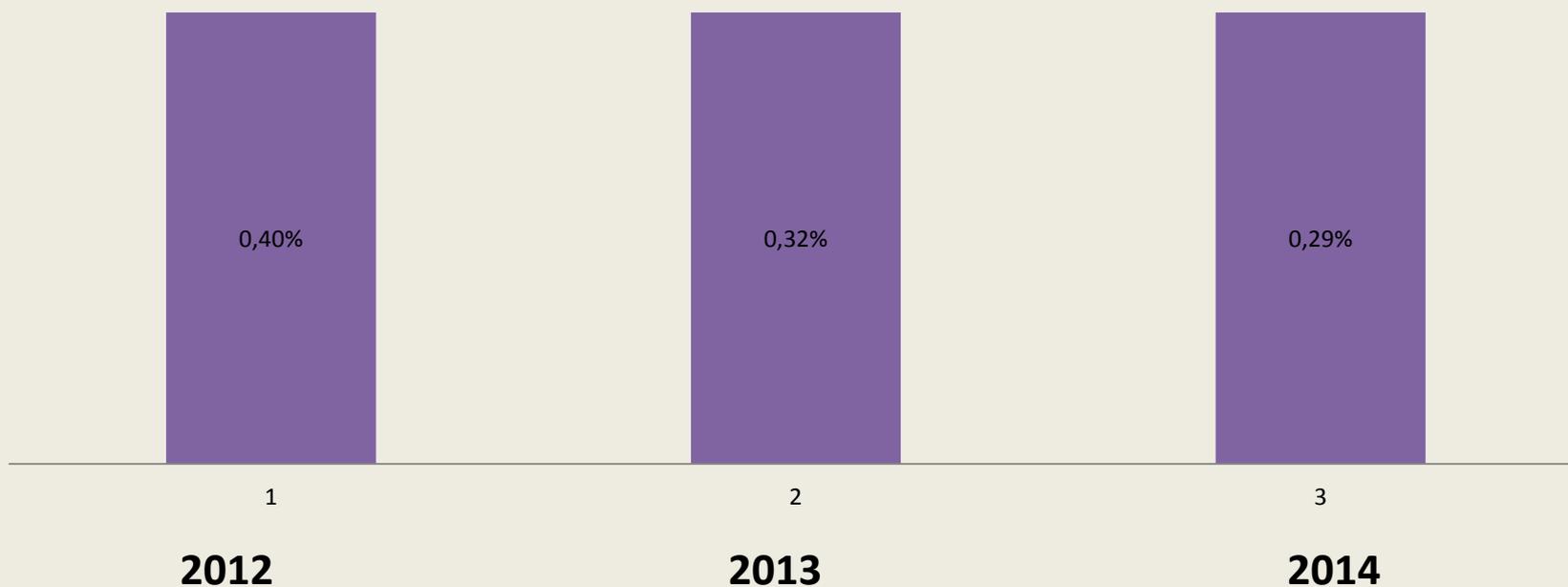
# ЭПИДУРАЛЬНАЯ АНАЛЬГЕЗИЯ В РОДАХ В МПЦ ТГКБ № 5



- Эпидуральная анальгезия в родах составляет около 30% от всех самостоятельных родов.
- При преждевременных родах порядка 98%.



# Динамика осложнений при абдоминальном родоразрешении по годам



# МОНИТОРИНГ

**В соответствии с требованиями  
ФОМС РФ необходимо  
соблюдение базовых  
стандартов мониторинга у  
родильниц и рожениц в  
процессе проведения  
различных анестезиолого -  
реанимационных пособий.  
Более половины всех  
критических инцидентов  
можно было бы избежать при  
соблюдении необходимых  
объемов мониторинга.**



Заимствовано у профессора И.В. Братищева

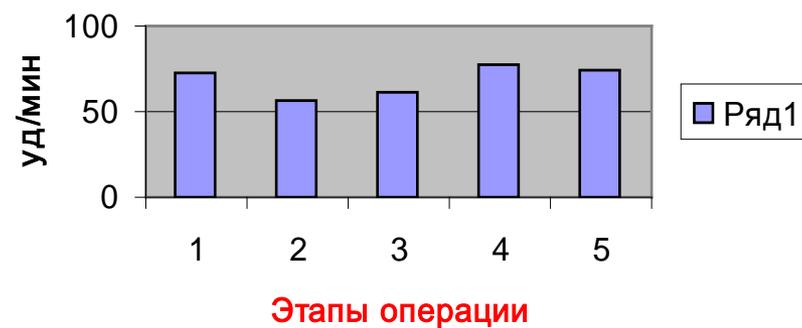
## Осложнения анестезии

	2012	2013	2014
Аллергические и анафилактические реакции	3	2	3
Нестабильная гемодинамика	5	6	4
Ларинго- и бронхоспазм	2	2	3
Продленное апноэ	1	1	-
Анафилактический шок	-	1	-
Бронхоспазм	1	-	-
Поспункционная головная боль	16	18	21
Аспирация	2	2	1
Рвота при нейроаксиальных блокадах	5	6	7
Неэффективная анестезия	6	3	3

# Некоторые показатели ЦГ у больной Е.



## Динамика ЧСС



## Динамика СИ

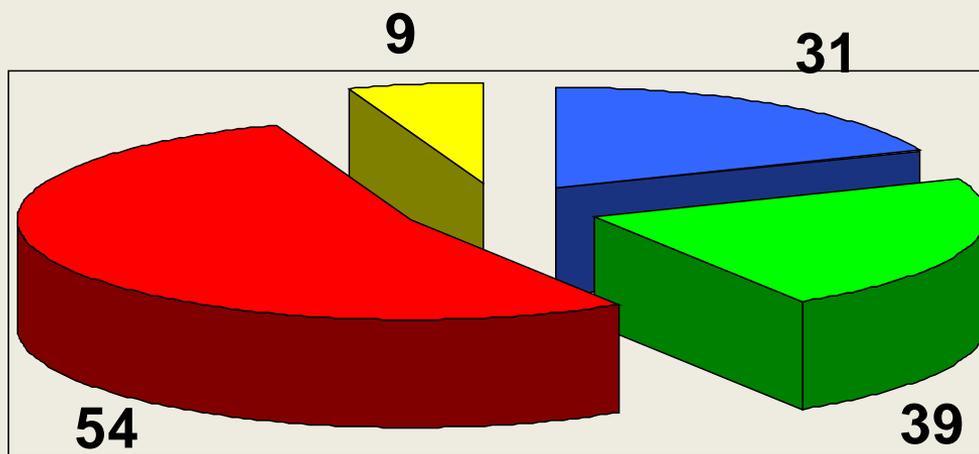


## Динамика ОПСС



# Структура родов с кровотечениями по данным акушерского стационара МПЦ ТГКБ № 5

2014 год (133 случая)



- ПОНРП
- Предлежание
- Гипотония
- Вращение

# Кровотечение!

## ◎ Состав бригады:



- Врач акушер-гинеколог
- Акушерка
- Врач –неонатолог
- Медсестра новорожденных
- Врач анестезиолог-реаниматолог
- Медсестра-анестезист
- Младшая медицинская сестра



- + Ответственный врач акушер – гинеколог (не ниже 1-й категории)
- + Врач – трансфузиолог (акушер, неонатолог, реаниматолог и т.д...)
- + Вторая акушерка
- + Операционная медицинская сестра

# Карбетоцин во время КС

- 20, 40, 60, 80, или 100 мкг
- Эффективность профилактики кровотечения одинакова;
- Дополнительно потребовалась утеротоническая терапия в 13% случаев;
- Частота побочных эффектов (гипотония) одинакова и составила 42,5%;

Anandakrishnan S, Balki M, Farine D, Seaward G, Carvalho JC. Can J Anaesth. 2013 Nov;60(11):1054-1060. Epub 2013 Sep 25. Carbetocin at elective Cesarean delivery: a randomized controlled trial to determine the effective dose, part 2.

# Массивное кровотечение!!!



**Итого:  
16 специалистов  
и более**

## ⊙ Состав бригады:

- Врач акушер-гинеколог
- Акушерка
- Врач –неонатолог
- Медсестра новорожденных
- Врач анестезиолог-реаниматолог
- Медсестра-анестезист
- Младшая медицинская сестра



- + Ответственный врач акушер – гинеколог (не ниже 1-й категории)
- + Второй врач анестезиолог-реаниматолог в ночное время
- + Врач – трансфузиолог (акушер, неонатолог, реаниматолог и т.д...)
- + Вторая акушерка
- + Вторая медсестра – анестезист
- + Операционная медицинская сестра



- + заместитель главного врача по акушерству и гинекологии
- + заведующий родовым отделением
- + заведующий ИТАР
- + врач – сосудистый хирург

Какой раствор?

Сколько?



# Извечный спор – коллоиды и/или кристаллоиды?



# Венофундин



- **Фармакологические свойства**

- Средний молекулярный вес:

120000 – 140000 Da

- Молярное замещение:

0.42

- C2:C6:

6:1

- Крахмал:

Картофельный

- HES-concentration:

6 % (60 g/l)

- Осмолярность:

309 mOsm/l

- Кристаллоид:

0.9 % натрия хлорид

# Желатины

## Преимущества:

- Минимальное влияние на систему гемостаза
- Нет ограничения дозы введения
- Препараты последнего поколения (**Гелоплазма-баланс**) редко дают анафилактоидные реакции III-IV ст.

## Недостатки:

- Волемический эффект ~ 70%
- Не улучшает микроциркуляцию тканей
- Вызывает агрегацию тромбоцитов по данным тромбэластографии
- Содержит Ca++
- Анафилактоидные реакции ( $\pm$  0.34%)
- Риск инфицирования трансмиссивной спонгиозной энцефалопатией («бешенство коров») 1: 100 000



# АНАФИЛАКТИЧЕСКИЙ ШОК У БОЛЬНОЙ К.

В родах эпидуральная анальгезия наропином. В связи с клинически узким тазом решено завершить роды кесаревым сечением под эпидуральной анестезией. В анамнезе пищевые аллергии с отеком Квинке.

При проведении преинфузии гелофузином (перелито 50 мл) развился анафилактический шок с падением АД до 65/35 мм рт. ст., частичным бронхоспазмом. После введения кортикостероидов (метипред 500 мг, инфузии адреналина 1 мг, бронхолитиков) анафилактический шок купирован.

Решено провести операцию под общей анестезией. Через 30 мин после купирования анафилактического шока на фоне стабильной гемодинамики проведена индукция в наркоз кетамин, интубация трахеи, после чего развился частичный бронхоспазм, купированный стероидами, ингаляцией севорана, инфузией гинепрала).

В дальнейшем течение анестезиологического пособия без особенностей. После суточного наблюдения в отделении в удовлетворительном состоянии переведена в послеродовое отделение.



# АЛЬБУМИН: PRO ET CONTRA



**ЗА:**

## **Возможные осложнения:**

- Отек легких.
- Нарушение газообмена в легких.
- Нарушение функции внутренних органов у септических больных.
- Теоретическая возможность заражения вирусным гепатитом.
- Анафилактоидные реакции.
- Стоимость альбумина в 3 раза больше, чем ГЭК.
- Поддержание КОД.
- Обеспечение про- и антикоагулянтной активности.
- Антиоксидантная функция, что особенно важно при сепсисе, массивной кровопотере.
- Транспортная функция (Переносит лекарства, гормоны, минералы, нутриенты (жиры, аминокислоты) и др.).
- Гемодинамическая. 1 грамм альбумина удерживает 19 мл воды. Поддерживает артериальное давление.
- Детоксикационная. Связывает и переносит к органам выделения билирубин, желчные кислоты, свободные радикалы и различные токсины.
- Буферная. Участвует в поддержании кислотно-щелочного равновесия (КЩР).

# Что же из кристаллоидов предпочесть?



# ТРАНЕКСАМ, раствор

## СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ И ДОЗЫ

### РЕЖИМ ДОЗИРОВАНИЯ<sup>1,2</sup>

**Общая хирургия,  
травматология и ортопедия,  
акушерство и гинекология**

ТРАНЕКСАМ 10–15 мг/кг  
до хирургического разреза

+

ТРАНЕКСАМ 10–15 мг/кг  
каждые 6–8 часов  
максимальная суточная доза 4 г

**Кардиохирургия**

ТРАНЕКСАМ 10–15 мг/кг  
до хирургического разреза

+

ТРАНЕКСАМ 1–2 мг/кг/час  
до конца операции

+

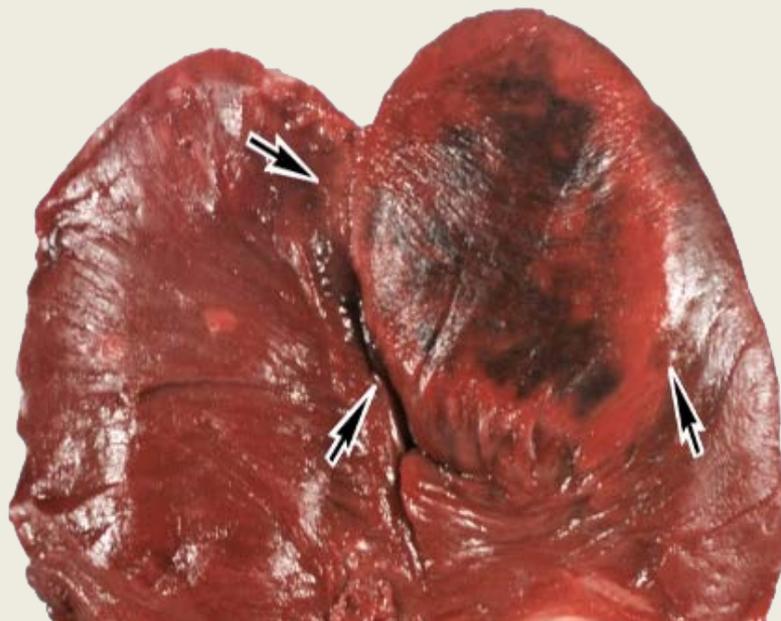
ТРАНЕКСАМ 500 мг  
в резервуар АИК

Рекомендации по введению препарата:

Транексам 10–15 мг/кг разводят в 200 мл 0,9% раствора натрия хлорида, вводят в/в капельно в течение 15–20 минут

1. Инструкция по медицинскому применению препарата Транексам
2. Horrow J.C., Van Riper D.F., Strong M.D., et al. The dose-response relationship of *tranexamic acid*. *Anesthesiology* 1995;82:383-392.

**Применение апротинина повышает риск инфаркта миокарда и сердечной недостаточности, инсульта и энцефалоптии у пациентов с первичной коронарной реваскуляризацией...**



*Mangano D. T., Tudor I. C., Dietzel C. The risk associated with aprotinin in cardiac surgery. New Eng. J. Med. 2006;354(4):353–365*

**NEJM**





## КОАГИЛ-VII

**Первый отечественный рекомбинантный фактор свертывания крови**

**МНН: Эптаког альфа (активированный)**

**Фармакотерапевтическая группа:  
гемостатическое средство**

**Лекарственная форма: лиофилизат для приготовления раствора для внутривенного введения**

**Биоаналог**



1мл раствора содержит 0,6 мг Эптакога альфа активированного

# Клиническое наблюдение

Пациентка М., 31 года поступила в МПЦ  
23.05.2014 г. Диагноз при поступлении: I  
беременность 40-41 нед. Анемия I ст.

Гиперкоагуляционный синдром. Поперечно-  
суженный таз I ст. Варикозная болезнь.

29.05.2014 г. плановая лапаротомия по  
Пфанненштилю. Кесарево сечение в  
нижнематочном сегменте.

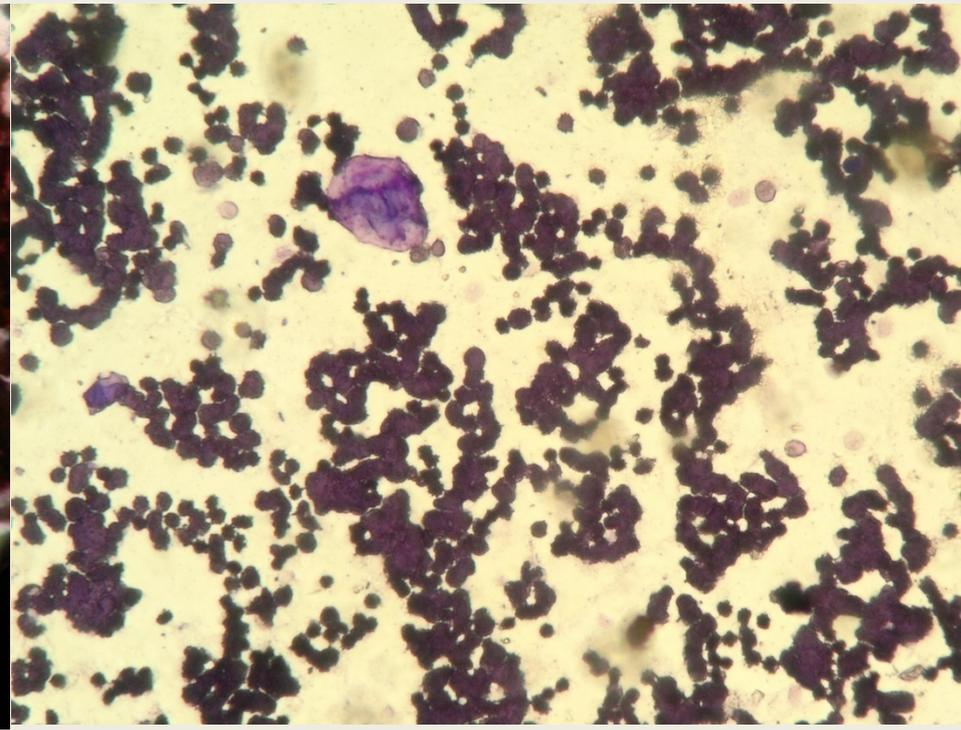
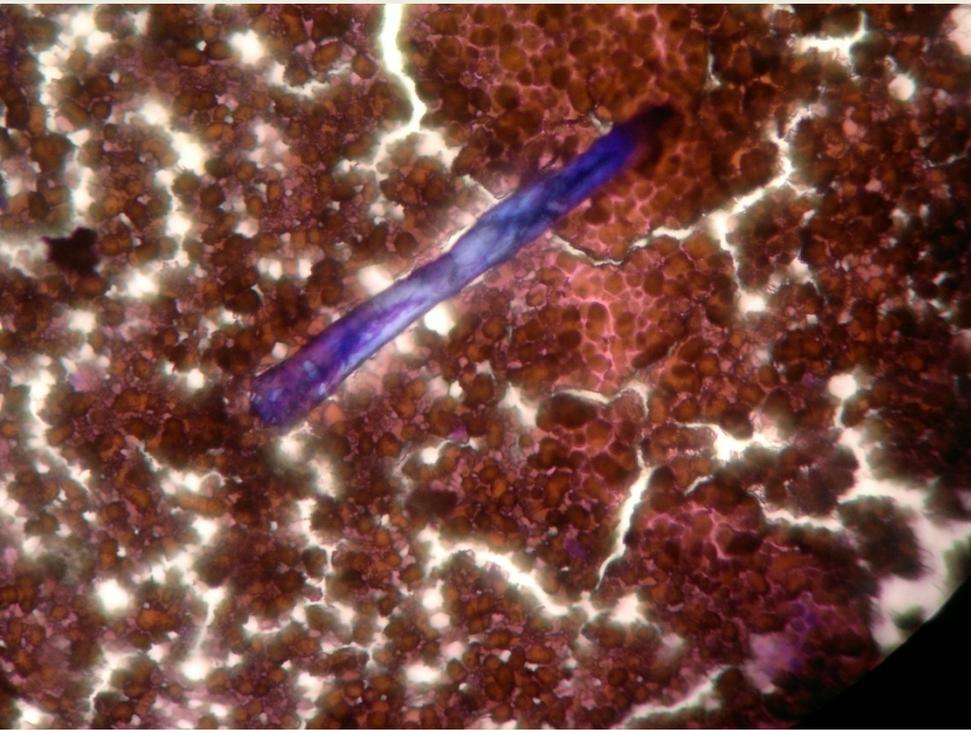
# Клиническое наблюдение

Операция выполнена под спинальной анестезией маркаином (13 мг) + фентанил (25 мкг) интратекально.

Сразу по извлечению плода и отделение последа появились жалобы на одышку, чувство нехватки воздуха, отмечено снижение АД до 90/50 мм рт. ст. Через 5 минут развилось гипокоагуляционное кровотечение.

Диагноз: **АМНИОТИЧЕСКАЯ ЭМБОЛИЯ**

# Прижизненная экспресс-диагностика (микроскопия крови из кубитальной вены)

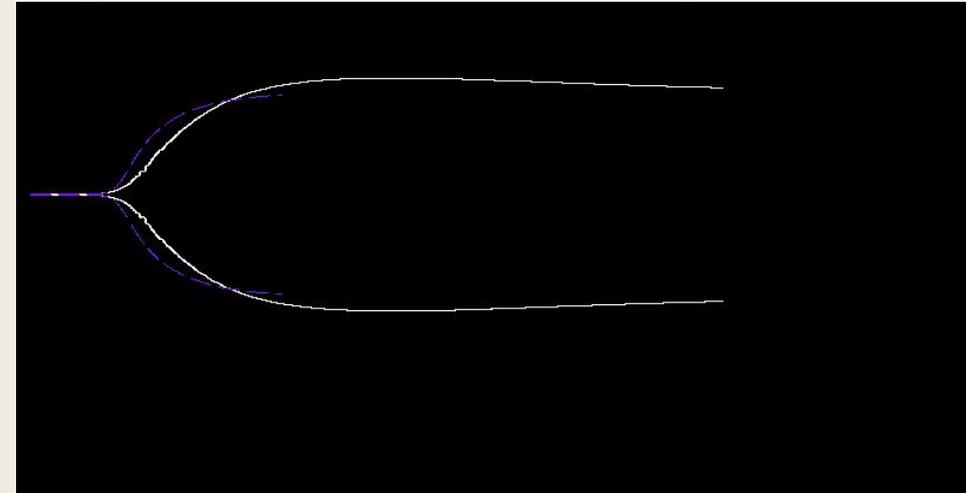
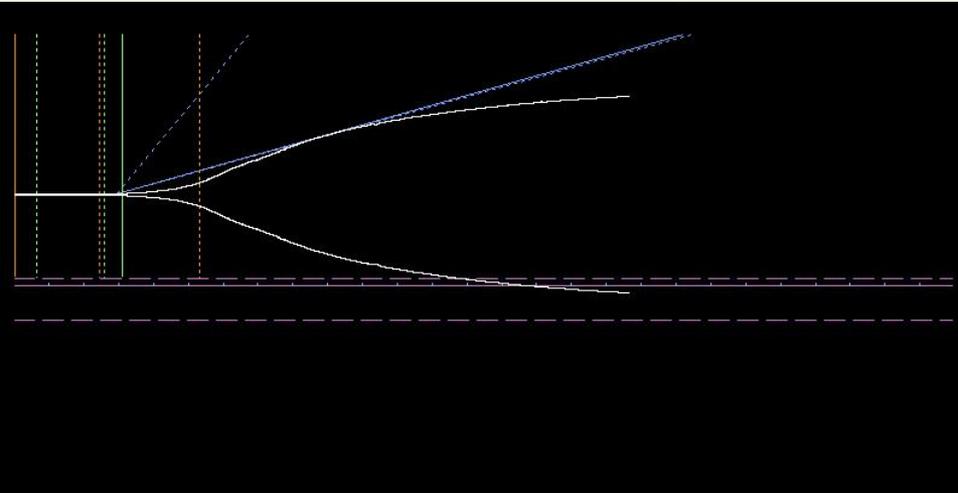


# Тромбоэластография

- Впервые описан в 1948 году – Hartet
- Позволяет быстро оценить глобальную функцию гемостаза из одной пробы крови



# ТЭГ до (А) и после лечения (Б)



# ЛЕЧЕНИЕ

## Восполнение ОЦК

### Коррекция гемокоагуляции:

- Коагил 4,8 мг;
- Протромплекс 600 мг;
- Транексам 1500 мг;
  - СЗП 900 мл.

## **ЛЕЧЕНИЕ**

**Общий объем инфузии 5505 мл  
литров, в том числе:**

**Эритроцитарная взвесь 1455 мл;**

**Кристаллоиды 1400 мл;**

**Коллоидные растворы:**

**Искусственные: гелоплазма баланс  
(1500)**

**Естественные: 900 мл СЗП**

**250 мл 20% альбумина.**

**ПАБАЛ (100 мкг) медленно, на  
протяжении 1 мин однократно.**

**Управляемая балонная тампонада**



**Самая лучшая единица крови та,  
которую никому не перелили.**

**акад. А.П. Воробьёв**



# НЕКОТОРЫЕ НЮАНСЫ



# Принципы применения СЗП

- Переливание СЗП показано только для восполнения плазменных факторов свёртывания!

## Показания к трансфузии СЗП:

- **Кровопотеря свыше 25-30% ОЦК**
- **С применением СЗП нельзя запаздывать!**
- Снижение концентрации фибриногена до 0,8 г/л
- Снижение протромбинового индекса менее 60%
- Удлинение ТВ или АЧТВ более чем в 1,8 раза от контроля
- **Общая доза СЗП не более 10-15 мл/кг массы!**



## Название компонентов крови

	<b>СЗП (литры)</b>	<b>ЭР.ВЗВЕСЬ (литры)</b>
<b>2012 г.</b>	<b>16,5</b>	<b>29,1</b>
<b>2013 г.</b>	<b>15,1</b>	<b>27,2</b>
<b>2014 г.</b>	<b>11,8</b>	<b>19,3</b>

# ПОДДЕРЖАНИЕ ТЕМПЕРАТУРНОГО ГОМЕОСТАЗА



# ПЛАЗМАФЕРЕЗ

Плазмаферез выполняем при  
следующих патологических  
состояниях:

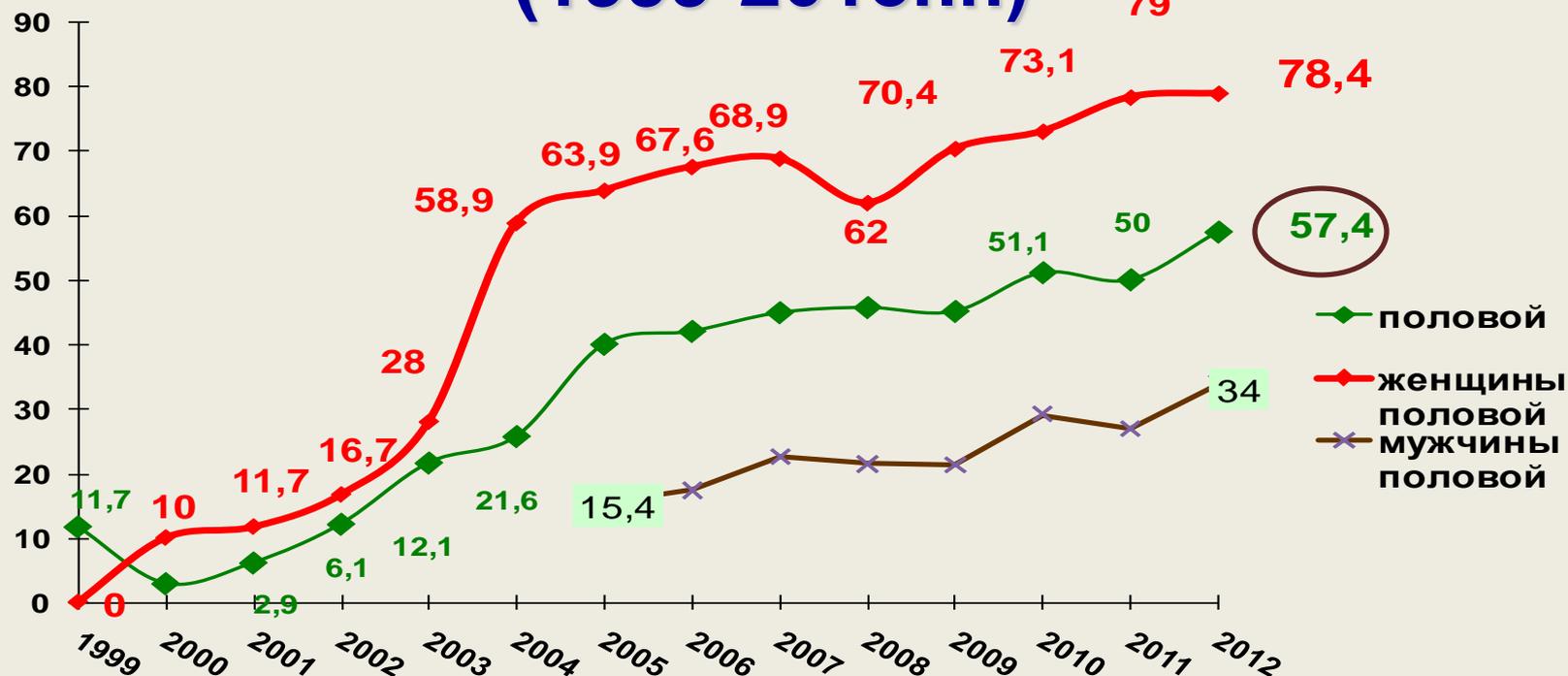
- При резус-конфликте между матерью и плодом.
- При невынашивании беременности, обусловленном хроническим ДВС-синдромом, антифосфолипидным синдромом.
- При HELLP-синдроме.



# Капиллярная утечка



# Сравнительная характеристика реализации полового пути передачи в г.о. Тольятти (1999-2013г.г.)



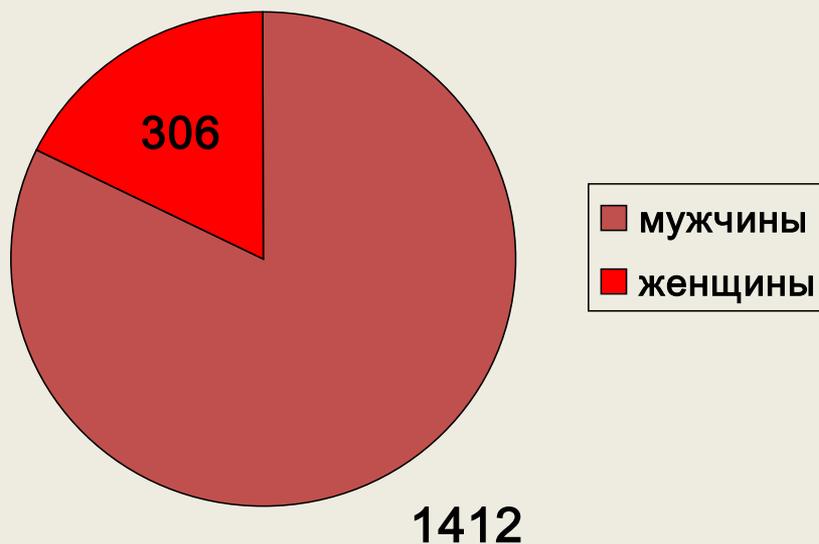
## Реализация путей передачи ВИЧ-инфекции в 2013г. (за 10 мес.)

Половой гетеросекс.	Половой гомосексуальн.	Парентеральный ПИН	Вертикальный
71%	0,3%	27,4%	1,3%

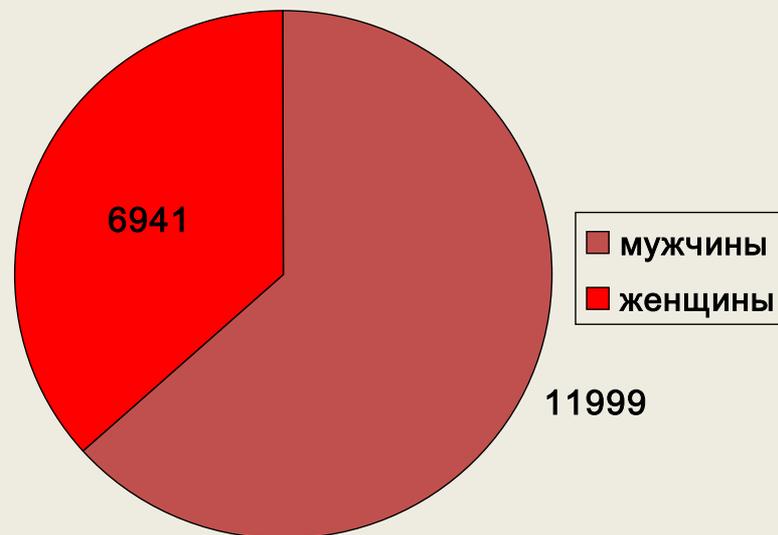
Основной путь передачи ВИЧ-инфекции в Тольятти (в отличии от РФ) - половой путь (с 2010г. > 50%).

# Половой состав

2000 год



2013 год



Тенденция. Рост удельного веса женщин инфицирующихся ВИЧ ежегодно.

Кумулятивно удельный вес женщин достиг 37% среди лиц, живущих с ВИЧ-инфекцией (с 19% в 2000г.)

# Некоторые характеристики ВИЧ-инфицированных пациенток, принимающих антиретровирусные препараты

печеночная  
дисфункция с  
нарушениями  
гемокоагуляции

12,5%

анемия

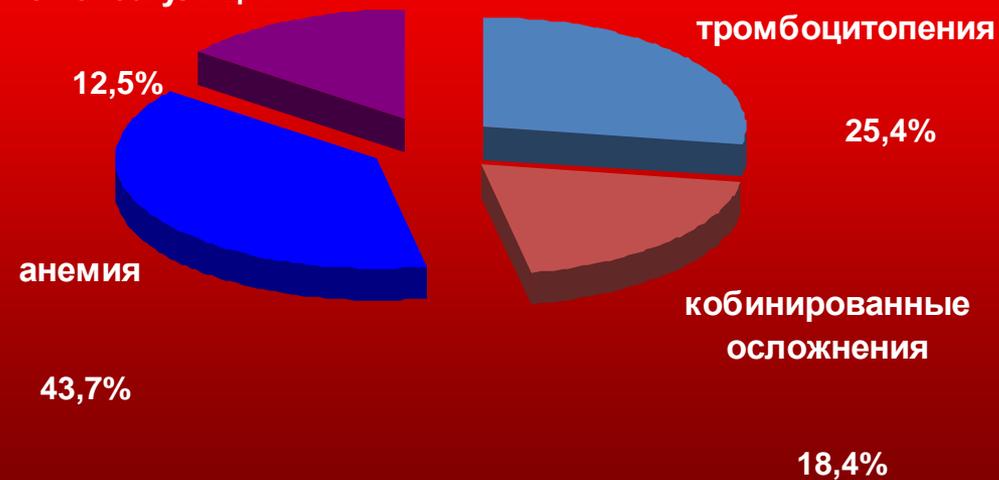
43,7%

тромбоцитопения

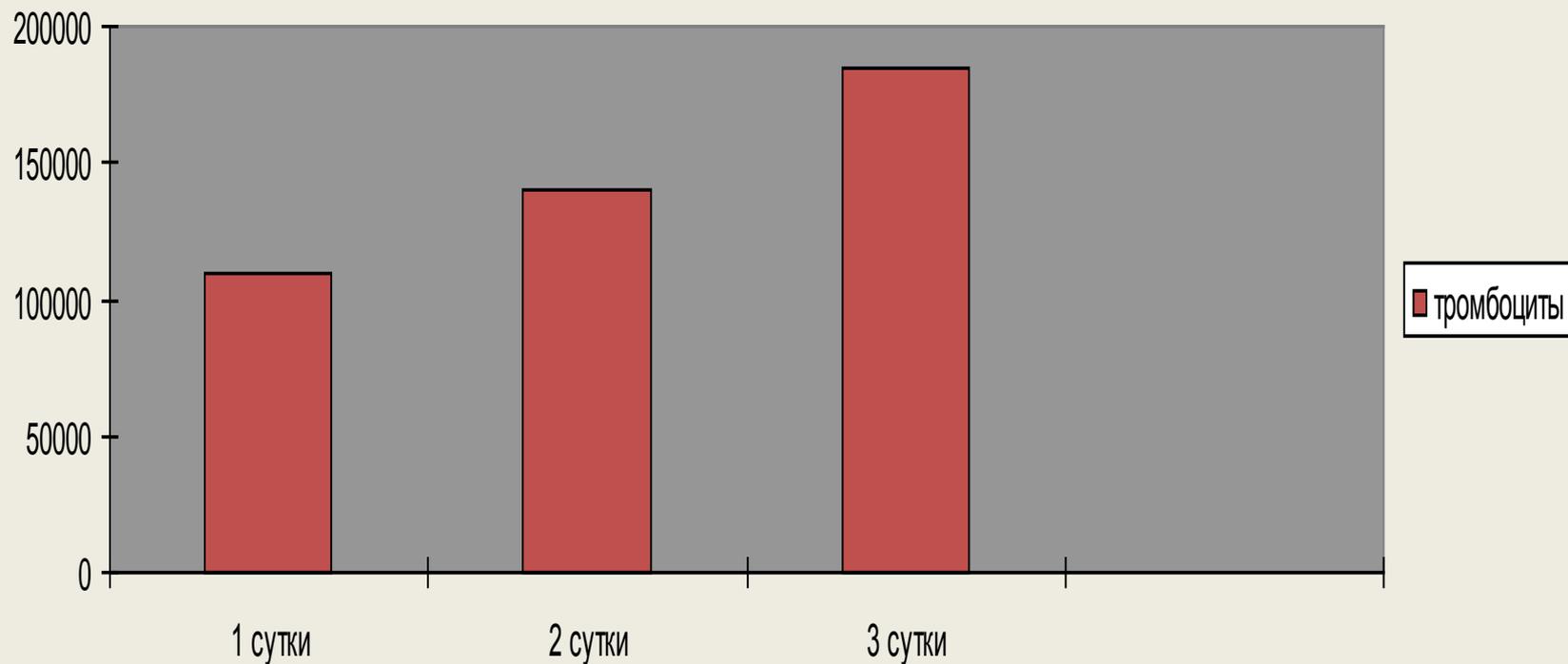
25,4%

комбинированные  
осложнения

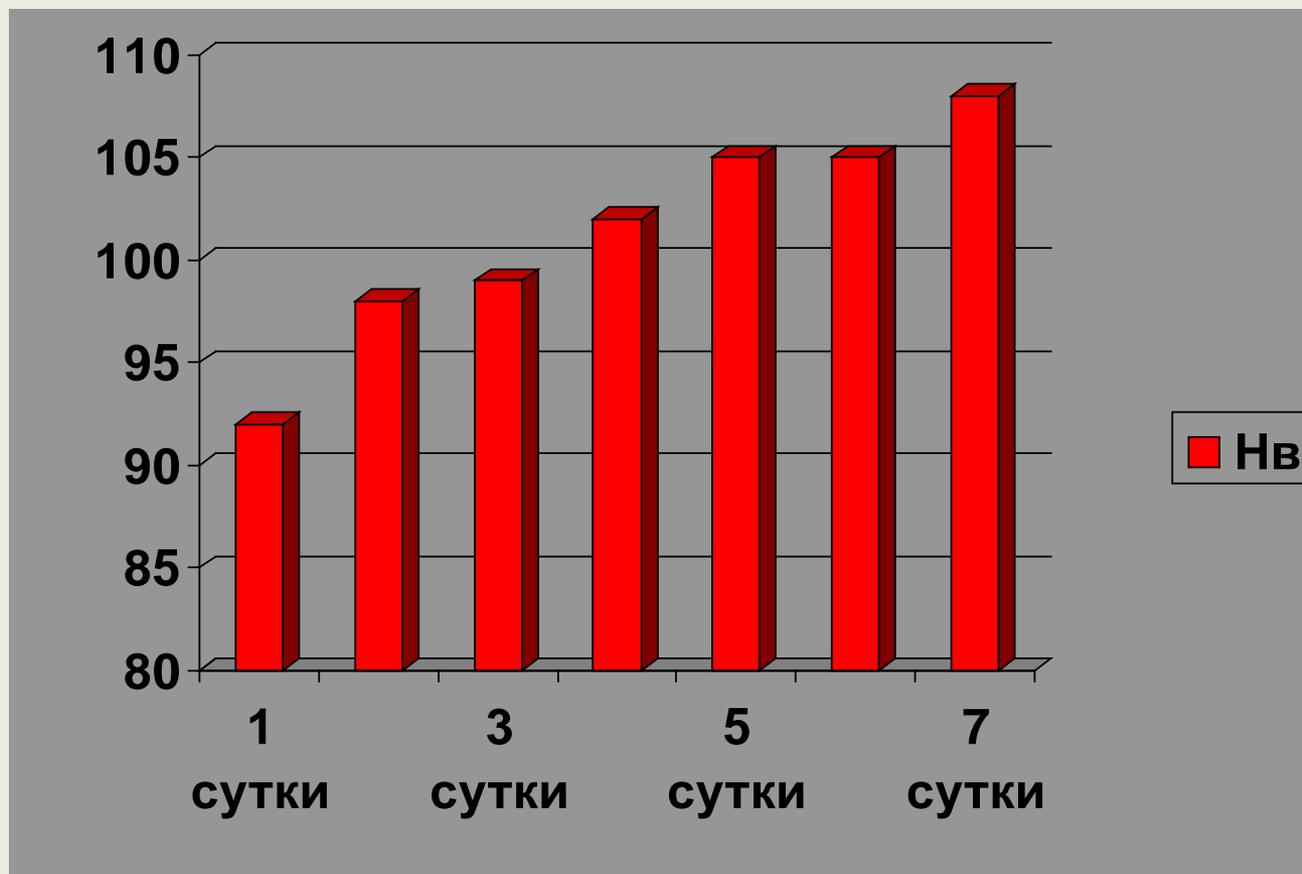
18,4%



# Динамика роста уровня тромбоцитов на фоне пульс-терапии



## Динамика роста уровня гемоглобина на фоне терапии эритропоэтином



Кругова Л.В., Вартанов В.Я., Хуторская Н.Н., Лаптева И.В., Шифман Е.М.. Коррекция анемии у ВИЧ-инфицированных беременных, получающих антиретровирусные препараты// Анестезиология и реаниматология, 2012. –№6. - С.17-21.

# Комбинированная спино-эпидуральная анестезия



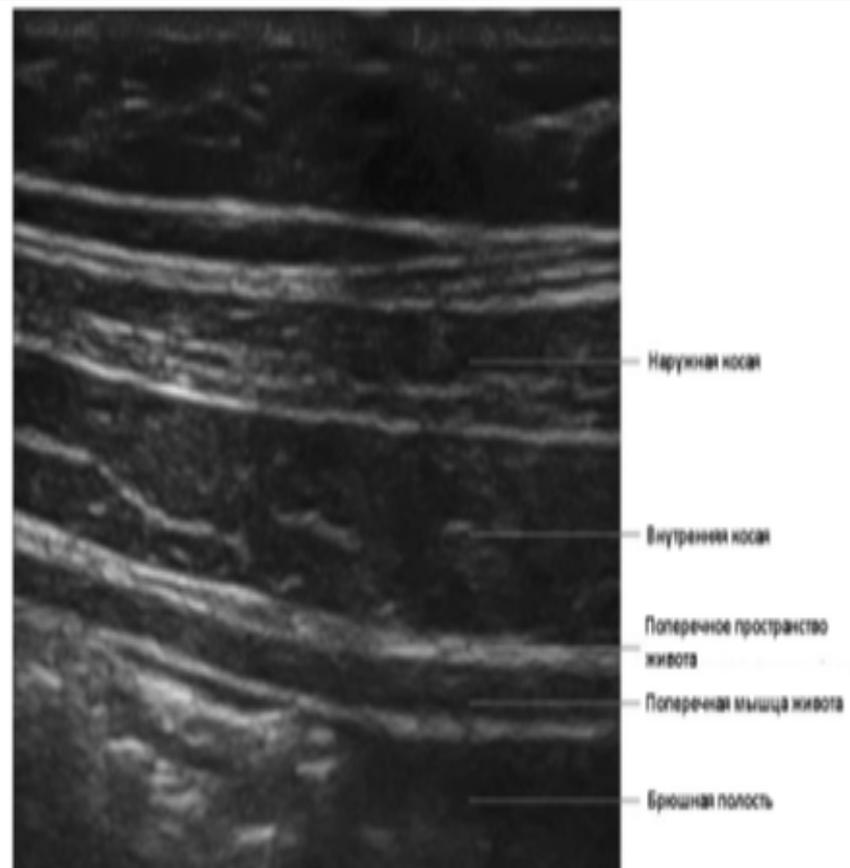
- Комбинированная спино-эпидуральная анестезия может снижать риск инфекции вследствие ослабления стрессовой реакции и умеренной защитой клеточного и гуморального иммунитета
- Целесообразность эпидуральной анальгезии в послеоперационном периоде

# К сожалению у нас так не всегда! (МПЦ ГБУЗ СО ТГКБ № 5)



## Дозы местных анестетиков при проведении блокады поперечного пространства живота

ПРЕПАРАТ	ДОЗА
<b>РОПИВАКАИН</b> 0,75%	1,5 мг/кг (макс 150 мг) с обеих сторон
<b>БУПИВАКАИН</b> 0,375%	1,0 мг/кг (макс 75 мг) с обеих сторон



[http://www.far.org.ru/files/12\\_FAR\\_tezis.pdf](http://www.far.org.ru/files/12_FAR_tezis.pdf)

<http://www.critical.ru/RegionarSchool/content/view/publications/170/0141.html>

<http://reganesth.ru/wp-content/uploads/2010/TAP-+-Rectus-sheat-блок.pdf>

# Осложнения



*Практически  
отсутствуют*



Постпункционная головная боль

Брадикардия, гипотония

Снижение удовлетворенности



**Заимствовано  
у Г.В. Филипповича**

# Раннее энтеральное питание (через 8-10 часов)

в послеоперационном периоде  
способствует:

- 1) более быстрому восстановлению функций желудочно - кишечного тракта;
- 2) быстрому восстановлению белково- энергетической недостаточности и стабилизации питательного статуса пациентов.
- 3) за счет начала раннего энтерального питания удастся уменьшить объем инфузионной терапии до необходимого минимума.



**Ранняя активация = оптимальные условия  
вскармливания!**



# НАШИ РЕКОРДСМЕНЫ

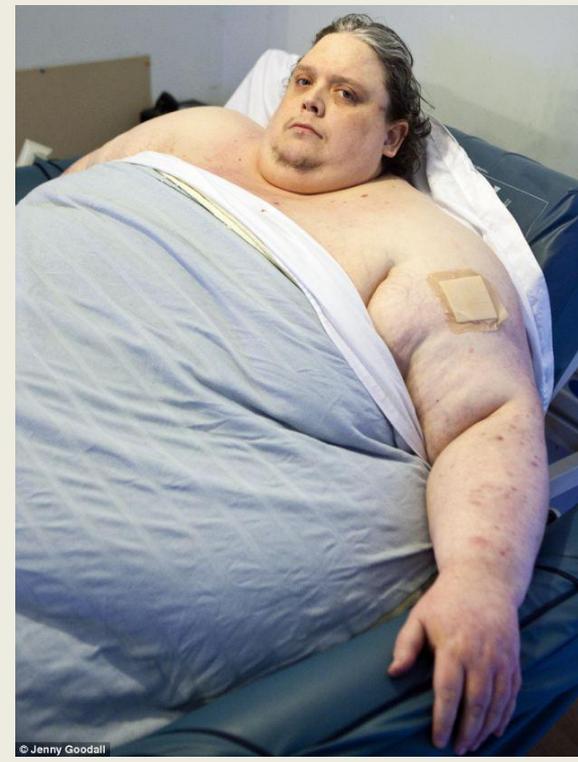
24 кг



125 кг



175 кг



## ***Из «скорбного листа»:***



**Диагноз при поступлении:**  
Беременность II 37-38 нед.,  
сочетанный гестоз на фоне  
симптоматической артериальной  
гипертензии.

**Обращали на себя внимание:**  
выраженная артериальная  
гипертензия (180/120 мм рт.ст., ЧСС  
118 уд/мин), протеинурия (1,2 г/л),  
генерализованные отеки. Прием  
пищи за 2 часа до операции.

**Рост 157 см, вес – 63 кг.**

**Согласно плану –абдоминальное  
родоразрешение.**

**Анестезиолог: риск III по ASA,  
Планируется провести операцию под  
спинно-мозговой анестезией.**

**Из-за технических сложностей (сколиоз  
III ст.) выполнить её не удалось.**

# **Домашние заготовки с базарными ценами не сходятся!**

Операция проведена под общим обезболиванием по эндотрахеальному методу с ингаляцией смеси  $N_2O-O_2$ -сесорана на фоне ИВЛ и миоплегии листеноном с применением препаратов для НЛА. Течение операции и анестезии осложнились тахикардией (до 150 уд/мин), артериальной гипертензией (до 235/132 мм рт.ст.). С целью стабилизации гемодинамики проводилась инфузия сульфата магния (2 г/час), клофелин, фракционно вводились селективные бета-блокаторы.



# Карта анестезии больной X.

Медикаменты	в мг	Возраст 37						Группа крови A (II)						Резус Rh(+)K					
		10	20	30	40	50	60	10	20	30	40	50	60	10	20	30	40	50	60
атропин 0,1%	250																		
димедрол 1%	200																		
викасол 1%	190																		
дицинон	180																		
метилэргобревин	170																		
ЦЕФАЗОЛИН	160																		
Метипред	150																		
ЭУФРИЛЛИН 2,4%	140																		
НАРНИЯ СУЛЬФАТ 25%	130																		
МЕТОКЛОПРАМИД	120																		
ЛИДКАИН 2%	110																		
ЦЕФТРИАКСОН	100																		
НИКОТИНОВАЯ К-ТА 1%	90																		
БЕТАЛОК	80																		
	70																		
	60																		
	50																		
	40																		
СЕВДРАН																			
SpO2																			
Релаксант АИСТЕНДН																			
Кислород																			
Закись азота																			
Тиопентал 1%																			
НАРДИС ДКСИВАТ																			
Дроперидол																			
Промедол 2%																			
Фентанил 0,005%																			
НОРФИН 1%																			
Этапы операции и наркоза																			
Кровопотеря																			
Среды																			
Время операции																			
Анестезисты																			
Перелито всего:																			
Диурез:																			

Медикаменты	в мг	Возраст 37						Группа крови A (II)						Резус Rh(+)K					
		10	20	30	40	50	60	10	20	30	40	50	60	10	20	30	40	50	60
атропин 0,1%	200																		
димедрол 1%	190																		
викасол 1%	180																		
дицинон	180																		
метилэргобревин	170																		
ЦЕФАЗОЛИН	160																		
Метипред	150																		
ЭУФРИЛЛИН 2,4%	140																		
НАРНИЯ СУЛЬФАТ 25%	130																		
МЕТОКЛОПРАМИД	120																		
ЛИДКАИН 2%	110																		
ЦЕФТРИАКСОН	100																		
НИКОТИНОВАЯ К-ТА 1%	90																		
БЕТАЛОК	80																		
	70																		
	60																		
	50																		
	40																		
SpO2																			
Релаксант АИСТЕНДН																			
Кислород																			
Закись азота																			
Тиопентал 1%																			
Дроперидол																			
Промедол 2%																			
Фентанил 0,005%																			
Этапы операции и наркоза																			
Кровопотеря																			
Среды																			
Время операции																			
Анестезисты																			
Перелито всего:																			
Диурез:																			

Перевод в операционную, интубация

④

премедикация

индукция

разрез

увеличение

ушивание

конец дрел

Диклитидин 1Дед

P - 350,0

P - 350,0

НД - 17 30  
ИЗВЛ - 17 30  
КД - 18 10

④

БРАХИТЕЛДИЯ  
ПРИМЕНЕНИЕ  
ПРИМЕНЕНИЕ

РЕАМБЕРИН - 500,0

Перевод в ИТАР на ИВЛ

Перелито всего: 1200,0

Диурез: ≈ 1200,0

# В ИТАР 22.30

## Параметры ИВЛ:

- CMV.
- FiO<sub>2</sub> 40%.
- ДО – 450 мл.
- МОД - 6,3 л.
- РЕЕР +9 см Н<sub>2</sub>О
- SaO<sub>2</sub> 94%.

## Седатация:

- Морфин.
- Дормикум.
- ГОМК.

## Параметры ЦГ:

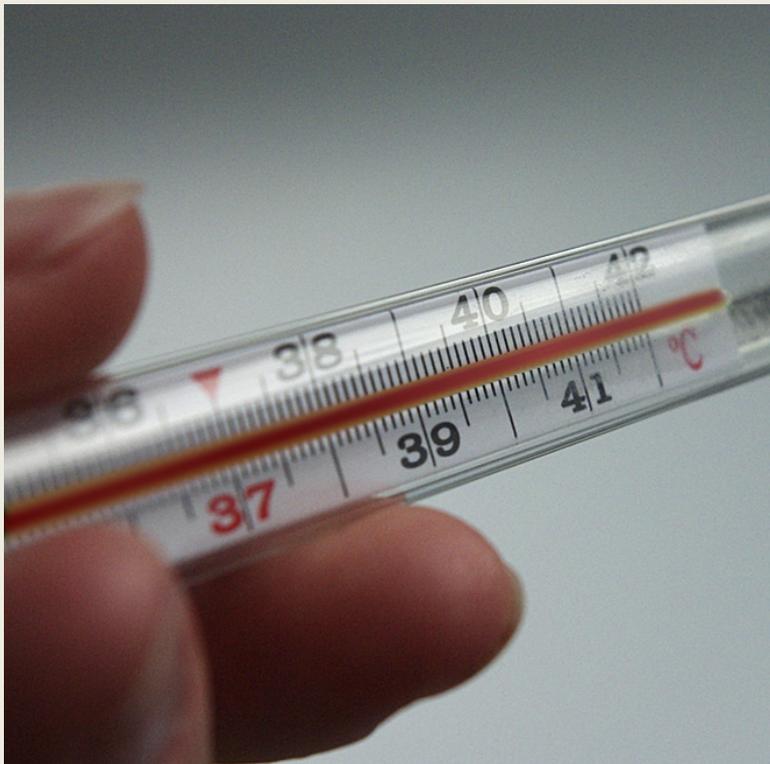
- ЧСС (HR) 150 уд/мин
- УО (SV) 56,7 мл
- УИ (SVI) 35 мл/м<sup>2</sup>
- МОС (CO) 8,5 л/мин
- СИ (CI) 5,2 л/мин/м<sup>2</sup>
- АД (NIBP) 140/90 мм рт.ст.
- САД (MAP) 100 мм рт.ст .
- ОПСС 1763 динхсекхсм<sup>5</sup>
- Рост (H) 157 см
- Вес (W) 63 кг
- ПТ 1,63 м<sup>2</sup>



«Если какая-нибудь неприятность может произойти, она обязательно случится»

Закон Мерфи

На 24.00 Т 39,9°C!



# **Вероятные причины гипертермии в данной клинической ситуации**

- Злокачественная гипертермия [севоран+, листенон+, ацидоз+(рН 7.24, рСО<sub>2</sub> 42 mmHg, ВЕ – 27 ммоль/л), аритмия+, тахикардия+, гиперкалиемия-, ЕТСО<sub>2</sub> -, ригидность мышц -]?
- Злокачественный нейролептический синдром?
- Поражение ЦНС?
- Инфекция?



# Осмотр невролога

## Глазное дно.

Диски зрительных нервов бледно-розовые. Контуры диска ступенчаты, вены расширены, артерии сужены (ангиоспазм I степени), легкий отек сетчатки вокруг диска. Кровоизлияний нет.



## Осмотр невролога.

Уровень сознания из-за седатации определить невозможно. Зрачки D=S, фотореакция вялая, содружественная.

Сухожильные рефлексы D=S, низкие.

Менингеальных знаков нет. Очаговые изменения не выявлены.

Диагноз: Острая гипоксическая энцефалопатия. Отек головного мозга?

## ***Что значит анамнез!***

**При беседе с супругом пациентки выяснилось, что резкие подъемы АД, сопровождающиеся тахикардией, преимущественно ночью, у пациентки отмечались в течении последних 3-х недель.**



***Если б все это знать пораньше!***

**Дополнительное  
обследование:**

- **УЗИ надпочечников.**
- **Кортизол -1500  
нмоль/л  
(N 138 - 635).**
- **СКТ.**

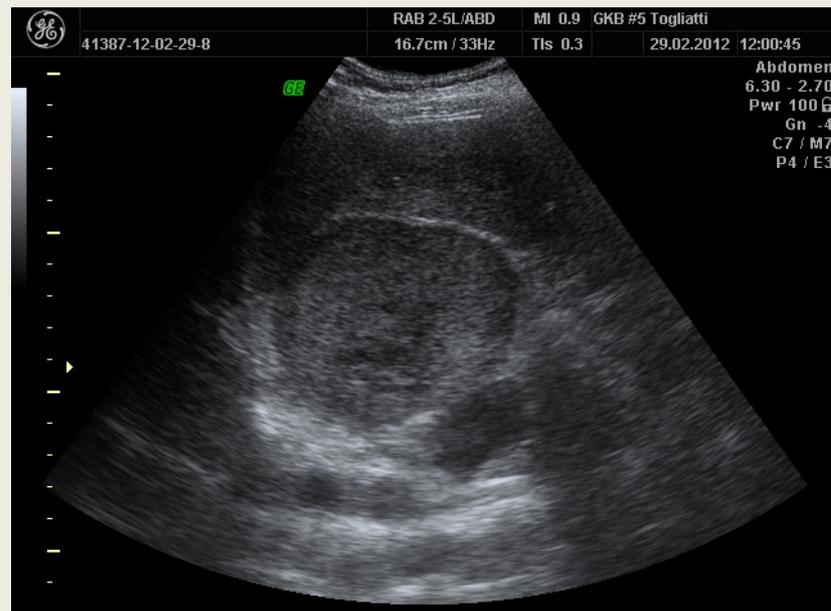


# УЗИ больной Х.

## 3D-формат



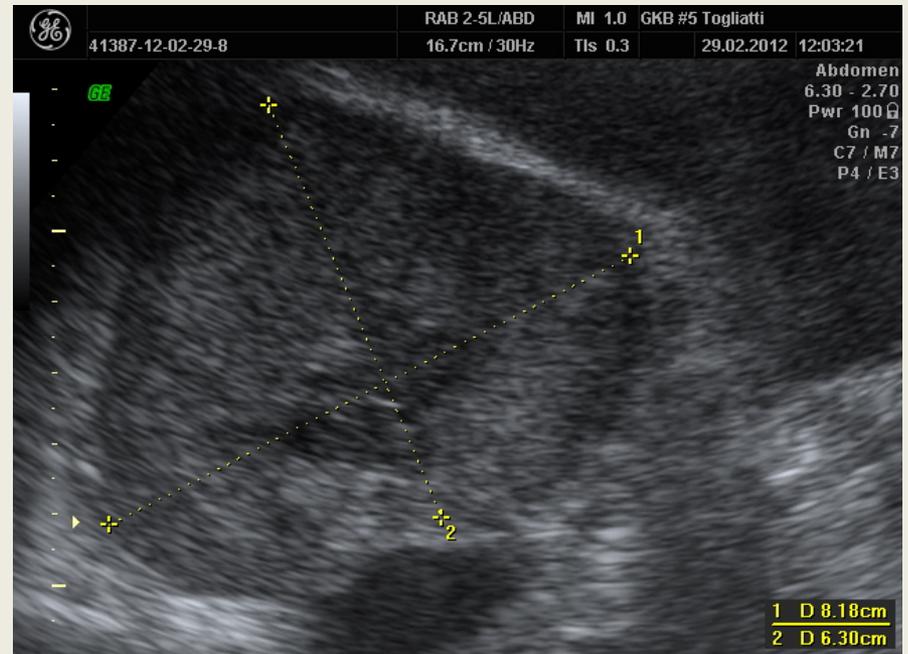
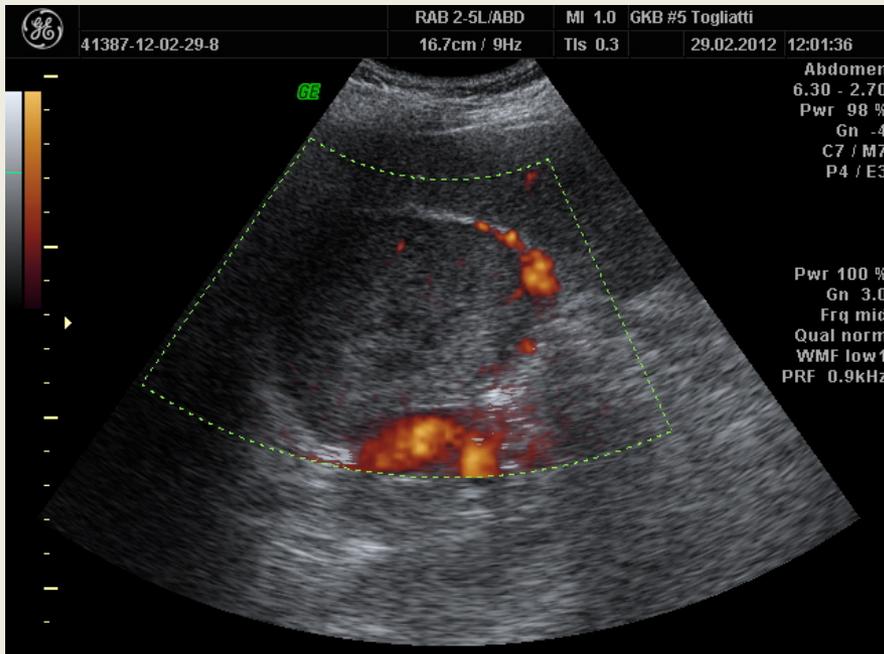
## Анфас



# УЗИ больной Х.

Обеднение кровотока по периферии образования

Гипоэхогенное образование 8,1x6,1x4,8 см с ровными четкими контурами



# ***СТОИЛО ЛИ ЗДЕСЬ ВСЕ ЭТО ОБСУЖДАТЬ***



Если да, звоните на «Эхо Москвы» по телефону +7 (985) 970 45 45,  
если нет - звоните на «Эхо Москвы» по телефону +7 (495) 921-40-41.

# **ГБУЗ СО «ТОЛЬЯТТИНСКАЯ ГОРОДСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА № 5»**



**Приглашаем  
НА «VIII МЕЖРЕГИОНАЛЬНУЮ  
НАУЧНО – ПРАКТИЧЕСКУЮ  
КОНФЕРЕНЦИЮ  
«ТОЛЬЯТТИНСКАЯ ОСЕНЬ»,  
ПОСВЯЩЕННУЮ  
НЕОТЛОЖНЫМ СОСТОЯНИЯМ В  
ПРАКТИКЕ  
МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА»  
15-16 ОКТЯБРЯ 2015**

**СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!**

**<http://www.medvaz.tlt.ru/>**