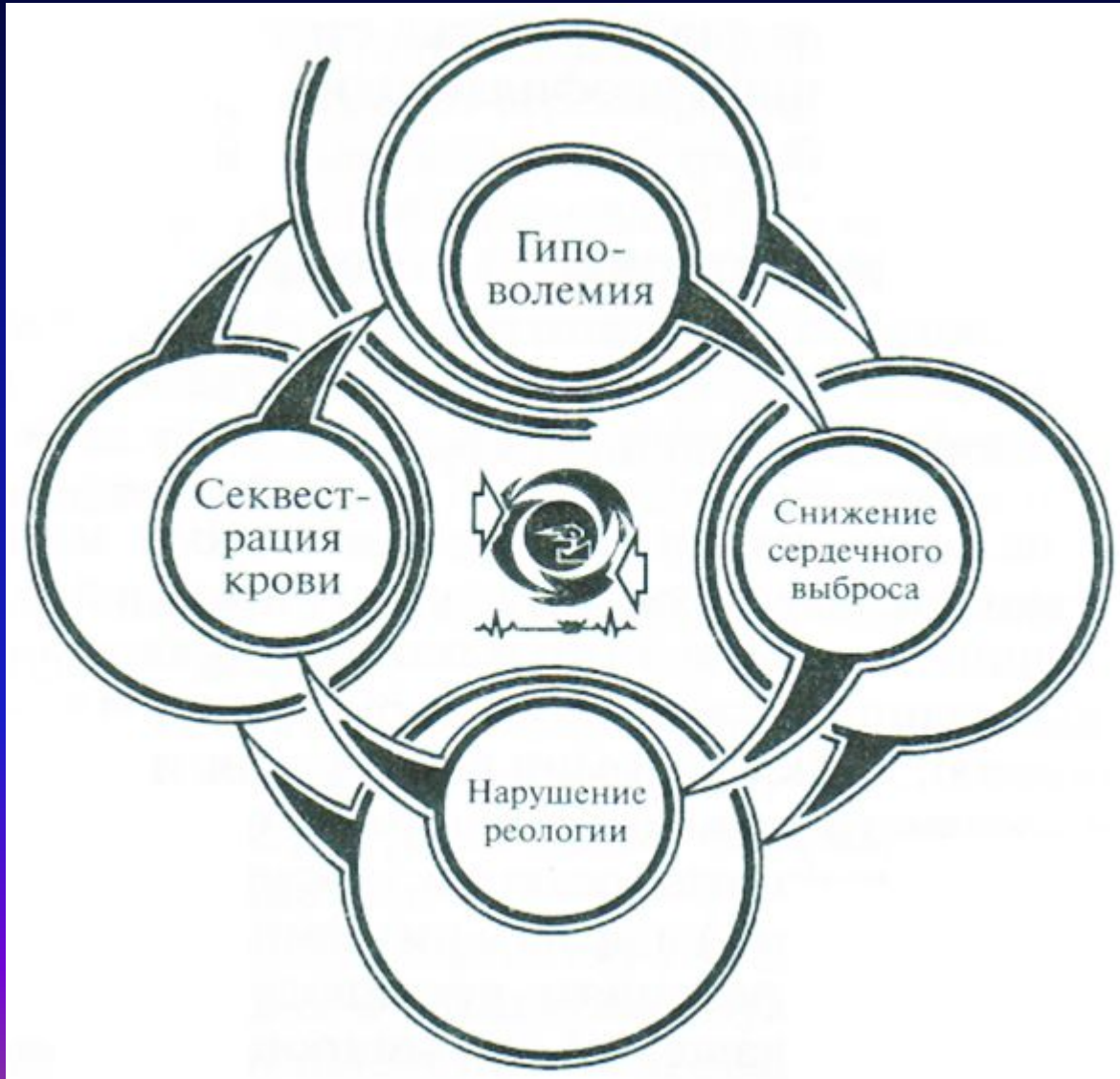
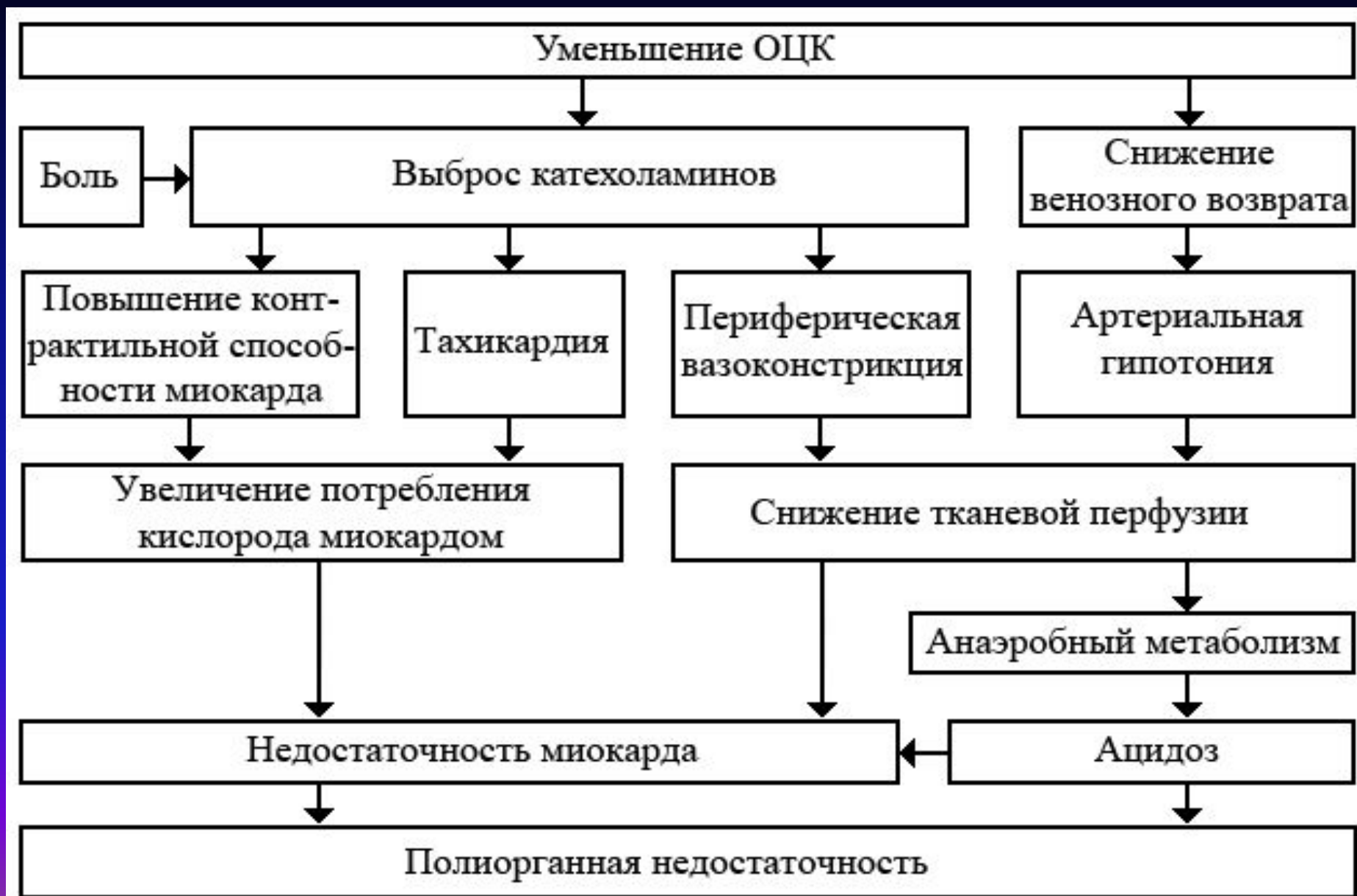


ГИПОВОЛЕМИЯ



ГИПОВОЛЕМИЯ КАК ПРИЧИНА РАЗВИТИЯ СПОН



Инфузионная терапия (лат. *infusio* вливание, впрыскивание; греч. *therapeia* лечение) - метод восстановления объема и состава внеклеточного и внутриклеточного водного пространства организма с помощью парентерального введения жидкости

ВОДНЫЕ ПРОСТРАНСТВА ОРГАНИЗМА

(классификация J.S. Edelman, J.Leibman 1959)

Общий объем жидкости тела = 40 л, 60% массы тела		
Внеклеточная жидкость = 15 л, 20% массы тела		
Внутриклеточная жидкость = 25 л, 40% массы тела	Интерстициальная жидкость = 12 л, 80% внеклеточной жидкости	Плазма = 3 л 20% внеклеточной жидкости

- Интрацеллюлярная жидкость (пространство)
- Экстрацеллюлярная жидкость (пространство)
 - внутрисосудистая жидкость
 - межклеточная жидкость (собственно интерстициальная)
 - транцеллюлярная жидкость – вода в составе секретов желудочно-кишечного тракта, пищеварительных и других желез, мочи, ликвора, жидкости полости глаз, отделяемого серозных оболочек, синовиальной жидкости

ВОДНЫЕ СЕКТОРА ОРГАНИЗМА ЧЕЛОВЕКА

Водный сектор	Новорожденный ребенок	Взрослый
Общее содержание воды в организме	70-80	50-60
Внутриклеточная жидкость	35-40	35-40
Внеклеточная жидкость	35-40	20
Интерстициальная жидкость	35	15
Плазма	4	4

ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ

(Исаков Ю.Ф., Михельсон В.А., Штатнов М.К., 1985)

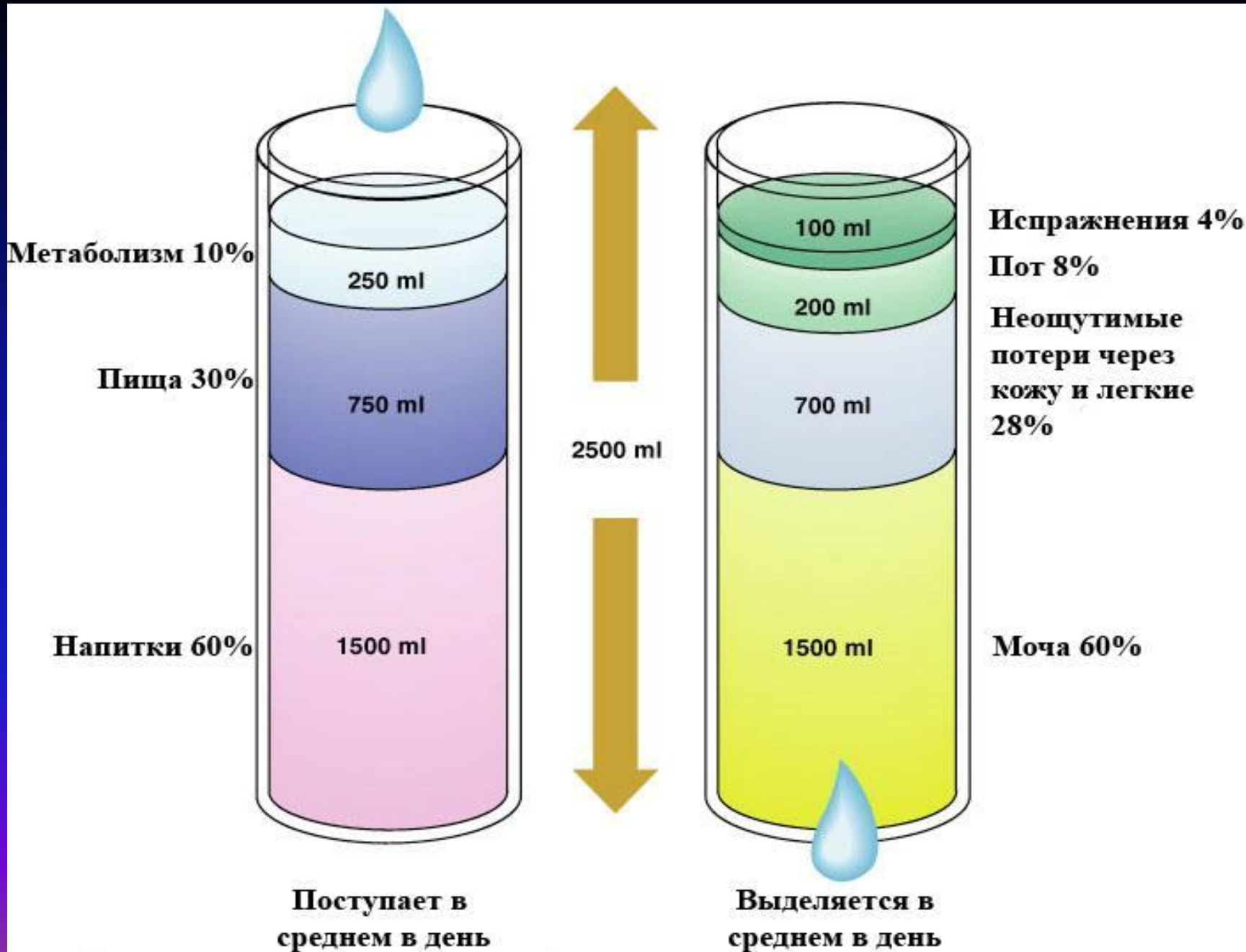
- **Содержание воды в организме в целом**
- **Характеристика водных пространств организма**
- **Состояние обмена воды и электролитов между организмом и внешней средой**
- **Состояние межпространственного обмена воды**

ОБЩЕЕ КОЛИЧЕСТВО ВОДЫ В ОРГАНИЗМЕ

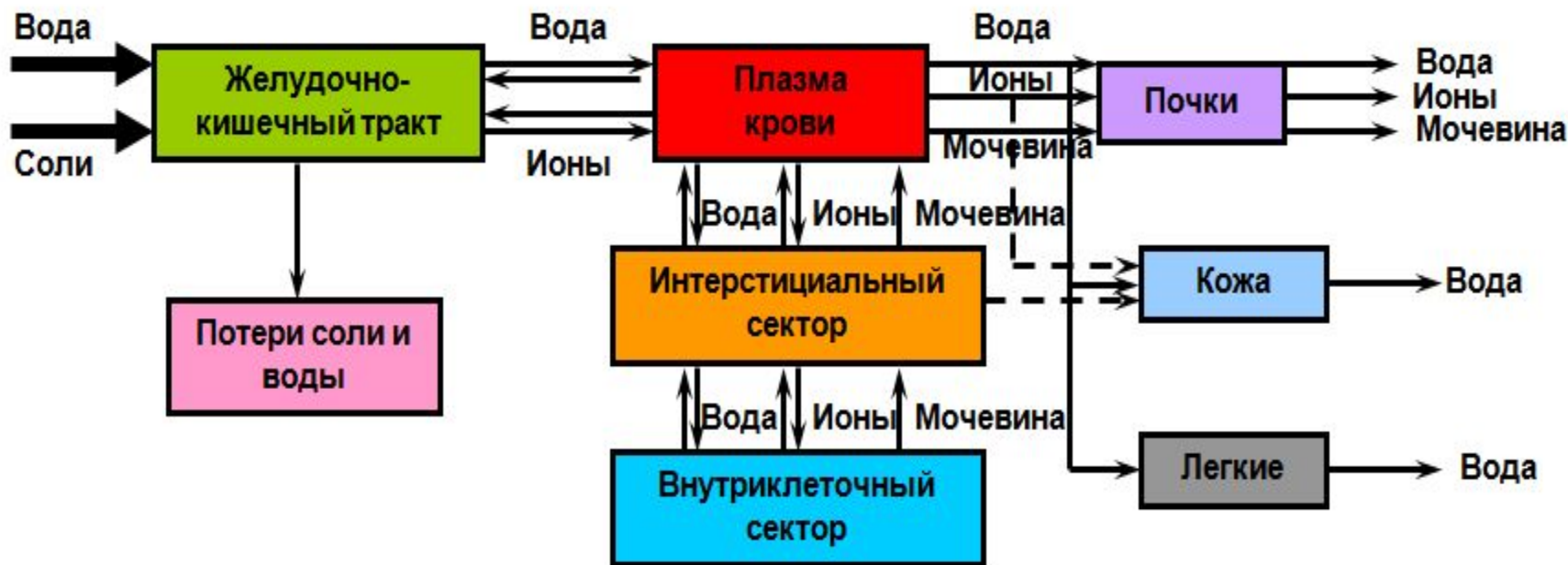
- **Общее количество воды в организме у детей старше одного года и взрослых = $0,6 \times \text{вес}$, кг**
- **Общее количество воды в организме у новорожденных и детей первого года жизни = $0,78 \times \text{вес}$, кг**

ОБЪЁМ И СОСТАВ ЖИДКОСТЕЙ ОРГАНИЗМА

Вещество	Внутриклеточный	Внеклеточный сектор	
	сектор	Плазма	Интерстиций
Вода (мл/кг)	400 (330-450)	50 (45-55)	150 (120-220)
Катионы (ммоль/л)			
Na ⁺	3	140 (135-145)	135 (130-140)
K ⁺	140 (120-160)	4,5 (3,5-5,0)	4,5 (3,5-5,0)
Ca ²⁺	2 (1,5-2,5)	2,5 (2-3)	1,5 (1-2)
Mg ²⁺	15 (12-17)	2	1,5
Анионы (ммоль/л)			
Cl ⁻	6 (4-9)	103 (95-110)	108 (100-115)
HCO ₃ ⁻	8 (6-10)	26 (22-30)	27 (22-30)
Фосфаты		2	2
Сульфаты		2	2
Органические кислоты	16	3	3
Органически фосфаты	75		
Другое (ммоль/л)			
Мочевина	4	4	4
Глюкоза		5 (4-6)	5 (4-6)
Общее (ммоль/л)	299	294	
Осмоляльность (мОсмоль/кг)	287 (280-295)	287 (280-295)	287 (280-295)
Осмолярность (мОсмоль/кг)	278 (270-286)	278 (270-286)	278 (270-286)



ОСНОВНЫЕ ПУТИ ПОСТУПЛЕНИЯ, РАСПРЕДЕЛЕНИЯ И ВЫВЕДЕНИЯ ВОДЫ И СОЛЕЙ



«ТРЕТЬЕ ПРОСТРАНСТВО»

- Скопления внеклеточной жидкости, в которых не действуют физиологические механизмы регуляции ВЭБ.
- Временно эта жидкость недоступна для внутриклеточного и внеклеточного жидкостных секторов, что вызывает клинические признаки объемного дефицита жидкости.
- Объем ТП нельзя уменьшить ограничением введения натрия и воды.
- Подобные ограничения приводят лишь к снижению объема внеклеточной жидкости, в то время как объем секвестрированной в ТП не уменьшиться.

ТИПЫ ПОЛУПРОНИЦАЕМЫХ МЕМБРАН

Жидкостные сектора организма отделены друг от друга избирательно проницаемой мембраной, через которую перемещается вода и некоторые растворенные в ней субстраты.

1. Клеточные мембраны, которые состоят из липидов и белков и разделяют внутриклеточную и интерстициальную жидкость.

2. Капиллярные мембраны отделяют внутрисосудистую жидкость от трансцеллюлярной жидкости.

3. Эпителиальные мембраны, которыми является эпителий слизистых оболочек желудка, кишечника, синовиальных мембран и почечных канальцев. Эпителиальные мембраны отделяют интерстициальную и внутрисосудистую жидкость от трансцеллюлярной жидкости.

ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИНЦИПЫ ПЕРЕДВИЖЕНИЯ ВОДЫ В ЖИДКОСТНЫХ ПРОСТРАНСТВАХ

- ✓ **Осмоз – движение воды через полупроницаемую мембрану, возникающее при разных концентрациях растворенных веществ по обе стороны мембраны**
- ✓ **Осмотическое давление – давление, необходимое для противодействия движению воды по концентрационному градиенту через полупроницаемую мембрану. Оно зависит от общего количества молекул и не зависит от их молекулярной массы**
- ✓ **Белки плазмы, альбумины и гамма-глобулины определяют коллоидно-онкотическое давление плазмы (КОД)**

Коллоидно-осмотическое давление плазмы (КОД)

0,521 x Концентрация общего
белка плазмы крови - 11,4

КОДП = 20-25 мм рт. ст.

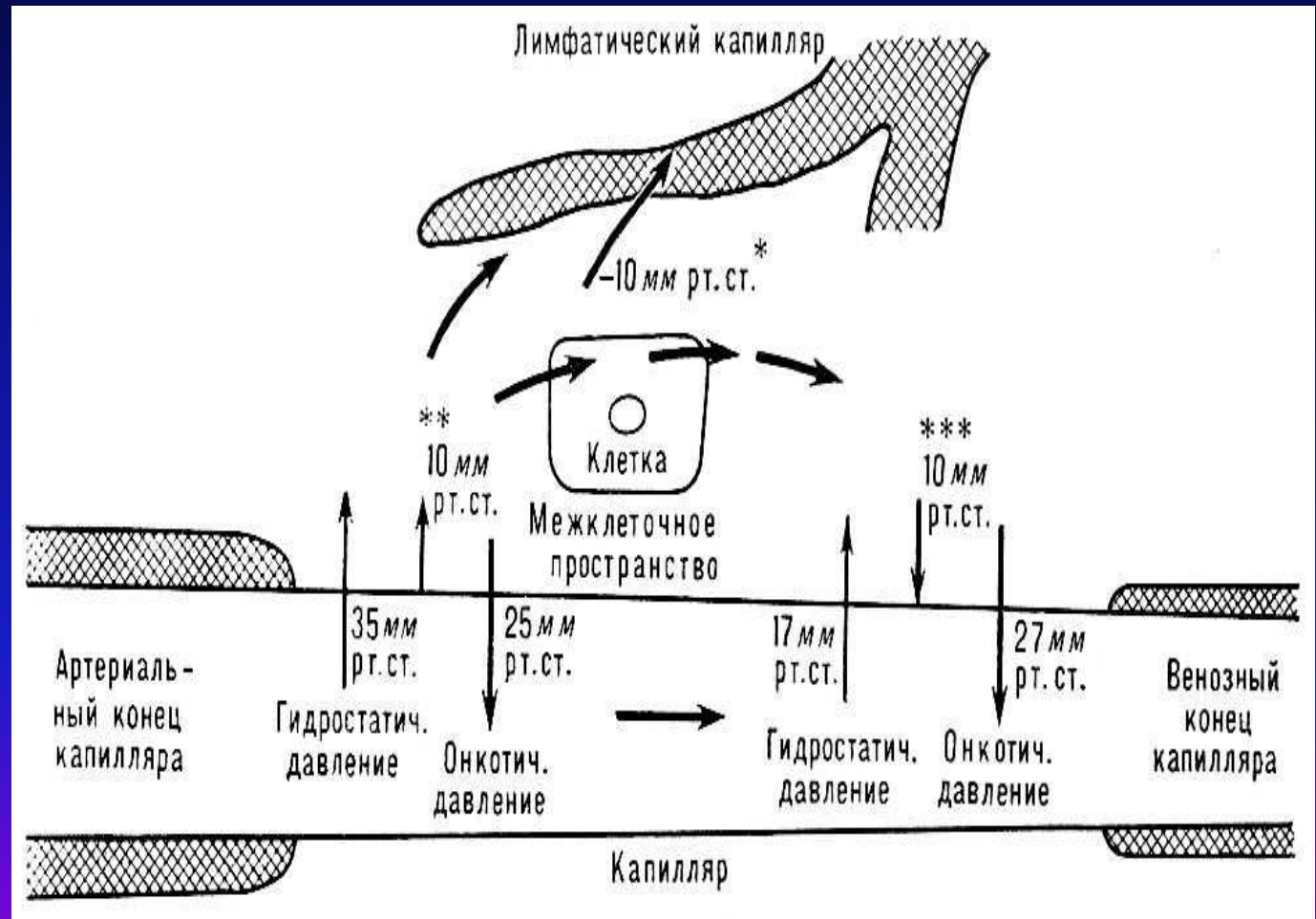
Коллоидно-осмотическое давление плазмы (КОД)

- Коллоидно-осмотическое давление на **70-80%** формируется за счет альбумина ($M_r = 69000$ Да)
- Около **50-60%** альбумина секвестрировано в интерстиции.
- В плазме его концентрация составляет всего 30-50 г/л (40-50%)
- Альбумин ограничивает перемещение воды в интерстициальное пространство, несмотря на большой концентрационный градиент (40 г/л и 10 г/л), что позволяет поддерживать адекватный ОЦП и объем интерстициальной жидкости
- Кроме этого, альбумин осуществляет транспортную функцию, являясь переносчиком всех вводимых лекарственных средств

Факторы, влияющие на количество и распределение воды в организме

- ➔ Состояние центрального и периферического кровообращения
- ➔ Температура тела
- ➔ Проницаемость эндотелия
- ➔ Масса тела
- ➔ Пол и возраст
- ➔ Во время беременности средняя прибавка ОЦК составляет 40-50%

ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ОБМЕН ЖИДКОСТЬЮ МЕЖДУ КАПИЛЛЯРАМИ И ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫМ ПРОСТРАНСТВОМ



$$Q = P_c - P_{osm}$$

ФИЗИОЛОГИЯ ВОДНОГО БАЛАНСА

ОСМОТИЧЕСКАЯ КОНЦЕНТРАЦИЯ

Осмоляльность - количество осмотически активных частиц в 1000 г раствора (мосм/кг)

Осмолярность - количество осмотически активных частиц в единице объема раствора (мосм/л)

ОСМОЛЯРНОСТЬ

$$2(\text{Na}+\text{K})+(\text{мочевина}+\text{глюкоза})/0,93$$

ОСМОЛЯЛЬНОСТЬ ПЛАЗМЫ

Осмотически активные вещества	Осмоляльность, мосм/кг Н ₂ О	Осмотическое давление, мм рт. ст.
Натрий	280	5404
Азот мочевины	4	79
Глюкоза	6	116
Белок	1,2	23
Всего	291,2	5620

ОСНОВНЫЕ ЗАДАЧИ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ

(Гельфанд Б.Р. и соавт., 2009)

- Восстановление и поддержание объема и состава всех водных секторов организма (сосудистого, интерстициального, клеточного)**
- Оптимизация параметров центральной, регионарной гемодинамики и микроциркуляции**
- Коррекция параметров гомеостаза: поддержание водного и кислотно-основного равновесия, осмолярности и онкотического давления**
- Обеспечение адекватного транспорта кислорода к органам и тканям**
- Профилактика реперфузионных повреждений**

КОГДА НУЖНА ИНФУЗИОННАЯ ТЕРАПИЯ?

- 1. Дегидратация любого генеза**
- 2. Предоперационная подготовка**
- 3. Интраоперационное поддержание водно-электролитного гомеостаза**
- 4. Интенсивная терапия критических состояний (шок, острая надпочечниковая недостаточность, острая церебральная недостаточность и т.д.)**

ИНФУЗИОННАЯ ТЕРАПИЯ

**ОБЪЕМ
ЖИДКОСТИ
на
СУТКИ**

**ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ
ПОТРЕБНОСТЬ**

ДЕФИЦИТ ЖИДКОСТИ

**ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ
ПОТЕРИ**

ИНФУЗИОННАЯ ТЕРАПИЯ

ПОДДЕРЖИВАЮЩАЯ
ИНФУЗИОННАЯ
ТЕРАПИЯ

ЗАМЕСТИТЕЛЬНАЯ
ИНФУЗИОННАЯ
ТЕРАПИЯ

ВОСПОЛНЯЮЩАЯ
ДЕФИЦИТ
ИНФУЗИОННАЯ
ТЕРАПИЯ

ПОДДЕРЖИВАЮЩАЯ ИНФУЗИОННАЯ ТЕРАПИЯ

- Основная задача - поддержание оптимальных показателей водно-электролитного гомеостаза
- Наиболее часто этот режим терапии используется в предоперационном периоде у детей первого года жизни перед обширными хирургическими вмешательствами
- Основными растворами являются изотонические растворы глюкозы, 0,9% раствор хлорида натрия, полиионные растворы (раствор Рингера, Плазмолит, Ионостерил и др.)
- Следует избегать использования гипотонических растворов!
- Объем инфузионной терапии определяется возрастными потребностями ребенка в жидкости в зависимости от массы или поверхности тела
- Максимальный объем жидкости на сутки у детей всех возрастных групп не должен превышать 2400 мл!

КЛАССИФИКАЦИЯ КРОВЕЗАМЕНТЕЛЕЙ

I. ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ КРОВЕЗАМЕНТЕЛИ, ПРОИЗВОДНЫЕ:

- желатина;
- декстрана;
- гидроксиптилкрахмала;
- полиэтиленгликоля

II. ДЕЗИНТОКСИКАЦИОННЫЕ КРОВЕЗАМЕНТЕЛИ, ПРОИЗВОДНЫЕ:

- низкомолекулярного поливинилпирролидона;
- низкомолекулярного поливинилового спирта

III. ПРЕПАРАТЫ ДЛЯ ПАРЕНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ:

- белковые гидролизаты;
- смеси аминокислот;
- жировые эмульсии;
- углеводы и спирты

IV. РЕГУЛЯТОРЫ ВОДНО-СОЛЕВОГО И КИСЛОТНО-ОСНОВНОГО СОСТОЯНИЯ:

- солевые растворы;
- осмоднуретики

V. КРОВЕЗАМЕНТЕЛИ С ФУНКЦИЕЙ ПЕРЕНОСА КИСЛОРОДА:

- растворы гемоглобина;
- эмульсии перфторуглеродов

VI. ИНФУЗИОННЫЕ АНТИГИПОКСАНТЫ:

- растворы фумарата;
- растворы сукцината

VII. КРОВЕЗАМЕНТЕЛИ КОМПЛЕКСНОГО ДЕЙСТВИЯ



ПЛАЗМОЗАМЕНИТЕЛИ

- **КРИСТАЛЛОИДЫ** (глюкоза, физиологический раствор, инфузионные антигипоксанты)
- **КОЛЛОИДЫ:** натуральные (альбумин) и синтетические (желатин, декстраны, ГЭК)
- **КОМПОНЕНТЫ КРОВЫ:** эритроцитсодержащие среды, СЗП, криопреципитат, концентрат тромбоцитов

«Идеальный» плазмозаменитель

ДОЛЖЕН:

- ✓ быстро восстанавливать объем циркулирующей крови
- ✓ восстанавливать гемодинамическое равновесие
- ✓ улучшать микроциркуляцию
- ✓ обладать достаточно продолжительным внутрисосудистым эффектом
- ✓ улучшать реологические свойства крови
- ✓ улучшать доставку кислорода и других компонентов, а также улучшать тканевой обмен и функционирование органов
- ✓ легко метаболизироваться, не накапливаться в тканях, легко выводиться и хорошо переноситься
- ✓ оказывать минимальное воздействие на иммунную систему

ХАРАКТЕРИСТИКА КРИСТАЛЛОИДНЫХ РАСТВОРОВ

- **Осмолярность**
- **Изотоничность**
- **Ионность**
- **Резервная щелочность**

ХАРАКТЕРИСТИКА КРИСТАЛЛОИДНЫХ РАСТВОРОВ

Изоосмолярный эффект

Волемический эффект составляет 100% при струйном введении препарата и около 25% через 30 минут после окончания введения

Гипосмолярный эффект

Более 75% воды, введенной с электролитным раствором, перейдет во внесосудистое пространство (интерстиций)

Гиперосмолярный эффект

Вода из внесосудистого пространства (интерстиция) будет поступать в сосудистое русло до нормализации осмолярности крови

ЦЕЛИ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ

Цель	Пространство	Состав	Раствор
Восполнение объема циркулирующей крови	Внутрисосудистое	Изоонкотический Изотонический Изоионный	6% раствор гидроксиэтилкрахмала 130/0,42 в сбалансированном электролитном растворе
Восполнение дефицита свободной жидкости	Внеклеточное	Изотонический Изоионный	Сбалансированный электролитный раствор
Электролитная или осмотерапия	Внутриклеточное Внеклеточное	Изотонический	5% раствор глюкозы

ИНФУЗИОННЫЕ СРЕДЫ

КРИСТАЛЛОИДНЫЕ РАСТВОРЫ

Изотоничные растворы не имеют коллоидно-осмотического давления, равномерно распределяются по внеклеточному пространству, быстро переходят в интерстиций

Гипотоничные растворы, растворы глюкозы способны проникать во внутриклеточное пространство

Применяются для увеличения объема интерстициального пространства

Обладают дезинтоксикационным эффектом

При избыточном введении приводят к развитию отечного синдрома

Гипертонические растворы обладают незначительным диуретическим эффектом, усиливают эффекты осмотических диуретиков

Быстро выводятся почками

Ограниченный волемический эффект и его продолжительность

Не оказывают выраженного терапевтического эффекта при дефиците ОЦК $> 30\%$

КОЛЛОИДНЫЕ РАСТВОРЫ

Водные растворы крупных молекул, масса которых превышает 10 000 Да

Плохо проникают через эндотелий капилляров, повышают онкотическое давление плазмы

Весь объем введенного коллоидного раствора остается в кровеносном русле

Основное показание для назначения – лечение выраженной гиповолемии

ХАРАКТЕРИСТИКА КРИСТАЛЛОИДНЫХ РАСТВОРОВ

Раствор	Состав, ммоль/л									
	Na ⁺	K ⁺	Ca ⁺⁺	Mg ⁺⁺	Cl ⁻	HCO ₃ ⁻	Ацетат	Лактат	Субстраты	Осмолярность
Плазма крови	135-145	3,5-5.5	2,4-2,6	0,75-1,1	96-105	26-30	-	-	-	280-290
ИЗООСМОЛЯРНЫЕ РАСТВОРЫ										
Раствор NaCl 0,9%	154	-	-	-	154	-	-	-	-	308
Раствор Рингера	140	4	6	-	150	-	-	-	-	300
Раствор Рингера-ацетат	131	4	2	1	111		30		-	280
Йоностерил	137	4	1,65	1,25	110	-	36,8	-	-	291
Лактасол	140	4	1,5	1,0	115	3,5	-	30	-	294
Плазма-лит 148	140	5,0	-	1,5	98,0		27,0	23,0	-	294,5
Трисоль	133	13	-	-	98	48	-	-	-	292
Хлосоль	120	23	-	-	104	-	39	-	-	286
ГИПООСМОЛЯРНЫЕ РАСТВОРЫ										
Ацесоль	110	13	-	-	99	9	24	-	-	246
Дисоль	127	-	-	-	103		24	-	-	254
Глюкоза 5%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	277
Стерофундин Г5	140	2,5	1	141	-	-	-		Малат – 10 Глюкоза – 50	270
ГИПЕРОСМОЛЯРНЫЕ РАСТВОРЫ										
Раствор NaCl 3%	513	-	-	-	513	-	-	-	-	1026
Раствор NaCl 5,85%	1000	-	-	-	1000	-	-	-	-	2000
Раствор NaCl 7,2%	1232	-	-	-	1232	-	-	-	-	2464
Раствор NaCl 10%	1710	-	-	-	1710	-	-	-	-	3420
Нормофундин Г5	100	18	2	3	90	-	38		Глюкоза –50	530

ХАРАКТЕРИСТИКА ИНФУЗИОННЫХ АНТИГИПОКСАНТОВ

Раствор	Состав, ммоль/л									
	Na ⁺	K ⁺	Ca ⁺⁺	Mg ⁺⁺	Cl ⁻	HCO ₃ ⁻	Ацетат	Лактат	Субстраты	Осмолярность
Плазма крови	135-145	3,5-5,5	2,4-2,6	0,75-1,1	96-105	26-30	-	-	-	280-290
ИЗООСМОЛЯРНЫЕ РАСТВОРЫ										
Стерофундин изотонический	140	4	2,5	1	127	-	24	-	Малат – 5	304
ГИПООСМОЛЯРНЫЕ РАСТВОРЫ										
Стерофундин Г5	140	4	2,5	1	141	-	-	-	Малат – 10 Глюкоза – 50 г/л	270
ГИПЕРОСМОЛЯРНЫЕ РАСТВОРЫ										
Мафусол	280	4	-	1,2	109	-	-	-	Фумарат – 86	410
Полиоксифумарин	280	4	-	1,2	109	-	-	-	Фумарат – 86	410
Реамберин 1,5%	142,4	4	-	1,2	109	-	-	-	Сукцинат – 44,7 N-МГА – 44,7	313

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ВОДЫ МЕЖДУ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИМИ ПРОСТРАНСТВАМИ ОРГАНИЗМА

Раствор	Осмолярность, мосм/л	РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ВОДЫ МЕЖДУ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИМИ ПРОСТРАНСТВАМИ ОРГАНИЗМА		
		Внеклеточное пространство		Внутриклеточное пространство
		Плазма	Интерстици й	
Электролитный раствор	280-290	25%	75%	-
5% раствор глюкозы	277	7%	28%	65%!
Полиэлектролитный раствор с 5% глюкозой	Электролиты - 160	25%	75%	-
	Глюкоза – 277	7%	28%	65%
	Итого - 437	17%	53%	30%

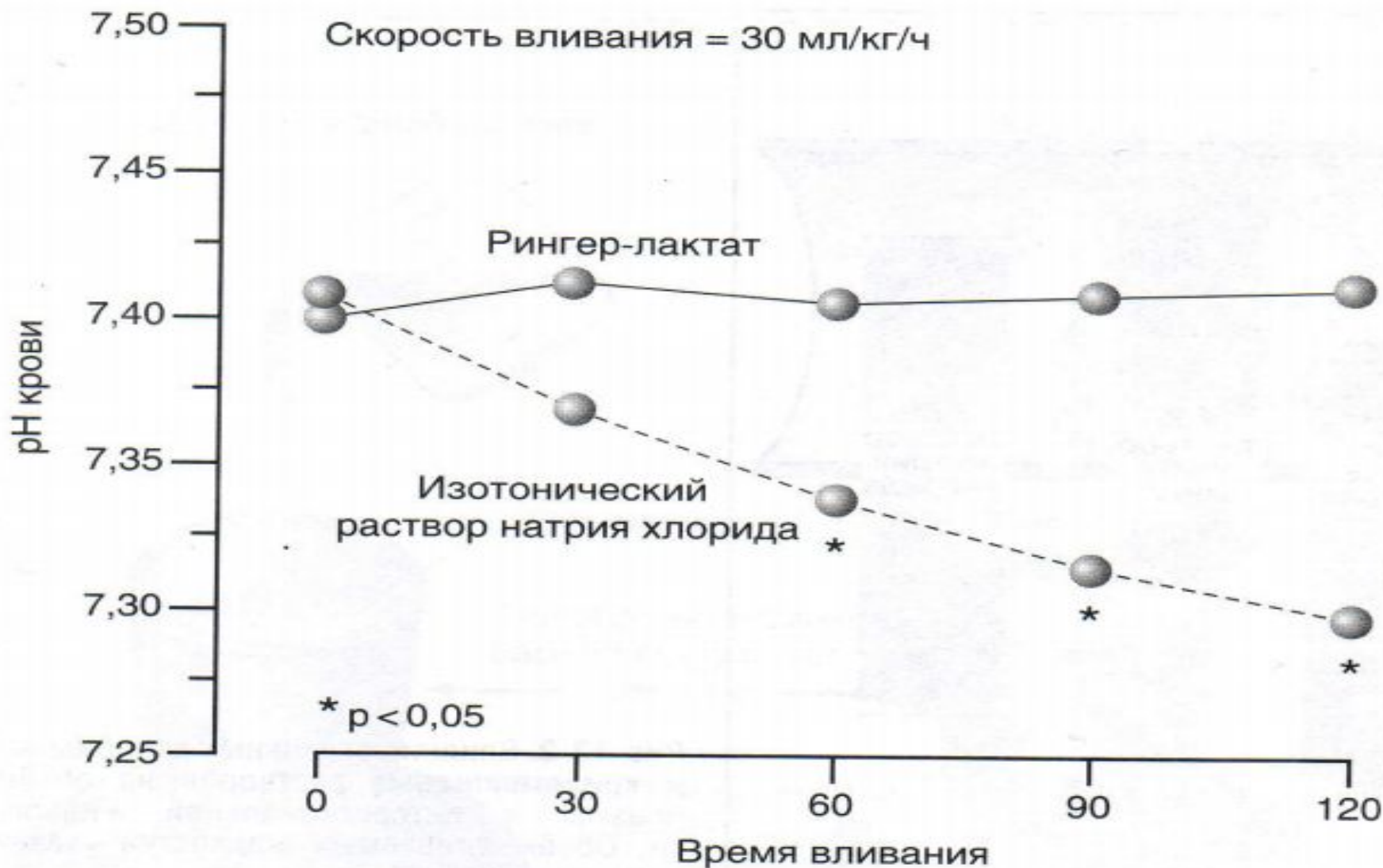
ИЗОТОНИЧЕСКИЙ РАСТВОР ХЛОРИДА НАТРИЯ 0,9%

Характеристика	Описание
Показания	Применяется как донатор ионов натрия и хлора при потерях внеклеточной жидкости
Свойства	<ol style="list-style-type: none">1. Является гипертоническим по отношению к плазме крови2. Имеет слабокислую реакцию3. Хорошо совмещается со всеми кровезаменителями и кровью4. НЕСОВМЕСТИМ С ЭРИТРОМИЦИНОМ, ОКСАЦИЛЛИНОМ, ПЕНИЦИЛЛИНОМ5. Не следует использовать как универсальный раствор (содержит мало свободной воды, нет калия)
Осложнения	<ol style="list-style-type: none">1. Гиперхлоремический метаболический ацидоз2. Отечный синдром

ЯВЛЯЕТСЯ ЛИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ РАСТВОР ФИЗИОЛОГИЧНЫМ?

Состав раствора	0,9% раствор хлорида натрия	Плазма
Натрий	154	136-143
Калий		3,5-5,0
Кальций		2,38-2,63
Магний		0,75-1,1
Хлор	154	96-105
Бикарбонат		29-30
Глюкоза		3,3-5,5
Лактат		0-0,5
Осмолярность	308	280-290

ИЗОТОНИЧЕСКИЙ РАСТВОР НАТРИЯ ХЛОРИДА И МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ АЦИДОЗ



РАСТВОР РИНГЕРА

Характеристика	Описание
Показания	Замещение потерь внеклеточной жидкости
Свойства	<ol style="list-style-type: none"><li data-bbox="550 382 1889 501">1. Является гипоосмолярным по отношению к плазме крови<li data-bbox="550 501 1889 753">2. При наличии в растворе Рингера анионов гидрокарбоната, ацетата, лактата или фумарата возможна коррекция нарушений кислотно-основного состояния<li data-bbox="550 753 1889 1062">3. Терапевтические эффекты раствора Рингера реализуются только в условиях аэробного гликолиза. При гипоксии и гипоксемии раствор Рингера может усугубить уже имеющийся лактат-ацидоз
Осложнения	<ol style="list-style-type: none"><li data-bbox="550 1102 1889 1153">1. Гиперкалиемия<li data-bbox="550 1153 1889 1205">2. Отечный синдром<li data-bbox="550 1205 1889 1329">3. Внутрочерепная гипертензия, отек головного мозга<li data-bbox="550 1329 1889 1395">4. Лактат-ацидоз

РАСТВОР РИНГЕРА

(Griffits C.A., 1986)

Полностью несовместим

Компоненты крови
Тиопентал-натрия
Этиловый спирт
Кислота аминакапроновая
Цефамандол
Амфотерицин В

Относительно несовместим

Амикацин
Азлоциллин
Орnid
Клиндамицин
Норадреналина гидратартрат
Маннитол
Метилпреднизолон
Нитроглицерин
Натрия нитропруссид
Анаприлин
Циклоспорин
Ванкомицин
Вазопрессин
Урокиназа
Новокаинамид

ИЗОТОНИЧЕСКИЙ РАСТВОР ГЛЮКОЗЫ 5%

Характеристика	Описание
Показания	<ol style="list-style-type: none">1. Гипертоническая дегидратация, дефицит свободной воды2. Основа для приготовления сложных комбинированных и полионных растворов
Свойства	<ol style="list-style-type: none">1. При внутривенном введении 5% раствора глюкозы пациент получает 3,4 ккал/г или 170 ккал/л2. Каждые 50 г глюкозы повышают осмолярность раствора на 278 мосм.
Осложнения	<ol style="list-style-type: none">1. Гипотоническая дегидратация2. Лактат-ацидоз

ГИПЕРГЛИКЕМИЯ ПРИ ОЦН

- Повышение концентрации глюкозы более 9,4 ммоль/л связано с усилением нейронального повреждения

(Li P.A., He Q.P., Csiszar K., Siesjo B.K. Does long term glucose infusion reduce brain damage after transient cerebral ischemia? Brain Res 2001. – 912 - 203-5).

- Безопасный уровень гликемии у пациентов с ОЦН составляет 8,6 ммоль/л

(Wass CT, Lanier W. Glucose modulation of ischemic brain injury: review and clinical recommendations. Mayo Clin. Proc. – 1996 – 71 - 801-12)

ГИПЕРТОНИЧЕСКИЙ РАСТВОР ХЛОРИДА НАТРИЯ (7,5%)

Характеристика	Описание
Показания	Быстрое увеличение объема внеклеточной жидкости. Раствор для «малообъемной реанимации»
Свойства	<ol style="list-style-type: none">1. Является гипертоническим по отношению к плазме крови2. Инфузия 250 мл гипертонического раствора NaCl способствует поступлению 1750 мл внутриклеточной жидкости
Осложнения	<ol style="list-style-type: none">1. Гиперхлоремический метаболический ацидоз2. Отечный синдром3. Гипертоническая дегидратация

ОБЪЕМНЫЕ ЭФФЕКТЫ КРИСТАЛЛОИДОВ

Основной объемный эффект кристаллоидных растворов связан не с увеличением объема плазмы, а с перемещением жидкости в интерстициальное пространство!

ХАРАКТЕРИСТИКА КРИСТАЛЛОИДОВ

ПРЕИМУЩЕСТВА	НЕДОСТАТКИ
Сбалансированный электролитный состав	Ограниченная возможность коррекции гиповолемии
Возможность коррекции КОС (лактат или ацетат)	Необходимость введения большого объема
Простота введения	Снижение КОД
Отсутствие риска побочных реакций	Риск развития интерстициального отека
Отсутствие риска нарушений гемостаза	Риск гипергидратации
Диуретическое действие	Риск поддержания ПОН
Низкая стоимость	

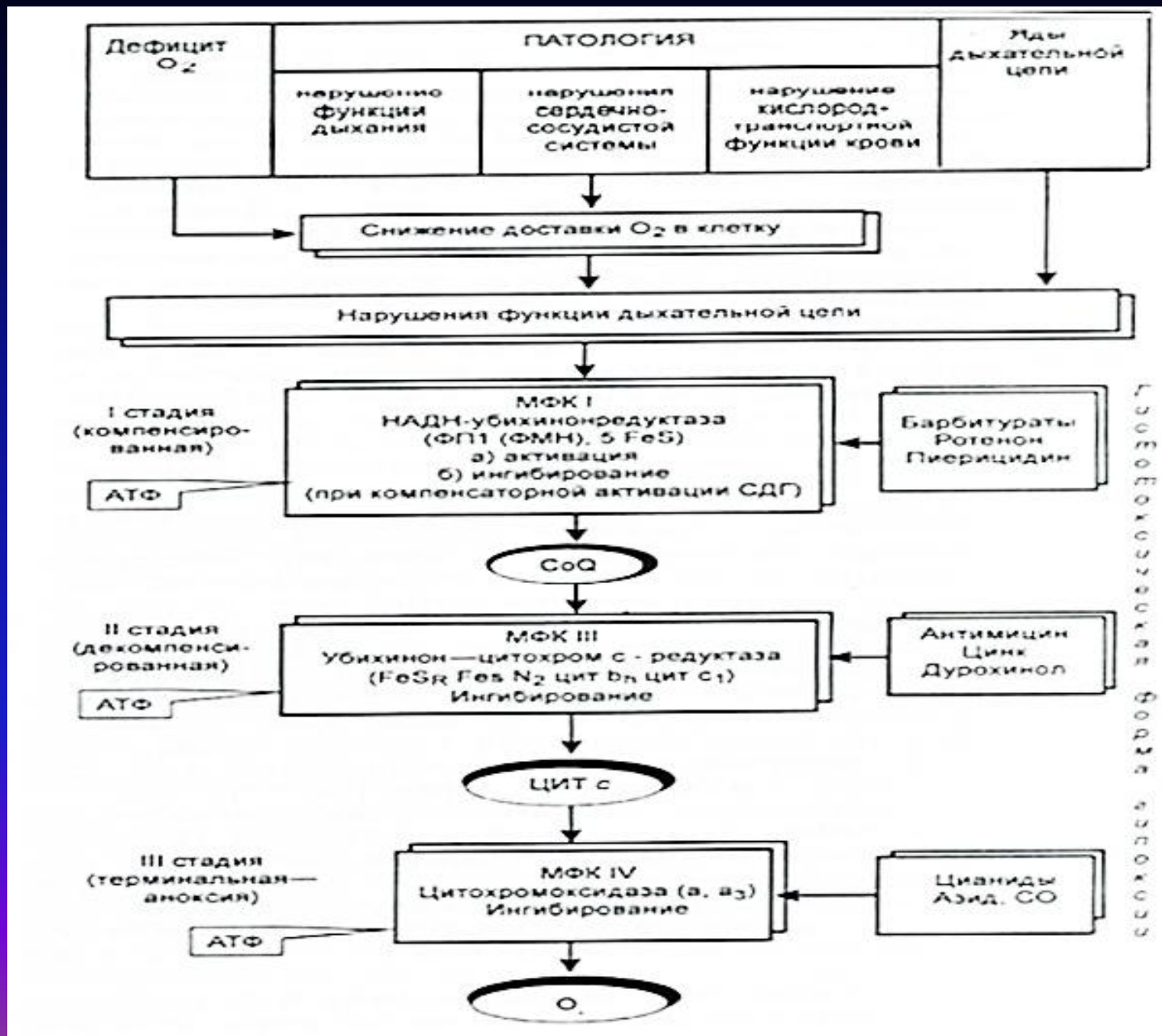
ХАРАКТЕРИСТИКА КОЛЛОИДОВ

ПРЕИМУЩЕСТВА	НЕДОСТАТКИ
Продолжительное и эффективное замещение циркулирующего объема	Риск гиперволемии
Улучшение микроциркуляции	Побочное действие на гемостаз
Поддержание КОД	Накопление в тканях
Минимальный риск развития интерстициального отека	Риск побочного действия на функцию почек
	Риск анафилактической реакции
	Высокая стоимость

ГИПОКСИЯ КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ



ГИПОКСИЯ КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ



ПОСТГИПОКСИЧЕСКИЕ ДИСБАЛАНСЫ ГОМЕОСТАЗА

МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ АУТОКОИДОЗ

Ингибирование промежуточного обмена, проявляющееся в виде прогрессирования лактат-ацидоза, увеличение продуктов ПОЛ и свободно-радикального окисления

ОКСИДАТИВНЫЙ АУТОКОИДОЗ

Лизис мембран, некроз и некробиоз клеток, обусловленный активацией процессов перекисного окисления липидов и свободно-радикального окисления

ЛИГАНД-РЕЦЕПТОРНЫЙ (МЕДИАТОРНЫЙ) АУТОКОИДОЗ

Ингибирование сигнальных и транспортных систем клетки. Главной отличительной чертой этого аутокоидоза является **эксайтотоксичность** – «потеря кальциевого гомеостаза» (П. Сафар, 1983)

ЦИТОКИНОВЫЙ (АДГЕЗИВНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ) АУТОКОИДОЗ

Разрушение гистогематических барьеров и клеточных контактов, инициация и усиление локальных и системных постгипоксических воспалительных реакций

НЕКРОБИОТИЧЕСКИЙ (АПОПТОЗНЫЙ) АУТОКОИДОЗ

Последняя стадия постишемического и постгипоксического каскадов, необратимая гибель клеток путем некробиоза

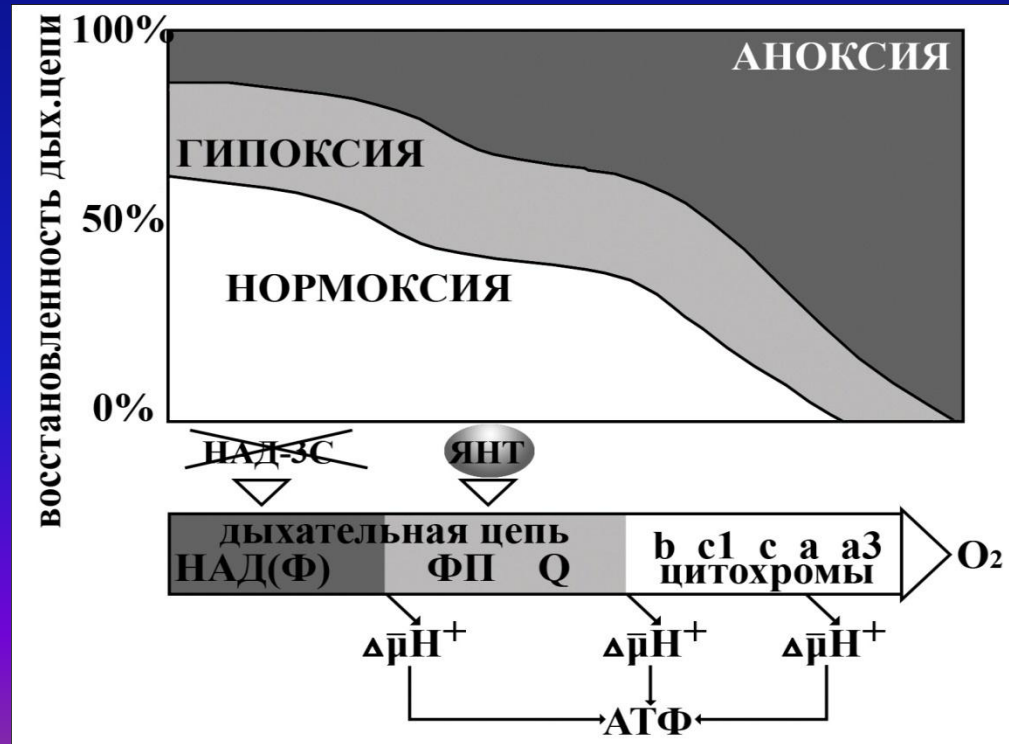
ЦИТОПРОТЕКЦИЯ

Комплекс терапевтических мероприятий, основным компонентом которого является фармакологическое воздействие на поврежденные органы и ткани, направленное на повышение резистентности клеточных структур организма к экстремальному воздействию

ИДЕАЛЬНЫЙ ЦИТОПРОТЕКТОР

- Должен препятствовать развитию внутриклеточного ацидоза
- Активировать и растормаживать гликолиз
- Купировать оксидативный стресс
- Корригировать медиаторный сдвиг
- Стабилизировать медиаторный дисбаланс

ЦИКЛ КРЕБСА, ДЫХАТЕЛЬНАЯ ЦЕПЬ, ГИПОКСИЯ



МАФУСОЛ

Состав:

Натрий – 280 ммоль/л
Калий – 4,0 ммоль/л
Магний – 1,2 ммоль/л
Хлор – 109 ммоль/л
Фумарат – 86 ммоль/л
Осмолярность – 410
мосм/л

Показания к применению:

1. Гиповолемия
2. Гипоксия различного генеза
3. Заполнение аппарата искусственного кровообращения
4. Интоксикации
5. Острое нарушение мозгового кровообращения по ишемическому типу

1,5% раствор реамберина для инфузий



Состав:

Натрий – 142,4 ммоль/л

Калий – 4,0 ммоль/л

Магний – 1,2 ммоль/л

Хлор – 109 ммоль/л

Сукцинат – 44,7 ммоль/л

N-метилглюкаммоний –
44,7 ммоль/л

Осмолярность – 309
мосм/л

«Реамберин» как препарат выбора при лечении интоксикации

Метаболический

активация сукцинатного пути митохондриального дыхания клеток и устранение токсической гипоксии органов и тканей

Диуретический

стимуляция диуреза путем взаимодействия активного комплекса янтарной кислоты со специфическими рецепторами ангиотензин-рениновой системы.

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ РЕАМБЕРИНА С ДРУГИМИ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ ПРЕПАРАТАМИ

Препарат	Особенности взаимодействия
Тиамин	Являются компонентами пируват-, α -кетоглутаратдегидрогеназных комплексов и дегидрогеназных ферментов аминокислот, усиливают действие реамберина
Липоевая кислота	
Сульфат магния	Фосфорилирование белков пируватдегидрогеназного комплекса, усиление действия реамберина
Хлорид кальция	
Глиатилин	Усиление действия глиатилина
Мафусол Мексидол Нимодипин	Аддитивное действие
Хлорамфеникол	АНТАГОНИСТ
Цитиколин	Аддитивное действие
Цитофлавин	

СИСТЕМНЫЕ ЭФФЕКТЫ РЕАМБЕРИНА

1. Уменьшение зоны некроза в миокарде (Клигуненко Е.Н., 2004);
2. Редукция зоны пенумбры при черепно-мозговой травме (Цивинский А.Д., 2004);
3. Уменьшение зоны ишемической пенумбры при инсульте (Румянцева С.А., 2001);
4. Восстановлением моторной функции кишечника; уменьшение эндогенной интоксикации (Клигуненко Е.Н., 2004);
5. Уменьшение метаболического ацидоза (Оболенский С.В., 2003);
6. Незначительное повышение центрального венозного давления (через 12 ч. после начала лечения) без признаков гиперволемии (Челнов И.Г. и соавт., 2002);
7. Уменьшение воспалительной реакции со стороны “белой” крови, которая проявляется в виде снижения лейкоцитоза с нормализацией палочкоядерного сдвига в среднем на 5-е сутки от момента введения препарата, нарастание числа лимфоцитов, снижение СОЭ и концентраций противовоспалительных цитокинов (Куликова О.Д., 2002; Челнов И.Г. с соавт., 2002);
8. Увеличение антитоксической функции печени в виде снижения интенсивности гиперферментемии (АСТ, АЛТ), билирубинемии; повышением уровня сульфгидрильных групп (Оболенский С.В., 2003);
9. Редукция адренергических проявлений абстинентного синдрома (Афанасьев В.В., 2002)
10. Антистрессорное действие (Романцов М.Г.)

СИСТЕМНЫЕ ЭФФЕКТЫ РЕАМБЕРИНА

11. Улучшением функциональной активности головного мозга (при лечении энцефалопатии) (Румянцева С.А., 2001), положительной динамикой спектрограмм ЭЭГ (Оболенский С.В., 2003), восстановлением ВНД за счет снижения клинических проявлений астеновегетативного синдрома (Корнилова Н.Н., 2002), инициацией и поддержанием адаптогенных реакций организма (Высочина И.В., 1997; Гаркави Л.Х., 1997);
12. Диуретическое действие (максимально выражено через 6-12 ч. от начала лечения, в т.ч. у детей (Челнов И.Г. и соавт., 2002), сопровождающимся повышением рН мочи (Оболенский С.В., 2003);
13. Улучшением транспорта кислорода, сдвиг кривой диссоциации оксигемоглобина влево, повышение потребления кислорода различными органами и тканями (Розенфельд А.Д., 1983; Куликова О.Д., 2002);
14. Повышение пула естественных антиоксидантов и торможение процесса перекисидации собственных липидов, улучшением равновесия системы ПОЛ/АОС;
15. Уменьшение концентрации глюкозы крови в интервале 48-72 ч. от начала лечения.

ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ ИНФУЗИОННЫХ СРЕД

Производные гидроксиптилкрахмала

«Положительные» эффекты

Обладают выраженным волемиическим эффектом
Продолжительность волемиического эффекта составляет 3-4 часа
Выраженный реологический эффект

«Отрицательные» эффекты

Гипокоагуляция
Повышение концентрации амилазы крови

Кристаллоидные растворы (раствор хлорида натрия 0,9%)

Умеренно выраженный волемиический эффект
Продолжительность волемиического эффекта составляет 30-60 минут
Коррекция нарушений водно-электролитного баланса

При большом объеме может отмечаться гемодилюция

ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ

<i>Производные гидроксиэтилкрахмала</i>		
Показания	Противопоказания	Побочное действие
Любые состояния, сопровождающиеся гиповолемией	Застойная сердечная недостаточность Геморрагические диатезы Гипергидратация Внутричерепное кровоотечение	Аллергические реакции Нарушения гемостаза
<i>Раствор хлорида натрия 0,9%</i>		
Любые состояния, сопровождающиеся гиповолемией Изо- и гипотоническая дегидратация Коррекция дефицита Na ⁺ и Cl ⁻ Гипохлоремический метаболический ацидоз Гиперкальциемия	Гипертоническая дегидратация Гипернатриемия Гиперхлоремия Гипокалиемия Гипогликемия Гиперхлоремический метаболический ацидоз	Гипернатриемия Гиперхлоремия, гиперхлоремический метаболический ацидоз Гипергидратация (отек легких)
<i>Растворы глюкозы</i>		
Обеспечение организма свободной водой Коррекция гипогликемии	Гипергидратация Гипергликемия Лактат-ацидоз	Гипергликемия Гипергидратация Метаболический ацидоз

РЕЖИМЫ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ

- **Нормогидратация – обеспечение физиологической потребности (поддерживающая инфузионная терапия) + восполнение патологических потерь жидкости**
- **Гипергидратация – 1,7 физиологической потребности + восполнение патологических потерь жидкости**
- **Дегидратация – 0,7 физиологической потребности + восполнение патологических потерь жидкости**

КОГДА ПРОТИВОПОКАЗАН РЕЖИМ ГИПЕРГИДРАТАЦИИ?

- 1. Возраст до 1 года (высокая гидрофильность тканей, незрелость систем выведения избытков жидкости из организма)**
- 2. Ренальная и постренальная почечная недостаточность**
- 3. Сердечная недостаточность**
- 4. Церебральная недостаточность**

РЕЖИМ ДЕГИДРАТАЦИИ

- 1. Почечная недостаточность любого генеза**
- 2. Сердечная недостаточность**
- 3. Острая церебральная недостаточность**

РАСЧЕТ ОБЪЕМА ЖИДКОСТИ ДЛЯ ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЙ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ

THE MAINTENANCE NEED FOR WATER IN PARENTERAL FLUID THERAPY

By Malcolm A. Holliday, M.D., and William E. Segar, M.D.
Department of Pediatrics, Indiana University Medical Center

[Pediatrics 1957](#)

Масса тела	Количество жидкости в сутки, мл	Объем на сутки, мл
0 – 10 кг	4 мл/кг/час	1000
10 – 20 кг	4 мл/час + 2 мл/кг/час x (масса тела – 10)	1000 + 50 мл на каждый 1 кг > 10
> 20 кг	60 мл/час + 1 мл/кг/час x (масса тела – 10)	1500 + 20 мл на каждый 1 кг > 10

ФОРМУЛА ВАЛЛАЧИ

Am J Clin Pathol. 1953 Nov;23(11):1133-41.
.....

Quantitative requirements of the infant and child for water and electrolyte under varying conditions.

WALLACE WM.
.....

$$100 - 3 \times n$$

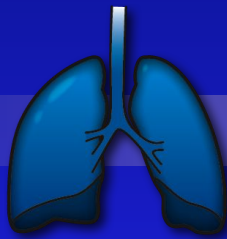
ЭЛЕКТРОЛИТЫ

Электролит	Базовые		Повышенные		Высокие	
	0 – 1 год	1 – 15 лет	0 – 1 год	1 – 15 лет	0 – 1 год	1 – 15 лет
Натрий	2,0	1,0 – 2,0	2,0 – 3,0		4,0 – 5,0	3,0 – 4,0
Калий	2,0	1,0 – 2,0	2,0 – 3,0		3,0 – 4,0	3,0
Кальций	0,5 – 1,0		1,0 – 1,5	1,0	1,5 – 2,0	1,5
Магний	0,15	0,1	0,3	0,15	0,5	0,2 – 0,3
Хлор	3,0	1,0 – 2,0	3,0 – 4,0	2,0 – 3,0	4,0 – 5,0	3,0 – 4,0

БУФЕРНЫЕ СИСТЕМЫ ОРГАНИЗМА И КИСЛОТНО-ОСНОВНОЕ СОСТОЯНИЕ



Питание/метаболизм



pH



Буферная системная крови

Соединительно-тканная буферная система

ЧЕМ ОПАСНА ОСТРАЯ АЦИДЕМИЯ? (pH < 7.1 to 7.2)

- *угнетение сократительной способности миокарда*
- *увеличение риска развития нарушений ритма сердца*
- *нарушение микроциркуляции*
- *снижение общего периферического сопротивления сосудов и АД*
- *нарушение печеночного кровотока и оксигенации тканей*

ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО АЦИДОЗА

- 1. Раствор натрия гидрокарбоната**
- 2. Трометамол Н**
- 3. Инфузионные растворы, содержащие
метаболические предшественники
бикарбоната**

БИКАРБОНАТ НАТРИЯ

NaHCO_3 (бикарбонат натрия)

Предоставляет ионы $\text{HCO}_3^- \rightleftharpoons \text{H}^+ + \text{HCO}_3^- \rightleftharpoons \text{H}_2\text{O} + \text{CO}_2$ и поэтому его эффективность зависит от выведения CO_2 легкими

В связи с большим количеством осложнений бикарбонат натрия следует применять с очень большой осторожностью, особенно при :

- *Угнетении ЦНС*
- *Гиперкапнии*

Бикарбонат натрия противопоказан при :

- *Гипернатриемия*
- *Гипокальциемия*
- *Острый отек легких*
- *Боли в животе неясного происхождения*



ТРОМЕТАМОЛ Н

- Трометамол Н - слабое основание, выполняющее роль буферной системы даже в случаях нарушения выведения CO_2
- Молекула Трометамола Н связывает ионы водорода, которые затем выводятся почками
- Доказана эффективность Трометамола Н в восстановлении КОС и жизненно-важных функций организма при остром тяжелом ацидозе ($\text{pH} \leq 7.2$)
- Поддерживает нормальный уровень pH крови и способствует восстановлению гомеостаза

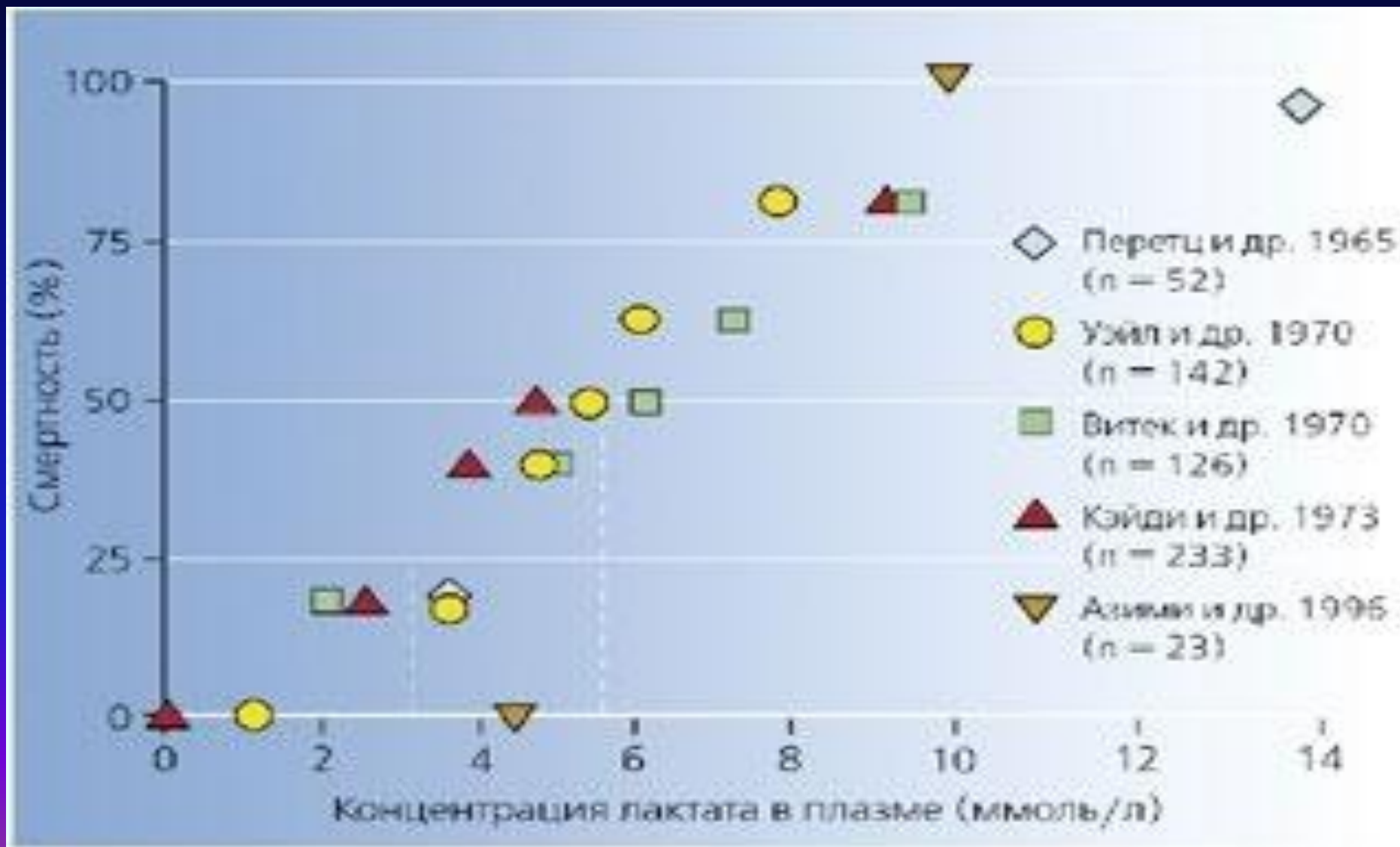
ТРОМЕТАМОЛ И И БИКАРБОНАТ НАТРИЯ

- *В отличие от бикарбоната натрия Трометамол И может быть использован при ацидозе, который сопровождается гипернатриемией*
- *Трометамол И является препаратом выбора при смешанном ацидозе, который сопровождается повышением показателя P_aCO_2*

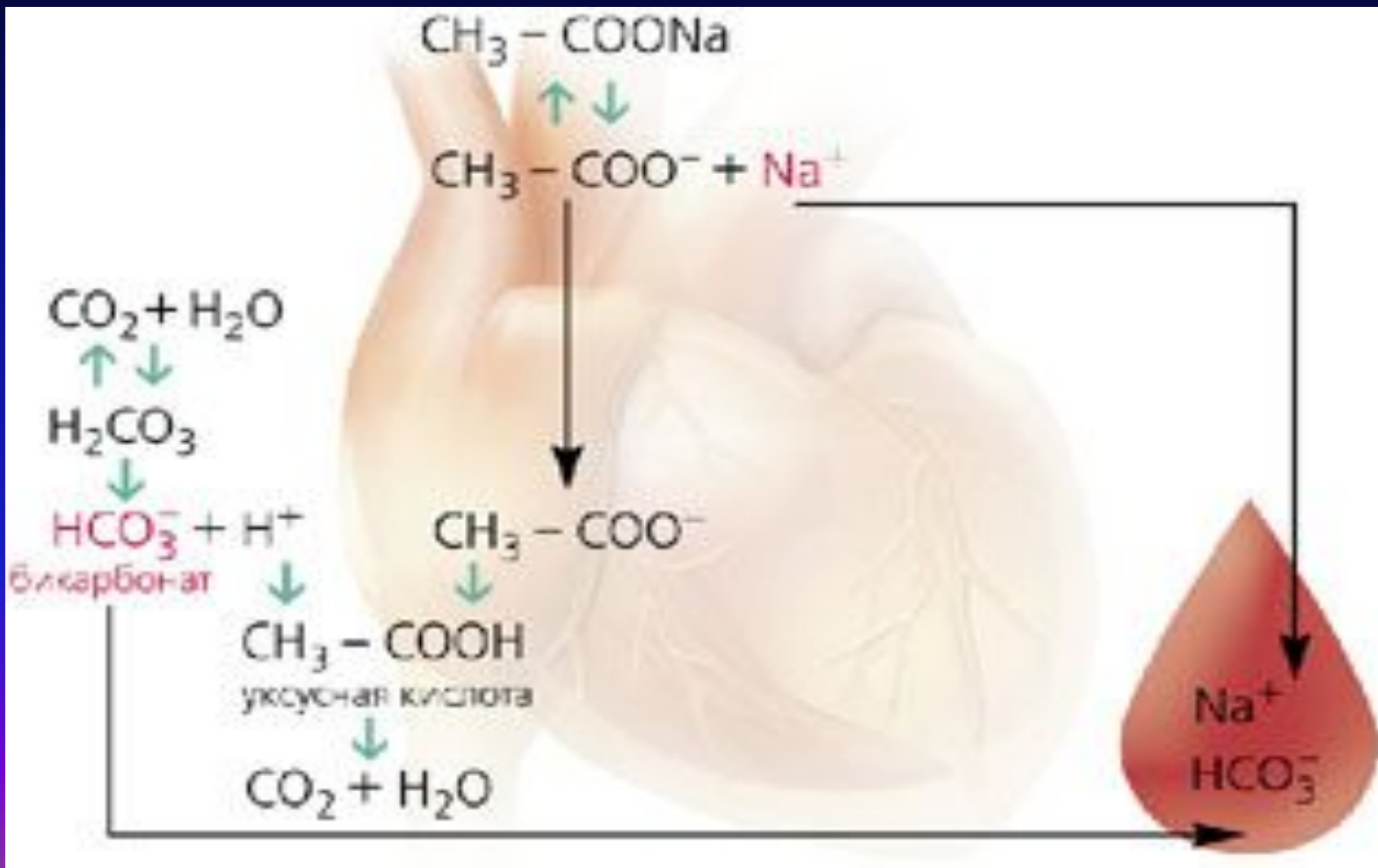
МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ПРЕДШЕСТВЕННИКИ БИКАРБОНАТА

Метаболический предшественник бикарбоната	Время трансформации в бикарбонат, ч	Кратность перевода 1 ммоль МПБ в ммоль бикарбоната	Место трансформации	Расход кислорода (л O ₂ / л раствора)
Лактат	2	1 : 1	Печень, почки	2,5
Ацетат	1,5	1 : 1	Большинство тканей	1,4
Малат	> 1,5	1 : 2		
Глюконат	2	1 : 1		5,5

МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ПРЕДШЕСТВЕННИКИ БИКАРБОНАТА



МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ПРЕДШЕСТВЕННИКИ БИКАРБОНАТА



1,5% раствор реамберина для инфузий



СТЕРОФУНДИН ИЗОТОНИЧЕСКИЙ, МАФУСОЛ ИЛИ РЕАМБЕРИН?

Раствор	Состав, ммоль/л									
	Na ⁺	K ⁺	Ca ⁺⁺	Mg ⁺⁺	Cl ⁻	HCO ₃ ⁻	Ацетат	Лактат	Субстраты	Осмолярность
Плазма крови	135-145	3,5-5.5	2,4-2,6	0,75-1,1	96-105	26-30	-	-	-	280-290
Стерофундин изотонический	140	4	2,5	1	127	-	24	-	Малат – 5	304
Мафусол	280	4	-	1,2	109	-	-	-	Фумарат – 86	410
Полиоксифумарин	280	4	-	1,2	109	-	-	-	Фумарат – 86	410
Реамберин 1,5%	142,4	4	-	1,2	109	-	-	-	Сукцинат – 44,7 N-МГА – 44,7	313

КРИТЕРИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ

1. Антропометрия
2. Физикальное обследование:
 - *шоковый индекс (индекс Альговера) = ЧСС / САД*
 - *Индекс циркуляции (ЧСС x САД)*
 - *Центральное венозное давление*
 - *Диурез (не менее 1 мл/кг/час и не менее 50% от объема введенной жидкости)*
3. Лабораторное обследование
 - *Концентрация электролитов плазмы крови (натрий, калий, кальций, магний, хлор)*
 - *Концентрация глюкозы, мочевины, креатинина*
 - *Концентрация гемоглобина, количество эритроцитов, показатели гематокрита*
 - *Удельная плотность мочи*
 - *Осмолярность плазмы*
 - *Осмолярность мочи*
 - *Расчет эритроцитарных индексов*

Эритроцитарные индексы

$$MCV = HCT \times 10 / RBC$$

$$MCH = Hb \text{ (g/l)} / RBC$$

$$MCHC = Hb \text{ (g/l)} \times 10 / HCT$$

$$MCHC = MCH / MCV$$

Возраст	MCV, фл
Новорожденный	До 128
7 дней	100 – 112
6 месяцев	78
12 месяцев	77 – 79
4 – 5 лет и более	80 – 94

ОСМОЛЯРНОСТЬ ПЛАЗМЫ КРОВИ КАК КРИТЕРИЙ АДЕКВАТНОСТИ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ

Осмолярность, мосм/л	Клинические проявления
285-295	Норма
< 240 или > 320	Угроза развития патологических состояний
> 320	Риск развития почечной недостаточности
> 384	Ступорозное состояние
> 400	Риск генерализованных судорожных припадков
> 420	Фатальный исход



***БЛАГОДАРЮ
ЗА ВНИМАНИЕ***