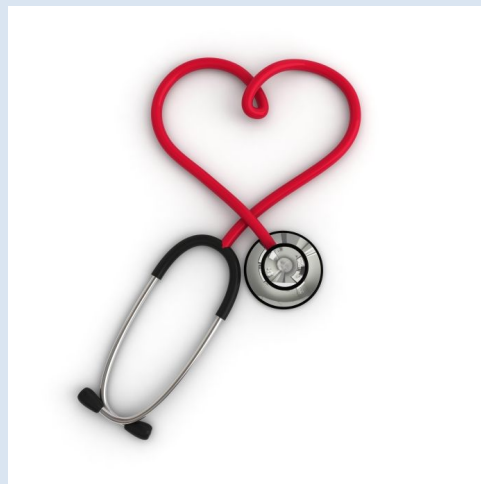


«Методы диагностики инфекционных заболеваний.

Медсестринская диагностика.»



Диагностика - это процесс выявления болезни, подтверждения ее и классификации с тем, чтобы назначить грамотное и эффективное лечение.



- **Особенности диагностики инфекционных болезней.** При диагностике инфекционных болезней имеют в виду две особенности:
- необходимость срочной постановки диагноза;
- обязательное применение комплексного метода диагностики.
- Эти особенности обусловлены тем, что при инфекционных болезнях речь идет не только о лечении больных, а прежде всего о системе мероприятий по купированию возникшего эпидемического очага и предупреждению дальнейшего распространения болезни.

Методы диагностики

Клинические

Опрос
Осмотр
Объективное
обследование

Параклинические

Лабораторные
Общеклинические.
Инструментальные

Лабораторные
специфические

Методы прямого
обнаружения
возбудителя

Методы косвенного
доказательства
наличия возбудителя

Микроскопический
Бактериологический
Биологический

Серологический
Аллергический

Клинические

Анамнестические	Объективное обследование
- Жалобы пациента	Осмотр
- Анамнез заболевания	Пальпация
- Анамнез жизни	Перкуссия
- Эпидемиологический анамнез	Аускультация

- **Из анамнеза заболевания**: порядок возникновения клинических симптомов заболевания (например, при пищевых токсикоинфекциях, сначала появляется рвота, затем диарея, при холере- наоборот, диарея предшествует рвоте).
- **Из анамнеза жизни** пациента мы можем выяснить какими заболеваниями он переболел, тем самым можем сразу исключить из дифференциально-диагностического ряда ранее перенесённые инфекционные заболевания, сформировавшие специфический иммунитет (например, детские инфекции).
- **Из эпидемиологического анамнеза** мы можем выяснить, присуще ли заболеванию пациента заразность (болеет ли в настоящий момент или в определённые сроки до настоящего времени заболеванием со схожими симптомами люди из близкого окружения); в какие сроки укладывается инкубационный период заболевания (например, сыпь при эпидемическом сыпном тифе появляется на 4-6 день болезни, а при брюшном тифе на 8-10 день);

- **Симптом** – любой признак болезни, доступный определению независимо от метода, который для этого применяется.
- **Симптомы** бывают:
 - субъективные (жалобы) и
 - объективные (выявляются при физикальном, лабораторном и инструментальном исследовании).

По своей значимости для распознавания инфекционной болезни клинические симптомы при них можно представить тремя группами.

- **Симптомы решающие** - это те симптомы, обнаружение которых уже достаточно для постановки диагноза инфекционной болезни, при которой они только и встречаются. Но отсутствие их у наблюдаемого больного не означает еще отсутствия того же заболевания, для которого они патогномичны. Примером таких редких решающих диагностических симптомов могут служить белесоватые пятна на слизистой оболочке щечной поверхности полости рта - пятна Бельского-Филатова-Коплика при кори; тризм (спазм жевательной мускулатуры) и сардоническая улыбка (*Risus sardonicus*) при столбняке.

- **Симптомы наводящие** - те симптомы, которые часто встречаются при данном заболевании, но бывают при целом ряде других болезней. Наличие одного или нескольких симптомов этой группы должно наводить врача на мысль о возможности ИБ, но их еще недостаточно даже для предположения о вероятном диагнозе. Примером значения этой группы симптомов для диагностики ИБ может служить сочетание боли в животе и диареи, которое часто встречается при дизентерии (шигеллезах), но может быть и при пищевых токсикоинфекциях, иерсиниозах, обострениях хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта, прежде всего хронического колита, опухолях кишечника и других болезнях тонкой и толстой кишки.

- **Симптомы опорные, или факультативные**, - симптомы, которые характерны для данного заболевания, но встречаются при ограниченном числе других болезней. Примером может служить «стул со слизью и кровью» при бактериальной дизентерии (шигеллезах), но он может быть и при других инфекционных (амебиаз, балантидиаз, шистосомоз) и неинфекционных поражениях толстой кишки (неспецифический язвенный колит, раковая опухоль с распадом, туберкулез, уремия, геморрой у больного с кишечной инфекцией, недизентерийной и непротозойной этиологии и др.).

- **Синдром** – сочетания признаков, обусловленных единым патогенезом (интоксикационный, геморрагический, менингеальный, колитический, энтеральный, гепатолиенальный, синдром желтухи, холестаза и пр.).
- Современной медицине известно около 1500 синдромов и более 5000 болезней. Иными словами, одни и те же синдромы могут быть представлены в клинической картине самых разных заболеваний.

Основные синдромы инфекционных заболеваний

- Для подавляющего большинства инфекционных болезней характерен **общетоксический** синдром. Клинически он представляет собой частое сочетание лихорадки с многочисленными другими проявлениями интоксикации.
- Гепатолиенальный синдром
- Синдром лимфаденопатии
- Синдром высыпаний
- Диарейный (диспептический) синдром
- Синдром эксикоза
- Катарально-респираторный синдром
- Тонзиллярный синдром
- Менингеальный синдром
- Желтушный синдром

ОСНОВНЫЕ СИНДРОМЫ

БОЛЕВОЙ

Боль натощак;
боль в эпигастрии,
боль в
пилородуоде-
нальной зоне,
симптом
«защить»,
симптом Менделя,
положительные
«пузырные»
симптомы

ДИСПЕПСИЧЕСКИЙ

Нарушение аппетита,
отрыжка, изжога,
тошнота, рвота, запор,
понос, метеоризм

ЗАПОРА

Редкий стул,
твердый
(«овечий») кал,
страх перед
дефекацией,
большой живот,
каловая
интоксикация,
каловые камни,
плохой аппетит

ПОНОСА

полифекация,
метеоризм,
стеаторея,
кишечные колики,
большой живот,
отставание в
развитии,
полигипо-
витаминоз, сухая
кожа, снижение
мышечного тонуса

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНОГО

ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Основные жалобы инфекционных больных:

- боль



- ПОВЫШЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ



- затруднение дыхания



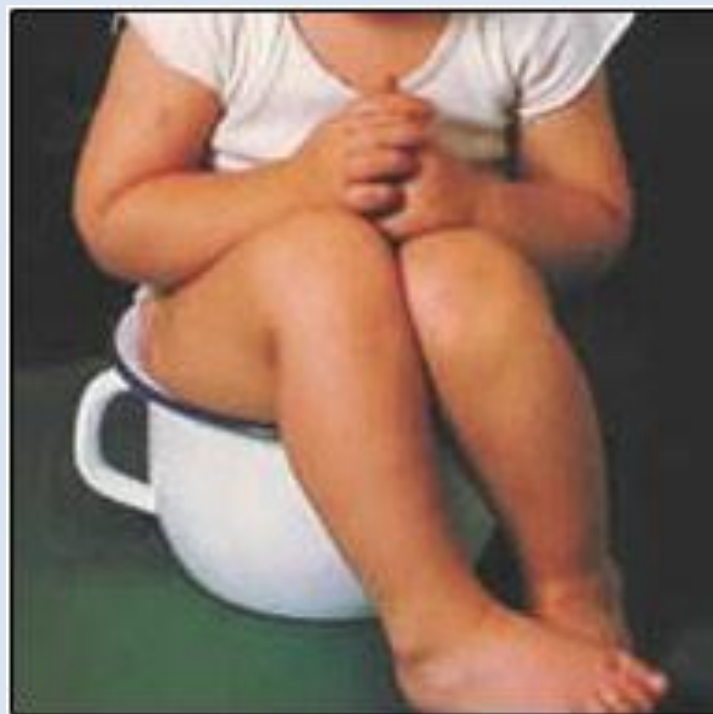
- слабость, недомогание
- снижение аппетита
- нарушение сна



-ТОШНОТА

-рвота

-расстройство стула



При осмотре пациента необходимо обращать внимание на:

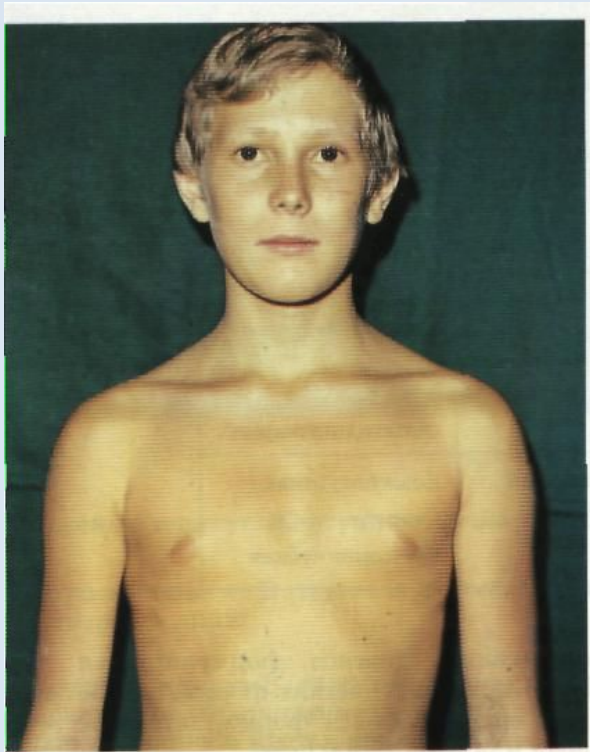
- позу

- положение



Менингеальная поза

- Состояние кожи и слизистых оболочек
(цвет, сухость, тургор)



- наличие высыпаний



Виды высыпаний:

Геморрагии — элементы различной величины и формы, не исчезающие при растягивании кожи. Возникают вследствие выхода эритроцитов из кровеносного русла в окружающие ткани при повреждении сосудистой стенки или повышении ее проницаемости. Цвет геморрагии вначале красный, пурпурный или фиолетовый, затем становится желто-зеленым, желтым, что связано с превращением образовавшегося при распаде эритроцитов гемосидерина.

Геморрагии могут быть в виде:

- точечных кровоизлияний размером от 2 до 5 мм (**п е т е х и и**),
- элементов до 1—2 см в диаметре (**п у р п у р а**)
- более 2 см в диаметре (**экхимозы**).

Розеола, или пятнышко — элемент бледно-розового, красного, пурпурно-красного или пурпурного цвета, размером от 1 до 5 мм, не выступающий над уровнем кожи, округлой или неправильной формы, с четкими или размытыми краями. Розеолы возникают вследствие расширения сосудов сосочкового слоя кожи. Исчезают при растягивании кожи и вновь появляются после его прекращения. Розеолы размером около 1 мм обычно обозначают как мелкоточечную сыпь. Розеолезная сыпь наблюдается при сыпном тифе, мелкоточечная — при скарлатине.



Экхимозы



- **Пятно** — элемент такого же цвета, как и пятнышко, размером от 5 до 20 мм, не выступает над уровнем кожи, чаще неправильной формы. Пятно, как и розеола, образуется в результате расширения сосудов кожи, главным образом сосочкового слоя, и также исчезает при растягивании кожи или давлении на нее и вновь появляется после прекращения этих действий.
- При размерах пятен от 5 до 10 мм сыпь обозначается как мелкопятнистая (при краснухе), от 10 до 20 мм — как крупнопятнистая (при кори). Пятна размером более 20 мм, имеющие тенденцию к слиянию, обозначают как эритему.

Сыпь при краснухе



Сыпь при кори



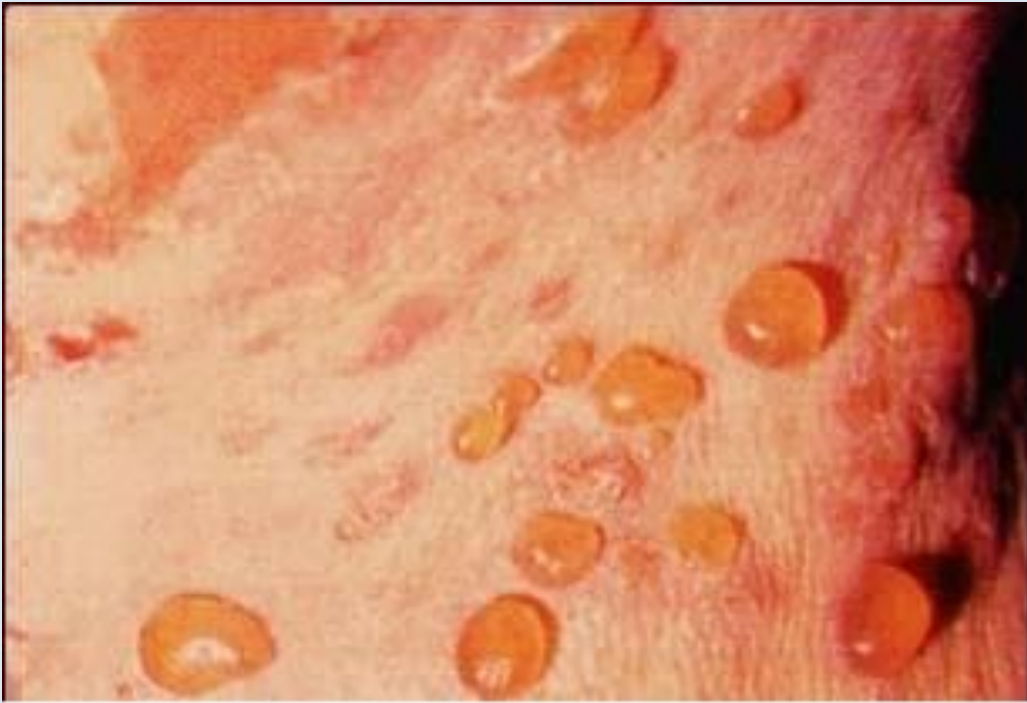
- **Папула** — элемент, возвышающийся над уровнем кожи, размером от 1 до 20 мм, различной окраски и формы. Папулы образуются в результате не только расширения сосудов, но и клеточной инфильтрации в верхних слоях дермы или при разрастании эпидермиса. Нередко они могут оставлять после себя пигментацию и шелушение кожи. Папулезные элементы обычно сочетаются с розеолами и пятнами. Такая смешанного характера сыпь обозначается как розеолезно-папулезная (при размерах элементов до 5 мм) или пятнисто-папулезная (от 5 до 20 мм).
- **Узел** — ограниченное, уходящее в глубь кожи образование, размером от 6 до 10 мм и более. Как правило, узел возвышается над уровнем кожи, болезненный при пальпации, темно-красного цвета, часто с синюшным оттенком. Сыпь подобного характера получила название узловатой эритемы.

папулы и везикулы на внутренней поверхности бедра



- **Пузырек (везикула)** — элемент, заполненный серозным или кровянистым экссудатом, размером до 5 мм. Содержимое пузырька обычно ссыхается в прозрачную или бурого цвета корочку. В случае вскрытия его оболочки возникает мокнущая поверхность — эрозия. Пузырек является типичным элементом сыпи при ветряной оспе. Пузырь — образование, аналогичное пузырьку, имеющее размеры до 10—15 мм и более.
- **Пустула** — пузырек или пузырь, наполненный гнойным содержимым, характеризующийся также и клеточной инфильтрацией кожи.
- Сыпь на слизистых оболочках называется **энантемой** и встречается при многих инфекциях. Так, сыпь на слизистых оболочках щек в виде мелких очагов некроза является патогномоничной для кори (пятна Филатова-Коплика). Мелкие петехии на мягком небе (энантема Розенберга) наблюдаются при сыпном тифе, скарлатине, псевдотуберкулезе.



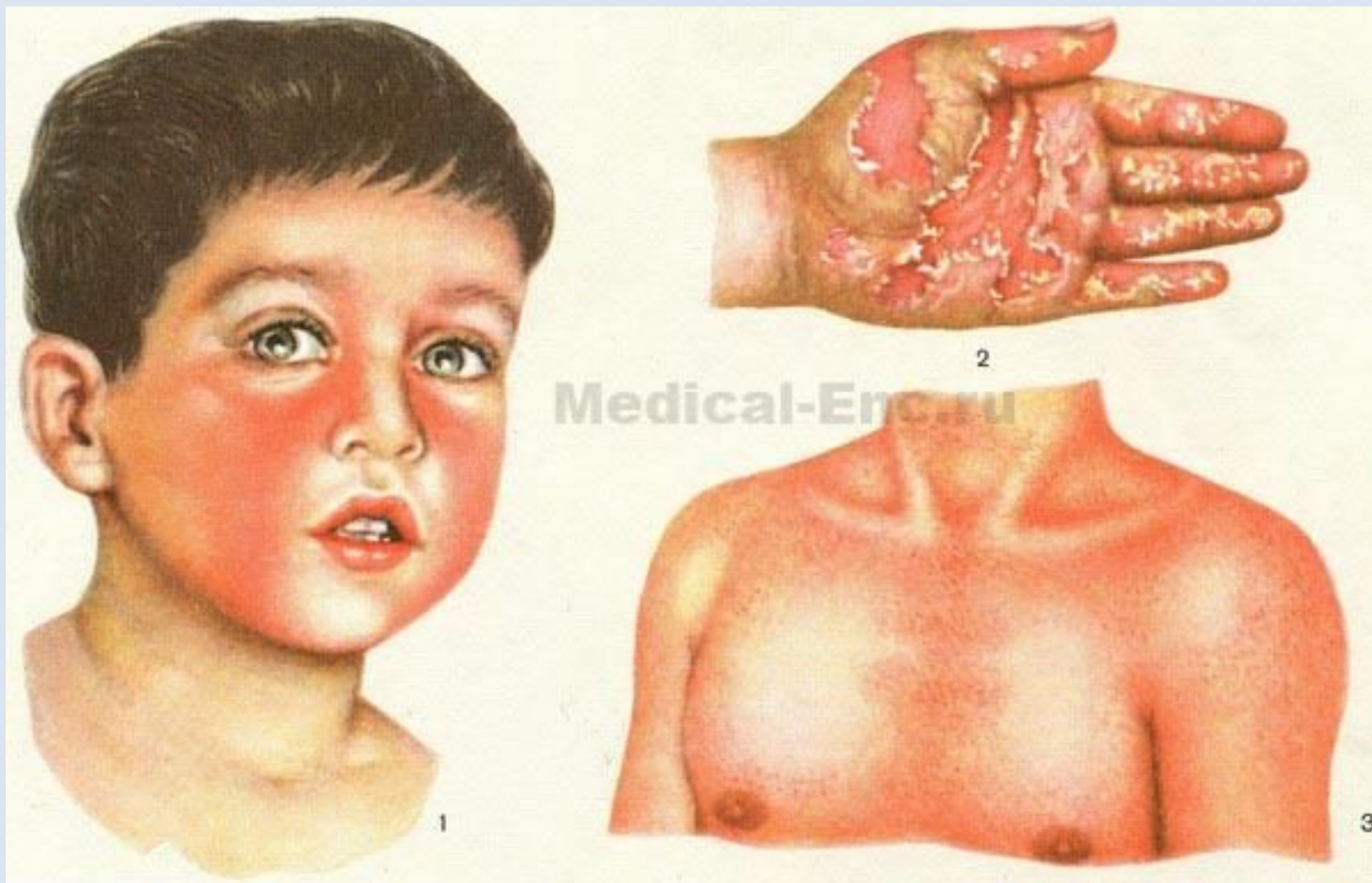




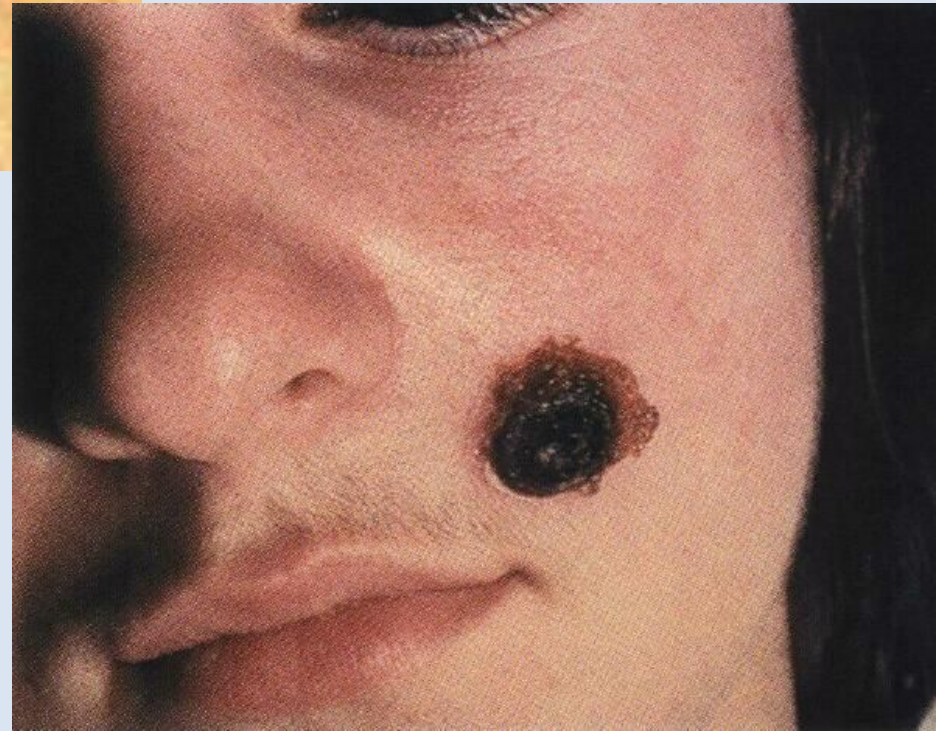
эритемато-папулезные высыпания на коже груди,
живота и верхних конечностей



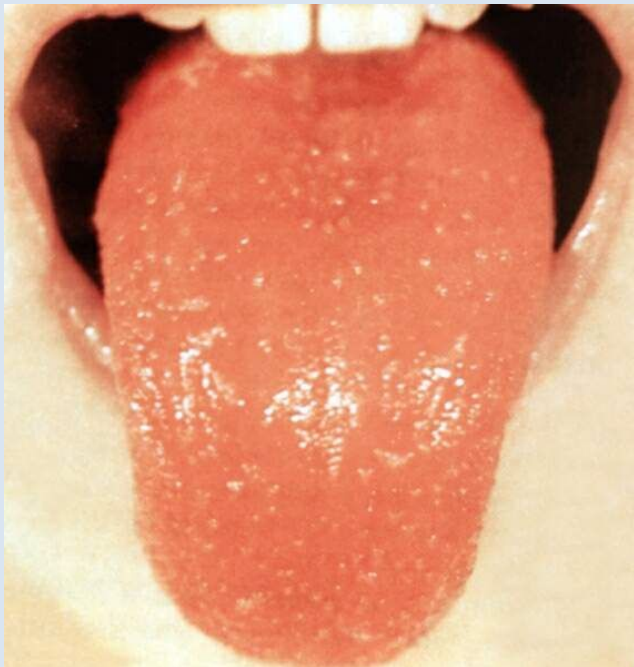
Крупнопластинчатое шелушение при скарлатине



Первичный аффект



У всех инфекционных больных обязательно характеризуют состояние языка, который может иметь типичные изменения («сосочковый» при скарлатине, псевдотуберкулезе; сухой, утолщенный с отпечатками зубов при брюшном тифе).



- Изменения на слизистой зева





- состояние периферических лимфатических узлов. Учитывают их величину, консистенцию, наличие болезненности, состояние окружающей клетчатки, окраску кожи над ними, а также локализацию измененных лимфоузлов.

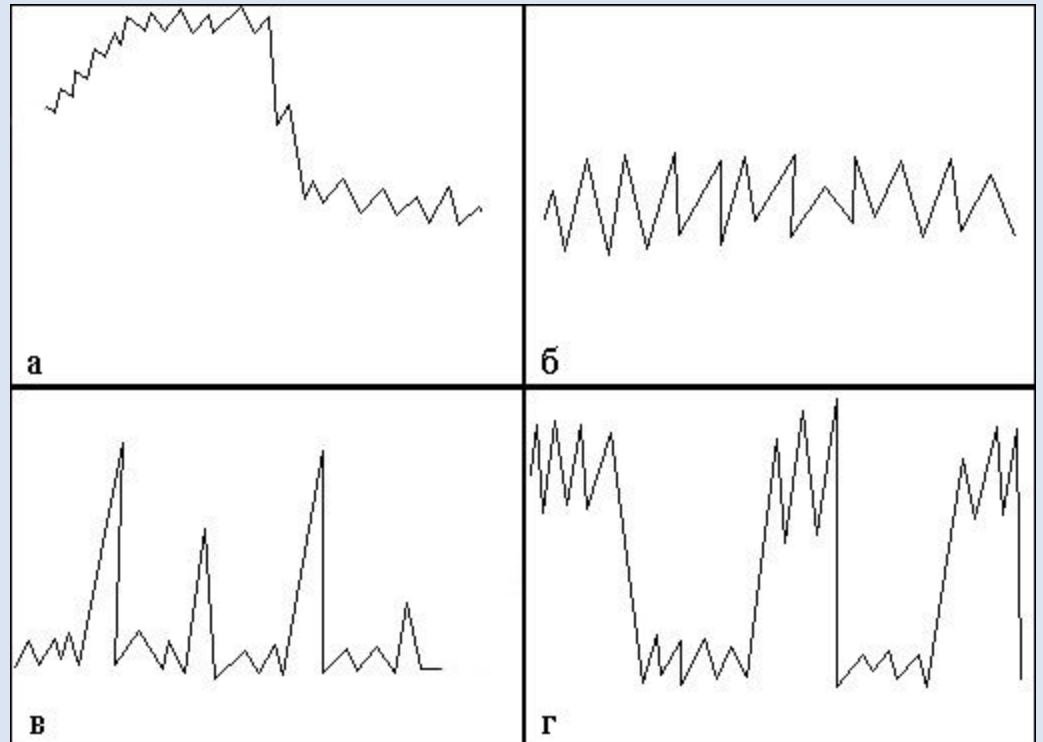




- термометрия



nignews.com.ua->novostey.com



Виды лихорадок

- **Постоянная лихорадка** (febris continua) характеризуется тем, что в течение суток разница между утренней и вечерней температурой тела не превышает 1°C . Такой тип лихорадки встречается у больных брюшным тифом, крупозной пневмонией, иерсиниозом.
- **Послабляющая лихорадка** (febris remittens) - суточные колебания температуры больше 1°C , причем утренний минимум выше 37°C . Она встречается при многих инфекциях - риккетсиозах, псевдотуберкулезе и др.
- **Перебегающая лихорадка** (febris intermittens) отличается суточными колебаниями температуры тела больше 1°C , причем минимум ее лежит в пределах нормы. Такой тип температурной кривой можно наблюдать при различных септических состояниях.
- **Истошающая, или гектическая, лихорадка** (febris hectica) характеризуется резким повышением температуры тела на $2-4^{\circ}\text{C}$ и падением ее до нормы и ниже в течение суток. Она сопровождается изнуряющими потами и встречается при нагноительных процессах, сепсисе.

- **Извращенная лихорадка** (febris inversus) отличается тем, что утренняя температура тела бывает выше вечерней и наблюдается чаще всего при бруцеллезе, туберкулезе, может встречаться при сепсисе.
- **Неправильная лихорадка** (febris irregularis) характеризуется разнообразными и неправильными суточными колебаниями. Она редко встречается при острых инфекционных заболеваниях, но часто является проявлением бактериального эндокардита, сепсиса.
- **Возвратная лихорадка** (febris recurrens) отличается чередованием периодов лихорадки с безлихорадочными периодами, она характерна для малярии, возвратного тифа.
- **Волнообразной лихорадке** (febris undulans), или ундулирующей, свойственны периодические нарастания температуры тела, сменяющиеся ее затуханием, что наблюдается при бруцеллезе, иерсиниозе.

Правило Либермейстера -

при инфекционных болезнях наблюдаются отклонения в частоте пульса по отношению к температуре, что издревле используют в качестве вспомогательного диагностического признака.

При нормальном их соответствии повышение температуры тела на 1°C сопровождается учащением пульса на 10-12 ударов в минуту

-определение ЧСС, ЧД
-измерение АД



- ПАЛЬПАЦИЯ (от лат. palpatio - ощупывание), врачебный метод исследования больного - последовательное ощупывание поверхностных тканей и глубжележащих органов, позволяющее установить, напр., температуру и влажность кожного покрова, величину, положение, характер поверхности и консистенцию некоторых внутренних органов, свойства пульса, а также реакцию больного на пальпацию (напр., ощущение боли).



- Перкуссия (от лат. percussio — "постукивание") — выстукивание больного (пальцем или молоточком) для определения по характеру звука состояния внутренних органов.



- **Аускультация** (лат. *auscultatio*) — метод физикальной диагностики в медицине, заключающийся в выслушивании звуков, образующихся в процессе функционирования органов.







Темная моча (цвета крепкого черного чая)	Заболевания печени (гепатит , цирроз , печеночная недостаточность, желчекаменная болезнь), массивное разрушение эритроцитов (после переливания крови, ряд инфекций, малярия).
Темно-желтый цвет	Обезвоживание организма на фоне рвоты, диареи, снижения потребляемой жидкости, сердечная недостаточность .
Красный цвет мочи	Насыщенный красный цвет может свидетельствовать о наличии крови в моче. Этот симптом может наблюдаться при: мочекаменной болезни , раке мочевого пузыря, инфаркте почки, пиелонефрите , гломерулонефрите .
Цвет мясных помоев	Моча мутная, с взвесью коричнево-серой мути. Возможные причины: острый гломерулонефрит , хроническом гломерулонефрит , камни в почках , инфаркт почки, туберкулез почек и мочевыводящих путей, ускоренное разрушение эритроцитов , применение препаратов (стрептоцид, сульфонал, антипирин, пирамидон, трионал).

Таблица 1. Бристольская шкала формы кала

Большое
время
транзита
(100 часов)

Короткое
время
транзита
(10 часов)

Тип 1	Отдельные твердые комки, как орехи, трудно продвигаются	
Тип 2	В форме колбаски, но комковатый	
Тип 3	В форме колбаски, но с ребристой поверхностью	
Тип 4	В форме колбаски или змеи, гладкий и мягкий	
Тип 5	Мягкие маленькие шарики с ровными краями	
Тип 6	Рыхлые частицы с неровными краями, кашицеобразный стул	
Тип 7	Водянистый, без твердых частиц	

Инструментальные методы диагностики

Лапароскопия

Ректороманоскопия

Сканирование
печени.

Рентгенологическое
исследование

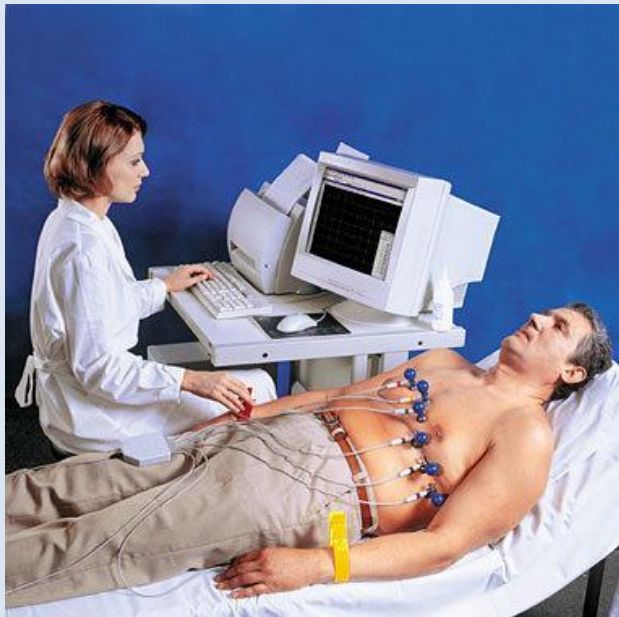
Пункционная
биопсия печени.

Компьютерная
томография (КТ).

Ультразвуковое
исследование

Фиброгастроскопия

Обязанность медсестры – подготовка пациента к инструментальным методам диагностики



Лабораторные методы диагностики

```
graph TD; A[Лабораторные методы диагностики] --> B[Общеклинические]; A --> C[Специфические]; B --> D[Общий анализ крови<br/>Общий анализ мочи<br/>Биохимический анализ крови<br/>Коагулограмма<br/>Копрограмма и др.]; C --> E[Методы прямого обнаружения возбудителя]; C --> F[Методы косвенного доказательства наличия возбудителя в организме пациента];
```

Общеклинические

Общий анализ крови
Общий анализ мочи
Биохимический анализ крови
Коагулограмма
Копрограмма и др.

Специфические

Методы
прямого
обнаружения
возбудителя

Методы косвенного
доказательства
наличия
возбудителя в
организме
пациента

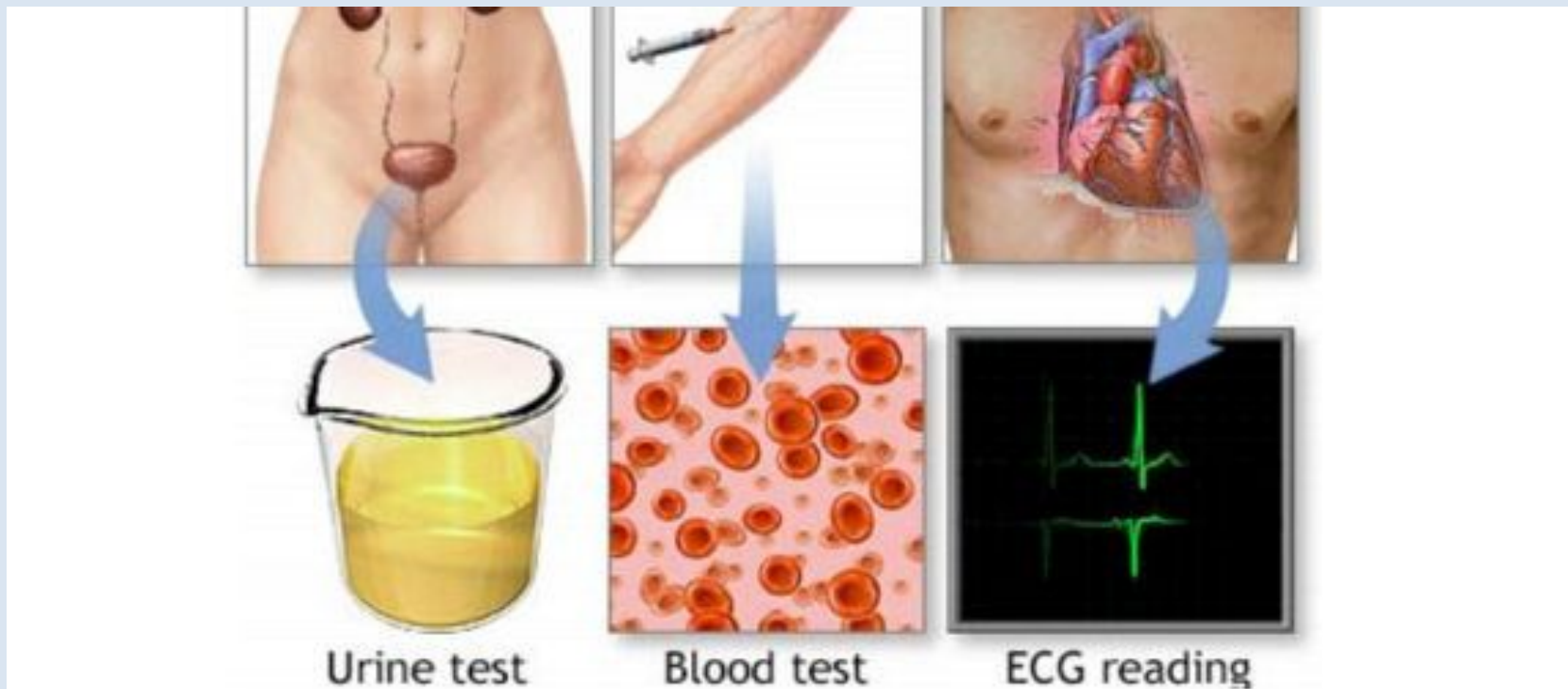
Методы прямого обнаружения возбудителя

Бактериоскопический

Бактериологический

Биологический

- Материалом для микроскопического исследования могут быть кровь, костный мозг, ликвор, пунктаты лимфатических узлов, фекалии, дуоденальное содержимое и желчь, моча, мокрота, отделяемое мочеполовых путей, биоптаты тканей, мазки со слизистой оболочки ротовой полости, небных миндалин, носа и др.



Применение бактериологического метода дает возможность выделить возбудителя в чистой культуре из материала, полученного от больного, и идентифицировать его на основании изучения комплекса свойств.

К основным требованиям, предъявляемым к отбору и транспортировке материала для бактериологического исследования, относят:

- взятие материала до начала этиотропного лечения;
- соблюдение условий стерильности при сборе материала;
- техническую правильность сбора материала;
- достаточное количество материала;
- обеспечение температурного режима хранения и транспортировки материала;
- сведение к минимальному промежутка времени между сбором материала и посевом на плотные питательные среды.

Бактериоскопический метод



Бактериологический метод





- **Биологический метод** состоит в заражении различным материалом (клиническим, лабораторным) лабораторных животных для индикации возбудителя, а также для определения некоторых свойств микроорганизмов, характеризующих их патогенность (токсигенность, токсичность, вирулентность). В качестве лабораторных животных используют белых мышей, белых крыс, морских свинок, кроликов и др.



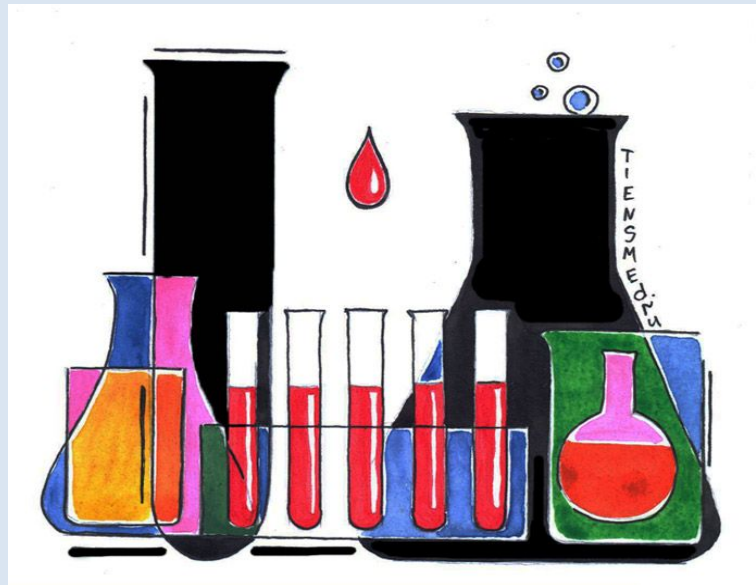
Методы косвенного доказательства
наличия возбудителя в организме
пациента

```
graph TD; A[Методы косвенного доказательства наличия возбудителя в организме пациента] --> B[Серологический  
Иммунологический]; A --> C[Аллергический]
```

Серологический
Иммунологический

Аллергический

- Иммунологический метод (серологический) включает исследования сыворотки крови, а также других биологических субстратов для выявления специфических антител и антигенов. Классическая серодиагностика основана на определении антител к выявленному или предполагаемому возбудителю.
- Материал для исследования – кровь, ликвор.



- **ПЦР-диагностика или полимеразная цепная реакция**, направленная на определение специфической нуклеотидной последовательности участка ДНК возбудителя инфекции. То есть, внутри клетки, чего нельзя добиться при мазке или бакпосеве. Наиболее точно указывает на присутствие вируса в соскобе влагалища, уретры или моче. ПЦР-диагностика незаменима для выявления вирусных гепатитов и ВИЧ-инфекции. Даже если инфекция скрытая и вялотекущая, данный метод выявит возбудителя даже на стадии инкубационного периода.
- **ДНК-анализ** часто используется для выявления: хламидиоза, уреаплазмоза, микоплазмоза, генитального герпеса, гонореи, трихомониаза.
- **Метод иммуноферментного анализа (ИФА)** - заключается в обнаружении в крови человека антител к возбудителю. Причем возможно определение и класса иммуноглобулинов. Известно, что антитела класса М появляются при острой стадии заболевания, иммуноглобулины G указывают на наличие иммунитета к данному возбудителю.



Аллергический метод диагностики



Особенности инфекционных больных.

Главная особенность состоит в том, что большинство инфекционных больных выделяют во внешнюю среду возбудителей, т. е. являются источником заразного начала. Отсюда важно знать, где в организме больного находятся возбудители, каким образом они выделяются во внешнюю среду, как заражаются здоровые люди, пути и способы заражения, что нужно делать, чтобы не допустить распространения инфекции.



Вторая особенность: инфекционные болезни сопровождаются лихорадкой, интоксикацией и токсическим поражением центральной нервной системы, поэтому у больных часто развиваются нервно-психические расстройства. Нужно знать характер этих нарушений, чтобы правильно подойти к больным, установить с ними нужный контакт. Хорошее состояние психики больного - один из важных факторов быстрого выздоровления.

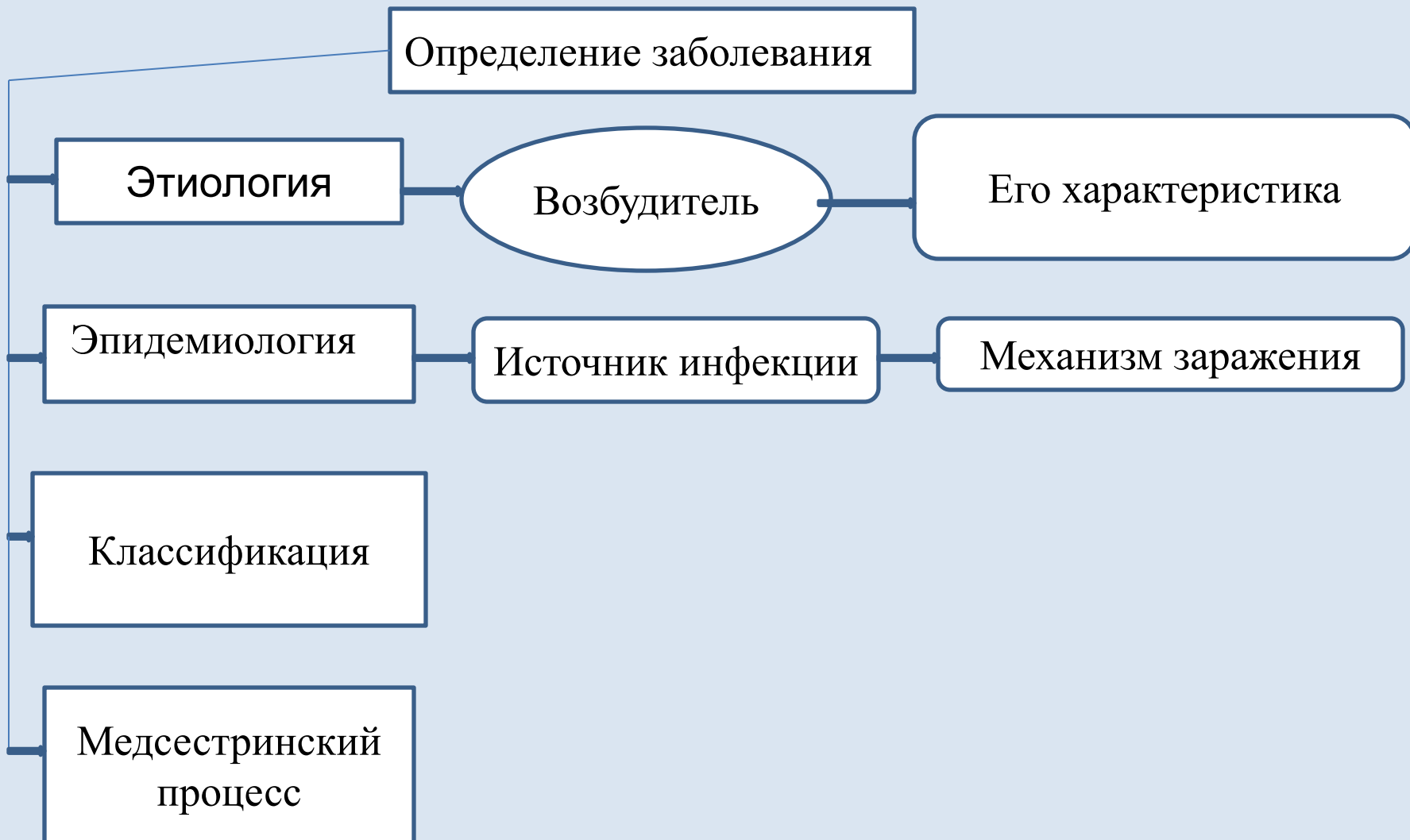


Третья особенность: инфекционные болезни - острые, динамичные заболевания при которых состояние больного может внезапно изменяться. В связи с этим часто возникает необходимость быстрого неотложного решения вопроса об оказании срочной помощи пациенту и изменении характера ухода за ними.



Четвертая особенность состоит в том, что клиническое выздоровление при инфекционных болезнях, как правило, намного опережает полное восстановление возникших в организме человека органических и функциональных расстройств. В периоде выздоровления (реконвалесценции) больные долгое время физически ослаблены, у них нарушена психика, имеются расстройства со стороны сердечнососудистой системы и других органов и систем, но, не смотря на это, их самочувствие нередко бывает вполне удовлетворительным и совершенно не соответствует глубоким изменениям, сохраняющимся в организме.

Медсестринство при инфекционных заболеваниях



Этапы медсестринского процесса

- Медсестринское
•обследование
- Медсестринская диагностика
- Планирование медсестринских вмешательств
- Реализация плана ухода
- Оценка эффективности медсестринского ухода

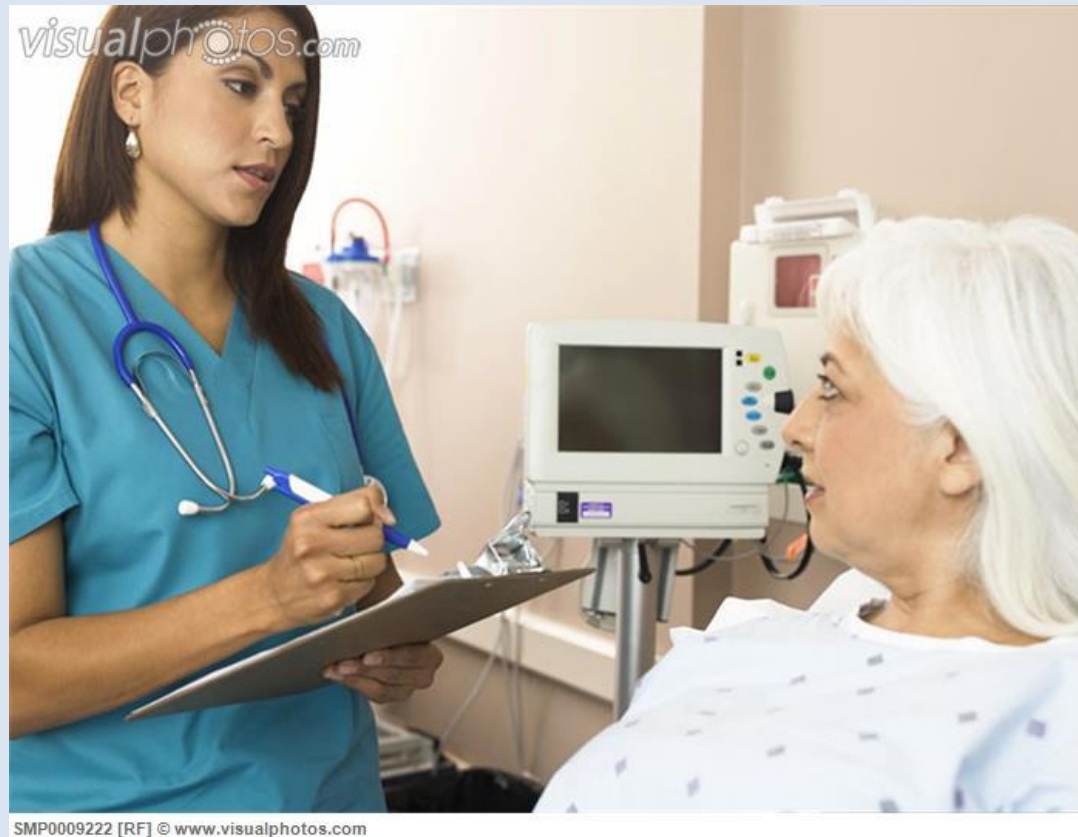
Медсестринский процесс

I этап –
медсестринское
обследование

Жалобы
пациента

Анамнестические
данные

Объективно



I I этап – медсестринская диагностика



Выявление нарушенных потребностей и связанных с этим проблем пациента (приоритетных, потенциальных) и Формулирование медсестринских диагнозов.

Сестринский диагноз - это формулировка действительной или потенциальной проблемы пациента.

Задача диагностики медицинской сестры - это разработка индивидуального плана ухода за больным, чтобы пациент и его семья смогли бы адаптироваться к изменениям, возможным из-за возникших проблем со здоровьем.

Примеры сестринских диагнозов:

- боли в животе, связанные с патологическим процессом;
- чувство тошноты, вызванное интоксикацией;
- однократная или многократная рвота в результате интоксикации;
- многократный жидкий стул, обусловленный воспалительным процессом;
- сухость во рту в результате обезвоживания;
- общая слабость, обусловленная интоксикацией;
- риск развития обезвоживания у пациента со рвотой и частым жидким стулом;
- риск падений и травм у пациента с головокружением;

III этап - Планирование медсестринских вмешательств

1. Подготовка пациента и забор материала для исследования.
2. Подготовка пациента и проведение мероприятий по неотложной медицинской помощи.
3. Решение проблем и потребностей пациента.
4. Выполнение врачебных назначений.
5. Решение сопутствующих проблем пациента.
6. Обучение пациента и его окружающих санитарно-гигиеническим навыкам, правилам само- и взаимоухода.



IV этап- Реализация плана медсестринских
вмешательств



V этап- Оценка результатов медсестринских
вмешательств
и их коррекция

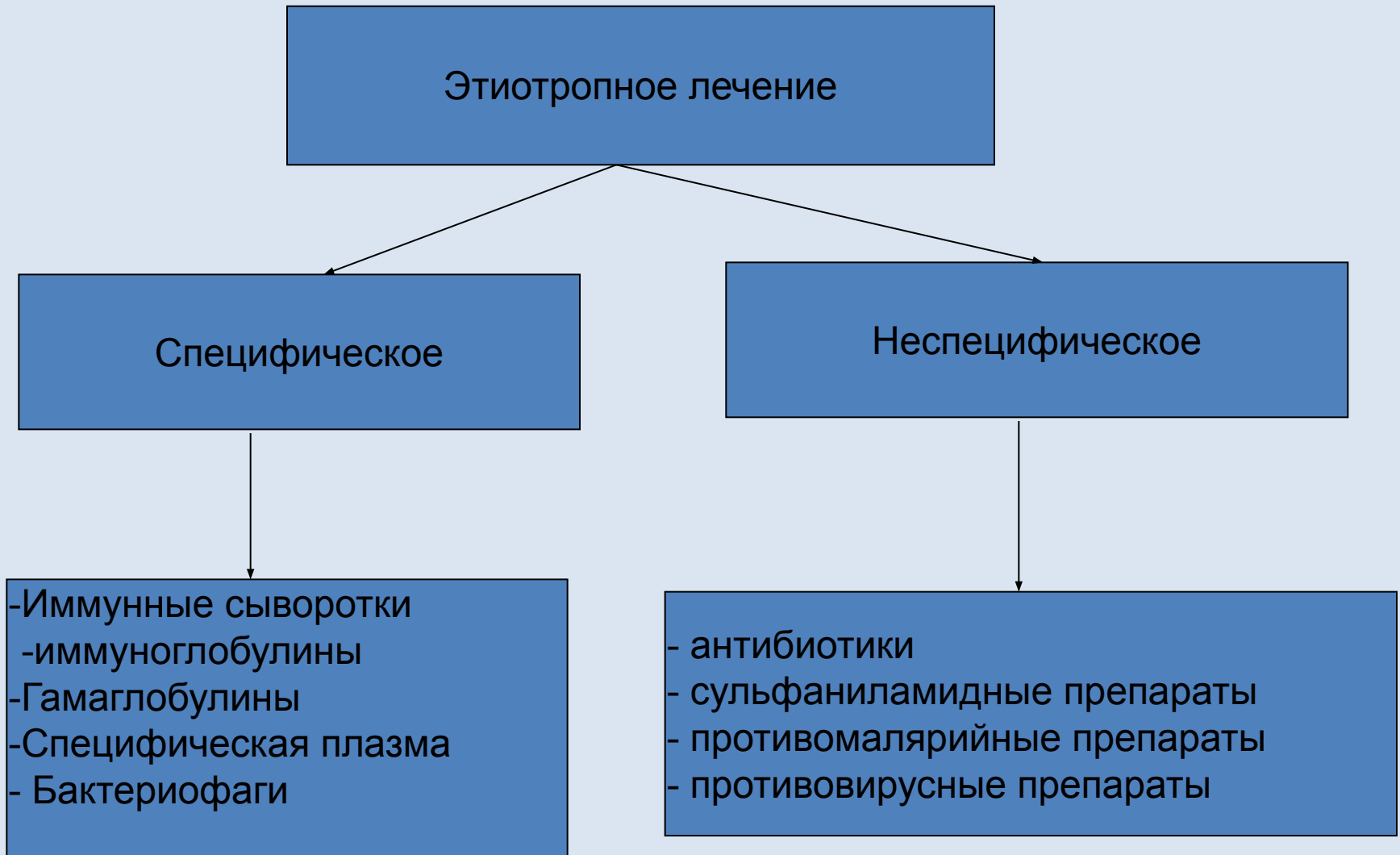
Основные принципы комплексного лечения инфекционных больных

- Воздействие на возбудителя и его токсины – этиотропное лечение
- Воздействие на определенные звенья инфекционного процесса, восстановление и коррекция гомеостаза – патогенетическое лечение

Воздействие на иммунологическую реактивность организма- иммуностимулирующее лечение

Устранение или уменьшение основных проявлений заболеваний- симптоматическое лечение

Этиотропное лечение – направлено на уничтожение, нейтрализацию и выделение из организма возбудителей и продуктов их жизнедеятельности



Серотерапия – метод лечения основанный на введении больному препаратов, содержащих специфические антитела против возбудителей заболевания или их токсинов

- Виды сывороток:
 - Антитоксические
 - Противомикробные



- Анафилактический шок или анафилаксия — аллергическая реакция немедленного типа, состояние резко повышенной чувствительности организма, развивающееся при повторном введении аллергена.

Одно из наиболее опасных осложнений лекарственной аллергии, заканчивающееся примерно в 10—20 % случаев летально.

Распространенность случаев анафилактического шока: 5 случаев на 100 000 человек в год.

- Анафилаксии больше подвержены молодые люди и женщины.

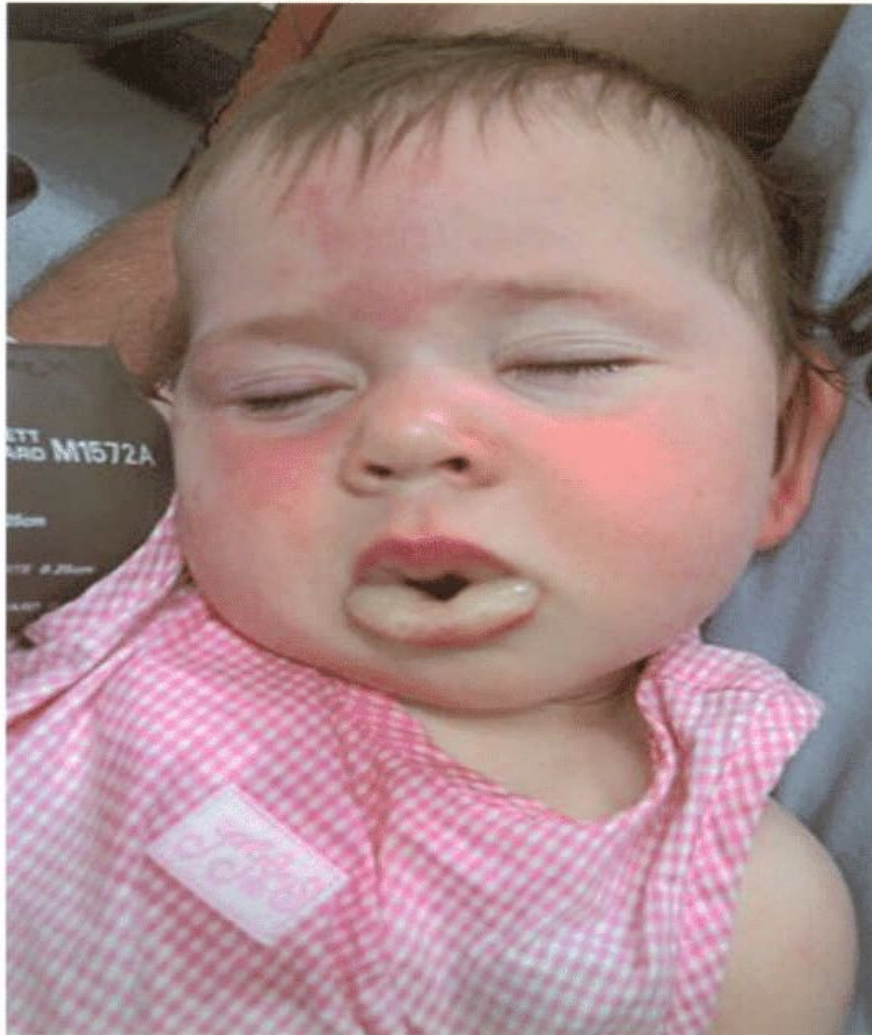
- Скорость возникновения анафилактического шока — от нескольких секунд или минут до 5 часов от начала контакта с аллергеном.
- В развитии анафилактической реакции у больных с высокой степенью сенсibilизации ни доза, ни способ введения аллергена не играют решающей роли. Однако большая доза препарата увеличивает тяжесть и длительность течения шока.
- Термин был введён французским физиологом Шарлем Рише, который в 1913 году за исследование анафилаксии получил Нобелевскую премию по физиологии и медицине.

- **В основе патогенеза АШ** лежит реакция гиперчувствительности немедленного типа. Общий и наиболее существенный признак шока — остро наступающее уменьшение кровотока с нарушением периферического, а затем и центрального кровообращения под влиянием гистамина и других медиаторов, обильно секретируемых клетками. Кожные покровы становятся холодными, влажными и цианотичными. В связи с уменьшением кровотока в головном мозге и других органах появляются беспокойство, затемнение сознания, одышка, нарушается мочеотделение.

Симптомы анафилактического шока

- Первым симптомом или даже предвестником развития анафилактического шока является резко выраженная местная реакция в месте попадания аллергена в организм — необычно резкая боль, сильный отек, припухлость и краснота в месте укуса насекомого или инъекции лекарственного препарата, сильный зуд кожи, быстро распространяющийся по всей коже (генерализованный зуд).
- При приеме аллергена внутрь первым симптомом может быть резкая боль в животе, тошнота и рвота, диарея, отек полости рта и гортани.
- При вводе препарата внутримышечно наблюдается появление загрудинной боли (сильное сжатие под ребрами) от 10–60 минут после ввода препарата.
- Сыпь и гиперемия на спине









- Быстро присоединяется выраженный отек гортани, бронхоспазм и ларингоспазм, приводящие к резкому затруднению дыхания. Затруднение дыхания приводит к развитию учащенного, шумного, хриплого («астматического») дыхания. Развивается гипоксия. Больной сильно бледнеет; губы и видимые слизистые оболочки, а также дистальные концы конечностей (пальцы) могут стать цианотичными (синюшными).
- У больного с анафилактическим шоком резко падает артериальное давление и развивается коллапс. Больной может потерять сознание или упасть в обморок.
- Анафилактический шок развивается очень быстро и может привести к смерти в течение нескольких минут или часов после попадания аллергена в организм.



Анафилактический шок

Потеря сознания

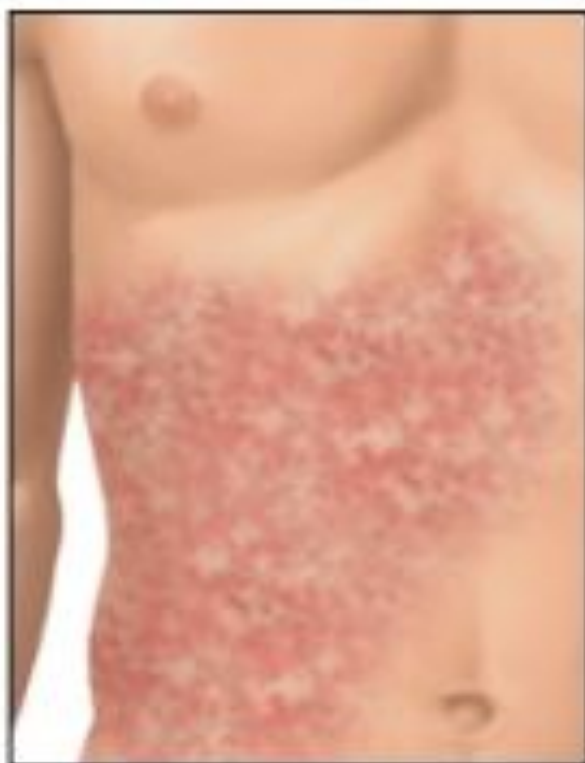
Сыпь и опухоль

**Опухоль языка
невозможность
сглатывания**

**Быстрое опухание
мышц глотки и
дыхательных
путей**



Частота возникновения сыпи при аллергии



Очень часто ●

Часто ●

Нечасто ●

Редко ●

- Пациенту, у которого анафилактический шок требуется срочная помощь, потому что каждая минута, даже секунда растерянности медсестры могут обернуться смертью больного. Следует:
- немедленно вызвать врача
- прекратить введение препарата
- уложить больного, голову повернуть в сторону и выдвинуть нижнюю челюсть, для того чтобы предотвратить асфиксию (в случае если у пациента есть зубные протезы, их обязательно нужно вынуть),
- приложить к ногам теплые грелки.

Анафилактический шок

Прекращение поступления аллергена

- наложение жгута выше места инъекции на 25 мин (каждые 10 мин необходимо ослаблять жгут на 12 мин);
- к месту инъекции приложить лёд или грелку с холодной водой на 15 мин;
- обкалывание в 5-6 точках и инфильтрация места укуса или инъекции эпинефрина 0,1% 0,5 мл с 45 мл физиологического раствора

Противошоковые мероприятия

- больного уложить (голова ниже ног), повернуть голову в сторону, выдвинуть нижнюю челюсть, снять съёмные зубные протезы;
- обеспечить в/в доступ и начать болюсное переливание жидкостей (физиологический р-р взрослым ≥ 1 л, детям из расчёта 20 мл/кг);

Противоаллергическая терапия

- эпинефрин 0,1% 0,3-0,5 мл в/м, при необходимости повторить инъекции через 5-20 мин;
- преднизолон 90-150 мг в/в струйно;

Симптоматическая терапия

- при сохраняющейся гипотонии только после восполнения ОЦК вазопрессорные амины (допамин);
- при бронхоспазме β_2 -агонисты через небулайзер (сальбутамол 2 мл/2,5 мг);
- при брадикардии возможно п/к введение атропина в дозе 0,5 мг

Готовность к ИВЛ и срочная госпитализация в реанимационное отделение

Профилактика анафилактического шока



Введение сыворотки по методу Безредки:

I - Ввести 0,1 мл разведенной 1:100 сыворотки в среднюю треть предплечья в/к.

Через 20-30 мин. Оценить результат:

- пробу считают отрицательной, если диаметр отека и гиперемии меньше 1 см;

- пробу считают положительной, если диаметр отека и гиперемии составляет 1 см и более.

II - При отрицательной реакции ввести 0,1 мл цельной сыворотки в среднюю треть плеча п/к.

III - При отрицательной реакции через 20-30 мин. ввести необходимую дозу сыворотки внутримышечно.

Предварительно подогреть сыворотку на водяной бане до температуры 37-38⁰ С

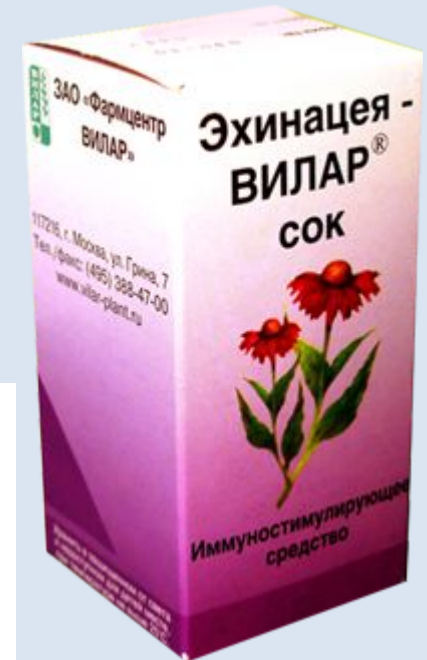
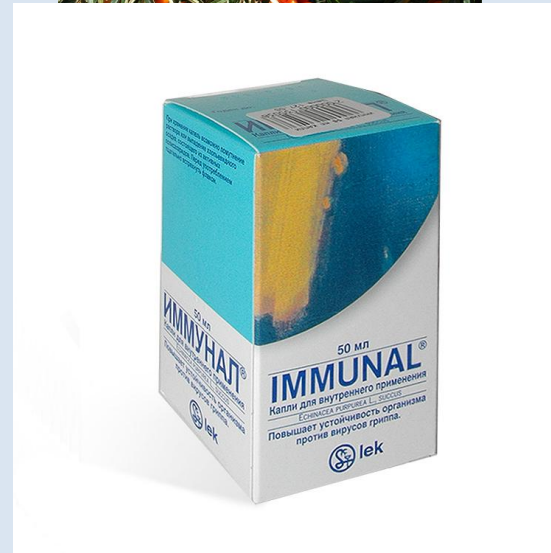
Патогенетическое лечение:

- Дезинтоксикационное
- Противовоспалительное
- Десенсибилизирующее
- Нормализующее пищеварение
- Восстанавливающее нормальную микрофлору кишечника



Иммуностимулирующее лечение

- Аутовакцины
- Метилурацил
- Прополис
- Алое
- Элеутерокок
- Жень-шень



Благодарю за внимание!



Алгоритм лечения анафилактического шока

Анафилактический шок

Прекращение
поступления
аллергена

Противо-
шоковые
мероприятия

Противоал-
лергическая
терапия

Наложение
жгута,
обкалывание
адреналином
места инъек-
ции или укуса

Адреналин,
введение
жидкостей

Глюко-
кортико-
стероиды