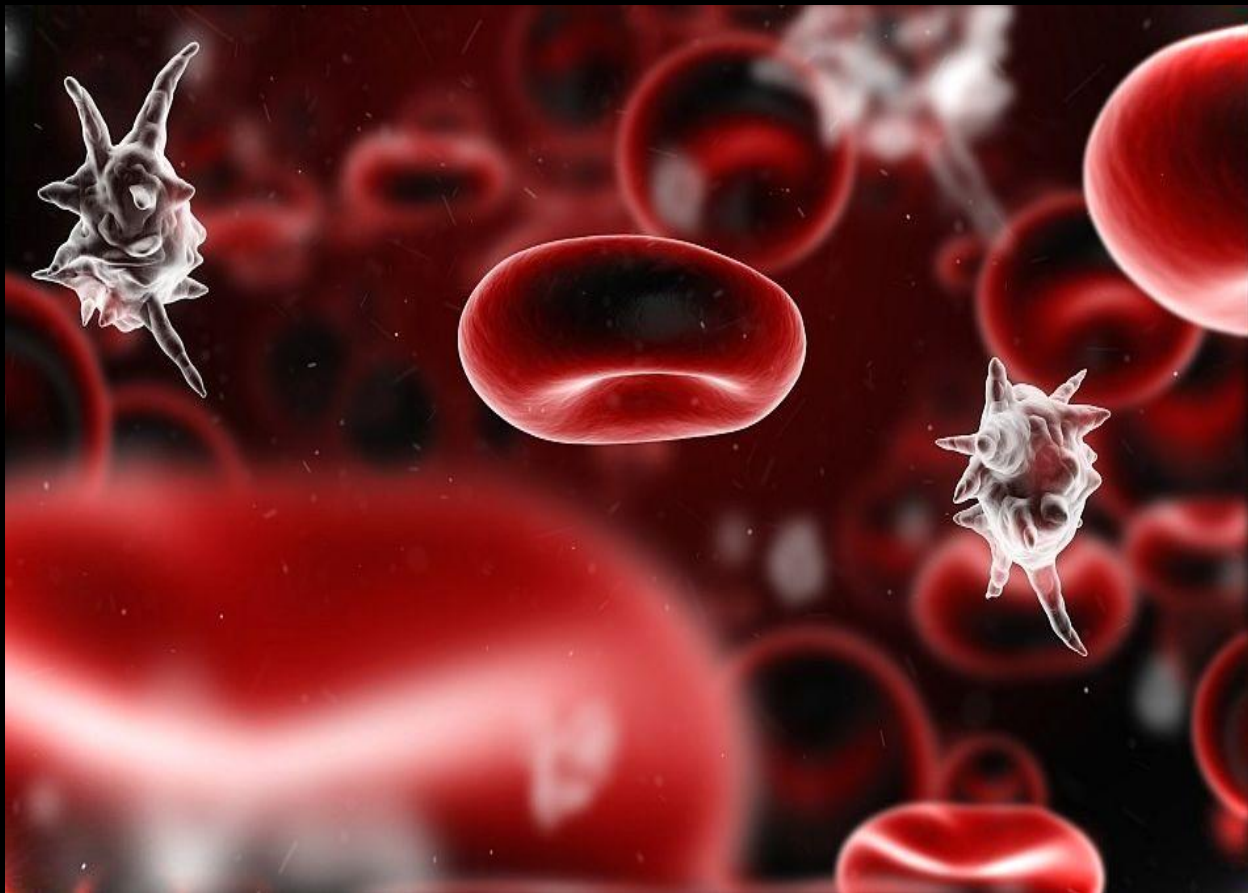


НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ СЕПТИЧЕСКОМ ШОКЕ



СЕПТИЧЕСКИЙ ШОК

Угрожающее жизни опасное следствие тяжелых инфекционных и воспалительных процессов, требующее неотложной помощи.

Такое состояние возникает в результате патологической активности иммунной системы, направленной на подавление инородных болезнетворных организмов.

САМЫЕ РАСПРОСТРАНЕННЫЕ ПРИЧИНЫ

- **Перитониты, вызванные инфекционными процессами в матке и фаллопиевых трубах, в том числе возникшие в результате инструментального аборта, выполненного в нестерильных условиях.**
- **Перитониты, вызванные повреждением стенки желудочно-кишечного тракта, в том числе возникшие при кишечных заболеваниях или ранениях.**
- **Сепсис, возникший в результате инфекционного поражения кожи стрептококковой или стафилококковой микрофлорой.**
- **Распространенный гангренозный процесс, вызванный специфическим анаэробным возбудителем сначала в периферических тканях, а затем во внутренних органах, особенно в печени.**
- **Сепсис, возникший в результате инфекционного поражения почек и мочевыводящих путей, вызванный чаще всего кишечной палочкой.**

СТАДИИ ШОКА

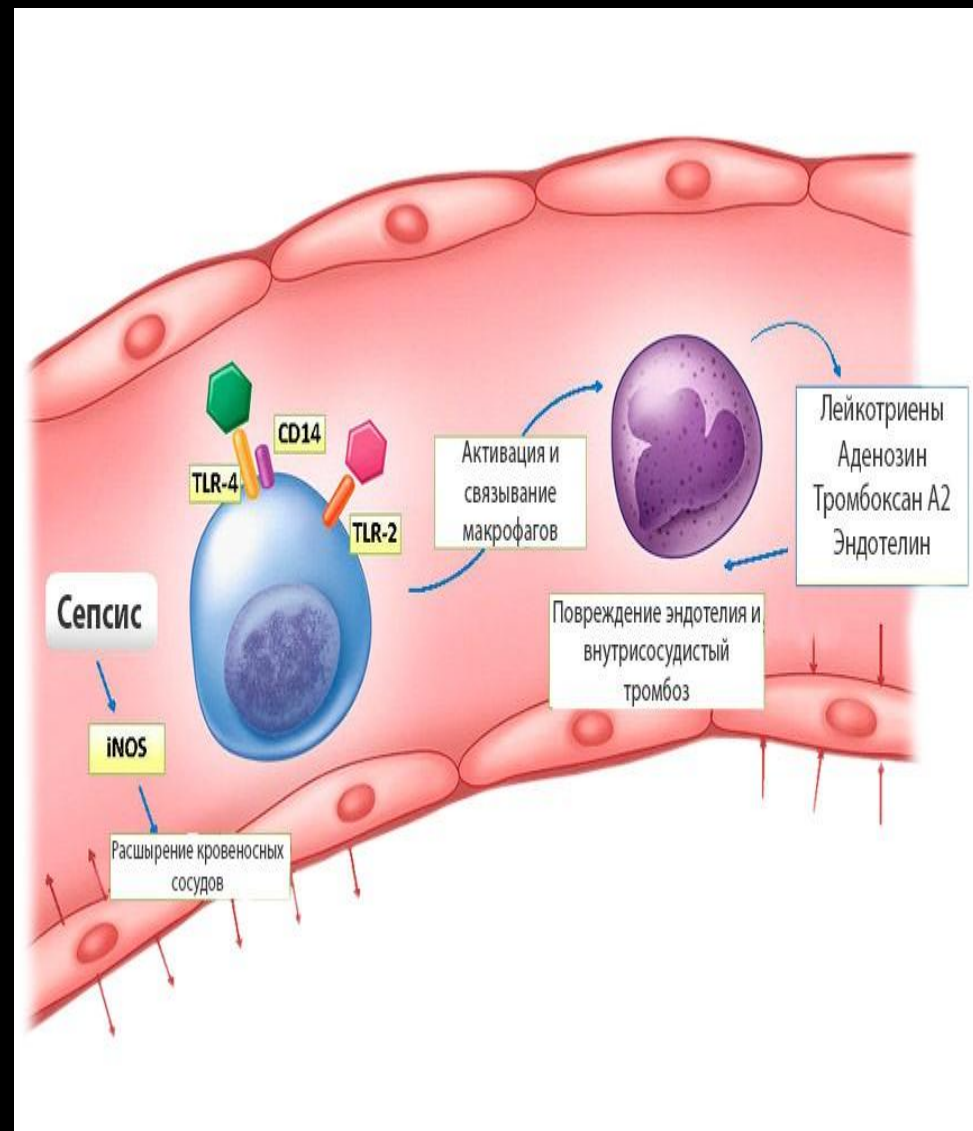
1. Эректильная
2. Торпидная
3. Терминальная

ЭРЕКТИЛЬНАЯ СТАДИЯ

Прорыв инфекта из очага воспаления или поступление эндотоксина в кровоток запускают первичный механизм септического шока.

Гипертермия ($> 38—39^{\circ}\text{C}$), потрясающий озноб. Очень часто постепенно прогрессирующая лихорадка гектического или неправильного типа, достигающую предельных величин и часто нехарактерную для данного возраста ($40—41^{\circ}\text{C}$ у пожилых пациентов).

Полипноз и умеренные нарушения кровообращения.



ТОРПИДНАЯ СТАДИЯ



Максимальное повышение температуры тела, ознобы, изменение психического состояния пациента: возбуждение, беспокойство, неадекватность поведения, иногда – психоз.

Кожные покровы тёплые, сухие, гиперемированные или розовые.

Нарушения дыхания выражены по типу гипервентиляции, которая приводит к дыхательному алкалозу и утомлению дыхательной мускулатуры.

Тахикардия до 120 и более в 1 минуту сочетается с хорошим наполнением пульса и гипотензией (систолическое артериальное давление менее 100 мм). Гипотензия умеренная.

В этой стадии септического шока даже повышенный сердечный выброс не обеспечивает должной потребности в кислороде.

Нередко гемодинамические и дыхательные изменения сочетаются с отчётливыми нарушениями функций пищеварительного тракта (диспепсические расстройства, боль, особенно в верхней части живота, диарея), которые можно объяснить особенностями метаболизма серотонина, начальными изменениями кровотока в зоне чревных сосудов и активацией центральных механизмов тошноты и рвоты. В этой стадии септического шока отмечается снижение диуреза, иногда до уровня олигурии (мочеотделение менее 25 мл в час).



ТЕРМИНАЛЬНАЯ СТАДИЯ

Нарушения сознания, выраженные расстройствами лёгочного газообмена, периферической и центральной циркуляторными недостаточностями, органной патологией с признаками печёночной и почечной недостаточностями.

Внешние проявления этой стадии септического шока получили среди клиницистов название «холодной гипотензии».

Симптомы: угнетение уровня сознания, вплоть до комы, бледность кожных покровов, акроцианоз, иногда значительный, олигоанурия.

Выраженное тахипноэ (более 40 дыханий в минуту) сочетается с ощущением нехватки воздуха, которое не уменьшается даже на фоне оксигенотерапии; в дыхании, как правило, участвуют вспомогательные мышцы.

Озноб и гипертермия сменяются снижением температуры тела, нередко с критическим падением до субнормальных цифр.

Кожная температура дистальных отделов конечностей даже на ощупь значительно ниже обычной. Снижение температуры тела сочетается с отчётливой вегетативной реакцией в виде проливных потов. Запустевание периферической венозной подкожной сети.



Частый (130—160 в минуту), слабого наполнения, иногда аритмичный пульс сочетается с критическим снижением системного артериального давления, нередко с малой пульсовой амплитудой. Наиболее ранним и чётким признаком органного поражения является прогрессирующее нарушение функций почек с такими тяжёлыми признаками, как азотемия и нарастающая олигоанурия (диурез менее 10 мл/час). Поражения желудочно-кишечного тракта проявляются в виде динамической кишечной непроходимости и желудочно-кишечных кровотечений, которые могут превалировать в клинике септического шока даже в тех случаях, когда он неперитонеального происхождения. Поражение печени характеризуется появлением желтухи и гипербилирубинемией

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ СЕПТИЧЕСКОГО ШОКА

- Наличие гипертермии (температура тела выше 38—39°C) и ознобов.
- У пациентов пожилого возраста парадоксальная гипотермия;
- Нейропсихические расстройства (дезориентация, эйфория, возбуждение, сопор);
- Гипер- или гиподинамический синдром нарушения кровообращения.

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ЛЕЧЕНИЯ СЕПТИЧЕСКОГО ШОКА

- **Восстановление транспорта кислорода (доставки и потребления)**
- **Восстановление функции респираторной системы: улучшение газообмена в лёгких и уровня кислорода в крови**
- **Восстановление функции сердечно-сосудистой системы: быстрая коррекция волемических нарушений путём инфузионной терапии, повышение сердечного выброса в 1,5—2 раза по сравнению с нормой;**
- **Коррекция метаболических и органных нарушений;**
- **Устранение очага инфекции;**
- **Адекватная антибактериальная терапия.**

АЛГОРИТМ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ.

1. При наличии симптомов, указывающих на септический шок, необходимо незамедлительно вызвать реанимационную врачебную бригаду для скорейшей госпитализации.



АЛГОРИТМ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ.

2. Неотложная помощь при септическом шоке в первую очередь должна быть направлена на повышение артериального давления.

Ввести допамин 200 мг в 400 мл 5 % раствора глюкозы внутривенно капельно, увеличивая скорость вливания с 5мкг/(кг 10 мин) до достижения минимально достаточного артериального давления;

АЛГОРИТМ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ.

3. Адекватное обезболивание

С этой целью пострадавшему внутривенно вводят 1–2 мл 1% р-ра промедола, разведенного в 20 мл 0,5% раствора новокаина,

либо 0,5 мл 0,005 % раствора фентанила, разведенного в 20 мл 0,5 % р-ра новокаина или в 20 мл 5%-ного раствора глюкозы.

Внутримышечно анальгетики вводят без растворителя (1–2 мл 1%-ного раствора промедола)



СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!