

**НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ ПРИ  
ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ У  
ДЕТЕЙ.**

**ПИЩЕВАЯ ТОКСИКОИНФЕКЦИЯ,  
ИНФЕКЦИОННО-ТОКСИЧЕСКИЙ ШОК  
КЛИНИКА , ДИАГНОСТИКА,  
ПРИНЦИПЫ ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ  
ПОМОЩИ.**

## Пищевые токсикоинфекции - о

инфекционные заболевания, вызываемое бактериями из группы *Salmonella*, эшерихиями, стафилококками, протеем и другими условно патогенными микроорганизмами, продуцирующими экзотоксины.

При попадании микроорганизмов в пищевые продукты в них накапливаются токсины, которые могут вызывать отравления организма.



# **КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА**

**Для пищевых токсикоинфекций характерно острое начало заболевания. Первые симптомы появляются через 2 - 6 ч (реже через 12 - 14 ч) после употребления недоброкачественного продукта.**



## В начале заболевания отмечаются:

сухость во рту,

жажда,

схваткообразная боль в животе,

тошнота,

рвота ,

диарея,

живот мягкий, вздут, иногда ощущается урчание.

**Стул жидкий, кашицеобразный, обильный, иногда зловонный, измененного цвета («болотной тины»), со слизью, без патологических примесей. Тенезмы и ложные позывы на дефекацию отсутствуют.**



**Рвота и дефекация приносят временное облегчение, так как со рвотными и каловыми массами из организма удаляются микробы, токсины. Вместе с тем рвота, понос ведут к потере воды и электролитов . Таким образом, продолжительность рвоты и диареи определяют степень тяжести заболевания.**





По мере прогрессирования  
болезни появляются симптомы  
интоксикации:

Озноб , слабость,

повышение температуры  
тела до 38 - 39 °С,

головная боль,  
головокружение,

потливость,

боль в мышцах и суставах.

# При обезвоживании больные жалуются на:

жажду,

глазные  
яблоki  
западают,  
черты лица  
заостряются

цианоз кожных  
покровов,

тахикардии

болезненные  
судороги  
кровоножных  
мышц,

голос становится  
осипшим (вплоть  
до афонии),





# НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

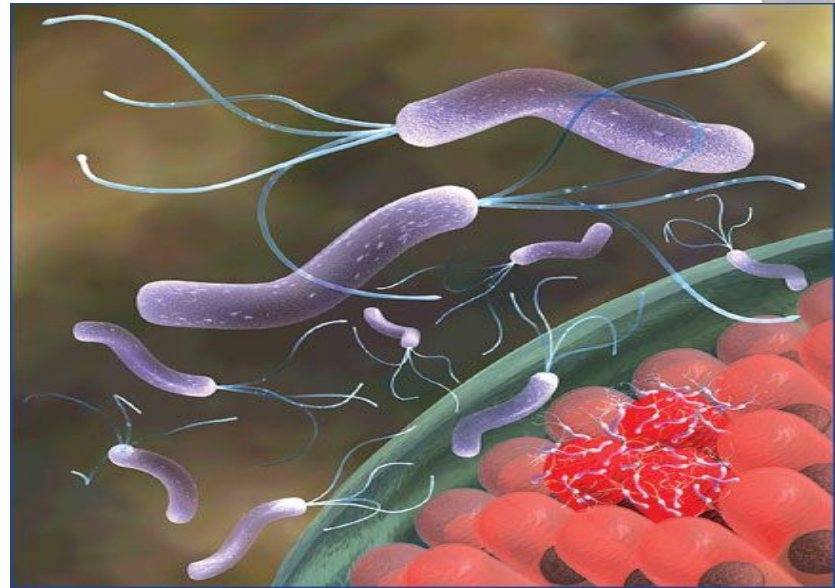
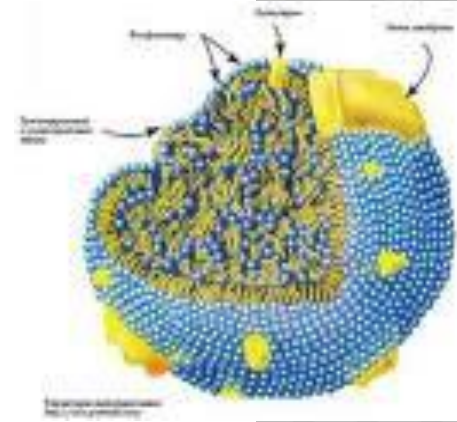
- Первым неотложным лечебным мероприятием является промывание желудка 2 - 3 л теплой кипяченой воды, 2% раствором натрия гидрокарбоната или 0,1 % раствором калия перманганата до получения чистых промывных вод.
- В ранние сроки заболевания рекомендуется также применение сорбентов (активированный уголь, энтерополисорб, энтеродез и др.). По показаниям используют антиспастические препараты.



**Инфекционно-токсический шок  
(синоним бактериальный,  
бактериотоксический шок) — шок,  
возникающий в результате действия  
микроорганизмов и их токсинов.**



**Причинами развития инфекционно-токсического шока могут служить, в первую очередь, менингококковая, грибковая и кишечная инфекции, а также другие острые инфекции при неблагоприятном течении заболеваний.**



***В своем развитии инфекционно-токсический шок последовательно проходит 3 стадии –***

- компенсации (шок I степени),***
- субкомпенсации (шок II степени),***
- декомпенсации (шок III степени).***

**При компенсированном шоке сознание** остается ясным, нередко отмечаются двигательное беспокойство, состояние тревоги, стопы и кисти остаются теплыми, наблюдается гиперемия лица и верхней половины туловища. Дыхание учащается. Количество выделяемой мочи уменьшено. У детей в этой фазе отмечаются диспептические расстройства: повторная рвота, понос, усиление перистальтики, боли в верхней части живота.



# При субкомпенсированном шоке

- возбуждение сменяется заторможенностью, апатией
- кожа бледная, холодная, влажная, отмечается акроцианоз
- снижение температуры тела
- одышка постоянная
- тоны сердца глухие
- отмечается олигурия или анурия
- нередко появляются геморрагии на коже и слизистых оболочках
- возможно желудочное кровотечение.

## При декомпенсированном шоке :

- ⊙ больные находятся в состоянии протрации, возможны судороги
- ⊙ потеря сознания вплоть до развития комы
- ⊙ наблюдаются гипотермия
- ⊙ тотальный цианоз
- ⊙ периферический пульс нитевидный, АД может не определяться
- ⊙ резко нарастает одышка, наблюдается анурия.

# Неотложная помощь

- Неотложная помощь при инфекционно-токсическом шоке начинается ещё на догоспитальном этапе.
- Бригадой скорой помощи проводится стабилизация состояния гемодинамики (артериальное давление, пульс), стабилизация дыхания и возврат адекватного диуреза.

Для этого внутривенно вводится вазопрессоры: 1 мл 0.2% раствора норэпинефрина (норадреналин) с 20 мл физиологического раствора или 0.5-1 мл 0.1% раствора эпинефрина (адреналина), и глюкокортикостероиды: преднизолон или дексаметазон внутривенно.

Кислородотерапия и искусственная вентиляция легких проводятся при выраженной дыхательной недостаточности и остановке дыхания.

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!!!

