

**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

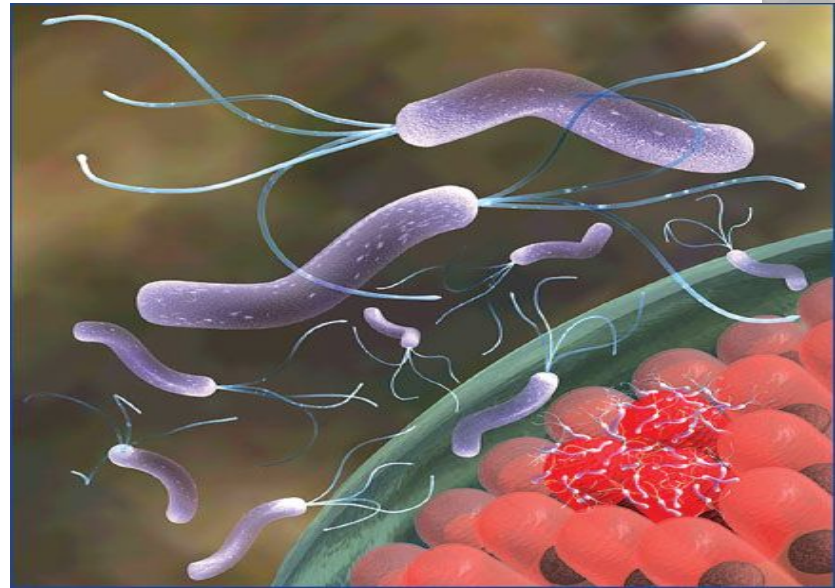
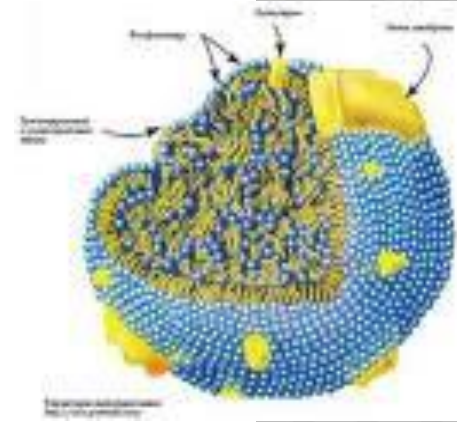
- Первым неотложным лечебным мероприятием является промывание желудка 2 - 3 л теплой кипяченой воды, 2% раствором натрия гидрокарбоната или 0,1 % раствором калия перманганата до получения чистых промывных вод.
- В ранние сроки заболевания рекомендуется также применение сорбентов (активированный уголь, 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!!!

