С.Ж.АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ
ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ

КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА

Суммарная оценка степени тяжести на основе семиотики угражающих состояний

Сатыбалдиева Мадина
05-01 группа

Алматы-2017г

По экстренности диагностики и началу лечебных мероприятий все УС условно можно разделить на три группы:

- 1. Вероятность летального исхода в течение десятка минут (клиническая смерть, асфиксия, наружное кровотечение из крупного артериального ствола, напряженный превмоторакс и т.д.).
- 2. Вероятность летального исхода в течение нескольких часов (отек легких, шок любой этиологии, глубокая кома, первичный инфекционный токсикоз и т.д.).
- 3. Вероятность летального исхода через сутки и более (острая почечная и печеночная недостаточность, инфекционное поражение витальных органов).

- 4. Тяжесть УС может быть обусловлена не одним, а несколькими патологическими синдромами. В этих случаях врач должен выделить из них наиболее важный и направитель действия на его ликвидацию. Например, у больного тяжесть состояния обусловлена синдромом обструкции верхних дыхательных путей и гипертермией. В этом случае первостепенное значение будет иметь нарушение проходимости дыхательных путей, т.к. оно быстрее приведет к летательному исходу, чем лихорадка. Это означает, что вначале помощь следует направить на ликвидацию дыхательной недостаточности, а затем уже на снижение температуры тела.
- 5. При оказании помощи детям на догоспитальном этапе следует придерживаться принципа – оказание только минимального, но достаточного объема медицинской помощи. Под этим принципом понимают проведение только тех мероприятий, без которых жизнь больных и пострадавших останется под угрозой. Врач скорой помощи не должен «подменять» госпитальный этап. Например, не следует при инфекционных заболеваниях подбирать и назначать антибактериальную терапию, если больной госпитализируется.

Суммарная оценка степени тяжести на основе семиотики угражающих состояний

- В ходе развития патологического процесса организм человека проходит через последовательную серию переходных состояний, которые в большинстве случаев отделить друг от друга трудно. Более того, в конкретной обстановке догоспитального этапа это не нужно.

С практической точки зрения необходимо разграничить лишь такие степени тяжести:

- Компенсация
- Субкомпенсация
- Декомпенсация
- Терминальное состояние.

- Это положение прежде всего справедливо в отношении ведущих патологических синдромов, после оценки которых можно составить суммарное представление о степени тяжести угрожающего состояния и принять правильное лечебно-тактическое решение.

Группы угражающих состояний

(Э.К.Цыбулькин)

- Состояние при которых летальный исход возможен в течение десятка минут;
- Состояние при которых летальный исход вероятен в течение нескольких часов или суток;
- Экстренная, угражающая жизни ситуация, когда возможен неблагоприятный исход или инвалидизация.

Классификация угрожающих состояний в соответствии с экстренностью диагностики и начала лечебных мероприятий

Вероятность летального исхода в течение		
десятка минут	**нескольких часов**	**экстренная, угрожающая жизни ситуация**
Клиническая смерть: • **несчастные случаи (электротравма, утопление и др.)** • **острая асфиксия (инородное тело гортани или трахеи, «удушение»)** • **СВПН (напряженный, клапанный пневмоторакс, пневмомедиастинум)** • **кровотечение из крупного артериального ствола** • **эмболия ствола легочной или среднемозговой артерий** • **анафилактический шок**	• Кардиогенный и некардиогенный альвеолярный отек легкого • декомпенсированный шок любой этиологии • глубокая кома • астматический статус III ст.	• Эпиглоттит • Симптом острой бронхиальной обструкции • обширный ожог • острые отравления • сильные абдоминальные боли • диабетический кетоацидоз • лихорадка у детей до 2 месяцев • Геморрагическая сыпь • кровотечения из желудка и кишечника • сильная головная боль с рвотой. • ооли в грудной клетке. • укусы насекомых и животных с повреждением мягких тканей

Рабочая классификация степени тяжести ведущего патологического синдрома может быть представлена следующим образом:

- 1. Ведущего патологического синдрома нет (состояние удовлетворительное).
- 2. Ведущий патологический синдром в стадии компенсации (за счет усиленной работы пораженная система или орган полностью справляются с возложенными на них функциями).
- 3. Ведущий патологический синдром в стадии субкомпенсации (пораженная система или орган перестает справляться с возложенными на них функциями при нагрузке).
- 4. Ведущий патологический синдром в стадии декомпенсации (пораженная система или орган перестает справляться с возложенными на них функциями при уже в покое, и из-за этого начинают страдать другие органы и системы).
- 5. Терминальное состояние. Наличие двух и более ведущих патологических синдромов в стадии декомпенсации (полиорганная недостаточность).

Физикальное обследование детей в экстренной ситуации проводят с учетом следующих правил:

- 1. Осмотр должен быть целевым и направленным на поиски признаков УС, что позволяет осуществить его быстро и не поверхностно.
- 2. Первоначально ищут признаки декомпенсации дыхания, кровообращения и степени угнетения ЦНС. При их отсутствии обследование осуществляют по анатомическим областям (ребенок должен быть полностью раздет).
- 3. При проведении лечебных мероприятий, особенно при реанимационном пособии, следует использовать такие диагностические тесты, как очистка ротоглотки и оксигенотерапия, позволяющие диагностировать степень угнетения ЦНС по утрате рефлексов с ротоглотки и шунто-диффузионные расстройства в легких – по отсутствию положительной реакции на кислород.

ШКАЛА ТЯЖЕСТИ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ

(Fine et al., 1997)

Степень тяжести	Кол-во баллов	Риск летальности, %	Рекомендации по месту оказания помощи
I	<50	0.1	Амбулаторно
II	51-70	0.6	Амбулаторно
III	71-90	2.8	Госпитализация (кратковременная)
IV	91-130	8.2	Госпитализация
V	>130	29.2	Госпитализация