

Клінічний протокол

Надання медичної допомоги хворим і постраждалим з **тяжким геморагічним шоком**

Код МКХ 10: T.81.1

Ознаки та критерії діагностики захворювання

В основі тяжкого геморагічного шоку лежить крововтрата, яка перевищує 25 – 30% об'єму циркулюючої крові (1,25 – 1,5 л). Пацієнти скаржаться на спрагу, свідомість може бути порушена; шкіра та слизові оболонки бліді, вени запавші, тахікардія (частота скорочень серця > 100 за 1 хв), але у хворих похилого віку зростання частоти серцевих скорочень може не бути, пульс слабкого наповнення, в тяжких випадках (за умови втрати $> 30\%$ об'єму циркулюючої крові) нитьовидний, або зовсім не пальпується на перефіричних артеріях; зниження артеріального тиску – один з кардинальних симптомів, спочатку може знижуватися пульсовий тиск, а потім систолічний та діастолічний, критичним для перфузії органів слід вважати систолічний АТ, який менший ніж діастолічний у конкретного хворого в нормі, у хворого з нормальним АТ це 75 – 85 мм рт.ст.; при незначній крововтраті центральний венозний тиск може бути нормальним, а потім за умови поглиблення шоку, зменшується нижче 60 мм вод.ст.; найбільш інформативним критерієм гіповолемії є зниження тиску заклинювання в легеневій артерії ДЗЛА < 7 мм рт.ст.; знижується серцевий індекс $CI < 2,5$ л/хв/м²; опір периферичних судин (ОПС) збільшується; знижується діурез.

Лабораторні показники: анемія: концентрація гемоглобіну < 100 г/л (не в перші хвилини шоку); еритроцити $< 3 \cdot 10^9$ /л, зниження гематокриту $< 0,30$ л/л; метаболічний ацидоз рН $< 7,3$; дефіцит основань ВЕ $< - 3$ ммоль/л; зменшення насичення венозної крові киснем; збільшення лактату крові; знижується транспорт кисню тканинам та його споживання.

Умови, у яких повинна надаватись медична допомога

На догоспітальному етапі повинна надаватися невідкладна допомога, в стаціонарі допомога повинна надаватися в умовах операційної або відділення інтенсивної терапії.

Діагностична програма

1. Візуальний огляд, визначення джерела крововтрати, оцінка загального стану хворого.
1. Обов'язкове вимірювання ЧСС, АТ, ЦВТ (катетеризація центральної вени) (якщо можливо, ДЗЛА, CI, ОПС).
2. Вимірювання діурезу
3. Лабораторне обстеження:
 - визначення групи крові, резус-фактору;
 - загальний аналіз крові та сечі;
 - коагулограма;
 - біохімічний аналіз крові;
 - ЕКГ

- вимірювання показників КОС та лактату.

Лікувальна програма

1. Зупинка кровотечі (якщо треба хірургічний гемостаз, який повинен виконуватись якомога швидше).
2. Зігрівання хворого.
3. Інфузійно-трансфузійна терапія: об'ємна швидкість залежить від величини крововтрати – за умови тяжкої гіпотензії повинна бути не менше за 100 – 150 мл/хв (а за умови наявності сел-сейвера – до 500 мл/хв), швидкість повинна контролюватися показниками АТ, ДЗЛА, ЦВТ – за умови їх підвищення темп треба зменшити. Розчини для інфузії: кристалоїдні – натрія хлорид 0,9% та 7,5 – 10%; колоїдні – перевагу слід надавати розчинам гідроксіетилкрохмалю та модифікованої желатини, а також природнього колоїду – альбуміну.

Показання до гемотрансфузій:

За умови повного восповнення ОЦК рідиною це зниження концентрації Нв крові до 70 – 80 г/л та нижче, та у пацієнтів з супутніми захворюваннями (ішемічна хіороба серця, серцева недостатність, судинні захворювання головного мозку чи черепно-мозкова травма, недостатність зовнішнього дихання) зниження концентрації Нв до 90 – 100 г/л;

за умови концентрації Нв крові ≥ 100 г/л показанням до гемотрансфузії може бути тільки неконтрольована профузна кровотеча.

4. За умови рефрактерного шоку до об'ємного навантаження рідиною шоку (артеріальна гіпотензія з підвищенням ЦВТ та ТЗЛА) – необхідно застосування кардіотонічних та судиноконстрикторних препаратів.
5. За умови рефрактерного до перерахованої вище терапії шоку – можливо застосування глюкокортикоїдних гормонів.
6. За умови тяжкого метаболічного ацидозу ($\text{pH} < 7,1$; $\text{BE} < -10$ ммоль/л) – необхідно застосування визолювальних розчинів (натрію гідрокарбонат).
7. За необхідністю знеболювання, застосовувати тільки знеболючі засоби, які не викликають кардіо- та судинодепресивного ефекту.
8. За умови неадекватного дихання та необхідності в загальному знеболюванні застосовувати інтубацію трахеї та штучну вентиляцію легень.
9. За умови значного периферичного спазму судин, лактат-ацидозу, які зберігаються незважаючи на восповнення ОЦК підвищення АТ та ЦВТ, необхідно строго дозовано за допомогою інфузоматів застосувати судинні ділататори з добре управляємою дією (нітрати, α -адреноблокатори), за умови значного периферичного спазму судин, але на фоні артеріальної гіпотензії показано застосування кардіотонічних засобів, або іноділататорів.

Характеристика кінцевого очікуваного результату лікування та критерії якості лікування

Повна зупинка кровотечі, повне відновлення перфузії тканин, доставки та споживання кисню та функції життєво-важливих органів: свідомості, діурезу, газообміну в легенях, системи згортання крові.

Тривалість лікування у відділенні інтенсивної терапії: 1 – 3 доби, якщо не виникає ускладнень.

Можливі побічні дії та ускладнення

Післяшовковий період може ускладнитися ускладненнями з боку органів та систем:

нирок, легень, печінки, інфекцією, кровотечею з шлунку та кишок, тому хворі на протязі не менше доби після виведення із шокowego стану повинні інтенсивно доглядатися у відділенні інтенсивної терапії.

Рекомендації щодо подальшого надання медичної допомоги

- профілактика поліорганної недостатності в післяшоковому періоді (легеневої, ниркової, печінкової, коагулопатій);
- профілактика інфекційних ускладнень;
- профілактика кровотеч із шлунку та кишок.

Вимоги до дієтичних призначень і обмежень

Хворим в післяшоковому періоді необхідно забезпечити повноцінне за калорійністю та якості живлення чи ентеральним (шлункове чи інтестинальне) чи парентеральним шляхом.

**Директор департаменту організації
та розвитку медичної допомоги населенню**

Р. О. Моїсеєнко