

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И МОЛОДЕЖНОЙ ПОЛИТИКИ РЕСПУБЛИКИ КОМИ
государственное профессиональное образовательное учреждение
«Ухтинский медицинский колледж»

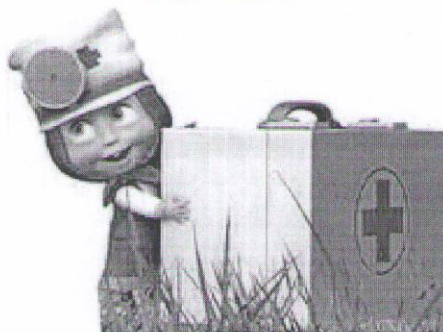
РАССМОТРЕНО
Цикловой методической комиссией
клинических дисциплин
Председатель ЦМК
Гартман И.В. Гартман
«07» октября 2016 г.

УТВЕРЖДАЮ
зам. директора по УР
Быстрова И.В. Быстрова
«07» октября 2016 г.

**МЕТОДИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ
ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ**
по ПМ 02. УЧАСТИЕ В ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОМ И РЕАБИЛИТАЦИОННОМ
ПРОЦЕССАХ

МДК 02.01 Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях
по специальности **34.02.01 «Сестринское дело»**
Раздел «Сестринский уход в терапии»

**ТЕМА: «СЕСТРИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЯХ В
ТЕРАПИИ»**



Составила: преподаватель терапии Деревесникова Н.Л.

Ухта 2016 г

ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА

на учебно – методическое пособие для самостоятельной работы студентов «Сестринская помощь при неотложных состояниях».

Медицинские работники среднего звена должны знать клинику неотложных состояний и уметь оказывать доврачебную помощь. В период обучения, во время прохождения всех видов практик, а также при государственной итоговой аттестации выпускников, обращается особое внимание на эти вопросы.

Наличие разнообразной справочной и учебной литературы не дает единого подхода к неотложным состояниям, что затрудняет подготовку к занятиям, поэтому было составлено это пособие.

В пособии описаны следующие неотложные состояния: «Бронхиальная астма», «Легочное кровотечение», «Гипертонический криз», «Стенокардия», «Инфаркт миокарда», «Кардиогенный шок», «Обморок», «Коллапс», «Сердечная астма», «Отек легкого», «Почечная колика», «Диабетическая кома», «Гипогликемическая кома», «Анафилактический шок».

Цели и задачи междисциплинарного курса– требования к результатам освоения междисциплинарного курса:

Средний медицинский работник должен обладать **общими компетенциями:**

ОК 1. Понимать сущность и социальную значимость своей будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес.

ОК 2. Организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их эффективность и качество.

ОК 3. Принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях и нести за них ответственность.

ОК 4. Осуществлять поиск и использование информации, необходимой для эффективного выполнения возложенных на него профессиональных задач, а также для своего профессионального и личностного развития.

ОК 5. Использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности.

ОК 6. Работать в коллективе и команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, потребителями.

ОК 7. Брать ответственность за работу членов команды (подчиненных), за результат выполнения заданий.

ОК 8. Самостоятельно определять задачи профессионального и личностного развития, заниматься самообразованием, осознанно планировать и осуществлять повышение своей квалификации.

ОК 9. Ориентироваться в условиях частой смены технологий в профессиональной деятельности.

ОК 10. Бережно относиться к историческому наследию и культурным традициям народа, уважать социальные, культурные и религиозные различия.

ОК 11. Быть готовым брать на себя нравственные обязательства по отношению к природе, обществу, человеку.

ОК 12. Организовывать рабочее место с соблюдением требований охраны труда, производственной санитарии, инфекционной и противопожарной безопасности.

ОК 13. Вести здоровый образ жизни, заниматься физической культурой и спортом для укрепления здоровья, достижения жизненных и профессиональных целей.

Средний медицинский работник должен обладать **профессиональными компетенциями**, соответствующими основным видам профессиональной деятельности:

ПК 2.1. Представлять информацию в понятном для пациента виде, объяснять ему суть вмешательств.

ПК 2.2. Осуществлять лечебно - диагностические вмешательства, взаимодействуя с участниками лечебного процесса.

ПК 2.3. Сотрудничать с взаимодействующими организациями и службами.

ПК 2.4. Применять медикаментозные средства в соответствии с правилами их использования.

ПК 2.5. Соблюдать правила использования аппаратуры, оборудования и изделий медицинского назначения в ходе лечебно-диагностического процесса.

ПК 2.6. Вести утвержденную медицинскую документацию.

С целью овладения указанным видом профессиональной деятельности и соответствующими профессиональными компетенциями обучающийся в ходе освоения МДК 02.01 «Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях терапевтического профиля» должен:

иметь практический опыт:

- осуществления ухода за пациентами при различных заболеваниях и состояниях;

уметь:

- готовить пациента к лечебно-диагностическим вмешательствам;
- осуществлять сестринский уход за пациентом при различных заболеваниях и состояниях;
- консультировать пациента и его окружение по применению лекарственных средств;
- осуществлять реабилитационные мероприятия в пределах своих полномочий в условиях первичной медико-санитарной помощи и стационара;
- осуществлять фармакотерапию по назначению врача;
- проводить мероприятия по сохранению и улучшению качества жизни пациента;
- вести утвержденную медицинскую документацию.

знать:

- причины, клинические проявления, возможные осложнения, методы диагностики, проблемы пациента, организацию и оказание сестринской помощи;
- пути введения лекарственных препаратов;
- виды, формы и методы реабилитации;
- правила использования аппаратуры, оборудования, изделий медицинского назначения.

В соответствии с ФГОС, после изучения темы студент должен **знать:**

- виды неотложных состояний;
- клинические проявления неотложных состояний;
- неотложную помощь при данных состояниях;
- тактику м/с;
- принципы лечения и профилактики.

Студент должен **уметь:**

- провести субъективное и объективное обследование пациента;
- обосновать предварительный диагноз;
- оказать неотложную
- провести реанимационные мероприятия при остановке дыхания и кровообращения (закрытый массаж сердца, дыхание «рот в рот», искусственная вентиляция легких);
- ввести лекарственные вещества внутривенно струйно и капельно;
- правильно наложить венозные жгуты;
- осуществить оксигенотерапию

ДОВРАЧЕБНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОМ КРИЗЕ.

Гипертонический криз – это внезапное значительное повышение артериального давления по сравнению с исходным и резкое обострение симптоматики.

Причины: психоэмоциональное напряжение, прием алкоголя, избыточный прием жидкости, соли.

В последнее время гипертонические кризы принято делить на две группы:

- неосложненный гипертонический криз (I тип);
- осложненный гипертонический криз (II тип).

НЕОСЛОЖНЕННЫЙ ГИПЕРТОНИЧЕСКИЙ криз обычно развивается на ранних стадиях заболевания, развивается бурно, длится не более 2 – 3 часов и быстро купируется гипотензивными средствами. В его основе лежит повышенный выброс адреналина.

Клиника. Пульсирующая головная боль, головокружение, шум в ушах, мелькание «мушек» перед глазами, сердцебиение, одышка, чувство жара, озноб, тошнота, может быть однократная рвота. Больной возбужден, беспокоен, испытывает страх, отмечается дрожь во всем теле. Кожные покровы влажные, на лице, шее, груди красные пятна. Может быть носовое кровотечение. Пульс частый, высокого наполнения и напряжения. Повышенно артериальное давление, преимущественно систолическое. Тоны сердца громкие, акцент второго тона над аортой.

Доврачебная помощь при неосложненном гипертоническом кризе.

Действия	Обоснование
Вызвать врача.	Для оказания квалифицированной медицинской помощи
Успокоить больного, расстегнуть стесняющую одежду, обеспечить доступ свежего воздуха.	Для уменьшения нейровегетативной симптоматики.
Уложить с высоко поднятым изголовьем. При рвоте повернуть голову набок, подложить лоток.	Уменьшить внутричерепное давление, предупредить аспирацию рвотных масс.
Поставить горчичники на икроножные мышцы, воротниковую зону.	Расширить периферические сосуды, уменьшить АД.
Дать под язык нифедипин или капотен, коринфар, клофелин.	Для уменьшения АД.
Дать 1/4 аспирина, медленно разжевать.	Для предупреждения тромбоза.
Измерить АД, подсчитать пульс, ЧДД.	Контроль состояния
Дать увлажненный кислород	Для уменьшения гипоксии.

Подготовить к приходу врача:

- систему для в/в вливания, шприцы для в/в, в/м и п/к введения препаратов, жгут, ватные шарики, 70% спирт, аппарат ЭКГ;
- лекарственные препараты: дроперидол (амп.), аминалол (амп.), лазикс, лабеталол, раствор сульфата магния, церукал (амп.), клофелин (амп.), 0,5 % раствор дибазола.

ДОВРАЧЕБНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОСЛОЖНЕННОМ ГИПЕРТОНИЧЕСКОМ КРИЗЕ.

Осложненный гипертонический криз чаще развивается на поздних стадиях гипертонической болезни. В основе этого вида гипертонического криза лежит повышенный выброс норадреналина и значительное повышение общего периферического сопротивления кровотоку.

Для этого вида криза характерно значительное повышение АД и развитие сердечно – сосудистых осложнений.

Клиника. Симптомы криза нарастают постепенно. Пациент ощущает тяжесть в голове, сонливость, вялость, сильную головную боль, чаще в области затылка. Отмечается головокружение, тошнота, многократная рвота, кратковременное ухудшение зрения, слуха, спутанность сознания, затруднение речи, шум в ушах, пелена перед глазами.

Со стороны сердца: периодические сжимающие боли в области сердца, за грудиной; сердцебиение, одышка, приступы удушья.

Кожные покровы сухие, холодные на ощупь. Лицо синюшно – красное.

Пульс от 60 до 80 ударов в минуту, высокого наполнения и напряжения.

Артериальное давление повышено, больше диастолическое (до 140 – 160 мм.рт.ст.)

Длительность криза от нескольких часов до нескольких суток.

Доврачебная помощь при осложненном гипертоническом кризе.

Действия	Обоснование
Вызвать врача.	Для оказания квалифицированной медицинской помощи
Обеспечить физический и психологический покой, устранить все раздражающие факторы (яркий свет, громкий разговор, музыка). Освободить от стесняющей одежды, обеспечить доступ свежего воздуха.	Для уменьшения нейровегетативной симптоматики
Уложить пациента, приподняв головной конец кровати, при рвоте повернуть голову набок, приготовить лоток.	Уменьшить внутричерепное давление, предупредить аспирацию рвотных масс.
Поставить горчичники на икроножные мышцы. К голове положить (подвесить) пузырь со льдом или холодный компресс.	Расширить периферические сосуды, уменьшить АД.
Дать под язык нифедипин или капотен, коринфар, клофелин.	Для уменьшения АД.
Дать 1/4 аспирина, медленно разжевать.	Для предупреждения тромбоза.
Измерить АД, подсчитать пульс, ЧДД.	Контроль состояния
Дать увлажненный кислород	Для уменьшения гипоксии.

Подготовить к приходу врача:

- систему для в/в вливания, шприцы для в/в, в/м и п/к введения препаратов, жгут, ватные шарики, 700 спирт, аппарат ЭКГ;

- лекарственные препараты: 5% пентамин, 0,5% арфонад, нитропруссид натрия, лазикс, сульфат магния, эуфиллин (амп.), 1% раствор нитроглицерина, изотонический раствор хлорида натрия

ДОВРАЧЕБНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ СТЕНОКАРДИИ.

Стенокардия – это клиническое проявление транзиторной ишемии миокарда.

Ишемия возникает тогда, когда потребность миокарда в кислороде превышает возможность коронарных сосудов доставить крови столько сколько нужно.

Клиническая картина. Для стенокардии характерна приступообразная боль сжимающего, давящего, колющего характера, чаще за грудиной, реже – в области верхушки, слева от грудины.

Боль возникает во время выполнения физической нагрузки (бег, ходьба, подъем по лестнице), но может провоцироваться и другими факторами (стресс, испуг, выход на улицу в холодную ветреную погоду, при обильном приеме пищи).

Во время приступа стенокардии больные немногословны и локализацию боли указывают кулаком, прижатым к груди.

Боль иррадирует в левую руку, левое плечо, лопатку, шею, нижнюю челюсть, ухо, иногда в правую руку. Некоторые больные жалуются на чувство дискомфорта за грудиной, тяжесть, стеснение.

Продолжительность приступа боли 1 – 5 минут, реже до 10 – 15 минут (максимально – 20 минут).

Боль сопровождается чувством нехватки воздуха, тревогой, страхом. Больной замирает, боясь двигаться. Может быть: слабость, потливость, чувство дурноты, частые позывы к мочеиспусканию, а после приступа – обильный диурез.

При объективном осмотре: кожные покровы бледные, пульс может быть частым или редким. АД в норме или слегка повышено, тоны сердца при аускультации приглушены.

Доврачебная помощь при стенокардии.

Действия	Обоснование
Вызвать врача	Для оказания квалифицированной медицинской помощи
Успокоить, расстегнуть стесняющую одежду, обеспечить доступ свежего воздуха, придать удобное положение	Для снятия психоэмоционального напряжения
Измерить АД, подсчитать пульс, ЧДД.	Контроль состояния
Дать под язык 1 таблетку нитроглицерина (0,0005г). При отсутствии эффекта через 3 минуты можно повторить (под контролем АД). Для уменьшения побочных действий нитроглицерина, можно дать пациенту под язык ½ таблетки валидола.	Для снятия спазма коронарных артерий и расширения периферических вен.
Дать корвалол или валокордин (20 – 25 капель) или настойку валерианы (25 капель).	Снять эмоциональную нагрузку.
Дать внутрь аспирин 0,25, медленно разжевать.	Для предупреждения тромбоза.
Поставит горчичники на область сердца, горячие грелки к кистям.	Отвлекающая процедура.
Дать увлажняющий кислород через маску.	Уменьшить гипоксию

Подготовить к приходу врача:

- систему для в/в вливания, шприцы для в/в, в/м и п/к введения препаратов, жгут, ватные шарики, 70% спирт, ЭКГ;

- лекарственные препараты: 0,25% дроперидол, 0,005% фентанил, 50% анальгин, баралгин, но-шпа, атенолол (амп.), 0,9% раствор хлорида натрия 500мл, реланиум, нифедипин.

ДОВРАЧЕБНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА.

Инфаркт миокарда – это ишемический некроз сердечной мышцы, вызванный острой недостаточностью коронарного кровообращения.

Причиной ИМ является атеросклероз коронарных сосудов, осложнившийся тромбом, наличием атеросклеротической бляшки или длительный спазм коронарных сосудов, обусловленный психоэмоциональным напряжением, подъемом АД.

Клиника болевого варианта острейшего периода инфаркта миокарда:

сильная давящая, сжимающая, жгучая, режущая боль, чаще за грудиной, реже в области сердца, в некоторых случаях в эпигастральной области.

Боль имеет широкую зону иррадиации: левая рука, кисть, плечо, левая лопатка, межлопаточная область, нижняя челюсть, реже – правое плечо, правая рука. Боль длится от нескольких минут (всегда более 20 – 20 минут), иногда – несколько часов, суток. Боль носит волнообразный характер, не снимается нитроглицерином, а только наркотическими анальгетиками. Во время приступа больные испытывают чувство страха смерти, обреченности, тоски, они беспокойны, возбуждены. Мечутся от боли, кричат, стонут, часто меняют положение в постели. Пациенты ощущают слабость, потливость, сердцебиение, перебои в работе сердца.

При объективном осмотре: кожные покровы бледные влажные, цианоз губ. Пульс частый, может быть аритмичным, АД снижается сразу или через несколько часов. Тоны сердца приглушены или глухие.

Доврачебная помощь при инфаркте миокарда.

Действия	Обоснование
Вызвать врача (СМП) через третье лицо.	Для оказания квалифицированной медицинской помощи
Обеспечить абсолютный физический и психический покой.	Психоэмоциональная разгрузка.
Уложить на спину с высоким изголовьем, расстегнуть стесняющую одежду, обеспечить доступ воздуха.	Обеспечение комфортного состояния.
Втереть нитроглицерин в кожу в области сердца, поставить горчичники на область грудины.	Уменьшить гипоксию миокарда, коронарспазма, отвлекающая процедура.
Дать под язык 1 таблетку нитроглицерина (0,0005г). Можно повторить до 3-х таблеток с интервалом в 5 минут	Уменьшения спазма коронарных сосудов и гипоксии миокарда.
Измерить АД, подсчитать пульс, ЧДД.	Контроль состояния
Дать увлажняющий кислород.	Уменьшить гипоксию сердечной мышцы и мозга.
Дать разжевать аспирин.	Для профилактики тромбоза.
При сверх частых сокращениях сердца, 150уд./м и >, можно провести провокацию рвотного рефлекса (надавить пальцем на корень языка). Можно надавить на глазные яблоки.	Для снятия приступа сердцебиения применяем физические воздействия на парасимпатическую иннервацию.
Снять ЭКГ, подключить к кардиомонитору	Контроль состояния.

Подготовить к приходу врача:

- систему для в/в вливания, шприцы для в/в, в/м и п/к введения препаратов, жгут, ватные шарики, 70% спирт, аппарат ЭК, кардиомонитор, дефибриллятор, мешок Амбу, наркозный аппарат для проведения закисно – кислородной анальгезии;

- лекарственные препараты: 0,005% фентанил, 0,25% дроперидол, 2% морфин, 0,1% атропин, димедрол, 50% раствор анальгина, адреналин, преднизолон, мезатон, допамин, лидокаин, стрептокиназа, стрептаза, гепарин, поляризирующая смесь (5%), глюкоза, 4% раствор хлористого калия 100 мл, 8 – 10 ЕД инсулина.

ДОВРАЧЕБНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ КАРДИОГЕННОМ ШОКЕ.

Кардиогенный шок – это наиболее грозное осложнение инфаркта миокарда. Непосредственной причиной шока является боль. В основе кардиогенного шока лежит снижение сократительной способности миокарда левого желудочка вследствие некроза сердечной мышцы.

Клиника. Больной адинамичен, испытывает прогрессирующую слабость, на вопросы отвечает с трудом, сознание спутано. Состояние крайне тяжелое. Черты лица заострены. Кожные покровы бледные с пепельно – серым или цианотичным оттенком. Иногда может быть мраморный рисунок кожи. На лбу липкий холодный пот. Периферические вены спавшиеся. Пульс частый нитевидный. АД<80 мл.рт.ст., пульсовое<30 мл.рт.ст. Тоны сердца глухие. Дыхание редкое, шумное. Олигурия.

Доврачебная помощь при кардиогенном шоке.

действия	обоснование
Вызвать врача.	Для оказания квалифицированной медицинской помощи
Создать абсолютный физический и психический покой, уложить горизонтально, успокоить пациента, опустить головной конец, приподнять ножной конец кровати на 20%.	Увеличит приток крови к голове.
Укрыть одеялом, к ногам приложить грелки, дать выпить горячий чай.	Согреть больного.
Измерить АД, подсчитать пульс, ЧДД.	Контроль состояния
Проветрить помещение, дать доступ свежего воздуха, дать увлажняющий кислород.	Уменьшить гипоксию сердечной мышцы.
Снять ЭКГ, подключить к кардиомонитору.	Контроль состояния.
Подготовить все для постановки 3 катетров - для оксигенотерапии - мочевой - В/В или подключичный	- Для уменьшения гипоксии - Для подсчета диуреза часа - Для венозного доступа

Подготовить к приходу врача:

- систему для в/в вливания, шприцы для в/в, в/м и п/к введения препаратов, жгут, ватные шарики, 70% спирт, аппарат ЭКГ, кардиомонитор, дефибриллятор, мешок Амбу, пульсоксиметр, наркозный аппарат для проведения закисно – кислородной анальгезии;
- лекарственные препараты: фентонил, дроперидол, морфин, атропин, 50% раствор анальгина, димедрол, адреналин, преднизолон, дофамин, мезатон, лазикс, полиглюкин, реополиглюкин, изотонический раствор хлорида натрия, поляризирующая смесь (500мл 10% глюкозы, 50мл 4% раствора хлорида калия, 8 ЕД инсулина), реланиум, лидокаин (амп.).

ДОВРАЧЕБНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ СЕРДЕЧНОЙ АСТМЕ.

СЕРДЕЧНАЯ АСТМА является клиническим проявлением застоя крови в малом круге кровообращения, вследствие снижения сократительной способности левого желудочка.

Причины: острый инфаркт миокарда, гипертоническая болезнь, миокардиты, острый гломерулонефрит и т.д.

Основным клиническим проявлением сердечной астмы является инспираторная одышка (ЧДД 30 – 40 в 1 мин.), переходящая в удушье. Приступ чаще развивается ночью остро, а иногда могут быть предвестники (стеснение в груди, сердцебиение, отрывистый сухой кашель).

Приступ сопровождается чувством нехватки воздуха, страхом смерти.

Больной возбужден, ртом ловит воздух. Принимает вынужденное положение – ортопноэ с опущенными вниз ногами, держится руками за край постели, фиксируя плечевой пояс, чтобы вовлечь вспомогательные мышцы в дыхание.

Кожные покровы серовато – бледные при низком АД или гиперемированы при высоком АД, на ощупь влажные, акроцианоз.

При пальпации грудной клетки голосовое дрожание равномерно по всем легочным полям.

Перкуторно – ясный легочный звук. При аускультации – жесткое дыхание и сухие хрипы.

Пульс частый слабого наполнения и напряжения при низком АД или частый, напряженный при высоком АД.

Тоны сердца приглушены, акцент второго тона над легочной артерией.

ОТЕК ЛЕГКОГО также является клиническим проявлением застоя крови в малом круге кровообращения с накоплением жидкости в альвеолах, образованием пенистой мокроты, вследствие снижения сократительной способности левого желудочка.

Клинические проявления отека легкого: инспираторная одышка (ЧДД 40 – 60 в 1 мин.), переходящая в удушье, клокочущее дыхание, которое слышно на расстоянии. Изо рта и носа выделяется пенистая мокрота, нередко розового цвета.

Больные возбуждены, испытывают страх смерти. При пальпации грудной клетки – голосовое дрожание ослаблено.

Перкуторно над легкими – укорочение легочного звука.

При аускультации - дыхание ослаблено, масса влажных разнокалиберных хрипов. Пульс частый, АД может быть низким или высоким. Тоны сердца приглушены, акцент второго тона над легочной артерией. Если не оказать помощь, наступит летальный исход.

Доврачебная помощь при сердечной астме и отеке легкого.

Действия	Обоснование
Вызвать врача	Для оказания квалифицированной медицинской помощи
Успокоить, создать удобное положение, при невысоком АД – положение пациента полусидя, при высоком – сидя, опустив ноги вниз. Обеспечить опору для спины и ног.	Для психоэмоциональной разгрузки, нормализации АД, дыхания.
Обеспечить доступ свежего воздуха.	Для уменьшения гипоксии.
Освободить полость рта, глотки от пенистой мокроты путем отсасывания грушей с резиновым катетером или электроотсосом.	Для восстановления проходимости дыхательных путей, уменьшения гипоксии.
Дать увлажненный кислород с применением пеногасителей: 30 – 70% этиловый спирт для увлажнения или 10% раствор антифомсилана.	Для предотвращения пенообразования, уменьшения гипоксии.
Дать под язык таблетку нитроглицерина.	Для уменьшения спазма сосудов
При невысоком АД – наложить венозные жгуты на 3 конечности с последующей сменой через 15 – 20 минут по часовой	Уменьшить приток венозной крови к правым отделам сердца, создать депо крови.

стрелке, при высоком АД – кровопускание	
Измерить АД, подсчитать пульс ЧДД.	Контроль состояния.

Подготовить к приходу врача:

- систему для в/в вливания, шприцы для в/в, в/м и п/к введения препаратов, жгут, ватные шарики, 70% этиловый спирт, аппарат ЭКГ, электроотсос, дефибрилятор;
- лекарственные препараты: 1% морфин, 0,1% атропин, 0,25% дроперидол, 0,005% фентанил.

При высоком АД: 5% пентамин, нитропруссид натрия, лазикс, если ОЛЖН развилась на фоне инфаркта миокарда (низком АД): 1% нитроглицерин или его водный раствор 0,1% - 10 мл перлинганит, 5% глюкоза – 400 мл., допамин, преднизолон (амп.).

ДОВРАЧЕБНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОБМОРОКЕ.

Обморок – это кратковременная потеря сознания, обусловленная внезапным снижением кровоснабжения головного мозга.

В развитии обморока выделяют 3 периода: предобморочное состояние, обморок и послеобморочный период.

Предобморочное состояние длится от нескольких секунд до 1-2 минут. Характерны головокружение, звон в ушах, дурнота, потемнение в глазах, нарастающая слабость, онемение конечностей. Глаза вначале блуждают, затем закрываются и больной падает.

Пациент теряет сознание. Кожные покровы бледные, влажные, холодные на ощупь. Дыхание частое, поверхностное. Видимые вены спадаются. Пульс частый нитевидный, АД снижено, тоны сердца приглушены. Мышцы резко расслаблены. Зрачки узкие, реакция на свет сохранена. При глубоком обмороке могут быть непроизвольное мочеиспускание и судороги. Длится 6 – 30 секунд.

Послеобморочный период длится несколько секунд. Сознание постепенно восстанавливается, пациент открывает глаза, восстанавливается ориентация в месте, времени, не помнит, что было с ним. Нормализуется дыхательная и сердечно-сосудистая системы. Некоторое время может быть головная боль.

Доврачебная помощь при обмороке.

Действия	Обоснование
Вызвать врача.	Для оказания квалифицированной медицинской помощи
Придать горизонтальное положение с приподнятым ножным концом. Если нет возможности уложить, надо усадить на скамейку, пол, нагнув голову как можно ниже, чтобы плечи касались колен.	Увеличить приток крови к голове.
Расстегнуть стесняющую одежду, обеспечить доступ свежего воздуха.	Уменьшить гипоксию мозга.
Обрызгать лицо холодной водой, дать понюхать нашатырный спирт, энергично растереть руками виски, грудь, ноги, руки, живот.	Увеличить приток крови к голове.
Измерить АД, подсчитать пульс, ЧДД, снять ЭКГ.	Контроль состояния
Проветрить помещение, дать увлажняющий кислород.	Уменьшить гипоксию, улучшить работу сердца.
Согреть больного (к рукам и ногам приложить грелки). При восстановлении	Контроль состояния

сознания дать выпить крепкий горячий чай.	
---	--

Подготовить к приходу врача:

- систему для в/в вливания, шприцы для в/в, в/м и п/к введения препаратов, жгут, ватные шарики, 70% спирт, аппарат ЭКГ;
 - лекарственные препараты: 10% кофеин, кордиамин, 1% мезатон, физиологический раствор 500 мл, преднизолон.
- При брадикардии - 0,1% атропин, при тахикардии – 10% новокаин.

ДОВРАЧЕБНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ КОЛЛАПСЕ.

Коллапс – это патологическое состояние, для которого характерно падение тонуса сосудов и резкое уменьшение объема циркулирующей крови.

Клиническая картина. Развивается остро, внезапно. Сначала появляется выраженная слабость, головокружение, шум в ушах, «пелена» перед глазами, зябкость, похолодание конечностей, жажда.

Сознание сохраняется, но пациенты заторможены, безучастны к окружающему, отвечают на вопросы односложно, почти не реагируют на внешние раздражители.

Кожные покровы и видимые слизистые вначале бледные, затем синюшные с серым оттенком; обильный холодный липкий пот. Черты лица заостряются, взгляд тусклый, безучастный. Зрачки расширены. Вены спавшиеся. Дыхание частое, поверхностное. Пульс частый нитевидный, АД < 80мм.рт.ст. и даже может не определяться. Тоны сердца глухие. Температура тела снижена, олигурия.

Доврачебная помощь при коллапсе.

Действия	Обоснование
Вызвать врача	Для оказания квалифицированной медицинской помощи
Уложить горизонтально, без подушки, успокоить, опустить головной конец кровати, приподнять ножной.	Увеличить приток крови к голове.
Укрыть одеялом, к ногам приложить грелку, дать выпить горячий чай.	Согреть больного.
Проветрить помещение, дать доступ свежего воздуха, дать увлажненный кислород, ввести кордиамин, кордиален.	Уменьшить гипоксию, повысить тонус сосудов, улучшить работу сердца.
Измерить АД, подсчитать пульс, ЧДД.	Контроль состояния
Снять ЭКГ, подключить к кардиомонитору.	Контроль состояния

Подготовить к приходу врача:

- систему для в/в вливания, шприцы для в/в, в/м и п/к введения препаратов, жгут, ватные шарики, 70% спирт, аппарат ЭКГ, кардиомонитор, дефибрилятор, мешок Амбу;
- лекарственные препараты: кордиамин, камфору, судьфокамфокаин, преднизолон, адреналин, мезатон, допамин, физ. р - р, полиглюкин, реополиглюкин.

ДОВРАЧЕБНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ШОКЕ.

Шок – это реакция организма на сверхсильное воздействие экзогенных и эндогенных факторов, сопровождающееся снижением ОЦК, нарушением

микроциркуляции, гипоксией, приводящая к тяжелым изменениям в жизненно важных органах.

Клиника: В течении шока выделяют две стадии: эректильную (возбуждение) и торпидную (угнетение).

В эректильную фазу может возникнуть возбуждение, неадекватная поведенческая реакция. Сознание сохранено. Отсутствует критическое отношение к своему состоянию. Кожные покровы могут быть гиперемированы, покрыты красными пятнами, горячие на ощупь. Иногда может быть экспираторная одышка. Пульс частый, АД повышено.

В торпидной фазе: сознание сохранено, но затуманено больной не кричит, не принимает ни в чем участия (безразличен). Температура тела снижена. Кожные покровы бледные или землисто – серого цвета, покрыты липким холодным потом, конечности холодные. Резко снижена болевая чувствительность. Поверхностные вены спадаются, ногтевые ложе бледные или цианотичные. Черты лица заостряются, взгляд неподвижен, зрачки расширены, слабо реагируют на свет, либо вообще не реагируют. Дыхание частое, поверхностное. Пульс частый нитевидный. АД снижено.

Критерии шока - САД<80мл.рт.ст.пульсовое АД<30мл.рт.ст. олигурия. Тоны сердца глухие.

Со стороны органов дыхания может быть экспираторная одышка.

Со стороны ЖКТ – тошнота, рвота, боли в животе, желудочно – кишечные кровотечения.

Доврачебная помощь при шоке.

Действия	Обоснование
Вызвать врача	Для оказания квалифицированной медицинской помощи
Создать абсолютный физический и психический покой: уложить горизонтально, опустить головной конец кровати, приподнять ножной.	Увеличить приток крови к голове.
Укрыть одеялом, к ногам приложить грелки, дать выпить горячий чай.	Согреть больного.
Измерить АД, подсчитать пульс, ЧДД.	Контроль состояния
Проветрить помещение, дать доступ свежего воздуха, дать увлажненный кислород.	Уменьшить гипоксию сердечной мышцы.
Снять ЭКГ, подключить к кардиомонитору.	Контроль состояния

Подготовить аппаратуру, инструментарий, медикаменты для оказания помощи, которая должна быть направлена на:

- причину;
- восполнения объема циркулирующей крови;
- сосудистые препараты.

ДОВРАЧЕБНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПРИСТУПЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ.

Бронхиальная астма – это хроническое воспалительное заболевание дыхательных путей, характеризующееся повышенной чувствительностью бронхов к различным раздражителям. Проявляется удушьем, кашлем или астматическим статусом, обусловленным спазмом гладких мышц бронхов, гиперсекрецией слизи и отеком слизистой оболочки бронхов.

Клиническая картина.

Основным клиническим проявлением Б.А. является приступ экспираторного удушья. В развитии приступа выделяют 3 периода:

I период – период предвестников, начинается за несколько минут, часов, иногда дней и проявляется следующими симптомами: заложенностью носа, чиханием, слезотечением, зудом кожи, глаз, першением в горле, приступообразным кашлем.

II период – период удушья: характерна экспираторная одышка. Вдох короткий, выдох затруднен и удлинен, в 2 – 4 раза длиннее вдоха, сопровождается громкими свистящими хрипами, слышными на расстоянии. Пациент испуган, возбужден, принимает вынужденное положение ортопноэ: сидит, наклонившись вперед, опираясь руками о край кровати, плечи при этом приподняты и сведены (висит на руках). Кожные покровы бледно – цианотичные, лицо испугано, покрыто холодным потом, крылья носа раздуваются при вдохе. Вены шеи набухшие.

При осмотре грудная клетка расширена (эмфизематозная), находится в положении максимального вдоха. Голосовое дрожание ослаблено.

Перкуторно - над легкими коробочный звук. При аускультации – дыхание ослаблено или жесткое и масса сухих свистящих хрипов.

Приступ длится несколько минут, часов или дней.

III период – приступ завершается как правило отхождением мокроты и постепенным облегчением дыхания.

Доврачебная помощь при приступе бронхиальной астмы.

Действия	Обоснование
Вызвать врача	Для оказания квалифицированной медицинской помощи
Успокоить, расстегнуть стесняющую одежду, обеспечить доступ свежего воздуха	Психоэмоциональная разгрузка уменьшает гипоксию
Дать ингалятор с беротеком (сальбутамолом), 1 – 2 вдоха дозированного аэрозоля	Для снятия спазма бронхов.
Оксигенотерапия 40% увлажненным кислородом через носовые катетеры	Уменьшить гипоксию
Дать горячее щелочное питье, сделать горячие ножные и ручные ванны.	Уменьшить бронхоспазм и улучшить отхождение мокроты.
Контроль пульса ЧДД, АД.	Контроль состояния.

Подготовить к приходу врача:

- систему для в/в вливания, шприцы для в/в, в/м и п/к введения препаратов, жгут, мешок Амбу (для возможной ИВЛ);
- лекарственные препараты: преднизолон в таблетках, 2,4% раствор эуфиллина, раствор преднизолона, 0,9% раствор хлорида натрия, 4% раствор гидрокарбоната натрия.

ДОВРАЧЕБНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ЛЕГОЧНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ.

Легочное кровотечение – это истечение крови из бронхиальных или легочных сосудов.

В зависимости от выделенной крови различают: малое кровотечение (до 100мл крови), среднее (до 500мл) и большое (>500мл).

Легочное кровотечение чаще всего наблюдается у мужчин. Основные **причины**: туберкулез легких, рак легких, бронхоэктатическая болезнь. Оно начинается с кровохарканья, но может возникнуть внезапно.

Основные симптомы легочного кровотечения:

При кашле выделяется алая (из бронхиальных сосудов) или темная (из легочных сосудов) кровь. Она обычно не свертывается и имеет щелочную реакцию. Также характерны: общая слабость, головокружение, шум в ушах, одышка, чувство страха.

При осмотре: состояние тяжелое, сознание сохранено, кожные покровы бледные, холодные на ощупь, на лбу липкий холодный пот. Дыхание частое, поверхностное. Пульс частый, слабого наполнения и напряжения, артериальное давление снижено, тоны сердца приглушены.

Доврачебная помощь при легочном кровотечении.

Действия	Обоснование
Вызвать врача	Для оказания квалифицированной медицинской помощи
Успокоить, усадить с наклоном вперед и в сторону легкого, из которого предполагается кровотечение с упором для ног. Дать полотенце.	Для психоэмоциональной разгрузки, профилактики аспирации крови и мокроты, остановки кровотечения.
Освободить от стесняющей одежды, дать доступ свежего воздуха.	Для уменьшения гипоксии.
Объяснить, что нельзя разговаривать. Не кормить	Профилактика аспирации, асфиксии.
Положить на грудь пузырь со льдом, дать внутрь кусочки льда.	С целью сужения сосудов и уменьшения кровотечения.
Наложить венозные жгуты на нижние конечности выше середины бедра на 40см.	Уменьшить приток крови в легкие, создать депо крови.
Измерить АД, подсчитать пульс, ЧДД	Контроль состояния.
Контроль количества выделяемой крови.	Контроль состояния.

Подготовить к приходу врача:

- систему для в/в вливания, шприцы для в/в, в/м и п/к введения препаратов, жгут, ватные шарики, 70% спирт, аппарат ЭКГ, бронхоскоп, приготовить все необходимое для определения резус – фактора и группы крови;
- лекарственные препараты: кодеин, кодтерпин, 5% раствор аминокaproновой кислоты, 12,5% раствор дицинона, 10% раствор хлорида и глюконата кальция, 5% раствор пентамина, 0,05% раствор арфонада, изотонический раствор хлорида натрия, 10% раствор желатинoля.

ДОВРАЧЕБНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ЖЕЛУДОЧНО – КИШЕЧНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ.

Основными причинами желудочно – кишечного кровотечения являются: язвенная болезнь, рак желудка, эрозивный геморрагический гастрит, дуоденит.

Кровотечения могут быть малыми (не большими) и большими, обильными.

Массивные кровотечения протекают тяжело и иногда представляют опасность для жизни.

Основные клинические проявления:

желудочного кровотечения -рвота «кофейной гущей»,

кишечного – «дегтеобразный стул» или кал «мелена»; сильная слабость, головокружение, шум в ушах, иногда эйфория, мелькание «мушек» перед глазами.

При осмотре – состояние больного тяжелое или крайне тяжелое. Кожные покровы бледные, влажные, холодные на ощупь. На лбу липкий холодный пот. Пульс частый нитевидный, АД резко снижено. Тоны сердца ритмичные глухие.

Доврачебная помощь при желудочно-кишечном кровотечении.

Действия	Обоснование
Вызвать врача.	Для оказания экстренной медицинской помощи.
Успокоить, уложить на спину или на бок, голову повернуть на бок, подложить под рот лоток или салфетку.	Психоэмоциональная разгрузка, для профилактики аспирации рвотных масс.
Положить на эпигастральную область холод.	С целью сужения сосудов, уменьшения кровотечения.
Запретить пить, принимать пищу, разговаривать	Уменьшить кровотечение.
Измерить АД, подсчитать пульс, ЧДД.	Контроль состояния

Подготовить к приходу врача:

- систему для в/в вливания, шприцы для в/в, в/м и п/к введения препаратов, жгут, ватные шарики, 70% этиловый спирт, все необходимое для определения группы крови и резус – фактора, гастроскоп;

- лекарственные препараты: 5% раствор аминокaproновой кислоты, 12,5% раствор дицинона (амп.), 10% раствор хлорида и глюконата кальция, 10% раствор желатинoля, циметидин 10% - 2мл, полиглюкин, реополиглюкин, одnogрупповую и совместимую по резус – фактору кровь.

САХАРНЫЙ ДИАБЕТ. ОСТРЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ. ДОВРАЧЕБНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ КОМЕ.

Диабетическая (кетоацидотическая) кома развивается постепенно в течение нескольких дней.

Причины: лечение сахарного диабета неадекватно малыми дозами инсулина; голодание; острые инфекции; интоксикация; психическая травма.

Предвестники: нарастает слабость, головная боль; усиливается сухость во рту, жажда; появляется тошнота, рвота, сонливость, вялость, апатия, спутанное сознание, запах ацетона изо рта.

В коме: полная потеря сознания; температура тела низкая; кожные покровы бледные, сухие; глаза запавшие; зрачки узкие; черты лица заострены; понижен тонус мышц; гипотония глазных яблок - при надавливании остается ямка.

Дыхание глубокое, шумное (Куссмауля), изо рта резкий запах ацетона.

Пульс частый, слабого наполнения и напряжения, АД снижено, тоны сердца глухие. Язык сухой, покрыт коричневым налетом, живот вздут.

В крови гипергликемия до 15-30-50 ммоль/л. В моче глюкозурия до 3-10%, кетонурия.

Доврачебная помощь при диабетической коме.

Действия	Обоснование
Зафиксировать время	Для контроля состояния

Вызвать врача и лаборанта через третье лицо.	Для подтверждения диагноза и оказания квалифицированной медицинской помощи.
Уложить на бок, придать устойчивое положение, подложить под рот лоток или салфетку, вынуть съемные протезы.	Для профилактики западания языка, асфиксии, аспирации.
Измерить АД, подсчитать пульс, ЧДД.	Контроль состояния.
Определить уровень сахара в крови из пальца портативным глюкометром.	Контроль уровня сахара в крови.

Подготовить к приходу врача:

- систему для внутривенного вливания, шприцы для в/в, в/м, п/к введения препаратов, жгут, ватные шарики, 70% этиловый спирт;
- раствор Рингера, 0,9% раствор хлорида натрия 500мл, 4% раствор бикарбоната натрия, 4% раствор хлорида калия, простой инсулин, аскорбиновую кислоту 5% в ампулах, кокарбоксилазу (ампулы), преднизолон (ампулы),
- 1000 мл теплого 2% раствора гидрокарбоната натрия для клизмы

САХАРНЫЙ ДИАБЕТ. ОСТРЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ. ДОВРАЧЕБНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКОМ СОСТОЯНИИ.

Гипогликемическое состояние.

Причины: передозировка инсулина, поздний или пропущенный прием пищи, большая физическая нагрузка, снижение глюкозы в крови >3 ммоль/л.

Симптомы: чувство тревоги, дрожь в теле, сердцебиение, потливость, сильное чувство голода, спазмы в желудке, головная боль, двоение в глазах.

Доврачебная помощь при гипогликемическом состоянии.

Действия	Обоснование
Зафиксировать время	Для контроля состояния
Успокоить, создать удобное положение	Психоэмоциональная разгрузка
Вызвать врача, лаборанта.	Для подтверждения диагноза и оказания квалифицированной медицинской помощи.
Дать съесть не менее 5 кусков сахара или конфет, выпить сладкий чай, съесть булку, хлеб, печенье.	Для повышения уровня сахара в крови.

К приходу врача подготовить:

- систему для внутривенного вливания, шприцы для в/в, в/м, п/к введения препаратов, жгут, ватные шарики;
- 40% раствор глюкозы, 0,9% раствор хлорида натрия 500 мл, адреналин, преднизолон (ампулы), глюкагон, лазикс, кислород.

САХАРНЫЙ ДИАБЕТ. ОСТРЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ. ДОВРАЧЕБНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКОЙ КОМЕ.

Гипогликемическая кома: отмечается внезапная потеря сознания; кожные покровы бледные, влажные; высокий тонус мышц; высокие сухожильные рефлексы; могут быть судороги; зрачки расширены. Дыхание поверхностное, без запаха ацетона. Пульс частый, слабый. Артериальное давление в норме или слегка снижено.

Доврачебная помощь при гипогликемической коме.

Действия	Обоснование
Зафиксировать время	Для контроля состояния

Вызвать врача и лаборанта через третье лицо.	Для подтверждения диагноза и оказания квалифицированной медицинской помощи
Придать устойчивое положение на боку.	Профилактика аспирации рвотными массами, западения языка.
Произвести ревизию полости рта, вынуть съемные зубные протезы.	Для извлечения остатков пищи, предупреждение асфиксии.
Обеспечить доступ свежего воздуха, дать увлажненный кислород.	Для улучшения оксигенации крови.
Провести массаж в области печени и крупных мышц.	Для уменьшения гипогликемии
Измерить АД, подсчитать пульс, ЧДД.	Контроль состояния.

К приходу врача подготовить:

- систему для внутривенного вливания, шприцы для в/в, в/м, п/к введения препаратов, жгут, ватные шарики;
- 40% раствор глюкозы, 0,9% раствор хлорида натрия 500 мл, адреналин, преднизолон (ампулы), глюкагон, лазикс, кислород.

ДОВРАЧЕБНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ.

Анафилактический шок – патологическое состояние, в основе которого лежит аллергическая реакция немедленного типа, развивающаяся в сенсibilизированном организме после повторного внедрения в него аллергена и характеризующаяся острой сосудистой недостаточностью.

Причины: лекарственные препараты, вакцины, сыворотки, укусы насекомых (пчел, шершней и т.д.).

Чаще всего характеризуется внезапным, бурным началом в течение от 2 секунд до часа, после контакта с аллергеном. Чем быстрее развивается шок, тем хуже прогноз.

Основные клинические симптомы: внезапно появляется беспокойство, чувство страха смерти, депрессия, пульсирующая головная боль, головокружение, шум в ушах, чувство сдавления в груди, снижение зрения, «пелена» перед глазами, потеря слуха, боли в сердце, тошнота, рвота, боли в животе, позывы на мочеиспускание и дефекацию.

При осмотре: сознание может быть спутанным или отсутствовать. Кожные покровы бледные с цианотичным оттенком (иногда гиперемия). Изо рта пена, могут быть судороги. На коже может быть крапивница, отек век, губ, лица. Зрачки расширены, над легкими коробочный звук, дыхание жесткое, сухие хрипы. Пульс частый, нитевидный, АД снижено, тоны сердца глухие.

Доврачебная помощь при анафилактическом шоке:

Действия	Обоснование
Вызвать врача.	Для оказания квалифицированной медицинской помощи.
При введении препарата в вену:	
1. Прекратить введение лекарственного средства, сохранить венозный доступ.	Для уменьшения контакта с аллергеном.
2. Уложить на бок, придать устойчивое положение, подложить под рот лоток или салфетку, вынуть съемные зубные протезы, фиксировать язык, выдвинуть вперед	Для предупреждения асфиксии.

нижнюю челюсть.	
3.Приподнять ножной конец кровати.	Улучшить кровоснабжение мозга.
4.Дать 100% увлажненный кислород.	Для снижения гипоксии.
5. Измерить АД, подсчитать пульс, ЧДД.	Контроль состояния.
При введении препарата в мышцу:	
1.Прекратить введение препарата, если возможно, наложить жгут выше места инъекции.	Предупредить всасывание препарата
2.Место инъекции обколоть 0,1% адреналином 0,5 мл в 2 – 3 укола. Положить пузырь со льдом на место инъекции.	Для замедления всасывания препарата
3.Обеспечить венозный доступ.	Для эффективного лечения.
Повторить 2, 3, 4, 5-й этапы стандарта при введении препарата в вену.	

Подготовить к приходу врача:

- систему для в/в вливания, шприцы для в/в, в/м и п/к введения препаратов, жгут, ватные шарики, 70% этиловый спирт, аппарат ИВЛ, пульсоксиметр, трахеотомический набор или набор для интубации трахеи, мешок Амбу;
- набор препаратов «Анафилактический шок»: адреналин 0,1: - 1мл, норадреналин 0,2% - 1мл., супрастин 2% - 1 мл., димедрол 1% - 1мл., пипольфен 2,5% - 2 мл., эуфиллин 2,4% - 10 мл., мезатон 1% - 1мл., строфантин 0,05% - 1 мл., глюкоза 40% - 20 мл., изотонический раствор хлорида натрия, тиосульфат натрия 30% - 10 мл., пенициллиназа по 1 000 000 ЕД во флаконе, лазикс 40 мг в амп., беротек (сальбутамол) в дозированном аэрозоле.

ДОВРАЧЕБНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПРИСТУПЕ ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКИ.

Мочекаменная болезнь – это хроническое заболевание, характеризующееся образованием в почечных лоханках камней (конкрементов) разного химического состава: в результате нарушения обмена веществ и местных воспалительных изменений со стороны мочевыводящих путей, из веществ, входящих в состав мочи.

В большинстве случаев первым проявлением болезни служит приступ почечной колики, который обычно возникает вследствие прохождения камня по мочеточнику. Приступ начинается внезапно, часто после тряской езды, длительной ходьбы, поднятия тяжестей или без определенных причин.

Основные клинические симптомы: очень сильные колющие боли в поясничной области, боковых отделах живота, с иррадиацией в паховую область, наружные половые органы. Временами интенсивность болей несколько уменьшается, но затем вновь увеличивается и достигает ещё большей силы. Больной беспокоен, мечется, стонет. Приступ сопровождается учащенным болезненным мочеиспусканием и различными рефлекторными симптомами (тошнотой, рвотой, вздутием живота, олигурией и анурией). Приступ длится от нескольких часов до суток.

Приступ прекращается по прохождении камня в мочевой пузырь. Иногда камень проходит по мочеиспускательному каналу и выделяется наружу.

Частота приступов различна: от нескольких в течение месяца до одного на протяжении нескольких лет.

При осмотре: кожные покровы бледные, влажные. Язык суховат, обложен белым налетом. Пульс частый удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 120/70мм.рт.ст., тоны сердца громкие, при пальпации живот мягкий, болезненный в поясничной области и по ходу мочеточника. Симптом Пастернацкого резко положительный с той стороны, где идет камень.

Доврачебная помощь при приступе почечной колики

Действия	Обоснование
Вызвать врача.	Для диагностики и оказания квалифицированной медицинской помощи.
Успокоить, создать удобное положение в постели, обеспечить доступ свежего воздуха.	Психоэмоциональная разгрузка.
Дать цистенол (внутрь, 20 капель на сахар) или ависан (внутрь 1 – 2 табл.)	Для уменьшения боли в поясничной области
По назначению врача положить тепло (грелку) на поясничную область или сделать горячую лечебную ванну.	С целью снятия спазма гладкой мускулатуры мочеочника.
Обеспечить полный голод, физический и психический покой.	Для эффективного лечения.
Запретить пить, принимать пищу.	Предупредить приток крови в органы брюшной полости.
При задержке мочи провести катетеризацию мочевого пузыря мягким резиновым катетером.	Для выделения мочи.
Измерить АД, подсчитать пульс, ЧДД.	Контроль состояния.

Подготовить к приходу врача:

- систему для в/в вливания, шприцы для в/в, в/м и п/к введения препаратов, жгут, ватные шарики, 70% этиловый спирт, все необходимое для определения группы крови и резус – фактора;
- лекарственные препараты: 0,1% атропин, 2% раствор папаверина, 2% раствор но-шпы, 2% раствор баралгина, раствор полиглюкина, реополиглюкина, физиологический раствор во флаконах, омнопон, промедол, 50% раствор анальгина, димедрол (амп.), новокаин и все для новокаиновой блокады.

ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОПОДГОТОВКИ

Решите задачи:

Задача №1

Медсестру, вызвали в палату к пациенту, страдающему мочекаменной болезнью. Пациент 42 года вечером за ужином съел селедку и много пил воды. Ночью у него появились резкие боли в поясничной области с иррадиацией в паховую область, частое болезненное мочеиспускание. Объективно: поведение беспокойное, мечется, стонет. Кожные покровы обычной окраски, влажные, ЧДД 22 в минуту, пульс 100 в минуту, живот вздут, мягкий, умеренно болезненный при пальпации, симптом Пастернацкого резко положительный справа.

Задания:

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.
2. Составьте алгоритм неотложной помощи и обоснуйте каждый этап.

Задача №2

В терапевтическое отделение областной больницы поступила пациентка 50 лет с жалобами на сильную головную боль в затылочной области, рвоту, мелькание мушек перед глазами. Ухудшение состояния связывает со стрессовой ситуацией. Объективно: состояние тяжелое, возбуждена, кожные покровы лица гиперемированы, пульс 100 уд.в мин., ритмичный, напряжен, АД 220/110 мм рт. ст.

Задания:

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.
2. Составьте алгоритм неотложной помощи и обоснуйте каждый этап.

Задача №3

В терапевтическом отделении пациент, страдающий гипертонической болезнью, пожаловался медсестре на то, что у него появилась одышка, чувство «нехватки воздуха», кашель с выделением розовой пенистой мокроты.

При осмотре: состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, цианотичные. Дыхание шумное, клочущее, изо рта выделяется розовая пенистая мокрота, ЧДД 35 в мин, тоны сердца глухие, пульс 120 в мин., АД 210/110 мм.рт.ст.

Задания:

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.
2. Составьте алгоритм неотложной помощи и обоснуйте каждый этап.

Задача №4

Во время после внутримышечного введения пенициллина, пациент пожаловался на беспокойство, чувство стеснения в груди, слабость, головокружение, тошноту. АД (60/20 мм рт. ст., пульс 120 уд/мин, слабого наполнения и напряжения.

Задания:

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.
2. Составьте алгоритм неотложной помощи и обоснуйте каждый этап.

Задача №5

Медицинскую сестру срочно пригласила в палату: пациент 50 лет внезапно потерял сознание и сестра выяснила, что мужчина страдает сахарным диабетом и недавно ввел себе инсулин.

Объективно: кожные покровы влажные, тургор кожи не изменен, пульс 60 в минуту, слабого наполнения и напряжения. Дыхание поверхностное, ЧДД 22 в 1 минуту, зрачки расширены. Слюнотечение.

Задания:

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.
2. Составьте алгоритм неотложной помощи и обоснуйте каждый этап.

Задача №6

Во время взятия крови на биохимический анализ больной 18 лет внезапно потерял сознание.

Объективно : кожные покровы бледные, обычной влажности, пульс 100 уд/мин, ритмичный, малого наполнения, АД 90/60 мм.рт.ст..

Задания:

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.
2. Составьте алгоритм неотложной помощи и обоснуйте каждый этап.

Задача №7

В медпункт обратился мужчина 62 года, у которого после нервного перенапряжения час назад возник приступ жгучей боли за грудиной, которая не купируется нитроглицерином.

Объективно: сознание средней тяжести, кожные покровы бледные, тоны сердца приглушены, пульс 60 уд/мин, АД 160/100 мм.рт.ст., ЧДД 22 в мин.

Задания:

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.
2. Составьте алгоритм неотложной помощи и обоснуйте каждый этап.

Задача №8

В приемное отделение доставлена пациентка 32 года в бессознательном состоянии. При объективном обследовании: состояние тяжелое, сознание отсутствует, дыхание шумное, редкое, глубокое. Мышечный тонус и тонус глазных яблок снижены, сухость кожных покровов, слизистых оболочек и языка. Запах ацетона в выдыхаемом воздухе. Пульс 90 уд/мин, АД 90/60 мм.рт.ст. У пациентки обнаружена карточка больного сахарным диабетом.

Задания:

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.
2. Составьте алгоритм неотложной помощи и обоснуйте каждый этап.

Задача №9

В терапевтическом отделении больной 42 года предъявляет жалобы на внезапно развивающийся приступ удушья. Больной сидит, опираясь руками о края кровати, грудная клетка в состоянии максимального вдоха, лицо цианотичное, выражает испуг, ЧДД-38 в мин. Одышка экспираторного характера, на расстоянии слышны сухие свистящие хрипы.

Задания:

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.
2. Составьте алгоритм неотложной помощи и обоснуйте каждый этап.

Задача №10

В гастроэнтерологическом отделении у больного с язвенной болезнью желудка внезапно возникли резкая боль, слабость, головокружение, рвота «кофейной гущей».

Объективно. Кожные покровы бледные, влажные, пульс 120 уд/мин малого наполнения и напряжения, АД 90/60 мм.рт.ст., живот при пальпации мягкий, болезненный.

Задания:

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.

2. Составьте алгоритм неотложной помощи и обоснуйте каждый этап.

Задача №11

После инъекции инсулина пациент с сахарным диабетом пожаловался на резкую слабость, чувство голода, потливость, дрожь.

Задания:

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.
2. Составьте алгоритм неотложной помощи и обоснуйте каждый этап.

Задача №12

Медсестру ночью вызвали в палату к больному, у которого при каждом кашлевом толчке выделяется алая пеннистая кровь.

Задания:

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.
2. Составьте алгоритм неотложной помощи и обоснуйте каждый этап.

Эталоны ответов:

задача №1: В результате несоблюдения диеты у больного развился приступ почечной колики

задача №2: Гипертонический криз.

задача №3: У пациента на фоне гипертонического криза (АД 210\110) развилась острая левожелудочковая недостаточность (отек легких), о чем свидетельствуют одышка, шумное KloKочущее дыхание, кашель с розовой пенистой мокротой.

задача №4: У пациента в ответ на введение пенициллина развился анафилактический шок, о чем свидетельствует появившееся беспокойство, чувство стеснения в груди, тошнота, снижение АД, тахикардия.

задача №5: После введения инсулина (возможно передозировка) развилась потеря сознания, связанная с резким снижением сахара в крови - гипогликемическая кома.

задача №6: Обморок. Обоснование: внезапная потеря сознания во время взятия анализа крови у молодого человека (испуг); отсутствие значительных изменений гемодинамики (пульс и АД)

задача №7: У пациента после нервного перенапряжения в течение часа держатся жгучие боли за грудиной, которые не снимаются нитроглицерином. Данное состояние можно объяснить развившимся инфарктом миокарда.

задача №8: У пациентки страдающей сахарным диабетом развилась гипергликемическая кома, о чем свидетельствуют объективные данные: отсутствие сознания, дыхание по типу КуССмауля, явления дегидратации (снижение мышечного тонуса и тонуса глазных яблок), характерный запах ацетона в выдыхаемом воздухе, снижение АД.

задача №9: У пациента приступ бронхиальной астмы на основании удушья, характерного вынужденного положения, экспираторной одышки, ЧДД – 38 в мин, сухих свистящих хрипов, слышных на расстоянии.

задача №10: У больного с язвенной болезнью желудка развилось желудочное кровотечение, которое на основании субъективных данных: слабости, головокружения и объективных данных – бледности и влажности кожных покровов, снижение АД (90/60), рвоты «кофейной гущи»

задача №11: У пациента развилось гипогликемическое состояние после введения инсулина, возможно в результате передозировки инсулина или если больной не поел после инъекции.

задача №12: У пациента возникло легочное кровотечение – о чем свидетельствует выделение алой пенистой крови при кашле.