



Тактика медицинской сестры при возникновении неотложных состояний



ИЗ ФЕДЕРАЛЬНОГО ЗАКОНА Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации (с изменениями на 3 августа 2018 года)

Медицинская помощь оказывается медицинскими организациями и классифицируется по видам, условиям и форме оказания такой помощи.

- **Виды медицинской помощи**

1. Первичная медико-санитарная помощь
2. Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь
3. Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь
4. Паллиативная медицинская помощь.

Условия оказания Медицинской помощи

- 1. Вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации).
- 2. Амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения), в том числе на дому при вызове медицинского работника.
- 3. В дневном стационаре (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, но не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения).
- 4. Стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение).

Формы оказания медицинской помощи

- 1. Экстренная - медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента.
- 2. Неотложная - медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента.
- 3. Плановая - медицинская помощь, которая оказывается при проведении профилактических мероприятий, при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента, не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи, и отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни и здоровью.

Уровни оказания медицинской помощи

- **Базовый уровень. Первая (неквалифицированная) медицинская помощь** - комплекс простых медицинских мероприятий, которые оказываются на месте возникновения происшествия в порядке само-взаимопомощи или медицинским работником, когда нет специальных средств и медикаментов для оказания соответствующей помощи.
- Цель – спасение жизни потерпевшего, остановка кровотечения, иммобилизация простыми методами, используя подручные средства, устранение опасного фактора, который продолжает действовать, оповещение о данном случае соответствующим службам.
- **Первый уровень. Первичная доврачебная медико-санитарная помощь** оказывается фельдшерами, акушерами и другими медицинскими работниками со средним медицинским образованием.
- **Второй уровень. Первичная врачебная медико-санитарная помощь** оказывается врачами-терапевтами, врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами, врачами-педиатрами участковыми и врачами общей практики (семейными врачами).

Уровни оказания медицинской помощи (продолжение)

- **Третий уровень.** *Первичная специализированная медико-санитарная помощь* оказывается врачами-специалистами, включая врачей-специалистов медицинских организаций, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь. Помощь оказывается в амбулаторных условиях, стационарах и в условиях дневного стационара.
- Специализированная медицинская помощь оказывается врачами-специалистами и включает в себя профилактику, диагностику и лечение заболеваний и состояний (в том числе в период беременности, родов и послеродовой период), требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий, а также **медицинскую реабилитацию**.
- **Четвертый уровень.** *Высокотехнологичная медицинская помощь*, являющаяся частью специализированной медицинской помощи, включает в себя применение новых сложных и (или) уникальных методов лечения, а также ресурсоемких методов лечения с научно доказанной эффективностью, в том числе клеточных технологий, роботизированной техники, информационных

1. Порядок оказания скорой (неотложной) медицинской помощи

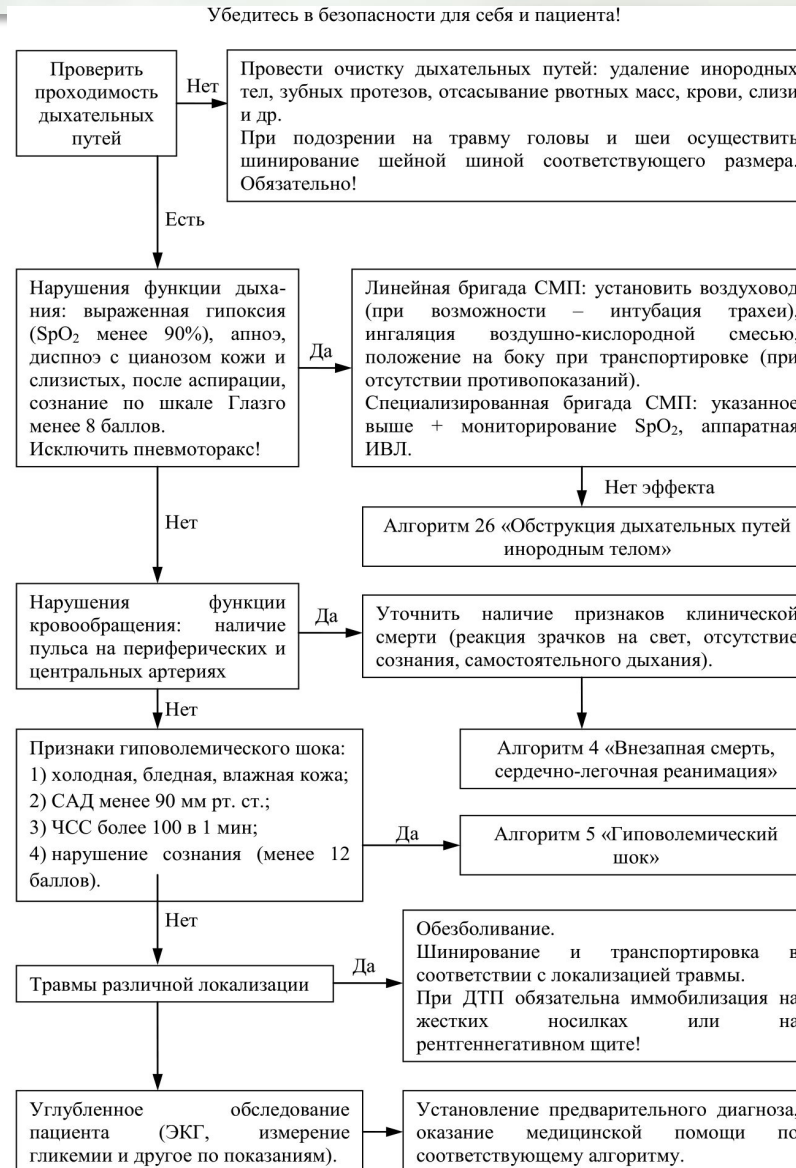


1. Порядок оказания скорой (неотложной) медицинской помощи

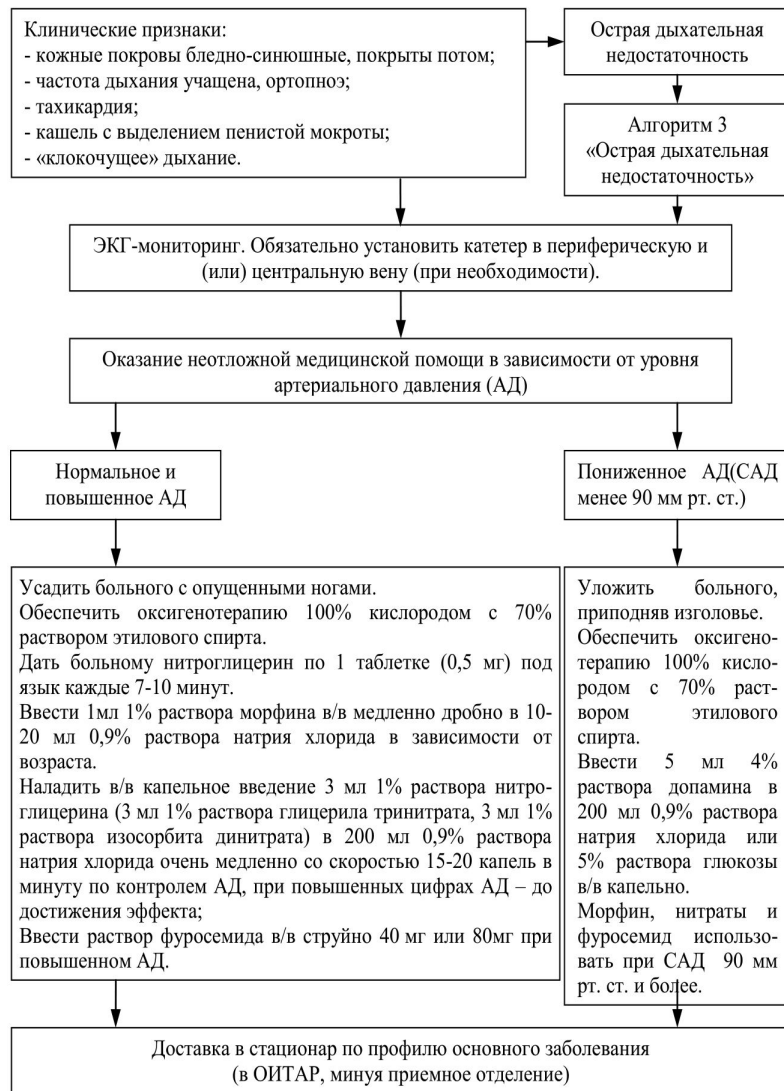
Примечание

- Соблюдать следующие принципы.
- Сохранять спокойное, внимательное отношение ко всем пациентам без исключения.
- Соблюдать установленную форму одежды, иметь опрятный внешний вид.
- Использовать при оказании медицинской помощи принципы рациональной психотерапии для успокоения больного.

2. Первичный осмотр пациента (ABCD)



3. Отек легких (сердечная астма)



Диагностика отека легких:

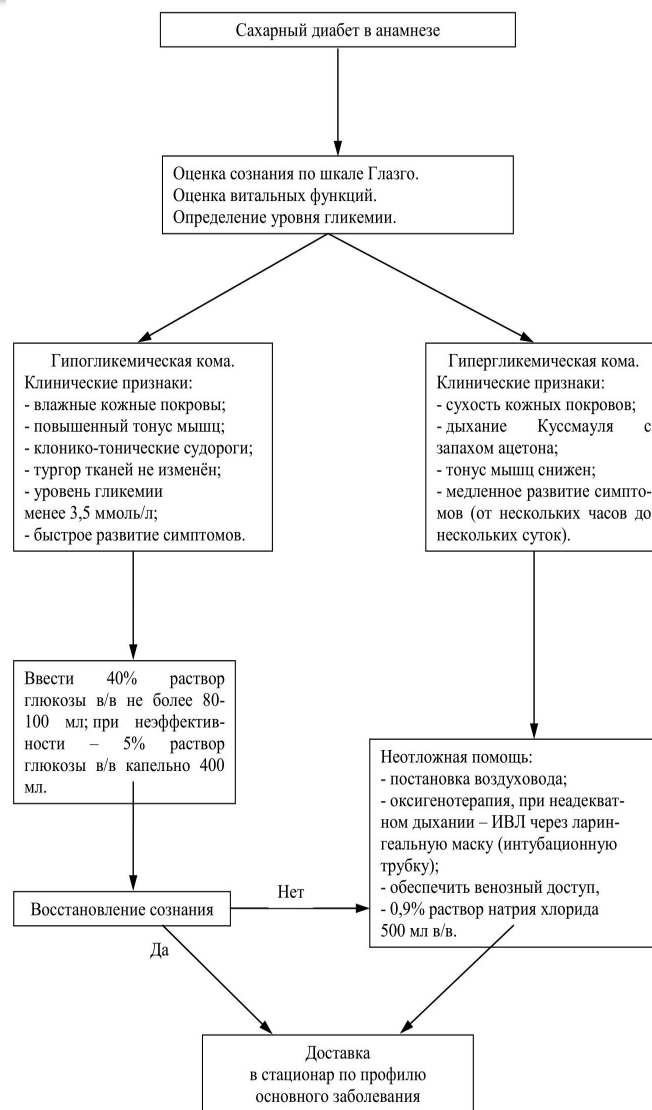
- удушье, инспираторная одышка, усиливающаяся в положении лежа, что вынуждает больных садиться;
- тахикардия, акроцианоз, потливость, гипергидратация тканей;
- влажные хрипы в легких, обильная пенистая мокрота;
- изменения на ЭКГ (гипертрофия или перегрузка левого предсердия и желудочка, блокада левой ножки пучка Гиса и др.).

Основные опасности и осложнения:

- молниеносная форма отека легких
- обструкция дыхательных путей пеной
- депрессия дыхания
- тахикардия
- асистолия
- ангинозная боль
- невозможность стабилизировать артериальное давление

В большинстве случаев кардиогенный отек легких дифференцируют с некардиогенным (при пневмонии, панкреатите, нарушении мозгового кровообращения, травме, токсическом поражении легких и др.), ТЭЛА, бронхиальной астмой.

4. Комы при сахарном диабете



4. Комы при сахарном диабете (продолжение)

- **Диабетическая кома** – острое нарушение углеводного обмена, вызванное снижением уровня инсулина, значительным повышением концентрации глюкозы в крови и связанными с этим нарушениями водно-электролитного баланса. Как правило, известно, что больной страдает сахарным диабетом, реже диабетическая кома становится первым симптомом сахарного диабета.
- **Повышение уровня глюкозы может быть спровоцировано:**
 - недостаточной дозой инсулина;
 - нарушениями диеты;
 - интеркуррентными инфекционными и другими заболеваниями;
 - стрессом (оперативное вмешательство, несчастный случай, психоэмоциональная нагрузка).

Диагностика:

- бессознательное состояние,
- дегидратация,
- острая недостаточность кровообращения гиповолемического типа,
- гипергликемия (16 — 33,3 ммоль/л),
- кетоацидоз,
- глюкозурия и кетонурия,
- глубокое, редкое, шумное дыхание (дыхание Куссмауля),
- запах ацетона.

Гипогликемическое состояние

- Возникает, как правило, у больных сахарным диабетом при инсулинотерапии или терапии сульфаниламидными сахаропонижающими препаратами второго и третьего поколения: глибенкламидом (манинил), гвиквидоном (глюренорм), гликлазидом (диабетон, преддиан).
- Непосредственной причиной гипогликемических состояний при сахарном диабете обычно являются нарушения режима приема пищи, передозировка сахаропонижающих препаратов.
- К редким причинам гипогликемических состояний относят инсулиному, болезни накопления гликогена, функциональный гиперинсулинизм.

Диагностика

ГИПОгликемия

СИМПТОМЫ

понижения уровня глюкозы в крови



ТРЕВОЖНОСТЬ



СЛАБОСТЬ,
УСТАЛОСТЬ



ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ



ТАХИКАРДИЯ



ГОЛОВНЫЕ БОЛИ



РАССЕЯННОСТЬ



ДРОЖЬ



РАЗДРАЖИТЕЛЬНОСТЬ



ГОЛОД

ГИПЕРгликемия

СИМПТОМЫ

повышения уровня глюкозы в крови



БОЛИ В ЖИВОТЕ



РАЗДРАЖИТЕЛЬНОСТЬ

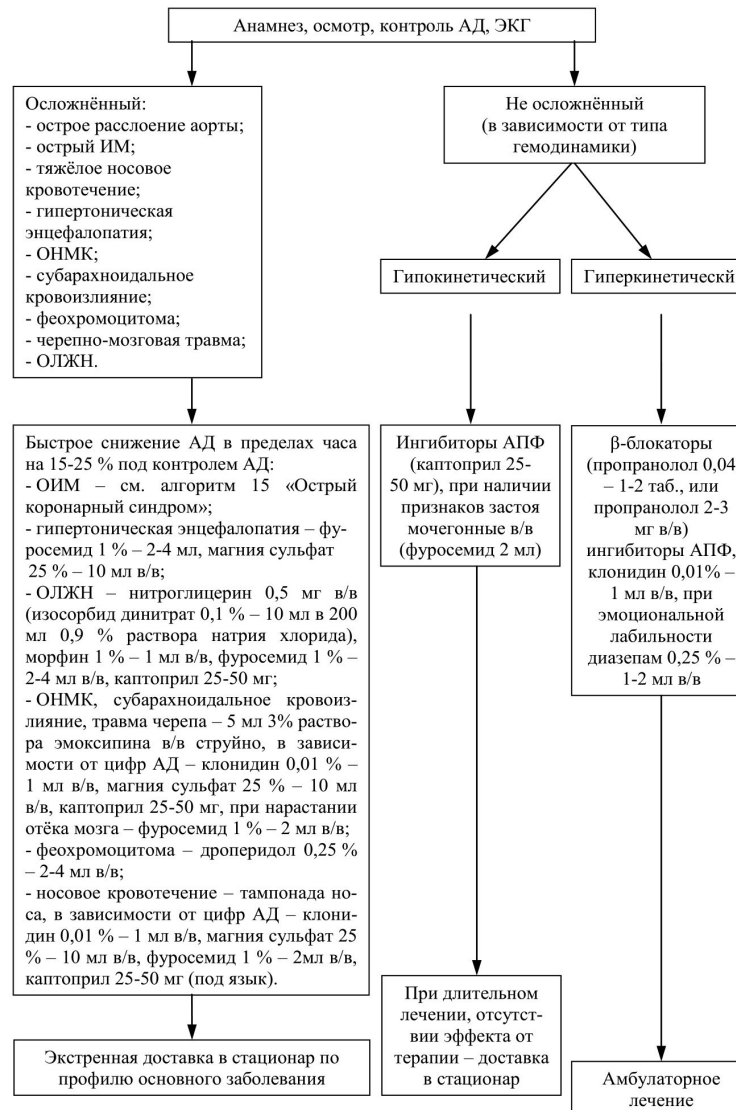


ПОСТОЯННАЯ
ЖАЖДА



УЧАЩЕННОЕ
МОЧЕИСТУСКАНИЕ

5. Гипертонический криз



Гипертонический криз

— остро возникшее выраженное повышение артериального давления, сопровождающееся клиническими симптомами, требующее немедленного контролируемого его снижения с целью предупреждения или ограничения поражения органов-мишеней.

- Главный симптом – острое (подострое) повышение артериального давления, по сравнению с его привычными для больного значениями.

Ухудшение течения гипертонической болезни

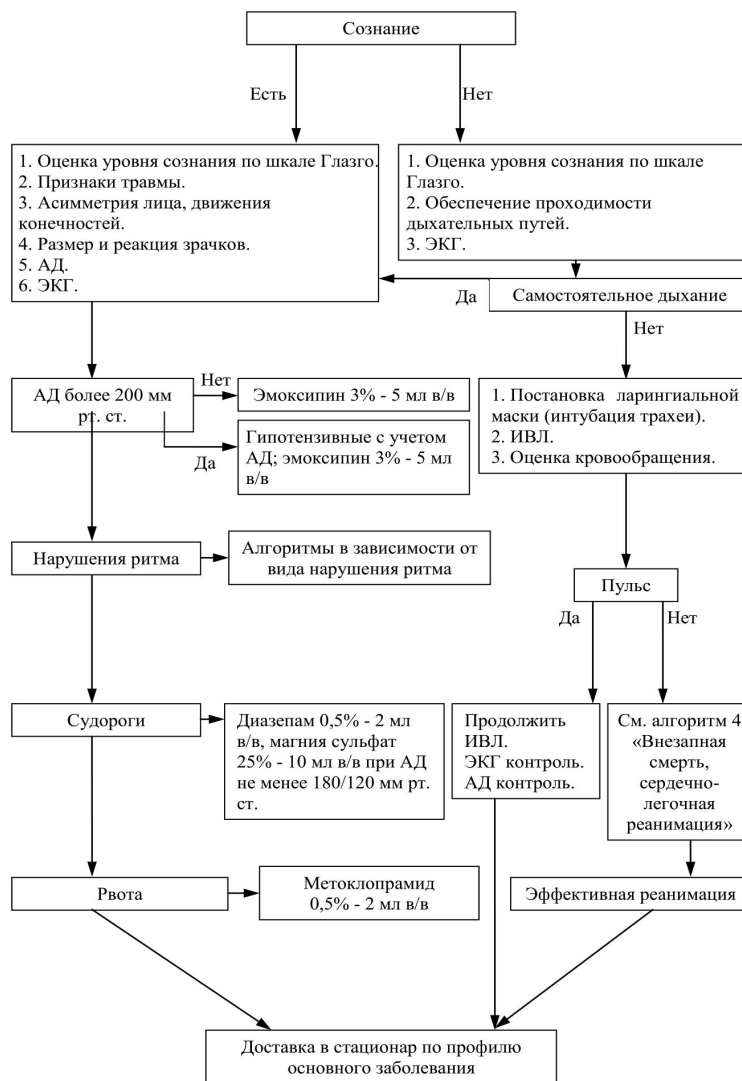
— не доходящее до степени гипертонического криза умеренное повышением артериального давления, по сравнению с его привычными для больного значениями, головная боль.

У части пациентов наблюдаются признаки высокой симпатoadреналовой активности (возбуждение, увеличение ЧСС, гиперемия лица, преимущественное повышение систолического давления увеличение пульсового давления).

6. Острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК)

Инсульт - внезапное расстройство функций головного мозга, вызванное нарушением его кровоснабжения. Это заболевание, обусловленное закупоркой (ишемия) или разрывом (кровоизлияние - геморрагия) того или иного сосуда, питающего часть мозга, или же кровоизлиянием в оболочки мозга.

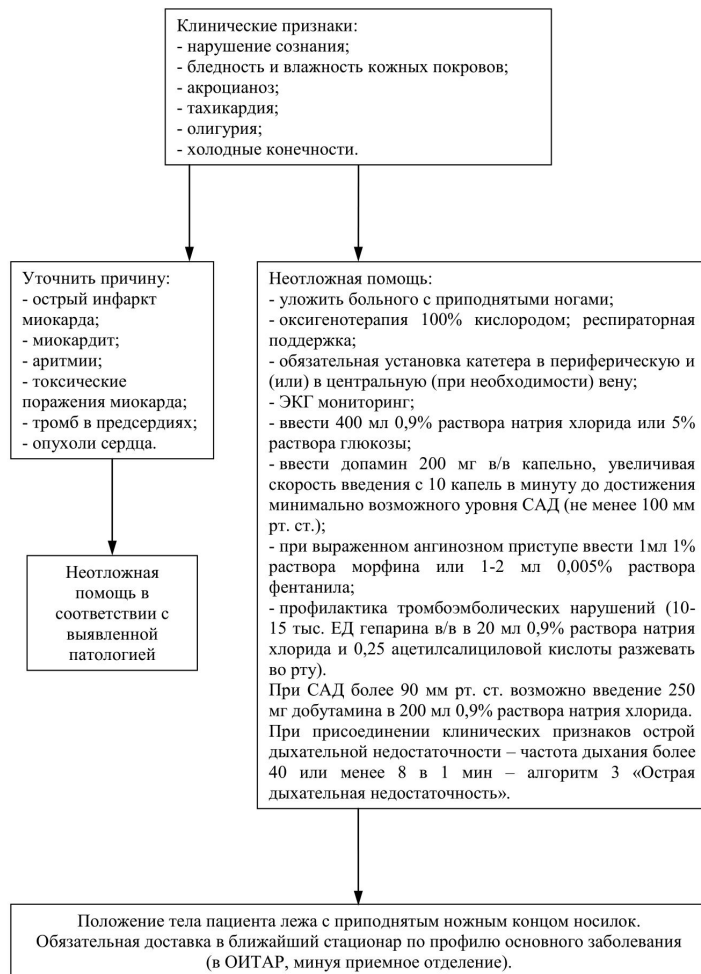
Диагностика и тактика ОНМК



Действия медицинской сестры при остром нарушении мозгового кровообращения (ОНМК)

1. Вызвать врача.
2. Уложить пациента удобно. Голова, плечи должны лежать на подушке.
3. Подсчитать ЧДД, частоту пульса, оценить его свойства, измерить АД.
4. Голову повернуть на бок. Удалить изо рта протезы, если таковые имеются. Предупредить или устранить западание языка. При рвоте - очистить ротоглотку, удалив рвотные массы.
5. Расстегнуть затрудняющую дыхание одежду, обеспечить достаточный приток свежего воздуха.
6. Дать увлажненный кислород.
7. Готовность к проведению ИВЛ и непрямого массажа сердца.

7. Кардиогенный шок



7. Кардиогенный шок (продолжение)

- **Диагностика**
-
- Выраженное снижение артериального давления в сочетании с признаками нарушения кровоснабжения органов и тканей. Систолическое артериальное давление обычно ниже 90 мм рт. ст. пульсовое меньше 20 мм рт. ст.
- Для диагностики шока обязательно наличие симптомов ухудшения периферического кровообращения (бледно-цианотичная влажная кожа, спавшиеся периферические вены, снижение температуры кожи кистей и стоп): уменьшение скорости кровотока (время исчезновения белого пятна после надавливания на ногтевое ложе или ладонь более 2 с), снижение диуреза (меньше 20 мл/ч).
- Могут быть различные нарушения сознания (от заторможенности до появления очаговой неврологической симптоматики и развития комы).
- В большинстве случаев следует дифференцировать истинный кардиогенный шок с другими его разновидностями (рефлекторным, аритмическим, лекарственным, при медленно текущем разрыве миокарда, разрыве перегородки или папиллярных мышц, поражении правого желудочка), а также от ТЭЛА, гиповолемии, внутреннего кровотечения и артериальной гипотензии без шока.

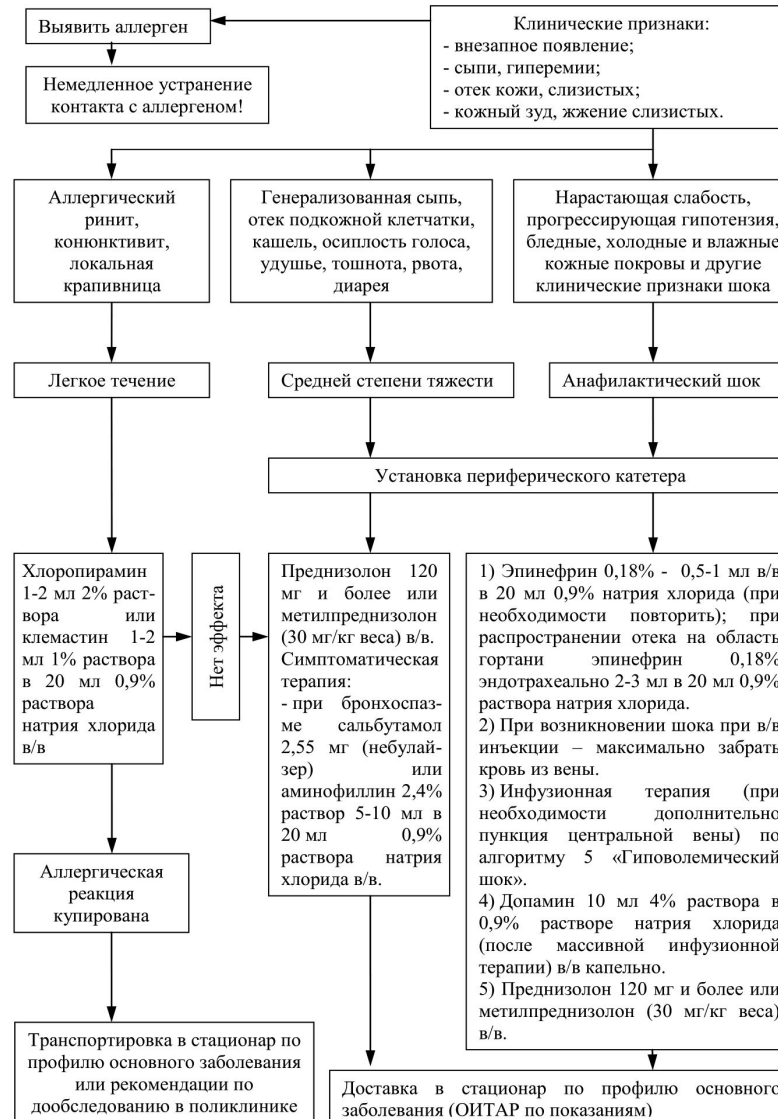
Основные опасности и осложнения:

- невозможность стабилизировать артериальное давление
- отек легких при повышении артериального давления или внутривенном введении жидкости
- тахикардия, тахиаритмия, фибрилляция желудочков
- асистолия
- рецидив ангинозной боли
- острая почечная недостаточность

Под минимально достаточным артериальным давлением понимать систолическое давление около 90 мм рт. ст. при появлении признаков улучшения перфузии органов и тканей.

При отсутствии норадреналина следует использовать адреналин. Скорость внутривенного вливания адреналина повышают постепенно от 1 мкг/мин до 6 мкг/мин. и выше до достижения минимально достаточного артериального давления.

8. Аллергическая реакция



Анафилактический шок

— остро развивающийся, угрожающий жизни процесс, возникающий как резко выраженное проявление анафилаксии и характеризующийся тяжелыми нарушениями деятельности центральной нервной системы, кровообращения, дыхания и обмена веществ.

- **Наиболее частые причины:**

- лекарственные средства;
- яды перепончатокрылых насекомых;
- некоторые пищевые продукты;
- змеиный яд.
- Артериальная гипотензия и оглушенность при нетяжелом шоке, коллапс и потеря сознания при тяжелом шоке. Нарушение дыхания вследствие отека гортани с развитием стридора или бронхоспазма. Боли в животе. Крапивница, кожный зуд.
- Клиника развивается в течение 1 часа после контакта с аллергеном (чаще в течение первых 5 минут). Причина смерти – острая гемодинамическая недостаточность и асфиксия.

Крапивница.

Ангионевротический отек (отек Квинке)

– острые аллергические заболевания, обусловленные повышенной чувствительностью иммунной системы к различным экзогенным антигенам (аллергенам). Они характеризуются внезапным началом, непредсказуемым течением, высоким риском угрожающих жизни состояний.

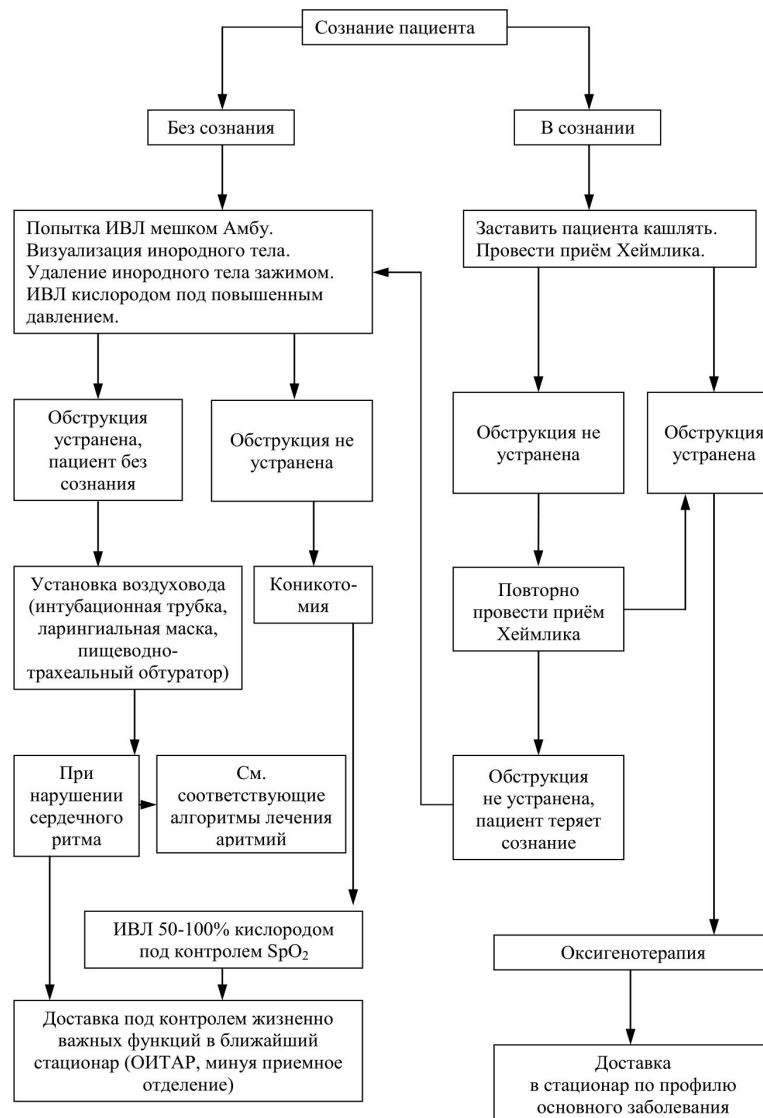
- **Локализованная крапивница** манифестирует внезапным появлением на ограниченном участке кожных покровов уртикарных элементов с четкими границами, как правило, красного цвета, диаметром от нескольких элементов до нескольких сантиметров, на фоне гиперемии, сопровождающихся кожным зудом.
- **Генерализованная крапивница** характеризуется тотальным поражением кожных покровов, нередко наблюдается сливание описанных выше элементов.

Отек Квинке (ангионевротический отек)

- проявляется локальным отеком кожи, подкожной клетчатки и/или слизистых оболочек. Чаще развивается в области губ, щек, век, лба, волосистой части головы, мошонки, кистей, дорсальной поверхности стоп. Аллергический отек ЖКТ сопровождается кишечной коликой, тошнотой, рвотой.

- При отеке Квинке, локализующемся в области гортани, наблюдается кашель, осиплость голоса, нарушение глотания, удушье, стридорозное дыхание. В 50% случаев ангионевротический отек сочетается с крапивницей.
- Генерализованная крапивница и ангионевротический отек (отек Квинке) являются тяжелыми (прогностически неблагоприятными) острыми аллергическими заболеваниями.

9. Обструкция дыхательных путей инородным телом



Основные симптомы ИТДП:

- Внезапная асфиксия.
- «Беспричинный», внезапный кашель, часто приступообразный.
- Кашель, возникший на фоне приема пищи.
- При инородном теле в верхних дыхательных путях одышка инспираторная, при инородном теле в бронхах — экспираторная.
- Свистящее дыхание.
- Возможно кровохарканье из-за повреждения инородным телом слизистой оболочки дыхательных путей.
- При аускультации легких — ослабление дыхательных шумов с одной или обеих сторон.

Основные симптомы ИТДП: (продолжение)

- Попытки извлечения инородных тел из дыхательных путей предпринимаются только у пациентов с прогрессирующей ОДН, представляющей угрозу для их жизни.
- Необходимо осмотреть глотку пациента, далее следовать алгоритму:

9.1. Инородное тело в глотке — выполните манипуляцию пальцем или корнцангом по извлечению инородного тела из глотки. При отсутствии положительного эффекта выполните поддиафрагмально-абдоминальные толчки.

9.2. Инородное тело в гортани, трахее, бронхах — выполните поддиафрагмально-абдоминальные толчки.

9.2.1. Пострадавший в сознании:

Пострадавший в положении сидя или стоя:

- встаньте позади пострадавшего и поставьте свою стопу между его стоп.
- Обхватите его руками за талию.
- Сожмите кисть одной руки в кулак, прижмите ее большим пальцем к животу пострадавшего на средней линии чуть выше пупочной ямки и значительно ниже конца мечевидного отростка.
- Обхватите сжатую в кулак руку кистью другой руки и быстрым толчкообразным движением, направленным вверх, нажмите на живот пострадавшего.
- Толчки нужно выполнять отдельно и отчетливо до тех пор, пока инородное тело не будет удалено, или пока пострадавший не сможет дышать и говорить, или пока пострадавший не потеряет сознание.

Хлопки по спине младенца:

- поддерживайте младенца лицом вниз горизонтально или с несколько опущенным головным концом на левой руке, положенной на твердую поверхность, например, на бедро, причем средним и большим пальцами поддерживайте рот младенца приоткрытым.
- Проведите до пяти достаточно сильных хлопков по спине младенца открытой ладонью между лопатками.
- Хлопки должны быть достаточной силы.
- Чем меньше времени прошло с момента аспирации инородного тела – тем легче его удалить.

Толчки в грудь

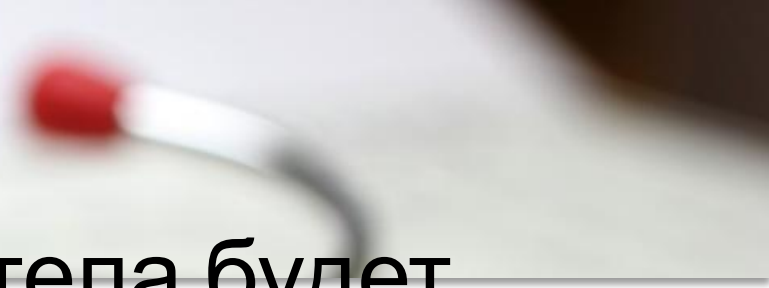
Если пять хлопков по спине не привели к удалению инородного тела, попробуйте толчки в грудь, которые выполняются так:

- переверните младенца лицом вверх.
- Поддерживайте младенца или его спину на своей левой руке.
- Определите точку выполнения компрессий грудной клетки при ЗМС, то есть приблизительно на ширину пальца выше основания мечевидного отростка.
- Сделайте до пяти резких толчков в эту точку.

Толчки в эпигастральную область

– прием Геймлиха – можно проводить ребенку старше 2-3 лет, когда паренхиматозные органы (печень, селезенка) надежно скрыты реберным каркасом.

Поместите основание ладони в подреберье между мечевидным отростком и пупком и надавите внутрь и вверх.



О выходе инородного тела будет свидетельствовать свистящий/шипящий звук выходящего из легких воздуха и появление кашля.

Если пострадавший потерял сознание, выполняйте следующую манипуляцию.

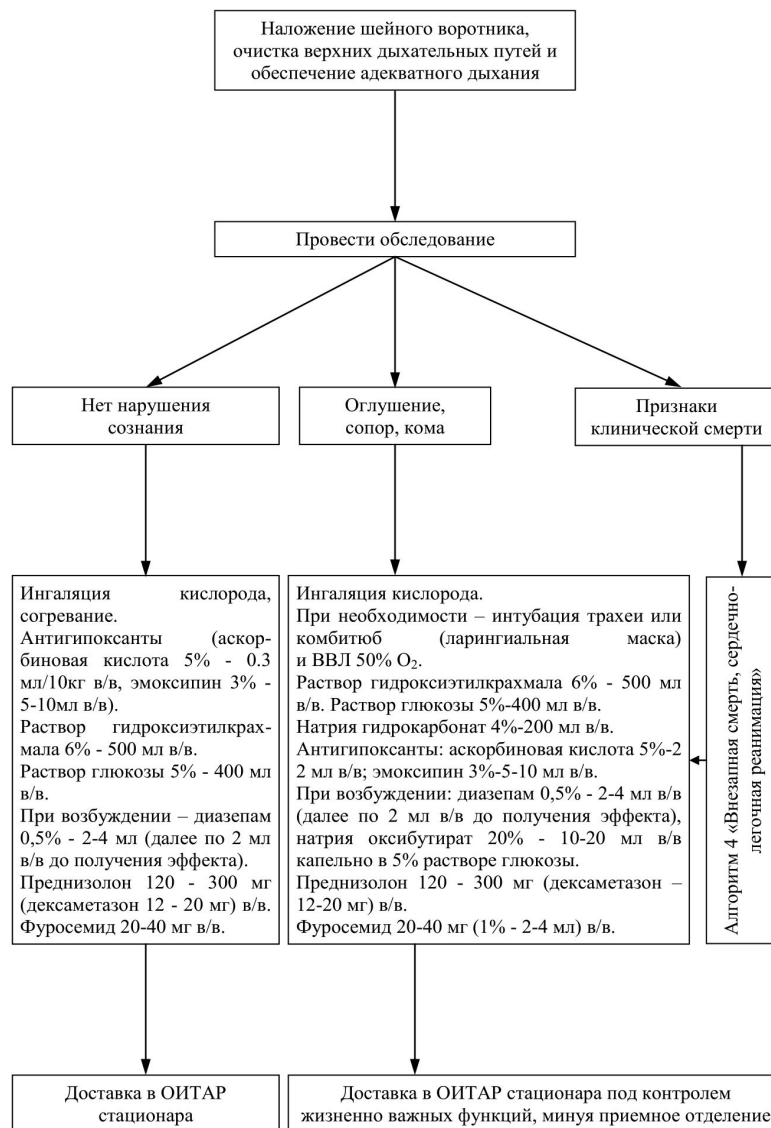
9.2.2. Пострадавший без сознания:

- Уложите пострадавшего на спину, положите одну руку основанием ладони на его живот вдоль средней линии, чуть выше пупочной ямки, достаточно далеко от конца мечевидного отростка.
- Сверху положите кисть другой руки и надавливайте на живот резкими толчкообразными движениями, направленными к голове, 5 раз с интервалом 1-2 с.
- Проверьте ABC (проходимость дыхательных путей, дыхание, кровообращение).
- При отсутствии эффекта от поддиафрагмально-абдоминальных толчков приступайте к коникотомии.

Коникотомия:

- нащупайте щитовидный хрящ и соскользните пальцем вниз вдоль срединной линии. Следующий выступ — перстневидный хрящ, имеющий форму обручального кольца. Углубление между этими хрящами и будет являться конической связкой. Обработайте шею йодом или спиртом. Зафиксируйте щитовидный хрящ пальцами левой руки (для левшей — наоборот). Правой рукой введите коникотом через кожу и коническую связку в просвет трахеи. Выньте проводник.
- У детей до 8 лет, если размер коникотома больше диаметра трахеи, то применяется пункционная коникотомия. Зафиксируйте щитовидный хрящ пальцами левой руки (для левшей — наоборот). Правой рукой введите иглу через кожу и коническую связку в просвет трахеи. Для увеличения дыхательного потока можно последовательно вставить несколько игл.
- Всех детей с ИТДП обязательно госпитализируют в стационар, где есть реанимационное отделение и отделение торакальной хирургии или пульмонологическое отделение и

10. Утопление



Утопление

— острое патологическое состояние, развивающееся при случайном или преднамеренном погружении в жидкость, с последующим развитием признаков ОДН и ОСН, причиной возникновения которых является попадание жидкости в дыхательные пути.

Различают 3 вида утопления в воде:

- 1. Истинное (мокрое)
- 2. Асфиксическое (сухое)
- 3. Смерть в воде (синкопальный тип утопления)

Этиология

Истинное утопление

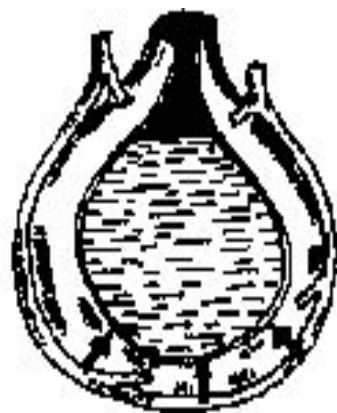
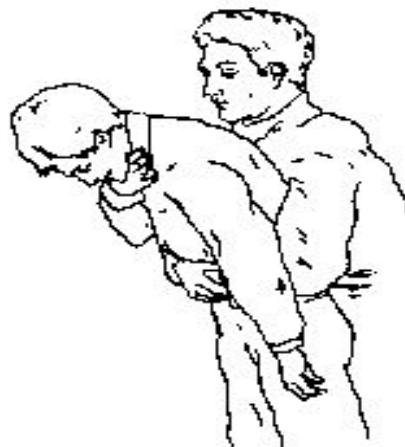
В его основе лежит попадание воды в альвеолы.

Пресная вода, в силу разности осмотического градиента с кровью, быстро покидает альвеолы и проникает в сосудистое русло. Это приводит к увеличению ОЦК и гемодиллюции, отеку легких, гемолизу эритроцитов, уменьшению концентрации ионов натрия, хлора и кальция плазмы, а также белков плазмы.

В морской воде

в результате разности осмотического градиента между кровью и морской водой, причем здесь отмечается явное преобладание градиента морской воды над кровью, часть плазмы выходит из сосудистого русла. В связи с этим уменьшается масса циркулирующей крови (до 45 мл/кг), увеличивается гематокрит (В. А. Неговский, 1977).

Патогенез утопления в пресной (а) и морской (б) воде



Асфиксическое утопление

Возникает без аспирации воды. В основе данной патологии лежит рефлексорный ларингоспазм. Голосовая щель не пропускает воду, но она же не пропускает и воздух. Смерть наступает от механической асфиксии.

Синкопальный тип утопления (смерть в воде)

Наступает в результате рефлексорной остановки сердечной деятельности и дыхания. Наиболее частый вариант данного типа утопления отмечается при внезапном погружении пострадавшего в холодную воду.

Клиника

При истинном утоплении выделяют 3 периода:
начальный, атональный и клинической смерти.

- Состояние сознания зависит от периода утопления и его вида.
- Нарушение дыхания возможно от шумного до атонального.
- Наблюдается цианоз, озноб, гусиная кожа.
- **При утоплении в пресной воде** отмечается клиника отека легких, артериальная и венозная гипертензия, тахикардия, аритмия. Из верхних дыхательных путей может выделяться пена, иногда с розовым оттенком, в результате гемолиза эритроцитов.
- **При утоплении в морской воде** более характерны артериальная гипотония, брадикардия.

Неотложная помощь

- Вне зависимости от того, в какой воде произошло утопление, при остановке дыхания и сердечной деятельности пострадавшему необходимо проводить комплекс реанимационных мероприятий.
- Перед проведением искусственного дыхания следует освободить верхние дыхательные пути (ВДП) от воды и инородных тел (речной песок, водоросли, и т. д.).
- Оптимальным способом освобождения ВДП особенно у детей, является подъем пострадавшего за ноги.
- При невозможности выполнить данное пособие рекомендуется уложить пострадавшего животом на согнутое колено человека, оказывающего реанимационную помощь, и дождаться вытекания жидкости из ВДП.
- Данная процедура должна занимать не более 5—10 сек, после чего необходимо приступить к реанимационному пособию.

В условиях стационара

лечение носит синдромный характер и складывается из следующих направлений:

1. Проведение комплекса реанимационных мероприятий и перевод больного на ИВЛ (по показаниям).
2. Санация трахеобронхиального дерева, терапия бронхоспазма, отека легких
3. Купирование ОССН
4. Коррекция КЩС и электролитов
5. Профилактика пневмонии и почечной недостаточности

Положение пострадавшего на согнутом колене

