

**Неотложные  
соматические состояния у  
тяжелых  
нетранспортабельных  
больных**

# Бронхиальная астма

Бронхиальная астма (от др. греч. «astma» - тяжелое дыхание, одышка) - хроническое воспалительное заболевание дыхательных путей.

Ключевым звеном является бронхиальная обструкция (сужение просвета бронхов), обусловленная специфическими иммунологическими (сенсibilизация и аллергия) или неспецифическими механизмами, проявляющаяся повторяющимися эпизодами свистящих хрипов, одышки, чувства заложенности в груди и кашля.

# Приступ бронхиальной астмы

Остро развившееся и (или) прогрессивно ухудшающееся приступы удушья, с затрудненным выдохом и нарастающей одышкой в покое, акроцианозом, повышенной потливостью, жестким дыханием с сухими свистящими хрипами.

# Информация, позволяющая заподозрить приступ бронхиальной астмы:

- наличие в анамнезе бронхиальной астмы;
- вынужденное положение – ортопноэ (стоя или сидя с опорой руками на стол);
- в акте дыхания участвует вспомогательная мускулатура;
- одышка с затрудненным, удлиненным выходом;
- шумное свистящее дыхание, сухие рассеянные хрипы;
- тахикардия, высокое АД.

# Информация, позволяющая заподозрить астматический статус:

- слабость, цианоз кожных покровов и слизистых;
- дыхание затруднено, одышка от 26 до 60 (зависит от стадии заболевания).
- вены шей набухают;
- нарушение сознания вплоть до комы, возможны судороги, зрачки расширены со слабой реакцией на свет;
- ЧСС нарастает и становится более 140 в минуту;
- АД постепенно снижается до критических показателей, возможен летальный исход.

# Алгоритм действий при приступе бронхиальной астмы

1. Вызвать врача
2. Успокоить пациента; обеспечить доступ воздуха
3. По возможности устранить аллерген
4. Помочь пациенту сохранять положение ортопноэ. Попросить дышать через нос и выдыхать медленно через рот( как через трубочку)
5. Измерить ЧДД, АД, пульс. По возможности провести пикфлоуметрию (определить показатель ПСВ)- пиковая скорость выдох
6. Провести ингаляции:
  - с помощью ингалятора  $\beta_2$ -адреномиметиком короткого действия: сальбутамол (вентолоин), фенотерол (беротек) -1-2 дозы; или
  - через небулайзер (беродуалом 1-4 мл). Можно использовать для ингаляций ингалятор пациента.
  - А также используются такие ингаляторы как пулимокрт (2 вдоха или небулайзер), базисные ингаляторы пациента (2 вдоха через каждые 15 мин, но не более 2-х раз)
7. Измерить ЧДД, АД и пульс

9. По назначению врача ввести внутривенно медленно:

- 2,4% р-р эуфиллина от 10 до 15 мл, разведенного физиологическим раствором (0,9%-10мл);

- глюкокортикостероиды - преднизолон или дексаметазон (внутривенно, внутримышечно)

10. Провести оксигенотерапию (воздушно-кислородной смесью с содержанием кислорода 50%)

11. Повторно измерить ЧДД, АД, пульс

12. При нарушении сознания и ухудшении состояния сообщить врачу и приготовиться к реанимационным мероприятиям.

# Информация, позволяющая заподозрить приступ стабильной стенокардии

## Основной симптом стенокардии- боль:

- Характер боли- давящая, сжимающая, боль воспринимается, как инородное тело. Больной жалуется: жжет, щемит, ноет. Боль иногда сопровождается изжогой.
- Локализация- за грудиной, в глубине грудной клетки, в эпигастральной области.
- Иррадиация чаще под лопатку, в левую руку, нижнюю челюсть, шею.
- Начало- острое, связано с физической или эмоциональной нагрузкой.
- Длительность – 1-15 мин, при спонтанной до 45 мин.
- Окончание – после прекращения нагрузки или через 2-3 минуты после сублингвального приема дозы нитроглицерина.

# Информация, позволяющая заподозрить приступ нестабильной стенокардии

## Основной симптом стенокардии- боль:

- Характер боли- интенсивная, давящая, сжимающая, продолжительного характера.
- Локализация- за грудиной, в глубине грудной клетки, в эпигастральной области.
- Иррадиация чаще под лопатку, в левую руку, нижнюю челюсть, шею.
- Начало- острое, может возникать, как при нагрузке, так и в покое.
- Длительность – ухудшение состояния в течение 30 дней или впервые возникший приступ боли за последние 48 часов.
- Окончание – после сублингвального приема дозы нитроглицерина НЕТ устойчивого эффекта и улучшения состояния.

# Алгоритм действий при приступе стенокардии

- Вызвать врача
- Придать пациенту полусидячее положение.
- Успокоить.
- Обеспечить доступ воздуха.
- Измерить АД, пульс, ЧСС.
- Если позволяет АД (т.е. норма и высокое) назначается прием нитроглицерина сублингвально 1 доза аэрозоля (нитроминт, изокет) или таблетированной форме.
- По возможности снять ЭКГ
- Выполнять назначение врача.
- Повторный прием нитроглицерина не более 3 доз в течение 15 минут (с учетом показателей АД)
- При сохранении болей более 15 минут назначают прием ацетилсалициловой кислоты (1/2 таблетки)

# Оценка достигнутого:

- Полное прекращение болевых ощущений;
- (!) если боль в сердце не снимается в течение 30 минут, то это может свидетельствовать о развитии острого инфаркта миокарда.

# Информация, позволяющая заподозрить острый инфаркт миокарда

- Характер боли – интенсивная, давящая, жгучая, продолжительного характера.
- Локализация – за грудиной по всей передней стенке грудной клетки в глубине грудной клетки, в эпигастральной области.
- Иррадиация – чаще под лопатку, в левую руку, нижнюю челюсть, шею, бледностью кожных покровов и чувством страха.
- Длительность – нарастающая, продолжительная.
- Окончание – после сублингвального приема дозы нитроглицерина эффект отсутствует, состояние прогрессивно ухудшается.

# Алгоритм действий при инфаркте миокарда

- Вызвать врача
- Придать пациенту положение лежа на спине с приподнятым головным концом.
- Успокоить.
- Обеспечить доступ воздуха.
- Измерить АД, пульс, ЧСС
- Если позволяет АД (т.е. норма и высокое):
  - Назначается прием нитроглицерина сублингвально 1 доза аэрозоля (нитроминт, изокет) или в таблетированной форме и
  - Прием ацетилсалициловой кислоты (1/2 таблетки)
- По возможности снять ЭКГ
- Выполнять назначения врача.
  - Повторный прием нитроглицерина каждые 5-10 минут (с учетом показателей АД).
  - Обеспечить доступ к вене.
  - Оксигенотерапия 100% кислородом

# Кардиогенный шок

Кардиогенный шок – критическое нарушение кровообращения с артериальной гипотензией и признаками острого ухудшения кровоснабжения органов и тканей (возникает в результате острой ишемии миокарда).

# Информация, позволяющая заподозрить развитие кардиогенного шока.

- Снижение систолического АД ниже 90 мм. рт. ст.
- Признаки острого нарушения периферического кровообращения: бледно-цианотичная, «мраморная», влажная кожа, спавшиеся периферические вены, резкое снижение температуры кистей и стоп, снижение скорости кровотока (ложные синюшные пятна, которые исчезают при надавливании)
- Резкое снижение диуреза (олигурия и анурия) до 20 мл/ч и ниже.
- Сопровождается неврологической симптоматикой (нарушением сознания)

# Алгоритм действия при кардиогенном шоке

- Вызвать врача
- Уложить пациента с приподнятым ножным концом под углом 20 градусов. Обеспечить доступ свежего воздуха. По возможности начать оксигенотерапию 100% кислородом.
- Измерить АД, пульс, ЧДД. По возможности снять ЭКГ.
- Обеспечить доступ к вене.
- Приготовить:
  - Обезболивающие (анальгин, по возможности фентанил)
  - Гепарин 5000 ЕД
  - Раствор натрия хлорид 0,9% - 200,0
  - Допамин 4% - 4 амп.
- В тяжелых случаях показана СЛР (сердечно-легочная реанимация)

ПОМНИТЕ!!! На каждом этапе оценивается состояние пациента.  
Терапия продолжается только при отрицательной динамике.

# Гипертонический криз

**Гипертонический криз** – внезапное ухудшение состояния, обусловленное резким подъемом артериального давления и проявляющееся обострением симптомов гипертонической болезни.

*Возникает обычно после психических травм, волнений, нервных перенапряжений, а также при резких перепадах атмосферного давления, влажности, температуры воздуха.*

# Информация, позволяющая заподозрить гипертонический криз.

- Внезапное ухудшение состояния;
- АД, по сравнению с «привычным», значительно выше (у каждого пациента индивидуально);
- Резкая головная боль, головокружение, приливы к голове;
- Нарушение зрения: мелькание «мушек», пелен перед глазами;
- Шум в ушах;
- Боли, замирание в области сердца, чувство нехватки воздуха, одышка;
- Тошнота, иногда рвота;
- Общее нервное возбуждение, повышенная раздражительность, потливость, парестезии (чувство ползания мурашек), нарушение координации;
- Бледность или гиперемия лица, на коже шеи и груди красные пятна.

# Алгоритм действий при гипертоническом кризе

- Вызвать врача
- Уложить пациента в постель с приподнятым головным концом
- Подсчитать измерить АД, частоту пульса, оценить его свойства
- Успокоить пациента
- Обеспечить доступ свежего воздуха (открыть окно, расстегнуть затрудняющую дыхание одежду). Можно дать увлажненный кислород.
- Провести лекарственную терапию
- По назначению врача проводить лекарственную терапию, при необходимости подготовиться к проведению венепункцию и введению лекарственных препаратов.

**ПОМНИТЕ!!!**

Все лечебные мероприятия проводятся под постоянным контролем уровня АД, ЧСС.

# Купирование гипертонического криза в домашних условиях

Используют домашние препараты, которые относятся к препаратам неотложной помощи:

- капотен или капторприл (1т. под язык),
- если пульс и ЧСС высокий (более 80 уд. в мин ) препараты анаприлин или метопролол,
- также можно использовать такие препараты как физиотенз или моксомидин.
- Если на фоне гипертонического криза имеются отеки добавляются мочегонные препараты: фуросемид или лазикс (1 таб разжевать и запить 0,5 стакана горячей воды)

# Коллапс

**Коллапс** – острая сосудистая недостаточность, которая характеризуется резким снижением сосудистого тонуса, уменьшением острого центрального кровообращения, признаками гипоксии мозга, угнетением жизненно важных функций.

Коллапс является результатом значительной потери крови или ее перераспределением в сосудистом русле. Большая часть крови скапливается в периферических сосудах и органах брюшной полости, следствием чего является резкое падение артериального давления.

# Информация, позволяющая заподозрить развитие коллапса

- Внезапное ухудшение состояния, нарушение сознания различной степени;
- Бледность кожных покровов, «мраморность» кожи, цианоз губ;
- Холодный липкий пот;
- Дыхание учащенное, поверхностное;
- Частый нитевидный пульс;
- Колебания цифр АД.

# Алгоритм действий при коллапсе

- Вызвать врача
- Уложить пациента на ровную горизонтальную поверхность с приподнятым ножным концом под углом 45 градусов.
- Измерить АД, пульс ЧДД
- Обеспечить доступ воздуха. Оксигенотерапия.
- Согреть, напоить сладким теплым чаем
- В тяжелых случаях приготовить венозный доступ и выполнить назначения врача.

# Гипогликемическое состояние (кома)

**Гипогликемическое состояние** – патологическое состояние, характеризующееся снижением концентрации глюкозы в крови ниже 3,5 ммоль/л, периферической крови ниже нормы (3,3 ммоль/л).

В период развернутого гипогликемического состояния у пациентов отмечают нарушение сознания от оглушения до комы.

# Информация, позволяющая заподозрить гипогликемию:

- Сахарный диабет в анамнезе
- Появление симптомов, характерных для гипогликемического состояния:
  - Слабость
  - Чувство голода
  - Тревога
  - Головная боль
  - Потливость
  - Тахикардия
  - Повышение АД
  - Уровень глюкозы крови менее 3,5 ммоль/л

# Гипогликемическая кома

**Гипогликемическая кома** – крайняя степень проявления гипогликемии, развивается при быстром снижении концентрации глюкозы в плазме крови и резком падении утилизации глюкозы головным мозгом. Симптоматика гипогликемии, предшествующей стадии гипогликемической комы.

*Гипогликемическая кома развивается остро. Иногда кратковременный период предвестников настолько мал, что кома начинается практически внезапно – в течение нескольких минут наступает потеря сознания и даже паралич жизненно важных центров продолговатого мозга.*

# Симптомы, характерные для гипогликемической комы.

- Внезапная потеря сознания
- Гипертонус мышц, могут быть тонико-клонические судороги
- АД снижается
- Кожные покровы влажные, тургор – нормальный.

# Алгоритм действий при гипогликемическом состоянии

## СОСТОЯНИИ

- Вызвать врача
- Вызвать лаборанта (для взятия крови на сахар) или определить уровень глюкозы в крови с помощью глюкометра
- Определить пульс и измерить АД
- Быстрое введение через рот легкоусвояемых углеводов.  
Накормить: дать сахар 2-5 кусочков (лучше растворить в стакане воды) или мед 1 ст. ложку, или варенье 1-1,5 ст. ложки, или сладкий фруктовый сок 200 мл, или глюкоза в таблетках 4-5 шт.  
Если гипогликемическое состояние вызвано лечением инсулином и возникает в ночное время, то съесть пациенту кусочек хлеба или кашу

*Оценка достигнутого:*

*- Состояние улучшилось, симптомы уменьшились, сахар крови повысился.*

- При нарушении сознания, пациента уложить на бок и обеспечить внутривенный доступ.
- По назначению врача ввести внутривенно – от 20 до 80 мл – 40% раствора глюкозы
- Контроль уровня сахара крови
- При необходимости повторить введение 40% глюкозы (до достижения гликемии 8-9 ммоль/л)
- Выполнение дальнейших назначений врача
- После восстановления сознания пациента следует напоить и накормить углеводсодержащими продуктами.

# Диабетическая кома

Диабетическая кома – состояние, развивающееся в результате недостатка инсулина в организме у больных сахарным диабетом.

Диабетическая кома развивается постепенно, в течение суток и более, сопровождается предвестниками:

- Сухостью во рту, больной много пьет, полиурия;
- Уровень глюкозы в крови превышен (в норме 3,5-5,5 ммоль/л) в 2-3 раза (14-20 ммоль/л).
- Недомогание, головная боль;
- Ухудшение аппетита, запоры или поносы, тошнота, иногда боли в животе, редко рвота.

# Информация, позволяющая заподозрить диабетическую кому:

- Нарушение сознания;
- Кожные покровы сухие, тургор – снижен;
- Тахикардия, АД незначительно снижено;
- Мышечный тонус снижен;
- Температура тела нормальная или немного повышена;
- Шумное патологическое дыхание (Куссмауля);
- Запах изо рта «кислых яблок» или ацетона;
- Глазные яблоки мягкие на ощупь;
- Олигурия, анурия;
- Концентрация глюкозы в крови более 20 ммоль/л;
- Повышенная плотность удельного веса мочи, глюкозурия, кетонурия.

# Алгоритм действия при диабетической коме.

- Вызвать врача
- Вызвать лаборанта (для забора анализов мочи и крови) или определить уровень глюкозы в крови с помощью глюкометра.
- Взятие провести экспресс-диагностику анализа мочи (на ацетон)
- Определить пульс и измерить АД
- При нарушении сознания, пациента уложить на бок и обеспечить внутривенный доступ.
- По назначению врача:
- Провести регидротацию 0,9% раствором натрия хлорида со скоростью 0,5-1 л/ч.
- Инсулин применяют при возможности контроля гликемии.
- 100% Инсулин вводят 16-20 ЕД внутримышечно или внутривенно, далее – 6-10 ЕД/ч, под контролем динамики гликемии.

**Оценка достигнутого:** сахар крови не нарастает или уменьшился, стабилизация показателей гемодинамики.

# Обморок (синкопа)

**Обморок** или **синкопа** – приступ кратковременной утраты сознания, которое полностью восстанавливается самостоятельно, обусловленное временным нарушением мозгового кровотока.

**Надо помнить!!!**

Обморок является симптомом какого-либо первичного заболевания. Существует большое количество патологических состояний, сопровождающихся образованием обмороков:

- Заболевания, сопровождающиеся снижением сердечного выброса – нарушения ритма сердца, стенозы аорты или легочных артерий, инфаркты миокарда, приступы стенокардии;
- Состояния, сопровождающиеся нарушением нервной регуляции сосудов, - например, обморок при глотании, при быстром подъеме из горизонтального положения;
- Состояния пониженного содержания кислорода в крови – анемии и другие заболевания крови, гипоксии на высоте в разреженном воздухе или в душных помещениях.

# Информация, позволяющая заподозрить обморок.

- Резкая слабость, мелькание «мушек» и потемнение в глазах, головокружение и внезапная потеря сознания;
- Бледность кожных покровов, холодный пот;
- Тахипноэ, пульс нитевидный;
- Брадикардия сменяется на тахикардию;
- Холодные конечности;
- Снижение или повышение АД;
- Снижение мышечного тонуса.

# Алгоритм действий при обмороке

- Вызвать врача
- Уложить пациента на ровную горизонтальную поверхность с приподнятыми ногами под углом 45 градусов.
- Грудь и шею освободить от стесняющей одежды
- Обеспечить приток свежего воздуха
- Сбрызнуть лицо и тело пациента холодной водой, похлопать по щекам влажным полотенцем.
- Дать вдохнуть пары нашатырного спирта
- Измерить АД, пульс, ЧДД.
- Выполнять назначения врача.

# Острое нарушение мозгового кровообращения. Информация позволяющее заподозрить состояние

- **Общемозговые симптомы:**
  - Нарушение сознания (оглушение, сопор, кома);
  - Головокружение, головная боль, АД в норме;
  - Тошнота, рвота, не приносящая облегчения;
  - Возможны кратковременные судороги.
- **Очаговые симптомы:**
  - Нарушение чувствительности;
  - Нарушение речи (дизартрия, афазия);
  - Парезы (снижение мышечной силы) и параличи (отсутствие движения);
  - Асимметрия лица (сглаженность носогубной складки);
  - Птоз, анизокория, парез взора.
- **Менингеальная симптоматика:**
  - Ригидность затылочных мышц, появляются патологические рефлекс (симптомы Кернинга, Брудзинского).

# Алгоритм действий при остром нарушении мозгового кровообращения (ОНМК)

- Вызвать врача
- Уложить пострадавшего на бок.
- При рвоте, производить механическую очистку полости рта.
- Следить за функциями дыхания, гемодинамики (измерять АД, пульс, ЧДД)
- Обеспечить доступ воздуха
- При необходимости ввести воздуховод. Оксигенотерапия.
- Выполнять назначения врача. При АД выше 200 мм рт ст показано введение внутривенно клофелина до 0,5-1,0 на 10,0-0,9% физ.раствора
- При артериальной гипотензии показано введение внутривенно солевых растворов или 5% глюкозы. В тяжелых случаях показано введение внутривенно допамина 200 мг в 200-400,0 – 0,9% физ. Раствора или 5% глюкозы (до подъема АД 90-120 мм рт ст.)
- При наличии судорог или психомоторного возбуждения ввести внутривенно или внутримышечно 2-4,0 реланиума (диазепама, седуксена)
- При усилении головной боли ввести внутривенно или внутримышечно 50% - 2-4,0 анальгина.
- Далее выполнять назначения врача специалиста

# Судорожный синдром (эпилепсия)

**Эпилепсия** – хроническое заболевание головного мозга различной этиологии, проявляющееся повторными не спровоцированными эпилептическими припадками, а также приступами нарушений мыслительных, вегетативных и чувствительных функций.

Эпилепсия характеризуется главным образом типичными повторными приступами различного характера:

- **Простые парциальные судорожные припадки** без утраты сознания проявляются клоническими или тоническими судорогами в определенных группах мышц.
- **Комплексные парциальные припадки** (височная эпилепсия или психомоторные припадки) – эпизодические изменения поведения, когда больной теряет контакт с окружающим миром. Началом подобных припадков может быть аура (обонятельная, вкусовая, зрительная, ощущение «уже увиденного»).

Во время сложных приступов может наблюдаться торможение двигательной активности, либо чмоканье губами, глотание, бесцельное хождение, обтирание собственной одежды (автоматизмы). По окончании приступа отмечается амнезия на события, имевшие место во время приступа.

- **Эквиваленты судорожных припадков** проявляются в виде грубой дезориентации, сомнабулизма и продолжительного сумеречного состояния, во время которых могут совершаться неосознанные тяжелейшие асоциальные поступки.
- **Генерализованный общий судорожный припадок** характеризуется наличием тонико-клинических судорог в конечностях, сопровождающихся утратой сознания, цианозом лица, пеной у рта, нередко прикусом языка, непроизвольным мочеиспусканием, иногда дефекацией.

# Информация, позволяющая заподозрить состояние:

## **Тоническая фаза (длительность 10-30 секунд):**

- Потеря сознания, пациент падает;
- Остановка дыхания;
- Туловище, конечности вытянуты, напряжены;
- Грудная клетка в положении вдоха;
- Вегетативные нарушения: цианоз лица;
- Повышение артериального давления, тахикардия.

## **Клоническая фаза (длительность от 1 до 3 минут):**

- Восстановление дыхания;
- Двусторонние симметричные подергивания конечностей (судороги), сопровождающиеся криком;
- Прикус языка;
- Выделение пены изо рта;
- Непроизвольное мочеиспускание, дефекация.

# припадке

- Вызвать врача
- Придерживать по возможности пациенту голову при падении
- Не сдерживать тело пациента во время судорог
- Не вставлять инородные предметы в рот
- Освободить от стесняющей одежды, расстегнуть пуговицы, снять пояс.
- Обеспечить доступ свежего воздуха
- После приступа провести механическую очистку рта
- Уложить пациента на бок
- По назначению врача ввести внутривенно или внутримышечно 0,5%-2,0 диазепама (реланиума, седуксена)
- Оксигенотерапия
- Измерить АД, ЧДД, пульс. Если пациент спит – не будить!!! Наблюдать.
- При серии припадков:
  - Предупредить травмы головы и туловища;
  - Восстановить проходимость дыхательных путей;
  - Купировать судорожный синдром внутривенным введением 2,0-4,0 диазепама на 0,9 физ. растворе (при отсутствии эффекта повторить через 5-10 минут). Симптоматически вводят мочегонные препараты и анальгетики. Далее выполнять назначения врача.
- При эпилептическом статусе:
  - Провести терапию, как при серии припадков;
  - Приготовиться к проведению реанимационных мероприятий
- Наблюдать за пациентом.

# Острый психоз

**Острый психоз** может развиваться у пациентов с заболеванием шизофренией, эпилепсией, у лиц с психопатией, при различных соматических заболеваниях, в том числе при интоксикации психоактивных средств.

# Информация, позволяющая заподозрить острый психоз.

- Сознание ясное, но пациент заторможен до состояния ступора, в его высказываниях отмечается безнадежность, а также нередко наличие навязчивых идей и действий;
- Отмечаются суетливость и психомоторное возбуждение, пациент пытается куда-то идти, одновременно с этим настроение его может быть подавлено, отмечается депрессивный бред;
- Существует опасность совершения суицидной попытки.

# Алгоритм действий при остром психозе

- Вызвать врача, лучше – профильного отделения.
- Быть спокойным, осторожным, быстро оценить обстановку; избегать в своих действиях всего того, что начнет провоцировать дальнейшее беспокойство и возбуждение пациента.
- Вызвать помощников, лучше 3-4 человека. Каждый из присутствующих должен четко знать свои обязанности (например, двое находятся около пациента, третий следит за окном, четвертый – за дверью)
- По назначению врача ввести лекарственные препараты (седативные, психотропные)

## Оценка достигнутого:

- Пациент успокоился;
- Если пациенту показана госпитализация в профильное отделение, врач организует транспортировку.