

Клинические случаи

Студентка 5 курса ПФ
Шварцман Алина Дмитриевна

Ложный круп

неотложная помощь



Ложный круп

1. При выраженном стенозе гортани назначают:
глюкокортикоиды (Преднизолон, Преднизон, Гидрокортизон)
парентерально, ректально или внутрь, ингаляционно
применяют Будесонид;
спазмолитики (Но-шпа);
антигистаминные препараты (Фенистил, Супрастин,
Димедрол);
седативные средства (экстракт валерианы, бромиды).
2. Ингаляции увлажненным кислородом.

Ложный круп

3. При бактериальном крупе и при развитии инфекционных осложнений применяют антибиотики.
4. Вирусный ложный круп лечится противовирусными средствами.
5. Бронхолитические препараты (Бромгексин, Солутан).
6. При непродуктивном кашле показаны противокашлевые препараты.
7. При наличии обильной мокроты внутривенно вводят кальция глюконат.




Здоровые
голосовые
связки



Воспаленные
голосовые
связки



Голосовые
связки



Инородное тело дыхательных путей

неотложная помощь



Инородное тело

Пострадавший находится в сознании (от 1 года и старше)

1. Встаньте за спиной пострадавшего, обхватите его руками. Корпус пострадавшего должен быть слегка наклонен вперед.
2. Сожмите одну руку в кулак и положите ее на живот пострадавшего той стороной, где расположен большой палец, на уровне между пупком и реберными дугами (на эпигастральную область живота).
3. Обхватите кулак ладонью другой руки, быстро сделайте 6–10 толчкообразных надавливаний на эпигастральную область живота по направлению внутрь и вверх к диафрагме.
4. Продолжайте выполнение приема до тех пор, пока не восстановится проходимость дыхательных путей или не прибудет скорая помощь



Инородное тело

Если пострадавший без сознания:

1. Положите пострадавшего на спину.
2. Поверните его голову в сторону.
3. Сядьте верхом на бедра пострадавшего, лицом к голове.
4. Положите свои руки - одна на другую - на верхнюю область живота (эпигастральную область) пострадавшего.
5. Используя вес своего тела, энергично надавите на живот пострадавшего по направлению вверх к диафрагме.
6. Продолжайте выполнение приема до тех пор, пока не восстановится проходимость дыхательных путей или не прибудет скорая помощь

Если пострадавший не дышит, приступайте к искусственному дыханию, а при отсутствии пульса, и к непрямому массажу сердца.



Посмотрите, вот так пациент умрет
гораздо быстрее!



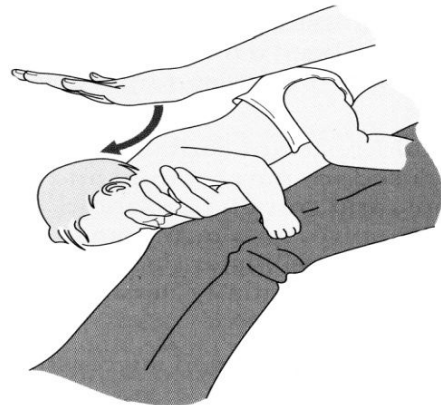
В процессе разработки прием
Геймлиха претерпел
много изменений



Инородное тело (дети до года)

Ребенок укладывается животом вниз, лицом на предплечье врача (позиция «всадника»), который указательным и средним пальцами фиксирует голову и шею младенца. Предплечье врача должно быть опущено на 60°.


Ребром ладони правой руки наносят четыре коротких удара между лопатками ребенка.



Инородное тело (дети до года)

При неэффективности ударов по спине, у детей до 1 года применяют толчки в грудную клетку. Для этого стоя в рост или на коленях позади ребёнка, проведя руки под руками ребёнка, охватывают его торс. Сжатый кулак помещают в область между пупком и мечевидным отростком. Кулак охватывают кистью другой руки и наносят резкий толчок внутрь и вверх. Этот приём повторяют до пяти раз. Следует убедиться, что толчки приходятся не на мечевидный отросток или нижние рёбра — это может стать причиной травмы живота.






Инородное тело (дети старше 1 года)

Для устранения обструкции ВДП, вызванной инородным телом у детей старше года, выполняют 5 ударов по спине. При их неэффективности может быть использован прием Геймлиха:

1. Если ребенок стоит, необходимо встать на колени за его спиной, расположить руки через подмышечные области ребенка, обхватывая его грудную клетку.
2. Расположить руки таким образом, чтобы внутренняя сторона большого пальца находилась на передней брюшной стенке (в области эпигастрия) на уровне середины линии соединяющей мечевидный отросток с пупком. Наиболее целесообразно именно такое расположение рук, «спасателя», поскольку оно предупреждает повреждение паренхиматозных органов.



Инородное тело (дети старше 1 года)

3. Выполнить 5 резких толчков в вертебро-краниальном направлении.
4. Выполнять каждое нажатие следует резким и толчкообразным движением с намерением облегчить "обструкцию".
5. Продолжать серии из 5 толчкообразных нажатий до тех пор, пока ино родное тело не будет удалено или не будет принято решение о неэффективности дано го метода.



Рис. 8

ОЦЕНКА ТЯЖЕСТИ

НЕЭФФЕКТИВНЫЙ КАШЕЛЬ

БЕЗ СОЗНАНИЯ

1. Обеспечить проходимость ВДП
2. ПЯТЬ вдохов
3. СЛР

В СОЗНАНИИ

1. Нанести 5 резких ударов по спине
2. Выполните прием Геймлиха (пять резких толчков в области груди для младенцев, живота – для детей старше 1 года)

ЭФФЕКТИВНЫЙ КАШЕЛЬ

1. Стимулируйте кашель
2. Продолжайте наблюдение при неэффективном кашле до полного устранения обструкции



Анафилактический ШОК

неотложная помощь

Анафилактический шок



Неотложное лечение пациента с анафилаксией следует начинать при наличии трёх из нижеперечисленных признаков:

- 1) внезапное начало и быстрое прогрессирование симптомов;
- 2) жизнеугрожающие нарушения А (airway – дыхательные пути), и/или В (breathing – дыхания), и/или С (circulation – кровообращения);
- 3) изменения со стороны кожных покровов и/или слизистых (гиперемия, уртикарная сыпь, ангионевротический отёк).

Анафилактический шок



Отсутствие симптомов со стороны кожных покровов не исключает диагноз анафилаксии!

Алгоритм действий при первых признаках анафилаксии:

- 1) прекратить введение триггерного препарата;
- 2) оценить уровень сознания. Если пациент в сознании – спросить «Как Вы себя чувствуете?», если ответа не последовало – возможны проблемы с дыханием;
- 3) провести мониторинг витальных функций: – пульсоксиметрия, – ЭКГ, – неинвазивное АД;
- 4) обеспечить венозный доступ.

Диагностика и лечение аллергических реакций по системе ABCDE

Анафилактический шок



Диагностика и лечение аллергических реакций по системе ABCDE

A – airway (дыхательные пути).

B – breathing (дыхание).

C – circulation (кровообращение).

D – disability (отсутствие сознания).

E – exposure (экспозиция).

Выраженные симптомы со стороны дыхательной системы, системы кровообращения и желудочно-кишечного тракта, быстрое прогрессирование симптомов до шока, дыхательной недостаточности или смерти

Декомпенсация дыхательной недостаточности (стридор, свистящее дыхание, тахипноэ, диспноэ, нарушения глотания)

НЕТ

ДА

Уложить пациента. 100% O₂.
Обеспечить хороший сосудистый доступ (без задержки введения адреналина).
Непрерывный мониторинг АД, ЧСС, SpO₂ и респираторных симптомов

Немедленная интубация, отсрочка повышает риск ТДП.
При выраженном отеке ВДП – коникотомия

Адреналин в/м 0,3–0,5 мг 1 : 1000
в переднюю или латеральную часть бедра.
У 70% больных необходим повтор через 5 мин
При сохранении симптомов после в/м адреналина – адреналин в/в 0,1–0,2 мг (1 : 1,000 с 9 мл 0,9% NaCl = 0,1 мг/мл) в течение 1–2 мин до ответа
При гипотензии
1000–2000 мл 0,9% NaCl в/в в виде быстрой инфузии

НЕТ

Клинический ответ?

ДА

Фон приема β-блокаторов:
• глюкагон 1–2 мг в/в или в/м в течение 5 мин до эффекта
При продолжающейся гипотензии:
• инфузия адреналина 0,1–1 мкг/(кг · мин⁻¹) с титрованием дозы
• продолжать агрессивную инфузионную терапию
При нарушении дыхания в отсутствие ИВЛ:
ингаляции β-агонистов (сальбутамол по 0,5 мл 0,5% р-ра в 2,5 мл 0,9% NaCl через небулайзер – 15 мин)

Блокаторы H₁ и H₂ гистаминовых рецепторов

- 1) Дифенингидрамин или хлорфенамин (H₁) 25–50 мг в/в и
- 2) Ранитидин (H₂) 50 мг в/в или Фамотидин (H₂) 20 мг в/в



Коникотомия

Техника выполнения



Коникотомия

Показанием к коникотомии является стеноз гортани различной природы (воспалительной, аллергической, опухолевой и др.) с резким нарушением дыхательной функции, когда нет времени или условий для трахеотомии.



1.



2.



3.



4.



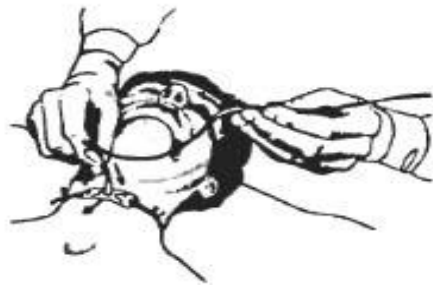
5.



6.



7.



8.

