

Срс: на тему: Неотложная ортопедическая стоматологическая помощь

Подготовили: студентки 508 стом Тәліп
Жулдызай

Тулешова Анара, Шәкен Әйгерім

Проверила: Жилкибаева Жанна
Бопановна



Сердечно легочная реанимация- комплекс неотложных мероприятий направленный на восстановление жизнедеятельности организма и выведение его и состояния клинической смерти



Опред клин смерти

- Отсут дыхание
- Отсут пульс на сонной артерии
- Отсут реак зрачка на свет



1. Отсутствие пульса на сонных артериях



2. Отсутствие дыхания



3. Расширение зрачков
Doctvrach.com

Состояние биологич смерти

- 1.отсут дыхание
- 2.отсут реакц зрачка на свет
- 3.отсут пульса на сонной артерии
- 4 при надавливании сбоку на глаз зрачок принимает форму «кошачьего глаза»
- 5 появление на теле трупных пятен



Обструкция дыхательных путей, гиповентиляция, остановка сердца явл основными причинами смерти при несчастных случаях

Необратимое поражение мозга развивается при некорригированной тяжелой гипоксемии или при остановке кровообращения более чем в 3-5мин

Немедленное применение СЛР может предупредить биологическую смерть



Стадии и этапы сердечно –легочной реанимации (Сафар 2000)

- **Первая стадия** –состоит из следующих срочных этапов:
 - *** (А) восстанов. Прходимости дых. Путей
 - *** (Б) адекватная легочная вентиляция и оксигенация
 - *** (В)- Осущ. искуст-го кровообр. Путем наружного массажа сердца
- **вторая стадия** –
 - **** (Г)- восстановление спонтанного кровообращения (медикаментозные препараты, жидкости, электрокардиография,
 - деффибриляция), и после реанимационное введение пациента.

Алгоритм действия

Шаги	Алгоритм действия	
Оценка состояния пациента		
Определить сознания	Похлопать по плечу и окликнуть ребенка	
Определить пульсацию на сонной артерии	Нащупать сонную артерию, определить ее пульсацию	
Определить наличие дыхания	Зрительный контроль наличия движений грудной клетки	
Вызвать помощь	Вызвать или попросить вызвать бригаду скорой неотложной помощи	

Проведение

Подготовить пациента **СЛР**

Правильно установить руки на грудине ребенка

Установить рабочую руку на нижнюю половину грудины, точкой опоры является тенар и гипотенар рабочей руки; основание левой руки положить на лоб ребенка

Проведение компрессии грудной клетки

Прилагать усилие строго вертикально, рука в локтевом суставе выпрямлена.
глубина компрессии – $\frac{1}{3}$ диаметра грудной клетки (5 см.), не отрывая ладони от груди.
частота компрессий – 30 (не менее 100 в мин.);
интервалы между сжатиями должны быть минимальными
грудная клетка должна полностью расправляться после каждого сжатия
(при нарушении техники данный шаг

Осмотр ротовой полости

Осмотреть полость рта, очистить ротовую полость

Проведение тройного приема Сафара

Запрокинуть голову

Положить одну руку на лобно-теменную область ребенка и откинуть голову назад

Выдвинуть нижнюю челюсть

Одновременно другой рукой поднимая подбородок, выдвигают нижнюю челюсть

Открыть рот

Открыть рот ребенка

Проведение искусственной вентиляции легких

Закрывать нос (рот) ребенка

Пальцами руки закрыть нос (рот) ребенка

Произвести выдох в дыхательные пути

Произвести выдох в дыхательные пути так, чтоб грудная клетка поднялась, второй выдох производится после контроля видимой экскурсии грудной клетки

(при нарушении техники данный шаг считается невыполненным)

Соблюдение соотношения компрессий и вдохов 30:2	Соотношение компрессий и вдохов 30:2
Проведение 1 периода сердечно-лёгочной реанимации	Провести один период СЛР – 5 циклов СЛР в течение не более 2-х минут
Определение эффективности СЛР	Определить наличие пульсации на сонной артерии и дыхания

- Клиническая ситуационная задача
- Место событий: улица
- Данные о пациенте: мальчик, 8 лет.
- Условие: ребенок задел искрящийся осветительный столб и его отбросило на землю. Сознание отсутствует.

- Задания:
 - 1. Оцените состояние пациента
 - 2. Проведите сердечно-легочную реанимацию
 - 3. Проведите мониторинг эффективности проводимых реанимационных мероприятий.

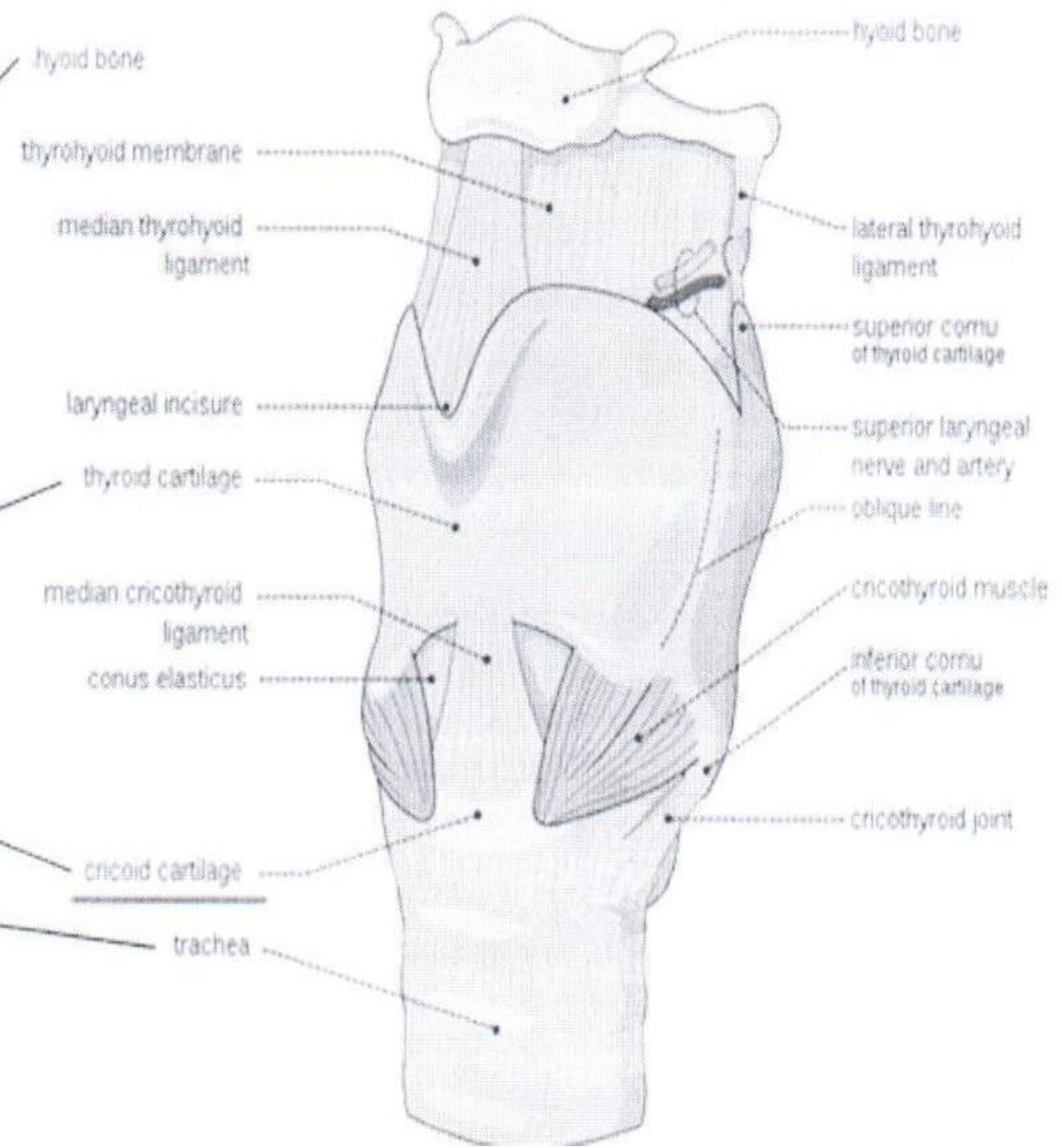
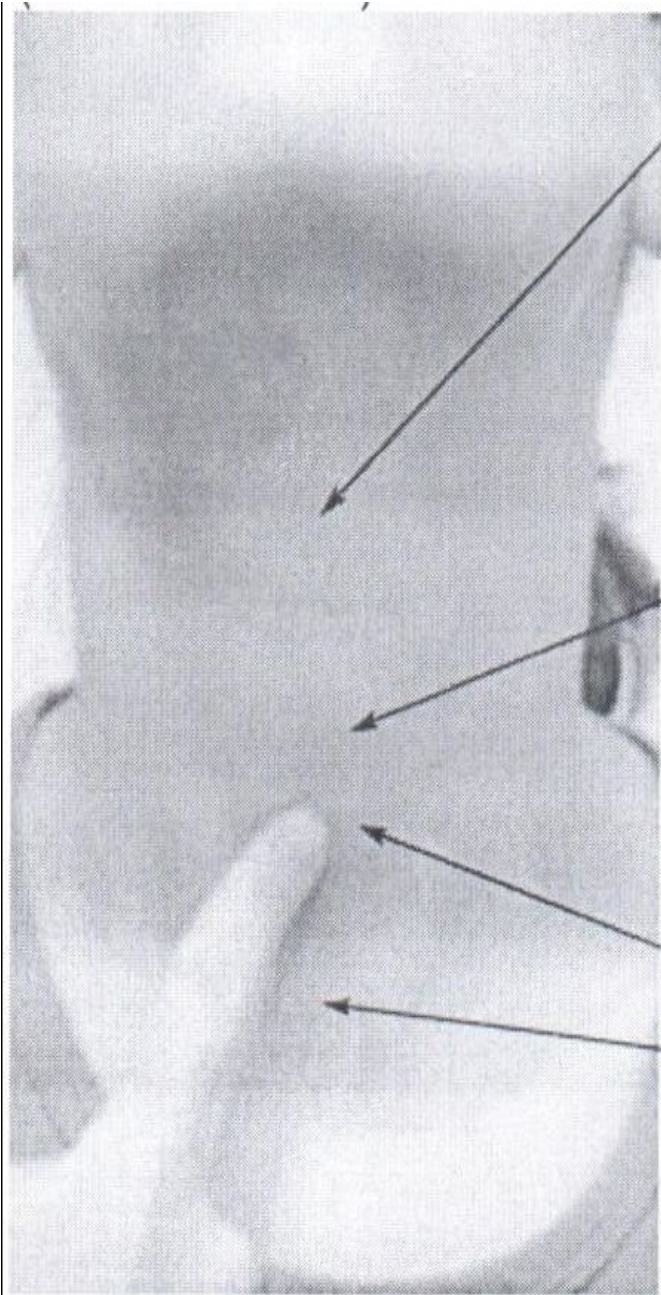
- Неотложная помощь при непроходимости дыхательных путей:
- Коникотомия- срединное рассечение гортани между перстневидным и щитовидным хрящами в пределах перстнещитовидной связки.



■ Анатомические ориентиры:

1. Перстневидный хрящ
2. Щитовидный хрящ
3. Коническая связка (перстнещитовидная)
4. Верхний отдел гортани- кадык
5. Нижний отдел гортани- между перстневидным и щитовидным хрящом легко прощупывается коническая связка





▪ **Алгоритм действий:**

- 1.** Уложить пациента на горизонтальную поверхность, успокоить, под плечи валик, чтобы голова откинулась назад
- 2.** Помыть руки, надеть перчатки
- 3.** Взять стерильный лоток, подготовить инструменты: 2 скальпеля, расширитель Труссо, трахейный крючок, пинцет, изогнутый зажим, москит, стерильный материал (шарики, прямоугольная салфетка, 2 салфетки «штанишки», коническая трубка



1. Расширитель трахеостомический Труссо:



2.

Крючок хирургический трехзубый (зубчатый крючок Фолькмана):



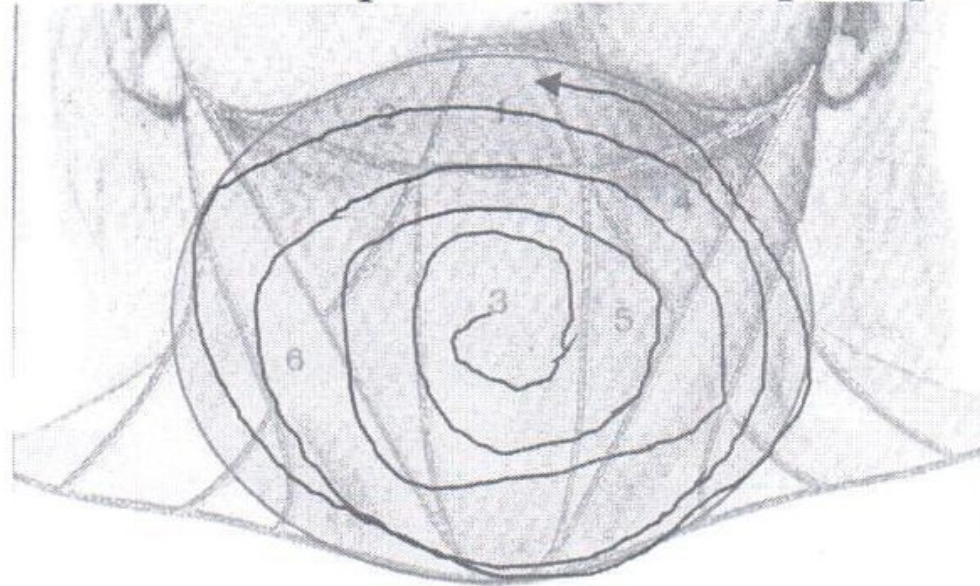
3.

Трахеальный крючок однозубый острый:

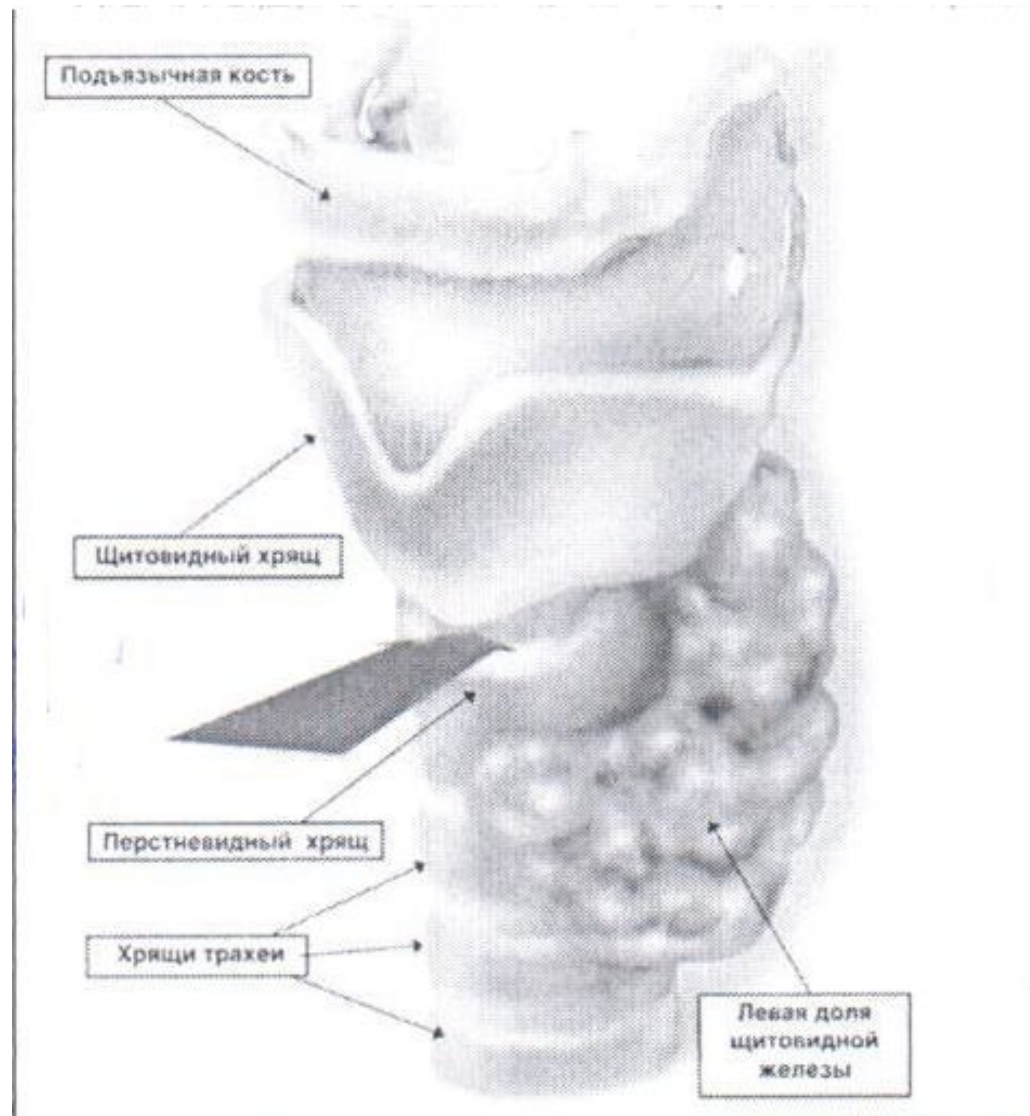


4 ДЕЙСТВИЕ

Обрабатываем операционное поле пинцетом и шариком 70% спиртовым раствором, от центра к периферии, захватывая подчелюстную область и до яремной ямки. **Трехкратно!**



5. Пальцами левой руки зафиксировать щитовидный хрящ, указательным пальцем пропальпировать перстневидный хрящ и пространство между 2 хрящами-т.е проекцию конической связки. ВЫПОЛНИТЬ обезболивание, полсойная инфильтрация до «лимонной коочки»



- 6. взять скальпель в виде писчего пера, с ограничением дистального конца до 1 см, чтобы не ранить заднюю поверхность трахеи
- 7. выполнить вертикальный разрез кожи, подкожно-жировой клетчатки от края щитовидного хряща к перстневидному хрящу, длина разреза 1 см.
- 8. гемостаз москитом с шариком
- 9. трехзубым крючком расширить края раны
- 10. указательным пальцем левой руки найти коническую мембрану



- 11. выполнить поперечный разрез конической связки, фиксировать трахею
- 12. трахеальным крючком зафиксировать щитовидный хрящ, оттянув его вверх
- 13. ввести в отверстие трахеи расширитель Труссо, удалить трахеальный крючок
- 14. между броншами провести коническую трубку
- 15. зажать расширителем Труссо и повернуть на 90 градусов от себя вправо, чтобы конец трубки был направлен к бронхам



- 16. удалить расширитель Труссо
- 17. трахейным крючком зафиксировать щитовидный хрящ и трубку протолкнуть в трахею. Удалить крючок
- 18. Проверить проходимость грушей
- 19. «проходимость верхних дыхательных путей восстановлена»
- 20. Коническую трубку зафиксировать завязками к шее
- 21. наложить салфетки 2 в виде штанишек, с помощью изогнутого зажима. 1 салфетку в физ. Растворе наложить сверху.
- 22. госпитализация пациента в отделение ОАРИТ



АШ-НАИБОЛЕЕ ТЯЖЕЛАЯ И БЫСТРАЯ ПО РАЗВИТИЮ ФОРМА АНАФ-КОЙ РЕАКЦИИ

- Признаки
- 1. Жалобы пациента на ощущение жара , ошущ дискомфорта, чувство страха
- Тошнота, головокружение, шум в ушах, боль в животе, в груди ,зуд кожи
- 2. Внешне заметные признаки поблед, мраморность кожи, бледность видимы слизистых, цианоз в тяж случ, холод пот, признаки психомотор возб, которое сменяется угнетением созн



В ДАЛЬНЕЙШЕМ АНАФ ШОК МОЖЕТ РАЗВ ПО СЛЕД НАПРАВ

- I синдром гемодин наруш
- Сниз АД
- НИТЕВ слаб пульс
- Тахикард
- Бледность кожи , цианоз, мраморность , глух серд тонов, боли в обл сердца



СИНДРОМ ОДН

- Отек глотки , гортани, надгортанника
- Бронхоспазм, отек эпителия бронхов
- Инспиратор отдышка, затр вдох, вынужденное полож
пациента сидя наклонив вперед



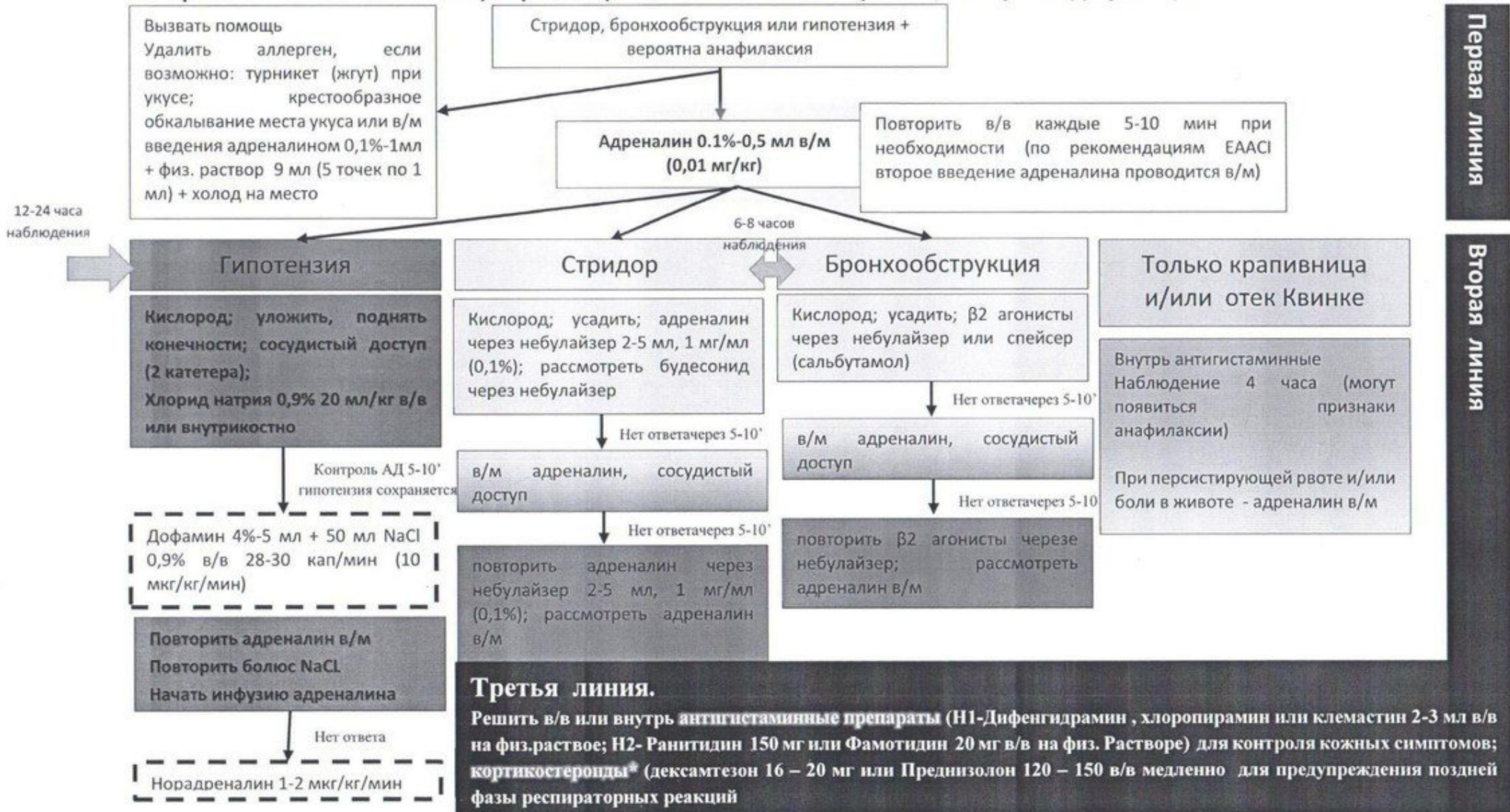
АБДОМИНАЛЪН ФОРМА

- Симптом «Острого живота»
- Тошнота
- Рвота



по подготовке к оценке практических навыков для присвоения квалификационной категории

Алгоритм неотложной помощи при анафилактическом шоке (ЕААСІ, 2014) в модификации



Алгоритм действий

- 1 прекращаем доступ аллергена: удаляем жало если это доступно, наклад жгут на конечность , выше вкола , обкалыв место вкола крестообр, и кладем лед для предтовр всасыв
- 2 подъем ниж конеч- положение Тренделенбурга –под ноги валики вверх под углом 45
- 3Кислород-открыв окно, стесняяющ одежду, поток воздуха
- 4 обеспеч в-в доступ-каттериз 2-х вен
- 5.мониторировать функц витальные каждые 5-10 мин –АД, ЧСС,пульс

- 6. при бронхообст сальбутамол, при необ при сохр бронхообс повторить+ эуфиллин 2,4% 5-6 мг\кг
- 7.при стридоре адреналин через небулайзер 2-5 мл
- 8 внутривен физ раст 20 мл \кг
- 9 если нет стаб АД ПОВТОРЯЮТ адреналин в\в, дофамин 4%-5мл+500мл NaCl 0,9% в\в капельно по 28-30 кап\мин
- 10 если нет стаб АД норадреналин 1-2 мкг\кг\мин 2-4 мг нордреналина (1-2мл 0,2% раствора) разводят в 500 мл физ р-ра

- 11 кортикостероиды дексаметазон 16-20 мг или преднизалон 120-150 мг в\в
- 12 антигистамин препараты H1-гистамин блокаторы клемастин 0,1% -2 мл в\в
- H2 гистамин блокаторы ранитидин 150 мг или фамотидин 20 мг в\в
- 13 определ маршрута пациента направ в стационар наблюд 6-8 часов при анаф без шока и 12-14 ч после АШ