



Неотложная помощь

Подготовила преподаватель Петько Т.Ф.

Судорожный синдром

- **Причины:** столбняк, бешенство, менингоэнцефалит любой этиологии.
- **Судороги** – это спонтанные приступы неконтролируемых мышечных сокращений, которые обусловлены патологическими импульсами из ЦНС.
- Судороги бывают клонические, тонические, клонико-тонические.
- **Клонические** судороги непродолжительны, сокращения чередуются с расслаблением. **Тонические** – продолжительны и заставляют больного принимать вынужденное положение.
- Судороги могут сопровождаться потерей сознания, может возникнуть остановка дыхания и сердечной деятельности.



Судорожный синдром

- **Доврачебная помощь:**
- — уложить пациента горизонтально, голову положить на - бок, зафиксировать;
- — освободить от стесняющей одежды; обеспечить доступ свежего воздуха;
- — следить, чтобы пациент не прикусил язык (между коренными зубами можно ввести шпатель, обёрнутый салфеткой);
- — обеспечить проходимость верхних дыхательных путей;
- — дать увлажнённую кислородно-воздушную смесь любым доступным способом;

Судорожный синдром

- **Первая врачебная помощь.**
- Ввести пациенту противосудорожные препараты:
- — диазепам (седуксен, реланиум) 2-4 мл 0,5% внутривенно (при невозможности – внутримышечно). При отсутствии эффекта в течение 5-10 мин введение седуксена повторяют в той же дозе;
- — аминазин 2 мл 2,5% в/венно или в/мышечно;
- — сульфат магния 10 мл 25% в/венно или в/мышечно;
- — лазикс (фуросемид) 2-4 мл 1% раствора внутримышечно или внутривенно (мочегонный препарат с целью предупреждения отека мозга).
- — при отсутствии эффекта ввести внутривенно капельно 20% раствор натрия оксибутирата 10-20 мл ;



Отек головного мозга

- **Отек мозга** развивается при инфекционных заболеваниях, протекающих с обширными воспалительными изменениями в головном мозге и мозговых оболочках.
- В результате воздействия токсических веществ происходит повышение проницаемости сосудистой стенки и выход жидкой части крови в межклеточное пространство (отек оболочек и вещества мозга).
- С увеличением отека и набухания тканей мозга увеличивается внутричерепное давление, происходит вклинивание продолговатого мозга в большое затылочное отверстие с поражением сосудодвигательного и дыхательного центров.
- **Причины:**
 - — энцефалиты, менингиты, менингоэнцефалиты;
 - — инфекции с резко выраженным синдромом общей интоксикации (грипп, малярия, сепсис);

Отек головного мозга

- **Симптомы:** нарастающая головная боль,
- рвота, не связанная с приемом пищи,
- двигательное и психическое возбуждение,
- выражены менингеальные симптомы,
- судороги,
- потеря сознания,
- угасают роговичные рефлексы, зрачки сужены, реакция их на свет вялая,
- появляется тахикардия, одышка достигает 50-60 дыханий в минуту с нарушением ритма. Смерть наступает от остановки дыхания и сердечной деятельности.



Отек головного мозга

- **Доврачебная помощь:**
- — придать пациенту положение на спине с поворотом головы в сторону;
- — следить за температурой, пульсом, АД, частотой дыхания;
- — при возбуждении показана мягкая фиксация;
- — восстановить проходимость дыхательных путей, обеспечить ингаляцию кислорода.
- **Первая врачебная помощь:**
- — ввести 2-4 мл 1% раствора лазикса (фуросемид) внутривенно или внутримышечно;
- —маннитол 20% 1-2 г/кг в сутки внутривенно капельно;



Отек головного мозга

- при психомоторном возбуждении и судорогах – см. судорожный синдром.
- 4-8 мг дексаметазона или 120-150 мг преднизолона внутривенно или внутримышечно;
- глюкозу 10% 400-800 мл внутривенно капельно;
- реополиглюкин 400-800 мл внутривенно капельно;
- альбумин 10-20% 100 мл внутривенно капельно;
- люмбальная пункция;
- при отсутствии эффекта – перевод в ОИТР.



Гипертермический синдром

- ▣ **Лихорадочная реакция** – это не только проявление болезни, но и путь к санации (очищению) организма. Защитная функция лихорадки заключается в том, что при подъеме температуры выше определенного уровня гибнут патогенные микробы, усиливаются синтез интерферонов, фагоцитоз, активируются другие иммунные реакции.

Гипертермический синдром

- **Доврачебная помощь:**
- — раскрыть пациента (если нет озноба) в целях увеличения теплоотдачи;
- — растереть кожу 70 % этиловым спиртом, разведенным водой в соотношении 1:1 или раствором уксуса (1 столовая ложка уксуса на стакан воды) до покраснения;
- — положить холод на голову пациента, на область крупных сосудов шеи, паховую область;
- — влажные обертывания;
- — обдувание вентилятором;
- — обеспечить доступ свежего воздуха и увлажненного кислорода;
- — следить за температурой, пульсом, АД;

Гипертермический синдром

- **Первая врачебная помощь:**
- литическая смесь: метамизол (анальгин) 2 мл 50 %; дротаверин (папаверина гидрохлорид) 2мл 2 % или кеторолак 1 мл 3% раствора в/в или в/м.
- при угрозе развития судорог ввести внутримышечно 2 мл 0,5 % раствора диазепама (седуксена).
- растворы 5% глюкозы, Рингера, «Трисоль», «Ацесоль», гемодез, реополиглюкин по 400-800 мл внутривенно капельно;
- при необходимости – перевод в ОИТР.

Помощь при кровотечении

- Покой (нельзя перемещать пациента);
- голод (нельзя кормить и поить);
- холод (пузырь со льдом подвесить над областью пупка, больше справа).
- Введение гемостатиков:
- дицинон (этамзилат) 12,5% р-р 2-4 мл в/в струйно или капельно, затем через каждые 4-6 ч. по 2 мл.
- аминокaproновая кислота 5% р-р по 100 мл через каждые 4 часа в/в капельно .
- викасол 1% р-р 1-2 мл в/м.



Помощь при перфорации

- Показано незамедлительное хирургическое вмешательство.
- На догоспитальном этапе запрещено:
- вводить обезболивающие препараты;
- использовать тепло, грелку;
- ставить очистительную клизму и газоотводную трубку;
- назначать слабительные препараты.



Помощь при инфекционно-токсическом шоке

- **Доврачебная помощь:**
- придать пациенту положение с приподнятым ножным концом кровати;
- согреть пациента, грелки к конечностям;
- освободить пациента от стесняющей одежды;
- обеспечить доступ свежего воздуха, дать увлажненный кислород;
- следить за температурой тела, пульсом, АД, ЧД;
- контролировать суточный диурез.

Помощь при инфекционно-токсическом шоке

- **Первая врачебная помощь:** (в условиях реанимационного отделения)
- внутривенно - капельное введение 200мг допамина;
- реополиглюкин (декстран) 400-800 мл внутривенно струйно, затем капельно;
- преднизолон 90-150 мг или гидрокортизон 150-300 мг внутривенно капельно;
- глюкоза 5-10% 400 мл, инсулин 8 ЕД внутривенно капельно, солевые растворы;
- альбумин 10-20% 200-400 мл внутривенно;
- фуросемид 1% 2-4 мл внутривенно;
- гепарин 5-10 тыс. единиц внутривенно.
- антибактериальные препараты – цефалоспорины, аминогликозиды.
- ИВЛ

Анафилактический шок

- **Доврачебная помощь:**
- — прекратить введение препарата;
- — опустить головной конец кровати;
- — освободить шею от стесняющей одежды, уложить пациента на правый бок;
- — наложить жгут выше места введения препарата на 25 мин;
- — обколоть место инъекции 0,1% раствором адреналина;
- — обеспечить доступ свежего воздуха;
- — дать увлажненный кислород;
- — следить за пульсом, АД, ЧД.

Анафилактический шок

□ Первая врачебная помощь:

- — внутривенно капельно под контролем АД и ЧСС наладьте введение 1 мл 0,1% раствора адреналина в 400 мл 0,9% раствора натрия хлорида до нормализации АД;
- — введите внутривенно кортикостероиды — преднизолон 90-150 мг или гидрокортизон 400-600 мг;
- — полиглюкин или реополиглюкин по 400 мл внутривенно капельно;
- — супрастин 2% 2мл, пипольфен 2,5% 2мл внутривенно капельно;
- — при бронхоспазме — эуфиллин 2,4% 10 мл внутривенно медленно;
- — при сердечной недостаточности — сердечные гликозиды на 0,9% растворе натрия хлорида: 1 мл 0,05% раствора строфантина или 1 мл 0,06% раствора коргликона, мочегонные — фуросемид или лазикс 2-4 мл 1% раствора;



Гиповолемический шок

- **Доврачебная помощь:**
- — поместить пациента на холерную кровать, предварительно взвесив его;
- — повернуть пациента или его голову набок, убрать подушку;
- — оказать помощь при рвоте и диарее;
- — контролировать пульс, АД, температуру тела;
- — учитывать каждые 2-3 часа количество рвотных масс, кала и мочи;



Гиповолемический шок

- **Первая врачебная помощь:**
- — стандартные солевые растворы «Квартасоль», «Трисоль», «Ацесоль», «Хлосоль» и другие вначале внутривенно струйно 100-200 мл/мин в течение 30 мин, затем 50-75 мл/мин в течение 1 ч , а затем внутривенно капельно с учетом теряемой жидкости;
- **Примечание:**
- — солевые растворы перед введением необходимо подогреть до температуры 37°C;

Ложный круп

- ❑ **Ложный круп** (острый стенозирующий ларинготрахеит) - это воспалительный процесс в гортани и трахее, с выраженным отеком этих органов, что может привести к асфиксии и летальному исходу.
- ❑ Развитие этой болезни могут спровоцировать вирус гриппа, парагриппа, аденовирусная инфекция и некоторые детские заболевания - корь, скарлатина, коклюш.
- ❑ Также в группу риска попадают аллергики - характерный отек гортани может быть вызван реакцией организма на токсины, выделяемые вирусом.
- ❑ Страдают преимущественно дети, что связано с особенностями строения гортани.



Ложный круп

- На фоне ОРВИ появляется лающий кашель, осиплость голоса, нарастает инспираторная одышка (затруднен вдох), которая вначале заметна только при плаче ребенка.
- Но по мере прогрессирования заболевания выраженная одышка проявляется в покое, в результате чего ребенок становится беспокойным, появляются признаки тяжелой дыхательной недостаточности, цианоз, втяжение межреберных промежутков, помрачение сознания.
- Если не оказать помощь наступает летальный исход.

Ложный круп

□ **Доврачебная помощь:**


- обеспечить доступ свежего воздуха (открыть форточки);
- придать ребенку удобное для него положение;
- увлажнить воздух в помещении с помощью увлажнителя воздуха, если его нет, то развесить мокрые полотенца на радиаторах отопления или поставить емкость с водой около радиатора.
- сделать ребенку щелочную паровую ингаляцию с содовым раствором (1 чайная ложка соды на 1л кипятка и добавить 5 капель растительного масла) или использовать минеральную воду для ингаляций;
- если нет ингалятора, «парную» можно устроить в ванной. В ванну открываем горячую воду на полную мощность, высыпая пачку соды. Зайти в ванну с ребенком и дышать — быстро помогает облегчить дыхание;
- напоить ребенка теплым чаем, молоком с содой или боржоми;
- теплые ножные и ручные ванночки (температура воды не выше 40°) если у ребенка нет высокой температуры;
- очистить дыхательные пути от мокроты, вызвав рвоту.

Ложный круп

- **Первая врачебная помощь:**
- — освободить верхние дыхательные пути, провести оксигенотерапию увлажненным кислородом;
- — ингаляции с 0,1% раствором адреналина, разведенным 0,9% раствором натрия хлорида;
- — ввести однократно преднизолон 5 мг/кг массы внутримышечно или внутривенно (кортикостероиды можно применять в виде дозированного аэрозоля);
- — антигистаминные препараты – супрастин, пипольфен;
- — бронхолитики – эуфиллин, эфедрин;
- — инфузионная терапия – 5% раствор глюкозы; 0,9% раствор натрия хлорида;
- — мочегонные препараты – лазикс (фуросемид); **препараты назначаются в соответствующих возрастных дозировках;**
- — при отсутствии эффекта – перевод в ОИТР для выполнения интубации трахеи или трахеотомии.



Дыхательная недостаточность

- **Причины:**
 - острые респираторные вирусные инфекции;
 - дифтерия, ботулизм, столбняк, бешенство.
 - **Симптомы:** беспокойство пациента, ощущение нехватки воздуха, частота дыхания более 40 или менее 8 в 1 мин; цианоз кожных покровов, тахикардия, повышение АД.
 - Могут появиться судороги, нарушение сознания, бред, галлюцинации.
 - При запаздывании помощи – развивается кома с угнетением всех жизненно-важных функций и летальный исход.
- 



Дыхательная недостаточность

- **Доврачебная помощь:**
- придать пациенту положение полусидя;
- обеспечить доступ свежего воздуха;
- освободить пациента от стесняющей одежды;
- дать увлажненный кислород ;
- следить за дыханием, пульсом, АД;

Дыхательная недостаточность

- **Первая врачебная помощь:**
- обеспечить проходимость дыхательных путей, оксигенотерапия;
- аэрозоль с эфедрином, эуфиллином, гидрокортизоном в виде ингаляций;
- атропина сульфат 0,1% 0,5 мл подкожно;
- эуфиллин 2,4% 10 мл внутривенно медленно;
- глюкокортикостероиды: преднизолон 120-300 мг внутривенно;
- фуросемид 1% 2-4 мл внутримышечно.



Острая печеночная недостаточность

- **Острая печеночная недостаточность** – это нейропсихический синдром, характеризующейся нарушением сознания, неврологическими отклонениями, связанный с глубоким угнетением функции печени и накопления в крови токсических веществ, влияющих на ЦНС.
- **Причины:**
- вирусные гепатиты В и D;
- цирроз печени;
- отравление гепатотропными ядами;
- тяжелые ожоги, отморожения.



Печеночная энцефалопатия (кома)

- Начинается кома постепенно.
- Пациенты с трудом отвечают на простые вопросы, нарушается ориентация в пространстве и времени, периодически возникает резкое возбуждение, пытаются убежать.
- Большую же часть времени пациенты дремлют или спят, нередко возникают непроизвольное мочеиспускание и дефекация.
- Далее наступает глубокая печеночная кома, сознание полностью отсутствует, нет реакции даже на боль, наблюдаются приступообразные судороги.
- Появляется дыхание типа Куссмауля.
- Выявляется «печеночный» запах изо рта.



Печеночная энцефалопатия (кома)

- Состояние крайне тяжелое.
- Появляются патологические рефлексы (сосательный, хватательный).
- Ярко выражены признаки геморрагического синдрома.
- Резко падает АД, частый нитевидный пульс, анурия.
- Затем наступает остановка дыхания.



Острая печеночная недостаточность

- **Доврачебная помощь:**
- помощь во время рвоты;
- обеспечение питьевого режима;
- контроль за пульсом, АД, ЧД;
- при возбуждении – мягкая фиксация пациента;
- подача увлажненного кислорода.

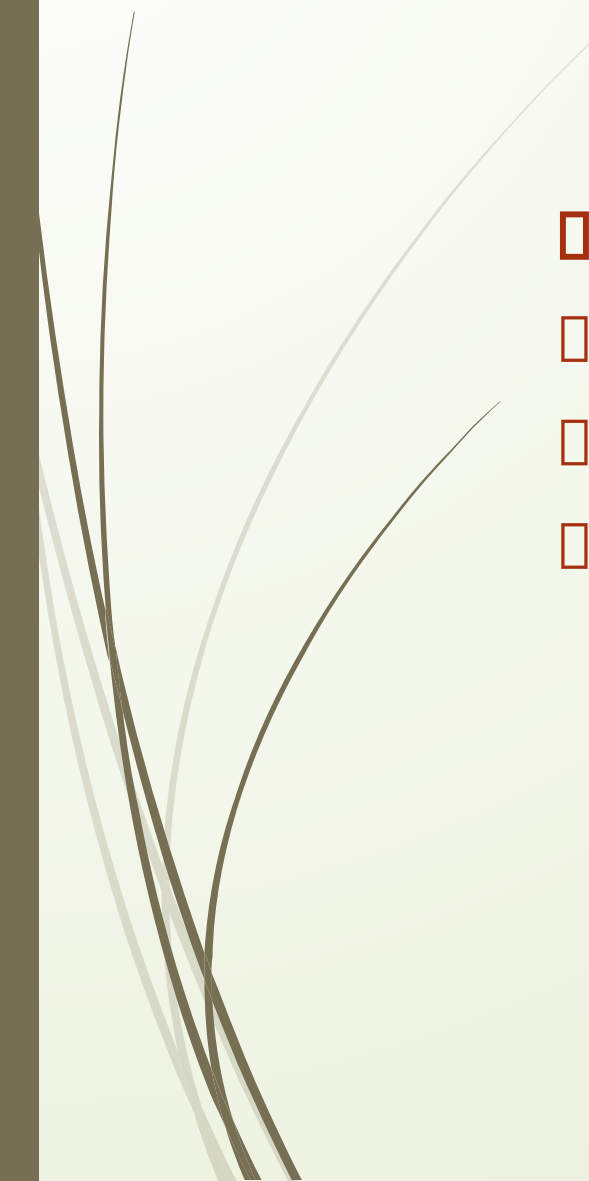
Острая печеночная недостаточность

- **Первая врачебная помощь:**
- — глюкоза 5% 400 мл, инсулин 8 ЕД, аскорбиновая кислота 5% 8-10 мл внутривенно капельно;
- — преднизолон 150-250 мг внутривенно;
- — реополиглюкин 400 мл с гепарином 10 тыс. ЕД внутривенно капельно
- — лазикс 2-4 мл 1% раствора внутривенно или внутримышечно;
- — при психомоторном возбуждении, судорогах (см. судорожный синдром).
- При геморрагическом синдроме (см. помощь при кишечном кровотечении).



Острая почечная недостаточность (ОПН)

□ Причины:

- геморрагическая лихорадка с почечным синдромом;
 - лептоспироз;
 - тропическая малярия и другие инфекционные заболевания.
- 



Острая почечная недостаточность

- Симптомы:
- олигурия, переходящая в анурию;
- головная боль, повышение АД, рвота;
- вследствие задержки жидкости в организме развивается отечный синдром;
- нарастает сердечная недостаточность;
- может развиваться энцефалопатия с клиникой прекомы или комы.



Острая почечная недостаточность

- **Доврачебная помощь:**
- следить за диурезом;
- контролировать пульс, АД, дыхание;
- наблюдать за поведением больного;
- оказывать помощь при рвоте.



Острая почечная недостаточность

- **Первая врачебная помощь:**
- для улучшения микроциркуляции - внутривенное капельное вливание 5 мл 0,05% раствора допамина в 200 мл раствора глюкозы;
- положить грелки к ногам;
- ввести 4-6 мл 1% лазикса (фуросемид) внутривенно;
- для стабилизации сосудистого тонуса внутривенно капельно полиглюкин, реополиглюкин (400 мл) или гемодез (400 мл).
- срочно доставить пациента в ОИТР, в котором налажено лечение гемодиализом.