



АО « Медицинский Университет Астана»  
кафедра скорой неотложной помощи

# СРС

на тему:

Составление алгоритмов оказания  
неотложной доврачебной помощи

Выполнила: Ериккызы М.536ОМ

Проверил: Насыров В.В.

## ● Тактика СМП при ОНМК

● Три insultных отделения:

● Есиль – БСМП

● Алматы – 1ГБ

● Сары-Арка – ЦДБ

●

● !!! Обязательно предварительное оповещение стационара

● !!! В карте вызова сделать отметку, ждала ли insultная бригада

● !!! В приемном отделении – записать фамилию врача, которому сдали больного, и время передачи

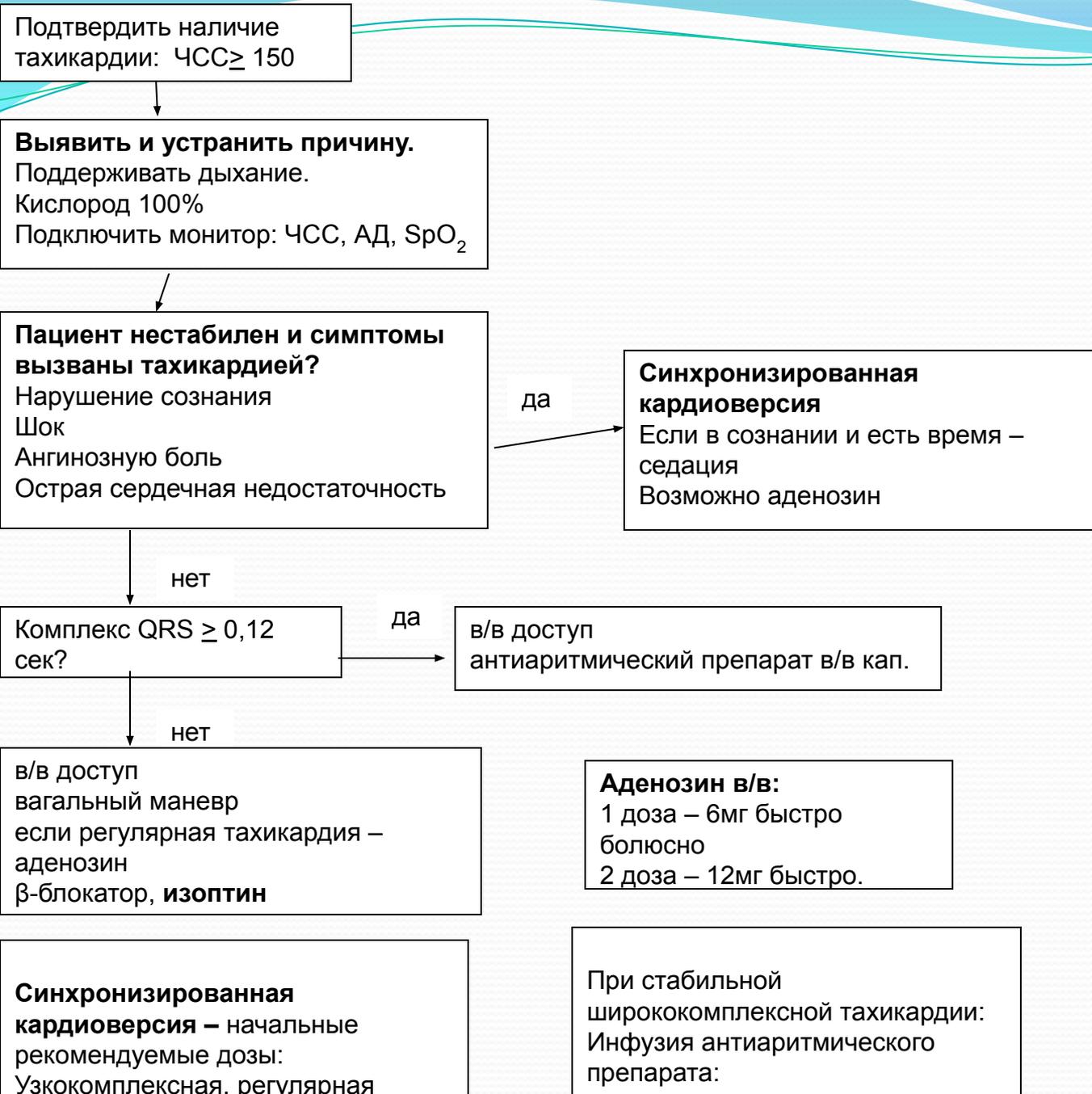
● !!! Не уезжать, пока не сдадите пациента

●

● Еженедельно передается сводка оповещения стационаров, времени передачи ожидания

● Каждую пятницу – дежурства в приемном или insultном отделении

# АЛГОРИТМ ЛЕЧЕНИЯ ТАХИКАРДИИ С ПУЛЬСОМ. 2010Г. AMERICAN HEART ASSOCIATION.



- **2. Повод «Боль в груди».**
- Уложить больного с приподнятым головным концом
- Обеспечить приток свежего воздуха
- Дать таблетку нитроглицерина под язык, повторить через 5мин, до трех раз
- При длительности более 15мин дать разжевать таблетку аспирина
- Приготовить все записи, амбулаторные карты
- Если внезапно теряет сознания – см.Схему 1

- Поражение электрическим током
- Освобождение пострадавшего от действия электрического тока:
  - а) не попасть самому под действие тока;
  - б) помощь оказывать в резиновой обуви и перчатках
  - в) обесточить пострадавшего снятием провода или набросом;
  - г) приближаться к больному под током, не отрывая ног от земли (гуськом, волоча ноги
  -
- 2) Проверить пульс! Если его нет – начать реанимационные мероприятия.
- (см.Схему 1 – «без сознания»

## ● Утопления

- возможен перелом шейного отдела при травме ныряльщика – не допускать движений шеи!!!
- Очистить рот от инородного содержимого
- Проверить, есть ли пульс.
- а) Есть пульс: - уложить на живот, бок, передать бригаде СМП.
- б) Пульса нет: - реанимация (см.Схему 1)
- Нельзя оставлять пострадавшего без присмотра в связи с возможностью наступления синдрома вторичного утопления, самостоятельно перевозить больного, если есть доступ к СМП, терять время на извлечение всей воды из дыхательных путей, прекращать реанимационные мероприятия до наступления биологической смерти или приезда бригады СМП

## ● Общее переохлаждение

- Укрыть, дать тёплый сладкий чай,
- Доставить в тёплое помещение.
- Поместить больного к источнику тепла
- Переодеть в сухое.
- Продолжать давать тёплое, сладкое питье до передачи СМП.
- Нельзя давать алкоголь в случае алкогольного опьянения, использовать воду с температурой ниже 30°. Если пострадавший неадекватен, жалуется на жар, раздевается на морозе – это верный признак критического переохлаждения.

## ● Отморожения

- Как можно скорее доставить в тепло.
- Аккуратно снять с отмороженных конечностей обувь и одежду.
- удалить сдавливающие предметы с конечностей
- Наложить тёплую изолирующую повязку с ватой или укутать теплыми вещами.
- Дать тёплое, сладкое обильное питьё.
- Нельзя растирать, применять ванночки, грелки, смазывать маслами и жирами.

## ● Укусы ядовитых насекомых, змей

- Если жало в ранке – удалить.
- Холод к месту укуса
- Закапать 5-6 капель сосудосуживающего препарата (галазолин, нафтизин, санорин) в нос и ранку от укуса.
- Обязательно наложить шину.
- Давать обильное питье и 1-2 таблетки антигистаминного препарата ("супрастин", "тавегил", "димедрол", "кларитин" и т.д.).
- Следить за состоянием пострадавшего до прибытия СМП.
- При потере сознания, уложить на живот, бок, при отсутствии пульса приступить к реанимации.

## ● 2.5. Экстренная госпитализация

### ● 2.5.1. Показания к экстренной госпитализации:

- (основаны на принципах, определяющих необходимость экстренной госпитализации)
- Несчастные случаи, жизнеопасные заболевания, возникшие остро или осложнившие течение хронического заболевания, независимо от места происшествия.
- Вызовы с улицы, из общественного места, общежития, с производства – независимо от диагноза.
- Повторные вызовы (вызов к одному и тому же больному не позднее, чем через 24 часа от момента предыдущего вызова СМП), (в зависимости от диагноза).
- Сомнительные случаи, когда диагноз неясен, по принципу И.И.Джанелидзе: «В сомнении – госпитализируй, и, чем раньше, тем лучше!»
- Витальные показания при инфекционных заболеваниях.

- **Социальные показания:** социально-опасные больные с острыми психозами, после суицидальных попыток, а так же одинокие, беспомощные, прикованные к постели, с угрозой развития жизнеопасных осложнений.
- Роды.
- Госпитализация детей до 1 года – обязательна, независимо от характера заболевания и тяжести состояния!
- 9. Экстренной госпитализации подлежат все больные с заболеваниями и состояниями, относящимися к группе «повышенного риска» развития жизнеопасных ситуаций: впервые развившиеся приступы и припадки, полиморбидные синдромы: синкопальное (обморочное) состояние, судорожный синдром, ухудшение в состоянии больных, перенесших реконструктивные операции на органах и сосудах (протезирование сердечных клапанов, крупных сосудов, пересадка почек, имплантированные кардиостимуляторы и др.).

- **2.5.2. Противопоказания к экстренной госпитализации:**
- Состояние нетранспортабельности больного (относительное, абсолютное).
- Нецелесообразность транспортировки
- Отказ больного от госпитализации (кроме тех ситуаций, когда больной представляет социальную опасность для себя или для окружающих).
- Примечание 3: В перечисленных ситуациях оказание экстренной помощи возлагается на ССМП, а дальнейшее наблюдение и лечение больных – на районную поликлинику (службу семейного врача) или ЦРБ (в том числе и обеспечение консультативной помощью специалистов). В необходимых случаях (отдаленные труднодоступные населенные пункты) возможно привлечение межрайонной (областной) консультативной службы СМП (санавиация) или бригад территориального центра медицины катастроф

- **Тактика при отказах от госпитализации больных с жизнеопасными заболеваниями и состояниями всегда требует от врача не только внимательного отношения к больному, но и тщательного документального и юридического оформления.**
- Во всех случаях отказа больного с жизнеопасным состоянием от госпитализации врачом (фельдшером) бригады СМП должен быть информирован старший врач диспетчерской, а обстоятельства случая оформлены в **карте вызова** и скреплены подписями больного и (или) доверенного лица. В необходимых случаях возможно повторное посещение больного по витальным показаниям бригадой СМП ( т.н. «активный вызов себе»).
- В случаях отказа в приемном покое больному, доставленному бригадой СМП, дежурный врач должен написать мотивированный отказ в сопроводительном листе, скрепив своей подписью

- **Ведущие принципы и пути решения общетактических задач выездными бригадами СМП**
- Познание причин и факторов, приводящих к возникновению ошибок врачей и фельдшеров **СМП**, само по себе недостаточно для их эффективной профилактики. Оно должно сочетаться с чёткими представлениями о принципах и методических подходах к практическому решению тактических задач

- **Дилеммы, с решением которых сталкивается врач (фельдшер) в ходе выполнения вызова:**
- **Дилемма №1:** нуждается ли больной в **оказании экстренной помощи**
- **Дилемма №2:** необходимость предварительного решения организационно-тактических вопросов (приоритет тактики)
- **Дилемма №3:** необходимость проведения лечебно-диагностических мероприятий и последовательное (либо параллельное) решение тактической задачи.
- При решении дилемм №2 и №3 перед врачом неизменно возникает
- **Дилемма №4:** тактический выбор - госпитализировать больного или оставить дома?
- И далее, в зависимости от обстоятельств случая - вытекает необходимость осуществления других мероприятий, составляющих основу общей тактики **выездных бригад** (ОТВБ), наряду с решением диагностических задач и выполнением адекватных лечебных пособий

- Приоритет тактики – , включающее ситуации, при которых тактика приобретает первостепенное значение (до 25 % случаев):
  - 1. *Уличные случаи.*
  - 2. *Диагностическая неопределенность (впервые заболел, синкопальные состояния, кома и др).*
  - 3. *Кризисные ситуации (катастрофная обстановка, внезапная смерть, криминальные и социальноопасные случаи).*
- Отклонение от предписанных установок и требований ведения больного - всегда несёт в себе угрозу ошибочных действий с последствиями для здоровья и жизни больного, а для медицинского работника может стать причиной дисциплинарной и юридической ответственности

# 1. Активные действия врача скорой помощи.

- Каждой степени тяжести состояния должны соответствовать достаточно определенные ответы на вопросы. Показана ли больному экстренная госпитализация? Требуется ли госпитализация в ОРИТ? Нужны ли предварительные мероприятия первой помощи, подготавливающие ребенка к транспортировке?
- **Показания к экстренной госпитализации** зависят от нескольких факторов, это прежде всего степень декомпенсации функции жизненно важных органов и систем. При наличии ее необходимость госпитализации несомненно. А при ее отсутствии следует учитывать направленность патологического процесса и скорость ее развития. Эти характеристики могут определяться как возрастом ребенка, так и причиной состояния. Этиологический фактор как повод для госпитализации в наибольшей степени надо учитывать при неотложных состояниях и травмах (острые отравления, кровотечения и др.).
- Существенную группу показаний к экстренной госпитализации составляют состояния у больных и пострадавших с полной компенсацией функций жизненно важных органов и систем. Это прежде всего необходимость неотложной специализированной госпитальной помощи: хирургической (острый абдоминальный болевой синдром, травма конечностей), отоларингологической и офтальмологической (инородные тела и повреждения уха, носа, ) и т.д. Необходимо также учитывать эпидемиологические и бытовые показания