



**Медицинский колледж при АО «Южно-Казахстанская
медицинская академия»**

ЛЕКЦИОННЫЙ КОМПЛЕКС

Дисциплина: "Социальная работа в сестринском деле"
Специальность: 0302000 - "Сестринское дело"
Квалификация: 0302043 - "Медицинская сестра общей практики"

Курс: 4
Семестр: 8
Форма итогового контроля: экзамен
Общая трудоемкость часов / кредитов: KZ: 48/2
Аудиторные занятия: 20
Симуляционные занятия: 28

Шымкент, 2024 г.

Лекционный комплекс составлен на основе рабочей учебной программы по дисциплине «Социальная работа в сестринском деле».

Преподаватель: Тайгашева Н.М..

Специальность: 0302000 - "Сестринское дело"

Квалификация: 0302043 - "Медицинская сестра общей практики"

Лекционный комплекс утвержден на заседании кафедры «Сестринское дело-2».

22 08 2024 г.

Протокол № 1

Заведующий кафедрой: Г.Н. Айбекова Айбекова. Г.Н.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»		
Лекционный комплекс		
80-11-2024 ()		
3 стр из 29		

Лекция №1

4.1. Тема: Введение. Методы клинического обследования и диагностики больного на догоспитальном этапе в экстренных случаях.

4.2. Цель:

- Обучить основным методам диагностики опасных для жизни состояний, требующих безопасного сестринского ухода.
- Оказание неотложной медицинской помощи.

4.3. Тезисы лекции:

Первая помощь – это простые меры, применяемые для спасения жизни человека или уменьшения вредных последствий несчастного случая при внезапной угрозе его жизни или здоровью. К несчастным случаям относятся различные травмы, переломы, растяжения связок, отравления, утопления, ожоги, обморожения, поражение электрическим током и т.д. принадлежит. Основные меры первой помощи: спасение пострадавшего от последствий аварии (вытаскивание из огня, воды); купирование вредных последствий аварии (согревание человека, вдыхание свежего воздуха при появлении запаха); остановить кровотечение, перевязать рану, ограничить движение сломанной ноги или руки; искусственное дыхание, закрытый массаж сердца, скорейшую транспортировку пострадавшего в медицинское учреждение или вызов бригады врачей, оказывающих неотложную медицинскую помощь.

Первый осмотр, первая помощь пострадавшему (прежде всего, направленная на определение угрозы жизненно важным органам) заключается:

- 1) исследование сознания (мозговой системы);
- 2) дыхательный тест;
- 3) проверить пульс (функцию сердца);
- 4) вызвать скорую помощь.

Проверка сознания. Определите, находится ли жертва без сознания. - Если он не почувствует внешних раздражителей, таких как громкий крик, толчок в плечо, считайте, что он согласился помочь. Уход за пациентом является важной частью первой помощи в общей системе. Ему всегда приходится сначала проверять голову, а затем смотреть на руку. Он позволяет определить, размягчен или треснут череп, наличие кровотечения. При осмотре лица следует обратить внимание на его цвет. Бледное, потное, холодное лицо, закрытые глаза и открытый рот — это доказывает, что он находится в бессознательном состоянии. Если лицо горячее и красное, это означает жар. Носовое кровотечение может быть вызвано повреждением черепа, костей носа или кровеносных сосудов носа. Даже если нос сломан, это легко заметить. Осмотр глаз проводится для обнаружения других тел, ран, расширения зрачков и их реакции на свет.

Помимо глаз исследуют ушную оболочку, что доказывает опасность травмирования черепа, проверяют слух и вытекающую из уха жидкость. При осмотре полости рта особое внимание обращают на повреждение полости рта, цвет губ, целостность зубов и костей челюсти. Бледные губы указывают на пороки сердца, а синие губы – на недостаток кислорода. Если жидкость изо рта имеет цвет крови, это означает нарушение работы внутренних органов, дыхательных и пищеварительных путей.

После снятия ошейника осматривают шею, одновременно проверяют целостность шейного отдела позвоночника, его функции, а также осматривают шею на наличие следов насильственного убийства. Для осмотра спины пострадавшего необходимо лечь на живот или на бок, а если это возможно, то его следует потрогать и посмотреть на спину. В процессе работы выявляют поврежденные участки костей, мягких тканей, очаги сосредоточения заболевания. При осмотре спины особое внимание следует обратить на состояние позвоночника.

Проверьте целостность ключиц перед грудной клеткой, надавив на их среднюю часть, затем попросите пострадавшего сделать глубокий вдох; если клетки ребер и грудной клетки не

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»	80-11-2024 ()
Лекционный комплекс	4 стр из 29

повреждены, дыхание ровное, безболезненное и нормальное. После осмотра верхней части грудной клетки осматривают живот и таз. При обнаружении поврежденной детали при визуальном осмотре рук и ног одновременно проводят ручной осмотр. При этом проверяют двигательную функцию рук и ног, их целостность, чувствительность, наличие деформаций, ран, кровотечений. Осмотр позволяет определить состояние пострадавшего, определить участки значительного повреждения, определить способы оказания первой помощи.

4. 4. Иллюстративный материал: 15-20 слайдов

4. 5. Литература:

На последней странице

4. 6. Контрольные вопросы (обратная связь)

1. Первая помощь
2. Принципы оказания первой помощи пострадавшему

2-лекция

4.1. Тема: Терминальные состояния. Методы сердечно-легочной реанимации.

4.2. Цель:

- Обучить основным методам диагностики опасных для жизни состояний, требующих безопасного сестринского ухода.
- Оказание неотложной медицинской помощи.

4.3. Тезисы лекции:

Терминальные состояния (лат. Terminalis — конец, предел) — критический уровень жизнеспособности между жизнью и смертью, сопровождающийся резким снижением артериального давления, глубоким нарушением обмена веществ и газообмена. Академик СССР В.А. По классификации Неговского выделяют 3 вида терминальных состояний: предагония, агония, клиническая смерть. Кроме того, в настоящее время в отделение неотложной помощи попадает воскресший из реанимации организм, что связано с хорошим развитием реанимации, такие ситуации требуют специального комплексного лечения со стороны врача из-за очень сложной патофизиологической структуры. Кроме того, стадии терминального состояния в настоящее время можно классифицировать следующим образом:

Тяжелый шок (шок IV степени);

Глубокая кома 4 балла и ниже;

Коллапс;

Терминальная пауза;

преагония (преагональное состояние);

агония (агональное состояние);

Клиническая смерть. Если мы не сможем спасти пациента от клинической смерти, то наступит биологическая смерть.

Внезапная смерть — это состояние, которое возникает у нормальных людей без какой-либо особой боли или плохого самочувствия в течение 60 минут. Попытки, травмы, удушение, утопление, отравление не приводят к такой ситуации. Причины сердечной недостаточности разделяют на сердечные и экстракардиальные. К-причины:

- Мерцание желудочков;
- Беспульсовая желудочковая тахикардия;
- Полная АВ-блокада;
- Асистолия;
- Электромеханическая диссоциация;
- Выраженная сосудистая дистония.

QONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»	80-11-2024 ()	
Лекционный комплекс		5 стр из 29

Критерии оценки состояния больного в терминальной стадии

1. Оценка пульса на сонных и бедренных артериях;
2. Определение наличия или отсутствия дыхания. Для этого врач может приложить ухо к груди больного, поднести зеркало к носу и рту и провести пинцетом нить или вату.
3. Определяем кому пациента по шкале Глазго.
4. Для оценки зрачкового рефлекса открываем веко и наблюдаем за зрачком, и если при повторном открывании века зрачок не меняется, то «зрачковый» рефлекс отрицательный. При наличии одного из 4-х упомянутых выше признаков реанимационные мероприятия следует провести немедленно в течение 1-4 минут.

Сердечно-легочно-мозговую реанимацию следует проводить больным в первые 1-2-3-4 минуты, поскольку запаса глюкозы в головном мозге, которая является питательным веществом для мозга и осуществляет анаэробный гликолиз, достаточно только для этого. момент. Основные задачи реанимации:

1. Формирование эффективной гемодинамики;
2. Формирование дыхания;
3. Формирование и регуляция функций мозга;
4. Профилактика рецидивов терминального состояния;
5. Профилактика осложнений;

Алгоритм сердечно-легочной реанимации

1. Убедитесь, что можно безопасно связаться с человеком, которому нужна помощь. Проверьте реакцию человека. Проверьте реакцию. Потрясите его плечами и громко скажите: «С тобой все в порядке?» Просить. Потрогайте подошвы ног малыша.
2. Вызов скорой медицинской помощи: вызов бригады скорой медицинской помощи, если пострадавший находится без сознания.
3. Определение пульса на сонной артерии: - 2, 3 и 4 пальцами вместе определяют выступающую часть трахеи; - проведите пальцами вглубь и наружу к пространству между хрящом и мышцей грудины-грудины-соска; - определение пульса путем поглаживания сонной артерии.
4. Метод «вижу, слышу, чувствую» применяется для определения произвольного дыхания больного: - наблюдение глазами за движением грудной клетки; - прислушивайтесь к шуму дыхания, исходящему из полости рта; - ощущение лицом движения выдыхаемого воздуха.

Сердечно-легочная реанимация

5. Подготовка больного: Уложить больного на спину на твердую ровную поверхность, оголить шею и грудь, поднять ноги.
6. Правильное расположение руки на груди пострадавшего: рука располагается перпендикулярно груди в ее средней трети. Точкой опоры будут тенор и гипотенор рабочей руки. Левая рука располагается снаружи правой руки.
7. Провести непрямой массаж сердца: с частотой не менее 100 нажатий в минуту, то есть 30 нажатий за 18 секунд (считая вслух) и глубиной сжатия 5 см. не меньше - для взрослых, не отрывая ладонь от груди, с минимальным разрывом, позволяющим грудной полости вернуться в исходное состояние после каждого сжатия. Сжатие должно производиться быстро и сильно. Рука полностью выпрямлена в локтевом суставе и усилие прикладывается только прямо.
8. Осмотр полости рта: полость рта осматривают и очищают для обеспечения проходимости дыхательных путей, снимают съемный протез.

Проведение трехкомпонентного метода Сафара

9. Наклон головы: возьмитесь за лоб пострадавшего одной рукой и наклоните голову пострадавшего.
10. Выдвижение челюсти вперед: также выдвижение нижней челюсти вперед при поднятии подбородка.
11. Открытие рта больного. Искусственная вентиляция легких

QONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»	80-11-2024 ()	
Лекционный комплекс		6 стр из 29

12. Прикрытие носа (рота) больного: для искусственной вентиляции легких применяют метод «рот в рот» или мешок Амбу. Искусственную вентиляцию легких при использовании метода «рот в рот» производят с помощью влажной салфетки или разреза бинта для обеспечения безопасности и гигиены. Одну руку кладут под шею и затылок больного, а другую руку кладут на лоб больного и откидывают голову назад. Зажать нос рукой, положенной на лоб, чтобы воздух не выходил.

13. Дыхание в дыхательные пути: сделать глубокий вдох, прикрыть губами губы пострадавшего и энергично выдуть весь воздух, находящийся в легких, в дыхательные пути так, чтобы грудная полость пострадавшего приподнялась. Следующий вдох делается, когда грудная полость впервые восстановится. Интервал дыхательных циклов не должен быть более 8–10 в минуту (4–5 счетов – 1 цикл). Объем воздуха, подаваемого пациенту, должен быть на 50% больше обычного объема.

14. Соотношение компрессии и искусственной вентиляции легких должно быть 30:2.

15. Провести 1 период сердечно-легочной реанимации, 5 циклов в течение 2 минут.

16. Определение эффективности сердечно-легочной реанимации (стоп-анализ): определение пульса на сонной артерии.

17. Больного следует отправить в отделение реанимации и предупредить, что больной будет доставлен к ним.

4. 4. Иллюстративный материал: 15-20 слайдов

4. 5. Литература:

На последней странице

4. 6. Контрольные вопросы (обратная связь)

1. Осуществление трехкомпонентного метода Сафара?

2. Терминальное состояние

3-лекция

4.1. Тема : Экстренный сестринский уход при обезболивании, травмах (открытых, закрытых). Десмургия. Травмы. Транспортная иммобилизация.

4.2. Цель:

- Обучить основным методам диагностики опасных для жизни состояний, требующих безопасного сестринского ухода.
- Оказание неотложной медицинской помощи.

4.3. Тезисы лекции:

Травмы – это повреждение тканей и органов человека, нарушение целостности и функции тканей и органов вследствие внешних причин, переломы и вывихи конечностей, травмы мягких тканей и ссадины тела, повреждения органов и многие другие факторы.

Первая помощь – деятельность, направленная на спасение жизни пострадавшего без усугубления его травм, оказание ему различных мер медицинской помощи. Поэтому жизнь пострадавшего и дальнейшие последствия патологических процессов зачастую тесно связаны со временем и качеством оказания первой помощи на месте происшествия. Открытая травма, или рана, нарушение целостности слизистой оболочки и кожи, представляет собой наружную рану, а внутренняя рана характеризуется кровотечением (грудной, брюшной полости, головного мозга). В зависимости от формы повреждающего вещества и видов орудий различают несколько видов травм.

Виды травм:

1. Травмы разделяют по нарушению целостности кожи: открытые и закрытые. Открытая травма – это нарушение анатомической целостности тканей и органов: раны, переломы, ожоги, растяжения. К закрытым повреждениям относятся ссадины кожи, растяжения сухожилий, растяжений мышц, вывихи конечностей, закрытые переломы костей.

QONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»	80-11-2024 ()	
Лекционный комплекс	7 стр из 29	

2. Острые и хронические травмы. Острый – повреждение, вызванное внезапным воздействием на ткани организма. Хроническое повреждение – это повреждение, вызванное повторяющимся и продолжительным воздействием небольшой силы.

3. Прямые и косвенные травмы. Прямые травмы возникают в месте удара. Косвенные травмы, травмы, возникающие в других частях тела.

4. Обратимые и необратимые травмы.

Причиной травмы являются механические факторы (удар, падение под тяжелую тарелку, падение с высоты), химические факторы (воздействие кислот, отравляющих веществ), биологические факторы (воздействие бактерий, вирусов, других макро- и микро- организмы) - психические факторы (вследствие страха, разочарования, растерянности). Виды травм:

1) транспорт (автомобильный, железный, воздушный, водный транспорт),

2) промышленные (промышленные, сельскохозяйственные),

3) детство,

4) бытовая,

5) спорт,

6) улица,

7) военные,

8) искусственная (суицидальная) травма.

Местные симптомы: боль, бледность, отек, кровотечение, нарушение функции пораженного участка тела.

Общие симптомы: потеря сознания, повышение температуры тела, плохой пульс, снижение артериального давления, дыхания, нарушения обмена веществ и др.

Осложнения травм: травматический шок, истощение; кровотечение, кровотечение; заражение раны; Нарушение жизненно важных органов (сердце, почки, легкие). Он теряет сознание, особенно при тяжелом ранении или выстреле. В момент травмы, даже если кровоснабжение головного мозга резко снижается, человек остается без сознания. В этом случае обморок называется шоком.

Существует четыре степени шока.

Шок 1 степени возникает при травме средней степени тяжести. При этом кожа бледнеет, иногда синеватая, мышцы дрожат. При 90-100 вдохах в минуту артериальное давление падает до 100/60 мм рт. ст.

Шок 2-й степени возникает при серьезной травме. При этом повреждаются слизистая оболочка и кожа. Человек лежит, не обращает внимания на окружающее, медленно говорит. Частота дыхания увеличивается до 30 в минуту, частота сердечных сокращений до 120, значительно снижается артериальное давление и температура тела.

Шок третьей степени. Возникает при наличии сильного повреждения или большой травмы. При этом общее состояние заболевания ухудшается, кожа бледнеет, появляются синяки, теряется сознание, на вопрос отвечает невнятно. Пульс достигает 120-140 в минуту, температура тела снижается. Артериальное давление снижается до 60-30 мм.

При шоке IV степени больной теряет сознание, пульс не определяется, артериальное давление очень низкое, дыхание редкое и поверхностное, при сильном выделении крови или похолодании тела, при утомлении организма. , если он причинит дополнительные повреждения при транспортировке, если его трясет автомобиль во время перевозки, если не дать обезболивающее, человек теряет сознание. Это называется травматическим шоком, в таком случае следует оказать первую помощь. Если возникло кровотечение, его следует остановить как можно скорее. Если грудной отдел позвоночника выдается, в этом случае накладывают герметизирующую повязку. А если кость сломана, ее перевязывают, чтобы кость не сдвинулась, если она повреждена, необходимо дать горячий кофе и чай. Независимо от того, где находится травма, она может иметь разрушительные последствия в зависимости от ее типа

QONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»	80-11-2024 ()	
Лекционный комплекс	8 стр из 29	

и тяжести. По мере обострения заболевания состояние пострадавшего ухудшается и заболевание усугубляется.

Для уменьшения заболевания больного применяют следующие методы:

1. Укрыть пострадавшего и следить за тем, чтобы он не замерз.
2. Иммобилизация (каркас) при переломе.
3. Лежа на носилках.
4. Использование сухих, жидких веществ (льда, снега, ледяной воды в полиэтиленовых пакетах) защищает нервную систему от механического раздражения, уменьшает отек и воспаление при травмах.
5. Из лекарств лучше использовать амидопирин 0,5 г, анальгин 0,5-1,0 г, ацетилсалициловую кислоту 0,5-1,0 г.
6. При транспортировке лучше доставить его в больницу аккуратно, не сильно тряся.

Оказывающий помощь должен уметь определить вид травмы и ее тяжесть, учесть нарушение функции дыхательных путей и сердца и принять неотложные меры. Если у пострадавшего не прекращается кровотечение, уметь остановить его, перевязать рану, правильно поставить на сломанное место каркас и перевязать его, уметь поднять и переносить больного при перемещении больного, вынести пострадавшего из вовремя опасную зону, правильно снимите одежду.

Десмургия – обездвиживание травмированной или болезненной части тела. Особенно используется для рук, ног, позвоночника. При переломе кости небольшие фрагменты кости могут повредить кровеносные сосуды, нервные волокна и т. д. не повреждает ткани и быстро изнашивается кость. Он также защищает рану от инфекции. При травмах рук и ног (перелом, растяжение связок, заболевания суставов и т. д.) облегчает боль при скольжении.

Различают временный, постоянный, лечебный виды иммобилизации. Для временной иммобилизации используется специальная повязка. Лечебная иммобилизация – гипсование, вытяжение, ортопедические приспособления и ношение корсета. Иммобилизацию производят с помощью мягких и быстросхватывающих гипсовых повязок. Остеосинтез – это вид иммобилизации, который сегодня часто применяется в хирургии.

Различают транспортный и терапевтический виды иммобилизации. Отличительной особенностью транспорта от лечебной иммобилизации является иммобилизация поврежденного участка перед доставкой пострадавшего в учреждение оказания медицинской помощи. Таким образом, транспортная иммобилизация предотвращает шок, переломы тканей (кожи, мышц, вен, нервов), костей и вторичные повреждения, инфекционные осложнения. . Показаниями к транспортной иммобилизации являются костно-суставные, крупные кровеносные сосуды и нервные столбы, массивные повреждения мягких тканей, ожоги, отморожения, синдром длительного сдавления конечностей. Средства транспортной иммобилизации делятся на два – стандартные шины и доступные инструменты.

Правила транспортной иммобилизации: Транспортную иммобилизацию следует проводить как можно скорее после момента травмы. На поврежденный сегмент, а также на оба соседних сустава следует наложить транспортировочные шины. При повреждении бедренной кости (тазобедренный, коленный, стопа), а также при повреждении плеча следует иммобилизовать три сустава. Чтобы обездвижить конечности, необходимо привести их в физиологическое состояние. Транспортные шины следует надевать поверх одежды и обуви, ее цель – во-первых, предотвратить дополнительную травматизацию при раздевании, во-вторых, использовать одежду в качестве мягкого матраса. Во избежание дополнительного повреждения тканей перед наложением шины следует смоделировать тело по контуру тела, конечности укутать мягким матрасом, а выступающие части кости прикрыть марлей или тканью. , не моделирование. Шину не следует наматывать слишком туго, поскольку это может вызвать сдавливание мягких тканей, что может привести к тяжелым ишемическим нарушениям. При закрытых

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»	80-11-2024 ()
Лекционный комплекс	9 стр из 29

повреждениях для исправления деформации оси перед наложением шины необходимо выполнить тракцию конечности, что в большинстве случаев уменьшает смещение оболочек и уменьшает давление на окружающие ткани; особенно кожи. Тракцию не следует производить при открытых переломах, так как костные оболочки проникают глубоко в мягкие ткани. что еще больше повреждает рану. Зимой обездвиженные конечности следует укутать дополнительным теплом.

4. 4. Иллюстративный материал: 15-20 слайдов

4. 5. Литература:

На последней странице

4. 6. Контрольные вопросы (обратная связь)

1. Сестринский уход при закрытых травмах?
2. Иммобилизация

4-лекция

4.1. Тема : Оказание экстренной сестринской помощи при кровотечениях и гемостазе.

4.2. Цель:

- Обучить основным методам диагностики опасных для жизни состояний, требующих безопасного сестринского ухода.
- Оказание неотложной медицинской помощи.

4.3. Тезисы лекции:

Виды кровотечений. Повреждение крупных артерий и вен может привести к опасной для жизни кровопотере. Поэтому необходимо как можно скорее остановить кровотечение и вызвать скорую помощь. При незначительном повреждении вен также очень важно вовремя остановить кровотечение. Даже при легкой, но постоянной кровопотере человек теряет сознание. Неправильная первая помощь может нанести вред пострадавшему, в частности: большую кровопотерю, инфицирование и воспаление раны. Если кровотечение не очень сильное, после оказания помощи следует срочно обратиться к хирургу, поскольку кровопотерю можно остановить только после обработки и ушивания раны или проведения операции. В зависимости от источника кровотечения может потребоваться консультация таких специалистов, как гастроэнтеролог, онколог, пульмонолог, гинеколог. Быстрая помощь:

1. При сильном кровотечении пострадавшего следует уложить и поднять ему ноги.
2. Кровотечение можно временно остановить, сдавив поврежденный сосуд, сильно согнув конечность или наложив жгут.
3. Немедленно вызывайте скорую помощь.
4. Не прикасайтесь к ране, промойте ее, удалите из нее посторонние предметы.
5. Если поверхность раны загрязнена, то ее края следует очистить по направлению раны, вокруг места поражения нанести антисептик, например йод, хлоргексидин, перекись водорода, йод не должен попадать в рану.

Существует четыре основных типа кровотечения. Выделяют следующие основные виды глазных кровотечений:

1. Кровотечение из артерий представляет большую опасность, поскольку быстро происходит значительная потеря массы крови. Кроме того, кровь имеет вид красного пульсирующего фонтана.
2. Если пострадавшему не оказать немедленную помощь, опасно также кровотечение из вен. Об этом может свидетельствовать образование черной крови, медленно вытекающей из травмированного сосуда.

- **Капиллярная** кровопотеря часто не представляет значительного риска. Часто наблюдается при небольших поражениях поверхности кожи.

OŇTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»		80-11-2024 ()
Лекционный комплекс		10 стр из 29

• **Внутренний** (паренхиматозный) – с его помощью кровь поступает в полость тела человека. Это очень опасно, если вы не распознаете его временно.

Часто наблюдается при поражении внутренних органов, в том числе паренхимы. Поскольку он не кровоточит, его в основном можно спровоцировать такими симптомами, как одышка, слабость и бледность.

Первая помощь при артериальном кровотечении. Поврежденную артерию следует немедленно прижать к соседней кости, чтобы временно остановить кровоток.

Методы артериальной компрессии:

1. Сонная артерия – прижать ладонь за шею пострадавшего и прижать пальцы другой руки к артерии.
2. Плечевая артерия легкодоступна и должна быть прижата к плечевой кости.
3. Остановить кровотечение из подключичной артерии очень сложно. Для этого отведите руку пострадавшего назад и прижмите артерию за ключицей к первой стенке.
4. Чтобы сдавить ахиллярную артерию, нужно сильно надавить пальцами, поскольку она находится очень глубоко.
5. Бедренная артерия очень большая, ее следует надавить на матку кулаком. Если этого не сделать, пострадавший может умереть через 2-3 минуты.
6. Подколенную артерию следует прижать к половой ямке, особых усилий это не требует.

При кровотечении из артерии ноги первую помощь оказывают путем сдавливания их, тугого сгибания конечности и применения жгута. Если не удастся сжать пальцами корни конечности, после наложения на сустав изнутри тугого марлевого валика руку следует максимально согнуть.

Если кровотечение продолжается, следует использовать жгут. Это следует сделать как можно скорее, поскольку кровотечение очень интенсивное.

Турникет можно держать до получаса зимой и до часа летом. Если врач не прибыл в указанное время, аккуратно снимите жгут и подождите, пока кровообращение восстановится. Затем используйте его снова. При этом пульс на пораженной ноге не должен прощупываться. Потом кровь останавливается. Следует помнить, что при неправильном использовании жгута он опаснее кровотечения.

Если специального съёмника нет, его можно заменить такими материалами, как полотенце, пояс, бинт. Их скрепляют палочкой, чтобы они не перекручивались. Не следует использовать обувь, тонкую веревку и подобные материалы.

2. Помощь при венозном кровотечении. Такая кровопотеря сопровождается глубокими повреждениями. Первая помощь при венозном кровотечении оказывается незамедлительно. Поврежденные корни поглощают воздух, поскольку давление в них ниже атмосферного. Кроме того, пузырьки воздуха могут закупорить сосуды в различных органах, что может привести к смерти пострадавшего. При оказании помощи рану нельзя промывать, ее следует очистить от грязи и тромбов. Вы должны сделать следующее:

- протирать влажной тряпкой,
- накрыть стерильным тампоном,
- затем накрыть поверхность раны несколькими слоями стерильной повязки,
- наложить не давящую повязку,
- эта повязка должна быть туго завязана
- по мере поступления крови через повязку сверху наложить салфетки и туго завязать,
- поднимите конечность и оставьте ее в этом положении.

Чтобы правильно использовать повязку, следует:

1. Связывая руки, сгибайтесь.
2. Если нога забинтована, ее также следует согнуть в колене.
3. Закройте передний оборот, когда повязка наложена частично.
4. Положение выбранной ноги должно оставаться прежним до момента перевязки.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ  SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»	
Кафедра «Сестринское дело-2»	80-11-2024 ()
Лекционный комплекс	11 стр из 29

3. Первая помощь при капиллярном кровотечении.

Обычно оно прекращается само. Характерно медленное течение крови со всей поверхности раны. Однако бывают и серьезные травмы со значительной кровопотерей. Самый большой риск – внутреннее капиллярное кровотечение. Основные причины капиллярного кровотечения:

- Заболевания крови, сопровождающиеся нарушением ее свертываемости.
- Различные травмы.
- Заболевания сосудов (опухоли, гнойные воспаления кожи, поражение капилляров).
- Распространенные заболевания, поражающие стенки сосудов, такие как новообразования, атеросклероз, ревматоидный артрит.
- Гормональные нарушения.

Зачастую капиллярное кровотечение не приводит к большой кровопотере, опасность которой связана с заражением болезнетворными микробами. При оказании медицинской помощи при кровотечении из капилляров ноги следует предпринять следующие действия: 1. Поднимите пораженную конечность выше области сердца, чтобы уменьшить кровопотерю.

2. При небольших травмах кожу вокруг раны следует обработать антисептиками. Сверху наклеить бактерицидный пластырь.

3. Если кровотечение сильное, наложите давящую повязку.

4. При сильном кровотечении рану на ноге следует максимально согнуть. Если это не поможет, используйте жгут.

5. Приложите к ране холод, это поможет остановить кровопотерю и уменьшить боль.

Кровотечение из нескольких капилляров в носу — очень распространенное заболевание, и вы можете ему помочь. Причиной этого может быть ослабление стенок сосудов во время простуды. На него могут повлиять гипертонический криз, травмы носа и другие негативные факторы. Прежде всего следует успокоить больного, поскольку, когда человек волнуется, его сердце бьется быстрее, что способствует усилению кровотечения. Этапы ухода за носом:

1. Крылья носа следует зажать пальцами рук, это сожмет сосуды и поможет остановить кровотечение. Голова больного должна быть слегка наклонена вперед и назад, поскольку контролировать интенсивность кровопотери не удастся.

2. Приложите лед или холодный предмет к переносице, чтобы сузить вены из-за холода. Это помогает уменьшить кровотечение.

3. При продолжении кровотечения в носовые ходы следует ввести кусочки свернутого трубчатого бинта, предварительно смоченного 3% перекисью водорода. Оставьте концы тампонов снаружи и закрепите повязкой.

4. Через шесть часов после остановки кровотечения осторожно достаньте тампоны, протрите их кончики, постарайтесь не порвать образовавшийся тромб.

5. Чтобы быстрее остановить кровотечение, больному следует дать препараты, укрепляющие стенки сосудов – препараты кальция, Аскорутин, Рутин.

6. Если кровопотеря продолжается, больному следует дать кровоостанавливающие препараты (Дидионин, Викасол), срочно обратиться к отоларингологу или вызвать скорую помощь.

4. Первая помощь при внутреннем кровотечении. Такое кровотечение может стать причиной заболевания или повреждения внутренних органов. Это очень вредно, поскольку кровопотерю невозможно контролировать. Кроме того, боль при нем не опасна, поэтому внутреннее кровотечение может долгое время оставаться незамеченным. На это обращают внимание только тогда, когда состояние больного ухудшается. Наиболее опасно кровотечение из паренхиматозных органов, которые обычно не имеют полости и хорошо развита артериально-венозная сеть. К ним относятся такие органы, как легкие, поджелудочная железа и печень.

Повреждение этих органов может вызвать сильное кровотечение. Остановиться самостоятельно он практически не может, поскольку корни этих органов находятся в тканях и они выпадают. Поэтому первая помощь при кровотечении из паренхиматозных органов оказывается

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»		80-11-2024 ()
Лекционный комплекс		12 стр из 29

незамедлительно. Причинами этого вида кровопотери являются травмы, туберкулез, инфекционные заболевания, разложение опухолей.

Кровотечение из внутренних органов может сопровождаться постепенным появлением общих субъективных симптомов и объективных симптомов, в частности:

- слабость
- чувство дискомфорта
- головокружение
- безумие
- отсутствие интереса ко всему
- Сонливость
- падение давления
- плавление
- частый пульс.

Основная задача первой помощи при кровотечении из внутренних органов – срочная госпитализация больного. До приезда скорой помощи:

- Уложить больного в постель, обеспечить покой.
- Приложите холод к животу или груди, в зависимости от расположения предполагаемого источника кровотечения.
- Можно ввести кровоостанавливающие препараты (Аминокапроновая кислота, Викасол).

В случае паренхиматозного кровотечения с резким снижением давления ноги больного следует поднять на тридцать-сорок сантиметров над областью сердца. Регулярно контролируйте дыхание и частоту сердечных сокращений. СЛР при необходимости. Пациенту не следует принимать обезболивающие и другие лекарства. Не давайте еду и воду, прополощите рот водой. При своевременной и правильной первой помощи при различных видах кровотечений прогноз благоприятный, своевременная медицинская помощь способствует более быстрому выздоровлению пострадавшего.

Что такое острая кровопотеря? **Острое кровотечение** — это быстрая, необратимая потеря крови в организме в результате кровотечения через стенки поврежденных сосудов. Нарушение целостности сосудистой стенки:

1. травматический – разрывающий, режущий или раздавливающий,
2. нетравматический – язва (эрозия) с наличием болевого очага (туберкулез, рак, язва и др.).

4. 4. Иллюстративный материал: 15-20 слайдов

4. 5. Литература:

На последней странице

4. 6. Контрольные вопросы (обратная связь)

1. Сестринский уход при артериальном кровотечении?
2. Что такое острая кровопотеря?

5-лекция

4.1. Тема: Экстренный сестринский уход в случае ожогов.

4.2. Цель:

- Обучить основным методам диагностики опасных для жизни состояний, требующих безопасного сестринского ухода.
- Оказание неотложной медицинской помощи.

4.3. Тезисы лекции:

Ожог – вредное воздействие на кожу и ткани организма человека под воздействием горячих жидкостей, кислотно-щелочной среды, пламени, лучистого тепла, перегретых предметов,

QONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»	80-11-2024 ()	
Лекционный комплекс		13 стр из 29

электрического тока или электромагнитного излучения. Кожа, подвергаясь воздействию температуры 50°C, загорится через 5 минут.

Причины ожогов: повреждение организма и тканей, вызванное высокой температурой, химическими веществами, электрическим током и радиоактивным излучением. Соответственно ожоги делятся на термические, химические, электрические и радиационные.

Тяжесть ожога определяется областью его распространения и глубиной повреждения тела. По мере распространения ожога он становится более опасным для жизни человека. Ожоги верхней 1/3 тела часто заканчиваются смертельным исходом.

Термические ожоги возникают в результате непосредственного воздействия на тело пламени, кипящей воды, горящего и горячего холода и газа, горячих и расплавленных металлов, напалма. Тяжесть повреждения зависит от температуры, продолжительности воздействия, размера и распространения повреждения. Тяжелые ожоги особенно вызывают пламя и пар под давлением. Часто получают ожоги конечности, глаза, лицо и другие части тела.

- Химические ожоги вызываются скоплением кислот (соль, сера, азот, уксус, карбол) и щелочей (едкий калий и едкий натрий, уайт-спирит, негашеная известь), фосфора, магния и некоторых солей тяжелых металлов (ляпис, хлорид цинка). и т. д.), накопленные на теле..) вызваны эффектом.

- Радиационные ожоги вызывают световые лучи ядерных взрывов, рентгеновские лучи и солнечный свет. Первые внешние признаки лучевых ожогов не соответствуют степени поражения, степень поражения определяется значительно позже.

Классификация ожогов

При ожоге 1 степени поверхность кожи обожжена, кожа покрасневшая, отечная, болезненная, открытая. Через 3-4 дня кожа начинает заживать струпами.

При ожогах 2 степени появляется покраснение кожи, появляются волдыри, наполненные водой желтого цвета. На этом уровне вместе с кожей сжигается жировая ткань. Жировая ткань содержит вены, нервные волокна и волосные волокна, которые также можно сжечь. Если микробы не проникнут в поврежденный участок, то через неделю слои кожи сменятся, на обожженном участке останется только рубец.

При ожогах 3-й степени повреждаются мышцы и глубокие ткани, они немеют и отмирают (некроз). Цвет обожженной кожи красно-коричневый или темно-коричневый, чувствительность потеряна. Такие ожоги сохраняются длительное время. Шрам остался.

При ожоге 4-й степени повреждается не только кожа, но и мышцы, сухожилия, кости, которые превращаются в пепел. Тяжесть ожога зависит не только от глубины повреждения, но и от площади повреждения, которая выражается в процентах от площади обожженной поверхности тела.

Первая помощь: Немедленно вызовите скорую помощь при ожоге:

- * Затрудненное дыхание;
- * Если взята только одна часть тела;
- * Если на голове, шее, запястьях, подошвах или половых органах;
- * Если у ребенка или пожилого человека.

Если ожог вызван химическими веществами, взрывами или электричеством.

Охлаждение может предотвратить образование рубцов при небольших ожогах и уменьшить повреждение тканей при тяжелых ожогах.

- При переломах первой и второй степени охлаждайте рану холодной водой, а не льдом.
- Накройте его чистой влажной тканью.
- Снимите с пострадавшего кольцо, часы и другие предметы, пока отек не спадет.

Запрещенный:

- Не прикасайтесь к обожженному месту ничем, кроме стерильных или чистых тампонов-бинтов.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»		
Лекционный комплекс		
80-11-2024 ()		
14 стр из 29		

- Ватой стянуть прилипшую к обожженному месту одежду, чтобы вскрыть шрамы от ожога.
- Очистить рану при ожогах третьей степени (при таких ожогах как можно скорее доставить пострадавшего к врачу).
- применять любые кремы, мази, спреи, зубную пасту.

Оказание первой помощи

→ Первые меры, которые необходимо предпринять при ожоге человека: необходимо определить степень ожога, источники горения. Степень ожога зависит от настроения человека, страданий, ухудшения самочувствия, размеров и глубины раны.

Прежде чем оказать первую помощь, после выявления источника ожога и немедленного удаления веществ, вызвавших его, затенить глаза человека от солнечных лучей. Если одежда загорелась, потушите ее водой и заверните обгоревшего в любую плотную ткань. Часто люди с сгоревшей одеждой бегут, спасаясь от огня, а ветер заставляя огонь на их одежде разгораться дальше, в результате чего человек обгорает еще сильнее. Помните об этом. В общем, одежду обожженного места можно разрезать, не отрывая.

Если при ожоге ткань одежды прилипла к коже, ее срезают ножницами. Если тело человека получило ожог химическими веществами, обожженную часть тела следует промыть холодной водой в течение 15–20 минут. При ожогах кислотами и щелочами накладывают повязку, смоченную раствором пищевой соды (1 чайная ложка на стакан воды) или спирта, марганцовки (марганцовистой кислоты). При второй, третьей и четвертой степени ожогов больного госпитализируют, вводят ему различные антибиотики и глюкозоподобные препараты, сдают кровь. В это время человеку с ожогом следует давать питательную жидкую пищу, богатую витаминами.

4. 4. Иллюстративный материал: 15-20 слайдов

4. 5. Литература:

На последней странице

4. 6. Контрольные вопросы (обратная связь)

1. Помощь при ожогах 3 степени?
2. Ожоги 4-й степени?

6-лекция

4.1. Тема : Острая дыхательная недостаточность. Коникотомия.

4.2. Цель:

- Обучить основным методам диагностики опасных для жизни состояний, требующих безопасного сестринского ухода.
- Оказание неотложной медицинской помощи.

4.3. Тезисы лекции:

При любом нарушении дыхательного процесса может развиваться такая патология, как **острая дыхательная недостаточность**. Реанимация требует определения причины ее возникновения, чтобы оказать качественную и своевременную помощь. Характерным признаком тяжести проблемы с дыханием является то, что максимальные усилия по осуществлению процесса дыхания не приводят к желаемому результату – организм не может избавиться от избытка углекислого газа и не может насытить ткани в необходимом количестве. кислород. Для адекватной терапии патологии важно определить ее причину.

С пациентом с ХБП может столкнуться врач любой специальности, поскольку причины ее очень различны. Специалисты разделяют их на бронхо-легочные, нервно-мышечные, центрогенные, торако-диафрагмальные.

Самая широкая группа острой бронхолегочной дыхательной недостаточности, развивающейся на фоне нарушений проходимости дыхательных путей. Это может быть связано с:

- приступы астмы;

QONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»		80-11-2024 ()
Лекционный комплекс		15 стр из 29

- странгуляционная асфиксия, вызванная механическим сдавлением трахеи, нервного ствола и вен шеи;
- гиперсекреция бронхиальной слизи;
- затруднение диффузии кислорода вследствие утолщения альвеолярно-капиллярных мембран, характерного для хронических заболеваний легких;
- ларингоспазм;
- нарушение эластичности легочной ткани;
- попадание инородных веществ в дыхательные пути, трахею и бронхи;
- токсическое поражение альвеолярной ткани.

Если рассматривать причины центрального генеза, то они сочетаются с нарушениями дыхательного центра головного мозга.

В основе центрального генеза ПФРС лежит угнетение деятельности дыхательного центра, что в свою очередь может быть вызвано следующими причинами:

- отравление;
- передозировка наркотиков, барбитуратов, других препаратов;
- сдавление опухолевидной структуры;
- Травма головного мозга;
- поражение электрическим током.

Острая дыхательная недостаточность может быть вызвана нарушением нервно-мышечной проводимости и параличом дыхательных мышц, которые часто возникают:

- ботулизм;
- миастения;
- передозировка миорелаксантов;
- полиомиелит;
- столбняк.

Причинами грудно-диафрагмальной острой дыхательной недостаточности являются нарушения моторики грудной полости, диафрагмы, легких, плевры, гемоторакса, перелома ребер, пневмоторакса, травм грудной клетки, экссудативной плевры. ОДН может развиваться и с крайней степенью отека.

Стеноз гортани и гортани характеризуется их сужением, в результате чего воздух не проходит в нижние дыхательные пути и происходит недостаточный отдых. Поскольку проявления и лечение стеноза гортани и стеноза гортани одинаковы, их рассматривают вместе.

Причинами острого стеноза аорты могут быть:

- Острые или хронические воспалительные процессы горла (опухолевидный, воспалительный, флегмонозный, абсцедирующий ларингит, осложнения хронического опухолево-полипозного ларингита)
- Механические, термические и химические травмы кисти;
- Врожденные дефекты помощи;
- Иностранное дело в помощи;
- Острые инфекционные заболевания (дифтерия, скарлатина, тиф, малярия, корь)
- Аллергическая реакция, развивающаяся при отеке носовых пазух;
- Другие заболевания (туберкулез, сифилис, системные заболевания)

Лечебные мероприятия проводятся в зависимости от стадии стеноза. В компенсаторной и субкомпенсаторной стадиях может проводиться медикаментозное лечение. При отеке сустава назначают дегидратационную терапию, антигистаминные препараты и кортикостероиды. При воспалении сустава применяют антибиотикотерапию и противовоспалительные вещества. О Лекарственная десенсибилизация для высокого эффекта – применение комбинации антигистаминных, кортикостероидных и дегидратирующих препаратов. Острая трахеостомия в стадии декомпенсации стеноза и острая коникотомия в стадии асфиксии

QONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»	80-11-2024 ()	
Лекционный комплекс		16 стр из 29

Коникотомия (анат. conus [elasticus] эластичный конус + греч. tomērazrez, разрез; син. кониотомия) — разрезание (рассечение) посередине кольца и щитовидного хряща. Ø Показания: Стеноз ушной раковины, развившийся на фоне нарушений дыхания (воспалительных, аллергических, опухолевых). В этом случае дыхание учащается, расслабиться и выдох становится трудно, становится шумно. В дыхании участвуют мышцы шеи, плеч и груди.

Коникотомию выполняют в положении больного сидя или лежа.

Сначала пальпируют дугу кольцевого хряща и выполняют коникотомию в положении больного сидя или лежа.

Сначала пальпируют дугу перстневидного хряща и нижний край щитовидного хряща.

Поместив скальпель вертикально по средней линии шеи над дугой кольцевидного хряща, можно сделать разрез глубиной 1,5 см. Не снимая скальпель, разрез расширяют на несколько миллиметров вверх.

Продвиньте скальпель, вставьте расширитель Труссо в разрез, затем вставьте трахеотомическую трубку. Продвиньте скальпель, вставьте расширитель Труссо в разрез, затем вставьте трахеотомическую трубку.

4. 4. Иллюстративный материал: 15-20 слайдов

4. 5. Литература:

На последней странице

4. 6. Контрольные вопросы (обратная связь)

1. Острая одышка?
2. Коникотомия, трахеостомия.

7-лекция

4.1. Тема: Экстренная сестринская помощь при острой сердечной недостаточности.

4.2. Цель:

- Обучить основным методам диагностики опасных для жизни состояний, требующих безопасного сестринского ухода.
- Оказание неотложной медицинской помощи.

4.3. Тезисы лекции:

Острая сердечно-сосудистая недостаточность – патологическое состояние, сопровождающееся снижением сердечного выброса вследствие потребности организма в детоксикации. В этом случае сердце не может снабжать органы и ткани необходимым количеством крови, т. е. не может поставлять кислород и энергетические вещества.

Причины сердечной недостаточности

- Гипертоническая болезнь
- Врожденные и приобретенные пороки сердца
- Тромбоэмболия легочной артерии
- инфаркт миокарда
- миокардит
- кардиосклероз
- миокардиодистрофия.

Клиника отеков легких

- Состояние пациента тяжелое.
- Поза больного вынужденная (сидя).
- Инспираторная одышка, цианоз
- Судорожный кашель, может присутствовать кровавая мокрота.
- Сначала в легких выслушивается жесткое дыхание, затем сухие хрипы.
- Клиника отеков легких

В зависимости от скорости:

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»		80-11-2024 ()
Лекционный комплекс		17 стр из 29

- мгновенный (развивается в течение 5-10 минут),
- острая (развивается в течение 1 часа)
- хронический (длится от 1 до 2 дней).

Помощь. Больного укладывают в положение туловищем вверх, а сидение с опущенными ногами хорошо, так как это улучшает кровоснабжение периферических отделов и снижает давление в сосудах грудной полости.

Для борьбы с гипоксией проводят ингаляции кислорода с пеногасителями.

В качестве пеногасителя применяют: этиловый спирт, антифомсилан. Кислород подается через баллон Боброва или наркозный аппарат с помощью ротаметра, 8-12 л/мин.

Инфаркт миокарда

- Заболевание, развивающееся вследствие формирования участка ишемического некроза сердечной мышцы в результате неправильного транспорта кислорода по коронарным сосудам и недостаточности крови сердечной мышцы.
- Атеросклероз коронарных артерий является наиболее частой причиной инфаркта. Образование атеросклеротических бляшек в коронарных артериях приводит к сужению сосудов, в результате чего ухудшается кровоснабжение миокарда.

Клиника инфаркта миокарда

- Одним из основных симптомов является интенсивный болевой синдром.
- Острая боль в области сердца, в левой половине грудной клетки, за грудиной, длительностью более 30 минут.
- Характер боли различный: давящий, сжимающий, колющий, жгучий,
- Иногда наблюдаются явные вегетативные реакции (потливость, бледность кожи, страх смерти).
- Артериальное давление высокое, умеренное или пониженное, наблюдаются нарушения сердечного ритма (групповая экстрасистолия, пароксизмальная тахикардия, фибрилляция желудочков).

Проведение реанимационных мероприятий:

- массируйте не прямо в сердце
- ЖЖЖЖ
- медикаментозное лечение: Обезболивание - наркотические и ненаркотические анальгетики: фентанил 0,05 мг, морфин.
- Нитраты - нитроглицерин, нитросорбит, сустак.
- Антиагреганты: ацетилсалициловая кислота.
- Антикоагулянты: гепарин 10 000 ЕД, варфарин.
- Тромболитики: стрептокиназа 1 000 000 Д. фибринолизин.
- Бета-адреноблокаторы: промедол 2% 20 мг, пропранолол, карведилол.

Цель массажа сердца – искусственно поддержать кровообращение в организме пострадавшего и восстановить нормальную частоту сердечных сокращений.

Кровообращение, то есть движение крови по сосудистой системе, необходимо для того, чтобы кровь доставляла кислород ко всем органам и тканям организма. Поэтому необходимо обогащать кровь кислородом посредством искусственного дыхания. Таким образом, искусственное дыхание следует проводить одновременно с массажем сердца.

Во время массажа восстановление нормального естественного сокращения сердца, то есть его самостоятельной работы, происходит в результате механического раздражения сердечной мышцы (миокарда).

Давление в артериях в результате непрямого массажа сердца достигает сравнительно высокой величины — 10–13 кПа (80–100 мм рт. ст.) и достаточно для притока крови ко всем органам и тканям пораженного организма. .

Подготовка к массажу сердца является подготовкой к искусственному дыханию, поскольку массаж сердца следует проводить совместно с искусственным дыханием.

QONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»	80-11-2024 ()	
Лекционный комплекс		18 стр из 29

Для проведения массажа пострадавший должен лечь на спину на твердую поверхность (за ним следует положить стул, пол или, в крайнем случае, доску). Также вам нужно открыть ему грудь и снять с него дышащую одежду.

Во время массажа сердца лицо, осуществляющее уход, встает по обе стороны от пострадавшего и принимает положение, которое может быть слегка или более склонным.

Определив место давления (оно должно быть на два пальца от мягкого конца), положите руку на нижнюю часть ладони, а другую руку положите сверху под прямым углом и слегка помогите грудной клетке пострадавшего. изгиб всего тела.

Руки и запястья лица, осуществляющего уход, должны быть полностью выпрямлены. Пальцы обеих рук должны быть сведены вместе и не должны касаться груди пострадавшего. Нижняя часть грудины должна быть прижата на 3-4, а у полных людей - на 5-6 см. Давление должно быть сконцентрировано на нижней части грудины, которая более подвижна. Следует избегать давления на верхнюю часть грудины, а также на концы нижних ребер, так как это может привести к их перелому. Не надавливайте на край грудной полости (на мягкие ткани), так как можно повредить расположенные здесь органы, особенно печень.

Давление (толчок) на грудину следует повторять 1 раз в секунду или чаще, чтобы обеспечить достаточный приток крови. После быстрого толчка положение руки не должно меняться около 0,5 секунды. После этого нужно слегка выпрямить и расслабить руки, не отрывая их от грудины.

У детей массаж делается 2 нажатиями в одну секунду.

Для обогащения крови пострадавшего кислородом необходимо провести искусственное дыхание методом «рот в рот» (или «рот в нос») наряду с массажем сердца.

Если ассистентов двое, то один из них должен проводить искусственное дыхание, а другой – сердечно-легочную реанимацию. Каждому из них рекомендуется проводить искусственное дыхание и массаж сердца, чередуя друг друга через каждые 5-10 мин. Порядок оказания помощи должен быть следующий: после одной глубокой инъекции на грудную клетку наносят пять надавливаний, если она остается неподвижной на грудную клетку пострадавшего после инъекции (а это может свидетельствовать о недостаточном количестве надутого воздуха), после 15 компрессий после двух глубоких ударов требуется помощь в ином порядке. Не толкайте штангу во время вдоха.

Если ассистент не имеет ассистента и выполняет искусственное дыхание и наружный массаж сердца, то эти операции следует заменять в следующем порядке: после нанесения двух глубоких ударов в рот или нос пострадавшего фельдшер нажимает на грудную клетку 15 раз, а затем сделать еще два глубоких удара по сердцу, повторить 15 надавливаний для массажа и так далее.

4. 4. Иллюстративный материал: 15-20 слайдов

4. 5. Литература:

На последней странице

4. 6. Контрольные вопросы (обратная связь)

1. Массаж не прямо в сердце?
2. Искусственная вентиляция легких?

8-лекция

4.1. Тема: Экстренная сестринская помощь при гипертоническом кризе.

4.2. Цель:

- Обучить основным методам диагностики опасных для жизни состояний, требующих безопасного сестринского ухода.
- Оказание неотложной медицинской помощи.

4.3. Тезисы лекции:

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»		80-11-2024 ()
Лекционный комплекс		19 стр из 29

Гипертонический криз – внезапное повышение артериального давления, сопровождающееся патологическими изменениями и жалобами со стороны головного мозга и сердечно-сосудистой системы на основе вегетативных нарушений.

Клиническое проявление гипертонического криза связано с поражением органа-мишени, в этом случае организм пытается быстро снизить артериальное давление, чтобы предотвратить поражение других органов. Типы:

- ☐ Сосудисто-вазомоторный (нейрогуморальный эффект) и базальная задержка натрия в результате повышения общего периферического сопротивления приводит к повышению тонуса артериол.
- ☐ повышение общего периферического сопротивления вследствие вазомоторного и базального тонуса артериол;
- ☐ Сердечный – в результате увеличения сердечного выброса, сократимости миокарда, частоты сердечных сокращений и увеличения объема циркулирующей крови.
- ☐ Объемный – вызывает увеличение объема внутрисосудистой жидкости.

Симптомы гипертонического криза:

- ☐ Гипертонический криз может развиваться при любом уровне артериального давления или при симптоматической артериальной гипертензии. Иногда гипертонический криз может возникнуть даже у здорового человека. Факторы, вызывающие кризис:
- ☐ Чрезмерные нагрузки;
- ☐ Изменение погоды;
- ☐ Злоупотребление кофе, алкогольными напитками;
- ☐ Гормональные нарушения;
- ☐ Прекратите прием антигипертензивных препаратов, которые вы принимали ранее;
- ☐ Заболевания головного мозга (инсульт), сердца (инфаркт миокарда, стенокардия), почек.
- ☐ Внезапное появление через несколько минут или 1-3 часа;
- ☐ Уровень артериального давления индивидуально высокий (у одного больного 240/120, у другого - 130/90). Это зависит от уровня исходного артериального давления. Если у больного артериальное давление всегда низкое, то даже незначительное повышение артериального давления может вызвать гипертонический криз.
- ☐ Наличие жалоб на сердце (инфаркт, инфаркт);
- ☐ Головные боли (головная боль, головная боль, различные нарушения зрения);
- ☐ Наличие жалоб со стороны вегетативной нервной системы (тряска, замерзание, потливость, ощущение других тромбов, нехватка воздуха и т.д.)

Гипертонический криз первого типа характеризуется нейровегетативными проявлениями. Продолжительность криза может длиться от нескольких минут до нескольких минут. У больного отмечается гиперемия лица, красные пятна на коже, потливость. Внешне больные жалуются на раздражительность, беспокойство, головную боль, жар тела, покалывание во всех частях тела, туман перед глазами.

При кризе первого типа у больного часто наблюдается повышение систолического артериального давления и гиперкинетический тип кровообращения.

Вторичный гипертонический криз может длиться от нескольких часов до нескольких дней. Больные слабые, вялые. Жалуются на головную боль, головокружение, слабость. Развивается тяжелая гипертоническая энцефалопатия. При гипертонической энцефалопатии сильная головная боль, ухудшение зрения могут доходить до слепоты, тошнота, рвота, потеря сознания могут доходить до комы.

При втором типе криза появляется гипокINETическая форма кровообращения.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»		
Лекционный комплекс		
80-11-2024 ()		
20 стр из 29		

□ Неосложненный кризис возникает без повреждения «целевого члена». Однако этот кризис по-прежнему угрожает жизни пациента. Артериальное давление должно снизиться в течение нескольких часов.

□ Обострение кризиса сопровождается повреждением «целевого члена». Органы-мишени – это органы, которые в большей или меньшей степени поражаются при этом заболевании. При артериальной гипертензии это сердце, головной мозг, сосуды, почки. Такой криз опасен для жизни и требует немедленного снижения артериального давления в течение 1 часа. В связи с длительным наличием этого криза поражаются сердце (инфаркт миокарда, острая левожелудочковая недостаточность, нестабильная стенокардия, аритмия), сосуды (послойная аневризма аорты, кровотечение), головной мозг (инсульт, транзиторная ишемическая приступ, острая гипертоническая энцефалопатия), может быть множество осложнений со стороны почек (острая почечная недостаточность).

Тактика оказания медицинской помощи

Цель: Стабилизация жизненно важных функций.

Неосложненный гипертонический криз:

1. Положение больного – приподнять голову.
2. Оценивайте АД каждые 15 минут.
3. Постепенно снизить артериальное давление на 15-25%.
4. Применение пероральных гипотензивных препаратов (начиная с одного препарата): нифедипин, каптоприл, пропранолол, бисопролол, метопролол).
5. Снижение и стабилизация периферического сосудистого сопротивления головного мозга - винкамин 30 мг.

Антигипертензивную терапию проводят парентеральными веществами;

Снижение АД (15-20% от исходного в первый час, через 2-6 часов 160 и 100 мм рт.ст. (можно перейти на пероральные препараты).

4. 4. Иллюстративный материал: 15-20 слайдов

4. 5. Литература:

На последней странице

4. 6. Контрольные вопросы (обратная связь)

1. Неотложная сестринская помощь при гипертоническом кризе.
2. Неотложная сестринская помощь при неосложненном гипертоническом кризе?

9-лекция

4.1. Тема : Экстренная сестринская помощь при аллергических реакциях. Анафилактический шок.

4.2. Цель:

- Обучить основным методам диагностики опасных для жизни состояний, требующих безопасного сестринского ухода.
- Оказание неотложной медицинской помощи.

4.3. Тезисы лекции:

Аллергия является примером иммунного ответа, который обусловлен развитием высокоспецифической чувствительности организма к чужеродным веществам различного состава, а вещества, вызывающие аллергию на эти вещества, называются аллергенами. Аллергология изучает патогенез, диагностику, профилактику и лечение аллергии.

Виды аллергических реакций:

- острое аллергическое заболевание, характеризующееся выраженным отеком кожи, подкожного слоя и слизистых оболочек.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»		
Лекционный комплекс		80-11-2024 () 21 стр из 29

Отек Квинке чаще всего встречается на лице, шее и верхней части туловища, на внешней стороне кистей и стоп.

В редких случаях отек Квинке поражает мозговые оболочки, суставы и внутренние органы. Быстро развивающаяся отечность лица, наружной поверхности ладоней, шеи, наружной поверхности стопы. В области отека цвет кожи становится бледным. Отек безболезненный и бесследно исчезает через несколько часов или несколько дней.

Самый опасный вид – отек глотки, гортани, гортани (у каждого четвертого больного). Внезапно развивается беспокойство, затруднение дыхания, может нарушаться сознание. Мягкое небо и небные дужки отечны, ядро челюсти сужено. Больной может умереть от удушья.

Отек Квинке внутренних органов проявляется сильными болями в животе, поносом, рвотой.

Срочная помощь

При отеке гортани необходимо срочно ввести под кожу 0,1%-1,0 раствор адреналина;

Антигистаминные препараты (димедрол, супрастин, тавегил), гидрокортизон (125 мг) или преднизолон (60—90 мг) вводят в вену или мышцу.

Вдыхание влажного кислорода

Введение диуретиков: фуросемид (1-2 мл раствора 1% т/т или т/э), 15% раствор маннита (1,5 г/кг массы тела в виде т/т дренажа или медленной капельницы).

При ухудшении состояния больного показана экстренная коникотомия.

Срочная транспортировка в реанимацию или отделение интенсивной терапии

Пищевая аллергия: - проявления повышенной чувствительности человека к пище, обусловленные нарушениями в иммунной системе - выработка в организме антител (реагинов) и иммунных клеток против определенной пищи.

Существуют различные виды пищевой аллергии, но наиболее распространены различные экзантемы, нейродермит, крапивница, отек Квинке.

Пищевая аллергия может проявляться абдоминальным и диспепсическим синдромами, чаще - симптомами респираторной аллергии, общей реакцией в виде судорожного состояния, изменениями в периферической крови (тромбоцитопенические и лейкопенические реакции), сочетанными кожно-респираторными реакциями, в том числе полиаллергией на широко- Спектр пищевых и промышленных ингаляционных аллергенов.типичный.

Симптомы аллергии развиваются очень быстро или в течение 2 часов после употребления пищи.

Экстренная помощь:

- Удаление причинного аллергена
- Гипоаллергенное лечение.
- Антигистаминные препараты (супрастин, тавегил) курсом до 2 недель, смена препаратов через 5-7 дней.
- Препараты с противовоспалительным действием (внутри 100-150 мг/кг в сутки внутрь, задитен 0,025 мг/кг в сутки курсом от 1,5 до 6 месяцев)

При хронических аллергодерматозах применяют гистаглобулин, его назначают только в период ремиссии, а также применяют аллергоглобулин (гамма-глобулин с защитными противоаллергическими веществами).

Анафилактический шок — опасный для жизни патологический процесс, возникающий в результате аллергической реакции, развивающийся непосредственно при воздействии аллергена и характеризующийся тяжелыми нарушениями кровообращения, дыхания и центральной нервной системы.

В этом случае заболевание начинается внезапно. Смех разный по форме и размеру: светло-розовый по цвету и белый в середине. В большинстве случаев сыпь проходит сама по себе через несколько часов, не оставляя шрамов. Иногда заболевание длится длительное время, у больного повышается температура и возникает беспокойство. Человек кашляет и задыхается при появлении сыпи на слизистой гортани.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»		80-11-2024 ()
Лекционный комплекс		22 стр из 29

Лечение назначает врач. Больному дают молоко, нельзя есть растительную пищу, особенно аллергенную, острую и мучную пищу. Для снятия зуда применяют холодные компрессы, теплые ванны, на кожу наносят спиртовые растворы (кармин, 2% салициловая кислота, водка и др.). При крапивнице, вызванной пищей или лекарствами, первое, что нужно сделать, это очистить желудок с помощью клизмы и выпить много воды.

Торпидную стадию разделяют на 3 степени:

Шок первой степени. Компенсировано, преобладает вазоконстрикция. Общее состояние тяжелое, кожа бледная, цианоз губ и ногтевых фаланг, дыхание поверхностное, признаки переохлаждения, слабость центральной нервной системы, замедление реакций, сужение зрачков. Сердечно-сосудистые симптомы: артериальное давление незначительно снижено или нормальное, пульс замедляется.

Шок второй степени. Субкомпенсированный, преобладает расширение сосудов. Состояние очень тяжелое, развивается цианоз (распространенный цианоз), дыхание частое, поверхностное, гипотермия, жажда, олигоанурия. Церебральный синдром: шок, расширение зрачков, замедленная реакция на свет. Сердечно-сосудистый синдром: закрытые сердечные тоны, артериальная гипотензия, тахикардия, экстрасистолия. Метаболический ацидоз крови, гипокалиемия, гипоксия.

Шок третьей степени. Декомпенсирован, преобладает вазотония. Состояние очень тяжелое, распространенный цианоз, гипотермия, поверхностное дыхание, часто в виде дыхания Чейна-Стокса, анурия. Церебральный синдром: потеря сознания, адинамия, расширение зрачков, отсутствие реакции на свет, потеря чувствительности. Сердечно-сосудистый синдром: пульс неопределяемый или тяжёлый, систолическое артериальное давление ниже 50 мм рт. ст., тоны сердца тупые, аритмия. Выраженный метаболический ацидоз в крови, тяжелая гипоксемия.

Алгоритм лечения анафилактического шока

Экстренная помощь:

1. Тренделенбургская реабилитация больного: с поднятыми ногами, поворотом головы в сторону, для предотвращения движения языка назад, вытягиванием нижней конечности вперед для предотвращения асфиксии, рвотных масс и аспирации, для предотвращения поступления свежего воздуха. Проведение кислородной терапии.

2. Прекращение дальнейшего поступления аллергенов в организм:

а) парентеральное введение аллергенов:

— наложить жгут на верхнюю часть места введения аллергена на 30 минут, чтобы не сдавить артерию (необходимо ослаблять жгут на минуту-две каждые 10 минут);

— на «крестообразное» место инъекции (укуса) 0,5 мл 0,18% раствора адреналина (если возможна гипоперфузия!) 5,0 мл изотонического раствора натрия хлорида 5,0 мл и лед!).

б) в полость носа следует закапать препараты-аллергены и промыть конъюнктиву водой.

в) при приеме аллергенов внутрь, если состояние больного ухудшается, следует промыть желудок.

Противошоковые меры:

а) быстрое введение в мышцу:

— 0,18% раствор адреналина 0,3-0,5 мл (не более 1,0 мл). Интервал повторного введения адреналина 5 – 20 минут, контроль артериального давления;

— антигистаминные препараты: 1% раствор димедрола не должен превышать 1,0 мл (для предотвращения дальнейшего развития). Выраженный гипотензивный эффект является противопоказанием к приему Пипольфена!

б) инфузионная терапия должна составлять не менее 1 л 0,9% раствора натрия хлорида. Для восстановления внутрисосудистого объема. В течение первых 10 минут, когда стабильность гемодинамики утрачивается, в зависимости от тяжести шока, повторно вводят коллоидный раствор (пентакрахмал) по 1-4 мл/кг/мин. Скорость и объем инфузионной терапии определяются

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»		
Лекционный комплекс		80-11-2024 () 23 стр из 29

повышением артериального давления, увеличением сердечно-сосудистых заболеваний и улучшением состояния больного.

Противоаллергическое лечение: преднизолон внутривенно 90–150 мг.

4. 4. Иллюстративный материал: 15-20 слайдов

4. 5. Литература:

На последней странице

4. 6. Контрольные вопросы (обратная связь)

1. Аллергические реакции
2. Неотложная помощь при анафилактическом шоке?

10 -лекция

4. 1. Тема: Экстренный сестринский уход при обмороках и коллапсе.

4.2. Цель:

- Обучить основным методам диагностики опасных для жизни состояний, требующих безопасного сестринского ухода.
- Оказание неотложной медицинской помощи.

4.3. Тезисы лекции:

Обморок (синкопе) характеризуется внезапной кратковременной потерей сознания, вызванной острой сосудистой недостаточностью, транзиторной ишемией головного мозга.

Причины:

- Вентрикулярная тахикардия
- Аортальный стеноз
- **Вазовагальные** (артериальная гипотония, пребывание в жарком помещении, страх, психоэмоциональные состояния, болевой синдром)

Ортостатическая гипотония – возникает при быстром переходе из горизонтального положения в вертикальное. Причины: длительный постельный режим, повышение температуры тела, повышение температуры окружающей среды, беременность, быстрое обезвоживание организма, опухоли ЦНС).

- **Ситуационная бессознательность** (во время мочеиспускания, дефекации и т. д.)

Причинные факторы: страх, беспокойство, боязнь крови, интенсивный болевой синдром, употребление алкоголя, недосыпание, нахождение в жарком помещении.

Клинические признаки: Обморок длится от нескольких секунд до 3-5 минут.

Слабость, затуманивание зрения, звон в ушах, тошнота, одышка.

При осмотре: кожа бледная, холодный пот, пульс слабый, гипотония, неглубокая одышка.

Первая помощь:

- Уложить больного на бок, без подушки, приподняв изголовную часть кровати.
- Снимите тесную одежду.
- Обеспечение чистого воздуха
- Расплескивание воды на лицо и грудь больного и шлепание по лицу руками (полотенцем), смоченными в холодной воде.
- понюхать носом больного вату, смоченную спиртом.

В случае пониженного кровяного давления:

Мезатона 1% раствор 0,5 - 1 мл в/м или т/год

При брадикардии: атропин 0,1% - 0,5 - 1 мл т/год.

Коллапс – Коллапс – заболевание, характеризующееся острой сосудистой недостаточностью, снижением сосудистого тонуса, явлениями гипоксии головного мозга, снижением жизненно важных функций организма.

Коллапс возникает в любом случае при различных инфекциях (вирусах, бактериях), отравлениях (особенно при обезвоживании), гипер- и гипогликемических комах, надпочечниковой

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»		
Лекционный комплекс		
80-11-2024 ()		
24 стр из 29		

недостаточности, пневмонии, различных заболеваниях, а также в терминальной стадии отравления.

Во время обвала годовая процентная ставка падает.

Клинический вид. Общее состояние больного ухудшается, бледнеет, появляется холодный пот, синяки на губах, падает температура тела, сознание иногда находится в сопорозном состоянии, в ряде случаев наблюдаются обмороки, дыхание учащается, тахикардия, усиление хлопков в ладоши. сердце, снижается венозное артериальное давление, снижается АД, что позволяет определить тяжесть заболевания.

Первая помощь:

- Уложить больного на бок, без подушки, приподняв изголовную часть кровати.
- Снимите тесную одежду.
- Обеспечение чистого воздуха
- Прогревание больного: наложение на него горячего компресса
- Мезатон 1% раствор 0,5 - 1 мл в/м или т/а (адреномиметик - сосудосуживающий препарат)

Доставка в стационар.

4. 4. Иллюстративный материал: 15-20 слайдов

4. 5. Литература:

На последней странице

4. 6. Контрольные вопросы (обратная связь)

1. Коллапс
2. Неотложная помощь при обмороке?

11 -лекция

4.1.Тема: Принципы оказания помощи при острых нарушениях мозгового кровообращения.

4.2. Цель:

- Обучить основным методам диагностики опасных для жизни состояний, требующих безопасного сестринского ухода.
- Оказание неотложной медицинской помощи.

4.3. Тезисы лекции:

Различают два типа нарушений мозгового кровообращения:

Ишемическая – закупорка кровеносных сосудов. В большинстве случаев это тромб из сердца или атеросклеротический бугорок. После того как трещина в кровеносном сосуде закрывается и кровь перестает течь, часть мозга, лишенная питательных веществ, отмирает.

Геморрагический – разрыв кровеносного сосуда. В результате он кровоточит в мозг, что приводит к гибели части мозга.

В обоих случаях заболевание представляет серьезную угрозу. Поэтому необходимо срочно обратиться к врачу и вызвать скорую помощь.

Причины нарушения мозгового кровообращения: Причин этого опасного заболевания может быть очень много. Среди них в группу высокого риска входят люди со следующими проблемами со здоровьем:

- гипертония;
- ишемическая болезнь сердца;
- диабет;
- атеросклероз;
- избыточный вес.

QONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»	80-11-2024 ()	
Лекционный комплекс		25 стр из 29

В то же время постоянный стресс больного также приводит к нарушениям мозгового кровообращения.

Диагностические возможности

Лечение нарушения мозгового кровообращения зависит от диагноза пострадавшего. При острой форме патологии человеку оказывают неотложную помощь, а затем его обследуют. Диагностика включает в себя следующие исследования:

1. Анализ крови на холестерин, глюкозу.
2. Коагулограмма.
3. Ежедневный мониторинг изменений артериального давления,
4. Нейропсихологическое тестирование по шкале MMSE.
5. Рентгенография шейной области, поскольку остеохондроз может вызывать хронические или острые нарушения мозгового кровообращения.
6. Исследование подножия холма.
7. МРТ или КТ. Предлагаемые исследования помогают найти проблемные участки нервной системы, сосудов. В слоях рассматривают не только твердые, но и мягкие ткани. Томография позволяет обнаружить повреждение структур головного мозга на ранней стадии.
8. Ангиография сосудов головного мозга.
9. Допплерография с контрастным веществом. Исследование выявляет области, где кровоток замедлился.
10. ЭКГ. Подобные исследования не являются обязательными.
11. Электроэнцефалография (определяется по проводимости нервных импульсов).

При обнаружении симптомов нарушения мозгового кровообращения следует немедленно обратиться к врачу. Он назначает лечение, позволяющее нормализовать работу организма, предотвратить инвалидность и улучшить качество жизни.

Первая помощь пострадавшему

В период развития острого состояния, при нарушении мозгового кровообращения пострадавшему следует оказать первую помощь. Чем раньше это будет сделано, тем больше шансов на выздоровление.

Прежде всего необходимо определить, является ли нарушение кровообращения острым. Для этого попросите пострадавшего улыбнуться, поднять обе руки и назвать свое имя. В случае инсульта он этого сделать не сможет. Затем вызывают скорую помощь для уточнения предполагаемого диагноза.

С человека следует снять всю тесную одежду, чтобы обеспечить доступ воздуха до прибытия врачей. Человек должен находиться в горизонтальном положении. Важно постоянно следить за пульсом и дыханием больного. Не следует давать человеку таблетки до приезда врачей, поскольку его состояние ухудшится и будет сложно поставить диагноз.

4. 4. Иллюстративный материал: 15-20 слайдов

4. 5. Литература:

На последней странице

4. 6. Контрольные вопросы (обратная связь)

1. Нарушение мозгового кровообращения.
2. Первая помощь при ишемии?

12 -лекция

4.1. Тема: Трагические события: электротравма, утопление, удушающая асфиксия, перегрев, сестринский уход при простуде.

4.2. Цель:

- Обучить основным методам диагностики опасных для жизни состояний, требующих безопасного сестринского ухода.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»		80-11-2024 ()
Лекционный комплекс		26 стр из 29

- Оказание неотложной медицинской помощи.

4.3. Тезисы лекции:

Асфиксия — состояние, характеризующееся увеличением содержания углекислого газа в организме и недостатком кислорода.

Ее причинами являются заболевания, отравления (токсическая асфиксия) и механические препятствия.

Механическая асфиксия: острые нарушения легочного дыхания, кровообращения и функций головного мозга;

Асфиксическое состояние, продолжающееся несколько минут, смертельно;

Асфиксия длится 5-6 минут;

Из-за острого недостатка кислорода в сердечных мышцах сокращения сердца ослабевают;

Из-за нарушения откачки крови из легких вена на лице наполняется кровью, нарушается перекачка крови в других органах.

Классификация асфиксии 1. Асфиксия вследствие размождения.

а) странгуляция (повешивание, петля, удушение рукой)

б) компрессионный (сдавление грудной клетки и живота)

2. Асфиксия вследствие закрытия

а) обтурация (закрытие рта и носа, перекрытие дыхательных путей крупными инородными предметами)

б) аспирация (аспирация высеваемыми веществами, жидкими веществами)

в) Удушье

Удушье в замкнутом помещении

Повешение (странгуляционная асфиксия)

Сжатие шеи под действием тяжести всего или части веса тела.

В связи с расположением петли на шее, полная, неполная (в положении стоя, на коленях) нехватка воздуха в легких из-за расположения петли на шее, сдавливание сосудов, нервных столбов шеи.

Сдавление сонной артерии приводит к нехватке кислорода в головном мозге, сдавление яремной вены приводит к нарушению возврата крови из черепа и повышению давления. Через несколько секунд мозг наполняется кровью, а через 3-4 минуты развивается отек. Результатом являются обмороки, судороги, непроизвольное мочеиспускание и дефекация.

Во время повешивания удушающая веревка повреждается.

Первая помощь

Улучшить проходимость дыхательных путей. Поднимите пострадавшего и освободите шею от крючка. Разрежьте веревку по диагонали от верхней части шеи. Очистка полости рта от слюны и пены (если не поврежден спинной мозг)

При наличии судорог при сохраненном дыхании и сердцебиении больного укладывают на бок.

Если началась явная судорога, пожуйте язык, держите тело прижатым к полу, а голову положите на голову, чтобы предотвратить дополнительную травму. Судороги продолжаются 5-6 минут. Компрессия шейных вен опухоль головного мозга вернется сама по себе после устранения причин

Начинайте СЛР при появлении клинических признаков смерти.

Искусственная вентиляция легких, интубация гортани.

При судорогах в вену вводят 2-4 мл реланиума или 2-4 мл седуксена с 10-20 мл физиологического раствора.

Патогенетическое лечение (спазмолитики, диуретики, содовый раствор).

Утопление

Это разновидность механической асфиксии, развивающаяся вследствие попадания некоторой жидкости в закрытые дыхательные пути.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»		
Лекционный комплекс		
80-11-2024 ()		
27 стр из 29		

Средой погружения является вода (соленая или пресная), грязь, масло, краска, жир, различные технические жидкости (пиво и др.).

Первая помощь

При бледном типе утопления следует немедленно начать сердечно-легочную реанимацию; Быстрое выдыхание воды из дыхательных путей при синем типе утопления. Уложить больного животом на согнутое бедро спасателя, сжать грудную клетку сбоку, побить (15-30 секунд) и снова уложить на спину;

Очистка полости рта (АДР-10), трахеостомия или коникотомия при явном ларингоспазме.

Дыхание у утонувших пациентов не означает, что вентиляция восстановлена, поэтому следует продолжать СЛР.

При ознобе укутать сухим теплым одеялом, положить на грелку.

Поражение электрическим током

Порог получения постоянного тока, поступающего в организм, составляет 5-10 миллиампер (мА), а порог приема переменного тока, используемого в быту (60 Гц), - 1-10 мА.

Ток силой 0,05-0,1 ампер (А) смертелен. Ожоги низким напряжением распространены в домашнем хозяйстве, а ожоги высоким напряжением - на производстве. Электрический ток низкого напряжения проходит по путям с низким сопротивлением и оказывает меньшее воздействие на ткани, тогда как ток высокого напряжения проходит по коротким путям и вызывает серьезные повреждения.

Через 2-3 минуты после прохождения электрического тока к асфиксии приводят мерцательная аритмия сердца, мерцательная аритмия, спазм коронарных сосудов, дыхательных мышц, спазм гортани. Будет общее тонизирующее усилие. Потеря сознания (кратковременная или глубокая и длительная), цианоз, артериальная гипотензия, редко повышение АД вследствие спазма сосудов. Вышеперечисленные симптомы приводят к ложной смерти (мнимая смрт). Различают IV степень ожогов. Наблюдается небольшой некроз с ямчатым центром, разрывом чешуи, испарением ее краев, пеплом при большом ожоге IV степени.

Первая помощь:

Удалить источник электрического тока от пострадавшего.

Перерезание провода под напряжением специальной деревянной ручкой с помощью лопаты, топора и других режущих инструментов или вытаскивание больного за одежду. Чтобы защитить себя от поражения электрическим током, помощнику следует: обернуть руки сухой тканью, положить на доску, надеть резиновые перчатки, встать на коврик или изоляционный материал и изолироваться от земли.

Укладывание больного на спину, проведение сердечно-лёгочной реанимации и непрямого массажа сердца во время ложной смерти. Ингаляция 10% раствором аммиака, введение 1-2 мл раствора кордиамина. Транспортировка больного на носилках.

Тепловой удар – патологическое состояние, проявляющееся общим повышением температуры тела, развивающееся под воздействием внешних тепловых факторов. Тепловой удар – длительное сидение в помещении с повышенной температурой и влажностью, длительная ходьба в жарком месте, физические нагрузки в помещениях без сквозняков и проветривания, укутывание детей теплыми одеялами, содержание их в продуваемом сквозняком помещении. эффект.

У больных отмечается общая слабость, головная боль, головокружение, шум в ушах, сонливость, жажда, температура тела повышается до 40-44°C.

В тяжелых случаях замедляется дыхание, дыхание Чейна-Стокса, снижается артериальное давление. Больной испытывает шок, потерю сознания и попытки впасть в кому. Иногда у детей раннего возраста развиваются делирий, психомоторное возбуждение, диспепсические проявления (рвота, понос).

Алгоритм оказания экстренной помощи при жаре и солнечном воздействии

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»		
Лекционный комплекс		80-11-2024 () 28 стр из 29

Быстро перенести больного в прохладное помещение, создать условия для поступления свежего воздуха.

Разденьтесь, выпейте холодную воду, положите холодный компресс на голову (пах, подмышки).

При потере жидкости в вену вводят 300-500 мл раствора хлорида натрия.

При нагрузке и волнении вводят в мышцу 2–4 мл седуксена.

Транспортировка в больницу.

4. 4. Иллюстративный материал: 15-20 слайдов

4. 5. Литература:

На последней странице

4. 6. Контрольные вопросы (обратная связь)

1. Скорая помощь при простуде?
2. Виды асфиксии?

