

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

ЛЕКЦИОННЫЙ КОМПЛЕКС

Специальность: 09130100 «Сестринское дело»

Квалификация: 5AB09130101 «Прикладной бакалавр сестринского дела»

Форма обучения: очное

Нормативный срок обучения: 1 год 6 месяцев.

Индекс циклов и дисциплин: СД 03

Курс: 1

Семестр: 1

Дисциплина: «Неотложный сестринский уход»

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринского дела-1» Лекционный комплекс	№72/11 () 2 стр. из 24	

Рассмотрено и утверждено на заседании кафедры.

Протокол № 1 « 27 » 08 2024г.

Заведующий кафедрой  Серикова Б. Д.

OŃTÚSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринского дела-1»	№72/11 ()	
Лекционный комплекс	3 стр. из 24	

№1 лекция

1. Тема: Медицинская документация пациента.

2. Цель: Обучение основным мерам, принципам оказания первой помощи. Познакомить и обучить методам догоспитальных исследований, методам клинических исследований и диагностики.

3. Тезисы лекции:

Первая помощь—это простые меры, которые можно предпринять, чтобы спасти жизнь или здоровье человека, когда он внезапно подвергается опасности, или уменьшить пагубные последствия несчастного случая. К несчастным случаям относятся различные травмы, переломы, вывихи суставов, отравления, утопления, ожоги, обморожения, поражения электрическим током и т. д. Основные меры первой помощи: спасение человека, попавшего в аварию, от последствий аварии (удаление из огня, воды); прекращение вредного воздействия аварии (согревание человека, глотание свежего воздуха при запахе); остановка кровотечения, перевязка раны, торможение движений сломанной ноги или руки; искусственное дыхание, закрытый массаж сердца, как можно скорее доставить пострадавшего в лечебное учреждение или вызвать группу врачей, оказывающих неотложную медицинскую помощь.

Методы обследования пациента—это методы клинических исследований, используемые для распознавания конкретного заболевания, выявления различных симптомов заболевания и выявления изменений в организме. Для выявления различных признаков заболевания используются методы клинических исследований. Они начинаются с опроса пациента, измерения температуры тела и более сложных исследований, то есть обнаружения под микроскопом форменных элементов крови, химических исследований жидкостей организма, облучения рентгеновскими лучами и т. д.. - м.: Ил.

У здоровых людей нет неприятных симптомов. Боль, тошнота, рвота, повышение температуры тела, увеличение селезенки являются проявлением или симптомом определенного заболевания. Один симптом например, повышение температуры тела означает, что изменения происходят во всем организме, а понос означает нарушение функции определенного органа, а также изменение структуры увеличенного плотного органа печени. Ощущение боли и тошноты относится к субъективным симптомам, которые являются результатом объективных изменений в организме пациента.

Симптомы, обнаруженные в ходе исследования пациента, называются объективными симптомами. Поэтому методы клинического обследования больного

- субъективный,
- объективный,
- лабораторные,
- подразделяется на инструментальные.

С одним симптомом распознать болезнь очень сложно. Большая часть диагностических ошибок происходит при неполном, систематическом обследовании больного, поэтому полное и систематическое обследование больного является первым правилом диагностики. Осмотр больного ставит план на полный ход, т. е. планоно осматривает больного.

План начинается в первую очередь с опроса жалоб пациента, после чего проводится осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация.

Методы диагностики делятся на основные и дополнительные. Основные клинические методы включают допрос, осмотр пациента, поглаживание, поглаживание, слушание. Медсестра должна проводить его в отношении каждого пациента. После основных

OÑTÚSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринского дела-1»		№72/11 ()
Лекционный комплекс		4 стр. из 24

методов врач решает, какие дополнительные обследования необходимо провести в дальнейшем.

Дополнительные (лабораторно – инструментальные) проверки проводятся специально подготовленными специалистами. Дополнительные методы (биопсия, эндоскопия, рентген, цитодиагностика и т. д.) Так же важны, как и основные методы обследования, и иногда играют решающую роль в правильной постановке диагноза. Опрос и объективный осмотр больного записываются в дневник и назначенное лечение заносится в историю болезни.

4. Наглядный материал: 15-20 слайд.

5. Литература: Смотреть последнюю страницу.

6. Контрольные вопросы(обратная связь)

1. Меры оказания первой помощи.
2. Методы доузовского обследования больного.
3. Методы клинико-диагностического исследования больного.

№2 лекция

1. Тема: Неотложная доврачебная помощь при острой дыхани. Неотложная доврачебная помощь при острой сердечной недостаточности.

2. Цель: Обучение оказанию первой помощи при острой дыхательной недостаточности. Обучение неотложной доврачебной помощи при острой сердечной недостаточности.

3. Тезисы лекции:

При любом нарушении дыхательного процесса может развиваться такая патология, как острая дыхательная недостаточность. Реанимация требует установления причины ее возникновения для оказания качественной и своевременной помощи. Характерным признаком остроты проблемы с дыханием является то, что даже максимальные усилия по ведению процесса дыхания не приводят к желаемому результату - организм не может избавиться от избытка углекислого газа и насытить ткани в нужном количестве. кислород. Для адекватной терапии патологии важно определить ее причину.

Врач любой специальности может столкнуться с ОРЗ у пациента, потому что причины очень разные. Их Специалисты подразделяют на бронхолегочные, нервно-мышечные, центрогенные, торако-диафрагмальные.

Наиболее обширная группа острой бронхолегочной дыхательной недостаточности, которая развивается на фоне нарушения проводимости дыхательных путей. Это может быть причиной:

- приступ астмы;
- удушающая асфиксия, вызванная механическим сдавлением трахеи, нервных стволов и шейных сосудов;
- гиперсекреция бронхиальной слизи;
- затрудненная диффузия кислорода в результате утолщения альвеол-капиллярных мембран, характерная для хронических заболеваний легких;
- ларингоспазм;
- нарушение эластичности легочной ткани;
- попадание инородных тел в дыхательные пути, трахею и бронхи;
- токсическое поражение альвеолярной ткани.

Если рассматривать причины Центрального генезиса, то они сочетаются с нарушением дыхательного центра мозга.

OŃTÚSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «OŃTÚSTIK Qazaqstan medicina akademiasy» AҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринского дела-1»		№72/11 ()
Лекционный комплекс		5 стр. из 24

Основой ОРФ центрального генеза является подавление активности дыхательного центра, что, в свою очередь, может быть вызвано следующими причинами:

- инсульт;
- отравление;
- передозировка лекарственными средствами, барбитуратами, другими препаратами;
- сдавление опухолевидного образования;
- черепно-мозговая травма;
- электрическая травма.

Острая дыхательная недостаточность может быть вызвана нарушением нервно-мышечной проводимости и параличом дыхательных мышц, что является обычным явлением:

- ботулизм;
- миастения Гравис;
- передозировка миорелаксантами;
- полиомиелит;
- столбняк.

Причины, объединенные в группу грудной-диафрагмальной острой дыхательной недостаточности, обусловлены нарушением подвижности грудной клетки, диафрагмы, легких, плевры, наблюдаются при гемотораксе, переломах ребер, пневмотораксе, травмах грудной клетки, экссудативной плевре. Также ОДН может развиваться с крайней степенью поражения.

Стеноз гортани и гортани характеризуется их сужением, в результате чего воздух не проходит в нижние дыхательные пути и недостаточным отдыхом. Поскольку проявления стеноза гортани и гортани и лечебные мероприятия одинаковы, они рассматриваются вместе.

Причины острого стеноза гортани могут быть:

- Острые либо хронические воспалительные процессы (опухолевые, инфламиллярные, флегмонозные, абсцесс-ные ларингиты, осложнения хронического опухолево-полипного ларингита)
- Механические, термические и химиофилактические повреждения;
- Врожденные пороки развития;
- Посторонний предмет в помощь;
- Острые инфекционные заболевания (дифтерия, скарлатина, тиф, малярия, кор)
- Аллергическая реакция, развивающаяся с отеком кожи;
- Другие заболевания (туберкулез, сифилис, системные заболевания)

Лечебные мероприятия проводятся в связи со стадией стеноза. В компенсаторной и субкомпенсационной стадиях можно проводить медикаментозное лечение. При отеке кожи назначают дегидратационную терапию, антигистаминные, кортикостероидные препараты. При воспалении кожи используют антибиотикотерапию и противовоспалительные средства. Ø медикаментозное дестенизирование высокого действия-применение комбинации антигистаминных, кортикостероидных и дегидратирующих препаратов. Острая трахеостомия на стадии декомпенсации стеноза и острая коникотомия на стадии асфиксии

Коникотомия (анат. conus [elasticus] эластичный конус + греч. tomēразрез, разрез; синоним кониотомия) — разрез (разрез) посередине между кольцом и щитовидным хрящом. Ø показания: ангины (воспалительные, аллергические, опухолевые), развивающиеся с нарушением дыхания. В этом случае дыхание становится более частым,

OŃTÚSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринского дела-1»	№72/11 ()	
Лекционный комплекс	6 стр. из 24	

а отдых и выдохи становятся более затрудненными и шумными. В дыхании задействованы мышцы шеи, плеч и груди.

Коникотомия проводится пациентом в сидячем или лежащем положении.

Сначала пальпацией проводят дугу кольцевидного хряща и коникотомию в положении сидя или лежа пациента.

Сначала пальпацией находят дугу кольцевидного хряща и нижний край щитовидного хряща

На средней линии шеи вертикальное размещение скальпеля над дугой кольцевидного хряща оказывает одинаковую помощь 1. на средней линии шеи вертикальное размещение скальпеля над дугой кольцевидного хряща создает разрез глубиной 1, 5 см. Не снимая скальпеля, разрез тянется вверх на несколько миллиметров.

Скальпель устанавливается сначала на разрез, Труссо-расширитель, затем трахеотомическая трубка, скальпель устанавливается сначала на разрез, Труссо-расширитель, затем трахеотомическая трубка.

Острая сердечно-сосудистая недостаточность-патологическое состояние, сопровождающееся снижением сердечного выброса на потребность организма в обмене веществ. В этом случае сердце не может снабжать органы и ткани необходимым объемом крови, то есть снабжать кислородом и энергетическими веществами.

Причины сердечной недостаточности

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

Клиника отека легких

- Состояние больного тяжелое
- Больная поза вынужденная (сидит).
- Инспираторная одышка, цианоз
- Может быть судорожный кашель, кровянистая пузырчатая мокрота.
- Сначала в легких слышится хриплое дыхание, затем сухие хрипы.
- Клиника отека легких
- Зависит от скорости:
 - крутящий момент (развивается между 5-10 минутами),
 - острый (развивается в объеме 1 ч)
 - хронический (длится от 1 до 2 дней).

Помощь

Больному рекомендуется принимать позу, при которой его тело обращено вверх, ноги опущены вниз, так как это приводит к нарушению кровообращения в периферических частях и снижению давления в сосудах.

Для борьбы с гипоксией проводят ингаляции в кислороде с пеногасителями.

Используется как Пеногаситель: этиловый спирт, антифомсилана. Кислород направляется через банку Боброва либо с помощью ротаметра наркозного аппарата, 8-12 л/мин.

Инфаркт миокарда

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринского дела-1»		№72/11 ()
Лекционный комплекс		7 стр. из 24

- Заболевание, развивающееся из-за неправильного переноса кислорода коронарными сосудами и образования Зоны ишемического некроза в сердечной мышце в результате недостаточности крови сердечными мышцами.
- Атеросклероз коронарной артерии является наиболее частой причиной развития инфаркта. Образование атеросклеротических пластинок в коронарных сосудах приводит к сужению сосудов, что в результате приводит к ухудшению кровообращения части миокарда.

Клиника инфаркта миокарда

- Одним из основных симптомов является интенсивный болевой синдром.
- Острая нарастающая боль в области сердца, левой части грудной клетки, за грудиной п / п, длительностью более 30 минут.
- Характер боли различен: давящий, сжимающий, колющий, жгучий,
- Иногда наблюдаются выраженные вегетативные реакции (потливость, бледность кожных покровов, боязнь смерти).
- АД будет выше, выше или ниже. Отмечается нарушение сердечного ритма (групповая экстрасистола, пароксизмальная тахикардия, фибрилляция желудочков сердца).

4. Наглядные материалы: 15-20 слайдов

5. Литература: Смотрит последнюю страницу.

6. Контрольные вопросы (обратная связь):

1. Трагические события из-за острой дыхательной недостаточности.
2. Предвестники приступов бронхиальной и сердечной астмы, отличительные признаки.
3. Причины и симптомы истинного и ложного парингоспазма.
4. Применение Небулайзерного аппарата с целью подавления приступов бронхиальной астмы.
5. Этиологические аспекты заболевания грудной клетки.
6. Клиника и дифференциальная диагностика острого инфаркта миокарда.

№3 лекция

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

2. Цель: Научиться оценивать состояние больного в терминальных условиях, выявлять основные симптомы острой сердечно-сосудистой недостаточности, овладеть навыками СЛР на уровне до автоматического состояния. Ознакомиться с причинами и проявлениями коматозных состояний, научиться правильно организовать транспортировку больного или пострадавшего в лечебное учреждение.

3. Тезисы лекции:

Терминальные состояния относятся к нарушению работы важных органов - сердца, органов дыхания и др. Это промежуточная ситуация между жизнью и смертью.

Стадия 1 -Преагония-состояние, предшествующее созерцанию. Для центральной нервной системы характерны нарушения функции и немедленное ухудшение гемодинамики. У пациента все еще сохранена память, но он растерян, кожа бледная или синюшная, пульс нитевидный, учащенное сердцебиение (тахикардия). Артериальное давление падает до 80 мм рт. Дыхание учащается, становится поверхностным. Глазные рефлексы сохраняются, зрачки сужены, реакция на свет слабая. Продолжительность этой фазы длится от нескольких минут до нескольких дней.

Стадия 2 - терминальная пауза-дыхание и сердцебиение прекращаются на несколько секунд.

OŃTŪSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринского дела-1»		№72/11 ()
Лекционный комплекс		8 стр. из 24

Стадия 3 -Агония-оживание. Во время агонии может отсутствовать слух, но пациент может слышать. Кожные покровы бледнеют, наблюдается акроцианоз, мраморный цвет головы или цианоз. Пульс выявляется только в крупных (сонных) артериях, брадикардии. Дыхание редкое, без ритма, «глотает дыхание» (агональное дыхание); зрачки расширены, реакция на свет слабая; возможны судороги, непроизвольное выделение мочи, кала.

Этот период длится от нескольких минут до нескольких часов.

Стадия 4 - клиническая смерть-это состояние, которое организм испытывает в течение нескольких периодов времени. В это время прекращается кровообращение и дыхание, полностью исчезают внешние проявления жизнедеятельности, выживаемости, но необратимые изменения в тканях, чувствительных к гипоксии, еще не развиваются. Это короткий период времени между жизнью и смертью.

Симптомы:

- сознание теряется;
- кожные покровы бледные, холодные, появляются синяки, пятна на корнях;
- пульс не определяется;
- остановка дыхания (апноэ);
- зрачки расширены, не реагируют на свет;

Варианты остановки сердца:

1. Асистолия - полная остановка сердца - на ЭКГ образуется прямая линия.

2. Фибрилляция желудочков - на ЭКГ появляются нечеткие бороздки.

3. Пароксизмальная желудочковая тахикардия без пульса-на ЭКГ появляются широкие зубы одинаковой частоты с одинаковым амплитудом.

Когда сердце бьется 140-150 раз в минуту, это пульс, а если оно бьется 170-180 раз, это называется «безударной» желудочковой тахикардией.

«Пульс» - лечат медикаментозно.

«Без пульса» - лечит дефибрилляцией.

4. Электромеханическая диссоциация - электрическая активность сердца сохраняется, но сердце не сокращается «электрическая активность без пульса» - на ЭКГ есть зубы, близкие к норме, но без пульса.

Признаки биологической смерти:

- снижение температуры тела до температуры окружающей среды;
- появление трупных пятен;

Когда труп лежит на спине, пятна появляются в области лопаток, талии, бедер, а когда лежит на животе - в области лица, шеи, груди, живота.

- трупный столбняк. Это несомненный признак биологической смерти, которая развивается через 2-4 часа после смерти. Он начинается с лицевых мышц и постепенно распространяется на мышцы тела, а затем на ноги.

- наличие симптома "кошачий глаз" - когда вы нажимаете на глаз-форма Раши меняется, напоминая кошачий глаз;

- прозрачные оболочки глаз становятся жирными и высыхают, глазные яблоки расслабляются.

4. Наглядные материалы: 15-20 слайдов

5. Литература: смотрит последнюю страницу.

6. Контрольные вопросы (обратная связь):

1. Техника выполнения тройного метода Сафара.

2. Техника искусственной вентиляции легких (ИВЛ) и непрямого массажа сердца по методу «изо рта в рот».

OŃTÚSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринского дела-1»	№72/11 ()	
Лекционный комплекс	9 стр. из 24	

3. Техника выполнения крикоконикотомии при непроходимости верхних дыхательных путей.
4. Оценка эффективности мер СЛР.
5. Ошибки при проведении СЛР и их недопущение.

№4 Лекция

1. Тема: Травмы (открытые, закрытые). Травмы, их классификация. Неотложная помощь при травмах.

2. Цель: Научиться диффдиагностировать раны и оказывать первую доврачебную помощь. Ознакомление с основными видами ран, мерами их профилактики и особенностями ухода за такими больными. Научиться перевязывать, накладывать повязки на все части тела, выявлять клинические симптомы вывиха сустава и анализы, транспортную иммобилизацию пострадавшего. Знакомство с механизмом возникновения травмы. Изучение диффдиагностики различных случаев травм и правил оказания первой доврачебной помощи пострадавшему.

3. Тезисы лекции:

Раны-нарушение целостности кожи и слизистых оболочек вследствие механического воздействия, повреждение клеток организма.

Раны делятся на колотые, колотые, порезанные, от пуль, укушенные.

Язвы сопровождаются заболеванием, кровотечением, нарушением функции поврежденного организма и могут осложниться инфекцией.

В зависимости от типа ранения и характера разрушения тканей можно выделить следующие виды ран:

- порезанный (рана ножом, алмазом, ойнек, стеклянными трещинами-рана отделяется от края и кровоточит);
- скошенный (кости могут быть повреждены топором);
- колотые, (колотые раны (нож, гвоздь, мы, Кинжал, вилка, сосок-копьем, иногда может быть глубоким, внутренние органы, такие как грудная или брюшная полость, могут быть повреждены);
- зубчатый
- колотая рана,
- пулевая рана и т. д.

Десмургия - система науки по упаковке-перевязке. Основа заимствована из греческих терминов desmos –связывание, перевязка, йездоп - дело. Десмургия учит видам упаковочно – перевязочных материалов, их использованию различными методами.

Это относится к механическому подходу к лечению травм.

- Повязка делится на мягкую и твердую в зависимости от материала, из которого она изготовлена.
- Мягкие повязки: повязка, треугольный платок, клей, праща, эластик, сетчатая трубка.
- Жесткие повязки: шина, гипс, пластик, клеол, клей.

Мягкие повязки состоят из 2 частей:

- стерильная салфетка, закрывающая рану.
- перевязочный материал, который его фиксирует.

Часто в качестве повязки используют повязку.

У него есть спиральные, спиральные, ползучие, 8-образные, крестообразные и т. д.

Травмы-это повреждения тканей и органов человека под влиянием механических, технических, химических, специфических (рентгеновское излучение, радиоактивные

OŃTÚSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринского дела-1»	№72/11 ()	
Лекционный комплекс	10 стр. из 24	

лучи, электрический ток), психических (страх) причин, нарушение их целостности и функции.

Травматизм подразделяется на следующие виды:

1. Травматизм на производстве (в промышленности, сельском хозяйстве);
2. Травматизм на транспорте (автомобильном, железнодорожном, водном, воздушном транспорте);
3. Травма на улице (повреждение от падения людей на улице, ударов падающих предметов и т. д.);
4. Бытовые травмы (повреждения в быту по случайным причинам: падение с лестницы, получение повреждений от предметов, используемых в быту, и т.д. или умышленные повреждения при драках, убийствах, самоубийствах и т.д.);
5. Военное травматизм, являющийся травмами военнослужащих в военное и мирное время;
6. Спортивные травмы при занятиях спортом.

Виды травм:

1. По нарушениям целостности кожи различают травмы: открытые и закрытые. К открытым травмам относятся нарушения анатомической целостности тканей и органов: рана, перелом, ожог, ушиб сустава. К закрытой травме относятся-ссадина кожи, растяжение сухожилий, раздавливание мышц, вывих конечностей из сустава, закрытый перелом кости.
2. Острые и хронические травмы. Острый-это повреждение, возникающее в результате сильного воздействия на ткани организма в какой-то момент. Хронический-это повреждение, вызванное многократным и постоянным воздействием малой силы.
3. Прямые и непрямые травмы. Прямые травмы возникают там, где был нанесен удар. Непрямые травмы, травмы, возникшие в другом месте тела.
4. Обратимые и необратимые травмы.

Причина травмы-механические факторы (удар, попадание под тяжелую плиту, падение с высоты).- химические факторы (влияние кислот, отравляющих веществ).- физические факторы (воздействие горячего, холодного, давления, электрического тока, рентгеновского, ионизирующего излучения).- биологические факторы (воздействие бактерий, вирусов, других макро - и микроорганизмов) - психические факторы (вследствие страха, обиды, растерянности).

4. Наглядные материалы: 15-20 слайдов

5. Литература: см. последнюю страницу.

6. Контрольные вопросы (обратная связь):

1. Классификация травм.
2. Виды травм.
3. Клиническая характеристика различных ран.
4. Оценка общего состояния организма при различных травмах.

№5 Лекция

1. Тема: Кровотечения. Кровотечение их виды. Неотложная помощь при кровотечении..

2. Цель: Научиться определять типы кровотечений, симптомы скрытого внутреннего кровотечения, определять масштаб кровопотери. Знакомство с видами остановки крови и техникой заложения носа при наружных кровотечениях.

3. Тезисы лекции:

Утечка крови из поврежденных вен во время травмы называется кровотечением.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринского дела-1»	№72/11 ()	
Лекционный комплекс	11 стр. из 24	

Его негативное и сильное воздействие может быть опасным для жизни. Когда кровь умеренно покидает организм, активизируются несколько внутренних дополнительных свойств организма: усиление сердечной деятельности, дыхания, сокращение периферических кровеносных сосудов.

А когда из организма уходит слишком много крови, функция кровеносных сосудов сердца вообще ухудшается, и человек также с большей вероятностью умрет.

Типы кровотечений:

Утечка крови в зависимости от характера пораженного сосуда

- артериальная (сосудистая),
- венозный (венозный),
- делятся на капиллярные (капиллярные) и паренхиматозные.

Артериальное кровоизлияние кровь, вытекающая из самых крупных сосудов, по которым кровь идет от сердца к телу и тканям, кровь, вытекающая из крупных кровеносных сосудов, извергается из места ранения или течет из родничка, цвет ярко-красный, не останавливается сам по себе, представляет серьезную угрозу для жизни пострадавшего.

Под Веной понимается циркуляция крови, которая возвращается к сердцу, ее цвет становится темно-коричневым, она течет непрерывно, медленно.

Кровоизлияние в мошонку протекает из мелких вен, стекает каплями, останавливается само по себе.

В зависимости от срока начала кровотечения бывают первичные и вторичные кровотечения. Кровотечение, возникающее сразу после травмы сердца, кровеносного сосуда, паренхиматозного органа, называется первичным кровотечением. Если кровотечение прекращается само по себе и повторяется оттуда через определенное время, это называется вторичным кровотечением. Из-за продолжительности рецидива вторичное кровотечение делится на раннее и позднее вторичное кровотечение. Раннее вторичное кровотечение относится к рецидиву кровотечения в течение от нескольких часов до 4-5 дней после остановки, позднее вторичное кровотечение - к кровотечению после 4-го дня.

Есть две основные причины раннего вторичного кровотечения: ослабление связок, вставленных в Вену во время первой операции. Когда системное кровяное давление повышается, а кровообращение ускоряется, спастические сокращения кровеносных сосудов (при остром кровотечении) замедляются, и Кровь смывает сгусток.

Поздние вторичные кровоизлияния или аррозия сопровождались разрушением кровеносных сосудов из-за инфекции в ране.

Все кровотечения делятся на острые и хронические в зависимости от течения.

При **остром кровотечении** кровотечение наблюдается в течение короткого периода времени, и клинические симптомы развиваются быстро. Степень выраженности клинических признаков напрямую зависит от скорости кровотока, протекающего из вены. Клиническая картина **хронического кровотечения** не ясна. Этот тип кровотечения включает кровопотерю, которая не имеет большого объема, но часто повторяется и приводит к кровотечению.

Для конца кровотечения решающее значение имеют 2 фактора: объем потерянной крови и скорость кровотечения. Потеря более 40% объема циркулирующей крови (ХБП) считается несовместимой с жизнью человека.

Первая помощь.

В зависимости от мер содействия и специальности медицинских работников, прекращение кровотока подразделяется на временное и единовременное прекращение.

OŃTÚSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринского дела-1»	№72/11 ()	
Лекционный комплекс	12 стр. из 24	

Обычно временное прекращение кровотока осуществляется средним медицинским работником на месте травмы перед отправкой пациента в больницу.

Постоянное прекращение кровотока производится в условиях больницы и путем проведения операции.

4.Наглядные материалы: 15-20 слайдов

5. Литература: смотерть последнюю страницу.

6. Контрольные вопросы (обратная связь):

1. Классификация кровотечений.
2. Общие симптомы кровопотери.
3. Основные симптомы артериальных, венозных, капиллярных и смешанных кровотечений.
4. Первая помощь при кровотечении.

№6 Лекция

1.Тема: Десмургия и транспортная иммобилизация.

2.Цель: Обучение студентов десмургии и транспортной иммобилизации.

3.Тезисы лекции:

Десмургия-создание условий, при которых тело не может двигаться к месту травмы или боли. Особенно это касается рук, ног, позвоночника. При переломе кости мелкие переломы кости не повреждают кровеносный сосуд, нервные волокна и т. д. ткани, и кость быстро заканчивается. Также защищает рану от попадания инфекции. При травмах рук и ног (переломы, вывихи суставов, боли в суставах и т. д.) снимает боль в голеностопном суставе.

Десмургия-это наложение повязки и наложение выравнивание доктрина. Повязка-это материал, наложенный на тело человека в лечебных целях. Бинты используются для лечения ран человека, переломов и т. д. Каждый работник должен знать виды перевязок, уметь в любое время, в любом месте, в случае оказать немедленную помощь, остановить кровотечение и наложить повязку для перевязки раны.

Повязка делится на мягкую и твердую в зависимости от материала, из которого она изготовлена. По назначению применения:

- Будет защитная повязка-она защитит рану от попадания инфекции.
- Компрессионная повязка-оказывает давление на одну часть тела, чтобы остановить кровотечение.
- Иммобилизующая повязка - иммобилизирующая-используется при транспортировке, лечении больного без движения перелома или вывиха сустава.
- Воздухопроницаемая-окклюзионная повязка-накладывается при травме плевральной полости.
- Коррекционно - корректирующая повязка-фиксирует неровные участки тела, медный, гипсовый воротник накладывается на ребенка, у которого шея изогнута.
- Тянущая, растягивающая повязка-используется при лечении переломов.
- В качестве повязки используют бинт из марли, вату, эластичный бинт, сетчатотрубочный бинт, хлопчатобумажный материал. В качестве материала – дерево, гипс, металл, пластик, клей и др.

Мягкие повязки: бинт, треугольный платок, клей, праща, эластик, сетчатая трубка.

Жесткие повязки: шина, гипс, пластик, клеол, клей.

Мягкие повязки состоят из 2 частей:

стерильная салфетка, закрывающая рану.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринского дела-1»	№72/11 ()	
Лекционный комплекс	13 стр. из 24	

перевязочный материал, фиксирующий его.

Часто в качестве повязки используют повязку. У него есть спиральные, спиральные, ползучие, 8-образные, крестообразные и т. д.

Существуют временные, постоянные, лечебные формы иммобилизации. При временной иммобилизации используется специальная повязка. Лечебная иммобилизация-гипсовая повязка, подтяжка, ношение ортопедических аппаратов и корсетов. Иммобилизация производится с помощью аппаратов, фиксирующих мягкую и быстросохнущую гипсовую повязку. Один из видов иммобилизации, который сейчас часто используется в хирургии, - это остеосинтез.

4.Наглядные материалы: 15-20 слайдов

5. Литература: смотерть последнюю страницу.

6. Контрольные вопросы (обратная связь):

1. Что такое Десмургия?
2. Виды повязок.
3. Понятие иммобилизации.

№7 лекция

1. Тема: Неотложная помощь при ожогах и обморожениях.

2. Цель: Обучение первой помощи доктору при ожогах и обморожениях.

3. Тезисы лекций:

Обморожение-это повреждение тканей в результате длительного воздействия низких температур.

Причины обморожения:

- холод;
- ветер;
- высокая влажность;
- узкая и влажная обувь;
- плохое общее состояние больного (наличие какого-либо заболевания, алкогольное опьянение, обильная кровопотеря) и др. причины влияют.

Из частей тела пальцы ног и рук, уши и нос имеют тенденцию к обморожению. Потому что под воздействием холода приток крови к этим частям тела тормозится, и если вовремя не оказать помощь, клетки этих частей начинают умирать. Тесная обувь, тесная одежда, узкие перчатки, мокрая одежда и обувь-единственные причины, по которым человек быстро обморожается.

Есть четыре стадии обморожения:

- Обморожение I степени, легкая форма обморожения-изменение цвета кожи, после потепления ощущается припухлость, покраснение, боль.
- Обморожение II уровня проявляется на коже прозрачной цветной волдырями.
- Обморожение III степени, на коже появляются кровянистые выделения, теряется чувствительность. Заживление будет очень долгим, и за ним может остаться шрам.
- Обморожение IV степени, наиболее тяжелая форма обморожения – глубокое поражение кожи.

Первая помощь при обморожении. Первая помощь первое, что нужно сделать, это остановить воздействие холода на организм. Обмороженные части тела необходимо активно разогревать. Для этого необходимо занести больного в теплое помещение, согреться, уделить особое внимание обмороженным участкам и восстановить кровообращение в этой области. Пациенту можно давать горячий чай, молоко.

OÑTÝSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринского дела-1»	№72/11 ()	
Лекционный комплекс	14 стр. из 24	

При обморожении первого уровня следует протереть кожу чистой тканью до румянца и протереть пораженные участки спиртом, вазелином, маслом. При обморожении ног и рук промываем их в теплой воде с мылом и протираем спиртом. Полезно слегка помассировать ноги. При обморожении кончиков пальцев обмакиваем руки в теплую воду (37-40 °С) и массируем до румянца.

Что нельзя делать при обморожении?

- 1.Нельзя давать кофе или спиртные напитки с целью согрева больного.
- 2.Кроме того, обмороженного человека нельзя опускать в горячую водяную баню без предварительного прогрева при теплой температуре.
- 3.Пузырьковые образования, образовавшиеся в области кожи, не следует взрывать вручную.
- 4.Запрещается использовать открытый огонь для обогрева больного.
- 5.Указанные методы нагрева приводят к немедленному повышению температуры в зоне обморожения, что, в свою очередь, приводит к разрыву мелких капилляров, проявлениям внутреннего кровотока и даже к тяжелому состоянию.

Профилактика обморожений: закаливание организма холодной водой. Это улучшит кровообращение и повысит устойчивость к холоду. Носить теплую одежду.

Первая помощь при ожогах. В основном ожоги-это повреждение тканей из-за высоких температур, химикатов, электрического тока и радиоактивного излучения.

Классификация: в зависимости от поражающего фактора: термические, химические, электрические, лучевые ожоги. Критерии диагностики: I-II степень-чувствительность кожи не нарушена, капиллярная положительная реакция (кожа бледнеет при нажатии пальцем, а при отпуске снова краснеет, поверхность кожи влажная). II степень-при волдырях развивается через 2 часа после получения ожога, пузыри единичные, мелкие, внутри заполнены сывороткой. III степень - отмечается потеря чувствительности кожи и капиллярной реакции, кожа сухая, отчетливо опухшая, волдыри на поверхности кожи заполнены кровяной сывороткой, некротические изменения. Электрические ожоги всегда глубокие. Выявляется сильное недомогание, озноб, учащение пульса. Ожог ограниченной области часто ограничивается локальным процессом. При ожогах объемной земли, при ожогах зоны II-III степени у взрослых людей наблюдаются значительные общие изменения при ожогах 25% тела, у детей и пожилых людей-10% тела, развивается ожоговая болезнь. Ожоговую болезнь делят на следующие стадии (стадии): ожоговый шок, острая токсемия, септикотоксемия и заживление. Сжигание-это повреждение тела в результате воздействия высоких температур (пламя, горячий пар, кипящая вода) или некоторых химических веществ (кислота, щелочь). Необычная форма ожога - лучистый ожог (солнце, радиация, рентген). Ожог делится на 4 стадии: 1 стадия-покраснение и припухлость кожи в месте поражения; симптомы проходят через несколько дней; 2 стадия-появляются пузыри, заполненные жидкостью, отдельно от указанных симптомов на стадии 1; симптомы исчезают через день или полтора; 3 стадия-онемение всей кожи, покрывающее обожженный поверхностный слой; заживает в течение нескольких недель; Стадия 4-онемение кожи и поражение мягких до костей; заживление происходит очень медленно. Если травма произошла при пожаре, то на обожженную кожу накладывают сухую негнойную повязку. Запрещается очищать обожженные участки и лопать волдыри.

4.Наглядные материалы: 15-20 слайдов

5. Литература: смотреть последнюю страницу.

6. Контрольные вопросы (обратная связь):

- 1.Обморожение. Описание.
2. Виды обморожений.

OŃTÚSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринского дела-1»	№72/11 ()	
Лекционный комплекс	15 стр. из 24	

3.Первая сестринская помощь при обморожениях.

4.Первая помощь при ожогах.

№ 8 лекция

1. Тема: Принципы и стратегии скорой помощи с использованием глобальной структуры ВОЗ.

2. Цель: Основной целью дисциплины является обучение основным направлениям деятельности Всемирной Организации Здравоохранения, принципам и стратегиям оказания экстренной помощи.

3. Тезисы лекции:

Сестринское дело-неотъемлемая часть системы здравоохранения, которая включает мероприятия по укреплению здоровья, профилактике заболеваний, оказанию психосоциальной помощи лицам с физическими или психическими заболеваниями, а также инвалидам всех возрастов. В настоящее время значительную часть медицинских кадров составляют медсестры. Система здравоохранения в настоящее время находится в стадии интенсивной реформы, поэтому требует от медперсонала серьезного подхода к постоянному повышению уровня знаний, их обновлению, без которого невозможно применение и внедрение в практику новых эффективных технологий. Президент Назарбаев Н. А.в своем Послании народу Казахстана «новый Казахстан в новом мире» подчеркнул, что одним из направлений государственной политики на новом этапе развития нашего государства должно стать повышение качества медицинских услуг и развитие высокотехнологичной системы здравоохранения. Качество работы медицинских услуг является сложной концепцией и обусловлено многими причинами, среди которых особое место занимает профессиональный уровень и стремление клиницистов к его улучшению. Сестринское дело в разных странах мира находится на разных уровнях развития. Многие страны сейчас заявляют о своем намерении решить эти проблемы, поскольку правительство подчеркивает необходимость усиления предоставления медицинских услуг для расширения доступа к эффективной помощи, что приведет к улучшению здравоохранения.

Мы выявили важные проблемы, стоящие перед сестринскими службами: во - первых, предоставление медицинских услуг-система здравоохранения нашей страны столкнулась с острой проблемой качества медицинских услуг. Медперсонал играет одну из важнейших ролей в решении этой проблемы, поскольку медперсонал проводит много времени с пациентами. Уровень здоровья пациентов-один из показателей качества медицинской помощи.в-первых, медицинский персонал, то есть нехватка медицинских кадров, дисбаланс медицинского персонала, низкая мотивация и заработная плата медицинского персонала, все это факторы, влияющие на эффективность медицинской помощи.В-третьих, актуальной является проблема подготовки персонала - подготовки медицинских кадров. Система образования средних медицинских работников не соответствует международным стандартам, что препятствует развитию сестринского дела в Республике Казахстан.В-четвертых, управление сестринским персоналом-эффективное управление сестринским персоналом является основой оказания качественной медицинской помощи. В настоящее время медсестры - менеджеры с высшим медицинским образованием успешно завершают обучение в Республике Казахстан, но количество специалистов, работающих по специальности, оставляет желать лучшего. Если обратиться к истории реформирования сестринского дела в мире, то в цивилизованных странах с середины XX века велась планомерная целенаправленная работа по реформированию сестринского

OŃTŪSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринского дела-1»	№72/11 ()
Лекционный комплекс	16 стр. из 24

дела. Именно медперсонал стал квалифицированным, широко образованным, вспомогательным звеном в области здравоохранения, и теперь роль медсестры стала настолько высокой, что ее важность в общих результатах здравоохранения высоко ценится государством. Однако изменения в сестринском деле в СНГ воспринимаются с трудом, а также система подготовки медсестер, то есть система образования, не изменились, что является тормозом реформирования сестринского дела в соответствии с международными стандартами. В Республике Казахстан Сестринское дело развивается не как самостоятельная дисциплина, а как вспомогательная часть медицины, основанная на традициях, а не на научной основе, присущей всем республикам постсоветского пространства. На протяжении многих десятилетий в стране не уделялось должного внимания сестринской деятельности, что привело к значительному отставанию этой сферы системы здравоохранения от уровня многих зарубежных стран, развитию современной науки и новых медицинских технологий. Исходя из вышеизложенного, следует отметить, что Сестринское дело в республике в настоящее время проходит период реформ. В настоящее время проделана значительная работа по развитию этой сферы системы здравоохранения и достигнуты определенные результаты. Но, тем не менее, наша страна находится в начале пути, и нас ждет много работы. Развитие сестринского дела до уровня международных стандартов - обязательное требование современного уровня развития общества.

4. Наглядные материалы: 15-20 слайдов

5. Литература: смотерть последнюю страницу.

6. Контрольные вопросы (обратная связь):

1. Принципы оказания экстренной помощи.
2. Стратегии оказания помощи.

№9 лекция

1. Тема: Алгоритмы оказания экстренной помощи в опасных для жизни ситуациях.

2. Цель: Обучение алгоритмам неотложной помощи в опасных для жизни ситуациях. Обучение основным методам диагностики опасных для жизни ситуаций, требующих безопасного сестринского ухода.

3. Тезисы лекции:

Терминальные условия - (от лат. terminalis –конец,предел)-критический уровень жизнеспособности между жизнью и смертью, сопровождающийся очень сильным снижением АД и глубоким нарушением обмена веществ и газообмена. По классификации академика СССР В. А. Неговского выделяют 3 типа терминальных состояний: предагония, агония, клиническая смерть. Кроме того, в настоящее время к ЧС относят и воскресший организм из реанимации. Эта ситуация зависит от хорошего развития реаниматологии. Он требует специального комплексного лечения у врача из-за того, что условия имеют очень сложную патофизиологическую структуру.

Кроме того, стадии терминальной ситуации в настоящее время можно классифицировать следующим образом:

- о тяжелый шок (шок IV);
- о глубокая кома 4 балла и ниже;
- о коллапс;
- о терминальная пауза;
- о преагония (преагональное состояние);
- о агония (агональное состояние);

OŃTÚSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринского дела-1»	№72/11 ()	
Лекционный комплекс	17 стр. из 24	

о клиническая смерть.

Биологическая смерть-если мы не можем спасти пациента от клинической смерти.

Внезапная смерть-это состояние, которое возникает у людей, у которых нет определенной боли, в нормальных условиях - с ощущением дискомфорта под ногами или в течение 60 минут. Это не приводит к мучительным убийствам, травмам, асфиксии, утоплению, отравлению. Причины КС делятся на кардиальные и экстракардиальные. К причинам:

- Фибрилляция желудочков;
- Желудочковая тахикардия без пульса;
- Полная АВ-блокада;
- Асистолия;
- Электромеханическая диссоциация;
- Выраженная сосудистая дистония.

Критерий оценки состояния пациента при терминальном состоянии

1. Оценка пульса в сонной и бедренной артериях;
2. Определить наличие одышки. Для этого врач кладет ухо на грудь больного, поднесет зеркало н/э к носу, ко рту, и пинцетом можно заметить, держа нить или вату.
3. Определяем кому у больного по шкале Глазго.
4. Чтобы оценить зрачковый рефлекс, мы наблюдаем зрачок, открывая веко, затем, когда зрачок снова сразу же открывается, если зрачок не меняется, значит, "зрачковый" рефлекс отрицательный.

Если есть один из 4 вышеперечисленных признаков, необходимо немедленно провести реанимационное мероприятие в течение 1-4 минут.

Сердечно-легочно-мозговую реанимацию больным следует проводить в первые 1-2-3-4 минуты, т. к. запасы глюкозы в организме, которые являются питательным веществом для мозга и проводят анаэробный гликолиз, достигают лишь этого момента. Основные задачи реанимации:

1. Формирование эффективной гемодинамики;
2. Формирование дыхания;
3. Формирование и регуляция работы головного мозга;
4. Профилактика рецидива терминального состояния;
5. Предотвращение осложнений;

Алгоритм проведения сердечно-легочной реанимации

1. Убедитесь, что безопасно общаться с кем-то, кто нуждается в помощи. Проверьте способность человека реагировать, проверьте реакцию. Пожав им плечо, он громко сказал: "Хорошо?" Спроси. Постучите по нижней части стопы для ребенка,
2. Вызов скорой медицинской помощи: вызов бригады скорой медицинской помощи в случае бессознательного состояния пострадавшего.
3. Определение пульса сонной артерии: - соединением пальцев 2, 3 и 4 определяют выступающую часть трахеи; - перемещением пальцев вглубь и наружу хряща и грудины-соска к межмышечному промежутку;-определение пульса, поглаживая сонную артерию.
4. Для определения произвольного дыхания пациента используется способ «вижу, слышу, чувствую»: - контролировать движения грудной клетки глазами; - прислушиваться ушами к дыхательному шуму, исходящему из ротовой полости; - ощущать движение воздуха, выдыхаемого при дыхании лицом.

Проведение сердечно-легочной реанимации

1. Подготовка пациента: лежа на спине на твердой ровной поверхности, обнажая шею и грудь, поднимая ноги.

OŃTÚSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринского дела-1»	№72/11 ()
Лекционный комплекс	18 стр. из 24

2. Правильное размещение руки на груди пострадавшего: рука ставится перпендикулярно грудине на его среднюю треть. Тенор и гипотенор рабочей руки будут точкой опоры. Левая рука помещается снаружи правой руки.

3. Проведение непрямого массажа сердца: со скоростью не менее 100 компрессий в минуту, то есть 30 компрессий за 18 секунд (счет вслух) и глубина компрессии 5 см. не менее-проводить для взрослых, не отрывая ладоней от пупка, с минимальным перерывом, с возможностью восстановления грудной клетки после каждого компресса в исходное положение. Компрессию нужно делать быстро и с силой. Рука полностью выпрямляется в локтевом суставе, и сила прикладывается только прямо.

4. Визуализация полости рта: для обеспечения проходимости дыхательных путей осматривается и очищается полость рта, удаляется съемный протез.

Ведение трехкомпонентного метода Сафара

1. Откидывание головы: откидывание головы одной рукой, держа пострадавшего за лобно-бугристую область.

2. Перемещение челюстной кости вперед: также перемещение нижней челюсти вперед с поднятием подбородка.

3. Открытие рта больного.

Создание искусственной вентиляции легких

1. Закрытие носа (рта) пациента: для искусственной вентиляции легких используется метод «изо рта в рот» или мешок Амбу. При использовании метода «изо рта в рот» искусственная вентиляция легких выполняется с помощью влажной салфетки или разреза повязки для соблюдения мер безопасности и гигиены. Отправив одну руку под шею и затылок пациента, он откинул голову назад, положив другую руку на лоб. Рукой, помещенной на лоб, зажимаем нос так, чтобы воздух не выходил.

2. Вдохнуть в дыхательные пути: вдохнуть глубоко внутрь, плотно прикрыв губы пострадавшего губами, энергично выдувать весь воздух из легких в дыхательные пути так, чтобы грудь пострадавшего была приподнята. Следующий вдох будет сделан, когда грудь вернется в исходное положение. Интервал дыхательных циклов не должен быть 8-10 раз в 1 минуту (4-5 – 1 цикл). Объем выдуваемого пациенту воздуха должен быть на 50% больше обычного.

Соотношение компрессии и искусственной вентиляции легких должно быть 30:2. Проведение сердечно-легочной реанимации 1 период 5 циклов в течение 2 минут.

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

Пациента следует направить в отделение интенсивной терапии и предупредить, что пациент будет доставлен.

4. Наглядные материалы: 15-20 слайдов

5. Литература: смотреть последнюю страницу.

6. Контрольные вопросы (обратная связь):

1. Проведение трехкомпонентного метода Сафара.

2. Неотложная помощь при терминальных состояниях.

№10 лекция

1. Тема: Неотложная помощь больным детям и их семьям в тяжелом состоянии.

2. Цель: Разъяснение студентам экстренной помощи больным детям и их семьям в тяжелом состоянии.

3. Тезисы лекции:

OŃTÚSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринского дела-1»	№72/11 ()	
Лекционный комплекс	19 стр. из 24	

Когда ребенок отравлен, родители должны знать, как быстро и эффективно ему помочь. Наиболее распространенным является **пищевое отравление**. Это вызвано использованием некачественных продуктов, содержащих токсины или патогены. Продукты могут быть животного или растительного происхождения. Например, грибы, ядовитые растения, испорченные продукты. В этой статье будут обсуждаться причины, симптомы абстиненции, а также методы лечения, оказания первой помощи при этом заболевании.

При отравлении ребенка необходимо четко следовать определенному алгоритму, чтобы оказать своевременную и эффективную помощь. Пищевое отравление обычно вызывается кишечной инфекцией. Он включает в себя большую группу заболеваний, вызванных вирусами и бактериями. Чаще других встречаются такие инфекции, как сальмонеллез, дизентерия, кампилобактериоз, эшерихиоз, иерсиниоз. Кишечные инфекции поражают пациентов независимо от возраста. Часто приходится бороться с фактом отравления маленького ребенка.

В большинстве случаев у детей отток может быть вызван ядовитыми грибами, которые сохраняют свои опасные свойства даже после всех видов методов обработки. Кроме того, ядовитые растения вызывают отравление, даже при контакте с ними или их соками.

Важно всегда знать, что делать, если ребенок отравился. В этом случае важно понимать, что вызывает кишечную инфекцию. Часто дети становятся жертвами "болезни грязных рук". Самый простой способ заразиться этой инфекцией - через грязные предметы или руки.

Заболевание, вызываемое кишечной палочкой, называемое эшерихиозом, возникает из - за кисломолочных продуктов-йогурта, кефира. Стафилококки активно распространяются в лепешках и кремах в теплое время года, что также может привести к инфекции горла.

Возбудители сальмонеллеза попадают в организм человека через зараженную пищу. Чаще всего это грязная зелень или овощи, яйца, курица, сосиски, вареные сосиски. Иерсиния распространяется грызунами, которые вторгаются в фрукты и овощи, а затем заражаются, а не тщательно моют их человеком..

Опасно отравление токсичными веществами, которые могут попасть в организм ребенка через дыхательные пути, пищеварительную систему или кожу.

Токсичные вещества делятся экспертами на три категории. Первый класс включает наиболее опасные соединения. Это грибы, растения, промышленные яды, бытовая химия, сельскохозяйственные препараты, яды животных и ядовитые газы.

Опасные соединения относятся ко второму классу-алкоголь, лекарственные средства, условно съедобные грибы и растения.

К третьему классу относятся условно опасные соединения, в том числе съедобные грибы, нетоксичные растения, которые при неправильном обращении с пестицидами становятся токсичными при выращивании на загрязненной отходами земле.

Боль в животе, рвота и диарея-не единственные признаки отравления. Симптомы зависят от токсичного вещества, вызвавшего интоксикацию. Если появилась рвота, ребенок отравился, что делать? Это должен знать каждый родитель.

Первый шаг-вызвать скорую помощь. Помните, что Служба скорой помощи должна ответить на звонок любому пациенту.территория России, независимо от того, есть ли у вас полис медицинского страхования или другие документы. Когда вы звоните 911, вы можете присоединиться к токсикологическому центру, где вы можете получить необходимую консультацию.

OŃTŪSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринского дела-1»	№72/11 ()
Лекционный комплекс	20 стр. из 24

Астма у детей может быть аллергической и неаллергической по классификации. Причины у них несколько разные, но проявления одни и те же. Атопическая форма бронхиальной астмы у детей возникает из-за попадания аллергена в организм.

Неаллергическая форма заболевания развивается аналогично аллергии, но при обследовании выявить провоцирующие факторы невозможно. Среди основных причин следует выделить вдыхание холодного воздуха, сильные физические нагрузки, а также вдыхание резких запахов.

Особое внимание следует уделять астме, вызванной обычным аспирином. После приема этого лекарства в организме активизируются определенные процессы, что приводит к сужению просвета бронхов. Чаще всего такое заболевание сопровождается патологиями желудка и кишечника. Большинство атак более тяжелые.

Существует несколько различных степеней, в которых оцениваются клинические признаки астмы у детей. Легкая форма характеризуется кратковременным обострением, при своевременном лечении прогноз достаточно благоприятный.

В средней степени тяжести имеется достаточно выраженная симптоматика. Дневные приступы повторяются ежедневно, а ночные-несколько раз в неделю. Во время него дается инвалидность 3-й группы, особенно если наблюдаются дополнительные симптомы. Тяжелая астма, характеризующаяся повторяющимися приступами днем и ночью. Сон и активность ребенка сильно нарушаются. Вдох и выдох значительно сложнее. Прогноз течения болезни неблагоприятный. Выдается инвалидность 2-3 группы.

Основные симптомы

Чтобы помочь своему ребенку, вы должны знать, как развивается астма у детей и как она проявляется. Это позволит вам определить, что вы можете сделать самостоятельно, чтобы устранить атаку и когда вам понадобится срочная помощь. Среди первых симптомов можно выделить:

- чувство нехватки воздуха;
- кашель, который часто возникает ночью;
- ощущение стеснения в области груди;
- охриплость дыхания после контакта с аллергеном.

Отличительной особенностью астмы является то, что при применении препарата на начальной стадии развития заболевания все симптомы исчезают очень быстро. Большинство детей меняются до начала приступа. Они становятся слишком раздражительными и беспокойными, вялыми и сонными. Через некоторое время добавляются и другие симптомы бронхиальной астмы у детей, а именно:

- затрудненное дыхание;
- шумное хриплое дыхание;
- тяжесть в области груди;
- приступообразный кашель.

Приступ облегчается, когда ребенок садится, опираясь на руки и слегка приподнимая плечи. Как распознать течение бронхиальной астмы, должен знать каждый родитель, так как если болезнь сопровождается частыми приступами, что приводит к кислородному голоданию внутренних органов. Это может привести к задержке развития.

Первая помощь

Очень важно оказать первую помощь ребенку с приступом астмы. Очень важно его успокоить, так как психологический фактор играет очень важную роль в развитии приступа. Необходимо снять всю тесную одежду ребенка, открыть окно, чтобы в комнату поступал свежий воздух. Дайте ребенку ингалятор или небулайзер, а также препарат «Эуфиллин». Кроме того, желательно сделать теплую ванну для рук и ног. Если все эти

OŃTÚSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринского дела-1»	№72/11 ()	
Лекционный комплекс	21 стр. из 24	

меры не могут остановить приступ в течение 30 минут, следует вызвать скорую помощь, так как это может привести к остановке дыхания. Неотложная помощь при бронхиальной астме у детей предотвращает развитие опасных осложнений.

4.Наглядные материалы: 15-20 слайдов

5. Литература:

Основная литература:

1. Фролькис, Л. С. Ішкі аурулар мен алғашқы медициналық-санитарлық көмек курсы. Тапсырмалар жинағы : мед. колледж және училищелерге арналған оқу құралы / Л. С. Фролькис; жауапты ред. А. Н. Саржанова; қаз. тіліне ауд. П. А. Омирбаева, Б. Т. Жумагулова. - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2014. - 456 бет
2. Қаныбеков А. Жедел медициналық жәрдем : оқу құралы / А. Қаныбеков. - 2-ші бас. - Карағанды : АҚНҰР, 2019. - 266 бет.
3. Мейірбикелік дағдылар оқулық / А. Қаныбеков – Алматы : Эверо, 2016. – 476 б. с.
4. Тұрланов, Қ. М. Жедел медициналық жәрдем/ Қ. М. Тұрланов, С. А. Қалқабаева. – 2-ші бас., толықт. және өнд. - Алматы : Эверо, 2014. – 444 с.
5. Вялов, С. С. Общая врачебная практика: неотложная медицинская помощь: учебное пособие / С. С. Вялов. – 6-е изд.; Рек. Учебно-методическим объединением по мед. и фармацевтическому образованию вузов России. – М.: Медпресс-информ, 2014. – 112 с.
6. Алгоритмы оказания медицинской помощи при неотложных состояниях: учебник / Л. М. Пивина [и др.]. - Алматы: TechSmith, 2023. - 112 с

Дополнительная литература:

1. Повышение качества медицинской помощи и безопасности пациентов в медицинских организациях : наглядное руководство / пер. с англ. Г. Э. Улумбековой ; под ред. С. С. Панисар. – М. : ГЭОТАР – Медиа, 2016. – 160 с.
2. Қарқынды емдеу бөлімшесінің мейіргері: практикалық нұсқаулық / Ред. В. Л. Кассиль., қаз. тіліне ауд. У. Е. Ибраев. – М. : ГЭОТАР – Медиа, 2016. – 312 бет ил.
3. Скорая медицинская помощь: национальное руководство / Российское общество скорой медицинской помощи ; под ред. С. Ф. Багненко и др. – М. : ГЭОТАР – Медиа, 2015. – 888 с. : ил.
4. Ячменев В. М. Неотложная доврачебная помощь : учебное пособие / В. М. Ячменев, А. Қаныбеков, А.А. Қаныбеков. - Алматы : TechSmith, 2023. - 172 с

Программное обеспечение и Интернет-ресурсы

1. Алпысова А.Р., Молодовская Н.В. / Ауруханаға дейінгі кезеңде жедел көмек көрсету алгоритмі: оқу құралы // Қарағанды: ЖК «АҚНҰР баспасы», - 2015. – 120 бет. <https://aknurpress.kz/reader/web/1350>
- 2.А.Р. Алпысова, А.И. Нечаев, Л.И. Бочарова, Н.Т. Телембетов,А.Т. Курманова. Диагностика және жедел медициналық көмек көрсету алгоритмі (амбулаторлы – поликлиникалық кіші медицина қызметкерлеріне арналған): әдістемелік нұсқау. – Қарағанды. ЖК «АҚНҰРбаспасы». – 2015 жыл. – 56 бет. <https://aknurpress.kz/reader/web/1142>
- 3.Қаныбеков А. Мейірбикелік дағдылар / А. Қаныбеков – Алматы: «Эверо» баспасы, 2020. - 466 б. https://www.elib.kz/ru/search/read_book/841/
- 4.Қаныбеков А.Мейірбикелердің іс-әрекеттері: оқулық бағдарлама / А.Қаныбеков.– Алматы: Эверо, 2020 – 228 бет. https://www.elib.kz/ru/search/read_book/838/
- 5.Қаныбеков А.Операциялық, таңу және емшара мейірбикелерінің іс әрекеттері / А. Қаныбеков, Ж. Қаныбекова. – Алматы: Эверо,2020 – 216 бет. https://www.elib.kz/ru/search/read_book/845/

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринского дела-1»	№72/11 ()	
Лекционный комплекс	22 стр. из 24	

6. Контрольные вопросы (обратная связь):

1. Алгоритм оказания экстренной помощи больным детям и их семьям в тяжелом состоянии.
2. Сестринский уход за больными детьми.
3. Масштабы и последовательность мероприятий по оказанию доврачебной помощи.

<p>ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p>		<p>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p>
<p>Кафедра «Сестринского дела-1»</p>		<p>№72/11 ()</p>
<p>Лекционный комплекс</p>		<p>23 стр. из 24</p>

<p>ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p>		<p>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p>
<p>Кафедра «Сестринского дела-1»</p>		<p>№72/11 ()</p>
<p>Лекционный комплекс</p>		<p>24 стр. из 24</p>