



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

ЛЕКЦИОННЫЙ КОМПЛЕКС

Специальность: 009130100 «Сестринское дело»
Квалификация: 5AB09130101 «Прикладной бакалавр сестринского дела»
Форма обучения: очное
Нормативный срок обучения: 3 года 6 месяцев
Индекс циклов и дисциплин: СД 18
Курс: 3
Семестр: 5
Дисциплина: «Неотложная помощь»

OÑTÜSTİK 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	2 стр. из 32	

Рассмотрено и утверждено на заседании кафедры.

Протокол № 1 . «27» 08 2024 г.

Заведующий кафедрой  Серикова Б. Д.

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		3 стр. из 32

№1 лекция

1. Тема: Принципы и стратегии оказания неотложной медицинской помощи с использованием глобальных рамок ВОЗ.

2. Цель: Основной целью дисциплины является обучение студентов актуальным вопросам организации здравоохранения, перспективам развития сестринского дела в РК и мире.

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.

Медицинская сестра здравоохранения является неотъемлемой частью системы здравоохранения, которая включает меры по укреплению здоровья, профилактике заболеваний, оказанию психосоциальной помощи людям с физическими или психическими заболеваниями и инвалидам всех возрастов. В настоящее время значительную часть медицинского персонала составляют медсестры. Система здравоохранения в настоящее время находится на стадии интенсивной реформы, поэтому требует от медицинских работников постоянного повышения уровня образования, серьезного подхода к их обновлению, без которого невозможно применение и внедрение в практику новых эффективных технологий. В своем Послании народу Казахстана "новый Казахстан в новом мире" Президент Н. А. Назарбаев отметил, что одним из направлений государственной политики на новом этапе развития 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 клиницистов и стремление к его улучшению. Сестринское развитие в разных странах мира находится на разных уровнях развития. Многие страны в настоящее время намерены решить эти проблемы, поскольку правительство подчеркивает необходимость усиления медицинского обслуживания для расширения доступа к эффективной помощи, которая приведет к улучшению здравоохранения.

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

OŃTÝSTIK 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 32

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. Степень развития сестринского дела является одним из инструментов, улучшающих показатели здоровья общества.

4. Наглядный материал: слайд 15-20

5. Литература: Смотреть последнюю страницу

6. Контрольные вопросы(обратная связь)

1. Виды медицинской помощи и принципы оказания помощи.

2. Больной сахарным диабетом жаловался на слабость, потливость, озноб после введения инсулина. Определите состояние пациента в этот момент.

№2 лекция

1. Тема: Алгоритмы оказания неотложной помощи при угрожающих жизни ситуациях.

2. Цель: Обучение алгоритмы оказания неотложной помощи при угрожающих жизни ситуациях.

3. Тезисы лекции:

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

- Оказание неотложной медицинской помощи.

Терминальные состояния – это патологии, которые характеризуются критическим уровнем нарушения жизнедеятельности, грубыми изменениями газообмена, гемодинамики и метаболизма. Процесс необратим без реанимационных мероприятий. Основные клинические проявления — централизация кровотока, патологический тип дыхания, снижение артериального давления вплоть до неопределяемого, угнетение или полная утрата сознания, бледность и мраморность кожи, холодный пот, нарушение сердечного ритма.

Кроме того, стадии терминального состояния в настоящее время можно классифицировать следующим образом:

- Тяжелый шок (шок IV степени);

- Глубокая кома 4 балла и ниже;

- о Коллапс;

- Терминальная пауза;

- Преагония (преагональное состояние);

OŃTÝSTIK 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		5 стр. из 32

- Агония (агональное состояние);
- о Клиническая смерть.

Терминальные состояния (ТС) — начальный этап умирания. Возникают как финал жизни в глубокой старости, исход неизлечимого заболевания, результат несчастного случая. Чаще выявляется у пациентов отделений реанимации и интенсивной терапии. Скорость развития увеличивается прямо пропорционально стадии. Наиболее быстро смерть наступает у ослабленных пациентов, при лихорадке и ускоренном обмене веществ. Основным патогенетическим фактором является прогрессирующая гипоксия, которая сопровождается переходом метаболических процессов на анаэробный гликолиз. Происходит активация компенсаторных систем, что становится причиной истощения внутренних резервов. Продолжительность состояний колеблется от нескольких минут до 1-2 суток.

Причины

Существует множество факторов развития ТС. К их числу относятся все виды болезней, приводящих к смерти пациента, а также естественные возрастные изменения. Глубоким патогенетическим фактором считается критическое уменьшение перфузии крови, кислородное голодание, нарушение метаболических процессов, накопление в организме патологических продуктов обмена веществ. Терминальные состояния возникают в следующих случаях:

- **Старость.** С годами тело человека подвергается изменениям деструктивного характера. Естественная смерть, которой предшествует короткий период умирания, наступает в возрасте 80-100 лет на фоне сенильной дегенерации миокарда, ослабления функциональной способности сердца, кахексии и обезвоживания. Подобные процессы считаются нормальными, реанимация проводится крайне редко.
- **Тяжелые соматические заболевания.** Около 80% случаев остановки сердца обусловлено диффузным поражением коронарных артерий, злокачественными желудочковыми тахикардиями, фибрилляцией желудочков и другой патологией кардиологического профиля. Сердечные заболевания могут развиваться самостоятельно или иметь вторичную природу. Кроме того, терминальные состояния являются результатом онкологических процессов, полиорганной недостаточности, генерализованных инфекций и ОНМК.
- **Травматические повреждения.** Критические нарушения жизнедеятельности возникают при поражении центральной нервной системы (головного и спинного мозга), легких и органов брюшной полости. При сочетанных травмах они могут развиваться в первые минуты. Ограниченное повреждение приводит к ТС через определенный промежуток времени, чаще 3-4 дня. Это обусловлено развитием раневой инфекции, истощением компенсаторных механизмов, обезвоживанием (ожоги), некрозом. Отдельно рассматривают геморрагический шок, который формируется при большом объеме кровопотери и резком снижении ОЦК.
- **Механическая асфиксия.** Имеет место при утоплении, удушении, давлении, обструкции дыхательных путей инородными телами. Чаще асфиксия встречается среди детей дошкольного и младшего школьного возраста. Сравнительно легко купируется при устранении патогенетического фактора. В некоторых случаях не требует реанимационных мероприятий. Состояние стабилизируется после восстановления нормального газообмена в легких.
- **Врожденная нежизнеспособность.** Встречается среди недоношенных младенцев, рожденных на сроке беременности 5-7 месяцев. Обусловлена незрелостью внутренних систем организма, неспособностью ребенка существовать вне матки. Выживаемость среди

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA АКАДЕМИЯСЫ «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 32

таких детей низкая. Необходимо помещение в кувет, обеспечение сложных и длительных реанимационных мероприятий.

Терминальные состояния формируются в момент трансформации патогенеза в танатогенез. Это происходит на фоне истощения защитных ресурсов, после чего реакции, направленные на поддержание жизнедеятельности, приобретают убивающий характер. Гипервентиляция, свойственная многим патологическим процессам, приводит к возникновению респираторного алкалоза и ухудшению мозгового кровотока. Централизация кровообращения становится причиной изменения реологических свойств крови, сокращения ее общего объема.

Реакции гемостатического типа преобразуются в диссеминированное внутрисосудистое свертывание, при котором отмечается усиленное тромбообразование, сменяющееся кровоточивостью. Сокращается функциональная способность органов, выявляется декомпенсация кислотно-щелочного и электролитного баланса, наблюдается инактивация ферментных систем. Уменьшается выработка энергии, происходит нарушение передачи нервного импульса в синапсах, расстройство иннервации всех систем организма, которое заканчивается остановкой сердца.

4.Наглядные материалы: 15-20 слайдов

5. Литература:смолет последнюю страницу.

6. Контрольные вопросы (обратная связь):

1. Проведение трехкомпонентного метода Сафара
- 2.Терминальные условия.

№3 лекция

1. Тема: Стандарты транспортировки пациента.

2.Цель: обучение студентов видам и методам транспортировки больного.

3. Тезисы лекции:

- Виды транспортировки больного
- Помощь при самостоятельном передвижении пациента
- Другие методы транспортировки пациента

По предписанию врача, осмотревшего больного, больного ждет наблюдательная медицинская сестра в отделении, знакомится с ним и его историей болезни, указывает ему палату, санитарные и другие помещения, рассказывает о порядке отделения. Затем медицинская сестра докладывает врачу о поступившем пациенте и выдает историю болезни. В зависимости от состояния пациента врач осматривает его сразу или во время осмотра, делает дополнительные назначения.

Больных, которые не могут самостоятельно ходить, перевозят в отделение на носилках. Ослабленных больных, инвалидов, некоторых пожилых и пожилых людей перевозят в специальных креслах-каталках (осторожно, без сильного вздутия); тяжелобольных-на каталках или носилках. Носилки, на которые укладывается больной, могут быть подняты двумя или четырьмя людьми, которые должны идти короткими шагами, не параллельными. При подъеме по лестнице больного опускают головой вперед, при спуске - ногами вперед, в обоих случаях ноги носилок держатся чуть выше. Для облегчения подъема носилок иногда используют специальные санитарные лямки. Транспортировка больного вручную и его пересадка могут производиться одним, двумя или четырьмя лицами. Если больного перевозит один человек, то он одной рукой удерживает грудь больного на уровне лопатки, а другой направляет его под бедра, при этом больной обнимает за шею подъемника. Вид транспортировки определяется врачом в зависимости

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 32

от состояния пациента. При транспортировке на носилках необходимо помнить о безопасности пациента и соблюдать некоторые правила:

- Пациент должен быть в курсе всего, что происходит;
- Носилку следует осторожно поднимать, удерживая больного в горизонтальном положении, не сбивая его с ног;
- Держать голову больного перед собой, ходить короткими (шагами), не покачивая носилкой;
- Человек, идущий позади, должен следить за состоянием пациента и расспрашивать его о состоянии;
- Вверх по лестнице подрамник следует отводить головой вперед, поднимая нижнюю сторону, удерживая ее в горизонтальном положении;
- При спуске по лестнице – ноги вниз, перенос носилок с поднятыми ногами;
- Если какой-либо из медперсоналов устает, то он должен немедленно сообщить об этом другим медсестрам, остановиться и положить носилки на землю, иначе усталые пальцы рук могут расслабиться и упасть.

Транспортировка на каталке является более удобным видом транспортировки. Больного удобно укладывают на каталку в зависимости от характера заболевания и повреждения. Такая укладка позволяет полностью расслабить мышцы тела, не требуя от пациента дополнительных усилий и обеспечивает максимально комфортные условия для транспортировки.

Также можно использовать кресло-каталку. В целях безопасности пациенту необходимо объяснить, как правильно сидеть в кресле-каталке:

- * Младшая медсестра наклоняет кресло-каталку перед собой, прижимая ноги к подставке для ног;
- * Попросите пациента встать на подставку для ног, а затем посадите пациента в кресло с опорой;
- * Привести кресло-каталку в основное положение;
- * При помощи рамок за спинкой кресла-каталки пациенту необходимо установить необходимое положение (сидя или полулежа);
- * Во время транспортировки следите за тем, чтобы руки пациента не выходили за пределы кресла-каталки;
- * Помогите пациенту сесть на кровать в палате;
- * Дезинфекция кресла-каталки.

4. Наглядные материалы: 15-20 слайдов

5. Литература: смотрит последнюю страницу.

6. Контрольные вопросы (обратная связь):

1. Виды транспортировки больного.
2. Помощь пациенту при самостоятельном передвижении.
3. Безопасность при транспортировке больного.

№4 Лекция

1. Тема: Применение лекарственных препаратов в случае необходимости оказания неотложной помощи.

2. Цель: Обучат студентам применение лекарственных препаратов в случае необходимости оказания неотложной помощи.

3. Тезисы лекции: Применение лекарственных препаратов в случае необходимости оказания неотложной помощи.

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		8 стр. из 32

Лечебное средство — вещество или смесь веществ синтетического или природного происхождения в виде лекарственной формы (таблетки, капсулы, раствора, мази и т. п.), применяемые для профилактики, диагностики и лечения заболеваний[1].

Следует иметь в виду, что термины - лекарственное средство и лекарственный препарат (фармпрепарат, медикамент) являются полными синонимами:

лекарственное средство — по своей сути это действующее вещество (или смесь действующих веществ).

Лекарственный препарат — это лекарственное средство в определённой дозе в виде определённой лекарственной формы, готовое к применению^{[2][3][4][7]}. Лекарственные препараты нередко содержат кроме действующего вещества, ещё и вспомогательные вещества^[нем.] (формообразователи, растворители, стабилизаторы, консерванты, красители, ароматизаторы и т. д.)^[3]. Аналоги лекарственных препаратов с одинаковыми лекарственными средствами, но отличающиеся в зависимости от производителя составами вспомогательных веществ и(или) формой выпуска, внешним видом (к примеру таблеток), или только запатентованным названием, называются дженериками. Изучение лекарственных средств производится путём химического анализа, фармакологических исследований и клинических наблюдений (см. Фармакология); при этом определяются действующие начала вещества и его основные качественные показатели: органотропность или паразитотропность лекарства, то есть преимущественное его действие на те или другие органы больного или же на возбудителей заболевания (на бактерии, паразитов и т. п.); наличие «побочного» (нежелательного) действия; способность лекарства вызывать у некоторых лиц особую к себе чувствительность (например заболевание насморком и появление тошноты от ничтожных количеств. Существенным моментом является фаза действия лекарственных средств: одни лекарства могут проявлять своё действие в момент проникновения в организм (фаза вхождения по Кравкову), другие — большинство — в период максимальной концентрации в организме (фаза насыщения), третьи — в момент падения концентрации (фаза выхода); при этом чрезвычайно важным является способность некоторых лекарств к кумуляции, проявляющейся в резком усилении, а иногда и извращении их действия при повторном введении, что объясняется накоплением лекарства в организме и накоплением эффекта действия его^[8].

Действие лекарства зависит от возраста, пола, состояния здоровья и индивидуальных особенностей организма лица, принимающего его. Ряд лекарственных средств в соответственно уменьшенной дозе оказывает на детей гораздо более сильное действие, чем на взрослых (часто отравляющее); женщины в период менструации, беременности, лактации реагируют на лекарства иначе, чем обычно; на некоторых лиц лекарство действует ненормально сильно, что объясняется повышенной чувствительностью организма к определённым веществам. Пути введения лекарства в организм весьма разнообразны. Чаще всего используют приём лекарственных средств внутрь перорально. Во избежание быстрого разложения лекарственного препарата, раздражения желудочно-кишечного канала или для достижения наибольшей быстроты действия лекарство вводят с помощью шприца подкожно, внутримышечно или внутривенно. Некоторые лекарства вводят через прямую кишку или путём вдыхания[8].

Наружным применением лекарственных средств считается нанесение их на кожу и на слизистые оболочки глаза, носа, ушей, полости рта, мочеполовых путей (до места входа в мочевой пузырь и до цервикального канала матки), на слизистую оболочку прямой кишки (до места расположения внутреннего сфинктера)[8].

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		9 стр. из 32

В организме лекарственные средства разрушаются, изменяются и, входя в химические соединения с его солями и жидкостями, теряют свои ядовитые свойства (а иногда, наоборот, приобретают их) и в том или другом виде выводятся из организма через кишечник, почки, дыхательные пути, потовые железы и т. д.

4. Наглядные материалы: 15-20 слайдов

5. Литература: Смотрит последнюю страницу.

6. Контрольные вопросы (обратная связь):

1. Парентеральный способ введения лекарственных средств.
2. Специфика парентерального подхода к введению лекарственных средств.

№5 Лекция

1. Тема: Неотложная помощь тяжелобольным детям и их семьям.

2. Цель: Разъяснение студентам помощь тяжело-больным детям и их семьям.

3. Тезисы лекции:

- Неотложная помощь тяжелобольным детям и их семьям.
- Помощь детям.

При отравлении ребенка родители должны знать, как быстро и эффективно ему помочь. Наиболее частым является пищевое отравление. Это вызвано употреблением некачественных продуктов, содержащих токсины или болезнетворные микроорганизмы. Продукты могут быть животного или растительного происхождения. Например, грибы, ядовитые растения, испорченные продукты. В данной статье рассматриваются причины, симптомы, лечение этого заболевания, методы оказания первой помощи. Чтобы оказать своевременную и эффективную помощь при отравлении ребенка, необходимо следовать определенному алгоритму. Пищевое отравление обычно вызвано кишечной инфекцией. В него входит большая группа заболеваний, вызываемых вирусами и бактериями. Чаще других встречаются такие инфекции, как сальмонеллез, дизентерия, кампилобактериоз, эшерихии, иерсиниоз. Кишечные инфекции поражают пациентов независимо от возраста. Часто приходится сталкиваться с тем, что отравился маленький ребенок. В большинстве случаев даже после всех видов лечения выделения у детей могут быть вызваны ядовитыми грибами, сохраняющими свои опасные свойства. 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 необходимо понять, что стало причиной кишечной инфекции. Часто дети становятся жертвами «болезни грязных рук». Самый простой способ заразиться этой инфекцией – через грязные вещи или руки.

Заболевание, вызванное кишечной палочкой, вызывают кисломолочные продукты – простокваша, кефир. Стафилококки активно распространяются в тортах и кремах в теплое время года, что также может привести к пищевому заражению.

Возбудители сальмонеллы попадают в организм человека через зараженную пищу. Часто это грязная зелень или овощи, яйца, курица, сосиски, вареная колбаса. Иерсинию распространяют грызуны, которые проходят через фрукты и овощи, а затем люди заражаются, если их не тщательно мыть. Опасность – отравление токсичными веществами, которые могут попасть в организм ребенка через дыхательные пути, пищеварительную систему или кожу.

Эксперты делят токсичные вещества на три категории. В первый класс входят наиболее опасные соединения. Это грибы, растения, промышленные яды, бытовая химия, сельскохозяйственные препараты, яды животных и токсичные газы.

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		10 стр. из 32

Ко второму классу относятся опасные соединения – алкоголь, наркотики, съедобные грибы и растения.

К третьему классу относятся условно опасные соединения, в том числе съедобные грибы, нетоксичные растения, которые становятся токсичными при выращивании на загрязненных отходами землях при неправильной обработке пестицидами.

Боль в животе, рвота и диарея – не единственные симптомы отравления. Симптомы зависят от токсического вещества, вызвавшего интоксикацию. Если возникла рвота, ребенок отравился, что делать? Это должен знать каждый родитель. Первый шаг – вызов скорой помощи. Помните, что служба экстренной помощи обязана ответить на звонок любому пациенту, находящемуся на территории России, независимо от того, есть ли у него полис медицинского страхования или другие документы. Когда вы позвоните в службу 911, вас могут соединить с токсикологическим центром, где вы сможете получить необходимую консультацию.

Астму у детей можно разделить на аллергическую и неаллергическую. Причины у них немного разные, но проявления одни и те же. Атопическая форма бронхиальной астмы у детей возникает вследствие попадания в организм аллергена. Неаллергическая форма заболевания развивается аналогично аллергии, однако при обследовании не удается выявить причинные факторы. 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 препарата в организме активизируются определенные процессы, что приводит к сужению просвета бронхов. Часто это заболевание сопровождается патологией желудка и кишечника. Большинство атак более серьезны. Существует несколько различных степеней, по которым оцениваются клинические симптомы астмы у детей. Легкий тип характеризуется кратковременностью обострения, при своевременном лечении прогноз вполне благоприятный.

Средняя степень тяжести имеет достаточно выраженную симптоматику. Дневные приступы происходят ежедневно, а ночные – несколько раз в неделю. При нем присваивают инвалидность 3-й группы, особенно если наблюдаются дополнительные симптомы.

Тяжелые приступы астмы характеризуются повторением день-ночь. У ребенка сильно нарушены сон и активность. Вдох и выдох довольно затруднены. Прогноз течения заболевания неблагоприятный. Присвоена инвалидность 2-3 группы.

Основные симптомы чтобы помочь своему ребенку, необходимо знать, как развивается астма у детей и как она выглядит. Это позволит вам определить, что вы можете сделать самостоятельно для устранения приступа и когда вам потребуется срочная помощь. Среди первых признаков можно выделить:

- ощущение нехватки воздуха;
- кашель, возникающий преимущественно ночью;
- ощущение сдавления в области грудной клетки;
- одышка после контакта с аллергеном.

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

- затрудненное дыхание;
- шумное, хриплое дыхание;

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 32

- тяжесть в области грудной клетки;
- приступообразный кашель. Приступ купируется, когда ребенок садится, опирается на руки и немного приподнимает плечи. Как распознать течение бронхиальной астмы, должен знать каждый родитель, ведь заболевание сопровождается частыми приступами, что приводит к кислородному голоданию внутренних органов. Это может привести к задержке развития. Первая помощь ребенку при приступе астмы очень важна. Очень важно его успокоить, ведь психологический фактор играет очень важную роль в развитии приступа. Необходимо снять с ребенка всю тесную одежду, открыть окно, чтобы в комнату поступал свежий воздух.

Дайте ребенку ингалятор или небулайзер, а также Эуфиллин. Кроме того, желательно сделать теплую ванночку для рук и ног. Если все эти меры не купируют 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: смотреть последнюю страницу.

6. Контрольные вопросы (обратная связь):

1. Алгоритм оказания неотложной помощи тяжелобольным детям и их семьям.
2. Сестринский уход за больными детьми.

№6 Лекция

1. **Тема:** Алгоритмы оказания скорой помощи при обморожении.

2. **Цель:** Ознакомление студентов алгоритмы оказания скорой помощи при обморожении.

3. Тезисы лекции:

- Отморожение – повреждение тканей в результате длительного воздействия низких температур.
- Причины роста:
 - холодный;
 - ветер;
 - высокая влажность;
 - узкая и мокрая обувь;
 - плохое общее состояние больного (некоторое заболевание, алкогольное опьянение, сильная кровопотеря) и т. д.

Части тела: пальцы рук и ног, уши и нос склонны к обморожению. Потому что под воздействием холода приток крови к этим частям тела тормозится, и если не оказать своевременную помощь, клетки этих частей начинают отмирать. Тесная обувь, тесная одежда, тесные перчатки, мокрая одежда и обувь – единственные причины быстрого роста.

- Существует четыре стадии роста
- Обморожение I степени, легкая форма обморожения – после разогрева ощущается изменение цвета кожи, отек, покраснение, боль.
- Обморожение II степени проявляется на коже прозрачного цвета.
- Обморожение III степени, на коже появляется кровавая напиль, теряется чувствительность. Лечение будет очень длительным и может оставить шрамы.
- Обморожение IV степени, самый тяжелый вид обморожения – происходит глубокое повреждение кожи.
- Первая помощь при замерзании. • Первая помощь должна прежде всего остановить воздействие холода на организм. Необходимо активно согревать пораженные

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 32

обморожением участки тела. Для этого больного следует перенести в теплое помещение, согреть, уделив особое внимание холодным участкам и восстановив в них кровообращение. Больному можно дать горячий чай и молоко.

- При обморожении первой степени кожу следует протирать чистой тканью до покраснения, а пораженные участки протирать спиртом, вазелином, маслом. Если опухли ноги и руки, вымойте их в теплой воде с мылом и протрите спиртом. Полезно слегка помассировать стопы. Если кончики пальцев растут, опустите руку в теплую воду (37–40 °С) и потрите ее до покраснения.

- Чего нельзя делать во время купания?

1. Не давайте пациенту кофе или алкогольные напитки, чтобы согреть его.
2. Кроме того, человека с простудой нельзя помещать в горячую ванну, не согрев предварительно до теплой температуры.
3. Не вскрывайте волдыри на коже.
4. Запрещается использовать открытое пламя для обогрева больного.
5. Указанные способы нагревания приводят к немедленному повышению температуры в зоне поражения, что, в свою очередь, приводит к разрыву мелких капилляров, проявлениям внутреннего кровотечения и даже тяжелым состояниям.
- Профилактика обморожений: согревание тела холодной водой. Улучшает кровообращение и повышает устойчивость к холоду. Носи теплую одежду.

4. Наглядные материалы: 15-20 слайдов

5. Литература: Смотерть последнюю страницу.

6. Контрольные вопросы (обратная связь):

1. Определение обморожения, виды обморожений.
2. Сестринский уход при обморожениях.

№7 лекция

1. Тема: Алгоритмы оказания скорой помощи при острой дыхательной недостаточности.

2. Цель: Дать студентам алгоритмы оказания скорой помощи при острой дыхательной недостаточности.

3. Тезисы лекций:

Дыхательные пути.

- Сестринская помощь при дыхательной недостаточности.

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 кислородом. 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:

- приступ астмы;
- странгуляционная асфиксия, вызванная механическим сдавливанием трахеи, нервного ствола и вен шеи;

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 32

- 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:

- гладить;
- 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 неопластически-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. Лекарственная десенсибилизация для высокого эффекта – применение комбинации антигистаминных, кортикостероидных и

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		14 стр. из 32

дегидратирующих препаратов. Острая трахеостомия в стадии декомпенсации стеноза и острая коникотомия в стадии асфиксии. Коникотомия (анат. conus [elasticus] эластичный конус + греч. tomērazrez, разрез; син. кониотомия) — разрезание (рассечение) посередине кольца и щитовидного хряща. Показания: Стеноз ушной раковины, развившийся на фоне нарушений дыхания (воспалительных, аллергических, опухолевых). В этом случае дыхание учащается, расслабится 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. Наглядные материалы: 15-20 слайдов

5. Литература: Смотрите последнюю страницу.

6. Контрольные вопросы (обратная связь):

1. Трагедия, вызванная острой дыхательной недостаточностью;
2. Предвестники приступов бронхиальной и сердечной астмы, различение симптомов;

№ 8 лекция

1. Тема: Алгоритмы оказания скорой помощи при острой сердечной недостаточности.

2. Цель: Изучить симптомы острого инфаркта миокарда, стенокардии и оказывать первую медицинскую доврачебную помощь таким больным.

3. Тезисы лекции:

- Первая помощь при сердечной недостаточности.
- Обучение принципам оказания первой помощи.

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.

OÑTÜSTIK 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	15 стр. из 32

- Сначала в легких выслушивается жесткое дыхание, затем сухие хрипы.

- Клиника отеков легких

В зависимости от скорости:

- 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.

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 низкое. Нарушаются ритмы сердца (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).

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		16 стр. из 32

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.

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 сосредоточено 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 производить 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 в 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 проводит 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. Наглядные материалы: 15-20 слайдов

5. Литература: Смотреть последнюю страницу.

6. Контрольные вопросы (обратная связь):

1. Симптомы острой сердечной недостаточности.
2. Первая помощь при острой сердечной недостаточности.

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 32

№9 лекция

1.Тема: Алгоритмы оказания скорой помощи при гипертоническом кризе.

2.Цель: Обучение студентов алгоритмом оказания скорой помощи при гипертоническом кризе.

3.Тезисы лекции:

- Обучение основным методам диагностики опасных для жизни ситуаций, требующих безопасного сестринского ухода.

- Оказание экстренной сестринской помощи.

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

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA АКАДЕМИЯСЫ «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринского дела-1»		№72/11 ()
Лекционный комплекс		18 стр. из 32

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.

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

- Обострение криза сопровождается поражением «органа-мишени». 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).

- 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. Наглядные материалы: 15-20 слайдов

5. Литература: Смотерть последнюю страницу.

6. Контрольные вопросы (обратная связь):

1. Вывих суставов. Первая помощь.

2. Алгоритм определения пульса в сонной артерии.

3. Ночью к пациенту, проходящему лечение от бронхиальной астмы, вызвали медсестру в палату. Больной жаловался на нехватку воздуха, удушье.

Объективно: состояние тяжелое, пациент сидит на кровати, наклоняясь вперед, кожа бледная. При выдохе затрудненное дыхание ("сжатие" воздуха), на расстоянии слышны сухие свистки. ЧД 26 уд/мин, пульс 90 уд/мин, АД 140/90 мм рт.ст.

Определите и обоснуйте состояние пациента.

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 32

№10 лекция

1.Тема: Алгоритмы оказания скорой помощи при аллергических реакциях. Анафилактический шок.

2. Цель: Изучить основные виды аллергических реакций организма немедленного типа при попадании аллергена в организм, разобрать общие принципы оказания неотложной доврачебной помощи.

3. Тезисы лекции:

- Аллергия .
- Сестринская помощь при аллергии.

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.

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 внутривенно или внутримышечно.

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 антител (реагентов) и иммунных клеток в организме 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, часто симптомами респираторной аллергии, общей реакцией в виде судорожного состояния, изменениями в периферической крови (тромбоцитопенические и

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		20 стр. из 32

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 (интал 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 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. 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.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. Декомпенсация, 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:

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 32

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

Противоаллергическое лечение: преднизолон внутривенно 90–150 мг.

4. Наглядные материалы: 15-20 слайдов

5. Литература: смотреть последнюю страницу.

6. Контрольные вопросы (обратная связь):

1. Что такое аллергическая реакция?
2. Виды аллергических реакций
3. Что такое аллергический шок, его виды?
4. Первая помощь при анафилактическом шоке

№11 лекция

1. Тема: Алгоритмы оказания скорой помощи при обмороке и коллапсе.

2. Цель: Алгоритмы оказания скорой помощи при обмороке и коллапсе. организаций.

3. Тезисы лекции:

- Оказание экстренной сестринской помощи.
- Алгоритмы оказания первой помощи при обмороке и коллапсе. Обморок (синкопе) характеризуется внезапной кратковременной потерей сознания, вызванной острой сосудистой недостаточностью, транзиторной ишемией головного мозга.

Причины:

- Вентрикулярная тахикардия
- Аортальный стеноз

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 32

- 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 изножную 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 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, на губах появляются синяки, 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.

4. Наглядные материалы: 15-20 слайдов

5. Литература: смотреть последнюю страницу.

6. Контрольные вопросы (обратная связь):

1. Обморок и коллапс по объективным и субъективным показателям;
2. Основные симптомы обморока и коллапса;

№12 лекция

1. Тема: Алгоритмы оказания скорой помощи при острых нарушениях мозгового кровообращения.

2. Цель: **Обучение** алгоритмы оказания скорой помощи при острых нарушениях мозгового кровообращения.

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		23 стр. из 32

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.

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

OŃTÝSTIK 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		24 стр. из 32

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. Наглядные материалы: 15-20 слайдов

5. Литература: Смотерть последнюю страницу.

6. Контрольные вопросы (обратная связь):

1. Причины нарушений мозгового кровообращения.
2. Действия при нарушениях мозгового кровообращения.

№13 лекция

1. Тема: Алгоритмы оказания скорой помощи при несчастных случаях: электротравма, утопление, странгуляционная асфиксия, перегрев.

2. Цель: Обучение алгоритмы оказания скорой помощи при острых нарушениях мозгового кровообращения.

3. Тезисы лекции:

- Электрический ток.
- Первая помощь при утоплении.
- Помощь при перегреве.

Электрический ток оказывает общее и местное воздействие на организм человека. Локальное поражение проявляется в виде механических повреждений от сильных сокращений мышц при прохождении тока, а также ожогов I-II степени.

Отличительной особенностью электрического ожога является наличие серовато-желтых пятен (при термическом ожоге – покраснение и волдыри), отсутствие болевых ощущений. Электрический ток повреждает все органы и ткани, но чаще всего на коротком пути во время входа и выхода тока.

Наиболее опасным для жизни является место, где лежат жизненно важные органы (левая рука – правая рука, левая рука – правая нога, голова - рука).

При легких поражениях электрическим током у пострадавшего возникают сокращения мускулатуры скелета, головная боль, боль в груди, общая слабость, одышка.

При тяжелом поражении к указанным симптомам добавляется обморок, сопровождающийся двигательным возбуждением, нарушением чувствительности, зрения, слуха, обоняния. Возможна остановка сердца, дыхания. Первая медицинская помощь:

- отключение пострадавшего от тока с соблюдением правил техники безопасности;
- уложить пострадавшего на высокую сухую ровную поверхность (не закапывать в землю!);
- изготовление сухих асептических повязок на электрические ожоги;
- нюхать статуэтку спирта для стимуляции работы сердца и дыхания;
- проведение реанимационных мероприятий при остановке дыхания и сердечной деятельности.

Пострадавшего с электрической травмой необходимо доставить в лечебное учреждение даже при хорошем самочувствии, так как в нем в ближайшие 7 суток может развиваться опасное для жизни осложнение. Первая медицинская и доврачебная помощь при утоплении

Когда утопающего выводят из воды в бессознательном состоянии, но дыхание и пульс удовлетворяют, его поднимают с ног на 40-50о, дают понюхать статутный спирт, растирают клетки конечностей и грудной клетки.

OÑTÜSTIK 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		25 стр. из 32

Следует помнить, что кратковременная потеря сознания при утоплении или сразу после спасения является серьезным предупреждением о вероятности серьезных осложнений . Пострадавшего забирают в боковом положении.

При выводе пострадавшего в случае смертельного исхода или клинической смерти очередность реанимационных мероприятий должна быть снижена.

Очищение рта,носа от песка или грязи;

Удаление воды из дыхательных путей и желудка;

Искусственное дыхание;

Поддержка кровообращения;

Опорожнение верхних дыхательных путей производится в следующей последовательности. Быстро осмотрев ротовую полость, указательный палец, обернутый марлевой салфеткой, берет съемный протез, очищает рот от слюны, грязи.После этого палец осторожно двигают, чтобы определить, застревает ли полость неба инородными телами.

Вытаскивая воду и пену из дыхательных путей и желудка, укладывая утопающего из плоти, спасатель упирается ногой в согнутое колено и сдавливает грудные клетки, однако на этот период нужно потратить всего несколько секунд.

Искусственное дыхание при первой помощи проводится методами «рот-рот», «нос-рот». Искусственное дыхание методом "рот в рот" начинается с того, что пострадавший ложится на твердую поверхность. Кладя одну руку под шею, а другую-на лоб пострадавшего, он сжимает его голову и создает условия для свободного прохождения воздуха в дыхательные пути.

Пальцами ладоней по лбу прикрывает нос, чтобы воздух не выходил наружу. Ассистент, полностью закрывая рот пострадавшего своим ртом, сильнее сдувает воздух в его дыхательные пути, а затем позволяет пострадавшему выпустить немного воздуха.Метод "из носа в рот" лучше применять в тех случаях , когда нет опыта проведения лечения, когда сторона пострадавшего сильно защемлена или травмирована . В этих случаях носовые ходы должны быть свободными .

Для проведения искусственного отдыха методом "из носа в рот" делают следующие действия . Рука на лбу закручивает голову назад, двумя-тремя руками закрывает рот, поднимая нижнюю челюсть вверх . Рот также можно прикрыть большим пальцем.

Положив рот на нос пострадавшего, он выдувает на него воздух.

При искусственном дыхании ребенку губами прикрывают рот и нос параллельно . Воздух выдувается меньше по сравнению со взрослыми . Частота дыхания детей не должна превышать 18-20 в минуту.

Обхват живота указывает на попадание воздуха в желудок . Ладонью осторожно сжимает ладонь, переворачивая область живота в сторону головы и шеи больного .

Метод Сильвестра часто используется. Пострадавшего укладывают на спину и укладывают в нижнюю часть грудных клеток подкладкой со сложенным матрасом . Если искусственное дыхание проводят два человека, они сидят на коленях по обе стороны от грудной клетки пострадавшего . Каждый из них одной рукой ведет руку пострадавшего к центру его плеча , а другой опускает руки выше кончика пальца .Они одновременно поднимают руку пострадавшего и тянутся к его затылку . благодаря этому грудная клетка расширяется , открывая доступ воздуха . Через две-три секунды больной кладет руку на грудную клетку и сжимает ее, тем самым выдыхая воздух.Способы оказания спасательной помощи тем, кто попал под лед

•Перед оказанием помощи пострадавшему

спасатели должны придерживаться следующих правил:

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		26 стр. из 32

* - определить путь от берега до спуска на лед
нужно получить;

- - с крутого обрыва, вблизи выступающих водорослей и тростника, вода из мест стока теплых производственных вод в водоем не стоит лезть на каток.

* - объезжать заснеженные места (где лед становится тоньше), от устьев, впадающих в реку, течение необходимо обходить твердые участки;

- - осторожно выходить с берега на лед, потому что между ними может быть свет.

Помощь при отравлении угарным газом

При отравлении угарным газом прекратите поступление угарного газа; выньте курильщика на свежий воздух; уложите, успокойте и вдохните свежий воздух (проветрите газету, включите вентилятор или кондиционер);

Если пострадавший потерял сознание, сделайте закрытый массаж сердца и искусственно отдохните, пока не прибудет скорая помощь или не придет в сознание.

Помните, что при выводе пострадавшего из опасной зоны сначала подумайте о собственной безопасности, о том, чтобы не отравиться самостоятельно. Для этого нужно действовать быстро и перевязать нос платком или марлей. Первая помощь при кровотечении

1) держать поврежденную талию тела в приподнятом положении относительно груди (одежда, обернутая подушкой после наложения на рану компрессионной повязки при кровоизлиянии из вены при ранении конечности);

2) прижатие кровотока Вены в месте закапывания с помощью зажимной повязки при незначительном кровотечении (после очистки раны спиртовым раствором йода накладывается толстая вата и оборачивается бинтом);

3) аяк-стабилизация руки в положении максимального сгибания или выпяски (при ранении плеча или голени, стопы, сгибании локтевого или коленного сустава или при невозможности наложения жгута при резком вывихе на рану руки аяк-максимально вытянуть руку в арку, а ногу согнуть внутрь и стабилизировать).

1. при предсердной ране - давит на артерию с внутренней стороны плеча;

2. при кровоизлиянии из голени — давит на подколенную артерию (большим пальцем захватывает переднюю часть коленного сустава, а оставшимся пальцем находит артерию в подколенном суставе и давит на кость);

3. при ранении бедра-надавливает на верхнюю часть бедренной артерии под пахом;

4. при кровотечении из раны на голове-рана давит на височную артерию в челюсти (артерия проходит мимо уха, определяется пульсом);

5. при отхождении от лица кан — челюстная артерия (она идет от шеи к формам лица и изгибается между ее углом и подбородком через нижний край челюсти);

6. при ране на шее-давит на сонную артерию со стороны раны или ниже (со стороны трахеи);

7 . При ране над плечевым суставом , вокруг голени или колтыка надавливают на бедренную артерию на впадину (первую стенку) под ключицей, после чего накладывают жгут или жгут на конечность. Первая помощь при переломах

Наиболее важным при оказании первой помощи при переломе является своевременная адекватная иммобилизация, полное покойное покрытие, неподвижность. При этом достигается: ослабление злокачественных ощущений и уменьшение вероятности развития травматического шока; риск возникновения открытых состояний переломов и

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA АКАДЕМИЯСЫ «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринского дела-1»		№72/11 ()
Лекционный комплекс		27 стр. из 32

уменьшение развития раневой инфекции; уменьшение риска возникновения мягких состояний и дополнительных нарушений внутренних органов; создание благоприятных условий для завершения переломов. Имобилизация автомобиля происходит благодаря колесам. Колеса изготовлены из прочных и удобных материалов. Обычно при оказании первой помощи колеса делают из ручных материалов – доски, палки. Первая помощь при ожогах

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 легкое предкостное повреждение; 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: Смотерть последнюю страницу.

6. Контрольные вопросы (обратная связь):

1. Классификация ожогов;
2. Признаки, определяющие степень тяжести ожога;

№14 лекция

1. Тема: Особенности диагностики и оказания скорой помощи пострадавшим от множественных травм.

2. Цель: Обучение алгоритмы Особенности диагностики и оказания скорой помощи пострадавшим от множественных травм.

3. Тезисы лекции:

- Чрезвычайное положение

Чрезвычайное положение временный режим, объявляемый президентом или парламентом в связи с различными угрозами государству. Это стихийное бедствие, угроза войны, техногенная катастрофа, гражданские беспорядки и т.д. опубликовано в случаях

Чрезвычайная ситуация природного характера – это сильное землетрясение (землетрясение, наводнение, оползень, наводнение и т.п.), природный пожар, эпидемии и инфекционные заболевания скота, а также чрезвычайные ситуации, вызывающие поражение сельскохозяйственных растений и лесов болезнями и вредителями. Шкала Рихтера.

Чрезвычайные ситуации техногенного характера – промышленные, транспортные аварии и другие аварии, пожар (взрыв), авария, приводящая к распространению (угрозе распространения) высокотоксичных, радиоактивных и биологически опасных веществ, внезапное разрушение домов и построек, прорыв плотин, аварийная ситуация жизнеобеспечения. ситуации, вызванные аварией в системах электроэнергетики и связи, очистных сооружениях. Первая медицинская и первая помощь при утоплении

Когда утопающего вынимают из воды в бессознательном состоянии, но если его дыхание и сосуды удовлетворительны, его поднимают с ногами на 40-50 градусов над поверхностью, дают понюхать спирт, растирают ноги, руки и грудные клетки.

OÑTÜSTIK 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		28 стр. из 32

Следует помнить, что кратковременная потеря сознания при утоплении или сразу после спасения является серьезным предупреждением о возможности серьезных осложнений. Пострадавшего снимают лежа на боку.

Последовательность реанимационных мероприятий должна быть следующей при вывозе пострадавшего в состоянии неотложной помощи или клинической смерти.

Очистка полости рта и носа от песка или грязи;

Удаление воды из дыхательных путей и желудка;

Искусственное дыхание;

Поддержка кровообращения;

Освобождение верхних дыхательных путей проводят в следующем порядке. Он быстро осматривает полость рта, вынимает съемный протез указательным пальцем, обернутым салфеткой, очищает ротовую полость от слюны и грязи. После этого осторожно перемещают палец, чтобы определить, не засорена ли небная полость инородными предметами.

Выпустить воду и пену из дыхательных путей и желудка, уложить утопающего на лицо, упереть его ногами в согнутые колени спасателя и сжать клетки грудной клетки, но на этот этап следует потратить всего несколько секунд.

Искусственное дыхание при оказании первой помощи проводят методами «рот в рот» и «нос в рот». Искусственное дыхание методом «рот в рот» начинают, укладывая пострадавшего на спину на твердую поверхность. Одну руку кладут под шею, а другую кладут на лоб пострадавшего.

Пальцами ладони положить на лоб нос, чтобы не выходил воздух. Помощник полностью закрывает рот пострадавшего ртом и с большей силой дует в дыхательные пути пострадавшего, затем позволяет пострадавшему слегка выдохнуть.

Метод «Нос в рот» лучше всего применять в тех случаях, когда нет опыта лечения, когда бок пострадавшего сильно сдавлен или травмирован. В этих случаях носовые ходы должны быть свободны. Для проведения искусственного дыхания методом «нос в рот» производят следующие действия. Положив руку на лоб, он поворачивает голову назад, а двумя-тремя руками поднимает нижнюю челюсть и закрывает рот. Рот также можно закрыть большим пальцем ноги. Приложите рот к носу пострадавшего и вдуйте в него воздух.

При искусственном дыхании ребенка включаются губы, рот и нос. Выдувает воздух меньше, чем взрослые. Частота дыхания детей не должна превышать 18-20 в минуту.

Стеснение в животе указывает на наличие воздуха в желудке. Ладонью живот поворачивают к голове и шее больного и осторожно сжимают ладонью.

Часто используется метод Сильвестра. Пострадавшего укладывают на спину и на нижнюю часть груди кладут сложенную простыню. Если искусственное дыхание проводят два человека, они становятся на колени по обе стороны груди пострадавшего. Каждый из них одной рукой берет руку пострадавшего к середине плеча, а другую руку кладет выше на кончик пальца. Одновременно поднимают руку пострадавшего и вытягивают ее за голову. за счет этого грудная полость расширяется и открывает путь для поступления воздуха. После этого через две-три секунды руку больного кладут на грудную полость и сжимают, вытесняя таким образом воздух. Способы оказания спасательной помощи попавшим под лед

- Прежде чем оказать помощь пострадавшему

Спасатели должны соблюдать следующие правила:

- - определение маршрута от берега до падения на лед

нужно получить;

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		29 стр. из 32

- - с крутого обрыва, вблизи выступающих водорослей и камыша, вода из мест поступления в водоем теплых производственных вод не выходите за поверхность.
- - обход заснеженных участков (в тех местах лед становится тоньше), сток из лиманов в реку необходимо обходить трудные места;
- - осторожно выйти с берега на лед, из-за двух между ними может быть свет.

Помощь при отравлении ядовитыми газами

В случае отравления ядовитым газом прекратить подачу ядовитого газа; вынести пострадавшего на свежий воздух; лечь, успокоиться и подышать свежим воздухом (обветрить газетой, включить вентилятор или кондиционер);

Если пострадавший без сознания, сделайте закрытый массаж сердца и дайте ему искусственный покой до прибытия скорой помощи или до тех пор, пока он не придет в сознание. Помните, вынося пострадавшего из опасной зоны, думайте в первую очередь о собственной безопасности и не отравьтесь сами. Для этого нужно двигаться быстро и прикрыть нос платком или марлей. Первая помощь при кровотечении

1) удержание травмированной части тела в приподнятом положении относительно груди (при травме ноги, при кровотечении из вены после наложения на рану давящей повязки наложить одежду, завернутую в подушку));

2) прижатие кровотока вены на пораженном участке давящей повязкой при незначительном кровотечении (после очистки раны спиртовым раствором йода на нее накладывают толстую вату и заматывают повязкой);

3) Стабилизировать ноги и стопы в согнутом положении или в положении письма (при травме плеча или икры, стопы, сгибании локтевого или коленного сустава или при невозможности наложения жгута на рану письма) нога или голень, когда нет возможности наложить жгут на рану голени или голени, вытянуть руку до свода, а ногу согнуть внутрь, стабилизация). При предлопаточной ране - артерия сдавливается с внутренней стороны плеча;

2. При кровотечении из икры - прижать коленную артерию (придерживать большим пальцем переднюю сторону коленного сустава, а другим пальцем найти артерию в коленном суставе и надавить на кость);

3. При ранении бедра - прижимают кулаком верхнюю сторону бедренной артерии под пахом;

4. При кровотечении из раны на голове - давит на височную артерию в ране (артерия проходит возле уха, определяется по пульсу);

5. При кровотечении из лица она сдавливает верхнечелюстную артерию (она идет от шеи к контурам лица и перегибается через нижний край челюсти между ее углом и подбородком);

6. При ранении шеи - рана давит на сонную артерию сбоку и снизу (со стороны трахеи);

7. При ранении выше плеча, около плечевого сустава или вокруг подмышки подключичную артерию вдавливают в ямку (первую стенку) под ключицей, а затем на конечность накладывают жгут или жгут. Первая помощь при переломе

Самое главное в оказании первой помощи при переломе – правильная иммобилизация, полный покой, неподвижность поврежденной конечности. Таким образом: ослабление опасных ощущений и снижение вероятности развития травматического шока; снизить риск открытых переломов и развития раневой инфекции; снижение риска дополнительного повреждения мягких тканей и внутренних органов; можно создать

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		30 стр. из 32

благоприятные условия для заживления переломов. Иммобилизация автомобиля осуществляется благодаря колесам. Колеса изготовлены из твердых и удобных материалов. Обычно при оказании первой помощи колеса изготавливают из подручных материалов – досок, палок.

Первая помощь при ожогах. Ожог – это повреждение тканей тела в результате воздействия высокой температуры (пламя, горячего пара, кипящей воды) или некоторых химических веществ (кислоты, щелочи). Особой формой ожога является ожог радиацией (солнцем, радиацией, рентгеном). Ожоги разделяют на 4 стадии: 1 стадия – покраснение и отек кожи в зоне поражения; симптомы проходят в течение нескольких дней; 2 стадия – помимо симптомов 1 стадии появляются пузырьки, наполненные жидкостью; симптомы исчезают через день-полтора; 3-я стадия – онемение всей кожи, покрывающей поверхностный слой ожога; писалось в течение нескольких недель; 4 стадия – онемение кожи и повреждение мягких тканей до кости; подписка очень медленная. Если травма произошла во время пожара, то на обожженную кожу накладывают сухую негнойную повязку. Запрещается очищать обожженную кожу и лопнувшие волдыри.

4. Наглядные материалы: 15-20 слайдов

5. Контрольные вопросы (обратная связь):

1. Основные симптомы клинической смерти.
2. Особенности транспортной иммобилизации больного с множественными травмами.

6. 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. - Караганды : 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.

Дополнительный 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, 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. Каныбеков, А.А. Каныбеков. - Алматы : TechSmith, 2023. - 172 с

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		31 стр. из 32

7. Интернет – ресурс:

- 1.Алпысова А.Р., Молодовская Н.В. / Ауруханаға дейінгі кезеңде жедел көмек көрсету алгоритмі: оқу құралы // Қарағанды: ЖК «АҚНҰР баспасы», - 2015. – 120бет.
<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 ісәрекеттері / А. Қаныбеков, Ж. Қаныбекова. – Алматы: Эверо,2020 – 216 бет.https://www.elib.kz/ru/search/read_book/845/.

<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>32 стр. из 32</p>