

# Неотложные состояния и алгоритм действий при НИХ

ЛД 404 – 1

Якутск, 2016

# Содержание

- [Обструкция дыхательных путей](#)
- [Коллапс](#)
- [Артериальная гипертензия. Гипертонический криз](#)
- [Аллергические состояния](#)
- [Бронхиальная астма](#)
- [Острый коронарный синдром](#)
- [Язвенная болезнь](#)
- [Эпилепсии](#)
- [Неотложные состояния при заболеваниях ЖКТ](#)
- [Гипотонии](#)
- [Анафилактический шок](#)
- [Вазовагальная атака](#)
- [Эпилептический статус](#)
- [Приступ острой глаукомы](#)
- [Кетоацидотическая кома при сахарном диабете](#)
- [Список литературы](#)

# Неотложная помощь при закупорке дыхательных путей

Выполнил: Гайтукаев М.И. ЛД 404-1

# Первая помощь при обструкции дыхательных путей.

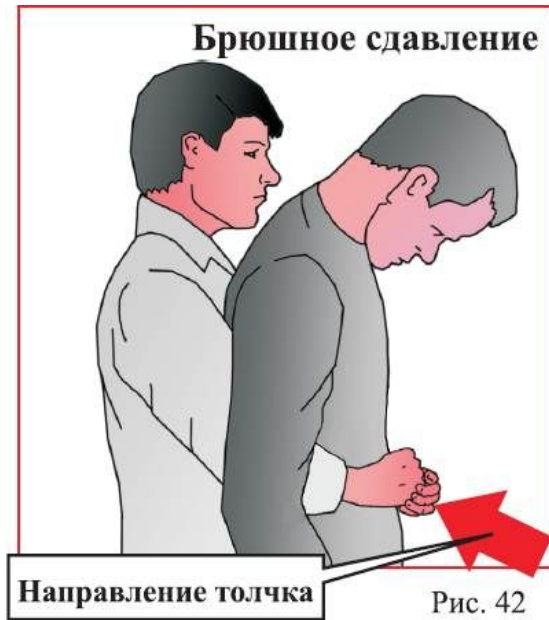
- Если пострадавший подавился, спросите, может ли он дышать. Это ключевой вопрос для того, чтобы отличить полную обструкцию от частичной!
- 1. Если у пострадавшего наблюдаются признаки частичной обструкции дыхательных путей (дышит и может говорить), значит у него еще проходимы дыхательные пути.
  - Побуждайте его продолжать кашлять! Не мешайте ему откашливать инородное тело!
- 2. Если у пострадавшего признаки полной обструкции дыхательных путей и он находится в сознании.
  - провидите серию ударов по спине следующим образом:
    - - встаньте сбоку и чуть позади пострадавшего;
    - - поддержите его грудь одной рукой и наклоните пострадавшего вперед, так, чтобы инородное тело могло выйти изо рта;
    - - нанесите до 5 резких ударов между лопатками основанием ладони другой руки.
  - Наблюдайте, не устранил ли любой из ударов обструкцию дыхательных путей. Цель – устранить обструкцию с каждым ударом-шлепком, а не обязательно нанести все 5 ударов.

1



## 2

- Если 5 ударов по спине не смогли устранить обструкцию, сделайте 5 толчков в живот следующим образом;
- - встаньте позади пострадавшего и обхватите его живот обеими руками;
- - наклоните пострадавшего вперед;
- - сожмите кулак одной руки и поместите его между пупком и грудиной;
- - обхватите свой кулак другой рукой и резко потяните на себя и вверх;
- - повторите до 5 раз.
- • Если обструкция все еще не исчезла, продолжайте чередовать 5 ударов по спине с пятью толчками в живот.



### **Примечание**

Толчок двумя руками, расположенными между талией и грудной клеткой называется брюшным сдавлением или приемом Хаймлиха. Альтернативный способ – грудное сдавление (руки расположены в середине грудины), применяются только у женщин в поздних сроках беременности, у очень тучных пострадавших, у маленьких детей и у пострадавших с ранениями живота.

- **3. Если пострадавший теряет сознание:**
  - • поддерживая, осторожно опустите пострадавшего на землю;
  - • немедленно вызовите скорую помощь;
  - • начинайте сердечно-легочную реанимацию.
- Спасая ребенка, наносите удары по спине в «дренажном» положении – вниз головой. Соразмеряйте силу ударов и толчков с массой тела ребенка!



**Коллапс**

# Коллапс: первая помощь

- Больного необходимо уложить на спину, на твердую поверхность, приподняв ноги – это обеспечит усиление притока крови к сердцу и мозгу.
- Для поступления в помещение свежего воздуха нужно открыть окна, больного при этом необходимо согреть.
- Сковывающие дыхание и чрезмерно прилегающие к телу вещи следует ослабить/расстегнуть.
- В случае наличия под рукой аптечки и нашатырного спирта в частности, следует дать больному его понюхать. За неимением данного препарата нужно растереть виски, ямку, расположенную над верхней губой и мочки ушей.
- В случае возникновения коллапса по причине кровопотери с наличием наружной раны, первая помощь предполагает необходимость в остановке кровотечения.
- При бессознательном состоянии больного недопустимо давать ему питье и лекарства, как недопустимы и попытки приведения в сознание ударами по щекам.
- Запрещается использование при коллапсе валокардина, валидола, корвалола, нитроглицерина и но-шпы, потому как их действие приводит к расширению сосудов.

Артериальная  
гипертензия.  
Гипертонические кризы

**Артериальная гипертензия (гипертония)** – хроническое заболевание, выражающееся в стойком повышении артериального давления.

Причины:

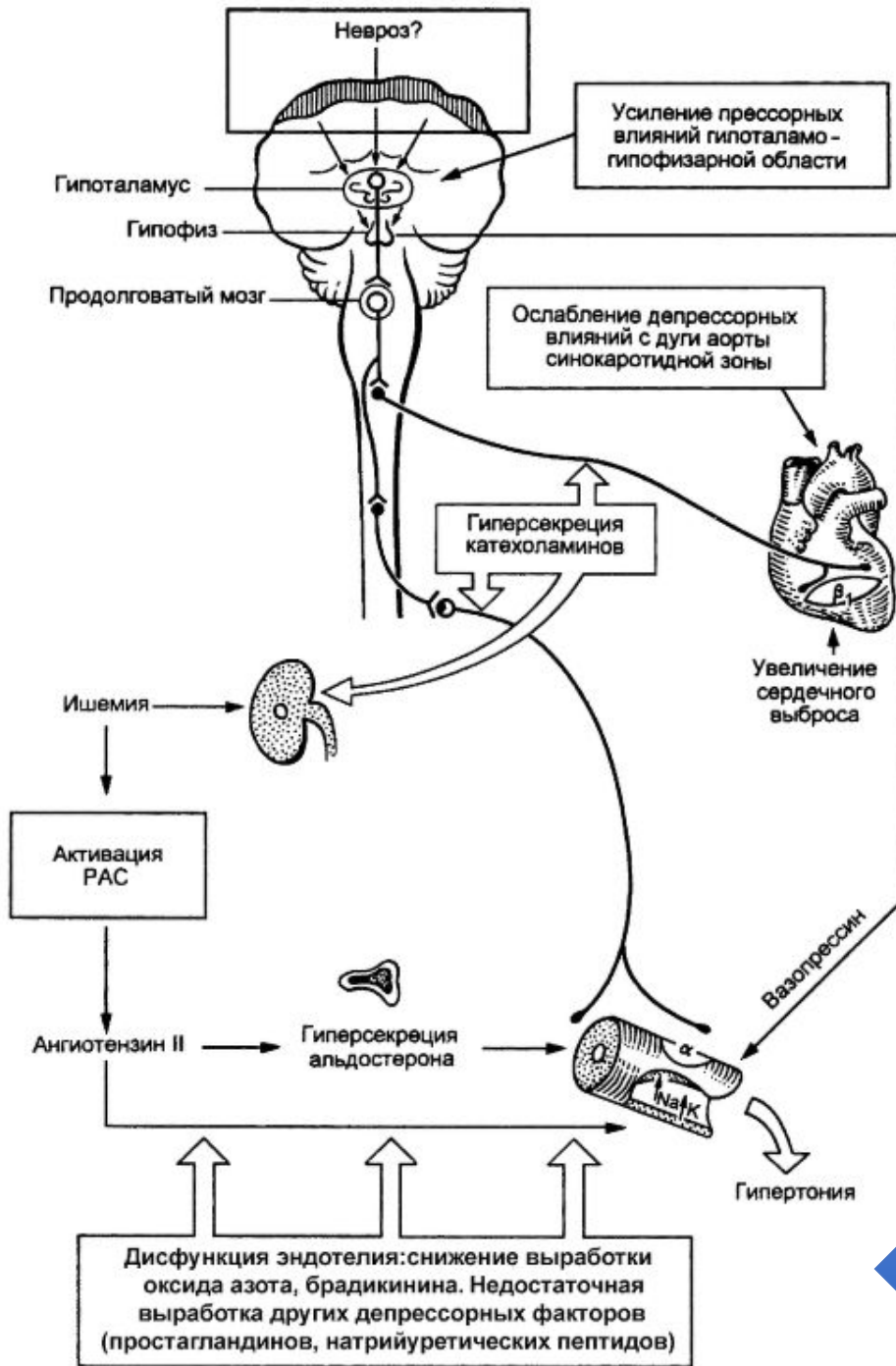
- избыточный вес;
- чрезмерное потребление поваренной соли;
- курение;
- злоупотребление алкоголем;
- недостаточное поступление калия с пищей;
- наследственная предрасположенность;
- нарушение обмена холестерина.

Стадии АГ:

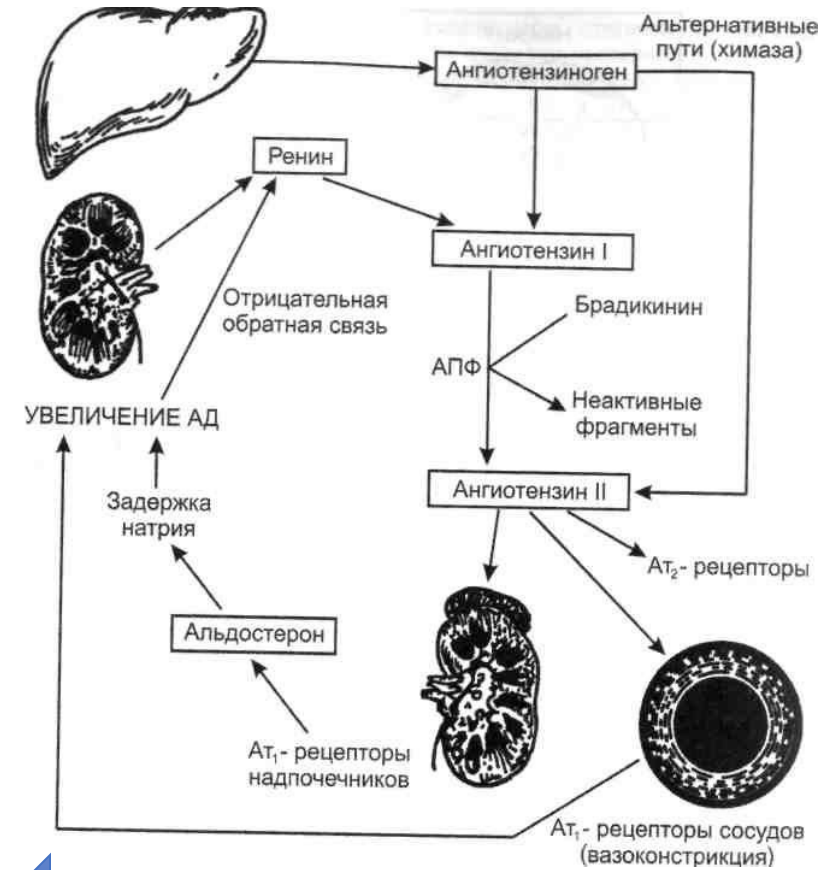
I стадия: регистрируется незначительное повышение артериального давления, гипертонические кризы случаются редко или вовсе отсутствуют, нет поражения органов-мишеней (сердце, почки, головной мозг).

II стадия: повышенное кровяное давление, частые гипертонические кризы. Регистрируется поражение органов мишеней (увеличение границ сердца, признаки поражения почек).

III стадия: резкое повышение артериального давления, сопровождаемое развитием сердечной и почечной недостаточности



## Ренин-ангиотензивная система при ГБ



Патогенез ГБ

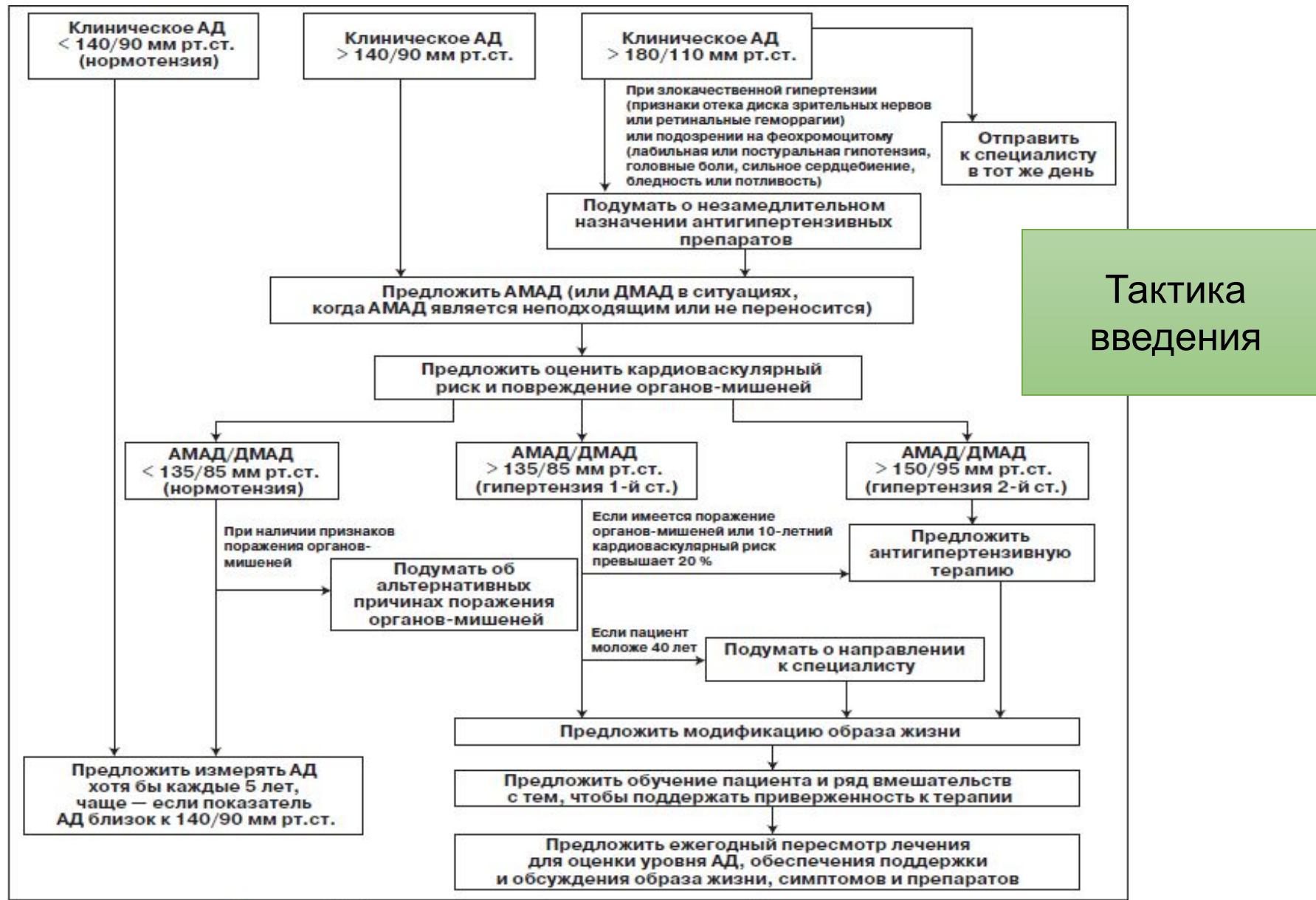


Рисунок 1. Алгоритм: диагностика артериальной гипертензии

Примечания: АД — артериальное давление; АМАД — амбулаторное мониторирование АД; ДМАД — домашнее мониторирование АД.

# Лечение АГ

Стимуляторы  
центральных Альфа1-  
адренорецепторов



По 0,075г 2 р.в  
день.

Диуретики



по 40мг 1 р. в  
день

Блокаторы Бета-  
адренорецепторов



По 25-100мг в  
сутки

Блокаторы  
кальциевых каналов  
мембраны



По 10мг 3 р. В  
день

Ингибиторы АПФ



По 1 таб. 3 р. В  
день

# Аллергические состояния



Наибольшее значение из острых аллергических реакций имеют аллергическая крапивница (встречается чаще всего), отек Квинке и анафилактический шок.

Факторами, вызвавшими аллергическую реакцию, могут быть пищевые продукты, лекарственные препараты, косметика, шерсть животных, пыльца растений и многое другое. Аллергию может вызвать практически любое вещество. Необходимо тщательно собирать анамнез, хотя во многих случаях установить аллерген не удастся.

- **Аллергическая крапивница** проявляется в виде ярко-розовых пятнистых высыпаний на коже различных размеров, неправильной формы, местами сливных. Может располагаться на любых участках тела. Как правило, сопровождается сильным зудом, на коже видны следы расчесов. Возникает через несколько минут или часов после контакта с аллергеном.
- **Отек Квинке** — участки плотного бледного отека, обычно в местах слияния элементов крапивницы. Может также развиваться отек дыхательных путей, желудочно-кишечного тракта и других внутренних органов (висцеральный отек). Это обуславливает соответственные клинические проявления — одышку, боли в грудной клетке и животе, головокружение, головную боль и др.
- **Анафилактический шок** развивается в результате резкого увеличения емкости сосудистого русла и потери большого количества плазмы, что приводит к уменьшению массы циркулирующей крови, падению АД и развернутой картине шока.

## Неотложная помощь при крапивнице:

- 1) Пипольфен, Тавегил, Супрастин или Димедрол в количестве 1 —2 мл с 10 мл физиологического раствора внутривенно;
- 2) При поражении обширных участков кожи, а также при отеке Квинке дополнительно вводят: 30—60 мг Преднизолона внутривенно



## НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ РЕАКЦИЯХ

### 1-Й ЭТАП

- Мероприятия 1-го этапа проводятся при умеренно выраженных проявлениях аллергических реакций, возникших в связи с проводимым лечением:
- ДИСКОМФОРТ
- НЕДОМОГАНИЕ
- ОДЫШКА
- ВИСЦЕРАЛЬНЫЕ БОЛИ
- ПАРЭСТЕЗИИ
- КОЖНЫЕ РЕАКЦИИ (ГИПЕРЕМИЯ, СЫПЬ, ВОЛДЫРИ)

### ПОРЯДОК ДЕЙСТВИЙ:

- Громко произнести и зафиксировать время наступления осложнения.
- Придать пациенту горизонтальное положение.
- Внутривенно или внутримышечно ввести одну дозу антигистаминного препарата (димедрол, пипольфен или другой препарат).\*
- Контроль АД, пульса, ЧДД, оценить состояние, уточнить анамнез.
- Подготовить (заполнить) систему для в/венного введения полиглюкина (декстран-60).
- **ПОСЛЕ СТАБИЛИЗАЦИИ СОСТОЯНИЯ НА ФОНЕ УСТОЙЧИВЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГЕМОДИНАМИКИ (АД, ПУЛЬС) И ДЫХАНИЯ – ПРОДОЛЖАТЬ НАБЛЮДЕНИЕ МЕД.ПЕРСОНАЛА ДО ПОЛНОГО КУПИРОВАНИЯ ПРОЯВЛЕНИИ АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ РЕАКЦИИ**

## 2-Й ЭТАП

- Мероприятия 2-го этапа проводятся:
- ПРИ ОТСУТСТВИИ ЭФФЕКТА В ТЕЧЕНИЕ 10-15 МИН. ПОСЛЕ ВВЕДЕНИЯ АНТИГИСТАМИННОГО ПРЕПАРАТА;
- НЕМЕДЛЕННО, ПРИ НАЛИЧИИ ВЫРАЖЕННЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ РЕАКЦИИ (НАРУШЕНИЕ СОЗНАНИЯ, КОЛЛАПС, СУДОРОГИ);
- В СЛУЧАЯХ, КОГДА АЛЛЕРГИЧЕСКАЯ РЕАКЦИЯ СОПРОВОЖДАЕТСЯ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ (СНИЖЕНИЕ АД В СОЧЕТАНИИ С УЧАЩЕНИЕМ ПУЛЬСА).
- **ВНИМАНИЕ!!! ПОСЛЕ ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЯ О ПЕРЕХОДЕ КО 2-МУ ЭТАПУ НЕМЕДЛЕННО ВЫЗВАТЬ БРИГАДУ СЛУЖБЫ "СКОРОЙ ПОМОЩИ"!**

### Порядок действий

А. Пунктировать вену.

1. Внутривенно ввести 90 мг преднизолона (3,0 мл) или другой формы стероидных гормонов в эквивалентной дозе
2. Внутривенно ввести одну дозу антигистаминного препарата
3. Присоединить систему для внутривенного введения и начать инфузию полиглюкина (первые 100 мл струйно, с максимально возможной скоростью)
4. Контроль АД, пульса, ЧДД, оценка состояния, уточнение дальнейших мероприятий.

Б. Если не удалось сразу пунктировать вену:

1. Внутримышечно ввести 150 мг преднизолона (5,0 мл) или другой формы стероидных гормонов в эквивалентной дозе
2. Внутримышечно ввести две дозы антигистаминного препарата
3. Внутримышечно ввести 0,5 мл адреналина, разведенного в 2-5 мл "физ.раствора"
4. Контроль АД, пульса, ЧДД, оценка состояния
5. Пунктировать вену, начать внутривенное введение полиглюкина
6. Контроль АД, пульса, ЧДД, оценка состояния,

### **3-Й ЭТАП**

Поддерживающая (симптоматическая терапия)

#### **При стабилизации гемодинамики:**

До полного купирования реакции продолжить внутривенную инфузию: р-ра 5% глюкозы капельно

Во флакон добавить:

- раствор хлорида кальция 10%-10,0
- сульфат магния 25%-10,0

По показаниям:

- седатация, анальгетики,
- симптоматическая терапия

#### **При отсутствии эффекта:**

1. Продолжать внутривенное струйное введение растворов в следующей последовательности:

- полиглюкин – 400,0
- раствор глюкозы 5% - 400,0
- раствор хлорида натрия 0,9% - 400,0

2. В инъекционный узел системы: - преднизолон 90 мг (или его аналог в эквивалентной дозе)

- адреналин 0,5 мл на 10,0 мл изотонич. р-ра натрия хлорида (медленно, под контролем АД, ЧСС)

3. При судорогах и психомоторном возбуждении: - седуксен 0,5%-2,0 (или его аналог в эквивалентной дозе)

4. Контроль АД, пульса, ЧДД, оценка состояния, уточнение дальнейших мероприятий.

# Бронхиальная астма

# Определение

**Бронхиальная астма (БА)** - хроническое заболевание, в основе которого лежит воспалительный процесс в дыхательных путях с участием разнообразных клеточных элементов, включая тучные клетки, эозинофилы и Т-лимфоциты.

- У предрасположенных лиц этот процесс приводит к развитию генерализованной бронхиальной обструкции разной степени выраженности, полностью или частично обратимой спонтанно или под влиянием лечения.
- Хроническое воспаление вызывает гиперреактивность дыхательных путей, приводящую к возникновению повторных эпизодов свистящих хрипов, одышки, чувства стеснения в груди и кашля (особенно ночью или ранним утром).
- В основе БА (независимо от степени тяжести) лежит хронический воспалительный процесс в дыхательных путях. Гиперреактивность бронхов, изменяющаяся со временем бронхиальная обструкция и связанные с этим клинические симптомы болезни - следствие персистирующего воспаления в бронхах.

# Доврачебная помощь при бронхиальной астме

При приступе астмы больному нужно

- помочь расстегнуть ворот рубашки или ослабить галстук, снять все, что может мешать свободному дыханию
- помочь принять правильное положение: стоя или сидя, упираясь в поверхность обоими руками, локти расставлены в разные стороны. Это поможет задействовать вспомогательные дыхательные мышцы.
- помогите больному успокоиться и постараться дышать равномерно. Откройте окно, чтобы в помещение был поток свежего воздуха.
- *Легкий приступ можно купировать, если больному сделать горячую ванночку для рук или ног, приложить горчичники к стопам. Помогите воспользоваться больному ингалятором, который использует больной, достаньте его из упаковки, закрепите насадку и переверните. Если человек самостоятельно не может нажать на аэрозоль, сделайте это вместо него. Повторять применение ингалятора можно 2-3 раза каждые 20 минут.*



# Экстренная врачебная помощь

- Врачом вводится 0,7 мл 0,1% раствора адреналина подкожно, который помогает убрать спазм дыхательных путей и снизить выделение слизи бронхами. Результат после укола наступает обычно спустя 5-8 минут. Если при этом состояние пациента по-прежнему тяжелое, то инъекцию повторяют. При этом необходимо помнить: адреналин нельзя применять при сердечной астме, возникшей на фоне инфаркта или же на фоне сердечной недостаточности
- Вторым препаратом, который следует использовать для купирования приступа бронхиальной астмы – это эфедрин. Действовать он начинает спустя 20-25 минут, вводится под кожу в виде 1% раствора не более 1 мл. Эфедрин оказывает более слабое воздействие чем адреналин, иногда этим препаратом не получается полностью купировать приступ. Тогда раствор эфедрина или адреналина вкалывают в сочетании с 0,5 мл атропина (1% раствор).
- Если неизвестен тип приступа астмы (сердечный или бронхиальный) или длительное время не удается его устранить, следует использовать внутривенное введение эуфиллина. Препарат следует вводить очень медленно.
- Если введение бронхолитических препаратов не оказывает никакого видимого воздействия, а только вызывает возбуждение пациента, то вводят пипольфен (раствор 2,5%) в мышцу, объемом не более 1,5-2 мл и внутривенно новокаин (раствор 0,5%), объемом 5-10 мл, лекарство следует вводить медленно.
- Смешанную форму астмы купируют эуфиллином с сердечными гликозидами, укол делают внутривенно. Если у пациента наступает удушье, то с большой осторожностью допускается применение препарата пантопон, обязательно с атропином или используют промедол.
- Вводить морфин при бронхиальном приступе нельзя, он негативно воздействует на дыхательную систему, затрудняя дыхание.
- В качестве спазмолитических средств применяется инъекция 2% растворов но-шпы и папаверина, в соотношении 1:1, не более 4мл.
- Если введение лекарственных препаратов не дает нужного эффекта, то больного необходимо срочно госпитализировать.



Эфедрин



# Острый коронарный синдром

**Острый коронарный синдром** - совокупность патологических реакций организма, возникающий при развитии инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST, инфаркта миокарда без подъема сегмента ST или нестабильной стенокардии.

Причины:

- атеросклероз коронарных (питающих сердечную мышцу) артерий;
- тромбоз (закупорка) коронарных артерий.

Формы:

- Острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST
- Острый коронарный синдром без подъема сегмента ST

Симптомы: сжимающая или давящая боль за грудиной после физической нагрузки длительностью более 10 мин. После приема нитроглицерина боль не проходит; Кожные покровы становятся очень бледными, выступает холодный липкий пот; Обморочные состояния; Нарушения сердечного ритма, нарушения дыхания с одышкой



Патогенез  
ОКС

Разрыв ранимой атеросклеротической бляшки

Спазм коронарной артерии:  
- в месте стеноза  
- без видимого стеноза

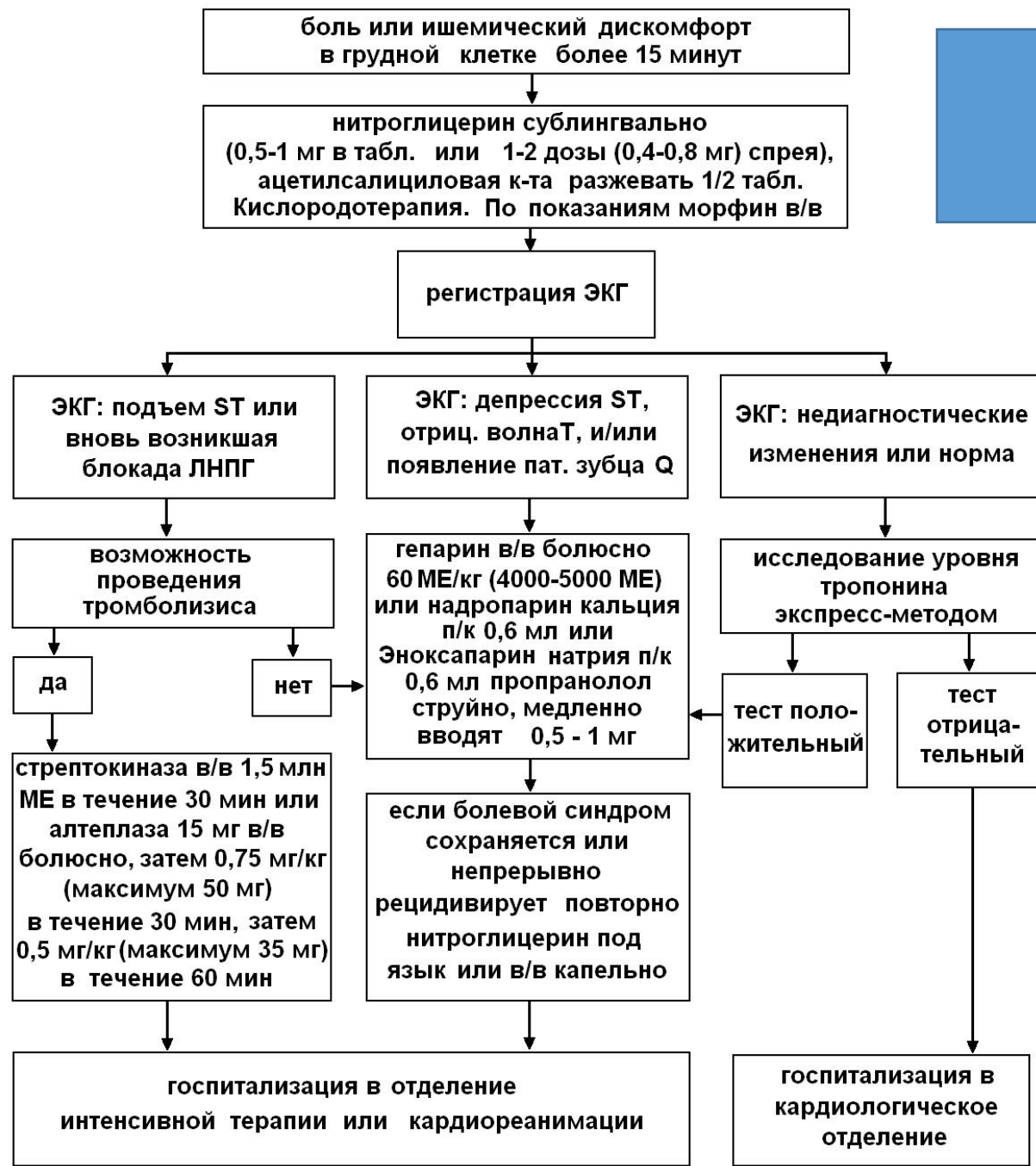
- внутрикоронарный тромбоз
- изменение геометрии бляшки
- дистальная эмболизация
- локальный спазм

Потребности миокарда в кислороде при значимых стенозах

↓  
Доставки кислорода к миокарду при значимых стенозах

Появление/ усугубление ишемии миокарда

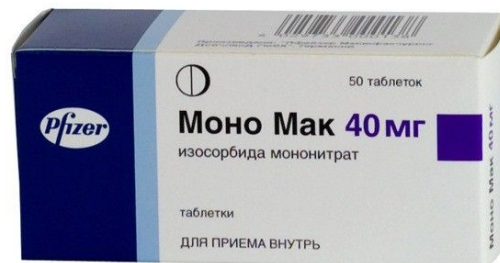
Симптомы обострения ОКС



**Тактика введения**

## Лечение ОКС

Нитраты



по 20 мг 2–3  
раза в сут.

Пролонгированные  
нитраты



по 5-10 мг 3-4  
раза/сут.

В- адреноблокаторы



40-60 мг/сут

Дезагреганты



125- 160мг/ сут

Ингибиторы АПФ



По 12,5 2 р. В  
день

# Язвенная болезнь желудка

Осипова Аделина Васильевна

ЛД 404-1



- **Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки** — хроническое рецидивирующее заболевание, характеризующееся формированием язвы в желудке или двенадцатиперстной кишке в результате расстройства нейроэндокринной регуляции, нарушения трофики слизистой оболочки и ее протеолиза. Главными причинами возникновения язвенной болезни являются длительное психоэмоциональное перенапряжение негативного характера, нарушения питания (особенно его ритма), курение и употребление алкоголя
- **Симптомы.** Язвенная болезнь характеризуется появлением болей в эпигастральной области, возникающих натощак, через 1,5—2 ч после еды или в ночное время. Прием пищи на короткое время уменьшает интенсивность боли. Болям сопутствует изжога, отрыжка кислым, нередко рвота, облегчающая боль. Обращает на себя внимание похудание, обложенность языка, болезненность при пальпации в эпигастрии или в зоне проекции луковицы двенадцатиперстной кишки. Передняя брюшная стенка может быть умеренно напряжена.
- **Осложнения:** кровотечение, перфорация, стеноз, малигнизация. При компенсированном рубцовом стенозе наблюдаются интенсивные боли, постоянное ощущение полноты желудка, отрыжка, рвота с примесью пищи. Общее состояние существенно не нарушено. В субкомпенсированной стадии все эти симптомы усиливаются, прослеживаются перистальтические волны. Для декомпенсированной стадии характерны резкое ухудшение состояния, упорные рвоты, истощение, обезвоживание, в дальнейшем присоединяются судороги, явления азотемии.

# Неотложная помощь

- Успокоить больного, при выраженном возбуждении — 10 мг сибазона (диазепама) ш/и (10 мг/амп.). Боли купируются препаратами, сочетающими обезболивающий и спазмолитический эффекты: до 5 мл баралгина в/м или в/в; при его отсутствии сочетание 4—6 мл 50% раствора анальгина и но-шпы или папаверина по 2—4 мл 2% раствора, или галидора 2,5% 2 мл. Можно вводить новокаин 0,25% до 15 мл в/в. При повышенной кислотности вводят п/к 1 мг атропина (1 мг/амп.) или 2 мг платифиллина (2 мг/амп.), или 200 мг циметедина (200 мг/амп.) в/м или в/в, инфузия за 2ч (75—100 мг/ч) или ранитидина 50—100 мг капельно (50 мг/амп), или низатидина 20—50 мг/мин (100—150—200 мг/амп.) — в/в до 100 мг. При упорной изжоге, забрасывании содержимого желудка в пищевод — 1—2 мл метоклопрамида в/м. Если наблюдается упорная рвота, вводят 6,5—13 мг тиэтилперазина (65 мг/амп.), или 10 мг бромоприда (10 мг/амп.), или 100 мг сульпирида (100 мг/амп.), или 50—100 мг пропазина (50 мг/амп.), или 5 мг галоперидола (5 мг/амп.) в/м (менее эффективно — 1—2 мл 5% раствора пиридоксина). Местно новокаин, или гидрокарбонат натрия на кончике ножа, или альмагель, альмаг, или сукральфат, или фосфалугель, или викалин. Если больной не госпитализируется, можно проводить монотерапию субцитратом висмута по 1—2 таблетки 3 раза в день.
- При стенозе — в/в или в/м метоклопрамид, бромоприд, сульпирид. При кровотечении — покой, местно пузырь со льдом, кислород 6—8 л/мин, систолическое давление поддерживается на уровне 90—100 мм рт. ст., в/в кристаллоиды до 10—20 мл/кг. Вводят циметидин до 200 мг, или ранитидин до 100 мг, или низатидин до 300 мг в/м или в/в.

# Эпилепсия

# Эпилептический припадок

- Эпилепсия (в переводе с греческого - «падучая») представляет собой полиэтиологичное заболевание, обусловленное поражением головного мозга; характерны повторные судорожные припадки с утратой и без утраты сознания; нередко возникают изменения личности.
- Эпилепсия - хроническое заболевание, проявляющееся повторными судорожными или другими припадками, не спровоцированными какими-либо немедленно определяемыми причинами и сопровождающееся изменениями личности. Эпилептический припадок - клиническое проявление аномального и избыточного разряда группы нейронов головного мозга.

# Этиология и патогенез

- По этиологии выделяют симптоматическую и идиопатическую эпилепсию. При симптоматической эпилепсии известна вероятная причина припадка, которую можно устранить с помощью специфического лечения. Об идиопатической эпилепсии говорят, когда
- какой-либо определённой причины не находят (примерно у 75% больных молодого возраста и несколько реже - у детей до 3 лет). Идиопатическая эпилепсия возникает в возрасте 2-14 лет.
- Более чем у половины заболевших первый припадок возникает до 20 лет. У новорождённых и младенцев наиболее частые причины припадков - тяжёлая гипоксия, генетические дефекты метаболизма, аномалии развития головного мозга, а также перинатальные поражения головного мозга (нейроинфекции, травмы и т.п.).

- Причинами развития эпилептических припадков могут быть также метаболические расстройства (гипогликемия, гипопаратиреоз, фенилкетонурия), воздействие токсических веществ (камфоры, хлорохина, стрихнина, свинца, алкоголя, кокаина), гипоксия мозга (синдром Адамса-Стокса, синдром каротидного синуса, общая анестезия, отравление угарным газом, задержка дыхания), аномалии развития мозга, отёк мозга (гипертензионная энцефалопатия, эклампсия), черепно-мозговая травма (переломы, родовые травмы), анафилаксия (аллергия к чужеродным сывороткам или лекарственным препаратам). Припадки также могут быть одним из проявлений абстинентного синдрома при хроническом алкоголизме и длительном приёме снотворных, транквилизаторов, наркотиков.

- В патогенезе эпилепсии ведущее значение имеет изменение нейрональной активности головного мозга, которая вследствие воздействия патологических факторов становится чрезмерной и периодичной. Эпилептические приступы являются следствием патологических разрядов, связанных с изменением возбуждения нейронов, их клинические проявления зависят от места происхождения, длительности и распространенности разряда. Внезапная выраженная деполяризация нейронов в мозге либо является локальной и реализуется в виде парциальных припадков, либо становится генерализованной. Установлены существенные нарушения процессов таламокортикального взаимодействия и повышение чувствительности кортикальных нейронов. Биохимической основой припадков являются избыточный выброс в синаптическую щель возбуждающих нейротрансмиттеров: аспартата и глутамата - и недостаток тормозных нейромедиаторов, прежде всего ГАМК.

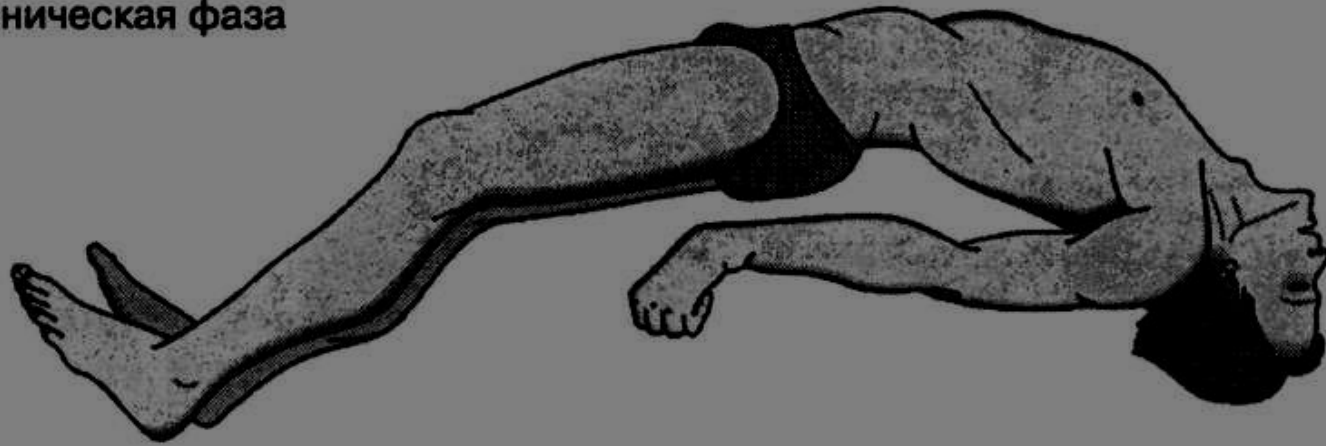
СХЕМА №18



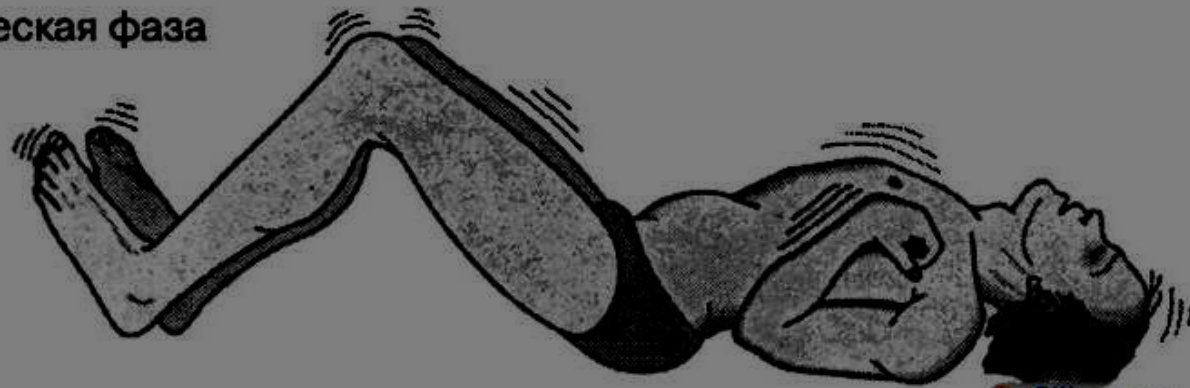


- Отличительные признаки эпилептических приступов:
  - • внезапность их появления и прекращения;
  - • кратковременность (часто);
  - • повторяемость;
  - • стереотипность.
- Наиболее важные причины, провоцирующие эпилептический приступ:
  - • быстрая отмена противосудорожных препаратов;
  - • принятие алкоголя в любом виде и в любом количестве;
  - • нарушение сна.
- Причинами, провоцирующими эпилептический приступ, могут быть стрессовые ситуации, возбуждение, быстро меняющийся температурный фактор, аллергия, внезапные звуки, воздействие некоторых лекарственных препаратов.

Тоническая фаза



Клоническая фаза



# Неотложные состояния при заболеваниях желудочно- кишечного тракта

Выполнил: студент ЛД-404-1

Текеянова Наталья

# ***Внутреннее кровотечение***

Внутреннее кровотечение – состояние, при котором кровь изливается либо в естественную полость организма (желудок, мочевой пузырь, матку, легкие, полость сустава и пр.), либо в пространство, искусственно образованное излившейся кровью (забрюшинное, межмышечное и т. д.). Может развиваться в результате травмы или хронического заболевания. Симптомы внутреннего кровотечения зависят от его локализации и степени кровопотери. Чаще они имеют общий характер: головокружение, слабость, сонливость, потеря сознания и т. п.

# Первая помощь

- При травме груди придать человеку полусидячее положение, при травме брюшной полости – лежащее;
- Обеспечить приток свежего воздуха;
- Приложить холод к животу или грудной клетке;
- Запретить пострадавшему есть, пить, двигаться и разговаривать;
- Незамедлительно доставить человека в больницу.



# ***Печеночная кома***

*Печеночная кома - это клинический синдром, характеризующийся расстройством сознания и признаками печеночно-клеточной недостаточности, обусловленными массивным некрозом клеток печени.*

*Наиболее частыми причинами являются острый и хронический гепатит различной этиологии, а также цирроз печени.*

Различают три основных вида печеночной комы:

- 1) печеночно-клеточная (эндогенная);
- 2) порто-кавальная (шунтовая или экзогенная);
- 3) смешанная.

# ***Неотложная помощь***

- Кислород — 5—6 л/мин;
- 80—100 мл 40% глюкозы с переходом на инфузию 5% раствора глюкозы или физиологического раствора до 20—30 мл/кг (при сердечной недостаточности объем уменьшить вдвое);
- В капельницу добавить 100 мг тиамин хлорида (25—50 мг/амп.), 10 000 ЕД гепарина, 800 мг хлорида калия (4% 20мл).
- Вводят фуросемид — 1-2 мг/кг в/в струйно.
- Артериальное давление поддерживается введением жидкостей.

Госпитализация: в гастроэнтерологическое, инфекционное, хирургическое или токсикологическое отделение, в зависимости от причины комы, на носилках, больной повернут из положения на спине в полубоковое положение.

# **Обострение хронического панкреатита**

*Хронический панкреатит - хроническое воспаление поджелудочной железы.*

Хронические обострения происходят при хроническом панкреатите. Это постоянно сопровождающие вздутия, боли, колики, жидкий стул. Обычно появляются при нарушении диеты и могут постоянно сопровождать после принятия пищи. Т.к. боли терпимые, это может продолжаться долго пока организм не даст сбой. Поэтому чтобы не доводить до сбоев лучше вылечить обострение, а затем спокойно и нормально питаться.



# ***Первая помощь***

1. Человеку следует обеспечить полный покой, ему нельзя совершать никаких резких движений.
2. Назначить строгое голодание.
3. Можно пить воду, но не более четверти стакана за один прием. Повторять употребление жидкости следует каждые полчаса.
4. Категорически нельзя употреблять креон, панзинорм и другие ферментные препараты, поскольку это может лишь усугубить симптомы заболевания.
5. Больному разрешается принять 0,8 мг но-шпы, вместо нее можно использовать дротаверина гидрохлорид.
6. Если есть возможность, нужно сделать внутримышечную инъекцию раствора папаверина в дозировке 2 мл. Этот препарат можно заменить раствором но-шпы.
7. На спину в области поджелудочной железы стоит приложить пузырь со льдом.
8. Человека следует усадить и наклонить вперед.

# Обострение желчно-каменной болезни

*Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) — заболевание, при котором в желчном пузыре или в желчных протоках образуются камни.*

Спровоцировать возникновение желчнокаменной болезни могут:

- переедание, голодание, нерегулярное питание;
- малоподвижный образ жизни, особенно сидячая работа;
- беременность;
- прием гормональных контрацептивов;
- ожирение;
- дискинезия желчных путей;
- заболевания поджелудочной железы.

# ***Неотложная помощь***

- Поместить больного в тёплую ванну или приложить к желчному пузырю грелку
- Принять спазмолитическое средство (но-шпу, атропин в каплях, папаверин)
- Срочная госпитализация больного при остром приступе данного заболевания или обострении болезни. В больничном учреждении необходимо решить вопрос об экстренном оперативном вмешательстве.
- Проведение мероприятий, направленных на купирование боли и устранение воспаления желчного пузыря и желчных протоков при условии отсутствия перитонита: подкожное введение сильных обезболивающих средств (папаверин, платифиллин)
- Проведение антибактериальной и дезинтоксикационной терапии

**Гипотонии**

# Неотложная помощь при ГИПОТОНИИ

Гипотония – понижение артериального давления. Согласно рекомендациям ВОЗ оптимальными показателями АД считаются 120 и 80 мм.рт.ст. Показатели давления могут варьировать и зависят от возраста и пола. АД в пределах от 110 и 70 мм.рт.ст до 100 и 60 мм.рт.ст. квалифицируется как нормальное пониженное.

Понижение давления:

ниже 100 и 60 мм.рт.ст у мужчин;

ниже 95 и 60 мм.рт.ст. у женщин.

Острая гипотония – низкое давление при различных неотложных ситуациях, является проявлением острой сосудистой недостаточности: обморок, коллапс, шок.

Причины этих состояний — заболевания, угрожающие жизни, такие как:

- инфаркт миокарда, тромбэмболия легочной артерии, тяжелые аритмии;
- тяжелые интоксикации (пневмонии, перитонит, панкреатит, отравления, токсикоинфекции, сепсис);
- обильные кровотечения;
- аллергическая реакция немедленного типа;
- тяжелые травмы, особенно головного и спинного мозга.
- Это неотложные состояния, при которых регистрируется очень низкое давление, вплоть до неопределяемых цифр. Поднять давление необходимо как можно быстрее.

- Первая помощь при обмороке (потеря сознания, низкое давление): правильно уложите человека (с приподнятым ножным концом), если он сидит, попытаться опустить его голову ниже колен. Это позволит усилить приток крови к головному мозгу, что вернет сознание. Открыть окна.
- Как повысить давление?
- Есть разные способы. Обтереть лицо, шею платком, смоченным холодной водой, обрызгать лицо. Идеально, дать понюхать нашатырный спирт. Он является рефлекторным раздражителем для сосудодвигательного центра.
- При первичной гипотонии возможно резкое снижение артериального давления и без потери сознания, тогда человек почувствует сильную слабость, головокружение, возможен приступ головной боли, мелькание мушек перед глазами после какого-либо провоцирующего фактора.
- Как повысить давление в этой ситуации?
- Способы те же, что и при обмороке. Поскольку человек в сознании, можно напоить его крепким горячим кофе, чаем.
- Оправдано применение лекарственных препаратов: кофеина 0,05г, настойки элеутерококка, китайского лимонника.
- В дальнейшем, возможно их регулярное использование (2 раза в день, в первой половине дня) для поддержания жизненного тонуса

## Неотложная помощь при геморрагических диатезах

Диатезы геморрагические (ДГ) - группа наследственных и приобретенных болезней, характеризующихся повышенной кровоточивостью. Различают ДГ сосудистого генеза, с преимущественным поражением тромбоцитарного или коагуляционного звена гемостаза.

**Симптомы.** Признаки системного поражения гемостаза (геморрагическая сыпь на коже, телеангиэктазии), возникновение кровотечения из различных органов (изливающаяся кровь не образует сгустков).  
Различают следующие типы кровоточивости.

-Гематомный тип (массивные кровоизлияния в суставы, мышцы, под апоневрозы, в подкожную забрюшинную клетчатку, брюшину и субсерозу кишечника, что может имитировать симптомокомплекс острого живота) характерен для гемофилии.

-Петехиально-пятнистый тип (мелкие, безболезненные, точечные и пятнистые геморрагии на коже, не расслаивающие ткани и провоцируемые трением одежды, мытьем, легкими ушибами, часто наглодаются меноррагии, носовые и десневые кровотечения) характерен для тромбоцитопатий и тромбоцитопения

-Смешанный синячково-гематомный тип (сочетание признаков двух вышеописанных типов, мелкие геморрагии почти всегда предшествуют гематомам) характерен для болезни Виллебранда, синдрома Виллебранда—Юргенса, для вторичных ДГ (синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови, поражения печени, кишечные дисбактериозы, передозировка антикоагулянтов или фибринолитиков).

-Васкулитно-пурпурный тип (геморрагии возникают на фоне мелких экссудативно-воспалительных изменений, элементы сыпи возвышаются над кожей, уплотнены, нередко окружены ободком пигментированной инфильтрации и покрыты корочками) характерен для болезни Шенляйна—Генока, узловой эритемы, инфекций.

-Ангиоматозный тип (телеангиэктазии: болезни Рандю—Ослера, Луи—Бар, циррозы печени; микроангиоматозы).



**Неотложная помощь. При кровоточении из телеангиэктазий** — повязка, тампонада (тампон пропитывают раствором адроксона — 1—2 мл 0,025% раствора), в/е 250—500 мг этамзилата (12,5% раствора 2 мл, 250 мг/амп.), при неэффективности — крайне медленное введение гемофобина до 5 мл. **При гипертензии** — фенигидин (нифедипин) 10 мг сублингвально, при отсутствии эффекта дозу повторить или добавить 0.15 мг клофелина, в urgentных случаях — пентамин дробно до 50 мг за 10—20 мин.

**При массивной кровопотере** (падение систолического давления ниже 90 мм рт. ст., учащение пульса на 20 и более ударов в минуту) — плазмозамещающие растворы с поддержанием СД в пределах 80—90 мм ргст. (если СД<80 — струйное введение; если СД>80 — капельное) — не более 30 мг/кг.

**При геморрагических васкулитах** введение лекарственных средств не показано из-за дополнительной сенсibilизации больного, исключая кортикостероиды (преднизалон 1—2 мг/кг) по жизненным показаниям, при большой кровопотере возмещение проводится только солевыми растворами.

**При тромбоцитопениях (патиях)** — в/в 10 мг АТФ (10 мг/амп.), 1 мл 0,025% раствора адроксона, 250—500 мг этамзилата, при носовых и десневых кровотечениях — местно адроксон, гемостатические губка или вискоза. Замещающая терапия с помощью декстранов (полиглюкина, реополиглюкина) также противопоказана.

**При гемофилии** — местно тромбин, гемостатическая губка, на раны давящую повязку, в полость носа или лунку удаленного зуба вводят смоченные тромбином тампоны.

**При болезни Виллебранда** добавляют АТФ, адроксон, згамзилат. При коагулопатиях, связанных с поражением печени различной этиологии, — в/в введение 1 мл 1% раствора викасола на фоне инфузии желатиноля, солевых растворов (декстраны также противопоказаны).

**При передозировке антикоагулянтов** (макрогематурия) — в/в 2—4 мл викасола.

**Госпитализация** в профильный стационар, так как проведение целенаправленного лечения на догоспитальном этапе невозможно. При тромбоцитопениях — госпитализация при продолжающемся кровотечении и нарастании кожных высыпаний, при гемофилии — в случае малейшего указания на травму живота или черепа и любых геморрагических осложнений.

# Анафилактический шок

# Анафилактический шок

Анафилактический шок — угрожающая жизни, остро развивающаяся системная реакция сенсibilизированного организма на повторный контакт с аллергеном, сопровождающаяся нарушением гемодинамики, приводящая к недостаточности кровообращения и гипоксии во всех жизненно важных органах.

Патогенез:

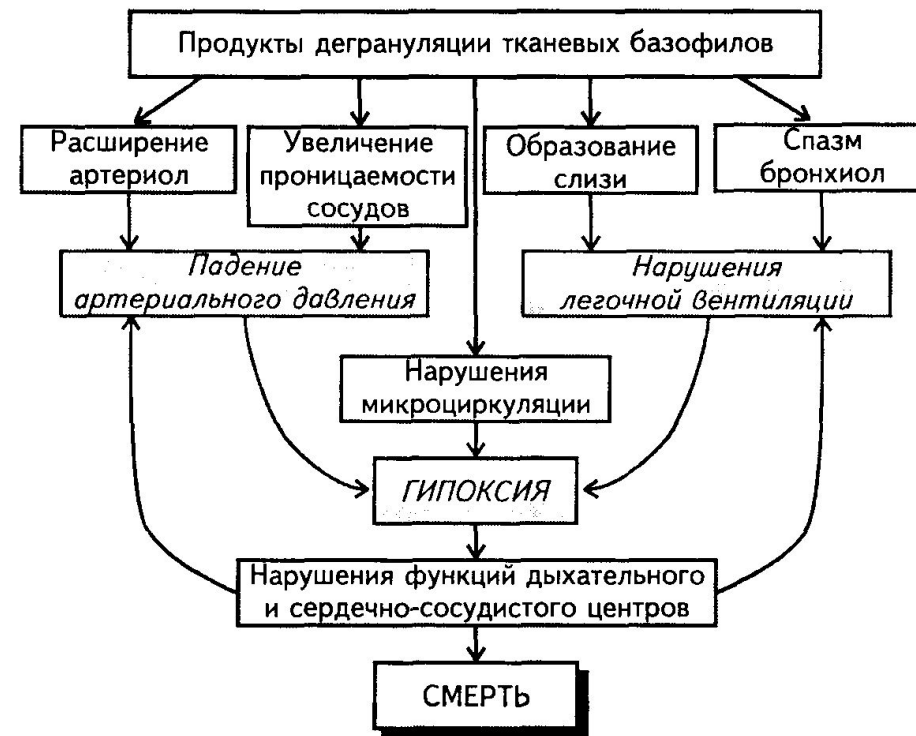


Рис.27. Схема патогенеза анафилактического шока

- **Первая доврачебная помощь при анафилактическом шоке.**

1. Немедленно прекратить введение аллергена, вызвавшего реакцию, уложить больного на кушетку (голова ниже ног), голову повернуть в сторону, выдвинуть нижнюю челюсть, удалить имеющиеся зубные протезы.
2. Если антигенный материал был введен в конечность, наложить жгут выше места введения аллергена (на 25 минут).
3. Сублингвально в уздечку языка (чтобы не терять время на поиск вены) или внутримышечно ввести 0,1% раствор адреналина 0,3-0,5 мл (детям 0,05-0,1 мл/год жизни), для внутривенного введения адреналин развести в 10 раз физраствором (для получения 0,01% раствора).
4. Обколоть место инъекции 0,3-0,5 мл (детям 0,1мл/год жизни) 0,1% раствора адреналина с 4,5 мл физраствора.
5. К месту инъекции приложить пузырь со льдом.
6. Срочно вызвать врача по телефону, одновременно вызывается реанимационная бригада.

- **Первая врачебная помощь при анафилактическом шоке**

Если выполнены пункты 1-5 доврачебной помощи и нет эффекта, следует провести мероприятия:

1. Продолжить введение 0,3-0,5 мл раствора адреналина (детям 0,05-0,1 мл/год жизни) внутримышечно или внутривенно с интервалом в 5-10 минут. Кратность и доза вводимого адреналина зависит от тяжести шока и цифр АД. Общая доза адреналина не должна превышать 2 мл 0,1% раствора. Повторное введение малых доз адреналина более эффективно, чем однократное введение большой дозы.
2. Если АД не стабилизируется, срочно начать внутривенное капельное введение норадреналина (мезатона, дофамина) 0,2% 1,0-2,0 мл на 500 мл 5% раствора глюкозы или физраствора.
3. Внутривенно струйно ввести глюкокортикостероиды: преднизолон — 60-180 мг (детям 5 мг/кг), дексаметазон — 8-20 мг (детям 0,3-0,6 мг/кг), гидрокортизон гемисукцинат — 200-400 мг (детям 4-8 мг/кг). По состоянию введение гормонов повторяют и продолжают не менее 4-6 суток для предотвращения аллергических реакций по иммунокомплексному или замедленному типу.
4. Только при стабилизации АД внутримышечно ввести 2,0 мл 2% раствора супрастина (детям 0,1-0,15 мл/год жизни) или 0,1% раствора тавегила.
5. Симптоматическая терапия по показаниям. При бронхоспазме внутривенно вводится 10,0 мл 2,4% раствора эуфиллина на физиологическом растворе (детям 1 мл/год жизни). При необходимости вводятся сердечные гликозиды, дыхательные analeптики.
6. При возникновении анафилактического шока от пенициллина внутримышечно ввести 1670 МЕ пенициллиназы, растворенной в 2 мл физиологического раствора.

1.



4.



2.



5.



3



# Остановка сердца

**Остановка сердца** — внезапное и полное прекращение эффективной деятельности сердца с наличием или отсутствием биоэлектрической активности. Сердце человека представляет собой уникальный орган, состоящий из огромного числа мышечных волокон, которые работают как единый механизм. Но на определённом этапе слаженная работа этих мышц нарушается, и возникает остановка сердца.

**Патогенез:**



**Тактика при остановке сердца.** Известно, что более полное восстановление функций высших отделов центральной нервной системы возможно в том случае, если время полного прекращения мозгового кровообращения не превышало 3-3,5 минут. Учитывая столь критически малый отрезок времени, всегда возникает вопрос о более рациональной последовательности первых реанимационных действий. Исследованиями многих авторов показано, что головной мозг более чувствителен к прекращению в нем кровообращения, чем к недостатку кислорода. Отсюда логично вытекает необходимость того, что следует как можно быстрее начать массаж сердца и послать кровь к мозгу, не теряя времени на создание условий для вентиляции легких. Запас кислорода, сохраняющийся в крови не менее двух, а по некоторым данным до восьми минут, будет быстро доставлен к мозгу. Исходя из этих представлений последовательность действий можно более рационально рассматривать в следующем виде:

1. Окликните больного (что с вами?) или "Откройте глаза?", или "Как вас зовут?", встряхните его за плечи).
2. При отсутствии реакции - пальпируйте пульс на сонной артерии (на все это отводится не более 10 секунд).
3. При отсутствии пульса - нанесите два удара кулаком в прекардиальную область и тут же снова проверьте - появился пульс или нет?
4. При отсутствии пульса сделайте 4-5 компрессий на грудину, а затем проведите два вдувания воздуха в легкие методом "от рта ко рту" или через имеющиеся у вас приспособления (воздуховод, наркозная маска и т. п.).
5. В дальнейшем, если реаниматоров двое, проводите массаж и дыхание в ритме 4-5 компрессий - один вдох. Если реаниматор один, проводите реанимацию в ритме 15 компрессий - два вдоха, пока не прибудет помощник. Распорядитесь о приготовлении шприца с раствором адреналина, а также доставке кардиоскопа, дефибриллятора. В соответствующих условиях и достаточности опыта - интубируйте трахею.



1.



2.



3.



# Вазовагальная атака

# Вазовагальный (простой) обморок

- Обморок (синкопе) - внезапная кратковременная потеря сознания, сопровождающаяся резкой бледностью, значительным ослаблением дыхания и кровообращения; проявление острой гипоксии головного мозга в связи с временным снижением или прекращением мозгового кровотока.
- • Вазовагальный (простой) обморок - обусловлен повышением тонуса блуждающего нерва. Провоцирующими факторами обычно выступают боль, страх, возбуждение, гипоксия (например, при пребывании в душном помещении). Потеря сознания происходит обычно в положении стоя, редко - сидя или лёжа.

- Обморок не возникает во время физической нагрузки, но может развиваться уже после большого физического напряжения. Перед обмороком многие часто ощущают слабость, тошноту, потливость, ощущение жара или озноб. При развитии обморока больной "оседает", выглядит бледным. Сознание отсутствует не более минуты.
- Как один из вариантов вазовагального обморока рассматривают обморок, возникающий при приёме (пробе) Вальсальвы (натуживание при закрытой голосовой щели).
- -Вазовагальный обморок также может возникнуть при надавливании на область каротидного синуса.
- При подобном обмороке следует прежде всего правильно уложить больного - голова должна находиться ниже туловища. Одновременно проводят лёгкую раздражающую терапию, например обтирание лица холодной водой, поднесение к носу нашатырного спирта.

- Механизм обморока следующий. В ответ на снижение венозного возврата и уменьшение ударного объема рефлекторно возрастает симпатический тонус. У предрасположенных к подобным обморокам лиц такое повышение симпатического тонуса бывает чрезмерным, и это приводит к резкому повышению сократимости сердца. От механорецепторов желудочков по афферентным волокнам группы С блуждающих нервов в продолговатый мозг поступает интенсивная импульсация, и это сопровождается снижением симпатического и повышением парасимпатического тонуса. В результате развивается чрезмерная периферическая вазодилатация и относительная брадикардия, что и ведет к падению АД и обмороку. Сознание быстро восстанавливается в положении лежа с поднятыми ногами.
- Проба на ортостатическом столе (длительное нахождение под углом 60-80\*) может спровоцировать у таких больных обморок. Изопrenalин в низких дозах повышает чувствительность этой пробы, но в высоких дозах может приводить к ложноположительным результатам.

# Неотложная помощь при эпилептическом статусе

Выполнил: студент 4 курса  
группы ЛД-404-1  
Мукминов Евгений Андреевич

# Определение и клиника

- Согласно определению экспертов ВОЗ (1975), эпилепсия определяется как хроническое заболевание головного мозга различной этиологии, характеризующееся повторными эпилептическими припадками, возникающими в результате чрезмерных нейронных разрядов, и сопровождается разнообразными клиническими и параклиническими симптомами.
- Провоцирующие факторы эпилептических припадков: нарушение регулярного приема противосудорожных средств, прием алкоголя, психическое и физическое переутомление. По особенностям проявлений выделяют единичные, серийные припадки и эпилептический статус.
- Клиника эпилептических припадков характеризуется внезапностью развития припадков в любых условиях без воздействия предшествующего психогенного фактора; отсутствие субъективных и объективных признаков, характерных для обморока (шум и звон в ушах, мелькание мушек перед глазами, общая слабость, бледность кожных покровов, падение артериального давления); глубокое угнетение сознания во время припадка; мидриаз с арефлексией зрачков на свет; наличие характерных пост-пароксизмальных симптомов (эпилептическая кома).

# Патогенез эпилептического статуса

- Основу эпилептического статуса составляет непрерывная или часто повторяющаяся электрическая активность нейронов головного мозга, имеющая пароксизмальный характер. В зависимости от площади охвата различных отделов мозга этой активностью эпилептический статус может принимать разный характер



# Первая помощь пациентам с эпилептическим статусом

- Следует обеспечить проходимость верхних дыхательных путей – удалить зубные протезы, слюну.
- Катетеризация периферической вены - одной или двух.
- Внутривенное введение лекарственных препаратов (глюкозы, тиамина, магнезии, глюконата кальция, пиридоксина, фенобарбитала, транквилизаторов – диазепам, лоразепам). При неэффективности последних - введение тиопентала натрия с интубацией трахеи.
- Обеспечение адекватной оксигенации. При этом недопустимо осуществление вентиляции при помощи маски, так как невозможно исключить травму шейного отдела позвоночника. Интубация трахеи проводится с помощью приёма Селлика и на фоне введения тиопентала натрия, фентанила, дитилина, атропина.
- Стабилизация гемодинамики проводится инфузионной терапией. При пониженном давлении показаны инотропы, при высоком – альфа-адреномиметики (клофелин, клонидин).
- При появлении признаков дислокации головного мозга пациенты переводятся на ИВЛ, параллельно вводится маннитол и фуросемид.

# Первая помощь пациентам с эпилептическим статусом

- Для купирования судорожного синдрома оптимальным является внутривенное медленное введение 2—4 мл 0,5% раствора седуксена. Если в течение 5—10 минут вышеуказанная первоначальная доза не вызвала купирование судорожного синдрома, то следует повторно ввести данный препарат. При отсутствии эффекта от повторного введения седуксена становится обоснованным переход на барбитураты ультракороткого действия: гексенал или тиопентал-натрия. Данные препараты вводятся внутривенно в виде 1% раствора. Вводить следует медленно, в дозе не более 300—400 мг. Следует помнить, что данные препараты оказывают мощное угнетающее воздействие на дыхательный центр и при их передозировке возможна остановка дыхания центрального генеза, поэтому медицинскому персоналу, не имеющему клинического опыта работы с данными препаратами в условиях стационара, рекомендовать их для использования на этапе скорой медицинской помощи

# Первая помощь пациентам с эпилептическим статусом

- Купирование признаков ОССН, при их наличии, на этапе скорой помощи осуществляется сердечными гликозидами (например, 0,5—0,7 мл 0,05% р-ра строфантина или другими препаратами этой группы) и сосудодобивными средствами типа мезато-на или норадреналина.
- Купирование отека головного мозга рекомендуется проводить в условиях стационара. С этой целью вводятся осмодиуретики или салуретики по общепринятым методикам: лазикс — 1 мг/1 кг веса, мочеина из расчета 1 — 1.5 г/1 кг веса больного.
- Для улучшения реологических свойств крови можно использовать низкомолекулярные декстраны (реополиглюкин 400 мл в/в, капель-но) или гепарин 2500—5000 ЕД п/к или в/м 2—4 раза в сутки.
- Больным показано введение антигипоксантов (препараты типа ГОМК (оксибутират натрия) из расчета 20—30 мг/1 кг веса). Следует помнить, что данную расчетную дозу следует вводить на физрастворе, в/в, капельно, медленно в течение 15—20 минут. При быстром, струйном, в/в введении данный препарат сам по себе может вызвать возникновение судорожного синдрома.

# Неотложная помощь при приступе острой глаукомы

Выполнил: студент 4 курса  
группы ЛД-404-1  
Мукминов Евгений Андреевич

# Определение

- Глаукома — большая группа заболеваний глаз, характеризующаяся постоянным или периодическим повышением внутриглазного давления с последующим развитием типичных дефектов поля зрения, снижением центрального зрения и атрофией зрительного нерва.
- Острый приступ глаукомы - это критическое состояние, характеризующееся потерей зрения при болевом синдроме из-за внезапного и полного закрытия угла передней камеры .

# Клиника

- быстро прогрессирующие односторонние нарушения зрения,
- боль вокруг глаза и застойная гиперемия, иногда приступ сопровождается тошнотой и рвотой.
- веки слегка отечны и сжаты,
- отек роговицы, кровоизлияния,
- зрачок расширен, неправильной формы, вяло реагирует на свет,
- головная боль на стороне поражения, особенно в висках,
- отечная конъюнктива.

- Важно помнить о вариабельности клинического проявления острого приступа глаукомы. У некоторых пациентов, особенно с черным цветом кожи, клиника нетипична: незначительно выраженный болевой синдром и не очень высокое внутриглазное давление. Единственный характерный признак — ухудшение зрения. В анамнезе могут быть эпизоды преходящего нарушения зрения.

- **Биомикроскопия** при остром приступе глаукомы
  - Цилиарная болезненность с лимбальной и конъюнктивальной инъекцией.
  - Отек эпителия роговицы, буллезная кератопатия, уплотнение стромы.
  - Мелкая передняя камера с периферическим иридо-корнеальным контактом.
  - Помутнение и клеточные включения во влаге, видимые после купирования отека роговицы.
  - Изменение формы зрачка в виде расширенного овала с отсутствием зрачковых и аккомодационных реакций.
  - Расширение собственных сосудов радужки.
  - Внутриглазное давление повышается до 50-100 мм рт. ст.
- **Гониоскопию** проводят после купирования отека роговицы или на фоне местной гипотензивной терапии, применении глицерола или гипертонической солевой мази для восстановления прозрачности роговицы. Однако информативным может стать гониоскопическое обследование парного глаза, помогающее выявить скрытую блокаду УПК. При гониоскопии пораженного глаза есть риск развития иридо-корнеального контакта (градация по Shaffer 0). Диагноз острый приступ глаукомы подвергают сомнению, если при гониоскопии в парном глазу не выявляют узкий угол.
- **Офтальмоскопия** при остром приступе глаукомы, если она возможна, выявляет отек и гиперемии ДЗН.



# НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОСТРОМ ПРИСТУПЕ ГЛАУКОМЫ

- 1. Ацетазоламид(диакарб) 500 МГ внутривенно и 500 мг перорально сразу, если нет никаких противопоказаний.

Важно исключить аллергию на сульфонамиды!

## 2. Местная терапия

- Пилокарпин 2% по 2 капли в оба глаза.
- Дексаметазон (или его аналог) 4 раза в день.
- Бета-блокаторы при отсутствии системных противопоказаний.

3. Обезболивающие и противорвотные препараты — по необходимости.

4. Пациент остается в положении лежа и течение 1 ч.

Лазерная иридэктомия может быть эффективна при умеренно выраженных изменениях.

- **Через 1 ч**

Инсталляцию пилокарпина 2% повторяют через полчаса после начала лечения с целью уменьшения ишемии, снижения ВГД и для стимуляции сфинктера зрачка. Интенсивная миотическая терапия на этом этапе не показана. В парный глаз профилактически также закапывают пилокарпин 1% 4 раза в день до момента проведения лазерной иридотомии.

- **В следующие 30 мин**

Если ВГД не снижается ниже 35 мм рт. ст., дополнительно перорально рекомендуют глицерол 50% из расчета 1 г/кг (с осторожностью при сахарном диабете!) и ограничение приема жидкости. Если пациент не способен принять глицерол, его можно заменить маннитолом 20% (1-2 г/кг) внутривенно медленно в течение 45 мин.

Высокое ВГД, резистентное к местной гипотензивной терапии, может иногда изменяться при осевом надавливании на роговицу крючком для косоглазия или гониоскопом Zeiss. При закрытом УПК(угле передней камеры) это позволяет водянистой влаге эвакуироваться через возникающий путь между радужкой и роговицей, открывая УПК и получая доступ к трабекулярной зоне. Эта мера может иногда нарушать цикл

# НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОСТРОМ ПРИСТУПЕ ГЛАУКОМЫ

## **Nd:YAG-лазерная иридотомия**

1. Цель периферической лазерной иридотомии — восстановление сообщения между передней и задней камерами. Эта процедура эффективна, если зона периферической синехиальной блокады УПК занимает менее 180\*.
2. Выбор времени определяется выраженностью изменений прозрачности роговицы и скоростью ее восстановления. Иридотомия в остром периоде для купирования зрачкового блока не рекомендуется, но ее можно выполнить уже через 48 ч после начала приступа, когда отек роговицы и застойная инъекция радужки уменьшатся. Целесообразна в то же время профилактическая лазерная иридотомия на парном глазу. Лазерная иридотомия купирует острый приступ глаукомы приблизительно в 75% случаев. При отсутствии эффекта показана трабекулэктомия. УПК после периферической лазерной иридэктомии открывается даже в том случае, если исходное ВГД было в пределах нормы.

# Неотложная помощь при диабетической кетоацидотической коме

Диабетическая кетоацидотическая кома (ДКК) - критическое состояние при сахарном диабете (СД), развивающееся вследствие абсолютной или выраженной относительной инсулиновой недостаточности, приводящей к тяжелым гормонально-метаболическим расстройствам и нарушениям всех органных и системных функций.

Смертность от ДКК - в среднем 5-15%.

Диабетический кетоацидоз - острая диабетическая декомпенсация с высокой гипергликемией и гиперкетонемией, а диабетическая кетоацидотическая кома является крайней степенью выраженности диабетического кетоацидоза.

# Тактика

Неотложная терапия ДКК заключается в проведении:

1. адекватной дегидратации
2. устранении инсулиновой недостаточности
3. нормализации углеводного обмена
4. восполнении электролитного дефицита
5. при необходимости коррекции КЩС.

# Лабораторный контроль в реанимационном отделении или отделении интенсивной терапии:

1. Экспресс-анализ гликемии: ежечасно до достижения гликемии 13,0-14,0 ммоль/л, затем 1 раз через каждые 3 ч.
2. Анализ мочи на ацетон (при возможности кетоновые тела в сыворотке крови) - 2 раза в сутки в течение первых двух суток, затем 1 раз в сут.
3. Общий анализ крови и мочи - исходно, затем 1 раз в 2-3 сут.
4. Натрий, калий в плазме крови - 2 раза в сут.
5. Креатинин сыворотки крови - исходно, затем 1 раз в 3 сут.
6. Газоанализ и рН капиллярной крови 1-2 раза в сут до нормализации КЩС.
7. Почасовой контроль диуреза (постоянный мочевого катетер) до устранения дегидратации или до восстановления сознания и произвольного мочеиспускания.

# 1. ИНФУЗИОННАЯ РЕГИДРАТАЦИЯ

- При отсутствии сердечной патологии при исходно нормальном уровне натрия (менее 145 ммоль/л) для начальной регидратации используют **изотонический раствор (0,9%) хлорида натрия** с начальной скоростью инфузии, составляющей 15-20 мл/кг/ч. В течение 1-го часа переливают 1 л изотонического (0,9%) раствора NaCl до восстановления ОЦК, нормализации АД и диуреза (50-100 мл/ч), во 2-й и 3-й часы - по 500 мл. При уровне Na<sup>+</sup> плазмы - 150 ммоль/л используют гипотонический (0,45%) р-р хлорида натрия со скоростью инфузии 4-14 мл/кг/ч.
- **Объем вводимого за час растворов не должен превышать часовой диурез более чем на 500-1000 мл. Общее количество жидкости, введенной за первые 12 ч терапии, не должно превышать 10% массы тела!**

## 2. ИНСУЛИНОТЕРАПИЯ - РЕЖИМ НЕПРЕРЫВНОЙ ИНФУЗИИ МАЛЫХ ДОЗ

- Непрерывная инфузия малых доз **инсулина** - 0,1 ЕД/кг/ч. Первоначально в/в струйно вводят 10-14 ЕД инсулина короткого действия, 4-8 ЕД/ч, непрерывно с помощью перфузора или инфузионной системы.
- ПРИГОТОВЛЕНИЕ РАСТВОРА ИНСУЛИНА ДЛЯ ПЕРФУЗОРА: 50 ЕД инсулина короткого действия + 2 мл 20% сывороточного альбумина человека смешать; довести общий объем смеси до 50 мл с помощью 0,9% р-ра хлорида натрия.
- Внутривенное капельное введение инсулина менее предпочтительно, чем использование перфузора или введение «в резинку»
- В первые сутки терапии целесообразно снижать гликемию не более 13,0 -14,0 ммоль/л.
- Когда уровень гликемии снизится до 14,0 ммоль/л, скорость инфузии инсулина снижают на 50%, добавляют к инфузионному раствору **5% р-р глюкозы** (100-150 мл/ч) и поддерживают концентрацию глюкозы в пределах 8,33-11,1 ммоль/л, вводя по 3-4 ЕД инсулина короткого действия в/в в «резинку» на каждые 20 г вводимой глюкозы (400 мл 5% р-ра глюкозы). Инфузию инсулина продолжают до полного исчезновения ацидоза и нормализации уровня бикарбонатов сыворотки, что занимает около суток.



# 3. ВОССТАНОВЛЕНИЕ ЭЛЕКТРОЛИТНЫХ НАРУШЕНИЙ

Для профилактики гипокалиемии с началом инсулинотерапии, если нет задержки мочеиспускания, проводят непрерывную инфузию **калия**, поддерживая его концентрацию в нормальных пределах 4,0-5,0 ммоль/л. Рекомендуется введение раствора калия в зависимости от его исходной концентрации в крови и pH крови по следующей схеме:

- Если начальный уровень калия крови составляет менее 3,3 ммоль/л, то одновременно с регидратацией, до инсулинотерапии, начинают введение калия со скоростью 40 ммоль/л/ч (KCL 3 г/ч). При сочетании гипокалиемии с анурией калий вводят со скоростью не более 10-20 ммоль/ч под контролем ЭКГ.
- **Если уровень  $K^+$  плазмы неизвестен, в/в капельное введение препаратов калия начинают не позднее чем через 2 ч после начала инсулинотерапии под контролем ЭКГ и диуреза!**

K <sup>+</sup> плазмы, ммоль/л	Скорость введения KCL, г/ч		
	При pH <7,1	При pH >7,1	Без учета pH, округленно
< 3	3	1,8	3
3-39	1,8	1,2	2
4-4,9	1,2	1,0	1,5
5-5,9	1,0	0,5	1,0
> 6	Препараты калия не вводить!		

## 4. КОРРЕКЦИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО АЦИДОЗА

- Внутривенное капельное введение 200 мл 4% раствора бикарбоната натрия в течение 45-60 мин с 1,5 г КС1.
- Коррекция ацидоза бикарбонатом натрия может вызвать ряд грозных осложнений: усиление гипокалиемии, отек мозга и тяжелое угнетение ЦНС из-за парадоксального снижения рН спинно-мозговой жидкости, метаболический алкалоз. Одной из причин избыточного образования лактата является необоснованное назначение щелочных растворов.
- Применение щелочных растворов при ДКК имеет очень ограниченные и четкие показания: снижение рН крови менее 7,0 или концентрации стандартного бикарбоната сыворотки крови менее 5,0 ммоль/л.

## ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ИНТЕРКУРРЕНТНЫХ ИНФЕКЦИЙ

- Назначаются **антибиотики широкого спектра** действия, не обладающие нефротоксическим действием.

## УЛУЧШЕНИЕ РЕОЛОГИЧЕСКИХ СВОЙСТВ КРОВИ, ПРОФИЛАКТИКА ДВС-СИНДРОМА

- В первые сутки дважды вводят 5000 ЕД **гепарина** в/в под контролем коагулограммы.

# Изотонический раствор (0,9%) хлорида

## натрия

**Действие:** плазмозамещающее, дезинтоксикационное, гидратирующее, нормализующее КЩС. Натрия хлорид поддерживает соответствующее осмотическое давление плазмы крови и внеклеточной жидкости. При снижении концентрации натрия хлорида в плазме крови вода переходит из сосудистого русла в межтканевую жидкость, при значительном дефиците возникают спазмы гладких мышц и судорожные сокращения скелетной мускулатуры, нарушаются функции нервной и сердечно-сосудистой систем. Раствор натрия хлорида 0,9% изотоничен плазме крови человека и поэтому быстро выводится из сосудистого русла, лишь временно увеличивая объем циркулирующей жидкости. Гипертонические растворы (3–5–10%) применяются в/в и наружно. При наружной аппликации они способствуют выделению гноя, проявляют противомикробную активность, при в/в введении — усиливают диурез и восполняют дефицит ионов натрия и хлора.

**Показания:** Обезвоживание и интоксикация организма при различных заболеваниях (острая дизентерия, пищевая токсикоинфекция и др.), в том числе при холере Эль-Тор. При острых циркуляторных нарушениях (расстройствах кровообращения), сопровождающихся дегидратацией (обезвоживанием), при ожогах, геморрагическом (вызванном кровопотерей), операционном и послеоперационном шоке, перитоните (воспалении брюшины), диарее (поносе) различного происхождения.

**Противопоказания:** Гипернатриемия, ацидоз, гиперхлоремия, гипокалиемия, внеклеточная гипергидратация; циркуляторные нарушения, угрожающие отеком мозга и легких; отек мозга, отек легких, острая левожелудочковая недостаточность, сопутствующая терапия ГК в мл больших дозах.



Rp: Sol. Natrii chloridi 0.9%-250.0

D.t.d in flaconis №8

S. в/в кап. первый час 1 л, во второй и третий по 500

# 5% р-р глюкозы

**Действие:** Участвует в различных процессах обмена веществ в организме. Вливание растворов декстрозы частично восполняет водный дефицит. В тканях фосфорилируется, превращаясь в глюкозо-6-фосфат, который активно включается во многие звенья обмена веществ организма. 5% раствор декстрозы изотоничен плазме крови. Гипертонические растворы (10%, 20%, 40%) повышают осмотическое давление крови, увеличивают диурез.

**Показания:** гипогликемия, недостаточность углеводного питания, токсикоинфекция, интоксикации при заболеваниях печени (гепатит, дистрофия и атрофия печени, в т.ч. печеночная недостаточность), геморрагический диатез, дегидратация (рвота, диарея, послеоперационный период), интоксикация, коллапс, шок.

**Противопоказания:** гипергликемия, гиперлактацидемия, гипергидратация, послеоперационные нарушения утилизации глюкозы, циркуляторные нарушения, угрожающие отеком головного мозга и легких, отек мозга, отек легких, острая левожелудочковая недостаточность, гиперосмолярная кома, детский возраст (для растворов свыше 20-25%), гиперчувствительность.



Rp: Sol. Glucosae 5%-250.0

D.t.d in flaconis №1

S. в/в кап. добавляют к

физираствору после того как

уровень гликемии достигнет

14,0 ммоль/л

#

# Инсулин – Актрапид НМ

- **Действие:** препарат инсулина короткого действия, произведенный методом биотехнологии рекомбинантной ДНК с использованием штамма *Saccharomyces cerevisiae*. Взаимодействует со специфическим рецептором внешней цитоплазматической мембраны клеток и образует инсулин-рецепторный комплекс. Через активацию биосинтеза цАМФ (в жировых клетках и клетках печени) или, непосредственно проникая в клетку (мышцы), инсулин-рецепторный комплекс стимулирует внутриклеточные процессы, в т. ч. синтез ряда ключевых ферментов (гексокиназа, пируваткиназа, гликогенсинтетаза и др.). Действие препарата Актрапид НМ начинается в течение получаса после введения, а максимальный эффект проявляется в течение 1.5-3.5 ч, при этом общая продолжительность действия составляет около 7-8 ч.
- **Показания:** сахарный диабет, неотложные состояния у больных сахарным диабетом, сопровождающиеся нарушением гликемического контроля.
- **Противопоказания:** гипогликемия, гиперчувствительность к человеческому инсулину или к какому-либо компоненту, входящему в состав данного препарата.



Rp: Sol. Actrapid® НМ 10 ml

D.t.d in flaconis №5

S. в/в струйно 10-14 ЕД, 4-8 ЕД/ч, непрерывно с помощью перфузора или инфузионной системы.

#



# Калия хлорид

**Действие:** нормализующее КЩС, восполняющее дефицит калия. Активирует многие цитоплазматические ферменты, регулирует внутриклеточное осмотическое давление, синтез белка, транспорт аминокислот, проведение нервных импульсов, сокращение скелетных мышц. Вызывает урежение ЧСС, снижает сократительную активность, уменьшает проводимость, автоматизм и возбудимость миокарда. В малых дозах они расширяет коронарные сосуды, в больших — суживает. Калий способствует повышению содержания ацетилхолина и возбуждению симпатического отдела ЦНС. Оказывает умеренное диуретическое действие.

**Показания:** Гипокалиемия (в т.ч. на фоне сахарного диабета, длительной диареи и/или рвоты, терапии гипотензивными средствами, некоторыми диуретиками, глюкокортикоидами), лечение и профилактика дигиталисной интоксикации, профилактика аритмии у больных с острым инфарктом миокарда.

**Противопоказания:** Гиперчувствительность, острая и хроническая почечная недостаточность, полная блокада сердца, лечение калийсберегающими диуретиками, гиперкалиемия, метаболические нарушения (ацидоз, гиповолемия с гипонатриемией), заболевания ЖКТ в стадии обострения, возраст до 18 лет (эффективность и безопасность не установлены).



Rp: Sol. Kalii chloridi 10.0

D.t.d in flaconis №10

S. в/в непрерывно, 40 ммоль/л/ч

#

# 4% раствора бикарбоната натрия

- **Действие:** Препарат обладает щелочными свойствами, повышает щелочные резервы крови; увеличивает выделение ионов натрия, хлора и увеличивает осмотический диурез.
- **Показания:** Абсолютным показанием является снижение pH крови ниже 7,2 (норма – 7,37 – 7,42). Некомпенсированный метаболический ацидоз при различных заболеваниях, таких как интоксикации различной этиологии, тяжелый послеоперационный период, обширные глубокие ожоги, шок, диабетическая кома, длительная диарея, неукротимая рвота, острые массивные кровопотери, тяжелые поражения печени и почек, длительные лихорадочные состояния, тяжелая гипоксия новорожденных.
- **Противопоказания:** Метаболический или респираторный алкалоз, гипокалиемия, гипернатриемия



Rp: Sol. Sodium bicarbonate 4%-200.0

D.t.d in flaconis №1

S. в/в кап. 200 мл, в течении часа

#



# АБ широкого спектра - Тетрациклин

**Действие:** Нарушает образование комплекса между транспортной РНК и рибосомой, что приводит к нарушению синтеза белка. Активен в отношении гр+ микроорганизмов - *Staphylococcus* spp., *Streptococcus* spp., при противопоказаниях к назначению пенициллинов - *Listeria* spp., *Bacillus anthracis*; гр-микроорганизмов - *Haemophilus influenzae*, *Haemophilus ducreyi*, *Bordetella pertussis*, *Escherichia coli*, *Enterobacter* spp., *Klebsiella* spp., *Salmonella* spp., *Shigella* spp., *Mita* spp., *Herella* spp., *Yersinia pestis*, *Francisella tularensis*, *Bartonella bacilliformis*, *Bacteroides* spp., *Vibrio comma*, *Vibrio fetus*, *Borrelia burgdorferi*, *Brucella* species (в комбинации со стрептомицином); к тетрациклину устойчивы микроорганизмы: *Pseudomonas aeruginosa*, *Proteus* spp., *Serratia* spp., большинство штаммов *Bacteroides* spp. и грибов, мелкие вирусы, бета-гемолитические стрептококки группы А.

**Показания:** лечение и профилактика инфекционных заболеваний, вызванные чувствительной микрофлорой.

**Противопоказания:** Гиперчувствительность, беременность (II-III триместр), период лактации, детский возраст (до 8 лет), лейкопения.



Rp: Tab. Tetracylinum 0.01 N20

D.s. по 0,01г 3рвд , внутрь,  
7 дней

#

# Гепарин

**Действие:** антикоагулянтное. Связывается антитромбином III, вызывает конформационные изменения в его молекуле и ускоряет комплексообразование антитромбина III с серинпротеазами системы коагуляции; в результате блокируется тромбин, ферментативная активность активированных факторов IX, X, XI, XII, плазмина и калликреина.

**Показания:** нестабильная стенокардия, острый инфаркт миокарда; тромбоэмболические осложнения при инфаркте миокарда, операциях на сердце и кровеносных сосудах, тромбоэмболия легочной артерии (в т.ч. при заболеваниях периферических вен), тромбоз коронарных артерий и мозговых сосудов, тромбоз флебит (профилактика и лечение); ДВС-синдром, профилактика и терапия микротромбообразования и нарушения микроциркуляции; тромбоз глубоких вен; тромбоз почечных вен; гемолитико-уремический синдром; мерцательная аритмия; бактериальный эндокардит; гломерулонефрит; волчаночный нефрит; промывание венозных катетеров.

**Противопоказания:** Гиперчувствительность; геморрагический диатез, гемофилия, васкулит, тромбоцитопения (в т.ч. вызванная гепарином в анамнезе), кровотечение, лейкоз, повышенная проницаемость сосудов, полипы, злокачественные новообразования и язвенные поражения ЖКТ, варикозное расширение вен пищевода, тяжелая неконтролируемая артериальная гипертензия, острый бактериальный эндокардит, травма (особенно черепно-мозговая), недавно перенесенное хирургическое вмешательство на глазах, мозге и позвоночнике, тяжелые нарушения функции печени и/или почек.



Rp: Sol. Heparini 5000 ME/ml

D.t.d in flaconis №5

S. в/в в первые сутки

дважды, под

контролем

коагулограммы.



#

# Список литературы

## 1. Коллапс

- [http://www.minzdravrb.ru/polezno/first\\_aid.php](http://www.minzdravrb.ru/polezno/first_aid.php)
- <http://simptomer.ru/pervaya-pomoshch/85-kollaps>

## 2. Артериальные гипертензии. Гипертонический криз

Название	Аннотация	Ссылка
	<p>«Внутренние болезни» учебник для мед. вузов М.1999г. стр.190-206 Автор: В.И. Маколкин., С.И. Овчаренко</p>	<p><a href="http://www.studmedlib.ru/">http://www.studmedlib.ru/</a></p>
	<p>«Гипертоническая болезнь. Вторичные гипертензии» М.2002 Автор: Свищенко Е.П., Коваленко В.Н.</p>	<p><a href="http://www.studmedlib.ru/">http://www.studmedlib.ru/</a></p>

## 3. Аллергические состояния

- **Методические рекомендации по оказанию неотложной помощи при развитии аллергических реакций.** Составитель - Межведомственный научный Совет по иммунологии, Российская ассоциация аллергологов и клинических иммунологов, Секция по иммунологии и аллергологии (№ 32) Ученого Совета Министерства здравоохранения РФ, Государственный научный центр РФ - Институт иммунологии Минздрава РФ) Изд 2-е (дополненное и переработанное). - М., 2001. Ссылка: <http://www.medlinks.ru/article.php?sid=38231>
- **Первая неотложная помощь при острых аллергических реакциях и анафилактическом шоке**  
Ссылка: <http://www.medn.ru/statyi/Pervayaneotlozhnayaapomosh.html>

## 4. Бронхиальная астма

- Статья «Приступ бронхиальной астмы». Источник: сайт YaZdorov

*Ссылка:* [http://www.ayzdorov.ru/lechenie\\_astma\\_pristyp.php](http://www.ayzdorov.ru/lechenie_astma_pristyp.php)

## 5. Острый коронарный синдром

- Руководство по кардиологии: учебное пособие. В 3 томах. Том 2 / Под ред. Г.И. Сторожакова, А.А. Горбаченкова. 2008. - 512 с.
- Пропедевтика внутренних болезней. Кардиология: учебное пособие. Ивашкин В.Т., Драпкина О.М. 2011. - 272 с.:



## 6. Неотложные состояния при заболеваниях желудочно-кишечного тракта

- 1) Неотложные состояния. Под ред. П. Г. Кондратенко. Донецк, 2001
- 2) Сумин С. А. - Неотложные состояния: 2000.



## 7. Эпилептический статус



- <http://meduniver.com/> - имеет множество разделов для общего развития как самих врачей, так и их пациентов. Представлены разделы по хирургии, видео материалам, электронные публикации

## 8. Острая глаукома



- <http://zrenue.com/> - Вас интересуют вопросы по офтальмологии связанные со зрением и глазами? Вы ищете информацию о заболеваниях глаз, их причинах, симптомах, лечении и профилактике. Тогда этот сайт - именно то, что Вам нужно. На сайте Вы найдете статьи о строении и функциях глаза, методах его исследования, а также об основных заболеваниях таких как: катаракта, глаукома, близорукость, дальнозоркость, астигматизм и многих других. Также здесь можно найти исчерпывающую информацию о самых современных методах терапии: лазерной коррекции зрения, контактных линзах, медикаментозном и оперативном лечении.

## 9. Кетоацидотическая кома

Литература	Аннотация
<p>Неотложная эндокринология: учебное пособие. Мкртумян А.М., Нелаева А.А. 2010. - 128 с. (Серия "Библиотека врача-специалиста") <a href="http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970418369.html?SSr=1201339f3114080588e4571purus">http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970418369.html?SSr=1201339f3114080588e4571purus</a></p>	<p>В учебном пособии изложен материал по неотложным состояниям в диабетологии, тиреодологии, патологии надпочечников, паращитовидных желез. Рассмотрены различные клинические варианты и принципы неотложной терапии кетоацидотической, гипогликемической, гиперосмолярной и лактацидемической комы с учетом рекомендаций Федеральной целевой программы "Сахарный диабет". Неотложные состояния в тиреодологии отражают тиреотоксический криз и гипотиреоидную кому, при патологии надпочечников - аддисонический криз и феохромоцитому, а также гипер- и гипокальциемические кризы.</p> <p>Для самоконтроля знаний представлены тесты по всем разделам неотложной эндокринологии. В конце пособия приведены правильные ответы на тесты.</p> <p>Учебное пособие предназначено для врачей и клинических ординаторов.</p>
<p>Внутренние болезни: учебник. Стрюк Р.И., Маев И. В. 2-е изд., испр. и доп. 2013. - 544 с.: ил. <a href="http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970425169.html?SSr=1201339f3114080588e4571purus">http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970425169.html?SSr=1201339f3114080588e4571purus</a></p>	<p>В учебнике, написанном в соответствии с требованиями Федерального государственного образовательного стандарта высшего профессионального образования 3-го поколения по специальности "Стоматология" и примерной учебной программой по дисциплине "Внутренние болезни, клиническая фармакология", представлены современные данные по этиологии, патогенезу, клиническим проявлениям, дифференциальной диагностике, лечению, профилактике и прогнозу наиболее распространенных и социально значимых заболеваний внутренних органов. Рассмотрены основные стоматологические проявления при этих заболеваниях.</p> <p>Учебник предназначен студентам стоматологических факультетов медицинских вузов.</p>