

Неотложное состояние -патологические изменения в организме человека, которые приводят к резкому ухудшению здоровья, могут угрожать жизни и требуют экстренных лечебных мероприятий.

Неотложные состояния при заболеваниях Внутренних органов.	Неотложные состояния при заболеваниях других органов и систем.	Состояния при применении оружия массового поражения.	Неотложные состояния при острых отравлениях и интоксикациях	Неотложные состояния в результате медикаментозной недостаточности.
<p>1. Неотложные состояния как проявление болезни, возникающие у практически здоровых людей 2. Неотложные состояния, возникающие как осложнение имеющейся соматической патологии 3. Неотложные состояния у больных другой патологией</p>	<p>1. Хирургические болезни 2. Неврологические болезни 3. Инфекционные болезни 4. Акушерско-гинекологическая патология</p>	<p>1. Поражение ядерным оружием 2. Поражение отравляющими веществами 3. Поражение бактериологически</p>	<p>1. Пищевые отравления, отравления грибами 2. Отравления техническими жидкостями, медикаментозные 3. Отравления ядохимикатами. 4. Укусы животных</p>	<p>1. Идиосинкразия 2. Аллергия 3. Анафилактический шок 4. Токсическое действие медикаментов</p>

- Неотложность состояния определяется:
- **степенью и скоростью нарушения функции** жизненно важных органов и систем, прежде всего:
 - нарушением гемодинамики (внезапное изменение частоты, ритма пульса, быстрое снижение или повышение артериального давления, острое развитие сердечной недостаточности и т.д.);
- **нарушением функции центральной нервной системы** (нарушение психоэмоциональной сферы, судороги, делирий, бессознательное состояние, нарушение мозгового кровообращения и т.д.);
- **• нарушением функции дыхания** (острое изменение частоты, ритма дыхания, асфиксия и т.д.

- **Исходом неотложного состояния** или заболевания («предвидеть опасность - значит, наполовину ее избежать»)(подъем АД,особенно на фоне его стойкого повышения) - угроза инсульта; инфекционный гепатит - острая дистрофия печени
- **Крайним беспокойством и поведением больного.** Неотложные состояния : • непосредственно угрожающие жизни; • непосредственно не угрожающие жизни, но при которых такая угроза может стать реальной в любое время; • состояния, при которых отсутствие современной медицинской помощи может повлечь за собой стойкие изменения в организме; • состояния, при которых в кратчайший срок необходимо облегчить страдания больного; • состояния, требующие срочного медицинского вмешательства в интересах окружающих в связи с поведением больного

- **Экстренность неотложных состояний** зависит от скорости нарастания основного симптома патологического процесса. (при синдроме кровотечения экстренность состояния зависит от количества и скорости кровопотери; при артериальной гипертонии учитываем не абсолютные значения АД, а его прирост по сравнению с обычными для больного уровнями).
- **Наличие риска поражений органов-мишеней.** (при остром инфаркте миокарда - нарушение ритма; при острых отравлениях - углубление комы). Правильно выбрать лечебные мероприятия и тактику ведения.

- 3 группы факторов, которые определяют тип, клиническое течение и прогноз неотложного состояния.
- 1. **патобиохимические** нарушения- отражают степень нарушения гомеостаза (нарушения ионно-осмотического, кислотно-щелочного баланса, гипер- и гипокалиемия и др.).
- 2- **патофизиологические** нарушения- отражающие характер и степень нарушения функции различных органов и систем. (синдром артериальной гипертензии, болевой синдром, нарушения ритма сердца, дыхательная, почечная и надпочечниковая недостаточность, психоэмоциональные расстройства и др.)
- 3- **патоморфологические** нарушения, отражающие анатомические и структурные повреждения тканей и органов, которые послужили первопричиной ургентного синдрома. (острые деструктивные изменения миокарда, повреждения центральной и периферической нервной системы, связанные скровотечением, ишемией и отеком, пептические язвы желудочно-кишечного тракта, дистрофии печени, почек и др.)

- **неотложные состояния имеют устойчивую и четкую клиническую картину.**
- Важное значение в профилактике врачебных ошибок придается динамическому наблюдению за больным. «Болезнь никогда не остается в одинаковом состоянии, ибо патологический процесс не есть что-либо мертвое, но возрождается и живет около и за счет живого организма, как паразитарное растение, и жизнь его подвергается известным периодам, сообразно потом и явления болезненные изменяются»

- Знание тактики ведения больного с неотложными состояниями способствует уменьшению или предупреждению диагностических и лечебных ошибок.
- - необходимо входить в непосредственный контакт с больным, оставив не более одного родственника, который может помочь в обследовании больного;
- - максимально обеспечить все необходимые условия для полного осмотра и обследования больного, несмотря на тяжесть его состояния;
- - быть осторожным в своих суждениях и при малейшем подозрении на необходимость хирургического вмешательства или неясности заболевания госпитализировать больного или обеспечить консультацию старшего коллеги, другого специалиста.

лабораторная диагностика неотложных состояний. Стратегия лечения неотложных состояний.

- необходимые исследования неотложных состояний: клинический анализ крови (гемоглобин, лейкоциты, лейкоцитарная формула, показатель гематокрита); клинический анализ мочи (белок, микроскопия осадка, пробы на кровь, глюкозу, кетоновые тела); определение глюкозы, протромбинового индекса, мочевины или креатинина в крови; определение билирубина в сыворотке крови, продуктов деградации фибриногена.

- По показаниям - исследование кислотно-основного состояния (рН); исследование электролитов (натрий, калий, альбумины сыворотки крови); исследование ферментов сыворотки крови (тропонины, паракоагуляционные тесты, тромбиновое время; антиотромбин III, фибринолитическая активность, тромбоциты).
- Особое внимание требуют исследования на алкоголь, наркотики, токсические вещества. Они должны быть проведены во всех случаях коматозных состояний, дорожно-транспортных происшествий.

Стратегия лечения неотложных состояний:

- • нуждаемость в неотложной помощи;
- • место лечения;
- • основные принципы терапии;
- • конечные цели лечения;
- • этапы лечебного процесса.

Тактика лечения неотложных состояний:

- Силы и средства, необходимые для решения поставленных задач:
- • когда и какие препараты применять;
- • пути введения препаратов;
- • оценить риск/пользу назначенных препаратов;
- • оценить эффективность проводимого лечения.

- **Общие требования к лечению неотложных состояний:**
 - • если диагностика неотложного состояния затруднена, то до уточнения диагноза не вводить препараты, которые могут ухудшить течение клинически сходной патологии,
 - • как можно раннее начало проведения лечебных мероприятий на всех этапах оказания медицинской помощи,
 - • выбор наиболее эффективного метода или средства лечения при данной патологии,
 - • адекватная оценка эффективности проводимой терапии,
 - • осуществление постоянного контроля за состоянием больного.
-
- При неотложных состояниях лечение должно быть «управляемым»:
 - Введение препаратов только внутривенно, начиная с этапа «скорой помощи». От подкожных, внутримышечных и пероральных введений препаратов следует воздержаться.
 - Знать время начала и максимума действия назначенных лекарственных средств.

- Лечение неотложных состояний должно носить «купирующий», «обрывающий» тот или иной процесс характер, т.е. быть способным за короткое время ликвидировать, или хотя бы значительно уменьшить основные проявления патологического процесса.
- Это можно достигнуть выбором путей введения препарата и подбором его адекватной дозы. Важное значение приобретает доза препарата - часто приходится вводить очень большие дозы!

- Контроль за эффективностью лечения -на основании клинической картины, методов лабораторного и инструментального обследований.
- Улучшение самочувствия больного – не всегда улучшение его состояния ! но может привести к изменению проводимой терапии (отмена, снижение доз препаратов) и привести к ухудшению состояния.
- При достижении стойкого клинического эффекта должна быть обязательно продолжена индивидуально подобранная поддерживающая терапия - опасность возникновения синдрома «рикошета».
- Соблюдение этапности в лечении больных является одним из важных факторов успеха. Врач, оказывающий помощь на месте происшествия, врач скорой помощи обязан передавать своим коллегам информацию (обязательно правдивую !) об объеме и характере проведенных лечебных мероприятий. От предшествующей терапии зависит выбор дальнейших методов и средств лечения, а также привлечение к лечебному процессу врачей других специальностей.

- Организация неотложной медицинской помощи населению регламентирована

Федеральный закон "Об основах охраны здоровья граждан в РФ" от 21.11.2011 N 323-ФЗ;

ПРИКАЗ от 15.05. 2012 г. N 543н

**ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОЛОЖЕНИЯ ОБ
ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ
ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ
ПОМОЩИ ВЗРОСЛОМУ НАСЕЛЕНИЮ**

- Первичная медико-санитарная помощь оказывается в плановой и неотложной формах.
- Первичная медико-санитарная помощь оказывается: 1) амбулаторно, по месту жительства (пребывания) пациента, и (или) лечения (активное посещение), при патронаже отдельных групп населения.
- 2) в условиях дневного стационара, в том числе стационара на дому.
- при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не опасных для жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи, в структуре медицинских организаций может организовываться отделение (кабинет) неотложной медицинской помощи.

- **Основные задачи кабинета доврачебной помощи :**
- прием больных для решения вопроса о срочности направления к врачу; направление на лабораторные и другие исследования больных, которые в день обращения не нуждаются во врачебном приеме; проведение антропометрии, измерение артериального и глазного давления, температуры тела, остроты зрения и слуха, других диагностических манипуляций, выполнение которых входит в компетенцию работников со средним медицинским образованием, заполнение паспортной части посылного листа на медико-социальную экспертизу, санитарно-курортной карты, данных лабораторных и других функционально-диагностических исследований перед направлением на медико-социальную экспертизу, на санаторно-курортное лечение, оформление справок, выписок из индивидуальных карт амбулаторного больного, оформление листков и справок временной нетрудоспособности, подтверждение соответствующими печатями выданных больным справок, направлений, рецептов и выписок из медицинской документации, строгий учет и регистрация в специальных журналах листков, справок временной нетрудоспособности и рецептурных бланков; участие в организации и проведении профилактических медицинских

- **Первичная медико-санитарная помощь**
включает :
- **первичная доврачебная медико-санитарная помощь**, которая оказывается фельдшерами, акушерами-специалистами со средним медицинским образованием фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов, врачебных амбулаторий, здравпунктов, поликлиник, поликлинических подразделений медицинских организаций, отделений (кабинетов) медицинской профилактики;
- **первичная врачебная медико-санитарная помощь**, которая оказывается врачами-терапевтами, (семейными врачами)
- **первичная специализированная медико-санитарная помощь.**

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ ШТАТНЫЕ НОРМАТИВЫ ФЕЛЬДШЕРСКО-АКУШЕРСКОГО ПУНКТА

Наименование должности	от 700 до 900 жителей	900 до 1300 жителей	1300 до 1800 жителей	1800 до 2400 жителей	2400 до 3000 жителей
Заведующий ФАП-фельдшер	1	1	1	1	1
Фельдшер, акушер, медицинская сестра патронажная	-	0,5	1	1,5	2
Санитар	0,5	1	1	1,5	1,5

СТАНДАРТ ОСНАЩЕНИЯ ФЕЛЬДШЕРСКО-АКУШЕРСКОГО ПУНКТА

- Электрокардиограф портативный
- Автоматический дефибриллятор
- Тонометр для измерения артериального давления,
- Фонендоскоп
- Анализатор уровня сахара крови портативный с
- Экспресс-анализатор кардиомаркеров портативный
- Стол манипуляционный
- Стол процедурный
- Стол инструментальный
- Кресло гинекологическое
- Стол пеленальный с источником лучистого тепла
- Шкаф для медикаментов
- Кушетки медицинские не менее 2
- Шкаф для одежды ; Шкаф для белья ; Сейф для хранения ядовитых и сильнодействующих медицинских препаратов ; Холодильник для медикаментов ; Облучатель бактерицидный ; Щит деревянный

- Носилки - не менее не менее 2
- Костыли - не менее не менее 2
- Одеяло с подогревом
- Шины для транспортной иммобилизации (разной конструкции) не менее 2 компл.
- Коробки стерилизационные (биксы)
- Роторасширитель одноразовый не менее 2
- Языкодержатель не менее 2
- Стерилизатор электрический средний
- Сухожаровой шкаф или автоклав
- Портативный аппарат для искусственной вентиляции легких не менее 1
- Кислородный ингалятор любого типа не менее
- 1 Трахеотомический набор не менее 2
- Воздуховоды для искусственного дыхания "рот в рот" не менее 3
- Весы напольные для взрослых; Весы для детей до 1 года
- Дыхательный аппарат ручной (мешок Амбу) не менее 1
- Укладка для оказания помощи при анафилактическом шоке 1 для каждого помещения, где осуществляются инвазивные процедуры
- Укладка для проведения экстренной личной профилактики
- Стетоскоп акушерский
- Холодильник для хранения биопрепаратов (вакцин)
- Емкости для дезинфекции инструментария и расходных материалов по требованию; Емкости для сбора бытовых и медицинских отходов по требованию; Укладка с педикулоцидными средствами

- Аптечка экстренной профилактики парентеральных инфекций
- Экспресс-анализатор уровня холестерина в крови портативный
- Спирометр (портативный с одноразовыми мундштуками)
 - Укладка для оказания помощи при остром коронарном синдроме не менее 2
 - Укладка для оказания помощи при остром нарушении мозгового кровообращения не менее 1
 - Укладка для оказания помощи при желудочно-кишечном (внутреннем) кровотечении .

- На должность фельдшера фельдшерского здравпункта назначается специалист, соответствующий квалификационным характеристикам должностей работников в сфере здравоохранения, утвержденным приказом Минздравсоцразвития России от **23 июля 2010 г. N 541н** для должности «Фельдшер»

- **Основные задачи фельдшерского здравпункта :**
- диагностика и лечение неосложненных острых, обострений хронических заболеваний, травм, отравлений;
- осуществление профилактики инфекционных и неинфекционных заболеваний;
- выявление курящих лиц и лиц, избыточно потребляющих алкоголь, с высоким риском развития болезней, связанных с курением, алкоголем и с отравлением суррогатами алкоголя;
- оказание помощи курящим лицам и лицам, избыточно потребляющим алкоголь, по профилактике и отказу от курения и злоупотребления алкоголем, включая направление их для консультации и лечения в отделения (кабинеты) медицинской профилактики, центры здоровья; осуществление мероприятий по формированию здорового образа жизни;

- направление пациентов в медицинские организации для оказания первичной (врачебной, специализированной) медико-санитарной или специализированной медицинской помощи в случаях, предусмотренных порядками оказания медицинской помощи по профилям,
- организация записи на прием к врачам-специалистам;
устранение угрожающих жизни состояний с последующей организацией медицинской эвакуации в медицинские организации, оказывающие специализированную медицинскую помощь, в сопровождении медицинского работника фельдшерского здравпункта либо бригады скорой медицинской помощи;
- **выявление предраковых заболеваний** и злокачественных новообразований и направление больных с подозрением на злокачественное образование и с предраковыми заболеваниями в первичный онкологический кабинет медицинской организации;
организация и оказание **паллиативной помощи** больным, в том числе больным онкологическими заболеваниями, нуждающимся в наркотических и сильнодействующих лекарственных средствах в соответствии с рекомендациями врачей-специалистов;

- осуществление санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий; санитарно-гигиеническое образование населения;
- осуществление мер по охране семьи, материнства, отцовства и детства;
- **экспертиза временной нетрудоспособности**; осуществление взаимодействия с медицинской организацией, в структуру которого входит фельдшерский здравпункт, территориальными органами Роспотребнадзора и Росздравнадзора по вопросам оказания первичной доврачебной медико-санитарной помощи.

- **Приказ Минздравсоцразвития России № 377 от 29 июня 2009 г.**
- **О неотложных мерах по обеспечению гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи**
- [Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"](#)

**Постановление Правительства РФ от
16.04.2012 N 291**

**"О лицензировании медицинской
деятельности.**

Неотложная медицинская помощь отнесена к
лицензируемым услугам.

**Приказ Минздрава России от 11.03.2013 N
121н "Об утверждении Требований к
организации и выполнению работ при
оказании первичной медико-
санитарной, специализированной (в том
числе высокотехнологичной), скорой (в
том числе скорой специализированной),
паллиативной медицинской помощи.**

- Получение лицензии необходимо в т ч при оказании первичной доврачебной медико – санитарной помощи в амбулаторных условиях.
- Приказ Министерства здравоохранения РФ от **13 июня 2017 г. № 325н**
(В связи с введением отдельных лицензий на работы (услуги) по искусственному прерыванию беременности и остеопатии)

- **Приказ МЗ РФ от 23 марта 2012 г. N 252н "Об утверждении Порядка возложения на фельдшера, акушерку отдельных функций лечащего врача.**
- при неукomплектованности либо недостаточной укомплектованности медицинской организации медицинскими работниками из числа врачей, а также в случае их временного отсутствия.

Приказом Минздрава России от 20 июня 2013 г. № 388н
утвержден порядок оказания скорой медицинской
помощи.

- **помощь оказывается при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства, как вне медицинской организации, так и амбулаторно или стационарно.**
- Форм скорой медицинской помощи две: **экстренная** (при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента) **и неотложная** (в аналогичных случаях, но без явных признаков угрозы жизни пациента).
- Вызов скорой медицинской помощи осуществляется по телефону ("03", "103", "112" или по номеру медицинской организации, ее оказывающей).

- Поводами для вызова скорой медицинской помощи в экстренной форме являются:
- 1.Нарушения сознания, представляющие угрозу жизни;
- 2.Нарушения дыхания, представляющие угрозу жизни;
- 3.Нарушения системы кровообращения, представляющие угрозу жизни;
- 4.Психические расстройства, сопровождающиеся действиями пациента, представляющими непосредственную опасность для него или других лиц;
- 5.Внезапный болевой синдром, представляющий угрозу жизни;
- 6.Внезапные нарушения функции какого-либо органа или системы органов, представляющие угрозу жизни;
- 7.Травмы любой этиологии, представляющие угрозу жизни;
- 8.Термические и химические ожоги, представляющие угрозу жизни;
- 9.Внезапные кровотечения, представляющие угрозу жизни;
- 10.Роды, угроза прерывания беременности;
- 11.Дежурство при угрозе возникновения ЧС, оказание скорой медицинской помощи и медицинская эвакуация при ликвидации медико-санитарных последствий ЧС.

- В случаях, не представляющих угрозу жизни пациенту рекомендуется обращаться в кабинет неотложной медицинской помощи.
- Перечень поводов к вызову врача кабинета неотложной помощи взрослому населению:
 1. Обострение хронических заболеваний без резкого внезапного ухудшения состояния здоровья, без потери сознания, без признаков кровотечения, без судорог (онкологические заболевания, заболевания нервной системы, заболевания эндокринной системы, заболевания сердечно-сосудистой системы, заболевания органов дыхания, заболевания желудочно-кишечного тракта).
 2. Внезапные острые заболевания (состояния) без явных признаков угрозы жизни, не требующие срочного медицинского вмешательства;
 - головная боль, головокружение, тремор, слабость (при длительном анамнезе), частые приступы гипертонии без признаков криза, пониженном артериальном давлении, (боли в пояснице и суставах (радикулит, остеохондроз, миозит, артриты, артрозы);
 - температура, боль в горле, кашель у детей старше трех лет и взрослых без сыпи, рвоты и судорог;
 - одышка, кашель (не связанные с травмой, инородным телом, аллергией).
 3. Выполнение назначений врача, в т.ч. инъекции онкологическим больным.
 4. Выезд для оказания медицинской помощи в неотложной форме к пациентам не способным по состоянию здоровья к самостоятельному передвижению, а также к транспорту.

- **Регламент взаимодействия отделения скорой медицинской помощи и учреждений здравоохранения, оказывающих неотложную медицинскую помощь на дому .**
- 1. Все вызова, поступающие в оперативный отдел (диспетчерскую) отделения СМП по номерам телефонов «03», «112» регистрируются в «Журнале записи вызовов скорой медицинской помощи» (учетная форма 109/у) и через систему регистрации и записи телефонных разговоров «SpRecord» (аудиозапись).
- 2. Фельдшер по приему вызовов ОСМП производит прием и сортировку поступающих вызовов на 2 группы:
 - подлежащие обслуживанию бригадами ОСМП;
 - подлежащие передаче для обслуживания в кабинеты (отделения) неотложной медицинской помощи поликлиник.

- 3. Сортировка поступающих вызовов производится фельдшером по приему вызовов согласно алгоритму опроса.
- 4. Старший врач ОСМП контролирует сортировку вызовов, производимую фельдшерам.
- 5. Вызова, отнесенные по результатам сортировки к подлежащим передаче на обслуживание персоналом кабинетов (отделений) неотложной медицинской помощи поликлиник согласно Перечню поводов к вызову, подлежащего обслуживанию персоналом кабинетов (отделений) неотложной медицинской помощи поликлиник, регистрируются в «Журнале передачи вызовов в кабинеты (отделения) неотложной медицинской помощи поликлиник».

- 6. Заявитель информируется о том, что его обращение будет передано в отделение (кабинет) неотложной медицинской помощи амбулаторно- поликлинического учреждения здравоохранения.
- 7. Вызова, зарегистрированные в «Журнале передачи вызовов в кабинеты неотложной медицинской помощи поликлиник», передаются фельдшером в кабинеты неотложной медицинской помощи незамедлительно.
- 8. Выездная бригада неотложной медицинской помощи при выезде осуществляет: установление диагноза, проведение мероприятий, способствующих стабилизации или улучшению состояния пациента. Время осуществления неотложной медицинской помощи на дому – не более 2 часов после

- 9. Информация об окончании выполнения вызова бригадой неотложной медицинской помощи, его результатах вносятся в «Журнал передачи вызовов в кабинеты неотложной медицинской помощи поликлиник» после поступления этой информации по телефону от персонала кабинета неотложной медицинской помощи по завершению вызова.
- 10. При ухудшении состояния пациента на вызове, необходимости экстренной госпитализации, дальнейшее обслуживание такого вызова передается в диспетчерскую ОСМП для обслуживания. До приезда бригады СМП медицинская помощь пациенту оказывается бригадой неотложной помощи.

- 11. Фельдшер по приему вызовов осуществляет регистрацию вызова от бригады неотложной помощи и направляет бригаду СМП на поступивший вызов в соответствии с утвержденными нормативами по времени (приема вызова, передачи вызова, доезда бригады).
- 12. После завершения неотложного вызова, в случае необходимости установления динамического наблюдения за пациентом, запись о необходимости установления наблюдения фиксируется в «Журнал приема вызовов кабинетами неотложной медицинской помощи поликлиник» и в течение не менее 12 часов информация о необходимости динамического наблюдения передается участковому терапевту.

- 13. Вызова, являющиеся непрофильными для кабинета неотложной медицинской помощи, в случае их поступления непосредственно от населения передаются (переадресовываются) для обслуживания в оперативный отдел ОСМП (диспетчерскую) незамедлительно.
- 14. В случае невозможности выполнения вызова выездным составом кабинета неотложной медицинской помощи поликлиник (техническая поломка автомобиля, отсутствие бригады и пр.), вызов передается (переадресовывается) для исполнения в оперативный отдел ОСМП (диспетчерскую) незамедлительно.

- **Правила личной безопасности при оказании скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе.**
- 1. Проверить отсутствие взрывоопасных веществ, радиации, нестабильных объектов (автомобиль, лежащий на боку, и т. д.). Родственники пациента, посторонние люди также могут быть источником опасности.
- 2. Проверить безопасность места происшествия. Если место небезопасно, покинуть его, если это возможно и допустимо.
- 3. Не следует становиться новой жертвой, создавать дополнительные трудности службам экстренного спасения.
- 4. Надеть резиновые перчатки, принять меры по предотвращению заражения инфекционными заболеваниями. Поступать так, будто у каждого пострадавшего, которому оказывается помощь, имеется ВИЧ-положительная реакция.
- 5. При необходимости, прежде чем оказывать медицинскую помощь, вызвать милицию (тел. 02), или, в случае пожара, пожарную бригаду (тел. 01), или бригаду спасателей (тел. 01).

- **Оказание помощи на догоспитальном этапе:**
- 1. Немедленное начало срочных мероприятий по поддержанию жизни при возникновении неотложных состояний.
- 2. Организация прибытия на место происшествия квалифицированных специалистов в кратчайшие сроки, выполнение отдельных мероприятий экстренной медицинской помощи во время транспортировки пациента в стационар.
- . Максимально быстрая госпитализация в профильное лечебное учреждение, имеющее квалифицированный медицинский персонал и оснащенное необходимым оборудованием.

Главнейший принцип оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе— это принцип **«не навреди»**.

- 1.Предварительная оценка тяжести состояния пациента.
- Определение признаков наиболее опасных для жизни состояний, которые могут привести к смерти пострадавшего в ближайшие минуты:
 - • клинической смерти;
 - • коматозного состояния;
 - • артериального кровотечения;
 - • ранения шеи;
 - • ранения грудной клетки.

- **принципы оказания первой помощи:**
- 1. Осмотр места происшествия. Убедиться в безопасности при оказании помощи.
- 2. Первичный осмотр пострадавшего и оказание первой помощи при состояниях, угрожающих жизни.
- . Вызов врача или скорой помощи.
- . Вторичный осмотр пострадавшего и при необходимости оказание помощи при выявлении других повреждений, болезней.
- До оказания помощи пострадавшим выясните:
 - . Не представляет ли опасность место происшествия;
 - . Что произошло;
 - . Количество пациентов и пострадавших;
 - . В состоянии ли окружающие помочь.

- Как только вы приблизитесь к пострадавшему, находящемуся в сознании, постарайтесь его успокоить, затем доброжелательным тоном:
 - • выясните у пострадавшего, что случилось;
 - • объясните, что вы медицинский работник;
 - • предложите помощь, получите согласие пострадавшего на оказание помощи;
 - • объясните, какие действия вы собираетесь предпринять.
- Прежде чем приступить к оказанию неотложной доврачебной медицинской помощи, следует получить на это разрешение пострадавшего. Пострадавший, находящийся в сознании, имеет право отказаться от вашей услуги. Если же он без сознания, можно считать, что вы получили его согласие на проведение мероприятий неотложной помощи.

- ***Кровотечения***
- **Методы остановки кровотечения:**
 - 1. Пальцевое прижатие.
 - 2. Тугая повязка.
 - 3. Максимальное сгибание конечности.
 - 4. Наложение жгута.
 - 5. Наложение зажима на поврежденный сосуд в ране.
 - 6. Тампонада раны.
- для наложения давящей повязки используйте стерильный перевязочный материал (или чистую ткань), накладывайте его непосредственно на рану (исключение травмы глаз и вдавление свода черепа).
- Любое движение конечности стимулирует в ней кровоток. При повреждении сосудов нарушаются процессы свертывания крови. Любые движения вызывают дополнительные повреждения сосудов. Шинирование конечностей позволяет уменьшить кровотечение. В этом случае идеальны воздушные шины, или шины любого типа.

- Основная цель оказания ЭМП кардиологическим больным - восстановлению ритма.
- основная цель помощи больным с травмой — остановка кровотечения и восстановление ОЦК. Попытки повысить АД без предварительной остановки кровотечения приводят лишь к возрастанию кровопотери. Основным принципом оказания ЭМП больным с травмой на догоспитальном этапе — скорейшая доставка в профильный стационар, где может быть оказана специализированная ЭМП.
- время пребывания на месте происшествия больного с тяжелой или с предположительно тяжелой травмой не должно превышать 10 мин.

- ЧМТ
- поддержание оксигенации (обеспечение проходимости дыхательных путей и повышенное содержание кислорода во вдыхаемой смеси) и церебрального перфузионного давления-инфузионная терапия с целью нормализации АД.

Повреждения позвоночника -
иммобилизация позвоночника .Правильная иммобилизация позволяет предотвратить до 15% вторичных повреждений позвоночника.

- **Травма груди** -поддерживать максимальную оксигенацию. (обеспечивают проходимость дыхательных путей и повышенное содержание кислорода во вдыхаемой смеси). При открытом пневмотораксе накладывают окклюзионную повязку, которую фиксируют только с трех сторон. Диагностику напряженный пневмоторакс-на месте происшествия выполняют плевральную пункцию (в плевральную полость во втором межреберье по среднеключичной линии вводят венозный катетер большого диаметра). Катетер не удаляют во время транспортировки. Если она затягивается, на наружный конец катетера прикрепляют надрезанный палец от перчатки, который играет роль клапана.
- **Травма живота.** при продолжающемся внутрибрюшном кровотечении -экстренное хирургическое вмешательство в стационаре. При эвентрации на рану накладывают влажную повязку. Вправлять органы в брюшную полость не следует. Не следует трогать и предметы, вонзившиеся в тело больного. Их удаляют только в том случае, если это абсолютно необходимо для извлечения больного.

Повреждение таза- иммобилизация и быстрая доставка в ближайший профильный стационар.

Повреждения конечностей -правильная укладка больного в положении лежа на спине на длинных жестких носилках позволяет иммобилизовать конечности.

Инфекционная безопасность медицинских работников

Инфекционная безопасность – это система мероприятий, обеспечивающая защиту медработников от инфекционных заболеваний, которая включает иммунизацию, использование защитной одежды, соблюдение инструкций и правил при выполнении процедур, выполнение правил личной профилактики, ежегодный профосмотр согласно приказа №90 МЗ РФ от 14.03.1996г. «О порядке проведения предварительных и периодических осмотров медицинских работников и медицинского регламента и допуска к работе».

В условиях все большего распространения ВИЧ-инфекции среди населения всех пациентов необходимо рассматривать, как потенциально инфицированных ВИЧ и другими инфекциями, передающимися гемоконтактным путем, поэтому при работе с кровью и другими биологическими жидкостями необходимо соблюдать 7 правил безопасности:

- 1. Мыть руки до и после контакта с пациентом.
- 2. Рассматривать кровь и другие биологические жидкости пациента, как потенциально инфицированные, поэтому необходимо работать в перчатках.
- 3. Сразу после использования и дезинфекции помещать отработанный инструмент в специальные мешки желтого цвета – отходы класса «Б». Сан Пин 2.1.7.728-99 «Правила сбора, хранения и удаления отходов в ЛПУ».
- 4. Пользоваться средствами защиты глаз (очки, защитный экран) и масками во избежание контакта крови и других биологических жидкостей с кожными покровами и слизистыми оболочками медперсонала.
- 5. Рассматривать все белье, загрязненное кровью, как потенциально инфицированное.
- 6. Использовать специальную влагонепроницаемую одежду для защиты тела от попадания капель крови и других биологических жидкостей.
- 7. Рассматривать все образцы лабораторных анализов как потенциально инфицированный

- В целях предупреждения заражения ВИЧ-инфекцией и вирусными гепатитами, руководствуюсь правилами инфекционной безопасности, рекомендуемыми в приказах:
- · Приказ МЗ РФ № 170 от 16.08.1994г. «О мерах по совершенствованию профилактики и лечения ВИЧ-инфекции в РФ».
- · Приказ МЗ РФ № 408 от 12.07.1989г. «О мерах по снижению заболеваемости вирусными гепатитами в стране».
- · Приказ МЗ РФ № 254 от 3.09.1991г. «О развитии дезинфекционного дела в стране»
- · Приказ МЗ РФ № 295 от 30.10.1995г «О введении в действие правил обязательного медицинского освидетельствования на ВИЧ и перечня работников отдельных профессий, производств, предприятий, учреждений и организаций, которые проходят обязательное медицинское освидетельствование на ВИЧ».
- · Сан Пин 3.1.958-00 «Профилактика вирусных гепатитов. Общие требования к эпидемиологическому надзору за вирусными гепатитами».

- **При попадании биологической жидкости на открытые участки кожи необходимо:**
 - -
 - обработать 70% спиртом
 - - вымыть руки водой с мылом
 - - повторно обработать 70% спиртом
- **При попадании на слизистую оболочку глаз ее следует**
 - :
 - обработать (обильно промыть) 0,01% раствором марганцево-кислого калия.
- **При попадании на слизистую оболочку носа:**
 - промыть 0,05% раствором марганцево-кислого калия или 70% спиртом.
- **При порезах и уколах необходимо:**
 - - вымыть руки в перчатках проточной водой с мылом
 - - снять перчатки
 - - на неповрежденную руку надеть чистую перчатку
 - - выдавить из ранки кровь
 - - вымыть руки с мылом
 - - обработать ранку 5% раствором йода. Не тереть!

Транспортировка пострадавших.

- Всего выделяют три вида транспортировки:
- **Экстренная**. -при наличии непосредственной угрозы жизни, максимально быстро, используется любой подходящий способ удаления человека из опасной зоны в ближайшее безопасное место. может быть весьма травматичной для пострадавшего, но целью является спасение жизни человека, поэтому правилами перемещения пострадавших в данном случае пренебрегают;
- **Краткосрочная**. Осуществляется своими силами людей, находящихся рядом с пострадавшим.Выбирают оптимальный метод перемещения пострадавшего с тем, чтобы по возможности не причинить ему дискомфорта, не усилить болезненные ощущения, не нанести вторичную травму. Транспортировка осуществляется не слишком далеко, а до ближайшего места, где человеку могут оказать профессиональную помощь или где он может ее дожидаться в безопасной обстановке;
- **Длительная**. Транспортировка силами и средствами специалистов, максимально удобная и безопасная для пострадавшего. Обычно проводится после оказания первой медицинской помощи на месте и обезболивания.

Подготовка к транспортировке пострадавших

- Пострадавшего необходимо внимательно осмотреть, чтобы составить представление о характере травм. Оценить состояние позвоночника, головы, шеи, грудной клетки, живота, тазовой области и конечностей. Убедитесь в том, что человек находится в сознании, если он без сознания, нужно проверить пульс и дыхание;
- Если есть подозрение на тяжелый характер травм, множественные сочетанные травмы, пострадавшего нужно транспортировать лишь в крайнем случае, если нет надежды на приезд скорой помощи. При таких травмах перемещать пострадавшего следует по возможности в той позе, в которой он находится.

Общие правила перемещения пострадавших

При транспортировке человека с травмой шейного отдела позвоночника его голову и шею иммобилизуют, т.е. фиксируют, чтобы препятствовать движению. Во всех остальных случаях пострадавшего транспортируют с головой, повернутой набок. Это необходимо, чтобы избежать попадания рвотных масс в дыхательные пути, а также асфиксии вследствие западения языка;

Человека с большой кровопотерей перемещают таким образом, чтобы его ноги находились выше головы. Такое положение обеспечивает приток крови к головному мозгу;

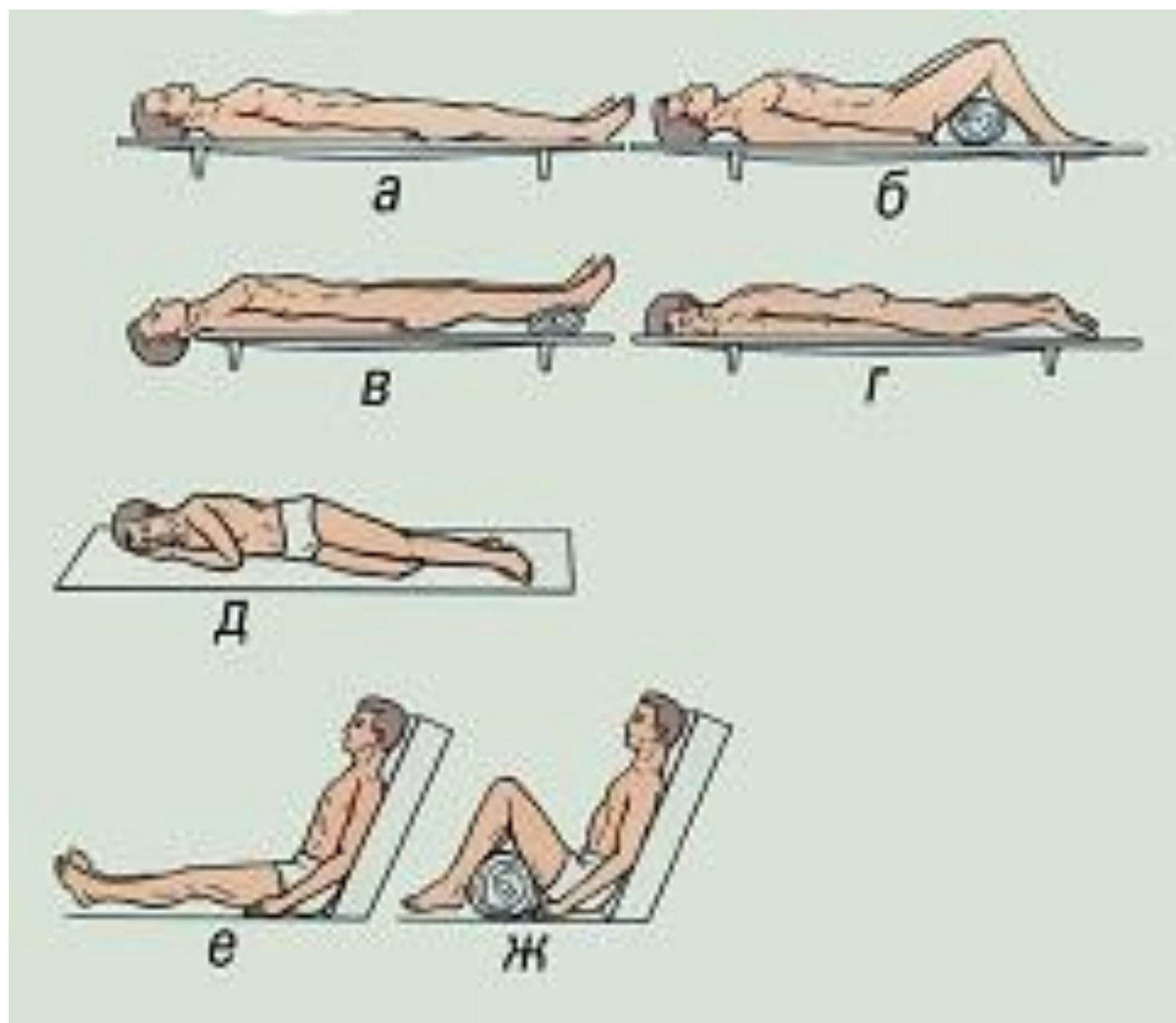
При подъеме по лестнице, а также при помещении в транспортное средство пострадавшего несут вперед головой, при спуске и выносе из транспорта – вперед ногами;

- Тот, кто несет пострадавшего впереди, назначается главным, его задача – внимательно следить за дорогой, замечать препятствия и руководить перемещением, координируя действия остальных спасателей (пример команды: «на счет три поднимаем носилки – раз, два, три!»).
- При этом спасателям категорически запрещается двигаться «в ногу»;
- Тот, кто несет пострадавшего сзади, следит за его состоянием, и в случае ухудшения предупреждает остальных о необходимости остановки.

Виды транспортировки пострадавших в зависимости от травмы и состояния

- ***Устойчивое положение на боку.*** В такой позе должны перемещаться пострадавшие в случае:
 - а) приступов рвоты;
 - б) нахождения в бессознательном состоянии;
 - в) при ожогах или иных непроникающих травмах задней стороны тела (спина, ягодицы, задняя часть бедер);
- ***Сидячее или полусидячее положение*** применяется
 - а) травмы шеи;
 - б) травмы грудной клетки;
 - в) переломы ключицы, рук;
 -

- ***Положение лежа на спине с приподнятыми ногами:***
 - а) травмы брюшной полости;
 - б) подозрение на внутреннее кровотечение;
 - в) наличие большой кровопотери;
- ***Положение лежа на спине со слегка раздвинутыми ногами и подложенным под колени валиком («поза лягушки»):***
 - а) при травмах позвоночника, повреждении спинного мозга или подозрении на подобную травму;
 - б) при переломе костей таза или подозрении на него.



- При транспортировке необходимо постоянно следить за состоянием пострадавшего, помня о том, что оно в любой момент может ухудшиться. В случае если это произойдет, необходимо остановиться и начать проводить реанимационные мероприятия.
- Реанимацию проводят до появления врача или до восстановления дыхания и пульса.