

Тема лекции «Особенности общего ухода за пациентами терапевтического профиля. Первая помощь при неотложных состояниях»

Лектор: доцент кафедры терапии и сестринского дела с уходом за больными  
Имельгузина Гульфия Фархетдиновна

\* Боли в груди могут быть симптомами многих заболеваний, очень разных по своей сущности, течению, прогнозу и лечению. Дифференциальная диагностика проводится обычно с учетом анатомического расположения органов, которые могут быть источником боли.



\* **Стенокардия** — острая преходящая недостаточность коронарного кровоснабжения (ишемия миокарда) проявляется обычно приступом давящей или сжимающей боли за грудиной и в области сердца. Характерна, но не обязательна иррадиация боли в левое плечо, руку, шею.



\* Интенсивность боли незначительная или умеренная, преобладает ощущение сдавления, сжатия в груди. Сопутствующие эмоционально-вегетативные расстройства: страх, бледность лица, пот на верхней губе. Возникновению приступа способствует физическая или эмоциональная нагрузка, обильная еда, вздутие живота с подъемом диафрагмы.

## Первая помощь:

- \* - вызвать врача
- усадить больного, придать удобное положение, успокоить и обеспечить покой;
- измерить АД, пульс и ЧДД.
- расстегнуть сдавливающую дыхание одежду;
- \* - дать рассосать под языком 1 таблетку нитроглицерина 0,0005 г (или применить нитросорбид, аэрозоли «Изокет», «Нитроминт», «Аэросонит»); при отсутствии эффекта через 5 мин. повторить 3 раза под контролем АД и ЧСС.
- обеспечить доступ свежего воздуха или ингаляции кислорода;

\* - снять ЭКГ ;

\* - если сохраняется болевом синдром необходимо приготовить для в/в введения 6 мл 50 % р-ра анальгина + 1 мл 1 % р-ра димедрола; систему для в/в вливания, шприцы, жгут, преднизолон, адреналин, физ. р-р, ркланиум, эуфиллин.  
- поставить горчичники на область сердца, горячие грелки к кистям

\* - дать корвалол или валокордин 25-35 капель, аспирин 0,25 г.  
- срочная госпитализация в стационар в случае, если боль не купирована и выполнение аналгезии;  
- если приступ купирован — рекомендовать больному обратиться к врачу

**\*Инфаркт миокарда** — это остро наступившая, стойкая, длительная ишемия миокарда, которая приводит к некрозу его части. Обычно в основе патогенеза инфаркта миокарда лежит острый тромбоз ветви коронарной артерии, которая, как правило, поражена атеросклеротическим процессом и частично стенозирована.



\* Известную роль играет коронароспазм, особенно при нерезком коронарном атеросклерозе. Острая, резкая ишемия, и некроз миокарда вызывают сильную боль в области сердца, за грудиной, ниже мечевидного отростка грудины, с типичной широкой иррадиацией. Боль сопровождается возбуждением, потливостью, появлением бледности с цианотическим оттенком. Эмоциональные и вегетативные реакции очень разнообразны и зависят от личностных особенностей больного. Этот синдром интенсивной боли, не снимающейся нитроглицерином



# Первая помощь при инфаркте



## \* Первая помощь:

- \* - вызвать врача через третье лицо
- успокоить больного;
- придать ему полусидячее положение; обеспечить абсолютный физический и психический покой, категорически запретить физическое напряжение;
- измерить АД, сосчитать пульс; ЧДД
- дать разжевать 1 драже (10 мг) коринфара (нифедипина) — если АД не меньше 120/70 мм.рт.ст;
- жидкий нитрангин (глицеролтринитрат) 4—8 капель под язык каждые 5 минут не более 3-х раз (или 1 таблетки нитроглицерина, или аэрозоли «Изокет», «Нитроминт», «Аэросонит»), если АДС не ниже 90 мм рт ст.;

- \* - расстегнуть сдавливающую дыхание одежду и обеспечить доступ свежего воздуха или ингаляции 100% кислорода;
- по назначению врача в/в ввести 6 мл 50 % р-ра анальгина + 1 мл 1 % р-ра димедрола (струйно, медленно);
- дать проглотить 2 таблетки аспирина (если в анамнезе нет язвенной болезни или кровотечений);
- снять ЭКГ; подключить к кардиомонитору (в стационаре)
- срочная госпитализация в стационар.

\* **Сердечная астма** — приступ тяжелой одышки, обусловленный остро развивающимся застоем крови в легких и нарушением газообмена,

- **Этиология**

Чаще всего развивается у пожилых больных на фоне болезней сердца: ишемическая болезнь сердца, артериальной гипертонии, митральном и аортальном пороках сердца, миокардите, а также может развиваться при остром и хроническом нефрите



\* Первая доврачебная помощь:

\* - вызвать врача

- Усадить больного, с опущенными с кровати ногами

- Расстегнуть сдавливающую дыхание одежду;

\* - измерить АД, ЧСС, ЧДД

- Обеспечить доступ свежего воздуха; оксигенотерапия через спирт (пеногаситель)

- Дать под язык для рассасывания 1 таблетки нитроглицерина (или применить аэрозоли «Изокет», «Нитроминт», «Аэросонит»);

- Опустить ноги больного (до колен) в горячую воду или наложить венозные жгуты на конечности (на бедра) на 30 мин – записать время наложения;

\*Подготовить:

- Для в/м введения 80 мг лазикса (если АД не ниже 120/60 мм.рт.ст);

- В/м 2 мл 10 % р-ра сульфокамфокаина;

\* - р-р глюкоза 5% - 500 мл, преднизолон, адреналин, мезатон, строфантин, корглюкон

- Если у больного очень высокое АД ( $>150/90$  мм.рт.ст), то необходимо таб. энап или анаприлин (все лекарственные препараты вводятся только после выяснения их переносимости больным);

- Снять ЭКГ (при наличии такой возможности);

- Срочная госпитализация в стационар!

\* Гипертонический криз – острое состояние, характеризующееся быстрым поднятием артериального давления, развивается симптоматика, вызванная поражением органов-мишеней. Для предотвращения более серьезных осложнений, например инфаркта миокарда, срочно нужно снизить артериальное давление.

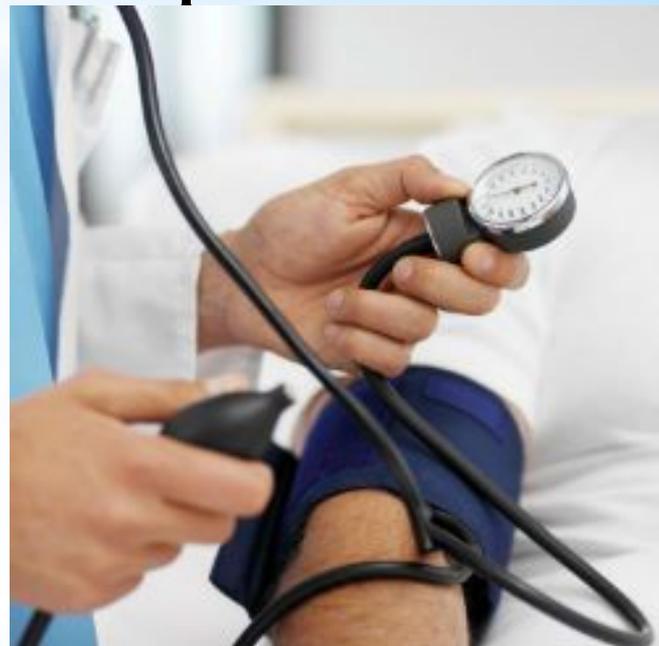




**Самыми распространенными симптомами, являются повышение артериального давления, «блики перед глазами», рвота без облегчения состояния, головная боль в области висков и затылка.**

**Больные обычно возбуждены, их кожные покровы гиперемированы. Могут появиться одышка, боль за грудиной, тремор конечностей, холодный пот и даже судороги.**

**В тяжелых случаях развиваются нарушение мозгового кровообращения и поражение черепных нервов (гемипарезы и парезы).**



## **\*Первая помощь:**

- 1. Вызовите врача или бригаду скорой помощи**
- 2. Успокойте человека (возбуждение только способствует подъему АД);**
- 3. Уложите его в постель и придайте полусидячее положение; при рвоте голову повернуть на бок, положить лоток.**
- 4. Проследите, чтобы больной дышал ровно и глубоко;**
- 5. Приложите к голове холодный компресс;**
- 6. Предоставьте доступ кислорода (откройте окно, расстегните одежду);**
- 7. Дайте гипотензивное средство, которое пациент до этого принимал;**
- 8. Положите под язык таблетку каптоприла (или капотен , нифедипин, кордафлекс , клофелин), если через полчаса**

**9. Накапайте настойку пустырника или валерианы, корвалол;**

**10. Обложите больного теплыми грелками или сделать горячие ножные ванны; поставить горчичники на воротниковую зону и икроножные мышцы**

**11. Подсчитать ЧДД, ЧСС. Измерять АД каждые 20 минут**

**12. При появлении болей за грудиной надо принять нитроглицерин (в общей сумме не более 3). Провести ЭКГ.**

**13. После оказания первой медицинской помощи должен действовать медицинский персонал. Если артериальное давление не снижается, а состояние пациента ухудшается, развиваются боли за грудиной и иные подозрительные симптомы, а вы**

\* Цель лечения острого состояния – это снижение АД до **привычного уровня**, то есть, если у человека «рабочее» давление 145/90 мм.рт.ст., то не нужно стремиться к стандартным 120/80. Не стоит забывать, что снижение АД должно проходить медленно и плавно, поскольку резкий скачек может спровоцировать коллапс.



\* **Бронхиальная астма** — аллергическое заболевание, проявляющееся периодически наступающими приступами удушья. Астматический статус — это затянувшийся приступ астмы.

- **Этиология:** полиэтиологическое заболевание.

**Экзогенные факторы:**

- запахи (трав, цветы, скошенное сено, одеколон, грибок, пыль, домашние животные);
- отдельные продукты (яйца, крабы, клубника, куры);



\* - климатические условия (весенне-осеннее время, низкое барометрическое давление, повышенная влажность);

- определенное место (воспоминание о

\* предшествующем приступе).

Эндогенные факторы:

Микробы (антигены), продукты распада микробов,

\* тканевых белков.

Чаще всего развивается у молодых больных

\* (в анамнезе можно выявить болезни легких).

## \* Клиническая картина

Дыхание с затрудненным выдохом, хрипами, свистом, слышными на расстоянии. Грудная клетка расширена и как бы застывает в положении глубокого вдоха. Больной во время приступа принимает типичную позу, опираясь на что-нибудь руками для облегчения дыхания путем лучшего использования вспомогательной дыхательной мускулатуры. При тяжелых приступах лицо и кожа цианотичны, шейные вены вздуты. Нижние границы легких опущены, их экскурсия ограничена.



\* Первая доврачебная помощь:

- \* - вызвать врача
- успокоить больного;
- расстегнуть сдавливающую дыхание одежду;
- обеспечить доступ свежего воздуха (открыть окно, ингаляции кислородом);
- дать выпить горячее питье (молоко с небольшим количеством пищевой соды);
- горячие ножные и ручные ванны
- контроль АД, ЧДД, ЧСС

- \* - применить дозируемый аэрозоль **беротек** (**фенотерол, сальбутамол, беродуал, вентолин**) 1 — 2 вдоха, только в том случае, если у больного нет к нему непереносимости и он не применял его в этот день более 5 раз;
- если приступ не купируется, то приготовить следующих лекарственных средств (обязательно убедиться, что у пациента нет к ним непереносимости!): В/м р-р преднизолона 60 мг, затем в/м р-р тавегила 2 мл, в/м р-р лазикса 40 мг и в/в р-р эуфиллина 2,4 % — 5 мл + р-р глюкозы 5 % — 10мл, адреналин, физ. р-ор, корглюкон 0,06%.
- срочная госпитализация в стационар!



## \* Острое нарушение мозгового кровообращения

\* Инсульт — острое нарушение мозгового кровообращения со стойкой симптоматикой.

\* 1. Геморрагический инсульт — нетравматическое кровоизлияние в мозг:

2. Ишемический инсульт (инфаркт мозга):

• Наиболее частыми причинами ОНМК являются:

1. Атеросклероз.
2. Гипертония.
3. Васкулиты.
4. Сахарный диабет.
5. Болезни крови.

Один кардиолог сказал, что, разослав это сообщение как минимум 10 адресатам, можно быть уверенным, что чья-нибудь жизнь – может быть и наша – будет спасена.



\* Три основных приёма распознавания симптомов инсульта (УЗП):

\* У — Попросите пострадавшего **УЛЫБНУТЬСЯ**.

\* З — Попросите его **ЗАГОВОРИТЬ**.  
Попросить выговорить простое предложение.  
Связно. Например: «За окном светит солнце»

\* П — Попросите его **ПОДНЯТЬ** обе руки.

\* Внимание — ещё один способ распознать инсульт (помимо вышеупомянутых): попросите пострадавшего **высунуть язык**. Если язык кривой или неправильной формы и западает на сторону, то это тоже признак инсульта.

\* Если Вы отметили у пострадавшего проблему с выполнением этих заданий, немедленно вызывайте скорую и опишите симптомы прибывшим на место медикам.







\* Первая помощь:

- \* - вызвать врача
- обеспечить физический и психический покой больному;
- измерить АД, сосчитать пульс;
- транспортировать в положении лежа с приподнятым головным концом;
- обеспечение и поддержание проходимости дыхательных путей;

- \* - обеспечить доступ свежего воздуха или ингаляции кислородом, при необходимости ИВЛ;
- при очень низком АД (90/60 мм.рт.ст) дать 0,1 г кофеина внутрь, при очень высоком АД (> 170/95 мм.рт.ст) дать больному его обычное средство для снижения АД (если человек длительно страдает гипертонией) или 10 мг коринфара под язык рассасывать. Не рекомендуется быстро снижать АД (АД систолическое ниже 120 мм.рт.ст, АД диастолическое ниже 80 мм.рт.ст);
- срочная госпитализация в стационар.

\* **Острая сосудистая недостаточность:**

\* **Обморок** — внезапная, кратковременная потеря сознания, вызванная ишемией мозга.

• **Этиология:**

а) чаще всего развивается у впечатлительных женщин. Сильная боль, страх, вид крови приводит к развитию острого нарушения сосудистого тонуса в результате вазовагального синдрома, что проявляется гипотензией и брадикардией;

б) применение некоторых медикаментов;

в) внутреннее кровотечение;

г) болезни сердца (аритмия, пороки, инфаркт);

д) эпилепсия.



## \* Клиническая картина

Человек ощущает **слабость, тошноту**. Он медленно опускается на землю, **лицо бледное, зрачки узкие, реакция на свет живая, АД понижено, PS слабый**. В горизонтальном положении обморок прекращается.



## \*Первая помощь:

Вызвать врача

1. Уложить пострадавшего с приподнятым  
НОЖНЫМ КОНЦОМ.

2. Расстегнуть сдавливающую дыхание  
одежду.

3. Обеспечить доступ свежего воздуха.

4. Опрыснуть лицо и шею холодной водой.

5. Дать на ватке понюхать нашатырный спирт (не подносить вату  
к носу ближе чем на 5 см! Возможна остановка дыхания!),  
растереть виски



Измерить АД, ЧСС, ЧДД

6. Дать выпить пострадавшему горячий сладкий чай или кофе. Согреть, приложив грелки.

7. При необходимости возможно введение 2 мл кордиамина в/м, кофеина (или 2 мл 10 % р-ра сульфокамфокаина, или 2 мл 20 % р-ра камфоры). Обязательно убедиться, что у больного нет непереносимости к этим лекарствам!

8. Снять ЭКГ и обязательно рекомендовать обращение врачу.

# Учимся оказывать помощь при обмороке

**Обморок** – кратковременная потеря сознания (обычно он длится не более 2-3 минут). Поводов к нему много: сильное волнение, плохое питание, жара или духота, внутреннее кровотечение, кровопотеря, отравление, какое-либо заболевание и т.п.

**Внимание:** Невозможно сразу понять, что стало причиной обморока, и предсказать, не перейдет ли обморок в кому. Увидев человека, внезапно потерявшего сознание, перво-наперво вызываем "скорую".  
Одновременно сами пытаемся привести его в сознание.

1. Щупаем пульс на сонной артерии. Если он есть, знаем, что наш пациент жив, он просто без сознания.



Но что если под рукой не оказалось нашатырного спирта?



Тогда надо резко нажать большим пальцем на болевую точку под носом. Она расположена под перегородкой носа – над верхней губой.

Можно также хлопнуть по щекам или опрыскивать лицо холодной водой, но это куда менее эффективно. Если через 3 минуты сознание не появилось, повернуть пациента на живот и приложить ему холод к голове.

2. Расстегиваем воротник. Расслабляем поясной ремень. Подкладываем что-нибудь под ноги.

3. Подносим к носу ватку, слегка смоченную нашатырным спиртом (2-3 капли на ватку, не больше).



**Внимание:** Во всех случаях обморока необходимо вызвать врача!  
Не подносите к лицу вашего пациента открытый флакон с нашатырем!  
Не капайте на ватку больше двух-трех капель нашатыря!  
Следите, чтобы даже пары нашатыря не попали в глаза вашего пациента!



нашатырный спирт  
(раствор аммиака)



\* **Коллапс** — клиническое проявление острой сосудистой недостаточности, сопровождающееся уменьшением объема циркулирующей крови, снижением АД без потери сознания.

• **Этиология:**

- острые инфекционные заболевания (часто пневмония);
  - аллергические реакции (в том числе и на медикаменты);
  - передозировка гипотоников;
  - острая кровопотеря;
  - потеря жидкости при обильном диурезе;
  - острая недостаточность надпочечников.
- Клиническая картина похожа на обморок (только все симптомы более выражены).

\* Часто состояние трудно отличить от шока.

\* Первая помощь:

1. Вызвать врача. Уложить больного с приподнятым ножным концом, без подушки

2. Измерить АД, сосчитать пульс, ЧДД.

3. Расстегнуть сдавливающую дыхание одежду.

4. Обеспечить доступ свежего воздуха, оксигенотерапия

5. Укрыть одеялом, приложить грелки,

дать выпить много горячего сладкого чая



## 6. Снять ЭКГ

7. По возможности, начать в/в капельное введение плазмозамещающих растворов полиглюкина 200—500 мл, реополиглюкина 400—800 мл.

8. Через 2—3 минуты после начала капельного введения плазмозамещающих растворов можно ввести в/м 1 мл р-ра мезатона или адреналина.

9. Возможно в/в введение преднизолон

90 мг (все лекарства можно вводить

только при отсутствии у больного

непереносимости к ним).



\* Термином **«острый живот»** обозначают клинический симптомокомплекс, развивающийся при повреждениях и острых заболеваниях органов брюшной полости, при которых требуется или может потребоваться срочная хирургическая помощь.

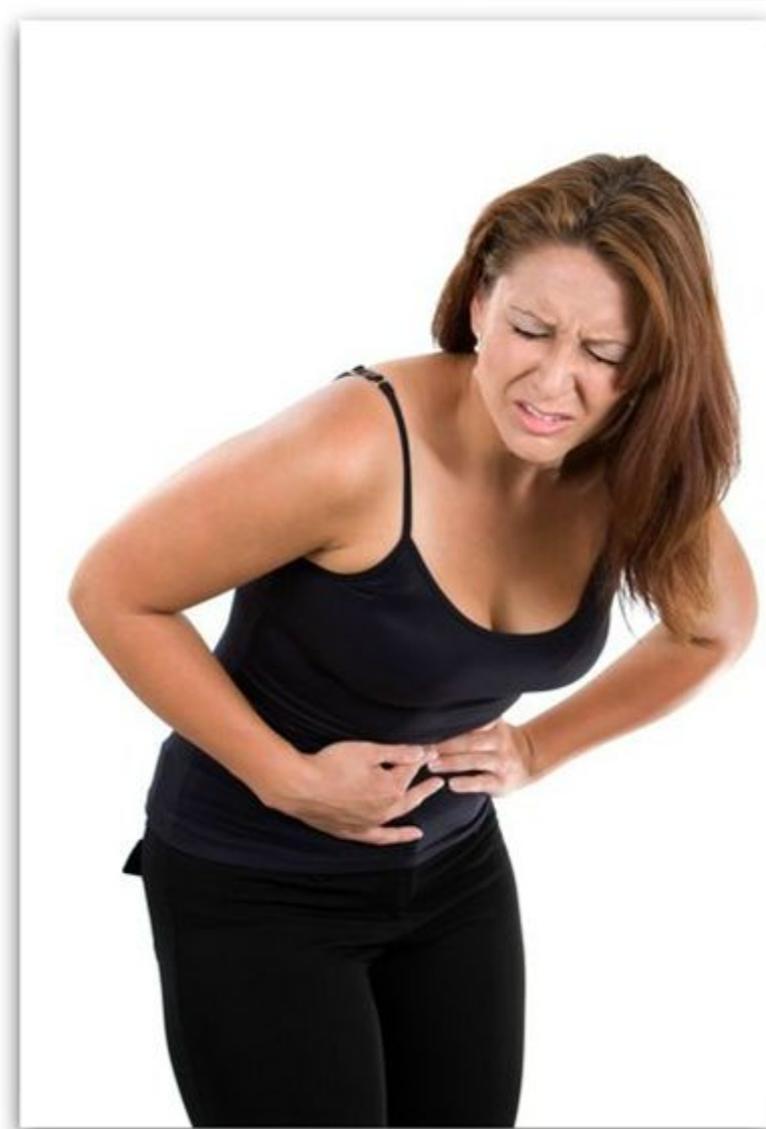


\* Причины «острого живота»:

\*

1. Воспалительный процесс:

- острый аппендицит;
- острый холецистит;
- острый панкреатит;
- острый перитонит;
- дивертикулит;
- аднексит;
- абсцесс почек.



\*2. Пробадение:

- пробная язва желудка, кишечника.

3. Обтурация полого органа:

- острая кишечная непроходимость;

- печеночная колика;

- почечная колика.

4. Закупорка или разрыв сосуда:

- инфаркт кишечника;

- острое ЖКТ-кровоотечение;

- аневризма аорты.

5. Внематочная беременность.

6. Тупые травмы живота.

## \* Первая помощь:

### I. Первичные меры:

1. Вызвать врача. Ничего перорально не давать до завершения полного обследования пострадавшего.

2. Успокоить больного.

3. Абсолютно запрещен прием пищи и питье.

3. Положение со слегка согнутыми ногами и при необходимости — положена боку



- \*4. Холод на живот, если нет противопоказаний
- 5. Обеспечить доступ свежего воздуха или ингаляции кислородом.
- 6. Измерить АД, ЧСС.
- 7. При выраженном болевом синдроме по назначению врача возможно введение спазмолитиков (но-шпа, папаверин).
- 8. Срочная госпитализация в стационар.

# Первая помощь при гипогликемической коме

## Симптомы гипогликемии и ее причины

- \* Состояние недостатка глюкозы в крови может быть вызвано несколькими факторами. Вот основные из них:
- \* передозировка инсулина;
- \* чрезмерная физическая активность;
- \* недостаток углеводов в рационе;
- \* сильные психологические стрессы.
- \* Последние две причины встречаются крайне редко, загнать себя в кому физическими упражнениями или работой также довольно проблематично, так что чаще всего виновата передозировка инсулина, который люди, страдающие диабетом, должны

\* Гипогликемия имеет характерные симптомы, которые начинают проявляться задолго до потери сознания. Вот эти признаки:

\* общая слабость;

\* нервное возбуждение;

\* тремор конечностей;

\* повышенная потливость.

\* Постороннему человеку разглядеть эти симптомы довольно проблематично, но человек, страдающий диабетом, должен хорошо знать их.

\* Затем начинается предкоматозное состояние, которое характеризуется следующими признаками:

\* судороги;

\* сильное чувство голода;

\* нервное возбуждение;

\* сильное потоотделение.

\* После этого этапа начинается кома.



\* Первая помощь при коме, вызванной пониженным уровнем глюкозы в крови, сильно отличается от действий при гипергликемической коме. Объединяет их только одно: и в первом, и во втором случае действовать нужно очень быстро, ибо от оперативности спасения часто зависит жизнь человека.

\* При гипогликемии ткани и органы страдают от недостатка глюкозы, поэтому первое, что нужно сделать на начальном этапе подобного состояния - дать человеку скушать что-нибудь богатое углеводами.

- \* Это может быть мед, сахар, мучные изделия. Инсулинозависимые диабетики знают об этом и часто носят с собой какие-нибудь сладости.
- \* Если состояние зашло в тяжелую стадию, то больного следует уложить и напоить его теплой водой с сахаром (подойдет очень сладкий теплый чай).

\* После улучшения состояния пострадавшего следует хорошо покормить его пищей, богатой углеводами: хлеб и мучные изделия, сладости, фрукты.

\* После приступа гипогликемии пострадавшему следует уменьшить дозу инсулина.

\* Если приступ заканчивается потерей сознания, необходимо ввести внутривенно раствор глюкозы, а также озаботиться скорейшей доставкой пострадавшего в клинику.

- \* Проблемой оказания первой помощи при подобных состояниях является сложность определения причины начала комы.
- \* Гипогликемическая кома не имеет ярких и характерных признаков, которые дадут вам подсказку при оказании помощи случайному человеку, попавшему в подобную беду на улице. Профилактика подобных состояний заключается в правильном приеме инсулина больным.

## \* Гипергликемическая кома

\* Симптоматика проявления гипергликемической комы связана с интоксикацией организма кетонами, нарушением кислотно-щелочного баланса и обезвоживанием. Гипергликемическая кома развивается в течение суток (и даже более длительного периода времени). Предвестниками коматозного состояния являются:

- \* головная боль;
- \* отсутствие аппетита;
- \* тошнота;
- \* жажда и ощущение сухости во рту;
- \* обложенный язык;
- \* запах ацетона изо рта;

- \* диспепсические расстройства желудочно-кишечного тракта;
- \* снижение давления;
- \* апатия;
- \* сонливость;
- \* амнезия;
- \* низкий мышечный тонус;
- \* учащение мочеиспускания.

При игнорировании явных предкоматозных признаков и отсутствии адекватных мер в конечном итоге человек впадает в бессознательное состояние.

- \* Неотложная доврачебная помощь при гипергликемической коме заключается в выполнении ряда последовательных мероприятий. Прежде всего, следует
- \* вызвать «Скорую медицинскую помощь». В ожидании приезда специалистов алгоритм действий по оказанию неотложной помощи при гипергликемической коме таков:
- \* Придать больному горизонтальное положение.
- \* Ослабить ремень, пояс, галстук; расстегнуть застёжки на тесной одежде.

- \* Осуществлять контроль за языком (важно, чтобы он не запал!)
- \* Сделать инъекцию инсулина.
- \* Следить за давлением. При значительном снижении показателей артериального давления дать выпить препарат, повышающий давление.
- \* Обеспечить обильное питье.

- \* Больного в коматозном состоянии в обязательном порядке госпитализируют. В условиях стационара проводятся следующие мероприятия:
- \* Вначале струйно, потом капельно вводят инсулин.
- \* Делают промывание желудка, ставят очистительную клизму с 4%-ным раствором натрия гидрокарбоната.
- \* Ставят капельницу с физиологическим раствором, раствором Рингера.
- \* Каждые 4 часа вводят 5%-ную глюкозу.
- \* Вводят 4%-ный раствор бикарбоната натрия.
- \* Медицинский персонал каждый час определяет

## \* ПОМОЩЬ ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ

- \* 1. Информация, позволяющая медицинской сестре заподозрить анафилактический шок.
- \* • На фоне или сразу после введения лекарственного препарата, сыворотки, укуса насекомого и т.д. появилась слабость, головокружение, затруднение дыхания, чувство нехватки воздуха, беспокойство, чувство жара во всем теле иногда рвота.
- \* • Кожа бледная, холодная, влажная, дыхание частое, поверхностное.
- \* Систолическое давление 90 мм. рт. ст. или ниже.
- \* В тяжелых случаях угнетения сознания и дыхания.

## **\* ДЕЙСТВИЯ**

- 1. Обеспечить вызов врача**
- 2. Если анафилактический шок развился на внутривенное введение лекарственного препарата, то:**
  - 2.11 Прекратить введение препарата, сохранить венозный доступ.**
  - 2.2 Придать устойчивое боковое положение, вынуть зубные протезы.**
  - 2.3. Приподнять ножной конец кровати**
  - 2.4. Дать 100% увлажненный кислород**
  - 2.5. Измерить АД и ЧСС**
- 3. При внутримышечном введении**
  - Прекратить введение препарата**
  - Положить пузырь со льдом на место инъекции**
  - Обеспечить внутривенный доступ**
  - Повторить этапы стандарта с 2.2 по 2.4 при внутривенном введении**

## **ОБОСНОВАНИЕ**

**Для определения дальнейшей тактики оказания врачебной помощи**

**Снижение дозы аллергена**

**Профилактика асфиксии ●**

**Улучшение кровоснабжения мозга**

**Снижение гипоксии**

**Контроль состояния**

**Замедление всасывания аппарата**

### **3. Подготовить аппаратуру и инвентарий:**

инъекций, жгут, аппарат ИВЛ, пульсоксиметр, поликотом, набор для интубации трахеи, мешок Амбу!

Стандартный набор препаратов "Анафилактический шок"

### **4. Оценка достигнутого:**

Восстановление сознания, стабилизация артериального давления, сердечного ритма.

# \* Список медикаментов и инструментов, необходимых для лечения анафилактического шока

\* Адреналин 0,1% - 1 мл, 10 амп. (в холодильнике)

\* Преднизолон 30 мг - 1 мл, 10 амп.

\* Дексаметозон 4 мг - 1 мл, 10 амп.

\* Димедрол 1% - 1 мл, 10 амп.

\* Супрастин 2% - 2 мл, 10 амп.

\* Эуфиллин 2,4% - 10 мл, 10 амп.

\* Мезатон 1% - 1,0 мл, 10 амп.

\* Лазикс 20 мг/мл, 10 амп.

\* Натрия хлорид 0,9% - 250 мл

\* Глюкоза 5% - 250 мл

\* Строфантин (в сейфе) - 0,025 - 8,0, 10 амп.

\* Роторасширитель. Языкодержатель

\* Воздуховод для дыхания изо рта в рот

\* Самая грозная форма аллергической реакции – анафилактический шок.

\* Аллергические реакции на введение того или иного лекарственного средства путем инъекции могут протекать в виде крапивницы, острого насморка, острого конъюнктивита, отека Квинке, возникающие нередко через 20–30 мин. после введения препарата.

## \* Отек Квинке

Отек Квинке может появиться на любом участке тела, где имеется развитый слой подкожной клетчатки:

- \* Поражение органов дыхания (чаще гортани).
- \* Отек лица.
- \* Поражение половых органов.
- \* Поражение слизистых оболочек в ротовой полости.
- \* Отек головного мозга.
- \* Поражение органов пищеварительного тракта.



**\* Опасность заболевания в том, что из-за отека ухудшается функция дыхания. Если пациент не получит помощи, то он может погибнуть от асфиксии. Кроме того, отек расположенный на лице, при прогрессировании может захватить мозговые оболочки, что грозит серьезными осложнениями.**

# крапивница





**Благодарю за внимание!**

