



Неотложные состояния

Шевчук Юлия Аркадьевна

shevchuk.iulia@yandex.ru

+79213789965

* **Неотложные состояния** - любые патологические состояния организма, требующие немедленного медицинского вмешательства.

* **Неотлѳжные состояния или ургентное состояние** (от латинского **urgens**, **неотложный**) — совокупность симптомов (клинических признаков), требующих оказания первой помощи, **неотложной** медицинской помощи, либо госпитализации пострадавшего или пациента.

По данным ВОЗ 20 из 100 или
каждый пятый из погибших в
результате несчастных случаев
в мирное время могли быть
спасены, если бы
медицинскую помощь оказали.

Основные задачи

Первой **доврачебной неотложной помощи** (ПДНП) являются:

- а) проведение необходимых мероприятий по ликвидации угрозы для жизни пострадавшего;
- б) предупреждение возможных осложнений;
- в) обеспечение максимально благоприятных условий для транспортировки пострадавшего.

Первая доврачебная помощь (ПДП)

- Это комплекс мероприятий по спасению жизни, предупреждению развития осложнений у пострадавших. Выполняется окружающими лицами непосредственно на месте происшествия в кратчайшие сроки. Каждый человек должен знать основные методы оказания помощи при неотложных состояниях.

Срок оказания первой помощи

Оптимальный срок оказания первой помощи – до 30 минут после получения травмы. При остановке дыхания это время сокращается **до 5-10 минут**. Важность фактора времени подчеркивается хотя бы тем, что среди лиц, получивших первую медицинскую помощь в течение 30 минут после травмы, осложнения возникают в 2 раза реже, чем у лиц, которым этот вид помощи был оказан позже указанного срока.

Отсутствие же помощи в течение 1 часа после травмы увеличивает количество летальных исходов среди тяжело пораженных на 30%, до 3 часов – на 60, до 6 часов – на 90%, т.е. число погибших возрастает почти вдвое.

Доврачебная медицинская помощь

Это помощь оказываемая больному (пострадавшему) **средним медицинским персоналом**. Мероприятия доврачебной медицинской помощи дополняют медицинские пособия, оказанные в порядке первой медпомощи. В основном она направлена на борьбу с угрожающими жизни последствиями поражений (кровотечением, асфиксией, судорогами и др.), защиту раны от вторичного инфицирования, предупреждение шока и борьбу с ним. Доврачебная помощь включает замену импровизированных жгутов и шин на стандартные, введение обезболивающих, сердечных средств и антибиотиков, согревание пораженных, повторное проведение частичной специальной обработки открытых участков кожи и прилегающей к ним одежды.

Кроме того, медперсонал, оказывающий доврачебную помощь, контролирует правильность оказания первой медпомощи и устраняет ее недостатки. Первая доврачебная помощь оказывается в целях устранения или ослабления последствий поражений (заболеваний), угрожающих жизни пораженных и больных, предупреждения развития осложнений или уменьшения их тяжести, а также поддержания транспортабельности пораженных и больных и прекращения или уменьшения продолжающегося действия поражающих факторов.

Мероприятия первой доврачебной помощи по срочности их выполнения делятся на неотложные и мероприятия, выполнение которых может быть вынужденно отсрочено

Неотложные мероприятия проводят при состояниях, угрожающих жизни пораженных и больных. К ним относятся: остановка наружного кровотечения; устранение острой дыхательной недостаточности; СЛР; переливание крови и кровезамещающих жидкостей ; транспортная иммобилизация ; катетеризация или (в случае повреждения уретры); частичная специальная обработка открытых участков кожи; промывание глаз; введение по показаниям антидотов; промывание.

Состояния не угрожающие жизни пораженных и больных.

К ним относятся: исправление повязок и улучшение транспортной иммобилизации; проведение новокаиновых блокад и введение обезболивающих средств при повреждениях средней тяжести; дегазация раны при поражении стойкими отравляющими веществами; введение антибиотиков и серопротектика столбняка при открытых травмах и ожогах; проведение дезинтоксикационной терапии и применение антибиотиков при радиационных и химических поражениях; смена повязки при загрязнении раны радиоактивными веществами; применение симптоматических лекарственных средств.

Объем, оказываемой доврачебной помощи (или что надо сделать?)

1. Немедленное прекращение воздействия внешних повреждающих факторов (электрический ток, температура, сдавление тяжелым предметом) и/или удаление из опасной зоны (вода, горящее помещение, помещение с отравляющим газом). Такую помощь может оказать любой человек.
2. Оказание первой медицинской помощи пострадавшему в зависимости от характера и вида травмы, несчастного случая или внезапного заболевания (остановка кровотечения, наложение повязки на рану, искусственное дыхание, массаж сердца, введение противоядий).
3. Организация скорейшей транспортировки пострадавшего/заболевшего в лечебное учреждение в положении, наиболее безопасном для пациента, в соответствии с характером заболевания или видом травмы (в бессознательном состоянии и возможной рвоте человек транспортируется в положении на боку).

Основные нормативно-правовые акты, описывающие права, обязанности и ответственности при оказании первой помощи

1. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» № 323-ФЗ от 21.11.2011 года (определяет понятие «первая помощь»)
2. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 4 мая 2012 г. № 477н «Об утверждении перечня состояний, при которых оказывается первая помощь и перечня мероприятий по оказанию первой помощи»
3. Уголовный кодекс РФ
4. Кодекс РФ об административных правонарушениях

- **Вопрос:** что такое первая помощь, имеет ли гражданин право оказывать первую помощь, не являясь профессиональным медицинским работником?
- **Ответ:** ФЗ № 323-ФЗ от 21 ноября 2011 года «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» определяют первую помощь как особый вид помощи, оказываемой **лицами, не имеющими медицинского образования**, при травмах и неотложных состояниях до прибытия медицинского персонала. Согласно ч. 4 ст. 31 указанного закона **каждый гражданин вправе добровольно оказывать первую помощь при наличии соответствующей подготовки и (или) навыков.**

- **Вопрос:** Кто обязан оказывать первую помощь пострадавшим?
- **Ответ:** Закон устанавливает обязанность по оказанию первой помощи для лиц, которые в силу профессиональных обязанностей первыми оказываются на месте происшествия с пострадавшими.

- **Вопрос:** Предусмотрена ли ответственность за неоказание первой помощи?
- **Ответ:** Для лиц, обязанных оказывать первую помощь, предусмотрена ответственность за неоказание первой помощи вплоть до уголовной. Для простых очевидцев происшествия, оказывающих первую помощь в добровольном порядке, никакая ответственность за неоказание первой помощи применяться не может.
- **НО!** В том случае, если гражданин **заведомо оставил пострадавшего**, находящегося в беспомощном состоянии без возможности получения помощи, он может быть привлечен к уголовной ответственности ([ст. 125 «Оставление в опасности» Уголовного кодекса РФ](#)).

- **Вопрос:** Можно ли привлечь к ответственности за неправильное оказание первой помощи?
- **Ответ:** В связи с тем, что жизнь человека провозглашается **высшей ценностью**, сама попытка защитить эту ценность ставится выше возможной ошибки в ходе оказания первой помощи, так как дает человеку шанс на выживание. Уголовное и административное законодательство не признают правонарушением причинение вреда охраняемым законом интересам в состоянии крайней необходимости, то есть для устранения опасности, непосредственно угрожающей личности или правам данного лица, если эта опасность не могла быть устранена иными средствами ([ст. 39 «Крайняя необходимость» Уголовного кодекса РФ](#); [ст. 2.7 «Крайняя необходимость» Кодекса РФ об административных правонарушениях](#)).
- В настоящее время в Российской Федерации отсутствуют судебные прецеденты привлечения к юридической ответственности за неумышленное причинение вреда в ходе оказания первой помощи.

Морально-этические нормы деятельности медсестры ОАРИТ

Медицинская этика - наука о морали и нравственности, т.е. Сумма норм и принципов во взаимоотношениях, принятых в медицине и биологии в определенный период времени, в повседневной медицинской практике.

Медицинская этика основана на моральных ценностях индивидуумов общества. Этика, изучающая мораль, - разная в разных профессиях, она не может быть единой, как закон. Мораль в ходе совершенствования общества может входить в противоречие с законом, она подготавливает изменение закона.

Этические нормы медсестры регламентируются следующими документами.

- Кодекс профессиональной этики медсестер Международного совета медсестер.
- Этические основы сестринского дела.

На медсестру возложены четыре основные обязанности: сохранение здоровья, предотвращение заболевания, восстановление здоровья, облегчение страданий

Основные понятия

Терминальное состояние- критическое состояние пациента, при котором возникает комплекс нарушений регуляции жизненно важных функций организма с характерными общими синдромами и органными расстройствами, представляет непосредственную угрозу жизни и является начальной стадией танатогенеза.

Интенсивная терапия – комплекс методов коррекции и временного замещения функций жизненно важных органов и систем организма больного

Реанимация – интенсивная терапия остановке кровообращения и дыхания.

Реаниматология – наука о закономерностях угасания жизни, принципах оживления организма , профилактике и лечению терминальных состояний.

Неотложные состояния.

1. Травмы
2. Раны, кровотечения
3. Укусы животных, насекомых
4. Ожоги
5. Обморожения
6. Инородное тело в верхних дыхательных путях
7. Эпилептический приступ
8. Отравления
9. Тепловой удар
10. Первая помощь при утоплении
11. Первая помощь при остановке сердца
12. Обмороки

Клинические признаки неотложного состояний

Неотложность состояния определяется:

- 1) 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.);
- 2) исходом неотложного состояния или заболевания («предвидеть опасность - значит, наполовину ее избежать»). Так, например, подъем артериального давления (особенно на фоне его стойкого повышения) - угроза инсульта; инфекционный гепатит - острая желтая дистрофия печени и т.п.;
- 3) крайним беспокойством и поведением больного.
- 4) Ухудшение состояния по независящем от организма причинам. (травмы и т.п.)

К симптомам - предвестникам можно отнести:

- боль различной локализации;
- рвота, особенно повторная;
- стойкое расстройство стула;
- головная боль, головокружение;
- синкопальные состояния;
- кратковременная потеря сознания;
- геморрагические проявления;
- олигурия; - нарушение речи;
- повышение температуры до 39-40гр. и более;
- анамнестические указания на кровавую рвоту, черный стул, наличие инородного тела и др.;
- впервые возникшие нарушения ритма, прежде всего желудочковые аритмии, в том числе экстрасистолии;

ОДН (Острая дыхательная недостаточность)

Одышка, нарушение ритма дыхания — тахипноэ, сопровождающееся чувством нехватки воздуха с участием вспомогательной мускулатуры в акте дыхания, может быть угнетение дыхания, что говорит о нарастании гипоксии, дыхание Чейна—Стокса, Биота, при развитии ацидоза — дыхание Куссмауля.

Цианоз— на ранних стадиях появляется акроцианоз на фоне бледности кожных покровов и их нормальной влажности, затем цианоз нарастает, становясь диффузным, при присоединении гиперкап- j нии может быть «красный» цианоз на фоне повышенной потливости и на последних стадиях ОДН наблюдается «мраморность» кожных покровов, «пятнистый» цианоз.

ОСН (острая сердечная недостаточность)

Клиническая картина острой левожелудочковой недостаточности состоит из следующих симптомов. Появляется тахикардия и инспираторная одышка, при которой затруднен вдох (это важное отличие от приступа бронхиальной астмы, при котором затруднен выдох). Больной находится в вынужденном (сидячем) положении. Появляется акроцианоз (синюшная окраска на конечностях, ушах, кончике носа). При альвеолярном отеке легкого дыхание становится kloкочущим, выделяется пенистая мокрота, иногда розового цвета из-за пропотевания эритроцитов. Артериальное давление может быть повышенным или пониженным в зависимости от причины и клинического варианта течения острой левожелудочковой недостаточности. В легких выслушиваются влажные хрипы.

Клинические проявления острой правожелудочковой недостаточности заключаются в следующем. Появляется тахикардия, одышка, выраженный акроцианоз, набухают и пульсируют периферические вены, особенно вены шеи. Резко повышается ЦВД. В дальнейшем появляются периферические отеки, печень увеличивается, становится болезненной из-за застойных процессов в ней.

Клинически острая сосудистая недостаточность проявляется артериальной гипотензией, снижением ЦВД, бледностью или «мраморностью» кожи, тахикардией; могут появляться неврологические симптомы в виде заторможенности, потери сознания, судорог.

Клиника тромбоэмболии легочной артерии. Течение может быть молниеносным (смерть наступает в течение нескольких минут — больной встал с кровати или закашлялся и умер), острым (смерть наступает в течение получаса), подострым (смерть наступает в течение нескольких часов или суток), хроническим (нарастает правожелудочковая недостаточность. Тромбоз сосудов нижних конечностей, являющийся причиной эмболии легочной артерии, нередко протекает бессимптомно. Тромбируются глубокие вены небольшого диаметра, впадающие в крупную вену, в просвете которой находится только фрагмент (хвост) тромба, колеблющийся в токе крови, но не перекрывающий полностью просвета магистральной вены. Именно этот фрагмент, отделяясь, попадает по системе нижней полой вены в сердце и вызывает закупорку легочной артерии или ее ветвей. Клиническая картина тромбоэмболии легочной артерии имеет следующие симптомы. Внезапно (при кашле, вставании или без видимых причин) у больного появляются одышка, загрудинные боли, бледность, иногда цианоз лица, шеи, верхней половины туловища, набухание шейных вен. Повышается ЦВД, падает АД, появляется тахикардия. Могут появляться боли в правом подреберье из-за застойных процессов в печени. Появляется кашель, у некоторых больных — кровохарканье. Могут быть мозговые симптомы, связанные с гипоксией головного мозга (обморок, судороги, кома).

ШОК

Синдромный диагноз «шок» ставится у больного при наличии острого нарушения функции кровообращения, которое проявляется следующими симптомами:

- холодная, влажная, бледно-цианотичная или «мраморная» кожа;

увеличение времени капиллярного наполнения более 3 с;

затемненное сознание;

диспноэ;

олигурия;

тахикардия;

уменьшение артериального и пульсового давления.

Гипертермический синдром

определяется как патологическое состояние, характеризующееся высоким подъемом температуры тела (более 40 °С) на фоне основного заболевания.

Асептика и антисептика при оказании неотложной помощи.

Чтобы не допустить повторного инфицирования раны при оказании первой медицинской помощи необходимо соблюдать правила асептики и антисептики. В природе существуют микроорганизмы, которые, проникая в рану человека, способны вызвать определенные осложнения. Эти осложнения называются раневыми инфекциями. Выделяют несколько видов раневых инфекций.

1. Гнойная инфекция — возникает при проникновении в рану стафилококков, стрептококков, диплококков, гонококков, кишечных и тифозных палочек, синегнойной палочки и др. Большое количество таких бактерий содержится в гное и кале. Попадание этих микроорганизмов в рану больного может привести к появлению гнойной инфекции (нагноения), после чего возможно образование абсцесса, флегмоны или другого осложнения.
2. Анаэробная инфекция — разновидность раневых инфекций, появляющаяся при попадании в рану анаэробных бактерий. К таким бактериям относят возбудителей столбняка, газовой гангрены и др. Заражение анаэробной инфекцией происходит при попадании в рану земли. Анаэробные микробы встречаются главным образом в унавоженной земле, поэтому загрязнение ран землей особенно опасно.

Пути проникновения возбудителей инфекции

Среди путей проникновения возбудителей инфекции в рану можно выделить следующие:

- соприкосновение с предметом, на поверхности которого находятся микробы. Чаще всего заражение раневой инфекцией происходит именно этим путем;
- попадание в рану слюны или слизи при контакте с другим человеком (капельная инфекция);
- попадание микробов из воздуха (воздушная инфекция).

Все перечисленные выше пути попадания бактерий в рану носят название экзогенных, так как микроорганизмы попадают в рану из окружающей среды. В случае, если источником болезнетворных бактерий является очаг воспаления в организме больного, инфекция называется эндогенной.

Проникновение болезнетворных бактерий не всегда приводит к появлению раневой инфекции. Инфекция возникает в случае, когда в рану попадает большое количество бактерий, когда больной потерял много крови, при охлаждении организма больного, его истощении и других видах снижения сопротивляемости организма. Одним из способов предотвращения раневой инфекции является **асептика**.

Спасибо
за внимание!
До свидания!

