

ГБОУ ВПО «БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РОССИИ
Кафедра терапии и сестринского дела с уходом за больными

НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ В ПРАКТИКЕ МЕД.СЕСТРЫ

Выполнила студентка 2 курса 215 А группы
Минзелалова С.А.

НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ В МЕДИЦИНЕ

Неотложные состояния — совокупность симптомов (клинических признаков), требующих оказания неотложной первой медицинской помощи, либо госпитализации пострадавшего или пациента. Не все перечисленные ниже состояния угрожают жизни непосредственно, но при этом они требуют оказания помощи в целях предотвращения значительного и долгосрочного воздействия на физическое или психическое здоровье человека, оказавшегося в таком состоянии.

СКОРАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ

Скорая медицинская помощь — система организации круглосуточной экстренной медицинской помощи при угрожающих жизни состояниях и заболеваниях на месте происшествия и в пути следования в лечебно-профилактические учреждения. В нашей стране оказание этого вида медицинской помощи осуществляется станциями скорой медицинской помощи или отделениями при больницах в городах и в сельской местности. Станции скорой медицинской помощи организуются в городах, районных центрах с населением свыше 50 тыс., являются самостоятельными лечебно-профилактическими учреждениями или входят в состав городских больниц скорой медицинской помощи на правах структурного подразделения. В городах с меньшей численностью населения имеются отделения скорой медицинской помощи при городских, центральных районных и других больницах. В отдаленных и труднодоступных районах С. м. п. оказывается также в ряде случаев силами отделений экстренной и плановой консультативной медпомощи областных (краевых) больниц.

Служба скорой помощи — одно из важнейших звеньев системы оказания медицинской помощи населению, а неотложная помощь — вершина врачебного искусства, в основе которого фундаментальные знания из различных областей медицины, объединённые практическим опытом.



ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОТРАВЛЕНИЯХ

Оказание неотложной помощи при острых отравлениях имеет следующие цели:

- 1)немедленное выведение яда из организма,
- 2)обезвреживание яда в организме с помощью антидотных и специфических медикаментозных средств,
- 3)симптоматическое лечение для поддержания основных жизненных функций организма



НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

Кровотечение — потеря крови из кровеносной системы. Кровь может истекать из кровеносных сосудов внутрь организма или наружу, либо из естественных отверстий, таких как влагалище, рот, нос, анальное отверстие, либо через повреждение кожи. Обычно, здоровый человек может пережить кровопотерю в 10—15 % объёма крови без каких-либо медицинских осложнений. Доноры сдают 8—10 % объёма крови.

Способы остановки

Временная остановка применяется при экстренной помощи на месте до доставки больного в стационар:

- жгут (зимой — ребёнок 10-12 минут, взрослые не более чем на час; летом — ребёнок и пенсионеры 25-30 минут, взрослые до 1.5 - 2 часа). При артериальном кровотечении накладывается выше места повреждения, при венозном — ниже. Необходимо при наложении жгута положить записку с временем наложения, и обязательно накладывать жгут на ткань во избежание пережатия конечности. Для этого можно использовать одежду пострадавшего;
- пальцевое прижатие — внешнее;
- максимальное сгибание конечности — внешнее;
- прикладывание льда — внешнее;
- поставить тампон — внутреннее;



НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОЖОГАХ

Ожог — повреждение тканей организма, вызванное действием высокой температуры или действием некоторых химических веществ (щелочей, кислот, солей тяжёлых металлов и др.). Различают 4 степени ожога:

- покраснение кожи,
- образование пузырей,
- омертвление всей толщи кожи,
- обугливание тканей.

Тяжесть ожога определяется величиной площади и глубиной повреждения тканей. Чем больше площадь и глубже повреждение тканей, тем тяжелее течение ожоговой травмы. Первая помощь при ожогах заключается в прекращении воздействия внешних факторов и обработке раны.

Особые формы — лучевые ожоги (солнечные, рентгеновские и др.) и поражение электричеством.[1]

- Отморожение (поражение низкой температурой) и вибрационная болезнь (следствие от поражения ультразвуком или длительной вибрацией) ожогами не считаются.

Первая помощь

Важную роль играет оказание само- и взаимопомощи. Основной её целью является прекращение действия поражающего фактора на пострадавшего. Так, например, при термическом ожоге необходимо устранить контакт пострадавшего с источником ожога и охладить поражённую поверхность (под прохладной проточной водой, не менее 15-20 минут (только в том случае, если не нарушена целостность кожного покрова); актуально не позднее 2 часов после получения ожога), при электрическом поражении — прервать контакт с источником тока, при химических ожогах — смыть или нейтрализовать активное вещество и т. п.

На этом этапе нельзя применять масляные мази и другие жиросодержащие продукты. Очень распространено заблуждение, что ожог надо смазать чем-то жирным — например, сметаной или растительным маслом. Подобное недопустимо, такое действие только усугубит тяжесть поражения, а персоналу в больнице придётся удалять масляную плёнку, причиняя дополнительные страдания больному. Не рекомендуется самостоятельно удалять с пострадавшего фрагменты сгоревшей одежды: данная манипуляция может привести к отслоению больших участков кожи, кровотечению, а впоследствии и к инфицированию раны.



НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ В ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

ДИАБЕТИЧЕСКАЯ КОМА

Под диабетической комой подразумевают состояние с тяжелым нарушением уровня сознания, которое чаще развивается у больных инсулинозависимым диабетом, и характеризуется кетоацидозом в сочетании с синдромом гиперосмоляльности. Оно может быть спровоцировано снижением дозы принимаемого инсулина, развитием инфекции, стрессом (психоэмоциональным, операционным) или другой острой патологией, например, инфарктом миокарда, перфорацией язвы.



ЛЕЧЕНИЕ

Диабетическая кома – требует немедленного начала интенсивной терапии. Основными целями терапии диабетического кетоацидоза являются компенсация инсулиновой недостаточности со снижением уровня сахара крови, регидратация, коррекция потерь калия и устранение причины декомпенсации диабета. Первоначальные действия врача должны включать экспресс-оценку уровня глюкозы в крови (значение ниже 10 ммоль/л исключает этот диагноз) и кетоновых тел (если их нет или «1+» можно предположить гиперосмолярную некетолическую кому), обеспечение удовлетворительной оксигенации и вентиляции, начало инфузионной терапии, болюсное внутривенное введение 10 Ед инсулина, установку назогастрального зонда для профилактики аспирации.

После болюсного введения 10 Ед инсулина лучше наладить постоянную внутривенную его инфузию (в начале промыть систему раствором инсулина), дозируя по показателю сахара крови, который должен контролироваться каждый час экспресс-полосками и каждые 2 ч лабораторно. При уровне глюкозы более 20 ммоль/л назначается простой инсулин 6 Ед/ч, 15-20 ммоль/л – 3 Ед/ч, 10-15 ммоль/л – 2 Ед/ч, 5-10 ммоль/л – 1 Ед/ч. При глюкозе менее 5 ммоль/л инсулин вводить не следует. Если через 2 ч эффекта от такой терапии нет, дозу инсулина удваивают. Крайне важно снижать уровень сахара медленно, так как в противном случае увеличивается риск отека головного мозга и развития судорожного синдрома. Внутривенное введение инсулина продолжается до тех пор, пока уровень кетоновых тел не станет отрицательным или только «1+» (обычно через 24–48 ч). Затем больному можно разрешить принимать пищу при подкожном введении и следует вернуться к схеме с использованием короткого и продленного инсулина.

При проведении регидратации следует учитывать величину дефицита жидкости, АД, ЦВД, темп диуреза, сопутствующие заболевания сердца и почек. В остальных случаях инфузию начинают изотоническим раствором хлорида натрия. В начале рекомендуется вводить 1 л за 30 мин, далее – 1 л в течение следующего часа. В последующем темп инфузии должен составлять 1 л за 2-4 ч. Его следует поддерживать до устранения дефицита жидкости. При снижении артериального давления до 90 мм рт. ст. и ниже изначально вводится 500 мл коллоидного раствора за 15-30 мин. Когда уровень глюкозы уменьшается до 15 ммоль/л, переходят на введение 5% раствора глюкозы, а если при этом уровень кетоновых тел остается выше «1+» и сохраняется ацидоз, то используется 10% раствор. Альтернативой парентеральной коррекции гиперосмолярности плазмы и дегидратации может быть введение в желудок кипяченой питьевой воды со скоростью 250-300 мл/ч. При этом важно помнить о возможном возникновении рвоты и аспирации. Для их предупреждения можно назначать препараты, способствующие повышению тонуса желудка (реглан, церукал, мотилиум).

Гипокалиемия – потенциальная причина летального исхода при диабетическом кетоацидозе. Даже если изначально его уровень в плазме нормальный, то со снижением гликемии этот показатель падает. Также следует учитывать потери калия с мочой. С первым литром изотонического раствора, пока не известно содержание калия в плазме, он не вводится. Далее добавляется в инфузируемые растворы, опираясь на данные исследования (контролируется каждые два часа): при уровне калия в плазме крови менее 3 ммоль/л – 40 ммоль (60 мл 5% KCl) на 1 л раствора, 3-4 ммоль/л – 30 ммоль, 4-5 ммоль/л – 20 ммоль. Если уровень калия более 5 ммоль/л, то инфузионно он не вводится. Когда контроль электролитов не возможен, добавляют по 10 ммоль KCl на каждый литр раствора.

Гидрокарбонат натрия в дозе 1 ммоль/кг массы тела в течение 30 минут показан только в случае снижения pH крови ниже 7,10 или стойкой к терапии гипотонии, хотя на фоне устранения гипергликемии ацидоз обычно разрешается без специальной коррекции.

В комплекс интенсивной терапии включают также ингаляцию кислорода, гепаринотерапию (5 тыс. Ед. каждые 6-8 ч), пока больной не сможет встать с кровати. Необходимо исключить инфекционные осложнения (рентгенография грудной клетки, посев крови и мочи, осмотр промежности и стоп) и в случае необходимости начать антибактериальную терапию. Экстренное хирургическое вмешательство может быть разрешено, как только проведена регидратация, а уровень сахара снизился до рабочих значений.

При неэффективности проводимого лечения кетоацидотической комы может быть поставлен вопрос о выполнении сеанса гемосорбции, которая предусматривает извлечение из крови избытка контраинсулярных гормонов, кетоновых тел и других патогенетически обусловленных эндотоксических субстанций.

ГИПЕРОСМОЛЯРНАЯ КОМА

Гиперосмоляльность внеклеточной жидкости сама по себе является частой причиной мозговой комы у больных сахарным диабетом. Такой вариант декомпенсации наиболее характерен для пожилых пациентов, страдающих инсулинонезависимой формой заболевания. Хотя недостаточность инсулярного аппарата у них и значительна, но в крови инсулин присутствует, что исключает липолиз и кетоацидоз. Возникновение энцефалопатии, вплоть до комы, у больных данной категории связывают с действием факторов, способствующих сгущению крови и повышению осмоляльности плазмы крови (повторная рвота и профузный понос, перегрузка гиперосмоляльными инфузионными средами, острый гемодиализ или перитонеальный диализ). Определенную роль играет применение препаратов, тормозящих поступление в кровь эндогенного инсулина (фуросемид, глюкокортикостероиды). Важно наличие эндогенного повреждения ЦНС, например, вызванного эндогенной интоксикацией (пневмония, абсцесс легкого или печени, холангит и т.д.). Благоприятным фоном для проявления энцефалопатии могут быть гипертермия, острая почечная недостаточность.

Начальные проявления гиперосмоляльного синдрома (гипергликемия, полидипсия, полиурия) в дальнейшем подкрепляются возникновением энцефалопатии (от галлюциноза, дезориентации и сонливости до комы) и признаками нарушения гемодинамики и микроциркуляции. Иногда появляется очаговая неврологическая симптоматика, которая ошибочно может быть принята за нарушение мозгового кровообращения.



ЛЕЧЕНИЕ

Принципы лечения гиперосмолярной комы в основном такие же как и при коме кетоацидотической за исключением следующих нюансов.

После болюсного введения 10 Ед инсулина дальнейшую его инфузию следует осуществлять в дозе 3 Ед/ч при уровне сахара крови более 20 ммоль/л, 2 Ед/ч – 15-20 ммоль/л, 1Ед/ч - 5-15 ммоль/л. При значении сахара менее 5 ммоль/л инсулин не вводить. Лабораторный контроль осуществляется каждые 1-2 часа. Если через 2 часа такой терапии уровень глюкозы не снизился, необходимо удвоить скорость инфузии инсулина. В последствии, когда ежедневная потребность в инсулине падает примерно до 20 Ед, можно проводить поддерживающую пероральную гипогликемическую терапию или даже лечение только диетой.

Если уровень натрия плазмы крови выше 145 ммоль/л, для инфузии следует использовать 0,45% раствор хлорида натрия. После снижения глюкозы менее 15 ммоль/л назначается 5% раствор глюкозы.

Для профилактики тромбофилии показан гепарин в насыщающей дозе 5 тыс. Ед в течение 5 мин и далее 1,4 тыс. Ед/час под контролем времени свертывания крови и активированного частичного тромбопластинового времени. С этой целью можно использовать и низкомолекулярные гепарины.

Возмещение калия осуществляется как и при кетоацидозе с контролем каждые 2 ч. При наличии активного инфекционного очага используются антибиотики, не обладающие нефротоксичностью.

Во многих случаях самая активная терапия гиперосмолярной некетонемической комы может оказаться безуспешной, главным образом из-за сопутствующих заболеваний. Летальный исход на фоне комплексного лечения такого больного чаще всего обусловлен отеком головного мозга, резистентной к традиционному лечению почечной недостаточностью, тромбоэмболическими осложнениями или генерализацией инфекции.



ГИПЕРОСМОЛЯРНЫЙ СИНДРОМ

Гиперосмолярный синдром может быть и у больных, не страдающих сахарным диабетом. Возможно его возникновение, например, при назначении гиперосмоляльных растворов, вводимых внутривенно или энтерально с целью искусственного питания, при медикаментозной стимуляции диуреза, при диэнцефальных расстройствах с недостаточной продукцией антидиуретического гормона, при декомпенсации несахарного мочеизнурения. В любом случае для таких пациентов характерна церебральная недостаточность. Симптоматическое лечение – коррекция гиперосмотичности внеклеточной жидкости – ведется по тем же принципам.

ЛЕЧЕНИЕ

Лечение начинают с быстрого внутривенного введения 40 мл 40% раствора глюкозы. Следует подчеркнуть, что опасность углубления энцефалопатии у больного с гиперосмолярным синдромом много ниже, чем неврологических гипогликемических расстройств. Поэтому при сомнениях в этиологии комы при диабете вводится глюкоза даже с диагностической целью. При стойкой гипогликемии следует продолжить инфузию 5% раствора глюкозы (медленно), при необходимости фракционно использовать контринсулярные гормоны: глюкокортикоиды (преднизолон от 30 до 90 мг), адреналин (0,5 мг подкожно) и глюкагон (по 1 мг через 2 ч) до нормализации гликемии и восстановления сознания. Уровень сахара крови необходимо контролировать каждый час. Одновременно проводят симптоматическое лечение, направленное на устранение последствий глубокой гипогликемии и, прежде всего, отека головного мозга.



НЕОТЛОЖНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ

- Предоставление муниципальной услуги включает в себя следующие административные процедуры:
- - неотложная медицинская помощь оказывается лицам, нуждающимся в купировании приступов различной этиологии, проведении симптоматической терапии.
- Для получения неотложной медицинской помощи лицо должно обратиться в регистратуру учреждения лично или по телефону.
- При обращении в регистратуру желательно предоставить паспорт или другой документ, удостоверяющий личность (в случае несовершеннолетия обратившегося предоставляется свидетельство о рождении), полис обязательного медицинского страхования, а лицам, имеющим право на государственную социальную поддержку, еще и страховое свидетельство государственного пенсионного страхования. Отсутствие указанных документов не является основанием для отказа в предоставлении неотложной медицинской помощи;
- 3.1.2. взрослые лица от 18 лет и старше получают неотложную медицинскую помощь в поликлинике для взрослых.
- Детям от 0 до 17 лет включительно амбулаторно-поликлиническая помощь оказывается в детской консультации.
- Одному из родителей (лиц, их замещающих) или иному члену семьи по усмотрению родителей (лиц, их замещающих), осуществляющим уход за ребенком, предоставляется право находиться с больным ребенком с получением листка временной нетрудоспособности в порядке, установленном действующим законодательством;
- 3.1.3. в нерабочее время амбулаторно-поликлинических подразделений неотложную медицинскую помощь оказывает отделение скорой медицинской помощи;
- 3.1.4. оказание неотложной медицинской помощи должно производиться в индивидуальном порядке, своевременно и с максимальной непрерывностью её получения, в соответствии с предписанием лечащего врача.
- В медицинской карте амбулаторного больного обратившегося за медицинской помощью, врач должен сделать запись о состоянии здоровья обратившегося, характере его заболевания и назначенном курсе лечения;
- 3.1.5. оказание неотложной медицинской помощи на дому.
- При невозможности посещения поликлиники по медицинским показаниям пациент может получить медицинскую помощь на дому.
- Показаниями для вызова участкового врача (фельдшера) на дом к больному являются:
- острые и внезапные ухудшения состояния здоровья;
- состояния, несущие угрозу для окружающих;
- тяжелые хронические заболевания при невозможности или затруднении передвижения пациента;
- острые заболевания и обострение хронических заболеваний у детей.
- Для вызова врача на дом пациент или лицо, представляющее его интересы, должны лично или по телефону обратиться в поликлинику. Вызов врача на дом можно осуществить в течение всех рабочих дней с 8-00 до 17-00. В другое время суток, а также в воскресные и праздничные дни вызывается скорая медицинская помощь.
- При обращении необходимо сообщить следующую информацию:
- фамилию, имя, отчество;
- дату рождения;
- краткое описание состояния здоровья пациента;
- контактный телефон;
- место нахождения (адрес), код доступа в подъезд.
- Работник учреждения здравоохранения (регистратор), оказывающего амбулаторно-поликлиническую помощь, должен назвать ориентировочное время посещения пациента врачом (фельдшером);

ОБЯЗАННОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ

Самостоятельная деятельность медицинских сестер в команде ПМСП предусматривает не только выполнение необходимых манипуляций: регистрации ЭКГ, оценки функции внешнего дыхания, проверки остроты слуха, зрения, измерения АД и внутриглазного давления, лабораторной экспресс-диагностики, инъекционного введения лекарственных средств, выполнения простых хирургических манипуляций и др., но и участие в проведении под руководством врача или фельдшера профилактических и реабилитационных мероприятий, динамическом наблюдении за состоянием здоровья детей, обучении пациентов, оказании медико-социальной помощи

Медицинская сестра общей практики, зная социальный статус семьи, уровень здоровья каждого из ее членов, пользуясь доверием и заслуженным авторитетом у пациентов, может самостоятельно планировать и реализовывать конкретные профилактические мероприятия, необходимые каждой семье в соответствии с условиями ее проживания. Кроме того, по распоряжению врача или фельдшера общей практики она осуществляет персональный учет прикрепленного населения, сбор демографической и медико-социальной информации; выявляет факторы риска, организует мероприятия по снижению их влияния, а также по гигиеническому воспитанию и образованию прикрепленного контингента, оказанию само- и взаимопомощи при травмах, отравлениях, неотложных состояниях; проводит консультации по вопросам планирования семьи, оказывает медико-психологическую поддержку ее членам с учетом состояния здоровья и возрастных особенностей.



При остановке сердечной деятельности сразу же после восстановления проходимости дыхательных путей приступают к непрямому массажу сердца и искусственной вентиляции легких способами изо рта в рот, изо рта в нос. Если сердечная деятельность сохранена, но имеются тяжелые нарушения дыхания или оно отсутствует, немедленно начинают искусственную вентиляцию легких, ни в коем случае не прибегая к введению каких-либо дыхательных analeптиков.



Гипертонический криз – это острый, обычно значительный подъём артериального давления, сопровождающийся характерной клинической симптоматикой, вторичной по отношению к гипертензии. Одной из наиболее частых причин кризов является гипертоническая болезнь, однако и другие заболевания, протекающие со вторичной гипертензией (острый и хронический гломерулонефрит, реноваскулярная гипертензия, поздний токсикоз беременных, почечная недостаточность, феохромоцитома, отравление свинцом, порфирия, опухоли мозга, острые нарушения мозгового кровообращения и др.), также осложняются гипертоническими кризами.

ЛЕЧЕНИЕ

В основу лечения гипертонических кризов следует положить следующие принципы:

- ❑ Снижение артериального давления под строгим контролем его уровня в течение всего периода криза.
- ❑ Уменьшение проницаемости стенок сосудов.
- ❑ Назначение спазмолитических средств, улучшающих коронарное, мозговое и почечное кровообращение.
- ❑ Применение средств, нормализующих свёртывающую и антисвёртывающую системы крови.
- ❑ Назначение диеты с ограничением, а в отдельных случаях, исключением натрия хлорида, ограничением жидкости и жиров.
- ❑ Проведение интенсивной оксигенотерапии.
- ❑ Использование транквилизаторов, которые активно воздействуют на гипоталамус, подкорковые и другие образования головного мозга.



НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ В КЛИНИКЕ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ

Инфекционно-токсический шок

Инфекционно-токсический шок (ИТШ) — шоковое состояние, вызванное экзотоксинами бактерий или вирусов. Не стоит путать с понятием септический шок.

Данное состояние требует неотложной госпитализации пациента и помещение в палату интенсивной терапии для массивной инфузионной терапии, ИВЛ и т. д. Проводится антибиотикотерапия цефалоспоридами, пенициллинами, ванкомицином. Комбинированная терапия с клиндамицином или гентамицином уменьшает вероятность смерти.

ОСТРАЯ ДЫХАТЕЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ

Острая дыхательная недостаточность — остро развившееся патологическое состояние, при котором развивается выраженный дефицит кислорода. Данное состояние является жизнеугрожающим, и без своевременной медицинской помощи может привести к летальному исходу.

Общие аспекты приведены в статье: [дыхательная недостаточность](#)

Лечение данного состояния зависит от причины приведшей к его развитию. При инородном теле, или спазме голосовой щели, выполняют коникотомию. При пневмотораксе, герметизируют плевральную полость. В случае отравления гемическими ядами, используют специфические антидоты. При выраженном бронхоспазме применяют глюкокортикостероиды. Если вы не уверены в причине развития данного состояния, не следует ничего предпринимать до приезда скорой медицинской помощи.

НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ В ТОКСИКОЛОГИИ

- Необходимо немедленно устранить источник загрязненного воздуха и обеспечить дыхание чистым кислородом под повышенным парциальным давлением 1,5-2 атм. или, желательно, карбогеном.
- В первые минуты пострадавшему ввести внутримышечно раствор антидота «Ацизол». Дальнейшее лечение в стационаре.
- Для купирования судорог и психомоторного возбуждения можно применять нейролептики, например аминазин (1-3 мл 2,5 % раствора внутримышечно, предварительно разведя в 5 мл 0,5 % стерильного раствора новокаина) или хлоралгидрат в клизме. Противопоказаны: бемегрид, коразол, аналептическая смесь, камфора, кофеин.
- При нарушении дыхания — по 10 мл 2,4 % раствора эуфиллина в вену повторно.
- При резком цианозе (посинении), в 1-й час после отравления показано внутривенное введение 5 % раствора аскорбиновой кислоты (20-30 мл) с глюкозой. Внутривенное вливание 5 % раствора глюкозы (500 мл) с 2 % раствором новокаина (50 мл), 40 % раствор глюкозы в вену капельно (200 мл) с 10 единицами инсулина под кожу.

-
- Отравление фосфорорганическими соединениями — остро развивающееся патологическое состояние, которое без оказания своевременной и адекватной медицинской помощи может нанести существенный ущерб здоровью, либо привести к смерти пострадавшего.
 - Препаратом экстренной помощи является атропин или другой аналогичный м-холинолитик. В аптечке индивидуальной АИ-2 антидот афин находится в красном шприц-тюбике, вводится при первых признаках отравления во внутреннюю поверхность бедра. В первые часы эффективно применение реактиваторов холинэстеразы: Дипироксим, Изонитрозин.

ТЕРАПИЯ ОСТРОГО ОТРАВЛЕНИЯ АЛКОГОЛЕМ

- Госпитализации при интоксикации этиловым спиртом в лечебные учреждения подлежат только лица, находящиеся в состоянии тяжелого или смертельного отравления (концентрация этанола в крови выше 3 г/л), что соответствует клиническим проявлениям прекоматозного или коматозного состояния различной степени тяжести.
- Неотложная помощь складывается из следующих неспецифических мероприятий:
- Промывание желудка до чистых промывных вод.
- Водная нагрузка в сочетании с форсированным диурезом.
- При нарушении дыхания центрального генеза — переход на искусственную вентиляцию легких. Использование дыхательных analeптиков не показано.
- Ощелачивающая терапия.
- Симптоматическая терапия.
- Лечение больного в коматозном состоянии (при подозрении на алкогольную кому) начинается с того, что ему последовательно в вену вводят налоксон в дозе 0,01 мг/кг в 10 мл 40 % раствора глюкозы, а затем в ту же вену вводят 1 мл 6 % раствора тиамин бромид.
- Комбинация «налоксон+глюкоза+тиамин» — не только способ фармакологической диагностики, особенно при коме неясной этиологии, но и своеобразный прием оказания пробуждающего эффекта при отравлениях наркотиками, алкоголем и, в меньшей степени, снотворными препаратами, в том числе барбитуратами.
- Примечательно, что активированный уголь практически не сорбирует этиловый спирт и его производные, его применение через час после начала отравления не влияет на уровень алкоголя в крови.

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!!!