

ЛЕКЦИОННЫЙ КОМПЛЕКС

Дисциплина: «Скорая медицинская помощь-2»

Код дисциплины: SMP 5302-2

Шифр и наименование ОП: 6B10101 «Общая медицина»

Объем учебных часов /кредитов: 120 часов (4 кредита)

Курс и семестр изучения: 5-курс, 10-семестр

Лекция (количество часов): 10 часов

Шымкент, 2025 г.

Лекционный комплекс разработан в соответствии с рабочей учебной программой дисциплины (силлабусом) «Скорая медицинская помощь-2» и обсужден на заседании кафедры

Протокол №11 от «26»06 2025 г.

Заведующая кафедрой: к.м.н., доцент



Сейдахметова А.А.

№ 1 лекция

Тема: Острая инфекционная патология

Цель: Изучить часто встречающиеся неотложные состояния в практике инфекционных заболеваний и принципы оказания неотложной медицинской помощи.

Тезисы лекций:

По данным ВОЗ, ежегодно в мире от инфекционных болезней умирает около 17 млн человек. Большинство смертных случаев составляют острые респираторные заболевания (более 4 млн), туберкулез (около 3 млн) инфекционные болезни кишечника, а также малярия (около 2 млн).

По быстроте развития клинической картины, по общему характеру течения инфекционной болезни различают следующие формы:

- а) молниеносные,
- б) остройшие,
- в) острые,
- г) подострые или затяжные и
- д) хронические.

Большинство инфекционных болезней протекает в острой форме.

В течении инфекционной болезни принято различать несколько последовательно сменяющихся периодов: инкубационный, продромальный, период активных проявлений болезни, обычно совпадающий с повышением температуры, и реконвалесценция, т. е. выздоровление.

Клиническая картина инфекционной болезни определяется совокупностью общих патологических признаков (повышение температуры, та или иная степень интоксикации, головная боль, потеря сознания и т. п.) и характерных нарушений функции отдельных органов и систем.

С учетом эпидемиологических данных и продолжительности инкубационного периода решается ряд вопросов, относящихся к установлению карантинов, выяснению внутрибольничных инфекций, необходимой обсервации очага инфекционной болезни. Вслед за окончанием инкубационного периода развивается продромальный период болезни, в котором обнаруживаются первые предвестники болезни; чаще всего они не имеют чего-либо специфического: это головная боль, недомогание, небольшое повышение температуры и т. п.

Однако при некоторых инфекционных заболеваниях уже в продромальном периоде могут отмечаться характерные признаки болезни.

Например, в продромальном периоде кори на слизистой оболочке рта можно обнаружить отрубевидное шелушение (симптом Вельского—Филатова—Коплика), а при натуральной оспе — высыпания на коже, имеющие характерную локализацию.

При инфекционных заболеваниях врач неотложной помощи должен установить нозологический диагноз или синдром, требующий экстренных пособий, определить показания и осуществить доставку больного в стационар с одновременным проведением по показаниям неотложной этиотропной, патогенетической и специфической терапии.

Срочной госпитализации через вызов скорой медицинской помощи подлежат:

- а) больные, требующие уже на догоспитальном этапе проведения реанимационных мероприятий (инфекционно-токсический шок, гиповолемический шок);
- б) больные с ярко выраженными явлениями токсикоза, органной недостаточностью, тяжелой сопутствующей патологией, нуждающиеся перед транспортировкой в проведении определенных лечебных мероприятий;

в) больные с угрозой развития критических состояний. Срочная госпитализация таких больных (при отсутствии эпидпротивопоказаний) может быть произведена санитарным транспортом скорой помощи.

Инфекционно-токсический шок.

Причиной развития инфекционно-токсического шока может стать менингококковый сепсис, тяжелый грипп с ярко выраженными явлениями токсикоза, а также другие острые инфекции при неблагоприятном течении заболевания.

Инфекционно-токсический шок последовательно проходит стадии компенсации, субкомпенсации и декомпенсации.

Диагностические признаки суб- и декомпенсированного шока отчетливы и заключаются в снижении АД, тахикардии, тахипне, олигурии и анурии, развитии гипотермии на фоне расстройства сознания и прогрессирующего ухудшения общего состояния.

Менингококковый сепсис.

Инфекционно-токсическому шоку при менингите предшествует возникновение и развитие менингококкового сепсиса, постоянным ярко выраженным признаком которого является специфическая экзантема.

Через несколько часов от начала заболевания на конечностях, затем на ягодицах и туловище появляется петехиальная сыпь неправильной звездчатой формы, приобретающая в течение нескольких часов генерализованный характер со слияниями отдельных петехий в крупные геморрагии и даже в обширные сине-багровые пятна с участками некроза.

Чем ярче сыпь, тем интенсивнее менингококкемия. Геморрагии поражают слизистые оболочки и паренхиму внутренних органов.

Литература:

1. Скорая медицинская помощь. Клинические рекомендации. Под ред. С.Ф. Багненко. - ГЭОТАР-Медиа. – 2018. – 896 с.
2. Организация оказания скорой медицинской помощи вне медицинской организации. Методические рекомендации / С.Ф.Багненко, А.Г.Мирошниченко, И.П.Миннуллин, Н.Ф.Плавунов [и др.]. СПб.: [б. и.], 2015. - 46 с
3. 5. Скорая медицинская помощь. Клинические рекомендации / под ред.: С.Ф. Багненко. - М.: [б. и.], 2015. -871 с.

Контрольные вопросы (обратная связь):

1. Каковы особенности оказания помощи при различных видах инфекционных заболеваний?
2. Каковы особенности оказания помощи при пандемии?
3. Каков алгоритм действий при особо опасных инфекциях?
4. Какова клиника менингита?
5. Каков алгоритм помощи при менингите?
6. Какова клиника энцефалита?
7. Каков алгоритм помощи при энцефалите?
8. Какова клиника инфекционно-токсического шока?
9. Каков алгоритм помощи при инфекционно-токсическом шоке?
10. Какова клиника ботулизма?
11. Каков алгоритм помощи при ботулизме?
12. Какова клиника ОКИ?
13. Каков алгоритм помощи при ОКИ?

№ 2 лекция

Тема: Заболевания и травмы нервной системы. Неотложная психиатрия.

Цель: Изучить часто встречающиеся неотложные состояния в практике неврологических и психиатрических заболеваний и принципы оказания неотложной медицинской помощи.

Тезисы лекций:

Инсульт - острое нарушение мозгового кровообращения, характеризующееся внезапным (в течение нескольких минут, часов) появлением очаговой (двигательных, речевых, чувствительных, координаторных, зрительных и других нарушений) и/или общемозговой (изменения сознания, головная боль, рвота) неврологической симптоматики, которая сохраняется более 24 часов или приводит к смерти больного в более короткий промежуток времени вследствие цереброваскулярной патологии.

Основные клинические формы:

А. Преходящие нарушения мозгового кровообращения характеризуются внезапным возникновением очаговых неврологических симптомов, которые развиваются у больного с сосудистым заболеванием (артериальная гипертония, атеросклероз, ревматизм и др.), продолжаются несколько минут, реже часов, но не более суток и заканчиваются полным восстановлением нарушенных функций.

- Транзиторные ишемические атаки (ТИА) - преходящие эпизоды неврологической дисфункции, обусловленные региональной ишемией тканей головного мозга, спинного мозга или сетчатки, но не приводящие к развитию инфаркта ишемизированного участка (без указания времени!)

- Острая гипертоническая энцефалопатия - состояние, связанное с острым, обычно значительным подъемом артериального давления и сопровождающееся появлением общемозговых, реже очаговых неврологических симптомов, вторичных по отношению к гипертензии.

- «Малый инсульт» (обратимый неврологический дефицит) – клинический неврологический синдром, развивающийся вследствие острого нарушения церебральной циркуляции, при котором нарушение функции восстанавливается в течение первых 3 недель заболевания.

Б. Ишемический инсульт - это клинический синдром, представленный очаговыми и/или общемозговыми нарушениями, развивающийся внезапно вследствие прекращения кровоснабжения определенного его отдела в результате окклюзии артерий головы или шеи с гибелю ткани головного мозга.

В. Геморрагические инсульты (ГИ) – нетравматическое кровоизлияние в головной и спинной мозг.

Диагностические критерии ОНМК:

ОНМК развивается внезапно (минуты, реже часы) и характеризуются появлением очаговой и/или общемозговой и менингеальной неврологической симптоматики.

Этап скорой помощи. Алгоритм действий.

FAS тест (лицо, рука, речь/язык – «улыбнуться, поднять руки, заговорить»)

Больного просят улыбнуться, оскалить зубы, при инсульте отмечается асимметрия лица.

Просят больного поднять и удерживать в течение 5 сек. обе руки на 90° в положении сидя и на 45° в положении лежа, при инсульте одна из рук опускается.

Просят пациента произнести простую фразу, при инсульте больной не может четко и правильно выговорить эту фразу, речь неразборчива.

Острые нейроинфекции.

Необходимость в оказании экстренных пособий может возникнуть при развитии синдромов менингита и менингоэнцефалита.

Этиология их может быть самой разнообразной: прогрессирование (распространение) из ближайшего окружения (воспаление среднего уха, сосцевидного отростка, придаточных пазух носа);
осложнения открытых черепно-мозговых травм и переломов основания черепа;
метастазирование (гематогенно-метастазированный менингит, метастазированный очаговый энцефалит при гнойном эндокардите);
инфекционной природы (бактериальные, вирусные).

Синдром менингита.

Начинается остро - с высокой лихорадки, ознобов, головной боли, тошноты и рвоты.
Ярко выраженная светобоязнь.

При исследовании неврологического статуса выявляются положительные симптомы раздражения мягкой мозговой оболочки: ригидность затылочных мышц, Кернига, Брудзинского.

При изучении анамнеза принимают во внимание эпидемиологические данные.

Важнейший дополнительный метод диагностики - исследование спинно-мозговой жидкости (в стационаре).

Синдром энцефалита.

Для этого синдрома характерными признаками являются помрачнение и потеря сознания, нарушения психики (психозы).

Все это протекает на фоне общеинфекционных симптомов (тошнота, рвота, лихорадка).

Нередко выявляются менингиальные симптомы, а также очаговые (парезы и параличи конечностей, нистагм, косоглазие, птоз, нарушение речи и глотания, очень редко эпилептоформные припадки).

Виды эпилептических припадков:

- очаговый (Джексона)
- с психомоторными проявлениями;
- классический (выраженный).

Литература:

1. Скорая медицинская помощь. Клинические рекомендации. Под ред. С.Ф. Багненко. - ГЭОТАР-Медиа. – 2018. – 896 с.
2. Клинический протокол диагностики и лечения «Ишемический инсульт». Одобрено Объединенной комиссией по качеству медицинских услуг МЗ РК от «27» декабря 2016 года. Протокол №18.
3. Клинический протокол диагностики и лечения «Внутримозговое кровоизлияние». Одобрен Объединенной комиссией по качеству медицинских услуг МЗ РК от «25» мая 2017 года. Протокол №22.
4. Организация оказания скорой медицинской помощи вне медицинской организации. Методические рекомендации / С.Ф.Багненко, А.Г.Мирошниченко, И.П.Миннуллин, Н.Ф.Плавунов [и др.]. СПб.: [б. и.], 2015. - 46 с
5. Скорая медицинская помощь. Клинические рекомендации / под ред.: С.Ф. Багненко. - М.: [б. и.], 2015. -871 с.

2014. Контрольные вопросы (обратная связь):

1. Каковы особенности оказания помощи при различных видах неврологических заболеваний?
2. Каковы особенности оказания помощи психиатрическим больным?
3. Каков алгоритм действий при ОНМК?
4. Какова клиника геморрагического инсульта?
5. Каков алгоритм помощи при геморрагическом инсульте?

6. Какова клиника ишемического инсульта?
7. Каков алгоритм помощи при ишемическом инсульте?
8. Какова клиника повреждений спинного мозга?
9. Каков алгоритм помощи при повреждениях спинного мозга?

№ 3 лекция

Тема: СМП при несчастных случаях.

Цель: Изучить часто встречающиеся неотложные состояния принесчастных случаях и принципы оказания неотложной медицинской помощи.

Тезисы лекций:

Термические. Возникают в результате воздействия высокой температуры.

Химические. Возникают в результате воздействия химически активных веществ:

Кислоты. Ожоги относительно неглубоки, что связано с коагулирующим эффектом кислоты: из обожжённых тканей формируется струп, который препятствует дальнейшему её проникновению.

Щёлочи. Щёлочь, воздействуя на ткани, проникает довольно глубоко, барьер из коагулированного белка, как в случае с кислотой, не формируется.

Соли тяжёлых металлов. Ожоги как правило поверхностны, по внешнему виду и клинике такие поражения напоминают ожоги кислотой.

Оказание помощи:

Первый приоритет – остановить действие повреждающего фактора;

Ожоги первой степени – обычно не требуют лечения;

Ожоги второй степени – при площади менее 10% - влажная повязка, при 10% > сухая асептическая (влажные могут вызывать гипотермию), анальгетики;

Ожоги третьей степени – сухая асептическая повязка, анальгетики внутривенно, инфузионная терапия.

Инфузионная терапия, расчет по формуле Паркланда $V=4*M\% \times 1000$ (4 умножить на массу тела в кг и на площадь ожога в %, первые 50% этой жидкости – обычно лактатРингера – дают в первые 8 часов после ожога, остальные 50% в течение 16 часов).

Утопление

– это вид механического удушья или смерть, которые возникают в результате заполнения легких и дыхательных путей водой или другими жидкостями.

Виды утопления В зависимости от внешних факторов, состояния и реакции организма различают несколько основных видов утопления:

Истинное (аспирационное, «мокрое») утопление – характеризуется попаданием большого количества жидкости в легкие и дыхательные пути.

Составляет около 20% от общего числа случаев утопления.

Электротравма – комплекс повреждений, возникающих вследствие поражения техническим или природным электричеством.

Факторы, определяющие тяжесть электротравмы:

Сила электрического тока

Напряжение и длительность действия

Тип ткани, через которые проходит электрический ток

Общая сопротивляемость тела пострадавшего

Индивидуальные особенности организма в момент действия электрического тока

Асфиксия (asphyxia; греч. отрицательная приставка a- + sphixis пульс; синоним удушье) – нарушение внешнего дыхания, вызванное причинами, приводящими к затруднению или полному прекращению поступления в организм кислорода и накоплению в нем углекислоты.

Классификация.

По течению заболевания:

- острое или подострое – при полном и клапанном закрытии бронхов. В этом случае на первый план выступает нарушение проходимости дыхательных путей, а также развитие ателектатической пневмонии;
- хроническое течение – в случаях фиксации инородного тела в трахее или бронхе без выраженного затруднения дыхания.

По степени обструкции:

- частичная обструкция дыхательных путей – пострадавший в сознании, у него появляются кашель и шумное дыхание между вдохами;
- полная обструкция дыхательных путей – пострадавший не может ни разговаривать, ни дышать, ни кашлять, судорожно хватается за шею.

Литература:

- Скорая медицинская помощь. Клинические рекомендации. Под ред. С.Ф. Багненко. - ГЭОТАР-Медиа. – 2018. – 896 с.
- Организация оказания скорой медицинской помощи вне медицинской организации. Методические рекомендации / С.Ф.Багненко, А.Г.Мирошниченко, И.П.Миннуллин, Н.Ф.Плавунов [и др.]. СПб.: [б. и.], 2015. - 46 с
- Скорая медицинская помощь. Клинические рекомендации / под ред.: С.Ф. Багненко. - М.: [б. и.], 2015. -871 с.2014.

Контрольные вопросы (обратная связь):

- Что такое утопление?
- Какие виды утопления вы знаете?
- Каковы особенности оказания помощи при различных видах утопления?
- Что такое асфиксия?
- Какова клиника странгуляционной асфиксии?
- Каков алгоритм действий при странгуляционной асфиксии?
- Какова клиника электротравмы?
- Каков алгоритм помощи при электротравме?
- Какие виды ожогов вы знаете?
- Какие степени ожогов вы знаете?

№ 4 лекция

Тема: Раны. Кровотечения. Травмы опорно-двигательного аппарата

Цель: Изучить характеристики ран и травм и принципы оказания неотложной медицинской помощи.

Тезисы лекций:

Раной называется любое повреждение, сопровождающееся нарушением целостности покровов тела (кожи, слизистых).

По происхождению раны делят на операционные и случайные.

Операционные раны наносятся с лечебной целью в особых условиях, сводящих к минимуму риск раневых осложнений.

Случайные раны: бытовые, производственные, боевые, криминальные. Общим является то, что все они наносятся вопреки воле раненого, всегда контаминированы микроорганизмами, и при этом всегда существует риск раневых осложнений.

По числу ран различают одиночные и множественные.

По локализации выделяют раны головы, шеи, туловища и конечностей, внутренних органов и сочетанные - раны нескольких внутренних органов.

По характеру раневого канала механические раны подразделяют на сквозные, слепые и

касательные.

Кровотечение – истечение крови из сосудов вследствие ранения или заболевания.

Выделяют:

в зависимости от места истечения крови – наружное и внутреннее кровотечение;

при наружном кровотечении кровь вытекает из поврежденного сосуда наружу.

При наружном кровотечении первая медицинская помощь заключается во временной остановке кровотечения;

при внутреннем кровотечении кровь вытекает из сосуда в ткани или какие-либо полости.

Внутреннее кровотечение можно определить по наличию у пострадавшего

признаков острой кровопотери.

Первая медицинская помощь заключается в проведении мероприятий по снижению интенсивности кровотечения (холод, покой) и срочной госпитализации пострадавшего; в зависимости от вида поврежденного сосуда – артериальное, венозное, капиллярное и смешанное (паренхиматозное) кровотечения.

Травма – структурные и функциональные нарушения тканей и органов, возникающие в результате действия факторов внешней среды.

Классификация травм по результату действия повреждающего фактора:

Изолированная травма - повреждение одного органа или травма в пределах одного сегмента опорно-двигательного аппарата (например, разрыв печени, перелом бедра, перелом плеча).

Множественная травма - ряд однотипных повреждений конечностей, туловища, головы (одновременные переломы двух и более сегментов или отделов опорно-двигательного аппарата, множественные раны). Из всего многообразия сочетанных и множественных повреждений выделяется главенствующая — «доминирующая травма», что очень важно для определения врачебной тактики в остром периоде.

Сочетанная травма - повреждения опорно-двигательного аппарата и одного или нескольких внутренних органов, включая головной мозг (перелом костей таза и разрыв печени, перелом бедра и ушиб головного мозга).

Комбинированная травма - повреждения, возникающие от воздействия механических и одного и более немеханических факторов — термических, химических, радиационных (перелом костей в сочетании с ожогами; раны, ожоги и радиоактивные поражения).

Основные этапы работы с пациентом:

Оценка места происшествия;

Первичный осмотр;

Вторичный осмотр;

Постоянный мониторинг и переоценка состояния во время транспортировки.

Пять этапов первичного осмотра:

Airwaymanagementandcervicalspinestabilization – проходимость дыхательных путей и стабилизация шейного отдела;

Breathing(ventilation) – дыхание (вентиляция);

Circulation (bleeding) – гемодинамика (кровотечения);

Disability – нейростатус;

Exposure/Environment – детальный осмотр/внешняя среда.

Литература:

1. Скорая медицинская помощь. Клинические рекомендации. Под ред. С.Ф. Багненко. - ГЭОТАР-Медиа. – 2018. – 896 с.

2. Организация оказания скорой медицинской помощи вне медицинской организации.

Методические рекомендации / С.Ф.Багненко, А.Г.Мирошниченко, И.П.Миннуллин, Н.Ф.Плавунов [и др.]. СПб.: [б. и.], 2015. - 46 с

3. Скорая медицинская помощь. Клинические рекомендации / под ред.: С.Ф. Багненко. - М.: [б. и.], 2015. -871 с.

4. Основы помощи при обширной травме: справочное издание: Д. Скиннер, П. Дрисколл -4-е издание, 2018 МККК

2014.

Контрольные вопросы (обратная связь):

1. Что такое рана?
2. Какие виды ран вы знаете?
3. Каковы особенности оказания помощи при укушенных ранах?
4. Что такое кровотечение?
5. Какие виды кровотечений вы знаете?
6. Каковы особенности оказания помощи при артериальном и венозном кровотечении?
7. Каков алгоритм помощи при внутреннем кровотечении?
8. Что такое травма?
9. Какие виды травм вы знаете?
10. Какие признаки перелома вы знаете?
11. Каков алгоритм помощи при переломах конечностей?
12. Что такое политравма?
13. Каковы особенности оказания помощи при политравмах?

№ 5 лекция

Тема:Острые хирургические заболевания и травмы органов груди и живота

Цель: Изучить часто встречающиеся неотложные состояния в хирургии и принципы оказания неотложной медицинской помощи.

Тезисы лекций:

«Острый живот» — клинический синдром, развивающийся при острых заболеваниях органов живота и требующий экстренной хирургической помощи. Основные причины развития «острого живота» обусловлены развитием следующих патологических процессов:

Острым неспецифическим воспалением органов брюшной полости (синдром интоксикации);

Внутренним кровотечением в брюшную полость или в просвет желудочно-кишечного тракта (геморрагический синдром);

Острым нарушением кровообращения в органах брюшной полости (ишемический абдоминальный синдром);

Непроходимостью различных отделов желудочно-кишечного тракта (синдром кишечной непроходимости).

Основные признаки острого живота :

боли в животе разного характера и интенсивности,

напряжение мышц брюшной стенки,

- нарушения моторики кишечника.

Эти и некоторые второстепенные признаки встречаются в разнообразных сочетаниях при различных патологических состояниях, обусловленных острыми воспалительными процессами органов брюшной полости, кровотечением в брюшную полость, местными нарушениями кровообращения, или при непроходимости кишечника.

При осмотре и пальпации живота следует выяснить:

- есть ли вздутие,
- видимая перистальтика,
асимметрия,
ригидность передней брюшной стенки,
симптомы раздражения брюшины,
какие-либо выпячивания (грыжи),
пульсирующие или болезненные при пальпации образования,
определить характер кишечных шумов.

Острый аппендицит.

Симптом Кохера - боли начинаются в подложечной области и спустя 2-4 ч перемещаются в правую подвздошную область.

Симптом "кашлевого толчка" - при форсированном дыхании или кашле отмечается усиление болей в правой подвздошной области.

Симптом Щеткина - Блюмберга резкая болезненность, возникающая в животе при быстром отнятии руки в момент пальпации брюшной полости.

Симптом Ситковского - усиление болей при повороте больного на левый бок.

Симптом Ровзинга - толчкообразная пальпация в левой подвздошной области вызывает перемещение газов из нисходящей кишки в слепую и усиливает боли в правой подвздошной области.

Острая кишечная непроходимость.

Симптом Шланге - возникновение видимой перистальтики кишечных петель, вызванной быстрым проведением пальцами по брюшной стенке.

Симптом Спасокукоцкого - аускультативно на фоне отсутствия кишечных шумов (исчезновении перистальтики) выслушивается шум "падающей капли".

Симптом Кивуля - перкуторно над растянутыми петлями кишечника определяется высокий тимпанит с металлическим оттенком.

Симптом Валя - ограниченное вздутие живота, обусловленное скоплением газов в перекрученной петле кишки.

Острый холецистит.

Симптом Ортнера - значительная болезненность при поколачивании краем ладони по правой реберной дуге.

Симптом Захарына - болезненность при надавливании в области желчного пузыря.

Симптом Гиоргиевского-Мюсси - (френикус симптом) болезненность при надавливании между ножками грудино-ключично-сосцевидной мышцы.

Симптом Мерфи - положив левую ладонь плащмя и слегка надавив большим пальцем чуть ниже реберной дуги (точка расположения желчного пузыря) просят больного глубоко вздохнуть.

Однако больной прерывает глубокий вдох из-за резкой боли.

Острый панкреатит.

Симптом Мейо-Робсона - резкая болезненность при пальпации левого реберно-позвоночного угла.

Симптом Керте - живот умеренно вздут и ригиден в подложечной области.

Симптом Воскресенского - при пальпации в подложечной области отсутствует пульсация аорты.

Симптом Курвуазье - на фоне желтухи пальпируется увеличенный и напряженный желчный пузырь (при раке поджелудочной железы).

Прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки.

Симптом Спижарного - при перкуссии исчезновение печеночной тупости - тимпанит.

Боли в животе, напряжение брюшной стенки и с-мЩеткина-Блюмберга составляют перитонеальную триаду, характерную для воспаления органов брюшной стенки.

Травма грудной клетки является второй причиной смерти после травмы головы среди всех травм;

Встречается в 20% случаев среди травм с летальным исходом;

Что необходимо предполагать при осмотре у пациента с травмой грудной клетки:

Открытый/напряженный пневмоторакс;

Массивный гемоторакс;

Переломы ребер (особенно флотирующие переломы);

Тампонада, тупая травма сердца.

Тупая травма живота:

Тупые и проникающие повреждения живота могут быть связаны с обширным повреждением внутренних органов, что приводит к массивной кровопотере.

Тупые или проникающие

повреждения живота связаны с:

Тип применяемой силой;

Плотность ткани структуры, поврежденного органа (например, заполнен жидкостью, заполнен газом, твердый или инкапсулированный);

Печень и селезенка являются наиболее часто повреждаемыми органами от тупой травмы;

Печень, тонкая кишка и желудок являются наиболее часто повреждаемыми органами от проникающей травмы.

Литература:

1. Скорая медицинская помощь. Клинические рекомендации. Под ред. С.Ф. Багненко. - ГЭОТАР-Медиа. – 2018. – 896 с.
2. Организация оказания скорой медицинской помощи вне медицинской организации. Методические рекомендации / С.Ф.Багненко, А.Г.Мирошниченко, И.П.Миннуллин, Н.Ф.Плавунов [и др.]. СПб.: [б. и.], 2015. - 46 с
3. Скорая медицинская помощь. Клинические рекомендации / под ред.: С.Ф. Багненко. - М.: [б. и.], 2015. -871 с.
4. Основы помощи при обширной травме: справочное издание: Д. Скиннер, П. Дрисколл 4- издание, 2018 МККК

Контрольные вопросы (обратная связь):

1. Что такое острый живот?
2. Каковы особенности оказания помощи при остром животе?
3. Какие симптомы аппендицита вы знаете?
4. Какие симптомы панкреатита вы знаете?
5. Какие симптомы холецистита вы знаете?
6. Какие симптомы острой кишечной непроходимости вы знаете?
7. Какие симптомы перфорации язвы желудка вы знаете?
8. Какие виды пневмоторакса вы знаете?
9. Какие симптомы пневмоторакса вы знаете?
10. Какие симптомы гемоторакса вы знаете?
11. Какие точки пункции плевральной полости вы знаете?
12. Какие признаки внутреннего кровотечения вы знаете?
13. Какие реакции на инфузционную терапию вы знаете?

№ 6 лекция

Тема:Острые урологические заболевания и травмы.

Острые заболевания и травмы челюстно-лицевой области, уха, горла, носа и глаз.

Цель: Изучить часто встречающиеся неотложные состояния в урологии и принципы оказания неотложной медицинской помощи.

Тезисы лекций:

Ряд урологических заболеваний и состояний требуют оказания экстренной медицинской помощи (почечная колика, гематурия, анурия, острая задержка мочеиспускания).

Все они при несвоевременном оказании помощи могут привести к тяжелым последствиям, вплоть до гибели больного. Данные симптомокомплексы могут наблюдаться при разных заболеваниях.

Например, гематурию можно выявить при опухоли мочевого пузыря и при нефроптозе.

Острая задержка мочи может быть осложнением доброкачественной гиперплазии предстательной железы, но может наблюдаться и при обтурации мочеиспускательного канала конкрементом.

Почечная колика.

Почечная колика - неотложное состояние, проявляющееся выраженным односторонним болевым приступом в поясничной области, дизурией, тошнотой и рвотой, не приносящей облегчения.

Минимально необходимые диагностические мероприятия при почечной колике:

- 1) общий анализ мочи - непосредственно в момент болевого приступа в норме;
- 2) обзорная рентгенография почек и мочевых путей - оценка контура почки и выявление рентгенопозитивных конкрементов;
- 3) УЗИ почек и мочевого пузыря - выявление расширения чащечно-лоханочной системы почек (признак нарушения оттока мочи из почки), обнаружение конкрементов в прилоханочном или предпузырном отделе мочеточника.

Гематурия.

Термином «гематурия» обозначают выделение крови с мочой.

Гематурия является одним из ведущих урологических симптомов, но может встречаться и при неурологических заболеваниях.

Причины гематурии можно разделить на несколько групп:

- 1) урологические заболевания - мочекаменная болезнь, опухоли и туберкулез почки, мочеточника, мочевого пузыря, инфаркт почки, нефроптоз, травма мочевых путей;
- 2) нефрологические заболевания - гломерулонефрит, наследственные нефропатии, нефриты при системных васкулитах (узелковый пери-артериит, геморрагический васкулит, гранулематоз Вегенера);
- 3) заболевания системы крови - лейкозы, геморрагические диатезы;
- 4) передозировка антикоагулянтов.

Острая задержка мочеиспускания.

Острая задержка мочеиспускания - это невозможность мочеиспускания при наполненном мочевом пузыре.

Острая задержка мочеиспускания не является самостоятельной нозологической формой, а возникает как осложнение других заболеваний.

Литература:

1. Скорая медицинская помощь. Клинические рекомендации. Под ред. С.Ф. Багненко. - ГЭОТАР-Медиа. – 2018. – 896 с.
2. Организация оказания скорой медицинской помощи вне медицинской организации. Методические рекомендации / С.Ф.Багненко, А.Г.Мирошниченко, И.П.Миннуллин, Н.Ф.Плавунов [и др.]. СПб.: [б. и.], 2015. - 46 с

3. Скорая медицинская помощь. Клинические рекомендации / под ред.: С.Ф. Багненко. - М.: [б. и.], 2015. -871 с.

4. Основы помощи при обширной травме: справочное издание: Д. Скиннер, П. Дрисколл 4-е издание, 2018 МККК2014.

Контрольные вопросы (обратная связь):

1. Какова клиника почечной колики?
2. Каков алгоритм помощи при клинике почечной колики?
3. Что такое гематурия?
4. Какие виды гематурии вы знаете?
5. Что такое анурия?
6. Какие виды анурии вы знаете?
7. Каков алгоритм помощи при острой задержке мочи?
8. Какие неотложные состояния в практике челюстно-лицевой хирургии вы знаете?
9. Какие неотложные состояния в практике оториноларингологии вы знаете?
10. Какие неотложные состояния в практике офтальмологии вы знаете?

№ 7 лекция

Тема: Острые отравления.

Цель: Изучить часто встречающиеся формы отравлений и принципы оказания неотложной медицинской помощи.

Тезисы лекций:

1. Диагностика острых отравлений. Диагностика отравлений направлена на установление химической этиологии заболеваний, развивающихся в результате воздействия чужеродных (экзогенных) токсических веществ.

Она складывается из трех основных направлений диагностических мероприятий:

- a) клинической диагностики, основанной на данных анамнеза, результатах осмотра места происшествия и изучения клинической картины заболевания для выделения специфических симптомов отравления, которое проводится врачом, оказывающим больному медицинскую помощь на догоспитальном этапе или в стационаре;
- b) лабораторной диагностики, направленной на:

Качественное и количественное определение (идентификацию) токсических веществ в биологических средах организма (кровь, моча, спинномозговая жидкость и др.).,

в) патоморфологической диагностики, направленной на обнаружение специфических посмертных признаков отравления какими-либо токсическими веществами, которая проводится судебно-медицинскими экспертами.

Клиническая диагностика острых отравлений направлена на выявление определенных симптомов, характерных для воздействия на организм конкретного вещества или целой группы близких по физико-химическим или биологическим свойствами веществ по принципу их «избирательной токсичности». Основными патологическими симптомокомплексами, свойственными для наиболее часто встречающихся в клинике отравлений являются: токсические энцефалопатия, кардиопатия, гепатопатия, нефропатия, токсическое поражение легких, местное прижигающее действие, а также экзотоксический шок.

Удаление яда из организма

Промывание желудка проводится в любые сроки после отравления с использованием для связывания в желудке сорбентов, унитола, десферала, окислителей – при этом необходимо проводить профилактику аспирации.

Сифонные очистительные клизмы с энтеросорбентом.

Форсированный диурез.

Методы экстракорпоральной гемокоррекции (ЭГ) используются в связи с тем, что при острых отравлениях в крови и различных депо накапливаются токсические субстанции, оказывающие многокомпонентное отрицательное действие на организм.

Особенности симптоматической терапии.

Экзотоксический шок.

При отравлениях альфа-адренолитиками (аминазин, амитриптилин) при необходимости инотропной поддержки - дофамин и адреналин – противопоказаны (пародоксальный гипотензивный эффект – риск аритмии вследствие бетта-адренергического эффекта). Необходимо применение норадреналина.

Литература:

1. Скорая медицинская помощь. Клинические рекомендации. Под ред. С.Ф. Багненко. - ГЭОТАР-Медиа. – 2018. – 896 с.
2. Организация оказания скорой медицинской помощи вне медицинской организации. Методические рекомендации / С.Ф.Багненко, А.Г.Мирошниченко, И.П.Миннуллин, Н.Ф.Плавунов [и др.]. СПб.: [б. и.], 2015. - 46 с
3. Скорая медицинская помощь. Клинические рекомендации / под ред.: С.Ф. Багненко. - М.: [б. и.], 2015. -871 с.
4. Основы помощи при обширной травме: справочное издание: Д. Скиннер, П. Дрисколл 4-е издание, 2018 МККК, 2014.

Контрольные вопросы (обратная связь):

1. Какие направления в диагностике острых отравлений вы знаете?
2. Что такое эндо- и экзоотравления?
3. Какова клиника остых отравлений?
4. Каков алгоритм помощи при острых отравлениях?
5. Какова тактика врача скорой помощи при отравлениях?
6. Какие виды отравляющих веществ вы знаете?
7. Каков алгоритм помощи при отравлении опиоидами?
8. Какие методы удаления яда из организма вы знаете?
9. Каковы особенности симптоматической терапии при отравлениях?

№ 8 лекция

Тема:Неотложная помощь в акушерстве и острая гинекологическая патология

Цель: Изучить часто встречающиеся неотложные состояния в акушерстве и гинекологии и принципы оказания неотложной медицинской помощи.

Тезисы лекций:

Острые неотложные состояния в акушерстве Неотложные состояния при беременности и родах можно предполагать или они могут наступить неожиданно.

К первой группе принадлежат аномалии в положении плода, как, например, поперечное положение, несоответствие в размерах головки плода и материнского таза и ряд нарушений обменного характера.

Ко второй группе следует причислить прежде всего предлежание плаценты, преждевременное отделение нормально прикрепленной плаценты, разрыв матки при родах и эклампсию (условно).

Предлежание плаценты встречается у 0,3-0,5% всех рожениц, при этом в 5 раз чаще у повторно рожающих, чем у первородящих. Плацента может лежать на выходе из матки, перекрывать его частично или полностью.

Ведущий симптом - кровотечения, наступающие без боли, в последние 3-4 месяца беременности.

До этого беременная чувствовала себя хорошо и никакого внешнего повода для кровотечения не было.

Преждевременная отслойка плаценты

Встречается у 1% рожениц.

Объем кровопотери при родах не находится ни в какой связи с тяжестью клинической картины.

Клиническая картина и тяжесть течения зависят от распространенности ретроплацентарной гематомы.

Важнейшие симптомы:

внезапно возникшие боли в животе;

болезненность при ощупывании матки (сокращенной, напряженной);

более или менее сильное кровотечение из влагалища;

нарастающие признаки геморрагического шока у матери и исчезновение сердечных тонов плода.

Разрыв матки

Это опаснейшее осложнение родовой деятельности. Оно встречается у 0,1% рожениц.

Причины его возникновения следующие:

- несоответствие в размерах между головкой плода и малым тазом;

положение плода, невозможное для завершения нормальных родов;

прекращение родовой деятельности, а также повреждение стенки матки.

Место разрыва в большинстве случаев располагается в области внутреннего зева шейки матки, но, разумеется, может переходить на шейку матки.

Эклампсия

Среди поздних токсикозов беременных эклампсия является тяжелейшим осложнением.

Эклампсия наступает в последние 2-3 месяца беременности, при родах и в первые две недели послеродового периода.

Признаками эклампсии являются тонические и клонические судороги на фоне глубокого бессознательного состояния.

Необходимо проводить тщательную дифференциальную диагностику с эпилепсией, уремией, тромбозом венозного синуса головного мозга, менингитом и отравлением.

Роды на дому

При полном раскрытии шейки матки и усиленной родовой деятельности могут начаться роды на дому.

Для принятия родов необходимо обработать спиртом руки, вскрыть стерильный комплект, подстелить под роженицу стерильную клеенку, а поверх нее - стерильную простыню.

При появлении головки из половой щели врач осуществляет защиту промежности от разрыва, обеспечивая медленное продвижение головки наружу.

После рождения головки он помогает освобождению сначала одного плечика и ручки, затем другого.

Затем извлекает ребенка.

Неотложные состояния в гинекологии можно разделить на пять групп.

Внутренние кровотечения.

Наружные кровотечения.

Воспалительные заболевания женских половых органов.

Перекручивание труб, яичниковых кист, придатков и их опухолей.

Повреждения женских половых органов.

Литература:

1. Скорая медицинская помощь. Клинические рекомендации. Под ред. С.Ф. Багненко. - ГЭОТАР-Медиа. – 2018. – 896 с.
2. Организация оказания скорой медицинской помощи вне медицинской организаций. Методические рекомендации / С.Ф.Багненко, А.Г.Мирошниченко, И.П.Миннуллин, Н.Ф.Плавунов [и др.]. СПб.: [б. и.], 2015. - 46 с
3. Скорая медицинская помощь. Клинические рекомендации / под ред.: С.Ф. Багненко. - М.: [б. и.], 2015. -871 с.

Контрольные вопросы (обратная связь):

1. Какие методы диагностики акушерско-гинекологических патологий вы знаете?
2. Какова клиника внематочной беременности?
3. Какова клиника разрыва маточной трубы?
4. Какова клиника разрыва матки?
5. Какова клиника преэклампсии?
6. Каков алгоритм помощи при преэклампсии?
7. Какова клиника пэклампсии?
8. Каков алгоритм помощи при эклампсии?

№ 9 лекция

Тема:Неотложные состояния в педиатрии

Цель: Изучить часто встречающиеся неотложные состояния в педиатрии и принципы оказания неотложной медицинской помощи.

Тезисы лекций:

Сердечно-легочная реанимация у детей на основании рекомендаций Американской Ассоциации Сердца (2020 год) и ДМ.

Остановка сердца у новорожденных чаще всего связана с асфиксиею, поэтому следует использовать последовательность А-В-С

(Airing — восстановление проходимости дыхательных путей;

Breathing — экстренная искусственная вентиляция легких;

Circulation — осуществление искусственного кровообращения путем непрямого массажа сердца, остановки кровотечения и придания соответствующего положения больному) с соотношением компрессий и вдохов 3:1.

Алгоритм действий при базовой реанимации детей грудного возраста (от 1 мес жизни до 1 года)

Если грудной ребенок находится без сознания и не дышит или задыхается, у медицинского работника есть 10 с на проверку пульса (на плечевой артерии); при первой возможности — мониторинг сердечной деятельности (идентификация нормального/патологического сердечного ритма).

Если в течение 10 с пульс не будет обнаружен или не будет уверенности в его наличии, приступают к компрессионным сжатиям грудной клетки.

СЛР грудных детей следует начинать с компрессионных сжатий грудной клетки (а не с искусственного дыхания!) — 30 компрессий, если помощь оказывается одним реаниматором (соотношение компрессий и вдохов — 30:2), или 15 компрессий, если помощь оказывается двумя медицинскими работниками (соотношение компрессий и вдохов — 15:2).

Детям от 1 мес до 12 лет ксикаин вводят внутривенно, вначале внутривенно струйно в дозе 0,51,0 мг/кг (в течение 5 мин), затем переходят на внутривенно-капельную инфузию препарата со скоростью 0,63,0 мг/(кг х ч);

- Детям от 12 до 18 лет ксикаин вводят внутривенно струйно в дозе 50–100 мг с последующим внутривенным капельным введением 120 мг за 30 мин;

- Нельзя вводить лидокаин, если до этого использовался амиодарон;
- Эффективность лидокаина не превышает таковую амиодарона с точки зрения выживаемости.

Оказание СМП при пневмонии.

Осмотр и физикальное обследование:

Оценка общего состояния и жизненно важных функций: сознания, дыхания, кровообращения.

Проводят термометрию, пульсоксиметрию, определяют число дыханий и сердечных сокращений в минуту; осматривают кожу, полость рта, грудную клетку; проводят аусcultацию и перкуссию легких и сердца. Особое внимание следует уделять наличию цианоза и одышки в состоянии покоя и при возбуждении ребенка.

Алгоритм оказания СМП детям при бронхиальной астме.

Мероприятия при обострении БА легкой степени (ПСВ — >60%):

кислород: целевое насыщение (SaO_2) — более 94–98%. □ - экстренно начинают

ингаляционную терапию с 2–4 доз короткодействующего β_2 -агониста (сальбутамола) с помощью дозирующего аэрозольного ингалятора со спейсером или небулайзера (A, 1++). Иные бронхоспазмолитические средства (фенотерол) или комбинированный препарат (фенотерол + ипратропия бромид) используются при отсутствии сальбутамола с помощью дозирующего аэрозольного ингалятора со спейсером или небулайзера1 (A, 1++);

При «красной» лихорадке в качестве стартовой терапии используют:

„ - парацетамол в разовой дозе 10–15 мг/кг внутрь или ректально;

„ - или ибuproфен в разовой дозе 5–10 мг/кг детям старше 6 мес;

„ - физические методы охлаждения (обтиранье водой комнатной температуры, пузырь со льдом над головой ребенка) проводят сразу после введения жаропонижающих препаратов.

Однократное применение физических мер должно продолжаться не более 30–40 мин.

По показаниям — введение парацетамола (внутривенно медленно!) из расчета разовой инфузии для детей от 1 года и старше — по 15 мг/кг.

Литература:

1. Скорая медицинская помощь. Клинические рекомендации. Под ред. С.Ф. Багненко. - ГЭОТАР-Медиа. – 2018. – 896 с.
2. Организация оказания скорой медицинской помощи вне медицинской организации. Методические рекомендации / С.Ф.Багненко, А.Г.Мирошниченко, И.П.Миннуллин, Н.Ф.Плавунов [и др.]. СПб.: [б. и.], 2015. - 46 с
3. Скорая медицинская помощь. Клинические рекомендации / под ред.: С.Ф. Багненко. - М.: [б. и.], 2015. -871 с.
4. Основы помощи при обширной травме: справочное издание: Д. Скиннер, П. Дрисколл 4-е издание, 2018 МККК
5. Неотложная помощь у детей: справочник: пер. с нем. / - М. : Медпресс-информ, 2014.

Контрольные вопросы (обратная связь):

1. Каковы особенности оказания помощи детям?
2. Каковы особенности СЛР у новорожденных?
3. Каковы особенности СЛР у грудных детей?
4. Каковы особенности СЛР у детей после года?
5. Какова клиника судорожного синдрома?
6. Каков алгоритм действий при судорожном синдроме?
7. Какие виды лихорадки вы знаете?
8. Какие особенности помощи при лихорадках вы знаете?

№ 10 лекция

Тема: Неотложная психиатрия

Цель: Изучить оказание своевременной и квалифицированной помощи пациентам с острыми психическими расстройствами.

Тезисы лекций:

Неотложная психиатрия — это раздел психиатрии, занимающийся диагностикой и лечением острых психических состояний, угрожающих жизни пациента или окружающих, требующих немедленного вмешательства.

Основные показания к неотложной психиатрической помощи

1. Острое психотическое состояние
2. Суицидальные мысли и поведение
3. Агрессивное/деструктивное поведение
4. Тяжёлые депрессии с психотическими симптомами
5. Острые состояния на фоне интоксикаций (алкоголь, наркотики, медикаменты)
6. Абstinентные синдромы (делирий, судороги)
7. Кататонические состояния

Основные синдромы в неотложной психиатрии

Делириозный синдром

- Нарушение сознания, дезориентация
- Галлюцинации (чаще зрительные), страх
- Двигательное возбуждение
- Характерен для алкогольного делирия («белая горячка»)

Онейроид

- Сумеречное помрачение сознания с фантастическим бредом
- Может наблюдаться при шизофрении

Психомоторное возбуждение

- Агрессия, суетливость, нецеленаправленное поведение
- Может быть при маниакальном синдроме, шизофрении, интоксикациях

Кататонический синдром

- Кататоническое возбуждение: стереотипии, мутизм, негативизм
- Кататонический ступор: застывание в позах, отказ от еды/контакта

Суицидальное поведение

- Демонстративное или истинное
- Нередко при депрессиях, расстройствах личности, шизофрении

Принципы оказания неотложной помощи

Общие шаги

1. Обеспечить безопасность пациента и окружающих
2. Оценка психического состояния (по возможности — сбор анамнеза, беседа)
3. Соблюдение деонтологических норм — уважение, спокойный тон
4. Фармакотерапия — при необходимости
5. Госпитализация — добровольная или недобровольная (по 29 статье закона РФ «О психиатрической помощи»)

Медикаментозная терапия (в острых ситуациях)

Состояние

- Психомоторное возбуждение
- Алкогольный делирий
- Кататония
- Суициdalный риск

Препарат выбора

- Аминазин, галоперидол, дроперидол
- Дiazepam, феназепам, тиаприд
- Лоразепам, аминозин
- Седативные, антидепрессанты (под наблюдением!)

Комментарии

- В/м или в/в, с осторожностью при гипотонии
- + Коррекция электролитов, витамины группы В
- При отсутствии эффекта — ЭСТ
- Безопасная среда, исключение доступа к предметам

Поведение медицинского работника

- Сохранять спокойствие**, избегать конфронтации
- Не спорить с бредом**, не переубеждать
- Не приближаться резко**, минимизировать сенсорные раздражители
- Привлекать родственников или полицию**, если необходимо
- Документировать все действия

Алгоритм действий при вызове:

- Сбор жалоб и анамнеза (если возможно)
- Оценка психического состояния
- Принятие решения о транспортировке или наблюдении
- Медикаментозная коррекция при необходимости
- Составление документации
- Передача в стационар (психиатрический/наркологический)

Особенности общения с пациентом

- Использовать **простой, чёткий язык**
- Не повышать голос
- Не угрожать, не давить
- Поддерживать контакт, сохранять дистанцию

Неотложная психиатрия требует от врача не только знания фармакологии и психопатологии, но и **эмоциональной устойчивости, умения действовать в экстремальных условиях и понимания юридических аспектов**. Важно помнить: своевременное вмешательство может спасти жизнь и предотвратить трагедии.

Литература:

- Скорая медицинская помощь. Клинические рекомендации. Под ред. С.Ф. Багненко. - ГЭОТАР-Медиа. – 2018. – 896 с.
- Организация оказания скорой медицинской помощи вне медицинской организации. Методические рекомендации / С.Ф.Багненко, А.Г.Мирошниченко, И.П.Миннуллин, Н.Ф.Плавунов [и др.]. СПб.: [б. и.], 2015. - 46 с
- Скорая медицинская помощь. Клинические рекомендации / под ред.: С.Ф. Багненко. - М.: [б. и.], 2015. -871 с.
- Основы помощи при обширной травме: справочное издание: Д. Скиннер, П. Дрисколл 4-е издание, 2018 МККК
- Неотложная помощь у детей: справочник: пер. с нем. / - М. : Медпресс-информ, 2014.

Контрольные вопросы (обратная связь):

- Что такое неотложная психиатрия?
- Какие состояния относятся к неотложным в психиатрии?
- Чем отличается неотложная психиатрическая помощь от плановой?

4. Каковы признаки психомоторного возбуждения?
5. Как отличить делирий от шизофренического психоза?
6. В чем разница между маниакальным синдромом и гипоманией?
7. Как дифференцировать кататоническое возбуждение и агрессивное поведение при органическом поражении мозга?
8. Назовите основные проявления алкогольного делирия.
9. Какие симптомы характерны для депрессии с суициdalным риском?
10. Что такое онейроид и как он проявляется?