



Надежда Викторовна Хватова
Неотложные состояния внутренних
органов. Симптомы. Первая помощь.
Профилактика инфекционных болезней

Текст предоставлен правообладателем
http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=9723719

Неотложные состояния при заболеваниях внутренних органов. Симптомы. Первая помощь.
Профилактика инфекционных заболеваний: Прометей; Москва; 2012
ISBN 978-5-7042-2357-3

Аннотация

Учебное пособие написано в соответствии с ПрОП Федерального образовательного стандарта высшего профессионального образования.

В пособии представлены необходимые будущим педагогам сведения по основам медицинских знаний, необходимые для формирования профессиональных компетенций в области сохранения и укрепления здоровья учащихся образовательных учреждений во время учебного процесса и во внеурочной деятельности. Особое внимание уделяется методам оказания первой помощи в ситуациях, угрожающих здоровью детей: неотложных состояниях при заболеваниях внутренних органов, инфекционных заболеваниях, а также мерам профилактики инфекционных и хронических заболеваний.

Материалы, представленные в учебном пособии, могут быть использованы студентами в процессе обучения, а также в дальнейшей практической работе педагогов.

Содержание

Введение	5
Раздел 1	6
1.1. Неотложные состояния при заболеваниях внутренних органов	6
1.1.1. Заболевания органов дыхания	6
1.1.2. Заболевания сердечно-сосудистой системы	7
1.1.3. Заболевания нервной системы.	10
1.1.4. Заболевания органов пищеварения и мочевыделения	11
1.2. Неотложные состояния у детей. Первая помощь	16
1.2.1. Нарушение дыхания, удушье, одышка	16
Конец ознакомительного фрагмента.	19

Надежда Хватова
Неотложные состояния внутренних
органов. Симптомы. Первая помощь.
Профилактика инфекционных болезней

© Н. В. Хватова, 2012

© Издательство «Прометей», 2012

* * *

Введение

Предлагаемое учебное пособие предназначено для самостоятельной работы студентов педагогических вузов по дисциплине «Основы медицинских знаний и здорового образа жизни».

Пособие состоит из двух разделов.

Первый раздел – «Неотложные состояния внутренних органов. Симптомы. Первая помощь» адресован, прежде всего, тем будущим педагогам, которым предстоит работать в отдаленных районах и которые вынуждены будут в некоторых случаях сами оказывать первую помощь пострадавшим и больным. Неотложная терапия требует немедленных и точных решений. От них зависит успех дальнейшего лечения, здоровье, а часто и жизнь больного. Задача настоящего пособия – дать педагогу необходимые знания по основным заболеваниям внутренних органов, требующим экстренной помощи.

В первый раздел входят также вопросы по основным неотложным состояниям у детей и подростков. В реализации срочных мер помощи детям значительная роль принадлежит педагогу, так как часто именно он оказывается первым на месте происшествия. Педагог должен быть готов оказать первую помощь ребенку в классе, на улице, в туристическом походе, особенно если поблизости нет медицинского персонала. В пособие входят несколько глав, посвященных наиболее часто встречающимся в детском возрасте неотложным состояниям. Излагаются клинические проявления заболеваний и методы оказания первой помощи больным детям.

Следующая часть первого раздела пособия представлена клиническими задачами по неотложным состояниям внутренних органов и предназначена для преподавателей, ведущих курс основ медицинских знаний в гуманитарных вузах. Клинические задачи помогают формированию профессиональных компетенций педагога в области охраны и защиты здоровья учащихся и должны использоваться для закрепления знаний, умений, навыков и контроля знаний по пройденному материалу. Составлено 17 клинических задач по основным неотложным заболеваниям внутренних органов. При изучении клинических задач необходимо обратить внимание студентов на большое значение знания методов первой помощи и умения их применить для сохранения жизни больного.

Второй раздел учебного пособия посвящен профилактике инфекционных болезней, наносящих ощутимый вред здоровью и жизни человека. Дается материал о причинах инфекционных болезней, классификация инфекционных болезней, описываются их основные виды с симптомами, приводятся методы профилактики и первой помощи.

Учебное пособие содержит контрольные вопросы, которыми студенты могут руководствоваться в процессе самостоятельной подготовки к занятиям, список литературы и приложения.

Раздел 1

Неотложные состояния при заболеваниях внутренних органов, симптомы, первая помощь

1.1. Неотложные состояния при заболеваниях внутренних органов

1.1.1. Заболевания органов дыхания

Бронхиальная астма – это аллергическое заболевание, характеризующееся приступами удушья, обусловленными спазмом и набуханием слизистой оболочки бронхов с нарушением бронхиальной проходимости.

Клиническая картина приступа бронхиальной астмы очень характерна. Он может возникнуть в любое время суток, чаще ночью. Возникает одышка, ощущение острой нехватки воздуха, кашель с трудноотделяемой вязкой мокротой, удушье.

Положение больного вынужденное, он сидит, упираясь руками в края кровати, втягивает воздух открытым ртом, со свистом. Лицо синюшное, вены шеи набухшие. На расстоянии слышны сухие свистящие хрипы.

Первая помощь: освободить от стесняющей одежды, обеспечить приток свежего воздуха, поставить горчичники на грудную клетку. Горячие ручные или ножные ванны. Внутрь назначают лекарства, снимающие бронхоспазм. Можно использовать карманные ингаляторы. Лекарственные препараты применяются только по назначению врача.

Вызвать скорую помощь.

Острая пневмония – это острое воспаление легочной ткани чаще всего инфекционной природы, вызываемое различными возбудителями (пневмококки, стафилококки, стрептококки и др.).

Заболевание начинается с резкого повышения температуры (39–40°C), озноба, потливости, резкой слабости. В грудной клетке на стороне воспаления возникает боль, отчетливо связанная с дыханием, кашель с отделением ржавой от примеси эритроцитов мокроты, иногда кровохарканье. Больной обычно лежит на стороне воспаления, лицо гиперемировано (красное), одышка (30–40 дыханий в минуту). При выслушивании легких над зоной воспаления прослушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы. Пульс частый (100 и более ударов в минуту), снижено артериальное давление. Угрожающее состояние при пневмонии может быть обусловлено развитием острой сосудистой и сердечной недостаточности. Обычно эти осложнения наблюдаются у ослабленных больных, особенно у детей и стариков.

Объем неотложной помощи при пневмонии: постельный режим, частое проветривание комнаты, смена белья, дача увлажненного кислорода, обильное щелочное питье. Горчичники (чередовать) на грудную клетку (если температура не выше 38°C).

По назначению врача применяются лекарственные препараты:

- антибиотики;
- сульфаниламидные препараты;
- отхаркивающие средства;
- сердечно-сосудистые препараты;
- десенсибилизирующие средства;

– поливитамины.

Кровохарканье – выделение с кашлем крови. Кровохарканье может проявляться отдельными прожилками крови в мокроте или плевков одной кровью. Выделение с кашлем большого количества крови называют легочным кровотечением. Однако разделение на кровохарканье и легочное кровотечение относительно.

Всякое кровохарканье является признаком неотложного состояния, так как никогда нельзя с уверенностью сказать, что вслед за незначительным кровохарканьем не возникнет обильное легочное кровотечение.

Кровохарканье наблюдается при заболеваниях легких, сопровождающихся распадом легочной ткани, с вовлечением в зону распада легочных сосудов, нарушением целостности сосудистой стенки. При этом интенсивность кровотечения зависит от калибра поврежденного сосуда.

Среди заболеваний легких одной из наиболее частых причин кровохарканья является *туберкулез легких*. Примесь крови в мокроте или выделение с кашлем чистой крови нередко отмечается в остром периоде *воспаления легких* (особенно гриппозного). Кровохарканье – частый симптом *рака легких* (мокрота приобретает вид «малинового желе»). Оно наблюдается и при *заболеваниях сердца* в результате сердечной недостаточности и скопления крови в малом круге кровообращения, в том числе в легочной ткани. Кровохарканье может наблюдаться и при *травмах грудной клетки*, сопровождающихся кровоизлиянием в легочную ткань, иногда даже при отсутствии видимых повреждений кожных покровов и нарушения целостности ребер. Причиной также могут быть инородные тела, либо попавшие в легкие при старых ранениях, либо аспирированные в легкие.

Кровь при легочном кровотечении всегда выделяется с кашлем, обычно имеет алый цвет, пенистая.

Больным с кровохарканьем необходима неотложная помощь, полный физический и психический покой.

Надо до минимума сократить разговор с больным и придать ему возвышенное, полусидячее положение.

Срочно вызвать врача, по назначению которого внутрь дается раствор натрия хлорида, викасол, рутин, аскорбиновая кислота. При упорном кашле, который усиливает кровохарканье, рекомендуется внутрь кодеин. Кровохарканье обычно пугает больного, поэтому его нужно успокоить, вселить уверенность в отсутствии реальной опасности для жизни. После оказания неотложной помощи больной подлежит обязательной госпитализации. Транспортировка должна осуществляться на носилках с приподнятым головным концом на санитарном транспорте.

1.1.2. Заболевания сердечно-сосудистой системы

Ишемическая болезнь сердца. Широкое сборное понятие «ишемическая болезнь сердца» или «коронарная недостаточность» включает в себя различные клинические формы, объединенные единством возникновения заболеваний. Общим признаком любой формы коронарной недостаточности является развитие малокровия (ишемии) участка сердечной мышцы. Основной причиной ишемической болезни сердца является атеросклероз венечных артерий сердца, приводящий к сужению просвета сосудов и связанному с этим нарушению кровоснабжения сердечной мышцы.

Основные острые проявления ишемической болезни сердца – стенокардия и инфаркт миокарда.

Ведущим симптомом острой коронарной недостаточности (ишемии) является боль. Боль объясняется уменьшением притока крови к миокарду, что ведет к нарушению его пита-

ния и накоплению в сердечной мышце недоокисленных продуктов, раздражающих внутрисердечные нервы.

Стенокардия (грудная жаба) – это приступ острой боли за грудиной, обусловленный преходящей недостаточностью коронарного кровообращения, острой ишемией миокарда. Боль имеет четкое начало и конец, локализуется обычно за грудиной и в области сердца, и распространяется в левую руку, левую лопатку, плечо, шею, нижнюю челюсть.

Различают *стенокардию напряжения* (болевы приступы возникают только при физической нагрузке) и *стенокардию покоя* (боли возникают в покое, часто ночью во время сна).

Неотложная помощь при приступе стенокардии: уложить больного в постель, освободив от стесняющей одежды, обеспечить доступ свежего воздуха. Поставить горчичники на область грудины и сердца. Давать нитроглицерин в таблетках под язык, повторно.

Надо срочно вызвать скорую помощь, снять ЭКГ и решить вопрос о госпитализации больного в отделение кардиологии. В дальнейшем показано наблюдение и лечение у врача-кардиолога.

Инфаркт миокарда. Наиболее ранним проявлением инфаркта миокарда является резчайшая боль за грудиной и в области сердца, более интенсивная и длительная, чем при стенокардии, ощущение страха смерти. Нередко при инфаркте, в отличие от приступа стенокардии, боль распространяется и влево и вправо от грудины, захватывает верхнюю часть живота, «отдает» в обе лопатки. Грозным осложнением острого инфаркта миокарда является острая сосудистая недостаточность, которая проявляется резким снижением артериального давления в результате быстрого ослабления сократительной способности миокарда и падения тонуса периферических сосудов. В результате развивается состояние, известное как *кардиогенный шок* (крайне тяжелое состояние больного, черты лица заострены, кожа бледная, синеватая, выражена потливость, частый пульс, резкое снижение артериального давления – ниже 90/50 мм ртутного столба). В диагностике инфаркта миокарда огромное значение имеет электрокардиографическое исследование.

Неотложная помощь при инфаркте миокарда: больной должен соблюдать строгий постельный режим. Ингаляции увлажненного кислорода. Горчичники – на грудину и в область сердца. Нитроглицерин в таблетках под язык, повторно.

Необходимо вызвать срочно кардиологическую скорую помощь, снять ЭКГ, решить вопрос о госпитализации в отделение реанимации.

Острая сердечная недостаточность. Чаще всего возникает при перегрузке и переутомлении сердечной мышцы на фоне тяжелых заболеваний сердца и сосудов (артериальная гипертония, пороки сердца, инфаркт миокарда и т. д.). Острое нарушение сократительной способности миокарда левого желудочка ведет к тому, что он не в состоянии перегнать в аорту всю кровь, поступающую из левого предсердия, в результате чего развивается застой крови выше левого предсердно-желудочного отверстия, то есть в левом предсердии и малом круге кровообращения (легких).

Клиническим проявлением такого застоя является картина левожелудочной сердечной недостаточности – *сердечная астма* и *отек легких*.

Сердечная астма – это приступ удушья, непосредственно угрожающий жизни больного и требующий срочной медицинской помощи. Приступ удушья обычно начинается ночью: больной просыпается от мучительного ощущения нехватки воздуха – удушья, которое сопровождается страхом смерти. Больной не может лежать, сидит, опираясь руками о кровать. Ловит воздух ртом, кожные покровы бледные, синеватые, выражена потливость. Дыхание учащенное (30–40 в минуту, иногда больше), затруднено, особенно вдох, сопровождается стоном. Приступ сопровождается кашлем с жидкой мокротой. Появление пенистой, с примесью крови или равномерно окрашенной в розовый цвет мокроты, выслушива-

ющихся на расстоянии kloкочущих хрипов в сочетании с нарастающей тяжестью общего состояния больного свидетельствует о развитии тяжелого осложнения – **отека легких**.

Неотложная помощь при сердечной астме и отеке легких: больному нужно срочно придать возвышенное положение, обеспечив доступ свежего воздуха. Ингаляции кислорода, пропущенного через спирт (вдыхание паров алкоголя) являются средством борьбы с пенообразованием при отеке легких. (Спирт является «пеногасителем», то есть веществом, физико-химические свойства которого обеспечивают эффект разрушения пены). Пена, скапливающаяся в легочной ткани и в бронхах при отеке легких, вызывает асфикцию (удушие).

Целесообразно наложить жгуты на конечности (пульс должен пальпироваться!) для сокращения объема циркулирующей крови. Жгуты накладываются не более, чем на 30 минут и снимаются поочередно.

Необходимо срочно вызвать врача и проводить медикаментозное лечение.

Гипертонический криз. Является обострением гипертонической болезни и характеризуется резким генерализованным спазмом артериальных сосудов.

В клинической картине преобладают симптомы, связанные с повышением артериального давления. Больного беспокоит сильная головная боль, ухудшение зрения, боли в области сердца, тошнота, рвота, затуманенность сознания, резко повышено артериальное давление – 240/150 мм ртутного столба или «зашкальное».

Первая помощь: строгий постельный режим, ограничение приема жидкости и поваренной соли. Горчичники на затылок, на поясницу и к ногам. Холод на голову.

Срочная медикаментозная терапия проводится медицинским работником (растворы папаверина, дибазола, сернокислой магнезии).

Вне криза надо рекомендовать больному соблюдать диету с ограничением поваренной соли и жидкости, правильно сочетать труд и отдых, достаточный сон, исключить нервные нагрузки. Постоянное наблюдение и лечение у кардиолога, прием гипотензивных лекарств.

Острая сосудистая недостаточность – синдром, наблюдающийся при различных патологических состояниях и характеризующийся внезапным падением артериального давления, резкой слабостью, нарушением сознания и так называемыми периферическими симптомами (бледность кожных покровов, похолодание конечностей, малый пульс и т. д.).

Острая сосудистая недостаточность клинически может проявиться в виде обморока, коллапса, шока.

Обморок – наиболее распространенная и легкая форма острой сосудистой недостаточности, в его основе лежит внезапное кратковременное малокровие головного мозга. Рефлекторное падение сосудистого тонуса, являющееся непосредственной причиной обморока, может возникнуть при различных заболеваниях (болезни сердца, кровопотеря и т. д.), при разнообразных внешних воздействиях (острая боль, страх, духота в помещении, сильное волнение и т. д.).

Чаще обморок возникает у молодых, голодных, утомленных лиц или после перенесенного инфекционного заболевания.

Клинические проявления обморока следующие: резкая бледность кожи, выражена потливость, холодные конечности, резкое поверхностное дыхание, малый пульс, низкое артериальное давление, кратковременная потеря сознания.

Первая помощь: необходимо уложить больного с приподнятыми ногами (облегчив этим приток крови к головному мозгу), освободив от стесняющей одежды, обеспечить приток свежего воздуха, затем побрызгать на лицо и грудь больного холодной водой, дать понюхать смоченную нашатырным спиртом вату, согреть ноги грелками или растереть их чем-либо жестким. Напоить больного горячим сладким чаем. Не следует торопиться поднимать больного.

Коллапс – это острая сосудистая недостаточность, сопровождающаяся выраженным и длительным падением артериального давления. Возникает коллапс при кровотечениях, инфекционных заболеваниях и, в отличие от обморока, всегда представляет непосредственную угрозу жизни больного и требует немедленной энергичной терапии. Наступает коллапс внезапно. При инфекционных болезнях (пищевые токсикоинфекции, крупозная пневмония и др.) ему обычно предшествует быстрое (критическое) падение температуры, иногда до субнормальных цифр. Лицо больного в состоянии коллапса описано еще Гиппократом («маска Гиппократа»): «нос острый, глаза впалые, виски вдавлены, уши холодные и стянуты, кожа на лбу твердая, натянутая и сухая, цвет всего лица зеленый, бледный или свинцовый». Конечности холодные, поверхностное частое дыхание, частый «нитевидный» пульс (с трудом пальпируется), низкое артериальное давление, затуманенность сознания.

Первая помощь: необходимо уложить больного горизонтально (с приподнятыми ногами), освободить от стесняющей одежды, обеспечить приток свежего воздуха, ингаляции увлажненного кислорода. При коллапсе необходима срочная медикаментозная терапия.

Шок – это острая сосудистая недостаточность, возникающая в результате сильного болевого эффекта (травмы, переломы костей, интенсивные боли в области сердца при инфаркте миокарда и др.). Клиника болевого шока типична: на фоне травмы, повреждения тканей и т. д. отмечается резкая бледность кожных покровов, лицо осунувшееся, запавшие глаза, холодный липкий пот, холодные конечности, потеря сознания, низкое артериальное давление, мягкий частый пульс.

Первая помощь: необходимо срочно уменьшить болевой эффект, вводить по назначению врача обезболивающие и сосудистые средства (растворы анальгина, промедола, кордиамина, кофеина). Затем наложить асептическую повязку на рану и иммобилизовать поврежденную часть тела больного.

1.1.3. Заболевания нервной системы.

Острые нарушения мозгового кровообращения. Наиболее частыми причинами нарушений мозгового кровообращения являются атеросклероз сосудов, питающих мозг, и артериальная гипертензия. На фоне выраженного атеросклероза сосудов мозга может возникнуть внезапная острая недостаточность мозгового кровообращения – инсульт (от англ. – удар).

Инсульт обычно развивается при резком сужении или закупорке просвета артерии, которая питает определенный участок мозга (ишемический инсульт), реже в основе инсульта лежит кровоизлияние в ткань мозга (геморрагический инсульт).

Клинические проявления **ишемического инсульта** следующие: нарушение кожной чувствительности, речи, зрения, параличи мышц конечностей. Отмечается бледность кожных покровов, мягкий частый пульс, снижение артериального давления, возникает затуманенность сознания.

Первая помощь: строгий постельный режим, срочная медицинская помощь, врач назначает медикаменты, улучшающие мозговой кровоток и сосудистые средства (раствор эуфеллина, растворы глюкозы, кордиамина, кофеина, мезатона) подкожно или внутривенно.

Геморрагический инсульт (кровоизлияние в мозг) развивается при излиянии крови из разорвавшегося кровеносного сосуда в мозговое вещество. Чаще всего наступает потеря сознания. Кожа лица, туловища синее, в первые минуты бывает рвота. Артериальное давление повышено, дыхание шумное, пульс напряженный, замедленный. Температура повышается до 40°C. Появляются параличи конечностей.

Неотложная помощь: строгий постельный режим, голове придать возвышенное положение, полость рта периодически очищать от слизи, на сосцевидные отростки поставить по 5–6 пиявок, к голове приложить холод (пузырь со льдом), к ногам грелки.

Медицинским работником назначаются медикаменты, снижающее артериальное давление (растворы дибазола, магния сульфата, папаверина, клофелина).

Судороги – непроизвольные сокращения мышц всего тела или отдельных мышечных групп – являются грозным симптомом поражения центральной нервной системы.

Одним из наиболее распространенных и опасных судорожных состояний является генерализованный судорожный припадок, который чаще всего наблюдается при эпилепсии.

Эпилепсия. В большинстве случаев больные эпилепсией за несколько минут до припадка ощущают предвестники в виде повышенной раздражительности, сердцебиения, ощущения жара, головокружения, озноба, чувства страха. Затем больной внезапно теряет сознание и падает, в первые минуты нередко издает громкий крик. Одновременно с потерей сознания начинаются судороги, при которых мышцы туловища и конечностей резко напрягаются, руки и ноги вытягиваются, голова поворачивается в сторону. Лицо больного сначала бледнеет, затем делается багровым, синим, зрачки на свет не реагируют. Часто происходит непроизвольное мочеиспускание. Изо рта выделяется пенная слюна. Сознание во время припадка полностью отсутствует.

Продолжительность эпилептического припадка – 2–3 минуты. Затем происходит расслабление мускулатуры туловища и конечностей. После припадка сознание некоторое время остается затуманенным, затем может наступить сон. Проснувшись, больной не помнит о случившемся, жалуется на слабость, головную боль.

Первая помощь: при появлении у больного эпилепсией указанных выше предвестников припадка необходимо срочно уложить его, чтобы он не ударился во время падения. Под голову положить подушку, руки и ноги придерживать. Расстегнуть воротник. Между зубами больного нужно вставить твердый предмет (например, ручку или ложку), обернутый салфеткой, для того, чтобы предупредить прикус языка. Во избежание вдыхания слюны голову больного следует повернуть в сторону. Необходимо помнить, что больным эпилепсией во время припадка нельзя давать воду и лекарство. Медикаментозное лечение больных эпилепсией состоит в назначении врачом противосудорожных средств (фенобарбитал, гексамидин и др.). Наблюдение невропатолога.

Истерия. Судорожный припадок при истерии существенно отличается от эпилептического. Развивается он чаще в результате обид, испуга и, как правило, в присутствии родственников или посторонних.

Больной может упасть, однако не причиняет обычно себе тяжелых повреждений, сознание сохраняется, не бывает прикуса языка, непроизвольного мочеиспускания. Веки плотно сжаты, реакция зрачков на свет сохраняется (в отличие от припадка эпилепсии). Судороги носят характер целенаправленных движений (например, больной поднимает руки, как бы защищая голову от удара). Движения могут быть хаотичными. Больной размахивает руками, гримасничает. Продолжительность истерического припадка – 15–20 минут. Припадок заканчивается стремительно. Больной приходит в обычное состояние, чувствует облегчение. Состояния оглушенности, сонливости не бывает.

При оказании помощи больному с истерическим припадком необходимо удалить всех присутствующих из помещения, где находится больной. Разговаривать с больным спокойно, но в повелительном тоне, убеждать его в отсутствии опасного заболевания и внушать мысль о скорейшем выздоровлении. Для купирования истерического припадка применяют успокаивающие средства: бромистый натрий, настойку валерианы, отвар травы пустырника.

1.1.4. Заболевания органов пищеварения и мочевого выделения

Пищевое отравление – это острое воспаление слизистой оболочки желудка, развивающееся в результате употребления некачественной, инфицированной пищи, алкоголя.

Заболевание начинается через несколько часов после употребления недоброкачественной пищи: появляется тошнота, резкая слабость, тупые боли в верхней части живота, обильная рвота. Позывы на рвоту могут быть очень частыми, мучительными, сочетаться со схваткообразными болями в подложечной области. Повышается температура (до 38°C и выше), пульс – частый, мягкий, снижается артериальное давление.

Неотложная помощь: необходимо срочно сделать промывание желудка до полного его очищения от остатков пищи (то есть до чистой воды). Больному дают пить стаканами воду с добавлением соды или небольшого количества марганцовокислого калия до появления рвоты после механического раздражения пальцами зева. После рвоты рекомендуют дать солевое слабительное. Больного следует уложить в постель, положить грелки к ногам и на область поясницы. Срочная консультация врача.

Появление симптомов коллапса требует введения сосудистых средств (растворы кордиамина, камфоры, кофеина).

При наличии признаков обезвоживания необходимо давать внутрь или вводить внутривенно физиологический раствор, раствор глюкозы.

Постельный режим. В течение первых суток больной должен воздержаться от приема пищи. На следующий день дается настой шиповника, крепкий чай, слабого навару куриный или мясной бульон, манная каша на воде с добавлением небольшого количества молока, белые сухари, фруктовые соки. В дальнейшем пищевой рацион расширяется, пища дается дробными порциями, кулинарная обработка ее должна обеспечить механическое и химическое щажение желудка.

Печеночная колика. Почти всегда обусловлена *желчнокаменной болезнью*, то есть наличием в желчном пузыре камней (конкрементов). Желчнокаменная болезнь – одно из самых распространенных страданий. Камни желчного пузыря чаще наблюдаются у тучных женщин, склонных к перееданию и малоподвижному образу жизни.

Самым частым проявлением желчнокаменной болезни является приступ печеночной (желчной) колики, возникающей вследствие спастического сокращения гладкой мускулатуры стенок желчного пузыря. Часто приступ печеночной колики возникает после приема обильной и жирной пищи. Боли возникают быстро, они, как правило, очень сильные, мучительные. Локализуются боли в правом подреберье, отдают вверх, в правое плечо, лопатку, позвоночник. Отмечается тошнота, рвота. Приступ продолжается от 30 минут до нескольких часов.

Неотложная помощь – постельный режим, грелка на правое подреберье или теплая ванна (если разрешит врач!). По назначению врача больному вводятся растворы анальгина, но-шпы, баралгина. Решается вопрос о стационарном лечении.

Желудочно-кишечное кровотечение. Кровотечение из желудка – грозный симптом, требующий неотложной помощи. Причиной желудочно-кишечного кровотечения чаще всего являются язвенная болезнь желудка или двенадцатиперстной кишки. Кроме того, оно может быть осложнением рака желудка, грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, заболеваний крови (лейкозы, геморрагические диатезы).

Клиническая картина зависит от количества излившейся крови. Отмечается общая слабость вплоть до обморочного состояния, бледность кожных покровов, резкая жажда, заострившиеся черты лица, мягкий, частый пульс, падение артериального давления. В отдельных случаях наступает коллапс: кожа принимает восковидный оттенок, покрывается холодным потом, лицо становится мертвенно бледным, губы цианотичны, зрачки расширены, нитевидный, с трудом определяемый пульс, перестает определяться артериальное давление. Больной теряет сознание.

Кровавая рвота наступает обычно не сразу после начала кровотечения, а лишь при переполнении желудка кровью. Кровь, извергаемая с рвотными массами, обычно тем-

ного цвета. В случае, когда излившаяся кровь выделяется только с испражнениями, каловые массы приобретают вид мелены (жидкий, черный, дегтеобразный кал). Показателем массивности кровотечения является падение уровня гемоглобина и количества эритроцитов.

Неотложная помощь: больного надо срочно уложить в постель, обеспечить полный покой. На эпигастральную область положить пузырь со льдом. Больному нельзя давать есть и пить. Консультация врача.

Показано срочное медикаментозное лечение по назначению врача – раствор кальция хлорида, викасола, аскорбиновой кислоты. Для компенсации кровопотери врач может назначить переливание крови, раствора полиглюкина.

Срочная консультация хирурга.

Диабетическая кома. Сахарный диабет – заболевание, связанное с недостатком инсулина, гормона островкового аппарата поджелудочной железы. Вследствие этого при сахарном диабете происходит нарушение обмена углеводов, а также обмена белков и жиров. В результате образуется большое количество токсических продуктов обмена и развивается тяжелая интоксикация организма. Последняя может привести к тяжелому осложнению сахарного диабета – диабетической коме.

Причиной декомпенсации диабета может служить перерыв в введении инсулина или немотивированное снижение его дозы, нарушение диеты, инфекционные заболевания и т. д.

Диабетическая кома в большинстве случаев развивается постепенно, наступлению комы почти всегда предшествует обострение всех симптомов сахарного диабета, усиливается жажда, сухость во рту, увеличивается количество выделяемой мочи, усиливается кожный зуд. Одновременно нарастают слабость, вялость, адинамия, головная боль. Возникает тошнота, а затем повторная рвота, заторможенность сознания, значительное снижение мышечной силы, определяется запах ацетона изо рта.

В период развившейся комы больной находится в бессознательном состоянии, лицо розоватое, иногда бледное. Дыхание шумное, слышимое на расстоянии. Кожа сухая, нередко со следами расчесов, тургор кожи обычно понижен. Видимые слизистые оболочки сухие. Тонус мышц резко снижен. Характерно снижение упругости, мягкость глазных яблок. Выдыхаемый изо рта воздух пахнет ацетоном. Пульс частый. Артериальное давление снижено. Повышен уровень сахара в крови и определяется сахар и ацетон в моче.

Больной нуждается в срочной медицинской помощи – немедленном введении инсулина. Показаны сосудистые средства (растворы кордиамина, кофеина, мезатона).

Наблюдение врача!

Уремическая кома (азотемическая) при острой почечной недостаточности обусловлена отравлением организма продуктами белкового обмена (азотистые шлаки), вследствие недостаточного их выведения пораженными почками. Уремическая кома является конечной стадией хронического нефрита, пиелонефрита, нефроангиосклероза.

Развернутая картина уремии: в связи с грубыми нарушениями белкового обмена в крови задерживается большое количество кислых продуктов, развивается ацидоз. Накопление азотистых шлаков и ацидоз являются причиной тяжелой интоксикации организма при уремии. Главное проявление уремической интоксикации – поражение нервной системы. Усиливается общая слабость, утомляемость, появляется головная боль, ухудшается зрение. Затем также может возникнуть сонливость, спутанность сознания, галлюцинации.

Нарушение функции почек ведет к компенсаторному выделению ядовитых азотистых веществ через желудочно-кишечный тракт, что приводит к развитию тяжелого уремического гастрита и колита. Отсюда у больного наблюдается тошнота, рвота, жажда, понос. На расстоянии ощущается запах аммиака в выделяемом воздухе. Кожа сухая, землисто-серая, со следами расчесов. Пульс напряженный, частый. Артериальное давление повышено. Характерно

нарушение дыхания: оно становится редким, прерывистым, шумным. Нарастающая интоксикация нервной системы ведет к развитию глубокой комы (бессознательного состояния). Лабораторные данные: высокий уровень креатина и мочевины в крови, низкий удельный вес мочи.

Неотложная помощь: по рекомендации лечащего врача – диета с полным отсутствием белка и поваренной соли; питье щелочных минеральных вод («Боржоми», «Ессентуки»); ежедневное промывание желудка раствором пищевой соды (4 %), клизмы с раствором натрия гидрокарбоната (3 %).

Наблюдение и лечение под руководством врача (нефролога)!

Почечная колика. Приступ почечной колики обусловлен внезапно возникшим препятствием к оттоку мочи. В большинстве случаев почечная колика является одним из проявлений мочекаменной болезни и вызывается движением камней, образовавшихся в почечной лоханке и ущемлением их в различных отделах мочеточника. Приступ почечной колики проявляется острыми болями, которые локализуются в пояснице, в той или иной половине живота, распространяются в паховые области, половые органы. Во время приступа больные ведут себя очень беспокойно, стонут, мечутся. Мочеиспускание учащенное, болезненное, моча приобретает вид «мясных помоев» в связи с содержанием свежих эритроцитов. Состояние больного тяжелое, отмечается тошнота, рвота, повышается температура. Приступ почечной колики обычно кончается так же внезапно, как и начинался. После его прекращения отмечаются отхождение с мочой мелких камней.

Неотложная помощь: показан постельный режим, грелка на поясницу и низ живота, общая горячая ванна (если разрешит врач).

Медикаментозное лечение проводится медицинскими работниками: вводится раствор анальгина, но-шпы, баралгина. Необходимо решить вопрос о госпитализации в урологическое отделение.

Анафилактический шок – это самый грозный клинический вариант острой аллергической реакции. Наиболее часто наблюдается после введения антибиотиков, лечебных сывороток, рентгеноконтрастных веществ и др.

Клиника: сразу же после инъекции у больного наблюдается чувство стеснения в груди, головокружение, головная боль, резкая слабость, ощущение жара, удушье. В тяжелых случаях возникают симптомы коллапса: бледность, холодный пот, синюшность, пульс не прощупывается, артериальное давление не определяется, может развиваться бессознательное состояние.

Необходима срочная медицинская помощь, которая должна быть оказана без промедления медицинским работником: подкожно или внутримышечно вводят раствор адреналина, норадреналина, преднизолон или гидрокортизон. При нетяжелых аллергических реакциях вводят противоаллергические средства – раствор димедрола, супрастина или пипальфена, раствор кальция хлорида.

Контрольные вопросы:

1. Что такое бронхиальная астма?
2. Сущность неотложной помощи при бронхиальной астме.
3. Дайте определение острой пневмонии.
4. Тактика оказания помощи больному пневмонией.
5. Перечислите возможные причины легочного кровотечения.
6. Методика оказания неотложной помощи при легочном кровотечении.
7. Объясните сущность ишемической болезни сердца.
8. Первая помощь при стенокардии.
9. Методика оказания первой помощи при инфаркте миокарда.

10. Что такое острая сердечно-сосудистая недостаточность?
11. Первая помощь при сердечной астме и отеке легких.
12. Методика оказания неотложной помощи при обмороке и коллапсе.
13. Первая помощь при болевом шоке.
14. Ваша тактика оказания первой помощи при гипертоническом кризе.
15. Что такое острое нарушение мозгового кровообращения?
16. Первая помощь при инсульте.
17. Расскажите о клинических проявлениях эпилепсии.
18. Оказание первой помощи при припадке эпилепсии.
19. Экстренная помощь при истерическом припадке.
20. Перечислите клинические симптомы пищевого отравления.
21. Первая помощь при пищевом отравлении.
22. Что такое печеночная колика?
23. Первая помощь при печеночной колике.
24. Клиника почечной колики, первая помощь.
25. Наиболее частые причины желудочно-кишечного кровотечения.
26. Первая помощь при желудочно-кишечном кровотечении.
27. Что такое диабетическая кома, клиника, первая помощь.
28. Перечислите основные клинические проявления уремической комы.
29. Тактика оказания первой помощи при уремии.
30. Что такое анафилактический шок?
31. Первая помощь при анафилактическом шоке.

1.2. Неотложные состояния у детей. Первая помощь

1.2.1. Нарушение дыхания, удушье, одышка

Одышка (нарушение частоты и глубины дыхания) в тех случаях, когда она проявляется внезапно, быстро нарастает и носит характер приступа удушья, является важнейшим симптомом острых заболеваний органов дыхания, требующих оказания неотложной помощи. При осмотре ребенка одышка проявляется увеличением частоты (более 20 ударов в минуту) и глубины дыхательных движений (поверхностное, неравномерное, прерывистое дыхание).

Затруднение дыхания может развиваться при *острых сужениях верхних дыхательных путей*, главным образом гортани, трахеи, обусловленных отеком слизистой оболочки верхних дыхательных путей с резким ее набуханием, попаданием инородного тела или сдавливанием воспалительным инфильтратом. В таких случаях одышка сочетается с сухим лающим кашлем, изменением голоса.

Одышка может быть следствием *острой пневмонии* (острое воспаление легких) или *острого плеврита* (острое воспаление плевры). Внезапное появление одышки при этих заболеваниях обусловлено значительным уменьшением дыхательной поверхности легких вследствие воспалительного процесса или раздражением листков плевры с уменьшением объема дыхательных движений. При этих заболеваниях одышка часто сочетается с болью в грудной клетке при дыхании, кашлем, отставанием больной стороны грудной клетки при дыхании. Выраженность одышки обычно соответствует тяжести состояния больного ребенка.

Неотложная помощь: строгий постельный режим, постоянный приток свежего воздуха, менять положение в кровати, периодически брать ребенка на руки. Показано применение кислорода (кислородная подушка). При сильных болях в грудной клетке следует дать обезболивающее, поставить горчичники. Одышка и быстро развивающееся удушье может быть следствием **попадания в дыхательные пути инородных тел**. В дыхательные пути попадают инородные предметы (крупные зерна, монеты, булавки, пищевые массы, пуговицы), которые могут находиться в любой части дыхательных путей – носовых ходах, трахее, гортани, бронхах.

При попадании инородных тел могут развиваться следующие формы удушья:

- при полной закупорке дыхательных путей возникает внезапное удушье, сопровождающееся выпячиванием глазных яблок, резким цианозом (синюхой), судорогами;
- если инородное тело не полностью закрывает дыхательные пути, то внезапно развившийся приступ удушья сопровождается упорным кашлем, дыхание затруднено, ребенок старается вдохнуть, напрягается, крайне беспокоен, появляется сиплость голоса, цианоз;
- если инородное тело остается в носовых ходах, то через некоторое время появляются зловонные гнойные или кровянистые выделения из носа;
- при попадании инородного тела в бронхи возможно развитие острого воспаления легких и абсцесса легких (нагноение легочной ткани).

Неотложная помощь: необходимо перевернуть ребенка в положение вверх ногами (кратковременно!) и нанести 3–4 удара в межлопаточной области. Можно рекомендовать следующий способ: оказывающий помощь обхватывает тело пострадавшего руками. При этом кулак одной руки помещают на верхнюю часть живота, ладонь второй кладут на кулак первой. Затем 3–4 резкими движениями прижимают пострадавшего к себе. Движения руки нужно направить спереди назад и несколько снизу вверх. Во всех случаях необхо-

дима срочная госпитализация в отделение уха, горла, носа (отоларингологии) или хирургическое отделение.

Нарастающая одышка, удушье может быть следствием **заглоточного абсцесса** (гнояника). Причиной образования гнойной полости за глоткой могут быть воспалительные заболевания глотки, среднего уха, носа, ангина, аденоиды, общие инфекции (корь, скарлатина, грипп и т. д.).

Проявления заболевания характерны: острое начало с высокой температуры, общее беспокойство, бессонница. Глотание затруднено из-за болевых ощущений и механического препятствия, в связи с чем ребенок отказывается от еды. Голос приобретает гнусавый «носовой» оттенок, голова несколько запрокинута назад в больную сторону. Дыхание храпящее, затрудненное, особенно в положении лежа, отмечается припухлость в области шеи. Одышка быстро нарастает, переходит в удушье.

Неотложная помощь: сухое тепло на шею, введение антибиотиков, внутримышечно (по назначению врача). Срочная госпитализация в хирургическое или отоларингологическое отделение и вскрытие абсцесса.

Одышка, приступообразный кашель и удушье могут быть проявлением **бронхиальной астмы**, которая нередко начинается в первые годы жизни ребенка.

Бронхиальная астма – это аллергическое заболевание, при котором возникает спазм и набухание слизистой оболочки бронхов и вследствие этого – нарушение бронхиальной проходимости и приступы удушья.

Клиническая картина приступа бронхиальной астмы очень характерна: резко нарушается дыхание, наступает удушье, появляется цианоз, дыхание становится шумным, свистящим, возникает упорный мучительный кашель, слышны свистящие хрипы, с трудом отделяется вязкая мокрота. Длительность приступа – от нескольких минут до нескольких часов.

Неотложная помощь: при легких приступах лечение можно проводить в домашних условиях. Необходимо создать спокойную обстановку, освободить от стесняющей одежды, обеспечить доступ свежего воздуха. Показано полусидячее положение, горячие ножные или ручные ванны (температура воды от 37°C до 42°C) продолжительностью 10–15 минут, горчичные обертывания. Ингаляции при помощи карманного ингалятора.

Медикаментозное лечение по назначению врача.

В случае некупирующихся приступов показана срочная госпитализация в терапевтическое или реанимационное отделение.

Нарушение дыхания у детей может быть проявлением **круп**. Крупом обозначается острое воспаление гортани и трахеи различной причины, осложняющееся затруднением дыхания, удушьем. Различают *истинный* (дифтерийный) и *ложный круп*, вызываемый другой инфекцией (грипп, острое респираторное заболевание, корь, скарлатина и др.). Ложный круп встречается относительно часто, особенно у детей, склонных к аллергическим реакциям. Удушье, затрудненное дыхание развиваются вследствие отека слизистой оболочки гортани, трахеи и рефлекторного спазма мышц. Наиболее тяжело заболевание протекает у детей первых трех лет жизни.

Клиническая картина ложного крупа характерна: дети возбуждены, дыхание шумное, слышно на расстоянии, в акте дыхания участвует вся вспомогательная мускулатура, кашель лающий, грубый, усиливается при беспокойстве, трепетание крыльев носа, кожные покровы ярко-красного цвета, слегка синюшны, липкий холодный пот, пульс частый.

Неотложная помощь: необходимо организовать правильный режим ребенка и уход за ним. Хорошее действие оказывают общая горячая ванна продолжительностью 5–7 минут (температура воды до 38–39°C) или ножные ванны с горчицей. После ванны ребенка необходимо укутать, чтобы сохранить тепло и расширить кожные сосуды. При высокой температуре тела (выше 37,5°C) ванну не делают. Иногда эффект достигается горчичниками,

горчичными обертываниями ребенка. Рекомендуется теплое щелочное питье (молоко в сочетании с гидрокарбонатом натрия или минеральной водой типа боржоми). Показаны щелочные (2 чайные ложки гидрокарбоната натрия на 1 литр воды) и паровые ингаляции, которые повторяются каждые 3 часа. Появление более мягкого кашля свидетельствует об эффективности проведенной процедуры. Медикаменты для лечения назначаются врачом: пипольфен, димедрол, супрастин.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.