**План:**

Введение

Анафилактический шок

Артериальная гипотония

Стенокардия

Инфаркт миокарда

Бронхиальная астма

Коллапс

Коматозные состояния

Печеночная кома. Рвота "Кофейной гущей"

Обморок

Судороги

Отравления

Поражение электрическим током

Почечная колика

Список использованных источников

**Введение**

***Ургентное состояние*** (от лат. urgens, неотложный) — это состояние, которое представляет угрозу для жизни больного/пострадавшего и требует проведения неотложных (в пределах минут-часов, а не дней) лечебных и эвакуационных мероприятий.

*Основные требования*

1. Готовность к оказанию неотложной медицинской помощи в должном объёме.

Укомплектованность оборудованием, инструментами и лекарственными средствами. Медицинский персонал должен владеть необходимыми манипуляциями, уметь работать с аппаратурой, знать дозы, показания и противопоказания к применению основных лекарственных средств. Знакомиться с работой аппаратуры и читать справочники нужно заранее, а не в неотложной ситуации.

2. Одновременность проведения диагностических и лечебных мероприятий.

Например, пациенту с комой неясного генеза последовательно внутривенно струйно вводят с лечебной и диагностической целью: тиамин, глюкозу и налоксон.

Глюкоза — начальная доза 80 мл 40% раствора. Если причина коматозного состояния — гипогликемическая кома, больной придёт в сознание. Во всех остальных случаях глюкоза будет усваиваться как энергетический продукт.

Тиамин — 100 мг (2 мл 5% раствора тиамина хлорида) для профилактики острой энцефалопатии Вернике (потенциально смертельное осложнение алкогольной комы).

Налоксон — 0,01 мг/кг на случай отравления опиатами.

3. Ориентация в первую очередь на клиническую ситуацию

В большинстве случаев дефицит времени и недостаточная информация о больном не позволяют сформулировать нозологический диагноз и лечение, по существу, является симптоматическим и/или синдромальным. Важно держать в голове заранее отработанные алгоритмы и уметь обращать внимания на самые важные детали, необходимые для постановки диагноза и оказания неотложной помощи.

4. Помнить о собственной безопасности

Пациент может оказаться инфицированным (ВИЧ, гепатиты, туберкулёз и др.). Место, где оказывается неотложная помощь, — опасным (отравляющие вещества, радиация, криминальные конфликты и др.) Неправильное поведение или ошибки при оказании неотложной помощи могут явиться поводом для судебного преследования.

**Анафилактический шок**

**Каковы основные причины развития анафилактического шока?**

Это угрожающее жизни острое проявление аллергической реакции. Чаще развивается в ответ на парентеральное введение лекарственных препаратов, таких как пенициллин, сульфаниламиды, сыворотки, вакцины, белковые препараты, рентгеноконтрастные вещества и др., а также появляется при проведении провокационных проб с пыльцевыми и реже пищевыми аллергенами. Возможно возникновение анафилактического шока при укусах насекомых.

**Что представляет собой типичная клиническая картина анафилактического шока?**

Клиническая картина анафилактического шока характеризуется быстротой развития - через несколько секунд или минут после контакта с аллергеном. Отмечается угнетение сознания, падение артериального давления, появляются судороги, непроизвольное мочеиспускание. Молниеносное течение анафилактического шока заканчивается летальным исходом. У большинства заболевание начинается с появления чувства жара, гиперемии кожи, страха смерти, возбуждения или, наоборот, депрессии, головной боли, боли за грудиной, удушья. Иногда развивается отек гортани по типу отека Квинке со стридорозным дыханием, появляются кожный зуд, высыпания, ринорея, сухой надсадный кашель. Артериальное давление резко падает, пульс становится нитевидным, может быть выражен геморрагический синдром с петехильными высыпаниями.

## Как оказать неотложную помощь больному?

Следует прекратить введение лекарств или других аллергенов, наложить жгут проксимальнее места введения аллергена. Помощь нужно оказывать на месте; с этой целью необходимо уложить больного и зафиксировать язык для предупреждения асфиксии. Ввести 0,5 мл 0,1 % раствора адреналина подкожно в месте введения аллергена (или в месте укуса) и внутривенно капельно 1 мл 0,1 % раствора адреналина. Если артериальное давление остается низким, через 10-15 минут введение раствора адреналина следует повторить. Большое значение для выведения больных из анафилактического шока имеют кортикостероиды. Преднизолон следует вводить в вену в дозе 75-150 мг и более; дексаметазон - 4-20 мг; гидрокортизон - 150-300 мг; при невозможности ввести кортикостероиды в вену их можно ввести внутримышечно. Ввести антигистаминные препараты: пипольфен - 2-4 мл 2,5 % раствора подкожно, супрастин - 2-4 мл 2 % раствора или димедрол - 5 мл 1 % раствора. При асфиксии и удушье ввести 10-20 мл 2,4 % раствора эуфиллина внутривенно, алупент - 1-2 мл 0,05 % раствора, изадрин - 2 мл 0,5 % раствора подкожно. При появлении признаков сердечной недостаточности ввести коргликон - 1 мл 0,06 % раствора в изотоническом растворе хлорида натрия, лазикс (фуросемид) 40-60 мг внутривенно струйно быстро в изотоническом растворе натрия хлорида. Если аллергическая реакция развилась на введение пенициллина, ввести 1000000 ЕД пенициллиназы в 2 мл изотонического раствора натрия хлорида. Показано введение гидрокарбоната натрия (200 мл 4 % раствора) и противошоковых жидкостей. При необходимости проводят реанимационные мероприятия, включающие закрытый массаж сердца, искусственное дыхание, интубацию бронхов. При отеке гортани показана трахеостомия.

**Артериальная гипотония**

**Каковы клинические проявления артериальной гипотонии?**

При артериальной гипотонии отмечается головная боль тупого, давящего характера, иногда приступообразная пульсирующая боль, сопровождающаяся тошнотой и рвотой. Во время приступа головной боли пациенты бледны, пульс слабого наполнения, падает артериальное давление до 90/60 мм рт. ст. и ниже.

**Что представляет собой неотложная помощь?**

Проводится введение 2 мл 20 % раствора кофеина или 1 мл 5 % раствора эфедрина. Госпитализации не требуется.

**Стенокардия**

**Что характерно для болей в сердце, обусловленных стенокардией?**

Важнейшим моментом в лечении стенокардии является купирование болевых приступов. Болевой приступ при стенокардии характеризуется сжимающей болью за грудиной, которая может возникнуть либо после физической нагрузки (стенокардия напряжения) либо в покое (стенокардия покоя). Боль длится в течение нескольких минут и снимается с помощью приема нитроглицерина.

**Как купируется приступ стенокардии?**

Для снятия приступа показано применение нитроглицерина (по 2-3 капли 1 % спиртового раствора или в таблетках по 0,0005 г). Препарат должен всосаться в слизистую оболочку полости рта, поэтому его следует помещать под язык. Нитроглицерин вызывает расширение сосудов верхней половины тела и коронарных сосудов. В случае эффективности нитроглицерина боли проходят через 2-3 минуты. Если через несколько минут после приема препарата боли не исчезли, можно принять его повторно.

**Как купируются сильные и затяжные боли при приступе стенокардии?**

При сильных затяжных болях можно ввести внутривенно 1 мл 1 % раствора морфина с 20 мл 40 % раствора глюкозы. Вливание производят медленно. Учитывая, что тяжелый затяжной приступ стенокардии может быть началом инфаркта миокарда, в случаях, когда требуется внутривенное введение наркотических ана-льгетиков, для предупреждения тромбоза следует вместе с морфином (в том же шприце) ввести внутривенно 5000-10000 ЕД гепарина.

Болеутоляющий эффект дает внутримышечное введение 2 мл 50 % раствора анальгина. Иногда его применение позволяет уменьшить дозу вводимых наркотических анальгетиков, так как анальгин усиливает их действие. Иногда хороший обезболивающий эффект дает применение горчичников на область сердца. Раздражение кожи при этом вызывает рефлекторное расширение венечных артерий и улучшает кровоснабжение миокарда.

**Инфаркт миокарда**

**Каковы основные причины инфаркта миокарда?**

Инфаркт миокарда - некроз участка сердечной мышцы, развивающийся в результате нарушения ее кровоснабжения. Непосредственной причиной инфаркта миокарда является закрытие просвета венечных артерий или сужение атеросклеротической бляшкой либо тромбом.

**Каковы отличительные особенности боли в сердце при инфаркте миокарда?**

Основной симптом инфаркта - сильная сжимающая боль за грудиной слева. Боль иррадиирует в левую лопатку, руку, плечо. Повторный многократный прием нитроглицерина при инфаркте не снимает боли, она может длиться часами, а иногда и сутками.

**Что представляет собой неотложная помощь в острой стадии инфаркта миокарда?**

Неотложная помощь в острой стадии инфаркта включает прежде всего снятие болевого приступа. Если предварительный повторный прием нитроглицерина (по 0,0005 г в таблетке или 2-3 капли 1 % спиртового раствора) боль не снял, необходимо ввести промедол (1 мл 2 % раствора), пантопон (1 мл 2 % раствора) или морфин (1 кл 1 % раствора) подкожно вместе с 0,5 мл 0,1 % раствора атропина и 2 мл кордиамина. Если подкожное введение наркотических анальгетиков обезболивающего эффекта не оказало, следует прибегнуть к внутривенному вливанию 1 мл морфина с 20 мл 40 % раствора глюкозы. Иногда ангинозные боли удается снять только с помощью наркоза с закисью азота в смеси с кислородом в соотношении 4:1, а после прекращения боли - 1:1. В последние годы для снятия болевого синдрома и предупреждения шока применяют фентанил по 2 мл 0,005 % раствора внутривенно с 20 мл физиологического раствора. Вместе с фентанилом обычно вводят 2 мл 0,25 % раствора дроперидола; эта комбинация позволяет усилить обезболивающий эффект фентанила и сделать его более продолжительным. Применение фентанила вскоре после введения морфина нежелательно из-за опасности остановки дыхания.

**Как осуществляется борьба с острой сосудистой и сердечной недостаточностью при инфаркте миокарда?**

В комплекс неотложных мероприятий в острой стадии инфаркта миокарда входит применение средств против острой сосудистой и сердечной недостаточности и антикоагулянтов прямого действия. При незначительном снижении артериального давления иногда достаточно кордиамина, кофеина, камфоры, введенных подкожно. Значительное падение артериального давления (ниже 90/60 мм рт. ст.), угроза коллапса требуют применения более мощных средств - 1 мл 1 % раствора мезатона или 0,5-1 мл 0,2 % раствора норадреналина подкожно. При сохраняющемся коллапсе эти препараты следует вводить повторно через каждые 1-2 часа. В этих случаях показаны также внутримышечные инъекции стероидных гормонов (30 мг преднизолона или 50 мг гидрокортизона), способствующих нормализации сосудистого тонуса и артериального давления.

**Бронхиальная астма**

**Какова общая характеристика приступа бронхиальной астмы?**

Основное проявление бронхиальной астмы - приступ удушья со слышимыми на расстоянии сухими хрипами. Часто приступу атонической бронхиальной астмы предшествует продромальный период в виде ринита, зуда в носоглотке, сухого кашля, чувства давления за грудиной. Приступ атонической бронхиальной астмы возникает обычно при контакте с аллергеном и быстро обрывается при прекращении такого контакта.

**Как оказывается неотложная помощь при приступе бронхиальной астмы?**

При приступе бронхиальной астмы необходимы: 1) прекращение контакта с аллергеном; 2) введение симпатомиметиков; адреналин - 0,2-0,3 мл 0,1 % раствора подкожно, эфедрин - 1 мл 5 % раствора подкожно; 3) ингаляционное введение симпатомиметика (беротек, алупент, вентолин, сальбутамол); 4) введение ксантиновых препаратов: 10 мл 2,4 % раствора эуфиллина внутривенно или 1-2 мл 24 % раствора внутримышечно.

При отсутствии эффекта вводить глюкокортикоиды внутривенно: 125-250 мг гидрокортизона или 60-90 мг преднизолона.

**Коллапс**

**Каковы, проявления и причины возникновения коллапса?**

Коллапс - острая сосудистая недостаточность, которая проявляется резким снижением артериального давления и расстройством периферического кровообращения. Наиболее частой причиной коллапса являются массивные кровопотери, травмы, инфаркт миокарда, отравления, острые инфекции и т. д. Коллапс может быть непосредственной причиной смерти больного.

**Каковы клинические проявления коллапса?**

Характерен внешний вид больного: заостренные черты лица, ввалившиеся глаза, бледно-серая окраска кожи, мелкие капли пота, холодные синюшные конечности. Больной лежит неподвижно, вял, заторможен, реже беспокоен; дыхание учащенное, поверхностное, пульс частый, малого наполнения, мягкий. Артериальное давление падает: степень его снижения характеризует тяжесть коллапса.

Выраженность симптомов зависит от характера основного заболевания. Так при острой кровопотере бросается в глаза бледность кожи и видимых слизистых оболочек; при инфаркте миокарда нередко можно отметить синюшность кожи лица, акроцианоз и т. д.

**Как оказывается помощь больному при коллапсе?**

При коллапсе больному необходимо придать горизонтальное положение (подушки из-под головы убрать), к конечностям положить грелки. Немедленно вызвать врача. До его прихода надо ввести больному сердечнососудистые средства (кордиамин, кофеин) подкожно. По назначению врача проводят комплекс мероприятий в зависимости от причины коллапса: кровоостанавливающая терапия и переливание крови при кровопотере, введение сердечных гликозидов и обезболивающих средств при инфаркте миокарда и т. д.

**Коматозные состояния**

клинический неотложный медицинский помощь

**Что представляет собой кома?**

Комой называется бессознательное состояние с глубоким нарушением рефлексов, отсутствием реакции на раздражения.

Общим и основным симптомом коматозного состояния любого происхождения является глубокая потеря сознания, обусловленная поражением жизненно важных отделов головного мозга.

**Каковы симптомы прекомы?**

Кома может возникнуть внезапно среди относительного благополучия. Острое развитие характерно для мозговой комы при инсульте, гипогликемической комы. Однако во многих случаях коматозное состояние, осложняющее течение болезни, развивается постепенно (при диабетической, уремической, печеночной комах и многих других коматозных состояниях). В этих случаях коме, глубокой потере сознания, предшествует стадия прекомы. На фоне нарастающего обострения симптомов основного заболевания появляются признаки поражения центральной нервной системы в виде оглушенности, вялости, безразличия, спутанности сознания с периодическими его прояснениями. Однако в этот период больные сохраняют способность реагировать на сильные раздражения, с опозданием, односложно, но все же отвечают на громко заданный вопрос, у них сохраняются зрачковые, роговичный и глотательный рефлексы. Знание симптомов прекоматозного состояния особенно важно, так как нередко своевременное оказание помощи в этот период болезни предупреждает развитие комы и сохраняет жизнь больным.

**Печеночная кома. Рвота "Кофейной гущей"**

При обследовании кожи следует учитывать, что при уремии, тромбозе мозговых сосудов, малокровии кожа бледная. При алкогольной коме, кровоизлиянии в мозг лицо обычно гиперемировано. Розовая окраска кожи характерна для комы при отравлении угарным газом. Желтушность кожи наблюдается обычно при печеночной коме. Важное значение имеет определение влажности кожи больного в коме. Влажная, покрытая потом кожа характерна для гипогликемической комы. При диабетической коме кожа всегда сухая. Следы старых расчесов на коже могут быть отмечены у больных диабетической, печеночной и уремической комой. Свежие фурункулы, а также кожные рубцы от старых фурункулов, обнаруженные у больных в коме, позволяют предположить сахарный диабет.

Определенное значение имеет исследование тургора кожи. При некоторых заболеваниях, сопровождающихся обезвоживанием организма и ведущих к развитию комы, отмечается значительное снижение тургора кожи. Этот признак особенно выражен при диабетической коме. Аналогичное снижение тургора глазных яблок при диабетической коме делает их мягкими, что хорошо определяется пальпаторно.

**Как проводится оказание помощи больному при диабетической (гипергликемической) коме?**

Лечение комы зависит от характера основного заболевания. При диабетической коме больному вводят по назначению врача инсулин подкожно и внутривенно, гидрокарбонат натрия, физиологический раствор.

**Как проводится оказание помощи больному при гипогликемической коме?**

Гипогликемической коме предшествует ощущение голода, слабость и дрожь во всем теле. До прихода врача больному дают сахар или сладкий чай. В вену вводят 20-40 мл 40 % раствора глюкозы.

**Как оказывается неотложная помощь больному при уремической коме?**

При уремической коме лечебные мероприятия направлены на уменьшение интоксикации. С этой целью промывают желудок, ставят очистительную клизму, капельно вводят изотонический раствор хлорида натрия и 5 % раствор глюкозы.

**Как оказывается неотложная помощь больному при печеночной коме?**

При печеночной коме по назначению врача вводят капелью растворы глюкозы, стероидные гормоны, витамины.

**Обморок**

**Каков патогенез и основные причины возникновения обморока?**

Обморок - внезапно возникающая кратковременная утрата сознания с ослаблением деятельности сердечной и дыхательной систем. Обморок является легкой формой острой сосудистой мозговой недостаточности и обусловлен анемией мозга; чаще возникает у женщин. Обморок может возникнуть в результате психической травмы, при виде крови, болевом раздражении, при длительном пребывании в душном помещении, при интоксикациях и инфекционных заболеваниях.

**Каковы клинические проявления обморока легкой степени выраженности?**

Степень выраженности обморочного состояния может быть различной. Обычно обморок характеризуется внезапным возникновением легкого затуманивания сознания в сочетании с головокружением несистемного типа, звоном в ушах, тошнотой, зевотой, усилением перистальтики кишечника. Объективно отмечаются резкая бледность кожных покровов, похолодание рук и ног, капли пота на лице, расширение зрачков. Пульс слабого наполнения, артериальное давление снижено. Приступ длится несколько секунд.

**Каковы клинические проявления тяжелого обморока?**

В более тяжелом случае обморока наступает полная потеря сознания с выключением мышечного тонуса, больной медленно оседает. На высоте обморока отсутствуют глубокие рефлексы, пульс едва прощупывается, артериальное давление низкое, дыхание поверхностное. Приступ длится несколько десятков секунд, а затем следует быстрое и полное восстановление сознания без явлений амнезии.

Судорожный обморок характеризуется присоединением к картине обморока судорог. В редких случаях отмечаются слюнотечение, непроизвольное мочеиспускание и дефекация. Бессознательное состояние иногда длится несколько минут.

После обморока сохраняются общая слабость, тошнота, неприятное ощущение в животе.

**Какая неотложная помощь необходима больному?**

Больного следует уложить на спину с несколько опущенной головой, расстегнуть воротник, обеспечить доступ свежего воздуха, К носу поднести ватку, смоченную нашатырным спиртом, обрызгать лицо холодной водой. При более стойком обморочном состоянии следует подкожно ввести 1 мл 10 % раствора кофеина или 2 мл кордиамина, можно применять эфедрин - 1 мл 5 % раствора, мезатон - 1 мл 1 % раствора, норадреналин - 1 мл 0,2 % раствора.

Больной должен быть осмотрен врачом.

**Судороги**

**Каковы отличительные признаки судорожного припадка при эпилепсии?**

Одним из наиболее распространенных и опасных видов судорожных состояний является генерализованный судорожный припадок, который наблюдается при эпилепсии. В большинстве случаев больные эпилепсией за несколько минут до его наступления отмечают так называемую ауру (предвестник), которая проявляется повышенной раздражительностью, сердцебиением, ощущением жара, головокружением, ознобом, чувством страха, восприятием неприятных запахов, звуков и т. п. Затем больной внезапно теряет сознание и падает. В начале первой фазы (в первые секунды) припадка он нередко издает громкий крик.

**Каковы основные принципы оказания помощи при эпилептическом, припадке?**

Оказывая первую помощь больному, прежде всего, необходимо предупредить возможные ушибы головы, рук, ног при падении и судорогах, для чего под голову пациента подкладывают подушку, руки и ноги придерживают. Для предупреждения асфиксии необходимо расстегнуть воротник. Между зубами больного нужно вставить твердый предмет, например ложку, обернутую салфеткой, для того чтобы предупредить прикус языка. Во избежание вдыхания слюны голову больного следует повернуть в сторону.

**Что представляет собой эпилептический статус?**

Опасным осложнением эпилепсии, угрожающим жизни больного, является эпилептический статус, при котором судорожные припадки следуют один за другим, так что сознание не проясняется. Эпилептический статус является показанием к срочной госпитализации больного в неврологическое отделение больницы.

**Какая неотложная помощь необходима при эпилептическом статусе?**

При эпилептическом статусе неотложная помощь состоит в назначении клизмы с хлоралгидратом (2,0 г на 50 мл воды), внутривенном введении 10 мл 25 % раствора магния сульфата и 10 мл 40 % раствора глюкозы, внутримышечном введении 2-3 мл 2,5 % раствора аминазина, внутривенном вливании 20 мг диазепама (седуксена), растворенного в 10 мл 40 % раствора глюкозы. При продолжающихся припадках медленно внутривенно вводят 5-10 мл 10 % раствора гексенала. Делают спинномозговую пункцию с выведением 10-15 мл раствора.

**Каковы отличительные особенности судорожного припадка при истерии?**

Судорожный припадок при истерии существенно отличается от эпилептического. Развивается он чаще всего после каких-либо переживаний, связанных с огорчением, обидой, испугом, и, как правило, в присутствии родственников или посторонних. Больной может упасть, однако обычно не причиняет себе тяжелых повреждений, сознание сохраняется, не бывает прикуса языка, непроизвольного мочеиспускания. Веки плотно сжаты, глазные яблоки повернуты вверх. Реакция зрачков на свет сохранена. Больной правильно реагирует на болевые раздражения. Судороги носят характер целенаправленных движений (например, больной поднимает руки, как бы защищая голову от ударов). Движения могут быть хаотичными. Больной размахивает руками, гримасничает. Продолжительность истерического припадка - 15-20 минут, реже - несколько часов. Припадок заканчивается стремительно. Больной приходит в обычное состояние, чувствует облегчение. Состояния оглушенности, сонливости не бывает. В отличие от эпилептического истерический припадок никогда не развивается во время сна.

**Как оказывают неотложную помощь при истерическом судорожном припадке?**

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

**Отравления**

**Какова общая характеристика отравлений?**

Отравление - патологическое состояние, обусловленное воздействием ядов на организм. Причинами отравлений могут быть недоброкачественные пищевые продукты и ядовитые растения, различные химические вещества, применяемые в быту и на производстве, лекарственные препараты и т. д. Яды оказывают на организм местное и общее воздействие, которое зависит от характера яда и пути его попадания в организм.

**Каковы основные принципы оказания больному первой помощи?**

При всех острых отравлениях неотложная помощь должна преследовать следующие цели: 1) максимально быстрое выведение яда из организма; 2) обезвреживание остающегося в организме яда с помощью противоядий (антидотов); 3) борьба с нарушениями дыхания и кровообращения.

**Каковы особенности оказания неотложной помощи пострадавшему в зависимости от способа попадания отравляющего вещества?**

При попадании яда через рот необходимо немедленное промывание желудка, которое проводят там, где произошло отравление (дома, на производстве); целесообразно очистить кишечник, для чего дают слабительное, ставят клизму.

При попадании яда на кожу или слизистые оболочки надо немедленно удалить яд механическим путем. Для дезинтоксикации по назначению врача подкожно и внутривенно вводят растворы глюкозы, хлорида натрия, гемодеза, полиглюкина и др. При необходимости применяют так называемый форсированный диурез: одновременно вводят 3-5 л жидкости и быстродействующие мочегонные средства. Для обезвреживания яда используют специфические антидоты (унитиол, метиленовый синий и др.) в зависимости от характера отравления. Для восстановления функции дыхания и кровообращения применяют кислород, сердечно-сосудистые средства, дыхательные аналептики, искусственное дыхание, включая аппаратное.

**Поражение электрическим током**

**Каков патогенез действия тока на организм и причины возникновения травмы?**

Поражение электрическим током напряжением выше 50 В вызывает тепловой и электролитический эффекты. Чаще всего поражение возникает вследствие несоблюдения техники безопасности при работе с электрическими приборами как в быту, так и на производстве.

**Какова клиническая картина при поражении током?**

Чем выше напряжение и продолжительнее действие тока, тем тяжелее поражения (вплоть до летальных исходов). В местах входа и выхода тока (чаще всего на руках и ногах) наблюдаются тяжелые электроожоги вплоть до обугливания. В более легких случаях имеются так называемые метки тока - округлые пятна от 1 до 5-6 см в диаметре, темные внутри и синеватые по периферии. В отличие от термических ожогов волосы не опалены. Существенное значение имеет то, через какие органы проходит ток, что можно установить, соединяя мысленно места входа и выхода тока. Особенно опасно прохождение тока через сердце, головной мозг, так как это может вызвать остановку сердца и дыхания. Вообще при любой электротравме имеется поражение сердца. В тяжелых случаях наблюдается частый мягкий пульс, низкое артериальное давление; пострадавший бледен, испуган, отмечается одышка. Нередко наблюдаются судороги, остановка дыхания.

**Как оказывается неотложная помощь пострадавшему?**

Прежде всего, пострадавшего освобождают от контакта с электротоком (если это не сделано ранее). Выключают источник электропитания, а если это невозможно, то сбрасывают оборванный провод деревянной сухой палкой. Если оказывающий помощь одет в резиновые сапоги и резиновые перчатки, то можно оттащить пострадавшего от электропровода. При остановке дыхания проводят искусственное дыхание, вводят сердечные и сердечно-сосудистые средства (0,1 % раствор адреналина - 1 мл, кордиамин - 2 мл, 10 % раствор кофеина - 1 мл подкожно), средства, стимулирующие дыхание (1 % раствор лобелина - 1 мл внутривенно медленно или внутримышечно). Накладывают стерильную повязку на электроожоговую рану.

Больного транспортируют на носилках в ожоговое или хирургическое отделение.

**Почечная колика**

**Каковы причины возникновения почечной колики?**

Почечная колика развивается при внезапном возникновении препятствия на пути оттока мочи из почечной лоханки. Чаще всего почечная колика развивается вследствие перемещения камня или прохождения по мочеточнику конгломерата плотных кристаллов, а также из-за нарушения проходимости мочеточника при перегибе, воспалительных процессах.

**Какова клиническая картина приступа почечной колики?**

Приступ начинается внезапно. Чаще всего он бывает вызван физическим напряжением, но может наступить и среди полного покоя, ночью во время сна, часто после обильного питья. Боль режущая с периодами затишья и обострения. Больные ведут себя неспокойно, мечутся в постели в поисках положения, которое облегчило бы их страдание. Приступ почечной колики нередко принимает затяжной характер и с короткими ремиссиями может длиться несколько дней подряд. Как правило, боль начинается в поясничной области и распространяется в подреберье и в живот и, что особенно характерно, по ходу мочеточника в сторону мочевого пузыря, мошонки у мужчин, половых губ у женщин, на бедра. Во многих случаях интенсивность боли оказывается большей в животе или на уровне половых органов, чем в области почек. Боль обычно сопровождается учащенными позывами к мочеиспусканию и режущей болью в уретре.

Длительная почечная колика может сопровождаться повышением артериального давления, а при пиелонефрите - повышением температуры.

**Какая неотложная помощь необходима больному?**

Доврачебная помощь обычно ограничивается тепловыми процедурами - грелкой, горячей ванной, которые дополняются приемом спазмолитических и обезболивающих средств из домашней аптечки (обычно имеющейся у больного с частыми приступами почечной колики): ависан - 0,5-1 г, цистенал - 10-20 капель, папаверин - 0,04 г, баралгин - 1 таблетка. По назначению врача вводится атропин и наркотические анальгетики.

# Список использованных источников:

1. Евдокимов Н.М. Оказание первой доврачебной медицинской помощи.-М., 2001

2. Малая медицинская энциклопедия т. 1,2,3 М.,1986

3. Первая медицинская помощь: справочник М., 2001

Размещено на