

Методическое пособие учебного занятия для студентов

по теме: «Неотложные состояния у детей».



ПМ 02. «Участие в лечебно - диагностическом и реабилитационном процессах»

МДК 02.01 «Сестринский уход при различных состояниях и заболеваниях»

Специальность 060501.51 Сестринское дело.
2012г.

Составитель:

Д.А. Орешникова Преподаватель клинической дисциплины
«Сестринское дело в педиатрии».

Рецензенты:

Мальчикова Е.В. Зам гл. врача ДГП № 33 СЗАО г. Москвы, врач
высшей категории.

Н.Е. Баталова Преподаватель клинической дисциплины «Педиатрия
с детскими инфекциями» ГБОУ СПО МК № 4
преподаватель высшей квалификационной категории.

СОДЕРЖАНИЕ МЕТОДИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ

	Стр.
1. Введение	4
2. Методический блок:	7
актуальность	8
рекомендации по работе с методическим пособием	9
тема, вид занятия, тип занятия, количество часов	10
мотивация деятельности студента	10
цели занятия	10
место проведения занятия и оснащение	12
междисциплинарные связи для ПМ. 02.	13
внутри дисциплинарные связи для ПМ. 02.	14
список литературы	15
домашнее задание	15
инструкция для студента	16
критерии оценок	17
оценочный лист	21
3. Информационный блок	22
инструкция	23
терминологический словарь	25
опорный конспект	26
4. Блок контроля	58
Определение исходного уровня знаний	59
Контроль результатов изучения нового материала	63
Закрепление нового материала и коррекция ошибок	69
Контроль эффективности обучения.	73

Введение

Данное методическое пособие по теме «*Неотложные состояния у детей*», входящее в ПМ 02. «Участие в лечебно - диагностическом и реабилитационном процессах» МДК 02.01 Сестринский уход при различных состояниях и заболеваниях для специальности 060501.51 Сестринское дело предназначено для студентов.

Методическое пособие создано с целью оказания помощи студентам при самостоятельном изучении данной темы. Актуальность создания методического пособия вызвана трудностью усвоения студентами данного материала из-за большого объема информации в учебной литературе.

В методическом пособии уделяется внимания таким неотложным состояниям у детей как: гипертермия, судороги, острые аллергические реакции, острая сердечно-сосудистая недостаточность, приступ бронхиальной астмы и различные виды отравлений.

С целью оптимизации восприятия материала по данной теме в информационном блоке помещен опорный конспект, глоссарий, включающий актуальный материал по оказанию первой неотложной медицинской помощи при основных неотложных состояниях у детей с учетом клинической картины неотложного состояния и возраста ребенка. Большой объём дидактического материала обосновывается возможностью варьировать им в зависимости от подготовленности группы и возможностей преподавателя применить его на данном учебном занятии.

В соответствии с требованиями к результатам освоения профессиональной программы медицинская сестра должен обладать профессиональными компетенциями, соответствующими основному виду профессиональной деятельности (по базовой подготовке):

2.3.1 Неотложные состояния у детей

ПК 1. Представлять информацию в понятном для пациента виде, объяснять ему суть вмешательств.

ПК 2. Осуществлять лечебно-диагностические вмешательства, взаимодействуя с участниками лечебного процесса.

ПК 3. Сотрудничать со взаимодействующими организациями и службами.

ПК 4. Применять медикаментозные средства в соответствии с правилами их использования.

ПК 5. Соблюдать правила использования аппаратуры, оборудования и изделий медицинского назначения в ходе лечебно-диагностического процесса.

ПК 6. Вести утвержденную медицинскую документацию.

ПК 8. Оказывать паллиативную помощь.

Материалы методического пособия способствуют реализации профессиональных компетенций:

1. Представлять информацию в понятном для пациента виде, объяснять ему суть вмешательств.
2. Осуществлять лечебно-диагностические вмешательства, взаимодействуя с участниками лечебного процесса.
3. Сотрудничать со взаимодействующими организациями и службами.
4. Применять медикаментозные средства в соответствии с правилами их использования.
5. Соблюдать правила использования аппаратуры, оборудования и изделий медицинского назначения в ходе лечебно-диагностического процесса.

Материалы методического пособия могут применяться при самоподготовке студентов к занятию по данной теме, при выполнении студентами самостоятельной внеаудиторной работы и для подготовки к последующим занятиям, развивающим и закрепляющим знания, полученные на данном занятии.

При проведении занятия с применением учебного материала данного методического пособия мобилизуются знания студентов, полученные при общепрофессиональных дисциплин «Анатомия и физиология человека», «Фармакология», «Основы патологии», «Латинский язык с медицинской

терминологией» и профессионального модуля 07. «Младшая медицинская сестра по уходу за больным»

Методическое пособие состоит из блоков:

1.Методический блок:

- актуальность темы;
- рекомендации по работе с методическим пособием;
- тема, вид занятия, тип занятия, количество часов;
- мотивация деятельности студентов;
- цели занятия;
- место проведения занятия и оснащение;
- междисциплинарные связи для ПМ. 02.
- внутри дисциплинарные связи для ПМ. 02.
- список литературы;
- домашнее задание;
- инструкция для студента;
- критерии оценок;
- оценочный лист.

2.Информационный блок:

- инструкция;
- терминологический словарь;
- опорный конспект.

3.Блок контроля знаний:

- задание №1.Тест «Верно не Верно», вставьте пропущенное слово для контроля исходного уровня знаний;
- задание №2. Проблемные ситуации с элементами ролевой игры в стихотворной форме.
- задание №3.Проблемные ситуационные задачи с иллюстрациями и методическими указаниями к ним;
- задание №4. Тестовые задания;

Методический блок.



АКТУАЛЬНОСТЬ

Проблема неотложных состояний у детей занимает одно из центральных мест среди всех разделов клинической педиатрии. Развитие угрожающих жизни состояний в детском возрасте обусловлено многими факторами, в том числе анатомо-физиологическими особенностями, несовершенством нейрогуморальной регуляции функций организма, а также отягощенным преморбидным фоном. Все это способствует формированию у ребенка «напряженного гомеостаза» и приводит к быстрому срыву адаптационно-компенсаторных возможностей при воздействии неблагоприятных факторов.

Каждый врач-педиатр, медицинская сестра должны владеть основательными знаниями и умениями, касающимися оказания неотложной помощи ребенку при критических состояниях, тяжелых заболеваниях и несчастных случаях. Успех в оказании экстренной помощи во многом зависит от правильной диагностики и выбора необходимых лечебных мероприятий. При этом от врача и медицинской сестры требуется решительность, оперативность и умение организовать необходимую помощь, чтобы ликвидировать угрожающее состояние.

Методы оказания неотложной помощи детям постоянно совершенствуются с учетом новейших достижений в медицинской науке вообще и педиатрии в частности.



РЕКОМЕНДАЦИИ ПО РАБОТЕ С МЕТОДИЧЕСКИМ ПОСОБИЕМ

1.Методическое пособие содержит цели, отражающие знания и умения, которыми должен обладать студент по окончании работы с пособием.

2.В глоссарии термины представлены по мере их появления при изложении данной темы.

3.Блок контроля включает следующие компоненты:

➤ Исходный уровень знаний студентов определяется в процессе индивидуальной работы в форме ответов на тест «Верно не верно» и задания «Вставьте пропущенное слово» на проблемные вопросы, раскрывающие основные положения темы.

➤ С целью изучения нового материала и расширения знаний по теме занятия студентам предлагается проблемные ситуации с элементами ролевой игры в стихотворной форме.

➤ С целью закрепления изученного материала студентам необходимо решить пять ситуационные задачи с иллюстрациями.

➤ На этапе итогового контроля знаний предлагается выполнение тестовых заданий.

➤ 5. Продолжительность каждого этапа занятия может варьироваться в зависимости от исходного уровня знаний и работоспособности студентов.

➤ 6. Материалы данного методического пособия могут использоваться студентами для подготовки к занятиям по другим темам и создания ими материалов по внеаудиторной самостоятельной работе.

НАЗВАНИЕ ПМ и МДК

ПМ.02. «Участие в лечебно – диагностическом и реабилитационном процессах»

МДК 02.01. «Сестринский уход при различных состояниях и заболеваниях»

ТЕМА

«Неотложные состояния у детей»

ВИД ЗАНЯТИЯ

Самостоятельная работа

ТИП ЗАНЯТИЯ

Усвоение новых знаний и первичное применение новых знаний

КОЛИЧЕСТВО ЧАСОВ

2 часа.

МОТИВАЦИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТУДЕНТОВ

Главным заданием врача и медицинской сестры любой специальности является охрана здоровья и спасение жизней. Не вызывает сомнения тот факт, что неотложная помощь в любой отрасли медицины - самая важная область работы медицинского работника, а тем более в педиатрии. Сталкиваясь с ургентной ситуацией, медсестра должен оценить тяжесть состояния и риск для жизни, учитывая возраст, анатомо - физиологические особенности организма, в крайне короткий промежуток времени оценить состояния ребенка и оказать первую неотложную помощь. В таких условиях очень актуальной становится необходимость владеть методиками оказания неотложной помощи.

ЦЕЛИ:

Тема является чрезвычайно ёмкой и трудной для понимания; обучение будет продолжено при изучении других тем профессионального модуля 02. «Участие в лечебно – диагностическом и реабилитационном процессах» для специальности 060501.51 Сестринское дело.

УЧЕБНЫЕ ЦЕЛИ: сформировать знания по теме «Неотложные состояния у детей » и отработать навыки алгоритма неотложной помощи. Быть уверенным в правильности своих профессиональных действий при оказании неотложной помощи ребенку и уметь их обосновывать.

В результате изучения темы «Неотложные состояния у детей» для формирования профессиональных компетенций по выявлению причин, первых признаков, диагностике основных неотложных состояний, по определению тактики ведения пациента (ухода) и выполнению лечебных вмешательств, по оказанию неотложной медицинской помощи **студент должен**

знать:

1. причины развития;
2. первые признаки неотложных состояний у детей;
3. принципы экстренной медицинской помощи при неотложных состояниях;

уметь:

1. выявлять синдромы, требующие неотложной доврачебной помощи и определять их приоритетность;
- 2.определить задачи медсестры при оказании доврачебной помощи;
- 3.составлять алгоритм оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе в условиях решения проблемных ситуаций с элементами ролевой игры при:
 - судорожном синдроме;
 - гипертермическом синдроме;
 - острых аллергических реакциях;
 - острой сердечно сосудистой недостаточности;
 - приступ бронхиальной астме;
 - острые отравления.
- 5.обосновывать тактику и лечебные вмешательства по оказанию медицинской помощи в условиях решения проблемных ситуаций с элементами ролевой игры и при решении проблемных ситуационных задач.
- 6.обучить родителей оказанию помощи детям при неотложных состояниях.
- 7.обеспечить инфекционную безопасность пациента и медицинской сестры.

РАЗВИВАЮЩИЕ ЦЕЛИ: развивать способность анализировать собственную деятельность и принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях, нести за них ответственность; применять полученные знания при изучении других клинических дисциплин; быть уверенным в правильности своих профессиональных действий при оказании неотложной помощи ребенку и уметь их обосновывать;

формировать умения продуктивного взаимодействия с однокурсниками и с преподавателем с целью овладения общими компетенциями:

- ОК 1. Понимать сущность и социальную значимость своей будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес.
- ОК 2. Организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их выполнение и качество.
- ОК 3.Принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях и нести за них ответственность.
- ОК 4.Осуществлять поиск, анализ и оценку информации, необходимой для постановки и решения профессиональных задач, профессионального и личностного развития.
- ОК 6.Работать в коллективе и команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, потребителями.
- ОК 7.Брать на себя ответственность за работу членов команды (подчиненных), за результат выполнения заданий.
- ОК 9.Ориентироваться в условиях смены технологий в профессиональной деятельности.

ВОСПИТАТЕЛЬНЫЕ ЦЕЛИ

Продолжить формирование положительных профессиональных черт личности, воспитание милосердия, сострадания, терпения, отзывчивости и честности по отношению к больному ребенку. Способствовать формированию профессиональной ответственности за жизнь ребенка

МЕСТО ПРОВЕДЕНИЯ ЗАНЯТИЯ - кабинет № 20 «Педиатрия с детскими инфекциями»

ОСНАЩЕНИЕ

1.Методическое оснащение

Методическая разработка по теме: «Неотложные состояния у детей».

2.Материально-техническое оснащение

- компьютер;
- мультимедийный проектор; экран.

Междисциплинарные связи для ПМ 02.

Участие в лечебно-диагностическом процессе

ПМ. 07. Младшая м/с по уходу за больным

МДК. 07.02. Безопасная среда для п/е и персонала:

- тема 2.2. Безопасность сестры на рабочем месте
- ПК 7. 4 Оказывать медиц. услуги в пределах своих полномочий
- ПК 7.5. Обеспечивать безопас. больничную среду для п/е и персонала, в том числе инфекцион. безопас., произведенную санитарию и лич. гигиену на раб. месте.
- МДК 07.03. Технология оказания медицинских услуг
- тема 3.2. Оценка функц. состояния п/е
- тема 3.8 Медикамен. лечение в сестринской практике
- тема 3.11 Сердечно-легочная реанимация.
- ПК 7.6 Владеть основами рацион. питания.

Анатомия и физиология человека

Раздел № 6. Процессы дыхания

- тема 6.2. Анатомия и физиология органов дыхания

Знать:

- строение и функции органов дыхания
- регуляцию дыхания
- дых. центр
- дыхательные объемы

Уметь:

- проецировать органы дыхания на скелете
- посчитать ЧДД в 1 мин.

Раздел 7 Процессы терморегуляции

Знать:

- нормотрию
- физиологич. колебания температур тела
- харак. теплопродукции и теплоотдачи
- мех. терморегуляцию

Уметь:

- отметить температуру в темп. листе
- использовать медиц. терминологию

МДК 02.01 Сестринский уход при различных состояниях и заболеваниях
Тема: «Неотложные состояния у детей»

Фармакология

Раздел № 4

- тема 4.8 Холиноблокаторы, холиномиметики, антихолинэстеразные средства
- тема 4.11 Анальгетические средства

Знать:

- классификац. лекарств. средств
- фармакол. эффекты и принцип действия
- профилактику осложнений
- показания и противопоказания

Уметь:

- выписывать рецепт
- давать рекомендации по применению

Основы патологии

Раздел № 2 Основы частной патологии

- тема 2.1 Патологии дыхания болезни органов дыхания

Знать:

- основ. причины наруш. дых.
- наруш. альвеолар. вентил.
- патологич. типы дыхания
- болезни дыхания

Уметь:

- уметь показать патологич. изменения органов дых. на препарате
- испол. медицинскую терминологию.

Латинский язык с основами медицинской терминологии

Раздел 3 Клиническая терминология

Знать:

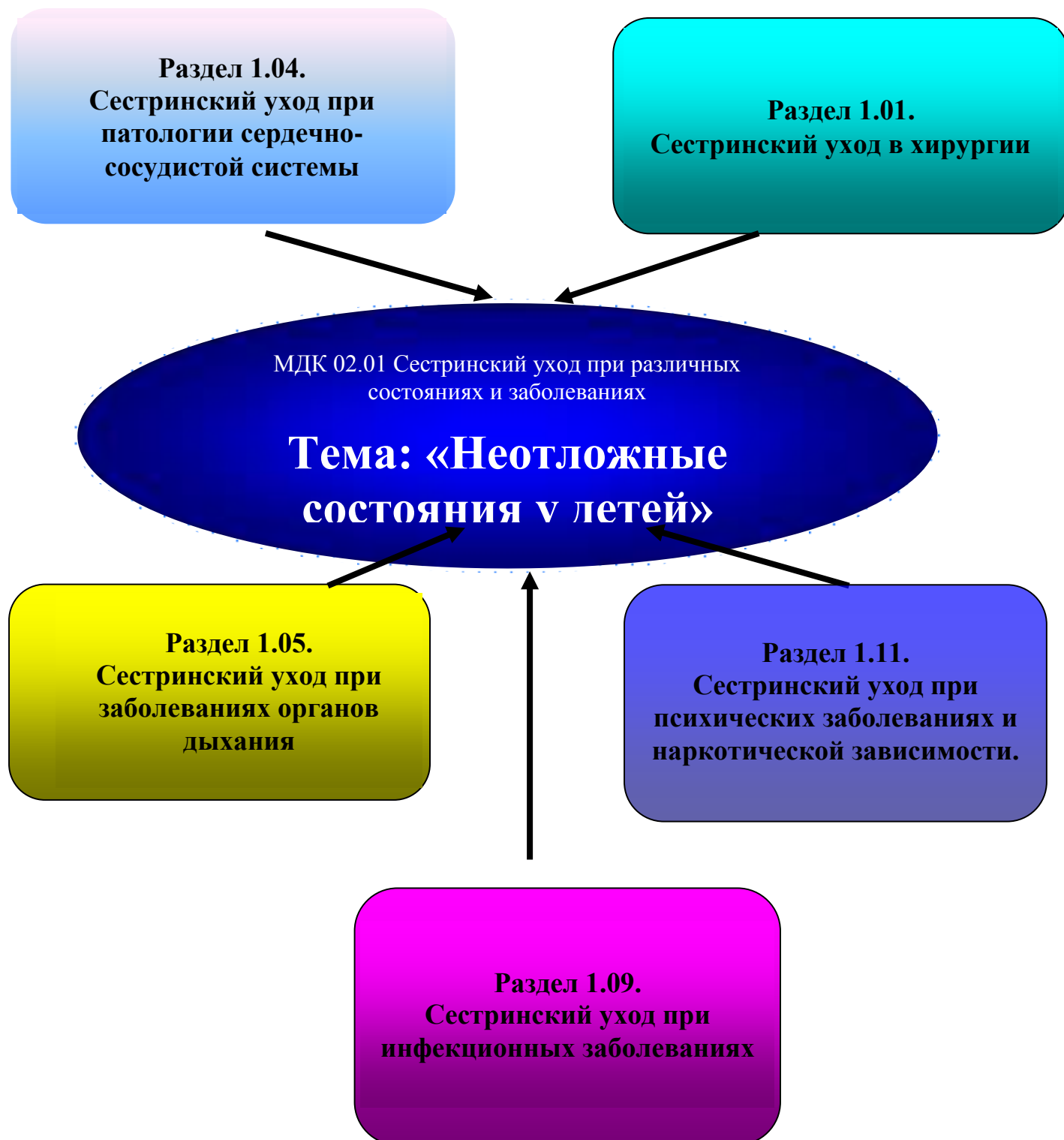
- способы словообразования
- латинские приставки, суффиксы, корни- дублиеты, прилаг.
- термоэлементы 1, 2, 3 скл.
- анатомич. лексику

Уметь:

- составлять и разбирать клинич. и анатомич. термина
- определять значения клинич. термина

Внутридисциплинарные связи (внутри ПМ 02)

«Участие в лечебно-диагностическом процессе»



Список литературы.

Основная литература

1. Тульчинская В. Д. , Соколова Н. Г. , Шеховцова Н. М.; Сестринское дело в педиатрии под ред. Р.Ф. Морозовой, - Изд. 14 – е, стер. – Ростов н/Д: Феникс, 2011. – 383 с.
2. Филин В.А. Педиатрия: Учебник для студ. сред. мед. учеб. заведений М.: Издательский центр «Академия», 2003. – 368 с.

Дополнительная литература.

1. Ежова Н.В. Педиатрия: Учебник. – Мн.: Выш. шк., 2002. – 560 с.
2. Ежова Н.В. Педиатрия: Практикум: Учеб. пособие. – Мн.: Выш. шк., 2003. – 318 с.
3. Запруднов А.М., Григорьев К.И. Педиатрия с детскими инфекциями: учеб. для студентов учреждений сред. проф. образования, обучающихся по специальностям 060101.52 «Лечеб. дело», 060102.51 «Акушер. дело» – М.: ГЭОТАР - Медиа, 2011. – 560 с. : ил.
4. В.П. Молочный «Педиатрия. Неотложные состояния у детей» / Молочный В.П.: Ростов н/Д: Феникс, 2006. – 414 с.
5. Севостьянова Н.Г. «Сестринское дело в педиатрии». В 2 томах.- М.: ФГОУ «ВУНМЦ Росздрава», 2008.
6. Панкова Е. Н. и др. «Рецептурный справочник педиатра». - Ростов н / Д: Феникс, 2010.- 416 с.
7. Шайтор В.М., Мельникова И.Ю. «Неотложная педиатрия: краткое руководство». - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.-688 с.

ДОМАШНЕЕ ЗАДАНИЕ

Учебник В.Д. Тульчинская, Н.Г. Соколова «Сестринское дело в педиатрии» стр. 285-293. Повторить.



ИНСТРУКЦИЯ

УВАЖАЕМЫЙ СТУДЕНТ!

Прежде, чем Вы приступите к изучению нового материала темы, изложенного в информационном блоке, определите уровень Вашей подготовленности к занятию, ответив на тест «Верно не верно» и вставьте пропущенное слово представленные в данном методическом пособии и занесите результаты в оценочный лист

Материалы для определения исходного уровня Ваших знаний находятся в блоке контроля.

Данный материал способствует освоению профессиональной компетенции:



- ПК 1. Представлять информацию в понятном для пациента виде, объяснять ему суть вмешательств.
- ПК 2. Осуществлять лечебно-диагностические вмешательства, взаимодействуя с участниками лечебного процесса.

*Оцените свои знания по критериям
оценки*



Желаю удачи!

Критерии контроля исходного уровня

Критерии оценки ответов на тест «Верно не верно» в баллах на 20 вопросов

Правильный ответ на 1 вопрос оценивается в 1 балл.

1 балл»

- ответ на вопрос правильный.

«0 баллов»

- ответ на вопрос неправильный или не дан.

ИТОГ:

«20-19 баллов» – 5 «отлично»

«18 - 17 баллов» – 4 «хорошо»

«15 - 16 баллов» – 3 «удовлетворительно»

«14 балла или менее» – 2 «неудовлетворительно»

Критерии оценок на тест «вставьте пропущенное слово»

Если...	То...
Вы сделали не более 1-ой ошибки (3 балл)	<u>Отлично!</u> Ваши знания соответствуют высокому уровню. Вы готовы к изучению темы занятия.
Вы сделали не более 2-х ошибок (2 балла)	<u>Хорошо!</u> Ваши знания соответствуют среднему уровню. Вы готовы к изучению темы занятия.
Вы сделали не более 3-х ошибок (1балла)	<u>Удовлетворительно!</u> Ваши знания соответствуют среднему уровню. Вы готовы к изучению темы занятия.
Вы сделали более 4-х ошибок (0 баллов)	<u>Неудовлетворительно!</u> Ваши знания соответствуют уровню ниже среднего. Вам необходимо углубить ваши знания по теме занятия, используя различные виды самостоятельной внеаудиторной работы.

Контроль результатов изучения нового материала, отработки практических умений и навыков

Проблемные ситуации с элементами ролевой игры в стихотворной форме

Правильная укладка лекарственных средств и дополнительных материалов на одно неотложное состояние, представленное, в схеме оценивается в 1 балл.

«6 баллов» – 5 «отлично»

«4 -5 балла» – 4 «хорошо»

«3 балла» – 3 «удовлетворительно»

«2 балла» – 2 «неудовлетворительно»

Закрепление изученного материала и коррекция ошибок

Критерии оценки решения ситуационной задачи

«3 баллов» «отлично» - комплексная оценка предложенной ситуации, знание теоретического материала с учетом междисциплинарных связей, правильный выбор тактики действий; последовательное, уверенное выполнение практических манипуляций; оказание неотложной помощи в соответствии с алгоритмами действий.

2 балла «хорошо» - комплексная оценка предложенной ситуации, незначительные затруднения в ответе на теоретические вопросы, неполное раскрытие междисциплинарных связей; правильный выбор тактики действий; логическое обоснование теоретических вопросов с дополнительными комментариями педагогов; последовательное уверенное выполнение практических манипуляций, оказание неотложной помощи в соответствии с алгоритмами действий.

1балла «удовлетворительно» - затруднения с комплексной оценкой предложенной ситуации; неполный ответ, требующий наводящих вопросов педагога; выбор тактики действий в соответствии с ситуацией, возможен при наводящих вопросах педагога; правильное последовательное, но

неуверенное выполнение манипуляций; оказание неотложной помощи в соответствии с алгоритмами действий.

0 балла «неудовлетворительно» - неверная оценка ситуации; неправильно выбранная тактика действий, приводящая к ухудшению ситуации; неумение оказать неотложную помощь.

Контроль эффективности

Критерии оценки тестовых заданий

Оценка	Правильных ответов, %
5 («отлично»)	90-100 (18-17 правильных ответов)
4 («хорошо»)	80-89 (16-14 правильных ответов)
3 («удовлетворительно»)	70-79(13-12 правильных ответов)
2 («неудовлетворительно»)	< 70 (менее 12 правильных ответов)

ОЦЕНОЧНЫЙ ЛИСТ

№	ФИО студента	«Верно – неверно»	Вставьте пропущенное слово	Укладка аптечки	Ситуационные задачи	Тестовые задания	Итого баллов
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
	Максимальное кол-во баллов	20	3	6	3	18	50

Критерии оценок:

50 – 47 балла – «5» (отлично)

46 – 41 балла – «4» (хорошо)

40–28 балла - «3» (удовлетворительно)

Менее 28 балла- «2» (неудовлетворительно)

Информационный блок.



ИНСТРУКЦИЯ

УВАЖАЕМЫЙ СТУДЕНТ!



**Вам предлагается опорный конспект
для аудиторной работы**

При знакомстве с новым материалом Вам предстоит:

1. выявлять синдромы, требующие неотложной доврачебной помощи и определять их приоритетность;
2. определить задачи медсестры при оказании доврачебной помощи;
3. составлять алгоритм оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе в условиях решения проблемных ситуаций с элементами ролевой игры при:

- судорожном синдроме;
- гипертермическом синдроме;
- острых аллергических реакциях;
- острой сердечно сосудистой недостаточности;
- приступ бронхиальной астме;
- острые отравления.

5. обосновывать тактику и лечебные вмешательства по оказанию медицинской помощи в условиях решения проблемных ситуаций с элементами ролевой игры и при решении проблемных ситуационных задач.

6. обучить родителей оказанию помощи детям при неотложных состояниях.

7. обеспечить инфекционную безопасность пациента и медицинской сестры.

Обратите особое внимание:

1. причины развития неотложных угрожающих жизни ребенку состояний;

2. первые признаки неотложных состояний у детей;
3. принципы экстренной медицинской помощи при неотложных состояниях;

Данный материал способствует освоению профессиональных компетенций:



ПК 4. Применять медикаментозные средства в соответствии с правилами их использования.

- ПК5. Соблюдать правила пользования аппаратурой, оборудованием и изделий медицинского назначения в ходе лечебно-диагностического процесса

• Запишите основные моменты учебной информации в тетрадь по следующему плану:

1. Сестринский процесс при состояниях требующих неотложной медицинской помощи.
2. Тактика медсестры (медперсонала) при организации неотложной помощи.
3. Клинические проявления и принципы оказания доврачебной и первой медицинской помощи при состояниях, угрожающих жизни детей.
4. Возможные приоритетные, настоящие, потенциальные проблемы ребёнка и родителей, возникающих при организации неотложной помощи, обучение родителей оказанию неотложной помощи.

При возникновении трудностей в понимании терминов обратитесь к глоссарию

Желаю удачи!

Терминологический словарь

1. **Анафилактический шок** - генерализованная, быстroteкущая реакция, возникающая при повторном введении аллергена
2. **Астматический статус (А.С.)** - затяжной, тяжёлый приступ Б.А., с обструкцией бронхов различного калибра, сопровождающийся отёком слизистой, бронхоспазмом.
3. **Бронхиальная астма** - это аллергическое заболевание, характеризующееся повторяющимися эпизодами обструкции бронхов, в основе которого лежит иммунное воспаление дыхательных путей и гиперреактивность бронхов.
4. **Гипертермия** – защитно-компенсаторная реакция, благодаря которой усиливается иммунный ответ организма на болезнь.
5. **Коллапс** – тяжёлая форма острой сосудистой недостаточности.
6. **Лихорадка** – защитная реакция, важна её роль как симптома, свидетельствующего о наличии в организме патологического процесса.
7. **Отек Квинке** - гигантская крапивница, задействованы глубокие слои кожи, подкожной клетчатки и слизистые оболочки.
8. **Обморок** – проявление сосудистой недостаточности, которая сопровождается ишемией мозга и проявляется кратковременной потерей сознания.
9. **Отравления** - патологическое состояние, развивающееся вследствие взаимодействия живого организма и яда.
10. **Судороги** — это внезапное и непроизвольное сокращение мышц.
11. **Судорожным синдромом** называют клинический симптомо-комплекс в виде потери сознания и гипермоторики поперечно-полосатой мускулатуры.
12. **Крапивница** - характеризуется быстрым возникновением, появлением на коже резко зудящих пузырей.

Опорный конспект



«ЗНАТЬ НЕ МНОГОЕ, А НУЖНОЕ»
Сократ

ТАКТИКА МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ (МЕДПЕРСОНАЛА) ПРИ ОКАЗАНИИ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ.

Тактика медработника зависит от обстановки и условий, в каких оказывается помощь, от тяжести состояния пациента.

СХЕМА ДЕЙСТВИЙ

1. Почти одновременно: вызов врача через посредников, вызов скорой помощи.
2. Быстрый осмотр пациента оценка тяжести состояния (сознание, пульс, дыхание, давление, цвет кожных покровов). Быстро узнать (по возможности) причину данного состояния. Оценка своих возможностей.
3. Начать оказывать доврачебную помощь:
 - а) обеспечить проходимость дыхательных путей (отсасывание слизи, профилактика западения языка), расстегнуть стесняющую одежду, доступ свежего воздуха, дача кислорода;
 - б) создание улучшающее состояние положение;
 - в) возможная конкретная для определения состояния помощь (искусст. дыхание, понюхать нашатырный спирт, растереть, грелка, горчичники, наложение жгута и др.;
 - в) следить за пульсом, ЧДД, АД, цветом кожи;
 - г) самооценка эффективности оказания помощи.
 - д) приготовить лекарственные препараты (соответственно укладке).
4. При задержки врача или скорой помощи – связь с оператором или врачом скорой для ускорения действий, при приходе или приезде врача – выполнить его назначения, помочь врачу при оказании помощи.

АЛГОРИТМ
СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА ПРИ СОСТОЯНИЯХ, ТРЕБУЮЩИХ
НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

1 этап Сбор данных (оценка)	Провести сестринское обследование пациента и на основании полученных данных оценить его состояние.
2 этап Интерпретация данных (медицинский диагноз)	Установить предварительный сестринский диагноз и провести дифференциальную диагностику с симптомосхожими состояниями.
3 этап Планирование вмешательства	Определив приоритетные, настоящие и потенциальные проблемы пациента, наметить пути их решения
4 этап Реализация вмешательства	Выполнить необходимые манипуляции для решения намеченных целей
5 этап Оценка эффективности	Провести самооценку достигнутых целей и при необходимости внести коррективы в проводимые мероприятия

***Перечень неотложных состояний в педиатрии
представленных в опорном конспекте***

Тема: «Болезни новорожденных»

1. Судорожный синдром.
2. Гипертермический синдром.
- 3.

Тема: «Аномалии конституции»

1. Анафилактический шок
2. Крапивница
3. Отек Квинке
- 4.

Тема: «Болезни органов дыхания»

1. Приступ бронхиальной астмы.

Тема: «Болезни органов кровообращения»

1. Обморок, коллапс.

Тема: «Расстройства питания и пищеварения»

1. Отравления.



БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННЫХ.

Гипертермия – самый частый симптом заболевания у детей.

В настоящее время известно, что *гипертермия* – защитно-компенсаторная реакция, благодаря которой усиливается иммунный ответ организма на болезнь, так как:

- возрастает бактерицидность крови;
- повышается активность лейкоцитов;
- повышается выработка эндогенного интерферона;
- усиливается интенсивность метаболизма, который обеспечивает ускоренное поступление питательных в-в к тканям.

Кроме того, что *лихорадка* – защитная реакция, важна её роль как симптома, свидетельствующего о наличии в организме патологического процесса.

ЛИХОРАДКА У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ.

Лихорадкой называют регулируемое повышение температуры тела как ответная реакция на болезнь. Повреждения ЦНС с поражением нейронов гипоталамуса или расстройством кровоснабжения в этой области сопровождаются неуправляемым повышением температуры тела, которое называется «нейрогенной лихорадкой», или «нейрогенная гипертермия».

Лихорадка (как защитно-компенсаторная реакция организма на воздействие различных вирусов, микроорганизмов, иммунных комплексов и др.) способствует усилению иммунитета, интерфероногенеза, стимулирует бактерицидную активность полиморфно-ядерных лейкоцитов, препятствует размножению многих микроорганизмов.

Причины неонатальной лихорадки

У новорожденных детей лихорадка при инфекционных процессах обусловлена:

- 1) экзогенными пирогенами, состоящими из эндотоксинов Грам (-) бактерий;



- 2)эндогенными пирогенами, которые синтезируются фагоцитами;
- 3) повышенной теплопродукцией.

С первых дней нормальная температура тела у здорового доношенного ребенка в аксиллярных областях составляет $36,5 \pm 0,4^{\circ}\text{C}$. Ректальная температура на $0,6—1,1^{\circ}\text{C}$ выше аксиллярной, в ротовой полости — на $0,3—0,5^{\circ}\text{C}$ меньше ректальной. Температура в подмышечной области в пределах $37,1—38^{\circ}\text{C}$ называется субфебрильной; а в интервале $38,1—39^{\circ}\text{C}$ — умеренно фебрильной, более $39,1^{\circ}\text{C}$ — высокофебрильной (гипертермия).

Клинические проявления лихорадки у новорожденных

Гипертермической реакцией, или «розовой лихорадкой» называют повышение температуры с сохраненным балансом между теплопродукцией и теплоотдачей. Такая лихорадка сопровождается следующим клиническим симптомокомплексом:

- 1) кожные покровы умеренно гиперемированы, теплые, влажные;
- 2) тахикардия и тахипноэ соответствуют температуре тела (на каждый градус выше 37°C частота дыхания повышается на 4, а частота сердечных сокращений на $10—20$ в I мин);
- 3) конечности теплые;
- 4) дермографизм красный;
- 5) при обтирании кожных покровов спиртом не отмечается симптом «гусиной кожи»;
- 6) отмечается эффект от жаропонижающих средств. Гипертермическим синдромом, или «бледной» гипертермией называется лихорадка при болезнях, сопровождающихся повреждением ЦНС и развитием спазма периферических сосудов (артериол), который нарушает адекватную теплоотдачу.

Клинические проявления гипертермического синдрома:

- 1) кожные покровы бледные, мраморные, с цианотичным оттенком ногтевых лож и губ;
- 2) холодные конечности, озноб;

- 3) стойкое сохранение гипертермии или подъем ее до максимальных значений (41,1—41,7°C);
- 4) резкая тахикардия и одышка;
- 5) фебрильные судороги;
- 6) антипиретики центрального действия малоэффективны.

У новорожденных почти не бывает «белой» лихорадки. При инфекциях у них гипертермия часто кратковременная и может быть обнаружена при измерении температуры тела через каждые 2—3 часа в течение суток, а не при обычной двукратной термометрии утром и вечером. Лечение лихорадки у новорожденных детей

У новорожденных при инфекционной лихорадке (аксиллярная $t^{\circ} > 38,5^{\circ}\text{C}$) начинают лечение с физических методов охлаждения только при хорошем кровоснабжении кожи и теплых конечностях (так называемая «красная» лихорадка). Используются в основном следующие приемы:

- 1) обтирание губкой, смоченной теплой водой $t^{\circ} 30—32^{\circ}\text{C}$.
- 2) обтирание спиртовым раствором в соотношении вода: спирт -1:1;

Из всех лекарственных жаропонижающих средств у новорожденных детей применяют в основном парацетамол.

При стойкой гипертермии («белая» лихорадка) внутримышечно вводят:

- папаверин 1 мг/кг;
- анальгин 25 % раствор 0,1 (0,05) мл;
- пипольфен 2,5 % раствор 0,25 мл/кг

Медикаментозное лечение лихорадки должно проводиться на фоне оксигенотерапии.

Однако необходимо помнить, что, как и большинство неспецифических защитных реакций (*боль, воспаление, шок*), лихорадка играет свою защитную адаптивную роль только до определённых пределов. При прогрессивном нарастании температуры происходит значительное увеличение нагрузки на дыхание и что приводит к повышению поступления кислорода в кровь. Однако даже такое увеличенное кол-во кислорода в крови уже не обеспечивает возрастающие тканевые

потребности в нём – развивается гипоксия, от которой в первую очередь страдает ЦНС, и нередко развиваются фебрильные судороги. Чаще всего они отмечаются на фоне температуры 39-40°C, хотя степень гипертермии, при которой возникают эти расстройства, очень вариабельна и зависит от индивидуальных особенностей организма ребёнка.

Классификация гипертермии

Тип гипертермии	Показатели температуры
субфебрильная	37 – 38°C
умеренная	38 – 39°C
высокая	39 – 41°C
гиперпиретическая	Более 41°C

Виды гипертермии

Вид	Механизм	Клиника
Розовая (красная)	Теплопродукция равна теплоотдаче	1. Кожные покровы умеренно гиперемизированы, тёплые, влажные. 2. Общее состояние страдает незначительно.
Белая	Теплопродукция превышает теплоотдачу, так как происходит спазм периферических сосудов	1. Ощущение холода, озноб. 2. Бледность кожных покровов. 3. Цианотичный оттенок ногтевых лож, губ. 4. Похолодание конечностей.

Неотложная помощь при гипертермии

Этапы	Обоснование
1. Уложить ребёнка в постель	Повышение температуры – признак интоксикации
2. Расстегнуть стесняющую одежду	Облегчение экскурсии лёгких
3. Обеспечить доступ свежего воздуха	При гипертермии развивается гипоксия
4. Определить тип гипертермии (белая или розовая). Если белая – перевести в розовую (согреть ребёнка, ввести но-шпу, или никотиновую кислоту, или папаверин, которые являются спазмолитиками)	Белая гипертермия связана со спазмом периферических сосудов, который значительно нарушает процесс теплоотдачи
5. Провести мероприятия в зависимости от показателей температуры: а) 37,0 – 37,5°C назначить обильное питьё; б) 37,5 – 38,0°C провести физическое охлаждение;	Повышение температуры не должна снижаться литически

<p>в) 38,0 – 38,5°C энтерально ввести жаропонижающие свечи и т.д.);</p> <p>г) 38,5°C и выше в/м или в/в ввести литическую смесь</p> <ul style="list-style-type: none"> - анальгин - димедрол - папаверин <p>Примечание: аспирин, цефеконовые свечи детям раннего возраста с целью понижения температуры применять не рекомендуется</p>	
6. Провести оксигенотерапию	При гипертермии повышена потребность тканей в кислороде
7. В течение 20 – 30 минут от начала проведения мероприятий постараться вызвать мочеиспускание у ребёнка	Обеспечить выведение токсинов из организма
8. Через 2 – 30 минут повторить термометрию	Контроль эффективности проведённых мероприятий
9. Провести коррекцию проводимых мероприятий с учётом показателей повторной термометрии	Через 20 – 30 минут температура должна снизиться на 0,2-0,3° С



СУДОРОЖНЫЙ СИНДРОМ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

Судороги — это внезапное и непроизвольное сокращение мышц.

Судорожным синдромом называют клинический симптомо-комплекс в виде потери сознания и гипермоторики поперечно-полосатой мускулатуры.



Причины судорог

1. *Внутриутробная гипоксия, интранатальная асфиксия и гипоксически-ишемическая энцефалопатия (ГИЭ) до 70 -80 % на первой*

неделе жизни приводит к атрофии нейроглии в лобно-височных отделах головного мозга.

2. *Внутричерепные кровоизлияния* выявляются в 10 % случаев судорог.

3. *Метаболические нарушения* (5 %) приводят к судорогам в первые 2—3 дня жизни:

- гипогликемия первых 3-х суток жизни (уровень глюкозы в крови $< 2,2$ ммоль/л);
- гипокальциемия;
- гипوماгнемия;
- гипонатриемия;
- гипербилирубинемия («ядерная желтуха»).

4. *Инфекционные заболевания ЦНС* (анте-интранатальные, ранние неонатальные нейроинфекции) проявляются судорогами у детей старше 3-х суток жизни:

- бактериальная инфекция (менингит, вызванный стрептококком группы В, *B. coli* или листериями, проявляется судорогами в первые 7 дней жизни);
- небактериальная инфекция (TORCH-инфекции, токсоплазмоз и др.);

5. *Врожденные дефекты развития мозга.*

6. *Синдром абстиненции («отмены»)* у детей от матерей-наркоманок, токсикоманок, алкоголичек проявляется судорогами в первые сутки жизни.

7. *Эндокринные нарушения:* гипопаратиреоз; гиперпаратиреоз.

8. *Опухоли мозга*

9. Судороги может спровоцировать *выраженный шум* от реанимационной дыхательной аппаратуры, достигающий 90 дБ, если ребенок находится в кувете. В данных случаях стенки кувета и пластикового мешка являются резонаторами. При длительном пребывании в этих у детей в последующем возможно снижение слуха.

Клинические проявления судорожного синдрома

Разновидности судорог (в порядке снижения частоты встречаемости):

1. **Субтильные судороги** («минимальные приступы», «неуловимые» судорожные пароксизмы) проявляются:

- 1) глазными симптомами — тонической горизонтальной девиацией глазных яблок с нистагмом или без него, открытыми глазами с фиксацией взора, пароксизмальным расширением зрачков, миганием и дрожанием век;
- 2) сосательными (чмокающими) движениями, высовыванием и дрожанием языка (явлениями двигательного автоматизма);
- 3) эпизодами «конвульсивного апноэ» (изменения на ЭЭГ сочетаются с апноэ без замедления частоты сердечных сокращений);
- 4) двигательными пароксизмами в верхних конечностях («движения пловца») или в нижних конечностях («движения велосипедиста»);
- 5) общим замиранием;
- 6) неожиданными вскрикиваниями;
- 7) сосудо-двигательными реакциями (побледнением, покраснением, симптомом Арлекина, приступами тахипноэ и форсированного дыхания).

2. Генерализованные тонические судороги (чаще у недоношенных новорожденных детей) — это тонические разгибания верхних и нижних конечностей («децеребрационная» поза) или тоническое сгибание рук и разгибание ног («декортикационная» поза).

3. Многоочаговые (генерализованные) клонические судороги (в основном у доношенных новорожденных) — клонусы в разных конечностях (поочередно или одновременно).

4. Очаговые клонические судороги (чаще у доношенных новорожденных) — локализованные клонические движения без потери сознания.

5. Миоклонические судороги — единичные или множественные синхронные сгибательные подергивания рук и ног.

Лечебная тактика при судорожном синдроме

Показана срочная терапия для купирования судорожного синдрома у ребенка, так как *повторные судороги могут привести к повреждению мозга* (гибель нейронов). Лечение зависит от причин судорог.

Первичные мероприятия для купирования судорог

1. Вставить роторасширитель (шпатель).
 2. Очистить ротоглотку.
 3. Оксигенация через маску (100 % кислород). По назначению врача:
 4. Ввести внутривенно 0.5 % р-р диазепама 0;05—0,1 мл/кг (или в мышцы дна полости рта).
 5. Лечение соответственно причине судорог:
 - гипоксические или травматические поражения мозга;
 - метаболические нарушения;
 - инфекции;
 - гипертермия и др.
- При отсутствии дыхания:
6. Интубация трахеи.
 7. При отсутствии эффекта и возобновления судорог повторить диазепам и начать ИВЛ.
 8. Обеспечить доступ к вене (катетер) и капельно (можно в/м) ввести натрия оксибутират 20 % р-р 0,5—0,7 мл/кг.
 9. Транспортировка в реанимационное отделение.

АНОМАЛИЯ КОНСТИТУЦИИ

Анафилактический шок – угрожающее жизни состояние, одно из самых тяжёлых проявлений острой аллергической реакции.

Анафилактический шок - генерализованная, быстротекущая реакция, возникающая при повторном введении аллергена.

В основе острая сосудистая недостаточность и острая дыхательная недостаточность.

Шок может возникнуть в результате контакта с любым аллергеном, чаще всего после введения *пенициллина или других антибиотиков, лечебных сывороток, вакцин, рентгеноконтрастных веществ.*

Сразу после попадания аллергена в организм возникает беспокойство, чувство страха, зуд кожи и слизистых оболочек, головная боль, чувство



жара или озноб, одышка. В течение первых минут состояние ухудшается, наступает нарушение сознания, признаки острой дыхательной, сердечно-сосудистой и надпочечниковой недостаточности могут быть непроизвольные акты дефекации и мочеиспускания. На коже, как правило, появляется полиморфная аллергическая сыпь, может развиваться ангионевротический отёк Квинке.

Неотложная медицинская помощь.

- * вызвать врача или 03;
- * прекратить действие аллергена;
- * увлажнённый кислород по возможности;
- * уложить больного, ноги приподнять на 30 см, повернуть голову на бок;
- * предотвратить западение языка, аспирацию рвотных масс;
- * в/в адреналин 0,1% в дозе 0,1 мл/год, не более 1 мл;
- * в/в преднизолон 5-10 мг/кг, можно повторить при необходимости;
- * антигистаминные препараты: 2% супрастин 0,1-0,15 мл/год или 1% димедрол 0,05 мл/кг, не более 0,5 мл детям до года, 1 мл детям старше года в/в или в/м;
- * в/в струйно 0,9% р-р натрия хлорида или р-ра Рингера 20 мл/кг в течение 20-30 минут.

Неотложная помощь при анафилактическом шоке

Этапы	Обоснование	Дозы
1. Вызвать врача или скорую помощь через третье лицо	Своевременное оказание квалифицированной помощи	
2. Прекратить введение аллергена	Анафилактический шок – аллергическая реакция	
3. При в/в введении не удалять иглу из вены и наладить в/в капельное введение солевых р-ров	Сохранить доступ для в/в введения лекарственных препаратов	
4. При в/м и п/к введении положить холод на место введения аллергена и, если позволяет локализация, наложить жгут выше места введения	Уменьшение поступления попавшего в организм аллергена в кровь	
5. Придать пациенту положение: а) на спине, на ровной твёрдой поверхности; б) с приподнятым ножным	Может произойти остановка дыхания, сердца, которые требуют выполнения реанимационных мероприятий	

концом; в) голову повернуть на бок	Уменьшение гипоксии мозга Профилактика аспирации рвотных масс	
6. Расстегнуть стесняющую одежду	Обеспечение экскурсии лёгких	
7. Обеспечить доступ свежего воздуха	Уменьшение гипоксии	
8. В/в или в/м (при невозможности попасть в вену) ввести препараты: 0,1% адреналин Преднизолон 2% супрастин, тавегил	Адреналин повышает АД вследствие сосудосуживающего эффекта Преднизолон – «препарат отчаяния», обладает мощным противоаллергическим действием Антигистаминные препараты	0,1 мл/год 3-5 мг/кг (1 мл = 30 мг) 0,1 мл/год
9. Провести оксигенотерапию	Уменьшение гипоксии	

Крапивница - характеризуется быстрым возникновением, появлением на коже резко зудящих пузырей. Причины: пищевые аллергены, антибиотики и другие лекарственные препараты, белковые препараты, препараты бытовой химии. Характерные признаки: кожный зуд, сыпь (волдыри), может быть температура -38°C , слабость. Продолжается от нескольких часов до нескольких дней.



Неотложная медицинская помощь.

- * прекратить введение аллергена (прекратить введение всех лекарственных препаратов, голод);
 - * вывести аллерген из организма (сорбенты: полифепам, полисорб, активированный уголь в растворе 1 г/кг в сутки, очистительная клизма, промывание желудка);
 - * антигистаминные препараты: тавегил, супрастин 2% или пипольфен 2,5% 0,1 мл/год в/в или в/м;
- гормоны: преднизолон 2-4 мг/кг в/м или в/в.

Отек Квинке - гигантская крапивница, задействованы глубокие слои кожи, подкожной клетчатки и слизистые оболочки.



Характерные признаки: чаще локализуется на шее или на грудной клетке. Уплотнение кожи нарастает быстро, появляется лающий кашель, в результате отёка слизистой дыхательных путей. Это приводит к нарушению дыхания, одышке.

Неотложная медицинская помощь

- * прекратить введение аллергена (прекратить введение всех лекарственных препаратов, голод);

- * вывести аллерген из организма (сорбенты: полифепам, полисорб, активированный уголь в растворе 1 г/кг в сутки, очистительная клизма, промывание желудка);

- * антигистаминные препараты: тавегил, супрастин 2% или пипольфен 2,5% 0,1 мл/год в/в или в/м;

гормоны: преднизолон 2-4 мг/кг в/м или в/в.

БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ.

Бронхиальная астма - это аллергическое заболевание, характеризующееся повторяющимися эпизодами обструкции бронхов, в основе которого лежит иммунное воспаление дыхательных путей и гиперреактивность бронхов.



Приступ БА проявляется экспираторной одышкой, спастическим кашлем, чувством стеснения в груди, свистящими хрипами в лёгких, слышимыми на расстоянии. Кожные покровы становятся цианотичными, влажными. Больной занимает вынужденное полусидящее положение с упором на руки. В конце приступа начинает отходить слизистая вязкая мокрота.

Патогенетически в основе приступа лежат: спазм бронхов, отёк слизистой оболочки дыхательных путей, повышенная секреция и скопление вязкой слизи в дыхательных путях.

Астматический статус (А.С.) - затяжной, тяжёлый приступ Б.А., с обструкцией бронхов различного калибра, сопровождающийся отёком слизистой, бронхоспазмом.

А. С. не купируется введением бронхоспазмолитиков

Неотложная медицинская помощь.

1. При лёгком приступе БА

-удаление причинно значимых аллергенов (шерсть домашних животных, пыль и т.п.);

-введение двух-четырёх доз бронхоспазмолитических средств, с помощью дозирующего аэрозольного ингалятора спейсера (сальбутамол, беродуал, беротек) или с помощью небулайзера:

-вентолин 1-2,5 мл на ингаляцию

-беротек 10-15 капель на ингаляцию

- беродуал 10-20 капель на ингаляцию на 2,5-3 мл физ. раствора в чашечку небулайзера.

Отвлекающие горячие ножные ванны; Через 20 минут оценить эффект бронхолитиков.

Если приступ купирован, рекомендуются ингаляции бронхоспазмолитиков каждые 4-6 часов.

2. При средне-тяжёлом приступе, БА:

Стартовая терапия как при лёгком приступе (лучше через небулайзер)

- эуфиллин в/в струйно, медленно на 0,9% NaCl, в дозе 0,15-2 мл/кг.

Оценить эффект терапии через 20 минут. При положительном эффекте продолжить бронхоспазмолитики каждые 4 часа (со спейсером или небулайзером).

- при отрицательном эффекте в/м преднизолон 2 мг/кг.

3. При тяжёлом приступе БА

- преднизолон 2 мг/кг в/м;

- оксигенотерапия (через маску или носовой катетер);

- бронхоспазмолитики через небулайзер.

Все дети со среднетяжёлым и тяжёлым приступами БА обязательно госпитализируются.

Обрати внимание: больного с БА транспортируют в положении сидя, не прекращая кислородотерапию. Факторами неблагоприятного исхода

приступа БА является ей тяжёлое течение, возраст 12-16 лет, сочетание БА с эпилепсией.

Неотложная помощь при приступе бронхиальной астмы

Общие мероприятия	Бронхоспазмолитики	Борьба с отёком слизистой оболочки	Разжижение слизи
<ul style="list-style-type: none"> - спокойная окружающая обстановка; - доступ свежего воздуха; - полусидящее положение с упором руками; - в нос сосудосуживающие капли; - отвлекающая терапия: горячие ножные, ручные ванны, банки на грудную клетку, баночный массаж 	<ul style="list-style-type: none"> - ингаляция «Беротек» или «Сальбутамол» или паровая с солутаном; - внутрь: бронхолитин, порошок Звягинцевой, эуфиллин; - в тяжёлых случаях: п/к 0,1% р-р адреналин, в/м 5% р-р эфедрин, в/в 2,4% эуфиллин, преднизолон. <p>Кислород через маску.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - паровая щелочная ингаляция; - внутрь супрастин 	<ul style="list-style-type: none"> - ингаляция солутана или ферментов, муколитиков - внутрь: 2% р-р йодида калия с молоком, мукалтин; - после приступа при отделении мокроты дренирующее положение, массаж грудной клетки

БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ КРОВООБРАЩЕНИЯ.

Обморок – проявление сосудистой недостаточности, которая сопровождается ишемией мозга и проявляется кратковременной потерей сознания.



Неотложная помощь при обмороке

Этапы	Обоснование
1. Вызвать врача	Своевременного оказания квалифицированной помощи
2. Уложить ребёнка на ровную поверхность с приподнятыми на 40-50° ногами (под ноги подкладываем валик)	Обеспечение притока крови к мозгу
3. Расстегнуть стесняющую одежду	Облегчение экскурсии лёгких
4. Обеспечить доступ свежего воздуха	Уменьшение гипоксии мозга
5. Лицо и тело ребёнка взбрызнуть холодной водой, дать понюхать нашатырный спирт, похлопать по щекам,	Раздражение большого кол-ва рецепторов оказывает возбуждающее действие на дыхательный и сосудодвигательные

надавить на болевую точку у основания носовой перегородки	центры ЦНС
6. После выхода из состояния дать горячий сладкий чай	Повышение АД и пополнение энергетических запасов
<p align="center">Приготовить лекарственные препараты:</p> <ul style="list-style-type: none"> - кордиамин - 10% кофеина-бензоата натрия - 1% мезатона - 20-40% глюкоза 	

Коллапс – тяжёлая форма острой сосудистой недостаточности.

Коллапс является результатом значительной потери или перераспределения крови в сосудистом русле (большая часть крови скапливается в периферических сосудах и органов брюшной полости), следствием чего является резкое падение АД.



Клиника:

- внезапное ухудшение состояния, потеря сознания;
- бледность кожных покровов;
- холодный липкий пот;
- частый нитевидный пульс;
- низкое АД.

Неотложная помощь при коллапсе

Этапы	Обоснование
1. Уложить ребёнка на ровную поверхность с опущенным головным концом	Обеспечение притока крови к мозгу
2. Расстегнуть стесняющую одежду	Облегчение экскурсии лёгких
3. Обеспечить доступ свежего воздуха	При коллапсе имеет место гипоксия мозга
4. Ввести сосудосуживающие средства: мезатон, норадреналин, адреналин	Уменьшение объёма кровяного русла за счёт сужения сосудов и как результат – повышение АД
5. Проводить в/в капельное введение кровезаменителей под контролем АД	Восполнение кровяного русла и повышение АД

Расстройства питания и пищеварения

Отравление алкоголем и его суррогатами

Дети особенно чувствительны к алкоголю, в связи, с чем отравление может наступить при приеме относительно небольших доз. Смертельная доза этилового спирта для ребенка составляет 3 мл/кг.



Клиническая диагностика

Симптоматике отравления этанолом предшествуют общеизвестные симптомы опьянения: возбуждение, эйфория, нарушения координации движений и самоконтроля, слюноотделение, рвота. Затем развиваются головокружение, сонливость, спутанность сознания. Кожа холодная, гиперемия сменяется общей бледностью. Падает АД, пульс частый, малого наполнения. При тяжелом отравлении быстро развивается кома. Возможна аспирация рвотных масс, что изменяет клиническую картину. Диагноз вследствие алкогольного запаха изо рта не представляет затруднений. Необходимо также помнить о возможности сопутствующей черепно-мозговой травмы.

Неотложная помощь:

- Если ребенок в сознании, промыть желудок через зонд; после промывания дать выпить 5-10 капель нашатырного спирта в 30 мл воды.
- Обильное питье.
- Солевое слабительное.
- В тяжелых случаях показано введение 10% раствора глюкозы 10-20 мл/кг в/в капельно, для купирования метаболического ацидоза - 4% раствор натрия бикарбоната 2,5-5,0 мл/кг в/в капельно.
- Для поддержания АД ввести 10% раствор кофеина 0,1 мл/год жизни п/к или раствор кордиамина 0,1 мл/год жизни в/м.
- Согревание тела.
- Оксигенотерапия.

- При угнетении дыхания и сердечной деятельности проведение первичной сердечно-легочной реанимации, перевод на ИВЛ.
- Форсированный диурез с ощелачиванием.

Отравление барбитуратами

Барбитураты (фенобарбитал, барбитал, бензонал, этаминал натрия, комплексные препараты - беллатаминал и др.).



Клиническая диагностика

Для первой стадии отравления характерны:

вялость, заторможенность, сонливость, реакция на сильные раздражители и сухожильные рефлексы сохранены, дыхание глубокое, замедленное, ритмичное, пульс и АД в норме.

Во второй стадии ребенок впадает в кому, не реагирует на болевые и звуковые раздражители, гипорефлексия, мышечная гипотония, зрачки расширены, реакция на свет сохранена; дыхание поверхностное; тоны сердца приглушены, пульс слабого наполнения, тахикардия, АД снижено, олигурия.

Для третьей стадии характерна глубокая кома: отсутствие реакции на раздражители, арефлексия, бледность и цианоз кожи, патологическое дыхание Чейн-Стокса, тоны сердца глухие, пульс нитевидный, АД резко снижено, анурия. При отсутствии неотложной помощи наступает смерть от отека легких или паралича дыхания.

Неотложная помощь:

- Промывание желудка через зонд с введением в него активированного угля (при коматозном состоянии промывание следует проводить после предварительной интубации).
- При I-II стадии отравления введение антидота - 0,5% раствора бемегида 1,0-2,0 мл/год жизни (но не более 10 мл) в/в струйно медленно или капельно или кордиамина 0,1 мл/год жизни п/к.

Применение этих средств при глубокой коме приводит к судорожному синдрому!

- Оксигенотерапия.
- При угнетении дыхания перевод на ИВЛ.
- Форсированный диурез с ощелачиванием.
- В тяжелых случаях проведение гемосорбции, гемодиализа.

Отравление наркотическими анальгетиками

Наркотические анальгетики: опий, омнопон, морфин, кодеин, этилморфин, героин, промедол, метадон, фентанил, трамадол и др. Следует помнить, что морфиноподобные вещества применяются не только в качестве анальгетиков, но и как противокашлевые и антидиарейные средства (лоперамид, дифеноксилат, близкие по структуре к фентанилу). Отравление наркотическими анальгетиками может быть случайным или намеренным при приеме



высоких доз для достижения эйфории или для устранения абстиненции. Отравление наркотиками чаще всего происходит при использовании недоброкачественных препаратов, приготовленных кустарным способом; в этом случае не определена активность препарата, и вводимая доза может оказаться токсической.

Морфиноподобные вещества вызывают угнетение дыхательного центра и кашлевого рефлекса, «холинэргический» синдром за счет стимуляции центра блуждающего нерва, «медиаторный» синдром за счет выработки гистамина, стимулируют триггерную зону и вызывают рвоту.

Клиническая диагностика

У наркоманов при применении опиатных наркотиков наблюдается последовательное развитие: «медиаторного» синдрома, эйфорической фазы, опийного опьянения и абстиненции. Для клинической картины отравления характерно покраснение лица, шеи, груди, одутловатость лица, кожный зуд, чувство дурноты, обморочное состояние («медиаторный» синдром). Вместо эйфорической фазы наступает дисфория с развитием

галлюцинаций. Затем развивается угнетение сознания вплоть до комы, дыхание редкое (ЧДД до 10 в мин.) и поверхностное апноэ. Выражен «холинэргический» синдром - брадикардия, падение АД, задержка мочеиспускания. Основными диагностическими симптомами опиатного отравления являются «точечные» зрачки и утрата их реакции на свет. Однако при тяжелой гипоксии мозга зрачки, расширяются! При длительной гипоксии развивается отек легких и мозга с гиперкинезами или тонико-клоническими судорогами. Смерть чаще всего наступает в результате блокады дыхательного центра.

При хронической интоксикации прекращение введения наркотиков приводит к развитию тяжелого состояния — абстиненции, которое характеризуется развитием депрессии-дисфории, «адренэргического» синдрома (расширение зрачков, тахикардия, повышение АД, заложенность носа до выраженной гнусавости), покраснением глазных яблок, рвотой, поносом с тенезмами, непроизвольным мочеиспусканием, ознобом в чередовании с проливным потом, выраженным болевым синдромом в мышцах и суставах, схваткообразными болями в животе. Смерть может наступить от болевого шока, инфаркта миокарда.

Неотложная помощь:

При отравлении опиатными наркотиками

- При угнетении дыхания и ЦНС восстановить проходимость дыхательных путей.
- Оксигенотерапия.
- Немедленное в/в введение антагониста морфина - налоксона в - дозе 0,01 мг/кг титровано каждые 2-3 минуты до появления или восстановления спонтанного дыхания; максимальная доза налоксона составляет 5-10 мг. Восстановление дыхания устраняет все остальные проявления отравления, включая судороги.

Кроме того, налоксон вводят с диагностической целью — для определения опийного характера отравления. В этом случае, кроме восстановления дыхания, оценивается реакция зрачков (расширение).

- При отсутствии налоксона можно использовать 1% раствор этимизола в дозе 0,2-1,0 мг/кг в/в. Другие дыхательные analeптики не рекомендуются, так как они могут провоцировать судороги.
- При отсутствии положительного эффекта на введение налоксона показано ИВЛ.
- Промывание желудка необходимо даже при парентеральном введении наркотиков. Важно помнить: при введении зонда в желудок надо удостовериться в правильности его местонахождения (с помощью аускультации), так как при угнетении кашлевого рефлекса зонд может быть введен в дыхательные пути.
- Для поддержания АД и сердечной деятельности - 10% раствор кофеина в дозе 0,1 мл/год жизни п/к или раствор кордиамина 0,1 мл/год жизни в/м.
- Согревающие процедуры.
- Форсированный диурез с ощелачиванием.

При синдроме абстиненции

При синдроме абстиненции показана срочная госпитализация в специализированное отделение, при задержке госпитализации начать дезинтоксикационную терапию с форсированным диурезом, введение обезболивающих препаратов (анальгин, баралгин, трамадол).

Противопоказано введение налоксона!

В связи с увеличением числа женщин, злоупотребляющих различными наркотическими препаратами, все больше рождается детей, у которых внутриутробно развивается химическая зависимость от принимаемых матерью веществ. Мы посчитали правильным включить краткое описание синдрома «лишения» у новорожденных. Через различные сроки после рождения (от нескольких часов до нескольких дней), в зависимости от качества наркотического вещества, употребляемого матерью, у новорожденных могут возникнуть следующие клинические проявления:

- беспокойство, нарушения сна, тремор, колебания температуры тела;
- гиперактивность, гиперрефлексия, мышечный гипертонус, возможны миоклонические подергивания, опистотонус или судороги;

- тахипное или нарушения дыхания с апноэ;
- диарея, нарушение сосания, потеря веса или плохая прибавка веса;
- слезотечение, ринорея.

При синдроме «лишения» у новорожденных необходимо:

- наблюдение за прибавкой массы тела, качеством сна, температурой тела;
- высококалорийное питание - 150-250 ккал/кг в сутки;
- проведение дезинтоксикационной терапии;
- назначение фенobarбитала внутрь в дозе 16 мг/кг в сутки, затем переходят на поддерживающую суточную дозу 2-8 мг/кг; длительность назначения зависит от состояния ребенка - максимально 6-8 недель.

Отравление бензином, керосином, скипидаром

Бензин, керосин, скипидар оказывают психотропное (наркотическое), гепатотоксическое, нефротоксическое, пневмотоксическое действие. Особенно опасен этилированный бензин, содержащий тетраэтилсвинец. Отравление может возникать как при вдыхании паров, так и при употреблении внутрь.



Клиническая диагностика

При употреблении внутрь отмечаются запах керосина или бензина изо рта, боль и жжение во рту и в животе, тошнота, иногда рвота, диарея. В тяжелых случаях отмечаются иктеричность кожных покровов, увеличение печени. Возможно развитие судорожного синдрома, острого психоза. При аспирации токсических веществ на фоне рвоты возникают боли в груди, одышка, кашель, кровянистая мокрота, цианоз, при аускультации изменения в легких выявляются редко.

При вдыхании паров отмечаются головокружение, головная боль, возбуждение, сменяющееся угнетением. В тяжелых случаях - судорожный синдром и кома, развитие отека легких с возможным летальным исходом.

Неотложная помощь:

- При энтеральном пути проникновения:

- промывание желудка только через зонд, до этого ввести в желудок масло: вазелиновое или касторовое в дозе 2 мл/кг или взвесь активированного угля (с последующим извлечением); не давать рвотных средств!
- солевое слабительное.
- При ингаляционном пути проникновения:
 - удалить ребенка из помещения, насыщенного парами токсических веществ, обеспечить доступ свежего воздуха;
 - оксигенотерапия.
- Для поддержания АД - 10% кофеин 0,1 мл/год жизни п/к или 25% кордиамин 0,1 мл/год жизни в/м.
- При сердечной недостаточности - 0,06% раствор коргликона в разовой дозе детям 4-7 лет - 0,3-0,4 мл, старше 7 лет - 0,5-0,8 мл в/в струйно медленно на 5-10% растворе глюкозы.
- При коматозном состоянии и нарушении дыхания перевод на ИВЛ.
- С целью профилактики аспирационной пневмонии - антибиотики пенициллинового ряда.

Отравление прижигающими жидкостями

Прижигающие жидкости вызывают химические ожоги кожи, слизистых оболочек. Кроме того, многие из них обладают и резорбтивным действием. В первую очередь речь идет о концентрированных кислотах и щелочах и средствах бытовой химии, которые их содержат. Достаточно выраженным прижигающим действием обладают также ацетон, бром, йод, перманганат калия, пергидроль, скипидар, сулема, фенолы, формалин и др.



Кислоты концентрированные (неорганические - азотная, серная, соляная; органические - уксусная, щавелевая и др.). Оказывают местное прижигающее действие (коагуляционный некроз), гемотоксическое, нефротоксическое, гепатотоксическое влияние. Неорганические кислоты обладают очень сильным местным и слабым резорбтивным действием,

органические кислоты, напротив - наиболее выраженными резорбтивными свойствами.

Щелочи едкие (едкий натр - каустическая сода, каустик, едкая сода; едкий калий - гидрат окиси калия, поташ; окись кальция (негашеная известь); аммиак, нашатырный спирт и др.).

Клиническая диагностика

После приема внутрь концентрированных кислот сразу же появляется интенсивная боль в полости рта, горле, по ходу пищевода, в животе. Характерны мучительная рвота с примесью крови, желудочно-кишечное кровотечение. Из-за отека гортани происходит резкое сужение голосовой щели, возникают признаки затруднения дыхания и асфиксии. Голос хриплый, может быть афония. В тяжелых случаях - отек легких: дыхание клочущее, шумное, с обильным выделением слизи. Отмечается двигательное и психическое возбуждение, экзофтальм. Температура тела повышена, тоны сердца приглушены, выраженная тахикардия, АД повышено, диурез уменьшен. Из-за гемолиза эритроцитов развивается гемоглобинурия - моча становится красно-бурой или темно-коричневой (особенно при отравлении уксусной эссенцией). Явления токсического шока возможны уже в первые часы после отравления и могут быть причиной смерти ребенка.

Симптомы отравления едкими щелочами аналогичны клинике отравления неорганическими кислотами, но сами ожоги имеют особенности. При взаимодействии с белками и жирами тканей образуются мыла или студенистые щелочные альбуминаты (колликвационный некроз), отек быстро прогрессирует с появлением серо-коричневых налетов.

Неотложная помощь:

- Местное и общее обезболивание
- Промывание желудка (как можно быстрее!) после премедикации (1% промедол - 0,1 мл/год жизни, 0,1% атропин - 0,1 мл/год жизни) водой температурой 18-20°C только через зонд (!), смазанный снаружи растительным маслом. Наличие крови в желудке не является

противопоказанием к зондовому промыванию желудка. После промывания - прием обволакивающих средств (молоко, яичный белок, слизистый отвар).

Не следует пытаться нейтрализовать щелочь раствором кислоты, нейтрализация кислоты раствором бикарбоната натрия недопустима (!), так как образующийся углекислый газ может вызвать перфорацию желудка.

- Противошоковая терапия: гидрокортизон - 5 мг/кг в/в или в/м, плазмозаменители.
- Антибактериальная терапия препаратами широкого спектра действия парентерально.
- Местное лечение обожженной поверхности, в т. ч. аэрозольные ингаляции в составе: пенициллин в дозе 300000 ЕД , 0,5% раствор новокаина - 3,0 мл, 0,1% раствор адреналина - 1,0 мл.
- Форсированный диурез с ощелачиванием.
- При развитии острой почечной недостаточности проведение гемодиализа.

Отравление фосфорорганическими соединениями

Фосфорорганические соединения (ФОС):

карбофос, хлорофос, дихлофос и др. оказывают резко угнетающее влияние на активность холинэстеразы с накоплением ацетилхолина, который и проявляет свое



токсическое действие. Кроме того, ФОС оказывают прямое влияние на холинорецепторы органов и тканей. Отравления развиваются при попадании этих веществ в желудок, через дыхательные пути или кожные покровы.

Клиническая диагностика

Клиника легкой степени отравления: головная боль, головокружение, возбуждение, тошнота, рвота, учащение стула, слюнотечение, миоз, бледность кожных покровов, тахикардия, приглушенность тонов сердца.

Для отравления средней тяжести характерны: резкая головная боль, головокружение, раздражительность, эмоциональная неустойчивость, плаксивость; одышка, боль в груди; упорная тошнота, рвота, увеличение печени; тахикардия, глухость сердечных тонов, повышение АД; симптомы поражения черепно-мозговых нервов, мозжечковые расстройства, шаткая походка.

Клиника отравления тяжелой степени: атаксия, затемнение сознания, далее его полная утрата; рвота, цианоз, судороги, непроизвольное отхождение мочи и кала;

Неотложная помощь:

- При отравлении через рот промывание желудка через зонд: предварительно ввести вазелиновое масло, повторное - взвесью активированного угля; солевое слабительное внутрь; высокая сифонная клизма.
- Введение антидотов:
 - 0,1% раствор атропина 0,015 мг/кг (0,015 мл/кг) п/к каждые 15 мин до появления симптомов передозировки (расширение зрачков, покраснение лица, сухость слизистых и кожи);
 - 15% раствор дипироксима из расчета 3 мг/кг в/в или в/м;по показаниям введение можно повторить через час.
- При судорогах - 0,5 % раствор седуксена в дозе 0,05-0,1 мл/кг (0,3-0,5 мг/кг) в/в или в/м, 25% раствор магния сульфата 0,2 мл/кг в/м.
- При сердечной недостаточности — 0,06% раствор коргликона в дозе детям 4-7 лет - 0,3-0,4 мл, старше 7 лет - 0,5-0,8 мл в/в струйно медленно на 5-10% глюкозе.
- При отеке легких - введение пеногасителей (кислород, пропущенный через 40% этиловый спирт), 2,4% раствор эуфиллина в/в 1,0 мл/год жизни, 1% раствор лазикса 0,1-0,2 мл/кг в/м или в/в.
- Форсированный диурез.
- В тяжелых случаях проведение гемосорбции, гемодиализа.

- При попадании ФОС на кожу удалить яд тампоном, смоченным 10-15% раствором нашатырного спирта, с последующей обработкой теплой мыльной водой.
- Если яд попадает в глаза, их промывают 1% раствором натрия бикарбоната и вводят в конъюнктивальный мешок по 2-3 капли 1% атропина сульфата.

Отравление угарным газом

Угарный газ (окись углерода) оказывает нейротоксическое, гипоксическое, гемотоксическое (карбоксигемоглобинообразующее) действие. Отравление происходит через дыхательные пути (содержание в воздухе 1% окиси углерода почти всегда приводит к смерти).



Клиническая диагностика

Легкое отравление угарным газом характеризуется ухудшением самочувствия (разбитость, недомогание), головной болью (симптом «обруча» - голова как будто сжата тисками), головокружением, тошнотой, рвотой, болью в животе.

При отравлении средней тяжести отмечают: рвота, кратковременная потеря сознания с последующим возбуждением и галлюцинациями зрительными и слуховыми; кожа сине-багрового цвета; тахикардия, снижение АД.

Клиника тяжелого отравления: коматозное состояние, развитие судорожного синдрома.

Причинами смерти являются отек легких и отек мозга.

Неотложная помощь:

- Вынести пострадавшего на свежий воздух, к голове приложить холод.
- Провести ревизию верхних дыхательных путей.
- При сохраненном сознании - вдыхание паров нашатырного спирта.

- Непрерывная ингаляция увлажненным кислородом.
- При нарушениях дыхания - 2,4% раствор эуфиллина 1,0 мл/год жизни в/в.
- Для поддержания АД - 10% раствор кофеина 0,1 мл/год жизни п/к или кордиамин 0,1 мл/год жизни в/м.
- Для улучшения процессов тканевого дыхания - 0,25% раствор цитохрома С (цитомак) от 4,0 мл (для детей раннего возраста) до 8,0-мл (для детей старшего возраста) в/в капельно на физиологическом растворе натрия хлорида.
- В тяжелых случаях показано проведение гипербарической оксигенации.

Отравление ядовитыми грибами

(бледная поганка, мухомор, сморчки, строчки)



Клиническая диагностика

Бледная поганка содержит ядовитые вещества фаллоин, фаллоидин, аманит, которые оказывают гепатотоксическое, нефротоксическое и энтеротоксическое действие. Токсины стойкие: не разрушаются при высушивании и термической обработке. Латентный период длится от 6 до 24 часов. В последующем появляются боли в животе, неукротимая рвота, понос, часто с наличием крови в испражнениях. Развивающийся энтероколит носит холероподобный характер и ведет к обезвоживанию организма, грубым нарушениям водно-электролитного баланса. Нарушается сознание, могут быть галлюцинации. Прогрессируют признаки сосудистой недостаточности вплоть до коллапса. Со 2-3 суток нарастает почечно-печеночная недостаточность: анурия, желтуха, гепатомегалия, геморрагический синдром, кома. Прогноз часто неблагоприятный.

Мухомор содержит яды мускарин, мускаридин и др., которые оказывают нейротоксическое (холинэргическое) действие. Токсины частично разрушаются при термической обработке. Симптомы отравления (мускариновый синдром) появляются через 1-2 часа после употребления грибов. Характерны боль в животе, тошнота, обильное слюноотделение,

рвота, диарея, усиленное потоотделение. Дыхание затруднено. Зрачки сужены, зрение ослаблено из-за спазма аккомодации. При нарастании интоксикации появляется брадикардия, могут быть галлюцинации, бред, судороги. Смерть может наступить в связи с асфиксией.

Строчки, сморчки содержат галлвелевую кислоту, которая оказывает в основном местное энтеротоксическое действие. Токсины при термической обработке разрушаются, поэтому отравление может происходить при употреблении в пищу плохо отваренных грибов или грибного бульона. Первые признаки отравления появляются через 1/2-2 часа после употребления грибов (реже через 5-6 часов). У ребенка ухудшается самочувствие, возникают сильные боли в животе, тошнота, рвота, понос. Значительных нарушений со стороны нервной системы и других систем при этом нет. Исход, как правило, благоприятный: через 1-2 дня наступает полное выздоровление.

Неотложная помощь:

- Промыть желудок через зонд с введением взвеси активированного угля.
- Солевое слабительное внутрь (не назначается при профузном поносе).
- При мускариновом синдроме введение антидота - 0,1% раствор атропина сульфата 0,1 мл/год жизни п/к; инъекции повторять каждые 1/2-1 час до появления симптомов умеренной атропинизации.
- При эксикозе - в/в инфузия глюкозо-солевых растворов.
- При асфиксии - реанимационные мероприятия.
- Форсированный диурез с ощелачиванием.
- В тяжелых случаях проведение гемосорбции, гемодиализа или плазмафереза.

Отравление ядовитыми растениями (красавка, белена, дурман)

Красавка (белладонна), белена, дурман оказывают психотропное, вегетотропное действие (парасимпатическая денервация). Аналогичным действием обладают препараты белладонны (экстракт красавки, белластезин,



бесалол, беллалгин, беллатаминал).

Клиническая диагностика

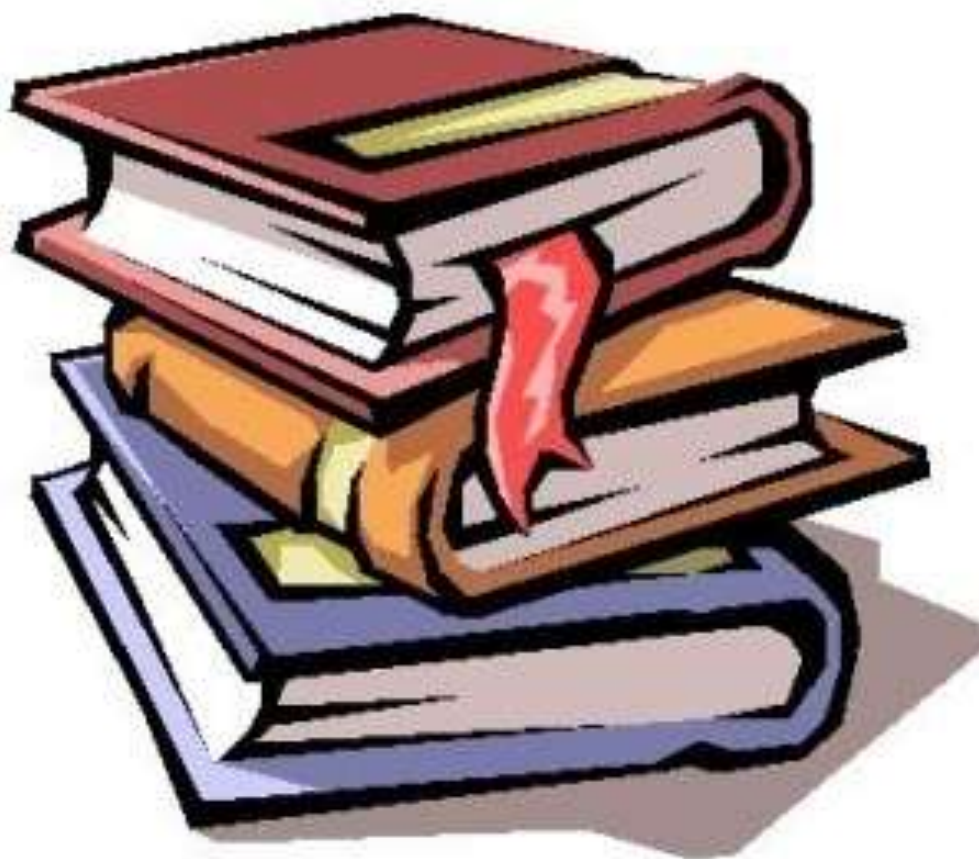
Признаки отравления появляются через 15-20 мин после приема токсических доз, достигают максимума к концу первого часа и сохраняются 3-6 час.

Первая фаза отравления характеризуется возбуждением: дети беспокойны, мечутся, кричат, появляются зрительно-слуховые галлюцинации, двоение в глазах, нарушается координация, зрачки расширены, кожные покровы и слизистые сухие, лицо гиперемировано, склеры инъектированы, тахикардия, повышение АД и температуры. Во второй фазе (угнетения ЦНС) отмечаются признаки прогрессирующего снижения активности нервной системы вплоть до комы. Развивается артериальная гипотония, олигурия или анурия. Смерть может наступить от паралича дыхательного центра.

Неотложная помощь:

- Промывание желудка через зонд, обильно смазанный вазелиновым маслом, с введением взвеси активированного угля.
- Солевое слабительное внутрь.
- Введение антидота - 0,1% раствор физортигмина в дозе 0,02-0,05 мг/кг в/в или в/м, повторяя инъекции "каждые 20-30 мин до достижения эффекта.
- При возбуждении ввести:
 - 0,5 % раствор седуксена в дозе 0,05-0,1 мл/кг (0,3-0,5 мг/кг) в/в или в/м или
 - 20 % раствор оксибутирата натрия 0,25-0,5 мл/кг (50-100 мг/кг) в/м или в/в.
- При угнетении дыхания перевод больного на ИВЛ.
- Форсированный диурез.
- В тяжелых случаях проведение гемосорбции, гемодиализа или плазмафереза.

Блок контроля.



Определение исходного уровня знаний.



ИНСТРУКЦИЯ

УВАЖАЕМЫЙ СТУДЕНТ!

Задание № 1

1. Внимательно прочитайте контрольные вопросы по теме занятия;
2. Обдумайте ответ и запишите его словами **«Верно»** или **«Неверно»**:
 - **«Верно»**- если данное утверждение правильное;
 - **«Неверно»**- сформулируйте правильное утверждение;
3. Проверьте правильность выполнения заданий по эталону ответов у преподавателя;
4. Вставьте пропущенное слово;
5. Согласно критериям оценки выполнения заданий (см. методический блок стр. 18), оцените работу;
6. Поставьте полученную оценку в оценочный лист .

Верны или неверны следующие высказывания?

1. Фебрильные судороги - судороги, возникающие при повышении температуры тела свыше 38°C ;
2. При судорогах возрастает потребность в кислороде.
3. Судороги могут только распространяться на отдельные группы мышц;
4. Активное физическое охлаждение должно проводиться на фоне жаропонижающей терапии;
5. Инфузионная терапия при гипертермии проводится для улучшения периферической микроциркуляции и увеличения теплоотдачи;
6. Для белой гипертермии теплопродукция равна теплоотдаче;
7. Наиболее частые причины анафилактического шока - асфиксия, коллапс.

8. Стартовым раствором при выведении из анафилактического шока является 40% раствор глюкозы.
9. При коллапсе необходимо уложить ребенка на мягкую поверхность с возвышенным головным концом.
10. При острой сердечно сосудистой недостаточности требуется активный двигательный режим.
11. При коллапсе развивается гипоксия организма.
12. Обморок это проявления острой сердечно сосудистой недостаточности, которая сопровождается ишемией мозга и проявляется кратковременной потерей сознанием.
13. Инспираторная одышка, характерна для приступа бронхиальной астмы.
14. При диагностике бронхиальной астмы в мокроте обнаруживаются кристаллы Шарко-Лейдена.
15. Небулайзер - это приспособления, обеспечивающие поступление раствора лекарственного препарата через маску в дыхательные пути ребенка.
16. Входными воротами для ядовитых веществ могут служить кожные покровы и слизистые оболочки.
17. Противопоказанием к рефлексорной рвоте при отравлении является отравление кислотами, щелочами ребенка.
18. Отравление грибами не является показанием для госпитализации.
19. Необходимо промыть желудок ребенка при отравлении бензином.
20. В детском возрасте отравление протекает легче, чем у взрослых, так как низкая проницаемость кожных покровов и слизистых.

Инструкция: Вставьте пропущенное слово

1. Судороги - _____ мышечное сокращение, вызывающие искажение форм тела и конечностей.
2. При повышении температуры тела на 1 градус, показатели увеличиваются: ЧДД на _____, пульс на _____ ударов в минуту.

3. При острой сердечно-сосудистой недостаточности необходимо приподнять ноги, так как это обеспечивает приток крови к _____.

4. Анафилактический шок - _____ реакция _____ типа, которая бурно развивается через несколько минут после воздействия аллергена.

5. При приступе бронхиальной астмы характерна _____ одышка.

КОНТРОЛЬ РЕЗУЛЬТАТОВ ИЗУЧЕНИЯ НОВОГО МАТЕРИАЛА, ОТРАБОТКИ ПРАКТИЧЕСКИХ УМЕНИЙ И НАВЫКОВ



Проблемные ситуации с элементами ролевой игры в стихотворной форме

Задание № 2

Данное задание способствует овладению

Профессиональными компетенциями:

1. ПК.2. Осуществлять лечебно-диагностические вмешательства, взаимодействуя с участниками лечебного процесса.
2. ПК. 4. Применять медикаментозные средства в соответствии с правилами их использования.
3. ПК.5. Соблюдать правила использования аппаратуры, оборудования и изделий медицинского назначения в ходе лечебно-диагностического процесса.

Общими компетенциями:

1. ОК.2. Организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их выполнение и качество.
2. ОК. 3. Принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях и нести за них ответственность.
3. ОК.6. Работать в коллективе и команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, потребителями.
4. ОК.7. Брать на себя ответственность за работу членов команды (подчиненных), за результат выполнения заданий.
5. ОК.9. Ориентироваться в условиях смены технологий в профессиональной деятельности

ИНСТРУКЦИЯ

Ответьте письменно

1. Внимательно прочитайте задание по теме занятия;
2. Проанализируйте каждое неотложное состояния представленное в аптечки семьи Ивановых;
3. Заполните аптечку семьи Ивановых, пользуясь опорным конспектом

Желаю удачи!

4. Проверьте правильность выполнения задания по эталонам ответов у преподавателя;
6. Оцените выполнение задания по критериям оценки (см. методический блок стр. 19);
7. Полученные оценки поставьте в оценочный лист.
8. При получении неудовлетворительной оценки Вам необходимо вернуться к изучению теоретического материала по теме: «Неотложные состояния у детей».

Задание «Домашняя аптечка»

Цели:

- обучить родителей формировать домашнюю аптечку для оказания неотложной помощи детям;

УВАЖАЕМЫЙ СТУДЕНТ!



Перед вами схематическое изображение домашней аптечки семьи Ивановых. Каждое отделение аптечки (всего их шесть) предназначено для оказания помощи при определенном неотложном состоянии.

1. Внимательно изучите алгоритм оказания неотложной помощи при судорогах, гипертермии, обмороке, крапивнице, приступе бронхиальной астме и отравлениях.
2. Впишите в соответствующие отделения аптечки лекарственные препараты, применение которых возможно в домашних условиях.
4. Подумайте, что еще может понадобиться дома для грамотного и эффективного оказания неотложной помощи детям. Это могут быть перевязочные материалы, различные химические вещества, в том числе используемые дома, предметы медицинского назначения и т.п. Внесите их в графу «Дополнительные материалы» каждого отделения аптечки.
5. Еще раз проанализируйте алгоритмы оказания неотложной помощи и заполненные вами отделения аптечки.

Ответьте на вопрос: «Все ли необходимое для оказания неотложной помощи включено в аптечку?»

Домашняя аптечка семьи Ивановых

Схематическое изображение домашней аптечки семьи Ивановых



В семье Ивановых
детей нет здоровых.
Больны три сыночка и три
лапочка-дочка



Ну а маленький сыночек-
«Раскаленный уголек».
Не спасет нас микстура,
Поднялась температура.
Мама судорог боится,
Они могут, приключится.



От простуды лоб горяч.
Нужен срочно детский
врач.
И вдруг в комнате моей
Вмиг собралось пять
врачей!
Совещались целый час.
Прописали: ананас,
Шоколад, рулет, зефир
И два раза в день пломбир.
Но от этого леченья
Не приходит облегченье.

Мне мама говорила, не ешь мандарины,



Не ешь молоко
У тебя доченька, аллергия
Тебе до волдырей не далеко!

Средний сын - натуралист,

Тянет в рот и плод и лист.

Слопал он листок и вот

У него живот болит.

Одолела рвота с диареей
Помогите поскорее.



Закружилась голова
Из -под ног асфальт «ушел»,
Плохи друг твои дела-
Это обморок пришел!

Бронхиальная астма опасна-
Состоянье - асфиксическое
Может быть – критическое.



**Ты придумай аргументы, Собери медикаменты,
каждому помочь, Сыновей спасти и дочь!**

Схематическое изображение домашней аптечки семьи Ивановых

Судороги		Гипертермия	
<i>Лекарство</i>	<i>Дополнительные материалы</i>	<i>Лекарство</i>	<i>Дополнительные материалы</i>
Крапивница		Отравление (пищевое)	
<i>Лекарство</i>	<i>Дополнительные материалы</i>	<i>Лекарство</i>	<i>Дополнительные материалы</i>
Приступ бронхиальной астмы		Обморок	
<i>Лекарство</i>	<i>Дополнительные материалы</i>	<i>Лекарство</i>	<i>Дополнительные материалы</i>

Закрепление нового материала, коррекция ошибок.



Проблемные ситуационные задачи с иллюстрациями и методическими указаниями к ним

Задание №3.

Данное задание способствует овладению

Профессиональными компетенциями:

1. ПК.2. Осуществлять лечебно-диагностические вмешательства, взаимодействуя с участниками лечебного процесса.
2. ПК.3. Сотрудничать со взаимодействующими организациями и службами.
3. ПК.4. Применять медикаментозные средства в соответствии с правилами их использования.
4. ПК. 6. Вести утвержденную медицинскую документацию.

Общими компетенциями:

1. ОК.2. Организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их выполнение и качество.
2. ОК. 3. Принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях и нести за них ответственность.
3. ОК.4. Осуществлять поиск, анализ и оценку информации, необходимой для постановки и решения профессиональных задач, профессионального и личностного развития.
4. ОК 5. Использовать информационно-коммуникационные технологии для совершенствования профессиональной деятельности.
5. ОК.6. Работать в коллективе и команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, потребителями.
6. ОК.7. Брать на себя ответственность за работу членов команды (подчиненных), за результат выполнения заданий.
7. ОК.9. Ориентироваться в условиях смены технологий в профессиональной деятельности

ИНСТРУКЦИЯ

УВАЖАЕМЫЙ СТУДЕНТ!

Для закрепления нового материала Вам предлагается решить одну из предложенных ситуационных задач. Используйте материал опорного конспекта.

1. Проверьте правильность выполнения задания по эталонам ответов у преподавателя;
2. Оцените выполнение задания по критериям оценки (см. методический блок стр. 19-20)
3. Полученные оценки поставьте в оценочный лист.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача № 1



Мальчика ужалила оса. Вскоре на лице стал быстро нарастать плотный бледный отек век, щек, губ.

Задания к задаче:

1. Определите состояние пациента.
2. Составьте алгоритм действия медицинской сестры.

Задача № 2



Высыпание над поверхностью кожи, с четкими фестончатыми краями, красного цвета, сопровождается выраженным зудом.

Задания к задаче:

1. Определите состояние пациента.
2. Составьте алгоритм действия медицинской сестры.

Задача № 3

У девочки 9 лет во время взятия крови из вены на биохимический анализ внезапно появилась слабость, головокружение, тошнота, резко побледнела, кожа покрылась холодным липким потом. Ребенок медленно опустился на пол, потерял сознание. Пульс нитевидный, 60 уд./мин., А/Д 60/30 мм рт. ст. Дыхание поверхностное, 20 в 1 мин. Зрачки расширены, реакция на свет ослаблена.

Задания к задаче

1. Определите состояние пациента.
2. Составьте алгоритм действий медицинской сестры.

Задача № 4

Вы работаете в составе бригады неотложной помощи. Поступил вызов к ребенку 13 лет. Подозрение на отравление бензином.

Задание к задаче

1. Подлежит ли ребенок госпитализации?
2. Ваши действия.
3. Есть ли противопоказания к промыванию желудка?

Задача № 5

Девочка 5 лет заболела внезапно. После укуса осы в кисть правой руки появилось резкое беспокойство, отек правой руки. Состояние ребенка крайне тяжелое, сознание затемнено. Кожные покровы бледные, акроцианоз. В месте укуса отмечается волдырь. Дыхание поверхностное, выражена одышка. Пульс слабый 140 ударов в минуту.

Задания к задаче

1. Определите состояние пациента
2. Составьте алгоритм действия медицинской сестры.

Контроль эффективности обучения.



Тестовые задания

Задание № 4

Для контроля эффективности обучения Вам предлагается выполнить тестовые задания, которые способствуют формированию таких **профессиональных компетенций**:

1. ПК.1. Представлять информацию в понятном для пациента виде, объяснять ему суть вмешательств.
2. ПК.2. Осуществлять лечебно-диагностические вмешательства, взаимодействуя с участниками лечебного процесса.
3. ПК. 4. Применять медикаментозные средства в соответствии с правилами их использования.
4. ПК.5. Соблюдать правила использования аппаратуры, оборудования и изделий медицинского назначения в ходе лечебно-диагностического процесса.

Общими компетенциями:

1. ОК.2. Организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их выполнение и качество.
2. ОК. 3. Принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях и нести за них ответственность.
3. ОК.6. Работать в коллективе и команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, потребителями.
4. ОК.7. Брать на себя ответственность за работу членов команды (подчиненных), за результат выполнения заданий.
5. Самостоятельно определять задачи профессионального и личностного развития, заниматься самообразованием, осознанно планировать повышение квалификации.
6. ОК.9. Ориентироваться в условиях смены технологий в профессиональной деятельности

ИНСТРУКЦИЯ

Ответьте письменно

1. Проверьте правильность выполнения тестовых заданий по эталону ответов у преподавателя;
2. Согласно критериям оценки выполнения тестовых заданий (см. методический блок стр.20), оцените свою работу;
3. Поставьте полученную оценку в оценочный лист.
4. В случае получения неудовлетворительной оценки Вам необходимо вернуться к изучению теоретического материала по теме: «Неотложные состояния у детей».

Инструкция: выберите один или несколько правильных ответов.

1. Кожа при розовой лихорадке:

- а) бледная;
- б) красная;
- в) холодная на ощупь;
- г) горячая на ощупь;

2. Кожа при белой лихорадке:

- а) бледная;
- б) красная;
- в) холодная на ощупь;
- г) горячая на ощупь;

3. Неотложная помощь при белой лихорадке включает:

- а) вызов врача;
- б) обеспечение доступа свежего воздуха;
- в) общее согревание;
- г) физические методы охлаждения;
- д) введение литической смеси;
- е) оксигенотерапия;

4. Неотложная помощь при судорогах включает:

- а) профилактику травм;
- б) предупреждение западения языка,
- в) предупреждение рвоты;
- г) профилактику запоров;
- д) профилактику пролежней;
- е) обеспечение проходимости дыхательных путей;

5. Осложнениями судорог являются;

- а) аспирация рвотными массами;
- б) остановка дыхания;
- в) развитие крапивницы;
- г) развитие бронхоспазма;
- д) нарушение сна;

6. Крапивница характеризуется;

- а) волдырями;
- б) рвотой;
- в) судорогами;
- г) повышением температуры;
- д) кожным зудом;

7. Мероприятиями неотложной помощи при крапивнице являются;

- а) введение гаммаглобулина;
- б) прекращение введение аллергена;
- в) введение антигистаминных средств;
- г) оксигенотерапия,
- д) дача сорбентов;

8. Наиболее характерной локализацией при отеке Квинке является:

- а) верхняя треть бедра;
- б) грудная клетка;
- в) передняя брюшная стенка;
- г) область шеи;
- д) гортань;

9. Первоочередными мероприятиями при отеке Квинке являются:

- а) дача сорбентов;
- б) обеспечение доступа свежего воздуха;
- в) подкожное введение адреналина;
- г) применение антигистаминных препаратов;
- д) применение гормонов;

10. В основе анафилактического шока лежит:

- а) гипертермическая реакция организма;
- б) судорожная реакция организма;
- в) неврологическая реакция организма;
- г) иммунологическая реакция организма;

11. Первоочередными мероприятиями при развитии анафилактического шока являются:

- а) прекращение введение аллергена;
- б) обеспечение доступа свежего воздуха.

- в) внутривенное введение 0,1% раствора адреналина;
- г) внутривенное введение антигистаминных препаратов;
- д) введение гаммаглобулина;
- е) внутривенное введение гормонов

12. Для приступа удушья при бронхиальной астме характерно:

- а) затруднение выдоха;
- б) затруднение вдоха;
- в) вынужденное положение «поза Кучера»;
- г) вынужденное полулежачее положение;
- д) набухшие шейные вены;
- е) чувство стеснения в груди;

13. Причинами отравлений могут стать:

- а)
- б)
- в)
- г)
- д)

14. Входными воротами для ядовитых веществ могут служить:

- а)
- б)
- в)

15. В детском возрасте острые отравления протекают тяжелее, чем у взрослых, из-за:

- а)
- б)
- в)

16. Противопоказаниями к рефлексорной рвоте являются:

- а)
- б)
- в)
- г)

17. Противопоказаниями к применению слабительных служат:

- а)
- б)
- в)

18. Различают три типа противоядий:

- а)
- б)
- в)