Содержание

1. Вводная часть

2. Основная часть. Понятие смерти

2.1 Процесс умирания и его периоды

2.2 Агония

2.3 Клиническая смерть

3. Реанимационные мероприятия

3.1 Реанимационные отделения и принцип их работы

3.2 Восстановление проходимости дыхательных путей

3.3 Искусственная вентиляция легких

3.4 Массаж сердца

4. Помощь при некоторых неотложных состояниях

4.1 Основные принципы сердечно-легочной реанимации

4.2 Помощь при отравлениях

4.3 Помощь при утоплении

4.4 Помощь при тепловом ударе

4.5 Помощь при электротравме

4.6 Помощь при радиационном поражении

5. Вывод

Список литературы

1. Вводная часть

Первая медицинская помощь – это комплекс срочных простейших мероприятий для спасения жизни человека и предупреждения осложнений при несчастном случае или внезапном заболевании, проводимых на месте происшествия самостоятельно (самопомощь) или другим лицом, находящимся поблизости (взаимопомощь). Первую врачебную помощь на дому, по месту работы, на улице оказывают сотрудники скорой медицинской помощи.

Успехи реаниматологии – науки о механизме развития и методах лечения терминальных состояний, пограничных с биологической смертью, имеют непосредственный выход в практическую медицину и составляют основу реанимации. Эти мероприятия обеспечивают в первую очередь эффективное дыхание и кровообращение.

К терминальным состояниям относятся предагония, агония и клиническая смерть. Реанимация (оживление) – система лечебных мероприятий, направленных на восстановление резко нарушенных или утраченных жизненно важных функций организма и выведение его из терминального состояния и клинической смерти – до возвращения пациенту сознания. Эффективные реанимационные мероприятия – главным образом непрямой массаж сердца и искусственная вентиляция легких – поддерживают жизнь пациента без сердечной деятельности и предотвращают необратимое повреждение головного мозга, при неэффективности в течении 30мин. Констатируется биологическая смерть. Более длительную реанимацию проводят у детей, при гипотермии и утоплении в холодной воде, при рецидивирующей фибрилляции желудочков. Реанимация не проводится, если пациент находится в последней стадии неизлечимого заболевания. Выбор метода и тактика реанимации определяются механизмом наступления смерти и часто не зависят от характера основного заболевания, которое на догоспитальном этапе оказания экстренной помощи может оставаться нераспознанным. Реанимационные мероприятия оказываются наиболее эффективными в тех случаях, когда их проводят в специализированных отделениях, оснащенных необходимой аппаратурой. В настоящее время существуют реанимационные отделения трех типов: отделение реанимации общего профиля, отделение послеоперационной интенсивной терапии и специализированные отделения реанимации.

2. Основная часть. Понятие смерти

2.1 Процесс умирания и его периоды

Под смертью понимают необратимое прекращение жизнедеятельности организма. В качестве основных причин смерти могут выступать тяжелые, несовместимые с жизнью повреждения тех или иных органов, массивная кровопотеря, кровоизлияния, захватывающие важнейшие центры головного мозга, раневая интоксикация. Непосредственными причинами смерти при различных заболеваниях чаще всего бывают сердечная или дыхательная недостаточность.

К терминальному состоянию относится и процесс умирания, постепенно захватывающий все органы и системы организма и включающий в себя несколько стадий. Предагональное состояние возникает на фоне тяжелой гипоксии (кислородного голодания) внутренних органов и характеризуется постепенным угнетением сознания, прогрессирующими расстройствами дыхания и кровообращения. Выраженность и длительность предагонального периода и особенности клинической картины в значительной степени зависят от характера основного заболевания, приведшего к развитию предагонального состояния. Так предагония может длиться несколько часов при нарастающей дыхательной недостаточности и практически отсутствовать при острой «сердечной» смерти.

Предагональный период заканчивается возникновением терминальной паузы (кратковременного прекращения дыхания), продолжающийся от 5-10 с до 3-4 мин. И сменяющийся агональным периодом (агонией).

2.2 Агония

Агония характеризуется кратковременной активизацией механизмов, направленных на поддержание процессов жизнедеятельности, но затем ведет к падению артериального давления, расстройству дыхания с редкими короткими глубокими дыхательными движениями, утрате сознания, исчезновению болевой чувствительности, роговичных, сухожильных и кожных рефлексов. Агональный период продолжается от нескольких минут до нескольких часов и более, после чего наступает клиническая смерть.

2.3 Клиническая смерть

Клинической смертью называют короткий период, наступающий после прекращения эффективного кровообращения и дыхания, но до развития необратимых некротических (некробиотических) изменений в клетках центральной нервной системы и других органах. Клиническая смерть является обратимым этапом умирания. Продолжительность этого периода составляет обычно 4-6 мин. Она зависит от характера основного заболевания, приведшего к клинической смерти, длительности предшествующих пред- и агонального периодов, так как уже в этих стадиях терминального состояния развиваются некробиотические изменения на уровне клеток и тканей. Длительное предшествующее тяжелое состояние с грубым нарушениями кровообращения и особенно микроцеркуляции, тканевого метаболизма обычно сокращает длительность клинической смерти до 1-2 мин. В указанные сроки с помощью реанимационных мероприятий возможно полное восстановление жизнедеятельности организма. после этого периода в тканях (прежде всего в клетках коры головного мозга) возникают необходимые изменения, определяя уже состояние биологической смерти, при которой полного восстановления функций различных органов достичь невозможно. Далеко не всегда можно установить момент наступления клинической смерти. Практика показывает, что только в 10-15% случаев на догоспитальном этапе удается точно установить время наступления клинической смерти и переход ее в биологическую. Поэтому при отсутствии явных признаков биологической смерти у больного его следует считать находящимся в состоянии клинической смерти. В таких случаях необходимо немедленно начинать реанимационные мероприятия. Отсутствие эффекта в первые минуты служит одним из показателей возможного наступления биологической смерти. Наступление биологической смерти устанавливается как по прекращению дыхания и сердечной деятельности, так и на основании появления следующих достоверных признаков: снижение температуры тела ниже 20 градусов по Цельсию, образования через 2-4 часа после остановки сердца трупных пятен, развития трупного окоченения.

3. Реанимационные мероприятия

3.1 Реанимационные отделения и принцип их работы

Реанимационные отделения общего профиля организуют в крупных больницах для проведения реанимационных мероприятий у больных с различными заболеваниями и состояниями: травматическим шоком, массивной кровопотерей, острой сердечнососудистой и дыхательной недостаточностью. Послеоперационные отделения реанимации и интенсивной терапии создают в крупных хирургических стационарах для наблюдения и лечения больных (обычно в течении нескольких суток), перенесших операции под наркозом.

Специализированные центры и отделения реанимации создают для больных с определенными заболеваниями (кардиореанимация, токсикологические, неврологические, инфекционные).

Реанимационные отделения оснащены необходимым диагностическим и лечебным оборудованием: системой для постоянного наблюдения за важнейшими функциями органов дыхания и кровообращения, электрокардиографами, спирографами, передвижными рентгеновскими аппаратами, аппаратами для искусственного дыхания и наркоза, дефибрилляторами, кардиостимуляторами, бронхоскопами. В современных отделениях реанимации имеются условия для проведения гемодиализа, гемосорбции и гипербарической оксигенации. При отделениях реанимации имеются лаборатории для проведения клинических и биохимических анализов.

3.2 Восстановление проходимости дыхательных путей

Искусственная вентиляция легких эффективна только в случаях отсутствия механических препятствий в верхних дыхательных путях. При наличии инородных тел, рвотных масс в глотке, гортани, прежде всего, необходимо их удаление (пальцем, зажимами, отсосом и т.п.). основные принципы лечебной тактики в случае приступа удушья при наличии инородного тела: если невозможно удалить инородное тело пальцем, для устранения обструкции дыхательных путей используют прием Геймлиха. Больного сзади обхватывают руками, надавливают на живот (по средней линии живота между пупком и мечевидным отростком) и производят резкий толчок вверх. Если при этом из легких выталкивается достаточное количество воздуха, обструкция может разрешиться. Неотложная помощь зачастую включает экстренную трахеостомию, поэтому при возможности больной должен быть срочно проконсультирован отоларингологом. Для восстановления проходимости дыхательных путей голову больного следует запрокинуть максимально назад, положив ладонь одной руки на лоб пациента, другая рука при этом подкладывается под его шею. Запрокидывание головы противопоказано при травмах шеи. Если искусственная вентиляция легких при этом неэффективна, выполняют следующий прием – выдвигают нижнюю челюсть вперед так, чтобы нижние зубы были впереди передних и рот был открыт. Для этого одну руку кладут на лоб пациента, указательный и средний пальцы другой руки при этом помещают под подбородок, либо ее выдвигают, просунув большой палец в рот пациента. При этом положение головы за счет смещения корня языка и надгортанника вперед открывается гортань и обеспечивается свободный доступ воздуха через нее в трахею. После выполнения описанных приемов оценивают наличие спонтанного дыхания – если оно не восстановилось, незамедлительно приступают к искусственной вентиляции легких.

3.3 Искусственная вентиляция легких

Искусственное дыхание представляет собой замену воздуха в легких больного, осуществляемую искусственным путем с целью поддержания газообмена при невозможности или недостаточности естественного дыхания. В этих случаях широко применяют различные аппаратные способы искусственного дыхания с использованием автоматических респираторов «РО-2», «РО-5», «Лада» и других позволяющих поддерживать газообмен в легких в течении длительного времени. Искусственное дыхание в качестве меры неотложной помощи необходимо при таких состояниях, как асфиксия (удушье), утоплении, электротравма, тепловой и солнечный удары, различные отравления. В указанных ситуациях прибегают к искусственному дыханию при помощи так называемых экспираторных методов (изо рта в рот и изо рта в нос). При проведении искусственного дыхания больного укладывают горизонтально на спину. Шею, грудную клетку и живот пациента освобождают от стесняющей одежды. Полость рта больного освобождают от слюны, слизи, рвотных масс. После этого запрокидывают его голову.

Осуществляющий искусственное дыхание реанимирующий располагается сбоку от пациента, одной рукой сжимает его нос и надавливает на его лоб. Если челюсти пациента плотно стиснуты, то рот открывают с помощью надавливания указательными пальцами, на его углы. При применении способа «изо рта в рот» закрывают нос больного, во избежание инфицирования рот необходимо прикрыть марлей или бинтом (носовым платком), после чего реанимирующий делает глубокий вдох, плотно прижимается губами ко рту пациента и делает энергичный выдох, затем отнимает губы от его рта и отводит свою голову в сторону. Применение S- образного воздуховода, значительно облегчает проведение искусственной вентиляции методом «изо рта в рот». Затем прикрывают рот и нос пациента, после чего происходит пассивный выдох больного. Искусственный вдох хорошо контролируется. Вначале вдувание воздуха проходит легко, однако по мере наполнения и растяжения легких сопротивление возрастает. Критерием правильного проведения искусственного дыхания служат движения грудной клетки больного в момент искусственного вдоха и пассивного выдоха, т.е. за счет эластичности легких и грудной клетки. При этом в легкие пациента можно вдувать двойную «физиологическую нору» – до 1200 мл воздуха. Этого вполне достаточно, так как здоровый человек при спокойном дыхании вдыхает около 600-700 мл воздуха. Воздух, вдуваемый врачом, оказывающим помощь, вполне пригоден для оживления, так как содержит 16% кислорода (при 21% в атмосферном воздухе).

Искусственное дыхание проводят с частотой 12-18 искусственных вдохов в минуту. Пассивный выдох должен быть полным, следующее вдувание воздуха производится только тогда, когда грудная клетка опустилась. При использовании метода «изо рта в нос» оказывающий помощь закрывает рот больного, приподнимая его нижнюю челюсть, и после глубокого вдоха производит энергичный выдох, обхватив губами нос пациента. В экстренных ситуациях искусственное дыхание можно произвести с помощью, так называемых ручных респираторов, в частности мешка Амбу (резиновой саморасправляющейся камеры).

3.4 Массаж сердца

К основным реанимационным мероприятиям относят также и массаж сердца, представляющий собой ритмичное сжатие сердца, проводимое с целью восстановления его деятельности и поддержания кровообращения в организме. В настоящее время прибегают в основном к непрямому (закрытому) массажу сердца; примой (открытый) массаж осуществляется при помощи непосредственного сжатия сердца во время операции на органах грудной клетки. Эффективный массаж сердца обеспечивает достаточное кровоснабжение жизненно важных органов и нередко ведет к восстановлению самостоятельной работы сердца. Проводимая при этом искусственная вентиляция легких дает достаточное насыщение крови кислородом. Непрямой массаж сердца обычно бывает эффективным, если он начат в ранние сроки после прекращения сердечной деятельности. Во время непрямого массажа происходит сдавление сердца между грудиной и позвоночником, уменьшение его объема и выброс крови в аорту и легочную артерию, т.е. является искусственной систолой. В момент прекращения давления грудная клетка расправляется, сердце принимает объем, соответствующий диастоле, и кровь из полых и легочных вен поступает в предсердия и желудочки сердца. Ритмичное чередование сжатий и расслаблений таким образом в какой-то мере заменяет работу сердца, т.е. выполняется один из видов искусственного кровообращения.

Осуществляющий массаж должен стоять сбоку от пострадавшего, положив ладонь, ее ближнюю к лучезапястному суставу часть, на нижнюю треть грудины пациента (на 2.5см выше мечевидного тростка), пальцы не касаются грудной клетки. Вторая кисть кладется поверх первой, так чтобы прямые руки и плечи массирующего находились над грудью пациента. Надавливание на грудину осуществляют быстрыми толчками причем для расправления грудной клетки руки отнимают после каждого толчка.

Темп непрямого массажа сердца составляет обычно 60 сжатий в минуту. Эффективность контролируют не реже одного раза в минуту. Признаком эффективности проводимого массажа являются сужение ранее расширенных зрачков, исчезновение бледности, и уменьшение цианоза, пульсация крупных артерий (прежде всего сонной). При этом обращают внимание на восстановление у больного самостоятельного дыхания, повышение артериального давления.

Самыми частыми осложнениями при проведении непрямого массажа сердца являются переломы ребер и грудины. Предупреждением этих осложнений является технически правильное выполнение непрямого массажа сердца, строгое дозирование физической нагрузки при надавливании на грудину. Не следует при массаже располагать кисти рук над мечевидным отростком грудины, так как, резко надавливая на него можно поранить левую долю печени и другие органы, расположенные в верхнем отделе брюшной полости.

4. Помощь при некоторых неотложных состояниях

4.1 Основные принципы сердечно-легочной реанимации

В первую очередь определяется наличие сознания, оценивается реакция пациента на обращение.

Прекращение сердечной деятельности диагностируется по отсутствию пульсации на сонных артериях и выслушиваемых тонов сердца в течение 5 с. Пульс на сонной артерии определяют следующим образом: указательный и средний пальцы накладывают плашмя на адамово яблоко и легко прижимая, продвигают их в бок, пульс определяется в ямке между боковой поверхностью гортани и мышечным валиком на боковой поверхности шеи.

Электрокардиографически у больных, находящихся на кардиомониторе в этот период, обычно определяется фибрилляция желудочков, т.е. электрокардиографическое проявление сокращений отдельных мышечных пучков миокарда, либо резкая (терминальная) брадиаритмия с грубой деформацией желудочковых комплексов, либо регистрируется прямая линия, свидетельствующая о полной асистолии. В случаях фибрилляции желудочков и терминальной брадиаритмии эффективных сокращений сердца тоже нет, т.е. имеется остановка кровообращения.

Отсутствие эффективного дыхания диагностируется просто: если за 10-15 с наблюдения не удается определить явных и координированных движений грудной клетки, нет шума выдыхаемого воздуха и ощущения движения воздуха, самостоятельное дыхание следует считать отсутствующим. Агональные судорожные вдохи не обеспечиваю эффективную вентиляцию легких и не могут быть расценены как самостоятельное дыхание.

Основным реанимационными мероприятиями являются массаж сердца и искусственная вентиляция легких. Последовательность действий оказывающего помощь, согласно рекомендациям Американской ассоциации кардиологов, следующая:

1. констатация отсутствия реакции на внешние раздражители
2. вызов помощников и реанимационной бригады
3. правильное укладывание больного на твердую, ровную поверхность и обеспечение проходимости дыхательных путей
4. проверка наличия самостоятельного дыхания
5. при отсутствии самостоятельного дыхания – искусственная вентиляция легких (2 медленных полных вдоха «рот в рот»)
6. проверка наличия пульса
7. непрямой массаж сердца в сочетании с искусственной вентиляцией легких до прибытия реанимационной бригады.

Прибывшая реанимационная бригада приступает к специализированным реанимационным мероприятиям (требующим лекарственной терапии, специального оборудования), включая электрическую дефибрилляцию, электрическую стимуляцию сердца и др., однако без выполнения основных реабилитационных мероприятий все более сложные специализированные вмешательства будут неэффективными.

4.2 Помощь при отравлениях

К отравлениям относятся патологические состояния, возникающие при попадании в организм разнообразных химических веществ, вызывающих нарушение функций тех или иных органов, вплоть до смертельного исхода. Ядовитые вещества могут попасть в организм человека разными путями: при приеме внутрь через рот (при пищевых отравлениях), ингаляционным путем (при вдыхании ядовитых паров), через кожу (при укусах), а также при их введении с помощью инъекций. В клинической картине отравлений на первый план выступают симптомы поражения центральной нервной системы, органов дыхания, сердечнососудистой системы, органов пищеварения, почек. Лечебные мероприятия, проводимые при отравлениях, должны быть в первую очередь направлены на прекращение действия токсичных веществ и их удаление из организма, если указанные вещества были приняты внутрь, то с этой целью применяют промывание желудка. При ингаляционных отравлениях, например, угарным газом, пострадавшего выносят на свежий воздух. При попадании токсичных веществ на кожу их смывают чистой проточной водой. При укусах ядовитых змей выдавливают из раны первые капли крови, прикладывают холод к месту укуса, вводят противозмеиную сыворотку. Удаление токсических веществ, уже попавших в кровеносное русло, проводят с помощью ускорения их выделения через кожу методом форсированного диуреза (капельно вводят 5%-ный раствор глюкозы, полиглюкин, реополиглюкин (1.5л), затем применяют мочегонные препараты и проводят симптоматическую терапию, направленную на поддержание функций дыхательной и сердечнососудистой систем. Для лечения больных с различными отравлениями созданы специальные центры, имеющие необходимое оборудование для быстрого уточнения характера отравления и выявления токсического вещества. Для более интенсивного удаления ядов из организма широко применяют такие методы лечения, как гемодиализ с использованием аппарата «искусственная почка», перитонеальный диализ (способ внепочечного очищения организма с помощью промывания брюшной полости специальными растворами), гемосорбцию и другие мероприятия, позволяющие значительно улучшить результаты лечения отравлений.

4.3 Помощь при утоплении

Под утопление понимают острые нарушения функций жизненно важных органов, прежде всего органов дыхания, кровообращения, центральной нервной системы, нередко приводящие к смертельному исходу, развивающиеся при погружении человека в воду. Смерть при утоплении может наступить как непосредственно при погружении в воду, так и спустя некоторое время после извлечения пострадавшего из воды (в результате остановки сердца, необратимых изменений центральной нервной системы, отека легких, тяжелой пневмонии). Успех реанимационных мероприятий в случае утопления во многом зависит от правильного и своевременного их проведения. Важно, чтобы они начинались не на берегу, а на воде, во время буксировки пострадавшего к берегу. Даже несколько искусственных вдохов, произведенных в этот период, значительно повышают вероятность последующего оживления утонувшего. Более своевременная помощь пострадавшему может быть оказана на берегу. Если у него отсутствует сознание, но сохранены дыхание и сердечная деятельность, то ограничиваются освобождением пострадавшего от стесняющей одежды и применением нашатырного спирта. При отсутствии самостоятельного дыхания и сердечной деятельности проводят одновременно искусственное дыхание с непрямым массажем сердца. Предварительно очищают полость рта и глотки пострадавшего о пены, слизи, песка, ила. Для удаления попавшей в дыхательные пути воды пострадавшего укладывают животом на согнутую в коленном суставе ногу реаниматора так, чтобы голова свешивалась вниз, и, поддерживая одной рукой голову пострадавшего, другой рукой слегка ударяют несколько раз между его лопатками. Указанные подготовительные мероприятия проводят быстро, после чего, не теряя времени, сразу переходят к искусственному дыханию и непрямому массажу сердца. В связи с опасностью возникновения поздних осложнений, прежде всего отека легких, пневмонии, острой сердечной и почечной недостаточности, пострадавшего немедленно госпитализируют. В отделении реанимации осуществляют тщательное наблюдение за состоянием больного, часто с помощью мониторного контроля функций дыхания и кровообращения, определяют кислотно-щелочное состояние организма, электролитный баланс и газовый состав крови, контролирую диурез. Больному проводят ингаляции кислорода, продолжают искусственную вентиляцию легких с помощью автоматических респираторов, осуществляют коррекцию кислотно-щелочного равновесия, проводят лечение с целью нормализации функций органов кровообращения, сердечнососудистой системы, почек.

4.4 Помощь при тепловом ударе

Под тепловым ударом понимают патологическое состояние, возникающее при перегревании организма в условиях высокой температуры окружающей среды. В результате происходит значительная потеря жидкости, сгущение крови, нарушение кислотно-щелочного равновесия организма, гипоксия тканей. Перегревание организма, которое происходит вследствие действия прямых солнечных лучей, носит название солнечного удара. Возникновению солнечного удара способствует длительное пребывание на солнцепеке, особенно с непокрытой головой. При оказании первой помощи в случаях теплового и солнечного ударов больного переносят в прохладное и хорошо проветриваемое место, лицо и грудь смачивают холодной водой, к голове прикладывают пузырь со льдом или холодный компресс, дают холодную воду или чай. При нарушениях дыхания и сердечной деятельности применяют инъекции камфоры, кофеина, ингаляции кислорода. При развитии обезвоживания организма и нарушении кислотно-щелочного состояния организма применяют внутривенные капельные вливания изотонического раствора хлорида натрия, 5%-ного раствора глюкозы.

4.5 Помощь при электротравме

Электротравма – поражение организма электрическим током. При электротравме могут наблюдаться как местные повреждения, так и общие нарушения, проявляющиеся поражением различных органов и систем организма. первая помощь пострадавшему от электротравмы состоит в устранении повреждающего действия тока. Необходимо срочно выключить рубильник, перерезать, перерубить или отбросить провод, используя для этого предметы с деревянной ручкой. Оказывающий помощь не должен дотрагиваться до открытых частей ела пострадавшего, должен пользоваться резиновыми перчатками или намотанными на руки сухими тряпками, работать по возможности в резиновой обуви, стоя на деревянном покрытии или автомобильной шине. При отсутствии у пострадавшего дыхания и сердечных сокращений немедленно начинают искусственное дыхание и непрямой массаж сердца. В дальнейшем принимают меры к доставке пострадавшего в лечебное учреждение, глее осуществляют весь комплекс противошоковых мероприятий, оксигенотерапию, лечение ожогов.

4.6 Помощь при радиационном поражении

Радиационным (лучевым) поражением называют патологические изменения в организме, возникающие в результате воздействия ионизирующего излучения. Начальный период радиационных поражений проявляется местными и общими лучевыми реакциями, продолжающимися от нескольких часов до нескольких суток и характеризующиеся эритемой, повышением температуры тела. При высокой дозе ионизирующего облучения могут наблюдаться тяжелые расстройства сознания. Период выраженных радиационных проявлений характеризуется тяжелым поражением кровеносной системы, кишечника, подавлением иммунитета, интоксикацией, повторяющимися кровотечениями. Радиационные поражения, возникающие при действии высоких доз ионизирующего излучения, протекают значительно тяжелее, приводя нередко к смертельному исходу. Первая помощь при радиационном поражении заключается в выводе пострадавшего из зоны радиационного заражения, полной санитарной его обработке. С целью выведения попавших в организм радиоактивных изотопов промывают желудок, ставят очистительные клизмы. Используют специфические антидоты. Для борьбы с интоксикацией проводят дезинтоксикационную терапию, для повышения содержания лейкоцитов, эритроцитов и тромбоцитов – переливание крови, лейкоцитарной, эритроцитарной и тромбоцитарной массы. В тяжелых случаях ставят вопрос о пересадке костного мозга.

Уход за больными с радиационными поражениями

Большое значение имеет организация правильного ухода за больным с радиационным поражениями. Учитывая высокую частоту возникновения у них инфекционных осложнений, этих пациентов размещают в изолированные боксированные палаты. Предупреждению инфекционных осложнений способствует и тщательный уход за полость рта и кожными покровами пострадавшего. Поскольку после воздействия ионизирующего излучения наблюдаются тяжелые поражения пищеварительного тракта, включая слизистую оболочку рта и глотки, для кормления таких больных часто применяют зонд, вводимый через носовые ходы, а также используют парентеральное питание. При входе в палату к больным медицинский персонал надевает дополнительный халат, марлевые респираторы, обувь, находящуюся на коврике, смоченном 1%-ным раствором хлорамина.

5. Вывод

Оказание неотложной медицинской помощи – актуальная проблема не только для любого медицинского работника, но и сотрудника милиции. В ургентных ситуациях требуются немедленные и точные действия, предпринимать которые приходится в любых условиях, в том числе в квартире больного, на улице. Зачастую от этих решений зависит успех дальнейшего лечения, здоровье и жизнь больного. В таких ситуациях нет времени пользоваться специальной литературой, необходим минимум знаний по основным патологическим состояниям, требующим неотложной терапии.

Нередко медицинские работники и сотрудники милиции вынуждены оказывать неотложную медицинскую помощь больному, не зная диагноза, не имея возможности собрать анамнестические данные и ориентируясь лишь на основной симптом приступа.

Список использованной литературы

1. Справочник по уходу за больными/ А.К. Джамбекова, В.Н. Шилов. – М.: Эксмо, 2008. – 288 с. – (Новейший медицинский справочник)
2. Справочник по неотложной медицинской помощи / Сост. В.И. Бородулин. – М.: ООО «Издательство Оникс»: ООО «Издательство «Мир и образование», 2007. – 560 с. – (Современная медицина)
3. Универсальный медицинский справочник / В.И. Бородулин и соавторы. – М.: Изд-во Эксмо; Издательский дом Прогресс, 2004. – 1296 с.