



Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего  
образования «Волгоградский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
Кафедра детских болезней педиатрического факультета

Производственная практика по получению  
профессиональных умений и опыта  
профессиональной деятельности  
(помощник процедурной медицинской сестры,  
научно-исследовательская работа)

ОЦЕНКА 95 БАЛЛОВ  
ВВ САМОХВАЛОВА

Научно-исследовательская работа на тему  
**«Доврачебная помощь при обмороке и коллапсе»**

Выполнил:  
Обучающийся 3 курса 5 группы  
педиатрического факультета  
Кравцов Григорий Сергеевич

Волгоград 2018

## Содержание

1. Введение	3 стр.
2. Цель научно-исследовательской работы	4 стр.
3. Задачи научно-исследовательской работы	4 стр.
4. Основные определения и понятия	5 стр.
5. Теоретическая часть научно-исследовательской работы	6 стр.
6. Роль медицинского персонала	14 стр.
7. Собственное исследование	15 стр.
8. Выводы	18 стр.
9.Список литературы	19 стр.

## Введение

Раненые и пострадавшие часто умирают не от травм, а потому, что запоздала первая помощь. Часть смертей на совести тех, кто, оказавшись рядом, промедлил, либо не знал, что делать. Главное - научиться правильно действовать в первые секунды после обнаружения пострадавшего, чтобы сохранить ему жизнь до момента оказания квалифицированной медицинской помощи.

Первая доврачебная помощь играет значительную роль в спасении жизни при неотложных состояниях и предупреждении осложнений при бытовых и производственных травмах, отравлениях и других несчастных случаях. Ее роль особенно возрастает в условиях катастроф, влекущих за собой массовые жертвы, а также в условиях, когда создается значительный разрыв во времени между моментом повреждения или развития неотложного состояния и помощью, оказываемой врачом (в походе, в лесу, на отдыхе и т.д.).

Первая доврачебная помощь - это комплекс срочных простейших мероприятий для спасения жизни человека и предупреждения осложнений при несчастных случаях или внезапном заболевании, внезапной смерти, проводимых на месте происшествия.

Обморок и коллапс – это частые «спутники» сосудистой недостаточности, все они обусловлены резким падением АД. Обморок – самая легкая форма. Тяжесть проявлений коллапса предопределяется тем, в какой форме протекает основное заболевание.

Острая сосудистая недостаточность — состояние, при котором нарушено общее или периферическое кровообращение в сопровождении низкого артериального давления и нарушения кровоснабжения органов и тканей. Это нарушение вызвано несоответствием поступления крови и метаболическими потребностями мозга. Происходит снижение сердечного выброса или уменьшение системного сосудистого сопротивления, что приводит к падению артериального давления. Острая сердечная недостаточность проявляется в виде обморока или коллапса. Эти патологические состояния требуют немедленной реакции окружающих: грамотная неотложная помощь при обмороке и коллапсе может оказать решающее значение для человека с нарушением периферического кровообращения.

Данная работа посвящена причинам и симптомам обморока и коллапса, а также оказанию первой помощи при этих проявлениях острой сосудистой недостаточности.

## **Цель научно-исследовательской работы**

Изучить методику оказания первичной доврачебной помощи при обмороке и коллапсе.

## **Задачи научно-исследовательской работы:**

1. Изучить этиологию и клинические проявления обморока и коллапса.
2. Изучить технику проведения доврачебной помощи при коллапсе и обмороке у взрослых и детей.

## Основные определения и понятия

**Сознание** - это свойство человеческой психики (точнее - центральной нервной системы) воспринимать окружающую действительность, анализировать и оценивать её, а также отвечать на полученную информацию. Если по каким-то причинам сознание отсутствует, теряется связь с внешней средой, утрачивается способность к произвольным действиям, повышается опасность гибели.

**Острая сосудистая недостаточность** — состояние, при котором нарушено общее или периферическое кровообращение в сопровождении низкого артериального давления и нарушения кровоснабжения органов и тканей.

**Обморок** или **синко́пе** (лат. *syncope* «обморок») — внезапная потеря сознания неэпилептической природы вследствие диффузного снижения мозгового метаболизма, вызванного главным образом кратковременным уменьшением мозгового кровотока. Важно различать обычный обморок и эпилептический. В обоих случаях человек падает и теряет сознание, но это два совершенно разных состояния, которые требуют разного лечения.

**Коллапс** (от лат. *collapsus* — упавший) — угрожающее жизни состояние, характеризующееся падением кровяного давления и ухудшением кровоснабжения жизненно важных органов. У человека проявляется резкой слабостью, заостренными чертами лица, бледностью, похолоданием конечностей. Возникает при инфекционных болезнях, отравлениях, большой кровопотере, передозировке и побочных действиях некоторых препаратов и др.

**Коллапс** — также одна из форм острой сосудистой недостаточности, характеризующаяся резким падением сосудистого тонуса или быстрым уменьшением массы циркулирующей крови, что приводит к уменьшению венозного притока к сердцу, падению артериального и венозного давления, гипоксии мозга и угнетению жизненных функций организма.

## Теоретическая часть научно-исследовательской работы

**Коллапс** остро развивается при тяжелых интоксикациях (пищевая токсикоинфекция), при острых инфекциях в период падения температуры (при пневмонии, сыпном тифе и др.), при нарушениях мозгового кровообращения с расстройством функций стволовых центров, инфарктах миокарда, острых кровопотерях.

Коллапс с потерей сознания, нарушением деятельности сердечно-сосудистой системы и падением температуры развивается в результате отравления салициловой кислотой, йодом, фосфором, хлороформом, мышьяком, сурьмой, никотином, нитробензолом и др. Коллапс может возникать при эмболии легочной артерии. При этом отмечаются бледность лица, похолодание конечностей, цианоз, сильное потоотделение, резкая боль в груди и ощущение удушья, в результате чего больной возбужден или, напротив, резко угнетен. Эмболия легочной артерии бывает чаще при тромбоземболической болезни, тромбозе вен конечностей или тазовых вен. По симптоматике эмболия легочной артерии иногда напоминает инфаркт задней стенки миокарда.

При коллапсе лицо у больного бледное, черты заострены, глаза глубоко запавшие, тусклые, пульс крайне слабого наполнения, учащенный, неравномерный, дыхание учащенное, поверхностное, артериальное давление понижено, вены спавшиеся, губы и конечности цианотичны (акроцианоз), руки и ноги холодные, часто липкий холодный пот, температура снижена, мидриаз (расширение зрачка); язык сухой, обложенный. Больной испытывает жажду, отвечает на вопросы слабым голосом, жалуется на холод. Мышечный тонус обычно понижен, тургор всех тканей ослаблен. При исследовании иногда обнаруживается увеличение печени, но живот бывает мягкий. Сознание, в отличие от коматозного состояния, сохранено, но больной безучастен вследствие заторможенности, крайней вялости и адинамии, слабо реагирует на окружающее.

В виде коллапса протекает тяжелая малярия (альгидная). У больного гиппократово лицо (*Facies Hippocratica*) с испуганным выражением, втянутые щеки, заострившийся нос с расширенными ноздрями, глубоко запавшие глаза, потухший взор, мертвенно-бледная или темная (порой с мраморным оттенком) дряблая и холодная кожа, резкий цианоз губ, кончика носа и конечностей, холодный липкий пот, дрожащий сухой и обложенный грязно-белым налетом язык, температура понижена до 35°, нитевидный частый пульс. Артериальное давление понижено. Рефлексы сухожильные, корнеальные, зрачковые снижены или отсутствуют, наблюдается подергивание мышц лица, иногда эпилептиформные припадки. Сознание сохранено, но больной безучастен к окружающему.

## **Можно выделить следующие виды коллапса:**

1. альгический - при резкой боли;
2. кардиогенный - при поражениях миокарда, блокаде сердца;
3. гипоксический - при внезапной анемии и гипоксии мозга в результате артериальной гипотонии;
4. ортостатический - близкий по механизму к ортостатическому обмороку (при резком переходе из лежачего в стоячее положение);
5. ишемический - на почве острой кровопотери.

Коллапс необходимо отличать от острой сердечной недостаточности, при которой артериальное давление не понижено, вены набухшие, отмечается пульсация шейных вен, цианоз, одышка, застой в легких и в связи с затруднением дыхания иногда вынужденное полусидячее положение, увеличение печени, повышение венозного давления, увеличение количества циркулирующей крови.

Коллапс следует дифференцировать от острого нарушения кровообращения в мозговом стволе и от коллапса при инфаркте миокарда, т. е. от апоплектиформного синдрома при инфаркте миокарда.

## **Лечение**

Больного необходимо как можно быстрее вывести из состояния коллапса, принимая меры к повышению тонуса периферических сосудов, стремиться устранить причину, вызвавшую коллапс: бороться с инфекцией, устранить интоксикацию. Показан абсолютный покой. При коллапсе резкое падение тонуса сосудов может быть купировано введением норадреналина, адреналина, артеренола (0,5 мл 0,1% раствора, смешанного с 300-500 мл физиологического раствора или 250 мл 5% раствора глюкозы), мезатона (1% раствор подкожно и внутримышечно по 0,5-0,1 г), который оказывает длительное и сильное сосудосуживающее действие. Эффективны сердечно-сосудистые средства: эфедрин (1 мл 5% раствора внутримышечно или внутривенно), коразол (1 мл 10% раствора подкожно и внутривенно, вводить медленно) или кордиамин (1 мл подкожно), кофеин (1 мл 10% раствора подкожно), камфара (2 мл 20% раствора), строфантин (0,12-0,25 мг) в вену с глюкозой (10-20 мл 40% раствора, вводить в течение 3 минут). Для повышения тонуса сосудов показана инъекция стрихнина (1 мл 0,1% раствора). При аноксии необходимо вдыхание кислорода, карбогена (95% кислорода и 5% углекислого газа) или смеси кислорода с воздухом (50%) в количестве 4-5 л в минуту через ингалятор или резиновую подушку, лобелии

или цититон (по 1 мл). При инфекциях показан кортин (1 мл), кортизон, АКТГ.

При коллапсе, возникшем в связи с большой кровопотерей, необходимо остановить кровотечение, произвести переливание крови (200-300 мл) в вену или внутриаартериально.

При коллапсе, появляющемся при введении анестезирующих веществ в перидуральное пространство, необходимо вводить эфедрин, кофеин, делать переливание крови (до 500 мл), проверив ее на совместимость, и давать вдыхать кислород.

Если при коллапсе имеется болевой синдром (например, при инфаркте миокарда), надо вводить морфин с атропином.

При выраженной анемии и сгущении крови показаны переливание крови (250 мл) или кровезаместительной жидкости, лечебной сыворотки Н. Г. Беленького, введение физиологического раствора, грелки, кислород, средства, улучшающие деятельность сердца, 5% раствор глюкозы внутривенно капельно или в виде капельной клизмы (2 л за сутки).

При расстройстве дыхания - вдыхание карбогена или 5% углекислоты, лобелии (1 мл 1% раствора).

При остановке сердца надо ввести внутрисердечно адреналин (1 мл 0,1 % раствора).

При ортостатическом коллапсе больного укладывают на спину, кладут грелку к ногам, ставят горчичники, освобождают шею, дают кофеин. Показано вдыхание свежего воздуха.

#### **Неотложная помощь при коллапсе в домашних условиях, на догоспитальном этапе**

1. Придать больному с коллапсом удобное положение, приподнять нижние конечности под углом 30 - 45 градусов.
2. Обеспечить свободное дыхание - снять сдавливающую одежду, проветрить помещение.
3. Дать вдохнуть вещество, которое раздражает верхние дыхательные пути (нашатырный спирт).
4. Обтереть лицо и грудь холодной водой.
5. Конечности растереть или сделать массаж. Ребенка, у которого развился коллапс, необходимо обложить грелками, укрыть одеялом.
6. Ввести подкожно кордиамин в разовой дозе 0,1 мл/год жизни ребенка или бензоат кофеина 0,1 мл/год жизни 10% раствора.



**Ни в коем случае при коллапсе до приезда врача НЕЛЬЗЯ:**

1. Давать больному корвалол, валокордин, но-шпу, валидол или нитроглицерин, которые только усугубят ситуацию, ещё больше расширив сосуды.
2. Давать воду и медикаменты, если больной находится в бессознательном состоянии.
3. Приводить больного в чувство резкими пощёчинами.

**Неотложная помощь при коллапсе на госпитальном этапе**

1. Восстановить объем циркулирующей крови путем внутривенного введения реополиглюкина, полиглюкина, изотонического раствора натрия хлорида до 20 мг/кг.
2. Одновременно при коллапсе назначаются глюкокортикоиды 1-5 мг/ кг в вену или мышцу.
3. Ввести подкожно 0,1% раствор адреналина, доза составляет 0,2 - 0,5 мл. При отсутствии эффекта подкожно назначается мезатон в концентрации 1%, дозе - 0,2-0,8 мл или 0,2% раствор адреналина, 1 мл которого разводят в 250 мл раствора глюкозы 5%, вводят внутривенно капельно под тщательным контролем артериального давления.

**Алгоритм действий при оказании неотложной помощи при коллапсе у детей**

1. Придать ребёнку горизонтальное положение со слегка согнутой в дорсальном направлении головой.
2. Обеспечить свободную проходимость верхних дыхательных путей (устранить стесняющие детали одежды, провести ревизию ротовой полости и носоглотки).
3. Назначить 3% раствор преднизолона в дозе 2-3 мг/кг в/в или в/м.
4. Назначить реополиглюкин в дозе 5-8 мл/кг в/в капельно + глюкозо-солевой раствор (соотношение и количество определяется основным заболеванием).
5. Назначить 1% раствор мезатона 0,1 мл/год жизни или 0,1% раствор адреналина 0,1 мл/год жизни в/в, в/м.
6. При стойкой гипотензии назначить 0,2% раствор норадреналина (1,0мл на 400 мл 0,9% раствор натрия хлорида) в/в капельно со скоростью 15-30 капель в минуту под контролем артериального давления.

**Необходимые медикаменты:** 3% р-р преднизолон, реополиглюкин, 1 % р-р мезатона , 0,9% р-р натрия хлорида, 0,2% р-р норадреналина.

**Обморок** или **синко́пе** (лат. *syncope* «обморок») — внезапная потеря сознания неэпилептической природы вследствие диффузного снижения мозгового метаболизма, вызванного главным образом кратковременным уменьшением мозгового кровотока. Важно различать обычный обморок и эпилептический. В обоих случаях человек падает и теряет сознание, но это два совершенно разных состояния, которые требуют разного лечения.

К обморокам более других склонны молодые девушки, женщины во время беременности, а также дети. Дело в том, что у перечисленных групп уровень артериального давления, как правило, невысок, а головной мозг человека очень чувствителен к малейшим изменениям давления (в том числе и атмосферного) и уровню содержания кислорода в крови. Поэтому при наличии неблагоприятных факторов (причин) головной мозг реагирует на эти изменения (кроме черепно-мозговой травмы) «отключением» сознания.

#### **Причины обморока:**

1. психо-эмоциональная травма (нервное перенапряжение);
2. кровопотеря (в том числе и скрытое внутреннее кровотечение);
3. нахождение долгое время в душном помещении;
4. физическое истощение, голод;
5. черепно-мозговая травма;
6. перегрев организма;
7. колебания атмосферного давления (метеопатии);
8. сердечнососудистая недостаточность;
9. острое или хроническое заболевание.

Обмороку могут предшествовать (предвестники): нарастающая слабость, побледнение, головокружение, подташнивание, звон в ушах, потемнение в глазах, дезориентация в пространстве и времени. После этого возникает внезапная потеря сознания (отсутствие реакции пострадавшего на слово, прикосновение, боль) и падение тела. Внешне человек выглядит очень бледным, кожные покровы иногда с синюшным или зеленоватым оттенком. Пульс и дыхание, как правило, сохранены без изменений.

### **Неотложная доврачебная помощь при обмороке**

Обморок продолжается не более 3-4 минут, однако, находясь на спине, пострадавший подвергается распространённой опасности - удушью собственным языком. Поэтому необходимо действовать спокойно, но энергично, без промедления:

1. уберите стесняющие элементы одежды на пострадавшем (расстегните верхнюю пуговицу, ослабьте галстук, расстегните поясной или брючный ремень);
2. приподнимите ноги пострадавшего под углом примерно 30-45° для притока крови к головному мозгу, подложив что-либо под них, или удерживая их на весу своими руками;
3. организуйте доступ свежего воздуха (если это случилось в помещении, - достаточно будет открыть дверь и окно).
4. если есть под рукой нашатырный спирт (10%-ный водный раствор аммиака) смочите им ватку или платок и поднесите к носу пострадавшего, но не ближе 4-5 см (пары аммиака обладают мощным стимулирующим действием на центр дыхания, который располагается в продолговатом мозге);
5. весьма эффективным средством при обмороке будет являться воздействие на активные точки: растирание ушных раковин, массаж активных точек мизинцев, массаж точки, расположенной под носовой перегородкой и активных точек обеих рук.

Если в течение 2-3 минут после всех этих мероприятий сознание не появилось, необходимо пострадавшего уложить в «безопасное положение» и, по возможности, обеспечить холод к голове.

В редких случаях, при появлении рвоты можно ограничиться и аккуратным поворотом головы пострадавшего набок, фиксируя, при этом, шейный отдел позвоночника.

В таких случаях, как осложненный обморок, целесообразно вызвать бригаду СМП: при появлении болей в животе (положить холод на живот), при повторных обмороках, при тепловом ударе (перенести в прохладное место, приложив холод к голове и груди), при голодных обмороках (дать немного сладкого чая и печенья).

## **Обмороки у детей.**

### **Наиболее частые причины обмороков у детей:**

1. Нарушение тонуса сосудов.
2. Нарушение работы сердца или механическое препятствие кровотоку на уровне сердца или крупных сосудов (стеноз аорты, недостаточность аортальных клапанов и др.).
3. Снижение нормального уровня глюкозы в крови.

Обмороку может предшествовать предобморочное состояние: чувство дискомфорта, тошнота, зевота, потливость, слабость в ногах, потемнение в глазах, мелькание «мушек» перед глазами, нарастающее головокружение, шум или звон в ушах, онемение конечностей. Если ребенок успевает сесть или лечь, то приступ не развивается полностью, а ограничивается состоянием оглушенности, зевотой, тошнотой.

Обморочное состояние характеризуется потерей сознания — ребенок не вступает в контакт. Резко ослаблены мышцы, лицо бледное, зрачки расширены, артериальное давление снижено, дыхание поверхностное. Глубокий обморок может (редко) сопровождаться кратковременными судорогами. Восстановление сознания происходит быстро в горизонтальном положении. После обморока наступает слабость, головная боль, сохраняется бледность.

### **Таким образом, основные признаки обморочного состояния:**

- внезапность развития;
- кратковременность (от нескольких секунд до 3-5 мин);
- обратимость: быстрое и полное восстановление сознания — ребенок ориентируется в окружающем, помнит обстоятельства, предшествующие потере сознания.

Чаще обморокам подвержены дети с вегето-сосудистой дистонией в препубертатном и пубертатном возрасте (подростковом).

Для обморока связанного с нарушением тонуса сосудов характерна провокация его болью, страхом перед манипуляциями, вид крови, длительное пребывание в душном помещении и др.

Иногда обморок развивается при переходе из горизонтального положения в вертикальное у детей с недостаточными компенсаторными механизмами регуляции сосудистого тонуса.

Для сердечно-сосудистых заболеваний особенно характерно возникновение обмороков во время физической нагрузки.

Обморок, вызванный снижением уровня глюкозы в крови можно заподозрить в том случае, если приступу предшествовал большой перерыв в приеме пищи (например, в утренние часы) или приступ развился у ребенка после интенсивной физической или эмоциональной нагрузки. В постобморочном периоде обращает внимание длительно сохраняющаяся сонливость, мышечная слабость, головная боль. Диагноз, подтверждается при обнаружении сниженного уровня сахара в крови менее 3,3 ммоль/л.

### **Первая помощь при обмороке у детей**

1. Уложить ребенка горизонтально, приподняв ноги (для улучшения притока крови к головному мозгу).
2. Расстегнуть воротничок, ослабить пояс и другие детали одежды, оказывающие давление на тело, обеспечить доступ свежего воздуха.
3. Обрызгать лицо водой или похлопать по щекам влажным полотенцем;
4. Дать вдохнуть пары нашатырного спирта.
5. При выходе из этого состояния дать выпить горячий сладкий чай.

## Роль медицинского персонала

Больного из состояния обморока и коллапса нужно вывести как можно быстрее, поэтому первую доврачебную помощь больному начинает оказывать медицинская сестра, предварительно вызвав врача. Придав больному удобное положение (с приподнятыми нижними конечностями), обеспечив ему свежий приток воздуха, свободное дыхание и т.д., медицинская сестра должна приготовить все необходимое для введения лекарственных средств. Во всех процедурных кабинетах есть «Набор для оказания неотложной помощи», в котором находится около 25 препаратов, для оказания первой помощи, такие как: преднизолон, хлорпирамин, сальбутамол, допамин, мезатон, верапамил, магния сульфат, ацетилсалициловая кислота, гепарин и др.

Врач назначает медикаментозное лечение, направленное, прежде всего, на восстановление нормальной циркуляции крови в организме.

Медицинские работники должны хорошо знать симптоматику таких состояний, как обморок и коллапс. Потому что их признаки ярко выражены и их нельзя спутать с симптомами никакого иного сердечно-сосудистого заболевания.

После выведения больного из обморочного состояния медицинский работник должен собрать подробный анамнез, так как обморок может служить симптомом тяжелого заболевания и при необходимости направить пациента на квалифицированный медицинский осмотр.

## Собственное исследование

Во время прохождения практики в ГУЗ «Клиническая больница № 5», я оказывал первую доврачебную помощь беременной П. ( 25 лет, срок беременности 24 недели, находилась на лечении в физиологическом отделении)

В душном помещении женщина побледнела и стала оседать на пол. При помощи медицинской сестры мы уложили ее на кровать (предварительно убрав подушку), чтобы ноги были на одном уровне с головой. Открыли окно. Пока медсестра принесла нашатырный спирт, я обтирал ей лицо и шею мокрым полотенцем. Дали понюхать ватку с нашатырным спиртом и женщина сразу пришла в сознание. Медицинская сестра измерила ей артериальное давление (АД 94/65). Я приготовил и дал ей выпить сладкий чай.

Артериальное давление снижается у каждой десятой беременной женщины. Ведущую роль в происхождении гипотонии во время беременности играет изменение гормонального фона, который влияет на работу всех органов и систем организма. Если у женщины до беременности было невысокое давление, то на фоне беременности возможны его периодические понижения (менее чем 90/60 мм рт. ст.). У будущей мамы образуется дополнительный круг кровообращения, который снабжает кровью плод, увеличивается объем циркулирующей крови. При этом возрастает нагрузка на сердце и сосуды.

С каждым сокращением сердце начинает выбрасывать больше крови, а с 20–24-й недели беременности сокращения сердца становятся чаще; кроме того, увеличиваются размеры и толщина стенок сердца. В ответ на изменение работы сердца сосуды рефлекторно расслабляются, за счет чего при нормально протекающей беременности в I и II триместрах артериальное давление снижается, а к концу беременности возвращается к исходным цифрам.

Таким образом, слегка пониженное давление, несколько не мешающее нормальной жизни женщины, может обернуться резким и сильным его снижением. В тяжелых случаях при гипотонии организм беременной женщины хуже снабжается кровью, а ребенок получает меньше кислорода. При этом может возникнуть опасность выкидыша или преждевременных родов. Поэтому женщины, у которых до беременности наблюдалась гипотония, должны особенно тщательно следить за своим давлением и при резком его снижении немедленно обращаться к врачу.

Женщине были даны следующие рекомендации:

Не нужно во что бы то ни стало повышать давление до нормальных цифр — достаточно добиться хорошего самочувствия. Очень важно вести здоровый образ жизни. Отлично поднимают тонус трава зверобоя, листья земляники, плоды можжевельника, трава тысячелистника, цветки цикория и плоды шиповника. Такой сбор легко приготовить: 3 ст. ложки смеси надо залить 3 стаканами кипятка и настоять в термосе. Принимать по стакану 3 раза в день за 20 минут до еды. В сбор можно добавить листья березы, крапивы, малины, мяты или смородины. Можно воспользоваться и готовыми препаратами из лекарственных растений. Хорошо взбадривают экстракт элеутерококка, настойка аралии, китайского лимонника или женьшеня (15–20 капель). Из таблеток стимулирующее действие оказывает пантокрин — экстракт из рогов оленя. Его нужно принимать по 2 таблетки 3 раза в день. Лечиться природными средствами следует не менее двух недель, а при необходимости через две недели курс повторяют.

При низком артериальном давлении у беременных женщин с гипотонией хороши все те средства, которые обычно используются для повышения давления. Питание должно быть разнообразным, с повышенным содержанием белковой пищи. Обильной еды следует избегать. Лучше всего придерживаться системы дробного питания, то есть принимать пищу не менее 4–6 раз в день, но в небольших количествах.

В меню должно быть достаточно белка, которым богаты мясо, молочные продукты, бобовые и соя. Но выходить из-за стола следует с легким чувством голода. В утренние и дневные часы беременным с гипотонией полезен крепкий чай, особенно зеленый. Очень важен для будущих мам, как и для всех гипотоников, полноценный отдых — не менее 10 часов ночного сна и 1–2 часа отдыха днем. Незаменимы ежедневные прогулки на свежем воздухе, специальная гимнастика, занятия в бассейне. Водные процедуры вообще исключительно полезны для беременных с гипотонией. Им можно рекомендовать и прохладный душ или контрастные ванны для рук или ног. Перед употреблением каких-либо препаратов непременно нужно проконсультироваться у врача, ведущего беременность, или у кардиолога. Если то средство, которая женщина применяла до беременности, ей противопоказано, врач назначит другое, с аналогичным действием.

Также нужно стараться избегать «обморочных» ситуаций: не стоять в очередях, не пользоваться общественным транспортом, не уставать и не расстраиваться по пустякам. При гипотонии беременной женщине нужно



обратить самое пристальное внимание на все обследования, особенно на УЗИ плода, которое проводится несколько раз за беременность. Это очень важно, потому что гипотония при беременности может послужить причиной такой проблемы, как гипотрофия плода, появляющаяся на поздних сроках беременности. Происходит это из-за того, что при сильно выраженной гипотонии ухудшается кровоснабжение матки, плаценты и плода. При этом будущий ребенок получает недостаточное количество питания и кислорода, что может привести к состоянию кислородного голодания и замедлению темпов роста плода.

## **Выводы**

Первая доврачебная помощь при обмороке и коллапсе должна быть своевременной. Промедление может стоить пострадавшему здоровья, нередко, даже жизни. Все совершаемые манипуляции по оказанию помощи при обмороке и коллапсе должны быть четкими и последовательными. Для пострадавшего счет идет на секунды, а вызванная бригада медицинских работников может не успеть вовремя. Именно поэтому каждому человеку необходимо знать основы оказания неотложных первичных мероприятий при коллапсе или обморочном состоянии.

В свою очередь, соблюдение профилактических мероприятий позволит избежать возникновения, выше описанных, состояний. В первую очередь профилактика включает избегание стрессовых или экстремальных ситуаций, жестких диет, чрезмерной усталости и пр. Необходимы умеренные спортивные нагрузки, закаливание, нормальный режим дня, сбалансированное питание, избавление от вредных привычек и регулярные обследования.

## Список литературы

1. Вялов, С. С. Неотложная помощь [Текст]: практ. рук. / С. С. Вялов. - 5-е изд. - Москва, 2014. - 192 с.: ил
2. Верткин, А. Л. Скорая медицинская помощь [Текст] : руководство / А. Л. Верткин. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 400 с.: ил.
3. Сумин, С. А. Основы реаниматологии [Текст]: учеб. / С. А. Сумин, Т. В. Окунская. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 688 с.
4. Нечитаева Н.Н. - Первая помощь. Изд. - Москва 2016 год
5. Арьев Г.Я. - Уч. пособие.- СПб.: Медицина, 2014 года

## Рецензия

на научно-исследовательскую работу, предусмотренная программой практики «Производственная практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности (помощник процедурной медицинской сестры, научно-исследовательская работа)» обучающегося 3 курса по специальности 31.05.02 Педиатрия

5 группы

Кравцов Тригорий Сергеевич

Работа выполнена на соответствующем требованиям программы практики методологическом уровне. Автором поставлена конкретная, достижимая к выполнению цель исследования. Задачи позволяют полностью достичь поставленной цели. Стиль изложения материала логичен. Автором проанализированы основные источники литературы по данной теме.

В ходе проведённого анализа недостатков не выявлено.

Все разделы логично и последовательно отражают все вопросы по решению задач, поставленных в работе.

Автор демонстрирует хорошее знание современного состояния изучаемой проблемы, четко и ясно изложены все разделы.

Обзор литературы основан на анализе основных литературных источников, отражает актуальные и нерешенные проблемы изучаемой области медицины.

Объем и глубина литературного обзора указывают на удовлетворительное знание автора об исследуемой проблеме.

Последовательность изложения соответствует поставленным задачам. В обсуждении результатов исследования подведены итоги работы, дан глубокий анализ, свидетельствующий о научной зрелости автора. Сформулированные выводы логично вытекают из имеющихся данных. Работа написана простым литературным языком, автор не использовал сложных синтаксических конструкций, материалы изложены связно и последовательно. В целом работа заслуживает положительной оценки.

Фактический материал обширен, статистически грамотно обработан и проанализирован.

Выводы соответствуют полученным результатам, логически вытекают из анализа представленного материала.

Работа представляет собой завершённое научное исследование.

Руководитель практики:

 В.В. Самохвалова