«УТВЕРЖДАЮ»	«СОГЛАСОВАНО»	«СОГЛАСОВАНО»
Председатель Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга	**Главный специалист по скорой медицинской помощи Минздравсоцразвития Российской Федерации**	**Главный специалист по скорой медицинской помощи Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга**
Проф. Ю.А. Щербук	**Чл.-корр. РАМН, проф. С.Ф. Багненко**	**проф. А.Г. Мирошниченко**
«06» 08 2009г.	**«06» 08 2009г.**	**«06» 08 2009г.**

Алгоритмы действий врача службы скорой медицинской помощи Санкт-Петербурга

Санкт-Петербург
2009 г.

Авторский коллектив:

В.В.Афанасьев д.м.н, профессор.
Ф.И. Бидерман к.м.н
Ф.Б. Бичун к.м.н.
А.А. Бойков д.м.н.,
К.В. Вершинин
А.М. Гусаров
А.К. Дулаев д.м.н, профессор.
А.Л. Егоров к.м.н.,
А.В. Емельянов
Л.Э. Ельчинская
В.А. Жуков к.м.н.
Д.В. Зайцев
В.В. Иванов к.м.н
С.А. Климанцев к.м.н, доцент
К.М. Крылов д.м.н, профессор.
В.Н. Лапшин д.м.н.
В.Е. Марусанов д.м.н, профессор
Ю.М. Михайлов к.м.н.
В.А. Михайлович д.м.н, профессор
Т.П. Мишина д.м.н
Б.В. Монахов к.м.н.
В.В. Руксин д.м.н, профессор.
Н.Н. Рухляда д.м.н, профессор.
С.Б. Силявин к.м.н,
Н.И. Случек к.м.н
В.В. Сорока д.м.н.,
А.Г. Софронов д.м.н, профессор.
В.В.Стожаров, д.м.н, профессор
А.З. Ханин к.м.н.
Э.Г. Цветков к.м.н.
Е.А. Чикин к.м.н.
В.М. Шайтор д.м.н, доцент.
В.В. Шепелевич к.м.н
В.В. Шилов д.м.н, профессор.
С.А. Шляпников д.м.н, профессор.

СОДЕРЖАНИЕ

Введение 8
Список сокращений 10

Часть I. Оказание скорой медицинской помощи взрослым пациентам

1. Острая дыхательная недостаточность..... 12
2. Внезапная смерть (ФЖ)..... 14
3. Асистолия. 16
4. Электрическая активность без пульса..... 16
5. Травматический шок..... 18
6. Гиповолемический шок..... 20
7. Ожоги 22
8. Ожоговый шок..... 24
9. Термоингаляционная травма..... 26
10. Перегревание..... 28
11. Переохлаждение..... 30
12. Отморожение..... 32
13. Поражение электрическим током..... 34
14. Странгуляционная асфиксия..... 36
15. Утопление..... 38
16. Синдром длительного сдавления..... 40
17. Неотложная помощь при повышении артериального давления..... 42
18. Острый коронарный синдром 46
19. Тахиаритмии..... 48
20. Брадиаритмии..... 50
21. Истинный кардиогенный шок..... 52
22. Отек легких..... 54
23. ТЭЛА..... 56
24. Тромбоз и эмболия брыжеечных сосудов..... 58
25. Аневризма брюшной аорты 59
26. Тромбоз и эмболия крупных артерий..... 60
27. Острое нарушение мозгового кровообращения..... 62
28. Судорожный синдром..... 64
29. Миастения. Миастенический и холинэргический кризы..... 66
30. Черепно-мозговая травма (неотложные состояния)..... 68
31. Черепно-мозговая травма (неотложные состояния) продолжение..... 70
32. Спинальная травма..... 72
33. Сочетанная травма..... 74
34. Анафилактический шок..... 80
35. Крапивница. Отек Квинке..... 82
36. Синдром Лайелла..... 84
37. Диабетическая кома (гипергликемическая)..... 86
38. Гипогликемическое состояние..... 88
39. Септический шок..... 90
40. Пневмония..... 92
41. Бронхиальная астма..... 94
42. Алкогольный абстинентный синдром..... 96
43. Медиаторные синдромы..... 98
44. Острые отравления..... 100
45. Отравления препаратами стимулирующего действия. Отравления антидепрессантами..... 102
46. Отравления психостимуляторами..... 104
47. Отравления препаратами угнетающего (депримирующего) действия. Отравления антигистаминными средствами, холинолитиками и нейролептиками..... 106
48. Отравления барбитуратами..... 108
49. Отравления транквилизаторами..... 110
50. Отравления этанолом..... 112
51. Отравления токсическими спиртами..... 114
52. Отравления ФОС..... 116
53. Отравления хлорированными углеводородами..... 118
54. Отравления клофелином..... 120
55. Укусы змей..... 122
56. Стеноз гортани..... 124
57. Паратонзиллит. Заглоточный абсцесс. Гортанный абсцесс. Флегмонозный ларингит..... 126
58. Носовое кровотечение..... 128
59. Фурункул носа. Синусит..... 130
60. Острый средний отит..... 132
61. Эктопическая беременность. Аборт..... 134
62. Преэклампсия, эклампсия..... 136
63. Роды..... 138
64. Выпадение пуповины и мелких частей плода..... 140

65. Кровотечение в послеродовой период……. 140
66. Кровотечение маточное (гинекологическое) …….. 142
67. Плотное прикрепление (приращение) плаценты…… 142
68. Предлежание плаценты ……. 144
69. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.. 144
70. Разрыв матки……... 146
71. Пельвиоперитонит……. 146
72. Апоплексия яичника ……. 148
73. Перекрут ножки кистомы яичника……... 148
74. Острый живот……. 150
75. Острые психотические состояния……. 154
76. Алкогольный делирий…… 156
77. Онейроид……. 158
78. Сумеречные расстройства сознания……. 160
79. Острая алкогольная энцефалопатия Гайе-Вернике……. 162
80. Фебрильная шизофрения……... 164
81. Злокачественный нейролептический синдром. ……. 166
82. Пароксизмальный экстрапирамидный синдром…… 168
83. Депрессии и другие состояния аффективного спектра, обусловливающие непосредственную физическую угрозу для больного…… 170
84. Психические состояния, сочетающиеся с травмами или тяжелыми соматическими заболеваниями…….. 172
85. Тяжелые контузии и ранения глаза. …… 174
86. Прободные ранения глаза……. 174
87. Острые воспалительные заболевания вспомогательных органов глаза и глазницы……. 176
88. Абсцесс и флегмона глазницы……. 176
89. Острый приступ глаукомы…… 178

Часть II. Оказание скорой медицинской помощи детям

90. Диагностика угрожающих состояний у детей на ДГЭ…… 180
91. Классификация степеней оценки риска транспортировки… 183
92. Суммарная оценка степени тяжести на основе семиотики угрожающих состояний у детей…… 184
93. Нарушения сознания…….. 186
94. Дифференциальный диагноз причин коматозных состояний у детей на ДГЭ…… 188
95. Судорожный синдром …… 190
96. Лихорадка …… 192
97. Острая дыхательная недостаточность…… 194
98. Острая бронхиальная обструкция …….. 196
99. Острые аллергические реакции…….. 198
100. Острый стенозирующий ларинготрахеит…….. 200
101. Инородное тело верхних дыхательных путей…… 202
102. Менингококковая инфекция…… 207
103. Терапия инфекционно-токсического шока……. 208
104. Острые кишечные инфекции…… 210
105. Боль в животе……. 214

Часть III. Основные принципы тактических решений при оказании экстренной медицинской помощи

106. Тактика общения с пациентом и его окружением…… 217
107. Действия при обследовании пациента…… 219
108. Принятие решения о дальнейшем лечении……. 220
109. Тактика врача в случае смерти пациента……. 221
110. Основные принципы транспортировки больных и пострадавших……... 223
111. Взаимодействие с лечебно-профилактическими учреждениями. Вызов специализированной бригады……. 225
112. Тактика при катастрофах и массовых несчастных случаях с большим числом пострадавших ……... 226
113. Тактика при микросоциальных конфликтах…… 227

Литература……... 229

Введение

Настоящие алгоритмы предназначены для врачей линейных бригад скорой медицинской помощи.

Необходимость их разработки продиктована следующими обстоятельствами.

Во-первых, рекомендации, опубликованные в различных учебниках, справочниках, пособиях и руководствах по скорой медицинской помощи, весьма важные для совершенствования знаний врача скорой медицинской помощи, не всегда и не по всем позициям дают возможность врачу в условиях дефицита времени сконцентрировать свое внимание на последовательности действий в критической ситуации при оказании помощи больным и пострадавшим.

Во-вторых, утвержденные Минздравсоцразвития медико-экономические стандарты хороши для планирования деятельности станции скорой медицинской помощи, но не для повседневной работы выездных бригад.

В-третьих, в критической ситуации у врача скорой медицинской помощи чаще всего нет времени, да и технической возможности, при необходимости посоветоваться с коллегами. Вызов в помощь специализированной бригады в этом случае не означает, что до ее приезда врач не должен оказывать помощь, необходимую для поддержания жизненно важных функций.

В-четвертых, на догоспитальном этапе средства для диагностики ограничены, невозможно назначить дополнительные исследования, часто также невозможно выяснить анамнез.

Алгоритм оказания скорой медицинской помощи при заболевании или повреждении требует от врача четкости исполнения и позволяет эффективно контролировать качество оказания помощи.

В основу предлагаемых алгоритмов действий врача службы скорой медицинской помощи Санкт-Петербурга легли работы кафедры неотложной медицины СПбМАПО, НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе и опыт сотрудников Санкт-Петербургской станции скорой медицинской помощи.

Данная работа состоит из 3 частей. Первая часть посвящена оказанию скорой медицинской помощи взрослым, вторая – детям, третья – основным принципам тактических решений при оказании скорой медицинской помощи и четвертая – некоторым манипуляциям.

Авторы благодарны сотрудникам кафедры неотложной медицины СПбМАПО, НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе и Санкт-Петербургской станции скорой медицинской помощи, принимавшим участие в работе по созданию данного пособия для врачей скорой медицинской помощи.

Замечания, предложения и отзывы просим направлять по адресу:

191023, Санкт-Петербург, Малая Садовая ул., 1. СПб ГУЗ ГССМП
(812) 595-80-58
(812) 571-06-12 факс
E-mail: gorsmp@sp.ru

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АВ – атриовентрикулярный (ая)
АГ – артериальная гипертензия
АД – артериальное давление
АТФ – аденозин трифосфат
БАБ – бета-адреноблокаторы
ВВЛ – вспомогательная вентиляция легких
ВДП – верхние дыхательные пути
ВОЗ – всемирная организация здравоохранения
ГВЗ – гнойно-воспалительные заболевания
ГК – гипертонический криз
ГНИИ ДИ – государственный научно-исследовательский институт детских инфекций
ДГЭ – догоспитальный этап (оказания медицинской помощи)
ДКПН – диагностичекий консультативный пост нейрореаниматолога
ДН – дыхательная недостаточность
ДФ – дефибрилляция
ЖКТ – желудочно-кишечный тракт
ЗМС – закрытый массаж сердца
ИВЛ – искусственная вентиляция легких
ИМ – инфаркт миокарда
ИТШ – инфекционно-токсический шок
ЛПУ – лечебно-профилактическое учреждение
МАС – Морганьи-Адам-Стокс (синдром)
МКС – макросоциальный конфликт
НГК – неосложненный гипертонический криз
ОГК – осложненный гипертонический криз
ОДН – острая дыхательная недостаточность
ОКС – острый коронарный синдром
ОЛЖН – острая левожелудочковая недостаточность
ОНМК – острое нарушение мозгового кровообращения
ОРВИ – острая респираторная вирусная инфекция
ОРИТ – отделение реанимации и интенсивной терапии
ОЦК – объем циркулирующей крови
ПИТ – палата интенсивной терапии

ПНМК – преходящее нарушение мозгового кровообращения
ПСАК – паренхиматозно-субарахноидальное кровоизлияние
СА- синуаурикулярный (ая)
САД – систолическое артериальное давление
САК – субарахноидальное кровоизлияние
СГМ – сотрясение головного мозга
СЛР – сердечно-легочная реанимация
СМП – скорая медицинская помощь
СОБО – синдром острой бронхиальной обструкции
ТИА – транзиторная ишемическая атака
ТИСС – токсикологическая информационно-справочная служба
ТЭЛА – тромбоэмболия легочной артерии
УГМ – ушиб головного мозга
УС – угрожающее состояние
ФБ – фельдшерская бригада
ФЖ – фибрилляция желудочков
ФОС – фосфоорганические соединения
ЦЛО – центр лечения отравлений
ЦНС – центральная нервная система
ЦС – центральная станция
ЧДД – частота дыхательных движений
ЧМТ – черепно-мозговая травма
ЧС – чрезвычайная ситуация
ЧСЖ – частота сокращения желудочков
ЧСС – частота сердечных сокращений
ШИАГ – шоковый индекс Альговера-Грубера
ЭАБП – электрическая активность без пульса
ЭИТ – электроимпульсная терапия
ЭКГ – электрокардиограмма
ЭКС – электрокардиостимуляция
ЭОС – электрическая ось сердца
SpO_2 – сатурация O_2

ЧАСТЬ I. *ОКАЗАНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ВЗРОСЛЫМ ПАЦИЕНТАМ*

1. ПРОТОКОЛ: ОСТРАЯ ДЫХАТЕЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ

Острая дыхательная недостаточность – это неспособность системы дыхания обеспечить поступление кислорода и выведение углекислого газа, необходимое для поддержания нормального функционирования организма. Для острой дыхательной недостаточности (ОДН) характерно быстрое прогрессирование, когда через несколько часов, а иногда и минут может наступить смерть больног о.

Причины

1. Нарушения проходимости дыхательных путей: западение языка, обструкция инородным телом гортани или трахеи, отек гортани, выраженный ларингоспазм, гематома или опухоль, бронхоспазм, хроническая обструктивная болезнь легких и бронхиальная астма.
2. Травмы и заболевания: травмы грудной клетки и живота; респираторный дистресс-синдром или "шоковое легкое"; пневмония, пневмосклероз, эмфизема, ателектазы; тромбоэмолия ветвей легочной артерии; жировая эмболия, эмболия околоплодными водами; сепсис и анафилактический шок; судорожный синдром любого происхождения; миастении; синдром Гийена-Барре, гемолиз эритроцитов, кровопотеря.
3. Экзо- и эндогенные интоксикации (опиаты, барбитураты, СО, цианиды, метгемоглобинобразующие вещества).
4. Травмы и заболевания головного и спинного мозга.

Диагностика

По степени тяжести ОДН подразделяют на три стадии.

1-я стадия. Больные возбуждены, напряжены, часто жалуются на головную боль, бессонницу. ЧДД до 25-30 в 1 мин. Кожный покров холодный, бледный, влажный, цианоз слизистых оболочек, ногтевых лож. Артериальное давление, особенно диастолическое, повышено, отмечается тахикардия. SpO_2 < 90%.

2-я стадия. Сознание спутано, двигательное возбуждение, ЧДД до 35-40 в 1 мин. Выраженный цианоз кожного покрова, в дыхании принимают участие вспомогательные мышцы. Стойкая артериальная гипертензия (кроме случаев тромбоэмболии легочной артерии), тахикардия. Непроизвольное мочеотделение и дефекация. При быстром нарастании гипоксии могут быть судороги. Отмечается дальнейшее снижение сатурации O_2.

3-я стадия. Гипоксемическая кома. Сознание отсутствует. Дыхание может быть редким и поверхностным. Судороги. Зрачки расширены. Кожный покров цианотичный. Артериальное давление критически снижено, наблюдаются аритмии, нередко тахикардия сменяется брадикардией.

2. ПРОТОКОЛ: ВНЕЗАПНАЯ СЕРДЕЧНАЯ СМЕРТЬ

Диагностика. Отсутствие сознания и пульса на сонных артериях, несколько позже — прекращение дыхания.

Дифференциальная диагностика

В процессе проведения СЛР — по ЭКГ: фибрилляция желудочков (более чем в 80 % случаев), асистолия или электрическая активность без пульса (ЭАБП). При невозможности экстренной регистрации ЭКГ ориентируются по проявлениям начала клинической смерти и реакции на СЛР.

Фибрилляция желудочков развивается внезапно, симптомы появляются последовательно: исчезновение пульса на сонных артериях и потеря сознания — однократное тоническое сокращение скелетных мышц — нарушения и остановка дыхания. Реакция на своевременно начатую СЛР положительная, на прекращение СЛР — быстрая отрицательная.

Примечание

При применении дефибрилляторов с двухфазной формой импульса энергия первого разряда от 150 до 200 Дж.

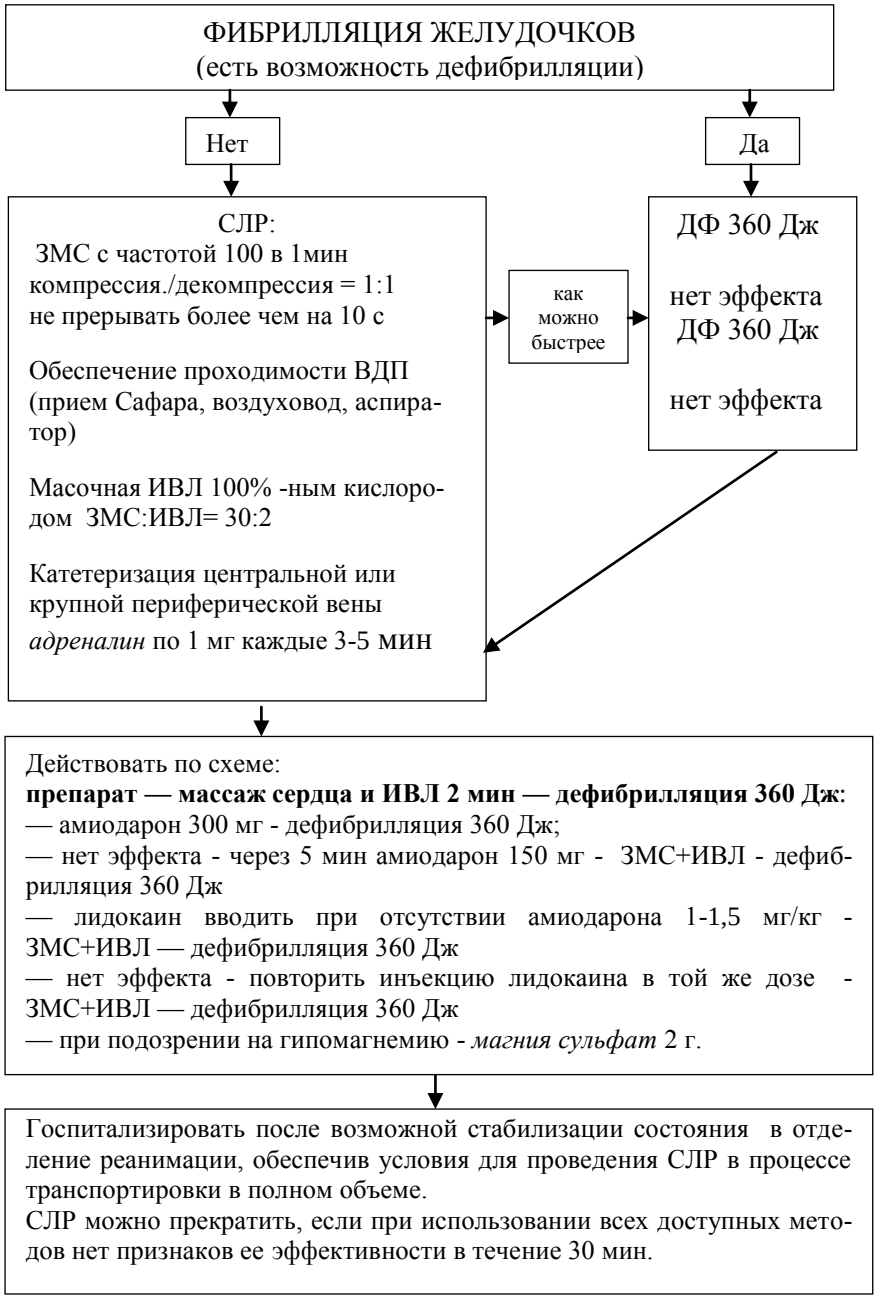
Начинать реанимационные мероприятия с прекардиального удара целесообразно лишь в самом начале клинической смерти, при невозможности своевременного нанесения электрического разряда.

Все лекарственные средства во время СЛР вводить в/венно быстро.

При использовании периферической вены следует выбирать сосуды возможно большего диаметра, препараты смешивать с 20 мл изотонического раствора натрия хлорида.

При отсутствии венозного доступа адреналин 2-3 мг можно вводить в трахею в ***10 мл воды для инъекций***, <u>но не изотонического раствора натрия хлорида</u>.

Интубацию трахеи (не более чем за 30 с) может выполнять только высококвалифицированный персонал при длительной сердечно-легочной реанимации или транспортировке.



3. протокол: АСИСТОЛИЯ

АСИСТОЛИЯ

Нет ЭКГ

действовать, как при **ФЖ** (см. протокол)

СЛР:
ЗМС с частотой 100 в 1мин
компрессия/декомпрессия = 1:1
не прерывать более, чем на 10 с

обеспечение проходимости ВДП
(прием Сафара, воздуховод, аспиратор)
масочная ИВЛ 100% кислородом

ЗМС:ИВЛ = 30:2

катетеризация крупной периферической вены

адреналин по 1 мг каждые 3-5 мин

атропин 3 мг - это доза, обеспечивающая максимальную блокаду блуждающего нерва

Основанием для выполнения **ЭКС** является наличие зубцов **Р**

Госпитализировать после возможной стабилизации состояния в отделение реанимации, обеспечив условия для проведения СЛР в процессе транспортировки в полном объеме.
СЛР можно прекратить, если при использовании всех доступных методов нет признаков ее эффективности в течение 30 мин.

4. протокол: ЭЛЕКТРИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ БЕЗ ПУЛЬСА

ЭЛЕКТРИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ БЕЗ ПУЛЬСА

СЛР:
ЗМС с частотой 100 в 1мин
компрессия/декомпрессия = 1:1
не прерывать более чем на 10 с

обеспечение проходимости ВДП
(прием Сафара, воздуховод, аспиратор)
масочная ИВЛ 100%-ным кислородом

ЗМС:ИВЛ = 30:2

катетеризация крупной периферической вены

адреналин по 1 мг каждые 3-5 мин
При ЭАБП с частотой < 60 в 1 мин. - атропин 3 мг

Установить и корректировать возможную причину:

гиповолемия — инфузионная терапия,
гипоксия — гипервентиляция,
ацидоз — гипервентиляция и натрия гидрокарбонат,
напряженный пневмоторакс — торакоцентез,
тампонада сердца — перикардиоцентез,
массивная ТЭЛА — тромболитическая терапия

Госпитализировать после возможной стабилизации состояния в отделение реанимации, обеспечив условия для проведения СЛР в процессе транспортировки в полном объеме.
СЛР можно прекратить, если при использовании всех доступных методов нет признаков ее эффективности в течение 30 мин.

5. ПРОТОКОЛ: ТРАВМАТИЧЕСКИЙ ШОК

Травматический шок – жизнеугрожающее состояние, характеризующееся нарушением витальных функций, возникающее в ответ на чрезмерное травматическое воздействие.

В основе травматического шока лежат: снижение ОЦК на 30% и более (внешняя и/или внутренняя кровопотеря) и болевой синдром.

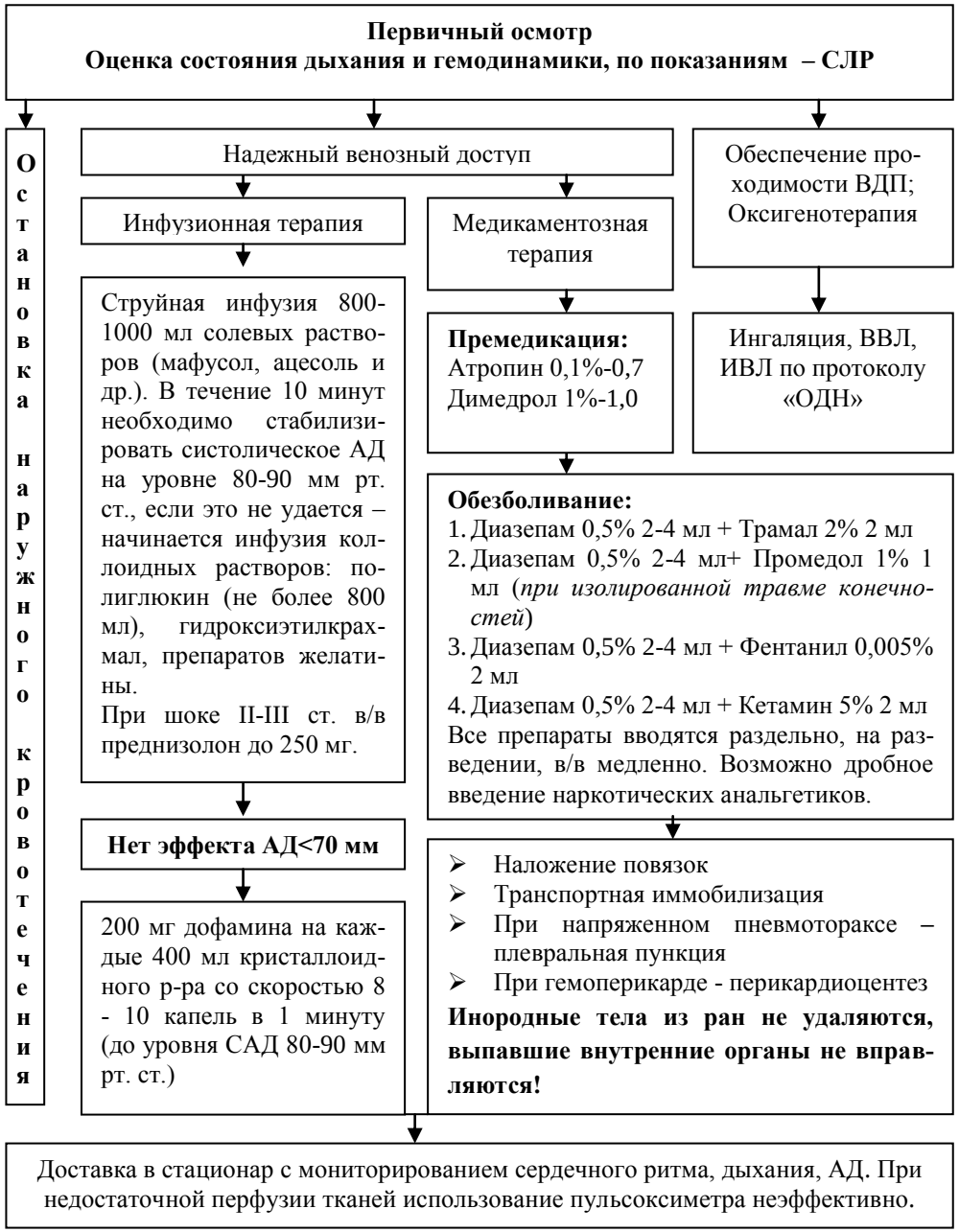
Основными современными принципами оказания медицинской помощи пострадавшим с шокогенными повреждениями на догоспитальном этапе являются:

- приоритет синдромальной диагностики и терапии над нозоморфологическим;
- оказание неотложной медицинской помощи в оптимальном объеме и в минимальные сроки, устранение угрожающих жизни состояний на месте;
- реаниматологическая поддержка во время транспортировки;
- быстрая доставка пострадавшего с шоком непосредственно в противошоковую операционную многопрофильного специализированного стационара скорой помощи с упреждающим оповещением его дежурной бригады;
- необходимость соблюдения правила «золотого часа».

Классификация степени тяжести травматического шока по Keith

Степень тяжести шока	Уровень систолич. АД, мм рт.ст.	Частота пульса в 1мин.	Индекс Allgower	Объём Кровопотери (примерный)
I легкая	100 – 90	80 – 90	0,8	1 литр
II ср. тяжести	85 – 75	90 – 110	0,9 – 1,2	1-1,5 литра
III тяжёлая	70 и менее	120 и более	1,3 и более	2 л. и более

- Определение шокового индекса может быть некорректным при систолическом АД ниже 50 мм рт.ст., при тяжелой черепно-мозговой травме, сопровождающейся брадикардией, при нарушениях сердечного ритма, у лиц с повышенным уровнем «рабочего АД». В этих ситуациях целесообразно опираться не только на уровень систолического АД, но и на объем травматических повреждений.
- При шоке требуется немедленное начало проведения интенсивной терапии.
- Наличие у пострадавшего признаков травматического шока II-III степени является показанием для вызова реанимационной бригады СМП. Вызывающая бригада СМП должна, начав оказывать помощь, под руководством диспетчера «03» двигаться навстречу с реанимационной бригадой.
- Использование вазопрессоров (допамин) при травматическом шоке без восполненной кровопотери считается грубой лечебной ошибкой. Использование вазопрессоров возможно только в случае невозможности стабилизации АД при помощи инфузионной терапии.



6. ПРОТОКОЛ: ГИПОВОЛЕМИЧЕСКИЙ ШОК

Гиповолемический шок – жизнеугрожающее состояние, характеризующееся нарушением витальных функций в результате снижения объема циркулирующей крови на 30% и более.

Классификация

- Геморрагический шок – развивается в результате кровотечения (наружное, внутреннее) с потерей всех компонентов крови.
- Дегидратационный шок – развивается в результате потери жидкости организмом при инфекционных заболеваниях, обширных ожогах, отравлениях. Возможно три варианта развития дегидратации: гипертонический, изотонический, гипотонический.

Дегидратация сопровождается потерей жидкости и/или электролитов крови при сохранении клеточных элементов и белков крови.

- Изотоническая (нормоосмоляльная) дегидратация – потеря плазмы крови
- Гипертоническая (гиперосмоляльная) дегидратация – потеря свободной от электролитов воды при водном голодании, гипервентиляции, лихорадке, ожогах, полиурической стадия ОПН, хроническом пиелонефрите, сахарном и несахарном диабете.
- Гипотоническая (гипоосмоляльная) дегидратация – характеризуется преобладанием недостатка в организме электролитов, что обусловливает снижение осмоляльности внеклеточной жидкости.

Диагностика

Шоковый индекс Альговера-Грубера $$ШИАГ = \frac{ЧСС}{САД}$$

	Норма	I степень	II степень	III степень
Частота сердечных сокращений	80	100	120	>120
Систолическое АД	120	100	80	<80
ШИАГ	0,5	1	1,5	>1,5
Объем кровопотери	0,5-1 л	1-1,5 л	1,5-2 л	> 2 л

- Определение ШИ может быть некорректным при сист. АД ниже 50 мм рт. ст
- При шоке требуется немедленное начало проведения интенсивной терапии.
- Наличие у пострадавшего признаков шока II-III степени является показанием для вызова реанимационной бригады СМП. Вызывающая бригада СМП должна начав оказывать помощь, под руководством диспетчера «03» двигаться на встречу с реанимационной бригадой.
- Использование вазопрессоров (дофамин) при гиповолемии без восполненного ОЦК считается грубой лечебной ошибкой. Использование вазопрессоров возможно только в случае невозможности стабилизации АД при помощи инфузионной терапии.

7. ПРОТОКОЛ: ОЖОГИ

Ожоги возникают в результате повреждения покровных тканей высокой температурой, электрическим током, агрессивными химическими веществами и ионизирующей радиацией.

Диагностика

Различают **4 степени** ожогов.

I степень — покраснение и отек кожи.

II степень — отслойка эпидермиса с образованием пузырей. Дно пузырей ярко-розовое, очень болезненное.

III а степень — повреждение кожи до сосочкового слоя. Формируется тонкий светло-коричневый или белесый струп, образование пузырей с бледно-розовым дном. Отмечается снижение болевой чувствительности.

III б степень — гибель всей толщи кожи (нередко вместе с подлежащей клетчаткой). Ожоги представлены плотными струпами, через которые просвечивает рисунок тромбированных вен. Болевая чувствительность отсутствует.

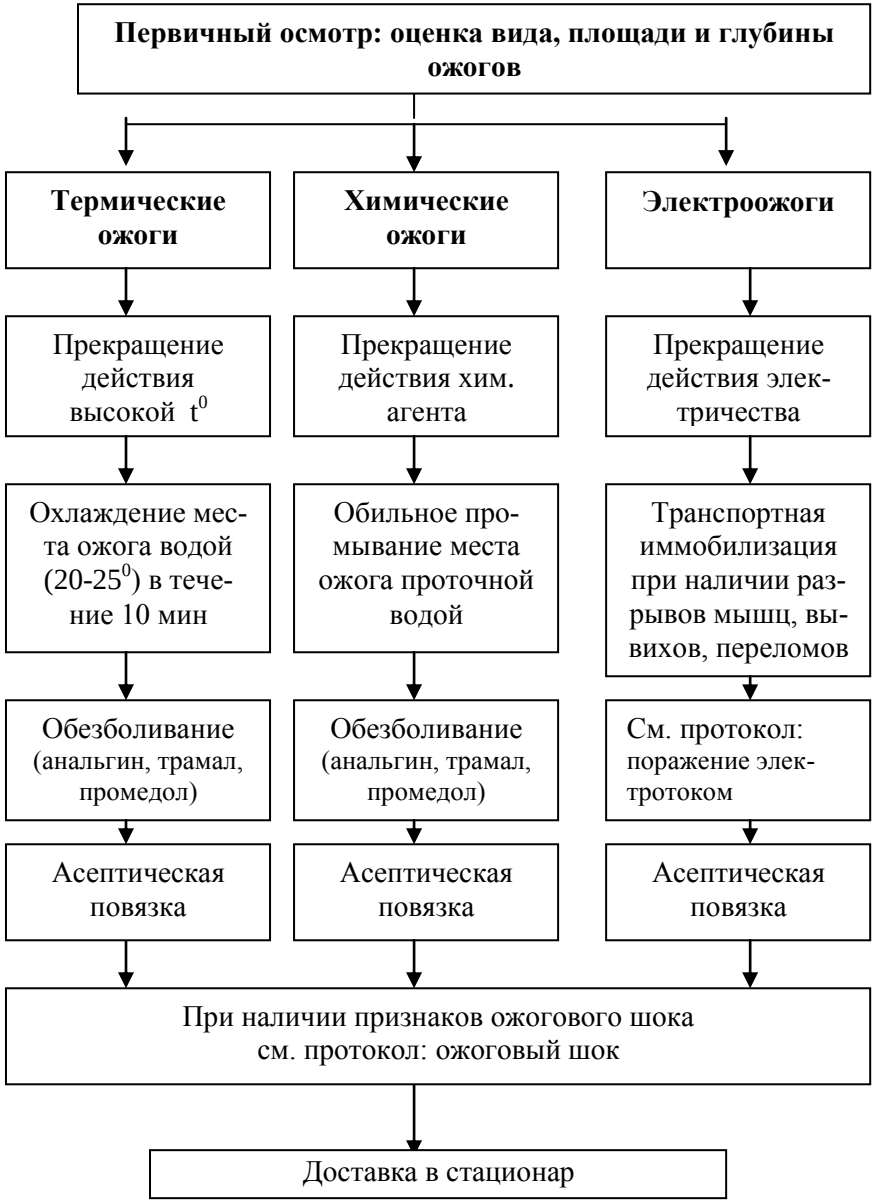
IV степень — гибель кожи и тканей, расположенных глубже собственной фасции. Струп плотный и толстый черного цвета с признаками обугливания.

Площадь ожога определяют по правилу "девяток" или "ладони". Поверхность тела может быть разделена на части, площадь которых равна или кратна 9 %:

- голова, шея — 9 %;
- одна верхняя конечность — 9 %;
- одна нижняя конечность — 18 % (бедро – 9 %, голень и стопа – 9%);
- задняя поверхность туловища — 18 % (9 % x 2);
- передняя поверхность туловища — 18 % (9 % x 2).
- Площадь ладони составляет 1 % поверхности тела.
- Площадь промежности и половых органов составляет 1% поверхности тела.

Госпитализации подлежат пострадавшие:

- с ожогами II степени на площади более 10 % поверхности тела;
- с ожогами IIIа степени на площади более 3-5 % поверхности тела;
- с ожогами IIIб-IV степени;
- с ожогами лица, кистей, стоп, промежности;
- с электротравмой и электроожогами.



8. ПРОТОКОЛ: ОЖОГОВЫЙ ШОК

Ожоговый шок — острое гиповолемическое состояние, возникающее в результате плазмопотери при обширных ожогах кожи.

Диагностика

В отличие от шока травматического ожоговый шок не может быть рано диагностирован только на основании определения АД и частоты пульса. Примерно у половины пострадавших с ожоговым шоком АД остается нормальным. Лишь у небольшой части обожженных отмечается снижение систолического АД до 95 мм рт. ст. и ниже. Для ранней диагностики ожогового шока показатели артериального давления не используются.

Ожоговый шок проявляется острой сердечно-сосудистой недостаточностью, нарушением периферического кровообращения, олиго- или анурией, макрогемоглобинурией, ацидозом и гиперкалиемией. Указанная симптоматика развивается постепенно, поэтому ***для ранней (превентивной) диагностики ожогового шока на догоспитальном этапе необходимо и достаточно определение глубины и площади поражения.***

Легкий ожоговый шок возникает при площади глубоких ожогов 10-20% поверхности тела.

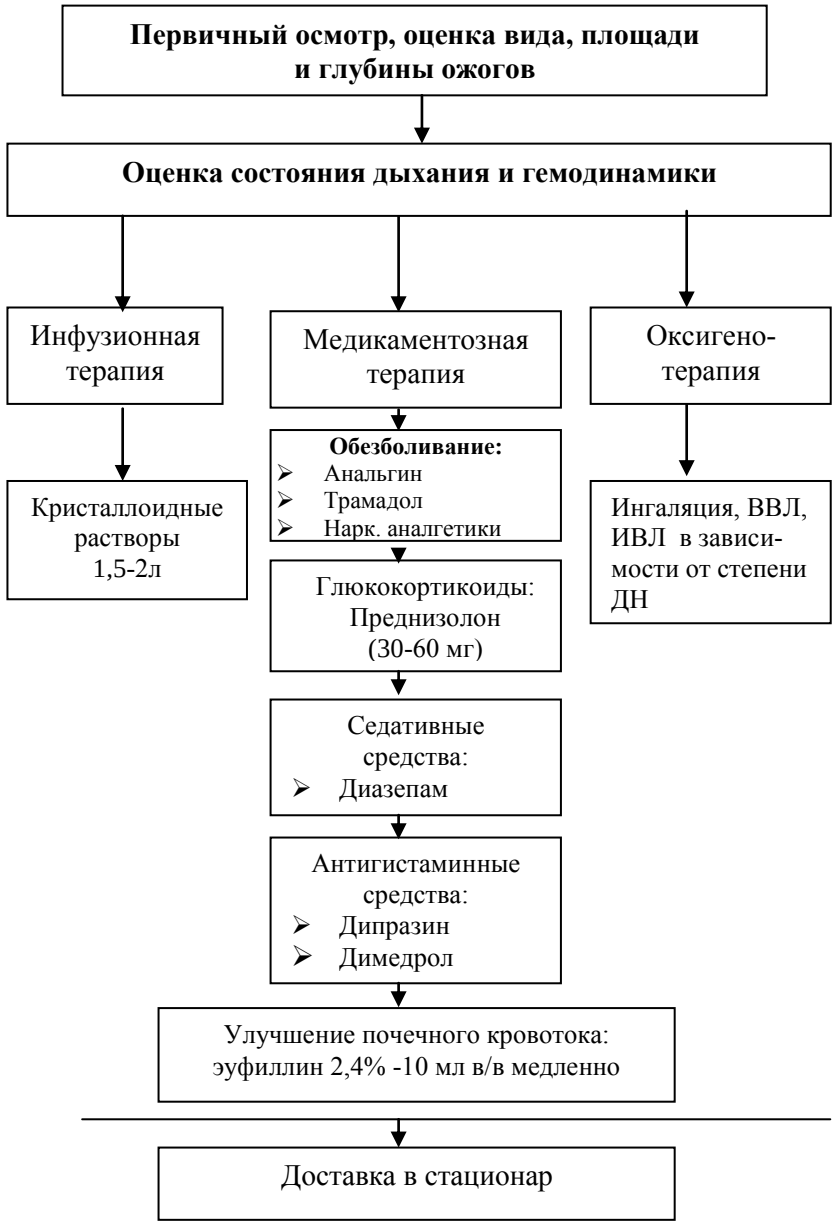
Тяжелый ожоговый шок развивается при площади глубоких ожогов 21-40% поверхности тела.

Крайне тяжелый ожоговый шок наблюдается при глубоких ожогах превышающих 40% поверхности тела.

У стариков и детей шок возникает при меньшей площади поражений.

Всем пострадавшим с общей площадью ожогов превышающей 15% поверхности тела (вне зависимости от величины глубоких ожогов) на догоспитальном этапе должна проводиться инфузионная терапия. Объём инфузии зависит от продолжительности догоспитального этапа – примерно 1,5-2 литра в час (время считается с момента получения ожогов). На догоспитальном этапе должны переливаться только кристаллоидные, натрий содержащие растворы (лактосол, ацесоль, трисоль). Температура переливаемых растворов должна быть не ниже 20 ºС.

При отсутствии сознания у пострадавшего с ожогами необходимо решить вопрос о возможной черепно-мозговой травме, отравлении угарным газом (смесью дымов), тяжёлом алкогольном опьянении.



9. ПРОТОКОЛ: ТЕРМОИНГАЛЯЦИОННАЯ ТРАВМА

Термоингаляционная травма возникает в результате прямого повреждения дыхательных путей пламенем, горячим воздухом, паром и токсичными продуктами горения. Ожоги верхних дыхательных путей приравниваются к 10% глубоких ожогов.

Диагностика

Обычно термоингаляционные поражения возникают при пожаре в замкнутом пространстве (в транспортном средстве, в жилом или рабочем помещении) и часто сочетаются с ожогами кожи.

Выделяют ожоги верхних дыхательных путей и термохимические поражения нижних дыхательных путей продуктами горения. Последние протекают особенно тяжело: нередко приводят к развитию острой дыхательной недостаточности и смерти пострадавшего.

Клиническая картина термоингаляционной травмы в первые часы отличается неопределенностью. Предположить поражение дыхательных путей можно, если известно, что:

- ожог вызван паром или пламенем;
- ожог получен в замкнутом пространстве;
- имеется ожог лица, шеи и передней поверхности грудной клетки.

Диагноз подтверждается, если:

- обгорели волосы в преддверии носа;
- обожжены нёбо и задняя стенка глотки;
- имеются следы копоти на языке и слизистой оболочке зева;
- нарушена фонация и охриплость голоса;
- отмечается кашель с мокротой черного цвета;
- имеются одышка, цианоз, затруднение дыхания, нарушение сознания.

Окончательно диагноз уточняют при помощи прямой ларингоскопии.

Основные опасности и осложнения:

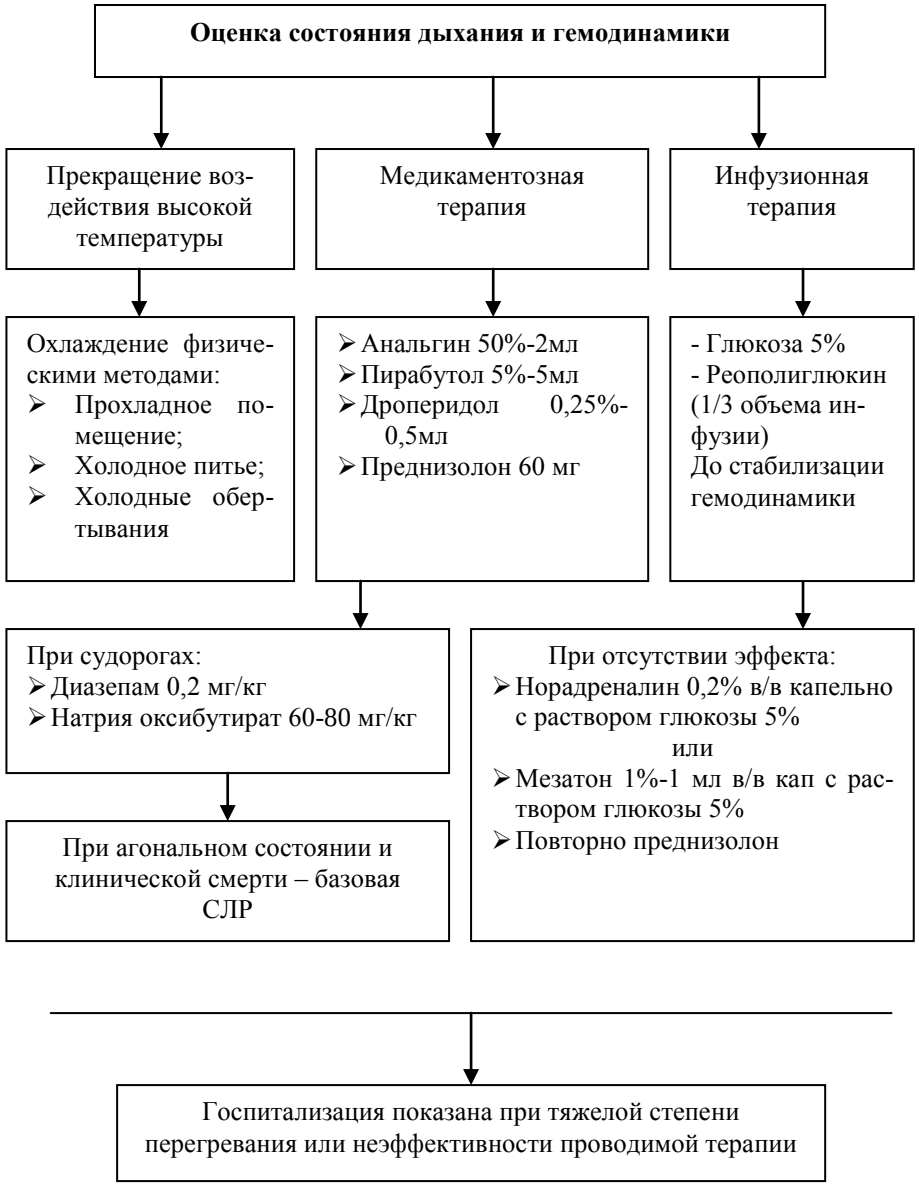
- ларингоспазм;
- бронхоспазм;
- отек легких;
- острая сердечно-сосудистая недостаточность.

10. ПРОТОКОЛ: ПЕРЕГРЕВАНИЕ

Перегревание — значительное повышение температуры тела под влиянием внешних тепловых факторов, приводящее к расширению сосудов, гипервентиляции вследствие тахипноэ, усиленному потоотделению. В результате развивается дегидратация по гипертоническому типу со снижением ОЦК за счет плазменного объема, снижение сердечного выброса, периферического сосудистого тонуса и артериального давления, церебральная гипоксия с судорогами.

Диагностика

В анамнезе — длительное воздействие высокой температуры на организм пострадавшего. Сильные головные боли, возбуждение, тошнота, рвота, судороги, потеря сознания вплоть до комы. Температура тела до 40 ^{0}С и выше; кожный покров — сначала влажный, в дальнейшем сухой, гиперемированный. Дыхание частое, поверхностное. Тоны сердца глухие; пульс учащен, артериальное давление снижено.



11. ПРОТОКОЛ: ПЕРЕОХЛАЖДЕНИЕ

Состояние больного, клиническая картина и необходимый объем неотложной помощи зависят от стадии (степени) переохлаждения.

1-я стадия — адинамическая

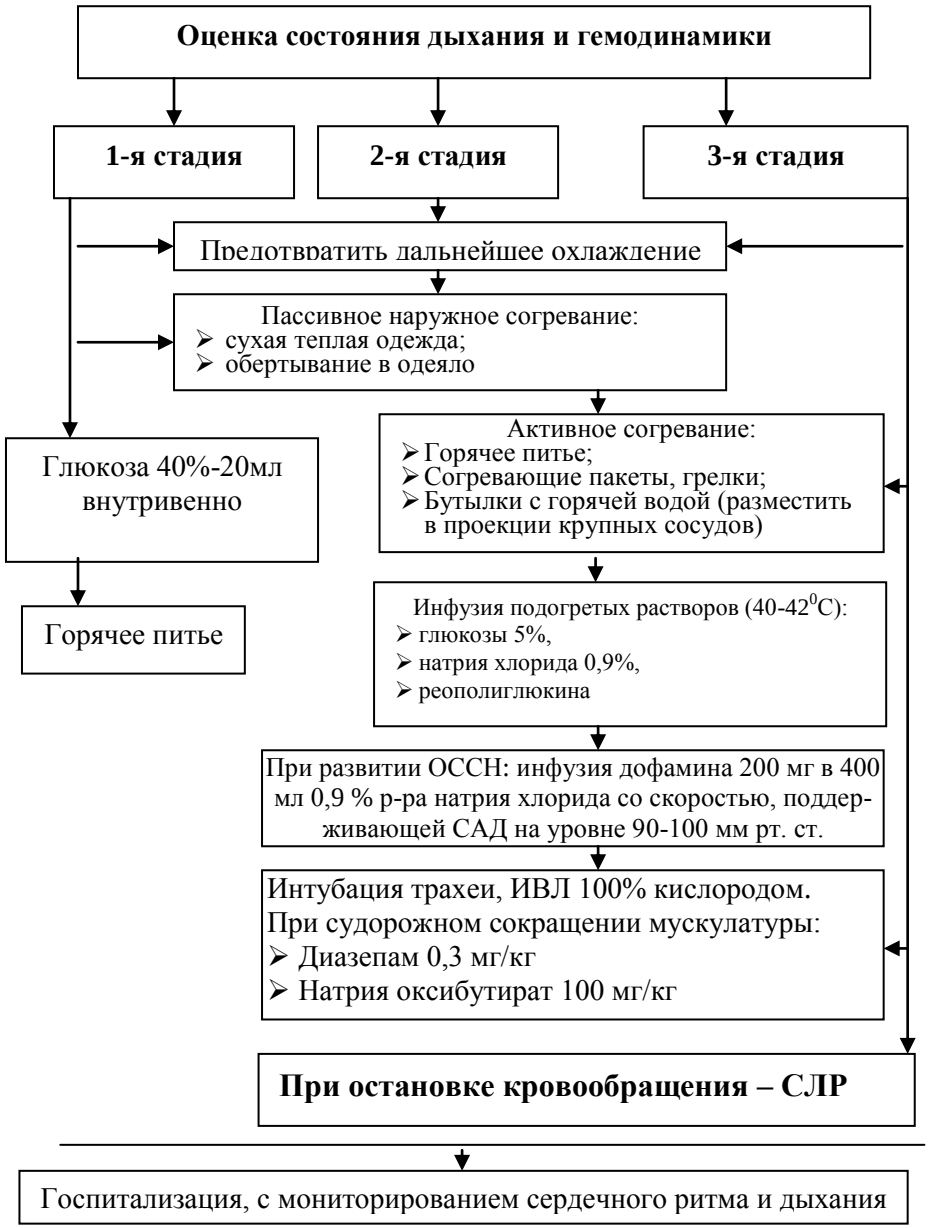
Пострадавший заторможен. Речь затруднена, скандирована. Скованность движений, мышечная дрожь. Сохраняется ограниченная способность к самостоятельному перемещению.

2-я стадия — ступорозная

Пострадавший резко заторможен, дезориентирован, часто не контактен. Бледность кожного покрова, мраморный рисунок. Выраженная ригидность мускулатуры — характерная поза скрючившегося человека. Самостоятельные движения невозможны. Брадикардия, гипотензия. Дыхание редкое, поверхностное.

3-я стадия — судорожная или коматозная

Сознание отсутствует. Реакция зрачков на свет резко ослаблена или утрачена. Тризм жевательной мускулатуры. Тонические судороги. Выраженная брадикардия (определение ЧСС проводить не менее 30 с). Артериальное давление обычно не определяется. Дыхание редкое, поверхностное, иногда типа Чейна-Стокса. Следует учитывать, что повышение температуры тела приводит к восстановлению активности ферментативных реакций и активации метаболизма. При глубокой гипотермии восстановление кровотока происходит медленнее, чем повышение температуры тела. Поэтому быстрое согревание может привести к развитию необратимых повреждений и гибели пациента. При глубокой гипотермии начальная температура воды должна быть выше исходной температуры тела не более чем на 10-15°С и повышаться не быстрее чем на 5-10°С/ч до температуры воды 40-42°С. Целесообразность проведения активного согревания на догоспитальном этапе определяется, исходя из сроков транспортировки в стационар и имеющихся возможностей.



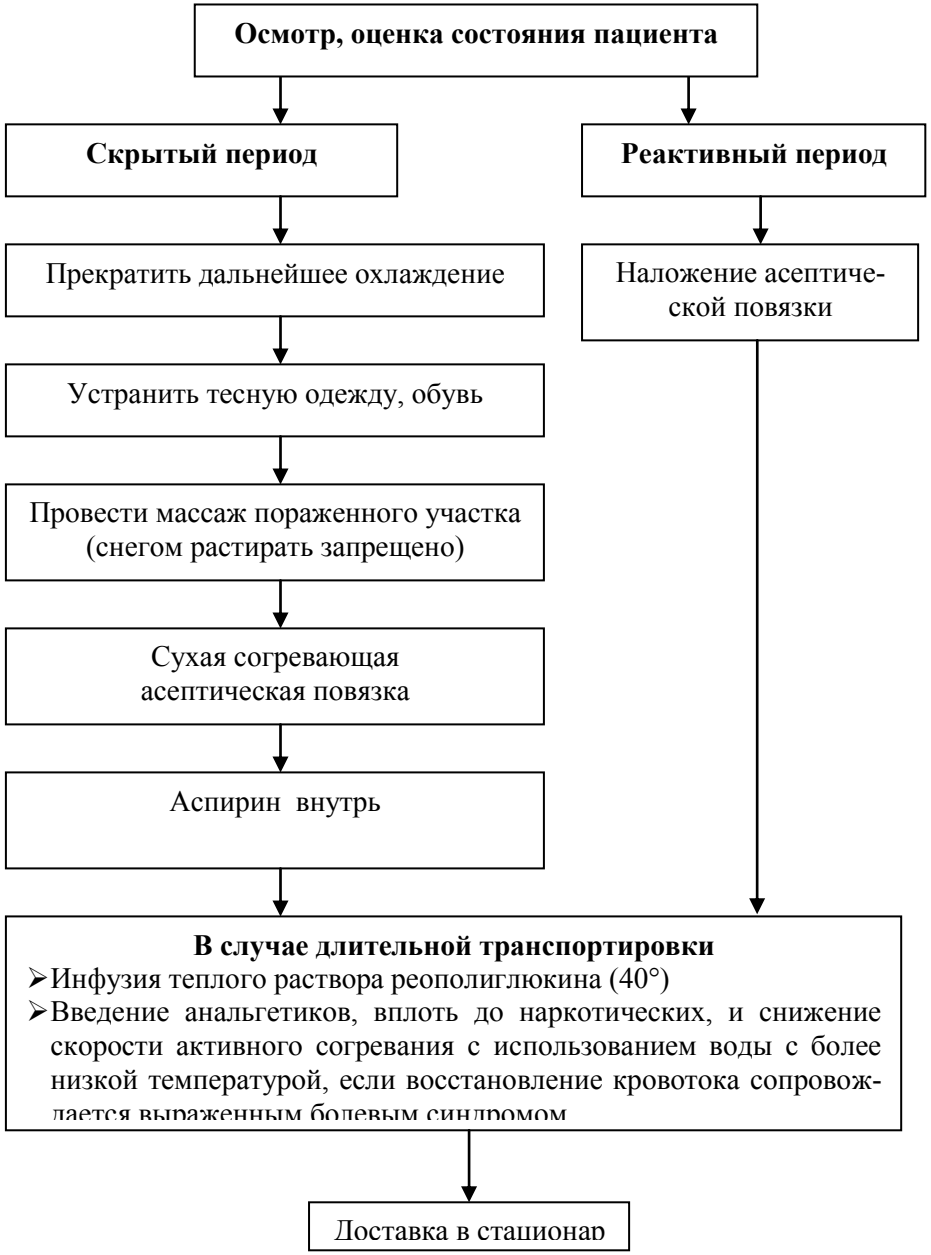
12. ПРОТОКОЛ: ОТМОРОЖЕНИЕ

<u>Отморожение</u> — это результат местного воздействия холода. Ведущими факторами в патогенезе отморожения являются длительный сосудистый спазм с нарушением микроциркуляции и тромбообразованием, что приводит к трофическим расстройствам.

В течении отморожения выделяют два периода — скрытый и реактивный.

Скрытый период — период гипотермии. Глубину поражения установить нельзя. Заподозрить отморожение можно по наличию локального побеления кожи и отсутствию болевой чувствительности.

Реактивный период наступает через несколько часов после согревания. Характерные признаки — боль, отек, гипертермия с цианотичным оттенком кожи, появление пузырей.



13. ПРОТОКОЛ: ПОРАЖЕНИЕ ЭЛЕКТРОТОКОМ

Поражающее действие тока в наибольшей степени зависит от силы тока, проходящего через тело пострадавшего, пути его распространения, продолжительности воздействия и состояния организма и чаще всего возникает вследствие непосредственного контакта с токонесущим проводником или через электрическую дугу, образующуюся в результате ионизации воздуха между человеком и источником электричества.

Необходимо иметь в виду следующее:

- чем выше напряжение тока в электросети, тем выше сила тока, проходящего через тело пострадавшего, и его повреждающее воздействие;
- снижение электрического сопротивления в месте электротравмы, например, за счет влаги способно в несколько раз увеличить силу тока и его повреждающее действие;
- особенно опасен путь распространения тока через тело пострадавшего, проходящий через сердце (при контакте с источником тока обеих рук) или через головной мозг (при контакте головы и руки).

Ведущее значение имеют поражения сердечно-сосудистой, дыхательной и центральной нервной систем. Тяжесть нарушения функций этих систем варьируется в широких пределах: от кратковременных и бесследно исчезающих до вызывающих быструю гибель пострадавшего.

Из нарушений сердечной деятельности наиболее часто возникают фибрилляция желудочков или предсердий, спазм коронарных артерий. Возможно повышение тонуса периферических артерий со значительным повышением артериального давления.

Расстройства дыхания, вплоть до асфиксии, связаны со спазмом дыхательной мускулатуры, мышц гортани и параличом дыхательного центра.

Могут наблюдаться судорожные сокращения мышц, приводящие к переломам костей.

При тяжелой электротравме развиваются выраженные нарушения гемокоагуляции.

Местное повреждение ткани в месте входа и выхода тока проявляется ожогами разной степени, вплоть до обугливания.

14. ПРОТОКОЛ: СТРАНГУЛЯЦИОННАЯ АСФИКСИЯ

Странгуляционная асфиксия — одна из разновидностей острого нарушения проходимости дыхательных путей, возникающая при прямом сдавлении трахеи, сосудов и нервных стволов шеи.

Характеризуется быстро наступающими расстройствами газообмена по типу гипоксемии и гиперкапнии, кратковременным спазмом мозговых сосудов, а затем их стойким расширением с глубокими нарушениями мозгового кровообращения, диффузными кровоизлияниями в вещество мозга и развитием гипоксемической энцефалопатии.

Диагностика

Наличие на шее странгуляционной борозды. Отсутствие сознания, резкое двигательное возбуждение, напряжение всей поперечнополосатой мускулатуры. Иногда почти непрерывные судороги. Кожный покров лица цианотичный, петехиальные кровоизлияния в склеры и конъюнктивы. Дыхание учащенное, аритмичное. Артериальное давление может быть повышено, тахикардия. На ЭКГ постгипоксические изменения миокарда, расстройства ритма, нарушения атриовентрикулярной и внутрижелудочковой проводимости.

15. ПРОТОКОЛ: УТОПЛЕНИЕ

В основе утопления лежит аспирация жидкости в верхние дыхательные пути и легкие. По виду и причинам утопления различают: истинное (первичное, "мокрое"), асфиксическое ("сухое", "синкопальное") и вторичное утопление.

При *истинном утоплении* в легкие пострадавшего поступает большое количество воды (не менее 10-12 мл/кг).

Асфиксическое утопление характеризуется стойким ларингоспазмом вследствие попадания небольших количеств воды в верхние дыхательные пути. "Ложнореспираторные" вдохи при спазмированной голосовой щели значительно снижают внутриальвеолярное и внутригрудное давление, что приводит к выходу жидкости и белка из сосудистого русла в альвеолы с образованием стойкой пены, заполняющей дыхательные пути.

При *синкопальном утоплении* смерть пострадавшего наступает от первичной рефлекторной остановки сердца и дыхания при резком периферическом сосудистом спазме вследствие попадания воды даже в небольших количествах в верхние дыхательные пути.

Вторичное утопление возникает во время транспортировки и на госпитальном этапе после выведения пострадавшего из состояния клинической смерти. Характеризуется резким ухудшением состояния в связи с повторным отеком легких.

Диагностика

В анамнезе — погружение в воду. В начальном периоде истинного утопления извлеченные из воды возбуждены или заторможены. Неадекватная реакция на обстановку: пострадавшие пытаются встать, уйти, отказываются от медицинской помощи. Кожный покров и видимые слизистые оболочки цианотичные, дыхание шумное, с приступами кашля. Гипертензия и тахикардия быстро сменяются гипотензией и брадикардией. Часто наблюдается рвота проглоченной водой и желудочным содержимым.

В агональном периоде истинного утопления сознание утрачено, но еще сохранены сердечные сокращения. Кожный покров резко цианотичный, холодный. Изо рта и носа течет пенистая жидкость розового цвета; подкожные вены шеи и предплечий расширенные и набухшие. Тризм жевательной мускулатуры; зрачковые и роговичные рефлексы вялые.

При клинической смерти дыхание и сердечная деятельность отсутствуют; зрачки расширены и на свет не реагируют. Для асфиксического и "синкопального" утопления характерны раннее наступление агонального состояния или клинической смерти.

Дифференциальная диагностика

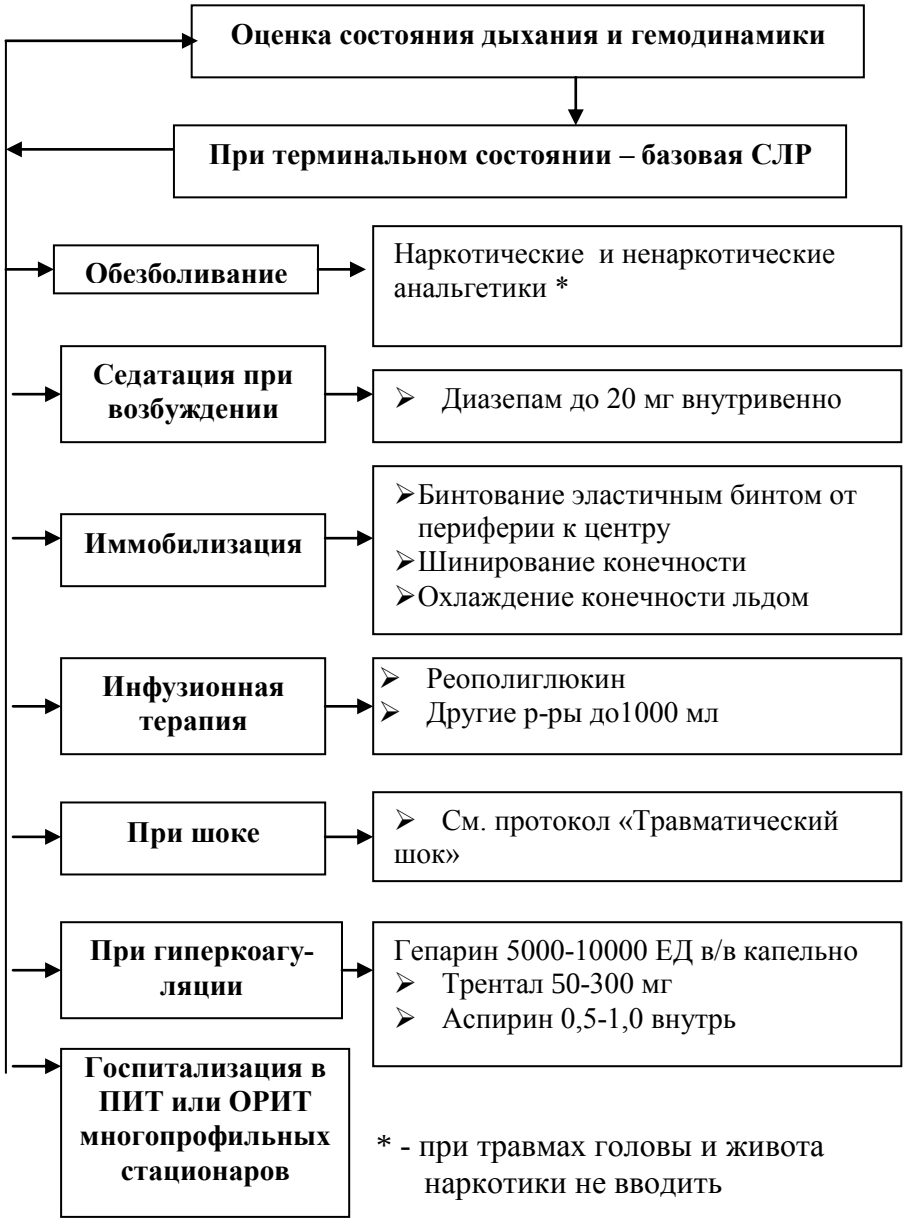
Утопление следует дифференцировать с криошоком, переохлаждением и смертью в воде.

16. ПРОТОКОЛ: СИНДРОМ ДЛИТЕЛЬНОГО СДАВЛЕНИЯ

Синдром длительного сдавления (**СДС**) формируется после длительного сдавливания мягких тканей, вследствие чего в кровеносное русло поступают продукты распада мышечного волокна и тканевых элементов подкожной клетчатки. В результате развиваются гиперкоагуляция, плазменная гиперкалиемия, плазмопотеря и сгущение крови, миоглобинурия, острая почечная недостаточность, синдром острого повреждения легких и как конечный результат — синдром полиорганной недостаточности.

Диагностика.
СДС сопровождается выраженным болевым синдромом в поврежденных частях тела. Характерна олигурия или даже анурия, нестабильность гемодинамики, гиповолемический шок. Возможно оглушение или помрачение сознания, двигательное беспокойство.
Местно: нарушение чувствительности (анестезия, гипостезия), снижение силы в пораженных конечностях, отек тканей, кожа блестящая и бледная с синюшным оттенком, пузыри с серозно-геморрагическим содержимым, мышцы плотные ("деревянистые").

Дифференциальная диагностика.
СДС следует дифференцировать с острой артериальной и венозной непроходимостью, переломами костей конечностей, парезами и параличами конечностей центрального генеза (ОНМК, ЧМТ), инфекционными процессами.



17. ПРОТОКОЛ: НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ ПРИ ПОВЫШЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ

Диагностика. Главный симптом острое (подострое) повышение артериального давления, по сравнению с его привычными для больного значениями.

Ухудшение течения гипертонической болезни — не доходящее до степени гипертонического криза умеренное повышением артериального давления, по сравнению с его привычными для больного значениями, головная боль. У части пациентов наблюдаются признаки высокой симпатоадреналовой активности (возбуждение, увеличение ЧСС. гиперемия лица, преимущественное повышение систолического давления увеличение пульсового давления).

Гипертонический криз — остро возникшее выраженное повышение артериального давления, сопровождающееся клиническими симптомами, требующее немедленного контролируемого его снижения с целью предупреждения или ограничения поражения органов-мишеней. **Гипертонический криз с повышением симпатоадреналовой активносmu (**криз I типа, адреналовый, гиперкинетический, нейровегетативный) проявляется внезапным началом, преимущественным повышением систолического давления с увеличением пульсового, возбуждением, гиперемией и влажностью кожи, головной болью, тошнотой, легкими расстройствами зрения в виде «мушек» или пелены перед глазами, учащением ЧСС. полиурией.

Гипертопический криз без повышения симпатоадреналовой активности (криз I типа, норадреналовый. гипокинетический, отечный) проявляется менее острым началом, преимущественным повышением диа-столического давления с уменьшением пульсового, сонливостью, заторможенностью, бледностью кожи, отечностью, головной болью, тошногой, рвотой, парестезия ми. кратковременными расстройствами речи, слабостью в конечностях, диплопией.

Судорожная форма гипертонического криза (острая гипертоническая энцефалопатия) проявляется резким повышением артериального давления, психомоторным возбуждением, сильной головной болью, многократной рвотой, не приносящей облегчения, тяжелыми расстройствами зрения, потерей сознания, тонико-клоническими судорогами.

Криз при феохромоцитоме проявляется внезапным очень резким повышением преимущественно систолического давления с увеличением пульсового, сопровождается бледностью кожи, холодным потом, сердцебиением, болью в области сердца и в надчревной области, тошнотой, рвотой, пульсирующей головной болью, головокружением. Возможны повышение температуры тела, расстройства зрения и слуха. Характерно существенное снижение артериального давления при переходе в вертикальное положение.

Дифференциальная диагностика.

В первую очередь следует выделять неотложные состояния без непосредственной угрозы для жизни и критические состояния, прямо угрожающие жизни.

Состояния, не угрожающие жизни (неотложные, urgencies):

1. Ухудшение течения гипертонической болезни.
2. Неосложненные гипертонические кризы (без повышения симпатоадреналовой активности, с повышением симпатоадреналовой активности).

Состояния, угрожающие жизни (критические, emergencies):

1. Осложненные гипертонические кризы (судорожная форма гипертонического криза или острая гипертоническая энцефалопатия, криз при феохромоцитоме, эклампсия).
2. Острое повышение артериального давления при заболеваниях или состояниях, угрожающих жизни:
   - отек легких:
   - острый коронарный синдром:
   - геморрагический инсульт:
   - субарахноидальное кровоизлияние:
   - расслаивающая аневризма аорты:
   - внутреннее кровотечение:

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПОВЫШЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ

1. Ухудшение течения артериальной гипертенэии:
1.1. При умеренном повышении артериального давления, без повышения симпатоадреналовой активности: нифедипин (коринфар. кордафлекс) 10 мг внутрь с 10 мг иропранолола (обзидан. анапрмлин). при недостаточном эффекте повторно через 30 мин.

1.2. При повышении артериального давления и повышении симпатоадреналовой активности:
клонидин (клофелин) 0.15 мг внутрь или суолингвально. При недостаточном эффекте повторно через 30 мин по 0.075 мг:
вместо клонидина возможно однократное назначение моксонидина (физиотенз и др.) 0.4 мг внутрь или сублингвально.

1.3. При повышении артериального давления без повышения симпатоадреналовой активности:
каптоприл (капотен) по 25 мг сублингвально. при недостаточном эффекте повторно через 30 мин:
при наличии признаков задержки жидкости дополнительно гидрхлортиазид (гипотиазид) 25 мг внутрь однократно.

1.4. При изолированной систолической артериальной гипертензии:
клонидин (клофелин) 0.075 мг внутрь или сублингвально. при недостаточном эффекте повторно через 30 мин.:
вместо клонидина можно назначить моксонидин (физиотенз и др.) 0.2 мг внутрь или сублингвально, при недостаточном эффекте повторно через 30 мин.

2. При гипертоническом кризе с повышением симпатоадреналовой активности (криз I типа, адреналовый, гиперкинетический, нейровегетативный).

2.1При нетяжелом течении см. п. 1.2.

2.2 При тяжелом течении:
клонидин 0.1 мг внутривенно медленно.

2.3. При крайне тяжелом течении:
нитропруссид натрия (нанипрусс. ниприд) 30 мг в 300 мл 5 % раствора глюкозы внутривенно, повышая скорость введения до достижения необходимого артериального давления.

3. Гипертонический криз без повышения симпатоадреналовой активности (криз II типа, норадреналовый. гипокинетический, отечный).
При нетяжелом течении:

фуросемид (лазикс) 20 \п или гидрохлортназид (гипотиазид) 25 мг внутри однократно:
каптоприл(капотен) 25 мг внутрь, при недостаточном эффекте повторно через 30 м и н.

3.2. При крайне тяжелом течении:
нитропруссид натрия внутривенно(п. 2.3):
фуросемид 40 80 мг внутривенно медленно.

4. Судорожная форма гипертонического криза (острая гипертоническая энцефалопатия):
диазепам (седуксен, реланиум) по 5 мг внутривенно медленно до устранения судорог:
нитропруссид натрия (п. 2.3):
фуросемид 40 80 мг внутривенно медленно.

Примечание.
При состояниях угрожающих жизни, артериальное давление снижать в течение не менее 30 мин. не более чем на 25 % от исходных величин, систолическое не ниже чем до 160 мм рт. ст., диастолическое — не ниже чем до 100 мм рт. ст. Использовать препараты, гипотензивный эффект которых можно предсказать и контролировать применять только внутривенный путь лекарственных средстве возможностью изменения скорости инфузии.
При состояниях не угрожающих жизни, артериальное давление снижать в течение не менее 1 ч и не более, чем до обычных «рабочих» для пациента значении. Основные антигипертензивные препараты назначать сублингвально Учитывать особенности течения артериальной гипертензии, поражение органов-мишеней. наличие и вероятность возникновения осложнений, сопутствующие заболевания, получаемое лечение, эффективность антигипертензивных средств при аналогичных состояниях раньше.
Назначение нифедипина противопоказано пациентам с тяжелым стенозом коронарных иди мозговых артерий, сердечной недостаточностью, фиксированным сердечным выбросом, острым коронарным синдромом. инсультом*.
У пациентов, не принимающих ингибиторы AI1Ф (особенно при высокой активности ренина в плазме, у пожилых, на фоне сердечной недостаточности или гиповолемии). При назначении каптонрида или эналаприлата возможно чрезмерное снижение артериального давления (эффект «первой дозы»).

18. ПРОТОКОЛ: ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ

Диагностика.
В анамнезе - факторы риска или клинические признаки ИБС. появление впервые или изменение привычной ангинозной боли.

При нестабильной стенокардии появление впервые частых или тяжелых ангинозных приступов (или их эквивалентов), ухудшение течения имевшейся ранее стенокардии, возобновление или появление стенокардии в первые 14 дней развития инфаркта миокарда. Особенно опасно возникновение впервые ангинозной боли в покое.

При инфаркте миокарда ангинозный статус, реже другие варианты начала заболевания: астматический (сердечная астма, отек легких), аритмический (обморок, внезапная смерть, синдром МАС), цереброваскулярный (острая неврологическая симптоматика), абдоминальный (боль в надчревной области, тошнота, рвота), малосимптомный (слабость, неопределенные ощущения в грудной клетке).

В первые часы заболевания изменения на ЭКГ могут быть отсутствовать или быть неопределенными, в части случаев регистрируются польем сегмента ST в двух и более смежных отведениях или острая (предположительно острая) блокада левой ножки пучка Гиса с формированием патологического зубца Q в дальнейшем.
Через несколько часов от начала заболевания положи тельные биохимические маркеры некроза миокарда (в частности, положительный тест с тропониномТ).

Основные направления дифференциальной диагностики.
При *нестабильной стенокардии в* большинстве случаев — с кардиалгиями. внекардиальными болями, редко — с ТЭЛА, острыми заболеваниями органов брюшной полости (панкреатитом и др.). При *инфаркте миокарда* в большинстве случаев с нестабильной стенокардией, кардиалгиями. внекардиальными болями. ТЭЛА. острыми заболеваниями органов брюшной полости (прежде всего панкреатитом), иногда с расслаивающей аневризмой аорты, спонтанным пневмотораксом.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОКС

1. Базисная терапия:
- ацетилсалициловая кислота (аспирин) 0.25 (разжевать)
- клопидогрел (плавикс) 300 мг внутрь:
- гепарин 5000 ЕД внутривенно.
- пропранолол (обзидан. анаприлин) 20—40 мг или метопролол (беталок, эгилок) 25—50 мг внутрь или сублингвально.

2. При ангинозной боли:
- нитроглицерин аэрозоль (нитроминт и др.) под язык повторно:
в зависимости от выраженности боли и состояния пациента:
- морфин до 10 мг: либо фентанил 0,05—0.1 мг с 2.5—5 мг дроперидола: либо анальгин 1—2 с 5 мг диазепама (седуксен, реланиум) внутривенно дробно:
- оксигенотерапия.

3.При сохраняющейся или рецидивирующей ангинозной боли или острой застойной сердечной недостаточности:
- 10мг нитроглицерина (перлинганит и др. водные растворы нитроглицерина) в 100 мл изотонического раствора натрия хлорида в виде постоянной внутривенной инфузии. Увеличивая скорость введения с 25 мкг/мин до получения эффекта, под контролем артериального давления.

4. Стабилизировать артериальное давление и ЧСС на привычных («рабочих») для пациента значениях.

Примечание. Для оказания неотложной помощи (особенно в первые часы заболевания или при осложнениях) показана катетеризация периферической вены, следует обеспечить готовность к проведению сердечно-легочной реанимации.
Врачи специализированных кардиологических бригад скорой медицинской помощи при наличии дополнительных показаний (сохраняющаяся или рецидивирующая ангинозная боль, артериальная гипертензия) и при условии обеспечения контроля показателей гемодинамики и сердечного ритма, могут начинать лечение с внутривенного введения блокаторов β - адренорецепторов: пропранолола (по 1 мг повторно через 3—5 мин до достижения клинического эффекта, но не более 6—8 мг) или метопролола (по 5 мг повторно через 5 - 10 мин до эффекта, но не более 15 мг).

Для проведения инвазивного вмешательства (баллонная дилатация, стентирование) госпитализировать пациентов с учетом минимального времени транспортировки.
Север: центр им В.А.Алмазова, больница №2. медицинская академия им. И.И.Мечникова.
Центр: больницы Мариинская и Покровская, ВМА, Медицинский университет им. И.П. Павлова
ЮГ: НИИ скорой помощи им. И.И.Джанелидзе.

Для проведения тромболитической терапии при инфаркте миокарда с подъемом сегмента ST(в первые 6. а при рецидивирующей боли —- до 12 ч от начала заболевания):
- связаться с консультативным центром ГССМП для включения пациента в регистр;
- получить информированное согласие пациента;
- оценить противопоказания;
- ввести тромболитический препарат в соответствии с инструкцией по его применению.

19. ПРОТОКОЛ: ТАХИАРИТМИИ

Диагностика
Выраженная тахикардия, аритмия.
Дифференциальная диагностика проводится по ЭКГ. Следует различать непароксизмальные и пароксизмальные тахикардии: тахикардии с нормальной продолжительностью комплекса QRS (наджелудочковые тахикардии, фибрилляция и трепетание предсердий) и тахикардии с широким комплексом QRS (наджелудочковые тахикардии*, фибрилляция, трепетание предсердий при преходящей или постоянной блокаде ножек пучка Гиса; желудочковые тахикардии; фибрилляция предсердий при синдроме WPW: антидромные наджелудочковые тахикардии).
При затруднении с диагностикой выделять аритмии с нормальной продолжительностью комплексов QRS и широкими комплексами QRS.
Неотложная помощь
Экстренное восстановление синусового ритма показано только при тахиаритмиях, осложненных значимым снижением гемодинамики. В остальных случаях необходимо обеспечить экстренную госпитализацию и плановое лечение
При тяжелом состоянии больного (шок, отек легких, синдром МАС, вызванных тахиаритмией) показана экстренная ЭИТ.
При применении дефибрилляторов с бифазной формой импульса следует использовать разряды с энергией от 120 до 200 Дж.
При ЧСЖ меньше 150 в 1 мин, при очаговых наджелудочковых тахикардиях и предсердной многофокусной тахикардии экстренная ЭИТ не показана.
В случае необходимости проведения экстренной ЭИТ по абсолютным жизненным показаниям предварительно вводят внутривенно 5000–10 000 ЕД гепарина. При лечении аритмий у пациентов с сердечной недостаточностью препаратом выбора является амиодарон (кордарон).
При выраженной тахикардии и отсутствии показаний к срочному восстановлению сердечного ритма целесообразно снизить частоту сокращения желудочков.
Нельзя одновременно или последовательно использовать верапамил (дилтиазем) и блокаторы β-адренорецепторов.
При применении нескольких антиаритмических препаратов возрастает вероятность побочных эффектов.
Перед введением антиаритмических средств следует назначить препараты калия и магния.
Ускоренный (60–100 в 1 мин) идиовентрикулярный или АВ-ритм обычно является замещающим, поэтому применение антиаритмических средств в этих случаях не показано.
Оказание неотложной помощи при повторных пароксизмах тахиаритмии следует проводить с учетом опыта лечения предыдущих пароксизмов и факторов, которые могут изменить реакцию больного на введение привычных для него антиаритмических средств. В случаях, когда привычный пароксизм аритмии сохраняется, но состояние больного стабильное, экстренная госпитализация может быть отсрочена при обеспечении активного наблюдения.

Неотложная медикаментозная терапия:
<u>При пароксизме тахикардии с узким комплексом QRS:</u>
— массаж каротидного синуса (или другие вагусные приемы);
— нет эффекта — АТФ 10 мг внутривенно быстро;
— нет эффекта — через 2 мин АТФ 20 мг внутривенно быстро;
— нет эффекта — через 2 мин верапамил 2,5—5 мг внутривенно за 2 мин (верапамил может быть применен у пациентов без сердечной недостаточности);
— нет эффекта — через 15 мин верапамил 5—10 мг внутривенно за 2 мин;
— вместо верапамила можно назначить метопролол по 5 мг внутривенно медлено, при необходимости инъекции повторяют в той же дозе через 5 мин до эффекта или суммарной дозы 15 мг.
У пациентов с сердечной недостаточностью возможно применение амиодарона 150 мг в/в;
<u>При пароксизме тахикардии с широким комплексом QRS:</u>
— амиодарон (кордарон) 150 мг или прокаинамид (новокаинамид) 1000 мг (до 17 мг/кг) внутривенно медленно.
При остром нарушении сердечного ритма (кроме повторных пароксизмов с восстановленным синусовым ритмом) показана экстренная госпитализация.

20. ПРОТОКОЛ: БРАДИАРИТМИИ

Брадиаритмия - выраженная (ЧСС менее 50 в 1 мин) брадикардия.

Дифференциальная диагностика

Дифференциальную диагностику проводят по ЭКГ. Следует дифференцировать синусовую брадикардию, остановку СА-узла, СА- и АВ-блокады; различать АВ-блокады по степени и уровню (дистальный, проксимальный); при наличии имплантированного электрокардиостимулятора — оценить эффективность стимуляции в покое, при изменении положения тела и нагрузке; учесть возможность влияния полученных пациентом лекарственных средств и их сочетаний.

Основные опасности и осложнения:

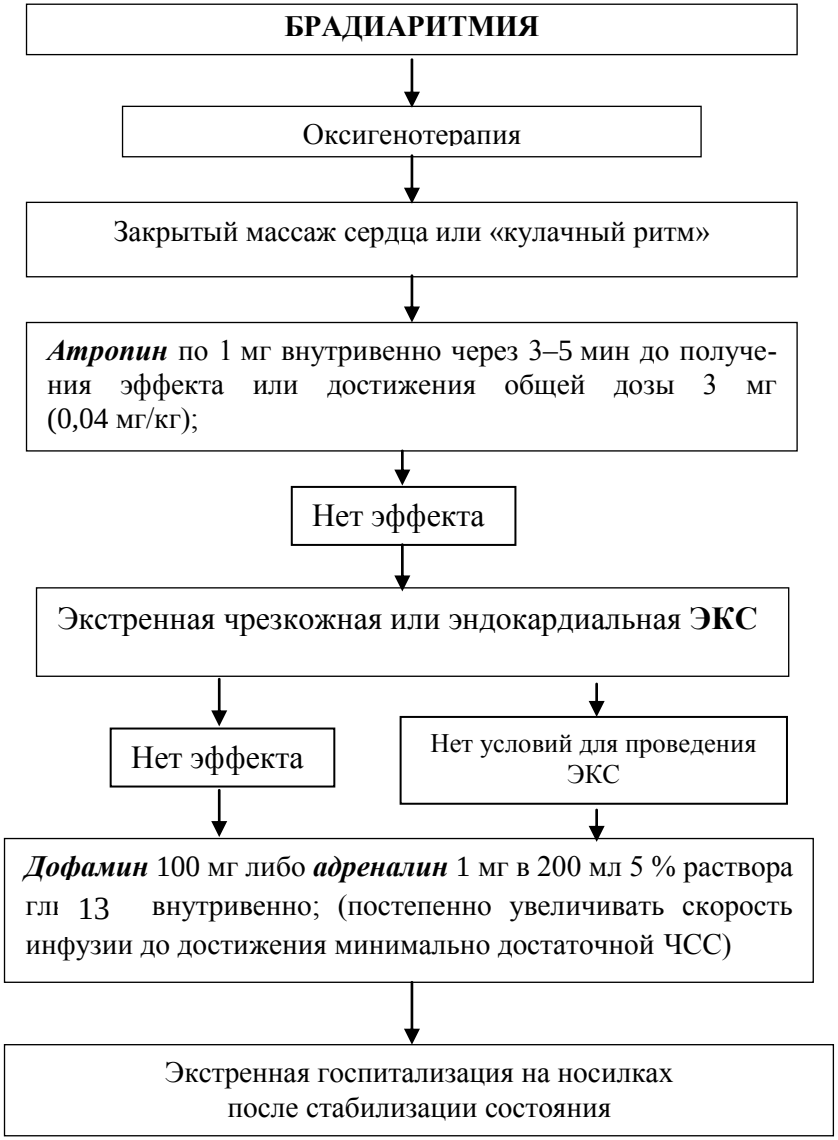
— асистолия;
— эктопическая желудочковая активность (вплоть до фибрилляции), в том числе после или на фоне применения эпинефрина, допамина, атропина;
— острая сердечная недостаточность (отек легких, шок);
— артериальная гипотензия;
— ангинозная боль;
— невозможность проведения или неэффективность ЭС;
— болевые ощущения при проведении чрескожной ЭКС.

Примечание

Интенсивная терапия необходима, если тяжелая брадикардия (частота сердечных сокращений менее 40 в 1 мин) вызывает синдром МАС или его эквиваленты, шок, отек легких, артериальную гипотензию, ангинозную боль либо наблюдается прогрессирующее уменьшение ЧСС или увеличение эктопической желудочковой активности.

12 больных с острым инфарктом миокарда и АВ-блокадой II степени 2-го типа (дистальной) или III степени атропин малоэффективен и может вызывать ангинозную боль, желудочковую экстрасистолию или фибрилляцию желудочков.

При брадикардии, угрожающей жизни и отсутствия эффекта от атропина, невозможности проведения или неэффективности ЭС учащение сердечного ритма может быть получено после медленного внутривенного введения аминофилина (эуфиллина) в дозе 240 мг.



21. ПРОТОКОЛ: ИСТИННЫЙ КАРДИОГЕННЫЙ ШОК

Диагностика

Выраженное снижение артериального давления в сочетании с признаками нарушения кровоснабжения органов и тканей. Систолическое артериальное давление обычно ниже 90 мм рт. ст. пульсовое меньше 20 мм рт. ст.

Для диагностики шока обязательно наличие симптомов **у**худшения периферическою кровообращения (бледно-цианотичная влажная кожа, спавшиеся периферические вены, снижение температуры кожи кистей и стоп): уменьшение скорости кровотока (время исчезновения белого пятна после надавливания на ногтевое ложе или ладонь более 2 с), снижение диуреза (меньше 20 мл/ч**).**

Могут быть различные нарушение сознания (от .четкой заторможенности до появления очаговой неврологической симптоматики и развития комы).

Дифференциальная диагностика

В большинстве случаев следует дифференцировать истинный кардиогенный шок с другими его разновидностями (рефлекторным, аритмическим, лекарственным, при медленно текущем разрыве миокарда, разрыве перегородки или папиллярных мышц, поражении правого желудочка), а также от ТЭЛА**,** гиповолемии. внутреннего кровотечения и артериальной гипотензии без шока.

Основные опасности и осложнения:

- невозможность стабилизировать артериальное давление:
- отек легких при повышении артериального давления или внутривенном введении жидкости:
- тахикардия, тахиаритмия**,** фибрилляция желудочков:
- асистолия:
- рецидив ангинозной боли:
- острая почечная недостаточность:

Примечание

Под минимально достаточным артериальным давлением понимать систолическое давление около 90 мм рт. ст. при появлении признаков улучшения перфузии органов и тканей.

При отсутствии норадреналина следует использовать адреналин. Скорость внутривенного вливания адреналина повышают постепенно от 1 мкг/мин до 6 мкг/мин. и выше до достижения минимально достаточного артериального давления.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ КАРДИОГЕННОМ ШОКЕ

Неотложную помощь необходимо осуществлять по этапам, быстро переходя к следующему этапу при неэффективности предыдущего.

1**.** При отсутствии выраженного застоя в легких:

- уложить с приподнятыми под углом 20° нижними конечностями (при выраженном застое в легких — см. «Отек легких»):
- проводить оксигенотерапию:
- при ангинозной боли провести полноценное обезболивание (фентанил):
- осуществить коррекцию ЧСС (пароксизмальная тахиаритмия с ЧСС более 150 в 1 мин.- абсолютное показание к проведению ЭИТ, острая брадикардия с ЧСС менее 40 в 1 мин — к ЭКС);
- ввести гепарин 5000 ЕД внутривенно струйно.

2. При низком ЦВД или при отсутствии набухания вен шеи и влажных хрипов в легких провести пробу с внутривенным введением жидкости:

- 200 мл 0.9 % раствора натрия хлорида внутривенно капельно за 10 мин с контролем артериального давления, частоты дыхания, ЧСС, аускультативной картины легких и сердца (по возможности — ЦВД):
- при повышении артериального давления и отсутствии признаков трансфузионной гиперволемии (ЦВД ниже 15 см вод. ст.) проводить инфузионную терапию (реополиглюкин, 5 % раствор глюкозы) со скоростью до 500 мл/ч, контролируя указанные показатели каждые 15 мин.

Если артериальное давление быстро стабилизировать не удается, то переходить к следующему этапу.

3. Вводить допамин 200 мг в 400 мл 5 % раствора глюкозы внутривенно капельно, увеличивая скорость вливания, начиная с 3 мкг (кг х мин) до достижения минимально достаточного артериального давления: — нет эффекта — дополнительно назначить норадреналина гидротартрат 4 мг в 200 мл 5 % раствора глюкозы внутривенно капельно, повышая скорость инфузии с 0.5 мкг мин до достижения минимально достаточного артериального давления.

4. Обязателен вызов кардиореанимационной бригады

22. ПРОТОКОЛ: КАРДИОГЕННЫЙ ОТЕК ЛЁГКИХ

Диагностика: удушье, инспираторная одышка, усиливающиеся в положении лежа, что вынуждает больных садиться: тахикардия, акроцианоз, потливость, гипергидратация тканей, влажные хрипы в легких, обильная пенистая мокрота, изменения на ЭКГ (гипертрофия или перегрузка левого предсердия и желудочка, блокада левой ножки пучка Гиса и др.).
Дифференциальная диагностика
В большинстве случаев кардиогенный отек легких дифференцируют с некардиогенным (при пневмонии, панкреатите, нарушении мозгового кровообращения, травме, токсическом поражении легких и др.), ТЭЛА, бронхиальной астмой.
Основные опасности и осложнения:
молниеносная форма отека легких: обструкция дыхательных путей пеной: депрессия дыхания: тахиаритмия: асистолия; ангинозная боль: невозможность стабилизировать артериальное давление: нарастание отека легких при повышении артериального давления.
Примечание
Под минимально достаточным артериальным давлением следует понимать систолическое давление около 90 мм рт. ст. при условии, что повышение артериального давления сопровождается клиническими признаками улучшения перфузии органов и тканей.
Внутривенно струйно дробно можно вводить только растворы нитроглицерина, не содержащие этиловый спирт (перлинганит и аналогичные). Сердечные гликозиды (строфантин, дигоксин) могут быть назначены только при умеренной застойной сердечной недостаточности у больных с тахисистолической формой фибрилляции (трепетания) предсердий и при отсутствии признаков их передозировки.
Аминофиллин (зуфиллин) при кардиогенном отеке легких является вспомогательным средством и может быть показан при бронхоспазме или выраженной брадикардии.
Глюкокортикоцдные гормоны используют при респираторном дистресс-синдроме (аспирация, инфекция, панкреатит, вдыхание раздражающих веществ и т. п.). при кардиогенном отеке легких эти препараты противопоказаны.
При аортальном стенозе, гипертрофической кардиомопатии. тампонаде сердца нитроглицерин и другие периферические вазодилататоры относительно противопоказаны.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ КАРДИОГЕННОМ ОТЕКЕ ЛЕГКИХ

1. Всем пациентам показаны:
- оксигенотерапия:
- гепарин 5000 ЕД внутривенно-струйно:
- коррекция ЧСС (ЧСС более 150 в 1 мин- ЭИТ, ЧСС менее 40 в 1 мин-ЭС):
- при обильном образовании пены - пеногашение (ингаляция кислорода через 30 % раствор этилового спирта.

2. При обычном для больного артериальном давлении:
- выполнить п. 1:
- усадить с опущенными нижними конечностями;
- нитроглицерин аэрозоль по 0.4 мг пол язык повторно через 3 мин или до 10 мг внутривенно медленно дробно или внутривенно капельно в 100 мл изотонического раствора натрия хлорида. увеличивая скорость введения с 25 мкг мин до получения эффекта**,** контролируя АД:
- фуросемид (лазикс) 40-80 мг внутривенно:
- диазепам до 10 мг либо морфин по 3 мг в/венно дробно до эффекта или достижения общей дозы 10 мг.

3. При артериальной гипертензии:
- выполнить п. I:
- усадить с опущенными нижними конечностями:
- нитроглицерин аэрозоль 0.4 мг под язык однократно:
- фуросемид (лазикс) 40—80 мг внутривенно:
- нитроглицерин внутривенно (п. 2). при неэффективности натрия нитропруссид 30 мг в 300 мл 5 % раствора глюкозы внутривенно капельно увеличивая скорость вливания препарата с 0.3 мкг (кг\ мин) до получения эффекта, контролируя артериальное давление:
- внутривенно до 10 мг диазепама либо до 10 мг морфина

4. При умеренной (систолическое давление 75—90 мм рт. ст.) артериальной гипотензии:
- выполнить п. 1:
- уложить**,** приподняв изголовье:

добутамин 250 мг в 250 мл изотонического раствора натрия хлорида, увеличивая скорость вливания до стабилизации артериального давления на минимально достаточном уровне:
- при отсутствии добутамина использовать допамин (л. 5):
- фуросемид (лазикс**)** 40 мг внутривенно только после стабилизации артериального давления

5. При выраженной артериальной гипотензии:
- выполнить п . 1 :
- уложить**,** приподняв изголовье**:**
- допамин 200 мг в 400 мл 5 % раствора глюкозы внутривенно капельно. увеличивая скорость вливания до стабилизации артериального давления на минимально достаточном уровне**;**
- При повышении артериального давления, сопровождающемся нарастающим отеком легких: дополнительно нитроглицерин внутревенно капельно, фуросемид (лазикс) 40 мг внутревенно после стабилизации АД.

6. Обязательно вызов кардиореанимационной бригады.

23. ПРОТОКОЛ: ТРОМБОЭМБОЛИЯ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ (ТЭЛА)

Диагностика

Массивная ТЭЛА:

проявляется внезапной остановкой кровообращения либо шоком с выраженными одышкой, тахикардией, бледностью кожи или резким цианозом верхней половины тела, набуханием шейных вен, ангинозно-подобной болью, электрокардиографическими проявлениями острого «легочного сердца».

Немассивная ТЭЛА:

проявляется одышкой, тахикардией, артериальной гипотензией, признаками инфаркта легкого (повышение температуры тела, легочно-плевральная боль, кашель, крепитирующие хрипы в легких, у части больных в дальнейшем может появиться мокрота, окрашенная кровью).

Факторы риска для ТЭЛА: тромбоэмболические осложнения в анамнезе, пожилой возраст, длительная иммобилизация, недавнее хирургическое вмешательство, переломы крупных трубчатых костей, тромбоз глубоких вен нижних конечностей, порок сердца, сердечная недостаточность, мерцательная аритмия, онкологические заболевания.

Дифференциальная диагностика

В большинстве случаев — с инфарктом миокарда, острой сердечной недостаточностью (сердечной астмой, отеком легких, кардиогенным шоком), реже — с бронхиальной астмой, пневмонией, спонтанным пневмотораксом.

ЭКГ-признаки ТЭЛА:

- глубокий S в I отведении, глубокий Q в III отведении;
- смещение переходной зоны к левым грудным отведениям;
- блокада правой ножки пучка Гиса;
- в 20% случаев ТЭЛА изменений на ЭКГ нет.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ТЭЛА

1. **При прекращении кровообращения** — СЛР (см. «Внезапная сердечная смерть»).

2. **При массивной ТЭЛА с артериальной гипотензией:**

— оксигенотерапия;
— катетеризация крупной периферической вены;
— гепарин 10 000 ЕД внутривенно струйно;
— инфузионная терапия (5 % раствор глюкозы и др.).

2.1. При стабилизации артериального давления:

— гепарин внутривенно капельно со скоростью 1000 ЕД/ч.

2.2. При сохраняющейся артериальной гипотензии сразу же:

— допамин, или адреналин внутривенно капельно, повышая скорость введения до стабилизации артериального давления.

2.3. При очень тяжелом состоянии (при оказании специализированной скорой медицинской помощи):

— стрептокиназа (250 000 МЕ внутривенно капельно в течение 30 мин, далее внутривенно капельно со скоростью 100 000 МЕ/ч до суммарной дозы 1500 000 МЕ).

3. **При стабильном артериальном давлении:**

— оксигенотерапия;
— катетеризация периферической вены;
— гепарин 10 000 ЕД внутривенно струйно, затем капельно со скоростью 1000 ЕД/ч или подкожно по 5000 ЕД через 8 ч;
— эуфиллин 240 мг внутривенно.

4. **Экстренная госпитализация после возможной стабилизации состояния.**

24. ПРОТОКОЛ: Тромбоз и эмболия брыжеечных сосудов

Острая тромбоэмбологенная ишемия кишечника – одно из тяжелейших заболеваний брюшной полости. Острую ишемию кишечника вызывают, как правило, эмболы из левых камер сердца или тромбоз мезентериального сосуда вследствие его дегенеративного поражения (атеросклероз, эндартериит, узелковый периартериит, фиброзно-мышечная дисплазия).

Симптомы.

Клиническая картина – в первые 1-6 часов острой артериальной ишемии возникают ишемические спастические боли, гиперперистальтика схваткообразного типа, 7-12 часов (“светлый промежуток”) – при стихании болей прогрессирующее поражение стенки кишки. Более 12 часов – паралитический илеус – кровавый понос, токсикоз, перитонит.

Эмболия протекает более “злокачественно”, т.к. коллатеральное русло кишки не подготовлено к прекращению кровотока в магистральной артерии брыжейки. Тромбоз, как правило, является осложнением атеросклеротического поражения, коллатеральные сосуды развиты, поэтому клинические поражения менее выражены. Дифференциальный диагноз инфаркта кишечника затруднителен, а чаще невозможен без проведения эксплоративной лапароскопии или лапаротомии.

Неотложная помощь.

Инфузионная терапия.

Госпитализация.

Экстренная на носилках в хирургический стационар.

25. ПРОТОКОЛ: Аневризма брюшной аорты

Аневризма брюшной аорты – расширение аорты до диаметра 4 см и более, как правило, атеросклеротического или инфекционного генеза. Грозными осложнениями аневризмы являются разрыв и расслоение.

Симптомы. Разрыв аневризмы брюшной аорты сопровождается резкой разлитой болью в животе. Боль часто иррадиирует в поясничную область. Общее состояние тяжелое и обусловлено геморрагическим шоком. В околопупочной области пальпируется округлое, плотно-эластичное, пульсирующее образование. Часто отмечаются симптомы раздражения брюшины (перитонизм обусловлен забрюшинной гематомой или гемоперитонеумом). При аускультации над аортой выслушивается сосудистый шум. Пульсация бедренных артерий и артерий стоп может отсутствовать из-за тромбоэмболических осложнений

Неотложная помощь: инфузионная терапия.

Не рекомендуется повышать систолическое давление выше 100-110 мм рт.ст.

Местное обезболивание противопоказано при:

- выраженной гиповолемии с тенденцией к артериальной гипотонии,
- синусовой брадикардии с частотой сердечных сокращений менее 60 ударов в минуту,
- синдроме слабости синусового узла и атриовентрикулярной блокаде,
- печеночной и почечной недостаточности ввиду опасности передозировки и кумуляции.

Госпитализация: экстренная на носилках в отделение сосудистой хирургии.

26. ПРОТОКОЛ: Тромбоз и эмболия крупных артерий

Тромбоз – окклюзия сосуда на фоне предшествующего атеросклеротического поражения сосудистой стенки. Эмболия – окклюзия сосуда принесенным током крови эмболом (тромботические массы, обломки атеросклеротических бляшек, вегетации, реже – воздух или жир). Тромбоз и эмболия приводят к тромбоэмбологенной ишемии. Тромбоз протекает более доброкачественно, т.к. в результате предшествующего поражения магистрального сосуда развивается коллатеральное кровоснабжение.

Симптомы.

Клиническая картина зависит от локализации закупорки и состояния коллатерального русла. Классическая картина острой некомпенсированной ишемии конечности – боль и парестезии, побледнение и похолодание, исчезновение пульсации ниже окклюзии. Необратимая ишемия сопровождается контрактурой, потерей болевой и тактильной чувствительности, а в последующем гангреной конечности.

Острая тромбоэмбологенная ишемия конечностей – хирургическое заболевание, приводящее, как правило, к инвалидизации, а при возникновении осложнений к летальности

Неотложная помощь.

Подкожное введение 10 тыс. ЕД гепарина,

инфузионная терапия,

спазмолитики,

наркотики.

Госпитализация.

Экстренная на носилках. При некомпенсированной ишемии – в отделение сосудистой хирургии для эмболэктомии баллонным катетером Фогарти, при необратимой ишемии - в хирургическое отделение для ампутации.

27. ПРОТОКОЛ: ОСТРОЕ НАРУШЕНИЕ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ (ОНМК)

ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ (ГИ)
СУБАРАХНОИДАЛЬНОЕ КРОВОИЗЛИЯНИЕ (САК)
ОСТРАЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ.

Для этих форм ОНМК - характерно острое начало: головная боль, тошнота, рвота, внезапное (или быстрое) угнетение сознания, подъем АД, судорожный синдром.

Чаще развиваются на фоне физической или эмоциональной нагрузки, во время бодрствования.

Для ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА (кровоизлияние в вещество мозга) характерно быстрое появление очаговой неврологической симптоматики: парезы конечностей, поражение черепных нервов, речевые и/или бульбарные растроиства.

При САК – преобладает общемозговая симптоматика и признаки внутричерепной гипертензии: упорная головная боль, рвота, судороги, двигательное возбуждение, тахикардия, повышение АД, потливость. Менингиальные симптомы появляются через несколько часов.

При ОСТРОЙ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ, как форме ПНМК, в клинике преобладает синдром внутричерепной гипертензии: резкая распирающая головная боль, тошнота, рвота, иногда угнетение сознания, судорожные синдромы и умеренно выраженная очаговая симптоматика.

Рекомендован срочный осмотр невролога или нейрохирурга.

Консультативную помощь может оказать врач ДКПН.

Геморрагические формы ОНМК могут протекать с быстрым угнетением витальных функций (дыхания, сердцебиения) и требуют интенсивной терапии и вызова в помощь реанимационных бригад скорой помощи.

ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ (ИИ), ПРЕХОДЯЩЕЕ НАРУШЕНИЕ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ (ПНМК)

Ишемические формы ОНМК развиваются на фоне атеросклероза сосудов головного мозга, гипертонической болезни или их сочетания, К ИИ могут приводить заболевания крови, сопровождающиеся нарушениями коагуляции, анемия. Клинические проявления – постепенное (на протяжении часов или минут) нарастание неврологических симптомов (парезы конечностей, поражение черепных нервов, выпадения различных видов чувствительности, расстройства речи или памяти, нарушения зрения, глотания, координации и пр.), соответствующих пораженному сосудистому бассейну. Выраженность очаговой симптоматики не редко преобладает над общемозговой.

ИШЕМИЧЕСКИЕ ИНСУЛЬТЫ могут развиваться на фоне нормального и даже пониженного АД, часто выявляются после сна.

При тромбэмболиях – начало более внезапное.

В случае ПРЕХОДЯЩИХ НАРУШЕНИЙ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ (ПНМК, ТИА), очаговая неврологическая симптоматика, вследствие быстротечности локальной ишемии мозга, подвергается полному регрессу за период менее 24 часа.

Дифференциальный диагноз проводят с ЧМТ, опухолями и воспалительными заболеваниями головного мозга, эпилепсией, эндогенными и экзогенными интоксикациями, патологией глаз или ЛОР-органов и др.

Рекомендована срочная консультация невролога. При необходимости вызов неврологической бригады СП.

28. ПРОТОКОЛ: СУДОРОЖНЫЙ СИНДРОМ

СУДОРОЖНЫЙ припадок – внезапный приступ тонических сокращений и/или клонических подергиваний различных групп мышц. Имеются разновидности эписиндромов:

Генерализованный судорожный припадок – клонико-тонические судороги или тонико-клонические судороги в конечностях сопровождаются утратой сознания, аритмией дыхания, цианозом лица, пеной у рта, часто прикусом языка. 2-3 минуты приступа, сменяются комой, а далее глубоким сном или спутанностью сознания. После приступа зрачки расширены, без реакции на свет, цианоз и гипергидроз кожи, артериальная гипертензия, иногда очаговая неврологическая симптоматика (паралич Тодда).

Простые парциальные судорожные припадки – без утраты сознания, клонические или тонические судороги в отдельных группах мышц. Возможна генерализация.

Комплексные парциальные припадки – сопровождаются нарушением сознания, изменением поведения с торможением двигательной активности или психомоторным возбуждением. По окончанию приступа отмечается амнезия. Нередко перед припадком может быть АУРА (разные формы «предчувствия»)

Несколько судорожных приступов подряд – серии или статусы - являются опасными для жизни больного состояниями.

Эпилептический статус – фиксированное состояние продолжительного судорожного приступа (более 30 минут) или нескольких приступов, повторяющихся через короткие интервалы времени, между которыми больной не приходит в сознание или сохраняется постоянная фокальная двигательная активность. Различают судорожную и бессудорожную формы статуса. К последнему виду относятся повторяющиеся абсансы, дисфории, сумеречные состояния сознания.

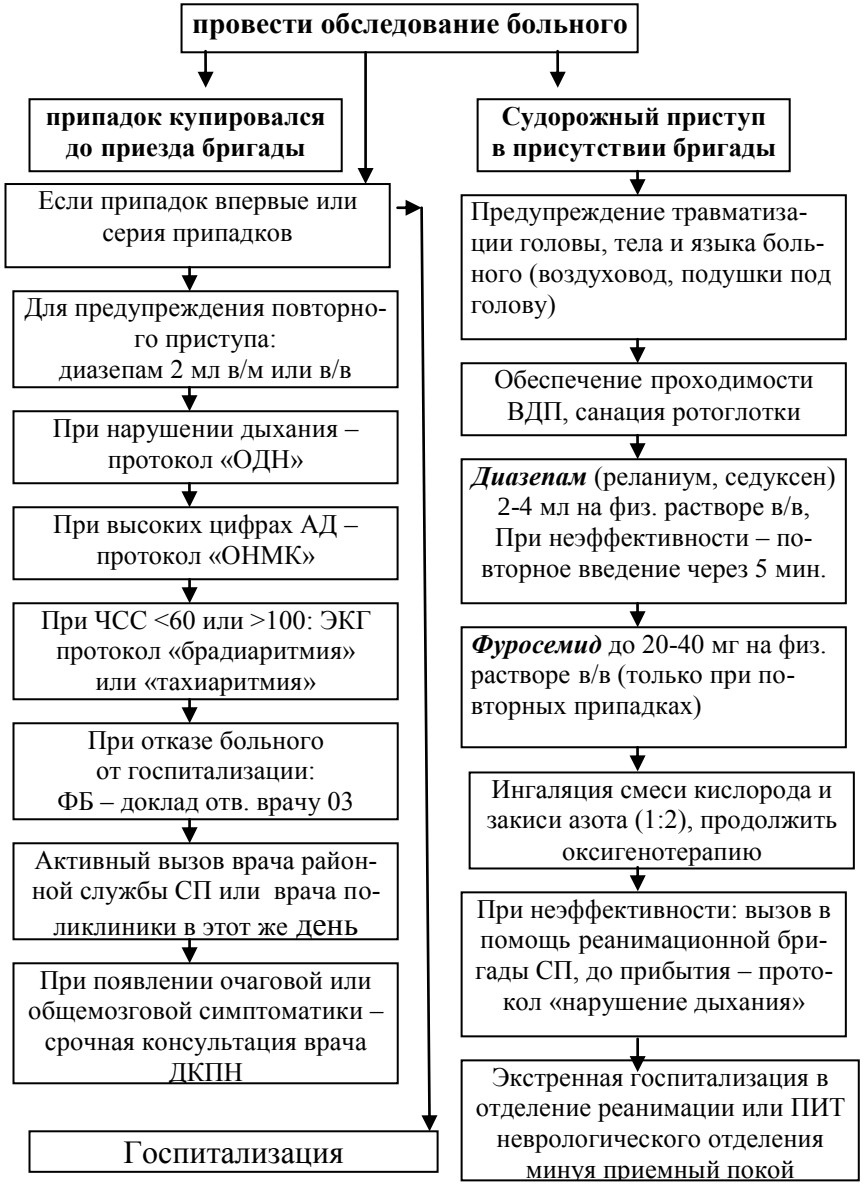
Дифференциальный диагноз проводят между генуинной («врожденной») и симптоматической эпилепсией (ОНМК, ЧМТ, нейроинфекция, опухоли, туберкулез, синдром МАС, фибрилляция желудочков, эклампсия) или интоксикации.

На ДГЭ выявить причины эписиндрома крайне трудно.

ПРИМЕЧАНИЕ: аминазин не является противосудорожным препаратом.

Сульфат магния малоэффективен при купировании судорожного припадка.

При гипокальциемических судорогах: 10-20 мл 10% р-ра глюконата или хлорида кальция. При гипокалиемических судорогах: панангин, аспаркам, их аналоги в/в, хлористый калий 4% в/в капельно.



29. ПРОТОКОЛ: МИАСТЕНИЯ. МИАСТЕНИЧЕСКИЙ И ХОЛИНЭРГИЧЕСКИЙ КРИЗЫ

Миастения – приобретенное аутоиммунное заболевание, характеризующиеся патологической слабостью и утомляемостью мышц. Миастенический синдром наблюдается при поражениях щитовидной железы, полимиозитах, злокачественных опухолях и некоторых хронических интоксикациях.

МИАСТЕНИЧЕСКИЙ КРИЗ – внезапное ухудшение состояния у больных с миастенией, представляющее угрозу его жизни, из-за возникающей недостаточности внешнего дыхания или грубых бульбарных расстройств.

Причина кризов – нерегулярный приём прозерина и других антихолинэстеразных препаратов, ОРВИ и другие инфекционные заболевания, психоэмоциональные и физические перенапряжения, начало менструаций. При этом диагностически характерно: нарастание мышечной слабости до полного паралича при повторении в частом ритме движений. Первым появляется двоение в глазах, опущения век, слабость в жевательной и мимической мускулатуре, мышцах проксимальных отделов конечностей, а затем и в дыхательной мускулатуре. Состояние хуже к вечеру, улучшается после отдыха и сна.

Дифференциальный диагноз чаще приходится проводить с острыми нарушениями мозгового кровообращения.

При передозировке антихолинэстеразных препаратов (прозерина) у больных возможно развитие ХОЛИНЭРГИЧЕСКОГО КРИЗА. При этом возникают признаки мускариновой и никотиновой интоксикации: возбуждение, узкие зрачки, слюнотечение, бледные, холодные, мраморные кожные покровы; фибриллярные подергивания, боли в животе, нередко нарушения дыхания. Отмечается повышение потребности в антихолинэстеразных препаратах и снижении силы мышц после их применения.

Больные с обоими видами кризов подлежат экстренной госпитализации в ОРИТ или неврологические отделения.

30. ПРОТОКОЛ: ЧЕРЕПНОМОЗГОВАЯ ТРАВМА (ЧМТ)

ЧМТ — собирательное понятие, включающее в себя повреждение покровов черепа (кожу, апоневроз, мышцы, костный скелет черепа) и содержимого черепной коробки (оболочки мозга, вещество мозга, черепные нервы, кровеносные сосуды, ликворосодержащие ёмкости и ликворопроводящие пути).

Закрытая ЧМТ – повреждение содержимого черепной коробки без повреждения покровов черепа.

Открытая непроникающая ЧМТ – повреждение покровов черепа и содержимого черепной коробки без травмы твердой мозговой оболочки.

Открытая проникающая ЧМТ – то же с повреждением твердой мозговой оболочки.

Сочетанная черепно-мозговая травма – ЧМТ, сочетающаяся с механическим повреждением других отделов человеческого организма.

Комбинированная черепно-мозговая травма – ЧМТ, сочетающаяся с другими видами повреждения – химическим, термическим, токсическим и др.

Выделяют следующие формы ЧМТ:

— сотрясение головного мозга

— ушиб головного мозга (легкой степени, средней тяжести, тяжелой степени)

— сдавление головного мозга.

СОТРЯСЕНИЕ ГОЛОВНОГО МОЗГА (СГМ): кратковременная утрата сознания, с последующим оглушением (до 30 мин) и/или амнезия. Наличие общемозговой симптоматики (тошнота, рвота, головная боль, головокружение, светобоязнь). Отсутствие очаговой неврологической симптоматики.

УШИБ ГОЛОВНОГО МОЗГА (УГМ): сочетание общемозговой и очаговой симптоматики.

УГМ легкой степени: утрата сознания до 10-15 мин, последующее угнетение сознания (оглушение) – не более 2 часов. Очаговая «микросимптоматика». Невыраженная ассиметрия рефлексов.

УГМ средней степени: утрата сознания до 2 часов с последующим длительным угнетением сознания. Отчетливая очаговая симптоматика: ассиметрия лица, глазодвигательные нарушения, парезы конечностей. В зависимости от локализации ушиба могут быть: артериальная гипертензия, тахикардия, тахипноэ или артериальная гипотензия, брадикардия и брадипноэ. При нарушении проходимости ВДП – расстройства дыхания периферического характера.

УГМ тяжелой степени: длительная (часы, дни) глубокая утрата сознания (сопор, кома). Грубая очаговая симптоматика: глазодвигательные нарушения – расходящееся косоглазие, «плавающие» движения глазных яблок; парезы, параличи конечностей (нередко двухсторонние), патологические стопные знаки (симптом Бабинского). Может наблюдаться судорожный синдром. Более выраженные нарушения гемодинамики, нарушения дыхания центрального типа.

СДАВЛЕНИЕ ГОЛОВНОГО МОЗГА: развивается при УГМ (как правило, тяжелой степени), обусловлено внутричерепной гематомой, вдавленными переломами костей свода черепа, инородными телами, отёком мозга.

Признаки внутричерепной гематомы: анизокория (широкий зрачок на стороне очага), гемипарез (на противоположной очагу стороне), брадикардия, эпилептиформные припадки, «Светлый промежуток».

Признаки перелома костей основания черепа:

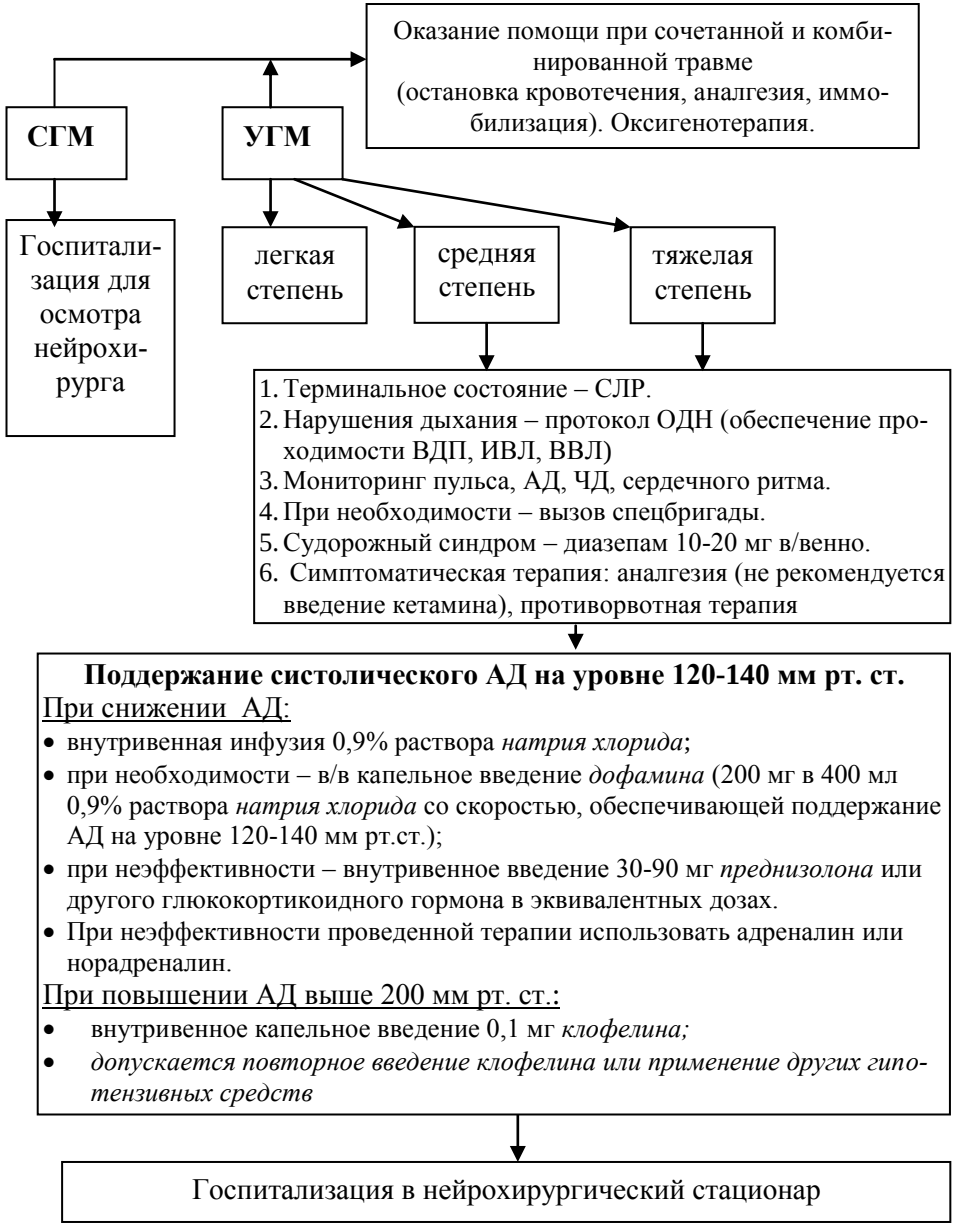
гематомы области орбит (синдром «очков»), гематомы сосцевидных областей («заушные» гематомы), назо-, оторрея.

31. ПРОТОКОЛ: ЧЕРЕПНОМОЗГОВАЯ ТРАВМА (продолжение)

Определение степени угнетения сознания (шкала Глазго)

Клинические признаки	Характер реакции	Оценка в баллах
Открывание глаз	Спонтанное открывание	**4**
	В ответ на словесную реакцию или просьбу	**3**
	В ответ на болевое раздражение	**2**
	Отсутствует	**1**
Двигательная активность	Целенаправленная в ответ на словесную инструкцию	**6**
	Целенаправленная в ответ на болевое раздражение с локализацией боли	**5**
	Целенаправленная в ответ на боль – «отдергивание» со сгибанием конечности	**4**
	Патологическое тоническое сгибание в ответ на болевое раздражение	**3**
	Патологическое тоническое разгибание в ответ на болевое раздражение	**2**
	Отсутствие реакции на болевое раздражение	**1**
	Сохранность ориентировки, быстрые правильные ответы	**5**
Словесные ответы	Спутанная речь	**4**
	Отдельные непонятные слова, неадекватная речевая продукция	**3**
	Нечленораздельные звуки	**2**
	Отсутствие речи	**1**

14-15 баллов – практически ясное сознание;
12-13 баллов – оглушение;
9-11 баллов – сопор;
8-4 баллов – кома



32. ПРОТОКОЛ: СПИНАЛЬНАЯ ТРАВМА

Спинальная травма чаще всего возникает при чрезмерном сгибании и разгибании позвоночника в наиболее подвижных местах. Травматогенез: при падении с высоты, на спину, нырянии, при авто- и мототравмах, сильном прямом ударе сзади, сдавлении позвоночного столба по оси; другие указания на травму позвоночника.

Диагностика: данные анамнеза, боли в точке приложения силы и при пальпации по линии остистых отростков, болезненность при мягкой осевой нагрузке на позвоночник, нарушение движений в руках и ногах или только в ногах, чувство онемения, покалывания в одной из рук, выпадения на кистях и стопах болевой и тактильной чувствительности.

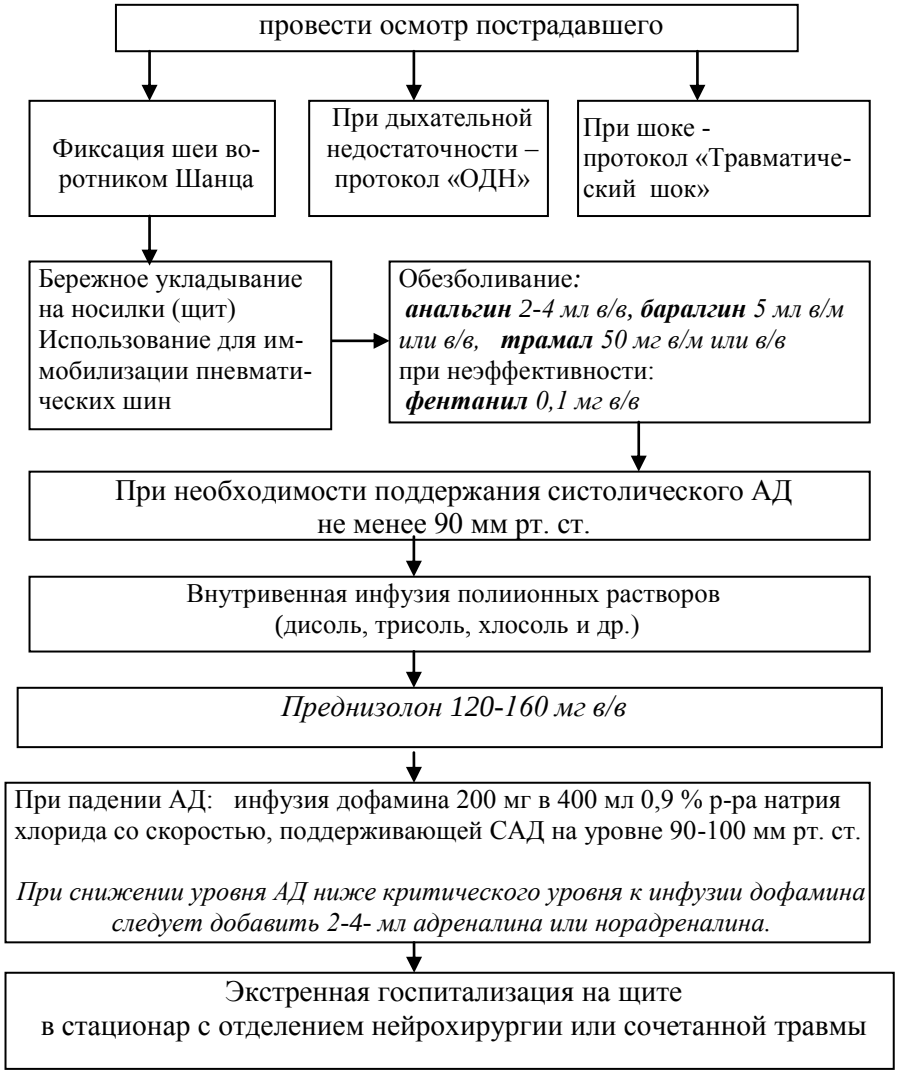
При сопутствующей травме органов грудной полости (пневмо-, гемоторакс) – нарастающая дыхательная недостаточность, а при травме органов брюшной полости – картина острой кровопотери и травматического шока.

Дифференциальная диагностика с острыми шейными, грудными и пояснично-крестцовыми радикулитами, вывихами межпозвонковых дисков.

Возможна травма позвоночника без повреждения спинного мозга и с повреждением последнего.

Основные принципы неотложной помощи: лечение сопутствующих опасных для жизни повреждений, восстановление проходимости дыхательных путей, а при острой дыхательной недостаточности – искусственная вентиляция легких. Обязательное обезболивание, транспортная иммобилизация, поддержание сниженного периферического сосудистого тонуса, ранняя глюкокортикоидная терапия метилпреднизолоном.

Срочная транспортировка в многопрофильный стационар с реанимационным или нейрохирургичеким отделениями.



33. П

ПРИМЕЧАНИЕ.

При травме в шейном отделе позвоночника – эндотрахеальная интубация проводится крайне осторожно, не запрокидывая голову. Более предпочтительна коникотомия.

Изолированная травма – повреждение одного сегмента конечности или повреждение одного органа.
Множественная травма – повреждение двух и более сегментов конечности или повреждение двух и более органов в одной анатомической области.
Сочетанная травма – повреждение двух и более анатомических областей тела в различных сочетаниях (голова, шея, грудь, живот, позвоночник, таз, конечности).

Организация помощи пострадавшим с сочетанной шокогенной травмой является одной из наиболее актуальных проблем экстренной медицины. Это обусловлено как непосредственным ростом числа и тяжести этой патологии, наблюдающимся на протяжении последних десятилетий, так и спецификой оказания помощи при ней.

Фундаментальным принципом организации помощи при сочетанной травме явилось представление о ней, как о **специализированном виде помощи**. В ее основе лежат закономерности патофизиологических проявлений травматической болезни в целом и ее острого периода – травматического шока, в частности. Эти закономерности определили очевидные с клинической и трудно реализуемые с организационной точки зрения требования: с одной стороны – минимизация времени от момента травмы до начала противошоковых мероприятий в полном объеме в условиях стационара, а с другой – необходимый объем противошоковой помощи на самых ранних этапах ее оказания (догоспитальном). Реализация этих требований в условиях крупных городов оказалась возможной путем организации специализированных бригад скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе и **создание специализированных травмоцентров,** отделений сочетанной травмы в структуре многопрофильных стационаров.

В настоящее время методологической основой организации помощи пострадавшим с сочетанной шокогенной травмой является концепция травматической болезни. В первую очередь речь идет о строго детерминированной фазности патологических и адаптивных процессов, возникающих у пострадавших с тяжелыми механическими повреждениями, что **позволяет проводить эффективную упреждающую терапию** возможных осложнений. Другим фундаментальным с точки зрения организации принципом является представление о взаи-

мозависимости глубины, длительности и исхода патологических проявлений от тяжести травмы, уровня компенсаторных возможностей организма пострадавшего и **своевременности и адекватности лечебных мероприятий**.

В этом смысле определяющим течение и исход травматической болезни является период острых проявлений. Его основной характеристикой является скоротечность развития грубых общефункциональных изменений: гипоперфузии и гипоксии тканей в результате мощной афферентной импульсации, гиповолемии, централизации кровообращения, нарушения оксигенации и накопления метаболитов. Отсутствие адекватной медицинской помощи в этом периоде быстро приводит к переходу адаптивных реакций в патологические, истощению резервных возможностей организма и их срыву. Это определяет значение своевременно начатой помощи, ее характер и объем, главным образом, как комплекс реанимационно-хирургических мероприятий, направленных на поддержание (протезирование) жизненно важных функции организма, в первую очередь функции внешнего дыхания и кровообращения, обезболивание, иммобилизацию и остановку наружного кровотечения. Таким образом, патофизиологические закономерности течения травматической болезни определяют важнейшие принципы оказания медицинской помощи при сочетанной травме на догоспитальном этапе:

1. Безотлагательное устранение жизнеугрожающих нарушений витальных функций.
2. Специализированный характер и этапность помощи, определяющие специфику решаемых задач и особенности организации на догоспитальном и госпитальном этапах.
3. Приоритетное значение фактора времени.
4. Преемственность этапов, реализующаяся через согласованность стандартов (алгоритмов и объемов) помощи, наличие специальных каналов связи между бригадами скорой помощи и травмоцентрами и сквозной контроль качества.

Главными особенностями медицинской помощи на догоспитальном этапе являются:

- минимизация времени от момента получения травмы до начала оказания помощи и доставки в специализированный противошоковый центр;
- приоритет синдромального подхода к диагностике и терапии над нозоморфологическим;
- лечебное воздействие на основные пусковые патофизиологические механизмы проявления периода острых проявлений (травматического шока).

Главными задачами догоспитального этапа при оказании помощи пострадавшим с тяжелыми сочетанными повреждениями являются диагностика, терапия и скорейшая транспортировка пострадавших в ближайший противошоковый центр. Особенностью патогенеза травматического шока в первые минуты от момента развития, как уже было отмечено ранее, является преобладание функциональных расстройств над морфологическими. При этом ведущее значение имеют нарушение функции внешнего дыхания, гипотония, продолжающееся кровотечение, болевая афферентация. Соответственно, первоначальной задачей оказания помощи на догоспитальном этапе является диагностика указанных патофизиологических изменений и осуществление незамедлительных мероприятий, направленных на их коррекцию.

Особенности условий оказания помощи на догоспитальном этапе, а также характер патофизиологических нарушений ***диктуют необходимость ограничения диагностических мероприятий в основном в объеме физикального обследования***. Существенное значение имеет вопрос о соотношении ***принципа минимизации времени оказания помощи на догоспитальном этапе с адекватным объемом помощи*** и направлением транспортировки пострадавшего: в специализированный противошоковый центр. По нашему мнению, важнейшим критерием выбора между минимизацией времени и необходимым объемом помощи является состояние пострадавшего, выраженность и глубина нарушений витальных функций. В общем виде, чем менее стабильным является состояние пациента, тем больше может потребоваться усилий по поддержанию жизненно

важных функций. Важнейшими клиническими критериями стабильности состояния являются отсутствие признаков дыхательной недостаточности и внутреннего кровотечения.

Необходимо руководствоваться следующими положениями:

1. Для тяжелобольных и пострадавших временной фактор имеет огромное значение.
2. Если пострадавший доставляется в операционную в течение первого часа после получения травмы, то достигается самый высокий уровень выживаемости. Это время называется «золотым часом».
3. «Золотой час» начинается с момента получения травмы, а не с момента, когда начинается оказание помощи.
4. Любые действия на месте происшествия должны носить жизнеспасающий характер во избежание потери минут «золотого часа» больного.
5. Судьба больного во многом зависит от оперативности, мастерства работников скорой помощи, поскольку они первыми оказывает ему медицинскую помощь.
6. Скорое оказание помощи не означает просто быстро доехать, «бросить» больного в машину скорой помощи и также быстро доставить его в ближайший стационар.
7. Максимальные шансы больного на выживание зависят от оказания помощи согласно заранее продуманной тактике и последовательности действий, а также от взаимодействия догоспитального и госпитального этапов оказания помощи.

Алгоритм действий бригады СМП при оказании помощи пострадавшим с сочетанной и множественной травмой

Предупредить стационар о доставке тяжелобольного

Терапия на догоспитальном этапе должна включать в себя следующие основные мероприятия:

1. Временная остановка наружного кровотечения проводится общепринятыми методами: пальцевое прижатие, давящая повязка, тугая тампонада раны, в крайнем случае – жгут; при отрывах конечностей – жгут.
2. Устранение острых нарушений дыхания:
   - устранение асфиксии, поддержание проходимости верхних дыхательных путей (очистка полости рта и глотки, аспирация крови, слюны, рвотных масс отсосом, введение воздуховода, по показаниям – интубация трахеи);
   - при напряжённом пневмотораксе – пункция плевральной полости на стороне повреждения во 2-м межреберье по среднеключичной линии широкопросветными иглами с клапаном;
   - при открытом пневмотораксе – герметизация плевральной полости путём наложения окклюзионной повязки.
   - при подозрении на наличие пневмоторакса, перед интубацией дренировать плевральную полость во 2-м межреберии.
3. Обеспечение адекватного газообмена.
   - При уровне сознания по шкале ком Глазго > 8 баллов, при сохраненном спонтанном дыхании с частотой более 10 и менее 40 в минуту и при шоке I-II степени – ингаляция 100% кислорода через лицевую маску.
   - Наличие у больного хотя бы одного из ниже перечисленных признаков:
     a) уровень сознания по шкале ком Глазго < 8 баллов,
     b) частота дыхания > 40 или < 10 в минуту,
     c) шок III степени или терминальное состояние,
     d) наличие повреждений челюстно-лицевого скелета, перелома основания черепа с кровотечением и ликворреей в ротоглотку и признаками аспирационного синдрома;

является показанием к немедленной интубации трахеи и переводу пациента на ИВЛ в режиме нормовентиляции.

4. Устранение дефицита ОЦК.
   - Внутривенный доступ преимущественно через периферические вены, установка канюли (катетера) максимально широкого диаметра.
   - При невозможности в/в доступа – внутрикостный доступ.
   - Струйная инфузия 800-1000 мл сбалансированных солевых растворов (мафусол, ацесоль, трисоль, квинтасоль, лактосол).

Скорость инфузии зависит от объема кровопотери. В течение 10 минут необходимо стабилизировать систолическое АД на уровне 90-100 мм рт.ст., если это не удается – начинается инфузия синтетических коллоидных растворов.

При невозможности данными препаратами стабилизировать систолическое АД на уровне не менее 60-70 мм рт.ст.– начинать инфузию дофамина в дозе 5 мкг/кг/мин.

5. Для обезболивания см. «травматический шок»
6. Транспортная иммобилизация.
   - Транспортная иммобилизация должна быть проведена как можно раньше.
   - Из движения обязательно выключаются два соседних сустава, а при переломах плеча и бедра – три сустава.
   - При открытых переломах первоначально накладываются стерильные повязки.
   - Репозиции не производить.
7. Прочие медикаменты. При всех тяжёлых травмах и ранениях, сопровождающихся шоком II-III степени и терминальным состоянием, вводится преднизолон в дозе 150-250 мг внутривенно струйно.

34. ПРОТОКОЛ: АНАФИЛАКТИЧЕСКИЙ ШОК

Анафилактический шок — остро развивающийся, угрожающий жизни процесс, возникающий как резко выраженное проявление анафилаксии и характеризующийся тяжелыми нарушениями деятельности центральной нервной системы, кровообращения, дыхания и обмена веществ.

Наиболее частые причины:

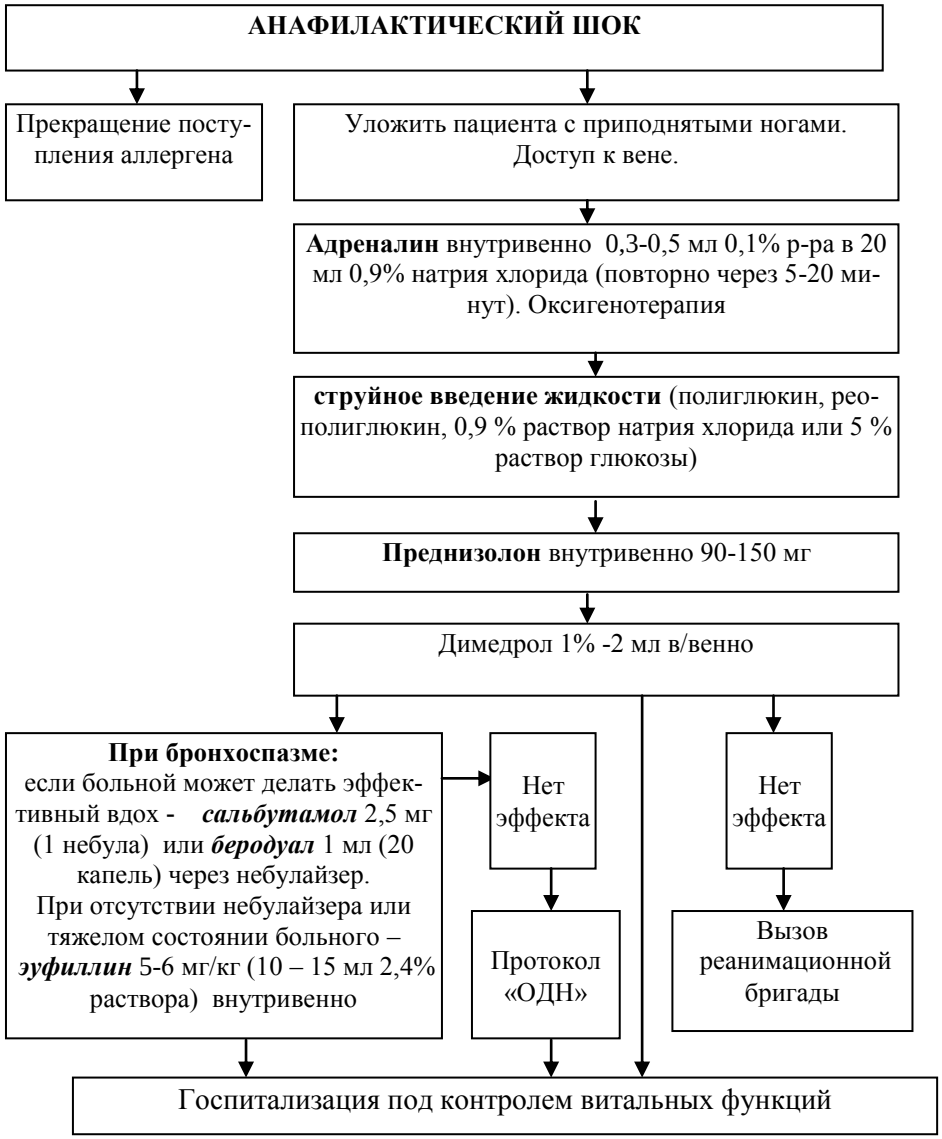
- лекарственные средства;
- яды перепончатокрылых насекомых;
- некоторые пищевые продукты;
- змеиный яд.

Диагностика

Артериальная гипотензия и оглушенность при нетяжелом шоке, коллапс и потеря сознания при тяжелом шоке. Нарушение дыхания вследствие отека гортани с развитием стридора или бронхоспазма. Боли в животе. Крапивница, кожный зуд.

Клиника развивается в течение 1 часа после контакта с аллергеном (чаще в течение первых 5 минут). Причина смерти – острая гемодинамическая недостаточность и асфиксия.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ



35. ПРОТОКОЛ: КРАПИВНИЦА. АНГИОНЕВРОТИЧЕСКИЙ ОТЕК (ОТЕК КВИНКЕ)

Крапивница. Ангионевротический отек (отек Квинке) – острые аллергические заболевания, обусловленные повышенной чувствительностью иммунной системы к различным экзогенным антигенам (аллергенам). Они характеризуются внезапным началом, непредсказуемым течением, высоким риском угрожающих жизни состояний.

Локализованная крапивница манифестирует внезапным появлением на ограниченном участке кожных покровов уртикарных элементов с четкими границами, как правило, красного цвета, диаметром от нескольких элементов до нескольких сантиметров, на фоне гиперемии, сопровождающихся кожным зудом.

Генерализованная крапивница характеризуется тотальным поражением кожных покровов, нередко наблюдается сливание описанных выше элементов.

Отек Квинке (ангионевротический отек) проявляется локальным отеком кожи, подкожной клетчатки и/или слизистых оболочек. Чаще развивается в области губ, щек, век, лба, волосистой части головы, мошонки, кистей, дорсальной поверхности стоп. Аллергический отек ЖКТ сопровождается кишечной коликой, тошнотой, рвотой. При отеке Квинке, локализующемуся в области гортани, наблюдается кашель, осиплость голоса, нарушение глотания, удушье, стридорозное дыхание. В 50% случаев ангионевротический отек сочетается с крапивницей.

Генерализованная крапивница и ангионевротический отек (отек Квинке) являются тяжелыми (прогностически неблагоприятными) острыми аллергическими заболеваниями.

36. ПРОТОКОЛ: СИНДРОМ ЛАЙЕЛЛА

Синдром Лайелла (эпидермальный токсический некролиз) – это тяжелый токсико-аллергический дерматоз инфекционной или медикаментозной природы, характеризующийся внезапным бурным некрозом поверхностных участков кожи и слизистых оболочек с образованием крупных пузырей, которые быстро вскрываются. Сопровождается тяжелой общей интоксикацией.

Диагностика:

Отмечается сильная гиперестезия пораженных участков. Поражение распространяется на слизистую оболочку глаз, рта, полости носа, глотки, половых органов. С отторжением эпидермиса формируется обширная эрозия. Присоединившаяся инфекция приводит к сепсису, полиорганной недостаточности, синдрому диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови (ДВС-синдрому)

37. ПРОТОКОЛ: ДИАБЕТИЧЕСКАЯ КОМА (ГИПЕРГЛИКЕМИЧЕСКАЯ)

Диабетическая кома – острое нарушение углеводного обмена , вызванное снижением уровня инсулина, значительным повышением концентрации глюкозы в крови и связанными с этим нарушениями водно-электролитного баланса. Как правило, известно, что больной страдает сахарным диабетом, реже диабетическая кома становится первым симптомом сахарного диабета.

Повышение уровня глюкозы может быть спровоцировано:

- недостаточной дозой инсулина;
- нарушениями диеты;
- интеркуррентными инфекционными и другими заболеваниями;
- стрессом (оперативное вмешательство, несчастный случай, психоэмоциональная нагрузка).

Различают две основные формы диабетической комы:

Диабетическая кетонемическая кома:

В основе данной комы лежит абсолютная недостаточность инсулина, что приводит к повышению уровня липолиза, продукции кетоновых тел и выраженному метаболическому ацидозу. В большинстве случаев диабетическая кетонемическая кома осложняет течение сахарного диабета I типа, но сведений о диабете может и не быть. Основные признаки диабетической кетонемической комы – бессознательное состояние, дегидратация, острая недостаточность кровообращения гиповолемического типа, гипергликемия (16 - 33,3 ммоль/л), кетоацидоз, глюкозурия и кетонурия. Глубокое, редкое, шумное дыхание (дыхание Куссмауля), запах ацетона.

Диабетическая некетонемическая гиперосмолярная кома:

Как правило, осложняет течение нераспознанного сахарного диабета II типа у больных старше 40 лет. Развитие комы постепенное, характерны неврологические расстройства, сильная одышка у всех больных, синусовая тахикардия, артериальная гипотензия, низкий диурез вплоть до анурии, глюкозурия без кетонемии. Гипергликемия более 33,3 ммоль/л. Дыхание Куссмауля и запах ацетона не характерны. Встречается значительно реже, чем кетонемическая кома.

Осмотр пациента. Глюкометрия

↓

Обеспечение проходимости ВДП. Оксигенотерапия. Венозный доступ.

↓

Регидратация:
раствор ***натрия хлорида*** 0,9% 1 л в час (в/венно капельно)
Избыточно быстрый темп регидратации может вызвать отек головного мозга
(необходимы снижение скорости введения жидкости и внутривенное введение 8 мг дексаметазона).

↓

При тяжелом коллапсе ***допамин*** 200 мг
в 200 мл 5% глюкозы в/в со скоростью 4-5 мкг/кг/мин

↓

При длительном течении комы
гепарин 10000 ЕД внутривенно струйно

↓

Госпитализация
под контролем витальных функций

38. ПРОТОКОЛ: ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ

Возникает, как правило, у больных сахарным диабетом при инсулинотерапии или терапии сульфаниламидными сахаропонижающими препаратами второго и третьего поколения: глибенкламидом (манинил), гвиквидоном (глюренорм), гликлазидом (диабетон, предиан).

Непосредственной причиной гипогликемических состояний при сахарном диабете обычно являются нарушения режима приема пищи, передозировка сахаропонижающих препаратов.

К редким причинам гипогликемических состояний относят инсулиному, болезни накопления гликогена, функциональный гиперинсулинизм.

Потенцируют развитие гипогликемических состояний хроническая почечная недостаточность, прием этанола, салицилатов, β-адреноблокаторов. Последние также затушевывают клиническую картину гипогликемических состояний, устраняя адренергические компоненты ее проявлений.

На стадии предвестников наблюдаются субъективные ощущения (не у всех больных) внезапно возникающих слабости, чувства голода, тревоги, головной боли, потливости, реже — ощущение онемения кончика языка, губ. Если на этой стадии гипогликемическое состояние не купировано приемом углеводсодержащих продуктов, то развиваются возбуждение, дезориентировка, затем оглушенность, судороги, сопор.

На стадии развернутого гипогликемического состояния у больного регистрируется нарушение сознания или его утрата, выраженные потливость, тахикардия, иногда — повышение артериального давления, повышение мышечного тонуса, судороги клонического, тонического характера. Тургор тканей нормальный.

Симптомы гипогликемического состояния появляются при содержании глюкозы в крови ниже 2,78-3,33 ммоль/л. Редко гипогликемическое состояние может сочетаться с кетоацидозом.

Дифференциальная диагностика

Дифференцирование с диабетической некетонемической комой основано на отсутствии при гипогликемическом состоянии гипергликемии, кетоацидоза, дегидратации.

Дифференцирование гипогликемического состояния и острого нарушения мозгового кровообращения, а также эпилептического припадка основано на быстром положительном эффекте внутривенного введения глюкозы при гипогликемическом состоянии.

Тяжелая длительно некупированная гипогликемия прогрессирует в кому; судороги и потоотделение прекращаются, развиваются арефлексия, прогрессирующая артериальная гипотензия, отек головного мозга; достижение нормогликемии и даже гипергликемии на этой стадии гипогликемического состояния не приводит к успеху.

У больных с ишемической болезнью сердца и головного мозга гипогликемическое состояние может провоцировать острое нарушение коронарного или мозгового кровообращения; пациентам этой категории необходима регистрация ЭКГ и экстренная госпитализация.

39. ПРОТОКОЛ: СЕПТИЧЕСКИЙ ШОК

Септический шок – патологическое состояние, которое характеризуется острым нарушением периферического кровообращения (микроциркуляции) в тканях, развивающееся при высвобождении эндотоксинов при инфекционных процессах, вызванных бактериями, реже вирусами, паразитами или грибами и проявляющееся артериальной гипотензией и признаками резкого снижения перфузии тканей.

Септический шок на догоспитальном этапе диагностируют при наличии следующих клинических симптомов:

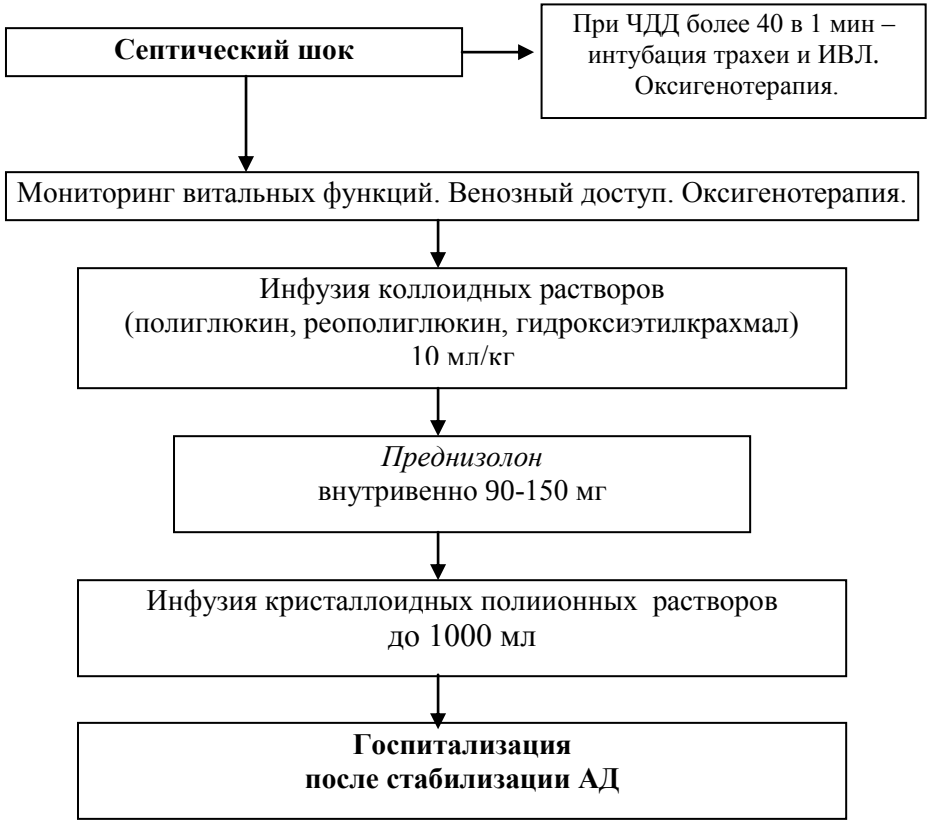
- наличие очага инфекции (не всегда)
- систолическое артериальное давление ниже 90 мм рт. ст.;
- нарушение сознания;
- олигурия;
- число дыхательных движений (ЧДД) больше 20 в 1 минуту;
- число сердечных сокращений (ЧСС) более 90 в 1 минуту;
- температура тела выше 38° С или ниже 36° С;

Примечания к терапии:

- Скорость введения препаратов подобрать так, чтобы стабилизировать систолическое артериальное давление выше 90 мм рт. ст.
- Введение полиионных растворов не более 1000 мл за время оказания помощи (введение больших объемов кристаллоидных растворов при повышенной проницаемости стенки сосудов может привести к нарастанию отека легких, мозга и других органов, утяжелению полиорганной недостаточности)

Экстренную госпитализацию в отделение реанимации и интенсивной терапии проводят после стабилизации артериального давления на фоне продолжающейся ИВЛ и инфузионной терапии.

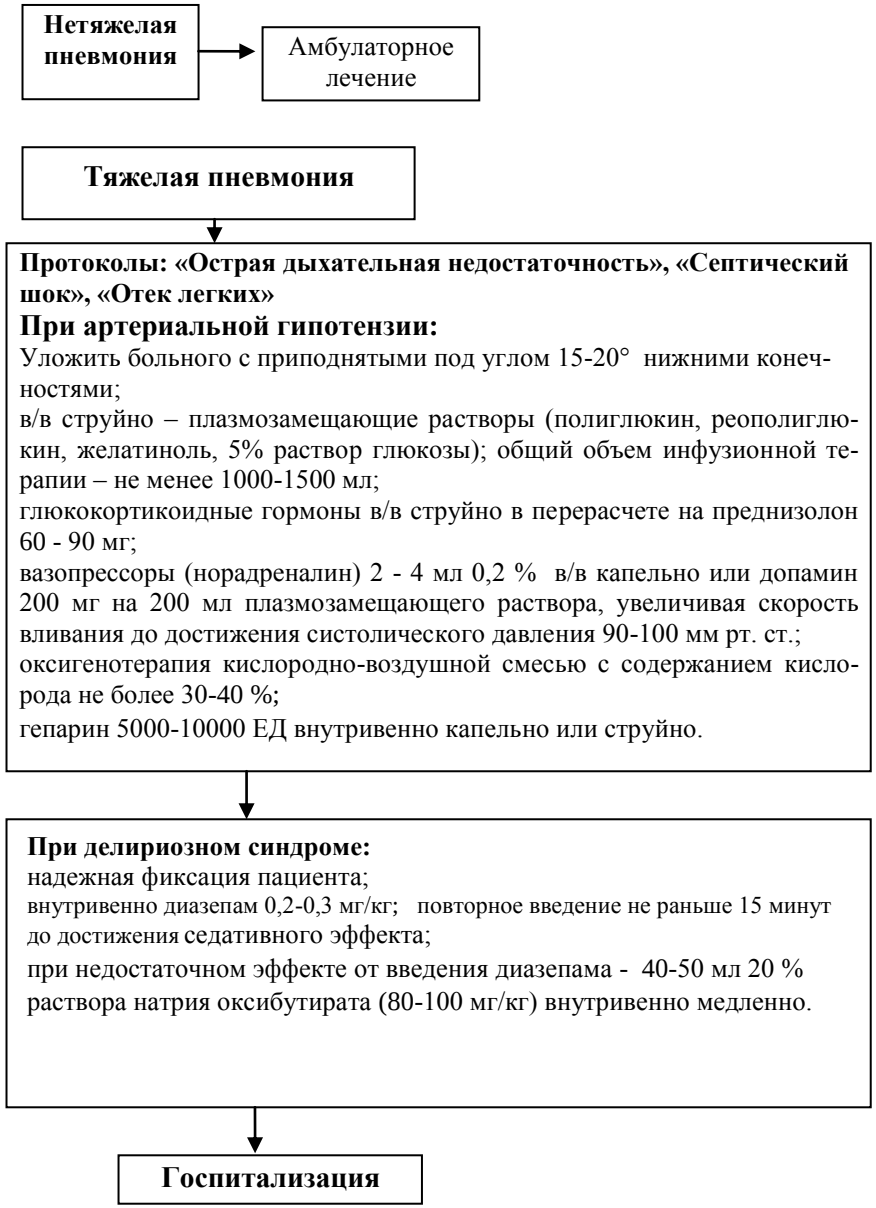
НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ СЕПТИЧЕСКОМ ШОКЕ



40. ПРОТОКОЛ4: ПНЕВМОНИЯ

Диагностический алгоритм

Лечебный алгоритм



41. ПРОТОКОЛ: БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА

Клиническая картина:

- часто в дебюте – кашель;
- удлиненный выдох;
- шумное свистящее дыхание;
- в некоторых случаях стридор;
- тахикардия и артериальная гипертензия;
- беспокойство, чувство страха, потливость;
- набухшие шейные вены;

«Симптомы тревоги» жизнеугрожающего приступа бронхиальной астмы:

- быстро нарастающая одышка (у взрослых более 25 в 1 минуту);
- невозможность говорить из-за одышки;
- участие в дыхании вспомогательной мускулатуры;
- тахикардия более 110 в минуту;

Признаки угрозы для жизни:

- цианоз кожи с сероватым оттенком;
- спутанность сознания или кома;
- слабый вдох, ЧДД более 30 в минуту или менее 12 в минуту;
- ЧСС более 120 в минуту или брадикардия;
- артериальная гипотензия;
- дыхательные шумы при аускультации не выслушиваются («немое легкое»);

Примечания к терапии:

- **Противопоказаны:** психотропные препараты, наркотические анальгетики, седативные средства, антигистаминные препараты первого поколения, муколитические средства для разжижения мокроты, антибиотики, сульфаниламиды, новокаин, препараты кальция, диуретики, ацетилсалициловая кислота, атропин.
- Не допускать массивной гидратации.
- Предпочтительнее использовать ингаляционную терапию через небулайзер и инфузионные формы лекарственных средств.
- Селективные В2-адреноагонисты короткого действия применяют, если ЧСС меньше 130 в 1 минуту.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ

Легкий приступ:
ЧД до 22 в мин.,
ЧСС < 100 в мин.;
дыхание свистящее
в конце выдоха

После купирования приступа пациента можно оставить дома

→ ***Сальбутамол*** 1,25 - 2,5 мг (0,5 – 1 небула) через небулайзер в течение 5 – 15 минут;
или
беродуал 1 мл (20 капель) через небулайзер в течение 10 – 15 минут.
При отсутствии небулайзера или неэффективности терапии небулайзером:
эуфиллин 5 - 6 мг/кг (10-15 мл 2,4% в/в в течение 5-7 минут)

Среднетяжелый приступ:
ЧД 25-30 в мин.,
ЧСС 100-120 в мин
при аускультации:
дыхание свистящее на вдохе и на выдохе

После купирования приступа пациента можно оставить дома

Тяжелый приступ:
ЧД > 30 в мин.,
ЧСС > 120 в мин;
при аускультации:
дыхание громкое свистящее на вдохе и на выдохе

→ ***Сальбутамол*** 1,25 - 2,5 мг (0,5 – 1 небула) через небулайзер в течение 5 – 15 минут;
или
беродуал 1 мл (20 капель) через небулайзер в течение 10 – 15 минут.

При отсутствии небулайзера или неэффективности терапии небулайзером:
эуфиллин 5 - 6 мг/кг (10-15 мл 2,4% в/в в течение 5-7 минут)
Преднизолон 60 – 150 мг в/в.

Оксигенотерапия (смесь, содержащая 30-40 % кислорода).

Нет эффекта – госпитализация

При необходимости вызов реанимационной бригады

Астматический статус → **Алгоритм «ОДН»**
Вызов реанимационной бригады

42. ПРОТОКОЛ: АЛКОГОЛЬНЫЙ АБСТИНЕНТНЫЙ

Алкогольный абстинентный синдром (ААС) развивается при длительной (от 3-х и более суток) алкоголизации, как ответная реакция организма на отмену алкоголя.

Тяжесть ААС определяется степенью выраженности адренергического синдрома.

Легкая степень: Симптомы появляются в первые сутки после снижения количества обычно употребляемого спиртного или полного прекращения его употребления.

Адренергический синдром (+):

- ЧСС до 100 в мин;
- диастолическое АД не менее 100 мм рт. ст.,
- нормальная температура тела.
- критика сохранена;
- отсутствие делирия и галлюциноза.

При отсутствии осложнений больные могут находиться в домашних условиях.

Средняя степень: Симптомы появляются спустя сутки и более после отмены этанола, достигая максимума ко 2-3 дню, и включают: бессонницу, тремор, тревогу, тошноту, гипергидроз, гиперрефлексию.

Адренергический синдром (++):

- ЧСС 100-120 в мин;
- диастолическое АД 100-110 мм рт. ст.,
- субфебрилитет (до 38°С) или нормальная температура тела;
- Критика сохранена (обманы восприятия оцениваются пациентом критически). Отсутствие делирия и галлюциноза.

Больные нуждаются в детоксикации и наблюдении.

Тяжелая степень: Симптомы появляются спустя 2-е суток и более после отмены этанола, достигая максимума ко 2-4 дню.

Адренергический синдром:

- ЧСС более 120 в мин;
- диастолическое АД более 110 мм рт. ст.;
- увеличение температуры тела (38°С и выше);
- Критика, как правило, сохранена. Возможна дезориентация, зрительные галлюцинации, делирий, судороги.

Больные нуждаются в госпитализации в ПИТ или ОРИТ Транспортировка в положении лежа.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ААС

Алкогольный абстинентный синдром

Обеспечение проходимости ВДП. Мониторинг витальных функций.

Инфузионная терапия: раствор ***глюкозы*** 5% 400 мл + ***тиамин*** 100 мг внутривенно медленно

При артериальной гипертензии (систол. АД > 160 мм рт. ст., диастол. АД > 110 мм рт. ст.):
нифедипин (внутрь) по 10 мг, **пропранолол** 20-40 мг (внутрь), ***диазепам*** 20-40 мг (внутримышечно);
при неэффективности: ***диазепам*** 20 мг и ***дроперидол*** 2,5-5 мг (внутримышечно). При неэффективности введение препаратов повторить через 20—30 мин.

При артериальной гипотензии (систол. АД< 90 мм рт. ст.):
— ***реополиглюкин*** 400 мл;
— при неэффективности - ***преднизолон*** 30-60 мг в/венно;
— при неэффективности ***допамин*** капельно (со скоростью, необходимой для поддержания САД в пределах 100-110 мм рт. ст.)

При коме: ***тиамин*** 100 мг внутривенно медленно дробно; ***налоксон*** 0,4 мг в 40 мл 40 % раствора ***глюкозы*** (вещества совместимы друг с другом)

При судорогах: протокол «Судорожный синдром»

Госпитализация пациента с тяжелым и (или) осложненным ААС.

43. ПРОТОКОЛ: МЕДИАТОРНЫЕ СИНДРОМЫ

Симпатические синдромы

Адренергический синдром*:* мидриаз, зрачки не изменены, гипертензия, рефлекторная брадикардия (при возбуждении α-адренергических систем), тахикардия (при возбуждении β-адренергических систем), тоны сердца громкие, ритм галопа, 3-й тон; сухие слизистые оболочки, бледные, влажные кожные покровы (при возбуждении α-адренергических систем), перистальтика кишечника снижена, гипертонус мышц, рабдомиолиз.

Токсические агенты: кокаин, эфедрон, амитриптилин (в ранней фазе действия), средства от насморка с адреномиметиками, синтетические амфетамины, эуфиллин, кофеин, фенциклидин, LSD, MAO, тиреоидные гормоны.

Симпатолитический синдром*:* миоз, гипотензия, брадикардия, тоны сердца глухие, раздвоены, угнетение дыхания, перистальтика кишечника снижена, гипотония мышц.

Токсические агенты: симпатолитики, клофелин, (β-адреноблокаторы, блокаторы каналов кальция, резерпин, опиаты и их гомологи (в поздней фазе действия).

Парасимпатические синдромы

Холинергический синдром*:* миоз, спазм аккомодации, брадикардия, тахикардия, тоны сердца глухие, бронхорея, хрипы в легких, диарея, влажная кожа и слизистые оболочки, лакримация, саливация, дефекация, уринация, миофибрилляции, судороги.

Токсические агенты: ФОС, инсектициды (карбаматы).

Антихолинергический синдром: возбуждение/ажитация, делирий, мидриаз, паралич аккомодации, тахикардия, тоны сердца усилены, 3-й тон, нормотензия, слизистые оболочки и кожные покровы сухие, кожа теплая, розовая (увеличение температуры тела у детей), перистальтика кишечника снижена, нарушение оттока мочи.

Токсические агенты: антигистаминные препараты, антидепрессанты, нейролептики с седативным эффектом, холиноблокаторы, алкалоиды белладонны.

Токсические агенты, при отравлении которыми могут наблюдаться симптомы "острого живота":

Холиномиметики и холинсенсибилизирующие средства — сердечные гликозиды, резерпин, отравления грибами; ботулинический токсин; тяжелые металлы (свинец, мышьяк, ртуть); яд паука (черная вдова); тиазидные диуретики; стероидные гормоны; азатиоприн; коррозивные яды; оральные контрацептивы; антикоагулянты.

Запахи некоторых токсичных соединений

Вещество, состояние	Запах
Цианиды	Горького миндаля
Сероводород, меркаптаны, тетурам	Тухлых яиц
Цикута	Моркови
Никотин	Табака
Фенол, креозот	Дезинфектантов
Фосфор, теллур, селен, таллий, мышьяк	Чеснока
Марихуана, опий	Горелой травы
Этанол	"Алкогольный" запах
Хлороформ, трихлорэтилен, хлористый метил, изопропанол	Ацетона (сладкий, фруктовый)
Уремия	Аммиачный
Диабет, кетоацидоз	Фруктовый

44. ПРОТОКОЛ: ОСТРЫЕ ОТРАВЛЕНИЯ

Отравления - патологические состояния, вызванные проникновением в организм человека извне токсических веществ различного происхождения.

Тяжесть состояния при отравлении обусловлена дозой яда, путем его поступления, временем экспозиции, преморбидным фоном больного, осложнениями (гипоксия, кровотечение, судорожный синдром, острая сердечно-сосудистая недостаточность и др.).

Медицинскому работнику догоспитального этапа необходимо:

- соблюдать "токсикологическую настороженность" (условия окружающей среды, в которых произошло отравление, могут представлять опасность для бригады скорой помощи);
- выяснить обстоятельства, сопутствовавшие отравлению (***когда, чем, как, сколько, с какой целью***), у больного, если он находится в сознании, или у окружающих лиц;
- собрать вещественные доказательства (упаковки лекарств, порошки, шприцы), биосреды (рвотные массы, мочу, кровь, промывные воды) для химико-токсикологического или судебно-химического исследования;
- зарегистрировать основные симптомы (синдромы), которые наблюдались у больного до оказания медицинской помощи, в том числе медиаторные синдромы, являющиеся результатом усиления или угнетения симпатической и парасимпатической систем.

Если антидота нет – необходимо провести коррекцию показателей депрессии гемодинамики и дыхания.

45. ПРОТОКОЛ: ОТРАВЛЕНИЯ ПРЕПАРАТАМИ СТИМУЛИРУЮЩЕГО ДЕЙСТВИЯ

К отравлениям препаратами стимулирующего действия относятся отравления:

- антидепрессантами;
- психостимуляторами;
- общетонизирующими средствами (настойки женьшеня, элеутерококка)

Отравления препаратами стимулирующего действия вызывают: делирий, гипертензию, тахикардию, мидриаз, судороги, нарушения ритма сердца, ишемию и инфаркт миокарда. Угнетают сознание, гемодинамику и дыхание после фазы возбуждения и гипертензии.

Отравления протекают с адренергическим синдромом.

ОТРАВЛЕНИЯ АНТИДЕПРЕССАНТАМИ

К препаратам этой группы относятся амитриптилин, мелипрамин, имипрамин, доксепин, трансамин, мапротилин, номифензин и др.

Диагностика

При коротком времени действия (до 4-6 ч) определяются гипертензия, делирий, сухость кожного покрова и слизистых оболочек, расширение комплекса *QRS* на ЭКГ (хинидиноподобное действие трициклических антидепрессантов), судорожный синдром.

При длительном действии (более 24 ч) — гипотензия, задержка мочи, кома. Всегда — мидриаз, сухость кожного покрова, расширение комплекса *QRS* на ЭКГ. Антидепрессанты-блокаторы обратного захвата серотонина (флуоксентин, флувоксамин, пароксетин) самостоятельно или в сочетании с анальгетиками могут вызывать "злокачественную" гипертермию.

Примечание

Критерием, по которому судят о достаточности введения натрия гидрокарбоната, является ширина комплекса *QRS* на ЭКГ (при увеличении pH крови она должна сокращаться до нормальных величин — 0,1 с).

Расширение комплекса *QRS* на ЭКГ более 0,12 с — предвестник развития судорожного синдрома и нарушений ритма сердца — вводить аминостигмин нежелательно!

При резистентной к лечению гипотензии стабилизацию гемодинамики проводить комбинацией 0,2 % раствор норадреналина — 1 (2) мл в 400 мл 5-10 % раствора глюкозы внутривенно капельно + допамин 200 мг в 400 мл 0,9 % раствора натрия хлорида внутривенно капельно — до стабилизации артериального давления на минимально достаточном уровне. Эффективна гемосорбция.

Обеспечить нормализацию дыхания и гемодинамики

↓

При гипертензии и возбуждении:
антидотная терапия антихолинэстеразными средствами
в следующей последовательности:

1. препараты короткого действия с быстро наступающим эффектом: ***галантамина гидробромид (или нивалин)*** 0,5 % раствор 4-8 мл в/в;
2. препараты длительного действия: ***аминостигмин*** 0,1 % раствор 1-2 мл в/м;
3. при отсутствии антагонистов противосудорожные средства: ***диазепам (реланиум, седуксен)*** 20 мг в 20 мл 40 % раствора глюкозы в/в или ***натрия оксибутират*** 2 г в 20 мл 40 % раствора глюкозы в/в медленно.

↓

Прекратить дальнейшее поступление яда в организм: зондовое промывание желудка, энтеросорбция.

↓

Начать инфузионную терапию:

- раствор натрия гидрокарбоната 4% - 300 (400) мл внутривенно капельно (*антидот хинидиноподобного действия антидепрессантов!);*
- при отсутствии натрия гидрокарбоната — трисоль (дисоль, хлосоль) по 500 мл внутривенно капельно.

↓

При выраженной артериальной гипотензии:

- реополиглюкин 400 мл внутривенно капельно;
- при резистентной к лечению гипотензии: ***дофамин***

200 мг в 400 мл 0,9 % раствора натрия хлорида внутривенно капельно — со скоростью, необходимой для поддержания САД на уровне 90-100 мм рт. ст.

↓

Консультация токсиколога: тел. ТИСС: 542-86-71

↓

Госпитализация в ЦЛО

46. ПРОТОКОЛ: ОТРАВЛЕНИЯ ПСИХОСТИМУЛЯТОРАМИ

К **отравлениям психостимуляторами** относятся отравления:

- амфетаминами — экстази, Ева, Адам, МПТП и др., эфедрин, эфедрон, кокаин, фенциклидин;
- эуфиллином.

Диагностика

Характерны: тревожный взгляд, двигательное и психическое возбуждение, мидриаз, гипергидроз, бледность кожного покрова, тахикардия, боли в сердце (кокаин), артериальная гипертензия, гипертермия, судорожный синдром.

Отравления психостимуляторами могут вызывать фибрилляцию желудочков, субарахноидальное кровоизлияние, злокачественную гипертермию до 41°С.

Применение сверхвысоких доз синтетических амфетаминов (экстази) вызывает развитие особого состояния, когда больной находится в сознании, но не в состоянии двигаться и говорить.

Обеспечить нормализацию дыхания и гемодинамики

↓

При возбуждении:
диазепам по 10-20 мг внутривенно до купирования возбуждения

↓

При выраженной гипертензии:
нитроглицерин **(**по 1-2 таб.) или ***нифедипин*** (по 10 мг) внутрь при горизонтальном положении пациента

НЕ ПРИМЕНЯТЬ: β-адреноблокаторы (обзидан, тразикор), клофелин, холиномиметики (аминостигмин), ганглиоблокаторы (пентамин) и натрия оксибутиратат.

↓

Консультация токсиколога: тел. ТИСС: 542-86-71

↓

Госпитализация в ЦЛО

47. ПРОТОКОЛ: ОТРАВЛЕНИЯ ПРЕПАРАТАМИ УГНЕТАЮЩЕГО (ДЕПРИМИРУЮЩЕГО) ДЕЙСТВИЯ

К отравлениям препаратами угнетающего действия относятся отравления:

- холинолитиками — циклодол, атропин;
- антигистаминными средствами — димедрол, дипразин (пипольфен);
- нейролептиками — аминазин, пропазин, тизерцин, азалептин;
- опиатами — морфин, метилфентанил, героин, метадон, кодеин;
- транквилизаторами — диазепам (реланиум), радедорм;
- барбитуратами — фенобарбитал, барбамил.

Все препараты депримирующего действия угнетают сознание, снижают артериальное давление и вызывают депрессию дыхания.

ПРОТОКОЛ: ОТРАВЛЕНИЯ АНТИГИСТАМИННЫМИ СРЕДСТВАМИ, ХОЛИНОЛИТИКАМИ И НЕЙРОЛЕПТИКАМИ

При легкой и средней степени тяжести:
антихолинергический синдром (интоксикационный психоз, тахикардия, нормо- или гипотензия, мидриаз).

При тяжелой степени:
кома, гипотензия, тахикардия, мидриаз.

Нейролептики вызывают развитие ортостатического коллапса, длительную стойкую гипотензию из-за нечувствительности терминального отдела сосудистого русла к вазопрессорам, экстрапирамидный синдром (судороги мышц груди, шеи, верхнего плечевого пояса, пучеглазие), нейролептический синдром (гипертермия, ригидность мышц).

Холинолитики провоцируют развитие ретроградной амнезии.

Отравления антигистаминными препаратами сопровождаются риском развития судорог.

Обеспечить нормализацию дыхания и гемодинамики

↓

Далее выполнить алгоритм «ОСТРЫЕ ОТРАВЛЕНИЯ»

↓

При возбуждении:
антидотная терапия антихолинэстеразными средствами
в следующей последовательности:

1. препараты короткого действия с быстро наступающим эффектом: ***галантамина гидробромид (или нивалина)*** 0,5 % раствор 4-8 мл в/в;
2. препараты длительного действия: ***аминостигмин*** 0,1 % раствор 1-2 мл в/м;
3. при отсутствии антагонистов противосудорожные средства: ***диазепам (реланиум, седуксен)*** 20 мг в 20 мл 40 % раствора глюкозы в/в или ***натрия оксибутират*** 2 г в 20 мл 40 % раствора глюкозы в/в медленно.

↓

При выраженной артериальной гипотензии
(отравление нейролептиками):
норадреналин 4-8 мг в 400 мл 5 % раствора глюкозы в/в капельно и (или) ***дофамин*** 200 мг в 400 мл изотонического раствора натрия хлорида в/в капельно до стабилизации АД на минимально возможном уровне.

↓

При экстрапирамидных нарушениях
(отравление нейролептиками):
циклодол (паркопан) от 1 до 4 мг перорально, или ***рибоксин*** до 50 мл 5 % раствора внутривенно медленно;
диазепам 20 мг в 20 мл 40 % раствора глюкозы внутривенно

↓

Консультация токсиколога: тел. ТИСС: 542-86-71

↓

Госпитализация в ЦЛО

48. ПРОТОКОЛ: ОТРАВЛЕНИЯ БАРБИТУРАТАМИ

Барбитураты длительного действия:

- фенобарбитал (люминал),
- барбитал-натрий (мединал),
- барбитал (веронал).

Средней продолжительности действия:

- таминал-натрий (нембутал),
- амитал-натрий (барбамил),
- циклобарбитал.

Короткого действия:

- гексобарбитал,
- гексенал,
- тиопентал-натрий.

Диагностика

Определяются миоз, гиперсаливация, "сальность" кожного покрова, гипотензия, глубокое угнетение сознания вплоть до развития комы.

Барбитураты вызывают быстрое расстройство трофики тканей, образование пролежней, развитие синдрома позиционного сдавления, пневмоний.

49. ПРОТОКОЛ: ОТРАВЛЕНИЯ ТРАНКВИЛИЗАТОРАМИ (ГРУППА БЕНЗОДИАЗЕПИНОВ)

Диагностика

Характерны: сонливость, атаксия, угнетение сознания до комы I степени, миоз (при отравлении ноксироном — мидриаз) и умеренная гипотензия.

Транквилизаторы бензодиазепинового ряда вызывают глубокое угнетение сознания только в "микстных" отравлениях, т.е. в сочетании с барбитуратами, нейролептиками и другими седативно-гипнотическими средствами.

50. ПРОТОКОЛ: ОТРАВЛЕНИЯ ЭТАНОЛОМ

Диагностика

Определяются: угнетение сознания до глубокой комы, гипотензия, гипогликемия, гипотермия, нарушение ритма сердца, угнетение дыхания. Гипогликемия, гипотермия приводят к развитию нарушений ритма сердца.

Обеспечить нормализацию дыхания и гемодинамики

↓

Далее выполнить алгоритм «ОСТРЫЕ ОТРАВЛЕНИЯ»

↓

Инфузионную терапию
желательно начинать с 4% раствора ***натрия гидрокарбоната*** 300-400 мл. При его отсутствии – солевые растворы.

В терапию включить:

- 30 % раствор ***натрия тиосульфата*** 10-20 мл в/в;
- 5 % раствор ***унитиола*** 10 мл внутривенно медленно;
- 5 % раствор ***аскорбиновой кислоты*** 5 мл внутривенно;
- 40 % раствор ***глюкозы*** 20 мл внутривенно;
- ***тиамин*** 100 мг внутривенно

↓

Консультация токсиколога: тел. ТИСС: 542-86-71

↓

Госпитализация в ЦЛО

51. ПРОТОКОЛ: ОТРАВЛЕНИЯ ТОКСИЧЕСКИМИ СПИРТАМИ

К токсическим спиртам относятся:
метанол, этиленгликоль, целлозольвы.

Диагностика

Характерны: эффект опьянения, снижение остроты зрения (метанол), боли в животе (пропиловый спирт; этиленгликоль, целлозольвы при длительной экспозиции), угнетение сознания до глубокой комы, декомпенсированный метаболический ацидоз.

Обеспечить нормализацию дыхания и гемодинамики

↓

Далее выполнить алгоритм «ОСТРЫЕ ОТРАВЛЕНИЯ»

↓

Фармакологический антидот
метанола, этиленгликоля и целлозольвы - ***этанол***.

Начальная терапия *этанолом*
(доза насыщения 1 мл 96 % раствора этанола на 1 кг массы тела).

Пациенту с массой до 80 кг дать выпить или ввести через зонд 80 мл 96 % ***этанола***, разведенного водой в два раза. При невозможности назначения внутрь 20 мл 96 % раствора ***этанола*** растворяют в 400 мл 5 % раствора глюкозы и полученный раствор вводят в вену со скоростью 100 кап./мин (5 мл раствора в 1 мин).

↓

Инфузионную терапию
желательно начинать с 4% раствора ***натрия гидрокарбоната*** 300-400 мл. При его отсутствии – солевые растворы.

↓

Консультация токсиколога: тел. ТИСС: 542-86-71

↓

Госпитализация в ЦЛО
При передаче больного в стационар указать *дозу, время и путь введения* раствора ***этанола*** на догоспитальном этапе для обеспечения поддерживающей дозы этанола 100 мг/кг в час

52. ПРОТОКОЛ: ОТРАВЛЕНИЯ ФОСФООРГАНИЧЕСКИМИ СОЕДИНЕНИЯМИ

Диагностика

Характерны: угнетение сознания до глубокой комы, судорожный синдром, миофибрилляции, миоз, гипергидроз, гиперсаливация, бронхорея, рвота, диарея, специфический запах от больного и его рвотных масс.

Примечание

Категорически запрещается назначать сердечные гликозиды, β-адреноблокаторы, блокаторы каналов кальция, миорелаксанты деполяризующего типа действия (дитилин), а также ощелачивающие плазму растворы.

В терапию необходимо включить препараты, содержащие **калий** (хлористый калий, панангин).

53. ПРОТОКОЛ: ОТРАВЛЕНИЯ ХЛОРИРОВАННЫМИ УГЛЕВОДОРОДАМИ

К хлорированным углеводородам относятся:

- четыреххлористый углерод,
- дихлорэтан,
- трихлорэтилен.

Диагностика

Характерны: угнетение сознания, вплоть до наркотической комы, рвота, жидкий стул, боли в животе, снижение артериального давления до коллапса, кожные покровы с мраморным рисунком, мидриаз, иктеричность склер.

Возможен период мнимого благополучия в виде улучшения сознания, после которого развивается кома.

Примечание

Молоко, масло в желудок не вводить.

В терапию необходимо включить ***преднизолон*** 60-120 мг, ***натрия тиосульфат*** 20% - 20 мл внутривенно.

54. ПРОТОКОЛ: ОТРАВЛЕНИЯ КЛОФЕЛИНОМ

Диагностика

Для отравления клофелином характерны: развитие симпатс 119
тического синдрома (угнетение ЦНС до комы, брадикардия, артериальная гипотензия, гипотония мышц; тенденция к миозу, сухость во рту, отсутствие сухости кожного покрова).

Примечание:

Церукал, атропин, преднизолон можно вводить в одном шприце в 20 мл 40 % раствора глюкозы.

Обеспечить нормализацию дыхания и гемодинамики.

↓

Промывание желудка. Энтеросорбция. 120

↓

При артериальной гипотензии:

преднизолон по 30-60 мг в/в до стабилизации АД

↓

Инфузионная терапия:

- ***реополиглюкин*** 400 мл внутривенно капельно;
- 0,9 % раствор ***натрия хлорида*** 400 мл в/в капельно;
- ***аскорбиновая кислота*** 5 % раствор 5-10 мл в/в струйно.

↓

При угнетении сознания:

налоксон по 0,4-0,8 мг (1-2 мл) в/в в 20 мл 40 % раствора глюкозы или ***церукал*** перорально 1-2 таблетки (10-20 мг), (при отсутствии сознания — в/в капельно до 100 мг в 400 мл 5 % раствора глюкозы)

↓

При брадикардии:

атропин по 1 мг внутривенно в 20 мл 40 % раствора глюкозы.

↓

Консультация токсиколога: тел. ТИСС: 542-86-71

↓

Госпитализация.

При ортостатическом коллапсе госпитализировать больного в горизонтальном положении.

55. ПРОТОКОЛ: УКУСЫ ЗМЕЙ

Диагностика

Характерны: боль, нарастающий отек, гиперемия, ранка с участком некроза или без него в месте укуса.

Слабость, сонливость, головная боль, судороги, анафилактические реакции при резорбтивном действии (или сенсибилизации больного).

Примечание

Разрезов (прижиганий) ранки ***не проводить***, содержимое ***не отсасывать***, новокаином и адреналином ***не обкалывать***!

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ УКУСЕ ЗМЕЙ

Обеспечить нормализацию дыхания и гемодинамики.

↓

Димедрол 1 % раствор 1 мл внутримышечно (***пипольфен***, ***супрастин***); ***преднизолон*** 30-90 мг внутримышечно.

↓

Иммобилизация укушенной конечности,
шинирование ближайшего к укусу сустава,
холод на место укуса.

↓

Начать инфузионную терапию:
5 % раствор ***глюкозы*** 400 мл внутривенно.

↓

При артериальной гипотензии:
реополиглюкин 400 мл внутривенно капельно.

↓

ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ

56. ПРОТОКОЛ: СТЕНОЗ ГОРТАНИ

Диагностика

Стенозы гортани различаются по скорости развития и степени компенсации.

Основной признак стеноза гортани – инспираторная одышка.

Выбор метода лечения стеноза гортани в первую очередь определяется стадией стеноза, а во вторую — причиной, которая его вызвала.

По скорости развития стенозы гортани подразделяются на:

— молниеносные (закупорка крупным инородным телом, ларингоспазм), развивающиеся в течение нескольких минут;

— острые, развивающиеся в течение нескольких часов (дней);

— хронические.

Стадии (*Стадии развития стеноза могут быть скоротечным):*

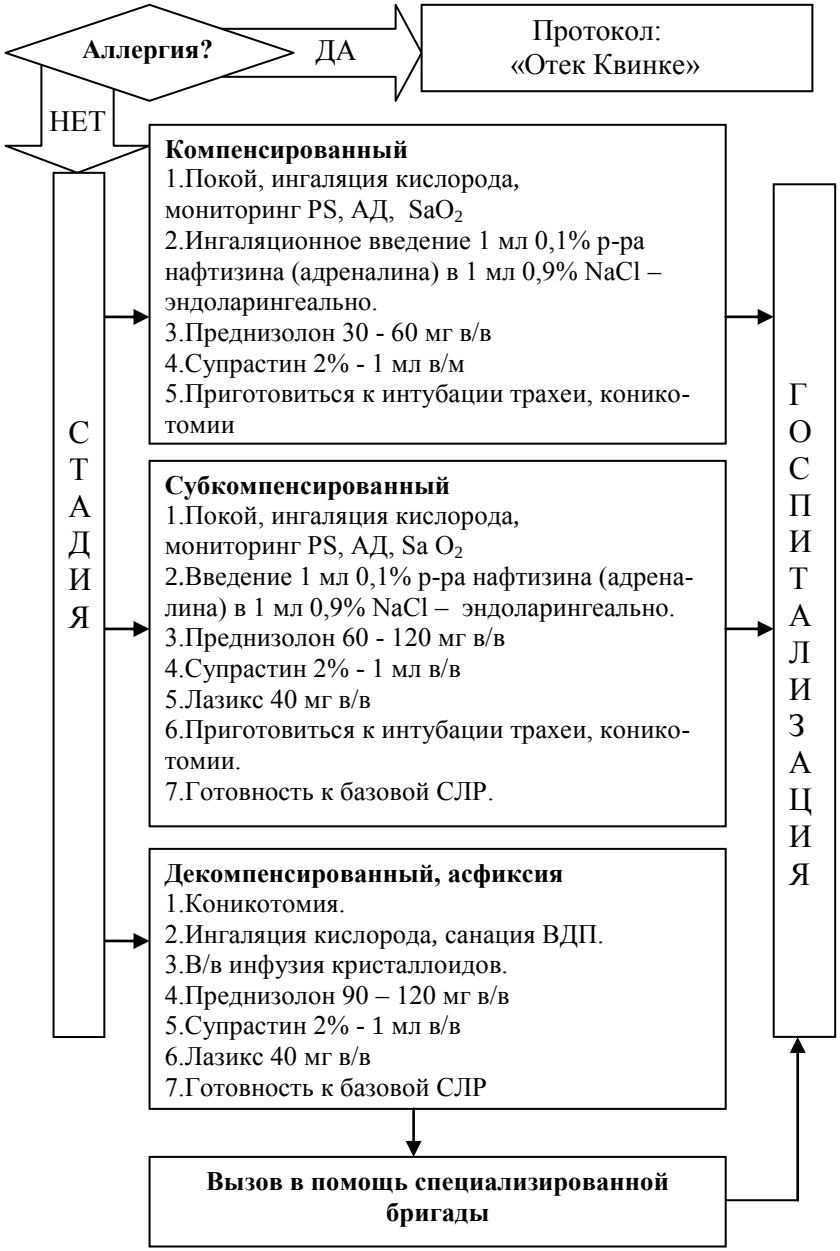
Компенсированный стеноз характеризуется урежением и углублением дыхания, уменьшением пауз между вдохом и выдохом, урежением пульса, одышкой при физической нагрузке.

Субкомпенсированный стеноз проявляется инспираторной одышкой в покое, стридором (шумное дыхание), учащением дыхания с участием в нем вспомогательных мышц, втяжением надключичных, подключичных, яремных ямок и межреберных промежутков, бледностью кожных покровов, цианозом, беспокойством, ортопноэ.

Декомпенсированный стеноз характеризуется нарастающим цианозом, частым, поверхностным дыханием, потливостью, малым и частым пульсом, чувством страха, иногда возбуждением и переходом в асфиксию.

Асфиксическая стадия — терминальное состояние, утрата сознания до комы, с судорожным синдромом, диффузный цианоз, агональный тип дыхания или его отсутствие, отсутствие пульса на периферии, мидриаз, непроизвольное мочеиспускание и дефекация, остановка сердца.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ СТЕНОЗЕ ГОРТАНИ



57. ПРОТОКОЛ: ПАРАТОНЗИЛЛИТ, ЗАГЛОТОЧНЫЙ АБСЦЕСС, ГОРТАННЫЙ АБСЦЕСС, ФЛЕГМОНОЗНЫЙ ЛАРИНГИТ

Паратонзиллит

Начало острое, боль в горле, глотание затруднено или невозможно больной не может полностью открыть рот из-за тризма. Состояние обычно тяжелое. Отмечаются: асимметрия глотки, отклонение и отек язычка, саливация, регионарный лимфаденит высокая лихорадка, проявления интоксикации.

Паратонзиллит может осложняться развитием паратонзиллярного и парафарингеального абсцесса, тонзилогенного медиастинита и сепсиса, отека гортаноглотки.

Заглоточный абсцесс

При осмотре глотки определяется асимметричное, эластичное, иногда флюктуирующее образование. Ведущий симптом – затруднение дыхания, усиливающееся в горизонтальном положении. Зачелюстные и боковые шейные лимфатические узлы увеличены, болезненны при пальпации, Вынужденное положение головы с отклонением в сторону абсцесса. Течение абсцесса сопровождается высокой гипертермией, интоксикацией и может осложняться развитием стеноза, медиастинитом, тромбозом внутренней яремной вены, сепсисом.

Дифференциальная диагностика с натечником при туберкулезном спондилите, опухолями.

Гортанная ангина и флегмонозный ларингит

Тяжелое течение гортанной ангины характеризуется значительным нарушением общего состояния, высокой гипертермией, появлением сильной боли при глотании, охриплостью и затруднением дыхания. Болезненность при пальпации гортани и региональных лимфатических узлов. При флегмонозном ларингите процесс распространяется на мышцы, связки и хрящи гортани. При отграничении процесса формируются абсцессы. Сильные боли в горле, болезненное глотание отмечаются при абсцедировании в зоне надгортанника (эпиглоттит) и черпалонадгортанных складок. При локализации процесса в области голосовых складок появляется нарушение фонации, кашель, инспираторная одышка и клиника острого стеноза гортани. Без ларингоскопии различить флегмонозный ларингит и гортанную ангину достаточно сложно.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПАРАТОНЗИЛЛИТЕ, ЗАГЛОТОЧНОМ АБСЦЕССЕ, ФЛЕГМОНОЗНОМ ЛАРИНГИТЕ

58. ПРОТОКОЛ: НОСОВОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ

Диагностика

Основана на наличии кровотечения из носа. При запрокидывании головы — стекание крови по задней стенке ротоглотки или ее боковым поверхностям, откашливание сгустков и свежей крови. Возможна рвота кровью со сгустками. Различают кровотечения из передних (85% случаев) и задних отделов полости носа.

Объем кровотечения – от незначительного до массивного, с появлением признаков острой кровопотери. Носовое кровотечение не является самостоятельной нозологической формой, это симптом общих и местных заболеваний.

Основными причинами носовых кровотечений общего характера являются:

- заболевания сердечно-сосудистой системы (гипертоническая болезнь и артериальные гипертензии), заболевания почек, печени, атеросклероз;
- коагулопатии, геморрагические диатезы, нарушения тромбоцитарно-сосудистого гомеостаза системные заболевания крови;
- инфекционные и вирусные васкулиты;
- гипертермия в результате теплового удара;
- эндокринные и нейровегетативные вазопатии;
- резкие колебания барометрического давления;
- интенсивная физическая нагрузка.

Местные причины носовых кровотечений:

- любые виды травм носа и внутриносовых структур (в т.ч. ятрогенные);
- патологические процессы, приводящие к дистрофическим изменениям слизистой оболочки полости носа (атрофические риниты, деформации носовой перегородки);
- новообразования полости носа (гемангиомы, ангиофибромы, злокачественные новообразования).

Дифференциальный диагноз проводится с кровотечениями из варикозно расширенных вен пищевода, легочными и желудочно-кишечными кровотечениями, ликвореей с примесью крови.

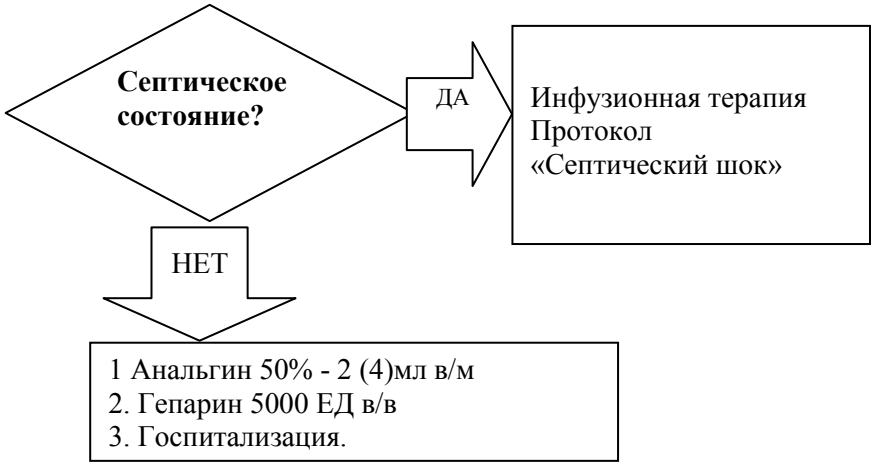
НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ НОСОВОМ КРОВОТЕЧЕНИИ

59. протокол: ФУРУНКУЛ НОСА

Чаще всего локализуется на кончике носа, в преддверии и дне полости носа. Развивается постепенно, с появления ограниченной инфильтрации, гиперемии и отека. Границы инфильтрата не резкие. Пальпаторно и спонтанно выраженная болезненность. В центре очага (воспаление волосяного фолликула) развивается некроз тканей с формированием "стержня". Может быть отек век, губы, щеки. В ряде случаев заболевание протекает с явлениями общей интоксикации. Лихорадка от субфебрильной до высокой, иногда носит гектический характер.

Наиболее частые причины — стафилококковая инфекция (чаще на фоне иммунодефицита, сахарного диабета, травмы кожи). При неблагоприятном течении может быть тромбоз лицевых и глазничных вен, орбитальные, внутричерепные осложнения, сепсис.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ФУРУНКУЛЕ НОСА



ОСТРЫЙ СИНУСИТ

Клиническая картина синусита зависит от локализации и объема поражения околоносовых пазух воспалительным процессом. Одна из основных и постоянных жалоб – головная боль.

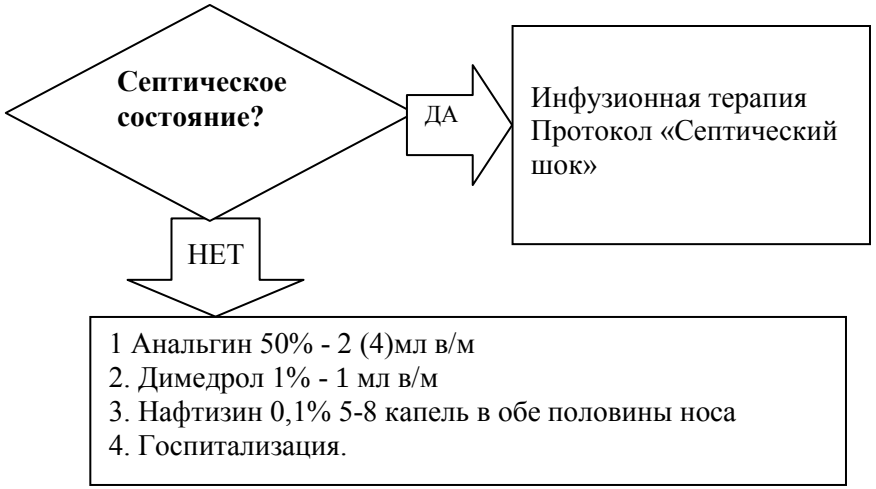
Острый гайморит проявляется болью в проекции передней стенки пазухи; ощущением тяжести, особенно при наклоне головы; иногда болью в зубах, орбите; заложенностью носа и слизисто-гнойным отделяемым. Головная боль с иррадиацией в лобную область или без четкой локализации. При осложненном течении может наблюдаться отек мягких тканей лица.

Острый этмоидит имеет схожую клиническую симптоматику, однако зона локализации болевого синдрома включает глазницу и область корня носа.

Острый фронтит: определяется болезненность нижней и передней стенок пазухи, которые могут быть спонтанными или появляться при пальпации. Боль может иррадиировать в теменно-затылочную область.

Острый сфеноидит клинически проявляется болью «за глазами», в орбите, затылке. При осмотре ротоглотки можно увидеть слизисто-гнойное отделяемое, стекающее по задней стенке.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОСТРОМ СИНУСИТЕ



60. ОСТРЫЙ СРЕДНИЙ ОТИТ

Наиболее частые **причины** острого отита – местная инфекция, патологические процессы в носоглотке, дисфункция слуховой трубы, общие инфекционные заболевания.

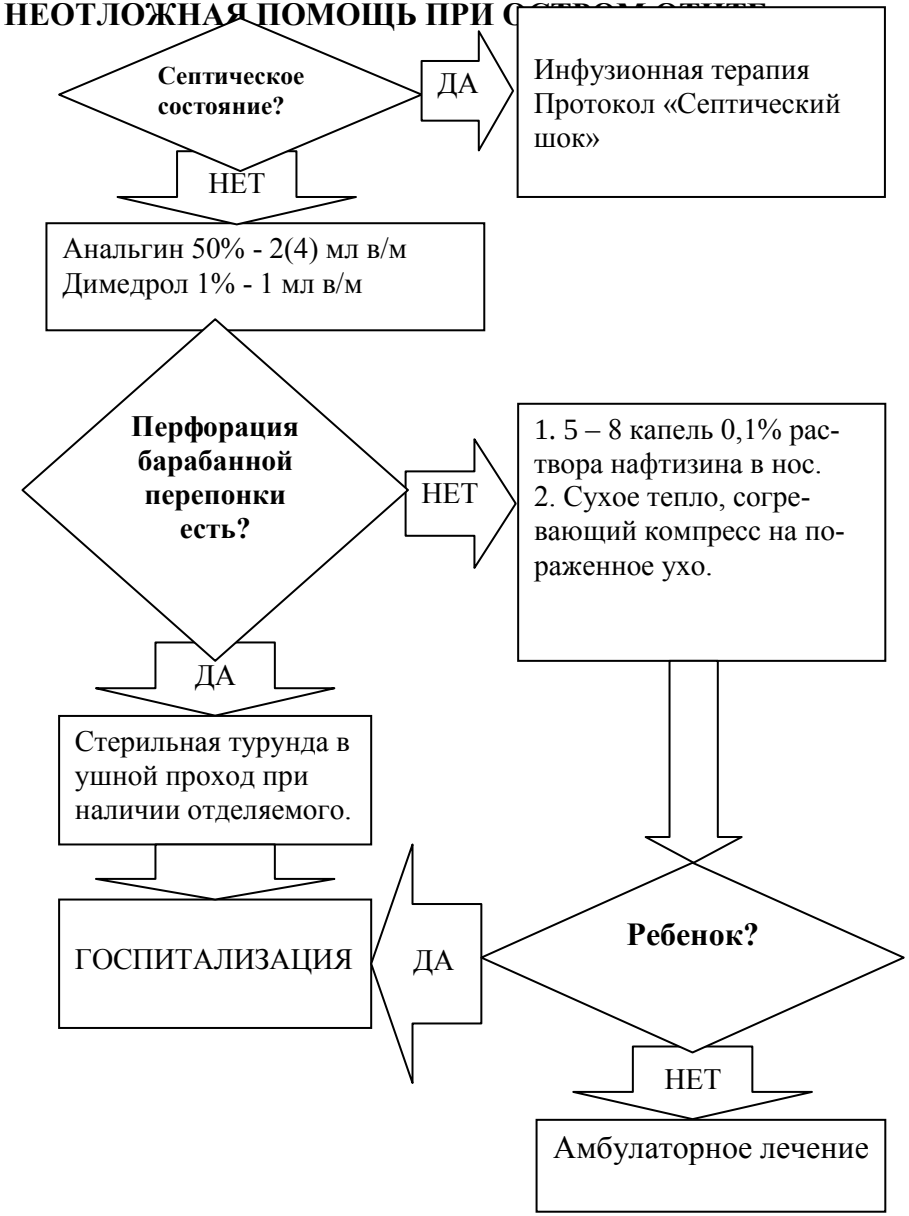
Отит обычно развивается остро, с повышения температуры тела 38-39° С, недомогания и протекает в три стадии. **В первой (неперфоративной) стадии** отит проявляется нарастающей, иногда пульсирующей болью в ухе, с иррадиацией в зубы, висок, одноименную половину головы. Отмечается снижение слуха, может быть шум в ухе. У грудных детей отит проявляется в виде диспептического синдрома, возбуждения, выбухания родничка, появления оболочечного симптомокомплекса.

Через 2-4 дня наступает **вторая стадия отита — перфоративная**. С появлением перфорации выраженность болевого синдрома в значительной степени уменьшается, появляется гнойное отделяемое, общее состояние улучшается. У детей перфорация барабанной перепонки появляется позже или не отмечается вовсе.

При неосложненном течении заболевания (2–3 недели) процесс переходит в **третью – репаративную стадию**. Гноетечение прекращается, перфорация чаще всего самостоятельно закрывается, слух восстанавливается.

Течение заболевания может быть атипичным, стертым, хроническим. Появление на 3 – 4-й неделе нарастающего болевого синдрома на фоне текущего острого отита, обильного гноетечения из уха («+» симптом резервуара), может свидетельствовать о развитии мастоидита. В этом случае при пальпации сосцевидного отростка отмечается выраженная болезненность. В зависимости от формы мастоидита гной может прорываться под надкостницу сосцевидного отростка (субпериостальный абсцесс), через его верхушку с формирование глубокой флегмоны шеи или верхушку пирамиды височной кости с невралгией тройничного и парезом отводящего нерва. При неблагоприятном течении острый отит может осложняться парезом лицевого нерва, мастоидитом, лабиринтитом, отогенным менингитом и менингоэнцефалитом, отогенным абсцессом мозга и мозжечка, тромбозом сигмовидного синуса, отогенным сепсисом.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОСТРОМ ОТИТЕ



61. протокол: ЭКТОПИЧЕСКАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ

Развивается вне полости матки: в маточной трубе, в брюшной полости и др.

Диагностика

В анамнезе – задержка менструации в течение 4 – 8 недель, вероятные признаки беременности. Схваткообразные боли внизу живота, головокружение, тошнота, рвота, позывы к дефекации. Признаки внутрибрюшного кровотечения и анемизации вплоть до шока. Напряжение передней брюшной стенки. Симптомы раздражения брюшины.

АБОРТ

Прерывание беременности на сроке до 22 недель может быть спонтанным (самопроизвольный аборт), либо индуцированным (артефициальный, криминальный аборт.

Диагностика

Угрожающий и начинающийся аборт – кровянистые выделения из половых путей, ноющие либо схваткообразные боли внизу живота.

Аборт «в ходу», неполный аборт - обильные кровянистые выделения вплоть до кровотечения, признаки нарастающей анемии.

Примечание

Криминальный аборт сопровождается признаками воспалительного процесса, интоксикацией (озноб, лихорадка, тахикардия).

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ НАРУШЕННОЙ ЭКТОПИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ АБОРТЕ

62. ПРОТОКОЛ: Преэклампсия, эклампсия

Тяжёлое осложнение беременности, проявляющееся полиорганной недостаточностью (печёночной, почечной, лёгочной, маточно-плацентарной, церебральной) с развитием судорожных приступов (эклампсия).

ДИАГНОСТИКА

Повышение АД, снижение выделения мочи, отёки, патологическая прибавка массы тела (более 400 г/нед), протеинурия. Появление головной боли, ухудшение зрения. Боли в эпигастральной области свидетельствуют о крайней тяжести состояния, возможности скорого развития судорожного приступа. Приступ эклампсии продолжается 1,5—2 мин и характеризуется последовательной сменой следующих периодов.

- Предсудорожный период: фибриллярные подёргивания мышц шеи, верхних конечностей; веки закрываются, глаза «закатываются» — видны только белки глаз; потеря сознания; продолжительность — 30 с.
- Период тонических судорог заключается в общем су дорожном статусе, напоминающем состояние опистотонуса: тело вытягивается, напрягается, голова запрокидывается (тоническая судорога), дыхание прекращается, пульс едва ощутим, общий цианоз; продолжительность — 30—40 с.
- Период клонических судорог — сильные судорожные сокращения всех групп мышц туловища, конечностей, которые к концу этого периода (30-40 с) ослабевают и прекращаются. Восстанавливается хриплое судорожное дыхание, тахипноэ, изо рта отделяется пена, нередко окрашенная кровью за счёт прикусывания языка и слизистых оболочек губ во время приступа. Период разрешения приступа — полное прекращение судорог, иногда восстанавливается сознание, но чаще отмечается переход в коматозное состояние или в следующий судорожный приступ.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПРЕЭКЛАМПСИИ, ЭКЛАМПСИИ

Преэклампсия, предсудорожный период

Назначение седативных средств (диазепам 10-20 мг внутривенно),

20-25 мл 25% раствора магния сульфата внутримышечно (10-15 мл из этого объема можно ввести в/в),

масочный наркоз закисью азота с кислородом в соотношении 1:1.

При тяжёлой артериальной гипертензии внутривенно медленно **в** 10-20 мл 0,9% раствора натрия хлорида вводят I мл 0,01% раствора клонидина (клофелин"). Внутривенное введение любых изотонических растворов (5% раствор глюкоза, 0,9% раствор натрия хлорида и др.), продолжают в процессе транспортировки беременной.

Эклампсия, период судорог

Протоколы: «Судорожный синдром», «ОДН»

Срочная транспортировка в акушерский стационар под наркозом закисью азота с кислородом

63. ПРОТОКОЛ: РОДЫ

1-й период (раскрытия). Характеризуется появлением регулярных схваток. Продолжительность от 6 до 10 часов. Установить периодичность и интенсивность схваток. Провести наружное акушерское обследование:

- положение плода, предлежащую часть;
- выслушать сердцебиения плода;
- состояние плодного пузыря (безводный период в часах).
- степень раскрытия шейки матки (по высоте стояния контракционного кольца над лонным сочленением);

Ознакомиться, при наличии, с картой женской консультации. При косом положении плода, тазовом предлежании, отхождении околоплодных вод – транспортировка на носилках на левом боку.

2-й период (изгнания). При начале второго периода роды ведутся дома. Продолжительность от 10 - 15 минут до 1 часа. Характеризуются присоединением потуг и полным раскрытием шейки матки (контракционное кольцо на 4-5 п.п. выше лона). Вызвать в помощь реанимационную бригаду. Наружные половые органы обработать 5% спиртовой настойкой йода. После «врезывания» головки начать оказывать акушерское пособие:

- защита промежности от разрывов разведёнными пальцами;
- сдерживать быстрое продвижение головки при потуге;
- выведение головки вне потужной деятельности;
- если после рождения головки имеется обвитие пуповины вокруг шеи, аккуратно снять её;
- после рождения головки предложить роженице потужиться;

- отделение от пуповины производят сразу после рождения.

3-й период (рождение последа). Продолжительность 10 - 30 минут. Наблюдать за состоянием женщины:

- ёмкость под тазовую область для оценки кровопотери (норма 200 - 250 мл), контроль пульса и АД;
- опорожнение мочевого пузыря катетером;
- надавить на матку ребром ладони над лобком, если пуповина не втягивается – послед отделился;
- если послед не родился за 30 минут – не ждать, транспортировка женщины на носилках.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ РОДАХ: ПЕРВИЧНЫЙ ТУАЛЕТ НОВОРОЖДЕННОГО

- Ребёнка принимают на стерильное бельё, укладывают между ног матери так, чтобы не было натяжения пуповины.
- Проводят профилактику гонобленнореи: глаза протирают разными стерильными тампонами, на вывернутую конъюнктиву верхнего века закапывают 2-3 капли 30% раствора сульфацетамида (сульфацил-натрия), девочкам 2—3 капли того же раствора наносят на область вульвы.
- Пуповину захватывают двумя зажимами, первый из них накладывают на расстоянии 8—10 см от пупочного кольца, второй — на расстоянии 15-20 см; вместо зажимов можно использовать лигатуры; между зажимами (лигатурами) пуповину пересекают ножницами, предварительно обработав место пересечения 95% этиловым спиртом.
- Новорождённого заворачивают в стерильный материал, тепло укутывают и доставляют в родильный дом.

64. протокол: ВЫПАДЕНИЕ ПУПОВИНЫ И МЕЛКИХ ЧАСТЕЙ ПЛОДА

Осложнение родов, заключающееся в рождении петель пуповины, ручек, ножек плода. Возникает после излития околоплодных вод.

ДИАГНОСТИКА

Наличие мелких частей плода, петель пуповины во влагалище или вне половых путей при излитии вод и начинающихся родах, о чём свидетельствуют схватки разной интенсивности.

65. протокол: КРОВОТЕЧЕНИЕ В ПОСЛЕРОДОВОЙ ПЕРИОД

Развивается после рождения последа (раннее) или в различные дни послеродового периода (позднее).

Диагностика

После рождения плода и последа матка дряблая, мягкая, из половых путей отмечается кровотечение разной интенсивности вплоть до обильного. При увеличении объёма кровопотери у родильницы развиваются симптомы геморрагического шока: бледность кожи, головокружение, тахикардия, резкое снижение АД и др. Транспортировка, перекладывание пациентки на носилки резко ухудшает состояние.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ВЫПАДЕНИИ ПУПОВИНЫ И МЕЛКИХ ЧАСТЕЙ ПЛОДА

- Закрыть выпавшие части стерильной простынёй (пелёнкой).
- При выпадении петель пуповины — рукой в стерильной перчатке, введённой во влагалище, оттолкнуть головку от входа в таз, удерживая в таком положении во время транспортировки (устраняется пережатие пуповины).

↓

Срочная транспортировка в ближайший акушерский стационар.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПОСЛЕРОДОВОМ КРОВОТЕЧЕНИИ

- Внутривенное введение плазмозамещающих растворов (Протокол «Гиповолемический шок»)
- Внутривенное введение окситоцина 5-10 ЕД в 5% растворе глюкозы, 0,9% растворе натрия хлорида (250-500 мл).
- Внутривенное введение аскорбиновой кислоты (5 мл 5% раствора).
- При низком АД внутривенное введение 60 мг преднизолона..
- Наружный массаж матки
- Срочная транспортировка в акушерский стационар. О доставке больной с кровотечением следует предупредить персонал родильного дома.

66. ПРОТОКОЛ: КРОВОТЕЧЕНИЕ МАТОЧНОЕ (ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ)

Возникает при патологическом процессе в матке у женщин разных возрастных групп.

ДИАГНОСТИКА

Кровоотделение из половых путей, не совпадающее (часто) или совпадающее (редко) со сроком менструации, варьирующее по степени выраженности (вплоть до обильного) и продолжительности. Сопутствуют признаки острой или хронической анемизации.

67.ПРОТОКОЛ: ПЛОТНОЕ ПРИКРЕПЛЕНИЕ (ПРИРАЩЕНИЕ) ПЛАЦЕНТЫ

Патологическое прикрепление плаценты, при котором ворсины хориона прорастают в губчатый слой базального отдела децидуальной оболочки (плотное прикрепление) или врастают в миометрий (приращение).

ДИАГНОСТИКА

Нарушение процесса отделения последа, сопровождающееся значительным, вплоть до смертельного, кровотечением.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОМ МАТОЧНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ

Зависит от клинической картины.

При небольшом кровоотделении, удовлетворительном общем состоянии, отсутствии подозрения на эктопическую беременность рекомендовано посещение гинеколога.

При обильном кровоотделении:

- окситоцин (5-10 ЕД в 5% растворе глюкозы), аскорбиновая кислота (5 мл 5% раствора) внутривенно; плазмозамещающие растворы (протокол: «Гиповолемический шок»)

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПЛОТНОМ ПРИКРЕПЛЕНИИ (ПРИРАЩЕНИИ) ПЛАЦЕНТЫ

Прикрепление плаценты в области нижнего отдела матки с частичным (неполное предлежание) или сплошным (полное предлежание) перекрытием области внутреннего зева шейки матки.

ДИАГНОСТИКА

Повторяющееся кровотечение из половых путей, от незначительного до сильного во второй половине беременности, прогрессирующая железодефицитная анемия. Обычно сочетается с поперечным или косым положением плода, высоким стоянием предлежащей части (головка, тазовый конец).

68.Протокол: ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛАЦЕНТЫ

- При отсутствии признаков отделения последа и отсутствии значительного кровотечения в случае родов на дому показана срочная доставка роженицы в ближайший акушерский стационар (транспортировку обязательно осуществлять на носилках).
- При тенденции к усилению кровотечения и нарастании признаков гиповолемии (тахикардия, снижение АД, бледность кожи и др.) приступают к внутривенной инфузии полиионных или коллоидных растворов, продолжая инфузию во время транспортировки (протокол: «Гиповолемический шок»)

.

Отделение плаценты ранее III периода родов, то есть во время беременности в I и II периоды родов.

ДИАГНОСТИКА

Боли в животе, головокружение, тахикардия. АД может быть сниженным, но при отслойке плаценты на фоне преэклампсии может оставаться на нормальных и даже повышенных значениях. Матка напряжена, болезненна при пальпации. Из-за напряжения матки части плода определяются с трудом. При выслушивании сердцебиения плода выявляют брадикардию (менее 120 в минуту) либо оно не выслушивается вообще (смерть плода). В отдельных случаях наружного кровотечения может не быть, но чаще наблюдают умеренное или обильное кровоотделение из половых путей.

69. протокол: ПРЕЖДЕВРЕМЕННАЯ ОТСЛОЙКА НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛАЦЕНТЫ

- Госпитализация в акушерский стационар.
- При обильном кровотечении госпитализацию сопровождают внутривенным введением плазмозамещающих растворов (протокол: «Гиповолемический шок»).

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ОТСЛОЙКЕ НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ

- Внутривенное введение плазмозамещающих растворов.
- Внутривенное введение 5 мл 5% раствора аскорбиновой кислоты.
- При низком АД внутривенное введение 30—60 мг преднизолона.
- Срочная транспортировка на носилках в ближайшее акушерское отделение.
- При выраженном болевом синдроме в машине «Скорой помощи» целесообразно применить масочный наркоз закисью азота с кислородом в соотношении 1:2.

70. ПРОТОКОЛ: РАЗРЫВ МАТКИ

Насильственное или спонтанное нарушение целостности всех слоев беременной матки (полный разрыв) или только мышечного слоя (неполный разрыв).

ДИАГНОСТИКА

Прогрессивное ухудшение состояния беременной (роженицы). Боли в животе локальные или неясной локализации. Возможное появление симптомов раздражения брюшины. Тошнота, одно-, двукратная рвота. При пальпации живот резко болезнен. При рождении плода в брюшную полость легко определяют его части (непосредственно под брюшной стенкой). Сердцебиение плода не выслушивается. Нарастают симптомы внутрибрюшного кровотечения: снижение АД, тахикардия, слабость, бледность кожи и др. Сочетание болевого и травматического компонентов с кровопотерей быстро приводит к развитию тяжёлого шока. Поставить диагноз помогают указания на перенесённые операции на матке (кесарево сечение, консервативная миомэктомия, зашивание перфорационного отверстия, полученного при осложнённом аборте и др.).

71. ПРОТОКОЛ: ПЕЛЬВИОПЕРИТОНИТ (ТАЗОВЫЙ ПЕРИТОНИТ)

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ РАЗРЫВЕ МАТКИ

- Внутривенное введение плазмозамещающих растворов (протокол: «Гиповолемический шок»).
- При неясном диагнозе анальгетики не назначаются.
- При выраженном болевом синдроме на период транспортировки вводят внутривенно 1 мл 0,005% раствора фентанила.
- В процессе транспортировки используют масочный наркоз закисью азота с кислородом в соотношении 1:2 или 1:1.
- Срочная госпитализация в акушерский стационар.

Форма местного перитонита, возникающего при распространении инфекции из матки или придатков на брюшину.

ДИАГНОСТИКА

Ознобы, лихорадка, тахикардия, интенсивные боли в низу живота с иррадиацией в крестец, прямую кишку, в бедро или к лону. Тошнота, возможна рвота. Задержка стула и газов. Локальное напряжение мышц брюшной стенки и локальные симптомы раздражения брюшины.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПЕЛЬВИОПЕРИТОНИТЕ

- Инфузия кристалловидных растворов.
- Внутривенное введение 5 мл 5% раствора аскорбиновой кислоты.
- Срочная госпитализация в гинекологическое отделение.

72. ПРОТОКОЛ: АПОПЛЕКСИЯ ЯИЧНИКА

Острое нарушение целостности яичника с кровоизлиянием в его ткань и кровотечением в брюшную полость.

147

ДИАГНОСТИКА

Болевой синдром развивается чаще в середине менструального цикла. Боли тупого, тянущего характера со стороны поражённого яичника. При значительном сопутствующем кровотечении в брюшную полость наблюдают признаки острой кровопотери: головокружение, слабость, тахикардию, артериальную гипотензию и др. Передняя брюшная стенка напряжена, притупление в отлогих частях живота.

-

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ АПОПЛЕКСИИ ЯИЧНИКА

- Внутривенное введение кристалловидных растворов (см. протокол «Гиповолемический шок»).
- Экстренная госпитализация в гинекологическое отделение.

73. ПРОТОКОЛ: ПЕРЕКРУТ НОЖКИ КИСТОМЫ ЯИЧНИКА

Острое осложнение опухоли яичника, приводящее к нарушению питания новообразования и развитию симптомов «острого живота».

ДИАГНОСТИКА

Постепенно нарастающие боли в низу живота со стороны опухоли. Возможно напряжение брюшной стенки, появление симптомов раздражения брюшины. Тошнота, рвота, метеоризм, задержка стула, газов. Лихорадка вначале субфебрильная, при продолжающемся процессе повышается. Кожа бледная, с сероватым или цианотичным оттенком. Тахикардия.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПЕРЕКРУТЕ НОЖКИ КИСТОМЫ ЯИЧНИКА

Срочная госпитализация в гинекологическое отделение.

74. Протокол: острый живот

В практике скорой медицинской помощи абдоминальная боль является проявлением острых хирургических заболеваний органов брюшной полости. Диагностика данной группы заболеваний является неотложной задачей. На догоспитальном этапе обследования, острое заболевание органов живота не всегда удается распознать достаточно точно и быстро. Продолжать наблюдение за больным в течение долгого времени для уточнения диагноза недопустимо. В этих ситуациях, привычный нозологический диагноз целесообразно заменить синдромным принципом, который определяет тактику терапии, а также необходимость госпитализации.

Динамика острых хирургических заболеваний органов брюшной полости, во многих случаях, приводит к развитию в течение очень короткого времени нарушению жизненно-важных функций организма и появлению четких показаний для экстренной операции, что уменьшает на догоспитальном этапе потребность в точном топическом диагнозе. Поэтому оказание медицинской помощи на догоспитальном этапе преследует следующие цели:

1. выявление и оценка угрожающих жизни клинических синдромов;
2. поддержание жизнедеятельности организма больного в течение всего времени, необходимого для транспортировки пациента в стационар;
3. быстрая и целенаправленная транспортировка пациента в стационар.

На догоспитальном этапе врач скорой медицинской помощи не располагает рядом дополнительных методов исследования, без которых уточнение диагноза крайне затруднено. Нельзя любой ценой добиваться уточнения диагноза. Достаточно установить, что у больного имеется острое хирургическое заболевание органов брюшной полости, и он нуждается в срочной госпитализации. Именно в таких случаях выручает не очень точное, но полезное определение «острый живот».

«Острый живот» — клинический синдром, развивающийся при острых заболеваниях органов живота и требующий экстренной

хирургической помощи. Основные причины развития «острого живота» обусловлены развитием следующих патологических процессов:

1. Острым неспецифическим воспалением органов брюшной полости (синдром интоксикации);
2. Внутренним кровотечением в брюшную полость или в просвет желудочно-кишечного тракта (геморрагический синдром);
3. Острым нарушением кровообращения в органах брюшной полости (ишемический абдоминальный синдром);
4. Непроходимостью различных отделов желудочно-кишечного тракта (синдром кишечной непроходимости).

Для острого живота типичны следующие основные признаки: боли в животе разного характера и интенсивности, напряжение мышц брюшной стенки, нарушения моторики кишечника. Эти и некоторые второстепенные признаки встречаются в разнообразных сочетаниях при различных патологических состояниях, обусловленных острыми воспалительными процессами органов брюшной полости, кровотечением в брюшную полость, местными нарушениями кровообращения, или при непроходимости кишечника.

Термин «острый живот» является не диагнозом, а лишь собирательным понятием и одновременно сигналом к действию, причем к действию конкретному, решительному и ответственному - к направлению больного в стационар.

К особенностям диагностики и лечения заболеваний на догоспитальном этапе относятся появление ранних, еще не выраженных симптомов, дефицит времени у врача для наблюдения за динамикой заболевания, отсутствие средств лабораторной и инструментальной диагностики. Успех лечебной тактики основывается на умении выделить ведущий симптом. С этой целью можно рекомендовать алгоритм обследования больного, упрощающий выявление синдрома «острого живота».

Смотри схему «алгоритм обследования больных с болью в животе».

В диагностике существенную роль играют изучение жалоб, особенностей анамнеза и течения заболевания. Большое значение мо-

гут иметь указания на наличие в прошлом приступов болей в животе, сведения о перенесенных заболеваниях и операциях, результатах проведенных ранее диагностических и лечебных мероприятий.

При осмотре и пальпации живота следует выяснить, есть ли вздутие, видимая перистальтика, асимметрия, ригидность передней брюшной стенки, симптомы раздражения брюшины, какие-либо выпячивания (грыжи), пульсирующие или болезненные при пальпации образования, определить характер кишечных шумов.

При абдоминальных болях, обусловленных острыми заболеваниями органов брюшной полости, на догоспитальном этапе введение анальгетиков противопоказано. Отличить в этот период острое хирургическое заболевание от "нехирургических" причин болей в животе трудно, поэтому при любых проявлениях острой абдоминальной боли следует воздерживаться от применения анальгетиков.

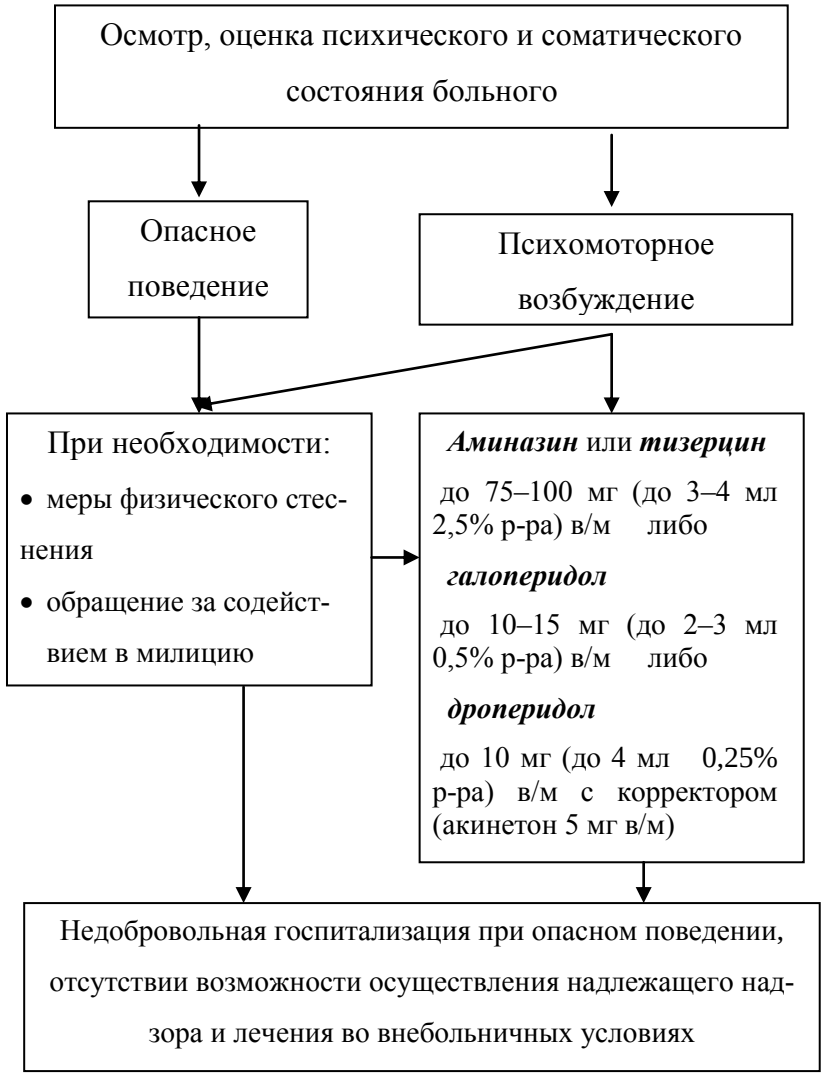
Огромный вред приносит прием слабительных средств. При тошноте, рвоте, распирающих болях в надчревной области производят промывания желудка. Однако зондировать и промывать желудок до уточнения диагноза нельзя. Нельзя до полного уточнения диагноза назначать горячую грелку на живот, так как может усилиться кровотечение или распространение воспалительного процесса. Больному с острым животом необходимо обеспечить покой, нельзя допускать его самостоятельного передвижения, его нужно транспортировать лежа на спине или на боку.

75. ПРОТОКОЛ: Острые психотические состояния

Относятся состояния, для которых характерен быстрый темп развёртывания, разнообразие и изменчивость психопатологической симптоматики, растерянность, яркость и насыщенность аффективных расстройств. При выраженной остроте состояния – резкие изменения и колебания симптоматики, хаотичные, нецеленаправленные, импульсивные поступки или поведение характера «бегства от преследователей», быстрая смена направленности опасных действий (опасность для окружающих – опасность для себя).

К этим же состояниям можно отнести различные бредовые (параноидные и др.) состояния в период обострения, когда наблюдается возрастание бредовой активности, иногда с попытками реализовать сложную, тщательно спланированную акцию расправы (больные вооружаются, устраивают засады и пр.). Опасность для лиц окружающих больного может возникать при обострении систематизированного бреда преследования, ревности или иного содержания, когда бредовые высказывания начинают сопровождаться угрозами в адрес этих лиц или нередко нарастающими по степени агрессивности действиями.

Сюда же относятся состояния, возникшие остро или постепенно и достигшие психотического уровня (нарастающее маниакальное возбуждение, острая парафрения и другие бредовые состояния), содержание переживаний при которых не обусловливает непосредственной физической угрозы для больного или окружающих, но имеющаяся выраженная тенденция к усложнению и утяжелению в случае неоказания своевременной психиатрической помощи влечёт вред здоровью пациента.



76. ПРОТОКОЛ: АЛКОГОЛЬНЫЙ ДЕЛИРИЙ

Вид помрачения сознания, характеризующийся дезориентировкой в месте, времени, окружающем, наплывом ярких обманов восприятия, острым чувственным бредом, аффективными расстройствами, а также резко выраженным двигательным возбуждением, которое возникает чаще в ночное время и в период наплыва угрожающих зрительных, а также тактильных и слуховых галлюцинаций, как правило, императивных. Двигательное возбуждение сопровождается резким аффектом тревоги, страха. Действия достаточно координированы: больной спасается бегством от угрожающих ему видений, нападает на мнимых преследователей, прогоняет насекомых, в поисках спасения мечется по комнате, пытается выпрыгнуть в окно и т.д.

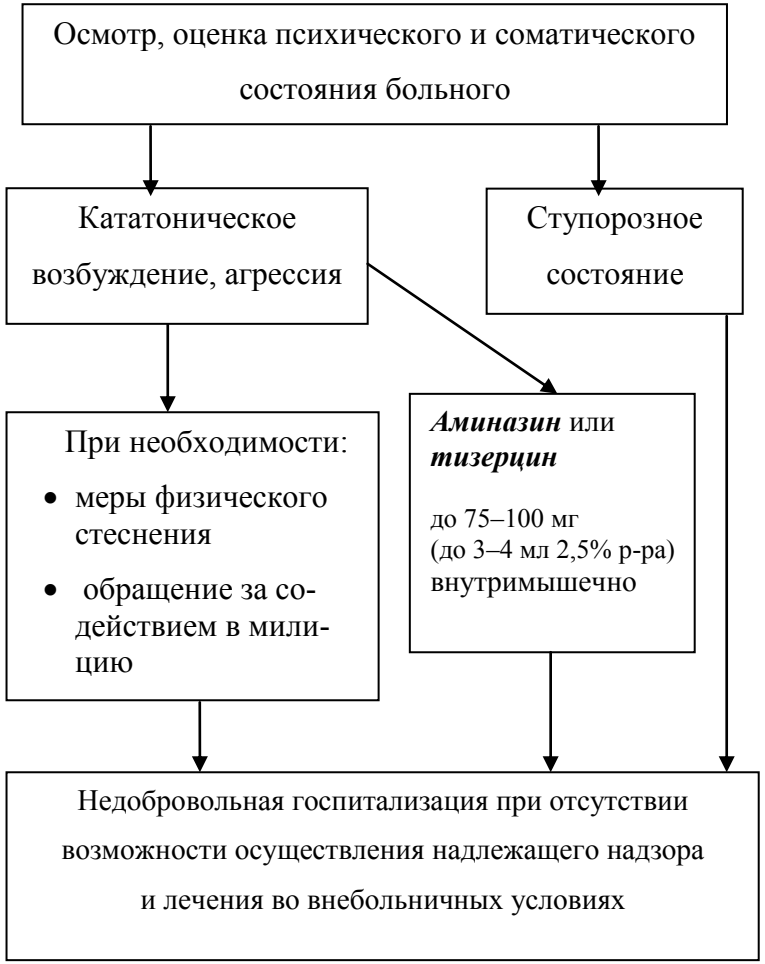
Для тяжёлого делирия характерно хаотическое, беспорядочное возбуждение, обычно в пределах постели, невнятное бессвязное бормотание с произнесением отдельных слов, слогов и звуков. На высоте возбуждения развиваются хореиформные гиперкинезы или симптом карфологии (обирания) – бессмысленные хватательные движения или мелкие движения пальцев рук, разглаживающих или собирающих в складки одежду, простыню и т.д.

Соматические расстройства характеризуются игрой вазомоторов, потливостью, тремором конечностей, нарушением сердечного ритма (тахикардия, аритмия), резкими колебаниями артериального давления, тошнотой, рвотой, повышением температуры тела и др. Нередко на фоне выраженных соматических расстройств – опасность летального исхода.

77. протокол: ОНЕЙРОИД

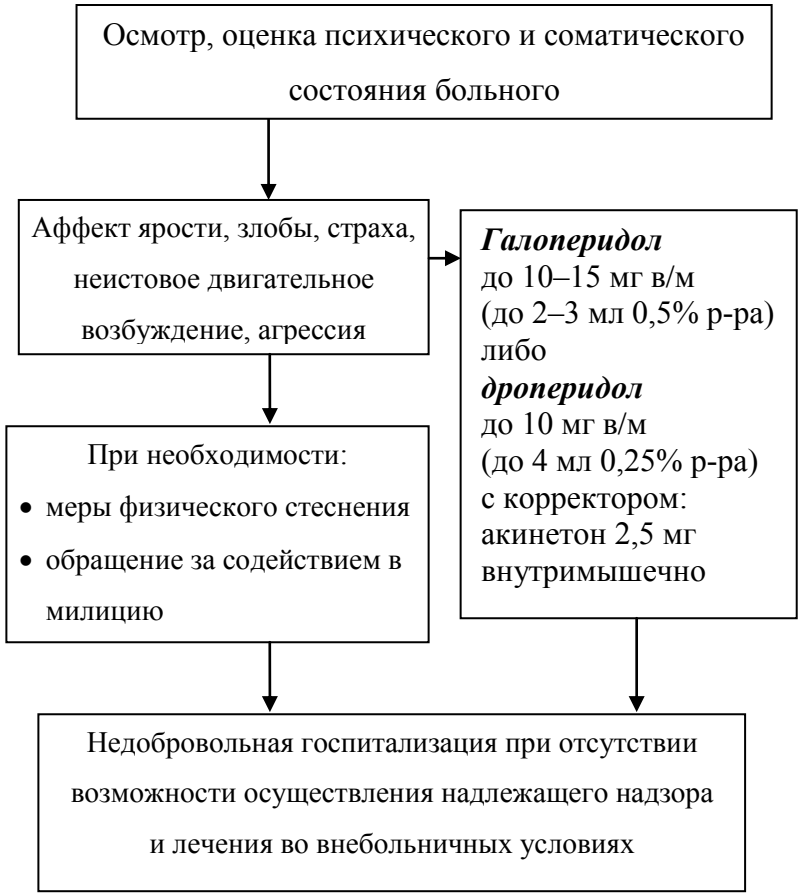
Онейроид характеризуется сочетанием чувственно-образных, сноподобных, часто фантастических представлений с фрагментарным отражением в сознании реальной действительности. Образные переживания больных не имеют внешней проекции (как при делирии), а испытываются внутри сознания и отличаются большой связностью – одно грёзоподобное переживание вытекает из другого, третье – из последнего и т.д. Больные либо полностью дезориентированы в окружающей обстановке и погружены в свой болезненный мир, либо сохраняют двойственность ориентировки, отражая и реальную и кажущуюся действительность. При этом наблюдается непосредственное участие больного в развивающихся фантастически-иллюзорных представлениях.

Чаще всего больные ступорозны, погружены в грёзоподобные переживания. Такое состояние может чередоваться с кататоническим возбуждением.



78. протокол: Сумеречное расстройство сознания

Вид помрачения сознания, при котором наблюдается дезориентировка в окружающем, сочетающаяся нередко с галлюцинациями, отрывочным чувственным бредом, сильнейшими аффектами ярости, злобы и страха, неистовым возбуждением, или, значительно реже, внешне упорядоченным поведением. Сумеречное помрачение сознания развивается внезапно и столь же внезапно заканчивается; его продолжительность от нескольких часов до нескольких дней и более. Вследствие тревожно-злобного аффекта, содержания галлюцинаций или бреда больные склонны к агрессивным действиям, нередко крайне жестоким.



79. ПРОТОКОЛ: Острая алкогольная энцефалопатия Гайе-Вернике

С самого начала заболевания развивается делирий и одновременно массивная соматоневрологическая симптоматика. Температура тела повышается до 40–41 С. Через день или несколько дней развивается коматозное состояние.

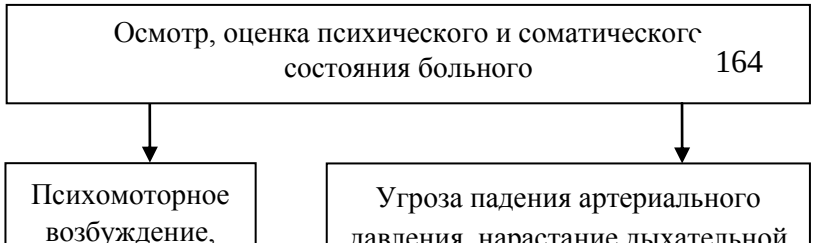
Неврологические расстройства выражены, разнообразны и быстро меняются. Часто обращают на себя внимание фибриллярные подёргивания мускулатуры губ и других мышц лица. Постоянны сложные гиперкинезы, в которых перемежаются дрожание, подёргивание, хореиформные, атетоидные, миоклонические и баллистические движения. Возможны приступы торсионного спазма. Интенсивность, распространённость, проявления гиперкинезов различны. Также изменчивы и нарушения мышечного тонуса в форме гипер- или гипотонии. Гипертония мышц нижних конечностей может сопровождаться гипотонией верхних и наоборот. Постоянны симптомы орального автоматизма: хоботковый рефлекс, сосательные и чмокающие движения, спонтанное выпячивание губ и хватательные рефлексы. Часто наблюдается атаксия. Характерны глазные симптомы (нистагм, птоз, неподвижный взгляд), а также зрачковые расстройства, напоминающие таковые при симптоме Аргайлла Робертсона (миоз, анизокория, ослабление реакции на свет вплоть до её полного исчезновения, нарушения конвергенции).

Соматические расстройства характеризуются нарушением сердечного ритма: тахикардией, аритмией, а также значительными колебаниями артериального давления.

Дыхание учащается до 30–40 и более в минуту. Кожа и слизистые оболочки бледны, склеры субиктеричны.

80. ПРОТОКОЛ: Фебрильная шизофрения

Термином «фебрильная шизофрения» *(гипертоксическая шизофрения, фебрильная кататония, смертельная кататония)* обозначают состояния, при которых кататонический приступ (возбуждение или ступор), начинаясь по обычным закономерностям, осложняется нарастанием температуры, значительными нарушениями обмена веществ, повышенной ломкостью сосудов. В дальнейшем клиническая картина становится аментиформной. Фебрильная кататония – единственное в клинике шизофрении состояние, когда болезнь может закончиться смертью от отёка и набухания мозга.

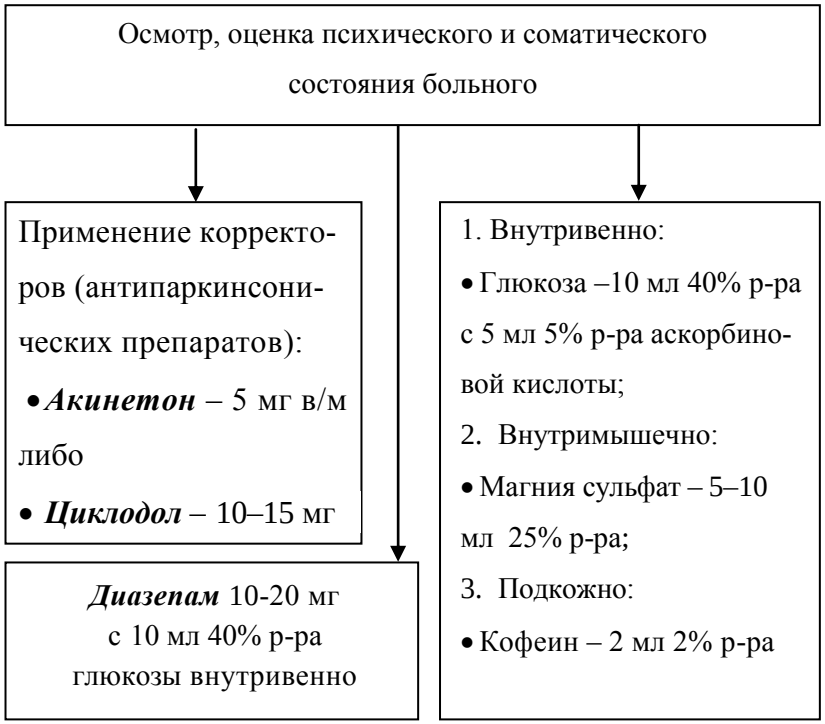


81. ПРОТОКОЛ: злокачественный нейролептический синдром

Злокачественный нейролептический синдром – угрожающее жизни осложнение терапии нейролептическими препаратами, которое может развиваться в разные сроки от начала лечения. Синдром характеризуется внезапным развитием гипертермии, сопровождающейся выраженной мышечной ригидностью, мышечной дистонией (экстрапирамидные расстройства), акинезией (отсутствие активных движений), неспособностью говорить (мутизм), напряжённой тревожностью и смятением, вегетативными симптомами (жар, потливость, тахикардия, артериальная гипертензия) и помрачением сознания.

82. ПРОТОКОЛ: Пароксизмальный экстрапирамИдный синдром

Пароксизмальный экстрапирамидный синдром развивается при отсутствии соответствующей лекарственной коррекции или недостаточной дозе корректоров побочных действий ряда нейролептиков (аминазин, пропазин, трифтазин, хлорпротиксен, галоперидол, дроперидол, флуспирилен, азалептин, карбидин, сульпирид и др.). Синдром проявляется неправильным положением головы и шеи по отношению к туловищу, спазмами жевательных мышц (жевание, зевание, гримасничанье), нарушениями глотания (дисфагия) и дыхания (ларинго-фарингеальные спазмы), окулогирными кризами (спазмы глазодвигательных мышц), смазанной и затруднённой речью, обусловленной гипертонусом или увеличением языка, генерализованными кризами моторного возбуждения.



83. ПРОТОКОЛ: Депрессии и другие состояния аффективного спектра, обусловливающие непосредственную физическую угрозу для больного

К ним относятся состояния характеризующиеся пониженным, подавленным настроением, тревогой, замедленным мышлением, двигательной заторможенностью с активными суицидальными мыслями, тенденциями, аутоагрессивными действиями, представляющими опасность для жизни пациентов или серьёзную угрозу для их здоровья. Интенсивность суицидальных побуждений определяется тяжестью тоски, степенью тревоги и аффективного напряжения.

При решении вопроса о госпитализации учитываются также факторы риска самоубийств. К ним относятся: одиночество, нарушение жизненного стереотипа (выход на пенсию, переезд на новое место жительства и др.), суицидальная попытка в прошлом или завершенный суицид среди родственников, прямые или косвенные угрозы самоубийств и молчание после этого, попытки достать необходимый инвентарь (верёвка, медикаменты, оружие).

84. ПРОТОКОЛ: Психические состояния, сочетающиеся с травмами или тяжелыми соматическими заболеваниями

(*пневмония, ишемическая болезнь сердца, инфаркт миокарда, гипертоническая болезнь, заболевания почек и мочевыводящих путей, желудочно-кишечного тракта и др., последствия суицидальных попыток)*

,

Осмотр, оценка психического и соматического состояния больного

85. ПРОТОКОЛ: тяжелые контузии и ранения глазницы

Эти травмы в большинстве случаев сопровождаются повреждениями мозга, околоносовых пазух. челюстно-лицевой области.
Наряду со снижением зрения выявляют нарушения движения глаза, экзофтальм, реже энофтальм – западение глаза, подкожную эмфизему век и периорбитальной области; синдром верхнеглазничной щели: птоз, отсутствие движения глаза (офтальмоплегия); мидриаз. Широкий, не реагирующий на свет зрачок, может быть и симптомом повреждения зрительного нерва.

86. ПРОТОКОЛ: прободные ранения глаза

При открытой травме глазного яблока раневой канал проходит через все слои фиброзной капсулы (роговицы или склеры). В большинстве случаев повреждаются внутренние структуры: сетчатка, сосудистая, хрусталик, стекловидное тело. Возникает угроза потери функций и глаза как органа.

Прободная рана глаза сопровождается болью, светобоязнью, низким зрением.
После осторожного открытия век (не оказывать давление на глазное яблоко) выявляют зияние раны роговицы или склеры в которой могут быть ущемлены внутриглазные оболочки или среды (радужка в виде темного пузырька, фрагменты хрусталика или стекловидного тела), видна кровь в передней камере (гифема), деформация зрачка, тонус глаза снижен.
Даже при наличии только одного симптома или подозрении на открытую травму следует считать травму тяжелой.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ТЯЖЕЛЫХ КОНТУЗИЯХ И РАНЕНИЯХ ГЛАЗНИЦЫ

1. Закапывание раствора антибиотика (0,3% раствора гентамицина).
2. Наложение бинокулярной повязки.
3.. Анальгин 50% - 2 (4)мл в/м
4. Эвакуация лежа на носилках в специализированный стационар

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПРОБОДНЫХ РАНЕНИЯХ ГЛАЗА

1. Наложение бинокулярной повязки.
2.. Анальгин 50% - 2 (4)мл в/м
3. Госпитализация лежа на носилках в многопрофильный стационар, где, имеются офтальмолог, нейрохирург, челюстно-лицевой хирург.

87. ПРОТОКОЛ: ОСТРЫЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ ОРГАНОВ ГЛАЗА И ГЛАЗНИЦЫ

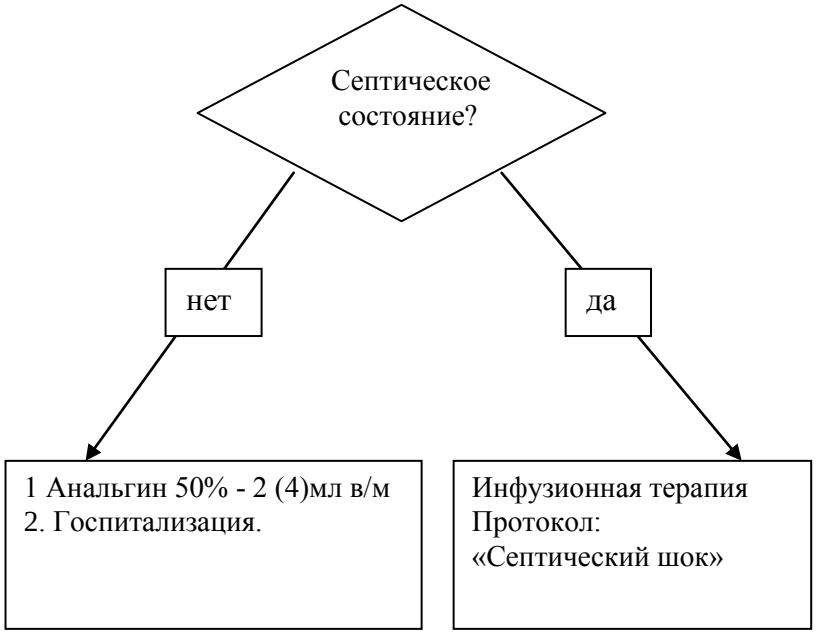
Боль в области века, нередко пульсирующая, затруднения при открывании глаз, а) явления общей интоксикации (головная боль, повышение температуры тела, озноб
б) выраженный напряжённый отёк тканей; гиперемия кожи, распространяющаяся на периорбитальную область и соответствующую половину лица; выраженная (резкая) болезненность при пальпации; на фоне инфильтрации тканей может быть участок флюктуации.

Осложнения: тромбоз глазничных вен, синус тромбоз, абсцесс или флегмона глазницы, сепсис

88. ПРОТОКОЛ: Абсцесс И ФЛЕГМОНА ГЛАЗНИЦЫ

Быстро нарастающие сильные боли в соответствующей половине головы и лица; а) явления общей интоксикации (головная боль, повышение температуры тела, озноб б) наряду с выраженным напряжённым отёком тканей век (хемоз, (отёк конъюнктивы), экзофтальм), в) движения глаза ограничены или вовсе отсутствуют из-за боли, развивается диплопия зрение снижено или отсутствует вовсе

Осложнения: синус тромбоз, абсцесс или флегмона глазницы, менингоэнцефалит



89. ПРОТОКОЛ: острый приступ глаукомы

Проявление закрытоугольной глаукомы, характеризуется резким повышением внутриглазного давления. Как правило, развивается у пациентов старше 40-50 лет. Беспокоят сильные боли в глазу с иррадиацией в надбровье, соответствующую половину головы. Значительно снижается зрение, иногда этому предшествует появление «тумана или радужных кругов»″.

Объективно: застойная инъекция конъюнктивы, отёк роговицы, через которую с трудом просматривается широкий зрачок, реакция на свет отсутствует. при осторожной пальпации глаза двумя указательными пальцами через закрытые веки тонус глаза повышен (твердый ″как камешек″). Иногда острый приступ глаукомы может сопровождаться тошнотой, рвотой и симулировать ″острый живот″.

1. При наличии тошноты и рвоты – исключить ″острый живот″
2. Закапывание 1% р-ра пилокарпина через каждые 10-15 мин.
3. Инстиляция (однократно) 0,5% р-ра тимолола (бетоптика)
4. Анальгин 50% - 2 (4)мл в/м
5. Госпитализация в специализированный стационар

Часть II.
Оказание скорой медицинской помощи детям

90. ПРОТОКОЛ: Диагностика угрожающих состояний (УС) у детей на догоспитальном этапе

Суть диагностики УС на догоспитальном этапе сводится к следующему: первоначально выявляют прогностически наиболее неблагоприятные симптомы, затем объединяют их в патологические синдромы, оценивают степень тяжести последних и решают вопрос об экстренности лечебно-тактических мероприятий. Следует отметить, что помимо синдромной диагностики, врач должен стремиться к нозодиагностике, которая в конечном итоге определяет преемственность терапии с госпитальным этапом, а также во многом определяет тактическое решение (необходимость и место госпитализации) врача скорой помощи.

По экстренности диагностики и началу лечебных мероприятий все УС условно можно разделить на три группы:

1. Вероятность летального исхода в течение десятка минут (клиническая смерть, асфиксия, наружное кровотечение из крупного артериального ствола, напряженный пневмоторакс и т.д.);
2. Вероятность летального исхода в течение нескольких часов (отек легких, шок любой этиологии, глубокая кома, первичный инфекционный токсикоз и т.д.);
3. Вероятность летального исхода через сутки и более (острая почечная и печеночная недостаточность, инфекционное поражение витальных органов).

При сборе анамнеза следует обратить внимание на следующие признаки:

1. Возраст ребенка (чем меньше ребенок, тем быстрее у него может развиться УС);
2. Алергоанамнез (в том числе переносимость лекарственных средств);
3. Течение беременности и родов;
4. Перенесенные ОРВИ и прививки за 2-3 недели до развития данного заболевания;
5. Какие обстоятельства предшествовали данному заболеванию;
6. В чем проявилось ухудшение состояния ребенка;
7. Сколько времени прошло с этого момента.

Физикальное обследование детей в экстренной ситуации проводят с учетом следующих правил:

1. Осмотр должен быть целевым и направленным на поиски признаков УС, что позволяет осуществить его быстро и не поверхностно.
2. Первоначально ищут признаки декомпенсации дыхания, кровообращения и степени угнетения ЦНС. При их отсутствии обследование осуществляют по анатомическим областям (ребенок должен быть полностью раздет).
3. При проведении лечебных мероприятий, особенно при реанимационном пособии, следует использовать такие диагностические тесты, как очистка ротоглотки и оксигенотерапия, позволяющие диагностировать степень угнетения ЦНС по утрате рефлексов с ротоглотки и шунто-диффузионные расстройства в легких - по отсутствию положительной реакции на кислород.
4. Тяжесть УС может быть обусловлена не одним, а несколькими патологическими синдромами. В этих случаях врач должен выделить из них наиболее важный и направить действия на его ликвидацию. Например, у больного тяжесть состояния обусловлена синдромом обструкции верхних дыхательных путей и гипертермией. В этом случае первостепенное значение будет иметь нарушение проходимости дыхательных путей, т.к. оно быстрее приведет к летальному исходу, чем лихорадка. Это означает, что вначале помощь следует направить на ликвидацию дыхательной недостаточности, а затем уже на снижение температуры тела.

При оказании помощи детям на догоспитальном этапе следует придерживаться принципа – оказание только минимального, но доста-

точного объема медицинской помощи. Под этим принципом понимают проведение только тех мероприятий, без которых жизнь больных и пострадавших остается под угрозой. Врач скорой помощи не должен «подменять» госпитальный этап. Например, не следует при инфекционных заболеваниях подбирать и назначать антибактериальную терапию, если больной госпитализируется.

Каждой степени тяжести УС должны соответствовать достаточно определенные ответы на следующие вопросы. Показана ли больному экстренная госпитализация? Требуется ли госпитализация в реанимационное отделение? Нужны ли предварительные мероприятия первой помощи, подготавливающие ребенка к транспортировке? Каковы должны быть условия транспортировки?

Показания к экстренной госпитализации зависят от множества факторов, однако ведущим является степень декомпенсации функций жизненно важных органов и систем. При наличии ее необходимость госпитализации несомненна. Труднее решать этот вопрос при отсутствии явных клинических признаков декомпенсации. В подобной ситуации следует учитывать направленность патологического процесса и скорость его развития. Эти характеристики могут определяться как возрастом ребенка, так и причиной УС. В частности, обязательна госпитализация детей первых месяцев жизни с пневмонией независимо от степени дыхательной недостаточности, так как она в считанные часы достигает декомпенсированной стадии. В этом возрасте типична так же склонность к быстрому прогрессированию и генерализации для гнойно-воспалительных заболеваний, поэтому тактика аналогична. Этиологический фактор как повод для госпитализации также необходимо учитывать при неотложных состояниях и несчастных случаях (острые отравления, укусы змей, насекомых, электротравма и т.д.). В этих случаях должен работать принцип: любые сомнения - в пользу наиболее тяжелого состояния.

Существенную группу показаний к экстренной госпитализации составляет необходимость неотложной специализированной помощи (хирургия, травма, отоларингология, офтальмология и т.д.). Также необходимо помнить и об эпидемиологических и бытовых показаниях для госпитализации.

Показания к госпитализации в реанимационное отделение делятся на 3 группы:

1. Наличие у больного или пострадавшего прогностически неблагоприятных угрожающих симптомов и синдромов на фоне компенсированных функциональных расстройств;
2. Отсутствие эффекта от лечебных мероприятий первой помощи при недостаточности функции жизненно важных органов и систем;
3. Перенесенное или прогрессирующее терминальное состояние.

Условия транспортировки зависят от степени ее риска. Как видно из таблицы 1 каждой степени риска транспортировки соответствуют определенные данные: объем оказания помощи на месте, подготовка автомашины, мероприятия в пути следования и место госпитализации.

91. ПРОТОКОЛ**: КЛАССИФИКАЦИЯ СТЕПЕНЕЙ РИСКА ТРАНСПОРТИРОВКИ**

Степень риска транспортировки	Контингент больных и пострадавших	Подготовка больного к транспортировке	Подготовка машины к транспортировке	Мероприятия в пути	Место госпитализации
I	Госпитализация по бытовым, эпидемиологическим показаниям или из-за необходимости специализированной помощи (в том числе больные с «острым животом»)	Не требуется	Не требуется	Не требуются	Общее соматическое, инфекционное или специализированное отделение
II	Больные с синдромом доброкачественной гипертермией, ДН-I ст. Пострадавшие с травмами и ожогами без шока, с передозировками препаратов	Введение препаратов в/м или п/к, наложение повязок	Не требуется	Не требуются	Общее соматическое, инфекционное или специализированное отделение
III	Больные с синдромами: «бледной» гипертермией, ДН-II, судорожным или астматическим приступом с положительным эффектом от проведенной терапии, отравления	Введение препаратов в/м или в/в.	Обеспечить возможность инъекций и оксигенотерапии, подготовиться к возможной рвоте.	Не требуются	Общее соматическое, инфекционное или специализированное отделение

Таблица 1

	без нарушения ви- тальных функций				

92. ПРОТОКОЛ: КЛАССИФИКАЦИЯ СТЕПЕНЕЙ РИСКА ТРАНСПОРТИРОВКИ

Таблица 1 Продолжение

Степень риска транспортировки	Контингент больных и пострадавших	Подготовка больного к транспортировке	Подготовка машины к транспортировке	Мероприятия в пути	Место госпитализации
IV	Больные с теми же синдромами, но без эффекта от терапии, отравления с клиническими проявлениями, компенсированная стадия шока	Внутривенное введение препаратов, санация ротоглотки, оксигенотерапия Зондовое промывание желудка.	Обеспечить возможность: внутривенных инфузий, интубации трахеи и ее санации, оксигенотерапии	Оксигенотерапия. Внутривенное введение лекарственных препаратов.	Отделение или пост интенсивной терапии
V	Больные в коме, судорожном и астматическом статусе, ДНЛ-III, декомпенсированные стадии шока	Постоянный доступ к вене, начало инфузионной терапии, интубация трахеи, оксигенотерапия при необходимости ИВЛ. Сердечно-легочная реанимация	Продолжение начатой терапии. Подготовить все для СЛР	Оксигенотерапия или ИВЛ, санация трахеи, инфузионная терапия	Дежурное отделение реанимации
VI	Больные и пострадавшие на улице в любой стадии терминальных состояний	Сердечно-легочная реанимация	Продолжение расширенной СЛР, интубация трахеи	ИВЛ, инфузионная терапия	В зависимости от динамики или дежурное отделение реанимации, или ближайшее

2. Суммарная оценка степени тяжести на основе семиотики УС.

В ходе развития патологического процесса, организм человека проходит через последовательную серию переходных состояний, которые в большинстве случаев отделить друг от друга трудно. Более того, в конкретной обстановке догоспитального этапа это не нужно. С практической точки зрения необходимо разграничить лишь такие степени тяжести, как компенсация, субкомпенсация, декомпенсация и терминальное состояние. Это положение прежде всего справедливо в отношении ведущих патологических синдромов, после оценки которых можно составить суммарное представление о степени тяжести угрожающего состояния и принять правильное лечебно-тактическое решение. Рабочая классификация степени тяжести ведущего патологического синдрома может быть представлена следующим образом:

1. Ведущего патологического синдрома нет (состояние удовлетворительное);
2. Ведущий патологический синдром в стадии компенсации (за счет усиленной работы пораженная система или орган полностью справляются с возложенными на нее функциями);
3. Ведущий патологический синдром в стадии субкомпенсации (пораженная система или орган перестает справляться с возложенными на нее функциями при нагрузке);
4. Ведущий патологический синдром в стадии декомпенсации (пораженная система или орган перестает справляться с возложенными на нее функциями уже в покое и из-за этого начинают страдать другие органы и системы);
5. Терминальное состояние. Наличие 2-х и более ведущих патологических синдромов в стадии декомпенсации (полиорганная недостаточность).

Нагрузка может быть физической, эмоциональной, в виде болевого раздражения или медикаментозной терапии – отсутствие эффекта

93. ПРОТОКОЛ: НАРУШЕНИЯ СОЗНАНИЯ

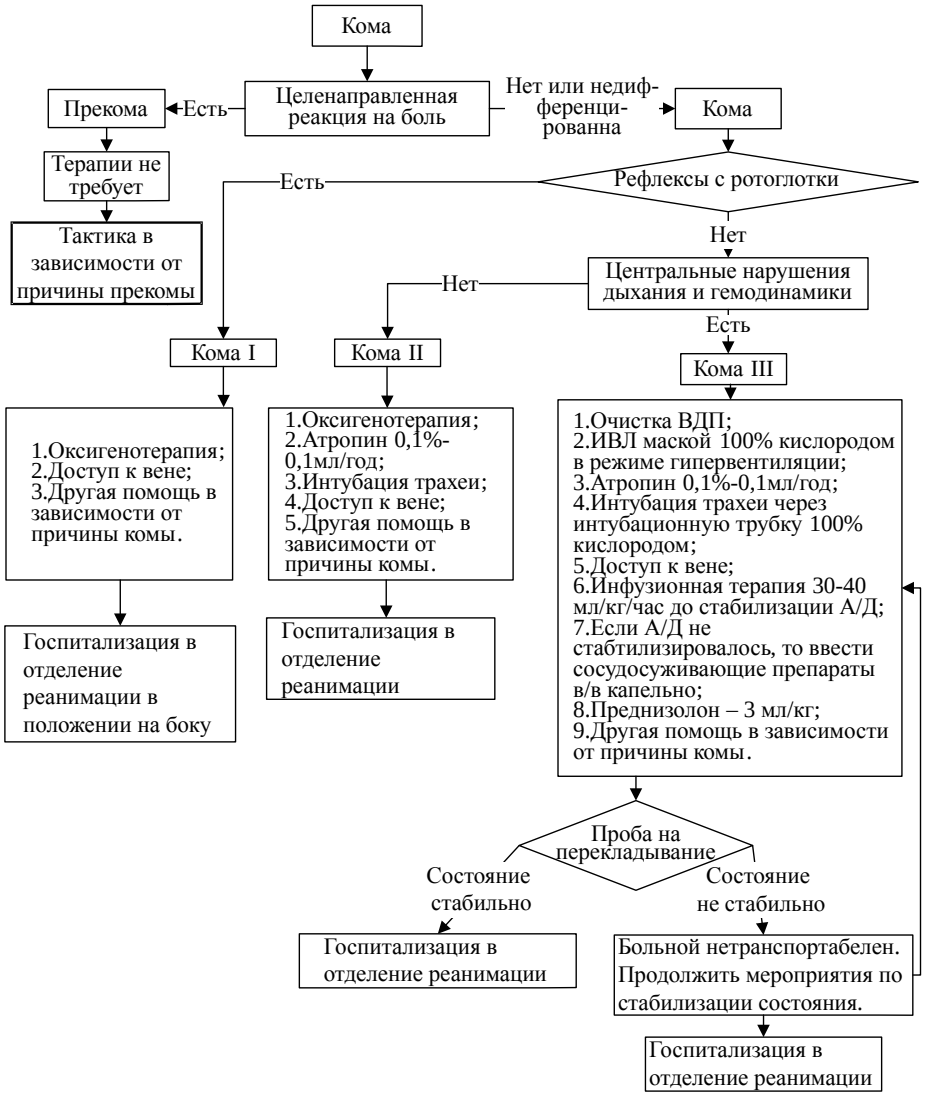
Расстройство сознания – частичная или полная утрата адекватной реакции на внешнее раздражение органов чувств.

- В зависимости от уровня повреждения ЦНС может быть несколько степеней нарушения сознания. В условиях догоспитального этапа необходимо определить тяжесть поражения ЦНС.
- Прекома – это состояние, при котором еще нет полной утраты сознания: ребенка можно разбудить или он адекватно отреагирует на боль (если ребенка ущипнуть, то он отдернет ручку или ножку). Кома – когда реакция на боль или отсутствует, или она носит общий недифференцированный характер, т.е. имеется полная утрата сознания. В этом случае ребенок уже нуждается в оксигенотерапии, т.к. в той или иной степени имеется гипоксия мозга.
- Кому целесообразно разделить на 3 степени:

1. Кома I – отсутствие целенаправленной реакции на боль. Ребенок нуждается в оксигенотерапии.
2. Кома II – исчезновение рефлексов с ротоглотки, ребенок нуждается в интубации трахеи для предупреждения возможной регургитации и аспирации или в постановке ларингеальной маски.
3. Кома III – имеются нарушения дыхания и центральной гемодинамики. Ребенок нуждается в переводе на ИВЛ и поддержание А/Д.

а. Если удалось установить причину комы, то дальнейшие лечебные мероприятия направлены на нее. Госпитализация больного осуществляется в реанимационное отделение стационара, который специализируется по выявленной или заподозренной патологии у больного.

Неотложные мероприятия при нарушении сознания



94. ПРОТОКОЛ: Дифференциальный диагноз причин коматозных состояний у детей на догоспитальном этапе

Таблица 1

Анамнестические и клинические признаки	Системные причины				
	Диабет	**Уремия, эклампсия**	**Острая гипоксия**	**Первичный инфекционный токсикоз**	**Острые отравления**
Предшествующие заболевания или патологические состояния	В анамнезе диабет, ожирение, отмена инсулина	Заболевания почек или мочевыводящих путей	Асфиксия, острая дыхательная недостаточность	ОРЗ или прививка за 2-3 недели	Ребенка оставляли без присмотра, суицид, наркоман
Начало комы	Постепенное, полиурия, полидипсия	Постепенное	Быстрое или внезапное	Быстрое олигоурия	Закономерностей нет
Окраска кожи	Сухая, гиперемированная	Серо-бледная, отеки	Цианотичная	Бледная, мраморная, холодная, симптом белого пятна	Типичных изменений нет
Температура	Нормальная	Нормальная	Нормальная	Лихорадка	Нормальная
Очаговая симптоматика или судороги	Нет	Возможны	Генерализованные	Генерализованные	Возможны
Другие клинические симптомы и исследования	Запах ацетона, глюкозурия, повышение уровня сахара в крови, дыхание Кусмауля	Запах аммиака изо рта, гастроэнтерит шум трения перикарда, олиго или полиурия	Нарушение проходимости дыхательных путей, заболевания легких, сосудистая недостаточность, тахи- или брадикардия	Признаки вирусных инфекций, тахикардия	Признаки отравления ядами, повреждающими ЦНС

Таблица 2. Дифференциальный диагноз причин коматозных состояний у детей на догоспитальном этапе (продолжение)

Анамнестические и клинические признаки	Заболевания нервной системы			
	Травма (ушиб мозга)	**Менингиты, энцефалиты**	**Постэпилептическая кома**	**Нарушения мозгового кровообращения**
Предшествующие заболевания или патологические состояния	Падение, удар, автотравма	Признаки ОРВИ или бактериальных очагов, отит	Эпилептический припадок	Артериальная гипертензия
Начало комы	Острое, сразу после травмы	Постепенная головная боль, рвота	Сразу после судорожного припадка	Внезапное
Окраска кожи	Бледная	Бледная, может быть геморрагическая сыпь	Нормальная	Бледная
Температура	Нормальная	Лихорадка	Нормальная	Нормальная
Очаговая симптоматика или судороги	Очаговая симптоматика	Генерализованные	Редко очаговые симптомы	Всегда есть
Другие клинические симптомы и исследования	Ликворея, кровотечение из носа и ушей	Менингеальные симптомы	Может быть прикушенный язык, непроизвольная дефекация и мочевыделение	Могут быть признаки геморрагического синдрома

95. ПРОТОКОЛ: СУДОРОЖНЫЙ СИНДРОМ

Судорожный синдром у детей – это неспецифическая реакция нервной системы на различные эндо- или экзогенные факторы, проявляющаяся в виде повторяющихся приступов судорог или их эквивалентов (вздрагивания, подергивания, непроизвольных движений, тремора и т.д.), часто сопровождающаяся нарушениями сознания.

Различают следующие варианты судорог

- судороги как неспецифическая реакция головного мозга в ответ на различные повреждающие факторы (лихорадку, нейроинфекцию, травму, вакцинацию, интоксикации, метаболические нарушения и др.);
- симптоматические судороги при заболеваниях головного мозга (опухоли, абсцессы, врожденные аномалии, арахноидит, кровоизлияния, детский церебральный паралич);
- судороги при эпилепсии.

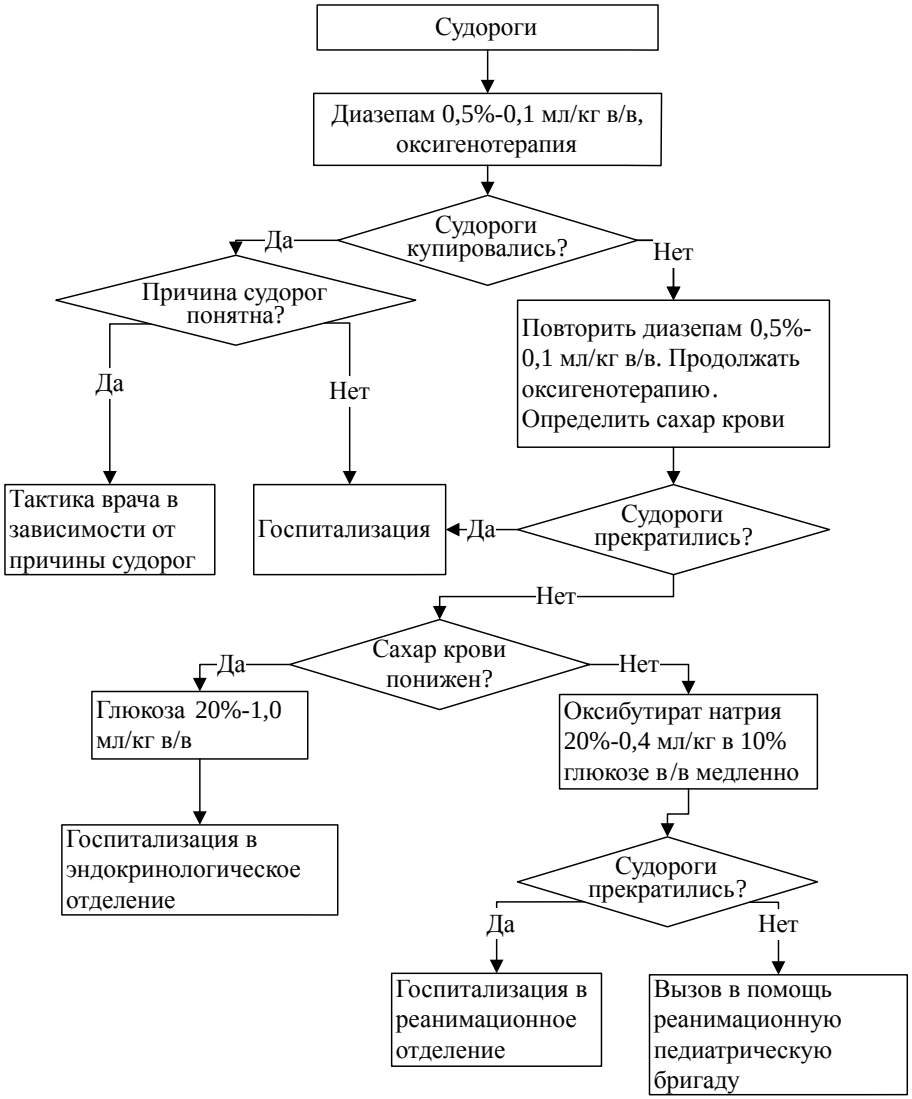
Диагностика.

Судороги могут быть локальными и генерализованными (судорожный припадок). Эпилептический статус – это повторные припадки без полного восстановления сознания, сопровождающиеся нарушениями дыхания, гемодинамики и развитием отека головного мозга.

Примечания к терапии:

- Суммарная доза (2-х введений) 0,5% раствора диазепама из расчета 0,1 мл/кг не должна превышать 4,0 мл;
- При угрозе остановки дыхания в условиях не купирующихся судорог следует вызвать реанимационную педиатрическую бригаду СМП, перевести ребёнка на ИВЛ с последующей госпитализацией в отделение реанимации.

Лечебно-тактические мероприятия при судорожном синдроме



96. ПРОТОКОЛ: ЛИХОРАДКА

Лихорадка – защитно-приспособительная реакция организма, характеризующая нарушением терморегуляции в виде повышения температуры тела ребенка выше 37,3°.

По степени повышения температуры тела различают следующие варианты лихорадки: субфебрильная (не выше 37,9 °С); умеренная (38,0–39,0 °С); высокая (39,1–41,0 °С); гипертермическая (более 41,0 °С).

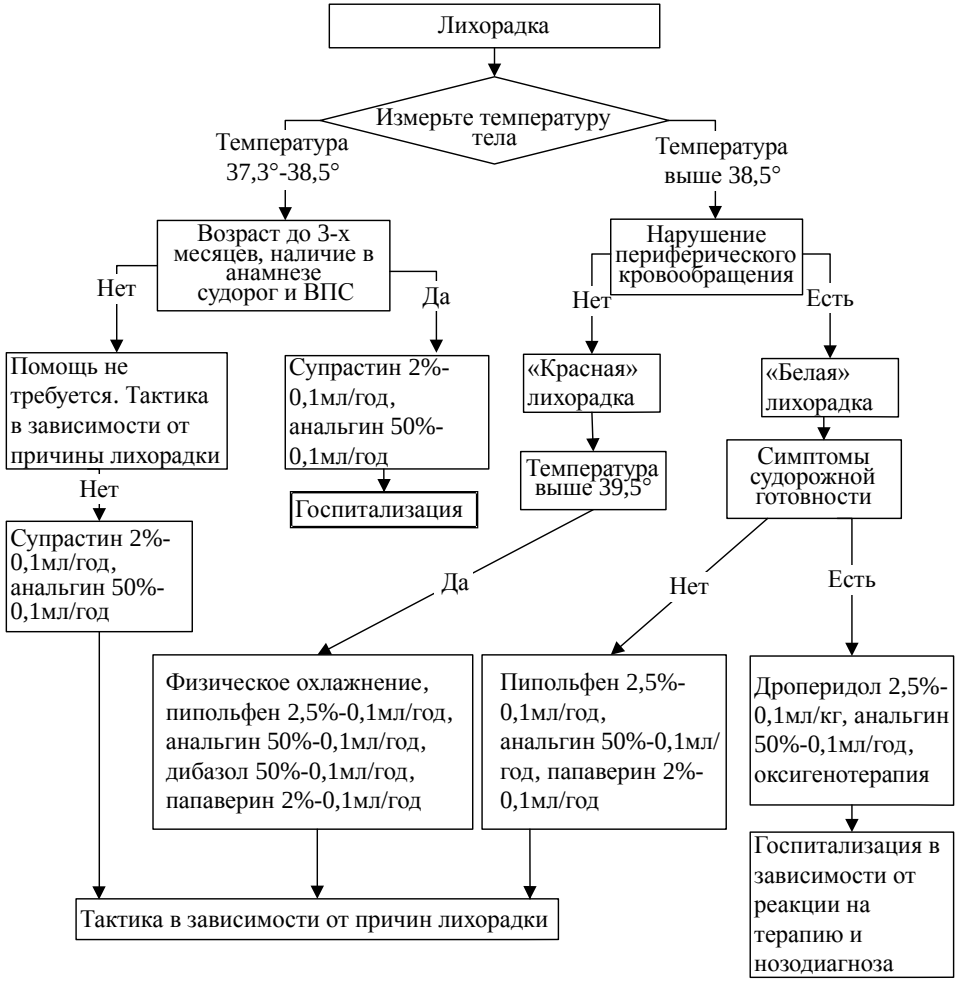
По клиническим проявлениям выделяют два вида лихорадки:

- «Красная» лихорадка (горячие, умеренно гиперемированные кожные покровы, выраженное потоотделение, аппетит, общее состояние и поведение практически не изменено).
- «Белая» лихорадка (кожные покровы бледные с мраморным рисунком, конечности холодные, ощущение холода, озноб, тахикардия, одышка, выраженные признаки централизации кровообращения, у детей раннего возраста возможны судороги).

Примечания:

- Стартовой терапией является внутримышечное введение 50% раствора анальгина (метамизола натрия) 0,01 мл/кг детям первого года жизни, старше года — 0,1 мл/год, в сочетании с раствором супрастина (хлоропирамина) или прометазина, или клемастина 0,01 мл/кг детям первого года жизни, старше 1 года — 0,1 мл/год, но не более 1 мл.
- В случае выявления у ребенка симптомов «судорожной готовности» или фебрильных судорог лечение лихорадки, независимо от её варианта, начинают с введения 0,5% раствора диазепама 0,1 мл/кг массы тела, но не более 2 мл однократно.
- При стойкой лихорадке с нарушением периферического кровообращения следует внимательно осмотреть кожные покровы на наличие сыпи (возможна менингококковая инфекция, менингококкемия).
- Показанием к экстренной госпитализации является неэффективное применение стартовой терапии при «белой» лихорадке у детей первого года жизни.

Лечебно-тактические мероприятия при лихорадке



97. ПРОТОКОЛ: ОСТРАЯ ДЫХАТЕЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ

Острая дыхательная недостаточность (ОДН) возникает при нарушении любого из механизмов, обеспечивающих внешнее дыхание: центральной и периферической регуляции легочной вентиляции, проходимости дыхательных путей, проницаемости альвеолярно-капилярной мембраны, кровообращения в малом круге.

- ОДН подразделяют на вентиляционную, шунто-диффузионную и нарушения механики дыхания. Различные виды дыхательной недостаточности нередко сочетаются друг с другом. Каждый вид ОДН по мере прогрессирования проходит три патогенетические стадии, соответствующие компенсации - ОДН I, субкомпенсации - ОДН II и декомпенсации - ОДН III.

Диагностика

- Определение вида ОДН – отсюда выбор характера проводимых мероприятий;
- Оценка ответа на первичные мероприятия – составление прогноза развития угрожающего состояния.

Степень ОДН	Цианоз	Нарушение механики дыхания	Сознание
I	-	+ При нагрузке	N
II	+	++ Без нагрузки. Усиливается при нагрузке	Возбужден
III	+	В покое + ++	Угнетение сознания
IV	+ + +	+ + +	Кома

Неотложные мероприятия в зависимости от вида ОДН

*ДОСМП – Детское отделение скорой медицинской помощи

98. ПРОТОКОЛ:ОСТРАЯ БРОНХИАЛЬНАЯ ОБСТРУКЦИЯ

Синдром острой бронхиальной обструкции (СОБО) может быть результатом отека стенки бронхиол, обтурации бронхов скопившимся секретом, слизью, гнойными корками и спазма бронхиальной мускулатуры. У детей первых трех лет жизни СОБО, возникающий на фоне ОРВИ, почти всегда обусловлен воспалительным отеком слизистой бронхиол (бронхиолит). Клинически СОБО на фоне ОРВИ протекает так же как и приступ бронхиальной астмы.

Бронхиальная астма (БА) – заболевание, характеризующееся периодически рецидивирующим синдромом бронхиальной обструкции. Клинически приступ бронхиальной астмы проявляется экспираторной одышкой, спастическим кашлем, сухими, свистящими хрипами в легких, их эмфиземой и снижением показателя пиковой скорости выдоха.

По степени тяжести следует выделять астматический статус и приступ бронхиальной астмы. Приступ бронхиальной астмы можно подразделить на «свежий» и «затянувшийся».

Под «свежим» приступом целесообразно понимать приступ, длительностью до 6 часов, когда больной не получал бронхолитиков и ОДН составляет I или II степени.

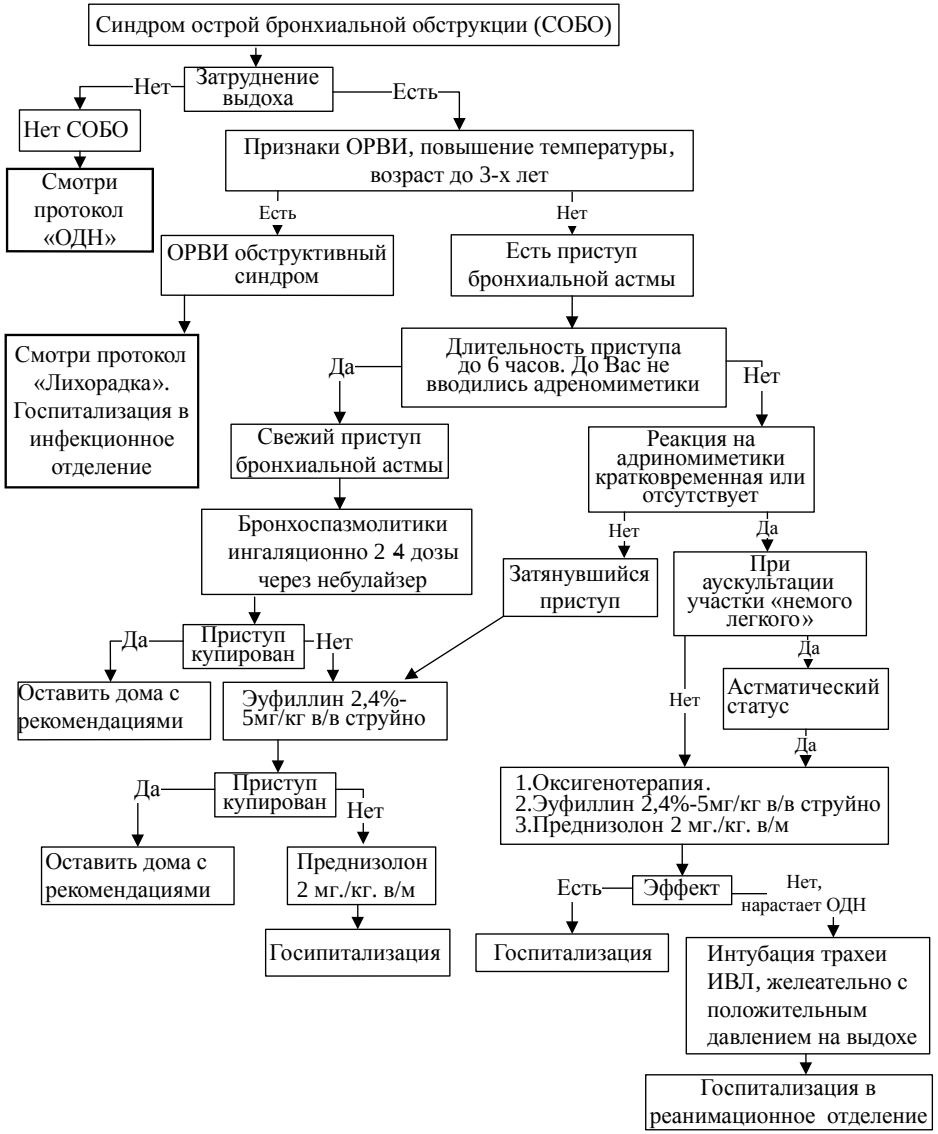
«Затянувшийся» приступ характеризуется длительностью свыше 6 часов, когда больной уже получал бронхолитики, которые оказали положительный эффект, а ОДН I-II степени.

Помощь при «свежем» приступе БА включает введение 2-4 доз бронхоспазмолитических средств с помощью небулайзера. Дозы для небулизации: вентонил-небулы – 1,0-2,5 мл на ингаляцию, беротек – 10-15 капель на ингаляцию, беродуал – 10-20 капель на ингаляцию.

При «затянувшемся» приступе терапию начинают с внутривенно струйного введения эуфиллина 2,4% - 5 мг/кг на физиологическом растворе. При астматическом статусе терапию начинают с введения эуфиллина 2,4% внутривенно капельно из расчета 1,0 мг/кг/час, оксигенотерапия, преднизолон внутривенно из расчета 2 мг/кг (или небулизация с пульмикорт-небулой в дозе 1 мг независимо от возраста пациента).

При нарастании ОДН показана интубация трахеи, перевод на ИВЛ и срочная госпитализация в отделение реанимации.

Лечебно-тактические мероприятия при синдроме острой бронхиальной обструкции



99. ПРОТОКОЛ: ОСТРЫЕ АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ

Острая аллергическая реакция - это угрожающее жизни состояние, в основе развития которого лежат иммунологические механизмы, имеющие разнообразную этиологию и различные органы-мишени.

На догоспитальном этапе требуют оказания помощи все генерализованные аллергические реакции: анафилактический шок, токсико-аллергические дерматиты (синдром Стивенса-Джонсона, синдром Лайелла) и некоторые локализованные реакции.

Диагностика

При анафилактический шоке выделяют два ведущих клинических синдрома: острая дыхательная недостаточность и острая сосудистая недостаточность.

Для синдрома Стивенса-Джонсона типичны острое начало, лихорадка, насморк, конъюнктивит, с первых часов — прогрессирующая экзантема в виде безболезненных темно-красных пятен, папул, везикул со склонностью к слиянию. Серозно-кровянистое содержимое в пузырях отсутствует. **Для синдрома Лайелла** характерна быстро распространяющаяся по всему телу экзантема: пузыри с серозно-кровянистым содержимым вскрываются, отслаивается эпидермис и образуются обширные эрозии, признаки тяжелой общей интоксикации. Присоединяются вторичная инфекция, полиорганная недостаточность, ДВС-синдром.

При отеке Квинке остро появляются ограниченные, безболезненные с «распиранием» отеки кожи, подкожной клетчатки, при локализации отека в области голосовых складок возникает симптоматика аллергического отека гортани.

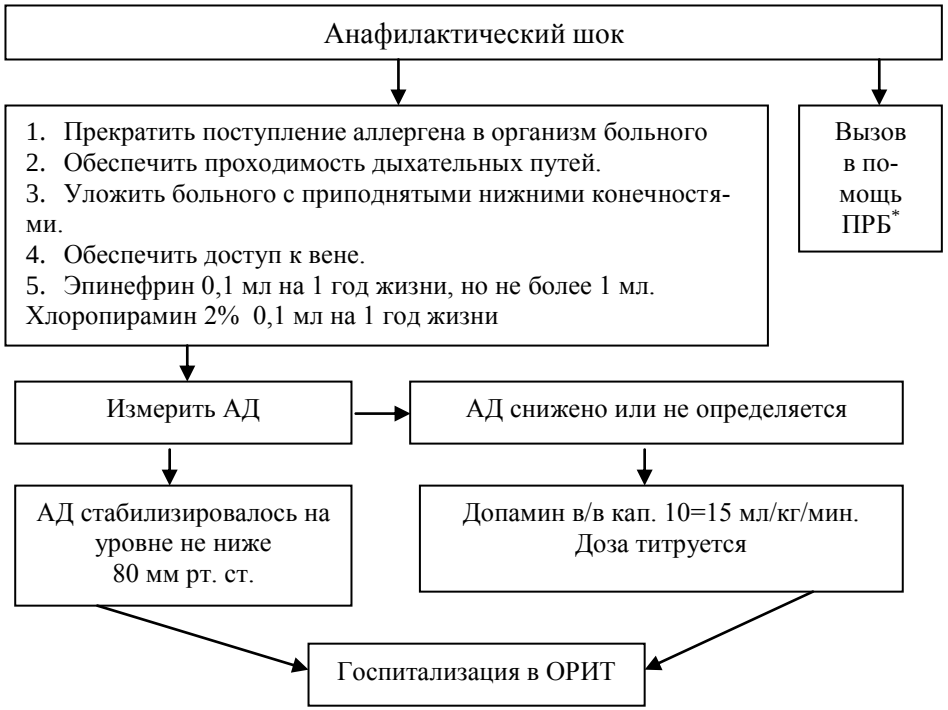
Неотложная помощь при синдромах Стивенса-Джонсона и Лайелла

- Необходимо устранить действие аллергена, обеспечить проходимость дыхательных путей, ингаляции кислорода, ввести раствор преднизолона в дозе 5 мг/кг внутривенно или внутримышечно, антигистаминные препараты: 2% раствор супрастина, 2,5% раствор пипольфена в дозе 0,1-0,15 мл/год внутривенно или внутримышечно, при развитии жизнеугрожающих состояний – вызов бригады интенсивной терапии;
- экстренная госпитализация в реанимационное отделение, для профилактики инфицирования эрозивных участков кожи использовать при транспортировке стерильное белье.
- не вводить жаропонижающие средства (опасность дополнительной аллергизации!).

При локализованных аллергических реакциях (отек Квинке, гигантская крапивница):

- прекратить введение аллергена;
- при пищевой аллергии – внутрь солевое слабительное, энтеросорбенты (полифепан, активированный уголь в дозе 1 г/кг/сут), очистительная клизма, промывание желудка;
- антигистаминные препараты –2% раствор супрастина или раствор тавегила или 2,5% раствор пипольфена в дозе 0,1-0,15 мл/год (0,025 мг/кг) внутривенно или внутримышечно;
- глюкокортикоидные гормоны в дозе по преднизолону 2-4 мг/кг внутривенно или внутримышечно;
- при нарастающем отеке гортани с обтурационной дыхательной недостаточностью проведение интубации (при ее невозможности – коникотомия).

Неотложные мероприятия при анафилактическом шоке



*ПРБ – педиатрическая реанимационная бригада

100. ПРОТОКОЛ: ОСТРЫЙ СТЕНОЗИРУЮЩИЙ ЛАРИНГОТРАХЕИТ

Острый стенозирующий ларинготрахеит (ОСЛ) — это обструкция верхних дыхательных путей ниже голосовых связок, имеющая вирусную или вирусно-бактериальную этиологию, сопровождающаяся развитием острой дыхательной недостаточности. ОСЛ чаще протекает при субфебрильной температуре тела.

Диагностика

Выделяют 4 стадии и три клинико-морфологические формы ОСЛ:

- отечную - инфекционно-аллергического происхождения,
- инфильтративную - вирусно-бактериальной этиологии,
- обтурационную - с нисходящим бактериальным процессом (истинный дифтерийный круп).

При стенозе 1-й стадии — ингаляция через небулайзер 0,025 % раствора нафтизина.

При стенозе 2-й стадии:

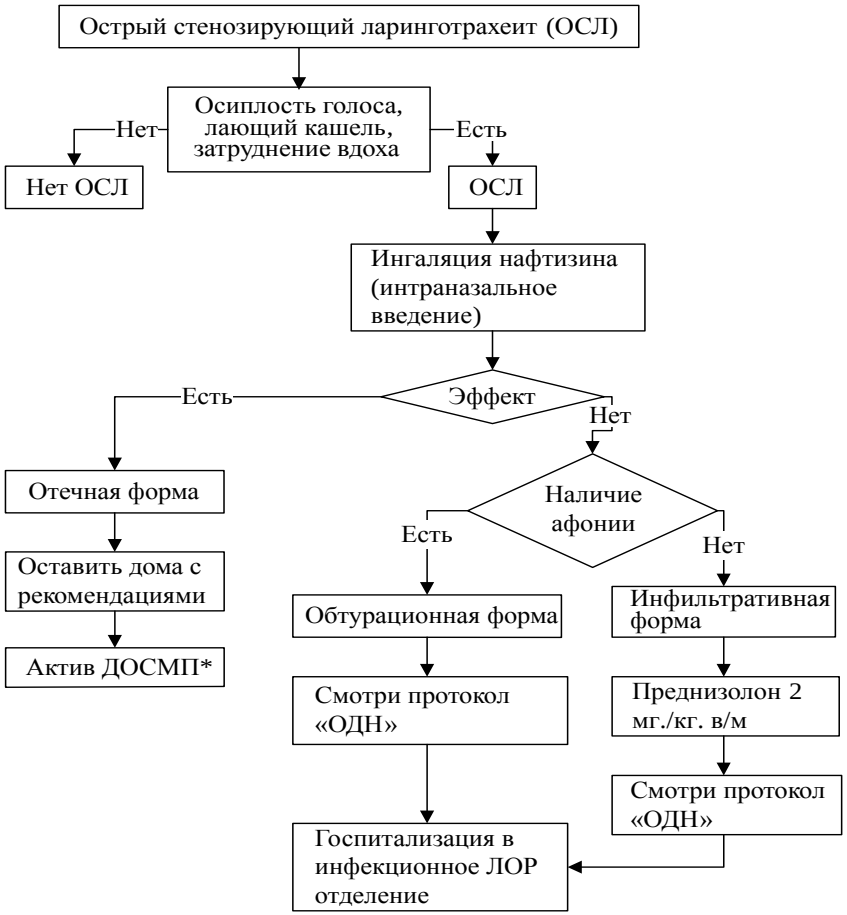
— ингаляция 0,025 % раствора нафтизина длительностью до 5 мин с использованием ингалятора (или небулайзера);

— при невозможности выполнения ингаляции— интраназальное введение 0,05 % раствора нафтизина 0,2 мл детям первого года жизни, прибавляя на каждый последующий год по 0,1 мл, но не более 0,5 мл. Рассчитанное количество раствора нафтизина необходимо разбавить дистиллированной водой из расчета 1,0 мл на год жизни, но не более 5,0 мл. Разбавленный нафтизин вводят при помощи шприца (без иглы) в одну ноздрю ребенку в положении сидя с запрокинутой головой. Об эффективности попадания раствора в гортань свидетельствует появление кашля. В случае неполного купирования стеноза 2-й стадии, ввести дексаметазон в дозе 0,3 мг/кг или преднизолон в дозе 2 мг/кг внутримышечно или внутривенно; активное посещение больного врачом.

При стенозе 3-й стадии: внутривенное введение дексаметазона из расчета 0,7 мг/кг или преднизолона 5-7 мг/кг; повторная ингаляция или интр аназальное введение 0,05 % раствора нафтизина; экстренная госпитализация пациента, желательно в положении сидя, при необходимости — экстренная интубация трахеи;

При стенозе 4-й стадии: интубация трахеи, при невозможности ее выполнения — коникотомия после введения 0,1 % раствора атропина в дозе 0,05 мл/год жизни внутривенно или в мышцы полости рта.

Неотложная помощь при остром стенозирующем ларинготрахеите



*ДОСМП – Детское отделение скорой медицинской помощи при поликлинике

101. ПРОТОКОЛ: ИНОРОДНОЕ ТЕЛО ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

При попадании инородного тела в дыхательные пути ребенка, сразу же появляется кашель, который является эффективным и безопасным средством удаления инородного тела и попыткой его стимулирования - средством первой помощи.

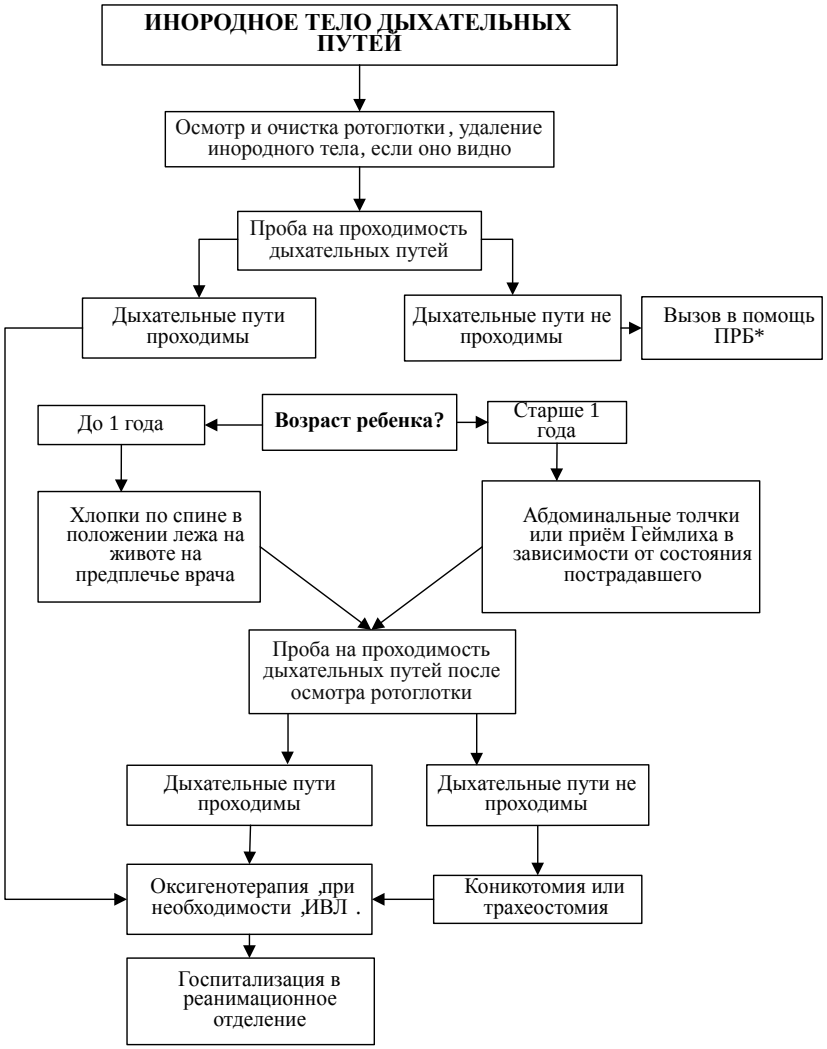
При отсутствии кашля и его неэффективности при полной обструкции дыхательных путей быстро развивается асфиксия и требуются срочные меры для эвакуации инородного тела.

Основные симптомы ИТДП:

- Внезапная асфиксия.
- "Беспричинный", внезапный кашель, часто приступообразный. Кашель, возникший на фоне приема пищи.
- При инородном теле в верхних дыхательных путях одышка инспираторная, при инородном теле в бронхах — экспираторная.
- Свистящее дыхание.
- Возможно кровохарканье из-за повреждения инородным телом слизистой оболочки дыхательных путей.
- При аускультации легких — ослабление дыхательных шумов с одной или обеих сторон.

Попытки извлечения инородных тел из дыхательных путей предпринимаются только у пациентов с прогрессирующей ОДН, представляющей угрозу для их жизни.

Лечебно-тактические мероприятия при инородном теле дыхательных путей



* ПРБ – Педиатрическая реанимационная бригада

ИНОРОДНОЕ ТЕЛО ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ (продолжение)

Необходимо осмотреть глотку пациента, далее следовать алгоритму:

1. Инородное тело в глотке — выполните манипуляцию пальцем или корнцангом по извлечению инородного тела из глотки.

При отсутствии положительного эффекта выполните поддиафрагмально-абдоминальные толчки.

2. Инородное тело в гортани, трахее, бронхах — выполните поддиафрагмально-абдоминальные толчки.

2.1. Пострадавший в сознании.

- Пострадавший в положении сидя или стоя: встаньте позади пострадавшего и поставьте свою стопу между его стоп. Обхватите его руками за талию. Сожмите кисть одной руки в кулак, прижмите ее большим пальцем к животу пострадавшего на средней линии чуть выше пупочной ямки и значительно ниже конца мечевидного отростка Обхватите сжатую в кулак руку кистью другой руки и быстрым толчкообразным движением, направленным кверху, нажмите на живот пострадавшего. Толчки нужно выполнять раздельно и отчетливо до тех пор, пока инородное тело не будет удалено, или пока пострадавший не сможет дышать и говорить, или пока пострадавший не потеряет сознание.
- Хлопки по спине младенца: поддерживайте младенца лицом вниз горизонтально или с несколько опущенным головным концом на левой руке, положенной на твердую поверхность, например на бедро, причем средним и большим пальцами поддерживайте рот младенца приоткрытым. Проведите до пяти достаточно сильных хлопков по спине младенца открытой ладонью между лопатками. Хлопки должны быть достаточной силы. Чем меньше времени прошло с момента аспирации инородного тела – тем легче его удалить.
- Толчки в грудь. Если пять хлопков по спине не привели к удалению инородного тела, попробуйте толчки в грудь, которые выполняются так: переверните младенца лицом вверх. Поддерживайте младенца или его спину на своей левой руке. Определите точку выполнения компрессий грудной клетки при ЗМС, то есть приблизительно на ширину пальца выше основания мечевидного отростка. Сделайте до пяти резких толчков в эту точку.
- Толчки в эпигастральную область – прием Геймлиха – можно проводить ребенку старше 2-3 лет, когда паренхиматозные органы (пе-

чень, селезенка) надежно скрыты реберным каркасом. Поместите основание ладони в подреберье между мечевидным отростком и пупком и надавите внутрь и вверх.

О выходе инородного тела будет свидетельствовать свистящий/шипящий звук выходящего из легких воздуха и появление кашля.

Если пострадавший потерял сознание, выполняйте следующую манипуляцию.

2.2. Пострадавший без сознания.

Уложите пострадавшего на спину, положите одну руку основанием ладони на его живот вдоль средней линии, чуть выше пупочной ямки, достаточно далеко от конца мечевидного отростка. Сверху положите кисть другой руки и надавливайте на живот резкими толчкообразными движениями, направленными к голове, 5 раз с интервалом 1-2 с. Проверьте АВС (проходимость дыхательных путей, дыхание, кровообращение).

При отсутствии эффекта от поддиафрагмально-абдоминальных толчков приступайте к коникотомии.

Коникотомия: нащупайте щитовидный хрящ и соскользните пальцем вниз вдоль срединной линии. Следующий выступ - перстневидный хрящ, имеющий форму обручального кольца. Углубление между этими хрящами и будет являться конической связкой. Обработайте шею йодом или спиртом. Зафиксируйте щитовидный хрящ пальцами левой руки (для левшей - наоборот). Правой рукой введите коникотом через кожу и коническую связку в просвет трахеи. Выньте проводник.

У детей до 8 лет, если размер коникотома больше диаметра трахеи, то применяется пункционная коникотомия. Зафиксируйте щитовидный хрящ пальцами левой руки (для левшей - наоборот). Правой рукой введите иглу через кожу и коническую связку в просвет трахеи. Для увеличения дыхательного потока можно последовательно вставить несколько игл.

1. Если пациент не начал дышать самостоятельно, сделайте пробный вдох ИВЛ через трубку коникотома или иглу. В случае восстановления проходимости дыхательных путей, зафиксируйте трубку коникотома или иглу пластырем.

2. Если дыхательные пути остаются непроходимы это свидетельствует о том, что инородное тело находится ниже места выполнения коникотомии и следует предпринять попытку продвижения инородного тела в правый главный бронх.

3. Для этого, необходимо уложить пациента на спину, под плечи подложите валик, голова запрокинута. Через отверстие, выполненное в процессе коникотомии, введите длинный тонкий с тупым концом инструмент и осторожно продвигайте его вниз на длину, соответствующую расстоянию от места выполнения коникотомии до яремной вырезки плюс 2 см.

4. После выполнения любой из манипуляций контролируйте восстановление проходимости дыхательных путей, либо по появлению самостоятельного дыхания, либо по возможности - проведения ИВЛ.

5. При восстановлении самостоятельного дыхания или применении ИВЛ обязательна оксигенотерапия (60-100 % кислород, в зависимости от степени дыхательной недостаточности). Если дыхательная недостаточность выраженная и длительная, то процент кислорода должен быть большим во вдыхаемой смеси.

Всех детей с ИТДП обязательно госпитализируют в стационар, где есть реанимационное отделение и отделение торакальной хирургии или пульмонологическое отделение и где можно выполнить бронхоскопию.

ИНОРОДНОЕ ТЕЛО ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ
(продолжение)

102. ПРОТОКОЛ: МЕНИНГОКОККОВАЯ ИНФЕКЦИЯ

Для генерализованной формы менингококковой инфекции менингококцемии характерен ИТШ, хотя он встречается и при других инфекционных заболеваниях. В анамнезе у больных ИТШ часто встречается перенесенное за 2-3 недели до этого инфекционное заболевание (ОРВИ) или прививка. Продромальный период короткий, в пределах суток, протекает по типу ОРВИ. Родители ребенка обращают внимание на высокую темпуратуру тела, которая поддается терапии. Но через 6-10 часов повышается вновь и на этом фоне обращает на себя внимание бледность кожных покровов, серый колорит ногтевых лож и вялость ребенка. В этот период может появляться единичная полиморфная сыпь. Через короткое время (в течение 1 часа) появляется уже типичная для менингококцемии петехиальная геморрагическая сыпь и экхимозы, которые имеют тенденцию к увеличению и слиянию.

Следует отметить, что вплоть до развития терминального состояния (декомпенсация по 2 и более системам) ребенок может сохранять сознание, что часто вводит врача в заблуждение относительно тяжести состояния. ИТШ начинается там, где нарушается перфузия тканей. Степень ИТШ определяют по уровню АД.

Степень шока	**Уровень АД в мм рт. ст.**
I	Нормальное или повышено
II	70-90
III	40-70
IV	Ниже 40 или не определяется

103. ПРОТОКОЛ:Терапия инфекционно-токсического шока:

1. Доступ к вене;
2. Гидрокортизон в/в, если нет гидрокортизона - преднизолон. Доза гормонов зависит от степени шока:

   I степень – 8-10 мг/кг по преднизолону;
   II степень – 10-12 мг/кг по преднизолону;
   III степень – 12-15 мг/кг по преднизолону;
   IV степень – 15-16 мг/кг по преднизолону.

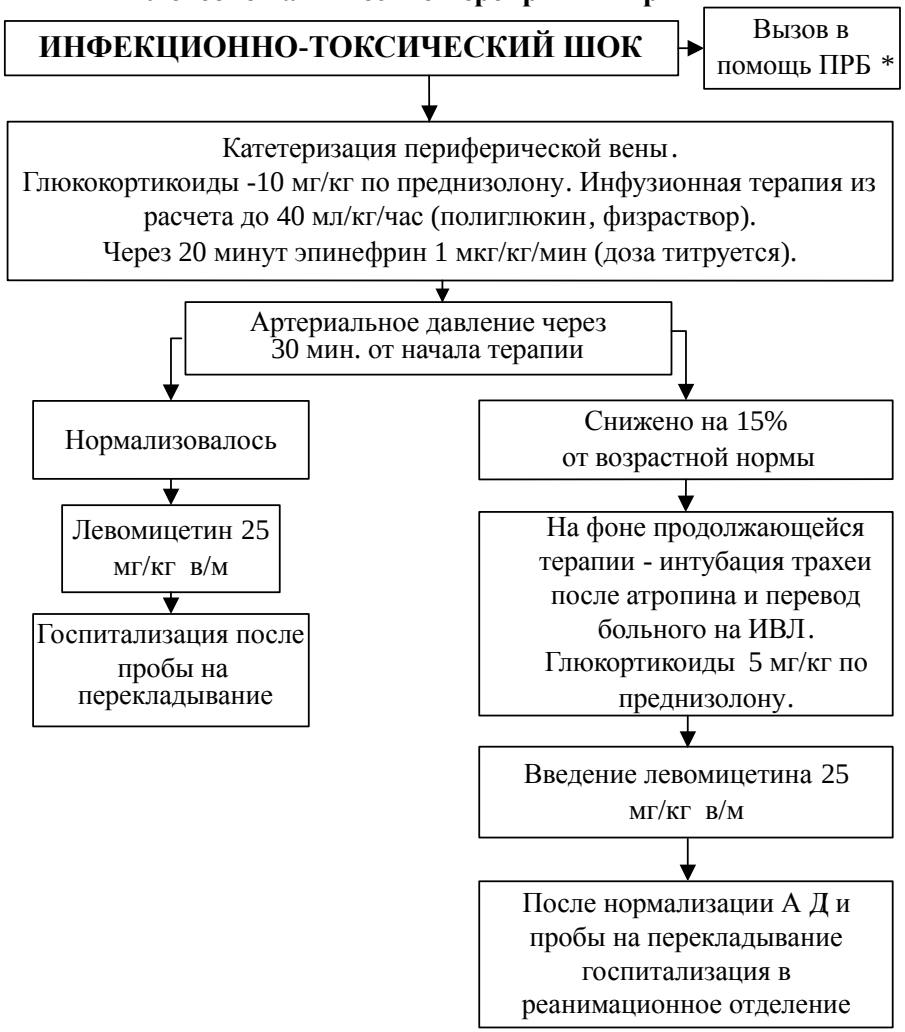
3. Инфузионную терапию начинают с плазмозамещающих растворов из расчета 30-40 мл/кг час. Следует помнить, что инфузионную терапию следует проводить под контролем АД через каждые 10 минут. Если А/Д стабилизировалось, то скорость инфузии можно снизить до 15 мл/кг час. Если в течение часа не удается поднять и стабилизировать А/Д, то ребенка переводят на ИВЛ.
4. Если на фоне инфузионной терапии в течение 30-40 минут не удается поднять и стабилизировать А/Д, то необходимо подключить вазопрессоры (адреноагонисты). Доза адреноагонистов титруется, но не должна превышать для адреналина 1 мкг/кг/мин, для мезатона 40 мкг/кг/мин., для допамина 20 мкг/кг/мин.
5. При нестабильной гемодинамике рекомендуется ощелачивающая терапия.

Больной транспортабелен только при условии стабильной гемодинамики и после пробы на перекладывание.

Если в клинике менингококковой инфекции ведущими клиническими симптомами являются: нарушения сознания, судороги, лихорадка, менингеальные симптомы, то это означает, что у больного ведущим является менингоэнцефалит – другая генерализованная форма менингококковой инфекции. Терапия – доступ к вене, симптоматическая инфузионная в режиме дегидратации + лазикс

Госпитализация.

Лечебно-тактические мероприятия при ИТШ



* ПРБ – Педиатрическая реанимационная бригада

104. ПРОТОКОЛ: ОСТРЫЕ КИШЕЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ (ОКИ)

К состояниям, требующим неотложной терапии при острых кишечных инфекциях (ОКИ), относятся:

1. Лихорадка — повышение температуры тела выше 39°С, сопровождающееся нарушениями гемодинамики и ЦНС. Неотложная помощь проводится по двум направлениям — медикаментозная терапия и физические методы (см. лихорадка).

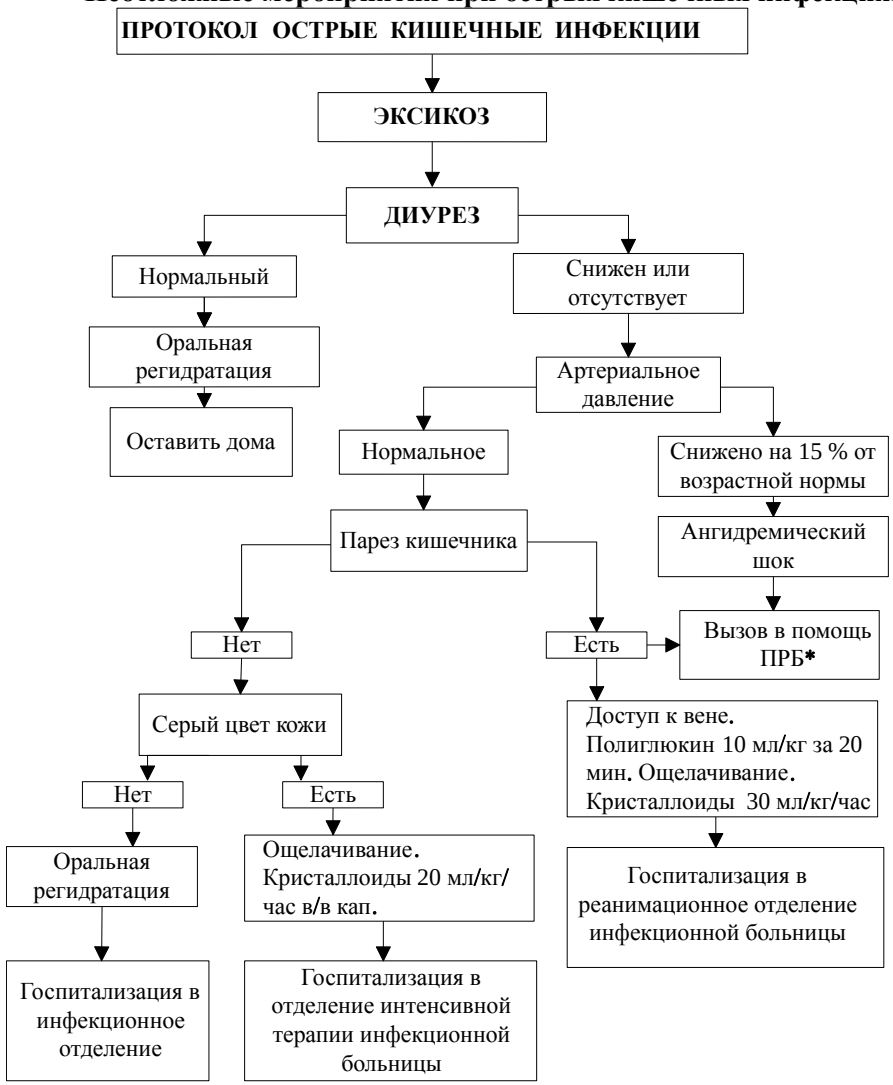
Вследствие возрастных особенностей дегидратационный шок при ОКИ развивается раньше и чаще, чем проявления инфекционно-токсический (ИТШ).

2. Дегидратационный шок (эксикоз).Неотложная терапия определяется типом (табл. 3) и степенью эксикоза (табл. 4).

Таблица 1. Клинические признаки различных типов дегидратации (эксикоза)

Показатели (система, орган)	Тип дегидратации		
	вододефицитный	изотонический	соледефицитный
Температура тела	Гипертермия	Субфебрильная	Нормальная или гипотермия
Кожа	Теплая, эластичность снижена	Сухая, холодная	Дряблая, цианотичная
Слизистые оболочки	Очень сухие, апекшиеся	Сухие	Покрыты вязкой слизью
Мышцы	Без изменений	Тестообразные	Низкий тонус
Дыхание	Гипервентиляция	Без особенностей	Медленное дыхание, в легких влажные хрипы
Артериальное давление	Часто нормальное	Снижено или повышено	Низкое
Желудочно-Кишечный тракт	Частый жидкий стул, редкая рвота	Жидкий стул, изредка рвота	Рвота частая обильная, стул водянистый, парез кишечника
Нервная система	Общее беспокойство, возбуждение	Вялость, сонливость	Судороги, сопор, кома

Неотложные мероприятия при острых кишечных инфекциях



* ПРБ – Педиатрическая реанимационная бригада

ОСТРЫЕ КИШЕЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ (продолжение)

Табл. 4. Клинические признаки эксикоза различной степени тяжести

Признаки	Степень эксикоза		
	I	II	III
Потеря массы тела	До 5%	5-10%	Более 10 %
Стул	Нечастый (4-6 раз в сутки)	До 10 раз в сутки	Частый (более 10 раз в сутки) водянистый
Рвота	Однократная	Повторная (3-4 раза в сутки)	Многократная
Жажда	Умеренная	Резко выраженная	Отказ от питья
Тургор тканей	Сохранен	Снижен, складка не расправляется более 1 с	Снижен, складка не расправляется более 2 с.
Слизистые оболочки	Влажные или слегка суховаты	Суховаты	Сухие, яркие
Цианоз	Отсутствует	Умеренный	Резко выраженный
Большой родничок	Норма	Слегка запавший	Втянутый -
Глазные яблоки	Норма	Мягкие	Западают
Голос	Норма	Ослаблен	Часто афония
Тоны сердца	Громкие	Слегка приглушены	Глухие
Тахикардия	Отсутствует	Умеренная	Выраженная
Диурез	Сохранен	Снижен	Значительно снижен

Неотложная помощь:

1. Пероральная регидратационная терапия

Проводится при эксикозе I—II степени с использованием глюкозо-солевых растворов (регидрон, цитроглюкосолан, оралит, гастролит) в 2 этапа.

1-й этап (первые 6 ч от начала лечения): При I степени эксикоза — 50-80 мл/кг за 6 ч, при II степени — 100 мл/кг за 6 ч.

2-й этап (поддерживающая терапия, адекватная продолжающимся потерям).

Средний объем жидкости — 80-100 мл/кг в сутки до прекращения потерь.

Регидратация проводится дробно: по $^1/_2$ чайной-1 столовой ложке каждые 5-10 мин.

Глюкозо-солевые растворы следует сочетать с бессолевыми (чай, вода, рисовый отвар, отвар шиповника, каротиновая смесь) в соотношении:

- 1:1— при изотоническом типе;
- 2:1 — при соледефицитном типе;
- 1:2 — при вододефицитном типе эксикоза.

2. Показания для парентеральной регидратации:

- Эксикоз II–III степени.
- Сочетание с ИТШ.
- Олигурия или анурия, не исчезающие в ходе пероральной регидратации.
- Неукротимая рвота.
- Нарастание объема стула во время проведения пероральной регидратации.
- Сохранение клинических признаков обезвоживания на фоне пероральной регидратации.

Для парентеральной регидратации используют кристаллоидные растворы, подогретые до 38-39 °С (солевые растворы: лактасоль, трисоль, квартасоль, хлосоль, ацесоль, раствор Рингера), и 5-10 % раствор глюкозы в соотношении 1: 3 при вододефицитном, 2:1 — при соледефицитном, 1:1— при изотоническом типе эксикоза.

105. ПРОТОКОЛ: БОЛЬ В ЖИВОТЕ

Боли в животе – одна из наиболее частых жалоб, с которой обращаются дети или их родители к врачам различных специальностей. Жалоба на боли в животе может исходить только от ребенка определенного возраста. У детей первых лет жизни о наличии болевых ощущений свидетельствуют плач, беспокойство, ребенок сучит ножками. За этим могут «скрываться» около 100 хирургических заболеваний, многие из которых требуют экстренной специализированной помощи.

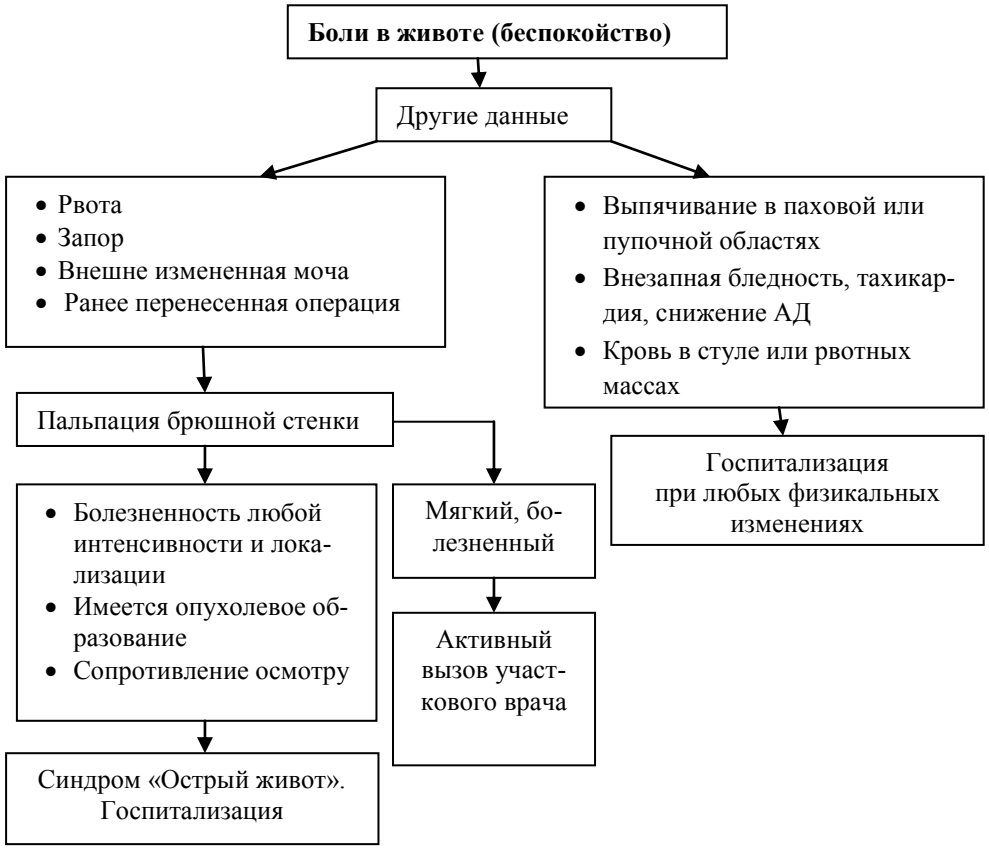
В условиях врача скорой медицинской помощи, приемлемой следует признать такую тактику, при которой по минимальному количеству анамнестических, общих и местных признаков выявляются дети с подозрением на острую хирургическую патологию органов брюшной полости. Все они объединяются в группу с собирательным диагнозом «острый живот».

Заболевания у детей с подобным диагнозом обусловлены развитием трех патологических процессов:

1. Острым воспалением одного или нескольких органов брюшной полости;
2. Непроходимостью различных отделов пищеварительного тракта (ЖКТ);
3. Кровотечением в брюшную полость или в просвет ЖКТ

С учетом того, что возможности врача догоспитального этапа ограничены временем, условиями осмотра, недостаточным опытом выявления специальных симптомов, а нередко и поведением пациента, можно рекомендовать схему, упрощающую поиск синдрома «острого живота». В ней учтены трудности догоспитального этапа, представлены наиболее частые сочетания симптомов, таящих в себе опасность хирургической патологии, определена врачебная тактика.

Врачебная тактика при болях в животе



При пальпации следует обратить внимание на локальную болезненность передней брюшной стенки, напряжение мышц и симптомы раздражения брюшины. Врач догоспитального этапа может отказаться от консультации хирурга только в одном случае - когда все названные симптомы не выявляются при спокойном поведении ребенка.

ЧАСТЬ III. ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ТАКТИЧЕСКИХ РЕШЕНИЙ ПРИ ОКАЗАНИИ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Тактика скорой медицинской помощи – средства и методы, применяемые выездными бригадами скорой медицинской помощи для своевременного и эффективного оказания экстренной медицинской помощи.

От того, насколько правильно выбрано тактическое решение на догоспитальном этапе, нередко зависит исход заболевания.

Тактика общения с пациентом и его окружением**.**

Первый контакт с человеком, встречающим бригаду скорой медицинской помощи (СМП), чрезвычайно важен по следующим причинам:

1. Часто по поведению и высказываниям встречающего можно определить, что ожидает бригаду скорой медицинской помощи на вызове, и подготовиться к необходимым действиям. Например, взять с собой носилки; или – найти старшего по работе в очаге массового поражения; или – немедленно связаться со старшим дежурным врачом «03»; или – вызвать милицию и пр.
2. Если встречающий раздражен длительным ожиданием бригады СМП, следует предложить встречающему отложить разговор на время после оказания помощи пациенту. В любом случае со встречающим врач должен поздороваться первым.
3. Не следует идти к пациенту впереди встречающего, поскольку Вы заранее не знаете обстановку на вызове. Бывают случаи, когда встречающий умалчивает о возможной агрессии со стороны пациента.

Если на месте вызова пациента окружают люди, независимо от их поведения нужно вежливо попросить их пропустить Вас к пациенту. Ни в коем случае не следует отвечать на возможные упреки окружающих. Это поможет разрядить обстановку.

В условиях, когда агрессивное поведение окружающих с самого начала может вылиться в нападение на бригаду скорой медицинской помощи, необходимо удалиться от них, сообщить об этом в оперативный отдел «03», и, при необходимости, вызвать милицию.

Помимо людей, на месте вызова могут находиться животные. Всегда необходимо помнить, что их поведение непредсказуемо. Не пытайтесь заигрывать с домашними животными. Во-первых, опыт показывает, что такие заигрывания могут закончиться печально для медицинского работника. Во-вторых, больной и окружающие справедливо расценить Ваше поведение как невнимание к человеческому страданию.

Спокойствие, доброжелательность, отзывчивость, внимание при первом контакте с окружением пациента облегчают выполнение вызова.

Тактика врача при обследовании пациента.

Ниже представлена схема действий бригады СМП при первом контакте с пациентом, находящимся в сознании.

ПРОТОКОЛ: ТАКТИКА ПЕРВОГО КОНТАКТА С ПАЦИЕНТОМ, НАХОДЯЩИМСЯ В СОЗНАНИИ.

Схема 1.

Врачу скорой медицинской помощи в любом случае необходимо начинать с оценки общего состояния больного, и определить очередность диагностических и лечебных мероприятий.

Если по прибытии к месту вызова обнаруживается, что состояние больного тяжелое (крайне тяжелое), то в большинстве случаев сначала необходимо оказать соответствующую помощь, и лишь затем продолжить обследование.

Если условия позволяют, будет грубой ошибкой не провести детальное обследование пациента. Тактика врача СМП представлена на схеме 2.

Даже если нельзя поставить точный диагноз заболевания или повреждения, правильная оценка состояния больного позволит принять соответствующее решение. Состояние больного либо удовлетворительное, либо тяжелое, но никогда – «*относительно удовлетворительное*». Тяжесть состояния оценивают по степени (средней тяжести, тяжелое, крайне тяжелое).

На тяжесть состояния указывают:

- Анамнестические данные. Пример: если больной жалуется на характерные боли в области сердца, то его состояние нельзя расценить, как удовлетворительное, несмотря на отсутствие явных нарушений дыхания, кровообращения и патологических изменений электрокардиограммы.
- Нарушение или отсутствие сознания.
- Бледность, цианоз, «мраморность» кожи, интенсивное потоотделение, кровоизлияния в кожу и подкожную клетчатку, снижение тургора.
- Отек либо крепитация подкожной клетчатки.
- Нарушения дыхания: апноэ, брадипноэ, тахипноэ, стенотическое дыхание
- Любые нарушения кровообращения.
- Подозрение на внутреннее кровотечение.
- очаговые и оболочечные симптомы поражения ЦНС.
- Сочетание каких бы то ни было из перечисленных признаков.
- Наличие тяжелых механических, химических, термических повреждений.

Вопросы выбора лечебных мероприятий излагаются в разделах, посвященных частной патологии. Ниже излагаются лишь тактические подходы к назначению лекарств:

При назначении лекарств необходимо:

- Обязательно спросить у больного, какое лекарство ему помогает при обострении его заболевания, если он болен не впервые.
- По возможности выяснить, переносит ли больной лекарство, которое Вы собираетесь ему назначить.
- Знать наизусть основное и побочное действие лекарств, имеющихся на оснащении бригад скорой медицинской помощи, показания и противопоказания к их применению.

- Использовать в первую очередь то лекарство, положительные и отрицательные стороны которого Вам хорошо известны и по литературе, и из Вашей практики.
- Быть готовым к необходимости купировать нежелательные побочные эффекты от назначенного Вами лекарства.

107 протокол: ДЕЙСТВИЯ ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ ПАЦИЕНТА.

Схема 218

Принятие решения о дальнейшем лечении.

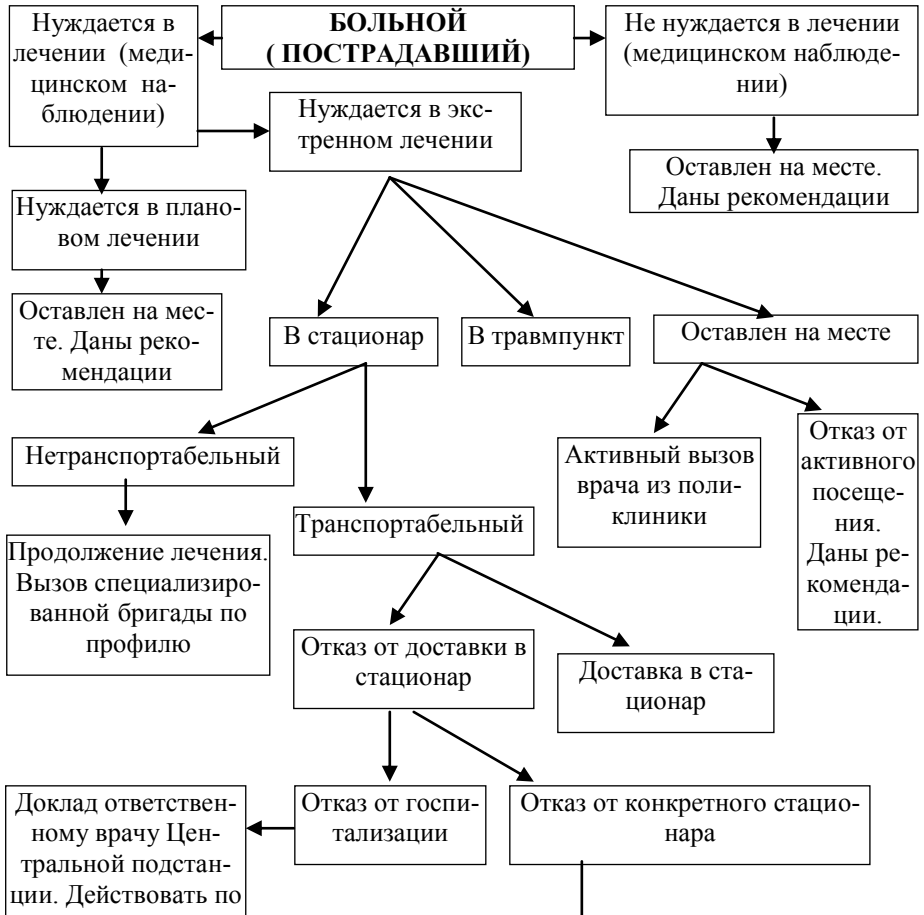
После оказания необходимой помощи нужно решить (схема 3):

- Нуждается ли пациент в дальнейшем медицинском наблюдении или лечении;
- Если да, то, в каком – амбулаторном, стационарном, плановом или экстренном.

219

108 протокол: ПРИНЯТИЕ РЕШЕНИЯ О ДАЛЬНЕЙШЕМ ЛЕЧЕНИИ.

Схема 3.



Летальные исходы до прибытия и в присутствии бригады скорой медицинской помощи.

109 протокол: ТАКТИКА ВРАЧА В СЛУЧАЕ СМЕРТИ ПАЦИЕНТА

Схема 4.

О транспортировке больных.

Основные принципы транспортировки больных сводятся к следующим положениям:

1. Необходимо определить транспортабельность больного исходя из оценки его состояния на момент осмотра врачом скорой медицинской помощи.
2. Важно выбрать способ переноски больного (на руках, на стуле, на носилках, лежа, в сидячем или полусидячем положении, с приподнятыми нижними конечностями и т.д.) – по соответствующим показаниям (схема 4). Существуют различные типы носилок для переноски больных в различных ситуациях.
3. После принятия решения о транспортировке больного предварительно нужно изучить путь переноски больного. Ни в коем случае не пытайтесь транспортировать тяжелобольного в лифте.
4. Перед транспортировкой больному должна быть оказана необходимая помощь. При наличии болевого синдрома транспортировка больного должна предваряться обезболиванием.
5. В пути следования врач должен находиться рядом с больным и контролировать его состояние. При ухудшении состояния – незамедлительно приступить к оказанию помощи, а если понадобится, то и вызвать в помощь специализированную бригаду, известив оперативный отдел о своем маршруте следования в стационар.

6. Предупредить по рации стационар о доставке тяжелобольного.
7. В сопроводительном листе обязательно указать способ транспортировки больного.

В карте вызова необходим штамп приемного отделения больницы с отметкой времени доставки больного и подписью дежурного врача (медсестры).

111 протокол: ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ТРАНСПОРТИРОВКИ БОЛЬНЫХ

Схема 5.

Взаимодействие с лечебно-профилактическими и другими учреждениями. Вызов специализированной бригады.

Вызов в помощь специализированной бригады осуществляется главным образом по следующим причинам: 223

Трудности в диагностике.

Тяжесть состояния пациента требует специализированной помощи. Необходимо обратить внимание на следующие обстоятельства. В случае, если тяжесть состояния пациента обусловлена внутренним кровотечением при заболевании или травме, и Вам нужна помощь, необходимо везти пациента в стационар, попросив диспетчера оперативного отдела «03» направить Вам навстречу специализированную бригаду;

Неправильное поведение пациента (при отсутствии у него соматического заболевания) требует срочного медицинского вмешательства в интересах окружающих и самого пациента. В этом случае нужно по телефону проконсультироваться с врачом-психиатром Центральной подстанции и вызвать в помощь психиатрическую бригаду.

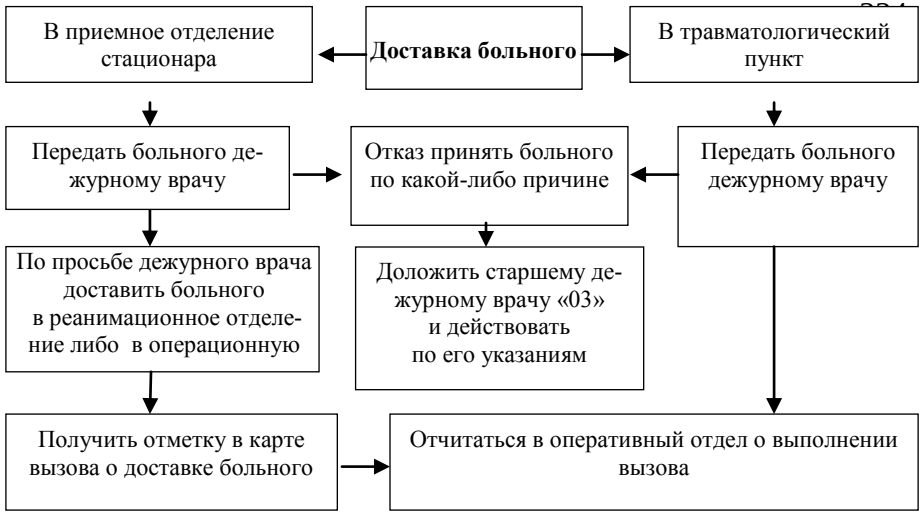
Если Вы передаете больного другой бригаде, то должны сообщить все, что о нем знаете, а также какую помощь Вы успели ему оказать.

Свои особенности имеет сопровождение больного при его перевозке из одного лечебно-профилактического учреждения в другое. Прежде всего необходимо осмотреть больного независимо от того, что рассказывает о нем врач. Определяется транспортабельность больного, способ транспортировки и планируется необходимая помощь до и во время транспортировки (схема 7).

При перевозке больного из одного в другое лечебно-профилактическое учреждение врач скорой медицинской помощи обязан заполнить сопроводительный лист и получить отметку в карте вызова о доставке больного.

111 протокол: ТАКТИКА ВЫЕЗДНОЙ БРИГАДЫ ПРИ ДОСТАВКЕ БОЛЬНЫХ В ЛПУ

Схема 6.



ТАКТИКА ВЫЕЗДНОЙ БРИГАДЫ ПРИ ПЕРЕВОЗКЕ БОЛЬНЫХ ИЗ ЛПУ

Схема 7.

Тактика при катастрофах и массовых несчастных случаях с большим числом пострадавших.

112 протокол: АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЙ СТАРШЕГО ВРАЧА (ФЕЛЬДШЕРА) СМП В ОЧАГЕ ЧС

Схема 8.

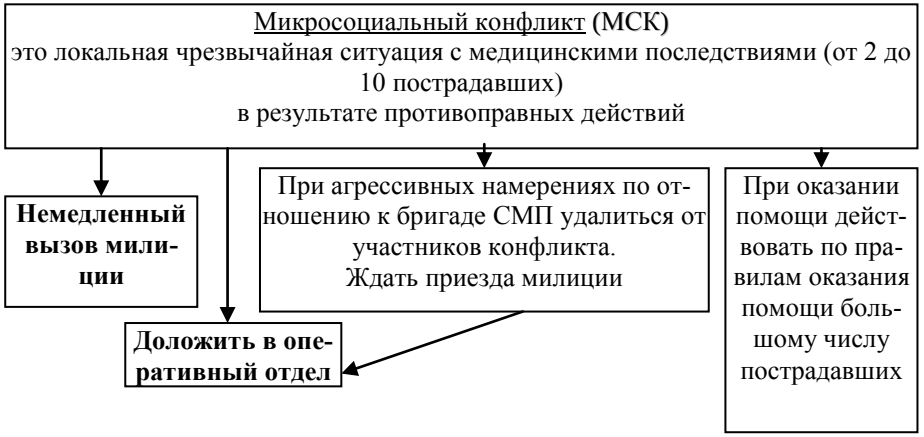
По прибытии врача спецбригады, назначенного старшим врачом очага, ***передать ему руководство*** *на любом из этапов выше указанной схемы, доложить о проведенных мероприятиях и поступить в его распоряжение.*

Тактика при микросоциальных конфликтах.

Микросоциальный конфликт – это локальная чрезвычайная ситуация с медицинскими последствиями (от 2 до 10 пострадавших) в результате противоправных действий участников конфликта. Чаще всего у пострадавших в р тате микросоциального конфликта бывают ножевые ранения, второе ме нимают побои, и далее – огнестрельные ранения и взрывные травмы.

113 протокол: ТАКТИКА ПРИ МИКРОСОЦИАЛЬНЫХ КОНФЛИКТАХ.

Схема 9.



Особенности работы при микросоциальном конфликте:

- Значительная частота множественных и сочетанных травм, а также комбинированных поражений, осложняющихся шоком и кровопотерей.
- Наличие двух и более пострадавших с нестабильным психоэмоциональным фоном.
- Отсутствие безопасных условий работы персонала скорой помощи.

Предупреждения персоналу выездных бригад:
Первое – не пренебрегайте немедленным вызовом милиции.
Второе – опасайтесь своими действиями спровоцировать агрессию участников конфликта.
Третье – если обстановка позволяет приступить к оказанию помощи, поступайте так, как следует действовать при оказании помощи большому числу пострадавших.
И главное – не забывайте доложить о ситуации в оперативный отдел и, если требуется, попросить о помощи.

В связи с тем, что скорая медицинская помощь все чаще требуется при массовых несчастных случаях (дорожно-транспортные происшествия, микросоциальные конфликты и пр.), становится ясно, что требуется совершенствование организации работы с тяжелопострадавшими.

В частности, особенности сочетанных повреждений придают особую актуальность вопросам эффективной организации медицинской помощи при них. Фундаментальным принципом организации помощи при сочетанной травме явилось представление о ней, как о специализированном виде помощи. В его основе лежат закономерности патофизиологических проявлений травматической болезни в целом и ее острого периода. Прежде всего речь идет об особой тяжести сочетанных повреждений и скоротечности развития патологических изменений при них вплоть до нарушения витальных функций. Эти закономерности определили очевидные с клинической и трудно реализуемые с организационной точки зрения требования: с одной стороны - минимизация времени от момента травмы до начала противошоковых мероприятий в полном объеме в условиях стационара, а с другой - максимальный объем противошоковой помощи на самых ранних этапах ее оказания (догоспитальном). Реализация вышеназванных требований возможна лишь в результате:

1. организации специализированных бригад скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе;
2. создания специализированных травматологических центров;
3. формирования сквозных алгоритмов и стандартов оказания медицинской помощи пострадавшим на всех ее этапах.

Литература:

1. Рекомендации по оказанию скорой медицинской помощи в Российской Федерации / Под ред. А.Г. Мирошниченко, В.В. Руксина – 2-е издание – СПб: Невский диалект; БХВ-Петербург, 2004. – 224 с.: ил.

2. Дорожно-транспортный травматизм: Алгоритмы и стандарты оказания скорой медицинской помощи пострадавшим вследствие ДТП (догоспитальный этап) / Под ред. С.Ф. Багненко, В.В. Стожарова, А.Г. Мирошниченко – СПб: Невский диалект; БХВ-Петербург, 2006. – 320 с.: ил.

3. Руководство по скорой медицинской помощи // Под ред. С.Ф. Багненко, А.Л. Верткина, А.Г. Мирошниченко, М.Ш. Шубутия – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 816 с.

4. Скорая медицинская помощь: краткое руководство / Под ред. А.Г.Мирошниченко, В.В. Руксина, В.М. Шайтор – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 320 с.

5. Справочник врача скорой и неотложной медицинской помощи // Под ред. С.Ф. Багненко, И.Н. Ершовой – СПб.: Политехника, 2007. – 484 с.: ил.

6. Руководство для врачей скорой помощи //А.Г. В.А. Михайловича, Мирошниченко – 4-е издание, перераб. и доп. – СПб.: Изд. дом СПбМАПО, 2007. – 808 с.: ил.