

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ
оказания скорой медицинской помощи взрослому населению

ГЛАВА 1
ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Протоколы оказания скорой медицинской помощи – это перечень своевременных, последовательных, минимально достаточных диагностических и лечебных мероприятий, применяемых на догоспитальном этапе в типичной клинической ситуации.

Скорая медицинская помощь – вид медицинской помощи, оказываемой больным и пострадавшим по жизненным показаниям при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства, и осуществляется безотлагательно государственной службой скорой медицинской помощи, как на месте происшествия, так и по пути следования.

Основными принципами организации службы скорой медицинской помощи являются доступность населению этого вида медицинской помощи, оперативность в работе и своевременность прибытия бригад к больным и пострадавшим, полнота оказываемой медицинской помощи, обеспечение беспрепятственной госпитализации в соответствующие профильные организации здравоохранения, а также преемственность в работе со стационарными и амбулаторно-поликлиническими организациями здравоохранения.

Скорая медицинская помощь оказывается согласно утвержденным протоколам скорой медицинской помощи. Правильное тактическое решение обеспечивает доставку больного или пострадавшего в профильное лечебное учреждение после оказания оптимального объема медицинской помощи в кратчайшие сроки, тем самым, предупреждая развитие опасных для жизни осложнений.

Доставке в стационарные организации здравоохранения подлежат все больные и пострадавшие с явными признаками угрожающих жизни состояний и угрозой развития опасных для жизни осложнений, при невозможности исключения патологических процессов и осложнений, требующих стационарного режима, диагностических и лечебных мероприятий, а также больные, представляющие опасность для окружающих по инфекционно-эпидемическим и психиатрическим показаниям, внезапно

заболевшие и пострадавшие из общественных мест или повторно обратившиеся за скорой медицинской помощью в течение суток.

Доставке в травматологические пункты подлежат пострадавшие при отсутствии признаков угрожающих жизни состояний, прогноза их развития и с сохраненной полностью или частично способностью к самостоятельному передвижению, не требующие проведения срочных стационарных диагностических и лечебных мероприятий.

При выполнении вызова к больным и пострадавшим с криминальной травмой, агрессивным больным с алкогольным или наркотическим опьянением, когда возникает угроза жизни и здоровью больного или пострадавшего, а также при социальной опасности самого больного (пострадавшего), бригада скорой медицинской помощи обязана обратиться за помощью и содействием в выполнении лечебно-тактического решения в органы внутренних дел в соответствии с установленным порядком.

При оказании медицинской помощи и доставке в стационары больных и пострадавших, находящихся под следствием, судом или отбывающих наказание, обязательным условием выполнения вызова, а также приема и передачи документов и ценностей больных (пострадавших) с участием бригады скорой медицинской помощи является сопровождение их работниками органов внутренних дел.

Больные, поступающие в состоянии, угрожающем жизни, госпитализируются непосредственно в реанимационные отделения, минуя приемные отделения.

Порядок удостоверения приема больного или пострадавшего в стационаре предусматривает роспись дежурного врача (фельдшера, медсестры) приемного отделения в карте вызова бригады скорой медицинской помощи с указанием даты и времени приема пациента и подтверждение этой подписи штампом приемного отделения стационара.

При отказе больного или пострадавшего от медицинского вмешательства или госпитализации ему, либо сопровождающим лицам (супругу, при его отсутствии – близким родственникам, а если это касается ребенка, то родителям), медицинским работником скорой медицинской помощи в доступной форме должны быть разъяснены возможные последствия отказа.

Отказ больного или пострадавшего от медицинского вмешательства, а также от госпитализации с указанием возможных последствий оформляется записью в медицинской документации и подписывается пациентом, либо лицами, указанными выше, а также медицинским работником.

Если больного не удалось убедить в необходимости госпитализации, врач скорой медицинской помощи:

при угрожающем жизни состоянии пострадавших, связанных с тяжелой травмой, острой кровопотерей, отравлением, острым психозом, вызывает работников милиции для решения вопроса о госпитализации;

при угрожающем жизни состоянии, связанном с болезнью, сообщает о необходимости госпитализации и об отказе пациента от доставки в стационар старшему врачу оперативного отдела или администрации станции скорой медицинской помощи, которые решают вопрос о необходимости повторного выезда к больному;

передает активный вызов в амбулаторно – поликлиническую организацию.

ГЛАВА 2 ВНЕЗАПНАЯ СМЕРТЬ

1. Диагностические критерии остановки кровообращения (клинической смерти):

утрата сознания;

отсутствие пульсации на крупных артериях (сонные, бедренные);

отсутствие или патологический (агональный) тип дыхания;

расширение зрачков, установка их в центральном положении.

2. Причины остановки сердца:

2.1. Заболевания сердца:

ишемическая болезнь сердца (далее-ИБС);

острая обструкция кровообращения;

синдром малого выброса;

кардиомиопатии;

миокардит;

травма и тампонада сердца;

прямая кардиостимуляция.

2.2. Циркуляторные причины:

гиповолемия;

напряженный пневмоторакс;

воздушная эмболия или тромбоэмболия лёгочной артерии (далее-ТЭЛА);

вагальные рефлексy.

2.3. Респираторные причины:

гипоксия (часто вызывает асистолию);

гиперкапния.

2.4. Метаболические нарушения:

дисбаланс калия;

острая гиперкальциемия;

гиперкатехоламинемия;
гипотермия.

2.5. Лекарственные воздействия:
прямое фармакологическое действие;
вторичные эффекты.

2.6. Другие причины:
утопление;
электротравма.

3. Механизмы внезапной смерти:

3.1. фибрилляция желудочков (в 80% случаев), асистолия или электромеханическая диссоциация. Фибрилляция желудочков развивается постепенно, симптомы появляются последовательно: исчезновение пульса на сонных артериях, потеря сознания, однократное тоническое сокращение скелетных мышц, нарушение и остановка дыхания. Реакция на своевременную сердечно-легочную реанимацию положительная, на прекращение сердечно-легочной реанимации – быстрая отрицательная;

3.2. электромеханическая диссоциация при массивной тромбоэмболии легочной артерии развивается внезапно (часто в момент физического напряжения) и проявляется прекращением дыхания, отсутствием сознания и пульса на сонных артериях, резким цианозом верхней половины тела, набуханием шейных вен; при разрыве миокарда и тампонаде сердца развивается внезапно, обычно на фоне затянувшегося, рецидивирующего ангинозного приступа. Признаки эффективности сердечно-легочной реанимации отсутствуют. В нижележащих частях тела быстро появляются гипостатические пятна.

В пользу остановки кровообращения, не связанной с фибрилляцией желудочков, говорят данные об утоплении, инородном теле в дыхательных путях, повешении.

4. Сердечно-легочная реанимация (далее – СЛР).

4.1. Констатация состояния клинической смерти.

4.2. Прекардиальный удар.

4.3. Обеспечить проходимость дыхательных путей:
прием Сафара (разгибание головы, выведение нижней челюсти);
очистить полость рта и ротоглотки от инородных тел, при необходимости – прием Хеймлиха;
интубация трахеи;
крикотиреотомия при неустраняемой блокаде верхних дыхательных путей.

5. Искусственная вентиляция лёгких (далее – ИВЛ):

рот в рот;
мешком Амбу;

мешком Амбу через эндотрахеальную трубку воздушно-кислородной смесью.

6. **Закрытый массаж сердца (далее – ЗМС):**

пациент лежит на твердой ровной поверхности;

компрессия средней трети грудины;

руки реаниматора прямые, расположены вертикально;

помогать массажу массой своего тела;

частота компрессий у взрослых 80-100 в минуту;

прекращать массаж только для осуществления вдоха;

немного задерживать массажные движения в положении максимальной компрессии.

7. **Соотношение между ИВЛ и ЗМС:**

один реаниматор – 2:15 (2 вдоха – 15 компрессий);

два и более реаниматора 1:4 (1 вдох – 4 компрессии).

8. **Обеспечить постоянный венозный доступ.**

9. **Введение эпинефрина 1 мл 0,18% раствора в/в или эндотрахеально на 10 мл 0,9% раствора натрия хлорида.**

10. **Запись электрокардиограммы (далее – ЭКГ) и/или кардиомониторинг.**

11. **Дифференцированная терапия.**

11.1. **Фибрилляция желудочков (далее-ФЖ):**

немедленное проведение электроимпульсной терапии (далее – ЭИТ) (согласно пункту 16 главы 3);

при невозможности немедленной ЭИТ – нанести прекардиальный удар и начать СЛР, как можно быстрее обеспечить возможность проведения ЭИТ;

при неэффективности ЭИТ или асистолии вводить 1 мл 0,18% раствора эпинефрина в 10 мл 0,9% раствора натрия хлорида в магистральную вену (если вены были катетеризированы до проведения реанимационных мероприятий) или в периферическую вену (через длинный катетер, достигающий крупной вены), или внутрисердечно с последующей ЭИТ. Введение эпинефрина можно повторять каждые 3-5 минут;

при сохранении или рецидивировании ФЖ после вышеперечисленных мероприятий – лидокаин внутривенно (далее-в/в) медленно 120 мг (6 мл 2% раствора) с последующим капельным введением (200-400 мг на 200 мл 0,9% раствора натрия хлорида - 30-40 капель в минуту) или амиодарон по схеме: медленно в дозе 300 мг (5 мг/кг) (5% - 6 мл на 5% глюкозе) в течение 20 минут, затем в/в капельно из расчета до 1000-1200 мг/сут;

при отсутствии эффекта – ЭИТ повторно после введения лидокаина 0,5-0,75 мг/кг (2% - 2-3 мл) в/в медленно, или на фоне введения магния сульфата 2 г (20% раствор 10 мл) в/в медленно;

при отсутствии эффекта – ЭИТ повторно после введения лидокаина 0,5-0,75 мг/кг (2% - 2-3 мл) в/в медленно;

при ацидозе или затянувшейся реанимации (более 8-9 минут) - 8,4 % раствор натрия гидрокарбоната в/в по 20 мл;

Прерывать СЛР не более чем на 10 секунд для введения лекарств или дефибрилляции.

Чередовать введение лекарств и дефибрилляцию.

11.2. Электромеханическая диссоциация (далее – ЭМД):

исключить или лечить причину (гиповолемия, гипоксия, тампонада сердца, напряженный пневмоторакс, передозировка медикаментов, ацидоз, гипотермия, ТЭЛА), диагностика и немедленные действия – согласно соответствующим главам;

при передозировке антагонистов кальция, при гиперкалиемии, гипокальциемии вводить 10% раствор кальция хлорида 10 мл в/в (препараты кальция противопоказаны при отравлении сердечными гликозидами).

11.3. Асистолия:

продолжить СЛР;

вводить 1 мл 0,18% раствора эпинефрина повторно в/в через 3-4 минуты;

вводить атропин по 1 мг (0,1% раствор – 1 мл) в/в на 10 мл 0,9% раствора натрия хлорида через 3-5 минут (до получения эффекта или общей дозы 0,04 мг/кг);

вводить натрия гидрокарбонат 8,4 % раствор по 20 мл в/в при ацидозе или затянувшейся реанимации (более 8-9 минут);

вводить 10 % раствор кальция хлорида 10 мл в/в при гиперкалиемии, гипокальциемии, передозировке кальциевых блокаторов;

проводить наружную или внутреннюю кардиостимуляцию.

Продолжать мероприятия СЛР не менее 30 минут, постоянно оценивая состояние пациента (кардиомониторинг, величина зрачков, пульсация крупных артерий, экскурсия грудной клетки).

Прекращение реанимационных мероприятий осуществляется при отсутствии признаков сердечной деятельности на ЭКГ, на фоне использования всех возможных мер в течение не менее 30 минут в условиях нормотермии.

Отказ от реанимационных мероприятий возможен в случае, если с момента остановки кровообращения прошло не менее 10 минут, при признаках биологической смерти, в терминальной стадии длительно протекающих неизлечимых заболеваний (документированных в амбулаторной карте), заболеваниях центральной нервной системы (далее – ЦНС) с поражением интеллекта, травме несовместимой с жизнью.

Транспортировка больного в отделение интенсивной терапии осуществляется после восстановления эффективности сердечной деятельности. Основным критерий – устойчивый сердечный ритм с достаточной частотой, сопровождающийся пульсом на крупных артериях.

12. При восстановлении сердечной деятельности:

больного не экстубировать;

продолжение ИВЛ дыхательным аппаратом при неадекватном дыхании;

поддержание адекватного кровообращения – 200 мг допамина (5-10 мкг/кг/мин) в/в капельно в 400 мл 5% раствора глюкозы, 0,9% раствора хлорида натрия;

для защиты коры головного мозга, с целью седации и купирования судорог – диазепам 5-10 мг (1-2 мл 0,5% раствора) в/в или внутримышечно (далее-в/м).

13. Особенности проведения СЛР.

Все лекарственные средства во время сердечно-легочной реанимации необходимо вводить в/в быстро. Вслед за вводимыми препаратами для их доставки до центрального кровообращения должны вводиться 20-30 мл 0,9% раствора натрия хлорида.

При отсутствии доступа к вене эпинефрин, атропин, лидокаин (увеличив рекомендуемую дозу в 1,5-3 раза) вводить в трахею (через интубационную трубку или перстне-щитовидную мембрану) в 10 мл 0,9% раствора натрия хлорида.

Антиаритмические препараты: лидокаин в указанной выше дозе или амиодарон в дозе 300 мг (6 мл 5 % раствора) в/в рекомендуется вводить после 9-12 разрядов дефибриллятора на фоне введения эпинефрина.

Внутрисердечные инъекции (тонкой иглой, при строгом соблюдении техники) допустимы только в исключительных случаях, при невозможности использовать другие пути введения лекарственных средств (у детей противопоказаны).

Натрия гидрокарбонат по 1 ммоль/кг массы тела в/в, затем по 0,5 ммоль/кг каждые 5-10 минут применять при длительной сердечно-легочной реанимации (спустя 7-8 минут после ее начала), при гиперкалиемии, ацидозе, передозировке трициклических антидепрессантов, гипоксическом лактоацидозе (обязательна адекватная ИВЛ).

Препараты кальция не улучшают прогноз и оказывают повреждающее действие на миокард, поэтому применение кальция хлорида (в дозе 2-4 мг/кг в/в струйно) ограничено ситуациями точно установленных: гиперкалиемии, гипокальциемии, интоксикации блокаторами кальциевых каналов.

При асистолии или электромеханической диссоциации возможности терапии ограничены. После интубации трахеи и введении каждые 3 минуты эпинефрина 1,8 мг (0,18% раствор - 1 мл) и атропина по 1 мг (0,1% раствор – 1 мл) в/в на 10 мл 0,9% раствора натрия хлорида (до получения эффекта или общей дозы 0,04 мг/кг), если причина не может быть устранена, решить вопрос о прекращении реанимационных мероприятий с учетом времени, прошедшего от начала остановки кровообращения (30 минут).

ГЛАВА 3 НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ В КАРДИОЛОГИИ

14. Тахиаритмии.

14.1. Наджелудочковые тахиаритмии.

14.1.1. Синусовая тахикардия требует неотложного лечения, только если служит причиной возникновения стенокардии, нарастания сердечной недостаточности (далее-СН), артериальной гипотензии. Препараты первой линии – бета-адреноблокаторы. Недигидропиридиновые антагонисты калия (верапамил) назначать в случаях, когда бета-адреноблокаторы противопоказаны. Следует помнить, что чрезмерное подавление рефлекторной (при гиповолемии, анемии) или компенсаторной (при дисфункции левого желудочка (далее - ЛЖ)) тахикардии может вести к резкому снижению артериального давления (далее – АД) и усугублению сердечной недостаточности. В таких случаях следует осторожно подходить к обоснованию назначения и подбору дозы препаратов.

Алгоритм оказания помощи при чрезмерной синусовой тахикардии: пропранолол 2,5-5 мг в/в медленно (0,1% - 2,5 - 5 мл на 0,9% растворе хлорида натрия) или верапамил 5-10 мг в/в медленно (0,25% - 2 – 4 мл на 0,9% растворе хлорида натрия) под контролем АД.

14.1.2. При пароксизме наджелудочковой тахикардии с узкими комплексами QRS (предсердная – фокусная или реципрокная, атриовентрикулярная (далее-АВ) узловая – фокусная или реципрокная, АВ ортодромная реципрокная при наличии дополнительного соединения) независимо от механизма нарушения сердечного ритма, лечение следует начинать с вагусных приемов – при этом может наблюдаться прерывание тахикардии или изменение АВ проведения с замедлением ЧСС и улучшением гемодинамики.

Алгоритм оказания помощи:

при гемодинамически нестабильной тахикардии – ЭИТ;

при относительно стабильной гемодинамике независимо от вида тахикардии проводится:

массаж каротидного синуса (или другие вагусные приемы);
 при отсутствии эффекта, через 2 минуты – верапамил 2,5-5 мг в/в (0,25% - 1 – 2 мл на 0,9% растворе натрия хлорида) под контролем АД;
 при отсутствии эффекта, через 15 минут – верапамил 5-10 мг в/в (0,25% - 2 – 4 мл на 0,9% растворе натрия хлорида) под контролем АД
 или сразу начинать с прокаинамида 500-1000 мг в/в (10% - 5 – 10 мл на 0,9% растворе хлорида натрия) со скоростью 50-100 мг/мин под контролем АД (возможно введение в одном шприце фенилэфрина 1% раствор 0,1-0,3-0,5 мл).

14.1.3. Тахикардия с широкими комплексами, когда неясна природа расширения комплекса.

Алгоритм оказания неотложной помощи при пароксизме тахикардии с широкими комплексами неуточненного генеза:

14.1.3.1. при стабильной гемодинамике:

вводить лидокаин 1-1,5 мг/кг (2% - 5-6 мл) и каждые 5 минут по 0,5-0,75 мг/кг (2% - 2-3 мл) в/в медленно до эффекта или общей дозы 3 мг/кг;

при отсутствии эффекта - прокаинамид 500-1000 мг в/в (10% - 5 – 10 мл на 0,9% растворе хлорида натрия) со скоростью 50-100 мг в минуту под контролем АД (возможно введение в одном шприце фенилэфрина 1% раствор 0,1-0,3-0,5 мл), на фоне введения препаратов калия (10 мл 4% раствора калия хлорида, 10 мл раствора калия и магния аспартата);

при отсутствии эффекта – ЭИТ.

14.1.3.2. при нестабильной гемодинамике проводится немедленно ЭИТ.

Сердечные гликозиды, бета-адреноблокаторы, недигидропиридиновые антагонисты калия у пациентов с неустановленной природой расширения комплекса QRS противопоказаны. В случае нестабильной гемодинамики показано экстренное проведение ЭИТ.

В случае, когда при пароксизмах с широкими QRS комплексами доказана их суправентрикулярная природа, тактика лечения зависит от причины расширения комплекса QRS. При пароксизме суправентрикулярной тахикардии с блокадой ножек пучка Гиса тактика лечения не отличается от суправентрикулярной тахикардии с узкими QRS комплексами. Если причина расширения комплекса QRS точно установить не удастся, препаратами первой линии являются прокаинамид, амиодарон. При сочетании тахикардии со снижением функции ЛЖ препаратом выбора становится амиодарон.

14.1.4. При пароксизме антидромной реципрокной АВ тахикардии при синдроме WPW (с широкими комплексами QRS) препаратом выбора является прокаинамид. Учитывая риск развития внезапной смерти, электрическая кардиоверсия показана даже при стабильной гемодинамике в

случае неэффективности антиаритмической терапии либо как альтернатива медикаментозной терапии.

Алгоритм оказания помощи:

вводить прокаинамид 500-1000 мг в/в (10% - 5 – 10 мл на 0,9% растворе хлорида натрия) со скоростью 50-100 мг/мин под контролем АД (возможно совместное введение с фенилэфрином 1% раствор 0,1-0,3-0,5 мл);

при отсутствии эффекта – ЭИТ.

14.1.5. При пароксизме наджелудочковой тахикардии на фоне синдрома слабости синусового узла все антиаритмические препараты следует назначать с особой осторожностью. При усугублении синусовой брадикардии - имплантация временного или постоянного электрокардиостимулятора (далее-ЭКС).

Для снижения частоты сокращений желудочков и попытки восстановления ритма помощь оказывать в соответствии со следующим алгоритмом:

вводить дигоксин 0,25 мг (0,025% - 1 мл на 10 – 20 мл 0,9% раствора хлорида натрия) в/в медленно или верапамил 2,5-5 мг (0,25% - 1 – 2 мл на 0,9% растворе натрия хлорида) в/в под контролем АД;

при отсутствии эффекта, или при нарастании недостаточности кровообращения – ЭИТ.

14.1.6. При пароксизме фибрилляции предсердий фармакологическая или электрическая кардиоверсия по неотложным показаниям показана пациентам с нестабильной гемодинамикой. Немедленная электрическая кардиоверсия пациентам с пароксизмом фибрилляции предсердий, не отвечающей на попытки фармакологического лечения в течение длительного времени при наличии вышеперечисленной симптоматики. При длительности фибрилляции предсердий более 72 часов или наличии других противопоказаний к восстановлению ритма показана стабилизация гемодинамики за счет контроля частоты сердечных сокращений (далее – ЧСС) и плановое восстановление ритма.

Фармакологическая или электрическая кардиоверсия гемодинамически стабильным пациентам показана при повторных пароксизмах с уставленным эффективным методом восстановления ритма при пароксизмах длительностью менее двух суток. Препараты 1 класса (прокаинамид) не назначать пациентам с выраженной левожелудочковой недостаточностью. Пациентам после инфаркта миокарда препараты первого класса назначать в сочетании с бета-адреноблокаторами.

Алгоритм оказания неотложной помощи:

вводить прокаинамид 500-1000 мг в/в (10% - 5 – 10 мл на 0,9% растворе хлорида натрия) со скоростью 50-100 мг/мин под контролем АД

(возможно введение в одном шприце 1% раствора фенилэфрина 0,1-0,3-0,5 мл), на фоне введения препаратов калия (10 мл 4% калия хлорида, 10 мл раствора калия и магния аспартата);

вводить амиодарон по схеме: в/в струйно медленно в дозе 300 мг (5 мг/кг) (5% - 6 мл в/в капельно на 200 мл 5% глюкозы) в течение 20 минут, затем в/в капельно из расчета до 1000-1200 мг/сут, или дигоксин 0,25 мг (0,025% - 1 мл на 10 – 20 мл на 0,9% растворе хлорида натрия) с 10 мл раствора калия и магния аспартата в/в медленно;

при отсутствии эффекта, нарастании нарушения кровообращения – ЭИТ (согласно пункту 16 главы 3).

Для снижения частоты желудочковых сокращений:

вводить дигоксин 0,25 мг (0,025% - 1 мл на 10 – 20 мл на 0,9 % растворе натрия хлорида) в/в медленно, или верапамил 10 мг (0,25% – 4 мл на 0,9 % растворе натрия хлорида) в/в медленно, или пропранолол 5 мг (0,1% - 5 мл на 0,9 % растворе натрия хлорида) в/в медленно (или 40-80 мг сублингвально) под контролем АД.

14.1.7. При пароксизме фибрилляции предсердий на фоне синдрома WPW препаратами выбора становятся антиаритмики 1 класса. Препараты 1 класса (прокаинамид) не назначать пациентам со сниженной функцией левого желудочка. Противопоказано введение дигоксина, недигидропиридиновых антагонистов калия, бета - адреноблокаторов.

Алгоритм оказания неотложной помощи:

проводить ЭИТ, или вводить прокаинамид 500-1000 мг в/в (10% - 5 – 10 мл на 0,9 % растворе хлорида натрия) со скоростью 50-100 мг/мин под контролем АД (возможно введение в одном шприце фенилэфрина 1% раствор 0,1-0,3-0,5 мл), на фоне введения препаратов калия (10 мл 4% калия хлорида, 10 мл раствора калия и магния аспартата);

проводить ЭИТ при дестабилизации гемодинамики.

Сердечные гликозиды, антагонисты кальция, бета-адреноблокаторы противопоказаны.

14.1.8. При пароксизме трепетания предсердий для восстановления сердечного ритма может быть использована ЭИТ, учащающая стимуляция или медикаментозная терапия. В случаях, когда экстренное восстановление ритма невозможно или не показано, необходимо обеспечить контроль ЧСС.

Алгоритм оказания неотложной помощи при пароксизме трепетания предсердий:

для восстановления синусового ритма – проводить ЭИТ;

при невозможности немедленной ЭИТ – вводить прокаинамид 500-1000 мг в/в (10% - 5 – 10 мл на 0,9 % растворе натрия хлорида) со скоро-

стью 50-100 мг/мин под контролем АД (возможно введение в одном шприце 1% раствора фенилэфрина 0,1-0,3-0,5 мл);

при отсутствии эффекта – вводить амиодарон по схеме: медленно в дозе 300 мг (5 мг/кг) (5% - 6 мл на 5% глюкозе) в течение 20 минут, затем в/в капельно из расчета до 1000-1200 мг/сут;

для снижения частоты желудочковых сокращений: вводить дигоксин 0,25 мг (0,025% - 1 мл на 10 – 20 мл 0,9% натрия хлорида) в/в медленно, или верапамил 10 мг (0,25% – 4 мл на 0,9% растворе натрия хлорида) в/в медленно, или пропранолол 5 мг (0,1% - 5 мл на 0,9 % растворе натрия хлорида) в/в медленно под контролем АД.

14.2. Желудочковые тахиаритмии.

При остановке кровообращения (фибрилляция желудочков и асистолия) в случае невозможности ЭКГ диагностики типа остановки сердечной деятельности проведения СЛР согласно главе 2.

14.2.1. Пароксизм устойчивая желудочковая тахиаритмия.

При нестабильной гемодинамике – немедленное проведение ЭИТ.

При неэффективности ЭИТ последовательно увеличивают энергию разряда на фоне непрерывной СЛР. На фоне повторных дефибрилляций вводят лидокаин. Повторные дефибрилляции проводят через 30-60 секунд после введения препарата с мощностью разряда 360 джоулей (далее-ДЖ) по схеме:

Препарат, далее дефибрилляция, далее препарат, далее дефибрилляция.

При стабильной гемодинамике возможно медикаментозное восстановление ритма.

Алгоритм оказания неотложной помощи при пароксизме ЖТ.

При стабильной гемодинамике:

вводить лидокаин 1-1,5 мг/кг (2% - 5-6 мл) и каждые 5 минут по 0,5-0,75 мг/кг (2% - 2-3 мл) в/в медленно до эффекта или общей дозы 3 мг/кг;

при отсутствии эффекта – прокаинамид 500-1000 мг в/в (10% - 5 – 10 мл на 0,9% растворе натрия хлорида) со скоростью 50-100 мг/мин под контролем АД (возможно введение в одном шприце 1% раствора фенилэфрина 0,1-0,3-0,5 мл), на фоне введения препаратов калия (10 мл 4% раствора калия хлорида, 10 мл раствора калия и магния аспартата);

при отсутствии эффекта – ЭИТ, или магния сульфат 2 г (20% раствор 10 мл) в/в медленно.

При нестабильной гемодинамике:

проведение ЭИТ на фоне постоянной сердечно-легочной реанимации;

при отсутствии эффекта - лидокаин 1-1,5 мг/кг (2% - 5-6 мл) и каждые 5 минут по 0,5-0,75 мг/кг (2% - 2-3 мл) в/в медленно до эффекта или общей дозы 3 мг/кг;

при отсутствии эффекта – ЭИТ повторно после введения лидокаина 0,5-0,75 мг/кг (2% - 2-3 мл) в/в медленно;

при отсутствии - ЭИТ повторно после введения лидокаина 0,5-0,75 мг/кг (2% - 2-3 мл) в/в медленно, или магния сульфат 2 г (20% раствор 10 мл) в/в медленно;

при отсутствии эффекта – ЭИТ повторно после введения лидокаина 0,5-0,75 мг/кг (2% - 2-3 мл) в/в медленно.

14.2.2. При двунаправленной веретенообразной ЖТ:

медленное в/в введение 2 г магния сульфата (20% раствор 10 мл) (при необходимости повторно через 10 минут) или ЭИТ (согласно пункту 16 главы 3).

14.2.3. При фибрилляции (трепетании) желудочков все мероприятия проводятся на фоне непрекращающейся СЛР. СЛР не прерывать более чем на 10 секунд (за исключением момента проведения дефибрилляции). Для профилактики повторных эпизодов трепетания и фибрилляции желудочков после восстановления синусового ритма показано в/в капельное профилактическое введение лидокаина, а при удлинении интервала QT и увеличении его дисперсии необходимо применение магния сульфата 20% раствора 10 мл.

Алгоритм оказания неотложной помощи при фибрилляции (трепетании) желудочков:

немедленное проведение ЭИТ;

при невозможности немедленной ЭИТ – нанести прекардиальный удар и начать СЛР согласно главе 2, как можно быстрее обеспечить возможность проведения ЭИТ;

при отсутствии эффекта ЭИТ или асистолии вводить 1 мл 0,18% раствора эпинефрина в 10 мл 0,9% раствора натрия хлорида в магистральную вену (если вены были катетеризированы до проведения реанимационных мероприятий) или в периферическую вену (через длинный катетер, достигающий крупной вены), или внутрисердечно с последующей ЭИТ (согласно пункту 16 главы 3). Введение эпинефрина можно повторять каждые 3-5 минут.

При сохранении или рецидивировании фибрилляции (трепетании) желудочков после вышеперечисленных мероприятий – лидокаин в/в медленно 120 мг (6 мл 2% раствора) с последующим капельным введением (200-400 мг на 200 мл 0,9% раствора натрия хлорида);

при отсутствии эффекта – ЭИТ повторно, после введения лидокаина 0,5-0,75 мг/кг (2% - 2-3 мл) в/в медленно или на фоне введения магния сульфата 2 г в/в (20% раствор 10 мл) медленно;

при отсутствии эффекта – ЭИТ повторно после введения лидокаина 0,5-0,75 мг/кг (2% - 2-3 мл) в/в медленно.

14.2.4. При пароксизмальной тахикардии неясного генеза с широкими комплексами QRS (если нет показаний к ЭИТ) лечение начинать, исходя из предположения о наличии желудочковой тахикардии как более опасного для жизни пациента. При отсутствии эффекта, дестабилизации гемодинамики проводить ЭИТ по неотложным показаниям.

Алгоритм оказания неотложной помощи:

вводить лидокаин 1-1,5 мг/кг (2% - 5-6 мл) и каждые 5 минут по 0,5-0,75 мг/кг (2% - 2-3 мл) в/в медленно на 0,9% растворе натрия хлорида до эффекта или общей дозы 3 мг/кг;

при отсутствии эффекта – ЭИТ, или прокаинамид 500-1000 мг в/в (10% - 5 – 10 мл на 0,9% растворе хлорида натрия) со скоростью 50-100 мг/мин под контролем АД (возможно введение в одном шприце 1% раствор фенилэфрина 0,1-0,3-0,5 мл), на фоне введения препаратов калия (10 мл 4% раствора калия хлорида, 10 мл раствора калия и магния аспартата);

при отсутствии эффекта - ЭИТ.

15. Брадиаритмии.

15.1. Диагностика.

Выраженная брадикардия – 40 и менее ударов в 1 минуту при наличии клинических проявлений (гипотензия, головокружение, предобморочные состояния, одышка, синкопальные состояния, приступы Морганьи—Адамса—Стокса (далее-МАС)).

Дифференциальная диагностика – по ЭКГ.

Различают синусовую брадикардию, синоатриальную (далее-СА) блокаду II—III степени, остановку синусового узла, атриовентрикулярную (далее-АВ) - блокаду II—III степени. При этом могут наблюдаться периоды асистолии или медленные (замещающие) сокращения и ритмы из АВ-соединения или идиовентрикулярный ритм. При имплантированном ЭКС эффективность стимуляции оценивают в покое, при изменении положения тела и при нагрузке.

15.2. Неотложная помощь (интенсивная терапия) необходима при появлении обмороков, МАС, артериальной гипотензии, ангинозной боли, острой сердечной недостаточности, нарастании желудочковых аритмий.

15.2.1. При остановке кровообращения (фибрилляция желудочков и асистолия) - проведения СЛР согласно главе 2;

15.2.2. Синусовая брадикардия.

Алгоритм оказания неотложной помощи:

уложить больного с приподнятыми под углом нижними конечностями;

вводить атропин через 3-5-минут по 1 мг (1% - 1 мл) в/в на 10 мл 0,9% раствора натрия хлорида (до ликвидации брадиаритмии или общей дозы 0,04 мг/кг) с повторным введением начальной дозы при ее эффективности через 4—6 часов;

немедленная чрескожная временная электрокардиостимуляция;
кислородотерапия;

при невозможности временной ЭКС и отсутствии эффекта от терапии по жизненным показаниям может быть использовано в/в капельное введение 1 мл 0,18% раствора эпинефрина со скоростью 2—10 мкг/мин под контролем АД, ЧСС и ЭКГ в 200 мл 0,9% раствора натрия хлорида.

15.2.3. АВ блокада 1-2 степени.

Чреспищеводная ЭКС часто оказывается неэффективной в связи с тем, что в этом случае осуществляется преимущественно стимуляция предсердий и лишь в редких случаях при глубоком расположении пищевого электрода удается добиться стимуляции желудочков. Поэтому временная ЭКС должна быть чрескожной или эндокардиальной.

Алгоритм оказания неотложной помощи:

уложить больного с приподнятыми под углом нижними конечностями;

вводить атропин через 3-5-минут по 1 мг (1% - 1 мл) в/в на 10 мл 0,9% раствора натрия хлорида (до ликвидации брадиаритмии или общей дозы 0,04 мг/кг) с повторным введением начальной дозы при ее эффективности через 4 - 6 часов;

немедленная чрескожная временная ЭКС;
кислородотерапия;

при невозможности временной ЭКС и отсутствии эффекта от терапии по жизненным показаниям может быть использовано в/в капельное введение 1 мл 0,18% раствора эпинефрина со скоростью 2 - 10 мкг/мин под контролем АД, ЧСС и ЭКГ в 200 мл 0,9% раствора натрия хлорида.

15.2.4. Полная АВ блокада (3 степени).

В связи с тем, что атропин практически не влияет на миокард желудочков, его применение на фоне полной АВ блокады не показано. Чреспищеводная ЭКС часто оказывается неэффективной в связи с тем, что в этом случае осуществляется преимущественно стимуляция предсердий и лишь в редких случаях при глубоком расположении пищевого электрода удается добиться стимуляции желудочков. Поэтому временная ЭКС должна быть чрескожной или эндокардиальной.

Алгоритм оказания неотложной помощи:

уложить больного с приподнятыми под углом нижними конечностями;

немедленная чрескожная временная ЭКС;

оксигенотерапия;

при невозможности временной ЭКС и отсутствии эффекта от терапии по жизненным показаниям может быть использовано в/в капельное введение 1 мл 0,18% раствора эpineфрина со скоростью 2—10 мкг/мин под контролем АД, ЧСС и ЭКГ в 200 мл 0,9% раствора хлорида натрия.

15.2.5. Асистолия желудочков.

Алгоритм оказания неотложной помощи:

СЛР проводить согласно главе 2 (непрямой массаж сердца и ИВЛ);

вводить 1 мл 0,18% раствора эpineфрина в 10 мл 0,9% раствора натрия хлорида в магистральную вену (если вены были катетеризированы до проведения реанимационных мероприятий) или в периферическую вену (через длинный катетер, достигающий крупной вены), или внутрисердечно с последующей ЭИТ (согласно пункту 16 главы 3);

при сохранении асистолии - немедленная чрескожная, чреспищеводная временная ЭКС;

атропин 1 мг (1% - 1 мл) в/в на 10 мл 0,9% раствора натрия хлорида.

Введение эpineфрина можно повторять каждые 3-5 минут.

16. Методика проведения ЭИТ:

оксигенотерапия;

проводить премедикацию:

фентанил 0,05 мг (0,005% раствор 1 мл) в/в, или тримеперидин 10 мг (2% раствор 0,5 мл) в/в, при отеке легких – морфин 1 мг (1% раствор 1 мл) подкожно (далее-п/к);

при исходном угнетении дыхания - метамизол 1 г (50% - 2мл) в/в;

при сохранении сознания - медикаментозный сон: диазепам 5 мг в/в (0,5% раствор 1 мл) и по 2 мг каждые 1-2 минуты до засыпания;

ЭКГ контроль сердечного ритма;

ЭИТ:

при трепетании предсердий, наджелудочковой тахикардии – начинать с 50 Дж, при отсутствии эффекта – увеличить мощность разряда в 2 раза;

при фибрилляции предсердий, моноформной желудочковой тахикардии – со 100 Дж, при отсутствии эффекта – увеличить мощность разряда в 2 раза;

при полиформной желудочковой, фибрилляции желудочков – с 200 Дж (из расчета 3 Дж/кг для взрослых и 2 Дж/кг для детей), при отсутствии эффекта – увеличить мощность разряда в 2 раза;

максимально допустимая мощность разряда для взрослых - 360 Дж (5 Дж/кг), у детей при повторных кардиоверсиях использовать разряд мощностью 2 Дж/кг.

Во время проведения ЭИТ:

использовать хорошо смоченные прокладки или гель;

в момент нанесения разряда с силой прижать электроды к грудной клетке;

наносить разряд в момент выдоха, соблюдая правила техники безопасности;

при отсутствии эффекта повторить ЭИТ, удвоив энергию разряда;

при отсутствии эффекта повторить ЭИТ разрядом максимальной энергии;

при отсутствии эффекта ввести в/в препарат, показанный при данной аритмии и повторить ЭИТ разрядом максимальной энергии.

17. Острый инфаркт миокарда.

Алгоритм оказания неотложной помощи:

сублингвально глицерил тринитрат по 0,5 мг, повторно каждые 7-10 минут или изосорбид динитрат 0,1% 10 мл на 200 мл 0,9% раствора хлорида натрия в/в (или аэрозоль);

внутрь ацетилсалициловая кислота 250-325 мг (разжевать);

при выраженном болевом синдроме в/в дробно ввести морфин 10 мг (1 мл 1% раствора), разведенный в 10 мл 0,9% раствора натрия хлорида, вводить медленно по 3-5 мг с 5- минутными интервалами до полного устранения болевого синдрома (при передозировке наркотических препаратов в качестве антидота ввести налоксон 1-2 мл 0,5% раствора в/в);

при выраженном болевом синдроме, сопровождающимся возбуждением, артериальной гипертензией - нейролептаналгезия: 1-2 мл 0,005% раствора фентанила в сочетании с 1-2 мл 0,25% раствора дроперидола в/в на 10 мл 0,9% раствора натрия хлорида или 1 мл 0,01% раствора клонидина в/в медленно;

в случае резистентного болевого синдрома или непереносимости препаратов НЛА использовать средства для наркоза (закись азота, оксибутират натрия 20% раствор 10-20 мл (50 – 70 мг/кг) в/в медленно).

Тромболизис на догоспитальном этапе оправдан только в тех случаях, если он проводится в полном объеме (1500000 МЕ стрептокиназы в течение 30 минут в/в капельно), если время транспортировки больного в стационар составляет более 30 минут и транспортировка осуществляется в стационар, не проводящий интервенционные кардиохирургические вмешательства.

При отсутствии показаний к тромболитической терапии - в/в болюсно ввести 5000 ЕД гепарина.

Оксигенотерапия.

При рецидивирующем или повторном инфаркте миокарда повторное применение стрептокиназы не допускается в сроки от 6 дней до 6 месяцев (опасность анафилактического шока).

18. Острая левожелудочковая недостаточность (сердечная астма, отек легких).

Алгоритм оказания неотложной помощи:

18.1. при нормальном артериальном давлении:

усадить больного с опущенными ногами;

сублингвально глицерил тринитрат по 0,5 мг (или аэрозоль) повторно или однократно;

вводить в/в дробно морфин по 3 мг (по 0,3 мл 1% раствора) до эффекта или общей дозы 10 мг (1 мл 1% раствора);

вводить фуросемид 40-80 мг (1% раствора 4-8 мл) в/в;

вводить глицерил тринитрат в/в (до 10 мг в 100 мл 0,9% раствора натрия хлорида капельно, увеличивать скорость введения с 25 мкг/мин до эффекта под контролем артериального давления);

оксигенотерапия 100% кислородом с пеногасителем (этиловый спирт 70%);

при пароксизмальных тахикардиях (ЧСС более 150 ударов в минуту) с выраженной гипотензией и брадикардиях (ЧСС менее 50 ударов в минуту) с выраженными гемодинамическими расстройствами - ЭКС.

18.2. при артериальной гипертензии:

усадить больного с опущенными ногами;

сублингвально глицерил тринитрат 0,5 мг (или аэрозоль) и в/в (до 10 мг в 100 мл 0,9% раствора натрия хлорида в/в капельно, увеличивать скорость введения с 25 мкг/мин до эффекта под контролем артериального давления);

вводить морфин по 3 мг в/в дробно (по 0,3 мл 1% раствора) до эффекта или общей дозы 10 мг (1 мл 1% раствора);

вводить фуросемид 40-80 мг (4-8 мл 1% раствора) в/в;

при сохранении артериальной гипертензии (систолическое АД больше 160 мм рт. ст.) - 1 мл 2,5 % раствора гексаметония бензосульфата в 20 мл 0,9% раствора натрия хлорида в/в струйно медленно под контролем АД после каждых 2 мл раствора;

оксигенотерапия 100% кислородом с пеногасителем (этиловый спирт 70%);

при пароксизмальных тахикардиях (ЧСС более 150 ударов в минуту) с выраженной гипотензией и брадикардиях (ЧСС менее 50 ударов в минуту) с выраженными гемодинамическими расстройствами - ЭКС.

18.3. при артериальной гипотензии (систолическое АД менее 90 мм рт. ст.):

уложить больного, приподняв изголовье;

кислородотерапия 100% кислородом с пеногасителем (этиловый спирт 70%);

при пароксизмальных тахикардиях (ЧСС более 150 ударов в минуту) с выраженной гипотензией и брадикардиях (ЧСС менее 50 ударов в минуту) с выраженными гемодинамическими расстройствами – ЭКС;

вводить допамин 200 – 400 мг в 200-400 мл 0,9% раствора натрия хлорида или 5% раствора глюкозы в/в капельно. Постепенно увеличивать скорость вливания с 5 мкг/кг/мин до стабилизации артериального давления на минимально возможном уровне;

вводить фуросемид 40 мг (4 мл 1% раствора) в/в после стабилизации АД;

глицерил тринитрат дополнительно, если повышение артериального давления сопровождается усилением отека легких, в/в капельно (до 10 мг в 100 мл 0,9% раствора натрия хлорида) до эффекта под контролем артериального давления;

госпитализировать после стабилизации состояния: отсутствии влажных хрипов и нормализации АД.

Под минимально возможным уровнем артериального давления следует понимать систолическое давление около 90 мм рт. ст. в сочетании с клиническими признаками улучшения перфузии органов и тканей. Если повышение артериального давления сопровождается усилением отека легких – дополнительно глицерил тринитрат в/в капельно (до 10 мг в 100 мл 0,9% раствора натрия хлорида) до эффекта под контролем артериального давления.

аминофиллин (2,4% раствор) показан как вспомогательное средство при выраженной брадикардии (согласно пункту 15 главы 3) или сопутствующем бронхоспазме. Сердечные гликозиды показаны только при фибрилляции (трепетании) предсердий и при отсутствии инфаркта миокарда.

19. Кардиогенный шок.

Неотложную помощь осуществлять по этапам, при неэффективности предыдущего – быстро переходить к следующему:

при отсутствии выраженного застоя в легких: уложить с приподнятыми под углом 20° нижними конечностями (при застое в легких – согласно пункту 18 главы 3);

кислородотерапия 100% кислородом;

вводить при выраженном ангинозном приступе – 1 мл 1 % раствора морфина или 1-2 мл 0,005 % раствора фентанила, или 1 мл 2 % раствора тримеперидина в/в медленно, струйно;

при наджелудочковых и желудочковых тахиаритмиях – лечение согласно пункту 14 главы 3;

при острой брадиаритмии лечение согласно пункту 15 главы 3;

ввести 400 мл декстрана/натрия хлорида или 10% раствора гидроксипропилкрахмала, или 5 % раствора глюкозы в/в капельно;

ввести допамин 200 мг в/в капельно. Увеличивать скорость вливания с 5 мкг/кг/мин до достижения минимально возможного, обеспечивающего перфузию, уровня артериального давления;

при отсутствии эффекта – дополнительно добутамин 250 мг в 200 мл 0,9% раствора хлорида натрия, начиная с 0,4 мг/мин (8-10 капель в минуту) и доводя скорость введения до 0,8-1 мг/мин, или норэпинефрин 2-4 мг в 400 мл 5 % раствора глюкозы в/в капельно. Повышать скорость инфузии с 4 мкг/мин до достижения минимально возможного обеспечивающего перфузию уровня артериального давления;

госпитализировать после возможной стабилизации состояния.

20. Стенокардия.

20.1. Диагностика.

Приступообразная, сжимающаяся или давящая боль за грудиной на высоте физической нагрузки (при спонтанной стенокардии - в покое), продолжается 5-10 минут (при спонтанной стенокардии - более 20 минут), проходящая при прекращении нагрузки или после приема глицерил тринитрата (нитроглицерина). Боль иррадирует в левое (иногда и в правое) плечо, предплечье, кисть, лопатку, в шею, нижнюю челюсть, надчревную область. При атипичном течении возможна периферическая локализация (от нижней челюсти до надчревной области), эквиваленты боли (труднообъяснимые ощущения, нехватка воздуха), увеличение продолжительности приступа. Изменения на ЭКГ могут отсутствовать. Оценка приступов стенокардии с учетом классов тяжести.

Дифференциальная диагностика.

В большинстве случаев - с нестабильной стенокардией, острым инфарктом миокарда, кардиалгиями.

20.2. Алгоритм оказания неотложной медицинской помощи.

20.2.1. При ангинозном приступе:

усадить больного с опущенными ногами;

сублингвально глицерил тринитрат по 0,5 мг трижды через каждые 3 минуты;

коррекция артериального давления и нарушений сердечного ритма.

20.2.2. При сохраняющемся приступе стенокардии:

регистрация ЭКГ;

вводить в зависимости от выраженности боли, возраста, состояния: фентанил 0,05-0,1 мг (0,005% раствор 1-2 мл) или тримеперидин 10-20 мг (2% раствор 0,5-1 мл), или метамизол 1 г (50% раствор 2 мл) с 2,5-5 мг (0,25% раствор 1-2 мл) дроперидола медленно в/в, или кеторолак 10-30 мг в/в;

при стенокардии напряжения сублингвально пропранолол 40 мг или 5-10 мг в/в (5-10 мл 0,1% раствора);

внутри ацетилсалициловая кислота 0,25-0,325 г (разжевать).

20.2.3. При желудочковых экстрасистолах III-V градаций:

вводить 2% лидокаин 2-4 мл в/в медленно (1-1,5 мг/кг), затем каждые 5 минут по 0,5-0,75 мг/кг до эффекта или суммарной дозы 3 мг/кг. Для продления эффекта - лидокаин до 5 мг/кг в/м.

20.2.4. При нестабильной стенокардии или подозрении на инфаркт миокарда - госпитализировать больного.

Основные опасности и осложнения:

острый инфаркт миокарда;

острые нарушения сердечного ритма или проводимости;

артериальная гипотензия (в том числе лекарственная);

острая сердечная недостаточность;

нарушения дыхания при введении наркотических анальгетиков.

21. Нестабильная стенокардия.

Алгоритм неотложной помощи:

при наличии ангинозной боли – сублингвально однократно глицерил тринитрат 0.5 мг или через каждые 7-10 минут трехкратно;

регистрация ЭКГ;

внутри ацетилсалициловая кислота 250-500 мг (разжевать);

по показаниям ввести изосорбид динитрат 0.1% 10 мл в 200 мл 0,9% раствора натрия хлорида в/в капельно с начальной скоростью 8-10 капель в минуту под контролем АД;

при отсутствии эффекта от глицерил тринитрата - морфин в/в: 10 мг (1 мл 1 % раствора) развести в 10 мл 0,9% раствора натрия хлорида, вводить медленно по 3-5 мг с 5 минутными интервалами до полного устранения болевого синдрома;

при ангинозных болях, сопровождающихся возбуждением, артериальной гипертензией проводить нейролептаналгезию: 1-2 мл 0,005% раствора фентанила в сочетании с 1-2 мл 0,25% раствора дроперидола в/в медленно на 10 мл 0,9% раствора натрия хлорида. Лицам старше 60 лет вместо дроперидола использовать диазепам 2 мл 0.5% раствора в/в медленно на 10 мл 0,9% раствора натрия хлорида;

при нестабильной гемодинамике (АД 70 - 90 мм. рт. ст.) вводить в/в 250 мг добутамина (начальная доза 2 - 5 мкг/кг/мин) или 200 мг допамина в 200-400 мл 0,9% раствора хлорида натрия, 5% раствора глюкозы (начальная доза 2 — 3 мкг/кг/мин) с последующим повышением дозы на 2,5 мкг/кг каждые 15 -30 минут до получения нужного результата или достижения дозы 15 мкг/кг/мин.

При наличии ЭКГ изменений (нестойкий подъем сегмента ST или депрессия сегмента ST, инверсия зубца T) - п/к или в/в вводить болюсом 5000 МЕ гепарина.

Принять меры к устранению факторов, способствующих усугублению ишемии- тахикардии, гипертензии, сердечной недостаточности, нарушений ритма сердца.

Срочная госпитализация.

22. Гипертонические кризы.

Гипертонический криз (далее - ГК) - повышение артериального давления (АД), сопровождающееся появлением или значительным усугублением клинической симптоматики, свидетельствующей о повреждении органов-мишеней.

Дифференцированный подход к лечению ГК зависит от типа криза, его тяжести и осложнений.

22.1. Криз первого типа.

Алгоритм неотложной помощи:

диазепам 0,5% -1-2 мл в/в или дроперидол 0,25% -1-2 мл в/в если криз возник на фоне эмоционального напряжения или стресса;

при выраженной тахикардии - пропранолол 20-60 мг сублингвально; вводить бендазол 1% 3-5 мл в/в (по показаниям).

Диуретики при кризе первого типа не вводить, особенно парентерально, так как часто больные находятся в состоянии гиповолемии, которая обусловлена обильным диурезом, индуцированным повышением АД.

22.2. Кризы второго типа.

Алгоритм неотложной помощи:

сублингвально или внутрь каптоприл 12,5 -25 мг или клонидин 0,01% - 1мл в/в;

вводить магния сульфат 5-20 мл 20% раствора в/в (по показаниям);

вводить фуросемид 40-100 мг (1% раствор 4-10 мл) в/в.

22.3. Особенности купирования ГК при осложнениях.

22.3.1. Острая левожелудочковая недостаточность (на фоне ГК требует быстрого снижения АД):

сублингвально глицерил тринитрат 0,4-0,5 мг и быстро наладить в/в капельное введение раствора глицерил тринитрата 100 мкг/мин в 100мл 0,9% раствора хлорида натрия;

вводить фуросемид 40-100 мг (1% раствор 4-10 мл) в/в; оксигенотерапия.

22.3.2. ГК, осложненный геморрагическим инсультом или субарахноидальным кровоизлиянием (АД снижать на 10%-15% от исходного под постоянным контролем состояния больного) - неотложная помощь согласно пункту 51 главы 6.

22.3.3. ГК, осложненный расслоением аорты (АД снижать достаточно быстро - на 25% от исходного в течение 5-10 минут, а затем в течение часа до максимально низкого переносимого АД):

вводить пропранолол 2-5 мг в/в капельно (2-5 мл 0,1% раствора в 200 мл 0,9% раствора хлорида натрия) или глицерил тринитрат в/в до 10 мг в 100 мл 0,9% раствора натрия хлорида капельно, увеличивать скорость введения с 25 мкг/мин до эффекта под контролем артериального давления.

Таблица 1

Препараты, применяемые при неосложненных гипертонических кризах

Лекарственные средства	Дозы и способы введения	Начало действия	Побочные эффекты
Клонидин	0,01% раствор 0,5 - 2 мл в/м или в/в	Через 10 – 60 минут	Сухость во рту, сонливость. Противопоказан больным с АВ блокадой, брадикардией
Каптоприл	12,5 - 25 мг внутрь или сублингвально	Через 30 минут	Гипотензия ортостатическая
Пропранолол	20 - 80 мг сублингвально	Через 30 – 60 минут	Брадикардия, бронхokonстрикция
Бендазол	1% - 4 – 5 мл в/в	Через 10 – 30 минут	Более эффективен в комбинации с другими антигипертензивными препаратами
Дроперидол	0,25% раствор 1 -2 мл в/в	Через 10 – 20 минут	Экстрапирамидные нарушения

Таблица 2

Парентеральная терапия при осложненных гипертонических кризах

Лекарственные средства	Способ введения, дозы	Начало действия	Длительность действия	Примечание
Клонидин	в/в 0,5 -1 мл 0,01% раствора или в/м 0,5 - 2 мл 0,01%	Через 5 – 15 минут	2 – 6 часов	Нежелательно при мозговом инсульте. Возможно развитие брадикардии
Глицерил тринитрат	в/в капельно 50-200 мкг/мин	Через 2 – 5 минут	5 – 10 минут	Особенно показан при остром сердечной недостаточности, ИМ
Фуросемид	в/в болюсно 40-200 мг	Через 5 – 30 минут	6 – 8 часов	Преимущественно при ГК с острой сердечной или почечной недостаточностью
Пропранолол	0,1% раствор 3-5 мл в 20 мл 0.9% раствора хлорида натрия	Через 5 – 20 минут	2 – 4 часа	Брадикардия, А-V блокада, бронхоспазм
Магния сульфат	в/в болюсно 20%-25% раствор 5-20 мл	Через 30 – 40 минут	3 – 4 часа	При судорогах, эклампсии

23. Острая гипертоническая энцефалопатия.

Острая гипертоническая энцефалопатия - синдром, возникающий вследствие быстрого резкого подъема артериального давления у пациентов с артериальной гипертензией различного генеза. При этом могут возникать мелкие множественные очаги геморрагии и ишемий, а также отек головного мозга.

23.1. Диагностика.

Клиническая картина характеризуется выраженной общемозговой симптоматикой: нарастающая головная боль давящего или распирающего характера, тошнота, рвота, головокружение, преимущественно несистемного характера, ухудшение зрения, «мелькание мушек», пелена перед глазами. К ним присоединяются психомоторное возбуждение, оглушение, сонливость, дезориентировка в месте и времени. При крайне высоких цифрах АД может наблюдаться утрата сознания, общие судорожные припадки, нерезкие оболочечные симптомы, выраженные вегетососудистые нарушения (гиперемия или бледность лица, гипергидроз, боли в области сердца, сердцебиение, сухость во рту). Очаговые микросимптомы чаще отсутствуют. АД значительно превышает привычные для пациента цифры и нередко достигает уровня 260 - 300/150 - 180 мм рт.ст.

Дифференциальный диагноз.

Следует проводить от геморрагического инсульта (при наличии очаговой симптоматики) и субарахноидального кровоизлияния (особенно при наличии менингеального симптомокомплекса).

23.2. Алгоритм оказания неотложной помощи:

для снижения АД до уровня 150/100 мм рт.ст: в/в клонидин 0,01% раствор 1 мл в 10 мл 0,9% раствора натрия хлорида в/в (при необходимости введения препарата можно повторить);

для уменьшения выраженности отека мозга и снижения внутричерепного давления: дексаметазон 12-16 мг (или 90-120 мг преднизолона) в 10 мл 0,9% раствора натрия хлорида в/в;

для купирования судорожных припадков и психомоторного возбуждения:

вводить диазепам 2-4 мл 0,5% на 10 мл 0,9% раствора натрия хлорида в/в медленно или в/м;

при отсутствии эффекта - натрия оксипропионат 20% из расчета 50-70 мг/кг массы тела на 5% глюкозе в/в медленно;

в случае повторной рвоты метоклопрамид 0,5% раствор 2 мл в/в на 0,9% растворе натрия хлорида в/в или в/м; пиридоксин 5% раствор 2 мл в/в.

Опасности и осложнения:

обструкция верхних дыхательных путей рвотными массами;

аспирация рвотных масс

24. Тромбоз легочной артерии (ТЭЛА).

24.1 Массивная и субмассивная ТЭЛА (ствол, крупные или средние ветви легочной артерии).

Алгоритм неотложной помощи:

катетеризация центральной или периферической вены для инфузионной терапии;

кислородотерапия (ингаляция кислорода через носовой катетер).

Тромболитическая терапия.

Показанием для проведения тромболиза при массивной ТЭЛА являются:

выраженная артериальная гипотония (систолическое АД менее 90 мм. рт. ст. или его снижение на 40 мм. рт. ст. во временном интервале более 15 минут, не связанное с вновь развившимся нарушением ритма сердца);

острая правожелудочковая недостаточность (ЭКГ - признаки перегрузки правых отделов сердца, набухание и пульсация шейных вен. акцент II тона и систолический шум на легочной артерии, ритм галопа над правым желудочком, увеличение печени).

Вводить в/в болюсом стрептокиназу в дозе 250000 ЕД на 50 мл 5% раствора глюкозы в течение 30 минут.

24.2. Тромбоз мелких ветвей легочной артерии и стабильной гемодинамике.

Алгоритм неотложной помощи:

в/в гепарин болюсом в дозе от 5000 МЕ до 10000 МЕ.

При болевом синдроме: вводить морфин в/в 10 мг (1 мл -1% раствора) развести в 10 мл 0,9% раствора натрия хлорида, вводить медленно по 3-5 мг каждые 5-15 минут до полного устранения боли. При брадикардии, особенно в сочетании с артериальной гипотензией - в/в 0,5 мл 0,1% раствора атропина.

При острой сердечно-сосудистой недостаточности: ввести 200 мг допамина, 250 мг добутамина в/в в дозе 2-3 мкг/кг/мин с постепенным увеличением дозы на 2,5 мкг/кг/мин каждые 15-30 минут до получения нужного результата или достижения дозы 15 мкг/кг/мин в 200-400 мл 5% раствора глюкозы, 0,9% раствора хлорида натрия.

При острой дыхательной недостаточности: вводить аминофиллин 15 мл 2,4% раствора в/в на 5% растворе глюкозы, атропин 0,1% раствора 0,5-1 мл в/в.

При тахисистолической форме мерцательной аритмии и недостаточности кровообращения: вводить амиодарон 300 мг в/в капельно. По показаниям сердечные гликозиды (дигоксин 0,025% раствор 0.5-0.75 мл в 200 мл 5% раствора глюкозы в/в капельно).

После оказания первой неотложной помощи больных срочно госпитализировать в стационар.

ГЛАВА 4

НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ В ХИРУРГИИ

25. Переломы и вывихи.

Для постановки диагноза перелома необходимо учитывать обстоятельства травмы (травмогенез).

Абсолютные (прямые) признаки переломов:

костная деформация;

костная крепитация;

патологическая подвижность;

укорочение конечности.

Относительные (косвенные) признаки переломов:

боль (совпадение локализованной боли и локализованной болезненности при пальпации);

наличие припухлости (гематомы);

нарушение (отсутствие) функции конечности.

Наличие даже одного абсолютного признака дает основание ставить диагноз перелома.

25.1. Перелом головки плечевой кости.

Травмогенез: падение с опорой на вытянутую руку, на локоть, на область плечевого сустава.

Неотложная помощь:

вводить 2 мл 50% раствора метамизола в/в или 1 мл 2% тримеперидина п/к (или в/м), или кеторолак 10-30 мг в/в (или в/м);

косыночная повязка или повязка Дезо, шина Крамера;

транспортировка в травматологическое отделение.

25.2. Перелом диафиза плеча.

Травмогенез: падение с опорой на локоть, резкое выкручивание плеча, прямой удар по плечу.

Неотложная помощь:

вводить 2 мл 50% раствора метамизола в/в или 1 мл 2% тримеперидина п/к, или кеторолак 10-30 мг в/в (или в/м);

иммобилизация перелома транспортными шинами (шину накладывать от здоровой лопатки до основания пальцев, перед шинированием руку сгибают под прямым углом в локтевом суставе);

транспортировка в травматологическое отделение.

25.3. Вывих плеча.

Травмогенез: наблюдается при падении на вытянутую руку и отведенную кзади руку.

Неотложная помощь:

вводить 2 мл 50% раствора метамизола в/в или 1 мл 2% тримеперидина п/к, или кеторолак 10-30 мг в/в (или в/м);

косыночная повязка, обязательно в подмышечную область подложить валик, который подвязывается за здоровое надплечье, не нужно пытаться насильственно опустить руку;

госпитализация в травматологическое отделение.

25.4. Перелом ключицы.

Травмогенез: падение на вытянутую руку (или при нагрузке на вытянутую руку), плечевой сустав. В редких случаях происходит повреждение плечевого сплетения.

Неотложная помощь:

вводить 2 мл 50% раствора метамизола в/в или 1 мл 2% тримеперидина п/к, или кеторолак 10-30 мг в/в (или в/м);

иммобилизация конечности (повязка Дезо, кольца Фельбе);

транспортировка в травматологическое отделение сидя.

25.5. Закрытые повреждения локтевого сустава.

Неотложная помощь:

вводить 2 мл 50% раствора метамизола в/в или 1 мл 2% тримеперидина п/к, или кеторолак 10-30 мг в/в (или в/м);

иммобилизация шиной Крамера или косыночной повязкой;

«холод» (при наличии) на область перелома;

транспортировка в травматологическое отделение.

25.6. Переломы костей предплечья.

Травмогенез: чаще всего наступают вследствие прямого удара по предплечью, при автомобильных авариях.

Неотложная помощь:

вводить 2 мл 50% раствора метамизола в/в или 1 мл 2% тримеперидина п/к, или кеторолак 10-30 мг в/в (или в/м);

иммобилизация шинами Крамера, косыночной повязкой от нижней трети плеча до основания пальцев кисти: руку сгибают в локтевом суставе под прямым углом;

транспортировка в травматологическое отделение.

25.7. Перелом лучевой кости в типичном месте.

Травмогенез: падение с упором на кисть руки, прямые удары.

Неотложная помощь:

вводить 2 мл 50% раствора метамизола в/в или 1 мл 2% тримеперидина п/к, или кеторолак 10-30 мг в/в (или в/м);

иммобилизация шиной, наложенной от основания пальцев до верхней трети предплечья;

транспортировка в травматологический пункт.

25.8. Вывих бедра.

Травмогенез: чаще встречаются при автомобильных травмах, когда травмирующие силы действуют по оси согнутой в коленном суставе ноги при фиксированном туловище (при падении с высоты).

Неотложная помощь:

вводить 2 мл 50% раствора метамизола в/в или 1 мл 2% тримеперидина п/к, или кеторолак 10-30 мг в/в (или в/м);

иммобилизация - больного укладывают на носилки на спину, под коленные суставы подкладывают валики из подручного мягкого материала, не изменяя при этом того положения, в котором фиксирована конечность;

транспортировка в травматологическое отделение.

25.9. Переломы бедра.

Травмогенез: прямые удары во время авто - и мототравмы, «бамперные» переломы у пешеходов, падение с высоты, при обвалах и различных несчастных случаях.

Неотложная помощь:

вводить 2 мл 50% раствора метамизола в/в или 1 мл 2% тримеперидина п/к (или в/в), или кеторолак 10-30 мг в/в (или в/м);

иммобилизация шинами с фиксацией 3 суставов конечности или подручными средствами (нога к ноге, между конечностями может быть доска с мягким материалом на уровне коленных суставов и лодыжек);

при шоке – оказание помощи согласно пункту 32 главы 4;

при повреждении бедренной артерии – пальцевое прижатие последней, наложение жгута, инфузионная терапия (согласно пункту 33 главы 4);

транспортировка в травматологическое отделение.

25.10. Повреждения коленного сустава.

Травмогенез: чаще всего встречаются при падениях на коленные суставы, во время транспортных происшествий и при падениях с высоты.

Неотложная помощь:

вводить 2 мл 50% раствора метамизола в/в или 1 мл 2% тримеперидина п/к (или в/в), или кеторолак 10-30 мг в/в (или в/м);

транспортировка в травматологическое отделение (больного укладывают на спину, под коленный сустав помещают валик).

25.11. Перелом костей голени.

Травмогенез: чаще всего встречаются при падениях на коленные суставы, во время транспортных происшествий и при падениях с высоты.

Неотложная помощь:

вводить 2 мл 50% раствора метамизола в/в или 1 мл 2% тримеперидина п/к (или в/в), или кеторолак 10-30 мг в/в (или в/м);

иммобилизация транспортной шиной;

при шоке – противошоковая терапия (пункт 33 главы 4);
 транспортировка в травматологическое отделение.

25.12. Повреждения голеностопного сустава.

Травмогенез: бытовой травматизм (внезапное подвертывание стопы внутрь или наружу, падение с высоты, падение на стопу тяжелых предметов).

Неотложная помощь:

вводить 2 мл 50% раствора метамизола в/в или 1 мл 2% тримеперидина п/к (или в/в), или кеторолак 10-30 мг в/в (или в/м);

иммобилизация шинами Крамера или надувными от коленного сустава до концов пальцев стопы;

транспортировка в травматологическое отделение. В травматологический пункт направляются пострадавшие только с изолированным переломом наружной лодыжки.

25.13. Переломы костей таза.

Травмогенез: сдавление таза в переднезаднем, боковом направлении; удары; падение с высоты.

Неотложная помощь:

в/в ввести атропин 0,1% раствор 0,5 мл, диазепам 10-15 мг (0,5% раствор 2-3 мл), трамадол 50-100 мг (5% раствор 1 – 2 мл) или фентанил 0,005% раствор 2 мл;

компенсация кровопотери согласно пункту 33 главы 4;

иммобилизация на носилках или щите в положении Волковича (2 варианта позы «лягушка»): с подложенным под колени валиком или укладка с поворотом таза примерно на 20 градусов в противоположную от повреждения сторону, практически на здоровый бок, с подкладыванием подушек, свернутой одежды;

транспортировка в травматологическое или реанимационное (при наличии шока) отделение.

25.14. Повреждения позвоночника.

25.14.1. Повреждения шейных позвонков.

Травмогенез: возникают при резком сгибании или переразгибании шеи (наблюдаются при падении с высоты, у ныряльщиков, при автомобильных травмах, при сильном прямом ударе сзади).

Неотложная помощь:

вводить 2 мл 50% раствора метамизола в/в или 1 мл 2% тримеперидина п/к, или кеторолак 10-30 мг в/в (или в/м);

обязательное фиксирование головы и шеи с помощью согнутой шины Крамера или шины «кольце»;

больного нельзя переводить в сидячее или полусидячее состояние, пытаться наклонить, или повернуть голову;

зафиксировав голову и шею шинированием, осторожно перекалывают пострадавшего на носилки (щит);

при сочетании травмы и утопления – оказание помощи согласно пункту 82 главы 12;

транспортировка в травматологическое или нейрохирургическое отделения;

при спинальном шоке инфузионная терапия проводится с применением 0,1% раствора атропина.

25.14.2. Повреждения грудных и поясничных позвонков.

Травмогенез: чаще наблюдается при падении на спину, авто - и мототравмах, при падении с высоты, при резком сгибании и разгибании туловища.

Неотложная помощь:

вводить 2 мл 50% раствора метамизола в/в или 1 мл 2% тримеперидина п/к, или кеторолак 10-30 мг в/в (или в/м);

иммобилизацию необходимо проводить на щите на месте происшествия;

раны закрывают стерильными повязками;

при гиповолемии в первую очередь увеличивают венозный возврат к сердцу путем возвышенного положения нижних конечностей, затем проводят инфузионную терапию (лечение согласно пункту 33 главы 4);

при тяжелых нарушениях дыхания и кровообращения лечение согласно главе 2;

транспортировка в горизонтальном положении на щите в травматологическое отделение, а при множественной и сочетанной травме, спинальном шоке – в реанимационное отделение.

26. Раны.

Неотложная помощь (основные принципы):

остановка кровотечения;

иммобилизация конечности или участка тела, где имеется рана;

обработка кожных покровов вокруг раны на протяжении не менее 20 см 0,5% раствором хлоргексидина или 5% раствором спиртового йода (при этом движения должны совершаться от раны к периферии);

при колото-резаных ранах небольших размеров, с ровными краями и незначительным кровотечением, после наложения на рану подушки индивидуального пакета или салфетки накладывать давящую повязку;

обширные загрязненные раны после остановки кровотечения и обработки кожных покровов должны быть 3-4 раза промыты струей любого имеющегося в наличии антисептика (0,5% раствор хлоргексидина) с имитацией «пульсирующей струи» (для чего использовать подачу раствора из легко сжимаемых пластиковых флаконов);

после промывания раны на ее поверхность накладывать влажно-высыхающую повязку с 7,5% раствором натрия хлорида;

при травматической ампутации пальцев, конечности: ампутированные пальцы и конечности положить в стерильный пакет и доставить вместе с больным;

пострадавшие с ранами конечностей доставляются в травматологические отделения, с ранами в области полостей – в хирургические отделения.

26.1. Раны головы.

Проводится краткое неврологическое обследование.

Неотложная помощь:

туалет раны и перевязка согласно пункту 26 главы 4;

при бессознательном состоянии пострадавшего – восстановление и поддержание проходимости дыхательных путей (в ротовую полость вводится воздуховод или производится интубация трахеи);

при обнаружении ран, кровоточащих трещин или дефектов ткани в полости рта – тугая тампонада (применение перекиси водорода при бессознательном состоянии пострадавшего недопустимо);

госпитализация в стационар;

при черепно-мозговой травме лечение согласно пункту 54 главы 6.

26.2. Раны шеи.

Неотложная помощь:

остановка кровотечения (при ранении сонной артерии эффективно пальцевое прижатие артерии и тугая тампонада раны стерильными салфетками, можно воспользоваться приемом сдавления сонной артерии с помощью пелота, наложенного на рану и плотно прибинтованного с помощью эластического бинта или жгута Эсмарха);

чтобы не сдавливать сонную артерию противоположной стороны, бинтование следует производить через плечо противоположной стороны, приведенное к шее при согнутой под прямым углом в локтевом суставе верхней конечности или использовать для этих же целей шину Крамера, моделированную по форме головы и шеи;

при кровотечении из подключичной артерии наиболее эффективным способом является резкое отведение назад одновременно обоих плеч до соприкосновения лопаток, при этом движении артерия пережимается между ребром и ключицей (менее эффективно прижатие подключичной артерии к ребру);

остановка кровотечения при поверхностных ранах без сопутствующих повреждений крупных сосудов осуществляется путем наложения давящей повязки;

при ранениях или закрытых повреждениях трахеи с асфиксией - после удаления сгустков при больших размерах раны не забывать о возможной интубации трахеи через рану;

обезболивание: метамизол 2 мл 50% раствора в/в или 1 мл 2% раствора тримеперидина в/м, или кеторолак 10-30 мг в/в (или в/м);

при ранении пищевода – ничего не давать через рот, наложить повязку на рану;

госпитализация в хирургическое отделение.

26.3. Раны конечностей.

Неотложная помощь:

остановка кровотечения (пальцевое прижатие, наложение жгута, закрутки, максимальное сгибание конечности, наложение кровоостанавливающего зажима на торчащий сосуд, поднятие конечности при венозном кровотечении, тампонирование раны, давящая повязка);

жгут, наложенный на мягкую прокладку проксимальнее раны, не должен находиться на конечности более одного часа. Уже через 20-30 минут давление жгута может быть ослаблено и, если повязка после этого не начала промокать кровью, то он может быть оставлен лишь провизорно на случай возобновления кровотечения;

обезболивание: метамизол 2 мл 50% раствора в/в или 1 мл 2% раствора тримеперидина в/м, или кеторолак 10-30 мг в/в (или в/м);

иммобилизация конечности;

госпитализация в хирургическое отделение.

27. Повреждения груди.

27.1. Закрытые повреждения груди.

Неотложная помощь:

вводить 2 мл 50% раствора метамизола в/в или 1 мл 2% тримеперидина п/к (или в/в), или кеторолак 10-30 мг в/в (или в/м);

при множественных переломах ребер проводится односторонняя (на стороне большего повреждения) паравертебральная блокада. Блокада делается из 2 точек на уровне II-III и VII-VIII межреберий введением по 40 мл в каждую точку 0,5% раствора прокаина, отступя от соответствующего остистого отростка латерально в сторону повреждения на расстояние 1 см. Игла для внутримышечных введений вводится перпендикулярно к плоскости спины, вплоть до упора в поперечный отросток и немного отойдя от последнего;

грудную клетку не бинтовать при больших (больше 2-х ребер) окончатых переломах – «западение» грудной клетки должно быть выполнено мягким ватно-марлевым пелотом, фиксированным к коже несколькими лейкопластырными полосами);

при напряженном пневмотораксе – плевральная пункция во втором или третьем межреберье по среднеключичной линии на стороне повреждения (игла вводится по верхнему краю нижележащего ребра);

инфузионная терапия (при нарушении системной гемодинамики вследствие шока, кровопотери) согласно пунктам 32 и 33 главы 4;

транспортировка в стационар в полусидячем положении.

27.2. Открытые повреждения груди.

Неотложная помощь:

вводить 2 мл 50% раствора метамизола в/в или 1 мл 2% тримеперидина п/к (или в/в), или кеторолак 10-30 мг в/в (или в/м);

ингаляция кислорода 5-8 л/мин;

при открытых проникающих повреждениях накладывается окклюзионная повязка (полиэтилен, клеенка, прорезиненная ткань укладывается непосредственно на кожу таким образом, чтобы рана была в центре, а края герметика выходили за ее пределы не менее чем на 5 см);

фиксацию первого слоя повязки лучше производить полосами лейкопластыря, наложенными вначале крест-накрест, а затем в виде черепицы;

за раненым требуется постоянное наблюдение, так как всегда есть риск возможного появления клапанного или напряженного пневмоторакса;

если после наложения окклюзионной повязки состояние больного прогрессивно ухудшается (усиление одышки, укорочение с каждым дыхательным движением фазы вдоха; увеличение цианоза), то проводится дренирование или пункция плевральной полости на стороне повреждения во II межреберье по средне-ключичной линии. В случае небольшого раневого отверстия повязку можно либо снять, либо попытаться переналожить, используя индифферентную мазевую основу;

инфузионная терапия согласно пунктам 32 и 33 главы 4;

ранящие предметы (нож, шило и другие) из раны не извлекаются, а дополнительно фиксируются (с помощью пластыря, дополнительное удержание рукой при необходимости);

госпитализация в полусидячем положении в травматологическое, хирургическое или торакальное отделение стационаров.

27.3. Раны сердца.

Подозрение на ранение сердца возникает при наличии раны на грудной стенке в проекции сердца и крайне быстрого развития критического состояния. При ранениях сердца может преобладать клиническая картина острой массивной кровопотери, либо тампонады сердца.

Неотложная помощь:

срочный венозный доступ; предпочтительно катетеризация одной или двух периферических вен, либо центральной вены;

немедленное начало инфузионной терапии согласно пункту 33 главы 3;

наложение повязки на рану;

перекладывание на носилки и транспортировка в машине скорой помощи только после начала инфузионной терапии непосредственно на месте происшествия (транспортировка носилок по лестницам зданий головой вперед), исключением является абсолютная невозможность оказания помощи на месте происшествия (угроза для персонала, климатические условия и другое);

немедленная транспортировка пострадавшего в стационар с оповещением приемного отделения больницы.

27.4. Тампонада сердца.

Возникает при ранениях преимущественно колющими предметами, без широкого рассечения перикарда, а также при ранениях и разрывах желудочков сердца, что приводит к быстрому скоплению крови в полости перикарда.

Неотложная помощь:

срочный венозный доступ; предпочтительно – катетеризация одной или двух периферических вен, либо центральной вены;

инфузионная терапия согласно пункту 33 главы 4;

при отсутствии эффекта – дополнительно инфузия раствора допамина 200 мг в 400 мл 0,9% раствора натрия хлорида; скорость инфузии – по клиническому эффекту (достаточный клинический эффект – появление пульса в локтевом сгибе, систолическое АД – 60-70 мм рт. ст.);

пункция и дренирование перикарда широкой иглой или катетером, при массивном поступлении крови – реинфузия;

немедленная транспортировка в стационар;

дальнейшие лечебные мероприятия только по ходу транспортировки; оповещение стационара.

28. Повреждения живота.

28.1. Открытые повреждения живота.

На догоспитальном этапе любая колото-резаная рана живота должна трактоваться как проникающая. Раны, локализованные в верхней трети бедра, в области ягодицы, в поясничной области также могут проникать в брюшную полость.

Неотложная помощь:

стерильная повязка на рану;

при эвентрации выпавшие петли кишечника или другие органы на догоспитальном этапе в брюшную полость обратно не вправляются (в

случаях их обильного загрязнения они могут быть несколько раз промыты теплым антисептическим раствором и фиксированы с помощью влажной повязки, пропитанной антисептиком, которая постоянно увлажняется теплым антисептическим раствором);

при явлениях шока – в/в введение декстрана/натрия хлорида, 10% гидроксиэтилкрахмала, 0,9% раствора натрия хлорида, 5% раствора глюкозы со скоростью, достаточной для удержания АД выше 80 мм рт. ст.;

обезболивание 50% раствором метамизола 2 мл в/в или кеторолак 10-30 мг в/в (или в/м) (при открытой травме брюшной полости с эвентрацией внутренних органов допустимо использование наркотических анальгетиков - 1 мл 2% тримеперидина п/к, в/в);

экстренная госпитализация в хирургическое отделение на носилках; ранящие предметы (нож, шило, заточка), находящиеся в ране не извлекать, а дополнительно фиксировать (пластырем) и чаще всего удерживать рукой медперсонала.

28.2. Закрытая травма живота.

Выделяют две группы пострадавших:

с клинической картиной острой кровопотери;

с симптоматикой перитонита при нарастающих признаках эндогенной интоксикации.

Неотложная помощь:

согласно пункту 33 главы 4;

«холод» (при наличии) на живот;

экстренная госпитализация в хирургический стационар;

введение анальгетиков допустимо в случае выраженного болевого синдрома при политравме (по показаниям): 50% раствор метамизола 2 мл в/в или 1 мл 2% тримеперидина п/к (или в/в), или кеторолак 10-30 мг в/в (или в/м).

29. Острые заболевания органов брюшной полости.

29.1. Острый аппендицит.

Неотложная помощь:

госпитализация в хирургическое отделение (введение обезболивающих средств недопустимо).

29.2. Прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки.

Неотложная помощь:

больного уложить на щит и носилки с поднятым головным концом и согнутыми ногами в коленных и тазобедренных суставах;

«холод» (при наличии) на живот;

при явлениях шока – в/в введение декстрана/натрия хлорида, 10% раствор гидроксиэтилкрахмала, 0,9% раствора натрия хлорида, 5% рас-

твора глюкозы со скоростью, достаточной для удержания АД выше 80 мм рт. ст.;

экстренная госпитализация в хирургическое отделение.

29.3. Острые желудочно-кишечные кровотечения.

Неотложная помощь:

строгий носилочный режим; при коллапсе – транспортировка в положении Тренделенбурга; запрещается прием пищи и воды;

«холод» (при наличии) на живот;

инфузии плазмозамещающих растворов: декстран/натрия хлорида, 10% раствора гидросиэтилкрахмала, 7,5% раствора натрия хлорида 5-7 мл на 1 кг массы тела - вначале в/в струйно, затем (при АД больше 80 мм рт. ст.) – капельно;

при критической гиповолемии: 1 мл 1% раствора фенилэфрина в 800 мл 5% глюкозы капельно на фоне продолжающейся инфузии плазмозамещающих растворов;

в/в введение этамзилата натрия 2-4 мл 12,5% раствора;

оксигенотерапия;

экстренная госпитализация в хирургическое отделение.

29.4. Острый холецистит.

Неотложная помощь:

сублингвально глицерил тринитрат 0,5 – 1 мг, дротаверин 2% раствор 2-4 мл или 2% раствор папаверина 1-2 мл в/м (в/в), 2,4% раствор аминофиллина 5 мл в 500 мл 5% раствора глюкозы в/в;

«холод» (при наличии) на область правого подреберья;

экстренная госпитализация в хирургическое отделение.

29.5. Острый панкреатит.

Неотложная помощь:

запрещается прием пищи и воды;

«холод» (при наличии) на эпигастральную область;

спазмолитические средства: глицерил тринитрат 0,5 мг сублингвально, 2% дротаверин по 2 мл или 2% папаверин 2-4 мл, 0,2% платифиллин по 1-2 мл в/в на 500 мл 0,9% раствора натрия хлорида или 5% раствора глюкозы;

в/в введение 1 мл 0,1% раствора атропина;

антигистаминные лекарственные средства: дифенгидрамин 1% раствор 1 мл или клемастин 2 мл (2 мг) в/м;

кортикостероидные гормоны (преднизолон 90-120 мг в/в) при снижении АД;

экстренная госпитализация в хирургическое отделение.

29.6. Кишечная непроходимость.

Неотложная помощь:

в/в введение плазмозамещающих растворов: 0,9% раствор натрия хлорида, растворы электролитов;

введение спазмолитических средств: 2% дротаверин 2 мл в/м;

экстренная госпитализация в хирургическое отделение.

29.7. Ущемленная грыжа.

Неотложная помощь:

экстренная госпитализация в хирургическое отделение, транспортировка на носилках;

категорически запрещается вправлять грыжу, применять анальгетики, ванну, тепло;

госпитализация показана также, если к моменту осмотра ущемленная грыжа вправилась;

больные с невправимой грыжей и болевым синдромом также должны госпитализироваться в стационар по экстренной помощи.

30. Острая артериальная непроходимость магистральных сосудов конечностей (эмболии и тромбозы).

Неотложная помощь:

анальгетики: в/в или внутриаrтериальное введение 1 мл 2% раствора тримеперидина;

в/в или внутриаrтериальное введение 2 мл 2% раствора папаверина или 2 мл 2% дротаверина;

инфузионная терапия: раствор декстрана/натрия хлорида или 10% гидроксиэтилкрахмала 400 мл или 0,9% раствор натрия хлорида с добавлением: 1 мл 2% раствора тримеперидина, 2 мл 2% раствора дротаверина или 2 мл 2% раствора папаверина, 10 мл 2% пентоксифиллина;

через систему в/в (не добавлять во флакон) 5 000 ЕД гепарина на 10 мл 0,9% раствора натрия хлорида.

31. Острый тромбоз глубоких вен нижних конечностей и таза.

Неотложная помощь:

анальгетики: в/в введение 1 мл 2% раствора тримеперидина;

спазмолитики: 2% дротаверин 2 мл в/в или в/м;

антикоагулянты: п/к 5000-10000 ЕД гепарина;

на конечность накладывается тугая повязка;

иммобилизация, возвышенное положение конечности;

госпитализация в хирургический стационар.

32. Травматический шок.

Неотложная помощь:

временная остановка кровотечения согласно пункту 26 главы 4;

анальгетики (по выбору):

1 вариант – в/в введение атропина 0,1% раствор 0,5 мл, дифенгидрамина 1% раствор 2 мл, диазепама 10 мг (0,5% раствор 2 мл), тримеперидина 1 мл 2% раствора;

2 вариант – в/в введение атропина 0,1% раствор 0,5 мл, диазепама 10-15 мг (0,5% раствор 2-3 мл) и трамадола 50-100 мг (1 - 2 мл 5% раствора) или фентанила 0,005% раствор 2 мл;

транспортная иммобилизация;

восполнение кровопотери: при неопределяемом уровне АД скорость инфузии должна составлять 200-500 мл с таким расчетом, чтобы в течение 5-7 минут обеспечить определяемый уровень АД (состав и количество вводимых плазмозамещающих растворов зависит от величины кровопотери и времени предстоящей госпитализации);

при отсутствии эффекта от инфузионной терапии – допамин 5 мл 4% раствора в 400 мл 5% раствора глюкозы или любого другого раствора со скоростью 8-10 капель в 1 минуту в/в, преднизолон до 5 мг/кг массы тела (другие глюкокортикоиды в соответствующих дозах);

при продолжающемся внутреннем кровотечении после начала инфузионной терапии – безотлагательная транспортировка в стационар с предварительным извещением врачей приемного и реанимационного отделений;

нормализация дыхания:

при открытом пневмотораксе – окклюзионная повязка,

при напряженном пневмотораксе – дренирование плевральной полости;

при нарушении проходимости дыхательных путей – восстановление проходимости: тройной прием Сафара (без разгибания головы при повреждении шейного отдела позвоночника), воздуховод, интубация трахеи, коникотомия, санация ротовой полости и трахеобронхиального дерева;

показания к искусственной вентиляции легких: апноэ; остро развивающиеся нарушения ритма дыхания; острая декомпенсированная дыхательная недостаточность.

Последовательность мероприятий может меняться в зависимости от преобладания тех или иных нарушений.

33. Острая кровопотеря.

Неотложная помощь:

остановка наружного кровотечения осуществляется любыми доступными методами (жгут по показаниям, давящая повязка, тампонада раны, зажим на кровоточащий сосуд);

возмещение объема циркулирующей крови (далее-ОЦК): пункция и катетеризация от одной до трех периферических вен; в/в струйное вливание плазмозамещающих растворов (10% гидроксипроксиэтилкрахмала, декс-

тран/натрия хлорида, 7,5% раствора натрия хлорида 5-7 мл на 1 кг массы тела) 30-50 мл/кг в час, при продолжающемся кровотечении декстран/натрия хлорид не вводить, так как он может усилить кровотечение;

при отсутствии среднемолекулярных декстранов струйное в/в вливание растворов электролитов, объем инфузии при этом должен превышать объем кровопотери в 3-4 раза;

скорость инфузии при неопределяемом артериальном давлении – 250-500 мл/мин (в течение первых 5-7 минут инфузионной терапии артериальное давление должно определяться), в дальнейшем скорость инфузии должна быть такой, чтобы поддерживать уровень артериального давления 80-90 мм рт. ст.;

при продолжающемся кровотечении артериальное давление выше 90 мм рт. ст. поднимать нельзя;

при недостаточном эффекте инфузионной терапии – 1-2 мл 0,2% раствора норэпинефрина или допамин 5 мл 0,5% раствора на 400 мл плазмозамещающего раствора в/в, преднизолон до 30 мг/кг в/в;

кислородотерапия: в течение первых 15-20 минут – 100% кислород через маску наркозного аппарата или ингалятора, в последующем – кислородно-воздушная смесь с содержанием 40% кислорода;

транспортировка в стационар с продолжением инфузионной терапии.

ГЛАВА 5 НЕОТЛОЖНЫЕ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ

34. Аборт.

Прерывание беременности сроком до 22 недель, может быть спонтанным (самопроизвольный аборт) и индуцированным (артифициальный, криминальный аборт).

Неотложная помощь:

при отсутствии выделений или незначительных кровянистых выделений из половых путей: в/в 2% раствор дротаверина 2-4 мл, 2% раствор папаверина 2 мл;

в случае обильного кровотечения – инфузионная терапия согласно пункту 33 главы 4;

при развитии септического шока – лечение согласно пункту 66 главы 9;

госпитализация в гинекологическое отделение.

Утеротонические средства на стадиях неполного аборта не вводить в связи с вероятностью усиления кровотечения.

35. Апоплексия яичника.

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

Неотложная помощь:

катетеризация периферической вены, в/в введение кровезамещающих растворов согласно пункту 33 главы 4 (исключая препараты декстранов, как ухудшающих гемостаз);

«холод» (при наличии) на низ живота;

оксигенотерапия: кислородно-воздушная смесь с 40% кислородом;

катетеризация мочевого пузыря;

госпитализация в гинекологическое отделение с продолжением инфузионной терапии (транспортировка на носилках).

36. Беременность эктопическая (внематочная).

Развивается вне физиологического плодместилища: в маточной трубе, в брюшной полости.

Неотложная помощь:

катетеризация периферической вены, в/в введение кровезамещающих растворов согласно пункту 33 главы 4 (исключая препараты декстранов, как ухудшающих гемостаз);

«холод» (при наличии) на низ живота;

оксигенотерапия: в течение первых 15-20 минут 100% кислород через маску ингалятора, в последующем - кислородно-воздушная смесь с 40% кислородом;

катетеризация мочевого пузыря;

госпитализация в гинекологическое отделение с продолжением инфузионной терапии (транспортировка на носилках).

37. Выпадение пуповины и мелких частей плода.

Осложнение родов, заключающееся в рождении во влагалище и из половых путей петель пуповины, ручек, ножек плода. Возникает после излития околоплодных вод.

Неотложная помощь:

срочная госпитализация в акушерский стационар (госпитализация на носилках);

при выпадении ручки плода – срочно эндотрахеальный закисно-кислородный наркоз, перевод роженицы на ИВЛ (для профилактики запущенного поперечного положения плода и разрыва матки), при невозможности - масочный наркоз закисью азота с кислородом в отношении 1:2 или 1:1.

38. Кровотечение в послеродовом периоде.

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

Неотложная помощь:

катетеризация периферической вены, в/в введение кровезамещающих растворов согласно пункту 33 главы 4 (исключая препараты декстранов, как ухудшающих гемостаз);

при низком АД в/в введение 60 мг преднизолона (200—300 мг гидрокортизона);

в/в введение окситоцина 5-10 ЕД в 5% растворе глюкозы, 0,9% раствора натрия хлорида 250-500 мл, аскорбиновой кислоты 5% раствор 1-2 мл;

«холод» (при наличии) на низ живот;

наружный массаж матки (возможность кровотечения);

кислородотерапия: в течение первых 15-20 минут 100% кислород через маску ингалятора, в последующем - кислородно-воздушная смесь с 40% кислородом;

катетеризация мочевого пузыря;

срочная госпитализация в ближайший акушерский стационар (транспортировка на носилках);

о доставке женщины с кровотечением предупреждают персонал родильного дома.

39. Маточное кровотечение (гинекологическое).

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

Неотложная помощь:

катетеризация периферической вены, в/в введение кровезамещающих растворов согласно пункту 33 главы 4 (исключая препараты декстранов, как ухудшающих гемостаз);

при низком АД в/в введение 60 мг преднизолона (200—300 мг гидрокортизона);

в/в введение окситоцина 5-10 ЕД в 5% растворе глюкозы, 0,9% раствора натрия хлорида 250-500 мл, аскорбиновой кислоты 5% раствор 1-2 мл;

«холод» (при наличии) на низ живот;

кислородотерапия: кислородно-воздушная смесь (40% кислорода);

катетеризация мочевого пузыря;

госпитализация в гинекологическое отделение больницы.

40. Пельвиоперитонит (тазовый перитонит).

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

Неотложная помощь:

катетеризация периферической вены;

в/в капельно 0,9% раствор хлорида натрия 500-1000 мл;

«холод» (при наличии) на низ живота;
кислородотерапия: в течение первых 15-20 минут 100% кислород через маску ингалятора, в последующем - кислородно-воздушная смесь с 40% кислородом;

при низком АД в/в введение 60 мг преднизолона (200—300 мг гидрокортизона);

в/в введение кислоты аскорбиновой 5% раствор 5 мл;

катетеризация мочевого пузыря;

при развитии инфекционно-токсического шока – лечение согласно пункту 66 главы 9;

срочная госпитализация в гинекологическое отделение с продолжением инфузионной терапии (транспортировка на носилках).

При выраженном болевом синдроме в машине скорой медицинской помощи обезболивание проводить с применением масочного наркоза закисью азота в соотношении 1:2.

41. Перекрут ножки кистомы яичника.

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

Неотложная помощь:

«холод» (при наличии) на низ живота;

кислородотерапия: кислородно-воздушная смесь (40% кислорода);

срочная госпитализация в гинекологическое отделение.

При выраженном болевом синдроме в машине скорой медицинской помощи обезболивание проводить с применением масочного наркоза закисью азота в соотношении 1:2.

42. Перфорация гнойных образований придатков матки.

Осложнение гнойного воспаления маточных труб (пиосальпинкс), яичников (нагноение кистомы яичника, пиовар), маточных труб, яичников и связочного аппарата (тубовариальный абсцесс).

Неотложная помощь:

катетеризация периферической вены;

в/в капельно 0,9% раствор хлорида натрия 500-1000 мл;

«холод» (при наличии) на низ живота;

кислородотерапия: кислородно-воздушная смесь (40% кислорода);

при низком АД в/в введение 60 мг преднизолона (200—300 мг гидрокортизона);

в/в введение кислоты аскорбиновой 5% раствор 5 мл;

катетеризация мочевого пузыря;

при развитии инфекционно-токсического шока – лечение согласно пункту 66 главы 9;

срочная госпитализация в гинекологическое отделение с продолжением инфузионной терапии (транспортировка на носилках).

43. 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).

Неотложная помощь:

катетеризация периферической вены;

в/в введение кровезамещающих растворов, исключая препараты декстрана (как ухудшающие гемостаз), согласно пункту 33 главы 4;

«холод» (при наличии) на низ живота;

оксигенотерапия: кислородно-воздушная смесь с 40% кислородом;

при низком АД в/в введение 60 мг преднизолона (200—300 мг гидрокортизона);

катетеризация мочевого пузыря;

при отсутствии признаков отделения последа и отсутствии значительного кровотечения, в случае домашних родов, показана срочная госпитализация роженицы в ближайший акушерский стационар (транспортировку обязательно осуществлять на носилках) с продолжением инфузионной терапии;

при возникновении обильного кровотечения и невозможности срочной доставки роженицы в акушерский стационар операцию ручного отделения последа выполняют на месте (следует отметить чрезвычайную серьезность этого вмешательства, необходимость определенного навыка и асептических условий);

операцию проводят под наркозом – закись азота с кислородом в соотношении 3:1 или 1% раствор тиопентала натрия 7-8 мг/кг массы тела роженицы (контроль за проходимость дыхательных путей и функции внешнего дыхания).

44. Предлежание плаценты.

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

Неотложная помощь:

катетеризация периферической вены при обильном кровоотделении, в/в кровезамещающие растворы, исключая препараты декстрана (как ухудшающие гемостаз), согласно пункту 33 главы 4;

оксигенотерапия: кислородно-воздушная смесь с 40% кислородом;

при низком АД в/в введение 60 мг преднизолона (200—300 мг гидрокортизона);

срочная госпитализация на носилках в ближайший акушерский стационар;

о доставке больной предупреждают персонал родильного дома.

45. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.

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

Неотложная помощь:

катетеризация периферической вены;

в/в введение кровезамещающих растворов согласно пункту 33 главы 4;

оксигенотерапия: 100% кислород через маску ингалятора;

при низком АД в/в введение 60 мг преднизолона (200—300 мг гидрокортизона);

срочная госпитализация на носилках в ближайший акушерский стационар, с продолжением инфузионной терапии;

о доставке больной предупреждают персонал родильного дома.

При выраженном болевом синдроме в машине скорой помощи - масочный наркоз закисью азота с кислородом в соотношении 1:2.

46. Преэклампсия, эклампсия.

Тяжелое осложнение беременности, проявляющееся полиорганной недостаточностью: печеночной, почечной, легочной, маточно-плацентарной и церебральной с развитием судорожных приступов (эклампсия).

Приступ эклампсии продолжается 1,5 минуты и характеризуется последовательной сменой следующих периодов:

предсудорожный период: фибриллярные подергивания мышц, шеи, верхних конечностей, веки закрываются, глаза «закатываются» – видны только белки глаз, сознание теряется, продолжительность периода 30 секунд;

период тонических судорог заключается в судорожном статусе, напоминающем состояние опистотонуса: тело вытягивается, напрягается, голова запрокидывается (тоническая судорога), дыхание прекращается, пульс едва ощутим, общий цианоз, продолжительность 30-40 секунд;

период клонических судорог – сильные судорожные сокращения всех групп мышц туловища, конечностей, которые к концу этого периода (30-40 секунд) ослабевают и прекращаются. Восстанавливается хриплое судорожное дыхание, тахипноэ, из полости рта отделяется пена, нередко окрашенная кровью за счет прикусывания языка, 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 (обеспечение вентиляции легких, противосудорожная и гипотензивная терапия, восполнение объема циркулирующей крови, коррекция мозгового кровообращения, транспортировка в стационар):

обеспечение проходимости дыхательных путей, поддержание адекватной вентиляции легких, положение на боку, аспирация содержимого ротовой полости;

во время приступа эклампсии вводят роторасширитель (ложку, обернутую марлей или ватой);

по окончании приступа масочный наркоз закисью азота с кислородом в отношении 1:1 или 1:2;

пункция (катетеризация) периферической вены, медленно в/в 0,9% раствор хлорида натрия (тщательный контроль количества введенной жидкости и диуреза);

введение магния сульфата 4-6 г (20-30 мл 20% раствора) в/в медленно под контролем дыхания пациентки, максимальная скорость введения 1 г/мин до максимальной дозы 6 г, поддерживающая доза 2 г/час;

диазепам 10-20 мг в/в (2-4 мл 0,5% раствора);

нейролептики: дроперидол 5 мг в/в (2 мл 0,25% раствора);

гипотензивную терапию по показаниям дополняют введением ганглиоблокаторов (2,5% гексаметоний бензосульфонат 1-1,5 мл), спазмолитиков (2% дротаверин 2-4мл, 2,4% аминофиллин 10 мл) для поддержания диастолического АД менее 110 мм. рт. ст.;

барбитураты: 1% тиопентал натрия 3-5 мг/кг в/в болюсно до 300 мг;

госпитализация больной в акушерский стационар.

47. Разрыв матки.

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

Неотложная помощь:

катетеризация периферической вены, в/в (по показаниям струйное) введение кровезамещающих растворов согласно пункту 33 главы 4;

в/в 1 мл 0,005% раствора фентанила или 1-2 мл 2% раствора тримеперидина;

эндотрахеальный закисно-кислородный наркоз, перевод роженицы на ИВЛ, при невозможности - масочный наркоз закисью азота с кислородом в отношении 1:2 или 1:1;

преднизолон 60 мг в/в (300-500 мг гидрокортизона);
срочная госпитализация в ближайший акушерский стационар (о доставке больной предупреждают персонал родильного дома) с продолжением инфузионной терапии (транспортировка на носилках).

48. Роды.

Процесс изгнания плода и последа из матки. Срочными считают роды, происходящие в сроки 37-42 недели от первого дня последней менструации. Преждевременными – роды, наступившие с 28 полных недель до 37 недель. Запоздалыми – роды, начавшиеся после 42 недель от первого дня после менструации.

В родах выделяют период раскрытия шейки матки, он начинается с появлением регулярных сокращений матки (схваток). Продолжительность периода у перво- и повторнородящих составляет 12-14 и 6-8 ч.

Второй период родов – период изгнания, заключается в рождении плода, который под действием потуг совершает поступательное и вращательное движения: сгибание головки, внутренний поворот головки, разгибание (рождение) головки, внутренний поворот и рождение туловища. Продолжительность от 10—15 минут до 1 часа.

Третий период родов – последовый, заключается в рождении плаценты и оболочек (последа), сопровождается кровотечением из сосудов плацентарной площадки. Продолжительность периода 10-15 минут не более 30 минут. Физиологическая кровопотеря в родах 250-300 мл.

Неотложная помощь:

48.1. в первом периоде родов:

устанавливают периодичность и продолжительность схваток, излитие вод (по подтеканию вод из половых путей);
госпитализируют в акушерский стационар.

48.2. в периоде изгнания:

роженице придают удобную позу – на спине с приподнятой верхней частью туловища, согнутыми в коленях и широко разведенными ногами; под тазовый конец подкладывают свернутое одеяло, валик, приподнимая его;

обрабатывают наружные половые органы роженицы 0,5% спиртовым раствором хлоргексидина или 3-5% спиртовой настойкой йода;

руки врача обрабатывают 0,5% спиртовым раствором хлоргексидина или 3-5% спиртовой настойкой йода;

после прорезывания головки (головка врезывается в половую щель и не исчезает после окончания потуги) приступают к акушерскому пособию: ладонь правой руки с разведенными I и II пальцами укладывают на промежность, левой рукой осторожно снимают с головки мягкие ткани вульварного кольца;

после рождения головки роженице предлагают потужиться, что способствует повороту плечиков, выведение которых проводят аккуратно, избегая сдавления головки плода;

ребенка принимают на стерильное белье (салфетки простыни), укладывают между ног матери, чтобы не было натяжение пуповины;

пуповину захватывают 2 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 0,5% спиртовым раствором хлоргексидина;

выполняют первичный туалет новорожденного: для профилактики офтальмобленнореи глаза протирают разными стерильными тампонами, на вывернутую конъюнктиву верхнего века закапывают 2-3 капли 20% раствора сульфацидамида, девочкам 2-3 капли 20% раствора сульфацидамида наносят на область вульвы;

новорожденного заворачивают в стерильные пеленки (материал), тепло укутывают и доставляют в родильный дом вместе с матерью.

48.3. в последовом периоде:

наблюдают за состоянием роженицы и объемом кровопотери, для учета которой под тазовый конец подставляют судно или другую имеющуюся емкость;

катетеризация мочевого пузыря мягким катетером (лучше установить постоянный катетер), который оставляют в мочевом пузыре до госпитализации женщины в стационар;

определяют период отделения плаценты от стенки матки по следующему признаку: надавливание на матку в надлобковой области ребром ладони не приводит к втягиванию пуповины, если плацента отделилась от стенки;

недопустимы попытки ускорить отделение последа наружным массажем матки, подтягиванием за пуповину (риск выворота матки);

убедившись, что процесс отслойки плаценты завершен, помогают рождению последа следующим приемом: матку приводят в срединное положение, дно матки захватывают рукой так, чтобы четыре пальца легли на ее заднюю поверхность, а I (большой) палец – на переднюю стенку и производят легкий массаж, вызывая схватку, другой рукой потягивают за пуповину;

при задержке отделившегося последа в матке: катетеризация мочевого пузыря, в/в спазмолитики (0,1% атропин 0,5-1 мл, 2% папаверин 2-4 мл, 2% дротаверин 2-4 мл) и приступают к выделению отделившегося по-

следа по Абуладзе: берут переднюю брюшную стенку двумя руками в складку и предлагают роженице потужиться;

при неэффективности - применяют метод выделения последа по Креде-Лазаревичу под наркозом после внутривенного введения спазмолитиков: выполняют легкий наружный массаж матки, матку берут в ладонь и производят выдавливание последа;

послед осматривают на его целостность, раскладывая на большой гладкой плоскости (подносе) и проверяют целостность каждой дольки: кровотокающие дефекты свидетельствуют об отрыве части плаценты, что требует ручного или инструментального их удаления;

при госпитализации вместе с родильницей в акушерский стационар должен быть доставлен послед.

48.4. в раннем послеродовом периоде:

«холод» (при наличии) на низ живота;

наблюдает за состоянием роженицы и объемом кровопотери, для учета которой под тазовый конец подставляют стерильную емкость;

производят туалет наружных половых органов и их осмотр;

осуществляют срочную госпитализацию в акушерский стационар на носилках.

49. Кровотечение в послеродовом периоде.

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

Неотложная помощь:

убедиться в целостности отделившейся плаценты;

катетеризация мочевого пузыря;

бережный наружный массаж матки для удаления крови и сгустков крови;

«холод» (при наличии) на низ живота;

для осмотра шейки матки и влагалища в зеркалах и ушивания разрывов нужна срочная госпитализация в акушерский стационар;

в/в введение окситоцина 5-10 ЕД в 5% растворе глюкозы, 0,9% раствора натрия хлорида 250-500 мл, аскорбиновой кислоты 5% раствор 1-2 мл;

катетеризация периферической вены, внутривенное введение плазмозамещающих растворов и 0,9% раствора хлорида натрия согласно пункту 33 главы 4;

оксигенотерапия: 100% кислород через маску наркозного аппарата или ингалятора;

при низком АД в/в введение 60 мг преднизолона (200-300 мг гидрокортизона);

срочная госпитализация в ближайший акушерский стационар с продолжением инфузионной терапии (транспортировка на носилках);

о доставке больной с кровотечением предупреждают персонал родильного дома.

50. Травма половых органов.

Насильственное нарушение целостности наружных и внутренних половых органов может быть химическим, механическим, огнестрельным. Оно чаще связано с введением во влагалище инородных тел, повреждением острыми и тупыми предметами, с родоразрешающими операциями, абортom, половым актом.

Неотложная помощь:

на рану наложить стерильную повязку;

«холод» (при наличии) к гематоме;

при гиповолемии, связанной с кровотечением инфузионная терапия: катетеризация периферической вены, в/в введение плазмозамещающих растворов и 0,9% раствора хлорида натрия согласно пункту 33 главы 4;

оксигенотерапия;

при низком АД в/в введение 60 мг преднизолона (200-300 мг гидрокортизона);

при болевом синдроме в/в 2 мл 50% раствора метамизола или 1 мл 0,005% раствора фентанила, или 1-2 мл 2% раствора тримеперидина, или кеторолак 10-30 мг;

срочная госпитализация на носилках в гинекологическое отделение больницы.

ГЛАВА 6 НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ В НЕВРОЛОГИИ

51. Инсульт.

Алгоритм оказания неотложной помощи:

восстановление проходимости верхних дыхательных путей (тройной прием Сафара, удаление слизи, мокроты, инородных предметов из полости рта, постановка воздуховода), при дыхании типа Чейн-Стокса, тахипноэ (35-40 дыхательных движений в 1 минуту), нарастающем цианозе – перевод больного на ИВЛ;

нормализация гемодинамики:

при АД 180-220/105-120 мм рт. ст. специальное лечение не требуется;

при АД больше 220/120 мм рт. ст. проводится осторожное снижение АД до целевых уровней: при наличии артериальной гипертензии в

анамнезе – до 180/100-105 мм рт. ст., без артериальной гипертензии – до 160-180/90-100 мм рт. ст.;

вести 0,5-1 мл 0,01% раствора клонидина в 10-20 мл 0,9% раствора натрия хлорида в/в медленно в течение 3-5 минут или 0,5-1,5 мл в/м (при необходимости введение можно повторить), или каптоприл 6,25-12,5 мг сублингвально;

при артериальной гипотензии – 50-150 мг преднизолона в/в, допамин 50 мг (0,5% - 10 мл) в 250 мл 5% раствора глюкозы или 0,9% раствора хлорида натрия в/в капельно (скорость введения – 10 - 20 мкг/кг/мин), декстран / натрия хлорид в/в капельно 200 - 400 мл;

купирование судорожных припадков, психомоторного возбуждения: диазепам 2-4 мл 0,5% раствора в/в (10—20 мг - 0,2 мг/кг) в 20 мл 0,9% раствора натрия хлорида или 20 мл 5% глюкозы медленно со скоростью введения 2-5 мг/мин (по показаниям инъекцию повторяют через 30 минут).

В случае повторной рвоты - метоклопрамид 2 мл (10 мг) в/м или на 0,9% растворе натрия хлорида в/в.

При головной боли - 2 мл 50% раствора метамизола в/в, или трамадол 50-100 мг (1-2 мл 5% раствора) в/в (или в/м), или кеторолак 10-30 мг в/в (или в/м) на 10 мл 0,9% раствора натрия хлорида.

Нейропротекторная терапия: эмоксипин 3% раствор 5 мл в/в, магния сульфат 25% раствор 10 мл в/в.

При отеке мозга – дексаметазон от 8 до 16 –32 мг или преднизолон 50-75 мг в/в (не применяют при геморрагическом инсульте, высоком АД), маннитол 0,5-1 г/кг массы тела (15% раствор 400мл) в/в в течение 15-20 минут, фуросемид 1% раствор 2-4 мл (20-40 мг) в/в или в/м.

При гипертермии свыше 38°C – 2 мл 50% раствора метамизола в/в или кеторолак 10-30 мг в/в (или в/м).

Госпитализация в неврологический стационар.

Противопоказания к транспортировке больного с острым нарушением мозгового кровообращения:

атоническая кома (крайняя степень терминального состояния с утратой всех рефлексов, в том числе и патологических на стороне парализованных конечностей, резкое падение АД);

некупируемые нарушения дыхания;

отек легких;

эпилептический статус;

выраженная артериальная гипертензия (АД 300/150 мм рт. ст. и выше);

выраженная артериальная гипотензия (АД 70/40 мм рт. ст. и ниже).

Транспортировка указанных больных, за исключением атонической комы, возможна только после устранения перечисленных нарушений.

52. Судорожный синдром.

52.1. Неотложная помощь при генерализованном тонико-клоническом припадке:

предупреждение травмы головы, туловища и аспирации;

при продолжительности припадка более 10 минут диазепам 2-4 мл 0,5% раствора в/в (10-20 мг – 0,2 мг/кг со скоростью 2-5 мг/мин) в 20 мл 0,9% раствора натрия хлорида или 20 мл 5% глюкозы медленно;

если припадок не прекратился, спустя 30 минут диазепам можно ввести повторно в той же дозе.

52.2. Неотложная помощь при серийных судорожных припадках (приступы следуют с короткими интервалами от нескольких минут до десятков минут и часов, во время которых больной приходит в сознание, укорочение интервалов между припадками является угрозой развития эпилептического статуса):

предупреждение травмы головы, туловища и аспирации;

восстановление проходимости верхних дыхательных путей (тройной прием Сафара, удаление слизи, мокроты, инородных предметов из полости рта, постановка воздуховода);

в/в введение 2-4 мл 0,5% раствора (10-20 мг – 0,2 мг/кг) диазепама со скоростью 2-5 мг/мин на 20 мл 0,9% раствора натрия хлорида или 20 мл 5% глюкозы;

если припадки не прекращаются спустя 15 минут повторяется в/в введение диазепама;

при отсутствии эффекта и возможности проведения ИВЛ назначается 20% раствор натрия оксибутирата 15-20 мл из расчета 70 мг/кг массы тела в/в капельно на 200мл 0,9% раствора натрия хлорида или 5-10% раствора глюкозы.

52.3. Неотложная помощь при эпилептическом статусе (состояние, при котором эпилептический припадок продолжается более 30 минут или отмечаются повторные припадки, между которыми больной не приходит в сознание):

предупреждение травмы головы, туловища и аспирации;

восстановление проходимости верхних дыхательных путей (тройной прием Сафара, удаление слизи, мокроты, инородных предметов из полости рта, постановка воздуховода);

в/в введение диазепама 2-4 мл 0,5% раствора (10-20 мг – 0,2мг/кг) со скоростью 2-5 мг/мин на 20 мл 0,9% раствора натрия хлорида или 20 мл 5% глюкозы;

если припадки не прекращаются спустя 15 минут повторяется в/в введение диазепама;

при отсутствии эффекта и возможности при необходимости проведения ИВЛ назначается 20% раствор натрия оксибутирата 15-20 мл из расчета 70 мг/кг массы тела в/в капельно на 200 мл 0,9% раствора натрия хлорида или на 5-10% растворе глюкозы;

при продолжении припадков – эндотрахеальная интубация;

в/в болюсно 1% тиопентал натрия (по показаниям) в дозе 100-250 мг за 20 секунд, затем по 50 мг болюсно каждые 2-3 минуты, пока припадки не остановятся, а затем переходят к постоянной инфузии в дозе 3-5 мг/кг/час (использование тиопентала натрия для купирования эпилептического статуса возможно только при наличии возможности перевода больного на ИВЛ);

при невозможности уточнить анамнез (гипогликемия): 40-60 мл 40% глюкозы.

Дополнительно (по показаниям):

при повышении АД значительно выше привычных для больного показателей применяется 0,5-1 мл 0,01% раствора клонидина в 10-20 мл 0,9% раствора натрия хлорида в/в медленно в течение 3-5 минут;

при артериальной гипотензии – 90-120 мг преднизолона в/в;

при гипертермии свыше 38°C – 2-4 мл 50% раствора метамизола в/в или кеторолак 10-30 мг в/в (или в/м);

борьба с отеком мозга – маннитол 0,5-1 г/кг массы тела (15% раствор 400мл) в/в в течение 15-20 минут, фуросемид 20-40 мг (1% раствор 2-4 мл) в/в (или в/м);

нейропротекторная терапия: эмоксипин 5 мл 3% раствора в/в струйно, магния сульфат 25% - 10 мл в/в струйно медленно на 0.9% растворе хлорида натрия.

Необходимо помнить, что эпилептический припадок может быть проявлением острого нарушения мозгового кровообращения (субарахноидального кровоизлияния, внутримозговой гематомы, инфаркта мозга), черепно-мозговой травмы (эпи, субдуральной гематомы, ушиба мозга), острой инфекции ЦНС (менингита, энцефалита), опухоли мозга, острого нарушения метаболизма, интоксикации, нарушения электролитного состава крови, гипогликемии. Больные с развившимся впервые в жизни генерализованным тонико-клоническим судорожным припадком должны быть госпитализированы в неврологическое отделение для выяснения его причины. В случае отказа от госпитализации при быстром восстановлении сознания и отсутствии общемозговой и очаговой неврологической симптоматики рекомендуется обращение к неврологу поликлиники по месту жительства. В случае купирования судорожного синдрома извест-

ной этиологии и отсутствия послеприпадочных изменений сознания больной может быть оставлен дома с последующим наблюдением неврологом поликлиники. Если сознание восстанавливается медленно, имеется общемозговая и (или) очаговая неврологическая симптоматика, показана госпитализация в неврологический стационар. Больных с черепно-мозговой травмой госпитализируются в нейрохирургическое отделение. Некупируемый эпилептический статус или серия судорожных припадков является показанием госпитализации больного в реанимационное отделение.

53. Обморок.

Неотложная помощь:

уложить больного на спину, чуть приподняв ноги, голову – повернуть набок;

рефлекторная стимуляция – вдыхание паров нашатырного спирта, протирание груди, лица холодной водой;

ЭКГ;

в случаях значительного снижения АД – 1 мл 10% раствора кофеина бензоата, 1% раствор мезатона 0,1-0,5 мл в/в на 40 мл 5-40% раствора глюкозы или 0,3-1 мл в/м;

при обмороках с замедлением сердечной деятельности – 0,1% раствор атропина 0,5 мл п/к, при необходимости – непрямой массаж сердца;

после возвращения сознания больной должен находиться в лежачем положении до исчезновения физической слабости;

при длительной (в течение часа и более) слабости, артериальной гипотензии – транспортировка в стационар для установления причины обморока (кардиальная патология, расслаивающая аневризма аорты, внутреннее кровотечение, гипогликемия, анемия, острое цереброваскулярное заболевание) и проведения соответствующего лечения.

54. Черепно-мозговая травма.

54.1. Неотложная помощь при сотрясении головного мозга:

обработка и перевязка ран (согласно пункту 26 главы 4);

при избыточном возбуждении: в/в 2-4 мл 0,5% раствора диазепама на 20 мл 0,9% раствора натрия хлорида или 20 мл 40% глюкозы;

обязательная госпитализация в стационар (хирургическое или неврологическое отделение).

54.2. Неотложная помощь при ушибах и сдавлении головного мозга:

стабилизация шейного отдела позвоночника – воротник Шанца до уточнения характера травмы;

восстановление проходимости верхних дыхательных путей (тройной прием Сафара, удаление слизи, мокроты, инородных предметов из полости рта, постановка воздуховода);

ингаляция кислорода – начать со 100%, затем постепенно снижать концентрацию до 40%;

при наличии апноэ, гипопноэ, нарастающем цианозе – перевод больного на ИВЛ в режиме умеренной гипервентиляции (ЧД –16-20 в 1 минуту, дыхательный объем – 600-800 мл);

при сочетанной черепно-челюстно-лицевой травме (обтурация верхних дыхательных путей краями ран лица, мягких тканей дна полости рта, корня языка):

провести временную остановку кровотечения: наложение кровоостанавливающего зажима, давящую повязку;

интубация трахеи (без миорелаксантов) выполняется вне зависимости от того, будет проводиться ИВЛ или нет;

трахею интубируют преимущественно через нос, при клинических признаках перелома носа, околоносовых пазух, ликворреи – через рот без разгибания головы пациента;

при невозможности выполнения интубации трахеи производят коникотомию, крикотиреотомию или трахеостомию;

обеспечение доступа к вене;

контроль за АД, ЧСС, ОЦК;

вести 50-150 мг преднизолона в/в при снижении АД;

вести допамин 50 мг (0,5% - 10 мл) в 250 мл 5% раствора глюкозы или 0,9% раствора хлорида натрия в/в капельно (скорость введения– 10-20 мкг/кг/мин), декстран/натрия хлорид в/в капельно (200-400 мл) при снижении АД;

при развитии терминального состояния: СЛР согласно главе 2;

нейропротекторная терапия: эмоксипин 3% раствор 5 мл в/в на 10 – 15 мл 0,9% раствора хлорида натрия.

Госпитализация в стационар, имеющий нейрохирургическую службу. При нарушении функции дыхания и сердечной деятельности – госпитализация в реанимационное отделение.

Дополнительно по показаниям.

В качестве премедикации ввести п/к атропин 0,1% раствор 0,5-1 мл.

При возбуждении и судорогах в/в введение диазепама 2-4 мл 0,5% раствора (10-20 мг - 0,2 мг/кг) со скоростью 2-5 мг/мин на 10 мл 0,9% раствора натрия хлорида или 20 мл 5% глюкозы (если припадки не прекращаются спустя 15 минут повторяется в/в введение диазепама в той же дозе).

При внутрочерепном гипертензионном синдроме:

вести фуросемид 1% раствор 2-4 мл в/в (при декомпенсированной кровопотере, сочетанной травме фуросемид не вводить);

вести преднизолон 30-90 мг или дексаметазон 4-12 мг в/в;

ИВЛ в режиме гипервентиляции (ЧД 16-20 в 1 минуту, дыхательный объем – 600-800 мл).

При болевом синдроме: метамизол 50% раствор 2 мл в/в или трамадол 50-100 мг (1-2 мл 5% раствора) в/м (или в/в), или кеторолак 10-30 мг в/в (или в/м) струйно на 10 мл 0,9% раствора натрия хлорида.

55. Миастения.

55.1. Миастенический криз (неотложное состояние, характеризующееся угнетением дыхания вследствие слабости дыхательных мышц, риском аспирации вследствие поражения орофарингеальной мускулатуры).

Признаки:

угнетение, остановка дыхания, слабый кашлевой толчок, цианоз;
учащение пульса и повышение АД;
профузное потоотделение;
неспособность контролировать глотание слюны, дисфагия;
мидриаз;
слабость скелетной мускулатуры.

Неотложная помощь:

при дыхательной недостаточности временную помощь можно оказать введением ротового воздуховода;

при нарастающей дыхательной недостаточности – интубация трахеи с подключением вспомогательной или ИВЛ;

ввести неостигмин 0,05% раствор – 1 - 2 мл в/в (при ИВЛ антихолинэстеразные средства не вводятся);

ввести преднизолон 90-120 мг в/в;

при самостоятельном дыхании и обильной саливации п/к неостигмин и атропин 0,1% раствор 0,3-0,5 мл.

55.2. Холинергический криз (осложнение избыточного приема антихолинэстеразных средств).

Признаки:

боли в животе, диарея, тошнота, рвота;
повышенное слюноотделение, слезотечение;
миоз;
фасцикуляции;
профузное потоотделение;
брадикардия;
слабость скелетной, орофарингеальной мускулатуры.

Неотложная помощь:

обеспечение проходимости верхних дыхательных путей, интубация трахеи, при необходимости – ИВЛ;

прекращение приема антихолинэстеразных лекарственных средств (неостигмин) минимум на 72 часа;

повторные введения 0,1% раствора атропина 0,5-1,0 мл п/к (до появления сухости во рту).

Больные с миастеническим и холинергическим кризами подлежат экстренной госпитализации в стационары, имеющие реанимационное и неврологическое отделение.

56. Мигрень.

Неотложная помощь:

вести метамизол 2 мл 50% раствора в/в или трамадол 50-100 мг (1-2 мл 5% раствора) в/м (или в/в), или кеторолак 10-30 мг в/в (или в/м) на 10 мл 0,9% раствора натрия хлорида;

вести метоклопрамид 2 мл (10 мг) в/м или на 10 мл 0,9% растворе натрия хлорида в/в;

вести диазепам 2-4 мл 0,5% раствора в/м или в/в на 20 мл 0,9% натрия хлорида.

Мигренозный статус: серия тяжелых, следующих друг за другом приступов (с интервалом менее 4 часов), сопровождающихся многократной рвотой либо один тяжелый, продолжающийся более 72 часов, приступ, который не может быть купирован с помощью ранее применявшихся болеутоляющих лекарственных средств.

Дополнительно вводят преднизолон 60-75 мг в/в струйно.

Больные с мигренозным статусом подлежат госпитализации в неврологический стационар.

57. Острый болевой синдром при вертеброгенных расстройствах.

Неотложная помощь:

создать покой, удобное положение туловища;

метамизол 50% раствор по 2 мл в/в, можно в сочетании с 1 мл 1% раствора дифенгидрамина, или кеторолак 10-30 мг в/в (или в/м) на 10 мл 0,9% раствора натрия хлорида;

при отсутствии эффекта: трамадол 50-100 мг (1-2 мл 5% раствора) в/м или в/в струйно на 10 мл 0,9% раствора натрия хлорида;

при интенсивной боли дополнительно ввести в/м 2 мл 0,5% раствора диазепама.

Экстренной госпитализации подлежат больные, у которых острый болевой синдром сопровождается наличием очаговых поражений спинного мозга, развившихся в результате нарушения спинального кровообращения или сдавления спинного мозга (пара-, тетрапарез, нарушение мочеиспускания).

58. Дислокационный синдром при объемных внутричерепных процессах.

Признаки: снижение уровня сознания, головная боль, рвота, брадикардия, повышение АД, развитие неврологических симптомов (зрачковых нарушений, анизокории, расстройств глазодвигательных функций, патологических типов дыхания, появление двусторонних симптомов Бабинского, двигательных нарушений в конечностях).

Неотложная помощь:

возвышенное положение головы;

оценка дыхательных и гемодинамических нарушений;

при бессознательном состоянии больного: осмотреть, механически очистить полость рта, установить воздуховод, начать ингаляцию кислорода;

после введения в/в 1 мл 0,1% раствора атропина – интубировать трахею (без миорелаксантов) вне зависимости от того, будет проводиться ИВЛ или нет;

обеспечение доступа к периферической вене;

при неэффективности самостоятельного дыхания – искусственная вентиляция легких в режиме умеренной гипервентиляции (ЧД 16-20 в 1 минуту, дыхательный объем – 600-800 мл);

при прогрессирующем тенториальном вклинении: маннитол 0,5-1 г/кг массы тела (15% раствор 400мл), 1% раствор фуросемида 2-4 мл (20-40 мг) в/в;

преднизолон 30-90 мг или дексаметазон 4-12 мг в/в.

Экстренная транспортировка в стационар, имеющий нейрохирургическое и реанимационное отделение. При транспортировке контролировать дыхательный ритм, корректировать гемодинамические нарушения.

ГЛАВА 7

НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ В АЛЛЕРГОЛОГИИ

59. Анафилактический шок.

Неотложная помощь:

мероприятия первичной СЛР при остановке дыхания и сердечной деятельности согласно главе 2;

ввести эпинефрин в/в 0,3-1 мл 0,18% раствора в 10 мл 0,9% раствора хлорида натрия;

по показаниям дозу эпинефрина повторяют через 3-5 минут (если венепункция не удастся, можно ввести эпинефрина в эндотрахеальную трубку, разведя на 10-15 мл 0,9% раствора натрия хлорида или корень языка);

прекратить и блокировать поступление аллергена в организм;

обколоть место инъекции или укуса 0,3-0,5 мл 0,18% раствора эпинефрина в 3-5 мл 0,9% раствора хлорида натрия;

при недостаточном или непродолжительном эффекте переходят на капельное введение эпинефрина со скоростью 0,1 мкг/кг/мин;

одновременно наладить инфузионную терапию в 1-2 вены, особенно пациентам с типичным и гемодинамическим вариантами анафилактического шока: коллоидные растворы (декстрана/натрия хлорида), дополнительно используют 7,5% раствор натрия хлорида с или без добавления коллоидов в объеме 2-4 мл/кг массы тела, растворы электролитов, 5% раствор глюкозы вначале струйно, а затем под контролем АД, ЧСС, ЧД, с переходом на капельное введение после стабилизации гемодинамики;

глюкокортикоидные лекарственные средства: преднизолон 15-30 мг/кг массы тела или гидрокортизон 5-15 мг/кг массы тела в/в.

антигистаминные средства: раствор хлоропирамина 2% по 2-4 мл (хлоропирамин нельзя вводить при аллергии на аминофиллин) в/в;

ЭКГ;

при бронхоспазме, который не купируется эпинефрином, на фоне стабильной гемодинамики применяют в/в введение аминофиллина 2,4% в дозе 5-6 мг/кг массы тела в течение 20 минут, после чего переходят на поддерживающую дозу 1мг/час;

при судорогах и возбуждении в/в вводят диазепам 0,5% 2-6 мл;

при пищевой аллергии или приеме внутрь медикаментов промыть желудок через зонд с последующим приемом активированного угля 0,5-1 г/кг массы тела (после стабилизации состояния больного).

60. Крапивница.

Неотложная помощь:

прекратить введение, прием или контакт аллергена с организмом;

преднизолон 1-5 мг/кг массы тела или гидрокортизон 1-5 мг/кг массы тела;

при пищевой аллергии или приеме внутрь медикаментов промыть желудок через зонд с последующим приемом активированного угля 0,5-1г/кг массы тела.

61. Ангионевротический отек.

Неотложная помощь:

прекратить введение, прием или контакт аллергена с организмом;

при отеке гортани вводить в/в 0,3-1 мл 0,18% раствора эпинефрина в 10 мл 0,9% раствора хлорида натрия (по показаниям дозу эпинефрина повторяют через 3-5 минут);

ввести преднизолон 3-10 мг/кг массы тела или 8-20 мг дексаметазона, или гидрокортизон 5-15 мг/кг массы тела;

при нарастающем стенозе гортани вследствие отека с признаками гипоксии требуется экстренная интубация трахеи (при невозможности – трахеостомия), ИВЛ, оксигенотерапия;

антигистаминные средства: клемастин 2-4 мл (2-4 мг), дифенгидрамин 1%, или раствор хлоропирамина 2% по 2-4 мл в/в;

при пищевой аллергии или приеме внутрь медикаментов промыть желудок через зонд с последующим приемом активированного угля 0,5-1 г/кг массы тела;

при нестабильной гемодинамике проводится инфузионная терапия: декстран/натрия хлорид в дозе 3-5 мл/кг массы.

При ангионевротическом отеке гортани показана срочная госпитализация больного.

62. Астматический статус.

Астматический статус – это длительно не купирующийся приступ удушья с развившейся относительной блокадой H₂-рецепторов, с формированием тотальной бронхиальной обструкции, развитием легочной гипертензии и острой дыхательной недостаточности.

Неотложная помощь:

придать больному максимально комфортное положение в постели; инсуффляция увлажненной кислородно-воздушной смеси (30-40% кислород 2-4 л в минуту), лучше через носовые катетеры;

пункция и катетеризация периферической или центральной вены;

начать инфузионную терапию: в/в капельно 5% раствор глюкозы или 0,9% раствор натрия хлорида, декстран/натрия хлорид. Общий объем инфузий 50 мл на 1 кг массы тела в сутки, при выраженной перегрузке правых отделов сердца 25 мл/кг/сут;

контроль АД, ЦВД, ЭКГ;

введение бронходилататоров: при сохраненном сознании больного – ингаляция бронхолитиков при помощи небулайзера: фенотерол с ипратропиум бромидом 1 – 4 мл или 20 – 80 капель (в 1 мл раствора 0,5 мг фенотерола и 0,25 мг ипратропия бромида).

При отсутствии эффекта:

при нарушении сознания и угрозе остановки дыхания можно использовать п/к введение 0,18% эpineфрина в дозе 0,3 мл каждые 20 минут в течение первого часа (или до получения бронхолитического эффекта);

если в последние 24 часа до развития астматического статуса не применялись лекарственные средства, содержащие теофиллин:

в/в введение в течение 20 минут 2,4% раствора аминофиллина в нагрузочной дозе 3-6 мг/кг, затем в/в капельно у курильщиков – 0,8 мг/кг/час, у больных с тяжелой ХОБЛ – 0,4 мг/кг/час, у лиц с застойной

сердечной недостаточностью, патологией печени, пневмонией – 0,2 мг/кг/час, без сопутствующей патологии – 0,6 мг/кг/час;

преднизолон 60-120 мг на одно введение с целью уменьшения воспалительно – аллергического набухания слизистой бронхов и восстановления чувствительности β -адренорецепторов, независимо от их предыдущего применения кортикостероидов;

коррекция метаболического ацидоза: в/в капельно 50-100 мл 8,4% раствора натрия гидрокарбоната;

ввести гепарин 5000-10000 ЕД в/в капельно с одним из плазмозамещающих растворов;

при сопутствующей артериальной гипертензии – гексаметоний бензосульфат 2,5 % раствор 0,5-1 мл в/в медленно под контролем АД;

при выраженной тахикардии (суправентрикулярных нарушениях сердечного ритма) в/в медленно 2 мл 0,25% верапамила;

при угнетении дыхания на фоне утраты сознания (брадипноэ 8 и менее дыханий в минуту) интубация и перевод больного на ИВЛ ручным способом (на фоне ИВЛ можно использовать психотропные и наркотические лекарственные средства для седации больного и облегчения ИВЛ – 0,5% диазепам 0,5 мг/кг или 1% морфин 0,2-0,3 мг/кг);

госпитализация в отделение реанимации и интенсивной терапии (далее-ОРИТ);

Инфузионные растворы, содержащие соли натрия, использовать нельзя ввиду исходной гипернатриемии и гипертонической дегидратации. Натрия гидрокарбонат в виде 8,4% раствора применять только при коматозном состоянии из расчета 1-1,5 мл/кг массы тела. При проведении медикаментозной терапии противопоказаны: седативные и антигистаминные средства (угнетают кашлевой рефлекс, усиливают бронхолегочную обструкцию), холинолитики (сушат слизистую оболочку, сгущают мокроту), муколитические средства для разжижения мокроты, антибиотики, новокаин (обладают высокой сенсibiliзирующей активностью), препараты кальция (углубляют гипокалиемию), диуретики (увеличивают исходную дегидратацию и гемоконцентрацию).

ГЛАВА 8

НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

63. Диабетическая кетонемическая кома.

Неотложная помощь:

регидратацию начинать с в/в введения 0,9% раствора натрия хлорида со скоростью 1 л/час;

инсулинотерапия на догоспитальном этапе не проводится;

определять уровень глюкозы в крови (глюкометр);
 больного доставляют в ОРИТ, минуя приемное отделение;

Не следует вводить в/в 4% раствор гидрокарбоната натрия или препараты калия, так как это требует дополнительного определения уровня калия и рН крови. Необходим постоянный контроль АД в пути следования. При избыточно быстром темпе регидратации и резком падении гликемии возможно развитие отека головного мозга.

64. Диабетическая некетонемическая гиперосмолярная кома.

Неотложная помощь:

регидратация: в/в введение 0,45% раствора натрия хлорида со скоростью 1 л/ч до повышения АД выше 100 мм/рт.ст. (концентрация натрия в крови не должна превышать 160 ммоль/л);

инсулинотерапия на догоспитальном этапе не проводится;

определять уровень глюкозы в крови (глюкометр);

больного доставляют в ОРИТ, минуя приемное отделение.

65. Гипогликемические состояния.

Неотложная помощь:

в/в введение 40—100 мл (не более 100 мл - угроза развития отека головного мозга) 40% раствора глюкозы, при отсутствии должного эффекта следует продолжить в/в введение глюкозы в виде 5% раствора;

в сопроводительном талоне указать количество введенной глюкозы;

глюкокортикоиды (по показаниям): в/в гидрокортизон 100-300 мг или преднизолон 30-60 мг.

Как только пациент в состоянии есть, его следует накормить углеводсодержащей пищей (хлеб, картофель, каша, булка).

ГЛАВА 9

НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ ПРИ ОСТРЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

66. Инфекционно-токсический шок.

Неотложная помощь.

У взрослых компенсированных больных инфузионная терапия не проводится и при доставке в стационар неотложная помощь ограничивается:

введением 50% раствора метамизола 2 мл, 1% раствора дифенгидрамина 2 мл в/в, или кеторолака 10-30 мг в/в (или в/м) при гипертермии;

введением 0,5% раствора диазепама 2-4 мл в/в и 25% раствора магния сульфата 10-15 мл в/в при возбуждении и судорогах.

При субкомпенсации:

в/в капельно вводить 400 мл декстрана/натрия хлорида, растворы электролитов;

глюкокортикоидные гормоны: преднизолон 90-120 мг в/в.

При шоке:

декстран/натрия хлорид, растворы электролитов вводят в/в струйно до стабилизации АД и пульса с последующим переходом на капельную инфузию;

при отсутствии эффекта 200 мг (5 мл 4% раствора) допамина или 1 мл 0,18% раствора норэпинефрина на 200 мл 5% раствора глюкозы в/в капельно;

диазепам 0,5% раствора в дозе 2-4 мл или 10-20 мл 20% раствора натрия оксибутирата при возбуждении и судорогах.

67. Гиповолемический шок.

Выделяют 4 степени обезвоживания:

1-я степень обезвоживания характеризуется жаждой, сухостью во рту. Частота стула 3-10 раз в сутки, гипертермия или субфебрилитет. Это соответствует потере жидкости в количестве 1-3% к массе тела;

2-я степень обезвоживания характеризуется жаждой, сухостью слизистых оболочек рта и кожных покровов, акроцианозом, судорогами в икроножных мышцах, уменьшением объема мочеотделения, гипотензией, тахикардией, снижением тургора кожи. Частота стула до 10-20 раз в сутки, 3-10-кратная рвота. Температура тела нормальная. Это соответствует потере жидкости в количестве 4-6% к массе тела;

3-я степень обезвоживания характеризуется цианозом, сухостью кожных покровов и слизистых оболочек, выраженным снижением тургора тканей, афонией, олиго- или анурией, тахикардией, гипотензией, одышкой. Температура тела нормальная. Это соответствует потере жидкости в количестве 7-10% к массе тела;

4-я степень обезвоживания характеризуется гипотермией, анурией, тотальным цианозом, тоническими судорогами, а также прекращением рвоты и отсутствием стула.

Неотложная помощь:

больным с первой и второй степенью дегидратации, если нет рвоты, можно ограничиться пероральной регидратацией;

при пероральной регидратации используют медленное питье небольшими глотками: 1 л теплой (38-40°C) воды с 20 г глюкозы, 3,5 г натрия хлорида, 2,5 г натрия гидрокарбоната, 1,5 г калия хлорида (глюкоза может быть заменена пищевым сахаром, натрия хлорид – пищевой солью, натрия гидрокарбонат – питьевой содой), для пероральной регидратации можно использовать инфузионные растворы электролитов с добавлением 20-40 мл 40% глюкозы из ампул;

при пищевой токсикоинфекции, достоверном исключении инфаркта миокарда и острых хирургических заболеваний органов брюшной полости: промывание желудка 2% раствором натрия гидрокарбоната;

при более тяжелых степенях целесообразно начать инфузионную регидратацию;

для инфузионной регидратации используют растворы электролитов, при шоке вводят со скоростью 100-120 мл/мин (на капельное введение переходят после нормализации пульса и стабилизации АД);

регидратацию при гиповолемическом шоке, осложнившем пищевую токсикоинфекцию на фоне алкогольного абстинентного синдрома, алкогольного делирия и судорог, проводят в том же объеме, но обязательно дополняют внутривенным введением 4-6 мл 0,5% раствора диазепама или 20-30 мл 20% раствора натрия оксибутирата и 4-6 мл 1% раствора фуросемида.

68. Менингиты.

Ранняя диагностика:

острое развитие на фоне предшествующей инфекции, либо среди полного здоровья;

общемозговая симптоматика: интенсивная головная боль, «мозговая рвота», при тяжелом течении возможны нарушения сознания, бред, галлюцинации, психомоторное возбуждение, судороги;

менингеальная (оболочечная) симптоматика: кожная гиперестезия, повышение чувствительности к слуховым, световым болевым раздражителям, ригидность затылочных мышц, симптомы Кернига и Брудзинского, повышение сухожильных, периостальных и кожных рефлексов, патологические рефлексы (Бабинского, Гордона, Россолимо, Оппенгеймера, клонус стоп); у грудных детей – родничковая триада (выбухание, напряженность родничка, отсутствие его нормальной пульсации) и симптом «подвешивания» Лесажа, в тяжелых случаях – поза «легавой собаки» или «взведенного курка» (голова запрокинута назад, туловище максимально разогнуто, ноги приведены к втянутому животу);

общее инфекционная симптоматика: выраженная гипертермия, ощущение жара, озноб, воспалительные изменения крови, интоксикация, кожные высыпания и ряд инфекционно-соматических проявлений, характерных для той или иной инфекции;

эпидемиологические данные: группа больных со сходным заболеванием, эпидвспышки болезней, сезонность;

данные люмбальной пункции: цвет ликвора, скорость его истечения – ранняя дифференциальная диагностика (возможна в условиях специализированной бригады с обученным персоналом).

Неотложная помощь на догоспитальном этапе (срочная госпитализация в инфекционное отделение, а при его отсутствии и при тяжелом коматозном состоянии – в неврологическое отделение).

Легкая форма:

вести метамизол 2 мл 50% раствора и 1 мл 1% раствора дифенгидрамина в/в (жаропонижающий и анальгезирующий эффект), или кеторолак 10-30 мг в/в (или в/м);

вести преднизолон 30 – 60 мг в/в;

вести фуросемид 40 – 80 мг (4 - 8 мл 1% раствора) в/в или сульфат магния 25% - 5-10 мл в/в при выраженном менингеальном синдроме;

вести диазепам 0,5% раствор 2 – 4 мл в/м или в/в при возбуждении, судорогах.

Среднетяжелая форма:

вести метамизол 2 мл 50% раствора и 1 мл 1% раствора дифенгидрамина в/в (жаропонижающий и анальгезирующий эффект), или кеторолак 10-30 мг в/в (или в/м);

вести декстран/натрия хлорид в/в капельно 400 мл, растворы электролитов (в соотношении 1:3);

вести преднизолон 90 – 120 мг в/в или равнодействующие дозы других глюкокортикоидов (по показаниям повторное введение);

вести фуросемид 40 – 80 мг (4 - 8 мл 1% раствора) в/в (по показаниям повторное введение 4-6 мл 1% раствора);

вести диазепам 0,5% раствор 2 – 4 мл в/м или в/в при возбуждении, судорогах (по показаниям повторное введение 0,5% раствор 2 – 4 мл диазепама или 10-20 мл 20% раствора натрия оксибутирата);

ингаляция вначале 100% кислородом, а затем 50% до доставки в стационар.

При быстрой (до 1 часа) госпитализации больного от введения антибиотиков воздержаться.

Тяжелая (гипертоксическая, скоротечная форма):

оказание неотложной помощи как при среднетяжелой форме, оказание неотложной помощи согласно пункту 66 главы 9, согласно пункту 52 главы 6;

дегидратационная терапия: маннитол 0,5 – 1 г/кг массы тела в течение 10 – 30 мин в/в.

При длительной транспортировке пациента и отсутствии клиники шока или при налаженной противошоковой терапии – в/м хлорамфеникол в разовой дозе 25 мг/кг.

69. Острая дыхательная недостаточность при инфекционных заболеваниях.

69.1. Острая дыхательная недостаточность при столбняке.

Неотложная помощь:

нейролептическая смесь при частых судорогах с расстройствами дыхания (в дозах для взрослых): хлорпромазин 2 мл 2,5% раствора, три-меперидин 2 мл 2% раствора, дифенгидрамин 2 мл 1% раствора;

при распространении судорог на дыхательные мышцы и угрозе асфиксии: тиопентал натрия в/в болюсно в дозе 100-250 мг (10-25 мл 1% раствора) за 20 сек, затем по 50 мг болюсно каждые 2-3 мин, пока припадки не остановятся, а затем переходят к постоянной инфузии в дозе 3-5 мг/кг/час;

при остановке дыхания и сердца проводят комплекс СЛР согласно главе 2.

Детям вводят все перечисленные лекарственные средства в соответствии с возрастными дозами.

69.2. Острая дыхательная недостаточность при ботулизме.

Неотложная помощь проводится независимо от сроков болезни:

промывание желудка через зонд кипяченой водой или 2% раствором натрия гидрокарбоната с отбором проб на исследование;

в/в капельная инфузия раствора электролитов в дозе 40-50 мл/кг с одновременным введением 20-40 мг фуросемида (2-4 мл 1% раствора);

при дыхательной недостаточности: масочная ИВЛ или интубация трахеи и ИВЛ (при невозможности интубации – трахеостомия).

69.3. Острая дыхательная недостаточность при дифтерии.

Признаки дифтерийного крупа:

I стадия – лающий кашель, осиплость голоса;

II стадия – шумное «пилящее» дыхание, афония, включение вспомогательной мускулатуры, инспираторная одышка;

III стадия – асфиксия, возбуждение с переходом в кому, бледность, тахикардия, выпадение пульсовой волны во время вдоха.

Неотложная помощь:

ликвидация гипертермии;

при асфиксической (III) фазе крупа: интубация трахеи, ИВЛ;

при дифтерии гортани и трахеи: трахеостомия с удалением пленок отсосом;

экстренная госпитализация в стационар.

70. Неотложные состояния при осложненном гриппе.

Неотложная помощь:

при коллапсе: преднизолон 90-120 мг (2 мг/кг массы тела) в/в (в/м);

при гипертермии: в/в метамизол 50% раствор 2 мл и дифенгидрамин 1% раствор 2 мл, или кеторолак 10-30 мг в/в (или в/м);

при отеке мозга и легких оказание помощи согласно пункту 68 главы 9 и пункту 18 главы 3;

оксигенотерапия;
госпитализация в инфекционный стационар.

71. Острая печеночная недостаточность при инфекционных заболеваниях.

Неотложная помощь:

ввести дроперидол 0,25% раствор 2-4 мл или 0,5% раствор диазепамы 2 мл для снятия психомоторного возбуждения в/м (в/в);
госпитализация в реанимационное отделение.

72. Острая пневмония.

Клинические критерии госпитализации больного с пневмонией в стационар:

возраст старше 70 лет;
наличие хронического инвалидизирующего заболевания;
отсутствие ответа на антибактериальную терапию в течение 3 дней;
снижение уровня сознания;
возможная аспирация;
частота дыхания более 30 в 1 мин;
нестабильная гемодинамика;
сепсис или метастатическая инфекция;
вовлечение в процесс нескольких долей легкого;
значительный плевральный выпот;
образование полостей;
лейкопения (менее 4000 клеток/мм³) или выраженный лейкоцитоз (более 20000 клеток/мм³);
анемия (гемоглобин менее 90 г/л);
острая почечная недостаточность (мочевина крови более 7 ммоль/л);
социальные показания.

Во всех вышеперечисленных случаях больному показана госпитализация в стационар, а при наличии состояний, перечисленных ниже, – госпитализация в ОИТ.

Лабораторные и клинические критерии госпитализации больного в ОИТ:

выраженная дыхательная недостаточность: число дыхательных движений больше 30 в мин (P_{aO_2}/F_{iO_2} менее 250 мм. рт. ст. или менее 200 при наличии хронических обструктивных заболеваний легких);

потребность в искусственной вентиляции легких; быстрое распространение пневмонии по рентгенологическим данным (увеличение объема инфильтрации на 50% за 48 часов);

нестабильность гемодинамики:

артериальное давление менее 90/60 мм. рт. ст.;

потребность в вазопрессорных препаратах на протяжении более 4 часов;

диурез менее 20 мл/ч (при отсутствии гиповолемии);

ацидоз (рН менее 7,3);

ДВС-синдром;

острая почечная недостаточность, необходимость гемодиализа;

выраженная недостаточность других органов и систем.

Неотложная помощь зависит от степени тяжести пневмонии:

выявление осложнений раннего периода (артериальная гипотензия, делириозный синдром, инфекционно-токсический шок);

интенсивная терапия шока: придание больному положения с опущенным головным и приподнятым ножным концом носилок, срочная пункция или катетеризация центральной или периферической вены;

плазмозамещающие растворы в/в струйно: декстран/натрия хлорид, 0,9% раствор хлорида натрия. Общий объем не менее 1000-1500 мл;

глюкокортикоидные гормоны, в пересчете на преднизолон – 60-90 мг в/в струйно (не рекомендуются при инфекционно-токсическом шоке);

ввести допамин 5 мл 4% раствора на 200 мл одного из плазмозамещающих растворов до достижения уровня АД не менее 90 мм. рт. ст.;

оксигенотерапия: непрерывная подача через маску наркозного аппарата или ингалятора кислородно-воздушной смеси с содержанием кислорода не более 30—40%;

антиоксиданты: унитиол 5% раствор 1 мл/10 кг массы тела в/в, аскорбиновая кислота 5% раствор 0,3 мл/10 кг массы тела в/в, гепарин 5-10 тыс. ЕД в/в капельно или струйно.

Лечение делириозного синдрома:

надежная фиксация пациента;

срочная пункция или катетеризация периферической вены;

ввести диазепам 0,5% раствор 2-4 мл в/в (по показаниям повторное введение в дозах, необходимых для достижения седации);

при недостаточном эффекте от введения диазепама: натрия оксипутират 20% раствор 80-100 мг/кг массы тела (40-50 мл) в/в медленно;

при наличии апноэ, острых нарушений ритма дыхания (периодическое дыхание), ЧД более 40 (если это не связано с гипертермией выше 38,5°C или гиповолемией), клинических признаков гипоксемии и (или) гиперкапнии, если они не исчезают после консервативных мероприятий – поддержки давлением через лицевую маску, нарушения сознания и психики показана интубация трахеи и перевод больного на ИВЛ;

решение вопроса о госпитализации больного.

Каждый пункт по отдельности (кроме апноэ) является относительным показанием к ИВЛ. Наличие 2-х и более критериев служит абсолютным показанием к проведению ИВЛ.

ГЛАВА 10 ОСТРЫЕ ОТРАВЛЕНИЯ

Общий алгоритм оказания неотложной помощи при остром отравлении.

Обеспечить нормализацию дыхания (проходимость верхних дыхательных путей) и гемодинамику (при необходимости провести базовую легочно-сердечную и мозговую реанимацию).

Провести антидотную терапию.

Прекратить дальнейшее поступление яда в организм.

При ингаляционных отравлениях – удалить пострадавшего из зараженной атмосферы.

При пероральном отравлении – промыть желудок, ввести энтеросорбенты, дать слабительное, поставить очистительную клизму. При промывании желудка или смывании ядов с кожи использовать воду температурой не выше 18⁰С, реакцию нейтрализации яда в желудке не проводить. Наличие крови при промывании желудка не является противопоказанием для промывания.

При кожной аппликации: обмыть пораженный участок кожи раствором антидота или водой.

Начать проведение инфузионной и симптоматической терапии.

Госпитализировать больного в стационар.

Данный алгоритм оказания помощи на догоспитальном этапе применим ко всем типам острых отравлений.

ГЛАВА 11 НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ ПРИ АБСТИНЕНТНЫХ СИНДРОМАХ

73. Алкогольный абстинентный синдром.

Неотложная помощь:

при легкой степени: пероральная регидратация;

при средней и тяжелой степени (многократная рвота, снижение на 20% АД от адаптационного, увеличение ЧСС, снижение тургора кожи) медикаментозная инфузионная терапия: глюкоза 400 мл 5% раствора в/в, растворы электролитов 250 мл в/в, натрия гидрокарбонат 50-150 мл 8,4%

раствора в/в (общий объем инфузионной терапии из расчета 20-30 мл/кг массы тела);

седативная терапия: диазепам 10 мг (0,5% раствор 2 мл) в 10 мл 40% раствора глюкозы в/в медленно до достижения седации под контролем дыхания и АД (недостаточная седация может привести к снятию контролирующей роли коры головного мозга и развитию делирия, поэтому седация должна быть достаточной по дозе для того, чтобы вызвать сон у пациента);

контроль уровня артериального давления;

«метаболическая» терапия: магния сульфат 5-10 мл 25% раствора в/в капельно в 400 мл 5% раствора глюкозы, унитиол из расчета 1 мл на 10 кг массы тела в/в, аскорбиновая кислота из расчета 0,3 мл на 10 кг массы тела в/в, кальция хлорид 10 мл 10% раствора в/в медленно;

госпитализация при осложненном абстинентном синдроме всех степеней тяжести.

74. Наркотический абстинентный синдром.

Неотложная помощь:

показаны физический и эмоциональный покой, контроль поведения больного;

седативно-гипнотическая и анальгетическая терапия (проводить при всех степенях тяжести): диазепам по 10-20 мг (2 – 4 мл 0,5% раствора) в 10 мл 40% раствора глюкозы в/в медленно до достижения седации (под контролем частоты дыхания и уровня артериального давления), повторное введение не ранее, чем через 15 мин (при недостаточной дозе может быть вынужденное состояние возбуждение);

инфузионная терапия при средней и тяжелой степени (общий объем инфузионной терапии 20-30 мл/кг массы тела): глюкоза 400 мл 5% раствора, растворы электролитов 250 мл в/в, натрия гидрокарбонат 100-150 мл 8,4% раствора в/в;

другая лекарственная терапия: аскорбиновая кислота 0,3 мл/кг массы тела 5% раствора в/в, пиридоксин по 2 мл в/м, унитиол 1 мл/ 10 кг массы тела 5% раствора в/в, фуросемид 20-40 мг (2-4 мл 1% раствора) в/в на фоне инфузионной терапии, под контролем уровня артериального давления.

ГЛАВА 12

ПРОЧИЕ ЭКСТРЕМАЛЬНЫЕ СОСТОЯНИЯ

75. Ожоги кожи.

Различают степени ожогов кожи: I степень: покраснение и отек кожи, боль; II степень: отслойка эпидермиса с образованием пузырей (дно

пузырей ярко-розовое, резко болезненное); IIIА степень: некроз эпидермиса и частичный некроз дермы с формированием тонкого светлорозового или бледно-серого струпа, снижением болевой чувствительности, либо образование толстостенных пузырей больших размеров с бледно-серым или багрово-красным дном; IIIБ степень: некроз эпидермиса и дермы с формированием плотного сухого или влажного струпа, отсутствием болевой чувствительности; IV степень: некроз кожи и подлежащих тканей, рана коричневого с различными оттенками или серого цвета, без чувствительности.

Площадь ожоговых ран в % к общей площади поверхности тела определяют у взрослых по правилу “девятки” и правилу “ладони”. Правило “ладони” - площадь ладони пострадавшего составляет 1% поверхности его тела. Согласно правилу “девятки” площадь поверхности частей тела равна: голова и шея - 9%; верхняя конечность - 9%; нижняя конечность - 18% (бедро - 9%, голень и стопа - 9%); задняя поверхность туловища - 18%; передняя поверхность туловища - 18%; промежность - 1%.

Госпитализации подлежат взрослые с ожогами:

все пострадавшие с ожоговым шоком;

все пострадавшие с термоингаляционной травмой;

пострадавшие с ожогами I-II-IIIА степени при площади поражения 8-10% поверхности тела и более;

все пострадавшие с ожогами IIIБ и IV степени;

все пострадавшие с ожогами лица, кистей, стоп, промежности;

все пострадавшие с электротравмой и электроожогами.

Неотложная помощь: как можно быстро прекратить действие повреждающего агента; охладить обожженную поверхность водой (20-25°C) в течение 10 мин (не применять снег или лёд); при ожогах кистей снять кольца с пальцев (опасность ишемии); обработка ран какими-либо мазями, аэрозолями при оказании первой помощи противопоказана; наложить сухую асептическую повязку (при обширных ожогах использовать чистую проглаженную горячим утюгом простыню); анальгетики: раствор метамизола 50% 2-4 мл в/в на 10 мл 0,9% раствора натрия хлорида или в/м, или раствор тримеперидина 2% 1 мл в/в на 10 мл 0,9% раствора натрия хлорида или в/м, или раствор морфина 1% 1 мл в/в на 10 мл 0,9% раствора натрия хлорида или в/м; при электроожогах возможны разрывы мышц, вывихи и переломы костей, необходима транспортная иммобилизация; при химических ожогах обожженную поверхность обильно промывают проточной водой в течение 20-25 мин затем накладывают сухую асептическую повязку (не производить реакцию нейтрализации химического вещества на поверхности кожи);

Госпитализировать пострадавшего в хирургическое или ожоговое отделение.

76. Термоингаляционные поражения дыхательных путей.

Термоингаляционная травма возникает в результате поражения органов дыхания пламенем, горячим воздухом, паром и токсичными продуктами горения.

Диагноз устанавливается, если: ожог вызван паром или горячим газом под давлением; ожог пламенем получен в замкнутом пространстве; имело место горение одежды на пострадавшем; имеются ожоги кожи, локализующиеся на лице, передней поверхности шеи и/или грудной клетки; имеются следы копоти в носовых ходах, глотке; имеется опаление волос в носовых ходах; имеются гиперемия, отёк, белёсые очаги некроза на слизистой носовых ходов, носоглотки, твёрдом или мягком нёбе, языке, язычке; имеются нарушение фонации и жалобы больного на першение в носоглотке; имеются сухой кашель или отхождение при кашле мокроты со следами копоти; имеются одышка, цианоз, нарушение сознания.

Неотложная помощь: оксигенотерапия 100% кислородом через маску; при отеке гортани показана интубация трахеи и ИВЛ (при невозможности интубации трахеи может потребоваться коникотомия или трахеотомия); кортикостероидные гормоны: преднизолон 60-120 мг в/в; во время транспортировки проводится инфузия 0,9% раствора хлорида натрия со скоростью 2 л/ч.

Пациент с термоингаляционной травмой немедленно должен быть госпитализирован в реанимационное отделение ожогового центра или многопрофильной больницы.

77. Ожоговый шок.

Следует установить диагноз ожогового шока и начать немедленную противошоковую терапию при наличии ожогов кожи у взрослых пострадавших при площади ожогов 15% и выше.

Неотложная помощь (введение медикаментов производится только в/в): внутривенная инфузия 0,9% раствора натрия хлорида со скоростью 2 л/ч, при его отсутствии 5% глюкоза с той же скоростью; анальгетики: раствор метамизола 50% в/в 2-4 мл, или раствор тримеперидина 2% в/в 1 мл, или раствор морфина 1% в/в 1 мл на 10 мл 0,9% раствора натрия хлорида; кортикостероидные гормоны: преднизолон 60-120 мг в/в; оксигенотерапия 100% кислородом через маску.

Немедленно госпитализировать в реанимационное отделение ожогового центра или многопрофильной больницы.

78. Перегревание.

Перегревание — значительное повышение температуры тела под влиянием внешних тепловых факторов.

Диагностика: длительное воздействие высоких температур на организм пострадавшего, сильные головные боли, возбуждение, тошнота, рвота, судороги, нарушение сознания различной степени — вплоть до комы, температура тела до 40°C и выше, кожные покровы - сначала влажные, а в последующем сухие, горячие, гиперемированы, дыхание частое, поверхностное, тоны сердца глухие, резкая тахикардия, артериальная гипотензия.

Неотложная помощь: прекращение воздействия высоких температур на организм пострадавшего и физическое охлаждение организма: поместить пострадавшего в прохладное помещение, напоить холодной водой (при наличии сознания), обернуть тело больного простыней, смоченной холодной водой; раствор метамизола 50% 2-4 мл в/в на 10 мл 0,9% раствора натрия хлорида; 0,9% раствор хлорида натрия или 5% раствор глюкозы в/в струйно до уровня АД выше 90 мм. рт. ст., в дальнейшем в/в капельно 2 л/час; кортикостероидные гормоны: преднизолон 60-120 мг в/в; при судорогах: 0,5% раствор диазепама 2-4 мл в/в; при агональном состоянии и клинической смерти: базовая СЛР согласно главе 2.

Госпитализация в отделение интенсивной терапии и реанимации по месту жительства или (по жизненным показаниям) в ближайшую больницу по пути следования.

79. Переохлаждение.

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

1 стадия (адинамическая) - общее переохлаждение лёгкой степени.

Сознание сохранено но пострадавший заторможен, речь затруднена, скованность движений, мышечная дрожь, сохраняется ограниченная способность к самостоятельному перемещению, температура тела 36,0 – 31,0° С.

Неотложная помощь: предотвратить дальнейшее охлаждение (защитить от ветра, внести в теплое помещение или автомашину, снять мокрую одежду) и начать медленное пассивное наружное согревание (одеть в сухую теплую одежду, завернуть в одеяло); раствор глюкозы 40% в/в 20 мл; горячий сладкий чай, кофе (при возможности); использование алкогольных напитков может привести к углублению гипотермии; в случае дальнейшей транспортировки (сельская местность) использовать активное наружное согревание; исключить физическую активность пострадавшего (перенос на носилках).

Госпитализация в отделение интенсивной терапии и реанимации по месту жительства.

2-я стадия (ступорозная) - общее переохлаждение средней степени.

Сознание отсутствует, бледность кожных покровов, мраморный рисунок, выраженная ригидность мускулатуры (характерная поза “скрючившегося человека”), самостоятельные движения невозможны, брадикардия, гипотензия, брадипноэ, температура тела $31,0 - 26,0^{\circ}\text{C}$.

Неотложная помощь: предотвратить дальнейшее охлаждение (защитить от ветра, внести в теплое помещение или автомашину, снять мокрую одежду) и начать медленное пассивное наружное согревание (одеть в сухую теплую одежду, завернуть в одеяло); в/в подогретый до температуры не ниже $25-30^{\circ}\text{C}$ 5% раствор глюкозы, 0,9% раствор хлорида натрия со скоростью 2 л/час (холодные растворы при отсутствии подогретых не вливать); кортикостероидные гормоны: преднизолон 60-120 мг в/в;

Госпитализация в отделение интенсивной терапии и реанимации по месту жительства.

В случае длительной транспортировки в стационар (сельская местность) медленное активное согревание должно быть начато на промежуточном этапе (ближайший медпункт, жилой дом, ферма). Если во время предстоящей дальней транспортировки не представляется возможным надежно защитить пострадавшего от дальнейшего или повторного охлаждения, активное согревание должно проводиться на промежуточном этапе до подъема температуры тела до $34-35^{\circ}\text{C}$. Следует помнить, что активное согревание с быстрым повышением температуры тела пострадавшего может сопровождаться развитием нарушений сердечного ритма и развитием острой сердечно-сосудистой недостаточности. В период согревания и транспортировки необходим тщательный контроль гемодинамики.

3-я стадия (судорожная) - общее переохлаждение тяжёлой степени.

Сознание отсутствует, реакция зрачков на свет резко ослаблена или утрачена, тризм жевательной мускулатуры, тонические судороги, выраженная брадикардия (определение ЧСС проводить не менее 30 сек!), гипотензия (чаще — АД не определяется), брадипноэ, возможны патологические ритмы дыхания типа Чейн-Стокса, температура тела ниже $26,0^{\circ}\text{C}$.

Неотложная помощь: предотвратить дальнейшее охлаждение (защитить от ветра, внести в теплое помещение или автомашину, снять мокрую одежду) и начать медленное пассивное наружное согревание (одеть в сухую теплую одежду, завернуть в одеяло); интубация трахеи и ИВЛ 100% кислородом (предварительно в/в 0,5% раствор диазепама 0,3 мг/кг массы тела); в/в подогретый до температуры не ниже $25-30^{\circ}\text{C}$ 5% раствор глюкозы, 0,9% раствор хлорида натрия со скоростью 2 л/час (холодные растворы при отсутствии подогретых не вливать); кортикостероидные гормоны: преднизолон 120-240 мг в/в; при остановке кровообращения,

вызванной глубокой гипотермией, немедленно начать СЛР согласно главе 2; транспортировка пострадавшего в стационар с продолжающейся СЛР.

Госпитализация в отделение интенсивной терапии и реанимации ближайшей больницы по пути следования по жизненным показаниям.

80. Отморожение.

В течении отморожения выделяют два периода — дореактивный и реактивный.

Дореактивный период — период гипотермии до начала согревания поражённого участка. Глубину поражения установить нельзя. Заподозрить отморожение можно по наличию локального побеления кожи и отсутствию капиллярного пульса и чувствительности.

Неотложная помощь: прекратить дальнейшее охлаждение; устранить тесную обувь, одежду, сдавливающие конечность и нарушающие кровоток; наложить сухую теплоизолирующую повязку; иммобилизация поражённой конечности; активное внешнее согревание противопоказано.

Реактивный период — наступает с началом согревания поражённой части тела. Характерные признаки - боль, отек, гиперемия с цианотичным оттенком, появление пузырей.

Неотложная помощь: наложение асептической теплоизолирующей повязки; анальгетики при болях: раствор метамизола 50% 2-4 мл в/в на 10 мл 0,9% раствора натрия хлорида или в/м; активное внешнее согревание противопоказано.

Госпитализация в отделение общей хирургии или термических поражений.

81. Поражение электротоком.

Неотложная помощь:

ЭКГ, мониторный контроль ритма;

пункция периферической вены;

при желудочковой экстрасистолии: 2% лидокаин в/в болюсно в дозе от 1 до 1,5 мг/кг и от 3 до 5 мг/кг в/м (поддерживающая доза согласно пункту 14.2 главы 3);

оксигенотерапия: 100-40% кислородо-воздушная смесь;

противосудорожная терапия (по показаниям): 25% раствор сульфата магния 10 мл в/м и/или в/в 0,5% диазепам 2 мл (10 мг);

при снижении систолического АД ниже 80 мм. рт. ст.: инфузия 5 мл 4% (200 мг) раствора допамина в 400 мл 5% глюкозы или декстран/натрия хлорид со скоростью, достаточной для поддержания систолического АД на уровне 80-100 мм. рт. ст.;

госпитализация в стационар для госпитализации и наблюдения в условиях ОИТР в связи с возможностью развития отсроченных осложнений.

82. Утопление.

Неотложная помощь:

перед началом СЛР: осторожно обследовать шейный отдел позвоночника и фиксация его воротником Шанца (перелом ныряльщика);
 базовая СЛР при клинической смерти согласно главе 2;
 при признаках острой дыхательной недостаточности: вспомогательная или искусственная вентиляция легких 100% кислородом;
 антиоксиданты (через 15—20 минут от начала оксигенотерапии):
 унитиол 5% раствор в дозе 1 мл/10 кг массы тела в/в, аскорбиновая кислота 5% раствор - 0,3 мл/10 кг массы тела в одном шприце с унитиолом;
 ввести диазепам 0,5% раствор 0,2 мг/кг массы тела в/в;
 активное согревание пострадавшего;
 инфузионная терапия: 10% гидроксипропилкрахмал, декстран/натрия хлорид, 0,9% раствор хлорида натрия, 5% раствор глюкозы 800-1000 мл в/в капельно;
 в/в капельно натрия гидрокарбонат 8,4% раствор 200-300 мл;
 ввести преднизолон по 30 мг/кг массы тела в/в или гидрокортизон 120 мг/кг массы тела;
 антигистаминные средства: хлоропирамин 2,5% раствор 2-4 мл, дифенгидрамин 1% раствор 1-2 мл в/в;
 ввести атропин 0,1% раствор 0,5-1 мл в/в (при брадикардии);
 госпитализируются все пострадавшие ввиду возможного развития «вторичного» утопления.

Особенности медицинской помощи при утоплении:

не следует пытаться удалить воду из дыхательных путей;
 перевод на искусственную вентиляцию легких как можно раньше;
 ИВЛ только чистым кислородом под прикрытием антиоксидантов (унитиол, аскорбиновая кислота);
 к эндотрахеальной интубации следует приступать только после выведения пострадавшего из крайней степени гипоксии простейшими методами ИВЛ.

83. Странгуляционная асфиксия.

Неотложная помощь после освобождения шеи пострадавшего от сдавливающей петли.

При сохраненной удовлетворительной сердечной деятельности (уровень АД не ниже 80 мм. рт. ст.):

срочная эндотрахеальная интубация на спонтанном дыхании;
 ИВЛ с подачей 100% кислорода;
 при судорогах: 1% раствор тиопентала натрия 10 мл в одном шприце струйно, диазепам 0,5% раствор из расчета 0,2 мг/кг массы тела в/в (под контролем дыхания и АД);

инфузионная терапия: декстран/натрия хлорид, 0,9% раствор хлорида натрия, глюкоза 5% раствор 400-800 мл в/в капельно;

вести унитиол 5% раствор 1 мл/10 кг массы тела;

вести гепарин 5 000 ЕД в/в, преднизолон 60-90 мг в/в.

При остановке кровообращения (уровень АД ниже критического или не определяется):

базовая СЛР согласно главе 2;

после восстановления сердечной деятельности: продолжать ИВЛ с подачей 100% кислорода;

в/в струйно натрия гидрокарбонат 8,4% раствор 50-150 мл;

инфузионная терапия: 10% гидроксипропилкрахмал 250-500 мл или декстран/натрия хлорид 400-800 мл, 0,9% раствор хлорида натрия в/в капельно (объем инфузии определяется длительностью транспортировки в стационар), суммарный объем растворов 1000-1500 мл;

при судорогах: 1% раствор тиопентала натрия 10 мл в одном шприце струйно, диазепам 0,5% раствор из расчета 0,2 мг/кг массы тела в/в (под контролем дыхания и АД);

преднизолон 60-90 мг в/в;

гепарин 5000-10000 ЕД в одном из плазмозамещающих растворов в/в;

транспортировка в стационар с продолжающейся ИВЛ и инфузионной терапией.

84. Синдром длительного сдавления.

Неотложная помощь:

ненаркотические и наркотические анальгетики (при выраженном болевом синдроме): метамизол 50% раствор 2 мл или тримеперидин 1% раствор 1 мл в/в, или кеторолак 10-30 мг в/в (или в/м), возможно применение в сочетании с дифенгидраминам 1% раствор 1 мл (наркотические анальгетики противопоказаны при подозрении на травму головы и органов брюшной полости) или закисью азота (соотношение с кислородом 2:1 через маску наркозного аппарата);

иммобилизация травмированных конечностей транспортными шинами в физиологическом положении (по возможности перед иммобилизацией провести бинтование эластическим бинтом от периферии к центру);

инфузионная терапия: в/в 0,9% раствор хлорида натрия, декстран/натрия хлорид в соотношении 3:1 (в объеме достаточном для поддержание уровня артериального давления не ниже 90-100 мм. рт. ст.);

в/в натрия гидрокарбонат 8,4% раствор 50 – 150 мл;

в/в капельно гепарин 5 000 - 10 000 ЕД с одним из плазмозамещающих растворов;

вести пентоксифиллин 50-300 мг (1-6 мл) в/в капельно;

ацетилсалициловая кислота 0,5-1 г внутрь;
госпитализация в стационар с продолжающейся инфузионной терапией.

ГЛАВА 13 НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ В ПСИХИАТРИИ

Врачу скорой помощи (не психиатру), вызванному к больному с психическими нарушениями, следует учитывать, что формы общения с такими пациентами часто резко отличаются от форм общения с больными соматическими заболеваниями. Необходим индивидуальный подход, основанный на характере психопатологических симптомов на момент осмотра. Следует получить предварительную информацию о мотивах вызова скорой помощи и состоянии больного от родственников или лиц, наблюдавших поведение пациента. Эти сведения, как правило, являются достаточными для формирования предварительной гипотезы о диагнозе и тактике.

При установлении контакта с пациентом, надо придерживаться спокойных, доверительных интонаций. Не рекомендуется оспаривать те или иные высказывания пациента, доказывать абсурдность его идей и представлений, но, в то же время, не высказывать согласия с больным или давать ему повод сделать подобное заключение. Не следует прибегать к обману, приписывать себе не соответствующие действительности роль или функции. Лучше всего сразу оповестить больного, что перед ним врач, задачи которого ограничиваются исключительно установлением состояния здоровья пациента и при необходимости оказанием медицинской помощи.

При оказании помощи и решении вопроса о направлении пациента в психиатрический стационар следует придерживаться правовых норм, изложенных в Законе Республики Беларусь от 1 июля 1999 года «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании» (Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь, 1999 г., № 52, 2/49).

Общие принципы неотложной помощи при острых психических расстройствах.

До обследования больного с острым психическим расстройством у родственников или лиц, наблюдавших поведение пациента и слышавших его высказывания, выясняется повод вызова врача скорой помощи.

При установлении контакта с пациентом и благоприятной окружающей обстановке проводится объективное обследование. При этом врач должен соблюдать следующие основные положения:

быть спокойным, осторожным, быстро оценить обстановку, вести себя при выполнении вызова безбоязненно и уверенно;

избегать в своих действиях всего того, что может провоцировать дальнейшее беспокойство и возбуждение больного;

точно документировать все полученные данные в карте вызова.

На основании субъективных данных и данных объективного обследования формулируется предварительный диагноз на синдромальном уровне. Например: «Острый галлюцинаторно-параноидный синдром».

Порядок оказания помощи пациентам с острыми психическими расстройствами:

обеспечение безопасного для пациента и окружающих доступа к оказанию медикаментозной помощи;

проведение специфической терапии, направленной на купирование психомоторного возбуждения;

решение вопроса о госпитализации.

В городах, где имеются специализированные психиатрические бригады врач скорой помощи, диагностировав при вызове острые нарушения психики, обязан вызвать себе в помощь психиатрическую бригаду. В населенных пунктах, где отсутствует психиатрическая служба скорой помощи, госпитализация психических больных осуществляется в соответствии с инструкциями местных органов здравоохранения.

Перед транспортировкой в стационар родственники больного в присутствии врача проводят осмотр одежды, в которой поедет больной. Одевается больной, не выходя из комнаты, в которой находится врач. По пути к машине больного поддерживают рукой в области нижней трети предплечья. Сопровождение больного родственниками желательно во всех случаях, за исключением тех, когда сам больной негативно относится к их присутствию.

В салоне машины врач или фельдшер находится рядом с больным. В вечернее и ночное время в салоне включается освещение. Больной должен лежать на носилках. Беседа с больным в пути отвлекает его от болезненных переживаний.

В приемном отделении больного передают медицинскому персоналу больницы. Все ценности, деньги и документы описываются в акте. В сопроводительном талоне необходимо обязательно указывать все обстоятельства, связанные с вызовом врача, известные анамнестические данные, особенности поведения больного на месте вызова и при транспортировке. Данные направления часто являются для врача стационара единственным источником информации о больном и поэтому должны быть максимально полными.

Показаниями для госпитализации являются психические расстройства (острые или обострения хронических расстройств), связанные с непосредственной опасностью для пациента и окружающих:

галлюцинаторные и бредовые синдромы;

синдромы помрачения сознания;

тяжелые дисфорические, депрессивные, маниакальные и ипохондрические синдромы;

тяжелая декомпенсация у пациентов с расстройством личности;

психозы, связанные с употреблением психоактивных веществ, психозы, угрожающие здоровью и жизни больного.

Больные с психическими нарушениями на фоне тяжелых соматических заболеваний, требующих специализированной медицинской помощи, подлежат госпитализации в соматические отделения.

85. Галлюцинаторно-бредовое возбуждение.

Неотложная помощь:

госпитализация в психиатрический стационар (в случаях, когда до прибытия скорой помощи больной нанес себе существенные повреждения, необходима госпитализация в хирургический или токсикологический стационар с последующей организацией индивидуального поста);

при сильном возбуждении «мягкая» фиксация с целью ограничения двигательного беспокойства и предупреждения различных повреждений со стороны пациента;

ввести 5-15 мг (1 -3 мл 0,5% раствора) галоперидола в/м с 5-20 мг диазепама (1-4 мл 0,5% раствора) в/м в том случае, когда беспокойство и подозрительность больного позволяет это сделать (по показаниям допустимо в/в введение лекарственных средств);

при крайне выраженном возбуждении (при отсутствии противопоказаний) 50-100 мг (2-4 мл 2,5% раствора) хлорпромазина в/м с добавлением 2 -5 мл 0,5% раствора прокаина.

86. Депрессивное возбуждение (ажитация).

Неотложная помощь:

экстренная госпитализация в психиатрический стационар;

в/м введение 2-6 мл 0,5% раствора диазепама (при отсутствии галлюцинации и бреда);

при отсутствии эффекта галоперидол в/м 5-15 мг (1 -3 мл 0,5% раствора);

по показаниям допустимо в/в введение лекарственных средств.

87. Маниакальное возбуждение.

Неотложная помощь:

госпитализация в психиатрический стационар;

при сильном возбуждении «мягкая» фиксация с целью ограничения двигательного беспокойства и предупреждения различных повреждений со стороны пациента;

вести 5-15 мг (1 -3 мл 0,5% раствора) галоперидола в/м с 5-20 мг диазепам (1-4 мл 0,5% раствора) в/м (по показаниям допустимо в/в введение лекарственных средств);

при крайне выраженном возбуждении (при отсутствии противопоказаний) хлорпромазин 50-100 мг (2-4 мл 2,5% раствора) в/м с добавлением 2 - 5 мл 0,5% раствора прокаина.

88. Дисфорическое возбуждение.

Неотложная помощь:

в легких случаях в/м диазепам 2-4 мл 0,5% раствора;

при склонности к агрессии и разрушительным действиям хлорпромазин 2,5% раствора 2-4 мл в/м с добавлением 2 -5 мл 0,5% раствора прокаина;

в тяжелых случаях госпитализация в психиатрический стационар.

89. Кататоническое возбуждение.

Неотложная помощь:

госпитализация в психиатрический стационар;

вести галоперидол (по показаниям) 0,5% раствор 0,5-1 мл с 20 мл 40% раствора глюкозы;

хлорпромазин (по показаниям) 2,5% раствор 2-4 мл в/м или 1-2 мл в/в с 20 мл 40% раствора глюкозы.

90. Возбуждение у лиц с расстройством личности.

Неотложная помощь (введение лекарственных средств в тяжелых случаях):

вести диазепам 0,5% раствор 2-4 мл в/м;

если не удалось купировать возбуждение введением диазепам, то вводится в/м раствор хлорпромазина 2,5% раствор 2-4 мл с добавлением 2 -5 мл 0,5% раствора прокаина;

госпитализация в психиатрический стационар только в тяжелых случаях.

91. Панические атаки.

Неотложная помощь:

госпитализация по показаниям;

успокаивающая беседа;

методы гиповентиляции (дыхание в бумажный пакет);

необходимо избегать медикаментозного купирования;

вести диазепам (по показаниям) 0,5% раствор 2-4 мл в/м или в/в;

рекомендовать обратиться в психоневрологический диспансер.

92. Ночное суетливое беспокойство.

Неотложная помощь:

госпитализация по показаниям;

вести диазепам 0,5% раствор 2 - 4 мл в/м;

рекомендовать обратиться в психоневрологический диспансер.

93. Возбуждение при гипогликемии.

Неотложная помощь:

попытаться напоить больного сладким питьем;

вести глюкозу 40% раствор 20-40 мл в/в;

госпитализация по выведению из состояния гипогликемии не показана.

94. Синдромы помрачения сознания.

Неотложная помощь:

по показаниям госпитализация в психиатрический стационар при отсутствии тяжёлой соматической патологии (госпитализация в соматический стационар при необходимости специализированной помощи);

при возбуждении 5-15 мг (1 -3 мл 0,5% раствора) галоперидола в/м с 5-20 мг диазепама (1-4 мл 0,5% раствора) в/м (по показаниям допустимо в/в введение лекарственных средств);

при выраженном возбуждении (при отсутствии противопоказаний): 50-100 мг (2-4 мл 2,5% раствора) хлорпромазина в/м с добавлением 2 -5 мл 0,5% раствора прокаина.

95. Делириозный синдром.

Неотложная помощь:

госпитализация в психиатрическую больницу;

при профессиональном делирии и остром бреде госпитализация на носилках в реанимационное отделение;

вести 5-15 мг (1 -3 мл 0,5% раствора) галоперидола в/м с 5-20 мг диазепама (1-4 мл 0,5% раствора) в/м (по показаниям допустимо в/в введение лекарственных средств);

при крайне выраженном возбуждении: 50-100 мг (2-4 мл 2,5% раствора) хлорпромазина в/м с добавлением 2 -5 мл 0,5% раствора прокаина.

96. Патологическое опьянение.

Неотложная помощь:

госпитализация в психиатрическую больницу;

вести диазепам 0,5% раствор 4 мл в/м.

97. Острый галлюциноз, связанный с приёмом психоактивных веществ.

Неотложная помощь:

госпитализация в токсикологическое отделение.

98. Алкогольный параноид (бред преследования).

Неотложная помощь:

госпитализация в психиатрическую больницу;
 ввести 5-15 мг (1 -3 мл 0,5% раствора) галоперидола в/м с 5-20 мг диазепама (1-4 мл 0,5% раствора) в/м (по показаниям допустимо в/в введение лекарственных средств);

при выраженном возбуждении: 50-100 мг (2-4 мл 2,5% раствора) хлорпромазина в/м с добавлением 2 -5 мл 0,5% раствора прокаина.

99. Побочные эффекты и осложнения психофармакотерапии.

99.1. Коллапс.

Возникает при пользовании алифатическими производными фенотиазина (аминазин, тизерцин, пропазин).

Неотложная помощь:

уложить больного горизонтально на спину, приподнять ноги;

при отсутствии эффекта - в/в 60-150 мг преднизолона на 10 мл 0,9% раствора натрия хлорида;

если артериальное давление не нормализуется, в/в капельно ввести декстран/натрия хлорид 400 мл;

при отсутствии эффекта – к раствору декстрана/натрия хлорида добавить допамин 5 мл (200 мг), полученный раствор вводить со скоростью 60 капель в минуту (при отсутствии эффекта – скорость введения увеличить до 120 капель в минуту);

госпитализация в специализированное отделение (блок интенсивной терапии с учетом основного заболевания).

99.2. Пароксизмальный и острый экстрапирамидный синдром.

Неотложная помощь:

тригексифенидил 4-6 мг внутрь;

ввести диазепам 0,5% раствор 2-4 мл в/в;

ввести дифенгидрамин 1% раствор 2 мл в/м;

ввести кофеин 2% раствор 2 мл в/в на 20 мл 40% раствора глюкозы;

ввести магния сульфат 25% раствор 5-10 мл в/в.

Перечисленные лекарственные средства вводят последовательно с небольшими (10-15 мин) интервалами до исчезновения дискинетической реакции.

99.3. Токсические реакции экзогенного типа.

99.3.1. Острый интоксикационный психоз.

Неотложная помощь:

госпитализация в психиатрическую больницу;

полная отмена терапии психотропными лекарственными средствами;

лечение «лекарственного» делирия не отличается от терапевтической тактики при делириях иной этиологии за исключением применения препаратов-антагонистов согласно главе 10.

ГЛАВА 14

НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ В ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ

100. Носовые кровотечения.

Неотложная помощь:

придать больному вертикальное сидячее положение;

высморгать содержимое из обеих половин носа;

«холод» (при наличии) на область носа;

успокаивая больного, обязать его дышать по схеме: вдох носом - выдох ртом;

при продолжающемся кровотечении из передних отделов полости носа ввести в нос ватный шарик или небольшой тампон и прижать крыло носа к носовой перегородке с одной или обеих сторон на 4-10 мин;

предложить больному откашлять содержимое полости рта (убедиться в отсутствии кровотечения или его продолжении);

при остановившемся кровотечении ослабить давление на крылья носа, тампоны не извлекать, наложить пращевидную повязку;

рекомендовать обратиться к отоларингологу для извлечения тампонов и к терапевту в случаях артериальной гипертензии и иных общих заболеваний;

при продолжающемся кровотечении после повторного отсмаркивания произвести переднюю тампонаду носа, наложить пращевидную повязку (носовые тампоны желательно смочить 3% раствором перекиси водорода, вазелиновым маслом);

наблюдать 5-8 мин и предложить больному откашлять содержимое полости рта (убедиться в отсутствии кровотечения или его продолжении);

в случае продолжения кровотечения через тампоны или ротоглотку, транспортировать больного в дежурный отоларингологический кабинет (стационар) по возможности в положении сидя или с поднятым головным концом носилок;

при массивных носовых кровотечениях, вызывающих падение АД, показана соответствующая терапия согласно пункту 33 главы 4 с одновременной транспортировкой больного в отоларингологический стационар.

101. Кровотечения из глотки.

Неотложная помощь:

определить точную локализацию кровотечения при орофарингоскопии с использованием ларингоскопов;

придать больному вертикальное, полусидячее положение или с приподнятым головным концом, наклоненной кпереди и на сторону кровотечения головой;

произвести одно-двухразовое опрыскивание полости рта и глотки 10% раствором лидокаина;

при значительном кровотечении из носоглотки, небной миндалины, тонзиллярной ниши, задней, боковой стенки ротоглотки на длинном зажиме вводится соответствующих размеров плотный марлевый тампон-шарик, прижимается к кровоточащему участку;

при этом вторая (левая) рука врача фиксирует голову и шею пациента соответственно локализации кровотечения; желательно тампон пропитать 3% раствором перекиси водорода или 5% раствором аминокaproновой кислоты;

при кровотечениях указанных локализаций дополнительно «холод» (при наличии) на область шеи и сосудисто-нервного пучка, периодическое придавливание общей сонной артерии к позвоночнику;

ввести кальция хлорид 10% раствор 10 мл, этамзилат натрия 12,5% раствор 1 мл в/в;

при обильном кровотечении из нижних отделов глотки, угрожающем жизни, срочная интубация (или трахеотомия) с тугой тампонадой просвета рото-гортаноглотки большими длинными марлевыми тампонами, смоченными перекисью водорода с немедленной транспортировкой в отоларингологическое отделение и проведением в процессе транспортировки, при возможности, симптоматической инфузионной терапии согласно пункту 33 главы 4;

все пациенты с кровотечением из глотки подлежат госпитализации в отоларингологическое отделение.

102. Кровотечения из уха.

Неотложная помощь:

тампонада слухового прохода сухой стерильной марлевой турундой или комочком ваты;

ввести метамизол 50% раствор 2 мл в/в или кеторолак 10-30 мг в/в (или в/м), атропин 0,1% раствор 1 мл п/к (взрослому) при болях, тошноте, рвоте и расстройстве равновесия;

госпитализация в отоларингологическое отделение, а при травмах головы в нейрохирургическое отделение.

103. Переломы костей носа и околоносовых пазух.

Неотложная помощь:

анальгетики (по показаниям от выраженности болевого синдрома): метамизол 50% раствор 2 мл в/в или тримеперидин 1% раствор 1 мл, или

морфин 1% раствор 1 мл п/к (или в/м), или кеторолак 10-30 мг в/в (или в/м);

остановка носового кровотечения путем тампонады (без предварительного отсмаркивания);

при наличии раны наружного носа (лица): промывание 3% перекисью водорода, обработка кожи вокруг раны 0,5% раствором хлоргексидина, «укладка на место» полуоторванных мягких частей наружного носа (лица);

оторванные, откушенные, обрезанные части носа, губы и другие части положить в стерильный пакет и доставить вместе с больным;

срочная госпитализация в отоларингологическое отделение.

В случаях перелома костей черепа, травмах головного мозга – госпитализировать в нейрохирургическое отделение.

104. Инородные тела дыхательных путей.

104.1. Инородные тела носа.

Неотложная помощь:

сильное высмаркивание этой половины носа (нельзя рекомендовать втягивание воздуха в себя через нос);

в случаях локализации плоского инородного тела в передних отделах носа, хорошо видимого даже без лобного рефлектора, захват его зажимом или пинцетом и извлечение (при инородном теле, имеющем бобовидную или шаровидную форму, захватывать его пинцетом или зажимом категорически противопоказано);

госпитализация в отоларингологическое отделение при неудаленном инородном теле.

104.2. Инородные тела ротоглотки.

Неотложная помощь:

при выраженном глоточном рефлексе сделать одно-двукратное орошение 10% лидокаином;

при хорошей видимости захватить инородное тело зажимом (анатомическим пинцетом) и извлечь;

3% раствор перекиси водорода дать для полоскания;

транспортировка в отоларингологическое отделение при невидимом инородном теле глотки (ротоглотки, гортаноглотки).

104.3. Инородные тела гортани, трахеи, бронхов.

Неотложная помощь (зависит от клинической ситуации):

при молниеносном стенозе, длящемся от нескольких секунд до нескольких минут, и отсутствии дыхания у ребенка поднять его за ноги, встряхнуть, похлопать по спине, толчкообразно сдавливать грудную клетку (кроме перечисленных мероприятий при молниеносном стенозе и отсутствии дыхания можно использовать прием Хеймлиха: толчкообраз-

ные давления на эпигастральную область в положении больного на спине);

при отсутствии дыхания и релаксации ввести палец в рот, нащупать вход в гортань, грушевидные синусы и попытаться извлечь или сместить инородное тело, после чего (если необходимо) повторить предыдущие мероприятия;

коникотомия, если констатирована плотная obturация инородным телом входа в гортань: нащупать по средней линии шеи дугу перстневидного хряща и тотчас выше него – ямку (зона конической связки) и узким скальпелем (перочинный нож или другим острым предметом) быстро разрезать поперек все ткани, до появления воздуха;

развести место разреза для зияния отверстия любыми предметами (крючки, зажим, катетер, носовое зеркало) и поставить трахеотомическую или подобную ей трубку, зафиксировав ее;

при отсутствии самостоятельного дыхания осуществить искусственную вентиляцию легких ртом через трубку или дыхательным мешком;

при отсутствии скальпеля проколоть вышеуказанную зону конической связки несколькими толстыми иглами;

транспортировать больного в ближайший стационар (хирургический, отоларингологический, стоматологический), продолжая при необходимости ИВЛ, отсасывание секрета (кровь, слизь) из места разреза дыхательной трубки;

при остром стенозе дыхательных путей, обусловленном вдыханием инородного тела, сопровождающимся шумным дыханием, а также с явлениями гипоксии (I-III ст.) показана подача кислорода;

в/в введение смеси (седативная терапия для успокоения пациента): тримеперидин 1% раствор 1 мл, дифенгидрамин 1% раствор 1 мл, атропин 0,1% раствор 1 мл, хлорпромазин 2,4% раствор 1 мл (доза с возраста 14 лет);

немедленная госпитализация в отоларингологическое отделение (или эндоскопическое отделение, в зависимости от принятого в конкретной местности порядка оказания помощи больным с инородными телами дыхательных путей);

в процессе транспортировки (только в сопровождении врача) быть готовым к выполнению мероприятий, указанных выше в связи с возможным смещением инородного тела в гортани и полным закрытием ее просвета из-за ущемления между голосовыми складками.

104.4. Инородные тела пищевода.

Неотложная помощь:

введение литической смеси: атропин 0,1% раствор 0,5 - 1 мл, дифенгидрамин 1% раствор 1 мл, метамизол 50% раствор 2 мл в/в;

исключить прием жидкости и пищи;
немедленная госпитализация в отоларингологическое отделение
(или эндоскопический центр).

105. Острый паратонзиллит.

Неотложная помощь:

анальгетики: метамизол 50% раствор 2 мл в/в или кеторолак 10-30 мг в/в (или в/м);

госпитализация больного в отоларингологическое отделение.

106. Стенозы гортани.

Неотложная помощь:

В случаях воспалительных инфекционных стенозов:

оксигенотерапия: 100-40% воздушно-кислородная смесь;

одновременно выполнение мероприятий, называемых «медикаментозной трахеотомией», для этого в зависимости от стадии стеноза вводится:

при I стадии стеноза: гидрокортизон 50 мг в/м;

при II стадии стеноза: преднизолон 30 мг в/в или гидрокортизон 100 мг в/м;

при III стадии стеноза: преднизолон 30 мг в/в и гидрокортизон 100 мг в/м одновременно;

орошение (смазывание) слизистой оболочки носа, полости рта и глотки из пульверизатора или ватным тампоном сосудосуживающими лекарственными средствами (0,18% раствор эпинефрина 1 мл);

при развитии асфиксии: немедленная интубация (или любой вид горлосечения – коникотомия, крикотомия, трахеотомия).

Неотложная помощь при опухолевых стенозах у взрослых:

оксигенотерапия: 100-40% воздушно-кислородная смесь;

вести тримеперидин 1% раствор 1 мл; дифенгидрамин 1% раствор 1 мл, атропин 0,1% раствор 1 мл в/в;

вести преднизолон 25-50 мг в/в;

немедленная госпитализация в отоларингологическое отделение (быть готовым к интубации, трахеотомии).

107. Заглоточный абсцесс.

Неотложная помощь:

в случаях стенотического дыхания из-за выпячивания задней стенки ротоглотки – отсасывание шприцем гнойного содержимого;

немедленная госпитализация в отоларингологическое отделение (в положении лежа);

ингаляция 30-40% кислорода.

108. Внутрочерепные осложнения при оториноларингологических заболеваниях (риногенные менингиты и абсцессы мозга).

Неотложная помощь:
немедленная госпитализация в отоларингологическое отделение;
по ходу транспортировки при развитии отека мозга - симптоматическая терапия: фуросемид 40 мг (4 мл 1% раствора) в/в, преднизолон в/в 60 мг;
при остановке дыхания: интубация трахеи, ИВЛ.

ГЛАВА 14 НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ В ОФТАЛЬМОЛОГИИ

109. Воспалительные заболевания.

109.1. Абсцесс и флегмона. Острые дакриoadенит и дакриоцистит.

Неотложная помощь:

срочная госпитализация больного в офтальмологический стационар.

109.2. Острый конъюнктивит. Кератоконъюнктивит.

Неотложная помощь:

больному рекомендуют частые (через каждые 2 ч) инстилляции 20-30% раствора сульфацидамида и рекомендуют срочно обратиться к офтальмологу.

109.3. Острый гнойный кератит. Язва роговицы.

Неотложная помощь:

инстиллянии 0,25-0,5% раствора прокаина;

вести 50% метамизол 1 - 2 мл в/в или кеторолак 10-30 мг в/в (или в/м) при выраженных болях;

удаление отделяемого из конъюнктивальной полости промыванием ее раствором 0,9% раствором хлорида натрия.

Больной нуждается в срочной госпитализации в офтальмологический стационар. Как при конъюнктивитах, так и при кератитах не следует прибегать к «повязочному» лечению.

109.4. Острый эписклерит. Склерит.

Неотложная помощь:

вести метамизол 50% раствор 1 - 2 мл в/в или кеторолак 10-30 мг в/в (или в/м);

вести преднизолон 30 мг или дексаметазон 4 мг в/м;

направление на консультацию к офтальмологу.

109.5. Острый иридоциклит.

Неотложная помощь:

вести глюкозу 40% раствор по 20 мл в/в;

вести 1% фуросемид 1-2 мл в/м;

больного госпитализировать в офтальмологический стационар.

110. Острый приступ глаукомы.

Неотложная помощь:

вести 1% фуросемид 2-4 мл в/в;

срочная госпитализация в офтальмологический стационар.

111. Состояния, связанные с резким нарушением зрительных функций.

Неотложная помощь:

в случаях относительной ясности диагноза перед госпитализацией (при тромбозах, эмболиях сосудов сетчатки или зрительного нерва): сублингвально глицерил тринитрат 0,0005 г или 10 мл 2,4% раствора аминифиллина в/в (сосудорасширяющие средства).

112. Повреждения органа зрения.

112.1. Ранения век и конъюнктивы.

Неотложная помощь:

накладывается асептическая повязка;

больного доставить в офтальмологический травматологический пункт, либо в стационар.

112.2. Непрободные ранения глазного яблока.

Неотложная помощь:

инстилляцией 0,25% раствора прокаина при болевом симптоме;

удалить поверхностно располагающиеся инородные тела с конъюнктивы и роговицы;

наложить асептическую повязку;

направить в офтальмологический травматологический пункт.

112.3. Прободные ранения глазного яблока.

Неотложная помощь:

наложение асептической повязки на оба глаза;

вести метамизол в/в 1-2 мл 50% раствора или кеторолак 10-30 мг в/в (или в/м);

больного доставить в офтальмологический травматологический пункт, либо в стационар.

112.4. Контузии глазного яблока.

Неотложная помощь:

направление в офтальмологический травматологический пункт.

112.5. Ожоги органа зрения.

Неотложная помощь:

вести метамизол в/в 1-2 мл 50% раствора или кеторолак 10-30 мг в/в (или в/м);

конъюнктивальную полость обильно промыть раствором 0,9% хлорида натрия;

прокаин 0,25% раствор местно закапать;

наложить асептическую повязку;

больного доставить в офтальмологический травматологический пункт, либо в стационар.

Оглавление

1. Общие положения.	стр 822
2. Внезапная смерть.	стр 824
3. Неотложные состояния в кардиологии:	стр 829
тахикардии	стр 829
брадикардии	стр 835
методика проведения ЭИТ	стр 837
острый инфаркт миокарда	стр 838
острая левожелудочковая недостаточность (сердечная астма, отек легких)	стр 839
кардиогенный шок	стр 840
стенокардия	стр 841
нестабильная стенокардия	стр 842
гипертонические кризы	стр 843
острая гипертоническая энцефалопатия	стр 845
тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА)	стр 846
4. Неотложные состояния в хирургии:	стр 847
переломы и вывихи	стр 847
раны головы, шеи и конечностей	стр 852
повреждения груди	стр 854
повреждения живота	стр 856
острые заболевания органов брюшной полости	стр 857
острая артериальная непроходимость магистральных сосудов конечностей (эмболии и тромбозы)	стр 859

острый тромбоз глубоких вен нижних конечностей и таза	стр 859
травматический шок	стр 859
острая кровопотеря	стр 860
5. Неотложные акушерско - гинекологические состояния:	стр 861
аборт	стр 861
апоплексия яичника	стр 861
беременность эктопическая (внематочная)	стр 862
выпадение пуповины и мелких частей плода	стр 862
кровотечение в послеродовом периоде	стр 862
маточное кровотечение (гинекологическое)	стр 863
пельвиоперитонит (тазовый перитонит)	стр 863
перекрут ножки кистомы яичника	стр 864
перфорация гнойных образований придатков матки	стр 864
плотное прикрепление, приращение плаценты	стр 864
предлежание плаценты	стр 865
преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты	стр 865
преэклампсия, эклампсия	стр 866
разрыв матки	стр 867
роды	стр 867
кровотечение в послеродовом периоде	стр 870
травма половых органов	стр 870
6. Неотложные неврологические состояния:	стр 871
инсульт	стр 871
судорожный синдром	стр 872
обморок	стр 874
черепно-мозговая травма	стр 875
миастения	стр 876
мигрень	стр 877
острый болевой синдром при вертеброгенной патологии	стр 878
дислокационный синдром при объемных внутричерепных процессах	стр 878
7. Неотложные аллергические состояния:	стр 879
анафилактический шок	стр 879
крапивница	стр 880
ангионевротический отек	стр 880
астматический статус	стр 881
8. Неотложные состояния при сахарном диабете:	стр 882
диабетическая кетонемическая кома	стр 882
диабетическая некетонемическая гиперосмолярная кома	стр 882
гипогликемические состояния	стр 883

9. Неотложные состояния при острых инфекционных заболеваниях:	стр 883
инфекционно-токсический шок	стр 883
гиповолемический шок	стр 883
менингиты	стр 885
острая дыхательная недостаточность при инфекционных заболеваниях	стр 886
неотложные состояния при осложненном гриппе	стр 887
острая печеночная недостаточность при инфекционных заболеваниях	стр 887
острая пневмония	стр 887
10. Острые отравления.	стр 889
11. Неотложные состояния при абстинентных синдромах:	стр 890
алкогольный абстинентный синдром	стр 890
наркотический абстинентный синдром	стр 891
12. Прочие экстремальные состояния:	стр 891
ожоги	стр 891
термоингаляционные поражения дыхательных путей	стр 892
ожоговый шок	стр 893
перегревание	стр 893
переохлаждение	стр 894
отморожение	стр 895
поражение электротоком	стр 896
утопление	стр 896
странгуляционная асфиксия	стр 897
синдром длительного сдавления	стр 898
13. Неотложные психиатрические состояния:	стр 898
галлюцинаторно-бредовое возбуждение	стр 901
депрессивное возбуждение (ажитация)	стр 901
маниакальное возбуждение	стр 901
дисфорическое возбуждение	стр 901
кататоническое возбуждение	стр 902
возбуждение у лиц с расстройством личности	стр 902
панические атаки	стр 902
ночное суетливое беспокойство	стр 902
возбуждение при гипогликемии	стр 902
синдромы помрачения сознания	стр 902
делириозный синдром	стр 903
патологическое опьянение	стр 903
острый галлюциноз, связанный с приёмом психоактивных веществ	стр 903

алкогольный параноид (бред преследования)	стр 903
побочные эффекты и осложнения психофармакотерапии	стр 903
14. Неотложные состояния в оториноларингологии:	стр 904
носовые кровотечения	стр 904
кровотечения из глотки	стр 905
кровотечения из уха	стр 906
переломы костей носа и околоносовых пазух	стр 906
инородные тела дыхательных путей	стр 906
острый паратонзиллит	стр 908
стенозы гортани	стр 908
заглочный абсцесс	стр 909
внутричерепные осложнения при оториноларингологических заболеваниях	стр 909
15. Неотложные состояния в офтальмологии:	стр 909
воспалительные заболевания	стр 909
острый приступ глаукомы	стр 910
состояния, связанные с резким нарушением зрительных функ- ций	стр 910
повреждения органа зрения	стр 910