

УДК 614.88
ББК 51.1(2)2
В99

Все права защищены. Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена в любой форме и любыми средствами без письменного разрешения владельцев авторских прав.

Рецензент: докт. мед. наук, проф. В.И.Синопальников

Вялов, Сергей Сергеевич.

В99 Неотложная помощь : практич. руководство / С.С.Вялов. – 12-е изд., испр. и доп. – Москва : МЕДпресс-информ, 2022. – 208 с. : ил.
ISBN 978-5-00030-979-7.

Руководство содержит новые сведения об оказании помощи при наиболее частых неотложных состояниях. Все разделы руководства представлены в виде наглядных материалов – кратких структурных логических блоков, при этом соблюдаются требования действующих стандартов по неотложной помощи. Форма руководства и указателя к нему позволят по ключевому слову найти нужное неотложное состояние.

Нормативно-правовую базу настоящего руководства составили отраслевые стандарты, утвержденные приказами Минздрава РФ за период с 2016-го по 2021 год, и федеральные клинические рекомендации.

Книга переиздается с 1985 г. и традиционно содержит три части: неотложная помощь по всем специальностям, раздел по отравлениям и приложения. По многочисленным пожеланиям врачей, студентов и преподавателей медицинских вузов форма и объем книги были сохранены.

Для врачей всех специальностей, врачей-слушателей факультетов последипломного образования, аспирантов, ординаторов и студентов старших курсов медицинских вузов.

УДК 614.88
ББК 51.1(2)2

© Вялов С.С., 2020

© Вялов С.С., 2022, с изменениями

© Оформление, оригинал-макет. Издательство «МЕДпресс-информ», 2022

Оглавление

Список сокращений	11
Предисловие	12

Глава 1. Заболевания, синдромы и неотложные состояния

1.1. Терапия	13
Бронхообструктивный синдром	14
Бронхиальная астма	15
Астматический статус	18
Гипогликемическое состояние	19
Дискинезия кишечника с болевым синдромом (кишечная колика)	20
Дискинезия желчевыводящих путей, печеночная колика	21
Коллапс	22
Тромбоэмболия легочной артерии (эмболия легочная, инфаркт легкого, тромбоэмболия)	23
Гипертензия легочная	24
Крапивница острая	25
Криз тиреотоксический (криз тиреотоксический)	26
Обморок	27
Отек ангионевротический, отек Квинке	28
Пневмония острая, тяжелая форма	29
Артралгический (суставной) синдром	30

1.2. Кардиология	31
Аритмии: классификация по тактике	32
Аритмии: принципы неотложной помощи	33
Аритмия мерцательная: формы	34
Аритмия мерцательная, мерцание-трепетание предсердий, пароксизмальная форма или давность пароксизма до 2 сут.	35
Аритмия мерцательная, мерцание-трепетание предсердий, постоянная форма или давность пароксизма более 2 сут.	36
Брадиаритмия	37
Блокада атриовентрикулярная полная (синдром Морганьи–Адамса–Стокса)	38
Инфаркт миокарда: классификация	39
Инфаркт миокарда: диагностика	40
Инфаркт миокарда: атипичные формы, осложнения	41
Инфаркт миокарда острый	42
Тромболитическая терапия: основные показания и принципы назначения	43
Криз гипертонический гиперкинетический	44
Криз гипертонический гипокинетический	45
Стенокардия стабильная	46
Стенокардия нестабильная	47
Острый коронарный синдром	48
Тахикардия пароксизмальная	49
Тахикардия пароксизмальная наджелудочковая	50
Тахикардия пароксизмальная желудочковая	51
Левожелудочковая недостаточность острая: отек легких, сердечная астма	52
1.3. Неврология	53
Гипертензия церебральная	54

Острое нарушение мозгового кровообращения	55
Транзиторная ишемическая атака	56
Инсульт недифференцированный	57
Инсульт геморрагический	58
Инсульт ишемический	59
Невралгия тройничного нерва, синдром острой лицевой боли	60
Эпилепсия. Эпилептический (судорожный) припадок	61
Эпилепсия. Генерализованный припадок с тонико-клоническими судорогами	62
Эпилепсия. Эпилептический статус	63
1.4. Хирургия	64
Особенности тактики врача	65
Кровотечения желудочно-кишечные	66
Аппендицит острый	67
Грыжа ущемленная	68
Кишечная непроходимость острая	69
Холецистит острый	70
Панкреатит острый (панкреонекроз, токсическая энзимопатия)	71
Перитонит	72
Окклюзия, тромбоз магистральных сосудов конечностей острые	73
1.5. Травматология	74
Особенности тактики врача	75
Сотрясение головного мозга	76
Ушиб, сдавление головного мозга	77
Перелом позвоночника	78
Перелом костей таза	79

Раны открытые	80
Кровотечения	81
Ушибы	82
Растяжения связок (дисторсии)	83
Синдром длительного сдавления (травматический токсикоз, краш-синдром)	84
Травма почки	85
Травма живота закрытая (тупая)	86
Травма живота открытая (ранения брюшной полости проникающие, эвентрация травматическая)	87
Ушиб сердца	88
Ранение сердца	89
Ампутации и разможения травматические	90
Ожоги термические и/или химические	91
Гипотермия (Общее охлаждение организма. Замерзание)	92
Отморожение	93
Укусы животных	94
1.6. Урология и нефрология	95
Почечная недостаточность острая	96
Мочекаменная болезнь, приступ (почечная колика)	97
1.7. Акушерство и гинекология	98
Аборты: терминология, классификация	99
Аборт самопроизвольный (выкидыш)	100
Роды: определение, перечень родовой укладки	101
Роды домашние, дорожные, уличные	102
Беременность внематочная (<i>extra uterina</i>)	103

1.8. Инфекционные заболевания	104
Ангина	105
Бешенство	106
Ботулизм	107
Кишечные инфекции неясной этиологии (сальмонеллез, шигеллез, дизентерия, пищевая токсикоинфекция)	108
Гепатит вирусный	109
Грипп, ОРВИ	110
Дифтерия	111
Малярия	112
Коклюш	113
Корь	114
COVID-19 (COVID-19)	115
Скарлатина	116
Менингококковая инфекция, менингит, менингококкцемия	117
Холера	118
Чума	119
Сибирская язва	120
1.9. Реанимация	121
Принципы проведения реанимационных мероприятий	122
Приемы реанимации: искусственное дыхание	123
Приемы реанимации: непрямой массаж сердца	124
Клиническая смерть, асистолия	125
Успешная сердечно-легочная реанимация	126
Кома гипогликемическая	127
Кома гипергликемическая (диабетическая)	128

Кома неизвестного генеза	129
Отек гортани и верхних дыхательных путей	130
Тепловой, солнечный удар (воздействие высоких температур)	131
Утопление	132
Фибрилляция (мерцание) желудочков	133
Шок анафилактический	134
Шок инфекционно-токсический	135
Шок кардиогенный (при остром инфаркте миокарда передней локализации)	136
Шок кардиогенный (при остром инфаркте миокарда правого желудочка)	137
Шок травматический	138
Электротравма, вызванная электрическим током низкого напряжения (<1000 В)	139
Электротравма, вызванная электрическим током высокого напряжения (>1000 В)	140
Инородное тело в дыхательных путях (в ротоглотке).....	141

Глава 2. Токсикология	142
Отравления: особенности тактики врача	145
Отравления: общая характеристика	146
Отравления: методы активной детоксикации	147
2.1. Принципы неотложной помощи при отравлениях	148
Методы активной детоксикации: промывание желудка	149
Методы активной детоксикации: форсированный диурез	150
Антидотная терапия неспецифическая	151
Антидотная терапия специфическая	152

2.2. Отравления лекарственными и наркотическими средствами, а также различными химическими веществами	153
Йод	154
Бром	155
Мышьяк и его соединения. Острое отравление	156
Мышьяк и его соединения. Хроническое отравление	157
Клофелин	158
Транквилизаторы	159
Наркотики. Общая характеристика	160
Кокаин, галлюциногены, каннабиноиды (анаша, гашиш, конопля), лизергины (ЛСД), псилоцин, псилоцибин (грибы псилоцибы), мескалин (кактус)	161
Морфин. Дезоморфин. Огий. Героин	162
2.3. Бытовые и промышленные яды	163
Алкоголь: общая характеристика отравлений	164
Этиловый спирт (этанол, винный спирт, суррогаты алкоголя)	165
Метиловый спирт (метанол, древесный спирт, технический спирт)	166
Оксид углерода. Угарный газ. Острое отравление	167
Оксид углерода. Угарный газ. Хроническое отравление	168
Сероводород. Клоачный газ.....	169
Этиленгликоль. Пропиленгликоль. Антифриз. Тормозная жидкость	170
Ацетон	171
Бензин. Нефтепродукты	172
Уксусная кислота	173
Щелочи	174
Ртуть. Соединения ртути	175

2.4. Растения ядовитые	176
Цикута (вех ядовитый)	177
Красавка, белена, дурман, крестовик, мандрагора	178
2.5. Грибы ядовитые	179
Бледная поганка	180
Сморчки и строчки	181
Мухоморы	182
2.6. Укусы насекомых и змей	183
Укусы пчел, ос. Пчелиный яд	184
Укус каракурта	185
Укусы змей	186
Укусы клещей	187
Приложения	188
Физиологические возрастные нормы (средние величины)	188
Боль: визуально-ранговая шкала оценки боли	189
Аптечка универсальная (набор/укладка для врача общей практики)	190
Концентрация растворов: таблица перевода единиц	191
Кровотечение: клиническая оценка степени тяжести	191
Респираторный синдром: оценка степени тяжести	192
Дыхательная недостаточность: оценка степени тяжести	193
Литература	194
Алфавитный указатель	199

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

A-V	атриовентрикулярная (блокада)	КПВ	катетеризация периферической вены
HbCO	карбоксигемоглобин	НМП	неотложная медицинская помощь
АД	артериальное давление	ОКМП	отделение круглосуточной медицинской помощи на дому
АТФ	аденозинтрифосфорная кислота	ОНМК	острое нарушение мозгового кровообращения
АЦСК	ацетилсалициловая кислота, аспирин	ОРИТ	отделение реанимации и интенсивной терапии
БИТ	блок интенсивной терапии	ОЦК	объем циркулирующей крови
БКР	блок кардиореанимации	п/к	подкожно
в/в	внутривенно	САД	систолическое артериальное давление
в/м	внутримышечно	СМП	скорая медицинская помощь
вн.	внутри	Т	температура тела
ВВЛ	вспомогательная вентиляция легких	ТИА	транзиторная ишемическая атака
ВДП	верхние дыхательные пути	ТЭЛА	тромбоэмболия легочной артерии
ВИДС	вторичные иммунодефицитные состояния	ФП	фибрилляция предсердий
ГЭК	гидроксиэтилкрахмал	ХГН	хронический гломерулонефрит
ДАД	диастолическое артериальное давление	ХСН	хроническая сердечная недостаточность
ДН	дыхательная недостаточность	ЦНС	центральная нервная система
ИБС	ишемическая болезнь сердца	ЧДД	частота дыхательных движений
ИВЛ	искусственная вентиляция легких	ЧСС	частота сердечных сокращений
ИМ	инфаркт миокарда	ХОБЛ	хроническая обструктивная болезнь легких
ингал.	ингаляции	ЭКГ	электрокардиография
ИП	инкубационный период	ЭКС	электрокардиостимуляция
ИТШ	инфекционно-токсический шок	ЭЭГ	электроэнцефалография
кап./мин	капель в минуту		

ПРЕДИСЛОВИЕ

В книге описаны неотложные состояния и основные принципы медицинской помощи. *Способы, методы и средства неотложной помощи часто совершенствуются, разрабатываются, изменяются и обновляются. Поэтому обращаем внимание, что сведения, представленные в предшествующих изданиях книги, в том числе в 8-м (2017), и сведения в настоящем издании по некоторым неотложным состояниям принципиально различаются!*

Все разделы руководства представлены в виде наглядных кратких структурных логических блоков, при этом соблюдаются требования действующих стандартов.

Нормативно-правовую базу настоящего руководства составили федеральные клинические рекомендации и стандарты Минздрава РФ за период с 2016-го по 2021 год.

Руководство переиздается с 1985 г. и традиционно содержит две части и приложения: неотложная помощь по всем специальностям; отдельно выделен раздел по отравлениям. По многочисленным пожеланиям врачей, студентов и преподавателей медицинских вузов структура книги остается изначальной – она позволит врачу быстро найти ответы на возникающие вопросы.

Изложение руководства краткое, подчинено единой схеме и направлено на быстрое нахождение нужного алгоритма оказания патогенетически обоснованной экстренной медицинской помощи таким образом, чтобы не усугубить состояние больного на начальной стадии интенсивной терапии.

Автор надеется, что эта книга поможет читателям быстрее ориентироваться в диагнозе и тактике и не оставить больных и пострадавших без помощи, когда она требуется, даже в том случае, если под рукой не окажется необходимых для этого средств.

*Ведущий научный сотрудник
НИИ скорой помощи им. Н.В.Склифосовского
доктор медицинских наук, профессор Т.А.Васина*

Глава 1. Заболевания, синдромы и неотложные состояния

1.1. Терапия

- Бронхообструктивный синдром
- Бронхиальная астма
- Астматический статус
- Гипогликемическое состояние
- Дискинезия кишечника с болевым синдромом (кишечная колика)
- Дискинезия желчевыводящих путей, печеночная колика
- Коллапс
- Тромбоэмболия легочной артерии (эмболия легочная, инфаркт легкого, тромбоэмболия)
- Гипертензия легочная
- Крапивница острая
- Криз тиреотоксический (криз тиреоидный)
- Обморок
- Отек ангионевротический, отек Квинке
- Пневмония острая, тяжелая форма
- Артралгический (суставной) синдром
- Шок анафилактический – см. Реанимация
- Кома гипогликемическая – см. Реанимация
- Кома гипергликемическая (диабетическая) – см. Реанимация

Ј44.1 Бронхообструктивный синдром, ХОБЛ – это нарушение вентиляционной способности легких, в основе которой лежит нарушение бронхиальной проходимости; является осложнением хронической обструктивной болезни легких и ряда других состояний.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

- Затрудненный выдох (основной элемент обструкции).
- Свистящее дыхание.
- Хрипы в легких.
- АД – 110–140/80 мм рт.ст.
- ЧДД ≥ 20 /мин.
- Пульс > 80 уд./мин.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

- Доступ воздуха. Ингаляция кислорода.
- Пульсоксиметрия.
- Ипратропия бромид 20 мкг + Фенотерол 50 мкг = Беродуал 2 впрыск. или Беродуал 2 мл + Натрия хлорид 0,9% 3 мл через небулайзер ингал.
- Будесонид 0,5–1 мг через 5 мин после ингал. + в небулайзер.

При недостаточном эффекте:

- Повторить ингал. через 15–20 мин.
Макс. суммарная доза Ипратропия бромид + Фенотерол – 4 мл = 80 капель.

При недостаточном эффекте:

- Аминофиллин (Эуфиллин) 10 мл = 240 мг в/в медленно.
- Преднизолон 90 мг в/в.

ТАКТИКА

- Купирование одышки.
- Актив врачу поликлиники.
- При отсутствии эффекта – госпитализация.

Ј45 Бронхиальная астма, легкая степень тяжести – это эпизодические приступы нарушения дыхания, с затрудненным выдохом, возникающие днем более 1 раза в неделю, ночные – более 2 раз в месяц, у больных, страдающих бронхиальной астмой (ДН 0–II ст.).

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

- Возбуждение, разговор не затруднен.
- Свистящее дыхание на выдохе.
- Выдох затруднен.
- Кашель сухой, мучительный.
- В легких сухие хрипы на выдохе.
- АД – 130/80 мм рт.ст.
- ЧДД ≥ 20 –24/мин.
- ЧСС ≥ 90 –110 уд./мин.

!!! У пациентов с тяжелым и угрожающим жизни приступом могут отсутствовать признаки ДН и полного перечня симптомов обострения заболевания!

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

- Доступ воздуха. Ингаляция кислорода.
- Пульсоксиметрия.
- Ипратропия бромид 20 мкг + Фенотерол 50 мкг = Беродуал 2 впрыск. или Беродуал 2 мл + Натрия хлорид 0,9% 3 мл через небулайзер ингал.
- Будесонид 0,5–1 мг через 5 мин после ингал. + в небулайзер.

При недостаточном эффекте:

- Повторить ингал. через 15–20 мин.
Макс. суммарная доза Ипратропия бромид + Фенотерол – 4 мл = 80 капель.

При недостаточном эффекте:

- Аминофиллин (Эуфиллин) 10 мл = 240 мг в/в медленно.

ТАКТИКА

- Купирование приступа.
- В госпитализации не нуждается. Актив врачу поликлиники.

J45 Бронхиальная астма, средняя степень тяжести – это приступы резко выраженного нарушения дыхания, с затрудненным выдохом, возникающие днем – ежедневно, ночные – 1 раз в неделю, у больных, страдающих бронхиальной астмой (ДН 0–II ст.).

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

- Больной возбужден, разговаривает короткими фразами.
- Двигательная активность ограничена – сидит.
- Дыхание с участием вспомогательной мускулатуры, яремная ямка втянута.
- Свистящее дыхание, громкое в течение всего выдоха.
- АД – 110–140/80 мм рт.ст.
- ЧДД до 23–29/мин.
- ЧСС – 100–120 уд./мин.
- В легких дыхание мозаичное, хрипы на вдохе и выдохе.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

- Доступ воздуха. Ингаляция кислорода.
 - Пульсоксиметрия.
 - Ипратропия бромид 20 мкг + Фенотерол 50 мкг = Беродуал 2 впрыск. или Беродуал 2 мл + Натрия хлорид 0,9% 3 мл через небулайзер ингал.
 - Будесонид 0,5–1 мг через 5 мин после ингал. + в небулайзер.
- При недостаточном эффекте:*
- Повторить ингал. через 15–20 мин. Макс. суммарная доза Ипратропия бромид + Фенотерол – 4 мл = 80 капель.
- При недостаточном эффекте:*
- Аминофиллин (Эуфиллин) 10 мл = 240 мг в/в медленно.

ТАКТИКА

- Купирование приступа.
- Актив врачу поликлиники.
- При отсутствии эффекта – госпитализация.

J45 Бронхиальная астма, тяжелая степень тяжести – это тяжелые ежедневные приступы нарушения дыхания, с затрудненным выдохом, вызывающие ограничение физической активности, возникающие днем – ежедневно, ночные – более 1 раза в неделю, у больных, страдающих бронхиальной астмой (ДН III–IV ст.).

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

- *У пациентов с тяжелым и угрожающим жизни приступом могут отсутствовать признаки ДН и симптомы обострения заболевания!*
- *Приступ бронхиальной астмы следует оценивать как тяжелое обострение астмы.*
- Больной возбужден, разговаривает отдельными словами.
- Двигательная активность ограничена – двигается с трудом.
- Резко выражено дыхание с участием вспомогательной мускулатуры, яремная ямка втянута.
- Свистящее дыхание, громкое на вдохе и выдохе.
- ЧДД >30/мин.
- АД – 110–140/80 мм рт.ст.
- ЧСС >120 уд./мин.
- В легких дыхание ослабленное.

ТАКТИКА

- Купирование приступа.
- Госпитализация в терапевтическое отделение.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

- Доступ воздуха. Ингаляция кислорода.
 - Пульсоксиметрия.
 - Ипратропия бромид 20 мкг + Фенотерол 50 мкг = Беродуал 2 впрыск. или Беродуал 2 мл + Натрия хлорид 0,9% 3 мл через небулайзер ингал.
 - Будесонид 0,5–1 мг через 5 мин после ингал. + в небулайзер.
 - КПВ.
 - Преднизолон 90 мг в/в.
 - Натрия хлорид 0,9% 500 мл в/в капельно.
- При недостаточном эффекте:*
- Аминофиллин 10 мл = 240 мг в/в медленно.

J46 Астматический статус (status astmaticus) – тяжелое угрожающее жизни осложнение бронхиальной астмы; возникает в результате длительного некупирующегося приступа и характеризуется отеком бронхиол, накоплением в них вязкой мокроты, приводит к нарастанию удушья и гипоксии.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

- Спутанность сознания.
- Дыхание с участием вспомогательной мускулатуры – парадоксальные торакоабдоминальные движения.
- Исчезновение свистящего дыхания.
- ЧДД >30/мин.
- ЧСС <60 уд./мин, брадикардия.
- В легких – дыхание ослабленное, в дальнейшем – участки легкого, где дыхание отсутствует – «немое легкое».
- Цианоз.
- Нарастает ДН.
- АД $\leq 110/60$ мм рт.ст.
- Заторможенность, кома.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

- Ингаляция кислорода.
- Пульсоксиметрия. КПВ.
- Натрия хлорид 0,9% 500 мл в/в капельно.
- Ипратропия бромид 20 мкг + Фенотерол 50 мкг = Беродуал 2 впрыск. или Беродуал 2 мл + Натрия хлорид 0,9% 3 мл через небулайзер ингал.
- Будесонид 0,5–1 мг через 5 мин после ингал. + в небулайзер.

При недостаточном эффекте:

- Преднизолон 90 мг в/в.
- Натрия хлорид 0,9% 500 мл в/в капельно.
- Аминофиллин 10 мл = 240 мг в/в медленно.

При недостаточном эффекте:

- Эпинефрин (Адреналин) 0,5 мл = 0,5 мг в/в.

При ДН III–IV ст., угрозе остановки дыхания, перед интубацией:
Атропин 0,5–1 мг в/в. Мидазолам 5 мг (Диазепам 10 мг) в/в.
Кетамин 1 мг/кг в/в. Санация ВДП. Интубация трахеи. ИВЛ.

ТАКТИКА

- Купирование приступа, уменьшение одышки.
- Восстановление дыхания.
- Госпитализация в реанимационное отделение.

E10–E14 Гипогликемическое состояние – это состояние, характеризующееся острым энергетическим дефицитом в нейронах головного мозга в результате снижения содержания сахара в крови при передозировке инсулина, сахароснижающих препаратов, салицилатов, алкоголя или недостаточном потреблении углеводов с пищей.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

- Острое начало.
- Ощущение резкого голода.
- Дрожь в теле, дрожание пальцев рук.
- Подергивание мышц лица.
- Парестезии лица: онемение губ, языка, подбородка.
- Диплопия (двоение перед глазами).
- Головная боль, головокружение.
- Слабость, обильное потоотделение.
- Возбуждение, агрессивность, сердцебиение.
- Расширение зрачков, замедление пульса и помрачение сознания.
- АД – 110–140/80–90 мм рт.ст.
- ЧСС – 60–90 уд./мин.
- ЧДД – 16–18/мин.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

- Глюкометрия или глюкотест.
- А. Глюкоза в крови $\leq 4,5$ ммоль/л:**
 - Повторная глюкометрия.
- Б. Глюкоза в крови $\leq 4,2$ ммоль/л:**
 - Обычный прием пищи.
 - 4–5 кусочков сахара в воде или 1 стакан (200 мл) сока, молока, сладкого напитка (не сахарозаменители!).
- В. Глюкоза в крови $< 3,9$ ммоль/л:**
 - Декстроза (Глюкоза) 40% 20–60 мл вн. или в/в струйно.
 - Повторная глюкометрия.
- Г. Глюкоза в крови $\leq 2,8$ ммоль/л:**
 - Гипогликемическая кома! – см. с. 127.

ТАКТИКА

- Нормализация уровня глюкозы крови – 4,5–5,5 ммоль/л.
- Купирование признаков гипогликемии.
- Актив врачу поликлиники.

K59.9 Дискинезия кишечника с болевым синдромом (кишечная колика) – это расстройство координированных двигательных функций кишечника, характеризующееся резким снижением/повышением его тонуса и перистальтики, проявляющееся тупыми приступообразными болями (коликами) в животе и нарушением опорожнения кишечника (запоры, поносы).

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

- Кратковременные преходящие приступообразные боли (колики) в разных отделах живота, в левом, правом квадранте или по средней линии, в средней трети, без четких ритмов.
- Урчание в животе, вздутие живота.
- Запоры, поносы или их чередование.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

- ⊗ **Обезболивающие средства противопоказаны!**
- Дротаверин (Но-шпа) 40 мг = 2 мл в/м или Платифиллин 0,2% 2 мл в/м.

ТАКТИКА

- При отсутствии эффекта – госпитализация в хирургическое отделение для наблюдения.
- При отказе от госпитализации – актив врачу поликлиники.

K82.8 Дискинезия желчевыводящих путей, печеночная колика – расстройство тонуса и сократительной функции желчного пузыря и протоков, при котором происходит нарушение оттока желчи из желчного пузыря, характеризующееся тяжестью или приступами болей в правом подреберье, чаще как проявление обострения холецистита или желчнокаменной болезни.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

- Боли умеренные или тяжесть в правом подреберье или эпигастральной области, справа, чаще после погрешностей в питании.
- Горечь во рту.
- Изжога.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

- ⊗ **Желчегонные средства противопоказаны!**
- Дротаверин (Но-шпа) 40 мг = 2 мл в/м или Платифиллин 0,2% 2 мл в/м.

ТАКТИКА

- При отсутствии эффекта – госпитализация в хирургическое отделение для наблюдения.
- При отказе от госпитализации – актив врачу поликлиники.

R03 Коллапс – это остро развивающаяся сосудистая недостаточность, характеризующаяся падением сосудистого тонуса и уменьшением ОЦК; проявляется резким снижением артериального и венозного давления, признаками гипоксии головного мозга и угнетением жизненно важных функций организма.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

- Бледность кожных покровов.
- Глаза западают.
- Зрачки расширяются.
- Холодный липкий пот.
- Сильнейшая адинамия.
- Дыхание поверхностное.
- Пульс частый, нитевидный, иногда не определяется.
- АД резко снижено, иногда не определяется.
- Тоны сердца глухие.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

- Пульсоксиметрия.
- ЭКГ.
- Глюкометрия.
- Положение лежа, голова ниже ног.
- Обеспечить доступ воздуха.
- КПВ.
- Натрия хлорид 0,9% 500–1000 мл в/в.

При отсутствии эффекта:

- Эпинефрин 0,5 мг в/в.

При недостаточном эффекте:

- Преднизолон 150 мг в/в.

Только для спецбригад!

- Норэпинефрин 2 мг = 1 мл в/в + Декстроза, титрованием.

I26 Тромбоэмболия легочной артерии (эмболия легочная, инфаркт легкого, тромбоэмболия) – это закупорка сосудистого русла легкого тромбом, образовавшимся в венозной системе большого круга кровообращения, правом предсердии или правом желудочке сердца.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

- Одышка, резкая синюшность.
- Боли в грудной клетке, возбуждение.
- Кашель сухой или с мокротой.
- Кровохарканье.
- Потеря сознания.
- В легких – большое количество влажных и рассеянных сухих хрипов.
- Набухание шейных вен.
- Прогрессирующее увеличение и болезненность печени.
- Аритмия, учащение ЧСС.
- Снижение АД, шок, отек легких.
- Внезапная смерть.

Возможно бессимптомное течение!

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

- ЭКГ. КПВ.
- ИВЛ. Оксигенотерапия (кислород через маску).
- Гепарин 60 МЕ/кг в/в, но не >4000 МЕ или Эноксапарин 1 мг/кг п/к.

ТАКТИКА

- При нормализации гемодинамики – госпитализация в терапевтическое отделение (отделение реанимации).
- Транспортировка на носилках в положении лежа.

ТАКТИКА

- Уменьшение сердечной и дыхательной недостаточности.
- Коррекция гемодинамики.
- Транспортировка на носилках.
- Госпитализация в ОРИТ.

126 Гипертензия легочная – это патологическое состояние, характеризующееся повышением давления в легочной артерии, приводящее к развитию правожелудочковой недостаточности.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

- Инспираторная одышка.
- Кашель сухой или с мокротой.
- Кровохарканье.
- Боли в грудной клетке.
- Аритмия, увеличение ЧСС.
- Головокружение, потеря сознания.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

- ЭКГ.
- Ингаляция кислорода.
- КПВ.
- Нифедипин 20–40 мг или Амлодипин 5 мг вн.
- Аспирин (АЦСК) 250–500 мг вн., разжевать.
- Гепарин 15–25 тыс. ЕД в/в.
- Морфин 1% 0,5–1,0 мл в/в дробно.
- Дигоксин 0,25 мг = 1 мл + Натрия хлорид 0,9% 10 мл в/в.
- Аминофиллин (Эуфиллин) 2,4% 10 мл = 240 мг в/в медленно.

ТАКТИКА

- Уменьшение сердечной и дыхательной недостаточности.
- Коррекция гемодинамики.
- Транспортировка на носилках.
- Госпитализация в ОРИТ.

L50 Крапивница острая – это состояние, характеризующееся внезапным распространенным высыпанием зудящих волдырей с зоной гиперемии и отеком кожных покровов, аллергического происхождения. Формы: А. Локальная. Б. Генерализованная.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

- Внезапное появление одиночных или множественных волдырей и папул, выступающих над поверхностью кожи, с гиперемией и четкими границами на кожных покровах лица, рук туловища, ног.
- Размеры кожных элементов – от 1–2 мм (наиболее типично для холинергической крапивницы) до 15–20 см и даже больше; иногда элементы сливного характера.
- Сильный зуд.
- Высыпания могут сочетаться с отеком.
- Может развиваться генерализованная анафилактическая реакция, потенциально фатальная.
- Отсутствие пигментации, рубцов после исчезновения сыпи и пятен (важно для дифференциальной диагностики).

ТАКТИКА

- Актив в поликлинику.
- Госпитализация при отсутствии эффекта.
- При отказе от госпитализации – актив в ОКМП.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

А. Локализованная форма

- Прекращение контакта с аллергеном.
- Хлоропирамин (Супрастин) 20–40 мг (1 мл = 20 мг), или Клемастин (Тавебил) 2 мг (1 мл = 2 мг) в/м, в/в, или Глюконат кальция 10% 10 мл в/в (1 мл = 100 мг); Дифенгидрамин (Димедрол) 10 мг в/м (1 мл = 10 мг).

При недостаточном эффекте:

- Преднизолон 60–90 мг в/м или в/в.

Б. Генерализованная форма

- Преднизолон 60–90 мг в/м или в/в.
- Хлоропирамин 20–40 мг или Клемастин 2 мг в/в или в/м.

E05 Криз тиреотоксический (криз тиреоидный) – редкое осложнение гипертиреозидизма, при котором проявления тиреотоксикоза возрастают до жизнеугрожающей степени у больных с нераспознанным или нелеченным гипертиреозом или при болезни Грейвса (диффузный токсический зоб), как наиболее частой причине гипертиреозидизма.

R55 Обморок – внезапная кратковременная потеря сознания, вызванная острой гипоксией головного мозга.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

- Зоб, экзофтальм.
- Выраженная лихорадка.
- Слабость.
- Гиперемия лица.
- Тахикардия и тахиаритмия.
- АД повышено или снижено.
- Развитие сердечной недостаточности.
- Рвота.
- Диарея.
- Боли в животе.
- Желтуха.
- Снижение диуреза вплоть до анурии.
- Тремор кистей.
- Возбуждение с переходом в ступор и кому.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

- Термометрия.
 - ЭКГ.
 - КПВ.
 - Дексаметазон 8 мг или Преднизолон 60 мг в/в.
 - Пропранолол (Анаприлин) 20–80 мг разжевать **или** Урапидил 10–50 мг + Натрия хлорид 0,9% 10 мл в/в медленно.
 - Декстроза (Глюкоза) 5% 500 мл в/в 20 кап./мин.
 - Ингаляция кислорода.
- При $T \geq 39^{\circ}\text{C}$:*
- Физические методы охлаждения.
 - АЦСК противопоказана.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

- Резкая слабость.
- Резкое снижение мышечной силы.
- Подташнивание.
- Головокружение, звон в ушах.
- Отсутствие сознания.
- Непроизвольное мочеиспускание.
- Кожные покровы бледные, влажные.
- Пульс ≤ 60 уд./мин, слабый.
- АД $\leq 110/60$ мм рт.ст.
- ЧДД – 18–20/мин, поверхностное.
- Тоны сердца приглушены.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

- Положение лежа, голова ниже ног.
- Обеспечить доступ воздуха.
- Нашатырный спирт 10% вдыхать, растереть виски.
- Метилксантин (Кофеин-бензоат натрия) 10% 1 мл = 100 мг, 20% 1 мл = 200 мг 1–2 мл в/м.
- Никетамид (Кордиамин) 250 мг/мл – 1–2 мл в/м.

ТАКТИКА

- Коррекция АД, водно-электролитного баланса.
- Восстановление сознания.
- Госпитализация в реанимационное отделение.

ТАКТИКА

- Госпитализация не требуется.

Т78.3 Отек ангионевротический, отек Квинке – это остро развивающийся, быстро проходящий отек кожи и подкожной клетчатки или слизистых оболочек. Вызван как иммунными, так и неиммунными факторами, отличается от обычной крапивницы лишь глубиной поражения кожи (бесследно исчезает через несколько часов – 2–3 сут.).

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

- Локальный отек кожи, подкожной клетчатки и/или слизистых оболочек в сочетании с крапивницей или без нее.
- Часто – составной компонент генерализованной анафилактической реакции (анафилактического шока).
- Может развиваться на любом участке тела; обычная локализация – лицо (чаще губы, веки), конечности, наружные половые органы.
- Онемение, зуд.

Наибольшую опасность для жизни представляют отек гортани и вызванная им асфиксия!!! – см. Отек гортани.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

- Прекращение контакта с аллергеном.
- Хлоропирамин 20–40 мг или Клемастин 2 мг в/в, в/м.

При недостаточном эффекте:

- Преднизолон 60–90 мг в/м, в/в.

ТАКТИКА

- Госпитализация.
- При отказе от госпитализации – актив в ОКМП.

Ј18 Пневмония острая, тяжелая форма – это острое инфекционное заболевание преимущественно бактериальной этиологии, поражающее респираторные отделы легких с внутриальвеолярной экссудацией и инфильтрацией тканей легких и характеризующееся лихорадкой и интоксикацией.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

- Кашель со слизисто-гноевой (иногда ржавой) мокротой. Боли в груди при дыхании (при сопутствующем плеврите).
- Интоксикационный синдром: лихорадка, тахикардия, тахипноэ, гипергидроз, миалгии, головные боли.
- Цианоз.
- Над легкими притупление перкуторного звука (инфильтрат, плеврит).
- Дыхание: ослабленное; высокотональные хрипы в конце выдоха (жидкость в альвеолах); низкотональные хрипы в начале или середине вдоха (секрет в воздухоносных путях).
- Нарушение сознания (дезориентация, беспокойство), менингеальные знаки.

ТАКТИКА

- Обязательная госпитализация: а) наличие у пациента сопутствующих заболеваний (ХОБЛ, ХСН, ХГН, сахарный диабет, ВИДС); б) неэффективное лечение в течение 3 дней; в) дети до 14 лет, лица старше 70 лет; г) ЧДД >26–30/мин, ЧСС >100 уд./мин, АД <100/60 мм рт.ст.
- Госпитализация в терапевтическое отделение.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

- Пульсоксиметрия.
- Ингаляция кислорода.
- Метамизол (Анальгин, Баралгин) 1000 мг = 2 мл в/м (при $T \geq 38,5^{\circ}\text{C}$).
- Сальбутамол 2 ингал. (0,1 мг = 100 мкг) или Беродуал 2 ингал.
- Цефтриаксон 1 г = 1000 мг в/м, указать время.

При некардиогенном отеке легких: КПВ.

- Преднизолон 90–150 мг + Натрия хлорид 0,9% 250 мл в/в капельно.

Морфин и фуросемид противопоказаны!

При нарушении дыхания ДН III–IV ст.: Атропин 0,5–1 мг в/в. Мидазолам 5 мг (Диазепам 10 мг) в/в. Санация ВДП. Интубация трахеи. ИВЛ.

М19 Артралгический (суставной) синдром – синдром, проявляющийся болями в суставах, их деформацией, ограничением движений, изменениями сухожильно-связочного аппарата окружающих мышц, в основе которого лежат воспалительные или дегенеративно-дистрофические изменения в суставах и околосвязочном аппарате.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

- Боль в суставах при активных и пассивных движениях.
- Признаки местного воспаления – локальные гиперемия, повышение температуры и отечность на фоне приема противовоспалительных препаратов – могут быть выражены умеренно.
- Повышение температуры тела.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

- Кеторолак 30 мг = 1 мл в/м, или Диклофенак (Вольтарен) 25 мг = 1 мл, 3 мл в/м, или Метамизол (Анальгин, Баралгин) 500–1000 мг = 1–2 мл в/м.
- Кетопрофен-гель 5% – аппликация на болевой участок или Диклофенак (Вольтарен) 30 мг пластырь трансдермальный – аппликация на болевой участок на 24 ч.

ТАКТИКА

- Активный вызов врачу поликлиники.

1.2. Кардиология

- Аритмии: классификация по тактике
- Аритмии: принципы неотложной помощи
- Аритмия мерцательная: формы
- Аритмия мерцательная, мерцание-трепетание предсердий, пароксизмальная форма или давность пароксизма до 2 сут.
- Аритмия мерцательная, мерцание-трепетание предсердий, постоянная форма или давность пароксизма более 2 сут.
- Брадиаритмия
- Блокада атриовентрикулярная полная (синдром Морганьи–Адамса–Стокса)
- Инфаркт миокарда: классификация
- Инфаркт миокарда: диагностика
- Инфаркт миокарда: атипичные формы, осложнения
- Инфаркт миокарда острый
- Тромболитическая терапия: основные показания и принципы назначения
- Криз гипертонический гиперкинетический
- Криз гипертонический гипокинетический
- Стенокардия стабильная
- Стенокардия нестабильная
- Острый коронарный синдром
- Тахикардия пароксизмальная
- Тахикардия пароксизмальная наджелудочковая
- Тахикардия пароксизмальная желудочковая
- Левожелудочковая недостаточность острая: отек легких, сердечная астма
- Фибрилляция (мерцание) желудочков – см. Реанимация
- Шок кардиогенный (при остром инфаркте миокарда передней локализации) – см. Реанимация
- Шок кардиогенный (при остром инфаркте миокарда правого желудочка) – см. Реанимация

АРИТМИИ: КЛАССИФИКАЦИЯ ПО ТАКТИКЕ

1. Оценка состояния пациента с нарушениями ритма сердца

Типы аритмий:

- 1.1. Аритмии без жалоб пациента и нарушений гемодинамики.
- 1.2. Аритмии с признаками сердечной недостаточности.
- 1.3. Аритмии с признаками сосудистой недостаточности (обморок, коллапс, шок).
- 1.4. Аритмии с признаками церебрально-сосудистой недостаточности.
- 1.5. Аритмии с тромбоэмболическими осложнениями.

2. Опасные для жизни аритмии, требующие экстренной помощи даже при отсутствии нарушений гемодинамики (злокачественные аритмии)

- 2.1. Желудочковая экстрасистолия.
- 2.2. Желудочковая тахикардия: пароксизмальная и непароксизмальная.
- 2.3. Тахикардия с большим числом сокращений желудочков: трепетание и мерцание желудочков (фибрилляция желудочков).

3. Аритмии, требующие неотложной помощи

- 3.1. Внезапное возникновение пароксизмальных нарушений ритма сердца.
- 3.2. Плохая субъективная и объективная переносимость аритмий.

4. Показания к госпитализации больных с нарушениями ритма

- 4.1. Экстренная госпитализация.
 - 4.1.1. Выраженные нарушения гемодинамики во время аритмии (потеря сознания, резкая слабость, сердечная астма, снижение АД).
 - 4.1.2. Реанимированные больные, перенесшие внезапную смерть.
- 4.2. Плановая госпитализация.
 - 4.2.1. Неэффективность медикаментозного лечения на амбулаторном этапе (при тяжелом течении аритмии).
 - 4.2.2. Необходимость хирургического лечения аритмии.

АРИТМИИ: ПРИНЦИПЫ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ



1. Помощь при всех нарушениях сердечного ритма проводится под постоянным контролем ЭКГ.
2. Всем пациентам обязательно проводится катетеризация периферической вены (КПВ).
3. При оказании неотложной помощи на догоспитальном этапе разрешается использовать только один противоаритмический препарат.
4. При осложненном течении тахиаритмии (артериальная гипотензия, острая левожелудочковая недостаточность) показано проведение электрокардиоверсии!
5. При тахисистолии (ЧСС > 180 уд./мин с уширенными комплексами QRS) (высокая вероятность синдрома Вольфа–Паркинсона–Уайта) введение Верапамила и сердечных гликозидов противопоказано!
6. При нарушениях сердечного ритма β -адреноблокаторы следует применять с большой осторожностью!

АРИТМИЯ МЕРЦАТЕЛЬНАЯ: ФОРМЫ

А. По продолжительности нарушения ритма

1. Пароксизмальная форма – длительность до 7 дней, проходит самостоятельно.
2. Персистирующая форма – длительность >7 дней, самостоятельно не проходит.
3. Постоянная форма.

В. По ЧСС

1. Пароксизмальная форма – ЧСС >150 уд./мин.
2. Тахисистолическая форма – ЧСС >80 уд./мин.
3. Нормосистолическая форма – ЧСС 60–80 уд./мин.
4. Брадисистолическая форма – ЧСС <60 уд./мин.

С. По ЭКГ-признакам

1. Крупноволновая форма ФП – амплитуда ff-волн >0,5 мВ, частота волн – 350–450/мин.
2. Средневолновая форма ФП – амплитуда ff-волн <0,5 мВ, частота волн – 500–700/мин.
3. Мелковолновая форма ФП – трудноразличимые ff-волны.

147 Аритмия мерцательная, мерцание-трепетание предсердий, пароксизмальная форма или давность пароксизма до 2 сут. – это нарушение ритма сердца, полностью дезорганизованная электрическая и механическая работа предсердий с частотой крупных или мелких волн мерцания >350/мин.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

- Умеренная слабость.
- Головокружение.
- Быстрая утомляемость, обмороки.
- Внезапное появление сердцебиений.
- Одышка.
- Неприятные ощущения в области сердца.
- Аритмичный пульс.
- Расширение границы сердца влево.

ЭКГ-признаки:

- Чередование учащения и урежения сердечного ритма.
- Увеличение продолжительности R–R.
- Сохранение остальных признаков синусового ритма.

ТАКТИКА

- Госпитализация с восстановленным синусовым ритмом в БКР.
- Госпитализации подлежат: лица с впервые возникшим пароксизмом, пациенты из общественных мест.
- Транспортировка на носилках.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

- ЭКГ.
- Амiodарон 150–300 мг в/в или Метопролол 5 мг в/в.
- Аспарагинат калия и магния 250 мл в/в капельно.

При отсутствии эффекта:

- Амiodарон 300–600 мг в/в капельно.
- Гепарин 4000 МЕ в/в или Эноксапарин 1 мг/кг п/к.

При отсутствии у пациента ИБС, САД >160/80 мм рт.ст., QRS <120 мс:

- Прокаинамид 1000 мг в/в в течение 20 мин!!!

147 Аритмия мерцательная, мерцание-трепетание предсердий, постоянная форма или давность пароксизма более 2 сут. – это нарушение ритма сердца, полностью дезорганизованная электрическая и механическая работа предсердий с частотой крупных или мелких волн мерцания >350/мин.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

- Внезапное появление сердцебиений.
 - Неприятные ощущения в области сердца.
 - Аритмичный пульс.
 - Расширение границы сердца влево.
 - Одышка.
 - Умеренная слабость, головокружение.
 - Быстрая утомляемость, обмороки.
- Пароксизм продолжается более 2 сут.!**
- ЭКГ-признаки:*
- Чередование учащения и урежения сердечного ритма.
 - Изменение продолжительности интервала R–R.
 - Сохранение остальных признаков синусового ритма.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

- ЭКГ. КПВ.
 - Гепарин 4000 МЕ в/в или Эноксапарин 1 мг/кг п/к.
- При тахисистолии без сердечной недостаточности:*
- Метопролол 12,5–25 мг вн. или 5 мг в/в; при наличии противопоказаний: Верапамил 5 мг в/в.
 - Аспарагинат калия и магния 250 мл в/в капельно.
- При тахиаритмии с признаками сердечной недостаточности:*
- Дигоксин 0,25 мг в/в.

ТАКТИКА

- Восстановление синусового ритма.
- Стабилизация гемодинамики.
- Госпитализация в ОРИТ.
- Транспортировка на носилках.

144.0 Брадиаритмия (ЧСС <50 уд./мин) – нарушение ритма сердца, обусловленное нарушением способности синусно-предсердного узла генерировать электрические импульсы с ЧСС >60 уд./мин.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

- Сильная слабость, утомляемость.
- Приступы головокружения.
- Ощущение дурноты, нехватки воздуха.
- Мелькание мушек перед глазами.
- Похолодание конечностей.
- Бледность кожных покровов, холодный пот.
- ЧСС – 50–40–45 уд./мин.
- АД ≤100/60 мм рт.ст.
- Потеря сознания.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

- А. ЧСС >40 уд./мин, стабильная гемодинамика, отсутствие приступов:
- Отменить все препараты, урежающие ЧСС.
 - Красавки настойка (Капли Зеленина) 10–16 капель вн.
- Б. ЧСС <40 уд./мин:
- Атропин 0,5–1 мг в/в (1 мг = 1 мл).

ТАКТИКА

- Госпитализация при синоатриальной или A-V блокаде II–III степени, гипотензии или рецидивирующих приступах полной A-V блокады.

144 Блокада атриовентрикулярная (A-V) полная (синдром Морганьи–Адамса–Стокса) – это некоординированные сокращения предсердий и желудочков в результате прерывания прохождения импульсов через участок сердца, вызывающие резкое замедление сердечного ритма и гипоксию головного мозга.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

- Урежение пульса и ЧСС <40–30 уд./мин!
- Головокружение.
- Потемнение в глазах.
- Резкая бледность.
- Потеря сознания.
- Судороги.

Характеристика ЭКГ:

- Предсердные зубцы Р не связаны с QRS.
- Число QRS меньше, чем число Р, и <50/мин.
- Зубцы Р пропадают и наслаиваются на другие элементы ЭКГ.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

- ЭКГ. A-V блокада I степени не требует лечения.
- A-V блокада II степени с гемодинамическими нарушениями и III степени проксимальная (ЧСС >40 уд./мин, QRS <0,1 с):*
 - Атропина сульфат 0,1% 0,5–1,0 мл в/в.
 - Преднизолон 60–90 мг в/в болюсно.
 - Аминофиллин (Эуфиллин) 2,4% 10 мл = 240 мг в/в.
 - Превентивная постановка дефибриллятора.
 - При развитии осложнений – временная эндокардиальная или чреспищеводная ЭКС.

A-V блокада III степени (полная) дистальная (ЧСС <40 уд./мин, QRS >0,1 с):

- Проведение ЭКС является абсолютным показанием!

При затяжном приступе:

- Реанимационные мероприятия.

ТАКТИКА

- Восстановление проводимости, увеличение ЧСС.
- Коррекция гемодинамики.
- Госпитализация в кардиохирургическое отделение или ОПИТ.
- Транспортировка на носилках.

ИНФАРКТ МИОКАРДА (ИМ): КЛАССИФИКАЦИЯ

1. По локализации поражения:

- Трансмуральный.
- Интрамуральный.
- Субэндокардиальный.
- Субэпикардиальный.

2. По объему поражения:

- Крупноочаговый (трансмуральный), Q-инфаркт.
- Мелкоочаговый, не Q-инфаркт.

3. По локализации очага некроза:

- ИМ левого желудочка (передний, боковой, нижний, задний).
- Изолированный ИМ верхушки сердца.
- ИМ межжелудочковой перегородки (септальный).
- ИМ правого желудочка.
- Сочетанные локализации: задненижний, переднебоковой и др.

4. По стадиям развития:

- Продромальный период (2–18 дней).
- Острейший период (до 2 ч от начала).
- Острый период (до 10 дней от начала ИМ).
- Подострый период (с 10-го дня до 4–8 нед.).
- Период рубцевания (с 4–8 нед. до 6 мес.).

5. По клиническому течению:

- Моноциклическое.
- Затяжное.
- Рецидивирующий ИМ (к поврежденной коронарной артерии присоединяется новый очаг некроза от 72 ч до 8 дней от начала ИМ).
- Повторный ИМ (в другую коронарную артерию присоединяется новый очаг некроза через 28 дней от предыдущего ИМ).

6. По стадиям патогенеза:

- Ишемия – протекает неопределенно длительный период.
- Повреждение (некробиоз) – 4–7 ч.
- Некроз – сохраняется 1–2 нед.
- Рубцевание – формирование через 1–2 мес.

ИНФАРКТ МИОКАРДА: ДИАГНОСТИКА

1. Лабораторные данные (экспресс-метод)

- Повышение уровня тропонина Т или I (>1 нг/мл), КФК-МВ и миоглобина.

2. Характеристика ЭКГ

- Появление нового патологического зубца Q (ширина >0,03 с; амплитуда >1/4 амплитуды зубца R).
- Новый или предположительно новый подъем сегмента ST >1 мм с последующим его снижением до изолинии и формирование отрицательного зубца T.
- Новая или предположительно новая депрессия сегмента ST >1 мм.
- Инверсия зубца T >2 мм.
- Отсутствие ЭКГ-динамики.

3. ЭКГ-варианты ИМ

- ИМ с зубцом Q.
- ИМ без зубца Q.
- ИМ с депрессией сегмента ST (субэндокардиальный ИМ).
- ИМ с отрицательным зубцом T (мелкоочаговый ИМ).

4. Локализация ИМ

- Передняя стенка – I, II, aVL, V₁, V₄.
- Задняя стенка – III, III на вдохе, aVF.
- Боковая стенка – V₅, V₆.
- Перегородка – V₃.
- Верхушка – V₄.

ИНФАРКТ МИОКАРДА: АТИПИЧНЫЕ ФОРМЫ, ОСЛОЖНЕНИЯ

1. Атипичные формы ИМ

- *Абдоминальная форма* – симптомы инфаркта представлены болями в верхней части живота, икотой, вздутием живота, тошнотой, рвотой. В данном случае симптомы инфаркта могут напоминать симптомы острого панкреатита.
- *Астматическая форма* – симптомы инфаркта представлены нарастающей одышкой и напоминают симптомы приступа бронхиальной астмы.
- *Атипичный болевой синдром* при инфаркте может быть представлен болями, локализованными не в груди, а в руке, плече, нижней челюсти, подвздошной ямке.
- *Безболевая ишемия миокарда* наблюдается редко. Такое развитие инфаркта наиболее характерно для больных сахарным диабетом, у которых нарушение чувствительности является одним из проявлений болезни (диабета).
- *Церебральная форма* – симптомы инфаркта представлены головокружениями, нарушениями сознания, неврологическими симптомами.

2. Осложнения ИМ

- А. Ранние осложнения (первые часы – первые 3–4 дня):*
- острая сердечная недостаточность;
 - острая левожелудочковая недостаточность (сердечная астма, отек легких) и кардиогенный шок;
 - внезапная остановка сердца;
 - нарушения ритма и проводимости до фибрилляции желудочков и полной A-V блокады;
 - тромбоэмболические осложнения;
 - разрывы миокарда (наружные, внутренние; медленнотекущие, одномоментные) с развитием тампонады сердца;
 - перикардит.
- В. Поздние осложнения (2–3-я неделя):*
- постинфарктный синдром Дресслера;
 - пристеночный тромбоэндокардит;
 - тромбоэмболические осложнения;
 - хроническая сердечная недостаточность;
 - аневризма сердца;
 - нейротрофические расстройства (плечевой синдром, синдром передней грудной стенки).

121–122 Инфаркт миокарда острый – это одна из клинических форм ишемической болезни сердца, протекающая с развитием ишемического некроза участка миокарда, обусловленного абсолютной или относительной недостаточностью его кровоснабжения.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

Типичный (ангинозный) вариант:

- остро развившийся ангинозный приступ за грудиной или атипичной локализации:
 - длительностью более 10 мин;
 - не купирующийся нитроглицерином;
 - сопровождающийся чувством страха;
 - бледностью;
 - повышенным потоотделением;
- жжение за грудиной или сжимающая боль, нехватка воздуха.

Атипичные варианты:

- астматический;
- абдоминальный;
- с атипичным болевым синдромом;
- аритмический;
- коллаптоидный;
- церебральный;
- малосимптомный.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

- ЭКГ. Нитроглицерин 0,5 мг 1–3 табл. под язык или Изосорбида динитрат (Изокет, Изо Мак) 1 впрыск. = 1,25 мг. Распылить в полости рта 3 впрыск., интервал 30 с; повторно через 5 мин.
- Доступ воздуха. Ингаляция кислорода.
- АЦСК (Аспирин) 250–300 мг разжевать. КПВ.
- Перлингнит (Изокет) 10 мг = 10 мл + Натрия хлорид 0,9% 200 мл в/в капельно 2–8 мг/ч.
- Морфин 1% 0,5–1,0 мл в/в дробно; или Фентанил 2 мл + Дроперидол 5 мг = 2 мл в/в.
- При САД >130 мм рт.ст. и ЧСС >80 уд./мин: Пропранолол (Анаприлин, Обзидан) 10–40 мг вн. или до 5 мг в/в, 1 мг/мин или Эсмолол (Бревиблок) 500 мкг/кг в/в.
- При депрессии ST (без Q), элевации ST >6 ч: Гепарин 60 ЕД/кг в/в, но не более 4 тыс. ЕД!
- При элевации ST (с Q) <6 ч: Гепарин не вводить!
- Тромболитическая терапия (только кардиологическая бригада!) – в первые 6–12 часов.

ТАКТИКА

- После стабилизации состояния – госпитализация в БКР.
- Транспортировка на носилках с функционирующей капельницей под мониторным наблюдением. Готовность к проведению реанимационных мероприятий.
- При отказе от госпитализации – актив врачу СМП через 3 ч.

ТРОМБОЛИТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ (ТЛТ): ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАНИЯ И ПРИНЦИПЫ НАЗНАЧЕНИЯ

Показания к применению ТЛТ зависят от вида ИМ: с зубцом или без зубца Q.

1. При отсутствии зубца Q, изменении только ST и T – проводят те же мероприятия, что и при нестабильной стенокардии.
2. При наличии зубца Q на ЭКГ – показана ТЛТ.

ТЛТ по способности предупреждать летальный исход приравнена к неотложным мероприятиям, как и мероприятия при остановке сердца (Рекомендации Европейского общества кардиологов и Европейского совета по реанимации, 1998).

Оптимальным является начало ТЛТ на догоспитальном этапе не позднее 1 ч от начала ИМ, но не позднее 6 ч.

Догоспитальный этап. Критерии назначения:

- Загрудинная боль с изменениями на ЭКГ – подъем ST >1 мм в двух и более смежных стандартных отведениях.
- Подъемы ST >2 мм в двух и более грудных отведениях.
- Обнаружение вновь возникшей блокады левой ножки пучка Гиса.

1. Препараты основные:

- Стрептокиназа 1,5 млн МЕ в/в капельно + Натрия хлорид 0,9% 100 мл в/в капельно в течение 1 ч.
- Алтеплаза 15 мг в/в болюсно, затем 0,75 мг/кг в течение 30 мин; 0,5 мг/кг в течение 1 ч; в/в капельно суммарно до 100 мг.
- Урокиназа 1,5–2 млн МЕ в/в болюсно, затем 1,5 млн МЕ в/в капельно в течение 1 ч.

2. Противопоказания к ТЛТ абсолютные:

- Инсульт.
- Травма, травма головы недавняя.
- Оперативное вмешательство в предшествующие 3 недели.
- Желудочно-кишечное кровотечение в предшествующий месяц.
- Нарушения кроветворения.
- Аневризма аорты расслаивающая.
- Аллергия на стрептокиназу, тромболитики.

3. Противопоказания к ТЛТ относительные:

- ПНМК в предшествующие 6 месяцев.
- Лечение непрямыми антикоагулянтами.
- Беременность.
- Кровоточивость после инъекций, частые носовые кровотечения.
- Травмы при реанимации.
- АД >180/110 мм рт.ст.
- Недавнее лечение отслойки сетчатки лазером.
- Лечение тромболитиками ранее.

110–115 Криз гипертонический гиперкинетический – это внезапно возникающее у больного гипертонической болезнью или симптоматической гипертензией резкое повышение АД, преимущественно систолического (САД).

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

- Быстрое развитие.
- Гиперемия лица, кожных покровов.
- Головная боль.
- Шум, тяжесть в голове.
- Шум в ушах.
- Нарушение равновесия, «заносит».
- САД до 200–220 мм рт.ст.
- ЧСС – 60–80 уд./мин.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

- ЭКГ.
 - Каптоприл (Капотен) 12,5–25 мг или Моксонидин 0,4 мг под язык или Нифедипин (Коринфар, Кордафлекс) 10 мг разжевать.
 - Пропранолол (Анаприлин) 10–40 мг вн., при тахикардии.
 - Контроль АД через 20–30 мин.
- При недостаточном эффекте:*
- Урапидил 12,5–25 мг в/в.

ТАКТИКА

- Снижение АД на 25% от исходного. Актив врачу поликлиники.
- Госпитализация – при впервые возникшем гипертоническом кризе, из общественных мест, с улицы, при отсутствии эффекта от лечения.
- Транспортировка на носилках.

110–115 Криз гипертонический гипокINETический – это медленно развивающееся у больного гипертонической болезнью или симптоматической гипертензией повышение АД, преимущественно диастолического (ДАД).

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

- Медленное развитие.
- Бледность кожных покровов.
- Сильная головная боль.
- Тошнота, рвота.
- Мелькание мушек перед глазами.
- Боли в сердце, сердцебиение.
- ДАД до 100–110 мм рт.ст.
- ЧСС >90 уд./мин.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

- ЭКГ.
 - Каптоприл (Капотен) 12,5–25 мг или Моксонидин 0,4 мг под язык или Нифедипин (Коринфар, Кордафлекс) 10 мг разжевать.
 - Пропранолол (Анаприлин) 10–40 мг вн., при тахикардии.
 - Контроль АД через 20–30 мин.
- При недостаточном эффекте:*
- Эналаприлат 1 мл = 1,25 мг в/в.

ТАКТИКА

- Снижение АД на 25% от исходного. Актив врачу поликлиники.
- Госпитализация – при впервые возникшем гипертоническом кризе, из общественных мест, с улицы, при отсутствии эффекта от лечения. Транспортировка на носилках.

120 Стенокардия стабильная – это кратковременный клинический синдром, характеризующийся загрудинными болями, возникающими в результате преходящей недостаточности коронарного кровообращения; характерные признаки стабильной стенокардии – привычные для больного условия возникновения болей, их локализация, характер и условия купирования, длительность от секунд до нескольких минут.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

- Боли за грудиной давящие, сжимающие, иррадирующие в левое плечо, левую половину шеи, левую лопатку.
- Длительность болей от нескольких секунд до 15 мин.
- Ощущение недостатка воздуха.
- ЧСС >90 уд./мин.
- АД \geq 120/80 мм рт.ст.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

- ЭКГ.
- Нитроглицерин 0,5 мг 1–3 табл. под язык.
- Изосорбида динитрат (Изокет, Изо Мак) (1 впрыск. = 1,25 мг) распылить в полости рта 1–3 впрыск. = 1 доза = 3,75 мг, интервал 30 с или Нитроминт 1 впрыск. = 0,4 мг.
- Ацетилсалициловая кислота (Аспирин, АЦСК) 250 мг разжевать.

ТАКТИКА

- Купирование болевого синдрома. Актив врачу поликлиники.
- Вызов бригады СМП к больному с ангинозным приступом требует четкой оценки клинической картины и данных ЭКГ для исключения острого коронарного синдрома и профилактики гиподиагностики инфаркта миокарда.
- При впервые возникшем приступе стенокардии ставится диагноз нестабильной стенокардии, и больного экстренно госпитализируют.

120 Стенокардия нестабильная (впервые возникшая, прогрессирующая, стенокардия покоя и стенокардия Принцметала) – это промежуточный период между стабильным течением ИБС и угрозой развития ИМ. Впервые возникшей стенокардией считается в течение 4–6 нед. с момента первого болевого приступа.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

- Боли за грудиной, иррадирующие в левое плечо, левую половину шеи, левую лопатку, давящие, сжимающие, длящиеся более 15 мин.
- Впервые возникший приступ стенокардии напряжения длительностью >10 мин.
- Изменение стереотипа (учащение и/или утяжеление) приступов стенокардии напряжения.
- Стенокардия покоя, подострая (в пределах 1 мес., но более 48 ч).
- Стенокардия покоя, острая (в пределах 48 ч).
- Вариантная стенокардия.
- Ранняя постинфарктная стенокардия (болевого синдрома через 24 ч и более после возникновения начального приступа).
- Ощущение недостатка воздуха.

ТАКТИКА

- Купирование болевого синдрома.
- Предупреждение ИМ и сопутствующих осложнений.
- Госпитализация в ОРИТ. Транспортировка на носилках.
- При отказе от госпитализации – актив врачу СМП через 3 ч.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

- ЭКГ. КПВ.
- Аспирин 250–300 мг вн., разжевать.
- Изосорбида динитрат (Изокет) 10 мг или Перлинганит 10 мг + Натрия хлорид 0,9% 200 мл в/в капельно.
- Гепарин 60 МЕ/кг, не более 5 тыс. МЕ в/в или Эноксапарин (Клексан) 1 мг/кг п/к.

При САД >130 мм рт.ст.:

- Пропранолол (Обзидан) до 5 мг в/в в течение 1 мин или Эсмолол (Бревиблок) 500 мкг/кг в/в, Пропранолол 10–40 мг вн.

При болях за грудиной или рецидивах приступов:

- Морфин 1% 0,5–1,0 мл в/в.
- Фентанил 2 мл + Дроперидол 5 мг = 2 мл в/в.

124.9 Острый коронарный синдром (ОКС) – это любая группа клинических признаков или симптомов, которые позволяют заподозрить инфаркт миокарда или нестабильную стенокардию (ВНОК, 2003). Термин введен в связи с необходимостью подтвердить или исключить крупноочаговый инфаркт миокарда (после чего решается вопрос о применении тромболитической терапии).

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

ОКС включает в себя:

- Инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST.
- Инфаркт миокарда без подъема ST.
- Инфаркт миокарда, установленный по изменению активности кардиоферментов (кардиомаркеров) и поздним ЭКГ-признакам.
- нестабильную стенокардию.

В течение 24 ч после госпитализации пациента диагноз ОКС должен быть изменен и подтвержден в определенный нозологический диагноз:

- нестабильная стенокардия.
- Инфаркт миокарда с зубцом Q.
- Инфаркт миокарда без зубца Q.
- Стабильная стенокардия напряжения.
- Другое заболевание.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

- ЭКГ.

ОКС без подъема ST:

- АЦСК (Аспирин) 250–350 мг вн.
- Клопидогрель 300 мг или Тикагрелор 180 мг вн.
- Гепарин 60 МЕ/кг в/в, но не более 4000 МЕ или Эноксапарин 1 мг/кг п/к.
- Метопролол 12,5–25 мг вн. при отсутствии противопоказаний.

Тромболитическая терапия показана при подъеме сегмента ST.

- Антитромботические, антитромбоцитарные препараты. Блокаторы IIb/IIIa гликопротеиновых рецепторов тромбоцитов (Абциксимаб, Эптифибатид).
- Антитромботические антитромбиновые препараты: Гепарин. Эноксапарин. Надропарин. Далтепарин.

ТАКТИКА

- Тактика ведения пациента зависит от степени риска смерти и развития инфаркта миокарда.

ТАХИКАРДИЯ ПАРОКСИЗМАЛЬНАЯ

Терминология

Термин «наджелудочковая (суправентрикулярная) пароксизмальная тахикардия» объединяет различные формы предсердных и предсердно-желудочковых пароксизмальных тахикардий, имеющих много сходного (re-entry в предсердно-желудочковом узле, re-entry при синдроме Вольфа–Паркинсона–Уайта, re-entry при скрытых ретроградных дополнительных путях), когда зубец Р не выявляется на фоне резко выраженной тахикардии.

Пробы, стимулирующие блуждающий нерв

- Проба Вальсальвы – натуживание при глубоком вдохе и зажатом носе.
- Проба Ашнера – умеренное и равномерное надавливание на оба глазных яблока при горизонтальном положении больного не более 30 с!
- Проба Чермака–Геринга – механическое давление на область каротидного синуса, расположенного в месте бифуркации общей сонной артерии (на уровне верхнего края щитовидного хряща) не более 30 с!
- Погружение лица в ледяную воду.

147 Тахикардия пароксизмальная наджелудочковая – внезапное резкое учащение ЧСС до 140–250 уд./мин в результате появления эктопического очага автоматизма или кругового возвратного возбуждения re-entry, в атриовентрикулярном соединении, миокарде предсердий, синусно-предсердном узле.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

- Внезапное возникновение частого сердцебиения с ощущения толчка, укола в сердце, его остановки или переворачивания.
- Беспокойство, слабость, одышка.
- Боли в груди или стенокардия, снижение АД.
- Частое и обильное мочеиспускание.
- Продолжительность приступа – от нескольких секунд до нескольких часов (суток).
- *ЭКГ-признаки:* ЧСС – 140–220 уд./мин.
- Для всех видов пароксизмальной наджелудочковой тахикардии – узкие комплексы QRS (кроме случаев с аберрантным проведением в желудочках).
- Отсутствие зубцов Р (слившихся QRS) или наличие положительных или инвертированных зубцов Р перед или после тахикардических комплексов QRS.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

- ЭКГ. КПВ.
- Аспарагинат калия и магния (Панангин) 10% 20 мл + Натрия хлорид 0,9% 200 мл в/в капельно.
- АТФ 1% 1–2 мл в/в струйно быстро, или Верапамил 5–10 мг в/в, или Прокаинамид (Новокаинамид) 10% 10 мл в/в очень медленно (1 мл = 100 мг).
- Пропранолол (Обзидан) до 5 мг в/в дробно медленно или Эсмолол (Бревиблок) 500 мкг/кг в/в в течение 1 мин.
- Амиодарон (Кордарон) 150–300 мг в/в медленно.

При наличии осложнений необходимо проведение электроимпульсной терапии.

При неосложненном пароксизме: пробы, стимулирующие блуждающий нерв.

ТАКТИКА

- Восстановление синусового ритма.
- Стабилизация гемодинамики.
- Госпитализация при впервые возникшем пароксизме, из общественных мест – с восстановленным синусовым ритмом, при неэффективной терапии – в ОРИТ. Транспортировка на носилках.

147 Тахикардия пароксизмальная желудочковая (однонаправленная, полиморфная, веретенообразная, типа пируэт – torsades de pointes) – это угрожающая жизни аритмия в виде внезапно начинающихся и также внезапно прекращающихся приступов сердцебиения с сохранением правильной последовательности сердечных сокращений, обусловленная активностью необычных (гетеротопных) очагов возбуждения, которые подавляют нормальный (синусовый) водитель ритма.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

- Внезапно начавшееся сильное сердцебиение, «толчок в грудь», может сопровождаться болями в области сердца.
- Цианоз, одышка, головокружение.
- Пульс аритмичен, слабого наполнения, >160/мин.
- АД нормальное или понижено.
- Яремные вены набухшие и пульсирующие.

ЭКГ-признаки:

- Интервал R–R укорочен.
- Разница интервалов 0,2–0,03 с.
- ЧСС – 150–200 уд./мин; ритм правильный.
- Интервалы Q–R деформированы, уширены до 0,12 с.
- Зубец Р независим и не связан с QRS (это угрожающая жизни аритмия – возможны фибрилляция желудочков и смерть).

ТАКТИКА

- Восстановление синусового ритма.
- Стабилизация гемодинамики.
- Госпитализация в ОРИТ.
- Транспортировка на носилках.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

- ЭКГ. КПВ.
- А. При однонаправленной и полиморфной тахикардии:*
- Аспарагинат калия и магния (Панангин) 10% 20 мл + Натрия хлорид 0,9% 200 мл в/в капельно.
- Лидокаин 80–120 мг в/в болюсно, затем 200 мг в/в капельно + Натрия хлорид 0,9% 200 мл (2 мл/мин) или Амиодарон (Кордарон) 150 мг в/в медленно.

При отсутствии эффекта:

- Амиодарон (Кордарон) 300–450 мг в/в капельно.

При неэффективности терапии:

- Электрокардиоверсия.
- В. При веретенообразной torsades de pointes:*
- Магния сульфат 25% 10–20 мл (1 мл = 250 мг) или Кормагнесин 20% 10–20 мл в/в болюсом.
- Магния сульфат 25% 40 мл + Натрия хлорид 0,9% 200 мл в/в капельно 20–40 мл/мин = 10–40 капель.

150 **Левожелудочковая недостаточность острая: отек легких, сердечная астма** – две последовательные фазы острой левожелудочковой недостаточности, возникающие вследствие резкого ослабления деятельности миокарда; состояние, проявляющееся приступами удушья за счет избыточной трансудации жидкости из сосудистого русла в интерстициальную ткань (сердечная астма), а затем и в альвеолы (отек легких).

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

- Вынужденное положение вследствие ортопноэ.
- Дыхание частое, шумное, клокочущее.
- Выделение пенистой розовой мокроты.
- Холодный липкий пот, цианоз.
- Пульс частый.
- АД снижено или повышено.
- В легких большое количество влажных хрипов.
- Тоны сердца не определяются из-за клокочущего дыхания.
- ЧДД ≥ 20 –22/мин.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

- Положение с поднятым изголовьем.
- Нитраты (Нитроглицерин 1–2 табл. под язык, Нитро-минт, Изосорбида динитрат, Изокет-спрей 1–2 дозы, распылить в полости рта).
- Ингаляция кислорода. ЭКГ. КПВ.
- Нитраты 10 мг (Перлинганит, Изокет) + Натрия хлорид 0,9% 200 мл в/в капельно – 10–30 кап./мин.
- Морфин 1% 0,5–1,0 мл в/в дробно.
- Диуретики (Фуросемид, Лазикс) 40–80 мг в/в струйно (болюсом)!
- Дроперидол 2–3 мл в/в.

При бронхиальной обструкции:

- Ингибиторы фосфодиэстеразы (Аминофиллин [Эуфиллин]) 2,4% 5–10 мл = 120–240 мг в/в.

ТАКТИКА

- Снижение САД на 25% от исходного; ЧДД < 20 –22/мин, уменьшение влажных хрипов в легких, устранение тахипноэ.
- Госпитализация в ОРИТ.
- Транспортировка на носилках с приподнятым головным концом.

1.3. Неврология

- Гипертензия церебральная
- ОНМК*
- Транзиторная ишемическая атака*
- Инсульт недифференцированный
- Инсульт геморрагический
- Инсульт ишемический
- Невралгия тройничного нерва (синдром острой лицевой боли)
- Эпилепсия. Эпилептический (судорожный) припадок
- Эпилепсия. Генерализованный припадок с тонико-клоническими судорогами
- Эпилепсия. Эпилептический статус

* Транзиторная ишемическая атака (ТИА) и все инсульты объединяются в группу «острые нарушения мозгового кровообращения» (ОНМК).

G93.2 Гипертензия церебральная – синдром повышения внутричерепного давления, характеризующийся гиперпродукцией ликвора или отеком-набуханием головного мозга, одно из наиболее частых критических состояний, обусловленных поражением головного мозга или его оболочек, возникающий чаще при нейроинфекциях и травмах.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

- Мучительная головная боль.
- Гиперестезия (повышенная чувствительность кожных покровов).
- Менингеальные симптомы.
- Психическое возбуждение.
- Судороги.
- Парезы.
- Нарушение сознания: сопор–ступор–кома.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

- Аминосульфонил (Фуросемид, Лазикс) 1% 2–4 мл в/м (1 мл = 10 мг).
- Контроль за диурезом в течение первого часа.
- Аминофиллин (Эуфиллин) 2,4% 10 мл = 240 мг в/в.
- Глюкоза 40% 20 мл в/в.
- Преднизолон 60–120 мг в/в.
- Дифенгидрамин (Димедрол) 1% 1 мл = 10 мг в/м или Хлоропирамин (Супрастин) 1 мл = 20 мг в/м, Клемастин (Тавегил) 2 мл = 2 мг в/м; Глюконат кальция 10% 10 мл в/в (1 мл = 100 мг).
- Натрия оксидат (Оксибутират натрия) 20% 10 мл в/в (1 мл = 200 мг).

ТАКТИКА

- При некупирующихся болях или неуточненном диагнозе – госпитализация в специализированное неврологическое отделение.
- Транспортировка на носилках.

ОСТРОЕ НАРУШЕНИЕ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ (ОНМК)

Преходящее (динамическое) нарушение мозгового кровообращения

Неврологическая симптоматика (неврологический дефицит) и/или общемозговые нарушения, с полным восстановлением нарушенных функций в течение 24 ч

ТИА (транзиторная ишемическая атака)

Гипертонические кризы

Обратимый неврологический дефицит

Неврологическая симптоматика (неврологический дефицит) в результате острого нарушения церебральной циркуляции, при котором нарушенные функции восстанавливаются от 24 ч до 3 нед.

Острая гипертоническая энцефалопатия

«Малый инсульт»

Инсульт

Неврологическая симптоматика (неврологический дефицит) в результате острого нарушения церебральной циркуляции, при котором нарушенные функции сохраняются более 3 нед.

Ишемический (инфаркт мозга)

- Эмболический
- Неэмболический (тромбоз)

Геморрагический/кровоизлияние в мозг

- Субарахноидальное
- Паренхиматозное
- Эпидуральное
- Субдуральное
- Внутрижелудочковое
- Другие локализации

G45 Транзиторная ишемическая атака (ОНМК, преходящее нарушение мозгового кровообращения) – это остро возникающая недостаточность мозгового кровообращения с очаговыми или диффузными (общемозговыми) нарушениями, характеризующаяся полным восстановлением функций в течение 24 ч.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

Поскольку ТИА очень трудно диагностировать, следует обратить внимание на внезапное появление хотя бы одного из следующих симптомов:

- любые нарушения зрения вплоть до развития слепоты;
- нарушения речи, понимания речи, дисфония, дизартрия или полная афазия;
- нарушения чувствительности, нарушение координации, двигательные расстройства, онемение рук или ног, слабость в конечностях.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

- ЭКГ. Эхоэнцефалоскопия.
- Доступ воздуха. Ингаляция кислорода.
- Глицин 1000 мг под язык. КПВ.
- Этилметилгидроксипиридин (Мексидол) 250 мг в/в (1 мл = 50 мг) или Магния сульфат 2500 мг + Натрия хлорид 0,9% 250 мл в/в 30–60 кап./мин.
- Глюкометрия.

ТАКТИКА

- Нейропротекторная терапия.
- Госпитализация в неврологическое отделение.
- Транспортировка на носилках.
- При отказе от госпитализации – актив врачa поликлиники.

I64 Инсульт недифференцированный – это ОНМК, вызванное патологическим процессом (тромбозом, ишемией, эмболией, кровоизлиянием и др.), сохраняющимся не менее 24 ч, и сопровождающееся развитием стойких симптомов поражения ЦНС или приводящее к смерти.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

- Нарушение сознания, потеря сознания.
- Асимметрия лица.
- Взгляд в сторону очага поражения.
- Нарушение речи.
- АД повышено (как правило, при геморрагическом инсульте) или понижено.
- Повышение температуры тела (при геморрагическом инсульте).

Установить характер инсульта на догоспитальном этапе бывает сложно, а иногда и невозможно!

ТАКТИКА

- Нейропротекция, снижение внутричерепной гипертензии.
- Снижение АД на 15% от исходного. Купирование судорог, рвоты.
- Госпитализация в неврологическое отделение, ОРИТ.
- Транспортировка на носилках.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

- Недифференцированная помощь (проводится независимо от типа инсульта).
- ЭКГ, глюкометрия, термометрия. КПВ.
- Магния сульфат 25% 10 мл в/в медленно.
- Этилметилгидроксипиридин (Мексидол) 5% 4 мл в/в (1 мл = 50 мг).
- Глицин 1000 мг сублингвально при отсутствии аспирации.
- Семакс 1% интраназально по 3 капли в каждый носовой ход при угрозе аспирации.

При АД >200/110 мм рт.ст.:

- Каптоприл 12,5 или 25 мг под язык или Эналаприлат 1,25 мг в/в.
- Уменьшение отека мозга: Дексаметазон 8 мг в/в.

При САД <100 мм рт.ст.: Декстран (Полиглюкин) 50 мл в/в струйно, до 400 мл капельно.

161 Инсульт геморрагический (ОНМК, мозговой удар, апоплексия, кровоизлияние в мозг) – это ОНМК с кровоизлиянием в вещество мозга (паренхиматозное) и под оболочки мозга (субарахноидальное, субдуральное, эпидуральное). Обычно разрыв сосуда происходит при высоком АД.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

- Внезапное начало, днем; головные боли, головокружение, чувство тяжести в голове.
- Чаще больной внезапно теряет сознание и падает.
- Багрово-синюшный цвет лица.
- Дыхание шумное, стридорозное, типа Чейна–Стокса. Пульс замедлен, напряжен, АД повышено.
- Взгляд безучастный, «плавающий».
- На стороне, противоположной кровоизлиянию, отмечается гемиплегия (поднятая на стороне поражения конечность свисает как плеть); в первые часы снижение сухожильных рефлексов и мышечного тонуса, позже они повышаются.
- Нарушена функция тазовых органов (в основном недержание мочи).

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

- ! Только при достоверном диагнозе.
- Гипотензивная терапия проводится только при АД >170/110 мм рт.ст.
- Каптоприл (Капотен) 12,5–25 мг под язык.
- Пропранолол (Анаприлин) 10–40 мг вн.
- Аминофиллин (Эуфиллин) 2,4% 10 мл = 240 мг в/в.
- Контроль АД через 20–30 мин.
- Эналаприлат 1,25 мг в/в, или Пропранолол (Обзидан) 5 мг в/в дробно, медленно, или Эсмолол (Бревиблок) 500 мкг/кг в/в в течение 1 мин.
- Этамзилат 12,5% 2 мл в/м (1 мл = 125 мг).
- Кальция хлорид или глюконат 10% 10 мл в/в.
- Аскорбиновая кислота 5% 5 мл в/в.
- Аминокaproновая кислота 400–600 мл/сут. в/в через 4–6 ч после инсульта.

ТАКТИКА

- Снижение АД на 15% от исходного.
- Купирование судорог, рвоты, болевого синдрома.
- Госпитализация в ОРИТ неврологического профиля.
- Транспортировка на носилках.

163 Инсульт ишемический (ОНМК, инфаркт мозга, нетравматическое субарахноидальное кровоизлияние, закупорка и стеноз мозговых артерий) – состояние гипоксии, ишемии и гибели клеток головного мозга в результате сужения (стеноза) или закупорки артерий, питающих клетки головного мозга.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

- **Общемозговые симптомы ОНМК:** развивается ночью, без или с потерей сознания; оглушенность, головная боль, головокружение, тошнота, рвота; асимметрия лица; взгляд в сторону очага поражения; АД повышено или снижено; температура тела повышена (при геморрагическом инсульте).
- **Очаговые неврологические симптомы:** слабость в конечностях (парез, гемипарез, паралич); потеря чувствительности, частичная или полная; потеря равновесия, нарушение координации, положения тела в пространстве; нарушение речи, произношения слов, «заплетающаяся» речь; зрение: снижение на один глаз, косоглазие, двоение, сужение полей зрения.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

- Обеспечить проходимость дыхательных путей.
 - Ингаляция кислорода, при необходимости – ИВЛ.
 - ! Только при достоверном диагнозе.
 - Аминофиллин (Эуфиллин) 2,4% 10 мл в/в или 24% 1 мл в/м (1 мл = 24 мг).
 - Реополиглюкин (Декстран) 10% 400 мл (1 мл = 10 мг).
 - Аспирин (АЦСК) 500 мг 3 раза в день или Дипиридамол 2 мл в/в (1 мл = 5 мг).
 - Пентоксифиллин (Трентал) 100 мг + Натрия хлорид 0,9% 100 мл в/в (1 мл = 20 мг).
- Антикоагулянты и гипотензивные препараты на догоспитальном этапе не показаны!**

ТАКТИКА

- Госпитализация в ОРИТ неврологического профиля.
- Транспортировка на носилках.

G50 Невралгия тройничного нерва, синдром острой лицевой боли (болезнь Фозергиля) – это хроническое инфекционно-воспалительное заболевание нервной системы, проявляющееся приступами интенсивных стреляющих, жгучих болей в зонах иннервации тройничного нерва, обычно одностороннее (лицевая нейропатическая боль).

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

- Боль на лице, в области иннервации тройничного нерва, сильная, стреляющая, жгучая, разной продолжительности.
- Дифференцировать с острым гайморитом!

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

- Карбамазепин (Финлепсин) 100–400 мг вн. 2–3 раза в день.
- Габапентин (Тебантин) 100, 300, 400 мг вн.
- Метамизол (Анальгин, Баралгин) 1 мл = 500 мг, 1–2 мл в/м.

ТАКТИКА

- На прием к неврологу.

G40 Эпилепсия. Эпилептический (судорожный) припадок – это внезапно возникающее, обычно многократно повторяющееся болезненное состояние, характеризующееся потерей сознания, сопровождающееся судорогами.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

- Внезапное падение, крик.
- Потеря сознания.
- Расширенные зрачки.
- Тонические судороги с остановкой дыхания длительностью от 10 до 30 с.
- Цианоз.
- Тахикардия.
- Клонические судороги от 1 до 3 мин.
- Иногда прикусывание языка.
- Пена у рта.
- Непроизвольное мочеиспускание, дефекация.
- После приступа: оцепенение, дезориентация, как правило, глубокий сон.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

Противосудорожная терапия вне припадка на догоспитальном этапе не проводится!

- Уложить больного на бок.
- Расстегнуть воротник, ослабить галстук и пояс.
- Поддерживать голову.
- Вальпроевая кислота (Конвулекс, Вальпарин) 500–1000 мг или Диазепам (Реланиум, Сибазон) 10 мг в/в, в фазу мышечной релаксации.

Не рекомендуется пытаться предотвращать прикусывание языка, помещая между зубами какие-либо предметы, фиксировать руки и ноги больного!

ТАКТИКА

- Актив врачу поликлиники.
- Госпитализация: из общественных мест, с улицы, при впервые возникших судорогах – в неврологическое, при травмах головы – в нейрохирургическое отделение.

G40 Эпилепсия. Генерализованный припадок с тонико-клоническими судорогами – это состояние, при котором эпилептический припадок сопровождается генерализованными тонико-клоническими судорогами.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

- Внезапное падение, крик.
- Потеря сознания.
- Расширенные зрачки.
- Тонические судороги с остановкой дыхания длительностью от 10 до 30 с.
- Цианоз.
- Тахикардия.
- Клонические судороги от 1 до 3 мин.
- Иногда прикусывание языка.
- Пена у рта.
- Непроизвольное мочеиспускание, дефекация.
- После приступа: оцепенение, дезориентация, как правило, глубокий сон.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

Противосудорожная терапия вне припадка на догоспитальном этапе не проводится!

- Уложить больного на бок.
- Расстегнуть воротник, ослабить галстук и пояс.
- Поддерживать голову.
- Вальпроевая кислота (Конвулекс, Вальпарин) 500–1000 мг или Диазепам (Реланиум, Сибазон) 10 мг в/в каждые 10 минут.
- Магния сульфат 2500 мг = 25% 10 мл в/в.

(Максимальная суммарная доза: Вальпроевая кислота 20 мг/кг, Диазепам 40 мг.)

Не рекомендуется пытаться предотвращать прикусывание языка, помещая между зубами какие-либо предметы, фиксировать руки и ноги больного!

ТАКТИКА

- Госпитализация. Транспортировка на носилках.

G41 Эпилепсия. Эпилептический статус – это состояние, при котором эпилептические припадки следуют один за другим (обычно более 30 мин) и в промежутках между припадками больной не приходит в сознание.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

- Эпилептические судорожные припадки, следующие один за другим.
- Отсутствие сознания.
- Расширенные зрачки.
- Тонические судороги от 10 до 30 с.
- Клонические судороги от 1 до 3 мин.
- Остановка дыхания.
- Цианоз.
- Тахикардия.
- Пена у рта.
- Непроизвольное мочеиспускание, дефекация.
- После приступа: оцепенение, дезориентация, как правило, глубокий сон.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

- Санация дыхательных путей. КПВ.
 - Вальпроевая кислота (Конвулекс, Вальпарин) 1500–2000 мг или Диазепам (Реланиум, Сибазон) до 20 мг в/в каждые 10 минут.
 - Магния сульфат 2500 мг = 25% 10 мл в/в + Натрия хлорид 0,9% 250 мл в/в 30 кап./мин.
 - Ингаляция кислорода.
- При отсутствии эффекта, угнетении дыхания:*
- Интубация трахеи, ВВЛ, ИВЛ.

ТАКТИКА

- Госпитализация. Транспортировка на носилках.

1.4. Хирургия

- Особенности тактики врача
- Кровотечения желудочно-кишечные
- Аппендицит острый
- Грыжа ущемленная
- Кишечная непроходимость острая
- Холецистит острый
- Панкреатит острый (панкреонекроз, токсическая энзимопатия)
- Перитонит
- Оклюзия, тромбоз магистральных сосудов конечностей острые

ОСОБЕННОСТИ ТАКТИКИ ВРАЧА



1. Введение обезболивающих препаратов при острых болях в животе противопоказано, за исключением отдельных случаев.
2. При всех болевых синдромах в подложечной, эпигастральной области и/или в животе выполнение ЭКГ по экстренным показаниям является обязательным!
3. Инфузионная терапия продолжается во время транспортировки больного в течение всего догоспитального периода.
4. При отказе больного от госпитализации передается актив врачу СМП через 2 ч.
5. При повторном отказе от госпитализации передается актив врачу поликлиники.

К25 Кровотечения желудочно-кишечные – выходение крови из кровеносного русла органов пищеварения; является причиной развития угрожающего жизни геморрагического шока.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

- Рвота неизменной кровью со сгустками – разрыв варикозных вен пищевода; массивное кровотечение из язвы желудка; синдром Мэллори–Вейса.
- Рвота «кофейной гущей» – кровотечение из язвы желудка или двенадцатиперстной кишки и другие причины кровотечения в желудке.
- Дегтеобразный стул (мелена) – кровотечение в пищеводе, желудке или двенадцатиперстной кишке; в тонкой кишке.
- Темно-красная кровь, равномерно – кровотечение в слепой или восходящей толстой кишке.
- Прожилки или сгустки алой крови в кале – кровотечение в нисходящей или сигмовидной кишке.
- Алая кровь в виде капель в конце дефекации – геморроидальное кровотечение или кровотечение из анальной трещины.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

- Холод на эпигастральную область или установленную область кровотечения.
- КПВ.

При САД >100 мм рт.ст.:

- Натрия хлорид 0,9% не менее 400 мл в/в капельно или Дисоль, Трисоль, Ацесоль 400 мл в/в капельно.

При САД <100 мм рт.ст.:

- ГЭК 6% не менее 500 мл в/в капельно или Полиглюкин не менее 400 мл в/в капельно.

ТАКТИКА

- Госпитализация в хирургическое отделение. Транспортировка на носилках.
- Инфузионную терапию необходимо продолжать в течение всего догоспитального этапа.
- При геморрагическом шоке – госпитализация в ОРИТ.
- При отказе от госпитализации – актив врачу СМП через 2 ч.

К35 Аппендицит острый – это воспаление червеобразного отростка слепой кишки, проявляющееся приступом острых болей в животе с признаками раздражения брюшины и нарушением общего состояния организма.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

- Боль в животе, спонтанная, мигрирующая: в эпигастральной области → по всему животу → в правой подвздошной области; постоянная, умеренной интенсивности.
- Поведение больного спокойное, щадящее.
- Тошнота, рвота 1–2 раза за период приступа.
- Сухость во рту.
- Повышение температуры тела до 38°C.
- Напряжение мышц живота в подвздошной области.
- Симптом Щеткина–Блюмберга – положительный.
- Жидкий стул, частые мочеиспускания, повышение ЧСС и АД.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

- Лечение на догоспитальном этапе не требуется.
- ⊗ Введение обезболивающих препаратов противопоказано!

ТАКТИКА

- Госпитализация в хирургическое отделение. Транспортировка на носилках.
- При отказе от госпитализации – актив врачу СМП через 2 ч.

К40–К45 Грыжа ущемленная – внезапно возникшее сдавление грыжевого содержимого в грыжевых воротах. Эластическое ущемление – выход органа или его части через узкие грыжевые ворота в момент резкого повышения внутрибрюшного давления при физическом напряжении, сопровождающееся ишемией ущемленных органов, выраженным болевым синдромом и стойким мышечным спазмом вокруг грыжевых ворот.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

- Внезапная резкая боль после физического напряжения.
- Поведение больного беспокойное.
- Побледнение кожных покровов.
- Тахикардия и снижение АД.
- Болевой шок.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

- Не требует лечения на догоспитальном этапе.
- ⊗ **Попытка вправления грыжи недопустима!**

ТАКТИКА

- Экстренная госпитализация в хирургическое отделение.
- Транспортировка на носилках.
- При отказе от госпитализации – актив врачу СМП через 2 ч.

К56 Кишечная непроходимость острая – синдром, вызванный частичным или полным нарушением продвижения содержимого по пищеварительному тракту, обусловленный механическим препятствием в нем или нарушением двигательной функции кишечника и характеризующийся гиповолемией, дегидратацией тканей, тканевой гипоксией, эндотоксикозом и развитием сепсиса.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

- Боли в животе – постоянный и ранний признак; возникают внезапно, не зависят от приема пищи, в любое время суток, без предвестников; схваткообразные. Приступы боли связаны с перистальтической волной и повторяются каждые 10–15 минут. Острые боли, стихают на 2–3-и сутки, перистальтическая активность кишечника прекращается – плохой прогностический признак.
- Постоянные тупые распирающие боли (при паралитической непроходимости).
- Задержка стула и газов.
- Вздутие и асимметрия живота; рвота.
- Симптом Шланге – видимая перистальтика кишечника, особенно после пальпации.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

- Тщательный осмотр всех мест возможной локализации грыжи с целью исключения ущемления.
- Ввести назогастральный зонд на весь период транспортировки.
- КПВ.
- Дротаверин (Но-шпа) 40 мг = 2 мл в/в, или Папаверин 2% 2 мл в/в, или Платифиллин 0,2% 1 мл в/м.
- Натрия хлорид 0,9% 400 мл в/в капельно или Дисоль, Трисоль, Ацесоль 400 мл в/в капельно.
- ⊗ **Введение обезболивающих препаратов противопоказано!**

ТАКТИКА

- Экстренная госпитализация в хирургическое отделение. Транспортировка на носилках. При отказе от госпитализации – актив врачу СМП через 2 ч.
- Инфузионную терапию следует продолжать в течение всего догоспитального этапа.

К81 Холецистит острый – приступ сильных схваткообразных или постоянных болей в правом подреберье и/или в животе, сопровождающийся повышением температуры до 39°C и интоксикацией, в результате обструкции протока желчного пузыря камнем или развития в нем острого воспаления, возникающий как осложнение желчнокаменной болезни или хронического холецистита.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

- Приступ сильных схваткообразных или постоянных болей в правом подреберье и/или животе.
- Напряжение мышц брюшной стенки.
- Повышение температуры тела до 39°C.
- Сухость во рту, потливость, озноб.
- Желтушность склер и кожных покровов.
- Признаки острого живота и интоксикации.
- Желчнокаменная болезнь в анамнезе.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

- Холод (криопакеты) на область правого подреберья.
- Дротаверин (Но-шпа) 40 мг = 2 мл в/в (Папаверин 2% 2 мл в/в, Платифиллин 0,2% 1 мл в/м).
- ⊗ Введение обезболивающих препаратов противопоказано!

ТАКТИКА

- Экстренная госпитализация в хирургическое отделение.
- Транспортировка на носилках.
- При отказе от госпитализации – актив врачу СМП через 2 ч.

К85 Панкреатит острый (панкреонекроз, токсическая энзимопатия) – болевой синдром в эпигастриальной области и/или животе – угрожающее жизни, остро протекающее воспаление поджелудочной железы, в основе которого лежат отек, некробиоз клеток железы, ферментная аутоагрессия (самопереваривание) с развитием некроза и дистрофии железы и присоединением вторичной гнойной инфекции.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

- Боль в эпигастриальной области, животе, опоясывающая боль, иррадиирующая в спину.
- Тошнота, рвота, не приносящая облегчения.
- Вздутие живота.
- Повышение температуры тела до 38°C.
- Сухость во рту.
- Признаки раздражения брюшины.
- В последние годы атипичное и малосимптомное течение.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

- ⊗ Введение обезболивающих препаратов противопоказано!
- ЭКГ. Холод на эпигастриальную область.
- Дротаверин (Но-шпа) 40 мг = 2 мл в/в, в/м.
- КПВ. Натрия хлорид 0,9% 400 мл в/в капельно (Дисоль, Трисоль, Ацесоль, раствор Рингера по 400 мл в/в капельно).

ТАКТИКА

- Экстренная госпитализация в хирургическое отделение.
- Инфузионную терапию следует продолжать в течение всего догоспитального этапа.
- При отказе от госпитализации – актив врачу СМП через 2 ч.

К65 Перитонит – это воспаление париетального и висцерального листков брюшины, которое сопровождается тяжелым общим состоянием организма, осложнение течения острого или хронического заболевания и травм органов брюшной полости инфекционного или неинфекционного происхождения, состояние, угрожающее жизни; при неадекватной или несвоевременной помощи прогноз неблагоприятен.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

- Боль – самый ранний и постоянный признак. Сначала локализуется в зоне источника перитонита, затем постепенно распространяется по всему животу, становится постоянной, плохо локализуется («мигрирующая боль»).
- Уменьшение интенсивности боли со 2–3-го дня (нарастание интоксикации – паралич нервных окончаний брюшины).
- Температура тела $\geq 38^{\circ}\text{C}$, сухой язык, сухость кожи, заеды в углах рта.
- Тошнота и рвота вначале рефлекторного характера, позднее – следствие паралича кишечника. В рвотных массах – примесь желчи, затем – содержимого тонкой кишки (каловая рвота).

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

- Холод (криопакеты) на живот.
- КПВ.
- Натрия хлорид 0,9% 400 мл в/в капельно или Дисоль, Триоль, Ацесоль 400 мл в/в капельно.
- ⊗ Введение обезболивающих препаратов противопоказано!

ТАКТИКА

- Госпитализация в хирургическое отделение. Транспортировка на носилках.
- Инфузионную терапию следует продолжать в течение всего догоспитального этапа.
- При отказе от госпитализации – актив врачу СМП через 2 ч.

174.2, 174.3 Окклюзия, тромбоз магистральных сосудов конечностей острые – экстремальное состояние, обусловленное эмболией или тромбозом сосуда, что приводит к одновременному выключению как минимум двух больших зон кровотока и сопровождается блокадой коллатерального кровообращения.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

Четыре степени ишемии пораженной конечности:

- *I степень* – чувство онемения, похолодания, парестезии; внезапная сильная нарастающая боль в конечности.
- *II степень* – нарушение чувствительности и активных движений в суставах конечностей, парез, паралич.
- *III степень* – начинаются некробиотические явления – субфасциальный отек, контрактура.
- Отсутствие пульса на периферических артериях подтверждает диагноз; бледность кожных покровов в начальной стадии сменяется цианозом с мраморным рисунком и резким снижением кожной температуры, что позволяет определить место окклюзии.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

При острой эмболии время ишемии 4–6 ч является критическим, при больших сроках заболевания полностью восстановить функцию конечности обычно не удается.

- КПВ.
- Гепарин 5 тыс. ЕД в/в.
- Дротаверин (Но-шпа) 40 мг = 2 мл в/в или Папаверин 2% 2 мл в/в.
- Пентоксифиллин (Трентал) 5 мл + Натрия хлорид 0,9% 200 мл в/в капельно.
- Трамадол (Трамал) 2 мл = 100 мг в/в.
- Реополиглюкин 400 мл в/в капельно.

ТАКТИКА

- Экстренная госпитализация в хирургическое отделение.
- Транспортировка на носилках.
- Инфузионную терапию необходимо продолжать в течение всего догоспитального этапа.
- При отказе от госпитализации – актив врачу СМП через 2 ч.

1.5. Травматология

- Особенности тактики врача
- Черепно-мозговая травма. Сотрясение головного мозга
- Черепно-мозговая травма. Ушиб, сдавление головного мозга
- Перелом позвоночника
- Перелом костей таза
- Раны открытые
- Кровотечения
- Ушибы
- Растяжения связок (дисторсии)
- Синдром длительного сдавления (травматический токсикоз, краш-синдром)
- Травма почки
- Травма живота закрытая (тупая)
- Травма живота открытая (ранения брюшной полости проникающие, эвентрация травматическая)
- Ушиб сердца
- Ранение сердца
- Ампутации и разможнения травматические
- Ожоги термические и/или химические
- Гипотермия (общее охлаждение организма, замерзание)
- Отморожение
- Укусы животных

1. При установлении диагноза необходимо детально собрать анамнез события с указанием времени травмы.
2. Инфузионную терапию следует продолжать во время транспортировки пострадавшего в течение всего догоспитального периода.
3. Фиксация шейного отдела позвоночника и воротниковой зоны проводится независимо от локализации перелома позвоночника.
4. При наличии инородных тел в ране (нож, осколки и другие предметы) удалять их из раны категорически запрещается.
5. Ампутированные фрагменты конечностей сохраняют и доставляют в стационар в пакетах при температуре не ниже 4–5°C (тающий снег) независимо от времени ампутации, но не менее 72 ч. Вопрос о реплантации решает специалист в стационаре. См. с. 90

S06, S07 Сотрясение головного мозга – это черепно-мозговая травма (ЧМТ) с повреждением головного мозга легкой степени тяжести, без стойких органических изменений.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

- Анамнез: наличие травмы, время события.
- Спутанность сознания.
- Оглушение, потеря сознания.
- Тошнота, рвота.
- Головная боль, головокружение.
- Нарушение координации.
- Нарушение памяти – амнезия.
- Дезориентация во времени, пространстве.
- Двоение в глазах.
- Нистагм.
- При легкой степени травмы клинические признаки могут отсутствовать.

ТАКТИКА

- Предотвращение кровопотери.
- Уменьшение головной боли, купирование рвоты.
- Госпитализация в травматологическое отделение. Транспортировка на носилках. При отказе от госпитализации – актив врачу поликлиники.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

- Магния сульфат 25% 10 мл в/м (1 мл = 250 мг).
- Этилметилгидроксипиридин (Мексидол) 5% 2–5 мл в/в (1 мл = 50 мг).

При кровотечении:

- Наложение давящей асептической повязки с гемостатической губкой.
- Пальцевое прижатие сосудов.
- Наложение кровоостанавливающего зажима.

При многократной рвоте:

- Метоклопрамид (Церукал) 2 мл в/в (1 мл = 5 мг).

S06, S07 Ушиб, сдавление головного мозга – это ЧМТ с закрытым повреждением головного мозга, характеризующаяся возникновением очага деструкции его ткани и проявляющаяся неврологической и/или психопатологической симптоматикой соответственно локализации очагов.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

- Анамнез: наличие травмы, время события.
- Оглушение, сопор, кома до нескольких часов, дней.
- Тошнота, рвота.
- Головная боль, головокружение, тяжесть в голове, шум в ушах.
- Нарушение координации.
- Ретроградная и антероградная амнезия.
- Дезориентация во времени, пространстве, собственной личности.
- Двоение в глазах, нечеткое зрение.
- Анизокория, вялая реакция зрачков на свет, слабость конвергенции, спонтанный нистагм.
- Менингеальные симптомы, парез лицевого, подъязычного нервов, асимметрия мышечного тонуса.

ТАКТИКА

- Профилактика механической асфиксии и аспирации.
- Купирование судорог.
- Госпитализация в нейрохирургическое отделение.
- Транспортировка на носилках с поднятым на 30° головным концом.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

- Иммобилизация шейного отдела позвоночника шейным воротником, положение на боку.
- Ингаляция кислорода. КПВ.

При САД <130 мм рт.ст.:

- ГЭК 6% 500 мл в/в капельно.
- Этилметилгидроксипиридин (Мексидол) 5% 2–5 мл в/в (1 мл = 50 мг).

При САД >130 мм рт.ст.:

- Магния сульфат 25% 10 мл в/в медленно (1 мл = 250 мг) или вместе с Натрия хлоридом 0,9% 200 мл в/в капельно.

При судорогах:

- Диазепам (Реланиум) 2 мл в/м (1 мл = 5 мг).
- ЭЭГ.
- Санация дыхательных путей.
- Интубация трахеи, ИВЛ.

S12–S14, S22 Перелом позвоночника – тяжелая травма, при которой нарушаются частичная или полная целостность позвоночника, а также функции спинного мозга с развитием необратимого паралича и нарушениями функций тазовых органов.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

- Боль в области перелома.
- Боль при движениях.
- Крепитация отломков.
- Деформация позвоночника.
- Сглаженность физиологических изгибов позвоночника.
- Напряжение паравертебральных мышц.
- Отек, гематомы в области перелома.
- Нарушение функции позвоночника.
- Потеря подвижности в руках и ногах.
- Потеря чувствительности.
- Непроизвольные мочеиспускание и дефекация.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

- Трамадол (Трамал) 2 мл = 100 мг в/в.
 - Иммобилизация шейного отдела позвоночника шейным воротником, независимо от локализации перелома + в месте перелома.
 - КПВ.
 - ГЭК 6% 500 мл в/в капельно.
 - Преднизолон 300 мг в первый час после травмы.
 - Ингаляция кислорода.
- При развитии травматического шока:*
- Ингаляция кислорода.
 - ГЭК 6% 500 мл в/в струйно.
 - Натрия хлорид 0,9% 500 мл в/в струйно.

ТАКТИКА

- Уменьшение боли.
- Профилактика шока.
- Госпитализация в травматологическое отделение.
- Транспортировка на щите или вакуумном матрасе.

S32, S33 Перелом костей таза – одно из наиболее тяжелых повреждений опорно-двигательного аппарата, характеризующееся разрушением костных тканей таза, повреждением мягких тканей и развитием травматического шока.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

Две группы признаков повреждения костей таза: общие и местные.

Общие признаки:

- Симптомы травматического шока.
- Острый живот.
- Признаки повреждения мочевыводящих путей и других органов таза.

Местные признаки:

- Боль в месте перелома.
- Гематома или припухлость.
- Костная крепитация при взаимном смещении костных отломков.
- Функциональные нарушения опорно-двигательного аппарата.

ТАКТИКА

- Госпитализация в травматологическое отделение.
- Транспортировка на щите или вакуумном матрасе с валиком под коленные суставы, «поза лягушки».

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

- Омнопон 2% 1 мл в/в или Морфина гидрохлорид 1% мл в/в.
- Иммобилизация.
- КПВ.
- Полиглюкин 400 мл в/в капельно или ГЭК 6% 500 мл в/в капельно.

При развитии травматического шока:

- Ингаляция кислорода.
- ГЭК 6% 500 мл в/в струйно.
- Натрия хлорид 0,9% 500 мл в/в струйно.

S01–T01 Раны открытые – это нарушения кожных покровов и слизистых оболочек, которые сопровождаются повреждением глубжележащих тканей (жировой клетчатки, фасций, сухожилий, мышц и др.).

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

Местные признаки

- Боль.
- Нарушение целостности кожи.
- Кровотечение.

Общие признаки

- Шок.
- Острая анемия.
- Острая ДН.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

- Остановка кровотечения.
- Наложение давящей повязки.
- Пальцевое прижатие сосудов.
- Наложение жгута.
- Наложение зажима на кровоточащий сосуд.
- Наложение асептической повязки.
- Транспортная иммобилизация конечности.
- КПВ.
- Трамадол (Трамал) 2 мл = 100 мг в/м или в/в или Фентанил 0,005% 2 мл в/в.
- Холод на место ранения.

При САД < 100 мм рт.ст.:

- Натрия хлорид 0,9% 500 мл в/в капельно.
- ГЭК 6% 500 мл в/в капельно.

ТАКТИКА

- Госпитализация в травматологическое отделение при ранении конечностей, в нейрохирургическое отделение – при ранении головы, в хирургическое отделение – при ранении шеи, груди, живота. Транспортировка на носилках.

R58 Кровотечения. Кровотечение наружное – выход крови из поврежденных кровеносных сосудов через поврежденные кожные покровы непосредственно на поверхность тела. **Кровотечение внутреннее** – выход крови из поврежденных кровеносных сосудов или паренхиматозных органов в ткани, органы или полости тела.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

Внутреннее кровотечение, декомпенсированная кровопотеря

- Бледность кожных покровов, губ, ногтевых лож, конъюнктивы.
- Головокружение.
- Шум в голове.
- Мелькание мушек перед глазами.
- Жажда, сухость во рту.
- САД $\leq 100-80-60$ мм рт.ст.
- РС $\geq 100-130$ /мин.
- ЧДД $\geq 24-26-28$ /мин.
- Адинамия.
- Потеря сознания. Коллапс.

ТАКТИКА

- Госпитализация в травматологическое отделение, при острой кровопотере – в ОРИТ.
- Транспортировка на носилках, в положении лежа, со струйным введением кровезаменителей, в тяжелых случаях – в две вены.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

- Покой. Анальгетики. Промедол 2% 2 мл п/к, в/в.
- А. Наружное кровотечение**
- Покой. Временная остановка наружного кровотечения: иммобилизация, наложение асептических повязок, прижатие артерий выше места повреждения к костному выступу, затем – наложение жгута.
- Б. Внутреннее кровотечение, декомпенсация**
- Положение – ножной конец носилок приподнят.
- КПВ.
- Декстран (Полиглюкин, Полифер) 400–1600 мл в/в струйно.
- Никетамид (Кордиамин) 250 мг/1 мл = 500 мг в/в, в/м.
- Кальция хлорид (Глюконат кальция) 10% 10 мл в/в.
- Кислота аминокaproновая 5% 100 мл в/в.

T14.8 Ушибы – это закрытые повреждения тканей и органов без нарушения их анатомической целостности, возникающее в результате внешнего воздействия.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

- Боль в месте ушиба.
- Отечность тканей (гематома или кровоподтек).
- Нарушение функции органа.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

- Метамизол натрия (Анальгин, Баралгин) 500 мг вн. или Пенталгин 1 табл. вн.
- Тугая повязка.
- Иммобилизация.
- Охлаждающий пакет на 4–5 ч.
- Покой.

ТАКТИКА

- Консультация травматолога, хирурга.
- Госпитализация не требуется.

T14.3 Растяжения связок (дисторсии) – это надрыв или разрыв связочного аппарата какого-либо сустава в результате травмирующего воздействия, а также при нефункциональных движениях: неловко ступив или споткнувшись.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

- Боль в месте повреждения.
- Кровоподтек, гематома.
- Нарушение функции сустава.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

- Метамизол (Анальгин, Баралгин) 500 мг вн. или 1 мл = 500 мг в/м.
- Иммобилизация (повязка, шина).
- Охлаждающий пакет.

ТАКТИКА

- Консультация травматолога (хирурга), травматолога для исключения перелома или трещины кости.
- Госпитализация не требуется.

S08 Синдром длительного сдавления (травматический токсикоз, краш-синдром) – тяжелая травма, обусловленная длительной компрессией (сдавлением) мягких тканей, преимущественно мышечной массы, одним из грозных проявлений которой является эндогенная интоксикация.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

Период компрессии:

- Отсутствие движений • Спутанность и потеря сознания.
- Депрессия, заторможенность, апатия, сонливость или возбуждение (реже) • Боли.
- Чувство распирания и сдавления в поврежденных участках тела • Жажда • Затрудненное дыхание.
- Гипотензия • Трофические изменения на кожных покровах: ограниченная гиперемия, багрово-синюшные оттенки, ссадины, гематомы.
- Деформации поврежденных участков тела.
- Переломы костей разной локализации.
- Выраженные отпечатки сдавливающих предметов.
- Травматический шок.

Посткомпрессионный период – в течение 72 ч после освобождения от сдавления (помощь в стационаре) – период локальных изменений и эндогенной интоксикации, признаки травматического шока.

- Выраженный болевой синдром • Психологический стресс • Нестабильность гемодинамики.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

- Щадящее освобождение от сдавления. КПВ.
- Фентанил 0,005% 2 мл в/в.
- Восстановление проходимости дыхательных путей.
- Ингаляции кислорода. Экспираторная ИВЛ.
- Остановка наружного кровотечения.

Наложение жгута показано только в двух случаях:

- а) при явных признаках нежизнеспособности конечности;
- б) для остановки кровотечения из магистральных артерий.
- Иммобилизация поврежденных конечностей сразу же после освобождения от компрессии, до развития отека тканей, чтобы сохранить артериальный приток крови. Отсутствие иммобилизации способствует поступлению токсических веществ в кровоток.
- Использование вакуумной шины противопоказано!
- Криопакеты или лед на область травмы.
- Натрия хлорид 0,9% 500 мл в/в капельно.
- Гепарин 5000 ЕД в/в капельно.
- Натрия гидрокарбонат 5% 200 мл в/в капельно.

ТАКТИКА

- Транспортировка специальным транспортом на фоне инфузионной терапии.

S37.0 Травма почки – это состояние, возникающее в результате травматического воздействия различных физических или механических агентов/факторов на поясничную область (проекцию почек), вызывающих нарушение функции мочевыводящей системы.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

Закрытые повреждения почки:

- Боль в поясничной области.
- Припухлость поясничной области.
- Гематурия (кровь в моче).
- Дизурия, полная задержка мочи.
- Боли внизу живота.
- Признаки раздражения брюшины.
- Нарушения функции кишечника.
- Признаки внутреннего кровотечения.
- Лихорадка.

Открытые повреждения почки:

- Наличие раны и раневого канала.
- Боль в области раны.
- Истечение мочи из раны.
- Гематурия.
- Урогематома.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

- Ингаляция кислорода.
- КПВ.
- Натрия хлорид 0,9% 400 мл в/в капельно.
- Холод на живот.

При развитии травматического шока:

- ГЭК 6–10% 500 мл в/в струйно.
- Натрия хлорид 0,9% 500 мл в/в струйно.

ТАКТИКА

- При развитии шока – коррекция гемодинамических нарушений, профилактика нарушений дыхания.
- Госпитализация в урологическое отделение.
- Транспортировка на носилках.

S36.9 Травма живота закрытая (тупая) – травма живота без нарушения целостности наружных покровов тела и сопровождающаяся тяжелыми повреждениями органов брюшной полости (разрывы органов, кровотечения, инфицирование, перитонит) и развитием травматического шока.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

- Нарастающая боль области повреждения живота.
- Кровоизлияния и кровоподтеки на кожных покровах живота.
- Припухлость, вздутие живота, гематурия.
- Напряжение мышц живота (синдром раздражения брюшины).
- Бледность кожных покровов, сухость во рту, жажда.
- Тошнота, рвота.
- Одышка, цианоз губ.
- Снижение АД, учащение пульса, увеличение ЧДД.
- Потеря сознания.
- Признаки травматического шока.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

- ⊗ Введение обезболивающих препаратов противопоказано!
 - КПВ.
 - Натрия хлорид 0,9% 400 мл в/в капельно.
 - Холод на живот.
- При развитии травматического шока:*
- Ингаляция кислорода.
 - ГЭК 6% 500 мл в/в струйно.
 - Натрия хлорид 0,9% 500 мл в/в струйно.

ТАКТИКА

- Госпитализация в хирургическое отделение.
- Транспортировка на носилках.
- Инфузионную терапию необходимо продолжать в течение всего догоспитального этапа.
- При отказе от госпитализации – актив врач СМП через 2 ч.

S31.1 Травма живота открытая (ранения брюшной полости проникающие, эвентрация травматическая) – это раны, проникающие через брюшную стенку и повреждающие органы брюшной полости, преимущественно кишечник, проявляющиеся выпадением через раневое отверстие на поверхность тела внутренних органов, чаще петель кишечника (эвентрация) и осложняющиеся развитием шока.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

- Дефект повреждения кожных покровов и внутренних органов – раны разной формы.
- Рана с кровотечением или без кровотечения.
- Асимметрия живота • Подкожная эмфизема.
- Тупые боли в области раны.
- Сухость во рту, жажда, одышка, цианоз губ.
- Бледность кожных покровов; тошнота, рвота.
- Задержка стула и газов.
- Нарушение мочеиспускания, гематурия.
- Тенезмы, выделение крови из прямой кишки.
- Признаки кровопотери: резкая слабость, головокружение, холодный пот.
- Нарушение зрения.
- Периодическая потеря сознания.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

- Выпавшие петли кишечника в брюшную полость не вправлять! Инородные тела из раны не удалять!
- КПВ. Промедол 2% 1 мл в/в.
- Орошить выпавшие петли кишечника 0,9% раствором Натрия хлорида.
- Уложить петли кишечника на переднюю брюшную стенку.
- Накрывать выпавшие петли кишечника стерильными салфетками, смоченными 0,9% раствором Натрия хлорида, и продолжать орошение кишечника через салфетки на протяжении всего догоспитального этапа!
- Легкая фиксация петель кишечника к туловищу бинтом.
- Ингаляция кислорода.
- ГЭК 6% 500 мл в/в струйно.
- Натрия хлорид 0,9% 500 мл в/в струйно.

ТАКТИКА

- Госпитализация в хирургическое отделение.
- Транспортировка на носилках.
- Инфузионную терапию необходимо продолжать в течение всего догоспитального этапа!
- При отказе от госпитализации – актив на врачу СМП через 2 ч.

S26.0 Ушиб сердца – это закрытое повреждение сердца, без видимого нарушения его анатомической целостности, вызванное тупой травмой грудной клетки.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

Ушиб сердца:

- Боль в сердце, которая возникает сразу же или через несколько часов после повреждения.
- Локализуется она в месте ушиба, может распространяться в спину, руки, нижнюю челюсть.
- Сердцебиение, одышка, общая слабость.

Сотрясение сердца (клинические проявления наблюдаются сразу после травмы):

- Аритмия.
- Легкое головокружение или обмороки, длящиеся секунды.
- АД снижается.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

- ЭКГ-мониторинг. Пульсоксиметрия.
- Ингаляция кислорода. КПВ.
- Натрия хлорид 0,9% 250–500 мл в/в капельно.
- Аскорбиновая кислота 250 мг в/в.
- Инозин + никотинамид + рибофлавин + янтарная кислота (Цитофлавин) 10 мл + Натрия хлорид 0,9% 250 мл в/в 60–90 кап./мин.

При боли: Фентанил 0,005% 0,1 мг = 2 мл или Трамадол (Трамал) 2 мл = 100 мг в/в или Промедол 2% 1 мл в/в.

При САД <90 мм рт.ст.: Допамин 200 мг + Натрия хлорид 0,9% 250 мл в/в капельно 5–10 мкг/кг/мин.

При нарушении дыхания (ДН III–IV ст.): интубация трахеи. ИВЛ.

ТАКТИКА

- Стабилизация гемодинамики – САД 100–140 мм рт.ст.
- Купирование болевого синдрома.
- Профилактика ДН.
- Госпитализация в хирургическое отделение. Транспортировка на носилках.

S26.9 Ранение сердца – открытая травма сердца, относится к числу крайне опасных повреждений. Обширные ранения приводят к немедленной смерти, которая наступает от развивающейся тампонады сердца.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

Три клинических группы больных:

- пациенты, находящиеся в состоянии клинической смерти;
- пациенты в шоковом состоянии в результате кровотечения или тампонады;
- пациенты в состоянии стабильной тампонады. Независимо от повреждения камер сердца тампонада приводит к острой правожелудочковой недостаточности и ишемии миокарда левого желудочка.

Клиническая картина:

- Наличие раны в проекции сердца.
- Признаки острого малокровия, тампонады сердца; при сохранном сознании слабость, головокружение, сдавление в груди, одышка. Больные беспокойны; чувство страха смерти.
- Бледность кожных покровов. Пульс повышен, АД снижено.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

Повреждение сердца следует заподозрить во всех случаях проникающего ранения грудной клетки!

- КПВ.
- ГЭК 6% 500 мл в/в капельно.
- Фентанил 0,005% 2 мл + Трамадол (Трамал) 2 мл = 100 мг в/в или Промедол 2% 1 мл в/в.
- Глюкоза 40% 50 мл + Аскорбиновая кислота 5% 5 мл в/в.
- Диазепам (Реланиум) 1–2 мл = 5–10 мг в/в или в/м.
- Мексидол 2 мл в/в.

При нарушении дыхания:

- Ингаляция кислорода, ИВЛ.
- Гипервентиляция противопоказана.
- Коррекция нарушений ритма.

ТАКТИКА

- Стабилизация гемодинамики – САД 100–140 мм рт.ст.
- Купирование болевого синдрома.
- Профилактика ДН.
- Госпитализация в хирургическое отделение.
- Транспортировка на носилках.

T05 Ампутации и размозжения травматические – экстремальное состояние, обусловленное полным или частичным удалением или размозжением какой-либо части тела в результате внешнего травматического воздействия.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

- Наличие культи с раневой поверхностью.
- Ампутированные фрагменты частей тела пострадавшего.
- Кровотечение из культи.
- Заторможенность.
- Головокружение, резкая слабость.
- Потеря сознания.
- Признаки кровопотери, учащение пульса, падение АД.
- Признаки травматического шока.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

- Остановка кровотечения. КПВ.
- Промедол 2% 1 мл в/в.
- При сохраняющихся болях:*
- Ингаляция закиси азота + кислород 1:1.
- При САД < 100 мм рт.ст.:*
- Натрия хлорид 0,9% 500 мл в/в капельно.
- ГЭК 6% 500 мл в/в капельно.
- Асептическая повязка. Имобилизация конечности лестничной или складной шиной.
- Поместить ампутированную часть тела в 1-й полиэтиленовый пакет, затем во 2-й полиэтиленовый пакет с криопакетами или в термопакет «Терпак». Доставить в стационар.
- Время реплантации (сроки холодовой аноксии): 24–36–48–72 ч (пальцы – 24 ч, кисть – 12 ч, предплечье – 8 ч. При спецконсервировании – 72 ч). Условия: Т хранения тканей – 4–5°C (тающий снег); ниже 0°C нельзя (кристаллизация внутриклеточной жидкости с разрывом оболочки клетки при размораживании).

ТАКТИКА

- Купирование болевого синдрома.
- Остановка кровотечения, стабилизация гемодинамики.
- Госпитализация в травматологическое отделение.
- Транспортировка на носилках.

T20–T32 Ожоги термические и/или химические – это повреждения кожных покровов и глубоких слоев кожи от воздействия термических (пламя, горячие жидкости, пар – контактные ожоги); химических (кислоты, щелочи) или физических факторов (солнечные, радиационные ожоги).

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

- Ожоги I степени – это повреждения клеток рогового слоя кожи (покраснение обожженных участков кожи, их отек и жгучая боль).
- Ожоги II степени – полное повреждение рогового слоя кожи (резкая боль, сильное покраснение обожженной кожи, пузыри с прозрачным желтоватым содержимым).
- Ожоги III степени – корочки-струпы: повреждаются глубокие слои кожи.
- Ожог IIIA степени – кожа омертвевает не на всю толщину, ее нижние слои сохраняются.
- Ожог IIIB степени – кожа омертвевает на всю толщину и все слои гибнут.
- Ожоги с частичным или полным поражением.
- Ожоги IV степени – обугливание кожи, подкожной клетчатки и подлежащих тканей.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

- КПВ.
- При ожогах < 10% поверхности тела:*
- Трамадол (Трамал) 2 мл = 100 мг в/в.
- При ожогах > 10% поверхности тела:*
- Омнопон 2% 1 мл в/в или Морфина гидрохлорид 1% 1 мл в/в.
- Преднизолон 60–90 мг в/в.
- Ингаляция кислорода.
- ГЭК 6% 500 мл в/в капельно.
- Натрия хлорид 0,9% 500 мл в/в капельно.
- При ожогах > 60% поверхности тела:*
- Ингаляции закиси азота 1:1.
- Интубация трахеи.
- Обработка ожогов Пантенолом.
- Промывание химических ожогов водой.
- Наложение асептической повязки.

ТАКТИКА

- Купирование болевого синдрома.
- Стабилизация гемодинамики, восполнение ОЦК.
- Профилактика почечной недостаточности.
- Госпитализация в ожоговый центр. Транспортировка на носилках.

Т68 Гипотермия (Общее охлаждение организма. Замерзание) – холодовая травма, вызванная охлаждением всего тела, когда температура тела 35°C , характеризуется угнетением жизненных функций до их исчезновения.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

- **I степень** – адинамическая: озноб, усталость, сонливость, апатия, жажда; движения пассивны; кожные покровы бледные или синюшные, «гусиная кожа»; скандированная речь; снижение ректальной температуры до $33\text{--}35^{\circ}\text{C}$.
- **II степень** – средняя (ступорозная): угнетение сознания, отсутствие мимики; ограниченность движений; пульс $32\text{--}50$ уд./мин, слабого наполнения; ректальная температура $30\text{--}33^{\circ}\text{C}$.
- **III степень** (тяжелая, судорожная): отсутствие сознания; судороги, может быть прикусывание языка; верхние конечности согнуты в локтевых суставах; нижние конечности полусогнуты; напряжение мышц живота; ЧСС ≤ 36 уд./мин. $T - 29^{\circ}\text{C}$. ЧДД до $3\text{--}4$ /мин, дыхание поверхностное, прерывистое. Сужение зрачков, реакция их на свет слабая.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

- Повышение температуры тела до нормы (костер, грелка, согревание конечностей).
 - Спирт этиловый 40° (водка): растереть поврежденные участки мягкой тканью до покраснения.
 - Чай горячий сладкий или кофе, водка, спирт этиловый $40\text{--}45^{\circ}$.
 - Металлизирующее покрывало, серебристая стора: укрыть пострадавшего.
 - Термометрия • ЭКГ • КПВ.
- Применять только теплые растворы!**
- Натрия хлорид $0,9\%$ 500 мл в/в капельно.
 - Декстроза = Глюкоза 40% 20 мл в/в.

ТАКТИКА

- Госпитализация.
- Транспортировка на носилках.

Т33–Т35 Отморожение – холодовая травма, обусловленная локальным повреждением тканей, возникшим под действием низких температур.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

- Ощущение холода, покалывание и чувство жжения в области поражения.
 - Зуд, онемение и боль в области поражения.
 - Ломота в суставах.
- Степени отморожения:*
- I степень – кожные покровы отечные и бледные;
 - II степень – пузыри, наполненные прозрачным экссудатом;
 - III степень – пузыри, содержащие геморрагический экссудат;
 - IV степень – темные, дряблые пузыри.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

- ⊗ **Запрещается растирать отмороженные участки снегом!**
- Наложение теплоизолирующей повязки на поврежденную поверхность (металлизирующее покрывало серебристой стороной к телу пострадавшего или ватно-марлевая повязка).
- КПВ.
- Кеторолак 30 мг в/м или Трамадол (Трамал) 100 мг в/в (1 мл = 50 мг).
- Гепарин 5 тыс. ЕД в/в.
- Реополиглюкин (Декстран) 10% 400 мл в/в капельно (1 мл = 10 мг) или ГЭК 6% 250 мл в/в капельно.

ТАКТИКА

- Купирование болевого синдрома. Стабилизация гемодинамики.
- Улучшение реологических свойств крови, профилактика тромбозов.
- Госпитализация в хирургическое отделение.
- Транспортировка на носилках.

Т79.3 Укусы животными – повреждение целостности кожных покровов человека домашними или дикими животными, в том числе царапины или ослонение. Многие животные (собаки, кошки, волки, лисы, белки, ежи, летучие мыши и др.) могут быть переносчиками опасных или абсолютно смертельных для человека болезней.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

- Рана с неровными краями.
- Отек тканей.
- Кровотечение из раны различной интенсивности.
- Боль в области раны, сильная и длительная.
- Головокружение, потеря сознания.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

Проводится немедленно! Обильное промывание раневой поверхности мыльной водой. Категорически запрещено заклеивать укушенные раны пластырями, иссекать, накладывать швы!

1. Края раны обрабатывают антисептиком (мирамистин, 70% спирт, изопропанол).
2. Накладывают асептическую повязку.
3. Иммобилизация поврежденной конечности.
4. Нашатырный спирт 10% вдыхать, растереть виски.
5. Метилксантин (Кофеин-бензоат натрия) 200 мг в/м (1 мл = 100 и 200 мг).

ТАКТИКА

А. Прививки против бешенства.

- Противопоказаний для экстренной лечебно-профилактической иммунизации от бешенства нет.
- Беременность и грудной возраст ни при каких обстоятельствах не служат основанием для отказа от прививок.
- В зависимости от категории повреждения, характера контакта, сведений о животном:
1. АРВ (КОКАВ) 1 мл в/м, дни: 0, 3, 7, 14, 30, 90. 2. АРИГ в 0-й день + АРВ (КОКАВ) в/м, дни: 0, 3, 7, 14, 30, 90.
- Если есть возможность наблюдения за животным и оно в течение 10 сут. остается здоровым, лечение прекращают (т.е. после 3-й инъекции).
- Во время вакцинации и в течение 6 мес. после последней прививки запрещено употребление алкоголя.

Б. Госпитализации подлежат:

1. Пострадавшие с укусами тяжелой степени.
 2. Пострадавшие с укусами средней степени тяжести.
 3. Жители сельской местности.
 4. Повторно прививающиеся от бешенства.
 5. Лица с заболеваниями нервной системы и аллергическими заболеваниями.
 6. Лица, получавшие любые бактериальные препараты или прививки за последние 2 месяца.
- Пострадавшие госпитализируются в хирургическое или травматологическое отделение. Сведения о животном регистрируются в экстренном извещении и отправляются в центр Госсанэпиднадзора. При этом, если животное неизвестно, или сбежало, или сдохло, или убито, то в таких случаях регистрируют как «неизвестное животное».

1.6. Урология и нефрология

- Почечная недостаточность острая
- Мочекаменная болезнь, приступ (почечная колика)

N17, N18 Почечная недостаточность острая (ОПН) – это синдром, характеризующийся гипоксией (аноксией) почечных канальцев, некрозом их эпителия, отеком и клеточной инфильтрацией интерстициальной ткани, повреждением капилляров почек, т.е. развитием некротического нефроза, нарушением почечной гемодинамики и экзогенной интоксикацией.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

- Падение диуреза <500 мл/сут., развитие анурии.
- Адинамия, потеря аппетита, тошнота, рвота.
- Мышечные подергивания, сонливость, заторможенность сознания, одышка (ацидоз + отек легких).
- Тахикардия, границы сердца расширены, глухие тоны, систолический шум на верхушке, шум трения перикарда. АД повышено.
- Аритмия вследствие гиперкалиемии (особенно опасна и может быть причиной внезапной смерти).
- Блокады сердца, фибрилляция желудочков могут закончиться остановкой сердца.
- Смерть при ОПН чаще наступает от уремической комы, нарушений гемодинамики.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

- ЭКГ.
- При САД > 160 мм рт.ст.:*
 - Моксонидин 0,4 мг или Каптоприл 25 мг сублингвально.
- При брадикардии:*
 - Кальция глюконат до 8000 мг = 80 мл (1000 мг = 10 мл) в/в болюсно.
- При отеке легких:*
 - Поднять изголовье высоко.
 - Ингаляция кислорода через спирт этиловый 20°.
 - Фуросемид или Лазикс 120–200 мг в/в.
 - Изосорбида динитрат 10 мг или Нитроглицерин 10 мг + Декстроза = Глюкоза 5% 250 мл в/в капельно.

ТАКТИКА

- Коррекция АД.
- Транспортировка на носилках.
- Госпитализация в нефрологическое отделение.

N20 Мочекаменная болезнь (МКБ), приступ (почечная колика) – это осложнение МКБ, проявляющееся приступом резких схваткообразных болей в поясничной области и по ходу мочевыводящих путей, обусловленных растяжением почечной лоханки мочой вследствие нарушения ее оттока, а также внезапной закупоркой или спазмом мочеточника или прохождением по нему камня.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

- Внезапные резкие боли в поясничной области, тупые, ноющие, иррадиирующие в паховые области, половые органы, сопровождающиеся позывами на мочеиспускание.
- Боли одно- или двусторонние.
- Больные беспокойны, мечутся.
- Кровь в моче, возможно самостоятельное отхождение камней с мочой.
- Тошнота, рвота, головокружение.
- Положительный симптом Пастернацкого.
- МКБ в анамнезе.
- Характерна связь болей с движением, изменением положения тела.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

- Дротаверин (Но-шпа) 40 мг = 2 мл в/в или Папаверин 2% 2–4 мл в/в.
- Метамизол натрия (Анальгин, Баралгин) 1–2 мл = 500–100 мг в/в.
- Платифиллин 0,2% 4–6 мл + Метамизол (Анальгин) 2 мл = 1000 мг + Дифенгидрамин (Димедрол) 1% 1 мл = 10 мг в/в.
- Трамадол (Трамал) 1 мл = 50 мг 2–6 мл в/м или в/в.
- При достоверном диагнозе и длительной транспортировке больного в стационар (более 1–1,5 ч) наркотические анальгетики (Промедол, Морфин) 1 мл + Атропина сульфат 0,1% 0,5 мл п/к.

ТАКТИКА

- При некупирующемся приступе, сомнительном диагнозе, гипертермии, гематурии, первично возникшей почечной колике – госпитализация в хирургическое или урологическое отделение.

1.7. Акушерство и гинекология

- Аборты: терминология, классификация
- Аборт самопроизвольный (выкидыш)
- Роды: определение, перечень родовой укладки
- Роды домашние, дорожные, уличные
- Беременность внематочная (*extra uterina*)

АБОРТЫ: ТЕРМИНОЛОГИЯ, КЛАССИФИКАЦИЯ

Аборт – прерывание беременности до срока, когда плод становится жизнеспособным (т.е. способным к существованию вне матки).

Отличие аборта от преждевременных родов – при преждевременных родах рождается недоношенный ребенок (новорожденный, достигший срока жизнеспособности, но родившийся до 37 нед. гестации).

Самопроизвольный аборт (выкидыш) – изгнание эмбриона или плода с плодными оболочками без медицинского или механического вмешательства.

Потенциально жизнеспособным считают плод, рожденный не ранее 22 нед. гестации, с массой тела не менее 500 г.

- **Угрожающий аборт** – боли и тяжесть внизу живота, кровотечение и сокращения матки без раскрытия шейки матки.
- **Начавшийся аборт** – кровотечение, разрыв плодных оболочек, сокращения миометрия, раскрытие шейки матки.
- **Аборт в ходу** – кровотечение, раскрытие шейки матки, нарушение целостности плодных оболочек, выделение плодного яйца или его частей.
- **Неполный аборт** – длительное, иногда профузное кровотечение, часть тканей остается в полости матки, происходит после 10 нед. беременности, плацента и плод изгоняются по отдельности.
- **Полный аборт** – кровотечение, фрагменты плода, полное изгнание эмбриона, плода, оболочек.

003 Аборт самопроизвольный (выкидыш) – изгнание эмбриона или плода с плодными оболочками без медицинского или механического вмешательства. Диагноз устанавливают при ранее диагностированной маточной беременности.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

- Кровотечение из половых путей (отделяемое розового или коричневатого цвета) разной интенсивности в зависимости от вида аборта, иногда профузное.
- Боли и тяжесть внизу живота.
- Выделение плотных фрагментов тканей или плода из половых путей.
- Выраженная слабость.
- Бледность кожных покровов.
- АД <120–70 мм рт.ст.
- ЧСС >80/мин.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

- Транексамовая кислота 1000 мг в/в (1 мл = 50 мг)
При САД <90 мм рт.ст.:
- КПВ.
- Натрия хлорид 0,9% 500–1000 мл в/в капельно.
- ГЭК 6% 250–500 мл в/в капельно.
- Ингаляция кислорода.

ТАКТИКА

- Госпитализация в гинекологическое отделение.
- Транспортировка на носилках.

РОДЫ: ОПРЕДЕЛЕНИЕ, ПЕРЕЧЕНЬ РОДОВОЙ УКЛАДКИ

Роды – физиологический процесс, во время которого происходит изгнание из матки через родовые пути плода, плаценты с оболочками (последа) и околоплодными водами.

Роды срочные (своевременные) – роды, наступившие на 39-й или 40-й неделе беременности.

Роды преждевременные – роды, наступившие между 28-й и 38-й неделями беременности.

Роды домашние, дорожные, уличные – роды вне лечебного учреждения; роженица и новорожденный считаются условно-инфицированными и после родоразрешения подлежат госпитализации во 2-е родильное отделение; обусловлены спонтанной (нерегулируемой) родовой деятельностью, как правило, у многорожавших женщин. В этих случаях часто роды бывают стремительными.

Перечень родовой укладки (бикса) для врача общей практики*

1. Клеенка подкладная – 1 шт.
2. Простыня – 1 шт.
3. Халат медицинский – 1 шт.
4. Одеяло детское – 1 шт.
5. Пеленки теплые – 2 шт.
6. Пеленки хлопчатобумажные – 2 шт.
7. Ножницы – 1 шт.
8. Зажимы кровоостанавливающие – 2 шт.
9. Шелк №8 – 1 ампула.
10. Стерильные ватные шарики – 1 пакет.
11. Стерильные марлевые шарики – 1 пакет.
12. Бинт – 1 шт.
13. Резиновая груша – 1 шт.
14. Катетер резиновый – 1 шт.
15. Перчатки резиновые – 1 пара.

* Наименования 7–15 складываются в отдельную салфетку, которая завязывается и кладется в биксе сверху.

080 Роды домашние, дорожные, уличные

Признаки: схватки регулярные, интенсивные, отхождение околоплодных вод, потуги

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

А. До рождения ребенка

- В начале ведения родов выжидательное – женщину успокаивают, изолируют от окружающих, подстилают чистую ткань, простыню.
- Снять одежду, сдавливающую живот и мешающую дыханию.
- К животу не прикасаться во избежание нерегулярных схваток и нарушения процесса родов!
- В первом периоде родов женщина может занимать любое положение: лежать на боку, спине, но не сидеть!
- Во время потуг роженица должна лежать на спине с разведенными и согнутыми в коленях ногами с подстеленным в крайнем случае нижним бельем роженицы (опора на пятки, руками держаться за согнутые колени и тянуть их на себя); вне потуг – глубоко дышать.
- Наружные половые органы и внутреннюю поверхность бедер обрабатывают антисептиком (йод, спирт и др.); отверстие заднего прохода закрыть чистым куском ткани или ваты.
- Помогающему необходимо обработать руки йодом, спиртом (водкой).
- При появлении головки плода женщина должна дышать поверхностно, открытым ртом, чтобы сдерживать потуги.
- Поддержать головку и туловище рождающегося ребенка.

В. После рождения ребенка

- Обработать пуповину антисептическим раствором (йод, спирт, водка).
- На пуповину наложить последовательно 2 зажима: первый – на расстоянии 4 см от пупочного кольца ребенка и второй – на расстоянии 2 см от первого.
- Вместо зажимов можно использовать подручный материал (куски ткани и др.).
- Перерезать пуповину между зажимами.
- Отсосать слизь резиновым баллоном из дыхательных путей ребенка: рта, носа.
- Ребенка обтереть, завернуть в ткань *вместе с зажимом на пуповине, обернув его мягкой тканью, исключающей повреждение тела.*
- *Запрещается* тянуть или дергать за пуповину, свисающую из влагалища роженицы во избежание кровотечения и нарушения процесса отделения плаценты.
- Не допускать задержку последа более 20 мин – показано ручное отделение последа; *ручное отделение последа разрешается только специалисту, имеющему опыт!*
- После рождения последа живот становится симметричным.
- После окончания родов обтирают половые органы женщины; желательно поместить холод на живот или груз до 3 кг.
- Послед укладывают в полиэтиленовый пакет или ведро, сдают в родильное отделение.
- Госпитализация во 2 родильное отделение.

000 Беременность внематочная (*extra uterina*) – экстремальное, опасное для жизни беременной состояние, когда беременность развивается вне матки, оседание и развитие плодного яйца происходит в яичниках, брюшине, сальнике и других органах брюшной полости, но чаще всего в маточных трубах.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

Признаки внематочной беременности могут появиться на 4–10-й неделях беременности.

- Острая колющая боль в области живота или таза.
- Боли внизу живота, отдающие в задний проход.
- Резкая слабость, тошнота, снижение АД, головокружение или обмороки.
- Сухой язык, Т тела повышена.
- Симптом Щеткина–Блюмберга положительный.
- Мажущие кровянистые выделения из половых путей.
- При осмотре: объемное образование в области придатков матки.

ТАКТИКА

- Экстренная госпитализация в гинекологическое отделение.
- Транспортировка на носилках с опущенным головным концом.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

- Коррекция гемодинамических нарушений.
- КПВ.
- Натрия хлорид 0,9% 400 мл в/в капельно.
- ГЭК 6% 400 мл в/в капельно.
- Ингаляция кислорода.

1.8. Инфекционные заболевания

- Ангина
- Бешенство
- Ботулизм
- Кишечные инфекции неясной этиологии (сальмонеллез, шигеллез, дизентерия, пищевая токсикоинфекция)
- Гепатит вирусный
- Грипп, ОРВИ
- Дифтерия
- Малярия
- Коклюш
- Корь
- COVID-19 (COVID-19)
- Скарлатина
- Менингококковая инфекция, менингит, менингококкцемия
- Холера
- Чума
- Сибирская язва

J03 Ангина – острое инфекционное заболевание с местными проявлениями; острое воспаление лимфатического глоточного кольца, чаще небных миндалин, вызвано стрептококками, стафилококками или другими микроорганизмами.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

- Т 38–39°C, озноб, потливость. Слабость.
- Боль в горле при глотании. • Головная боль. • Боли в мышцах и суставах.
- Подчелюстные лимфоузлы увеличены, болезненные. • В зеве разлитая гиперемия и инфильтрация мягкого неба и дужек.
- Миндалины увеличены, на их поверхности желто-белые фолликулы, одинаковые (1–3 мм), правильной формы, не выходящие за пределы свободной поверхности миндалин.
- Налет на миндалинах легко снимается шпателем, без повреждения эпителиального слоя. • Дужки миндалин контурируются. • Отека зева и подкожной клетчатки нет.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

Не требуется лечение на этапе НМП.

При T тела $\geq 38^\circ\text{C}$:

- Парацетамол 500 мг вн. или Метамизол (Анальгин) 50% 1 мл = 500 мг в/м.

Препараты для лечения:

- Антигистаминные. Хлоропирамин (Супрастин) 25 мг \times 2 \times 4 вн.
- НПВП. Ибупрофен 200 мг \times 3 \times 5 вн.
- Противомикробные. Амоксициллин 500 мг \times 3 \times 7 вн. или Эритромицин 250 \times 4 \times 7.
- Местно: Мирамистин 3 дозы \times 4 \times 3, орошение миндалин.

ТАКТИКА

- Актив врача на дому 2–3 дня.
- Госпитализация при тяжелом течении.
- Изоляция пациента.
- Постельный режим на период T $\geq 38^\circ\text{C}$.

A82 Бешенство – абсолютно смертельное заболевание, вызывает рабдовирус; передается через укусы или ослюнение больными животными, поражает ЦНС; проявляется возбуждением, судорогами дыхательной и глотательной мускулатуры и развитием параличей. Вирус может содержаться в слюне, слезах, моче. Длительность болезни – 4–7 дней – 2 нед.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

ИП: от 10–90 дней и более года. 2 формы.

I. Типичная форма

A. Начальный (продромальный) период – 1–3 дня

- В месте укуса отечность, гиперемия, зуд, боли по ходу нервов.
- Недомогание, повышение T.

Б. Период разгара (стадия возбуждения) – 2–3 дня

- Приступы гидрофобии (водобоязни).
- Судороги мышц глотки, гортани.
- Судорожная реакция на шум, свет и др.
- Психомоторное возбуждение, агрессия, галлюцинации, гипергидроз.
- Зрачки широкие, ЧСС >80 уд./мин, АД >120/80 мм рт.ст.

В. Паралитический период – 1–3 дня

- Тревожно-тоскливое состояние.
- Приступы водобоязни.
- Параличи конечностей, черепно-мозговых нервов.
- T >39–40°C.

• Остановка сердца.

• Паралич дыхательного центра.

II. Паралитическая форма («тихое бешенство»)

- Медленное прогрессирование параличей.
- Без мозжечковых нарушений, возбуждения, водобоязни.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

- Защитный костюм I типа (очки, маска, перчатки).
- Диазепам (Реланиум) 2 мл = 10 мг в/м.

ТАКТИКА

- Госпитализация в инфекционное отделение.

A05 Ботулизм – наиболее тяжелое заболевание из группы пищевых токсикоинфекций, характеризующееся развитием тяжелых поражений нервной системы – парезом аккомодации, парезом и параличами глазодвигательных, глотательных и дыхательных мышц.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

ИП: от 3–12–24 ч до 2–5–14 дней

- Кожные покровы бледные, цианоз.
- Сухость во рту.
- Туман перед глазами.
- Двоение в глазах, усиливающееся при взгляде в сторону.
- Расширение зрачков без их реакции на свет.
- Неподвижность глазных яблок; птоз.
- Паралитическое опущение век.
- Нарушение глотания сухой и жидкой пищи.
- Охриплость голоса, невнятность речи, гнусавость до полной невозможности говорить.
- Резкая мышечная слабость.
- Учащение дыхания, внезапная остановка дыхания (понос не характерен, встречается редко и через 6–24 ч сменяется полным отсутствием стула).

ТАКТИКА

- Экстренная госпитализация в инфекционное отделение на фоне интенсивной терапии.
- Транспортировка на носилках в положении лежа на боку.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

Даже только подозрение на ботулизм требует проведения неотложных мероприятий!

- Промывание желудка через зонд водой независимо от сроков заражения (2% раствором Гидрокарбоната натрия (пищевой соды), 20 г соды на 1 л воды).
- Энтеросорбент (Энтеродез) 20 г растворить в 150 мл воды или 100 мл солевого слабительного, вводить через зонд.
- КПВ.
- Реамберин 400 мл в/в капельно 20 кап./мин.
- Санация дыхательных путей.
- Ингаляция кислорода.
- Интубация трахеи, ИВЛ.

A02–A04 Кишечные инфекции неясной этиологии (КИНЭ) (сальмонеллез, шигеллез, дизентерия, пищевая токсикоинфекция – ПТИ).

Термин КИНЭ объединяет большую группу острых инфекционных заболеваний бактериально-вирусной этиологии, основными проявлениями которых являются боли в животе, рвота, частый жидкий стул, характеризующихся обезвоживанием, интоксикацией и развитием ИТШ.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

- Рвота; понос более 3 раз.
- Выраженная общая слабость; протрация.
- Жажда; сухость слизистых оболочек и кожных покровов; озноб.
- Афония – хриплый голос.
- Снижение тургора кожи.
- Впалые щеки.
- Ввалившиеся глаза.
- Снижение АД; частый пульс.
- Акроцианоз.
- Олиг-, анурия; судороги.
- ИТШ.
- Обесцвеченный (белый) кал.
- Темная моча.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

- Промывание желудка через зонд до 12 ч после развития клинических проявлений.
 - Энтеросорбент (Энтеродез) 10–20 г + 150 мл воды вн.
- Обезвоживание I степени:*
- Регидрон 18,9 г = 1 пакет растворить в 1 л воды, 1 л/сут. вн.
- Обезвоживание II–III степени:*
- КПВ. Ацесоль (Трисоль, Хлосоль, Лактасол, раствор Рингера) не менее 400 мл в/в капельно 60 кап./мин.
 - При болях в животе: дротаверин (Но-шпа) 40 мг = 2 мл в/м.
 - Растворы назначают до восстановления тургора кожи, повышения минимального АД до 100/60 мм рт.ст. и снижения пульса <100 уд./мин.

ТАКТИКА

- Регидратация и коррекция водно-электролитных нарушений. Дезинтоксикация. Предупреждение развития ИТШ. Госпитализация в инфекционное отделение. Транспортировка на носилках.

B15–B19 Гепатит вирусный – общее название острых и хронических диффузных воспалительных заболеваний печени различной этиологии.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

ИП: 2–26 нед.

- Депрессия, усталость.
- Повышение температуры тела.
- Головная боль.
- Общее недомогание.
- Ломота в теле.
- Боли в суставах.
- Желтуха или ее отсутствие.
- Боли в правом подреберье.
- Увеличение печени.
- Боли тупые и длительные, ноющие, а также приступообразные, интенсивные, иррадиирующие в правое плечо и правую лопатку.
- Обесцвечивание кала (белый).
- Цвет мочи темный.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

Не требует лечения на догоспитальном этапе.

- Симптоматическая терапия.

При явлениях энцефалопатии, заторможенности, сонливости, икоте:

- Глюкоза 5% 500 мл в/в капельно.
- Реамберин 400 мл в/в.

ТАКТИКА

- Госпитализация в инфекционное отделение.
- Транспортировка на носилках.
- При отказе от госпитализации – актив врачу поликлиники.

J10, J11, J06.9 Грипп, ОРВИ – острое респираторное вирусное заболевание, характеризующееся острым началом, выраженной лихорадкой, интоксикацией и респираторными симптомами.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

Среднетяжелая форма:

- Температура тела – 38–39°C, ЧДД – 22–24/мин, ЧСС – 90 уд./мин, АД – 120/80 мм рт.ст.
- Слабость, потливость, светобоязнь, суставные, мышечные, головные боли, гиперемия зева, конъюнктив, охриплость голоса, кашель, ринит, боли и саднение за грудиной, гиперемия и/или цианоз кожи.

Тяжелая форма:

- Температура тела – 38–39°C, ЧДД – 24–26/мин, ЧСС – 90–100 уд./мин, АД – 100/70 мм рт.ст.
- Психотические симптомы, судороги, галлюцинации, носовые кровотечения, геморрагическая сыпь на слизистых оболочках, рвота.

Гипертоксическая форма:

- Температура тела >39°C, ЧДД >24/мин, ЧСС >100 уд./мин, АД – 100/60 мм рт.ст. Гипертермический синдром.
- Менингизм (менингеальный синдром).
- Нейротоксикоз (энцефалопатия + гемодинамические расстройства).
- Отечный геморрагический синдром (ДН, отек легких, отек мозга).

ТАКТИКА

- Уменьшение интоксикации. Предупреждение развития ИТШ.
- При оставлении больного дома – актив врачу поликлиники.
- При выраженной интоксикации, температуре тела >39°C и из общественных мест – госпитализация в инфекционное отделение.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

• Физические методы охлаждения.

При T >38,0°C:

- Парацетамол 325 мг + Ибупрофен (Ибуклин) 400 мг вн.
- Хлоропирамин (Супрастин) 25 мг вн.
- Регидрон 1 пакет/1 л воды, 2 л/сут. вн.

При адинамии, нарушении сознания, гипоксии:

- Раствор Рингера или Хлосоль, Ацесоль, Трисоль, Натрия хлорид 0,9% 400 мл в/в капельно.
- Преднизолон 150 мг в/в.
- Пульсоксиметрия.

A36 Дифтерия – острое инфекционное заболевание, передающееся воздушно-капельным путем, характеризующееся выраженной интоксикацией, поражением сердечно-сосудистой, нервной и выделительной систем и воспалением слизистых оболочек рото- и носоглотки.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

- Выраженная слабость.
- Температура тела 38–39°C, озноб.
- Боль в горле, затрудненное глотание.
- Гнусавый голос.
- Отек мягких тканей шеи («бычья шея»).
- Кожные покровы бледные.
- Увеличение небных миндалин.
- Гиперемия и отек слизистой оболочки глотки.
- Налет в зеве: белый, серый или грязный пленчатый, выходит за пределы свободной поверхности миндалин; плохо снимается шпателем, с повреждением эпителиального слоя.
- Увеличение шейных лимфоузлов.

ТАКТИКА

- Коррекция гипоксии.
- Профилактика развития ИТШ.
- Экстренная госпитализация в инфекционное отделение.
- Транспортировка на носилках.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

При локализованной форме:

- Симптоматическое лечение.

При токсической форме:

- КПВ.
- Преднизолон 90–120 мг в/в.
- Реополиглюкин 400 мл в/в капельно.
- Ингаляция кислорода.

При нарушениях дыхания и ритма сердца:

- Интубация трахеи, ИВЛ.
- Вызов бригады реанимации.

В51 Малярия – острое инфекционное заболевание, передаваемое человеку при укусах комаров рода *Anopheles* («малярийных комаров»), сопровождающееся приступами лихорадки, ознобами, спленомегалией, гепатомегалией, анемией и характеризующееся хроническим рецидивирующим течением.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

Протекает со сменой фаз:

- Потрясающий озноб от 10–15 мин до 2–3 ч, очень быстрый подъем температуры тела до 39–40°C.
- Кожа бледная, холодная, шероховатая, «гусиная» с цианотичным оттенком.
- Сильная головная и мышечная боль.
- Жажда, иногда рвота; бред.
- Лицо гиперемировано, кожа сухая, горячая.
- Тахикардия.
- Через несколько часов жар сменяется профузным потоотделением.
- Температура тела критически падает до субнормальных значений.
- Самочувствие улучшается, но остается слабость.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

- Метамизол (Анальгин) 50% 2 мл в/м (1 мл = 500 мг) или Ибупрофен 200 мг вн.

При признаках отека головного мозга:

- КПВ.
- Реополиглюкин (Декстран) 10% 400 мл в/в капельно (1 мл = 10 мг).
- Дексаметазон 8 мг в/в.
- Аминосульфонил (Фуросемид, Лазикс) 40 мг в/м (1 мл = 10 мг).
- Ингаляция кислорода.

Препараты для лечения разных форм: Прогуанил. Сульфален. Клотримазол. Пириметамин. Галофантрин. Артемизинин. Примахин. Пиронаридин. Хлорохин. Хинидин. Мефлохин.

ТАКТИКА

- Срочная госпитализация в инфекционное отделение.
- Транспортировка на носилках.

А37 Коклюш – острое инфекционное заболевание, вызываемое коклюшной палочкой (*Bordetella pertussis*), передающееся воздушно-капельным путем, поражающее дыхательные пути и ЦНС, характеризующееся респираторными признаками, приступами спазматического кашля и интоксикацией (на 14-й день).

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

- ИП: 5–9 дней (от 3 до 20).
- Насморк, першение и покраснение в горле.
- Сухой редкий кашель, температура – 37,0–37,5°C.
- На 12–14-й день появляются приступы спазматического кашля: серии кашлевых толчков сменяются глубоким свистящим вдохом (реприз), затем вновь следуют кашель и реприз. В период приступа – от 2 до 15 циклов. Число приступов – 5–50.
- В момент приступа: возбуждение, лицо синее, одутловатое, на склерах и конъюнктивах точечные кровоизлияния, шейные вены выбухают. Травмы и язвы уздечки языка.
- Тонико-клонические судороги, рвота.
- Период спастического кашля – 3–4 нед.
- Обычный кашель сохраняется еще 2 нед.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

- Не требует лечения на догоспитальном этапе.
- Симптоматическая терапия.

ТАКТИКА

- Госпитализации подлежат: дети до 1 года, больные с тяжелым течением, наличием осложнений, дети из общественных учреждений (детские дома).
- Госпитализация в инфекционное отделение.

В05 Корь – высококонтагиозное острое инфекционное заболевание, вызываемое РНК-вирусом, проявляющееся интоксикацией, воспалением верхних дыхательных путей, конъюнктивитом, пятнисто-папулезной сыпью на теле. Источник – заболевший человек. Заразный период: за 2 дня до начала клинических проявлений и 4 дня после появления сыпи.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

Периоды: 1. ИП: 7–17 дн. 2. Катаральный: 2–7 дн.
3. Период высыпаний: 3 дня. 4. Пигментация, реконвалесценция: 14–21 дн.

- Интоксикация: Т – две волны – до 4–5-го дня сыпи: слабость, головная боль, судороги, бред, ↓ АД.
- Катаральный: конъюнктивит, склерит, блефарит, ринит.
- Респираторный: кашель сухой, влажный; дисфония, круп.
- Экзантема (сыпь): на 3-й день, 3 дня, пятнисто-папулезная, красная, обильная, неизменный фон кожи, равномерно по всему телу, «сползает» с лица на ноги последовательно.
- Пятна Бельского–Филатова–Коплика – белесоватые точки на фоне гиперемии, на слизистой щек, до начала сыпи.
- Энантема (сыпь) – пятнистая гиперемия мягкого и твердого нёба в катаральном периоде.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

Не требуется лечение на этапе НМП.
При Т тела ≥38°C:

- Парацетамол 500 мг вн. или Метамизол (Анальгин) 50% 1 мл = 500 мг в/м.

Препараты для лечения:

- Парацетамол 500×2×4 вн. или Ибупрофен 200×2×4 вн.
- Мирамистин-спрей 1 доза×4×4, орошение зева.
- Ксилометазолин-спрей 1 доза×2×3 наз. • Аква Марис стронг 2 дозы наз. • ИФН α-2b (Гриппферон) спрей 500 000×2×10 наз. • Инозин пранобекс (Изопринозин, Гроприносин) 500 мг табл. по 1000 мг 2–3×10 вн.
- Кальция глюконат 500×3×10 вн. • Ретинола ацетат (витамин А) 25 000×2×5 вн.

Препараты для лечения осложнений:

- Амоксиклав 875/125, 500/125 мг×2×7 вн.
- Эритромицин 250×4×7 вн. • Азитромицин 500×1×7 вн.
- Цефтриаксон 1г×2×7 в/м.

ТАКТИКА

- Актив врачу поликлиники.
- Госпитализация при тяжелом течении.
- Дети из организованных коллективов – разобщение на 17 дней.

В06 КОВИД-19 (COVID-19) – острое инфекционное заболевание, вызываемое периодически изменяющимся РНК-вирусом (SARS-CoV-2); поражает сосудистую систему легких («кровавое» полнокровие, шоковое легкое, альвеолярно-геморрагический синдром); может проявляться как в форме ОРВИ, так и в форме тяжелого острого респираторного (ТОРС[SARS])-синдрома и пневмонии, гипоксемии, тромбоза, тромбоэмболии и/или других нарушений. Инкубационный период: 2–14 (5–7) дней.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

III Клиника, диагностика и лечение COVID-19 могут периодически изменяться.
Настоящие сведения представлены в соответствии с Временными методическими рекомендациями Минздрава РФ (версия 11 от 07.05.2021).

- Т >37,5°C • ЧД ≥18–20/мин • SpO₂ * ≤95% • Кашель.
- Одышка • Ощущение заложенности в грудной клетке.
- Утомляемость, мышечная слабость • Головная боль.
- Заложенность носа, насморк.
- Боль в горле • Конъюнктивит.
- Отсутствие обоняния, вкуса.
- ЧСС >80/мин • Тоны сердца приглушены.
- В легких сухие или влажные хрипы в зависимости от стадии болезни.

* Показатель сатурации (уровня кислорода в крови) при пульсоксиметрии.

ТАКТИКА

- Защитный костюм (Временные методические рекомендации. Приложение 10).
- Госпитализация – при среднетяжелом и тяжелом течении.
- Актив врачу поликлиники – при легком течении.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

При Т тела ≥38°C:

- Парацетамол 500 мг вн. или Метамизол (Анальгин) 50% 1 мл = 500 мг в/м.

Препараты для лечения:

- НПВП: Парацетамол 500×2×4 вн. или Ибупрофен 200×2×4 вн.
- Противовирусные: Умифеновир 200 мг×4×7 вн. или Фавипиравир. Ремдесивир или ИФН α-2b.
- Антитромботические: Ривароксабан 10 мг×1×30 вн. или Апиксабан 2,5 мг×2×10 вн. или Дабигатрана этексилат 110 мг×2×10 вн.
- Антибактериальные (лечение осложнений): Азитромицин 500×1×7 вн. Амоксиклав 875/125, 500/125 мг×2×7 вн. Цефтриаксон 1 г×2×7 в/м.

А38 Скарлатина – острое инфекционное заболевание, возникающее при проникновении стрептококка в организм через слизистые оболочки дыхательных путей, с токсическим действием на сердце, ЦНС и характеризующееся ангиной и мелкоточечной сыпью на коже.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

- Больной заразен с 1-го по 22-й день заболевания; ИП: 3–7 дней.
- Острое начало: вялость, сонливость, головная боль, озноб. Температура – 38–40°C.
- Тошнота и рвота.
- Мелкоточечная сыпь на лице, боковых поверхностях туловища и в местах естественных кожных складок (паховых, подмышечных, ягодичных) – 3–7 дней; через 2 нед. – шелушение.
- Боли в горле при глотании.
- Лимфатические узлы плотные, увеличенные, болезненные.
- Язык сухой, с бурым налетом, с 3–4-х суток начинает очищаться, до ярко-красного («малиновый» язык) – до 2 нед.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

- Не требует лечения на догоспитальном этапе.
 - Физические методы охлаждения.
- При T тела >38°C:*
- Метамизол (Анальгин) 50% 2 мл в/м (1 мл = 500 мг).
- Препараты для лечения:*
- Амоксициллин 500 мг 2 раза в день 7 дней, *или*
 - Цефалексин 500 мг 2 раза в день 7 дней, *или*
 - Кларитромицин 500 мг 2 раза в день 7 дней, *или*
 - Рокситромицин 150 мг 2 раза в день 7 дней.

ТАКТИКА

- Актив в поликлинику.
- Госпитализация: тяжелое течение; осложнения; беременные; лица из организованных коллективов.
- Изоляция больного прекращается с 10-го дня от начала заболевания при условии ликвидации всех явлений острого периода.

А39 Менингококковая инфекция, менингит, менингококкцемия – гнойное или серозное воспаление оболочек головного и спинного мозга, вызываемое бактериями, вирусами и другими причинами (чаще *Neisseria meningitidis*, *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* и др.). Инкубационный период – 2–12 дней.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

- В анамнезе – ОРВИ (~10 дней).
- Температура тела 38–40°C, озноб.
- Головная боль сильная, постоянная.
- Многократная рвота без облегчения.
- Пятнисто-петехиальная геморрагическая сыпь.
- Ригидность мышц: затылочных, спины, конечностей. Симптомы Кернига, Брудзинского положительные.
- Афазия. Гемипарез. Судороги. Нарушение сознания: спутанность – делирий – кома.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

- Ингаляция кислорода.
 - КПВ.
- При T >38°C:* Метамизол 1000 мг в/в.
- Цефтриаксон 2 г в/в, указать время.
 - Раствор Рингера или Трисоль, Ацесоль, Хлосоль 400 мг в/в 20 кап./мин.
 - Преднизолон 120–150 мг в/в.

ТАКТИКА

- Предупреждение развития ИТШ, отека головного мозга.
- Коррекция гипоксии.
- Транспортировка на носилках.
- Госпитализация в инфекционное отделение.

A00 Холера – острое инфекционное заболевание с фекально-оральным путем заражения, характеризующееся поражением тонкого кишечника, водянистым жидким стулом, рвотой, быстрым обезвоживанием организма, развитием гиповолемического шока и смертельным исходом.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

- Жидкий стул 1–20 раз в сутки («рисовый отвар»), без боли, без позывов.
- Сухость во рту и жажда.
- Дискомфорт в области пупка, урчание в животе.
- Обильная рвота без тошноты.
- Сиплый голос.
- Резкая слабость.
- Тургор кожи снижен, морщины на коже, пальцах рук, кожная складка не расправляется.
- Цианоз губ, акроцианоз.
- АД падает, пульс слабый, частый.
- Судороги.
- Одышка, афония.
- Олигурия, анурия.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

- Индивидуальная экстренная профилактика среди медицинского персонала.
- Проведение дезинфекции в очаге.
- Коррекция водно-электролитных нарушений.

При обезвоживании I степени:

- Пероральная регидратация.
- Регидрон (Глюкосолан) 1 пакет растворить в 1 л воды, внутрь дробно.

При обезвоживании II–IV степени:

- Хлосоль (Трисоль, Ацесоль, Лактасол) не менее 800 мл в/в капельно.

ТАКТИКА

- Срочная госпитализация в инфекционное отделение.
- Транспортировка на носилках.

A20 Чума – это особо опасная инфекция, возбудитель *Yersinia pestis* (*Y.p.*), передается через укусы крысиных блох, крыс, животных, воздушно-капельным путем от больного; *Y.p.* в лимфоток, лимфоузлы – бактериемия – вторичные очаги; интоксикация, лихорадка, поражение лимфоузлов, легких, сепсис. ИП: 1–2–6 дней. Формы: бубонная, легочная, кишечная, септическая.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

- **Бубонная.** Бубоны – увеличение паховых, реже подмышечных лимфоузлов; болезненные, от 1–10 см, спаяны с окружающими тканями, нагноение, спонтанный дренаж, геморрагический некроз. Боль в паху, подмышечных областях.
- **Легочная.** Боль в грудной клетке, кашель с кровавой мокротой. Легочно-сердечная недостаточность.
- **Кишечная.** Боли в эпигастрии, животе, сильные; жидкий стул с примесью крови и слизи.
- **Септическая.** Сыпь геморрагическая на коже, слизистых множественная, кровотечения кишечные, почечные. Рвота с примесью крови.
- **Интоксикация:** повышение T до 38–39°C, озноб, адинамия, слабость, головная, мышечная боль.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

- КПВ.
- Натрия хлорид 0,9% 500 мл в/в.

ТАКТИКА

- Действия в соответствии с Инструкцией при выявлении больного особо опасной инфекцией.
- Защитный костюм I типа.
- Госпитализация независимо от формы болезни.
- Транспортировка на носилках при тяжелом течении.

A22 Сибирская язва – это особо опасная инфекция, возбудитель *Bacillus anthracis* (*B.a.*), передается через укусы насекомых, при обработке шкур больных животных, через мясные пищевые продукты, обсемененные спорами почву, воду, воздух. *B.a.* – через кожу (карбункул, язва), слизистые ЖКТ, дыхательных путей в лимфоток; лимфоузлы – серозно-геморрагическое воспаление – некроз тканей; интоксикация, лихорадка, поражение лимфоузлов, сепсис. ИП: 1–2–8 дней. Формы: кожная, карбункулезная, септическая, желудочно-кишечная.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

- **Кожная.** Медно-красное пятно, папула, жжение, везикула, язва, черный струп. Лимфаденит.
- **Карбункулезная.** Отек кожи, некроз, карбункулы, геморрагические пузыри, некротическо-язвенные поверхности. Отечная, гиперемированная, но безболезненная кожа.
- **Септическая.** Сыпь геморрагическая на коже, слизистых множественная, кровотечения. Рвота и фекалии с примесью крови.
- **Желудочно-кишечная.** Интоксикация при всех формах: повышение T до $38-39^{\circ}\text{C}$, озноб, адинамия, слабость, головная, мышечная боль. ЧСС >100 уд./мин. АД $<100/60$ мм рт.ст. Тошнота, рвота.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

- КПВ.
- Натрия хлорид 0,9% 500 мл в/в.

ТАКТИКА

- Действия в соответствии с Инструкцией при выявлении больного особо опасной инфекцией.
- Госпитализация независимо от формы болезни.
- Транспортировка на носилках при тяжелом течении.

1.9. Реанимация

- Принципы проведения реанимационных мероприятий
- Приемы реанимации: искусственное дыхание
- Приемы реанимации: непрямой массаж сердца
- Клиническая смерть, асистолия
- Успешная сердечно-легочная реанимация
- Кома гипогликемическая
- Кома гипергликемическая (диабетическая)
- Кома неизвестного генеза
- Отек гортани и верхних дыхательных путей
- Тепловой, солнечный удар (воздействие высоких температур)
- Утопление
- Фибрилляция (мерцание) желудочков
- Шок анафилактический
- Шок инфекционно-токсический
- Шок кардиогенный (при остром инфаркте миокарда передней локализации)
- Шок кардиогенный (при остром инфаркте миокарда правого желудочка)
- Шок травматический
- Электротравма, вызванная электрическим током низкого напряжения (<1000 В).
- Электротравма, вызванная электрическим током высокого напряжения (>1000 В)
- Инородное тело в дыхательных путях (ротоглотке)

ПРИНЦИПЫ ПРОВЕДЕНИЯ РЕАНИМАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ

1. Реанимационные мероприятия при их неэффективности проводятся как минимум в течение 30 мин.
2. При регистрации электрической активности сердца реанимационные мероприятия проводятся в течение 30 мин от последнего зарегистрированного эпизода электрической активности.
3. Реанимационные мероприятия начинаются с дыхательных движений и компрессий грудной клетки в соотношении **2:30** при неизвестных обстоятельствах остановки сердца.
4. Реанимационные мероприятия начинаются с компрессий грудной клетки и дыхательных движений в соотношении **30:2** при известных обстоятельствах остановки сердца.
5. При проведении реанимационных мероприятий одним спасателем соотношение частоты дыхательных движений и компрессий грудной клетки составляет **2:15**.
6. При проведении реанимационных мероприятий двумя спасателями соотношение частоты дыхательных движений и компрессий грудной клетки составляет **1:5**.

ПРИЕМЫ РЕАНИМАЦИИ: ИСКУССТВЕННОЕ ДЫХАНИЕ (ИД)

Сущность ИД: искусственное наполнение легких воздухом.

Показания к ИД:

1. Остановка дыхания.
2. Резкое дыхание.
3. Неритмичное дыхание.

ИД прекращают только при появлении признаков биологической смерти: трупных пятен.

Техника ИД «рот-в-рот»

1. Положить пострадавшего на спину на жесткое основание: земля, пол, кушетка и др.
2. Расстегнуть одежду на груди, поясной ремень.
3. Проходимость дыхательных путей проверить и восстановить (пальцем, обмотанным марлей или платком). Голову пострадавшего повернуть в сторону. При подозрении на перелом позвоночника голову поворачивать на бок нельзя.
4. Запрокинуть голову назад.
5. Зажать нос – открыть рот. Одну руку расположить на лбу и пальцами зажать нос, другой рукой нажать на нижнюю челюсть и большим пальцем открыть рот пострадавшему.
6. Выдох в рот пострадавшему: $V \text{ выдоха} = 1-1,5 \text{ л}$ (прижав свои губы ко рту пострадавшего).
7. Пострадавший выдыхает воздух – это пассивный (самостоятельный) выход воздуха.
8. Повторить цикл с частотой 16–20 дыханий в минуту.

Контроль эффективности ИД

1. После первых 3–5 циклов проверяют пульс пострадавшего на сонной артерии.
2. Отсутствие пульса служит показанием для проведения одновременно наружного массажа сердца.

ПРИЕМЫ РЕАНИМАЦИИ: НЕПРЯМОЙ МАССАЖ СЕРДЦА (НМС)

Сущность НМС: восстановление или поддержание кровообращения на уровне, достаточном для обеспечения тканей организма кислородом и удаления из них углекислого газа.

Показания к НМС:

1. Отсутствие пульса на сонной артерии (на шее между кивательной мышцей и трахеей).
2. Расширенные зрачки без реакции на свет.
3. Отсутствие сознания.
4. Исчезновение дыхания или прерывистое судорожное дыхание с короткими вдохами и выдохами.

Техника НМС

1. Положить пострадавшего на спину на жесткое основание: земля, пол, кушетка и др.
2. Расстегнуть одежду на груди, поясной ремень.
3. «Ладони крестом». Встать сбоку от пострадавшего и положить одну ладонь на нижнюю треть грудины в поперечном направлении, другую ладонь – сверху крестообразно. Пальцы обеих рук приподняты и не касаются кожи пострадавшего.
4. Компрессии 60 в минуту. Энергичными толчками, с частотой 60 раз в минуту, ритмично надавливать на грудину, используя не только силу рук, но и тяжесть всего тела.

Эффективность НМС

1. Появление пульса на сонной или бедренной артерии.
2. Через 1–2 мин кожа и слизистая оболочка губ пострадавшего должны принять розовый оттенок.
3. Зрачки сужаются.

Сочетание НМС с ИД

1. НМС проводят одновременно с ИД, так как НМС не вентилирует легкие.
2. Реанимацию проводят 2 человека: легкие раздувают в соотношении 1:5, т.е. на каждое раздувание легких производят 5 компрессий (сжатий) грудины.
3. Реанимацию проводит один человек: легкие раздувают в соотношении 2:15, т.е. на каждые 2 раздувания легких пострадавшего выполняют 15 компрессий грудины с интервалом 1 с.

199 Клиническая смерть, асистолия – экстремальное состояние, наступающее как фатальный исход ряда заболеваний, состояний или травм.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

- Внезапная потеря сознания.
- Отсутствие пульса на сонной артерии.
- Широкие зрачки.
- Остановка или резкое нарушение дыхания.
- Судорожные подергивания различных групп мышц.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

- Оценка электрической активности сердца.
- ЭКГ-мониторинг.
- Непрямой массаж сердца + ИВЛ.
- Санация ВДП.
- Интубация трахеи или ларингеальная трубка.
- ИВЛ.
- КПВ или внутрикостный доступ.
- Эпинефрин (Адреналин) 0,1% 1 мл каждые 5 минут в/в (1 мл = 1 мг).

ТАКТИКА

- Восстановление и поддержание жизненно важных функций организма.
- Госпитализация в ОРИТ – в случае успешных реанимационных мероприятий.
- Транспортировка на носилках.

I46.0 Успешная сердечно-легочная реанимация – период после эффективного проведения реанимационных мероприятий.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

- Кожные покровы, губы, слизистые принимают розовый оттенок.
- Появление пульса на сонной и/или бедренной артериях.
- Сужение зрачков.
- Появление дыхательных движений, дыхания.
- Признаки восстановления сознания.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

- ЭКГ-мониторинг.
- Пульсоксиметрия.
- Продолжение ИВЛ с ЧДД 12–14/мин.
- Аскорбиновая кислота 250 мг в/в.
- Инозин + никотинамид + рибофлавин + янтарная кислота (Цитофлавин) 10 мл + Натрия хлорид 0,9% 250 мл в/в капельно 60–90 кап./мин.
- Криопакеты (холод) на область сонных артерий и затылок.
- Продолжать в/в введение растворов по основному заболеванию.

ТАКТИКА

- Госпитализация. Транспортировка на носилках.
- При отказе от госпитализации – актив спецбригаде СМП.

R40 Кома гипогликемическая – тяжелое состояние, развивающееся у больных сахарным диабетом при передозировке инсулина или непринятии пищи после введения обычной дозы инсулина; характеризуется резким снижением уровня глюкозы в крови.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

- Глюкоза крови <3 ммоль/л.
- ① Целевой уровень – не ниже 4 ммоль/л!
- Острое начало.
- Чувство голода.
- Страх, возбуждение, агрессивность.
- Озноб.
- Головокружение, слабость.
- Сердцебиение.
- Расширение зрачков, позже отсутствие реакции зрачков на свет.
- Пульс частый, аритмичный, затем брадикардия.
- Тонические, клонические судороги.
- Дыхание поверхностное.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

- Положение на боку.
- Санация дыхательных путей.
- Глюкометрия или глюкотест.
- КПВ.
- Глюкоза **40%** 40–60 мл в/в струйно до восстановления сознания, при необходимости повторно. (При отсутствии эффекта: Эпинефрин [Адреналин] 0,5–1,0 мл = 0,5–1 мг в/в.)
- Повторная глюкометрия через 15 мин.
- Глюкоза **10%** 40–60 мл в/в капельно со скоростью 100–200 мл/ч.
- Эпинефрин (Адреналин) 0,5–1,0 мл = 0,5–1,0 мг п/к, в/в.

ТАКТИКА

- Коррекция уровня глюкозы крови – не менее 4,0 ммоль/л.
- Профилактика дыхательных нарушений.
- Восстановление сознания.
- Госпитализация в реанимационное отделение.

R40 Кома гипергликемическая (диабетическая) – тяжелое осложнение сахарного диабета, развивающееся при недостатке инсулина и повышении уровня глюкозы в крови.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

- Глюкоза крови >16 ммоль/л.
- Развивается медленно, в течение 2–3 дней.
- Ухудшение аппетита.
- Тошнота, рвота.
- Сухость во рту, жажда.
- Сухость кожных покровов.
- Гиперемия лица.
- Дыхание шумное, поверхностное.
- Слабость, сонливость.
- Запах ацетона изо рта.
- Запавшие глаза, зрачки узкие.
- Пульс малый, частый.
- АД снижено.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

- Положение на боку.
- Санация дыхательных путей.
- При стеновой симптоматике: интубация трахеи.
- Глюкометрия, глюкотест.
- КПВ.
- Натрия хлорид 0,9% 1000 мл в/в капельно.
- Ингаляция кислорода.

ТАКТИКА

- Коррекция водно-электролитного баланса.
- Профилактика дыхательных нарушений.
- Восстановление сознания.
- Госпитализация в реанимационное отделение.

R40.2 Кома неизвестного генеза – это остро развивающееся тяжелое состояние, характеризующееся угнетением ЦНС, отсутствием сознания, реакции на внешние раздражители, расстройствами дыхания, кровообращения и других жизненно важных функций организма.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

- *I стадия* – оглушенность, сон (спячка), движения несложные, глотает воду и жидкую пищу, повороты в постели, контакт затруднен; мышечный тонус повышен; фото-реакция сохранена, косоглазие, кожные рефлексы снижены, сухожильные рефлексы повышены.
- *II стадия* – глубокий сон, сопор; контакт отсутствует, реакция на боль отсутствует; редкие хаотичные движения; дыхание шумное, Куссмауля, Чейна–Стокса; произвольные мочеиспускание и дефекация; фото-реакция ослаблена, зрачки сужены; кожные рефлексы отсутствуют; фибрилляция мышц.
- *III стадия*, «атоническая» – сознание, реакция на боль, рефлексы отсутствуют; миоз, фотореакция отсутствует; судороги; мочеиспускание и дефекация произвольные; АД снижено, дыхание аритмичное, редкое; температура тела снижена.
- *IV стадия*, запредельная – рефлексы отсутствуют, атония мышц; мидриаз; гипотермия, дыхание отсутствует; АД снижено или отсутствует.

ТАКТИКА

- Транспортировка на носилках на боку.
- Госпитализация в реанимационное отделение.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

- Профилактика аспирации и асфиксии. Коррекция нарушений дыхания.
- Обеспечение перфузии головного мозга.
- Осмотр пациента, следует обращать внимание на следы травм, инъекций, характерный запах; сбор анамнеза у свидетелей.
- Положить больного на бок.
- Определить уровень гликемии.
- Санация дыхательных путей.
- Интубация трахеи.
- ИВЛ.
- КПВ.

При САД >120 мм рт.ст.:

- Натрия хлорид 0,9% 500 мл в/в капельно.

При САД <120 мм рт.ст.:

- ГЭК 6% 400 мл в/в капельно.

Ж38.4 Отек гортани и верхних дыхательных путей – опасное для жизни осложнение ангионевротического отека, крапивницы, ангины или других состояний воспалительного или невоспалительного происхождения, характеризующееся резким утолщением всех тканей гортани и области шеи с серозным выпотом или инфильтрацией и непредсказуемым течением с развитием асфиксии и удушья.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

- Деформация шеи за счет отека кожи, подкожной клетчатки шеи и/или слизистых оболочек в сочетании с крапивницей или без нее.
- Надгортанник теряет свою форму и отклоняется в одну или другую сторону.
- Боль при глотании, ощущение давления, инородного тела, поперхивание.
- Гнусавость голоса.
- Слабо выраженный и медленно развивающийся невоспалительный отек может проходить незаметно для больного.

Наибольшую опасность для жизни представляет вызванная отеком асфиксия! Течение отека различно и непредсказуемо, состояние относительного благополучия может внезапно смениться тяжелым стенозом!

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

- Прекращение контакта с аллергеном.
- Эпинефрин (Адреналин) 0,5 мл = 0,5 мг в/м.
- Пульсоксиметрия.
- Ингаляция кислорода. КПВ.
- Преднизолон 120 мг или Дексаметазон 16 мг в/в.
- Натрия хлорид 0,9% 250 мл в/в капельно.

При недостаточном эффекте:

- Эпинефрин 0,5 мг в/в.

При недостаточном эффекте:

- Интубация трахеи – только одна попытка.

Ларингеальные трубки запрещены!

При невозможности интубации трахеи:

- Коникотомия.
- Ингаляция кислорода.
- ИВЛ.

ТАКТИКА

- Госпитализация в реанимационное отделение.
- Транспортировка на носилках с приподнятым головным концом.
- В пути – наблюдение. Быть готовым к реанимационным мероприятиям.

Т67 Тепловой, солнечный удар (воздействие высоких температур) – тяжелое поражение ЦНС и нервных центров в продолговатом мозге, вызываемое интенсивным или длительным воздействием прямых солнечных лучей на голову, и общее перегревание организма вследствие проникновения тепловых лучей в глубину тканей.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

- *Легкая степень:* общая слабость; головная боль; тошнота; учащение пульса и дыхания; расширение зрачков.
- *Средняя степень:* резкая адинамия; сильная головная боль с тошнотой и рвотой; оглушенность; неукротимость движений; шаткая походка; временами обморочные состояния; учащение пульса и дыхания; повышение температуры тела до 39–40°C.
- *Тяжелая степень* развивается внезапно; лицо гиперемировано, позже бледно-цианотичное; кома, клонические и тонические судороги, бред, галлюцинации; температура тела – до 41–42°C, случаи внезапной смерти. Летальность – 20–30%.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

- Укрыть металлизированным покрывалом, золотистой стороной к телу пострадавшего.
- Термометрия.
- Криопакеты гипотермические.
- Физические методы охлаждения.
- Прохладное питье, обтирание холодной водой.
- Ингаляция кислорода.

При температуре выше 38°C:

- Метамизол (Анальгин) 2 мл = 1000 мг в/в.
- КПВ.
- Натрия хлорид 0,9% 500 мл в/в капельно.
- Декстроза 5% 500 мл в/в капельно.

ТАКТИКА

- Госпитализация в реанимационное отделение.
- Транспортировка на носилках.

Т75.1 Утопление – это терминальное состояние, возникающее в результате обтурации просвета дыхательных путей жидкой средой (водой, грязью, нечистотами и др.), приводящей к механической асфиксии.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

- Спасти тонущего человека можно в первые 3–6 минут с начала утопления, в отдельных случаях этот срок достигает 20–30 мин.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

- Фиксация шейного отдела позвоночника воротниковой шиной.
- Санация дыхательных путей.
- Ингаляция кислорода.
- Пульсоксиметрия. КПВ.
- Натрия хлорид 0,9% 250 мл в/в капельно.
- Преднизолон 60 мг или Дексаметазон 8 мг в/в.
- Инозин + никотинамид + рибофлавин + янтарная кислота (Цитофлавин) 10 мл + Натрия хлорид 0,9% 250 мл в/в капельно 60–90 кап./мин или этилметилгидроксипиридин (Мексидол) 250 мг в/в.
- Укрыть металлизированным покрывалом – серебристой стороной к телу пострадавшего.

При развитии комы и/или ДН III–IV ст.: Атропин 0,5–1 мг в/в. Мидазолам 5 мг (Диазепам 10 мг) в/в. Санация ВДП. Интубация трахеи. ИВЛ.

ТАКТИКА

- Профилактика нарушений дыхания.
- Коррекция гипоксии.
- Транспортировка на носилках.
- Госпитализация в реанимационное отделение.

149 Фибрилляция (мерцание) желудочков – это нарушение ритма сердца, характеризующееся полной дезорганизованностью (асинхронностью) сокращения миофибрилл желудочков, что ведет к прекращению насосной функции сердца – клинической смерти.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

Клиническая смерть:

- Внезапная потеря сознания.
- Отсутствие пульса на сонной артерии.
- Широкие зрачки.
- Остановка или резкое нарушение дыхания.
- Судорожные подергивания различных групп мышц.

ЭКГ-признаки:

- Синусовая кривая пилообразная, с частыми, ритмичными, похожими друг на друга волнами, на которых нельзя выявить характерные зубцы.
- Беспорядочные, нерегулярные возбуждения и сокращения отдельных мышечных волокон желудочков с частотой 200–500/мин.
- Комплексы QRS отсутствуют.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

1. Прекордиальный удар (при наличии дефибриллятора – немедленная дефибрилляция последовательно 200, 300, 360 Дж).

2. Непрямой массаж сердца, ИВЛ.

Не прекращать до прибытия спецбригады!

3. Лидокаин 80–120 мг в/в струйно (болюсно), затем 200 мг + Натрия хлорид 0,9% 200 мл в/в капельно 2 мг/мин.

- Эпинефрин (Адреналин) по 1 мл = 1 мг в/в или по 2 мл эндотрахеально каждые 5 минут.

При длительно сохраняющейся или рецидивирующей фибрилляции желудочков:

- Натрия гидрокарбонат 4% 100 мл в/в капельно.
- Реанимационные мероприятия проводятся непрерывно до прибытия спецбригады.
- Поддержание реанимационных мероприятий возможно только при работе бригады в полном составе.

ТАКТИКА

- Восстановление синусового ритма. Стабилизация гемодинамики.
- Проведение реанимационных мероприятий.
- Вызов СМП (БИТ, кардиологическая бригада, кардиореанимационная бригада).
- Госпитализация в реанимационное отделение.

Т78.2 Шок анафилактический – это остро развивающееся, угрожающее жизни состояние, характеризующееся тяжелыми нарушениями деятельности ЦНС, кровообращения, дыхания и обмена веществ в ответ на введение в организм аллергена.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

I мун:

- Беспокойство.
- Резкое головокружение, головная боль.
- Чувство жара.
- Шум в ушах.
- Снижение слуха и зрения.
- Внезапное появление генерализованной сыпи или другие кожные реакции.
- Кожный зуд.
- Одышка, возможно развитие бронхоспазма.
- Боли за грудиной. • Судороги.

II мун:

- Внезапная потеря сознания.
- АД <100/60 мм рт.ст., не определяется.
- Пульс <50 уд./мин, слабый, нитевидный.
- Тоны сердца глухие.

ТАКТИКА

- Коррекция гемодинамических нарушений.
- Транспортировка на носилках.
- Госпитализация в реанимационное отделение.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

- Прекращение контакта с аллергеном.
- Положение с приподнятым ножным концом.
- Эпинефрин (Адреналин) 0,5 мг в/м (1 мл = 1 мг).
- Доступ воздуха или ингаляции кислорода. КПВ.
- Преднизолон 120 мг или Дексаметазон 16 мг в/в.
- Натрия хлорид 0,9% 500 мл в/в капельно.

При недостаточном эффекте – 2-й КПВ:

- Эпинефрин 0,5 мг в/в или + Натрия хлорид 0,9% 250 мл в/в 10–20 кап./мин.
- Натрия хлорид 0,9% 500 мл в/в капельно.
- При ДН III–IV ст.: санация ВДП. Перед интубацией:*
- Атропин 1 мг в/в. Диазепам 10 мг в/в.
- Кетамин 1 мг/кг в/в.
- Интубация трахеи или ларингеальная трубка.
- ИВЛ.

А48.3 Шок инфекционно-токсический (эндотоксический, септический шок) – это экстремальное состояние, возникающее в результате массивной бактериемии и токсемии (воздействия микробных эндотоксинов на клеточные мембраны, компоненты свертывания крови и др.) при генерализации инфекционного процесса и характеризующееся острой недостаточностью кровообращения, тяжелыми метаболическими расстройствами и развитием полиорганной недостаточности.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

1-я степень – ранняя фаза (шоковый индекс – 0,7–1,0):

- АД в норме, тахикардия, снижение пульсового давления. Интоксикация: боли в мышцах, в животе без определенной локализации, сильная головная боль, тревога, подавленность или возбуждение, беспокойство; снижение диуреза <25 мл/ч.

2-я степень – фаза выраженного шока (шоковый индекс – 1,0–1,4):

- Критически падает АД (<90 мм рт.ст.), пульс >100 уд./мин, слабый, кожа холодная, влажная, акроцианоз, дыхание частое, заторможенность и апатия.

3-я степень – фаза декомпенсированного шока (шоковый индекс – 1,5):

- АД снижено, пульс повышен, общий цианоз, одышка, олигурия, желтуха.

4-я степень – поздняя стадия шока (шоковый индекс >1,5):

- Общая гипотермия, кожа холодная, землистого оттенка, цианотичные пятна вокруг суставов, анурия, острая ДН, непроизвольная дефекация, нарушения сознания (кома).

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

- Доступ воздуха или ингаляции кислорода. КПВ.
- Натрия хлорид 0,9% 500–1000 мл в/в капельно.
- Преднизолон 90–120 мг или Дексаметазон 12–16 мг в/в.

При недостаточном эффекте:

- Норэпинефрин 16 мг + Натрия хлорид 0,9% 250 мл 0,5–5 мкг/кг/мин или Допамин 200 мг + Натрия хлорид 0,9% 250 мл 15–25 мкг/кг/мин в/в капельно.

При нарушении дыхания (ДН III–IV ст.):

- Интубация трахеи или ларингеальная трубка.
- ИВЛ.

ТАКТИКА

- Транспортировка на носилках в положении на боку.
- Госпитализация в реанимационное отделение.

I21–I22 Шок кардиогенный (при остром инфаркте миокарда передней локализации) – крайняя степень левожелудочковой недостаточности, характеризующаяся резким снижением сократительной способности миокарда (ударного объема и мощности выброса), которое не компенсируется повышением сосудистого сопротивления и приводит к неадекватному кровоснабжению всех органов и тканей, прежде всего жизненно важных органов.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

- Расстройство, спутанность сознания.
- Бледность кожных покровов, цианоз.
- Холодный пот.
- Ослабление пульса на периферических артериях.
- Снижение АД <90 мм рт.ст.
- Нарушение ритма сердца (тахикардия, брадикардия, экстрасистолия).
- Психомоторное возбуждение.
- Олигурия, анурия.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

- Стабилизация гемодинамики.
- Лечение ИМ – см. Инфаркт миокарда +*
- Допамин (Дофамин) 200 мг или Добутамин (Добутрекс) 250 мг в разведении Натрия хлорида 0,9% 200 мг в/в капельно 7–10 кап./мин.
- При достижении АД >100 мм рт.ст.:*
- Изокет 10 мг или Перлингит 10 мг в разведении Натрия хлорида 0,9% 200 мл в/в капельно 10–30 кап./мин.
 - Фуросемид 40–60 мг в/в болюсно.
 - Тромболитическая терапия до 12 ч от начала заболевания.

ТАКТИКА

- Стабилизация гемодинамики.
- Госпитализация в БКР и ОРИТ.
- Транспортировка на носилках.

I21–I22 Шок кардиогенный (при остром инфаркте миокарда правого желудочка) – крайняя степень левожелудочковой недостаточности, характеризующаяся резким снижением сократительной способности миокарда (ударного объема и мощности выброса), которое не компенсируется повышением сосудистого сопротивления и приводит к неадекватному кровоснабжению всех органов и тканей, прежде всего жизненно важных органов.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

- Расстройство, спутанность сознания.
- Бледность кожных покровов, цианоз.
- Холодный пот.
- Ослабление пульса на периферических артериях.
- Снижение АД <90 мм рт.ст.
- Нарушение ритма сердца (тахикардия, брадикардия, экстрасистолия).
- Психомоторное возбуждение.
- Олигурия, анурия.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

- ЭКГ.
- ⊗ Назначение нитратов противопоказано! Лечение ИМ – см. Инфаркт миокарда +
- Полиглюкин 200 мл или ГЭК 6% 200 мл в/в капельно дробно до достижения положительного эффекта или появления признаков левожелудочковой недостаточности.
- При стойкой артериальной гипотензии.
- Допамин (Дофамин) 200 мг или Добутамин (Добутрекс) 250 мг в разведении Натрия хлорида 0,9% 200 мг в/в капельно 7–10 кап./мин.
- Тромболитическая терапия до 12 ч от начала заболевания.

ТАКТИКА

- Госпитализация в БКР или ОРИТ.
- Транспортировка на носилках.

Т79.4 Шок травматический – тяжелое состояние организма, возникающее как реакция на болевое раздражение или кровотечение.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

- Кожа бледная, холодная и влажная.
- Заторможенность или беспокойство.
- Сухость во рту, жажда.
- Тошнота, рвота.
- Взгляд отсутствующий.
- Сознание спутанное или отсутствует.
- Пульс слабый, частый.
- АД падает.
- Дыхание частое, поверхностное.
- Бессознательное состояние.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

Помощь по объему, характеру, локализации повреждений оказывают одновременно с противошоковыми мероприятиями.

- Пульсоксиметрия.
 - Ингаляция кислорода.
 - КПВ.
- При САД >80 мм рт.ст., последовательно:*
- Натрия хлорид 0,9% 500 мл в/в струйно.
 - ГЭК 6% 250 мл или Декстран 400 мл в/в капельно.
- При САД 60–80 мм рт.ст., последовательно:*
- Декстран (Полиглюкин) 6% 400 мл в/в капельно.
 - Натрия хлорид 0,9% 500–1000 мл в/в струйно.
 - ГЭК 6% 250–500 мл в/в капельно.
- При САД <60 мм рт.ст. – 2-й КПВ:*
- ГЭК 10% 250 мл в/в струйно, одновременно:
 - Натрия хлорид 0,9% 500–1000 мл в/в струйно.
 - Декстран (Полиглюкин) 6% 400 мл в/в капельно.
 - Интубация трахеи или ларингеальная трубка.
 - ИВЛ.

ТАКТИКА

- Госпитализация в реанимационное отделение.
- Транспортировка на носилках.

Т75 Электротравма, вызванная электрическим током низкого напряжения (<1000 В) – травма, вызванная воздействием на организм и ткани электрического тока большой силы или напряжения, в том числе молнии, характеризуется поражением нервной системы (судороги, потеря сознания), нарушениями кровообращения и дыхания, глубокими ожогами.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

- Сознание нарушено или отсутствует.
- «Входные», «выходные» метки тока.
- Аритмии: суправентрикулярная экстрасистолия, тахикардия, желудочковая экстрасистолия, желудочковая пароксизмальная тахикардия; брадикардия.
- АД повышено.
- Возможны травмы и переломы при падении.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

Безопасность спасателей при оказании первой помощи в данном случае является приоритетной!

- Обесточить приборы или токонесущие источники и только после этого приступить к оказанию помощи.
- Горизонтальное положение тела с приподнятым головным концом носилок.
- Освобождение дыхательных путей.
- ЭКГ. КПВ. Промедол 2% 1 мл в/в или Трамадол (Трамал) 2 мл = 100 мг в/в.
- Диазепам (Реланиум) 2 мл = 10 мг в/м, в/в струйно, медленно.

При желудочковой экстрасистолии >6/мин:

- Панангин 10% 20 мл + Натрия хлорид 0,9% 200 мл в/в капельно.
- Наложение повязок на раны, при переломах – иммобилизация.

ТАКТИКА

- Госпитализации подлежат все пострадавшие независимо от тяжести состояния.
- Госпитализация производится в травматологическое отделение или ОРИТ в зависимости от ситуации.

Т79.4 Шок травматический – тяжелое состояние организма, возникающее как реакция на болевое раздражение или кровотечение.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

- Кожа бледная, холодная и влажная.
- Заторможенность или беспокойство.
- Сухость во рту, жажда.
- Тошнота, рвота.
- Взгляд отсутствующий.
- Сознание спутанное или отсутствует.
- Пульс слабый, частый.
- АД падает.
- Дыхание частое, поверхностное.
- Бессознательное состояние.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

Помощь по объему, характеру, локализации повреждений оказывают одновременно с противошоковыми мероприятиями.

- Пульсоксиметрия.
- Ингаляция кислорода.
- КПВ.
- При САД >80 мм рт.ст., последовательно:*
 - Натрия хлорид 0,9% 500 мл в/в струйно.
 - ГЭК 6% 250 мл или Декстран 400 мл в/в капельно.
- При САД 60–80 мм рт.ст., последовательно:*
 - Декстран (Полиглюкин) 6% 400 мл в/в капельно.
 - Натрия хлорид 0,9% 500–1000 мл в/в струйно.
 - ГЭК 6% 250–500 мл в/в капельно.
- При САД <60 мм рт.ст. – 2-й КПВ:*
 - ГЭК 10% 250 мл в/в струйно, одновременно:
 - Натрия хлорид 0,9% 500–1000 мл в/в струйно.
 - Декстран (Полиглюкин) 6% 400 мл в/в капельно.
 - Интубация трахеи или ларингеальная трубка.
 - ИВЛ.

ТАКТИКА

- Госпитализация в реанимационное отделение.
- Транспортировка на носилках.

Т75 Электротравма, вызванная электрическим током низкого напряжения (<1000 В) – травма, вызванная воздействием на организм и ткани электрического тока большой силы или напряжения, в том числе молнии, характеризуется поражением нервной системы (судороги, потеря сознания), нарушениями кровообращения и дыхания, глубокими ожогами.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

- Сознание нарушено или отсутствует.
- «Входные», «выходные» метки тока.
- Аритмии: суправентрикулярная экстрасистолия, тахикардия, желудочковая экстрасистолия, желудочковая пароксизмальная тахикардия; брадикардия.
- АД повышено.
- Возможны травмы и переломы при падении.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

Безопасность спасателей при оказании первой помощи в данном случае является приоритетной!

- Обесточить приборы или токонесущие источники и только после этого приступить к оказанию помощи.
- Горизонтальное положение тела с приподнятым головным концом носилок.
- Освобождение дыхательных путей.
- ЭКГ. КПВ. Промедол 2% 1 мл в/в или Трамадол (Трамал) 2 мл = 100 мг в/в.
- Диазепам (Реланиум) 2 мл = 10 мг в/м, в/в струйно, медленно.
- При желудочковой экстрасистолии >6/мин:*
 - Панангин 10% 20 мл + Натрия хлорид 0,9% 200 мл в/в капельно.
 - Наложение повязок на раны, при переломах – иммобилизация.

ТАКТИКА

- Госпитализации подлежат все пострадавшие независимо от тяжести состояния.
- Госпитализация производится в травматологическое отделение или ОРИТ в зависимости от ситуации.

T75 Электротравма, вызванная электрическим током высокого напряжения (>1000 В) – электротравмы, полученные на линиях высоковольтных передач, трансформаторных подстанциях, в промышленных зонах.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

- Сознание нарушено или отсутствует.
- «Метки» тока, обугливание.
- Переломы позвоночника из-за его переразгибания при прохождении тока.
- Падение АД.
- Нарушения ритма сердца: суправентрикулярная экстрасистолия, тахикардия, желудочковая экстрасистолия, желудочковая пароксизмальная тахикардия; брадикардия.
- Судороги.
- Остановка дыхания.
- Остановка кровообращения.
- Ожоги.
- Травмы и переломы при падении.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

- Оказание помощи допустимо только специально подготовленной группой спасателей!**
- Обесточить приборы или токонесущие источники и только после этого приступить к оказанию помощи.
 - Горизонтальное положение тела с приподнятым головным концом носилок.
 - Освобождение дыхательных путей.
 - Реанимационные мероприятия: непрямой массаж сердца, ИВЛ.
 - КПВ. ЭКГ. Промедол 2% 1 мл в/в или Трамадол (Трамал) 2 мл = 100 мг в/в.
 - Полиглюкин 400 мл в/в капельно.
- При желудочковой экстрасистолии >6/мин:*
- Панангин 10% 20 мл + Натрия хлорид 0,9% 200 мл в/в капельно. Лазикс 20–40 мг в/в.
 - Иммобилизация переломов, обработка обожженных поверхностей.

ТАКТИКА

- Госпитализация в ОРИТ или специализированное ожоговое отделение.

T17 Инородное тело в дыхательных путях (в ротоглотке) – опасное для жизни экстремальное состояние, вызывающее остановку/прекращение дыхания в результате попадания в дыхательные пути различных предметов.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

- Резкое и внезапное изменение поведения.
- Движения человека хаотичные.
- Хватается за горло, теряет способность говорить.
- Покраснение кожи лица, увеличение вен на шее.
- Кашель. При вдохе сильные хрипы.
- Дыхание затруднено.
- Кожные покровы над верхней губой синевато-бледные.
- Быстрая потеря сознания.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

- Санация верхних дыхательных путей (осмотр, прямая ларингоскопия).
- А. Локализация в носовых ходах**
- Инородное тело из носовых ходов не удаляется!
- Б. Локализация ниже голосовых связок, без асфиксии**
- Инородное тело удалять запрещено!
- Ингаляция кислорода.
- В. Локализация ниже голосовых связок, с асфиксией или ее угрозой**
- Положение туловища – с наклоном вперед.
- 5 ударов ладонью в межлопаточную область.
- При отсутствии эффекта:*
- Положение туловища – с наклоном вперед.
- 5 толчков ладонью одной или двумя руками в мезогастральную область, произвести под углом по направлению к грудной клетке.
- При отсутствии эффекта:*
- Повторить вышеуказанные мероприятия повторно.
- При отсутствии эффекта:*
- Коникотомия. Ингаляция кислорода.

ТАКТИКА

- Госпитализация. Транспортировка на носилках.

Глава 2. Токсикология

- Отравления: особенности тактики врача
- Отравления: общая характеристика
- Отравления: методы активной детоксикации

2.1. Принципы неотложной помощи при отравлениях

- Методы активной детоксикации: промывание желудка
- Методы активной детоксикации: форсированный диурез
- Антидотная терапия неспецифическая
- Антидотная терапия специфическая

2.2. Отравления лекарственными и наркотическими средствами, а также различными химическими веществами

- Йод
- Бром
- Мышьяк и его соединения. Острое отравление
- Мышьяк и его соединения. Хроническое отравление
- Клофелин

- Транквилизаторы
- Наркотики. Общая характеристика
- Кокаин, галлюциногены, каннабиноиды (анаша, гашиш, конопля), лизергены (ЛСД), псилоцин, псилоцибин (грибы псилоцибы), мескалин (кактус)
- Морфин. Дезоморфин. Опий. Героин

2.3. Бытовые и промышленные яды

- Алкоголь: общая характеристика отравлений
- Этиловый спирт (этанол, винный спирт, суррогаты алкоголя)
- Метиловый спирт (метанол, древесный спирт, технический спирт)
- Окись углерода. Угарный газ. Острое отравление
- Окись углерода. Угарный газ. Хроническое отравление
- Сероводород. Клоачный газ
- Этиленгликоль. Пропиленгликоль. Антифриз. Тормозная жидкость
- Ацетон
- Бензин. Нефтепродукты
- Уксусная кислота
- Щелочи
- Ртуть. Соединения ртути

2.4. Растения ядовитые

- Цикута (вех ядовитый)
- Красавка, белена, дурман, крестовик, мандрагора

2.5. Грибы ядовитые

- Бледная поганка
- Сморчки и строчки
- Мухоморы

2.6. Укусы насекомых и змей

- Укусы пчел, ос. Пчелиный яд
- Укус каракурта
- Укусы змей
- Укусы клещей

- При установлении диагноза необходимо детально собрать анамнез события с указанием времени.
- Инфузионную терапию необходимо продолжать во время транспортировки пострадавшего весь догоспитальный период.
- При тяжелых отравлениях и отравлениях неясного генеза, отказе от госпитализации необходима консультация токсиколога. Телефон в Москве: (495) 632-96-70 – взрослые, (495) 254-81-70 – дети.
- Во всех случаях экзогенных отравлений тяжелой степени с нарушениями функции внешнего дыхания немедленно проводят интубацию трахеи и начинают вспомогательную или искусственную вентиляцию легких.

ОТРАВЛЕНИЯ: ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА

Схема патологических процессов в организме человека при отравлениях

Яд ⇒ клеточные мембраны ⇒ повреждение клетки (механическое, ферментативное, функциональное) ⇒ гипоксия клеток ⇒ нарушение обмена веществ, биосинтеза белков ⇒ накопление токсинов в клетке ⇒ гибель клетки

Классификация отравлений по характеру действия ядов

- Местное действие – химический ожог или раздражение кожи и слизистых оболочек
- Рефлекторное действие – немедленная реакция организма на воздействие яда в форме остановки дыхания, кровообращения
- Резорбтивное действие – попадание яда в кровь

Пути проникновения яда в организм

- через рот – пероральный
- через дыхательные пути – ингаляционный
- через кожные покровы – резорбтивный
- через слизистые оболочки – резорбтивный
- через укусы насекомых, животных
- через инъекции – парентеральный

Формы отравлений

- Острые – отравления, возникающие сразу за поступлением яда в организм или через определенное время
- Хронические – отравления, возникающие при медленном воздействии яда при поступлении его небольшими дозами в течение длительного времени

Классификация отравлений по степени тяжести

- Легкая степень
- Средней тяжести
- Тяжелые

Тактика врача на месте происшествия

На месте происшествия необходимо установить:

- вид токсического вещества
- количество и концентрацию токсического вещества
- путь поступления токсического вещества в организм
- время отравления
- причину отравления

ОТРАВЛЕНИЯ: МЕТОДЫ АКТИВНОЙ ДЕТОКСИКАЦИИ

- Прерывание контакта с ядовитой средой
 - возможно при ингаляционных отравлениях (вынос пострадавшего из ядовитой атмосферы, применение противогазов, респираторов)
- Смывание токсического вещества
 - обильно промывают кожу под проточной водой, удаляют токсическое вещество, в результате прерывается действие яда
- Промывание желудка
 - используют при пероральном приеме отравляющего вещества
- Замедление всасывания токсического вещества
 - при попадании под кожу (укусы ядовитых животных, инъекции) является нежелательной мерой, так как удалить яд невозможно
- Метод форсированного диуреза
 - простой и эффективный способ очищения организма от всосавшегося яда при условии его выведения из организма с мочой

2.1. Принципы неотложной помощи при отравлениях

- Методы активной детоксикации
 - ускоренное выведение токсических веществ из организма
- Специфическая антидотная терапия
 - применение антидотов
- Симптоматическая терапия
 - лечение наиболее выраженных симптомов и синдромов, применение средств, снимающих признаки осложнений отравлений: психомоторное возбуждение, судороги, нарушения дыхания, поражения сердечно-сосудистой системы, поражения печени, почек

МЕТОДЫ АКТИВНОЙ ДЕТОКСИКАЦИИ: ПРОМЫВАНИЕ ЖЕЛУДКА

- **Промывание желудка**
 - пострадавшему дают выпить 1–2 л воды
 - затем, надавливая на корень языка, вызывают рвоту
 - повторяют промывание желудка до чистых промывных вод
 - последнее промывание желудка заканчивается введением в желудок препаратов, препятствующих всасыванию и движению токсина по кишечнику
 - адсорбенты
 - Белый уголь 700 мг 4 табл. однократно
 - Уголь активированный 100 г в 200 мл воды
 - Полисорб 3 г в 100 г воды
 - Полифепан 2 стл. в 200 г воды
 - слабительные средства
 - Магния сульфат 25% 30 мл
 - Вазелиновое масло 30 мл
- **Замедление всасывания токсического вещества**
 - местно – холод на 6–8 ч
 - ⊗ обкалывание новокаином, Эпинефрином (Адреналином) 0,1% 1 мл = 1 мг
 - ⊗ введение в место инъекции 0,3 мл 0,1% раствора Эпинефрина (Адреналина) 0,1% 1 мл = 1 мг
 - ⊗ циркулярная новокаиновая блокада выше места попадания токсического вещества
 - на период сохранения отека – иммобилизация конечности
 - ⊗ наложение жгута на конечность противопоказано!

МЕТОДЫ АКТИВНОЙ ДЕТОКСИКАЦИИ: ФОРСИРОВАННЫЙ ДИУРЕЗ

- **Метод форсированного диуреза (водная нагрузка), модифицированный для догоспитального этапа**
 - простой и эффективный способ очищения организма от всосавшегося яда при условии его выведения из организма с мочой
 - модифицированный вариант метода форсированного диуреза может быть применен на догоспитальном этапе в качестве метода первой помощи
 - А. Регидрон, Глюкосолан (1 пакет растворяют в 1 л воды), раствор Рингера; Гидровит – 1 пакет в 200 мл воды. Растворы назначают по 1–3 л вн., в зависимости от возрастной нормы жидкости и тяжести состояния.
 - Б. Фуросемид 2 табл. (80 мг) или Лазикс 2 мл в/в.

АНТИДОТНАЯ ТЕРАПИЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСКАЯ

- **Метод энтеросорбции**
 - используется для замедления всасывания ядов путем применения неспецифических сорбентов
 - энтеросорбция эффективна в первые 6–12 часов после отравления
 - после промывания желудка больному внутрь дают сорбенты
 - Белый уголь 700 мг 4–6 табл.
 - Уголь активированный (от 40 до 100 г в 200 г воды – в виде водной взвеси на прием) – универсальный антидот, сорбирующий яды и препятствующий их всасыванию
 - Полифепан по 2 стл. в 200 г воды
 - Белая глина (до 100 г в 200 г воды на прием)
 - при отсутствии указанных препаратов используют также
 - взбитый яичный белок – 3 яичных белка на 1 л воды
 - «яичное молоко» – 4 сырых яйца на 0,5 л молока
 - растительные слизи (рисовый отвар)
 - в течение 40 мин после дачи энтеросорбента другие лекарственные препараты внутрь не дают
 - через 1–1,5 ч больному дают выпить сульфат магния (40 г в 150 г воды)
 - обволакивающие средства, содержащие жиры, облегчают всасывание токсических веществ и противопоказаны при отравлениях фосфором, анилином, жирорастворимыми ядами

АНТИДОТНАЯ ТЕРАПИЯ СПЕЦИФИЧЕСКАЯ

Анилин. Бензол. Сулема. Фенолы	Тиосульфат натрия 30% 10–50 мл в/в или 10 г натрия тиосульфата в 100 г воды – по 1–2 ст.л. вн. через каждые 10 минут
Антикоагулянты	Кальция хлорид 10% 10 мл в/в
Атропин	Пилокарпин 1% раствор
Барий и соли бария	Магния сульфат 30% раствор
Бледная поганка	Атропин 0,1% 1–2 мл в/м
Кислоты	Натрия гидрокарбонат 4% раствор
Метиловый спирт	Спирт этиловый 2–5% 30–50 мл в/в или 30% 100 мл вн., а затем по 30–50 мл каждые 2–4 часа
Мухомор	Атропина сульфат 0,1% 1 мл в/м
Мышьяк, ртуть, свинец, цианистые соединения (синильной кислоты), фосфор, фтор	Тиосульфат натрия 30% 10–50 мл в/в или 10 г натрия тиосульфата в 100 г воды – по 1–2 ст.л. вн. через каждые 10 минут
Мышьяк, ртуть, хром, висмут и другие металлы. Тиоловые яды	Унитиол 5% 5 мл в/м. Тиосульфат натрия 30% 10–50 мл в/в
Нитрат серебра (азотнокислое серебро)	Натрия хлорид 2% раствор
Оксись углерода. Угарный газ	Ацизол 6% 1 мл в/м
Пахикарпин. Атропин	Прозерин 0,05% 1 мл в/м
Сердечные гликозиды	Калия хлорид 0,5% раствор
Формалин	Аммония хлорид 3% раствор (промывание желудка)
Фосфор белый	Сульфат меди (0,5 г в 200 г воды) вн.
Фосфорорганические соединения	Атропин 0,1% 1 мл в/м
Щавелевая кислота	Кальция хлорид 10%
Этиленгликоль	Спирт этиловый 2–5% 30–50 мл в/в или 30% 100 мл вн., а затем по 30–50 мл каждые 2–4 часа

2.2. Отравления лекарственными и наркотическими средствами, а также различными химическими веществами

- Йод
- Бром
- Мышьяк и его соединения. Острое отравление
- Мышьяк и его соединения. Хроническое отравление
- Клофелин
- Транквилизаторы
- Наркотики. Общая характеристика
- Кокаин, галлюциногены, каннабиноиды (анаша, гашиш, конопля), лизергины (ЛСД), псилоцин, псилоцибин (грибы псилоцибы), мескалин (кактус)
- Морфин. Дезоморфин. Опий. Героин

Т50.9 Йод

ДЕЙСТВИЕ ОТРАВЛЯЮЩЕГО ВЕЩЕСТВА

- Оказывает сильное местное прижигающее действие, особенно в виде кристалликов.
- После всасывания вызывает разрушение эритроцитов.
- У больного развивается выраженный цианоз.
- Смертельная доза – около 3 г.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

- При вдыхании паров йода поражаются верхние дыхательные пути.
- При попадании внутрь возникают тяжелые ожоги пищеварительного тракта.
- Слизистая оболочка имеет характерный темный цвет.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

- Промывание желудка 0,5% раствором Натрия тиосульфата или взвесью крахмала.
- Натрия тиосульфат 30% раствор – до 300 мл/сут. в/в или вн.
- Сырой тертый картофель внутрь, картофельный сок.
- Натрия хлорид 10% раствор 30 мл в/в или вн.
- Лечение ожогов пищеварительного тракта.

ТАКТИКА

- Госпитализация в токсикологическое отделение.

Т53 Бром

ДЕЙСТВИЕ ОТРАВЛЯЮЩЕГО ВЕЩЕСТВА

- Бром – тяжелая жидкость с резким запахом, от темно-фиолетового, темно-красного до черного цвета; легко образует желто-бурые пары. В твердом виде красно-коричневые кристаллы. Класс ядовитых веществ, но не очень опасное. Концентрация в воздухе 0,001%: раздражение слизистых оболочек, головокружение, кровотечение из носа; 0,02% – удушье, спазмы; попадание на кожу – зуд, язвы.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

- Вдыхание паров:
 - головокружение, тошнота
 - резь в глазах, зуд
 - жжение в горле, чиханье, насморк
 - носовое кровотечение
 - затрудненное дыхание, удушье
 - жжение в груди

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

- Эвакуация из очага поражения.
- Промывание глаз водой.
- Орошение полости рта раствором соды (1 ч.л. на стакан воды) или 2% раствором Тиосульфата натрия.
- Теплое молоко с содой внутрь.
- Тиосульфат натрия 30% 20 мл в/в.
- Кордиамин 2 мл в/м.

ТАКТИКА

- При нарушениях дыхания и гемодинамики – госпитализация в токсикологическое отделение.

T57 Мышьяк и его соединения. Острое отравление

ДЕЙСТВИЕ ОТРАВЛЯЮЩЕГО ВЕЩЕСТВА

- Мышьяк и его соединения (мышьяковистый ангидрид, мышьяковистая кислота и ее соли, мышьяковистый водород, сальварсан, осарсол, гербициды, «парижская зелень», пестициды) вызывают отравление, попадая в организм при вдыхании, внутрь и с поверхности кожи. Используется в стоматологии, а также химической, кожевенной, меховой промышленности; для протравливания зерна, в пестицидах. Смертельная доза мышьяка при приеме внутрь составляет 0,1–0,2 г.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

- При приеме внутрь – жжение в горле, металлический привкус во рту. Через 1–2 ч: рвота (рвотные массы зеленоватого цвета), сильная боль в животе. Жидкий стул до 15 раз в сутки, типа рисового отвара, иногда с кровью. Обезвоживание.
- При ингаляции – спазм гортани, бронхоспазм, отек легких, цианоз, гемолиз, желтуха. На 2–3-и сутки – острая почечная недостаточность. Увеличение и болезненность печени.
- Кожа сухая, хриплый или беззвучный голос, боли и судороги в икрах. Снижение АД. Паралитическая форма переходит в кому.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

- Промывание желудка через зонд.
- Адсорбент: Белый уголь 700 мг 4–6 табл.
- Повторные сифонные клизмы.
- При отравлении мышьяковистым водородом – ингаляция кислорода.
- Антидоты: Унитиол 5% 5 мл в/в или Димеркаптопропансульфоната натрия 5% раствор 150–200 мл в/в капельно или по 5 мл в/м каждые 6–8 часов, и/или Тетацин-кальций 10% 30 мл + Натрия хлорид 0,9% 500 мл в/в капельно.
- Форсированный диурез.

ТАКТИКА

- Госпитализация в токсикологическое отделение.

T57 Мышьяк и его соединения. Хроническое отравление

ДЕЙСТВИЕ ОТРАВЛЯЮЩЕГО ВЕЩЕСТВА

- Мышьяк и его соединения (мышьяковистый ангидрид, мышьяковистая кислота и ее соли, мышьяковистый водород, сальварсан, осарсол, гербициды, «парижская зелень», пестициды) вызывают отравление, попадая в организм при вдыхании, внутрь и с поверхности кожи. Используется в стоматологии, а также химической, кожевенной, меховой промышленности; для протравливания зерна, в пестицидах. Смертельная доза мышьяка при приеме внутрь составляет 0,1–0,2 г.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

- При приеме внутрь – стойкое расширение капилляров, недомогание, повышенная утомляемость, анемия; энцефалопатия, периферический неврит с потерей чувствительности, жгучая боль, парестезии, слабость в конечностях, гипотрофия мышц; гиперкератозы, выпадение волос; на ногтях появляются белые поперечные полосы (полосы Миса); токсический гепатит. К мышьяку может развиваться толерантность.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

- Промывание желудка через зонд.
- Повторные сифонные клизмы.
- При отравлении мышьяковистым водородом Унитиол 5% 5 мл в/в или Тетацин-кальций 10% 30 мл + Натрия хлорид 0,9% 500 мл в/в капельно.
- При интоксикации средней тяжести – в условиях стационара.

ТАКТИКА

- При интоксикации легкой степени – лечение в амбулаторных условиях.
- При интоксикации средней степени тяжести – госпитализация в токсикологическое отделение.

T46.5 Клофелин

ДЕЙСТВИЕ ОТРАВЛЯЮЩЕГО ВЕЩЕСТВА

- Стимулирует α_1 -адренорецепторы, уменьшает выход норадреналина в синаптическую щель, устраняет центральные симпатические прессорные влияния на артерии. Снижает сердечный выброс и ударный объем крови, проявляет седативный эффект. Хорошо растворяется в воде, спиртных напитках. Максимальная концентрация в крови – через 2–4 ч. Токсическое действие продолжается 18–24 ч.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

- Слабость.
- Оглушение.
- Сопор.
- Брадикардия.
- Гипотензия.
- ЧСС – 50–60 уд./мин.
- АД – 80/50 мм рт.ст.
- Признаки сохраняются до 2 сут.
- Смертельные исходы бывают редко.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

- Промывание желудка 0,1% раствором Калия перманганата, или 0,2% раствором Танина, или водой со взвесью Активированного угля.
- Энтеросорбция: Белый уголь 700 мг 4–6 табл.
- Полиглюкин 400 мл в/в капельно.
- Натрия хлорид 0,9% 200 мл в/в капельно.
- Форсированный диурез.
- Атропин 0,1% 1 мл п/к (контроль ЧСС).
- При низком АД: Кофеин 10% 2 мл п/к, или Кордиамин 2 мл в/м, или Мезатон 1% 1 мл п/к.

ТАКТИКА

- Госпитализация в токсикологическое отделение.

T50.9 Транквилизаторы

ДЕЙСТВИЕ ОТРАВЛЯЮЩЕГО ВЕЩЕСТВА

- Связываются с бензодиазепиновыми рецепторами, повышают активность ГАМК, уменьшают возбудимость подкорковых областей мозга и их связи с корой.
- Оказывают эффекты: психоседативный, потенцирующий, мышечно-расслабляющий, умеренный снотворный, противосудорожный.
- Хорошо всасываются в желудке и кишечнике.
- Максимальная концентрация в крови – через 2–4 ч, выводятся в течение 8–10 ч, преимущественно почками. Смертельная доза препаратов – около 2 г.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

- Угнетение нервной системы разной степени выраженности.
- Мышечная гипотония.
- Некоординированные движения.
- Зрачки не изменены.
- Нарушения дыхания и сердечной деятельности бывают редко.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

- Промывание желудка 0,1% раствором Калия перманганата, или 0,2% раствором Танина, или водой со взвесью Активированного угля.
- Энтеросорбция: Белый уголь 700 мг 4–6 табл.
- Полиглюкин 400 мл в/в капельно.
- Натрия хлорид 0,9% 200 мл в/в капельно.
- Форсированный диурез.
- Кофеин 10% 2 мл в/м или Кордиамин 2 мл в/м.

ТАКТИКА

- Госпитализация в токсикологическое отделение.

НАРКОТИКИ. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА

- Наркотики приводят к нарушениям психики, глубоким изменениям интеллекта, личности, вплоть до ее распада, соматическим нарушениям, к сокращению продолжительности жизни
- Для наркоманов характерны асоциальное поведение и действия
- Различают 8 групп веществ, вызывающих болезненное пристрастие или привыкание к ним:
 - традиционные наркотики алкогольно-барбитурового ряда;
 - вещества, выделенные из листьев коки (кокаин);
 - из индийской конопли (гашиш, марихуана);
 - опиаты и их аналоги;
 - стимуляторы ЦНС, повышающие настроение (листья ката, эфедрин и эфедрон), допинги, применяемые в спорте, амфетамины (фенамин, фепранон, дезопимон, мазиндол, теренак, меридил, индопан);
 - растворители эфирного типа (диэтилэфир, хлороформ, ацетон, толуол, тетрахлорметан, бензин);
 - галлюциногены – лизергин, ЛСД (полусинтетическое производное лизергиновой кислоты, содержащейся в спорынье), псилоцибин (выделен из священных грибов ацтеков), мескалин (активный алкалоид, содержащийся в побегах кактусов рода *Lophophora*, пейот, а также в семенах вьюнков подвида *Ololiuqui*);
 - закись азота – веселящий газ.
- Наркотические средства вызывают острые и хронические отравления
- При прекращении приема наркотиков развивается тяжелое состояние – синдром абстиненции (от лат. *abstinentio* – воздерживаться)
 - особое физическое и психическое состояние ощущения тяжкой болезни с непреодолимым желанием продолжать прием наркотика и, соответственно, стремлением добыть его любыми путями для получения чувства наркотического опьянения или избавления от ощущения абстиненции.
- Другой особенностью наркомании является развитие толерантности (устойчивости) к количеству потребляемого вещества:
 - обычная потребляемая доза не оказывает желаемого действия, становится слабой;
 - требуется постоянное увеличение дозы для обеспечения первоначального эффекта действия.
- В первой помощи нуждаются как больные с острыми отравлениями наркотиками, так и пациенты с развившимся синдромом отмены, наркотического голода.

T40.5 Кокаин, галлюциногены, каннабиноиды (анаша, гашиш, конопля), лизергены (ЛСД), псилоцин, псилоцибин (грибы псилоцибы), мескалин (кактус)

ДЕЙСТВИЕ ОТРАВЛЯЮЩЕГО ВЕЩЕСТВА

- Действующее вещество – каннабинол. В гашише также имеются алкалоиды тетаноканнабинон и гликозидканнабинон – судорожный и сердечный яды.
- Токсическое действие избирательное на ЦНС. Местно – анестезия. Вначале – возбуждающее, затем парализует деятельность нервных центров головного, продолговатого и спинного мозга.
- Смертельная доза кокаина – 1 г вн. и 0,2–0,3 г п/к.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

- Выраженная бледность кожи лица и туловища, холодный обильный пот, боли в сердце, тошнота, рвота, боли в животе.
- Запоры, головокружение, чувство тоски.
- Дрожание рук и всего тела, судороги.
- Беспокойство, бессонница, температура тела повышена.
- Возбуждение, зрачки широкие.
- Галлюцинации цветные.
- Тахикардия, тоны сердца глухие, АД снижено или повышено; пульс частый, коллапс, одышка, удушье, бред, остановка дыхания. Смерть наступает от паралича дыхательного центра.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

Легкая степень:

- Вдыхать Нашатырный спирт. Промывание желудка, зондовое при пероральном или неизвестном пути отравления.

Средняя степень:

- КПВ. Глюкоза 5% 400 мл в/в капельно.
- Натрия хлорид 0,9% 400 мл в/в капельно.
- Промывание желудка, зондовое при пероральном или неизвестном пути отравления. Активированный уголь 1 г/кг.

Тяжелая степень:

- Натрия гидрокарбонат 4% 200 мл в/в капельно.
- Глюкоза 5% 400 мл в/в капельно.
- Лактасол 400 мл в/в капельно.
- Промывание желудка при пероральном или неизвестном пути отравления. После купирования возбуждения и судорог – Активированный уголь 1 г/кг вн.

ТАКТИКА

- Госпитализация в отделение реанимации.
- Транспортировка в положении лежа, на фоне интенсивной терапии.

Т40 Морфин. Дезоморфин. Опий. Героин

ДЕЙСТВИЕ ОТРАВЛЯЮЩЕГО ВЕЩЕСТВА

- Опий-сырец, маковая соломка (кокнар) и препараты группы опия угнетают ЦНС, болевые центры коры головного мозга и область зрительного бугра. В токсических дозах сонливость быстро переходит в наркоз. Наиболее опасно парализующее воздействие на сосудодвигательный и дыхательный центры. Смертельная доза Морфина – 0,2–0,5 г в/в, 0,5–1,0 г при приеме внутрь.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

- Начальные проявления: возбуждение; покраснение лица; резкое повышение пульса, ЧДД, эйфория; усталость, головокружение; помрачение сознания, шум в ушах; похолодание конечностей; сухость во рту; тошнота, рвота; задержка мочи и стула; зрачки резко сужены, реакция на свет слабая; лицо бледное, губы синюшные; пульс снижен, АД снижено, температура тела снижена.
- В тяжелых случаях: сознание отсутствует полностью; рефлексы исчезают; нарушение дыхания; полное отсутствие болевой чувствительности; цианоз; судороги, кома. Смерть наступает от паралича дыхательного, сосудодвигательного центров.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

- Свежий воздух.
- Вдыхание кислорода.
- Дать вдыхать Нашатырный спирт.
- Атропин 0,1% 1 мл п/к, Кофеин 10% 2 мл в/м, Кордиамин 2 мл в/в.
- При остановке дыхания – ИВЛ.
- Натрия гипохлорит 0,06% 400 мл в/в.
- Антидот: Налоксон 0,5% 3–5 мл в/в.
- Неоднократное промывание желудка 0,1% раствором Танина или водой со взвесью Активированного угля.
- Солевое слабительное: 25 г (2 ст.л.) Магния сульфата на прием.
- Витамин В, 5% 3 мл в/в.
- Форсированный диурез.

ТАКТИКА

- Коррекция гемодинамики.
- Госпитализация в токсикологическое отделение.
- Транспортировка на носилках.

2.3. Бытовые и промышленные яды

- Алкоголь: общая характеристика отравлений
- Этиловый спирт (этанол, винный спирт, суррогаты алкоголя)
- Метиловый спирт (метанол, древесный спирт, технический спирт)
- Окись углерода. Угарный газ. Острое отравление
- Окись углерода. Угарный газ. Хроническое отравление
- Сероводород. Клоачный газ
- Этиленгликоль. Пропиленгликоль. Антифриз. Тормозная жидкость
- Ацетон
- Бензин. Нефтепродукты
- Уксусная кислота
- Щелочи
- Ртуть и соединения ртути

АЛКОГОЛЬ: ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОТРАВЛЕНИЙ

- **Отравление алкоголем** – это острое отравление, развивающееся вследствие введения в организм спиртных напитков или спиртосодержащих жидкостей.
- **Свойства.** Этиловый спирт (синонимы: этанол, винный спирт, этиловый алкоголь) представляет собой бесцветную прозрачную жидкость со своеобразным запахом и гжучим вкусом; относится к группе ядовитых наркотических веществ. Этиловый спирт обладает большой токсичностью, которая повышается при наличии в нем примесей сивушных масел (пропиловый, изобутиловый, амиловый спирты), а также при добавлении к алкогольным напиткам различных веществ для улучшения вкуса, запаха или цвета при кустарном изготовлении. В спиртных напитках может содержаться большое количество вредных примесей (до 1,57%).
- **Применение.** Этиловый спирт имеет широкое применение в промышленности, различных лабораториях, медицинской практике, входит в состав лекарственных веществ и алкогольных напитков.
- **Действие алкоголя** на организм человека наступает при разных условиях, но наиболее частый путь поступления алкоголя в организм, имеющий практическое значение, – прием внутрь.
- **Развитие отравления** при поступлении алкоголя в желудок зависит от ряда условий:
 - абсолютного количества принятого напитка;
 - крепости алкоголя;
 - темпа приема алкоголя;
 - состояния всасывающей способности слизистой оболочки желудка;
 - наличия или отсутствия пищи в желудке;
 - сопутствующего поступления пищи и ее характера;

Так, например, известно, что быстрее всасываются газированные алкогольные напитки (шампанское). Всасывание алкоголя замедляется при наличии в пище картофеля, мяса, жиров.

- **Всасывание алкоголя** происходит через слизистую оболочку желудка (около 20%) и тонкий кишечник (около 80%). Всасываясь в этих органах, большая часть алкоголя поступает в неизменном виде прямо в кровь. Другая часть, проникая в брюшную полость, всасывается брюшиной и также поступает в кровь. Максимальная концентрация алкоголя в крови обычно отмечается через 45–90 мин после приема алкоголя.
- **Выведение.** Если пища находится в желудке или поступает одновременно с алкоголем, то она в зависимости от количества и состава может абсорбировать (вбирать в себя) до 30–40% принятого алкоголя. Выводится из организма алкоголь через легкие и с мочой в течение 7–12 ч.
- **Токсические дозы.** Отравления этиловым спиртом при его употреблении в токсических количествах могут сопровождаться смертельным исходом. Принято считать, что смертельной дозой для человека является 6–8 мл/кг чистого этилового спирта 96° – 300–500 мл.

Т51 Этиловый спирт (этанол, винный спирт, суррогаты алкоголя)

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

- **Легкое опьянение** наступает через 10–15 мин после приема спиртных напитков: повышение настроения, склонность к шутливости, балагурству, снижение самоконтроля, утрата чувства такта, дистанции, расторможенность влечений, снижение работоспособности, быстрота и точности моторной реакции, покраснение склер, сосудов кожи, повышение ЧСС.
- **Выраженное опьянение:** переходы от благодушия к внезапной гневливости, раздражительность, эйфоричное настроение сменяется тоскливостью; нарушение походки, координации движений, нарушение речи.
- **Тяжелое опьянение:** апатия (безразличие), тупое равнодушие, сонливость, частичная или полная амнезия (потеря памяти), снижение АД, рвота.
- **Большие дозы алкоголя** вызывают наркотическое опьянение и глубокий сон, исчезновение сухожильных, кожных рефлексов, падение сердечной деятельности, резкое снижение ЧДД и АД.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

- Легкая степень.* Промывание желудка через зонд. Регидрон, Гидровит 1–2 л вл.
- Средняя степень.* Санация ВДП. Промывание желудка через зонд.
- Кофеин 10% 2 мл в/м (Кордиамин 2 мл в/м).
 - Аскорбиновая кислота 5% 5 мл в/в.
 - Пиридоксина гидрохлорид 5% 4 мл в/м.
- Тяжелая степень:*
- КПВ.
 - Кофеин 10% 2 мл в/м (Кордиамин 2 мл в/м).
 - Аскорбиновая кислота 5% 5 мл в/в.
 - Натрия гидрокарбонат 4% 300 мл в/в капельно.
 - Пиридоксина гидрохлорид 5% 4 мл + Глюкоза 5% 400 мл в/в капельно.
 - Реамберин 400 мл в/в капельно.
- При САД < 100 мм рт.ст.* Допамин 200 мг + Натрия хлорид 0,9% 400 мл в/в капельно.
- Атропин 0,1% 1 мл п/к (контроль ЧСС).
 - При нарушении дыхания: интубация трахеи, ИВЛ.

ТАКТИКА

- При отсутствии положительной динамики – госпитализация в токсикологическое отделение.

T51.1 Метиловый спирт (метанол, древесный спирт, технический спирт)

ДЕЙСТВИЕ ОТРАВЛЯЮЩЕГО ВЕЩЕСТВА

- Очищенный метиловый спирт по запаху и цвету почти не отличается от этилового спирта. Вызывает алкогольное опьянение и тяжелое отравление, образуя в организме муравьиную кислоту и формальдегид. Смертельная доза составляет от 1 стл. (10 мл) до 100–200 мл. Доза 50–100 мл приводит к смерти в половине случаев отравлений. Полная и необратимая слепота наступает от приема 7–8 мл метилового спирта. После опьянения наблюдается период хорошего самочувствия, который продолжается от 12 до 24 ч. Признаки отравления появляются на 3–4-й день после приема спирта. Опьянение выражено слабо. Признаки отравления развиваются постепенно.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

- Сонливость, спутанность сознания, слабовыраженное опьянение, головная боль, одышка, тяжесть в голове, глазах, груди, тошнота, рвота (даже от глотка воды); пульс и АД повышены, жажда, нарушение зрения, полная слепота, зрачки расширены, тонус затылочных и скелетных мышц резко повышен, судороги, отсутствие сознания.
- Смерть от остановки дыхания.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

Противопоказаны: Активированный уголь + алюминия оксид.

- Промывание желудка (зонд), теплая вода + Натрия гидрокарбонат (питьевая сода) – 1 стл. на 1 л воды.
- КПВ. Натрия гидрокарбонат 5% 200–400 мл в/в 60 кап./мин.

Одновременно:

- Натрия хлорид 0,9% 500–1000 мл в/в капельно.
- Меглюмин (Реамберин) 500 мл в/в 60 кап./мин после восстановления дыхания.
- Ингаляции кислорода.
- Пульсоксиметрия.

Антидот: Этиловый спирт 30° 100 мл вн., затем по 50 мл каждые 2 часа до 6 раз в сутки.

ТАКТИКА

- Экстренная госпитализация в ОРИТ на фоне реанимационных мероприятий и интенсивной терапии.

T58 Окись углерода. Угарный газ. Острое отравление

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

- 1-я стадия** – начальная: НbCO в крови – 20–30%. Мышечная слабость, особенно в ногах; тяжесть и давление в голове; пульсация в висках, шум в ушах; головокружение; тошнота и рвота; сонливость, вялость. Или: эйфория, буйство; потеря ориентации; сердцебиение; учащенное дыхание.
- 2-я стадия** – угнетение ЦНС, НbCO в крови – 35–50%. Нарушение координации движений; беспокойство; стойкая потеря сознания; тетанические судороги, тризм, опистотонус; зрачки расширены, вяло реагируют на свет; одышка, сердцебиение; малиновый цвет или бледность слизистых оболочек, языка, кожи; кома.
- 3-я стадия** – коматозная: НbCO в крови >50–60%. Потеря сознания: часы и сутки; галлюцинации, бред, судороги, парезы, параличи; непроизвольные мочеиспускание и дефекация; дыхание частое, неправильное, типа Чейна–Стокса; тахикардия, нарушение ЧСС; боли в сердце; слизистые оболочки и кожные покровы алые. Кома. Смерть наступает от паралича дыхательного центра. Сердце сокращается еще 5–8 мин после остановки дыхания.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

- Эвакуация пострадавшего из очага отравления.
- Оксигенотерапия в течение нескольких часов непрерывно!**
- Нашатырный спирт: вдыхать, растирать виски.
- Мексидол 5% 5 мл в/в (Актовегин 5 мл в/в).
- Аскорбиновая кислота 5% 5 мл в/в.
- Ацизол 6% 1 мл в/м – антидот.
- Реамберин 1,5% 400 мл в/в – антигипоксикант.
- ИВЛ.
- Согреть пострадавшего.
- Форсированный диурез.

ТАКТИКА

- Экстренная госпитализация в отделение реанимации на фоне реанимационных мероприятий.
- Транспортировка на носилках.

T58 Окись углерода. Угарный газ. Хроническое отравление

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

- Мышечная слабость, особенно в ногах.
- Тяжесть и давление в голове.
- Головная боль.
- Головокружение.
- Пульсация в висках.
- Шум в ушах.
- Головокружение, тошнота.
- Сонливость, вялость.
- Аритмия.
- Учащенное дыхание.
- Энцефалопатия.
- ТИА.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

- Эвакуация пострадавшего из очага отравления.
- Аскорбиновая кислота 5% 5 мл в/в.
- Мексидол 1 табл. 3 раза в день 5 дней, далее по указанию врача.

ТАКТИКА

- Госпитализация в токсикологическое отделение пострадавших с осложненными сопутствующими заболеваниями.
- При оставлении дома – актив врачу поликлиники.

T59.6 Сероводород. Клоачный газ

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

- Головная боль, головокружение, шум в ушах; тяжесть в голове, оглушение, опьянение; шаткая походка; спутанность сознания; запах тухлых яиц изо рта; металлический привкус во рту; тошнота, слюнотечение, рвота; приступообразные боли в животе; понос – кал черно-зеленый; слабость, потливость; потеря обоняния; раздражение слизистых оболочек глаз; светобоязнь, ощущение песка в глазах, слезотечение; многочисленные точечные помутнения роговицы; мутно-слизистые выделения из носа, насморк; жжение и боли в горле при глотании; сухость слизистых оболочек рта и зева; охриплость голоса; кашель со слизистой или кровавистой мокротой; на коже сыпь с красными пятнами, как после укусов блох; снижение АД; пульс ослаблен; повышение ЧСС; боли в области сердца; потеря сознания; непроизвольные дефекация и мочеиспускание; судороги, кома. Возможна молниеносная смерть от паралича дыхательного центра. *Осложнения:* пневмония, токсический энцефалит, психические расстройства (возбуждение). Надолго сохраняются головные боли, лихорадка, резко сниженный иммунитет.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

- Безопасность спасателей при эвакуации пострадавшего из очага является приоритетной!
- Обычные противогазы неэффективны.
- Средством защиты служат только изолирующие противогазы.
- Эвакуация пострадавшего из очага отравления.
- Доступ воздуха или ингаляции кислорода.
- Нашатырный спирт 10%: вдыхать, растереть виски.
- Эпинефрин (Адреналин) 0,1% 1 мл = 1 мг п/к.
- Мексидол 5% 5 мл в/в.
- Аскорбиновая кислота 5% 5 мл в/в.
- Реамберин 1,5% 400 мл в/в – антигипоксанта.
- ИВЛ.
- Согреть пострадавшего, металлизированное покрывало изотермическое (спасательное, типа Апполо) – золотистой стороной к телу.
- Форсированный диурез.

ТАКТИКА

- Экстренная госпитализация в отделение реанимации на фоне реанимационных мероприятий.
- Транспортировка на носилках.

T52 Этиленгликоль. Пропиленгликоль. Антифриз. Тормозная жидкость

ДЕЙСТВИЕ ОТРАВЛЯЮЩЕГО ВЕЩЕСТВА

- Этиленгликоль – синтетический многоатомный спирт, применяемый в смеси с водой и другими веществами (метиловым и этиловым спиртом) в качестве антифриза и тормозной жидкости. Выводится из организма очень медленно, от 14 до 50 дней. В организме окисляется в щавелевую кислоту. Смертельная доза – около 100 мл этиленгликоля. Токсическое действие – до 5 сут.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

- *Первый период:* опьянение длится 4–10 ч; эйфория, опьянение и хорошее настроение.
- *Второй период* – нейротоксический: продолжается до 2 сут.; через 10 ч нарастает головная боль; оглушение; расширение зрачков; повышение тонуса затылочных и скелетных мышц; сильные боли в пояснице, правом подреберье, надчревной области; жажда; тошнота, рвота желчью, кровавый понос; слабость в руках и ногах, пошатывание при ходьбе; синюшность кожных покровов, холодный пот; шумное дыхание; бред, непроизвольные мочеиспускание и дефекация.
- *Третий период* – почечный (на 2–4-й день): боли в поясничной области; желтуха; АД до 200/120 мм рт.ст.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

Легкая степень:

- Промывание желудка через зонд.
- Средняя степень.* КПВ.
- Натрия гидрокарбонат 4% 300 мл в/в капельно.
- Натрия хлорид 0,9% 400 мл в/в капельно.
- Промывание желудка через зонд.

Тяжелая степень. КПВ.

- Натрия гидрокарбонат 4% 300 мл в/в капельно.
- ГЭК 6% 400 мл в/в капельно.
- Реамберин 400 мл в/в капельно.
- Промывание желудка через зонд.
- Магния сульфат 25% 10 мл в/м.

При САД < 100 мм рт.ст.: Допамин 200 мг + Натрия хлорид 0,9% 400 мл в/в капельно.

При нарушении дыхания: интубация трахеи, ИВЛ.

ТАКТИКА

- Коррекция гемодинамики.
- Экстренная госпитализация в ОРИТ независимо от тяжести отравления!
- Транспортировка на носилках.

T52 Ацетон

ДЕЙСТВИЕ ОТРАВЛЯЮЩЕГО ВЕЩЕСТВА

- Ацетон (диметилкетон, пропанол) – это летучая жидкость; раздражает слизистые оболочки, угнетает ЦНС до нарушения и потери сознания. Вызывает токсическое поражение печени и почек. Ингаляционные отравления приводят к пневмонии и токсическому отеку легких. Смертельная доза – более 100 мл. Быстро всасывается через слизистые оболочки, выводится через легкие, с мочой.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

При попадании внутрь и вдыхании паров:

- состояние опьянения;
 - головокружение, слабость;
 - шаткая походка;
 - тошнота, рвота;
 - боль в животе;
 - падение АД, коллапс, коматозное состояние;
 - снижение выделения мочи.
- После вывода из бессознательного состояния развивается пневмония.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

При приеме внутрь: промывание желудка.

При ингаляционном отравлении: промывание глаз водой, ингаляция кислорода.

При нарушениях дыхания:

- Аминофиллин (Эуфиллин) 2,4% 10 мл = 240 мл в/в, Никетамид (Кордиамин) 2 мл = 500 мг в/м.
- Форсированный диурез.
- Гидрокарбонат натрия 4% 500–1000 мл в/в.

ТАКТИКА

- Коррекция гемодинамики.
- Экстренная госпитализация в ОРИТ.
- Транспортировка на носилках.

Т49 Бензин. Нефтепродукты

ДЕЙСТВИЕ ОТРАВЛЯЮЩЕГО ВЕЩЕСТВА

- Бензин оказывает психотропное и токсическое действие на печень, почки, легкие. Быстро всасывается в легких и желудочно-кишечном тракте. Выводится преимущественно через легкие. Этилированный бензин содержит добавку – антидетонатор тетраэтилсвинец.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

После приема внутрь: жжение в полости рта; рвота; головная боль; опьянение; боли в животе; боли в правом подреберье; желтуха.

При вдыхании паров: головокружение, головная боль; чувство опьянения; возбуждение; тошнота, рвота.

В тяжелых случаях: нарушение дыхания; потеря сознания; судороги; запах бензина изо рта.

При попадании в дыхательные пути: боль в груди; кровавистая мокрота; цианоз; одышка; лихорадка; резкая слабость (бензиновая токсическая пневмония).

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

- Коррекция гемодинамики и дыхания.
- При *ингаляционном отравлении* вынести пострадавшего на свежий воздух.
- Промыть желудок, после промывания ввести в желудок 30–50 г Активированного угля или 250 мл Вазелинового масла, через 30 мин дать слабительное.
- При *вдыхании паров или попадании в дыхательные пути* – ингаляция кислорода, антибиотики (Ампициллин 0,25 г по 2 табл. 4 раза в день в течение 5 дней).
- Кордиамин 2 мл п/к, Кофеин 10% 2 мл п/к.
- При нарушении дыхания – ИВЛ.

ТАКТИКА

- Госпитализация в токсикологическое отделение.

Т54.2 Уксусная кислота

ДЕЙСТВИЕ ОТРАВЛЯЮЩЕГО ВЕЩЕСТВА

- Отравления возникают при приеме уксусной кислоты 30–70% концентрации. Вызывает тяжелое поражение всех систем организма, токсическое поражение печени и почек.
- Смертельная доза – 100–150 мл.
- Осложнения при отравлении уксусной кислотой: прободение пищевода, токсический шок, панкреатит, перитонит, отек гортани, легких, пневмония, кровотечения, рубцовые сужения пищевода.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

- Резкие боли и жжение во рту, по ходу пищевода, в области желудка; рвота с кровью; слюнотечение; судороги; расширение зрачков; слабость; тошнота, рвота (рвотные массы темной окраски, с примесью крови, напоминают кофейную гущу); чувство удушья в горле, в области гортани; отсутствие голоса; нарушение глотания; одышка; жидкий стул; моча красного цвета; нарастающая сердечная слабость, частый пульс; потеря сознания.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

- Питье молока, взбитых яичных белков, глотать кусочки масла, льда. Слизистые отвары крахмала, риса. Масло растительное до 200 г/сут.
- Осмотр полости рта при помощи ларингоскопа.
- Лидокаин-спрей – местно. Морфин 1% 1 мл п/к, Атропин 0,1% 1 мл в/м.
- Натрия гидрокарбонат 4% 300 мл в/в (или Лактасол 300 мл в/в капельно).

При ожоге дыхательных путей, осиплости голоса, затрудненном вдохе – Солу-Кортеф 100 мг в/в струйно или Преднизолон 30–120 мг в/в.

- Ингаляции: Солу-Кортеф 100 мг + Атропин 0,1% 1 мл + Дифенгидрамин (Димедрол) 1% 1 мл = 10 мг + Натрия хлорид 0,9% 10 мл.

При декомпенсированном стенозе гортани – коникотомия.

ТАКТИКА

- Коррекция гемодинамики и дыхания. Экстренная госпитализация в токсикологическое отделение.
- Транспортировка на носилках.

Т54.3 Щелочи

ДЕЙСТВИЕ ОТРАВЛЯЮЩЕГО ВЕЩЕСТВА

- Часто отравления возникают при приеме нашатырного спирта, едкого натра, едкого калия, каустической соды и др. К щелочам относят жгучие и кристаллические отбеливатели, моющие средства. Щелочи вызывают глубокие повреждения тканей желудочно-кишечного тракта, дыхательных путей.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

- Боль во рту, глотке, по ходу пищевода, в области желудка.
- Затрудненное глотание.
- Серо-белые и некротические налеты на слизистых оболочках.
- Кровоточивость и изъязвления слизистых оболочек.
- Разлитые боли в животе.
- Рвота и понос с примесью крови.
- Кашель; удушье, одышка.
- Осиплость голоса, отсутствие голоса.
- Частый пульс.
- Сильная слабость.
- Снижение АД.
- Потеря сознания.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

- Морфин 1% 1 мл п/к, Атропин 0,1% 1 мл п/к.
- Антидоты: 1% раствор Лимонной кислоты или Уксус столовый 1 ст.л. на 0,5 л воды вн.
- Полоскание рта холодной водой.
- Орошение ожоговых поверхностей аэрозолем Лидокаина 10%.
- Питье молока, взбитых яичных белков; глотать кусочки масла, льда. Слизистые отвары крахмала, риса. Масло растительное до 200 г/сут.
- Форсированный диурез.
- Никетамид (Кордиамин) 1–2 мл в/м (1 мл = 250 мг).
- Метилксантин (Кофеин-бензоат натрия) 100–200 мг в/м (1 мл = 100 и 200 мг).

ТАКТИКА

- Срочная госпитализация в токсикологическое отделение.

Т56 Ртуть. Соединения ртути

ДЕЙСТВИЕ ОТРАВЛЯЮЩЕГО ВЕЩЕСТВА

- Ртуть применяется в промышленности в виде металлической ртути, сулемы, азотнокислой ртути, каломели, гремучей ртути. Пары ртути очень токсичны, при поступлении в пищеварительный тракт металлическая ртуть малотоксична и почти полностью выводится с калом.
- Ртуть относится к группе тиоловых ядов, блокирует сульфгидрильные группы белковых соединений, что приводит к глубоким нарушениям обмена веществ, особенно в ЦНС.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

- Отравление развивается очень бурно:
- Резкая слабость; головная боль; тошнота, рвота; металлический привкус во рту; слюнотечение; боли в животе; кровавые поносы; на деснах – сине-черная кайма в результате контакта ртути с сероводородом полости рта.
 - Через несколько дней наблюдается задержка мочи с развитием острой почечной недостаточности.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

Легкая степень:

- При пероральном отравлении – промывание желудка через зонд.

Средняя степень:

- Трамадол (Трамал) 2 мл = 100 мг в/в.
- КПВ.
- Промывание желудка через зонд, введение энтеросорбента.
- Глюкоза 5% 400 мл в/в капельно (Лактасол 400 мл).

Тяжелая степень:

- КПВ.
- Глюкоза 5% 400 мл в/в капельно (Лактасол 400 мл).
- ГЭК 6% 400 мл в/в капельно.
- Промывание желудка через зонд, введение энтеросорбента.
- Унитиол 5% 10,0 мл в/м.

ТАКТИКА

- Срочная госпитализация в токсикологическое отделение.

2.4. Растения ядовитые

- Цикута (вех ядовитый)
- Красавка, белена, дурман, крестовик, мандрагора

Т62.2 Цикута (вех ядовитый)

ДЕЙСТВИЕ ОТРАВЛЯЮЩЕГО ВЕЩЕСТВА

- Многолетнее травянистое растение высотой до 1,5 м с мелкими белыми цветами в виде зонтиков. Обычно растет в сырых болотистых местах. Отравление происходит при употреблении в пищу корневища.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

- Через 15–20 мин после приема внутрь:
- рвота;
 - боли в животе;
 - понос;
 - зрачки расширены;
 - пульс учащен;
 - угнетение сердечной деятельности;
 - судороги;
 - остановка дыхания;
 - смертельный исход.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

- Промывание желудка: 1,5–2 л воды на одно промывание. Промывать до чистых промывных вод.
- Адсорбент: Белый уголь 700 мг 4–6 табл. Дать слабительное (Магния сульфат 25% 30 мл вн.).
- Никетамид (Кордиамин) 250 мг/мл – 1–2 мл в/м.
- Диазепам (Реланиум) 2 мл = 10 мг в/м.
- Форсированный диурез.

ТАКТИКА

- Срочная госпитализация в отделение реанимации на фоне интенсивной терапии.

Т62.2 Красавка, белена, дурман, крестовик, мандрагора

ДЕЙСТВИЕ ОТРАВЛЯЮЩЕГО ВЕЩЕСТВА

- Ядовиты семена и листья этих растений. Они оказывают нейротоксическое воздействие.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

- Сухость во рту.
- Частый пульс.
- Покраснение кожи.
- Зрачки расширены.
- Больной возбужден.
- Зрительные галлюцинации.
- Судороги.
- Потеря сознания.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

- Промывание желудка.
- Форсированный диурез.
- Гипохлорит натрия 0,06% 400 мл в/в капельно.
- Прозерин 0,05% 1 мл п/к, в/в (антидот).

При возбуждении: Аминазин 2,5% 2 мл в/м, Промедол 1% 2 мл п/к, Седуксен 0,5% 2 мл в/м.

ТАКТИКА

- Срочная госпитализация в отделение реанимации на фоне интенсивной терапии.

2.5. Грибы ядовитые

- Бледная поганка
- Сморчки и строчки
- Мухоморы

Т62 Бледная поганка

ДЕЙСТВИЕ ОТРАВЛЯЮЩЕГО ВЕЩЕСТВА

- Наиболее тяжелые из отравлений грибами. Токсины бледной поганки (фаллоидины и аманитины) – производные индола. Аманитотоксины термостабильны и не разлагаются даже при длительном нагревании при температуре 100°C. Даже один гриб может вызвать смертельное отравление. Всосавшиеся токсины на 60% накапливаются в ткани печени. Выводятся через почки, в моче обнаруживаются через 17–20 ч, выведение заканчивается через 60–70 ч.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

- Скрытый период от 8 до 21 ч.
- Внезапно неукротимая рвота.
- Через несколько часов: стул обильный, зловонный, с примесью крови, до 20–25 раз в сутки; температура в норме; нарастают признаки обезвоживания организма; задержка мочи; кровоизлияния на коже; носовые кровотечения, кровохарканье; кровавая рвота; дегтеобразный стул.
- Острая печеночная недостаточность (печеночная кома). Смертельные исходы составляют более 50%.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

- Промыть желудок. При неукротимой рвоте промывание желудка нецелесообразно.
- Белый уголь 700 мг 4–6 табл. или Активированный уголь 50 г. Дать слабительное (Магния сульфат 25% 20–30 мл вн.).
- Натрия хлорид 0,9% до 1000 мл/сут. в/в.
- Антидот – Атропин 0,1% 1–2 мл п/к.
- Ацетилцистеин 1% 100 мл вн. или 140 мг/кг в 5% растворе Глюкозы 200 мл в/в.
- Атропин 0,1% 1 мл п/к (повторно по показаниям).
- При повторной рвоте и поносе: Полиглюкин 400 мл в/в капельно.
- Липоевая кислота 0,5% 1–5 мл в/м, Токоферола ацетат (Витамин Е) 1 мл в/м, Рибоксин 2% 20 мл в/в.
- Форсированный диурез.
- Гидрокарбонат натрия 4% 200 мл в/в.
- Гентамицин 0,04–0,08 г в/м 2 раза в день.

ТАКТИКА

- Экстренная госпитализация в инфекционное отделение на фоне интенсивной терапии.

Т62 Сморчки и строчки

ДЕЙСТВИЕ ОТРАВЛЯЮЩЕГО ВЕЩЕСТВА

- Эти грибы содержат гальвелловую кислоту, обладающую токсическим действием на кровеносную систему и печень. Гальвелловая кислота хорошо растворяется в воде, поэтому промывание и отваривание грибов делает их съедобными, бульон необходимо слить.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

Через 6–10 ч после отравления появляются:

- боли в животе;
- рвота;
- понос;
- присоединяется желтуха;
- увеличиваются печень и селезенка;
- кома;
- острая сердечно-сосудистая недостаточность.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

- Натрия гидрокарбонат 4% 1000 мл в/в капельно.
- Проводится терапия, как при отравлении бледной поганкой.

ТАКТИКА

- Срочная госпитализация в отделение реанимации.

Т62 Мухоморы

ДЕЙСТВИЕ ОТРАВЛЯЮЩЕГО ВЕЩЕСТВА

- Различают красный, порфиновый, пантерный и другие виды мухоморов. Смертельные случаи бывают редко.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

Через 1–3 ч после отравления появляются:

- тошнота, рвота;
- водянистый стул;
- сужение зрачков;
- спазм дыхательных путей;
- нарушение ритма сердца – резкое снижение ЧСС;
- снижение АД;
- спутанность сознания;
- бред, галлюцинации.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

- Промывание желудка.
- Дать адсорбенты: Активированный уголь 100 г в 200 мл воды, или Белый уголь 700 мг 4–6 табл., или Полисорб 3 г в 100 г воды, или Полифепан 2 ст.л. в 200 г воды, слабительные солевые средства: Магния сульфат 25% 30 мл вн.
- Форсированный диурез.
- Атропин 0,1% 1–2 мл в 0,9% растворе Натрия хлорида 30–60 мл в/в.

ТАКТИКА

- Срочная госпитализация в отделение реанимации.

2.6. Укусы насекомых и змей

- Укусы пчел, ос. Пчелиный яд
- Укус каракурта
- Укусы змей
- Укусы клещей

Т63.4 Укусы пчел, ос. Пчелиный яд

ДЕЙСТВИЕ ОТРАВЛЯЮЩЕГО ВЕЩЕСТВА

Осы нападают, защищая гнездо; укусы жалом и челюстями, кусают многократно. Яд осы: ацетилхолин (нейромедиатор, блокирует нервные окончания), гистамин (аллергия, воспаление, зуд, отек), фосфолипазы (ферменты), гиалуронидаза, гипергликемический фактор и др.

Пчела кусает только один раз, после чего погибает; пчелы менее агрессивны. Яд пчел: полипептид – мелитин 50%, белки со свойствами ферментов – фосфолипаза А2, кислая фосфатаза, гиалуронидаза и др.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

- Острая боль в месте укуса.
- Отек и покраснение кожи.
- Тяжелые аллергические реакции.
- Отек гортани.
- Учащенное сердцебиение.
- Острая сердечно-сосудистая недостаточность.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

- На место укуса: холодная влажная повязка, лед или криопакет на 10 мин, перерыв 5 мин, повторять в течение 30 мин. Гидрокортизон мазь (на лицо – глазная) после повязок + 1 день 2 раза.
- Дифенгидрамин (Димедрол) 1% 1 мл = 10 мг в/м, или Хлоропирамин (Супрастин) 25 мгх2х2 вн., или Глюконат кальция 1000 мг (2 табл.) 3х2 вн.
- Кордиамин или Корвалол 30 капель вн.
- При отеке лица, шеи, угрозе отека гортани: спрей Преднизолона на область надгортанника или Преднизолон 5–10 мг вн. по показаниям повторно.

ТАКТИКА

- Госпитализация только при множественных укусах.

Т63.3 Укус каракурта

ДЕЙСТВИЕ ОТРАВЛЯЮЩЕГО ВЕЩЕСТВА

- Каракурт – паук черного цвета с длинными ножками; у самцов блестящее брюшко с красными точками. Длина самки – 10–20 мм, самца – 4–7 мм. Наиболее ядовиты половозрелые самки. Высокая активность каракурта отмечается летом в ночное время. Обитает в засушливых жарких пустынных климатических зонах, легко переносит морозы. Встречался в Казахстане, в 2001 г. затем зарегистрирован на Алтае, в городской черте Барнаула.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

- На коже красные точки, пузырьки с жидкостью, отек.
- Сильная боль и жжение в месте укуса.
- Быстро наступает вялость, слабость, адинамия.
- Боли в груди, пояснице, конечностях.
- Головная боль.
- Температура 38–40°C, озноб.
- Дыхание частое.
- Острые боли в животе.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

- На место укуса наложить криопакет (гипотермический).
- Метилксантин (Кофеин-бензоат натрия) 10% (1 мл = 100 мг), 20% (1 мл = 200 мг) 1–2 мл в/м.
- Никетамид (Кордиамин) 1–2 мл в/м (1 мл = 250 мг).
- Форсированный диурез.

ТАКТИКА

- Экстренная госпитализация на фоне интенсивной терапии.

Т63 Укусы змей

ДЕЙСТВИЕ ОТРАВЛЯЮЩЕГО ВЕЩЕСТВА

- Воздействие змеиного яда на организм человека через поврежденную кожу посредством укуса змеи. В РФ наиболее распространенными являются змеи группы гадюковых: гадюка обыкновенная, степная и щитомордники. Токсическое действие змеиного яда: геморрагическое, свертывание крови, местное отечно-некротическое.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

- **Локальные:** две глубокие колотые ранки на месте укуса; гиперемия около места укуса; нарастающий отек; на коже геморрагические петехиальные, пятнистые кровоизлияния и кровоподтеки; кожа багрово-синюшная; серозно-геморрагические пузыри.
- **Общетоксические:** возбуждение, сменяющееся резкой слабостью; бледность кожных покровов; головкружение; пульс малый, частый; АД снижено; холодный липкий пот; потеря сознания (обморок, коллапс, шок).

ТАКТИКА

- Срочная госпитализация в ОРИТ.
- Госпитализация обязательна, независимо от самочувствия пострадавшего, так как максимальной выраженности все проявления интоксикации достигают через 4–24 ч после укуса. Транспортировка на носилках, на фоне интенсивной терапии.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

Запрещено: Накладывать жгут, перетягивать конечности. Прижигать. Обкалывать любыми средствами. Давать алкоголь. Отсасывать яд из ранки.

А. До прибытия СМП

- **Крайне важно!** Покой в положении лежа на месте события и при транспортировке. Пораженную конечность не двигать! Имобилизация конечности.
- Нашатырный спирт вдыхать, растирать виски.
- Обильное питье.
- Регидрон 2 л вн. (Цитроглюкосолан).

Б. После прибытия СМП

- Метилксантин (Кофеин-бензоат натрия) 100–200 мг в/м или Никетамид (Кордиамин) 250 мг в/м (1 мл = 250 мг).
- ГЭК 6% 400 мл (Полиглюкин, Ацесоль, раствор Рингера, Натрия хлорид 0,9%) в/в капельно.
- Преднизолон 90 мг в/в или Дексаметазон 12 мг в/в.
- Хлоропирамин (Супрастин) 20 мг = 1 мл в/м.

Профилактика анафилактического шока:

- Дифенгидрамин (Димедрол) 1% 1 мл = 10 мг.
- Кальция хлорид 10% 10 мл в/в (Кальция глюконат 10% 10 мл в/в).

Т63.3 Укусы клещей

ДЕЙСТВИЕ ОТРАВЛЯЮЩЕГО ВЕЩЕСТВА

- Укусы клещей – повреждение целостности кожных покровов человека клещами. Многие клещи являются переносчиками опасных для человека болезней, таких как:
 - клещевой вирусный энцефалит
 - боррелиоз (болезнь Лайма)
 - анаплазмоз
 - эрлихиоз

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

- ИП – 45 дней.
- Ощущение инородного тела на кожных покровах.
- Локальное покраснение кожи.
- Местный отек кожи.
- Зуд кожи в месте укуса.
- Обнаружение прицепившегося клеща.

ТАКТИКА

- Госпитализация не требуется. Наблюдение 45 дней.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

- Удалить/снять клеща пинцетом.
- Спирт 70% или Йод 5%: обработать место укуса.
- **А. Боррелиоз, профилактика**
 - Амоксиклав 625×1×7 (Азитромицин 500×1×3, Доксициклин 100×2×7, Эритромицин 100×4×7, Амоксициллин 500×3×7).
 - Интерферон α-2β 2 впрыск. в нос×4×2.
 - Наблюдение за пациентом 45 дней (за Т и появлением покраснения вокруг места укуса).
 - При ↑ Т до 38°C – ЭКГ. На 7–10-й день после ↑ Т – консультация невролога.
 - Госпитализация при ↑ Т >38°C, эритеме вокруг места укуса.
- **Б. Клещевой энцефалит, эндемичный район**
 - В течение 96 ч от момента укуса клеща: Иммуноглобулин специфический 0,1 мл/кг в/м в условиях специализированного прививочного кабинета.
 - Позже 96 ч от момента укуса: Иммуноглобулин не вводить!
 - Наблюдение за пациентом до 28-го дня после укуса клеща.
 - При ↑ Т 38°C + головные боли + тошнота + рвота + сонливость – госпитализация в инфекционное отделение.
 - Привитому: если укус до 14-го дня после прививки против клещевого энцефалита – Иммуноглобулин специфический 0,1 мл/кг.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Физиологические возрастные нормы (средние величины)

Возраст	Масса тела, кг	ЧСС, уд./мин	ЧДД, в 1 мин	АД, мм рт.ст.
Новорожденные	3,5	135–140	40–60	70–55 – 80/50±10
3 мес.	5–6	130	35–40	90/55±10
6 мес.	7–8	125	33–35	100/60
1 год	10	120	30–32	105/60
2 года	12–13	105	26–30	105/60
3 года	14–15	105	26	108/60
4 года	16–18	100	22–26	110/65
5 лет	18–19	97	22–24	115/65
6 лет	19–23	95	20	115/65
8 лет	23–27	90	18–19	115/70
10 лет	27–31	85	18	118/75
12 лет	31–35	80	16–18	120/75
15 лет	48–62	70	16–18	120/70
18 лет и старше	65–74	60–80	16–18	120/70–80

Боль: визуально-ранговая шкала оценки боли (ШБ-5) (Вялов С.С., 2015)



Оценка силы боли визуально и в баллах, со слов пациента

АПТЕЧКА УНИВЕРСАЛЬНАЯ (НАБОР/УКЛАДКА ДЛЯ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ)

Блок 1. Таблетки. Анаприлин 10 мг табл. Аспирин 500 мг табл. Амоксициллин 500 мг табл.

Глицин 100 мг табл. Доксциклин 100 мг табл. Ибуклин табл. Кальция глюконат 500 мг табл.
Капотен 25 мг табл. Мексидол 125 мг табл. Нитроглицерин 0,5 мг табл. Нифедипин 10 мг табл.
Но-шпа 40 мг табл. Омез-Д 20 мг табл. Пенталгин табл. Преднизолон 5 мг табл. или Дексаметазон
4 мг табл. Ренни табл. Ринза табл. Тавегил 10 мг/Супрастин 25 мг. Фуразолидон 50 мг табл.
Цитрамон табл. Беродуал-спрей. Капли Зеленина фл. 30 мл. Регидрон 18,9:1000 мл пакеты (вн.).
Полисорб пак. Уголь белый 700 мг табл.

Блок 2. Инъекционные. Адреналин 1 мг = 1 мл амп. в/м. Преднизолон 30 мг = 1 мл амп. Тавегил
амп. Атропин амп. Кордиамин амп. Салфетки спиртовые. Салфетки с нашатырным спиртом.
Шприцы 2–20 мл.

Блок 3. Инфузионные. Натрия хлорид 0,9% 400 мл. Рингера раствор 100 мл. Системы трансфузионные.
КВП (катетеры). Жгут кровоостанавливающий.

Блок 4. Растворы наружные. Альбуцид фл. Бетадин фл. 50 мл. Мирамистин-спрей 0,1% 250 мл.
Аммиака раствор 10% фл. 30 мл. Перекись водорода 3% 50 мл фл. Спирт этиловый 96–70% 100 мл.

Блок 5. перевязочные средства. Вата. Бинты (трубчатые, ленточные, фиксирующие). Лейкопластырь.
Салфетки марлевые. Покрывало изотермическое (пакет). Ножницы. Пинцет. Скальпель.

Блок 6. Мази, гели. Гидрокортизон мазь глазная, туб. Кетопрофен-гель 5% 30 г туб. Пантенол-спрей.
Синтомицин линимент 5% 30 г.

Блок 7. Инструменты и аппараты. Простыня. Маска. Перчатки. Шпатели. Термометр. Тонометр.
Стетоскоп.

**Концентрация растворов: таблица перевода единиц % в мг ($\% \times \text{мл} \times 10 = \text{мг}$,
пример: $1\% \times 5 \text{ мл} \times 10 = 50 \text{ мг}$)**

%	мл	мг	%	мл	мг
0,5%	1 мл	5 мг	5%	2 мл	100 мг
1%	1 мл	10 мг	10%	1 мл	100 мг
1%	5 мл	50 мг	10%	5 мл	500 мг
2%	1 мл	20 мг	10%	10 мл	1000 мг
2%	3 мл	60 мг	10%	80 мл	8000 мг
2%	10 мл	200 мг	25%	1 мл	250 мг
2,4%	10 мл	240 мг	25%	5 мл	1250 мг
2%	250 мл	5000 мг	25%	10 мл	2500 мг
5%	1 мл	50 мг	50%	2 мл	500 мг

Кровотечение: клиническая оценка степени тяжести (ориентировочная)

В теле человека циркулирует 6 л крови. Потеря крови (л):

- 0,5 – дурнота, слабость
- 1 – дыхание поверхностное, ЧСС >90 уд./мин
- 1,5 – потеря сознания, геморрагический шок
- 2,35 – летальный исход

РЕСПИРАТОРНЫЙ СИНДРОМ: ОЦЕНКА СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ	
Форма	Объективные показатели
Легкая	Т 37–38,5°C, ЧДД 21–22/мин, ЧСС 80–90 уд./мин, АД 120/80 мм рт.ст.
----- Оценить показания к госпитализации -----	
Среднетяжелая	Т 38–39°C, ЧДД 22–24/мин, ЧСС 90 уд./мин, АД 120/80 мм рт.ст.
===== Показана госпитализация =====	
Тяжелая	Т 38–39°C, ЧДД 24–26/мин, ЧСС 90–100 уд./мин, АД 100/70 мм рт.ст.
Гипертоксическая	Т >39°C, ЧДД >26/мин, ЧСС >100 уд./мин, АД 100/60 мм рт.ст.

ДЫХАТЕЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ: ОЦЕНКА СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ (Вялов С.С., 2011)			
Показатель	ДН I	ДН II	ДН III
Внешние признаки			
Цианоз	Нерезкий	Отчетливый	Выраженный
Речевая проба	Одышки нет	Одышка при разговоре («дух перевести»)	Невозможность разговора в обычном темпе
Одышка	Кратковременная	После легкой нагрузки, длительная	Постоянная, выраженная
Утомляемость	Кратковременная, возникает быстро	Длительная, выраженная	Постоянная, выраженная
Осмотр			
Участие вспомогательной мускулатуры	Нет	Небольшой степени	Выражено в покое
Глубина дыхания в покое	Норма	Дыхание ближе к поверхностному	Дыхание поверхностное
Глубина дыхания после нагрузки	Дыхание поверхностное. Восстановление сразу после нагрузки	Дыхание поверхностное. Восстановление медленно	Нагрузка невозможна из-за тяжелой одышки
ЧДД в покое, в 1 мин	21–22	22–26	26–32
ЧДД после нагрузки, в 1 мин	+10 Восстановление быстрое	+7 Восстановление медленное	Нагрузка невозможна из-за тяжелой одышки
Пульс	70–80	85–90	>90

ЛИТЕРАТУРА

Временные методические рекомендации МЗ РФ. Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19). Версия 11 (07.05.2021). – 225 с.

Клинические рекомендации, стандарты, нормативно-правовые документы Минздрава РФ за период 2016–2021 гг.

Al-Khatib S.M., Stevenson W.G., Ackerman M.J. et al. 2017 AHA/ACC/HRS guideline for management of patients with ventricular arrhythmias and the prevention of sudden cardiac death: executive summary: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines and the Heart Rhythm Society. *Heart Rhythm*. 2018, Oct. 15(10):e190–e252.

Alonso-Coello P., Bellmunt S., McGorrian C. et al. Antithrombotic therapy in peripheral artery disease: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Chest*. 2012, Feb. 141(2 Suppl):e669S–690S.

Beeching N.J., Parry C.M. Outpatient treatment of patients with enteric fever. *Lancet Infect. Dis.* 2011, Jun. 11(6):419–421.

Biondi E., McCulloh R., Alverson B. et al. Treatment of mycoplasma pneumonia: a systematic review. *Pediatrics*. 2014, Jun. 133(6):1081–1090.

Boukhenouna S., Wilson M.A., Bahmed K., Kosmider B. Reactive Oxygen Species in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Oxid. Med. Cell. Longev.* 2018, Feb 11. 2018: 5730395.

Castillo J.R., Peters S.P., Busse W.W. Asthma Exacerbations: Pathogenesis, Prevention, and Treatment. *J. Allergy Clin. Immunol. Pract.* 2017, Jul–Aug. 5(4):918–927.

Cruccu G., Truini A. A review of Neuropathic Pain: From Guidelines to Clinical Practice. *Pain Ther.* 2017, Dec. 6(Suppl 1):35–42.

Cutts S., Talboys R., Paspula C. et al. Adult respiratory distress syndrome. *Ann. R. Coll. Surg. Engl.* 2017, Jan. 99(1):12–16.

Dresen W.F., Ferguson J.D. Ventricular arrhythmias. *Cardiol. Clin.* 2018, Feb. 36(1):129–139.

Drewes A.M., Bouwense S.A.W., Campbell C.M. et al.; Working group for the International (IAP–APA–JPS–EPC) Consensus Guidelines for Chronic Pancreatitis. Guidelines for the understanding and management of pain in chronic pancreatitis. *Pancreatology*. 2017, Sep–Oct. 17(5):720–731.

Edlich R.F., Hill L.G., Mahler C.A. et al. Management and prevention of tetanus. *J. Long Term Eff. Med. Implants*. 2003. 13(3):139–154.

European Association for the Study of the Liver. EASL Clinical Practice Guidelines: The diagnosis and management of patients with primary biliary cholangitis. *J. Hepatol.* 2017, Jul. 67(1):145–172.

European Association for the Study of the Liver. EASL 2017 Clinical Practice Guidelines on the management of hepatitis B virus infection. *J. Hepatol.* 2017, Aug. 67(2):370–398.

Fengler B.T., Brady W.J. Fibrinolytic therapy in pulmonary embolism: an evidence-based treatment algorithm. *Am. J. Emerg. Med.* 2009, Jan. 27(1):84–95.

Foster L.A., Salajegheh M.K. Motor Neuron Disease: Pathophysiology, Diagnosis, and Management. *Am. J. Med.* 2019, Jan. 132(1):32–37.

Guasch E., Mont L. Diagnosis, pathophysiology, and management of exercise-induced arrhythmias. *Nat. Rev. Cardiol.* 2017, Feb. 14(2):88–101.

Guidelines for service standards and severity classifications in the treatment of burn injury. American Burn Association. *Bull. Am. Coll. Surg.* 1984, Oct. 69(10):24–28.

Guidelines for the management of severe head injury. Brain Trauma Foundation, American Association of Neurological Surgeons, Joint Section on Neurotrauma and Critical Care. *J. Neurotrauma*. 1996, Nov. 13(11):641–734.

- Hoffman R., Benz E.J., Shattil S.J. et al. Antithrombotic drugs. In: «Hematology: Basic Principles and Practice». 5th ed. Philadelphia: Churchill Livingstone, 2008.
- Hollingsworth J.M., Rogers M.A., Kaufman S.R. et al. Medical therapy to facilitate urinary stone passage: a meta-analysis. *Lancet*. 2006, Sep 30. 368(9542):1171–1179.
- Hooven T.A., Polin R.A. Pneumonia. *Semin. Fetal Neonatal Med.* 2017, Aug. 22(4):206–213.
- Ibanez B., James S., Agewall S. et al.; for the ESC Scientific Document Group. 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur. Heart J.* 2018, Jan 7. 39(2):119–177.
- Imran J.B., Eastman A.L. Pneumothorax. *JAMA*. 2017, Sep 12. 318(10):974.
- Janke A.T., McNaughton C.D., Brody A.M. et al. Trends in the incidence of hypertensive emergencies in US Emergency Departments from 2006 to 2013. *J. Am. Heart Assoc.* 2016, Dec 5. 5(12).
- January C.T., Wann L.S., Calkins H. et al. 2019 AHA/ACC/HRS focused update of the 2014 AHA/ACC/HRS guideline for the management of patients with atrial fibrillation: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines and the Heart Rhythm Society. *J. Am. Coll. Cardiol.* 2019, Jul 9. 74(1):104–132.
- Kusumoto F.M., Schoenfeld M.H., Barrett C. et al. 2018 ACC/AHA/HRS guideline on the evaluation and management of patients with bradycardia and cardiac conduction delay: executive summary: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines and the Heart Rhythm Society. *J. Am. Coll. Cardiol.* 2018, Aug 20. 74(7):932–987.
- Mann K., Jackson M.A. Meningitis. *Pediatr. Rev.* 2008, Dec. 29(12):417–429; quiz 430.
- Meltzer E., Schwartz E. Enteric fever: a travel medicine oriented view. *Curr. Opin. Infect. Dis.* 2010, Oct. 23(5):432–437.

- Moayyedi P.M., Lacy B.E., Andrews C.N. et al. ACG and CAG Clinical Guideline: Management of Dyspepsia. *Am. J. Gastroenterol.* 2017, Jul. 112(7):988–1013.
- Neumar R.W., Shuster M., Callaway C.W. et al. Part I: Executive Summary: 2015 American Heart Association Guidelines Update for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*. 2015, Nov 3. 132(18 Suppl 2):S315–367.
- Nurmatov U., Worth A., Sheikh A. Anaphylaxis management plans for the acute and long-term management of anaphylaxis: a systematic review. *J. Allergy Clin. Immunol.* 2008, Aug. 122(2):353–361, 361.e1–3.
- O'Connor R.E., Brady W., Brooks S.C. et al. Part 10: acute coronary syndromes: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*. 2010, Nov. 122(18 Suppl 3):S787–817.
- Orimo S. New development of diagnosis and treatment for Parkinson's disease. *Rinsho Shinkeigaku*. 2017, Jun 28. 57(6):259–273.
- Pardi D.S. Diagnosis and Management of Microscopic Colitis. *Am. J. Gastroenterol.* 2017, Jan. 112(1):78–85.
- Parsons M.W., Miteff F., Bateman G.A. et al. Acute ischemic stroke: imaging-guided tenecteplase treatment in an extended time window. *Neurology*. 2009, Mar 10. 72(10):915–921.
- Patel R.A.G., McMullen P.W. Neuroprotection in the Treatment of Acute Ischemic Stroke. *Prog. Cardiovasc. Dis.* 2017, May–Jun. 59(6):542–548.
- Randolph S.A. Ischemic Stroke. *Workplace Health Saf.* 2016, Sep. 64(9):444.
- Shane A.L., Mody R.K., Crump J.A. et al. 2017 Infectious Diseases Society of America Clinical Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of Infectious Diarrhea. *Clin. Infect. Dis.* 2017, Nov 29. 65(12):e45–e80.
- Shih J.J., Whitlock J.B., Chimato N. et al. Epilepsy treatment in adults and adolescents: Expert opinion, 2016. *Epilepsy Behav.* 2017, Apr. 69:186–222.

- Simons F.E.* Anaphylaxis. *J. Allergy Clin. Immunol.* 2010, Feb. 125(2 Suppl 2):S161–181.
- Sumas M.E., Narayan R.K.* Head injury. In: «Principles of Neurosurgery». G.R.Grossman, C.M.Loftus (eds). 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 1999; 117–171.
- Sveinsson O.A., Kjartansson O., Valdimarsson E.M.* [Cerebral ischemia/infarction – epidemiology, causes and symptoms]. *Laeknabladid.* 2014, May. 100(5):271–279.
- Tunkel A.R., Hartman B.J., Kaplan S.L. et al.* Practice guidelines for the management of bacterial meningitis. *Clin. Infect. Dis.* 2004, Nov 1. 39(9):1267–1284.
- Türk C., Knoll T., Seitz C. et al.* Medical Expulsive Therapy for Ureterolithiasis: The EAU Recommendations in 2016. *Eur. Urol.* 2017, Apr. 71(4):504–507.
- Vasakova M., Morell F., Walsh S. et al.* Hypersensitivity Pneumonitis: Perspectives in Diagnosis and Management. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* 2017, Sep 15. 196(6):680–689.
- Whelton P.K., Carey R.M., Aronow W.S. et al.* 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: Executive Summary: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Hypertension.* 2018, Jun. 71(6):1269–1324.
- Williams B., Mancia G., Spiering W. et al.;* for the ESC Scientific Document Group. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *Eur. Heart J.* 2018, Sep 1. 39(33):3021–3104.
- Wung S.F.* Bradyarrhythmias: clinical presentation, diagnosis, and management. *Crit. Care Nurs. Clin. North Am.* 2016, Sep. 28(3):297–308.
- Zuo K.J., Medina A., Tredget E.E.* Important Developments in Burn Care. *Plast. Reconstr. Surg.* 2017, Jan. 139(1):120e–138e.

АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ

COVID-19, 115

Аборт(ы)

в ходу, 99

неполный, 99

полный, 99

самопроизвольный, 100

терминология, классификация, 99

угрожающий, 99

Алкоголь

общая характеристика отравлений, 64

суррогаты, 165

Акушерство и гинекология, 98

Ампутации и размождения травматические, 90

Анаплазмоз, 187

Анафилактический шок, 134

Анаша, 161

Ангина, 105

Антидотная терапия

неспецифическая, 151

специфическая, 152

Антидоты, 152

Антифриз, 170

Аппендицит острый, 67

Аритмия(и)

классификация по тактике, 32

мерцательная

более 2 сут., 36

до 2 сут., 35

опасные для жизни, 32

показания к госпитализации, 32

принципы неотложной помощи, 33

Артралгический (суставной) синдром, 30

Асистолия, 120

Астма

бронхиальная, 15–17

сердечная, 52

Астматический статус, 18

Атака ишемическая транзиторная (ТИА), 56

Атриовентрикулярная блокада, 38

Ацетон, 171

Белена, 178

Бензин, 160, 172

Беременность внематочная (*extra uterina*), 103

Бешенство, 106

Бледная поганка, 180

Блокада атриовентрикулярная полная, 38

Боль: визуально-ранговая шкала (БШ-5), 189
Боль лицевая острая, 60
Боррелиоз, 187
Ботулизм, 107
Брадиаритмия, 37
Бром, 155
Бронхиальная астма, 15–17
Бронхообструктивный синдром, 14
Верхние дыхательные пути, отек, 130
Вех ядовитый (цикута), 177
Винный спирт, 164, 165
Вирусный гепатит, 109
Внематочная беременность (*extra uterina*), 103
Воздействие высоких температур, 131
Выкидыш самопроизвольный, 100
Газ угарный, 168
Галлюциногены, 161
Гашиш, 161
Геморрагический инсульт, 58
Гепатит вирусный, 109
Героин, 162
Гипергликемическая (диабетическая) кома, 128
Гипертензия
 легочная, 24
 церебральная, 54

Гипертонический криз
 гиперкинетический, 44
 гипокинетический, 45
Гипогликемическая кома, 127
Гипогликемическое состояние, 19
Гипотермия, 92
Головной мозг
 сдавление, 77
 сотрясение, 76
 ушиб, 77
Гортани отек, 130
Грибы
 псилоцибы (псилоцибин), 161
 ядовитые, 179–182
Грипп, 110
Грыжа ущемленная, 68
Дезоморфин, 162
Детоксикация, методы, 147–152
Диабетическая кома, 128
Дизентерия, 108
Динамическое нарушение мозгового кровообращения, 55
Дискинезия
 желчевыводящих путей, 21
 кишечника, 20
Дисторсии, 83

Диурез форсированный, 147, 150
Дифтерия, 111
Длительного сдавления синдром, 84
Древесный спирт, 166
Дурман, 178
Дыхание искусственное, 123
Дыхательная недостаточность, степени тяжести, 193
Дыхательные пути верхние
 инородное тело, 141
 отек, 130
Желудочковая пароксизмальная тахикардия, 51
Желудочно-кишечные кровотечения, 66
Желчевыводящие пути, дискинезия, 21
Живот
 травма закрытая, тупая, 86
 травма открытая, 87
Животных укусы, 94
Жидкость тормозная, 170
Закрытая (тупая) травма живота, 86
Закупорка и стеноз мозговых артерий, 59
Замерзание, 92
Змеиный яд, 186
Змеи, укусы, 186

Инсульт
 геморрагический, 55, 58
 ишемический, 59
 недифференцированный, 57
Инородное тело дыхательных путей, 141
Инфаркт
 легкого, 23
 мозга, 55, 59
 миокарда
 атипичные формы, осложнения, 41
 диагностика, 40
 классификация, 39
 острый, 42
Инфекции острые, 110
Инфекционно-токсический шок, 135
Искусственное дыхание, 123
Ишемическая атака транзиторная (ТИА), 56
Йод, 154
Кактус (мескалин), 161
Каннабиноиды, 161
Каракурт, укусы, 185
Кардиогенный шок, 41, 136, 137
Кардиология, 31
Каустическая сода, 174
Кислота уксусная, 173

Кишечная непроходимость острая, 69
Кишечник, дискинезия, 20
Кишечные инфекции неясной этиологии, 108
Кишечные кровотечения, 66
Клещевой энцефалит, 187
Клиническая смерть, 125
Клещи, укусы, 187
Клоачный газ, 169
Клофелин, 158
КОВИД-19, 115
Кокаин, 161
Коклюш, 113
Колика
 кишечная, 20
 печеночная, 21
 почечная, 97
Коллапс, 22
Кома
 гипергликемическая (диабетическая), 128
 гипогликемическая, 127
 неизвестного генеза, 129
Конопля, 161
Концентрация растворов: таблица пере-
 вода единиц, 191
Коронавирусная инфекция, 115
Коронарный синдром острый (ОКС), 48
Корь, 114

202

Кости таза, перелом, 79
Крапивница, 25
Красавка, 178
Краш-синдром, 84
Крестовик, 178
Криз
 гипертонический
 гиперкинетический, 44
 гипокинетический, 45
 тиреотоксический (тиреоидный), 26
Кровоизлияние
 в мозг, 58
 субарахноидальное, 55, 59
Кровотечения
 желудочно-кишечные, 66
 травматические, 81
Левожелудочковая недостаточность
 острая, 33, 41, 52, 136, 137
Легочная эмболия, 23
Лекарственные средства, 153
Лизергены (ЛСД), 161
Лицевая боль острая, 60
Малария, 112
Мандрагора, 178
Массаж сердца непрямой, 124
Менингит, 117

Менингококковая инфекция – см. Менингит
Менингококкцемия – см. Менингит
Мерцание желудочков, 133
Мерцание-трепетание предсердий, 35, 36
Мерцательная аритмия, 34–36
 принципы неотложной помощи, 35, 36
Мескалин (кактус), 161
Метанол – см. Спирт метиловый
Методы активной детоксикации, 147, 149, 150
Мозг, инфаркт, 55, 59
Мозговые артерии, стеноз и закупорка, 59
Мозговое кровообращение
 нарушение преходящее, 56
 нарушения, классификация, 55
Мозговой удар, апоплексия – см. Инсульт
 геморрагический
Морганьи–Адамса–Стокса синдром, 38
Морфин, 162
Мочекаменная болезнь, приступ, 97
Мухоморы, 182
Мышьяк, 156, 157
Наркотики, общая характеристика, 160
Нарушение мозгового кровообращения
 острое (ОНМК), 55–59
 преходящее, 56
Нарушения зрения любые, 56

Нарушения координации движений, 56
Нарушения речи любые, 56
Натр едкий, 174
Нашатырный спирт, отравление, 174
Невралгия тройничного нерва, 60
Неврология, 53
Недостаточность
 левожелудочковая острая, 52
 почечная острая, 96
Непроходимость кишечная, 69
Непрямой массаж сердца, 124
Нефрология, 95
Нефтепродукты, 172
Нормы физиологические возрастные
 (средние величины), 188
Обморок, 27
Ожоги термические и/или химические, 91
Окись углерода. Угарный газ, 167, 168
Окклюзия магистральных сосудов конеч-
 ностей острая, 73
Опий, 162
Острая респираторно-вирусная инфекция
 (ОРВИ), 110
Острое нарушение мозгового кровообра-
 щения (ОНМК), 55
Острый коронарный синдром (ОКС), 48

203

Осы, укусы, 184
Отек
ангионевротический, отек Квинке, 28
верхних дыхательных путей, 130
гортани, 130
легких – см. Левожелудочковая недостаточность острая
Отморожение, 93
Отравления
бытовыми и промышленными ядами, 164
грибами ядовитыми, 179
лекарственными и наркотическими средствами, 153
методы активной детоксикации, 147
общая характеристика, 146
особенности тактики врача, 145
острые
принципы неотложной помощи, 148
тактика врача, 145
растениями ядовитыми, 176
химическими веществами, 153
Охлаждение/переохлаждение организма, 92
Панкреатит острый (панкреонекроз, токсическая энзимопатия), 71
Пароксизмальная тахикардия, 49
желудочковая, 51
наджелудочковая, 50

Перелом
костей таза, 79
позвочника, 78
Переохлаждение организма, замерзание, 92
Перитонит, 72
Печеночная колика, 21
Пищевая токсикоинфекция, 108
Пневмония, 29
Поганка бледная, 180
Позвочник, перелом, 78
Почечная колика, 97
Почечная недостаточность острая, 96
Приемы реанимации, 124
Припадок судорожный, 61
Промывание желудка, 147, 149
Пропиленгликоль, 170
Псилоцибин (грибы псилоцибы), 161
Псилоцин, 161
Пчелиный яд, 184
Пчелы, укусы, 184
Размножения травматические, 90
Ранение(я)
брюшной полости проникающие, 87
сердца, 89
Раны открытые, 80
Растения ядовитые, 176

Растяжения связок (дисторсии), 83
Реанимация, 121
приемы, 123, 124
принципы, 122
Реанимация сердечно-легочная успешная, 126
Респираторный синдром, степени тяжести, 192
Роды
домашние, дорожные, уличные, 102
перечень родовой укладки, 101
Ртути соединения, 175
Сальмонеллез, 108
Сахарный диабет, комы, 127, 128
Сдавление головного мозга, 77
Сердечная астма – см. Левожелудочковая недостаточность острая
Сердечно-легочная реанимация, успешная, 126
Сердце
ранение, 89
ушиб, 88
Сероводород, 169
Сибирская язва, 120
Синдром
артралгический, 30
бронхообструктивный, 14
длительного сдавления, 84

лицевой боли острой, 60
Морганы–Адамса–Стокса, 38
суставной, 30
Скарлатина, 116
Смерть клиническая, 125
Сморчки и строчки, 181
Сода каустическая, 174
Солнечный удар, 131
Сосуды конечностей, тромбоз острый, 73
Сотрясение головного мозга, 76
Спирт
винный, 165
древесный, 166
метиловый, 166
нашатырный, 174
технический, 166
этиловый, 165
Стеноз и закупорка мозговых артерий, 59
Стенокардия
нестабильная, 47
стабильная, 46
Субарахноидальное кровоизлияние, 58, 59
нетравматическое, 59
Судорожные припадки, 61
Суррогаты алкоголя, 165
Суставной синдром, 30

Тазовые кости, перелом, 79
Тахикардия пароксизмальная, 49
 желудочковая, 51
 наджелудочковая, 50
Температуры высокие, воздействие, 131
Тепловой, солнечный удар (воздействие
 высоких температур), 131
Терапия, 13
Термические ожоги, 91
Тиреотоксический (тиреотоксический) криз, 26
Токсикология, 142
Тормозная жидкость, 170
Травма
 живота
 закрытая (тупая), 86
 открытая, 87
 почки, 85
Травматическая ампутация, 90
Травматический шок, 138
Травматология, особенности тактики врача, 75
Транзиторная ишемическая атака (ТИА), 55, 56
Транквилизаторы, 159
Трепетание предсердий, 35, 36
Тромбоз магистральных сосудов конеч-
 ностей острый, 73
Тромболитическая терапия: показания,
206

 принципы назначения, 43
Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА), 23
Угарный газ (окись углерода), 167, 168
Удар тепловой, солнечный, 131
Уксусная кислота, 173
Укус(ы)
 животных, 94
 классификация по степени тяжести, 94
 змей, 186
 каракурта, 185
 клещей, 187
 насекомых, 183
 пчел, ос, 184
Успешная сердечно-легочная реанимация, 121
Утопление, 127
Урология и нефрология, 95
Ушиб(ы), 82
 головного мозга, 77
 сердца, 88
Ущемленная грыжа, 68
Фибрилляция желудочков, 133
Физиологические возрастные нормы, 188
Фозергиля болезнь, 60
Форсированный диурез, 147, 150

Химические ожоги, 91
Хирургия, 64
Холера, 118
Холецистит острый, 70
Холодовая травма, 93
Церебральная гипертензия, 54
Цикута (вех ядовитый), 177
Черепно-мозговые травмы, 76, 77
Чума, 119
Шигеллез, 108
Шкала оценки боли (БШ-5) визуально-ран-
 говая, 189
Шок
 анафилактический, 134
 инфекционно-токсический, 135
 кардиогенный
 при остром инфаркте миокарда
 правого желудочка, 137
 при остром инфаркте миокарда
 передней локализации, 136
 септический, 135
 травматический, 138
 эндотоксический, 135

Щелочи, 174
Эвентрация травматическая, 87
Экстрасистолия желудочковая, 32
Электротравма
 >1000 В, 140
 <1000 В, 139
Эмболия легочная, 23
Энзимопатия токсическая, 71
Энцефалит клещевой, 187
Эпилепсия
 генерализованный припадок с тонико-
 клоническими судорогами, 62
 эпилептический (судорожный) припадок, 61
 эпилептический статус, 63
Эрлихиоз, 187
Этанол – см. Спирт этиловый
Этиленгликоль, 170
Яды
 бытовые, 163
 змеиный, 186
 насекомых, 183
 промышленные, 164
 пчелиный, 184
Язва сибирская, 120

158.00.

Вялов Сергей Сергеевич
НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ
Практическое руководство

Ответственный редактор: *Е.Г.Чернышова*
Корректоры: *Е.В.Мышева, К.В.Резаева*
Компьютерный набор и верстка: *А.Ю.Кишканов*

Лицензия ИД №04317 от 20.04.01 г.
Подписано в печать 13.07.21. Формат 90х60/32.
Бумага офсетная. Печать офсетная. Усл. печ. л. 6,50.
Тираж 5 000 экз. Заказ №529

ISBN 978-5-00030-979-7



Издательство «МЕДпресс-информ»
121069, Москва, ул. Поварская, д. 31/29, пом. VI, ком. 2, оф. 15
e-mail: office@med-press.ru
www.med-press.ru www.03book.ru

Отпечатано в ФГУП «Издательство «Наука»
(Типография «Наука»)
121099, Москва, Шубинский пер., 6

Интернет-магазин медицинской литературы

O3BOOK.RU

Телефон: +7(499)150-56-16

