|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **МIHICTЭРСТВА**  **АХОВЫ ЗДАРОУЯ**  **РЭСПУБЛIKI БЕЛАРУСЬ**  **З А Г А Д** |  | **МИНИСТЕРСТВО**  **ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**  **РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**  **П Р И К А З** |
|  |

30.09.2010 № 1030

г. Минск г. Минск

Об утверждении клинического

протокола оказания скорой (неотложной) медицинской помощи взрослому населению и признании утратившими силу отдельных структурных элементов приказа Министрества здравоохранения Республики Беларусь от 13 июня 2006 г. № 484

На основании Закона Республики Беларусь от 18 июня 1993 года «О здравоохранении» в редакции Закона Республики Беларусь от 20 июня 2008 года и Положения о Министерстве здравоохранения Республики Беларусь, утвержденного постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 23 августа 2000 г. № 1331,

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить клинический протокол оказания скорой (неотложной) медицинской помощи взрослому населению согласно приложению к настоящему приказу.

2. Руководителям государственных организаций здравоохранения, подчиненных Министерству здравоохранения Республики Беларусь, начальникам управлений здравоохранения областных исполнительных комитетов, председателю комитета по здравоохранению Минского городского исполнительного комитета обеспечить оказание скорой (неотложной) медицинской помощи взрослому населению в соответствии с клиническим протоколом, утвержденным настоящим приказом.

3. Признать утратившим силу абзац двадцать первый пункта 1 и приложение 20 к приказу Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 13 июня 2006 г. № 484 «Об утверждении клинических протоколов диагностики и лечения больных».

4. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на Первого заместителя Министра В.А.Ходжаева.

Министр В.И.Жарко

Приложение

к приказу

Министерства здравоохранения

Республики Беларусь

30.09.2010 № 1030

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ   
оказания скорой (неотложной) медицинской помощи

взрослому населению

ГЛАВА 1

ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Настоящий клинический протокол представлен в форме алгоритмов и предназначен для использования при оказании скорой (неотложной) медицинской помощи (далее – СНМП) взрослому населению на всей территории Республики Беларусь.

Скорая (неотложная) медицинская помощь – это форма медицинской помощи, оказываемая пациентам по жизненным показаниям при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства, осуществляемая на догоспитальном этапе службой скорой (неотложной) медицинской помощи, работающей в порядке, установленном постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 12 октября 2009 г. № 110 «Об утверждении Инструкции о порядке организации деятельности службы скорой (неотложной) медицинской помощи» (Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь, 2009 г., № 278, 8/21588).

Настоящий клинический протокол определяет базовый объём своевременных, последовательных, минимально достаточных диагностических и лечебных мероприятий, проводимых при внезапном возникновении у пациента заболеваний, в том числе травм, отравлений и других неотложных состояний, а также при внезапном ухудшении состояния здоровья пациента с хроническими заболеваниями, угрожающими его жизни, при которых требуется срочное (неотложное) медицинское вмешательство.

Правильное тактическое решение, принимаемое при оказании СНМП на догоспитальном этапе, обеспечивает оказание пациенту оптимального объема медицинской помощи и транспортировку его в организацию здравоохранения в кратчайшие сроки, предупреждая, тем самым, развитие опасных для жизни осложнений.

***Транспортировке в организации здравоохранения, оказывающие медицинскую помощь в стационарных условиях, подлежат:***

все пациенты с явными признаками угрожающих жизни состояний

2

и угрозой развития опасных для жизни осложнений;

при невозможности исключения патологических процессов и осложнений, требующих круглосуточного медицинского наблюдения и интенсивного лечения, диагностических и лечебных мероприятий в стационарных условиях;

пациенты, представляющие опасность для окружающих по инфекционно-эпидемическим и психиатрическим показаниям;

лица, внезапно заболевшие и (или) пострадавшие, находящиеся в общественных местах;

лица, повторно обратившиеся за скорой (неотложной) медицинской помощью в течение суток.

Пациенты, находящиеся в критических, неотложных состояниях, угрожающих жизни, транспортируются бригадами СНМП непосредственно в реанимационные отделения, минуя приемные отделения организаций здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях.

Транспортировке в травматологические пункты организаций здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, подлежат травмированные пациенты с сохраненной полностью или частично способностью к самостоятельному передвижению, при отсутствии признаков угрожающих жизни состояний или прогнозе их развития, в случаях, не требующих проведения срочных диагностических и лечебных мероприятий в стационарных условиях.

СНМП лицам, содержащимся под стражей, оказывается в соответствии с пунктом 16 Инструкции о порядке оказания медицинской помощи лицам, содержащимся под стражей, утвержденной постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 28 января 2004 г. № 4 (Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь, 2004 г., № 27, 8/10548).

Передача пациента бригадой СНМП в организацию здравоохранения, оказывающую медицинскую помощь в стационарных условиях, подтверждается подписью дежурного врача (фельдшера, медицинской сестры) приемного отделения в карте вызова бригады СНМП (форма № 110/у-09), утвержденной приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 13.08.2009 № 790 «Об утверждении форм первичной медицинской документации службы скорой (неотложной) медицинской помощи», с указанием даты и времени приема пациента, заверенной штампом приемного отделения соответствующего учреждения здравоохранения.

При отказе пациента от медицинского вмешательства или от транспортировки в необходимое учреждение здравоохранение ему либо

3

сопровождающим его лицам (супругу(е), при его(ее) отсутствии – близким родственникам, а если это касается ребенка, то родителям, опекунам, попечителям), медицинским работником службы СНМП в доступной форме должны быть разъяснены возможные последствия отказа.

Отказ пациента от медицинского вмешательства, а также от его транспортировки в соответствующее учреждение здравоохранения оформляется записью в карте вызова с указанием возможных последствий и подписывается пациентом либо лицами, указанными выше, а также медицинским работником.

***В случае, если пациента не удалось убедить в необходимости его транспортировки в соответствующее учреждение здравоохранения для лечения в стационарных условиях, врач (фельдшер, выезжающий самостоятельно) СНМП обязан:***

при критических, угрожающих жизни состояниях пациента, связанных с тяжелой травмой, обусловленных острой кровопотерей, отравлением, острым психозом, иных критических состояниях, обусловленных заболеванием, известить руководителя смен оперативного отдела или представителя администрации станции (отделения) СНМП для привлечения им сотрудников органов внутренних дел при осуществлении транспортировки или решения вопроса о необходимости повторного выезда к пациенту;

безотлагательно в рабочее время передать информацию в организацию здравоохранения, оказывающую медицинскую помощь в амбулаторных условиях, по месту жительства (месту пребывания) пациента о необходимости его активного посещения врачом-терапевтом (при необходимости врачом-специалистом).

ГЛАВА 2

ПЕРЕЧЕНЬ АЛГОРИТМОВ ОКАЗАНИЯ СКОРОЙ (НЕОТЛОЖНОЙ) МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ВЗРОСЛОМУ НАСЕЛЕНИЮ

# Алгоритм 1 «Порядок оказания скорой (неотложной) медицинской помощи»

Убедиться в личной безопасности и безопасности пациента

Примечание.

Соблюдать следующие принципы.

1. Сохранять спокойное, внимательное отношение ко всем пациентам без исключения.

2. Соблюдать установленную форму одежды, иметь опрятный внешний вид.

3. Использовать при оказании медицинской помощи принципы рациональной психотерапии для успокоения больного.

Осуществить первичный осмотр пациента для оценки нарушения витальных функций (Алгоритм 2 «Первичный осмотр пациента (ABCD)»).

Обеспечить проходимость дыхательных путей, иммобилизацию шейного отдела позвоночника, адекватное дыхание, гемодинамику, остановку профузного кровотечения, пульсоксиметрию (по показаниям).

Неотложная медицинская помощь (по экстренным показаниям):

1) обеспечить венозный доступ и инфузионную терапию под контролем АД;

2) ЭКГ-мониторирование по показаниям;

3) оксигенотерапия (под контролем SpO2);

4) оказание медицинской помощи в соответствии с выявленной патологией;

5) обеспечить необходимую иммобилизацию и способ транспортировки с соответствующим имеющейся патологии положением пациента.

Выполнить углубленный осмотр пациента:

1) оценка основных витальных функций, осмотр «с головы до пят»;

2) сбор анамнестических сведений:

- перенесенные заболевания;

- осложняющие факторы (наличие сопутствующих заболеваний);

- аллергоанамнез;

- принятые лекарственные средства;

- наблюдение врача.

Информировать отдел госпита­лизации службы СНМП о доставке пациента, находящегося в тяжелом состоянии (не позже чем за 10 минут до приезда в стационар).

Доставить пациента, находящегося в тяжелом состоянии в ближайший стационар, передать врачу-реаниматологу, минуя приемное отделение, не прекращая оказания медицинской помощи.

# Алгоритм 2 «Первичный осмотр пациента (ABCD)»

Убедитесь в безопасности для себя и пациента!

Алгоритм 4 «Внезапная смерть, сердечно-легочная реанимация»

Проверить проходимость дыхательных путей

Есть

Провести очистку дыхательных путей: удаление инородных тел, зубных протезов, отсасывание рвотных масс, крови, слизи и др.

При подозрении на травму головы и шеи осуществить шинирование шейной шиной соответствующего размера. Обязательно!

Нарушения функции дыха-ния: выраженная гипоксия (SpO2 менее 90%), апноэ, диспноэ с цианозом кожи и слизистых, после аспирации, сознание по шкале Глазго менее 8 баллов.

Исключить пневмоторакс!

Линейная бригада СМП: установить воздуховод (при возможности – интубация трахеи), ингаляция воздушно-кислородной смесью, положение на боку при транспортировке (при отсутствии противопоказаний).

Специализированная бригада СМП: указанное выше + мониторирование SpO2, аппаратная ИВЛ.

Нарушения функции кровообращения: наличие пульса на периферических и центральных артериях

Алгоритм 26 «Обструкция дыхательных путей инородным телом»

Уточнить наличие признаков клинической смерти (реакция зрачков на свет, отсутствие сознания, самостоятельного дыхания).

Алгоритм 5 «Гиповолемический шок»

Признаки гиповолемического шока:

1) холодная, бледная, влажная кожа;

2) САД менее 90 мм рт. ст.;

3) ЧСС более 100 в 1 мин;

4) нарушение сознания (менее 12 баллов).

Травмы различной локализации

Углубленное обследование пациента (ЭКГ, измерение гликемии и другое по показаниям).

Установление предварительного диагноза, оказание медицинской помощи по соответствующему алгоритму.

Обезболивание.

Шинирование и транспортировка в соответствии с локализацией травмы.

При ДТП обязательна иммобилизация на жестких носилках или на рентгеннегативном щите!

Нет

Да

Нет эффекта

Да

Нет

Нет

Нет

Да

Да

# Алгоритм 3 «Острая дыхательная недостаточность»

Клинические признаки:

- цианоз кожных покровов;

- частота дыхания более 40 или менее 8 в 1 мин;

- SpО2 менее 90 при дыхании атмосферным воздухом.

Катетеризация периферической (при необходимости центральной) вены. ЭКГ-мониторинг. Оценка АД. Аускультация лёгких.

Алгоритм 49 «Отравление неизвестным ядом»

Алгоритм 44 «Политравма»

Алгоритм 26 «Обструкция дыхательных путей инородным телом»

Алгоритм 5 «Гиповолемический шок»

Внезапно возник-шая перегрузка правых отделов сердца

Политравма

Алгоритм 17  
 «Отек легких»

Перевод пациента на ИВЛ (ВИВЛ) с 50% О2 и доставка в стационар с постоянным контролем витальных функций (минуя приемное отделение, передача в ОИТАР)

Алгоритм 15 «Острый коронарный синдром»

Признаки ише-мии и(или) пов­реж­дения миокарда

Алгоритм 18 «Тромбоэмбо­лия легочной артерии»

Нормальная ЭКГ

Углублённый анализ ЭКГ в 12 отведениях

Признаки кровотечения

Признаки отёка лёгких:

– мелко- и средне-пузырчатые хрипы над лёгкими;

– вынужденное по-

ложение (ортопное);

– пенистая мокрота.

Отравление

Лечение аритмий по соответству­ющим алгоритмам

Выраженная аритмия

Алгоритм 42 «Травмы груди», п. «Напряженный пневмото­ракс»

Напряжённый пневмоторакс:

– отсутствие дыха­тельных шумов и дви­жений грудной клетки на стороне поражения;

– внезапное начало.

Обструкция ды­ха­тельных путей инородным телом

При возможности установления причины

Алгоритм 77 «Респираторная поддержка»

# Алгоритм 4 «Внезапная смерть, сердечно-легочная реанимация»

Нет

Да

Нет

Да

Констатирована клиническая смерть.

Смерть наступила в присутствии бригады?

Нанести прекардиальный удар.

Восстановилось дыхание и сердечная деятельность?

Да

Нет

Восстановить проходимость дыхательных путей: тройной приём Сафара, установка воздуховода (интубационная трубка, ларингиальная маска, пищеводно-трахеальный обтуратор), ИВЛ мешком Амбу.

Восстановилась сердечная деятельность?

Закрытый массаж сердца по общепринятой схеме.

Венозный доступ с внутривенной (далее – в/в) инфузионной терапией 0,9% раствора натрия хлорида.

Визуализировать сердечный ритм через монитор с электродов дефибриллятора, или через ЭКГ-аппарат, после установки ЭКГ-электродов

Фибрилляция желудочков или желудочковая тахикардия без пульсации на крупных артериях.

Наличие электрической активности на ЭКГ без пульсации на крупных артериях (электромеханическая диссоциация).

Асистолия

Восстанов­ле-ние ритма

Алгоритм 6 «Фибрилляция желудочков (ФЖ), желудочковая тахикардия (ЖТ) с острой сердечной недостаточностью»

Алгоритм 8 «Электромеханическая диссо­циация (нарушение насосной функции при сохранении электрической активности)»

Доставка в стационар  
(ОИТАР)

Алгоритм 7 «Асистолия»

ИВЛ

# 

# Алгоритм 5 «Гиповолемический шок»

Внутривенно быстро струйно инфузия кристаллоидных растворов не менее 800 мл за 10 мин (при неопределяемом уровне САД в 2 вены и более) под контролем САД (не менеее 90 мм рт. ст.).

Обеспечить проходимость дыхательных путей, оксигенотерапия (под контролем SpО2 – не менее 90%).

При необходимости:

- обезболивание (1 мл 0,005% раствора фентанила, 1 мл 2% раствора тримеперидина,   
1-2 мл 5% раствора трамадола);

- глюкокортикостероиды: преднизолон 120-300 мг или метилпреднизолон до 30 мг/кг массы тела.

Алгоритм 3 «Острая дыхательная недостаточность»

Провести обследование

Клинические признаки:

- холодная, бледная, влажная кожа;

- САД менее 90 мм рт. ст., ЧСС более 100 в 1 мин, шоковый индекс более 0,7.

Положение пациента в положении лёжа с приподнятым ножным концом носилок.

Доставка под контролем жизненно важных функций (АД, ЧДД, ЧСС, SpO2)  
в ближайший стационар. Передача в ОИТАР, минуя приемное отделение.

При кровотечении – временная остановка кровотечения.

Обеспечить внутривенный доступ через периферический катетер наибольшего диаметра.

##### Систолическое АД ≥ 90 мм рт. ст.?

##### Да

##### Нет

При кровопотере продолжить в/в инфузию коллоидными растворами (10% раствор гидроксиэтил-крахмала, декстран) 400-800 мл.

Продолжить в/в  
капельное введение кристаллоидных растворов.

При отсутствии эффекта – в/в капельно допамин 200 мг.

При присоединении клинических признаков острой дыхательной недостаточности:

- частота дыхания более 40 или менее 8 в 1 мин;

- цианоз кожных покровов.

# Алгоритм 6 «Фибрилляция желудочков (ФЖ), желудочковая тахикардия (ЖТ) с острой сердечной недостаточностью»

При рефрактерной ФЖ/ЖТ – антиаритмические средства в/в: амиодарон 5 % раствор 6 мл (затем 3 мл (150 мг) в/в медленно), или лидокаин 2 % раствор 4-6 мл, или прокаинамид 10 % раствор 10 мл.

Достигнут определенный эффект

Алгоритм 8 «Электро-механическая диссоциация»

Алгоритм 7 «Асистолия»

При стабилизации ритма – алгоритм 9 «Постреанимационная поддержка»

При отсутствии электрической активности – алгоритм 7 «Асистолия»

Дефибрилляция разрядом 360 Дж после каждого введения лекарственных средств или 200 Дж бифазным дефибриллятором.

Соблюдать последовательность «разряд – лекарство – разряд - лекарство».

Дефибрилляция разрядом 360 Дж (иногда несколько раз подряд, особенно если не начато введение лекарственных средств) или 200 Дж бифазным дефибриллятором.

Алгоритм 9 «Постреани-мационная поддержка»

Основные реанимационные мероприятия – см. алгоритм 4 «Внезапная смерть, сердечно-легочная реанимация».

Интубация трахеи или комбитьюб (ларингиальная маска).

Венозный доступ (0,9 % раствор натрия хлорида, ацесоль).

Асистолия

Появился пульс

Электро-механическая диссоциация

Рефрактерная или рецидивирующая ФЖ/ЖТ

При ФЖ/ЖТ - дефибриляция 200 Дж, затем 300, 360 Дж  
 или 120 Дж, затем 150, 200 Дж бифазным дефибриллятором

Осуществлять основные реанимационные мероприятия: алгоритм 4 «Внезапная смерть, сердечно-легочная реанимация». До регистрации ЭКГ (в том числе с электродов дефибриллятора) продолжать основные реанимационные мероприятия.

# Алгоритм 7 «Асистолия»

Алгоритм 9 «Постреанимационная поддержка», устранение вновь выявленных причин

Появление эффективного ритма

Асистолия

Констатация био­логической смерти при неэффектив­ности СЛР

Искать устранимую причину и попытаться её купировать:

- гипоксия (оксигенотерапия под контролем SpO2);

- ацидоз (алкогольное отравление тяжелое, длительная СЛР более 20 мин) – 8,4 % раствор натрия гидрокарбоната в/в по 20 мл;

- передозировка лекарственных средств (при уточнении введение имеющихся антидотов);

- гипотермия (согревание теплыми инфузионными растворами в/в, внешнее обогревание).

Алгоритм 6 «Фибрилляция желу­дочков, желудочковая тахикардия с острой сердечной недостаточ­ностью»

Электрическая активность (фибрилляция)

Достигнутый эффект

Атропин 1 мг (1 мл 0,1% раствора) в/в струйно (но не более 3-х раз), чередовать с эпинефрином 1 мг (1 мл 0,18% раствора) в/в струйно быстро каждые 3-5 минут. Повторная запись ЭКГ.

Наружная ЭКС с одновременным введением лекарств   
(при наличии соответствующего оборудования)

Осуществлять основные реанимационные мероприятия (ИВЛ мешком Амбу, закрытый массаж сердца).

Интубация трахеи (комбитюб, ларингиальная маска).

Венозный доступ.

ЭКГ (подтвердить отсутствие электрической активности не менее чем в двух отведениях).

# Алгоритм 8 «Электромеханическая диссоциация (нарушение насосной функции при сохранении электрической активности)»

При появлении электрической активности (фиб­рилляции) действовать по алгоритму 6 «Фибрилляция желудочков (ФЖ), желудочковая тахикардия (ЖТ) с острой сердечной недостаточностью»

При отсутствии электрической активности (асистолии) – действовать по алгоритму 7 «Асистолия»

При ЧСС менее 50 в минуту атропин 1 мг (1 мл 0,1 % раствора) в/в струйно. Повторять каждые 3-5 минут, но не более 3 раз.

Эпинефрин 1 мг (1мл 0,18 % раствора) в\в струйно или 3 мг (3 мл 0,18 % раствора) эндо-трахеально струйно быстро каждые 3-5 минут

Основные реанимационные мероприятия.

Интубация трахеи или комбитьюб (ларингиальная маска).

Венозный доступ (инфузионные растворы).

Попытка найти причину ЭМД:

- гиповолемия;

- гипоксия;

- тампонада сердца;

- напряжённый пневмоторакс;

- передозировка лекарственных средств;

- механическая обструкция ВДП;

- ТЭЛА;

- гипотермия;

- гипо- или гипергликемия;

- ацидоз;

- обширный ИМ с кардиогенным шоком.

# Алгоритм 9 «Постреанимационная поддержка»

Глюкоза 40 мл 40% раствора в/в струйно

Появилась самостоятельная пульсация на крупных артериях

Да

Появилось самостоятельное дыхание?

Доставка в ближайший стационар, имеющий реанимационное отделение

Нет

Да

Контроль уровня глюкозы

Гипогликемия?

Лечение аритмий по соответсвующим алгоритмам

Нет

Да

Выраженные нарушения ритма?

Седативная терапия в/в: оксибутират натрия 10 мл 20% раствора; или диазепам 2 мл 0,5% раствора; или фентанил 2 мл 0,005% раствора; или морфин 1 мл 1% раствора.

Нет

Да

Систолическое АД выше 90 мм рт. ст.?

Продолжать респираторную под­держку: ИВЛ с 50% О2 в режиме нормовентиляции.

Нет

Продолжить в/в инфузионную терапию допамином (200-400 мг) в 400 мл 0,9% раствора натрия хлорида, скорость контролируется по АД

Продолжить в/в инфузионную терапию 0,9% раствором натрия хлорида со скоростью 10-12 капель в минуту.

Продолжать респираторную поддержку: ВИВЛ с 50% О2 в режиме нормовентиляции.

# 

# Алгоритм 10 «Пароксизмальная тахикардия с узким комплексом QRS»

Нестабильное

Стабильное

Доставка в ОИТАР   
 стационара

Оценка эффекта

Оценка эффекта

Оценка проводимой терапии.

Контроль ЭКГ, пульса и АД.

В/в прокаинамид 5-10 мл 10 % раствора в 0,9% растворе натрия хлорида медленно под контролем АД (возможно в одном шприце с 0,1-0,3-0,5 мл 1% раствора фенилэфрина или 2-4 мл 0,25% раствора верапамила).

При восстановлении ритма и стабильной гемодинамики амбулаторное лечение

При отсутствии эффекта экстренная  
 доставка в стационар по профилю основного заболевания

Вагусные пробы

Срочная кардиоверсия, в/в седация диазепамом 0,5 % - 4-6 мл. Кардиоверсия 50-100-200-300-360 Дж.

Венозный доступ (инфузионные растворы натрия хлорида 0,9 %, ацесоль)

Гипертензия, застой в малом круге кровообращения, сердечная недостаточность, ИМ, диспноэ, угнетение сознания

Состояние пациента

Анамнез, осмотр, контроль АД, ЭКГ

Есть

Нет

Нет

Есть

# Алгоритм 11«Пароксизмальная тахикардия с широким комплексом QRS»

Анамнез, осмотр, установка периферического катера (контроль вены), контроль АД, ритма, ЭКГ, пульсоксиметрия

Состояние нестабильное: гипотензия, сердечная недостаточность, ОКС, диспноэ, острое расстройство психики

Нет

Да

Экстренная кардиоверсия, в/в седация (диазепам 0,5 % - 4-6 мл), 50-100-200-300-360 Дж

Амиодарон 5 % – 6 мл в/в болюсно, можно повторно 3 мл через 15 минут при отсутствии эффекта

Нет эффекта

Доставка в стационар по профилю основного заболевания

Прокаинамид 10 % – 5-10 мл в 0,9% растворе натрия хлорида медленно под контролем АД (возможно в одном шприце с 1% раствором фенилэфрина 0,1-0,3-0,5мл) в/в

Ритм восстановлен

Состояние пациента

Есть

Нет

Оценка эффекта

При отсутствии эффекта экстренная доставка в стационар по профилю основного заболевания

Нестабильное

Стабильное

Врачебная общепрофильная, педиатрическая, фельдшерская бригада скорой помощи

Реанимационная,   
бригада интенсивной терапии

# 

# Алгоритм 12 «Желудочковая экстрасистолия (злокачественная)»

Частая или политопная в острейшей фазе ИМ

Частые групповые экстрасистолы гемодинамически значимые или субъективно плохо переносимые

Доставка в   
 стационар по профилю основного заболевания

Лидокаин 2% – 2-4 мл или амиодарон 5% –  
4-6 мл в/в

Анамнез, осмотр, контроль АД, ЭКГ

При сохраняющейся экстрасистолии во время транспортировки лидокаин 2% – 2-4 мл или амиодарон 5% – 4-6 мл в\в капельно на 200 мл 0,9 % раствора натрия хлорида

Хроническое течение заболевания

Признаки кардиогенного шока:

- нарушение сознания;

- бледность и влажность кожных покровов;

- акроцианоз;

- тахикардия;

- олигурия;

- холодные конечности.

Алгоритм 16  
«Кардиогенный шок»

При отсутствии эффекта от медицинской помощи доставка в стационар по профилю основного заболевания

Лидокаин 2% –   
2-4 мл или амиодарон 5% – 4-6 мл в/в

# Алгоритм 13 «Брадиаритмии (синусовая брадикардия, AV-блокада II степени, полная AV-блокада, синдром слабости синусового узла)»

Обеспечить проходимость дыхательных путей. Контроль за дыханием, гемодинамикой. Анамнез, осмотр, венозный доступ, ингаляция кислорода,

контроль АД, ЧСС, ритма, мониторирование ЭКГ.

Горизонтальное положение пациента с приподнятым ножным концом.

Состояние нестабильное:   
гипотензия, острая сердечная недостаточность, ОКС, острое расстройство психики.

Да

Нет

Атропин 1 мг (0,1% - 1 мл) в/в, при необходимости через 5 минут повторное введение, но не более 3 раз

Временная электрокардиостимуляция (при наличии соответствующего оборудования)

Доставка в стационар по профилю основного заболевания

# 

# Алгоритм 14 «Пароксизмальная мерцательная аритмия»

Повторный пароксизм длительностью менее 24 часов

Доставка в стационар (ОИТАР, минуя приемное отделение)

Доставка в стационар по профилю заболевания

1 мл – 0,025% раст­вора дигоксина в 20 мл 0,9% раство­ра натрия хлорида в/в струйно

Электроимпульсная терапия дефибрил­лятором с функ­цией кардиоверсии (син­хронизация) с предварите­льной в/в премедика­цией диа­зепамом 0,5% – 2–4 мл, мор­фином 1% – 1 мл (триме­перидин 2%-1 мл) с оксигенотерапией 100% кислородом

Гемодинамика нестабильная

Гемодинамика стабильная

Рекомендовать дообследов­ание и лечение в поликлинике по месту жительства

ЧСС более 120 уд/мин

Гемодинамика стабильная

Впервые выявленный па-роксизм и повторный дли-тельностью более 24 часов

Пароксизм

Постоянная форма и повторный пароксизм   
длительностью более 48 часов

Мерцательная аритмия – ЭКГ

Прокаинамид 10 % – 5-10 мл в 0,9% растворе натрия хлорида в/в медленно под контролем АД (возможно в одном шприце с 1% раствором фенилэфрина 0,1-0,3-0,5мл) или в/в верапамил 2-4 мл 0,25% раствора при наличии медицинского документа об эффективности последнего препарата

Примечание.

Противопоказания к восстановлению синусового ритма на догоспитальном этапе:

- впервые выявленный пароксизм мерцательной аритмии;

- длительность пароксизма мерцания предсердий более суток;

- доказанная дилатация левого предсердия (передне-задний размер 4,5 см по данным эхокардиографии);

- наличие тромбов в предсердиях и тромбоэмболические осложнения в анамнезе;

- развитие пароксизма на фоне выраженных электролитных нарушений;

- декомпенсация тиреотоксикоза.

# Алгоритм 15 «Острый коронарный синдром»

Да

Нет

Характер ангинозного приступа, анамнез заболевания

Ангинозный приступ

Аналогичные приступы возникали ранее при физической нагрузке (быстрой ходьбе, подъеме на этаж), купировались остановкой и (или) приемом нитроглицерина (до 2-3 минут), нет постоянных болевых ощущений, зависящих от позы, положения тела и дыхания. Имеется отрицательная динамика переносимости физических нагрузок. Изучение медицинской документации.

Нет

Провести дифференциальную диагностику с:

- расслаивающей аневризмой аорты;

- ТЭЛА;

- миокардитом;

- внебольничной пневмонией;

- плевритом;

- спонтанным пневмотораксом.

Нитроглицерин 0,5 мг под язык (под контролем АД),   
ацетилсалицловая кислота 0,25 разжевать и рассосать во рту

Нет эффекта

Купирован

ЭКГ-диагностика (дистанционная консультация)

Да

Подъем сег­мента ST, остро возник­шая ПБЛНПГ

Депрессия ST, отри­цательный зубец Т и (или) появление па­тологического зубца Q

Норма или отсутствие отрицательной динамики

Острый коронарный синдром

Рекомендовать консультацию участкового   
терапевта или кардиолога для коррекции   
антиангинальной терапии

 Обеспечение оксигенотерапии, при необходимости – респираторная поддержка, ВИВЛ кислородом 50-100%. Установка периферического катетера, при необходимости – двух.

1) Обезболивание (морфин 1 мл 1% раствора в 20 мл 0,9% раствора натрия хлорида внутривенно дробно до достижения эффекта или появления побочных эффектов – гипотензии, рвоты, угнетения дыхания → налоксон 0,5 мл 0,5% раствора). 2) нитроглицерин (глицерил тринитрат, изосорбит динитрат) 10 мл 0,1% раствора в 200 мл 0,9% раствора натрия хлорида в/в капельно от 5 до 20 капель в минуту под контролем АД (при САД ≤ 90 мм рт. ст. инфузия прекращается).

Да

Нет

Симптомати­ческое лечение:

обезболивание в/в (метамизол 2-3 мл 50% раствора с 1 мл 1% раство­ра дифенгидрами­на; кеторол 1 мл).

Рекомендовать дообследование в поликлинике по месту жи­тельства

Тактика в зави­симости от выяв­ленной патологии

Возможный крупноочаговый инфаркт миокарда

Возможный мелкоочаговый инфаркт миокарда   
или нестабильная стенокардия

Оценить противопоказания к ТЛТ:

- внутренние кровотечения, оперативные вмешательства, травмы (до 14 дней);

- ОНМК, травмы, оперативные вмешательства на головном мозге (в течение года);

- острая хирургическая патология;

- аневризмы сосудов;

- патология свертывающей системы крови;

- прием антикоагулянтов;

- постреанимационный период;

- повторное введении стрептокиназы (до 2 лет);

- терминальная стадия хронических заболеваний, в том числе онкозаболеваний;

- АД больше 180/100 мм рт. ст.

Гепарин в/в болюсом 4 000-5 000 МЕ на 10 мл 0,9% раствора натрия хлорида или высокомолекулярные гепарины (надропарин 0,6 мл (5700 МЕ) подкожно)

При условии купирования болевого синдрома и осложнений доставка в стационар (ОИТАР, минуя приемное отделение)

Стрептокиназа (альтеплаза, тенектеплаза) в/в капель­но в течение 30-60 минут 1,5 млн. МЕ, после введе­ние 90 мг преднизолона под контролем АД и второй вены

# 

# Алгоритм 16 «Кардиогенный шок»

Клинические признаки:

- нарушение сознания;

- бледность и влажность кожных покровов;

- акроцианоз;

- тахикардия;

- олигурия;

- холодные конечности.

Уточнить причину:

- острый инфаркт миокарда;

- миокардит;

- аритмии;

- токсические поражения миокарда;

- тромб в предсердиях;

- опухоли сердца.

Неотложная помощь:

- уложить больного с приподнятыми ногами;

- оксигенотерапия 100% кислородом; респираторная поддержка;

- обязательная установка катетера в периферическую и (или) в центральную (при необходимости) вену;

- ЭКГ мониторинг;

- ввести 400 мл 0,9% раствора натрия хлорида или 5% раствора глюкозы;

- ввести допамин 200 мг в/в капельно, увеличивая скорость введения с 10 капель в минуту до достижения минимально возможного уровня САД (не менее 100 мм рт. ст.);

- при выраженном ангинозном приступе ввести 1мл 1% раствора морфина или 1-2 мл 0,005% раствора фентанила;

- профилактика тромбоэмболических нарушений (10-15 тыс. ЕД гепарина в/в в 20 мл 0,9% раствора натрия хлорида и 0,25 ацетилсалициловой кислоты разжевать во рту).

При САД более 90 мм рт. ст. возможно введение 250 мг добутамина в 200 мл 0,9% раствора натрия хлорида.

При присоединении клинических признаков острой дыхательной недостаточности – частота дыхания более 40 или менее 8 в 1 мин – алгоритм 3 «Острая дыхательная недостаточность».

Положение тела пациента лежа с приподнятым ножным концом носилок.

Обязательная доставка в ближайший стационар по профилю основного заболевания  
(в ОИТАР, минуя приемное отделение).

Неотложная помощь в соответствии с выявленной патологией

# Алгоритм 17 «Отек легких»

Усадить больного с опущенными ногами.

Обеспечить оксигенотерапию 100% кислородом с 70% раствором этилового спирта.

Дать больному нитроглицерин по 1 таблетке (0,5 мг) под язык каждые 7-10 минут.

Ввести 1мл 1% раствора морфина в/в медленно дробно в 10-20 мл 0,9% раствора натрия хлорида в зависимости от возраста.

Наладить в/в капельное введение 3 мл 1% раствора нитро­глицерина (3 мл 1% раствора глицерила тринитрата, 3 мл 1% раствора изосорбита динитрата) в 200 мл 0,9% раствора натрия хлорида очень медленно со скоростью 15-20 капель в минуту по контролем АД, при повышенных цифрах АД – до достижения эффекта;

Ввести раствор фуросемида в/в струйно 40 мг или 80мг при повышенном АД.

ЭКГ-мониторинг. Обязательно установить катетер в периферическую и (или) центральную вену (при необходимости).

Оказание неотложной медицинской помощи в зависимости от уровня артериального давления (АД)

Примечание.

Не применять:

- сердечные гликозиды (за исключением тахиформы мерцательной аритмии);

- глюкокортикоиды.

Осторожно нитраты при аортальном стенозе, кардиомиопатии, инфаркте правого желудочка.

Клинические признаки:

- кожные покровы бледно-синюшные, покрыты потом;

- частота дыхания учащена, ортопноэ;

- тахикардия;

- кашель с выделением пенистой мокроты;

- «клокочущее» дыхание.

Нормальное и повышенное АД

Доставка в стационар по профилю основного заболевания   
(в ОИТАР, минуя приемное отделение)

Пониженное АД(САД менее 90 мм рт. ст.)

Алгоритм 3  
«Острая дыхательная недостаточность»

Острая дыхательная недостаточность

Уложить больного, приподняв изголовье.

Обеспечить оксигено-терапию 100% кисло-родом с 70% раст-вором этилового спирта.

Ввести 5 мл 4% раствора допамина в 200 мл 0,9% раствора натрия хлорида или 5% раствора глюкозы в/в капельно.

Морфин, нитраты и фуросемид использо-вать при САД 90 мм рт. ст. и более.

# Алгоритм 18 «Тромбоэмболия легочной артерии»

Да

Нет

1) Установка катетера в периферическую и (или) центральную вену.

2) ЭКГ мониторинг. Критерии:

- возможно появление только блокады правой ножки пучка Гиса;

- патологический зубец Q в III и S I отведениях;

- поворот ЭОС вправо: глубокий S в I, V1-V6 или по типу S I – S II – S III.

Клинические признаки:

- внезапная «тихая» одышка;

- цианоз кожных покровов;

- тахикардия;

- артериальная гипотензия;

- может быть боль в грудной клетке, повышение температу­ры тела, рвота, судороги, потеря сознания.

Факторы риска:

- тромбофлебит;

- длительная иммобилизация;

- послеоперационный период;

- онкозаболевания;

- беременность и роды.

Массивная ТЭЛА

Факторы риска:

- БСК (сердечная недостаточность, мерцательная   
аритмия, пороки сердца);

- пожилой возраст;

- «лежачие» больные.

Признаки кардиогенного шока

Признаки   
 ОДН

Алгоритм 16 «Кардиогенный   
шок»

Алгоритм 3 «Острая дыхательная недостаточность»

Среднетяжелая форма – ин­фаркт легкого

Умеренная и малая эмболия

Рецидивирующая ТЭЛА мелких ветвей

Неотложная помощь:

1) оксигенотерапия, при необхо­димости ВИВЛ 50-100% O2;

2) обезболивание наркотическими анальгетиками (морфин 1% - 1 мл, фентанил 0,005% - 1 мл) в/в;

3) при бронхоспазме – раствор аминофиллина 2,4% – 10 мл в 10 мл 0,9% раствора хлорида натрия в/в (допустимо);

4) гепарин 5 000-10 000 ЕД в/в в 20 мл 0,9% раствора хлорида натрия.

При стойкой артериальной гипотензии (САД менее 90 мм. рт. ст.) или прогрессиру­ющем падении САД и быстром прогресси­ровании симптомов ТЭЛА при от­сутствии противопоказаний показано проведение тромболизиса (в условиях реанимобиля)

Доставка в стационар по профилю основного заболевания   
(в ОИТАР, минуя приемное отделение)

Доставка в стационар по профилю основного заболевания

250 000 ЕД стрептокиназы на 200 мл 0,9% раствора натрия хлорида в/в капельно за 30 минут под контролем АД (параллельно проводить коррекцию гемодинамики допамином)

Быстро прогресси­ру­ющий циа­ноз верхней половины тела с вы­раженной гипотензией, часто – синкопе, набухание шейных вен

Характерны боли плеврального ха­рактера, кашель с кровохарканьем, аускультативно – хрипы, шум трения плевры

Тахикардия в покое, может быть ста­бильная гемоди­намика

Повторные внезапные приступы удушья, синкопе, «атипичная» стенокардия

# Алгоритм 19 «Расслаивающая аневризма аорты»

Кинические признаки:

- резкая боль за грудиной в области спины, эпигастрия;

- боль может быть в животе и поясничной области при расслаивании брюшного отдела;

- может быть потеря сознания;

- начало острое;

- кожные покровы бледные;

- АД может быть чаще повышенное, затем понижается;

- может быть разница давления на руках и ногах;

- пульсация на ногах чаще отсутствует.

Дифференциальный диагноз:

- ТЭЛА;

- почечная колика;

- «острый живот»;

- радикулит;

- острый инфаркт миокарда;

- острый коронарный синдром.

Неотложная помощь:

- сублингвально нитроглицерин по 0,5 мг, повторно через 7-10 минут под контролем АД;

- при выраженном болевом синдроме в/в дробно ввести 1мл 1% раствора морфина в 20 мл 0,9% раствора натрия хлорида;

- при выраженном болевом синдроме, сопровождающимся возбуждением, артериальной гипертензией – нейролептаналгезия: 1-2 мл 0,005% раствора фентанила в сочетании с 1-2 мл 0,25 % раствора дроперидола в/в в 20 мл 0,9% раствора натрия хлорида;

- оксигенотерапия при гипоксемии (SO2 менее 90%).

Противопоказано введение антикоагулянтов!

Экстренная доставка в стационар по профилю основного заболевания

Гиповолемический шок

Алгоритм 5 «Гиповолемический шок»

Установить катетер в периферическую и (или) центральную вену (при необходимости).

ЭКГ-мониторинг.

# 

# Алгоритм 20 «Острый тромбоз артерий и глубоких вен»

Острая боль в конечности.

Бледность и мраморный оттенок кож­ных покровов.

Исчезновение чувствительности на ко­нечности.

Понижение местной кожной темпера­туры.

Исчезновение пульсации перифери­ческих артерий.

Ввести: 1мл 1% раствора морфина или 1 мл 2% раствора тримеперидина в/в;

- в/в раствор дротаверина 2 мл с 1 мл 1% раствора дифенгидрамина;

- п/к 5000-10000 ЕД гепарина;

Наложить на конечность тугую повязку.

Иммобилизация, возвышенное положение конечности.

Провести обследование пациента

Тромбоз глубоких вен

Тромбоз артерий

Венозный доступ (не на пораженной конечности), ввести:

- 1 мл 1% раствора морфина или 1 мл 2% раствора тримеперидина в/в;

- в/в раствор дротаверина 2 мл с 1 мл 1% раствора дифенгидрамина;

- п/к 5000-10000 ЕД гепарина;

- в/в 400 мл раствора декстрана/натрия хлорида или 5% раст-вора гидроксиэтилкрахмала или 0,9% раствора натрия хлорида. Иммобилизация конечности, положение лежа.

Доставка в стационар по профилю основного заболевания

Алгоритм 5  
«Гиповолемический шок»

Острая боль в конечности.

Отёчность мягких тканей и повышение местной кожной температуры.

Повышение общей температуры.

Багрово-синюшная окраска конечности.

Усиление поверхностного венозного рисунка.

Пульсация периферических артерий ослабевает.

При присоединении клинических признаков гиповолемического шока:

- холодная, бледная, влажная кожа;

- САД менее 90 мм рт. ст., ЧСС более 100 в 1 мин, шоковый индекс более 0,7;

- SpО2 менее 90%.

# 

# Алгоритм 21 «Гипертонический криз»

Анамнез, осмотр, контроль АД, ЭКГ

Осложнённый:

- острое расслоение аорты;

- острый ИМ;

- тяжёлое носовое кровотечение;

- гипертоническая энцефалопатия;

- ОНМК;

- субарахноидальное кровоизлияние;

- феохромоцитома;

- черепно-мозговая травма;

- ОЛЖН.

Не осложнённый

(в зависимости от типа гемодинамики)

Гиперкинетическй

Гипокине­тический

β-блокаторы (пропранолол 0,04 – 1-2 таб., или пропранолол 2-3 мг в/в) ингибиторы АПФ, клонидин 0,01% – 1 мл в/в, при эмоциональной лабильности диазепам 0,25 % – 1-2 мл в/в

Ингибиторы АПФ (каптоприл 25-50 мг), при наличии призна­ков застоя мочегонные в/в (фуросемид 2 мл)

Быстрое снижение АД в пределах часа на 15-25 % под контролем АД:

- ОИМ – см. алгоритм 15 «Острый коронарный синдром»;

- гипертоническая энцефалопатия – фу-росемид 1 % – 2-4 мл, магния сульфат 25 % – 10 мл в/в;

- ОЛЖН – нитроглицерин 0,5 мг в/в (изосорбид динитрат 0,1 % – 10 мл в 200 мл 0,9 % раствора натрия хлорида), морфин 1 % – 1 мл в/в, фуросемид 1 % – 2-4 мл в/в, каптоприл 25-50 мг;

- ОНМК, субарахноидальное кровоиз­лияние, травма черепа – 5 мл 3% раство­ра эмоксипина в/в струйно, в зависи-мости от цифр АД – клонидин 0,01 % – 1 мл в/в, магния сульфат25 % – 10 мл в/в, каптоприл 25-50 мг, при нарастании отёка мозга – фуросемид 1 % – 2 мл в/в;

- феохромоцитома – дроперидол 0,25 % – 2-4 мл в/в;

- носовое кровотечение – тампонада но-са, в зависимости от цифр АД – клони-дин 0,01 % – 1 мл в/в, магния сульфат 25 % – 10 мл в/в, фуросемид 1 % – 2мл в/в, каптоприл 25-50 мг (под язык).

Экстренная доставка в стационар по профилю основного заболевания

При длительном ле­чении, отсутст­вии эффекта от терапии – доставка в стационар

Амбулаторное лечение

# Алгоритм 22 «Обморок»

Да

См. алгоритмы в зависимости от вида нарушения ритма:

- 6 «Фибрилляция желудочков (ФЖ), желудоч­ковая тахикардия (ЖТ) с острой сердечной недостаточностью»;

- 12 «Желудочковая экстрасистолия (злокачественная)»;

– 15 «Брадиаритмия (синусовая брадикардия, AV-блокада II степени, полная AV-блокада, синдром слабости синусового узла)»;

- 10 «Пароксизмальная тахикардия с узким комплексом QRS»;

- 11 «Пароксизмальная тахикардия с широким комплексом QRS».

Нет

Нет

Нет

Да

Сознание восстановилось

Провести оценку:

- сознания по шкале Глазго;

- АД, ЧСС, ЧДД;

- ЭКГ.

Неврологический осмотр.

Глюкометрия.

См. алгоритм 27  
«Кома неясного генеза»

Гипогликемия

40% раствор глюкозы в/в до 100 мл

Сознание восстановилось

Да

Нет

Нарушение ритма

Острое нарушение моз­гового кровообращения

Да

Доставка в стационар

См. алгоритм 30 «Острое нару­шение мозгового кровообращения»

# Алгоритм 23 «Приступ бронхиальной астмы»

Амбулаторное лечение

Доставка в стационар по профилю основного заболевания

Доставка в стационар (в ОИТАР,   
минуя приемное отделение)

Алгоритм 77 «Респира­торная поддержка»

Нарушение сознания, тахи- или брадипное, пародоксаль­ное дыхание, «немое лег-кое», ЧСС менее 60, SpO2 менее 88%

Астматический статус

При сохранении сознания ингаляция бе­родуала (небулайзером), увлажнённая кислородно-воздушная смесь (30-40% кислород 2-4 л в 1 мин);

инфузионная терапия: 5% раствор глюкозы в/в, 60-150 мг преднизолона в/в, 2,4% раствор аминофиллина 3-6 мг/кг в/в капельно.

При отсутствии сознания и угнетении дыхания: в/в 0,18% эпинефрин 0,3 мл каждые 20 мин до получения бронхолитического эффекта, интубация и перевод на ИВЛ.

β2-агонисты быстрого действия (сальбутамол) ингаляционно

Ингаляции сальбутамо-ла, фенотерола с ипратропиумом (небулайзером), 2,4% раствор аминофиллина 10 мл в/в, преднизолон 30-60мг в/в, увлажнён-ная кислородно-воздушная смесь (30-40% кислород) 2-4 л в 1 мин

Одышка в покое, вынужденное поло­жение (сидит накло­няясь вперёд), разго­вор словами, обычно возбуждён, ЧД более 30 в 1 мин, участвует вспомогательная мус­кулатура, аускульта­тивно и дистанционно хрипы, ЧСС более 120, SpO2 менее 90%

Одышка при ходь­бе, может лежать, может быть возбуж­дён, говорит предложениями, ЧД увеличена, участие вспомогательной мускулатуры отсутствует, свистящие хрипы умеренные (при выдохе), ЧСС менее 100, SpO2более 95%

При разговоре, плаче, приёме пи­щи – одышка, пред­почитает сидеть, разговор отдельны­ми фразами, обыч­но возбуждён, ЧД увеличена, участ­вует вспомогатель­ная мускулатура, имеются громкие дистанционные хри­пы, ЧСС – 100-120, SpO2 – 90-95%

Тяжёлая степень

Лёгкая степень

Средняя степень

Бронхиальная астма

Симптомы:

- одышка экспираторного характера с участием вспомогательной мускулатуры;

- кашель приступообразного характера, иногда с отхождением вязкой мокроты;

- вынужденное положение - «сидячее».

Оценить физикальные симптомы.

При аускультации: диффузные, сухие, свистящие хрипы, реже разнокалиберные, влажные хрипы (характерны у детей).

# Алгоритм 24 «Пневмония»

Доставка в в стационар по профилю основного заболевания,

при отказе – передать актив в территориальную поликлинику

Медицинская помощь:

- инфузионная терапия – 400 мл

0,9 % раствора натрия хлорида в/в (быстро), затем 400 мл декстран/натрия хлорид в/в (быстро);

- вазопрессорные амины до достижения САД 90-100 мм рт. ст. – 5 мл 4 % раствора дофамина в 200,0 мл 0,9% раствора натрия хлорида (4-10 капель в 1 мин);

- лечение сопутствующих забо­леваний (по показаниям);

- постоянный контроль функ­ции дыхания и гемодинамики;

- транспортировка в стационар бригадой СМП, оснащенной аппаратом ИВЛ;

- цефтриаксон 1,0 в/в или в/м (при отсутствии противопока­заний и стабильной гемоди­намике).

Медицинская помощь:

- оксигенотерапия (4-6 литров в мин);

- жаропонижающие и обезболи­вающие препараты (по показаниям);

- бронходилятаторы (по показа­ниям);

- при сохраняющейся тенденции к снижению АД – декстран/натрия хлорида 400,0 в/в капельно;

- лечение сопутствующих заболева­ний (по показаниям);

- цефтриаксон 1,0 в/в или в/м

(при отсутствии противопо­казаний и стабильной гемодинамике).

Оценка факторов неблагоприятного прогноза:

- возраст старше 60 лет;

- сопутствующие заболевания;

- неэффективное амбулаторное лечение более 3 дней.

Тяжелая степень

Средняя степень

Легкая степень

- влажные хрипы при аускультации легких;

- признаки уплотнения легочной ткани;

- бронхиальное дыхание;

- укорочение перкуторного звука;

- ослабление дыхания на ограниченном участке.

Нет ни одного симптома

Оценить физикальные симптомы

Пневмония маловероятна

3 симптома и более

Менее   
3 симптомов

Симптомы:

- появившийся или усилившийся кашель;

- одышка;

- боль в грудной клетке, связанная с дыханием;

- наличие мокроты (слизисто–гнойной или гнойной);

- лихорадка более 380С.

Наличие хотя бы одного симптома

Есть

Нет

Доставка  
 в стационар по профилю основного заболевания

- t более 390С;

- ЧДД более 30 в 1 мин;

- ЧСС более 125 в 1 мин;

- САД менее100 мм рт. ст.;

- ДАД <менее60 мм рт. ст.;

- нарушения сознания;

- выраженная интоксикация.

- t до 380С - 390С;

- ЧДД до 25-30 в 1 мин;

- ЧСС до 90-125 в 1 мин;

- снижение САД до 100 мм рт. ст.;

- нет нарушения сознания;

- умеренно выражена интоксикация.

- t до 380С;

- ЧДД до 25 в 1 мин;

- ЧСС до 90 в 1 мин;

- АД норма;

- нет нарушения сознания;

- интоксикация не выражена.

Доставка в стационар   
(в ОИТАР, минуя приемное отделение)

Определить степень тяжести (достаточно 2 признаков)

Пневмония

# Алгоритм 25 «Стеноз гортани»

При асфиксии: немедленная интубация или любой вид горлосечения: коникотомия, крикотомия, трахеотомия

Небулайзерная терапия:

фенотерол с ипратропиум бромидом 1-4 мл или   
20-80 капель.

Экстренная доставка в стационар

Оксигенотерапия 100-40% воздуш­но-кислородной смесью. Преднизолон 30 мг в/в, гидрокортизон 100 мг в/м. Оро­шение слизистых носа, полости рта и глотки 0,18% раствором эпинефрина 1 мл.

Оксигенотера­пия 100-40% воздушно-кислородной смесью.

Гидро­кортизон   
50 мг в/м.

Оксигенотерапия: 100-40% воздуш­но-кислородной смесью. Преднизолон 30 мг в/в, гид­рокортизон 100 мг в/м.

У взрослых использо­вать приём Хеймлика (у пациентов без сознания проводится в положении лежа). Немедленная ин­тубация или любой вид горло­сечения: коникото­мия, крикотомия, тра­хеотомия.

Резкая одышка, иногда патоло­гическое дыха­ние, в акте ды­хания участвуют вспомогательные мышцы, резко учащён пульс, АД снижено, то­тальный цианоз, может быть на­рушено сознание и судороги

Небольшая одышка, незначитель­ный цианоз во время беспо­койства, АД – нормальное или повышено

Одышка в состоя­нии покоя, в дыха­нии участвуют вспомогательные мышцы, цианоз слизистых по­лости рта, ушей, пальцев, кожи носогубного тре­угольника, пульс учащён, АД по­вышено

III степень

I степень

II степень

Поперхивание и кашель (при приёме пищи, во время игры), посинение, остановка дыхания, периодический кашель при перемени положе­ния туловища, шумное дыхание

Острые стенозы

Молниеносные стенозы, обусловленные крупны­ми инородными телами

# Алгоритм 26 «Обструкция дыхательных путей инородным телом»

См. соответствующие алгоритмы лечения

аритмий

При нарушении сердечного ритма

ИВЛ 50-100% кислородом под контролем SpO2

Обструкция устранена

Обструкция не устранена

Обструкция не устранена

Доставка   
в стационар по профилю основного заболевания

Обструкция  
не устранена, пациент теряет сознание

Коникото-

мия

Обструкция устранена, пациент без сознания

В сознании

Без сознания

Доставка под контролем жизненно важных функций в ближайший стационар (ОИТАР, минуя приемное отделение)

Оксигенотерапия

Повторно провести приём Хеймлика

Заставить пациента кашлять.

Провести приём Хеймлика.

Установка воздуховода   
(интубационная трубка, ларингиальная маска, пищеводно- трахеальный обтуратор)

Сознание пациента

Попытка ИВЛ мешком Амбу.

Визуализация инородного тела.

Удаление инородного тела зажимом.

ИВЛ кислородом под повышенным давлением.

# Алгоритм 27 «Кома неясного генеза»

Алгоритм 49 «Отравление неизвестным ядом»

Есть

См. соответст­вующие алгоритмы

Налоксон 1-2 мл 0,5% раствора в/в

Есть

Алгоритм 30 «Острое нарушение мозгового кровообращения»

Нет

Доставка в стационар (ОИТАР, минуя приемное отделение)

Нет

Возможное отравление опиатами

Нет

Есть

20-60 мл 40% раствора глюкозы в/в

Понижен

Повышен

Нет

Есть

Нет

Да

Уровень глюкозы

Алгоритм 4 «Внезапная смерть, сердечно-легочная реанимация»

Оценка уровня сознания по шкале Глазго

Черепно-мозговая травма

Алгоритм 39 «Черепно-мозговая травма»

Состояние пациента в результате травмы

Выполнить следующие мероприятия.

1. Обеспечить проходимость дыхательных путей.

2. Постановка воздуховода.

3. Ингаляция кислорода.

4. ИВЛ при неадекватном дыхании через ларингиальную маску (интубационную трубку).

5. Глюкометрия.

6. ЭКГ.

7. Контроль вены, 0,9% раствор натрия хлорида в/в.

8. АД.

Пульс

Алгоритм 28 «Комы при сахарном диабете»

Наличие аритмии

Нормальный

Возможность гипотермии, гипертермии, гиповолемии

Нет

Улучшение

См. соответствующие алгоритмы лечения аритмий

Наличие очаговых или менингеальных симптомов

Есть

# Алгоритм 28 «Комы при сахарном диабете»

Да

Сахарный диабет в анамнезе

Оценка сознания по шкале Глазго.

Оценка витальных функций.

Определение уровня гликемии.

Ввести 40% раствор глюкозы в/в не более 80-100 мл; при неэффектив-ности – 5% раствор глюкозы в/в капельно 400 мл.

Гипергликемическая кома.

Клинические признаки:

- сухость кожных покровов;

- дыхание Куссмауля с запахом ацетона;

- тонус мышц снижен;

- медленное развитие симпто­мов (от нескольких часов до нескольких суток).

Гипогликемическая кома.

Клинические признаки:

- влажные кожные покровы;

- повышенный тонус мышц;

- клонико-тонические судороги;

- тургор тканей не изменён;

- уровень гликемии   
менее 3,5 ммоль/л;

- быстрое развитие симптомов.

Восстановление сознания

Неотложная помощь:

- постановка воздуховода;

- оксигенотерапия, при неадекват-ном дыхании – ИВЛ через ларин-геальную маску (интубационную трубку);

- обеспечить венозный доступ,

- 0,9% раствор натрия хлорида

500 мл в/в.

Доставка   
в стационар по профилю основного заболевания

Нет

# Алгоритм 29 «Судорожный синдром»

Да

Провести дифференциальную диаг­ностику и оказать медицинскую по­мощь при следующих состояниях:

- ОНМК;

- ЧМТ;

- острая инфекция ЦНС;

- опухоли мозга;

- острые нарушения метаболизма;

- интоксикации;

- нарушения электролитного состава крови;

- гипогликемия;

- гипопаратиреоз;

- эклампсия.

Купирование судорожного синдрома:

- диазепам 0,5%–2-4 мл в/в, при некупировавшемся судорожном синдроме в течение 15 минут повторное введение диазепама в той же дозе;

- при повышенном АД – 25% раствор магния сульфата 5-10 мл в/в.

1. Оградить пациента от возможных травм.

2. Обеспечить проходимость дыхательных путей.

3. Контроль АД, ЧСС, ЧДД.

– глюкометрия

– ЭКГ-мониторирование

– пульсоксиметрия

Гипогликемия

(< 3 ммоль/л)

Эпилептический статус

(эпилептический припадок продолжается более 30 минут или отмечаются повторные припадки, между которыми больной не приходит в сознание)

Натрия оксибутират 20% – 15-20 мл (70 мг/кг) в/в капельно

Клинические признаки острой дыхательной недостаточности – ЧДД более 40 или менее 8 в 1 мин

Алгоритм 3 «Острая   
дыхательная недостаточность»

Отсутствие эффекта

Восстановить проходимость дыха­тельных путей (интубационная трубка, ларингиальная маска, ком­битюб), ИВЛ 100% кислородом под контролем SpO2

Отек головного мозга:

наличие рвоты, патологических реф­лексов, гиперэстезия, гипертермия, кол­лапс, брадикардия, нарушения дыхания

Доставка в стацио-нар по профилю

основного заболевания

Достигнут эффект:

судорожный синдром купирован,   
САД ≥ 90 мм рт. ст., SpO2 ≥ 90%

Актив невролога поликли­ники по месту жительства при быстром восстановлении соз­нания и отсутствии общемоз­говой и очаговой невроло­гической симп­томатики при установленном диагнозе

Оксигенотерапия под   
контролем SpO2 (≥90%).

Фуросемид 1 % 2-4 мл в/в

40-60 мл 40% раствора глюкозы в/в

Доставка в стацио-нар по профилю ос-новного заболевания

Нет

ОИТАР стационара

# Алгоритм 30 «Острое нарушение мозгового кровообращения»

Нет

Да

Да

Нет

Нет

Есть

Сознание

1. Оценка уровня сознания по шкале Глазго.

2. Обеспечение проходимости дыхательных путей.

3. ЭКГ.

Самостоятельное дыхание

1. Постановка ларингиальной маски (интубация трахеи).

2. ИВЛ.

3. Оценка кровообращения.

Пульс

1. Оценка уровня сознания по шкале Глазго.

2. Признаки травмы.

3. Асимметрия лица, движения конечностей.

4. Размер и реакция зрачков.

5. АД.

6. ЭКГ.

АД более 200 мм рт. ст.

Нарушения ритма

Судороги

Рвота

Эмоксипин 3% - 5 мл в/в

Гипотензивные с учетом АД; эмоксипин 3% - 5 мл в/в

Алгоритмы в зависимости от вида нарушения ритма

Диазепам 0,5% - 2 мл в/в, магния сульфат 25% - 10 мл в/в при АД не менее 180/120 мм рт. ст.

Метоклопрамид   
0,5% - 2 мл в/в

Доставка в стационар по профилю основного заболевания

Продолжить ИВЛ.

ЭКГ контроль.

АД контроль.

См. алгоритм 4 «Внезапная смерть, сердечно-легочная реанимация»

Эффективная реанимация

Да

Нет

# Алгоритм 31 «Гипертермия»

Положение на боку, при необхо­димости – установка возду­ховода интубация трахеи; пульсоксиметрия.

Оксигенотерапия (под контролем SpО2 – не менее 90%).

Инфузионная терапия под контролем АД (САД ≥ 90 мм рт. ст.).

Симптоматическая терапия.

Гипертермия ≥ 38,5°С

Причины ясны

Неинфекционные заболевания

Симптоматическая терапия:

2 мл 50% раствора мета­мизола с 2 мл дротаверина или 1 мл 3% раствора кеторолака в/в;

диазепам 0,5% 2 мл при возбуждении и судорогах.

Осложнения

Инфекционно-токсический шок:

- холодная, бледная, влажная кожа;

- САД менее 90 мм рт. ст., ЧСС более 100 в 1 мин.

ОДН:

- ЧДД более 40 или менее 8 в 1 мин,

- SpО2 ≤ 90% при дыхании атмосферным воздухом.

Отек головного мозга:

- распирающая головная боль;

- угнетение сознания;

- брадикардия;

- судороги.

Доставка в стационар инфекционного профиля (ОИТАР, минуя приемное отделение)

Провизорная доставка в стационар инфекционного профиля

Инфекционные заболевания

Алгоритм 3 «Острая дыхательная недоста­точность»

Алгоритм 5  
«Гиповолеми­ческий шок»

Рекомендации, до­обследова­ние в ам­булаторно-поли­кли­ническом уч­реж­дении (актив) или доставка в стационар (по показаниям)

Дексаметазон 8-32 мг (преднизолон 90-120 мг), фуросемид до 4 мл 1% раствора в/в

Неясной этиологии

«Лихорадка не­ясной этиоло­гии»: повыше­ние температу­ры до 38,5оС и выше не менее 3-х дней при от­сутствии явной этиологической причины

# Алгоритм 32 «Высокопатогенный грипп»

Эпидемиология

1. Начало заболевания в течение 7 дней после тесного контакта с больным с подтвержденным высокопатогенным гриппом.

2. Заболевание, возникшее в течение 7 дней после возвращения из региона, где имеются случаи подтвержденного высокопатогенного гриппа.

3. Заболевание, отмеченное в коллективе, где зарегистрирован 1 и более случай высокопатогенного гриппа.

Клиника   
(не менее 2-х из перечисленных признаков)

1. Лихорадка.

2. Насморк.

3. Кашель.

4. Боль в горле.

5. Одышка.

Осложнения

Нет

Да

Симптоматическая терапия:

– при гипертермии метамизол 50% 2 мл или кеторолак 10-30 мг в/в;

– при судорогах и возбуждении диазепам 2 мл 0,5% раствора в/в.

Острая дыхательная недостаточность

Алгоритм 3  
 «Острая дыхательная недостаточность»

Инфекционно-токсический шок.

Клинические признаки:

1) холодная, бледная, влажная кожа;

2) САД менее 90 мм рт.ст., ЧСС более 100 в 1 мин.

1. Обеспечить внутривенный доступ через периферический катетер наибольшего диаметра.

2. В/в быстро струйно инфузия кристаллоидных растворов до стабилизации АД и пульса с последующим переходом на капельную инфузию. (при неопределяемом уровне АД в 2 вены и более).

3. При отсутствии эффекта – внутривенно капельно допамин 200 мг.

4. Оксигенотерапия.

5. Дексаметазон 8-16 мг (преднизолон 60-120 мг).

Отек головного мозга:

- распирающая головная боль;

- угнетение сознания;

- брадикардия;

- судороги.

- обеспечить внутривенный доступ через периферический катетер наибольшего диаметра;

антибактериальная терапия – цефтриаксон 1,0 в/в, хлорам­феникол 25 мг/кг веса в/м;

- дексаметазон 8-16 мг (преднизолон 60-120 мг) в/в.

- фуросемид 1% до 4 мл в/в.

Доставка в стацио-нар по профилю основного заболе-вания

Доставка в стацио-нар инфекционного профиля (ОИТАР минуя приемное отделение)

# Алгоритм 33 «Менингиальная инфекция»

Доставка в стацио­нар по профилю основного заболевания

Менингоэнцефалит

Стационар по профилю

Менингококкцемия

Клинические симптомы:

- распирающая головная боль;

- многократная рвота;

- лихорадка.

Менингит

##### Очаговая неврологическая симптоматика

Менингиальные   
симптомы

Сыпь на коже и слизистых   
от розеолезной до геморрагической

Осложнения

Осложнения

Доставка в стацио­нар по профилю основного заболевания

(ОИТАР, минуя приемное отделение)

1. Обеспечить внутривенный доступ через периферический катетер наибольшего диаметра.

2. В/в быстро струйно инфузия кристаллоидных растворов до стабилизации АД и пульса с последующим переходом на капельную инфузию. (при неопределяемом уровне АД в 2 вены и более).

3. При отсутствии эффекта – в/в капельно допамин 200 мг в 200 мл 0,9% раствора натрия хлорида.

4. Симтоматическая терапия.

5. Оксигенотерапия.

6. Дексаметазон 8-16 мг (преднизолон 60-120 мг) в/в струйно.

Симптоматическая терапия.

Антибактериальная терапия – цефтриак­сон 1,0 в/в, хлорамфеникол 25 мг/кг веса в/м.

##### Симптома­тическая терапия

##### Отек головного мозга:

##### - распирающая головная боль;

##### - угнетение сознания;

##### - брадикардия;

##### - судороги.

1. Обеспечить внутривенный доступ через периферический катетер наибольшего диаметра.

2. Антибактериальная терапия (цефтриаксон или хлорамфеникол).

3. Дексаметазон 8-16 мг (пред-низолон 60-120 мг) в/в струйно.

4. Фуросемид 1% раствор до 4 мл в/в.

5. Симптоматическая терапия.

6. Оксигенотерапия.

##### Нет

##### Нет

Да

Да

##### Нет

##### Нет

Да

##### Симптоматическая терапия:

- при гипертермии 50% раствор метами­зола 2 мл или кеторолак 10-30 мг в/в;

- диазепам 0,5% - 2 мл при возбуждении и судорогах в/в.

Инфекционно-токсический шок:

- холодная, бледная, влажная кожа;

- САД менее 90 мм рт. ст., ЧСС более 100 в 1 мин; SpО2 менее 90%.

Да

# Алгоритм 34 «Острые кишечные инфекции»

Нет

Эпидемиологический анамнез:

- употребление недоброкачественных продуктов;

- контакт с больным ОКИ.

Клинические признаки:

- интоксикация с первых часов заболевания;

- диспепсические проявления (тошнота, рвота, жидкий стул);

- болевой синдром.

Определение степени обезвоживания

1 степень

Жажда, су­хость во рту, стул 3-10 раз в сутки, рвота 1-2 раза.Потеря веса тела до 3%.

2 степень

1 степень + сухость кожных покровов, ак­роцианоз, уменьше­ние диуреза, стул 11-20 раз, рвота 3-10 раз.Потеря веса тела 4-6%.

3 степень

2 степень + сниж­ение тургора тка­ней, олиго- или анурия, тахикар­дия, гипотензия, одышка.Потеря веса тела 7-9%.

4 степень

3 степень + гипо­термия, тотальный цианоз, судороги, возможно прекраще­ние рвоты и отсутст­вие стула. Потеря ве­са тела 10% и более.

Промывание желуд­ка при повторя­ющейся рвоте (зон­дом или самостоя­тельно пациентом).

Оральная регидрата­ция (растворы элек­тролитов с добавле­нием 20-40 мл 40% глюкозы).

Промывание же­лудка при повто­ряющейся рвоте (зондовое), парен­теральная регид­ратация (растворы электролитов в/в капельно) в соот­ветствии с дефи­цитом ОЦК

Примечание.

Расчет парентеральной регидратации проводится по формуле:   
х (мл) = вес больного (кг) × % потери веса × 10.

Доставка в стационар по профилю основного заболевания

Доставка в ближайший стационар

(ОИТАР, минуя приемное отделение)

Алгоритм 5 «Гиповолемический шок»

Клинические признаки гиповолемичес-кого шока:

- холодная, бледная, влажная кожа;

- САД менее 90 мм рт. ст., ЧСС более 100 в 1 мин, шоковый индекс более 0,7;

- SpО2 менее 90%.

Да

САД ≥ 90 мм рт. ст., SpО2 ≥ 90%

# Алгоритм 35 «Острый инфекционный гепатит»

Дифференциальные признаки обструкции желчных путей:

- желтуха имеет зеленоватый оттенок;

- чаще встречается у лиц старше 40 лет;

- в анамнезе может быть желчнокаменная болезнь;

- развитию желтухи предшествует присту­пообразная, острая боль в правом подреберье;

- при опухолях может быть менее интенсивной, но имеет постоянный характер;

- диспепсические расстройства (тошнота, рвота);

- повышение температуры;

- кожный зуд.

Дифференциальные признаки острого инфекционного гепатита:

- желтуха имеет красноватый оттенок;

- может быть кожный зуд и следы расчесов на коже;

- увеличение печени и селезенки;

- темная моча, обесцвеченный кал;

- болевой синдром слабо выражен.

Доставка в стационар по профилю заболевания

Доставка в стационар по профилю заболевания

Доставка в стационар по профилю заболевания

При выраженном болевом синдроме

2-4 мл 2% раствора дротаверина гидрохлорида в/в

Дифференциальные признаки гемолитической желтухи (кроме малярии):

- желтушность склер и кожи умеренная, имеет лимонно-желтый оттенок;

- одновременно имеется бледность кожи (из-за анемии);

- кожный зуд и расчесы тела отсутствуют;

- боли в области печени возникают редко;

- увеличение печени незначительное;

- значительное увеличение селезенки;

- резкое окрашивание в темный цвет кала.

Гемолитическая желтуха (кроме малярии)

Обструкция желчных   
путей

Эпидемиологический анамнез:

- проведение оперативных вмешательств, парентеральное введение препаратов и др. вмешательства за последние 180 дней;

- контакт с больным.

Да

Нет

Нет

# Алгоритм 36 «Почечная колика»

Анамнез, осмотр

Приступ повторно, в анамнезе МКБ

Приступ впервые

В/в дротаверин 2% раствор 2-4 мл,

в/в метамизол 50% раствор 2 мл (при отсутствии эффекта атропин 0,1% – 0,5 мл п/к)

В/в дротаверин 2% раствор 2-4 мл

При аппендэктомии, отсутствии симптомов раздражения брюшины

Доставка в   
 стационар для исключения острой хирургической патологии

При отсутствии эффекта от оказания медицинской помощи, наличии ос­ложнений (анурия, макрогематурия, гипертермия с явлениями интоксика­ции), двухсторонней почечной колике, МКБ единственной почки

Доставка в стационар по профилю заболевания

При отсутствии в анамнезе аппендэктомии и правосторонней локализации, при наличии симптомов раздражения брюшины

# Алгоритм 37 «Носовое кровотечение»

Кровотечение купировано

Симптомати­ческое лечение (снижение АД и т.д.)

Неотложная медицинская помощь:

- ввести в нос тампон, смоченный 3% перекисью водорода и прижать крыло носа к носовой перегородке с одной или с обеих сторон на 4-10 минут;

- местно «холод»;

- при отсутствии эффекта передняя тампонада;

- этамзилат 2 мл 12,5% раствора в/в в 20 мл 0,9% раствора натрия хлорида.

Умеренное кровотечение

Установить причину:

– артериальная гипертензия;

– болезни крови;

– антикоагулянтная терапия;

– опухоли;

– другие.

Достигнут эффект стабильного САД 80-90 мм рт. ст. (поддерживать на таком уровне, не более, в/в капельным введением кристаллоидов), SpО2 менее 90%

Кровотечение не купировано

Провести:

- установку периферического катетера, пульсоксиметрию;

- инфузионную терапию под контролем АД;

- оксигенотерапию под конт-ролем SpО2.

Клинические признаки гипово­лемического шока:

- холодная, бледная, влажная кожа;

- САД менее 90 мм.рт.ст., ЧСС более 100 в 1 мин, шоковый индекс более 0,7;

- SpО2 менее 90%.

Алгоритм 5 «Гиповолемический шок»

Причина   
установлена

Причина   
не установлена

Рекомендовать дообследование в поликлинике по месту жительства

Экстренная доставка   
в стационар

Экстренная доставка в стационар (ОИТАР, минуя приемное отделение)

Профузное кровотечение,   
сопровождаемое   
падением САД

# Алгоритм 38 «Острая хирургическая патология органов брюшной полости»

Тактика

Анамнез

Дифференциальный диагноз

Дифференциальный диагноз

Примечание.

ЭКГ-диагностика обязательна.

Гинекологичекская патология

У женщин учитывать гинекологический анамнез

Колика почечная, печеночная, кишечная

Нет симптомов раздражения брюшины

Приступообразная внезапная.

В анамнезе ЖКБ, МКБ, колит.

Оксигенотерапия, в/в инфузия. Доставка в стационар по профи-лю заболевания

Разрывы паренхиматозных органов

↑ЧСС, ↓АД, бледность, пот, симптом   
«Ваньки-встаньки»

Травма

Доставка в стацио-нар по профилю ос-новного заболевания

Мезотромбозы, острая кишечная непроходимость

Исчезновение перистальтики

Диффузная блужда­ющая боль, эпизоды сильной кратко­временной, эпизоды потери сознания. В анамнезе ИБС, ХРБС, МА, АГ

Доставка в стационар по профилю основно-го заболевания, контроль вены

Перфорация язвы, перфорация кишеника

↑ЧСС, ↓АД, дефанс, исчезновение пече­ночной тупости, бледность

Внезапная боль, язвенная болезнь в анамнезе

Боль в животе

Доставка в стационар по профилю заболева-ния, при перитоните – контроль вены

Воспалительные за­болевания: аппен­дицит, холецистит, панкреатит, дивертикулит

повышение темпе-ратуры тела, симпто-мы раздра­жения брю-шины, специфичес-кие симптомы

Нарастание боли, связь с приемом пищи, изменение характера боли, постепенное на­растание, рвота, понос

Инфаркт миокарда, пневмония, кетоацидоз, неврологические боли

Диагноз

Объективный статус

Доставка в стационар для исключения острой хирурги­ческой патологии. Дротаверин 2-4 мл в/в.

При тяжелом состоянии, нестабильной гемодинамике см. алгоритм 5 «Гиповолемический шок», симптоматическое лечение (при выраженном болевом синдроме обезболивание вплоть до наркотических анальгетиков)

# Алгоритм 39 «Черепно-мозговая травма»

Доставка в стацио-нар по профилю заболевания

Сопор.

Анизокория.

Кровотечение из

наружного слухового прохода.

Гемипарез.

Кома.

Нарушение дыха-ния.

Иммобилизация шейного отдела позвоночника.

Обеспечение проходимости дыхательных путей.

##### Оценка основных витальных функций (сознания, АД, ЧСС, состояние кожных покровов, SpO2).

Определение степени тяжести

Кратовременная потеря сознания.

Ретроградная амнезия.

Головная боль.

Тошнота.

Рвота.

Лёгкая ЧМТ

Средняя ЧМТ

Тяжёлая ЧМТ

Неотложная медицинская помощь:

– положение тела на боку;

– оксигенотерапия под контролем SpO2 (не менее 90%);

– венозный доступ с инфузионной терапией под контролем АД (САД не менее 90 мм рт. ст.).

Симптоматическая терапия:

- гипотензивная (5-10 мл 25% раствора магния сульфата в/в);

- противосудорожная (20-40 мг (0,5% - 4-8 мл) диазепама в/в).

Сбор анамнеза, уточнение травматогенеза.

Обследование.

Выявление повреждений головы и шеи

(ушибы, ссадины, раны, переломы).

Исключение политравмы.

Обеспечить респираторную поддержку. Интубация трахеи или комбитьюб (ларингиальная маска, ИВЛ)

Доставка в стационар по профилю основного заболевания

(ОИТАР, минуя приемное отделение)

Положение тела сидя или лёжа на боку

# Алгоритм 40 «Травма позвоночника»

Обезболивание (ненаркотические или наркотические анальгетики):

– метамизол натрия 50% раствор 2-4 мл в/в в 0,9% растворе натрия хлорида или,

– морфина гидрохлорид 1 мл 1% раствора в/в в 0,9% растворе натрия хлорида или,

– фентанил 1-2 мл 0,005% раствора в/в в 0,9% растворе натрия хлорида.

Иммобилизация на щите в положении на спине (каркасные носилки).

Обеспечение венозного доступа, инфузионная терапия.

Пульсоксиметрия, оксигенотерапия при SpO2≤ 90%.

Преднизолон 60-120 мг или метилпреднизолон в дозе 30мг/кг в/в.

Грудной и поясничный отделы

Клинические признаки:

- боль в спине (не всегда), которая может сопровождаться отеком и кровоизлиянием;

- деформация (особенно при взрывных переломах);

- возможно выпячивание остистого отростка (видимое на глаз или на ощупь);

- признаки поперечного паралича (обездвиженность, потеря чувствительности, отсутствие защитных реакций даже при воздействии очень сильных болевых раздражителей, в некоторых случаях нарушение сознания, непроизвольное мочеиспускание, дефекация, снижение артериального давления);

- при повреждении позвоночника:

- ниже Th4 – чувствительность выше сосков сохранена;

- ниже Th10 – чувствительность выше пупка сохранена;

- выше L2 – невозможность движения в бедренном суставе;

- выше L5 – невозможность приподнять стопу.

Шейный отдел

Клинические признаки:

- боль в шее или появление мышечных спазмов;

- признаки поперечного паралича (обездвиженность, потеря чувствитель­ности, отсутствие защитных реакций даже при воздействии очень сильных болевых раздражителей, в некоторых случаях нарушение сознания, непроиз­вольное мочеиспускание, дефекация, снижение артериального давления);

- при повреждении позвоночника:

- С3/С4 – отсутствует диафрагмальное дыхание;

- выше С5 – невозможность поднять плечи;

- выше С6 – невозможность движения в локтях;

- выше С8/С9 – невозможность движения в пальце.

Иммобилизация шейного отдела позвоночника   
с помощью шейного воротника

Переломы, вывихи

Изучение механизма травмы.

Обследование позвоночника.

При присоединении клинических признаков острой дыхательной недостаточности:

- частота дыхания более 40 или менее 8 в 1 мин;

- SpО2 менее 90% при дыхании атмосферным воздухом.

Алгоритм 3 «Острая дыхательная недостаточность»

При присоединении клинических признаков гиповолемического шока:

- холодная, бледная, влажная кожа;

- САД менее 90 мм рт. ст., ЧСС более 100 в 1 мин., шоковый индекс более 0,7, SpО2 менее 90%.

Алгоритм 5 «Гиповолемический шок»

Доставка в стационар по профилю основного заболевания

# Алгоритм 41 «Травмы конечностей»

Справочно:  
дефицит ОЦК при переломах:

- костей таза (500-5000 мл);

- бедра 300-2000 мл;

- обеих костей голени (100-1000мл);

- плеча (100-800мл);

- обеих костей предплечья (50-400 мл).

Положение тела на боку.

При необходимости – установка воздуховода, интубация трахеи, пульсоксиметрия.

Оксигенотерапия (под контролем SpО2 – не менее 90%).

Инфузионная терапия под контролем АД (САД ≥ 90 мм рт. ст.).

Тампонада раны, тугая повязка, возвышенное положение конечности.

Установка периферического катетера наибольшего диаметра (при необходимости 2-х и более).

Фиксировать конечность не меняя положения

Нет

Арте­риальное?

При крайней необходимости наложить жгут. Не более 1 часа!

Да

Выраженный болевой синдром или локализация травмы в крупных трубчатых костях

Да

Обезболивание ненаркотическими (1 мл 3% раствора кето­ролака, 1-2 мл 5% раствора трамадола) и наркотическими (1 мл 0,005% раствора фентанила, 1 мл 2% раствора тримепери­дина) анальгетиками в/в

Да

Асептическая повязка

Репозиция костей не производится!

Вывих

Открытый перелом

Закрытый перелом

Нет

Нет

Клинические признаки гиповолемического шока:

- холодная, бледная, влажная кожа;

- САД менее 90 мм рт. ст., ЧСС более 100 в 1 мин, шоковый индекс более 0,7; SpО2 менее 90%.

Алгоритм 5 «Гиповолемический шок»

Да

Провести обследование

Доставка под контролем жизненноважных функций в стационар по профилю основного заболевания

Наружное кровотечение

Транспортная иммобилизация в преде­лах не менее двух соседних суставов

# Алгоритм 42 «Травмы груди»

Клинические признаки гиповолеми­ческого шока:

- холодная, бледная, влажная кожа;

- САД менее 90 мм рт. ст., ЧСС более 100 в 1 мин, шоковый индекс более 0,7; SpО2 менее 90%.

Провести обследование грудной клетки

Закрытая травма

Открытая травма

Множественные переломы рёбер:

выраженная болезненность при пальпации;

подкожная эмфизема;

крепитация отломков рёбер.

Ранение и тампонада сердца:

рана в проекции сердца.

Открытый пневмоторакс:

рана в проекции лёгких.

Положение по­лусидя. Окклю­зионная повязка.

Инородные тела из раны не извлекать! Положение лёжа или полусидя. Асептическая повязка.

Положение лёжа или полусидя

Положение тела полусидя.

Дренирование (пункция во 2 межре­берье по среднеключичной линии).

Положение тела полусидя

Гемоторакс:

бледность,

потливость,

тахикардия,

артериальная гипотензия.

Напряжённый пневмоторакс:

одышка, цианоз, тахикардия,

отсутствие дыхательных шу­мов, тимпанит на стороне поражения.

Доставка в стационар по профилю основного заболевания

Клинические признаки острой дыхательной недостаточности:

- ЧДД более 40 или менее 8 в 1 мин;

- SpО2 менее 90% при дыхании атмосферным воздухом.

Алгоритм 3 «Острая дыхательная недостаточность»

Алгоритм 5 «Гиповолемический шок»

Травма закрытая, открытая?

Положение тела на боку, установка воздуховода, при необходимости – интубация трахеи; пульсоксиметрия.

Установка периферического катетера наибольшего диаметра (при необходимости 2-х и более).

Инфузионная терапия под контролем АД (САД ≥ 90 мм рт. ст.).

Оксигенотерапия (под контролем SpО2 – не менее 90%).

Обезболивание ненаркотическими (1 мл 3% раствора кеторолака, 1-2 мл 5% раствора трамадола) и наркотическими (1 мл 0,005% раствора фентанила, 1 мл 2% раствора тримеперидина) анальгетиками в/в.

При судорожном синдроме и возбуждении – диазепам 2-4 мл 0,5% раствора в/в.

Преднизолон до 30 мг/кг веса в/в.

# Алгоритм 43 «Травмы живота»

Инфузионная терапия под контролем АД (САД ≥ 90 мм.рт.ст.).

Оксигенотерапия (под контролем SpО2 – не менее 90%).

Обезболивание ненаркотическими (1 мл 3% раствора кеторолака, 1-2 мл 5% раствора трамадола) и наркотическими (1мл 1% раствора морфина, 1 мл 0,005% раствора фентанила, 1 мл 2% раствора тримеперидина) анальгетиками в/в.

При судорожном синдроме и возбуждении – диазепам 2-4 мл 0,5% раствора в/в.

Асептическая повязка на рану после обработки краев раны антисептиком (3% раствор перекиси водорода) при открытой травме.

Провести обследование пациента

Повреждение полого органа:

- симптомы раздражения брюшины положительные;

- живот не участвует в акте дыхании;

- болезненность и выраженное напряжение при поверх­ностной пальпации.

Эвентрация кишечника

Повреждение паренхиматозного органа:

- бледные, влажные кожные покровы;

- выраженная тахикардия;

- артериальная гипотензия.

Положение тела на спине.

Выпавший кишечник и сальник не вправлять, закрыть стерильной пелёнкой, смоченной 0,9% раствором хлорида натрия.

Уточнить характер   
травмы живота

Клинические признаки острой дыха­тельной недостаточности:

- ЧДД более 40 или менее 8 в 1 мин;

- SpО2 менее 90% при дыхании атмосферным воздухом.

Алгоритм 3 «Острая   
дыхательная недостаточность»

Клинические признаки гиповолеми­ческого шока:

- холодная, бледная, влажная кожа;

- САД менее 90 мм рт. ст., ЧСС более 100 в 1 мин, шоковый индекс более 0,7;

- SpО2 менее 90%.

Алгоритм 5 «Гиповолемический шок»

Примечание.

Любую колото-резаную рану живота считать проникающей, ранящие предметы (нож, шило, заточка), находящиеся в ране не извлекать, а дополнительно фиксировать (пластырем) или удерживать рукой.

Доставка в стационар по профилю основного заболевания, при тяжелом состоянии – в ближайший (ОИТАР, минуя приемное отделение)

Положение тела на боку, установка воздуховода, при необходимости – интубация трахеи; пульсоксиметрия.

Установка периферического катетера наибольшего диаметра (при необходимости 2-х и более).

# Алгоритм 44 «Политравма»

Политравма всегда предполагается:

- при смерти пассажиров или **-** при аварии на высокой скорости;

водителя транспортного средства; **-** при наезде на пешехода (велосипедиста);

- если пострадавшего выбросило - при падении с высоты более 3 м;

из машины; - при сдавлении;

- деформация транспортного - при взрыве;

средства превышает 50 см; - при завале сыпучими материалами.

Временная остановка наружного кровотечения (пальцевое прижатие, давящая повязка, тугая тампонада раны, в крайнем случае – жгут; при отрывах конечностей – жгут).

Иммобилизация шейного отдела позвоночника с фиксацией на жестких носилках   
(R-негативные доски, «ковшовые» носилки, каркасные носилки и т.п.).

Доставка в стационар по профилю основного заболевания (отделение сочетанной травмы), (ОИТАР минуя приемное отделение)

Алгоритм 5  
«Гиповолемический шок»

При присоединении клинических признаков гиповолемического шока:

- холодная, бледная, влажная кожа;

- САД менее 90 мм рт. ст., ЧСС более 100 в 1 мин., шоковый индекс более 0,7;

- SpО2 менее 90%.

Алгоритм 3 «Острая дыхательная недостаточность»

При присоединении клинических признаков острой дыхательной недостаточности:

- частота дыхания более 40 или менее 8 в 1 мин;

- SpО2 менее 90% при дыхании атмосферным воздухом.

Доставка в стационар по профилю основного заболевания (отделение сочетанной травмы)

Стабилизация состояния:

- отсутствие нарушений сознания;

- отсутствие нарушений дыхания;

- САД более 90 мм рт. ст., SpО2 ≥90%.

Инфузионная терапия под контролем АД (САД ≥ 90 мм рт. ст.).

Оксигенотерапия (под контролем SpО2 – не менее 90%).

Обезболивание ненаркотическими (1 мл 3% раствора кеторолака, 1-2 мл 5% раствора трамадола) и наркотическими (1мл 1% раствора морфина, 1 мл 0,005% раствора фентанила, 1 мл 2% раствора тримеперидина) анальгетиками в/в.

При судорожном синдроме и возбуждении – диазепам 2-4 мл 0,5% раствора в/в.

Преднизолон 60-120 мг или метилпреднизолон в дозе 30 мг/кг в/в.

Положение тела на боку, установка воздуховода, при необходимости – интубация трахеи.

Установка перифер. катетера наибольшего диаметра (при необходимости 2-х и более);

Пульсоксиметрия.

Оказание медицинской помощи на месте и в пути следования

Нет

Да

Нет

# 

# Алгоритм 45 «Ожоги»

Примечание.

1. Не производить реакцию нейтрализации химического вещества на поверхности кожи.

2. В острой фазе противопоказаны: коллоидные растворы, диуретики, кортизон, катехоламины, антибиотики.

Доставка в стационар по профилю основного заболевания:

- больные с ожогами II-III степени поражения более 10% поверхности тела, дети или пожилые пациенты с поражением 5-10% поверхности тела;  
- ожоги лица, кистей, стоп и гениталий;

- ингаляционный ожог;

- ожоги электрическим током;

- химические ожоги;

- больные с дополнительными травмами;

- пациенты без сознания.

Ожог – разновидность травмы, полученной в результате воздействия высокой температуры, химических веществ, электрического тока или ионизирующего излучения. Различают три степени ожога при местных повреждениях.

I

**II**

Покраснение, отёк, боль

IIa

Покраснение, образование пузырьков, боль (повреждение поверхностных слоёв кожи)

IIб

Образование пузырей, боль, кожа анемична (повреждение глубоких слоёв кожи)

Прекращение воздействия повреждающих агентов

Быстрое и продолжительное (до исчезновения боли) охлаждение поражённых тканей проточной холодной водой 12-18оС (помнить об опасности переохлаждения) в течение 10-15 мин.

Положение:

на спине;

при потере сознания – стабильное положение на боку;

при ингаляционной травме – с возвышением головным концом;

во всех остальных случаях – с приподнятым ножным концом.

Обезболивание:   
кеторолак 3% - 1 мл в/м

Удаление всех не соприкасающихся с участком ожога частей одежды

Стерильная сухая повязка (накладка) на открытые раны

Санация верхних дыхательных путей

Оксигенотерапия – 4-6 литров О2/мин – 100 % кислородом

Постоянный контроль ЧСС и АД

Венозный доступ – 0,9 % раствор натрия хлорида со скоростью 2 л/час

Седация: диазепам 5-10 мг (0,5% - 1-2 мл) в/в.

Обезболивание: кеторолак 3% - 1 мл в/м, тримеперидин 2 % - 1 мл в/в, морфин 1 % - 1 мл в/в.

аминофиллин 2,4 % - 10 мл в/в, дексаметазон 4 – 8 мг в/в, преднизолон 60 – 120 мг в/в.

Противошоковая терапия

Обеспечение жизненно важных функций организма

Выполнение всех предыдущих пунктов алгоритма

Ингаляционный ожог

Шок

(при площади ожога около 15 % возникает угроза шока)

Электроожог

Транспортная иммобилизация (при вывихах, переломах, разрывах мышц)

При необходимости своевременная интубация и ИВЛ

Амбулаторное лечение

При невозможности интубации трахеи (при ингаляционном поражении дыхательных путей) – коникотомия

**III**

Некроз, серая, белая или чёрная кожа, боль отсутствует

# 

# Алгоритм 46 «Тепловой удар»

Неотложная помощь:

- поддержание проходимости дыхательных путей;

- кислород в высокой концентрации;

- интубация трахеи;

- в/в 0,9% раствор натрия хлорида, растворы электоролитов;

- быстрое охлаждение;

- ЭКГ контроль.

Нет

Перенести пациента в прохладное место.

Первичный осмотр (ABCD),оценка уровня сознания.

Сознание

Медицинская помощь:

- ингаляция кислорода при необходимости;

- охлаждение пациента;

- солевой раствор внутрь или в/в при тошноте, рвоте (0,9% раствор натрия хлорида, растворы электоролитов);

- ЭКГ контроль.

Да

Вторичный осмотр (ABCD)

Симптоматическая терапия (избегать использования вазопрессоров и препаратов антихолинергического действия).

Глюкометрия.

Экстренная доставка в стационар по профилю основного заболевания

# Алгоритм 47 «Гипотермия»

Нет

Нет

Первичный осмотр (ABC),оценка уровня сознания

Сознание

Наличие пульса, дыхания

- ингаляция кислорода;

- снять мокрую одежду;

- укутать в одеяло;

- в/в подогретый 0,9% раствор натрия хлорида, растворы электролитов;

- ЭКГ контроль.

- СЛР по алгоритмам оказания помощи при асистолии, фибрилляции желудочков;

- ЭКГ контроль.

- поддержание проходимости дыхательных путей;

- ингаляция кислорода;

- интубация трахеи или комбитюб (ларингиальная маска);

- снять мокрую одежду;

- укутать в одеяло;

- в/в подогретый 0,9% раствор натрия хлорида, растворы электролитов;

- ЭКГ контроль;

- готовность к СЛР.

Вторичный осмотр (ABCD)

Да

Примечание.

Применять пассивное согревание.

Резкие движения, любая стимуляция (гипервентиляция, интубация) могут быть причиной фибрилляции.

Экстренная доставка в ОИТАР стационара

Да

# Алгоритм 48 «Утопление»

Наложение шейного воротника, очистка верхних дыхательных путей и обеспечение адекватного дыхания

Провести обследование

Нет нарушения   
сознания

Оглушение,   
сопор, кома

Признаки   
клинической смерти

Ингаляция кислорода, согревание.

Антигипоксанты (аскор­биновая кислота 5% - 0.3 мл/10кг в/в, эмоксипин 3% - 5-10мл в/в).

Раствор гидроксиэтилкрах­мала 6% - 500 мл в/в.

Раствор глюкозы 5% - 400 мл в/в.

При возбуждении – диазепам 0,5% - 2-4 мл (далее по 2 мл в/в до получения эффекта).

Преднизолон 120 - 300 мг (дексаметазон 12 - 20 мг) в/в. Фуросемид 20-40 мг в/в.

Доставка в ОИТАР стационара

Ингаляция кислорода.

При необходимости – интубация трахеи или комбитюб (ларингиальная маска)   
и ВВЛ 50% О2.

Раствор гидроксиэтилкрахмала 6% - 500 мл в/в. Раствор глюкозы 5%-400 мл в/в.

Натрия гидрокарбонат 4%-200 мл в/в.

Антигипоксанты: аскорбиновая кислота 5%-2 мл в/в; эмоксипин 3%-5-10 мл в/в.

При возбуждении: диазепам 0,5% - 2-4 мл в/в (далее по 2 мл в/в до получения эффекта), натрия оксибутират 20% - 10-20 мл в/в капельно в 5% растворе глюкозы.

Преднизолон 120 - 300 мг (дексаметазон – 12-20 мг) в/в.

Фуросемид 20-40 мг (1% - 2-4 мл) в/в.

Доставка в ОИТАР стационара под контролем жизненно важных функций, минуя приемное отделение

Алгоритм 4 «Внезапная смерть, сердечно-легочная реанимация»

# Алгоритм 49 «Отравление неизвестным ядом»

Примечание.

1. Помнить о самозащите (работать в перчатках и маске).

2. При подозрении на отравление – немедленное решение вопроса об интубации трахеи или комбитьюб (ларингиальная маска).

3. При необходимости – СЛР.

4. Активированный уголь – противопоказан при отравлении кислотами и щелочами.

5. Чётко собрать токсикологический анамнез, проанализировать токсикологическую ситуацию, при возможности собрать и сохранить остатки ядовитого вещества.

Коррекция угрожаемых жизни нарушений дыхания (обеспечить проходимость верхних дыхательных путей) и кровообращения (при необходимости – ЛСР)

Прекратить дальнейшее поступление яда в организм:

- при ингаляционных отравлениях – удалить пострадавшего из заражённой атмосферы (сотрудник МЧС);

- при пероральном – промыть желудок через зонд, ввести энтеросорбент;

- при накожном – обмывание поражённых участков кожи водой (температура не выше 18ºС).

Положение – в зависимости от уровня сознания

Симптоматическая терапия

Доставка в ОИТАР стационара

Ингаляция кислорода – 4-6 л/мин

Контроль вены, 0,9% р-р натрия хлорида 250-500 мл в/в, пульсоксиметрия

# Алгоритм 50 «Аллергическая реакция»

1) Эпинефрин 0,18% - 0,5-1 мл в/в в 20 мл 0,9% натрия хлорида (при необходимости повторить); при распространении отека на область гортани эпинефрин 0,18% эндотрахеально 2-3 мл в 20 мл 0,9% раствора натрия хлорида.

2) При возникновении шока при в/в инъекции – максимально забрать кровь из вены.

3) Инфузионная терапия (при необходимости дополнительно пункция центральной вены) по алгоритму 5 «Гиповолемический шок».

4) Допамин 10 мл 4% раствора в 0,9% растворе натрия хлорида (после массивной инфузионной терапии) в/в капельно.

5) Преднизолон 120 мг и более или метилпреднизолон (30 мг/кг веса) в/в.

Доставка в стационар по профилю основного заболевания (ОИТАР по показаниям)

Преднизолон 120 мг и более или метилпреднизолон (30 мг/кг веса) в/в.

Симптоматическая терапия:

- при бронхоспаз-ме сальбутамол 2,55 мг (небулай-зер) или аминофиллин 2,4% раствор 5-10 мл в 20 мл 0,9% раствора натрия хлорида в/в.

Установка периферического катетера

Транспортировка в стационар по профилю основного заболевания или рекомендации по дообследованию в поликлинике

Аллергическая реакция купирована

Нет эффекта

Хлоропирамин 1-2 мл 2% раст­вора или клемастин 1-2 мл 1% раствора в 20 мл 0,9% раствора натрия хлорида в/в

Легкое течение

Средней степени тяжести

Анафилактический шок

Немедленное устранение контакта с аллергеном!

Нарастающая слабость, прогрессирующая гипотензия, бледные, холодные и влажные кожные покровы и другие клинические признаки шока

Генерализованная сыпь, отек подкожной клетчатки, кашель, осиплость голоса, удушье, тошнота, рвота, диарея

Клинические признаки:

- внезапное появление;

- сыпи, гиперемии;

- отек кожи, слизистых;

- кожный зуд, жжение слизистых.

Выявить аллерген

Аллергический ринит, конюнктивит, локальная крапивница

# 

# Алгоритм 51 «Неотложные состояния в акушерстве и гинекологии»

Тактика

Диагностика

Доставка в стационар (ОИТАР, минуя приемное отделение)

Алгоритм 5  
«Гиповолемический шок»

Выраженная кровопотеря:

- холодная, бледная, влажная кожа;

- САД менее 90 мм.рт.ст., ЧСС более 100 в 1 мин., шоковый индекс более 0,7;

- SpО2 менее 90%.

Установка периферического катетера, инфузионная терапия (400 мл 0,9 % раствора натрия хлорида), кислородотерапия при SpO2 менее 90%, 20-40 мг (0,5% - 4-8 мл) диазепама в/в, 20 мл 25% раствора магния сульфатав/в, доставка в стационар по профилю основного заболевания на носилках.

повышение АД, отеки, протеинурия, боли в эпигастрии, судороги

Гестозы, преэклампсия, эклампсия

Спазмолитики (дротаверин 2%-2 мл в/в), доставка в стационар по профилю основного заболевания

В анамнезе беременность, кровотечение

Выкидыш в малом сроке

Боли в животе у женщин фертильного возраста.

Сбор гинекологичекого анамнеза.

ЭКГ-диагностика по показаниям.

Визуальный осмотр и оценка объема кровопотери при метроррагиях.

До начала схваток доставка на но-силках в стационар, установка пери-ферического катетера, инфузионная терапия (400 мл 0,9 % раствора натрия хлорида), кислородотерапия при SpO2 менее 90%

Данные УЗИ, снижение АД, увеличение ЧСС, пульсоксиметрия, наличие кровянистых выделений

Предлежание плаценты, отслойка нормально расположенной плаценты

Патология

# 

# Алгоритм 52 «Острый реактивный психоз»

Доставка в стационар по профилю основного заболевания (вопрос о недобровольной госпитализации решается после психиатрического освидетельствования больного в установленном законодательством порядке)

Рекомендации

добровольной госпитализации или направление на консультацию к врачу-психиатру по месту жительства (актив)

По показаниям

симптоматическая терапия.

Использование психотропных средств на догоспитальном этапе может затруднить диагностику и принятие адекватного решения о необходимости госпитализации в приемном отделении стационара.

При отказе больного от добровольной госпитализации любой врач может сделать заявление о недобровольном психиатрическом освидетельствовании в установленном законом порядке

Выявлены нетяжелые психические расстройства,

не представляющие опасности для больного и окружающих

Да

Нет

Беспомощность пациента, т.е. неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности

Возможен существенный вред здоровью пациента вследствие ухудшения психического состояния если больной не получит психиатрической помощи

Непосредствен­ная опасность для самого пациента или окружающих

Подозрение на острый психоз.

Оценка степени тяжести.

Неадекватное поведение  
в связи с возможным психическим расстройством

# Алгоритм 53 «Действия бригады СНМП при ДТП»

Бригада СНМП должна выехать на вызов в кратчайшие сроки

Сообщить врачу оперативного отдела о прибытии на место и указать примерное число пострадавших. Возглавить и организовать оказание медицинской помощи на месте ДТП.

По прибытию на место вызова быстро оценить ситуацию:

- определить число пострадавших;

- произвести первичную сортировку по тяжести состояния.

Сообщить врачу оперативного отдела информацию о количестве пострадавших, в том числе детей, тяжести их состояния и необходимости дополнительных бригад СНМП

Обследование пострадавшего:

- первичный осмотр для оценки нарушения витальных функций;

- углубленный осмотр проводится в салоне автомобиля СНМП: оценить состояние пострадавшего, уровень сознания (шкала Глазго), ЧСС, АД, ЧДД, величину зрачков и их реакцию на свет; выяснить механизм травмы, события, предшествующие травме;

- определить время, прошедшее с момента травмы;

- сбор анамнеза жизни (при возможности);

- провести осмотр, аускультацию, пальпацию, пульсоксиметрию;

- установить предварительный диагноз, оценить тяжесть функциональных нарушений.

Предполагать наличие политравмы в следующих случаях:

- при смерти пассажиров или водителя транспортного средства;

- если пострадавшего выбросило из машины;

- деформация транспортного средства превышает 50%;

- при сдавлении пациента;

- при аварии на высокой скорости;

- при наезде на пешехода или велосипедиста;

- при падении с высоты более 3 метров;

- при взрыве;

- при завале сыпучими материалами.

Выполнить все необходимые мероприятия по подготовке пострадавшего к транспортировке: обеспечить респираторную поддержку (SpO2 более 90%), венозный доступ и инфузионную терапию (САД ≥ 90 мм рт. ст.), адекватное обезболивание, симптоматическую терапию

Максимально быстрая доставка в стационар по профилю основного заболевания (отде-ление сочетанной травмы), при необходимости – в ОИТАР, минуя приемное отделение. Осуществлять в пути монторинг витальных функций: АД, ЧСС, ЧДД, SpO2.

# Алгоритм 54 «Острое психотическое возбуждение»

Доставка в стационар по профилю основного заболевания

Временная фиксация (по показаниям)

Ажитированная депрессия, меланхолический раптус

Панические атаки, глубокие метаболические расстройст-ва, неясный диагноз: диазе-пам 10–30 мг (0,5% - 2-6 мл) в/м.

Декомпенсация психического   
заболевания:

хлорпромазин 100–150 мг в/м.

Состояние не контролируется

Состояние контролируется

Создание спокойной обстановки, налаживание контакта с пациентом,  
 получение согласия на добровольную госпитализацию

Обеспечение безопасности больного и окружающих

Психомоторное возбуждение

# Алгоритм 55 «Суицидальное поведение»

Повешение, ранения, трав­матические повреждения

Суицидальное поведение

Суицидальные мысли и намерения

Незавершенный суицид

Оценка психического статуса

Соматоневрологический статус

1. Строгий надзор (ни на минуту не оставлять больного одного в помещении и машине СНМП).

2. Открытое обсуждение суицидальных планов и идей больного, с привлечением родных, близких и авторитетных лиц.

3. Консультация психиатра или замещающего его специалиста.

4. Рекомендация добровольной госпитализации.

5. Тщательный осмотр вещей – профилактика самоубийства или нападения на окружающих при транспортировке.

Состояние тяжелое

Отрав­ление

При выраженной ажитированной депрессии или меланхолическом раптусе

диазепам 0,5% раствор 2-4 мл в/м.

Препараты со стимулирующим эффектом при психомоторном возбуждении не назначать!

Оказание медицинской помощи в соответствии с выявленной соматической патологией   
(см. соответствующие алгоритмы)

Доставка в стационар по профилю заболевания

Доставка в ОИТАР профильного стационара

Оценка соматического состояния пациента

# Алгоритм 56 «Вертеброгенный болевой синдром (боль в позвоночнике, иррадиация, тоническое напряжение мышц)»

Исключить:

- расслаивающую аневризму аорты;

- инфаркт миокарда;

- субарахноидальное кровоизлияние;

- травматическое повреждение;

- «острый живот».

Ввести:

-  метамизол 50% – 2-4 мл в/в с 1 мл 1% раствора дифенгидрамина или кеторолак 30 мг (3% - 1 мл) в/м или в/в, или трамадол 50-100 мг (1-2 мл 5% раствора) в/м или в/в;

- при интенсивной боли дополнительно диазепам 5-10 мг (1-2 мл 0,5% раствора) в/м.

Мероприятия:

- сбор анамнеза;

- осмотр и пальпация позвоночника;

- определение подвижности позвоночника;

- оценка симптомов натяжения;

- оценка силы мышц;

- оценка функции тазовых органов;

- оценка очаговых симптомов.

Рекомендовать дообследование и лечение у невролога в поликлинике по месту жительства

Доставка в стационар по профилю основного заболевания

Выраженный болевой синдром.

Нарушение функции тазовых органов.

Компрессия спино-мозговых корешков (пара- или тетрапарезы).

См. алгоритмы:

19 «Расслаивающая аневризма аорты»;

15 «Острый коронарный синдром»;

30 «Острое нарушение мозгового кровообращения»;

40 «Травма позвоночника»;

38 «Острая хирургическая патология органов брюшной полости».

Нет

Да

# Алгоритм 57 «Мигрень»

Дифференциальная диагностика:

- ОНМК, субарахноидальное кровоизлияние;

- менингит;

- энцефалит;

- синусит;

- острая гипертоническая энцефалопатия;

- внутричерепная гематома;

- объемный процесс.

Рекомендовать дообследование и лечение у невролога в поликлинике по месту жительства

Нет

Алгоритм 30

«Острое нарушение мозгового кровообращения»

Наличие  
очаговых симптомов

Доставка в стационар по профилю основного заболевания

преднизолон 60-75 мг в/в струйно

мигренозный статус

Серия тяжелых, следующих друг за другом приступов (с интервалом менее 4 часов), сопровождающихся многократной рвотой.

Один тяжелый, продолжающийся более 72 часов, приступ, который не купируется с помощью ранее применявшихся боле­утоляющих лекарственных средств.

Метамизол 50% – 2-4 мл в/в или кеторолак 3% - 1 мл, в/в (в/м).

По показаниям:

- диазепам 5-10 мг (1-2 мл 0,5% раствора) в/м;

- метоклопрамид 0,5% - 2 мл в/м.

АД, ЧСС, ЧД,

ЭКГ,

термометрия,

очаговые симптомы

Головная боль (чаще односторонней локализации).

Фото- и фонофобия.

Тошнота, рвота.

Озноб, повышенная потливость.

Да

# Алгоритм 58 «Длительное сдавление мягких тканей»

более 2 часов

менее 2 часов

До извлечения

После извлечения

Наложить жгут.

Ввести: тримеперидин 1% раствор 1 мл в/в.

В/в инфузия растворов электролитов в объеме достаточном для поддержание уровня артериального давления не ниже 90-100 мм рт. ст.

Оценить степень повреждения

Явные признаки нежизнеспособности конечности

Транспортная иммобилизация.

Жгут не снимать.

нет

Тугое бинтование конечности снизу вверх.

Транспортная иммобилизация.

Жгут снять.

Местная гипотермия.

Тугое бинтование конечности снизу вверх.

Транспортная иммобилизация.

Местная гипотермия.

Жгут не накладывать.

Ввести тримеперидин 1% раствор 1 мл в/в.

В/в инфузия растворов электролитов в объеме достаточном для поддержания уровня артериального давления не ниже 90-100 мм рт. ст.

До извлечения

После извлечения

Доставка в стационар по профилю основного заболевания

Длительность сдавления

да

# Алгоритм 59 «Отморожения»

Скрытый период

(локальное побеление кожи и отсутствие капиллярного пульса и чувствительности)

Реактивный период

(боль, отек, гиперемия с цианотичным оттенком, появление пузырей)

Теплоизолирующая повязка.

Транспортная иммобилизация.

Асептическая повязка.

Ввести тримеперидин 1% раствор 1 мл в/в.

Доставка в стационар по профилю основного заболевания

Анамнез, осмотр

# Алгоритм 60 «Поражение электрическим током»

Нестабильная гемодинамика

(САД менее 80 мм рт. ст.)

Доставка в ОИТАР стационара

Судороги

Допамин 5 мл 4% раствора (200 мг) в 400 мл 0,9% раствора натрия хлорида в/в со скоростью, достаточной для поддержания систо­лического АД на уров­не 80-100 мм рт. ст.

Алгоритм 29 «Судорожный синдром»

Соответствующий алгоритм

Нарушения  
 сердечного ритма

Алгоритм 4 «Внезапная смерть, сердечно-легочная реанимация»

Оценка сознания, дыхания, пульса   
на центральных и периферических артериях, ЭКГ

Ясное сознание,

нормальные показатели гемодинимики и дыхания

Организовать освобождение пострадавшего от поражающего фактора

Отсутствие сознания,

отсутствие спонтанного дыхания, отсутствие пульса на сонной артерии

# Алгоритм 61 «Странгуляционная асфиксия»

Освобождение шеи от петли

1. Восстановление и поддержание проходимости дыхательных путей – установка воздуховода (интубационная трубка, ларингиальная маска, пищеводно-трахеальный обтуратор).

2. ИВЛ со 100% оксигенотерапией.

3. Катетеризация периферической (при необходимости центральной) вены.

4. Инфузионная терапия: декстран/натрия хлорид, 0,9% раствор хлорида натрия или глюкоза 5% раствор 400-800 мл в/в капельно.

5. Унитиол 5% раствор 1 мл/10 кг массы тела в/в.

6. Преднизолон 60-90 мг в/в;

7. При судорогах алгоритм 29 «Судорожный синдром»

Отсутствие сознания,

Отсутствие спонтанного дыхания и

пульса на сонной артерии

Алгоритм 4 «Внезапная смерть, сердечно-легочная реанимация»

Наличие или отсутствие сознания, наличие спонтанного дыхания и пульса на сонной артерии

Доставка в ОИТАР стационара

# Алгоритм 62 «Острые психотические расстройства при употреблении психоактивных веществ (ПАВ)»

Оценка соматического состояния пациента

Создание спокойной обстановки, налаживание контакта с пациентом, получение согласия на добровольную госпитализацию

Обеспечение безопасности больного и окружающих

Симптомы психоза   
(бред, галлюциинации, возбуждение)

Доставка в ОИТАР профильного стационара

Диазепам 0,5% 2-10 мл в/м.

Галоперидол (после введения диазепама) 0,5% 1-3 мл в/м.

Доставка в стационар по профилю заболевания

Временная фиксация (по показаниям)

Оказание медицинской помощи в соответствии с выявленной соматической патологией (см. соответствующие алгоритмы)

Состояние легкой,  
 средней степени тяжести

Состояние тяжелое

# Алгоритм 63 «Побочные эффекты и осложнения психофармакотерапии»

Доставка в ОИТАР   
 стационара по профилю заболевания

Направление к врачу-психиатру по месту жительства (актив) для коррекции дозы лекарственного средства

Оказание медицинской помощи в соответствии с выявленной патологией (см. соответствующие алгоритмы)

диазепам 0,5% - 2-4 мл в/м

Двигательные (моторные) нарушения – скованность, тремор, беспокойство

Тяжелое состояние с нарушением сознания (ЗНС, делирий)

Оценка соматоневрологического статуса

# Алгоритм 64 «Острые желудочно-кишечные кровотечения»

Строгий носилочный режим.

При коллапсе – транспортировка в положении Тренделенбурга.

Запрещается прием пищи и воды.

Доставка в стационар по профилю заболевания.

В/в инфузия декстрана/натрия хлорида, или 10% раствора гидросиэтилкрахмала, или раствора электролитов вначале в/в струйно, затем (при САД больше 80 мм рт. ст.) – капельно.

При критической гиповолемии при САД менее 80 мм рт. ст. дополнительно:

- 1 мл 1% раствора фенилэфрина в 800 мл 5% глюкозы в/в капельно;

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

- оксигенотерапия;

- «холод» на живот.

При пищеводном кровотечении ввести зонд Блекмора.

Диагностические мероприятия:

пальцевое исследование прямой кишки при отсутствии явных объективных признаков кровотечения;

ЭКГ.

Клинические признаки:

слабость и головокружение; бледность кожных покровов и конъюнктивы глаз; частый, мягкий пульс, слабого наполнения, снижение АД.

Объективные признаки:

рвота кровью; рвота «кофейной гущей»; мелена; сгустки крови или ярко-красная кровь в кале.

Наличие в анамнезе следующих заболеваний:

язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки;

острые язвы и эрозии ЖКТ; синдром Маллори — Вейсса; варикозно расширенные вены пищевода; перианальные заболевания (геморрой, анальные трещины, выпадение ануса), колоректальные полипы, рак, язвенный колит или неустановленный источник.

# Алгоритм 65 «Кровотечение в послеродовом периоде»

Да

Признаки   
гиповолемического шока

Нет

Доставка в стационар по профилю заболевания

Период после родов

Ранний послеродовый период  
 (24 часа после родов)

Поздний послеродовый период  
 (от 24 часов после родов до 42 дней)

Алгоритм 5 «Гиповолемический шок»

Доставка в стационар по профилю заболевания

Кровопотеря более 350 мл:  
определение АД, пульсометрия.

Послед отделился

Послед не отделился

Матка плотная

Матка мягкая, расслабленная

Признаки  
 гиповолемического шока

Предупредить ближайший стационар по профилю за-болевания о поступлении тяжелой родильницы

Нет эффекта от наружных приемов – перейти на ручное отделение последа

Есть наружное крово­течение

Нет при-знаков от-деления по-следа более 30 мин.

Нет наружного кровотечения и   
признаков гиповолемического шока

В/в окситоцин 5-10 ЕД в 5% растворе глюкозы, 0,9% раствор натрия хлорида 250-500 мл

Есть признаки отде­ления: при надав­ливании над лоном наружный отрезок пуповины не втяги­вается.

1. Вывести мочу кате­тером;

2. В/в окситоцин 5-10 ЕД в 5% растворе глюкозы, 0,9% раствор натрия хлорида 250-500 мл;

3. Выделить послед наружными приема­ми.

# Алгоритм 66 «Травма половых органов (женщины)»

Локализация травмы

Внутренние половые органы

Алгоритм 5 «Гиповолемический шок»

Доставка в ближайший стационар по профилю заболевания

Признаки наружно­го кро­вотечения

Признаки гиповолемического шока

1. При болевом син-дроме в/в 2 мл 50% раствора метамизола или 1-2 мл 2% раствора триме-перидина, или кето-ролак 10-30 мг.

2. Т-образная повяз-ка на промежность.

Наружные половые органы

Дефект тканей и кровоте­чение

Гематома без кровоте­чения

Признаки внутрен­него кро­вотечения

Нет признаков кровоте­чения

# Алгоритм 67 «Роды»

Срок беременности

Информиро­вать ближайший стационар по профилю о готовности приема тяжелой беременной

При CАД более 140 мм рт. ст., признаках тяже-лого гестоза, преэклам-псии, эклампсии в/в:

– диазепам 1-2 мл 0,5% раствора;

– дроперидол 2 мл 0,25% раствора;

– магния сульфат 25% раствор 10 мл медленно.

Гипертензия у беременных

Доставка в стационар по профилю

Алгоритм 5 «Гиповоле­мический шок»

Признаки гиповоле­мического шока

Экстраге­нитальная патология

Отхождение околоплод­ных вод

Кровоте­чение из родовых путей

Беременность доношенная   
37 недель и более

Родовая деятельность схватки через 10-15΄

Беременность недоношенная   
22-36 недель

II период родов: предлежащая часть плода в полости таза, на тазовом дне, врезывается, прорезывается.

Потуги 1-2 мин через 50-60 секунд:

завершение родов на месте прибытия.

При рождении ребенка наложить два зажима на пуповину на расстоянии 8-10 см и 15-20 см от пупочного кольца. Пуповину пересечь ножницами между зажимами, предварительно обработав место пересечения 5% спиртовым раствором иода.º

III период родов:

- выведение мочи катетером;

- родившийся послед доставить в акушерский стационар;

- определение АД, пульса.

Оказание пособия

1. Головное предлежание:

- выведение головки вне потуги;

- выделение заднего и переднего плечика;

- выведение туловища за подмышечные впадины плода, удалить слизь из носоглотки.

2. Ягодичное предлежание:

- пособие по Цовьянову;

- при выпадении ножек пособие начинают оказывать с момента рождения плода до угла лопаток;

- выведение одноименной рукой медработника ручки плода, всегда освобождают «заднею» ручку у промежности;

- наклонить туловище плода вниз, если передняя ручка не родилась: поворот туловища плода на 180º и выведение «задней» ручки;

- выведение головки плода приемом Мориса-Левре, удалить слизь из носоглотки.

# Алгоритм 68 «Заглоточный абсцесс»

Диагностика: фарингоскопия (выпячивание задней стенки ротоглотки, гиперемия слизистой).

Анамнез и осмотр:

боль при глотании, повышение температуры тела, затруднение дыхания, вынужденное положение головы (у детей до 3-х лет).

Доставка в стационар по профилю заболевания

Заглоточный абсцесс  
без признаков асфиксии

Заглоточный абсцесс  
с признаками асфиксии

Алгоритм 25 «Стеноз гортани»

# Алгоритм 69 «Кровотечение из глотки»

Анамнез

Доставка в стационар по профилю заболевания

Наложить кровоостанавливающий зажим

Тампоном на зажиме с 3% раствором перекиси водорода прижать плотно кровотачащий участок

Кровотечение из сосуда

Кровотечение диффузное

Осмотр глотки

Операция на ЛОР-органах.

Травмы.

Инородные тела.

Опухоли.

# Алгоритм 70 «Перелом костей носа и околоносовых пазух»

При выраженном болевом синдроме метамизол 50% раствор 2 мл в/в или тримеперидин 1% 1 мл п/к (или в/м), кеторолак в/м 10-30 мг.

Остановка носового кровотечения путем передней тампонады с 3% раствором перекиси водорода.

Местно «холод».

При наличии раны наружного носа (лица) промывание 3% перекисью водорода, обработка кожи вокруг раны 5% раствором йода.

Доставка в стационар по профилю основного заболевания

Анамнез и осмотр:

- боль в области носа и околоносовых пазухах;

- кровотечение;

- при пальпации крепитация;

- затруднение носового дыхания;

- деформация наружного носа;

- подкожная эмфизема, гематома.

# Алгоритм 71 «Кровотечение из уха»

Доставка в стационар

Анамнез, осмотр

Алгоритм 39 «Черепно-мозговая травма».

Асептическая повязка на ухо.

Асептическая повязка на ухо

Кровотечение из уха при ЧМТ

Кровотечение из уха без ЧМТ

Доставка в стационар по профилю

# Алгоритм 72 «Ожоги и травмы глаза, века, конъюнктивы»

Анамнез, осмотр

1. Удалить по-верх­ностно рас-пола­гающиеся ино­родные тела.

2. Наложить асепти­ческую повязку.

3. При болевом син­дроме мета-мизол в/в 1-2 мл 50% раствора или кеторолак 10-30 мг в/в (или в/м).

1. Метамизол в/в 1-2 мл 50% раствора или кеторолак 10-30 мг в/в (или в/м).

2. Конъюнктивальную по­лость обильно про-мыть раствором 0,9% хлорида натрия.

3. Инстилляции 0,25% раст­вора прокаина.

4. Наложить асептичес-кую повязку.

Травма глаза, век, конъюнктивы

Ожоги

Рекомендовать срочно обратиться к офтальмологу

Доставка в стационар по профилю основного заболевания

Химический

Электроофтальмия

Инстилляции 2% раствора лидокаина.

Рекомендовать водные примочки.

# Алгоритм 73 «Заболевания глаза, века»

Рекомендовать срочно обратиться   
к офтальмологу

Боль в глазу, сле­зотечение, свето­боязнь, снижение зрения, перикор­неальная инъек­ция, изменение цвета радужки, сужение зрачка, зрачок может иметь неправиль­ную форму

Доставка в стационар по профилю основного заболевания

Пациенту реко­мендовать частые (через каждые 2 ч) инстилляции 20-30% раствора сульфацетамида

Метамизол 50% раствор 1 - 2 мл в/в или кеторолак 10-30 мг в/в (в/м); преднизолон 30 мг или декса­метазон 4 мг в/м.

1. Инстилляции 0,5% раствора прокаина; при выраженных болях метамизол 50% 1-2 мл в/в или кеторолак 10-30 мг в/в (или в/м).

2. Промывание конъюнктивальной по­лости 0,9% раствором хлорида натрия.

Глюкоза 40% раствор по 20 мл в/в; фуросемид 1% 1-2 мл в/м.

1. Фуросемид 1% 2-4 мл в/в.

2. При выраженном бо-левом синдроме – трама-дол 5% - 1 мл или триме-передин 2% - 1 мл в/в или в/м с дифенгидра-мином 1% - 1 мл.

Боль и отек, ги­перемия в облас­ти слезной желе­зы, возможно смещение глаз­ного яблока, ог­раничение его подвижности

абсцесс и флегмона, острый дакриоаденит и дакриоцистит

Анамнез, осмотр

острый иридоциклит

Резкая боль в глазу, тош­нота (иногда рвота), отек век, застойная инъекция глаз­ного яблока, отек ро­го­вицы, зрачок широкий, реакция на свет отсутст­вует, зрение резко сниже­но, глазное яблоко при паль­пации болезненное, твердое

острый приступ глаукомы

Резь в глазах, све­тобоязнь, слезоте­чение, отек век, отек и гиперемия конъюнктивы, слизисто-гнойное или гнойное отде­ляемое

конъюнктивит

Ограниченная припухлость крас­но-фиолетового цвета на склере, чаще с 2 сторон

острый эписклерит (склерит)

острый гнойный кератит   
(язва роговицы)

Светобоязнь, сле­зотечение, боль в глазу, покрасне­ние конъюнктивы вокруг роговицы, инфильтраты ро­говицы, язва рого­вицы

# Алгоритм 74 «Инородное тело верхних дыхательных путей, уха»

Доставка в стационар по профилю основного заболевания

Наиболее часто встре­чающиеся инородные тела: спич­ки, вата, бу­сины, горо­шины и т.д.

Закапать в ухо 2-3 кап­ли вазелино­вого масла

Наличие в ухе живого насекомого

При хорошей видимости захватить инородное тело зажимом (анатомическим пинцетом) и извлечь.

При стенозе 3-4 степени и невозможности удаления инород­ного тела алгоритм 25 «Стеноз гортани».

Инородное тело с признаками удушья

Инородное тело без признаков удушья

Инородное тело глотки, гортани

Ощущение инородного тела, боль при глотании, наличие признаков удушья вплоть до асфиксии, осиплость, судо­рожный кашель, анамнез (указание на попадание инородного тела)

Инородное тело уха

Боль, чувство инородного тела, шум в ухе, снижение слуха, анамнез (указание на наличие попадания инородного тела в ухо)

Анамнез и осмотр

Инородное тело не удалено

Рекомендовать обратиться к оториноларингологу в плановом порядке

В случаях локализации плоского инородного тела в передних отделах носа, хорошо видимого даже без лобного рефлектора, захват его зажи­мом или пинцетом и извлечение (при инородном теле, имеющем бобовидную или шаровидную форму, захватывать его пинцетом или зажимом категорически противопоказано)

Инородное тело не удалено

Инородное тело удалено

Сильное высмаркивание этой половины носа (нельзя рекомендовать втягивание воздуха в себя через нос)

Инородное тело носа

Затруднение дыхания, отделяемое из одной половины носа, при остроконечных инородных тела может быть носовое кровотечение, анамнез (указание на попадание инородного тела в нос)

# Алгоритм 75 «Алкогольный абстинентный синдром»

Примечание.

При наличии малейших подозрений (данные анамнеза) на ЧМТ – доставка в стационар по профилю.

Тремор языка, век, рук; головная боль; бессонница; небольшая артериальная гипертензия; синусовая тахикардия, без патологических изменений ЭКГ

Легкая степень

1. Оценка сознания.

2. АД, ЧСС, ЧДД.

3. ЭКГ.

4. Неврологический осмотр.

Средняя степень

Тяжелая степень

1. Магния сульфат 25% - 5-10 мл в/м. 2. Пропранолол 20-40 мг внутрь.

3. Карбамазепин 400 мг внутрь.

Рекомендовать:

- пероральную регидратацию;

- обратиться к наркологу.

Значительное увеличение ЧСС, снижение тургора кожи, повышение температуры тела, повышенная потливость, нистагм, возможны судорожные припадки, дисметаболические изменения ЭКГ

1. Тиамин до 100 мг, ввести в/венно.

2. Диазепам 10-40 мг в/м (0,5% р-р 2-8 мл) по 2 мл через 30 мин до достижения седации под контролем дыхания и АД.

3. Магния сульфат 5-10 мл 25% раствора в/в капельно в 400 мл 5% раствора глюкозы.  
 4. Пероральная регидратация при отсутствии рвоты, при рвоте – глюкоза 200 мл 5% раствора в/в, растворы электролитов 250 мл в/венно.

Угнетение сознания вплоть до делирия, многократная рвота, снижение на 20% АД от адаптационного, одышка, возможны судорожные припадки, дисметаболические изменения ЭКГ, нарушения ритма

1. Тиамин до 100 мг, ввести в/венно.

2. Диазепам 10-40 мг (0,5% раствор 2-8 мл) в 10 мл 40% раствора глюкозы в/в медленно до до-стижения седации под контролем дыхания и АД.

3. Магния сульфат 5-10 мл 25% раствора в/в капельно в 400 мл 5% раствора глюкозы.

4. Глюкоза 400 мл 5% раствора в/в с 10 мл калия и магния аспартата.

5. Растворы электролитов 250 мл в/венно.

При развитии алкогольного психоза – алгоритм 62. При опасных для жизни нарушениях ритма см. соответсвующие алгоритмы.

При развитии судорожного синдрома см. алгоритм 29 «Судорожный синдром»

Доставка в стационар по профилю основного заболевания

# Алгоритм 76 «Острая задержка мочи»

Анамнез и осмотр:

- мучительные позывы на мочеиспускание;   
- беспокойство пациента, сильные боли в надлобковой области, ощущение распирания внизу живота;   
- тупой звук над лобковой областью при перкуссии.

Примечание.

\* Противопоказания к катетеризации: острый уретрит и эпидидимит (орхит), острый простатит (абсцесс предстательной железы), травма уретры.

Катетеризация   
мочевого пузыря проведена

Затруднение в проведении катетера   
(не более 2 попыток)

Рекомендовать обратиться к урологу в поликлинику

Наличие противопоказаний к катетеризации мочевого пузыря\*.

Отсутствие восстановления самостоятельного мочеиспускания после повторных катетеризаций мочевого пузыря.

Продолжительность острой задержки мочи более 2 суток.

Доставка в стационар по профилю основного заболевания

Катетеризация мочевого пузыря эластическим катетером

Да

Нет

# Алгоритм 77 «Респираторная поддержка»

Положение пациента на боку (при отсутствии противопоказаний) или на спине

Тройной прием Сафара (при отсутствии травмы шейного отдела позвоночника), санация верхних дыхательных путей

Анамнез и осмотр

Установка воздуховода (интубационная трубка, ларингиальная маска, пищеводно-трахеальный обтуратор) с последующей ИВЛ мешком Амбу (подключение аппарата ИВЛ).

Установка воздуховода, ингаляция кислорода (интубация трахеи для вспомогательной вентиляции легких кислородо-воздушной смесью).

Клинические признаки неэффективной спонтанной вентиляции: тахипноэ (более 35 в минуту), брадипноэ (менее 10 в минуту), акроцианоз, апноэ.

Патологические состояния и заболевания: кома, черепно-мозговая травма тяжелой степени, тяжелые травмы грудной клетки, альвеолярный отек легких, шок различного генеза.

Да

Уровень сознания ≤ 8 баллов по шкале Глазго

Нет

Выполнение основного алгоритма, доставка в ОИТАР стационара, минуя приемное отделение

Выполнение основного алгоритма, доставка в стационар

# Алгоритм 78 «Алкогольная интоксикация»

Определяются патологические изменения в психической сфере и поведении, вегето-сосудистой регуляции, имеются ли двигательные нарушения, запах алкоголя изо рта. Определяются пары алкоголя в выдыхаемом воздухе (при ис-пользовании приборов) в концентрации соответствующей алкогольному опьянению (при несоответствии – алгоритм 49).

Незначительные изменения в психостатусе.

Гиперемия кожи и слизистых, усиление потливости.

Тахикардия.

Изменения походки, неустойчивость в позе Ромберга.

Выраженные изменения психостатуса (неадекватность поведения и ориентации).

Усиленная потливость, слюнотечение.

Расширение зрачков.

Тахикардия, учащение дыхания.

Выраженная дизартрия, отчетливые нарушения координации движения.

Выраженные нарушения сознания или его отсутствие (при необходимости использовать алгоритм 27 «Кома неясного генеза»).

Артериальная гипотония. Бледность кожи, потливость.

Слабая реакция зрачков на свет. Тяжелые двигательные нарушения (неспособность самостоятельно стоять).

При отсутствии выраженных клинических проявлений, но наличия в анамнезе употребления значительного количества алкоголя (до 2 часов с момента употребления).

При отсутствии признаков трав­мы, пациент оставляется дома, в общественных местах пере­дается сотрудникам органов внутренних дел.

Обеспечение проходимости верхних дыхательных путей.

Контроль вены. Инфузионная терапия – 250-500 мл раство-ра натрия хлорида или 5% раствора глюкозы в/вено.

Симптоматическая терапия.

При необходимости налоксон 1-2 мл 0,5% раствора в/вено.

Легкая степень

Средняя степень

Тяжелая степень

Доставка в стационар по профилю основного заболевания

Симптоматическая терапия

Доставка в стационар по профилю основного заболевания в положении на боку

82

ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ В ПЕРЕЧНЕ АЛГОРИТМОВ ТЕРМИНЫ, ОПРЕДЕЛЕНИЯ, СОКРАЩЕНИЯ

АВСD – последовательный осмотр пациента

АГ – артериальная гипертензия

АД – артериальное давление

БСК – болезни системы кровообращения

в/в – внутривенно

ВДП – верхние дыхательные пути

ВИВЛ – витальная искусственная вентиляция легких

в/м – внутримышечно

ДАД - диастолическое артериальное давление

ДТП – дорожно-транспортное происшествие

ЖКБ – желчнокаменная болезнь

ЖТ – желудочковая тахикардия

ИБС – ишемическая болезнь сердца

ИВЛ – искусственная вентиляция легких

ИМ – инфаркт миокарда

МА – мерцательная аритмия

МКБ – мочекаменная болезнь

МЧС – Министерство по чрезвычайным ситуациям

ОДН – острая дыхательная недостаточность

ОИМ – острый инфаркт миокарда

ОИТАР – отделение интенсивной терапии анестезии и реанимации

ОКИ – острая кишечная инфекция

ОКС – острый коронарный синдром,

ОЛЖН – острая левожелудочковая недостаточность

ОНМК – острое нарушение мозгового кровообращения

ОЦК – объем циркулирующей крови

ПБЛНПГ – полная блокада левой ножки пучка Гиса

п/к – подкожно

САД – систолическое артериальное давление

СЛР – сердечная и легочная стимуляция

СМП – скорая медицинская помощь

СНМП – скорая неотложная медицинская помощь

ТЛТ – тромболитическая терапия

ТЭЛА – тромбоэмболия легочной артерии,

ФЖ – фибрилляция желудочков

ХРБС – хроническая ревматическая болезнь сердца

ЦНС – центральная нервная система

ЧДД – частота сердечных сокращений

ЧМТ – черепно-мозговая травма

ЧСС – частота сердечных сокращений

ЭКГ – электрокардиограмма

ЭКС – электрокардиостимуляция

ЭМД – электромеханическая диссоциация

≥ - больше или равно

< - меньше или равно

# 