

Содержание

Список сокращений	6
ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ	8
СТАНДАРТНЫЕ ДЕЙСТВИЯ ВРАЧА (ФЕЛЬДШЕРА) СМП ПРИ ОКАЗАНИИ БОЛЬНОМУ (ПОСТРАДАВШЕМУ) ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	12
Раздел 1. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ ОКАЗАНИЯ СКОРОЙ И НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	14
Акушерство и гинекология	14
Аллергология	28
Инфекционные и паразитарные болезни	31
Кардиология	71
Неврология	95
Психиатрия и наркология	103
Реанимация и интенсивная терапия	114
Терапия	146
Токсикология	160
Травматология	184
Оториноларингология	211
Офтальмология	221
Урология	224
Хирургия	235
Раздел 2. ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА, ПРИМЕНЯЕМЫЕ ПРИ ОКАЗАНИИ СКОРОЙ И НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ	252
Адсорбирующие средства	254
Аналептические средства и стимуляторы ЦНС	257
Анальгетики	260
Антиангинальные средства	277
Антиаритмические средства	281
Антибактериальные препараты системного действия	295

Антигипоксанты	298
Антигистаминные препараты	300
Антисептические средства	304
Антихолинергические средства	307
Вазопрессорные и инотропные средства	309
Витамины	321
Гипотензивные средства	324
Глюкокортикостероиды	340
Дезинтоксикационные средства и антидоты	347
Диуретики	354
Инфузионные средства	356
Местные анестетики	372
Миорелаксанты	374
Нейролептики	375
Противоастматические средства	381
Противорвотные средства	389
Противоэпилептические средства	391
Сердечные гликозиды	392
Спазмолитические средства миотропного действия	396
Средства, влияющие на мускулатуру матки	400
Средства, влияющие на систему свертывания крови	402
Антиагреганты	404
Средства, влияющие на ЦНС	420
Средства для наркоза	421
Средства коррекции метаболических процессов	431
Транквилизаторы	437
Раздел 3. ПРИЛОЖЕНИЯ	445
Роды вне стационара	445
Инкубационный период некоторых инфекционных заболеваний	470
Принципы жаропонижающей терапии при лихорадке	471
Сроки появления экзантем при инфекционных заболеваниях	473
Методика зондового промывания желудка	474
Объемы жидкости для зондового промывания желудка	477
Техника катетеризации мочевого пузыря у мужчин	478

Методика вправления вывиха плеча по Моту	480
Методика наложения артериального кровоостанавливающего жгута	482
Принципы транспортной иммобилизации	484
Методика наложения окклюзионной повязки на грудную клетку	492
Организация работы СМП в условиях ЧС	494
Организация работы службы СМП по медицинскому обеспечению культурно-массовых, спортивных и иных мероприятий	499
Организация межгоспитальных транспортировок больных и пострадавших в критическом состоянии	506
Правила недобровольной госпитализации лиц, страдающих психическими расстройствами, бригадой СМП	511
Перечень основных показаний для экстренной госпитализации больных и пострадавших	515
Оформление карты вызова скорой медицинской помощи ...	535
Предметный указатель лекарственных средств	550
Латинские названия и дозировка лекарственных средств, используемых на этапе СМП	556
Литература	559

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АСК	—	ацетилсалициловая кислота
АТФ	—	аденозин трифосфат
АШ	—	анафилактический шок
БА	—	бронхиальная астма
β-АБ	—	β-адреноблокаторы
ВВЛ	—	вспомогательная вентиляция легких
ВДП	—	верхние дыхательные пути
ГК	—	гипертонический криз
ГКС	—	глюкокортикостероиды
ГШ	—	геморрагический шок
ДН	—	дыхательная недостаточность
ДФ	—	дефибриляция
ДШ	—	дегидратационный шок
ЖВФ	—	жизненно важные функции
ЖКТ	—	желудочно-кишечный тракт
ЖКК	—	желудочно-кишечное кровотечение
ЖЭ	—	желудочковая экстрасистолия
ЗМС	—	закрытый массаж сердца
ИВЛ	—	искусственная вентиляция легких
иГКС	—	ингаляционные глюкокортикостероиды
ИМ	—	инфаркт миокарда
КШ	—	кардиогенный шок
КС	—	клиническая смерть
ЛПУ	—	лечебно-профилактическое учреждение
МЭС	—	Морганьи-Эдамса-Стокса синдром

НК	—	недостаточность кровообращения
НПВС	—	нестероидные противовоспалительные средства
ОДН	—	острая дыхательная недостаточность
ОКС	—	острый коронарный синдром
ОКН	—	острая кишечная инфекция
ОЛЖН	—	острая левожелудочковая недостаточность
ОНМК	—	острое нарушение мозгового кровообращения
ОНСК	—	острое нарушение спинального кровообращения
ОПН	—	острая почечная недостаточность
ОССН	—	острая сердечно-сосудистая недостаточность
ОЦК	—	объем циркулирующей крови
ПБЛНПГ	—	полная блокада левой ножки пучка Гиса
СГБ	—	синдром Гийена-Барре
СГМ	—	сотрясение головного мозга
СЛР	—	сердечно-легочная реанимация
СМП	—	скорая медицинская помощь
СШ	—	септический шок
ТЭЛА	—	тромбоэмболия легочной артерии
УГМ	—	ушиб головного мозга
ФЖ	—	фибриляция желудочков
ФОС	—	фосфорорганические соединения
ЦНС	—	центральная нервная система
ЧД	—	частота дыхания
ЧМТ	—	черепно-мозговая травма
ТЛТ	—	тромболитическая терапия
ТЭЛА	—	тромбоэмболия легочной артерии
ЦМК	—	центр медицины катастроф
ЧС	—	чрезвычайная ситуация
ЧСС	—	частота сердечных сокращений
ЭИТ	—	электроимпульсная терапия
ЭКС	—	электрокардиостимуляция

ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Если Вы каждый раз будете следовать определенному алгоритму, то Вам не придется задумываться над последовательностью действий!

1. Клинические протоколы определяют объем своевременных, последовательных и минимально достаточных лечебных мероприятий. Отступление от соответствующего клинического протокола должно быть обосновано в карте вызова. Например, не применен β -адреноблокатор у больного ОКС, т.к. в анамнезе у больного бронхиальная астма.

2. Соблюдение последовательности оказания экстренной медицинской помощи является обязательным.

3. При применении лекарственных препаратов следует строго придерживаться принципа необходимого минимума — если без данного препарата при оказании помощи можно обойтись, то без него следует обойтись.

4. Указанные для примера торговые названия лекарственных препаратов могут меняться в зависимости от поставок торговыми организациями.

5. Лекарственные препараты вводят внутривенно только в разведении. Исключения составляют диазепам (реланиум, сибазон, седуксен) и трифосаденин (АТФ).

6. Оказание помощи больному при любой коме начинают с проведения базовых мероприятий:

— восстановление проходимости ВДП;

- оценка самостоятельного дыхания и восстановление адекватной вентиляции легких;

- предупреждение повреждения спинного мозга в шейном отделе (при невозможности исключить травму позвоночника);

- обеспечение надежного венозного доступа;

- купирование судорожного синдрома;

- купирование рвоты;

- оценка гемодинамики и ее стабилизация;

- нормализация температуры тела.

7. Во всех случаях инфаркта миокарда нижней локализации необходима регистрация правых грудных отведений ЭКГ.

8. На этапе СМП с целью купирования нарушения сердечного ритма допустимо применять не более одного антиаритмического препарата. Исключение составляет пароксизм наджелудочковой тахикардии — если пароксизм не купирован внутривенным введением трифосаденина (АТФ), через 5 минут возможно введение другого антиаритмического препарата.

9. При купировании на этапе СМП пароксизмальных нарушений сердечного ритма у лиц с хронической алкогольной интоксикацией дезинтоксикационная и метаболическая терапия (внутривенное введение тиамина, натрия тиосульфата, калия-магния аспарагината, реамберина), коррекция гипогликемии (при ее наличии) должны предшествовать введению антиаритмических препаратов.

10. При купировании на этапе СМП пароксизмальных нарушений сердечного ритма у беременных парентеральное введение калия-магния аспарагината должно предшествовать введению антиаритмических средств.

11. При сочетании ЧМТ с тяжелой скелетной травмой (переломы трубчатых костей, костей таза или ребер) препа-

ратом выбора для купирования болевого синдрома является фентанил.

12. При наличии у больного в анамнезе заболеваний, при которых противопоказано применение НПВС (язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, бронхиальная астма, ХОБЛ и др.), препаратами выбора для купирования выраженного болевого синдрома являются трамадол (трамал) или фентанил.

13. Перед началом транспортировки в стационар больного с тяжелым шоком, после успешной СЛР, некупированным судорожным синдромом или некупированным отеком легких — предупредить приемное отделение о госпитализации такого больного.

14. Инфузионную терапию, начатую бригадой СМП на месте вызова, необходимо продолжать в течение всего догоспитального этапа.

15. Отказ пациента от оказания медицинской помощи или транспортировки в соответствующее лечебное учреждение оформляется записью в карте вызова и подписывается пациентом либо его родственниками (если это касается ребенка, то родителями, попечителями или опекунами), а также медицинским работником.

16. При оказании экстренной медицинской помощи всегда помнить о собственной безопасности и учитывать возможность воздействия внешних факторов: травматических (например, электрического тока или при оказании помощи пострадавшим в ДТП — движение транспорта), токсических (например, оказание помощи пострадавшим на пожаре) и эпидемиологических (например, контакт с кровью больных гепатитом или ВИЧ-инфекцией).

17. Часто встречающиеся ошибки при оказании экстренной помощи психическим и наркологическим больным:

– оставление больного без надлежащего наблюдения и контроля за его поведением;



- недооценка опасности психомоторного возбуждения для самого больного и окружающих (в том числе непривлечение помощи сотрудников полиции);

- пренебрежение методами физического удержания;

- уверенность в необходимости только внутривенного введения психотропных средств, исключая внутримышечный и пероральный пути;

- неиспользование корректоров (например, циклодола) при введении нейролептиков, способных вызывать побочные экстрапирамидные расстройства.

18. Не следует заходить к пациенту впереди встречающего (если такой присутствует), поскольку заранее неизвестна обстановка на вызове. Не исключены ситуации, когда встречающий умалчивает о возможной агрессии со стороны пациента. Помимо людей на вызове могут находиться животные (например, собаки). Об этом надо помнить всегда, особенно при вызове к психически больному. При использовании методов физической фиксации находящаяся рядом с психически больным человеком собака всегда будет защищать своего хозяина.

19. При оформлении медицинской документации отражать все факты, которые могут сыграть роль в организации лечебно-диагностических мероприятий в стационаре (эпидемиологический анамнез, обстоятельства несчастного случая; объем, последовательность медицинской помощи и ее эффективность; личная передача пациента врачу следующего этапа).

СТАНДАРТНЫЕ ДЕЙСТВИЯ ВРАЧА (ФЕЛЬДШЕРА) СМП ПРИ ОКАЗАНИИ БОЛЬНОМУ (ПОСТРАДАВШЕМУ) ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

1. Оценить степень опасности для жизни больного (пострадавшего) развившегося (развивающегося) состояния, для этого:

1.1. Определить степень тяжести состояния пациента:

– агональное – декомпенсация двух и более или отсутствие (требующее протезирования) какой-либо одной из ЖВФ организма;

– тяжелое – субкомпенсация двух и более или декомпенсация какой-либо одной из ЖВФ организма;

– средней тяжести – субкомпенсация какой-либо одной из ЖВФ организма;

– удовлетворительное – полная компенсация всех ЖВФ организма.

1.2. Определить необходимость проведения СЛР.

2. Определить первоочередность действий при оказании помощи и в обследовании пациента.

3. Создать условия для эффективного оказания экстренной медицинской помощи пациенту:

– обеспечить восстановление ЖВФ (очистка полости рта, введение воздуховода, ингаляция кислорода под контролем насыщения крови кислородом, остановка наружного кровотечения, обеспечение надежного венозного доступа, при необходимости купирование судорог и коррекция АД);

– собрать ближайший анамнез (если возможно, у больного или у окружающих, видевших развитие неотложного состояния и послужившего поводом для вызова СМП);

– провести объективное обследование пациента по общепринятой методике: осмотр, пальпация, аускультация;

– провести необходимые лабораторные и инструментальные исследования (термометрия, оксигенация крови, глюкометрия, ЭКГ);

– по показаниям обеспечить мониторинг АД, ЧСС, оксигенации крови, ЭКГ;

– оказать необходимую медицинскую помощь (см. далее протоколы оказания экстренной медицинской помощи).

4. Оформить соответствующую медицинскую документацию.

Раздел 1. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ ОКАЗАНИЯ СКОРОЙ И НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Акушерство и гинекология

Медицинская помощь	Предполагаемый результат	Тактика
1	2	3
Рвота беременных (O21.0–O21.9)		
<p>Рвота беременных — состояние, сопровождающееся возникновением повторных приступов рвоты во время беременности, что приводит к гиповолемии, электролитному дисбалансу, нарушению кислотно-основного состояния, дефициту питательных веществ и потере веса беременной.</p> <p>Рвота возникает примерно у 85–90% беременных, но в лечении нуждаются не более 8–10% из них. При нормально протекающей беременности рвота не превышает 2–3 раз в сутки, а уменьшение массы тела вследствие рвоты не превышает 2,2 кг.</p> <p>В зависимости от выраженности рвоты различают три степени тяжести: легкая (до 5 раз в сутки); средняя (5–10 раз в сутки); тяжелая (более 10 раз в сутки).</p>		
<p>Рвота легкой степени: медикаментозная терапия на этапе СМП не проводится.</p> <p>Рвота средней степени: метоклопрамид (церукал) 0,5% 2 мл в/м или дифенгидрамин (димедрол) 1% 1 мл в/м.</p> <p>Рвота тяжелой степени: — обеспечить надежный венозный доступ; — метоклопрамид (церукал) 0,5% 2 мл в/м;</p>	<p>Уменьшение тошноты и рвоты. При рвоте тяжелой степени уменьшение обезвоживания и метаболических нарушений.</p>	<p>При рвоте легкой степени госпитализация не требуется. Лечение рвоты средней степени может проводиться как амбулаторно, так и в стационаре</p>

<p>— инфузионная терапия кристаллоидными растворами: раствор Рингера (или его модификации) 400 мл и/или реамберин 1,5% 400 мл и/или глюкоза 5% 400 мл; — аскорбиновая кислота (вит. С) 5% 5 мл в/в, тиамин хлорид (вит. В₁) 5% 2 мл в/в.</p>		<p>(вопрос госпитализации решается индивидуально). Больные с рвотой тяжелой степени подлежат госпитализации на носилках. При отказе — актив в ЛПУ.</p>
<p>Гестоз: преэклампсия и эклампсия (O14.0–O15.9)</p>		
<p>Гестоз — синдром полиорганной недостаточности, патогенетически связанный с беременностью, характеризующийся генерализованным сосудистым спазмом и нарушением кровообращения в жизненно важных органах и плаценте.</p> <p>Опорные диагностические симптомы гестоза (триада Цангемейстера): отеки, артериальная гипертензия (необходимо учитывать АД при постановке на учет), протеинурия (по данным из обменной карты).</p>		
<p>Обычно преэклампсия развивается при АД более 170/100 мм рт. ст. На этом уровне АД развивается отек головного мозга, который приводит к эклампсии (развитию приступа генерализованных судорог или комы). Опорные диагностические признаки тяжелой преэклампсии: срок беременности более 20 недель, наличие триады Цангемейстера, симптомы гипертонической энцефалопатии (головная боль, головокружение, общая слабость, нарушение зрения, «мелькание мушек перед глазами», тошнота, рвота, сонливость или возбуждение). Опорный диагностический признак эклампсии — развитие приступа судорог или комы, не имеющих отношения к другой патологии (эпилепсия, ЧМТ, инсульт и др.) у беременных, рожениц и родильниц (в течение 7 суток после родов) с преэклампсией.</p>		
<p>В период преэклампсии: 1. Ингаляция закиси азота (в соотношении с кислородом 1:1) с целью анальгезии и наступления медикаментозного</p>	<p>Предупреждение/ купирование приступа судорог,</p>	<p>Ошибки при оказании помощи: — попытка ингаляции</p>

