

ОТМОРОЖЕНИЯ

1. Определение.

Отморожение - местные (локальные) повреждения тканей организма при воздействии низких температур.

2. Основные диагностические признаки:

В скрытый период (период гипотермии): кожа бледная или мраморная, может быть чувство онемения, местная гипотермия.

В реактивный период (после согревания): боль, отечность, могут возникать видимые повреждения.

3. Причины.

- Наибольшее значение имеет воздействие холода и фактор времени.
- Предрасполагающие факторы: тесная обувь, влажность, холодный ветер, гипоксия.

4. Диагностика

Организационная основа действий по диагностике отморожения

Этапы действия	Средства действия (ориентировочные признаки)	Критерии для самоконтроля (диагностические признаки)
ДОГОСПИТАЛЬНЫЙ ЭТАП		
1. Оценка жалоб больного и анамнеза заболевания	Вербальные (опрос), при невозможности - опрос родственников. Выяснить время пребывания на холоде, уточнить факт употребления алкоголя.	Учтите, что для развития отморожения важны не только температура и время экспозиции, но и ветер, и влажность воздуха.
2. Осмотр пострадавшего.	Физикальные методы. Проведите: - общий осмотр, определение частоты пульса, ЧД, АД. - осмотр пострадавших участков.	По тяжести различают: 1 степень - непродолжительная тканевая гипотермия, нет некроза, кожа становится синюшной или мраморной: при согревании отечная, багровая, зуд, покалывание. 2 степень - границы омертвения в самых верхних зонах сосочкового эпителиального слоя. Образуются пузыри и значительный отек. 3 степень - гибель всех элементов кожи, образуются пузыри заполненные геморрагическим экссудатом. 4 степень - некроз костей и суставов, мумификация или влажная гангрена с отторжением.
<p>♦ Глубина и степень отморожения при наличии некроза могут быть определены с достаточной точностью лишь к 4 - 5 дню, а иногда лишь на 14-16 день. Обязательной госпитализации в хирургические стационары подлежат больные с признаками некроза (т.е. начиная со 2 степени отморожения).</p>		
ГОСПИТАЛЬНЫЙ ЭТАП		
1. Оценка общего состояния больного, жалоб, анамнеза заболевания	Уточните жалобы больного, определите частоту пульса, ЧД, АД, проведите аускультацию сердца, легких, пальпацию живота. Проведите осмотр пострадавших участков.	Уточните локализацию и площадь отморожений. Установите предварительно степень отморожения (при наличии некроза достоверно степень отморожения устанавливается на 4-5 день).

я, осмотр.		
2. Формулирование диагноза.	Клиническое мышление. В диагнозе укажите: - Предполагаемую глубину. - Площадь. - Локализацию.	Согласно МКБ-10: X31- .
4. Оформление необходимой документации	История болезни	Повторные осмотры с возможным уточнением диагноза.

5. Неотложная помощь и лечение

ООД по неотложной помощи и лечению отморожения

Цели лечения и последовательность действий	Мероприятия неотложной помощи (средства действия)	Критерии эффективности лечения и самоконтроля действий
ДОГОСПИТАЛЬНЫЙ ЭТАП		
1. Согревание.	Поместить пострадавшего в теплое помещение. Обеспечить согревание пораженных участков грелками, пластиковыми мешками с теплой водой. Запрещено растирать снегом!	Переход отморожения из скрытого в реактивный период.
2. Профилактика инфицирования.	Наложение на отмороженные участки сухих асептических повязок	Отмороженные участки закрыты повязками.
ГОСПИТАЛЬНЫЙ ЭТАП		
1. Организационные мероприятия.	Госпитализация при наличии показаний в хирургическое отделение.	Лечение отморожений 2 степени и тяжелее.
2. Адекватное обезболивание.	Трамадол 1-2 мг/кг или 50% раствор анальгина 0,3-0,5 мг/кг с диазепамом 0,2-0,3 мг/кг внутримышечно или промедол 0,01 мг/кг внутривенно с диазепамом. Обезболивание детей старше 12 лет - кеторол 15-30 мг (0,5-1 мл) внутримышечно.	Уменьшение болевого синдрома.
3. Хирургическое лечение после установления окончательного диагноза.	При 2 степени – сухие/мазевые повязки. При 3 степени – после вскрытия пузырей – аутодермопластика. При 4 степени – решение вопроса об ампутации поврежденных участков тела.	Профилактика инфицирования. Профилактика рубцевания. Профилактика прогрессирования гангрены.

ЭЛЕКТРОТРАВМА

1. Определение.

Электротравма - поражение организма при воздействии электрического тока.

2. Основные диагностические признаки:

Анамнестические данные.

«Метки тока» - электроожоги в месте входа и выхода тока, где ткани непосредственно соприкасались с его источником.

3. Причины.

- при непосредственном контакте с проводником электротока,
- через электродугу,
- от «липового напряжения», возникающего при соприкосновении участков тела с землей вблизи лежащего на грунте оголенного электропровода,
- поражение атмосферным электричеством.

4. Диагностика

Организационная основа действий по диагностике электротравмы

Этапы действия	Средства действия (ориентировочные признаки)	Критерии для самоконтроля (диагностические признаки)
ДОГОСПИТАЛЬНЫЙ ЭТАП		
1. Оценка жалоб больного и анамнеза заболевания	Вербальные (опрос), при невозможности - опрос родственников. Выяснить длительность воздействия электротока, давность воздействия, примерные характеристики источника тока.	Поражающее действие электротока зависит от физических характеристик (силы, напряжения и частоты), условий контакта и состояния организма
2. Осмотр пострадавшего.	Физикальные методы. Проведите: - оценку общего состояния; - общий осмотр, определение частоты пульса, ЧД, АД; - осмотр пострадавших участков.	Различают четыре степени тяжести общих изменений при электротравме: I степень - кратковременные судорожные сокращения мышц без потери сознания; II степень - судороги с потерей сознания при сохраненном дыхании и сердечной деятельности; III степень - потеря сознания, нарушения дыхания и сердечной деятельности; IV степень - молниеносная смерть. Местные изменения (электрические ожоги) также бывают 4 степеней, соответствующих таковым у термических ожогов.
♦ Все больные с электротравмой подлежат обязательной госпитализации в реанимационное отделение для интенсивного наблюдения (возможны отсроченные нарушения ритма сердца).		
ГОСПИТАЛЬНЫЙ ЭТАП		
1. Оценка общего состояния больного, жалоб, анамнеза заболевания	Уточните жалобы больного, определите частоту пульса, ЧД, АД, проведите аускультацию сердца, легких, пальпацию живота. Проведите осмотр пострадавших участков.	Уточните локализацию, площадь и степень электроожогов. Уточните степень общих изменений при электротравме.

я, осмотр.		
2. Дополнительные методы.	Лабораторные методы. Проведите: - анализ крови общий, биохимический (общий белок, АСТ, АЛТ, амилаза, прямой билирубин, К, Na), Инструментальные методы. - аппаратное мониторирование ЭКГ	Возможны нарушения водно-электролитного обмена. Возможны отсроченные нарушения ритма сердца в виде фибрилляции желудочков.
3. Формулирование диагноза.	Клиническое мышление. В диагнозе укажите: - Степень общих изменений - Предполагаемую глубину, площадь и локализацию электроожогов.	Согласно МКБ-10: W85 - W87.
4. Оформление необходимой документации	История болезни Карта реанимационного больного	Повторные осмотры с возможным уточнением диагноза.

5. Неотложная помощь и лечение

ООД по неотложной помощи и лечению электротравмы

Цели лечения и последовательность действий	Мероприятия неотложной помощи (средства действия)	Критерии эффективности лечения и самоконтроля действий
ДОГОСПИТАЛЬНЫЙ ЭТАП		
1. Прекратить действие повреждающего фактора.	Освободить пострадавшего от воздействия электрического тока, соблюдая правила личной безопасности	Прекращение воздействия электрического тока на пострадавшего.
2. СЛР (по показаниям).	Сердечно-легочная реанимация обычным способом.	Восстановление спонтанного сердцебиения и дыхания..
3. Адекватная анальгезия.	Промедол 0,01 мг/кг внутривенно с диазепамом.	Уменьшение болевого синдрома.
4. Профилактика инфицирования.	Наложение на электроожоги сухих асептических повязок	Электроожоги закрыты повязками.
ГОСПИТАЛЬНЫЙ ЭТАП		
1. Организационные мероприятия.	Обязательная госпитализация в отделение реанимации и интенсивной терапии.	Для интенсивного наблюдения.
2. Интенсивное наблюдение.	Аппаратное мониторирование ЧСС.	Ранняя диагностика фибрилляции желудочков.
3. Адекватная анальгезия.	Промедол 0,01 мг/кг внутривенно с диазепамом.	Уменьшение болевого синдрома.
4. Инфузионная терапия (по показаниям).	Кристаллоиды (р-р Рингера), коллоиды (ГЭК), натрия гидрокарбонат.	Стабилизация гемодинамики, нормализация КЩС и водноэлектролитного баланса.
5. Оксигенотерапия	Ингаляция увлажненного	Профилактика и лечение гипоксии.

(по показаниям).	кислорода через носовой катетер	
6. Дегидратационная терапия (по показаниям).	Лазикс в возрастных дозировках (после стабилизации гемодинамики)	Профилактика отека мозга.
7. Хирургическое лечение после перевода из ОРИТ.	При глубоких электроожогах – ранняя некрэктомия с последующей аутодермопластикой.	Профилактика рубцевания.

ОЖОГИ ПИЩЕВОДА

1. Определение.

Ожоги пищевода - это повреждение слизистой пищевода и глотки при попадании в них едких химических веществ (концентрированных кислот и щелочей) при случайном или преднамеренном приеме внутрь. Кроме химических, наиболее тяжелых и угрожающих для жизни больного, ожоги пищевода могут быть термическими (при проглатывании жидкой горячей пищи, при воздействии горячего воздуха, газа или пара), лучевыми и электрическими.

2. Основные диагностические признаки:

- данные анамнеза (факт приема химического вещества) и осмотра места происшествия (упаковки от химикатов, остатки жидкости, посуда и др.);
- местные изменения - химические ожоги кожи лица, губ, шеи, слизистых полости рта, языка, глотки;
- болевой синдром (боли во рту, при глотании, по ходу пищевода и в подложечной области);
- рвота с примесью слизи и крови, специфический запах рвотных масс;
- пищеводно-желудочные кровотечения;
- острая дыхательная недостаточность;
- экзотоксический шок (у детей – крайне редко);
- резорбтивное действие яда (гемолиз, острая точечная и печеночная недостаточность).

3. Причины ожогов пищевода.

Ожоги пищевода возникают при случайном (в быту) или преднамеренном (с целью суицида) попадании в желудочно-кишечный тракт прижигающих ядов, таких как едкий натр, нашатырный спирт, концентрированные растворы кислот (серная, соляная, уксусная). Развитие клинической симптоматики связано с коагуляционным (свертывание белков на поверхности и в глубоком мышечном слое) или колликвационным (разжижение и лизис тканей) некрозом. Коагуляционный некроз возникает вследствие воздействия на слизистую оболочку крепких кислот, колликвационный - в результате действия щелочей. В случае наличия глубокого ожога пищевода и отсутствии адекватного лечения развивается рубцовое сужение пищевода. Также глубокие ожоги пищевода могут осложняться его перфорацией.

4. Диагностика ожогов пищевода

Организационная основа действий по диагностике ожогов пищевода

Этапы действия	Средства действия (ориентировочные признаки)	Критерии для самоконтроля (диагностические признаки)
ДОГОСПИТАЛЬНЫЙ ЭТАП		
1. Оценка общего состояния больного.	Визуальные (осмотр). Проведите осмотр места происшествия. Оцените: - состояние кожных покровов лица, слизистой ротовой полости, наличие диспепсических явлений (тошнота, рвота, жидкий стул), специфического запаха; - общее состояние больного;	Сбор вещественных доказательств: упаковки от химикатов, остатки жидкости, посуда и т.д. Наличие следов от химического вещества на лице, одежде, посуде; ожоги кожи лица, слизистой ротовой полости различной степени выраженности и цвета, нередко рвота с примесью слизи и крови, специфический запах химиката. Удовлетворительное (при легких ожогах); средней степени, тяжелое.

	- состояние ВДП.	Одышка, цианоз, осиплость голоса вследствие отека гортани, ожога дыхательных путей, в тяжелых случаях - асфиксия.
2. Оценка жалоб больного и анамнеза заболевания	Вербальные (опрос), при невозможности - опрос родственников и свидетелей происшествия. Выясните: причину отравления, вид токсического вещества, путь его поступления в организм, время отравления, концентрацию вещества в растворе; интенсивность болевого синдрома, наличие рвоты, жидкого стула, затруднения дыхания.	Сведения о неустойчивом психическом состоянии пострадавшего, предыдущие попытки суицидов, наркотическая зависимость, алкоголизация. По результатам осмотра больного и места происшествия. Сильное жжение и боль в полости рта, глотке, за грудиной - возникают сразу после приема едкого вещества; боли при глотании, по ходу пищевода, иногда в эпигастрии с напряжением мышц пресса. Повторная рвота со специфическим запахом, возможно с примесью крови и слизи. Возможно нарушение дыхания вследствие механической асфиксии, ожога дыхательных путей, отека гортани с резкой одышкой, цианозом. осиплостью голоса.
<ul style="list-style-type: none"> • Осмотр и опрос больного проводится в условиях ограниченного времени и требует четкой формулировки вопросов и последовательности действий. При выявлении признаков отравления необходимо незамедлительно начать мероприятия неотложной помощи на месте происшествия до прибытия бригады СМП. 		
3. Осмотр пострадавшего.	Физикальные методы. Проведите: - общий осмотр, определение частоты пульса, ЧД, АД, пальпацию живота, аускультацию сердца и легких.	Физикальные данные позволяют оценить тяжесть состояния больного, степень ожогов, дыхательной недостаточности), выраженность болевого синдрома (болезненность при пальпации живота, напряжение мышц пресса).
<ul style="list-style-type: none"> ♦ После проведения мероприятий неотложной помощи на месте больной должен быть госпитализирован в специализированный стационар или реанимационное отделение. Результаты осмотра места происшествия и пробы передаются врачу СМП. 		
ГОСПИТАЛЬНЫЙ ЭТАП		
1. Оценка общего состояния больного, жалоб, анамнеза заболевания, осмотр.	Уточните жалобы больного, определите частоту пульса, ЧД, АД, проведите аускультацию сердца, легких, пальпацию живота.	Сильные боли при глотании, в эпигастрии, ожоги слизистых полости рта, глотки, пищевода.
2. Дополнительные методы.	Лабораторные методы. Проведите: - анализ крови общий, биохимический (общий белок, АСТ, АЛТ, амилаза, прямой билирубин, К, Na),	Возможны признаки анемии, наличие свободного гемоглобина в плазме крови и в моче,

	Инструментальные методы. - ФЭГДС проводят на 3-4 день, крайне осторожно	Эндоскопически ожоги пищевода разделяют на: легкий ожог - гиперемия и отек слизистой, наличие слизи и жидкости; средней степени - множественные эрозии, пузыри, налеты фибрина на фоне гиперемированной и отечной слизистой; тяжелый - множественные кровоизлияния и очаги некроза.
3. Формулирование диагноза.	Клиническое мышление. В диагнозе укажите: - вид токсического вещества, дату, распространенность ожога; - степень тяжести отравления; - осложнения.	Согласно МКБ-10 - Химический ожог рта и глотки T28.5, пищевода T28.6.
4. Оформление необходимой документации	Приказ № 160 МЗ РФ от 29.12.00. «Об утверждении учетной документации токсикологического мониторинга»	В каждом случае должно подаваться «Экстренное извещение о случае острого отравления химической этиологии» Госсанэпиднадзора.

5. Неотложная помощь и лечение ожогов пищевода

ООД по неотложной помощи и лечению при ожогах пищевода

Цели лечения и последовательность действий	Мероприятия неотложной помощи (средства действия)	Критерии эффективности лечения и самоконтроля действий
ДОГОСПИТАЛЬНЫЙ ЭТАП		
1. Предупреждение дальнейшего всасывания яда	Промывание желудка: проводится водой через толстый зонд, смазанный вазелиновым или подсолнечным маслом, температура воды 18-20°C. Перед промыванием необходимо ввести п/к промедол, папаверин, атропин в возрастных дозировках	Промывание желудка должно осуществляться на догоспитальном этапе (на месте происшествия), наиболее эффективно оно в течение первых 6 ч с момента отравления, а по прошествии 12 ч- уже практически нецелесообразно. Наличие крови в промывных водах не является противопоказанием продолжению процедуры
<ul style="list-style-type: none"> • Нельзя пытаться вызвать рвоту «пальцевым» способом, т. к. возможно усиление ожога и аспирация рвотных масс с развитием нарушения дыхания. • Противопоказано введение солевых слабительных. • Недопустимо применение р-ра бикарбоната натрия для промывания желудка можно использовать жженую магнезию или альмагель внутрь перед промыванием желудка. 		
2. Купирование болевого синдрома.	Наркотические анальгетики: - промедол	Уменьшение болевого синдрома, профилактика шока.
3. Противошоковая терапия.	Горизонтальное положение больного с приподнятыми ногами. В/в инфузия 15 мл/кг р-ра Рингера, 5 мл/кг	Повышение АД, адекватный диурез. Для улучшения почечного кровотока.

	ГЭК/полиглюкин	
4. Лечение респираторных нарушений, профилактика асфиксии.	Удобное положение головы, очистить ротовую полость, устранить западение языка, возможно использование языко-держателя. Ввести гидрокортизон 5 м 2,5% р-ра в/м. При отеке гортани ингаляции аэрозолей (или коникотомия).	Восстановление проходимости дыхательных путей, самостоятельное дыхание, устранение гипоксии. При неэффективности консервативных мероприятий
5. Организационные мероприятия.	Вызов специализированной бригады СМП и передача всей необходимой информации о характере ожога и догоспитальной помощи.	Срочная госпитализация в специализированный ожоговый, токсикологический центр или ПИТ хирургического отделения.
ГОСПИТАЛЬНЫЙ ЭТАП		
1. Организационные мероприятия.	Срочная госпитализация в отделение реанимации или ПИТ. Обеспечить постоянный венозный доступ путем катетеризации подключичной вены. Катетеризация мочевого пузыря.	Предупреждение и лечение жизненно угрожающих осложнений. Контроль почасового диуреза.
2. Адекватное обезболивание.	Необходимо продолжить введение наркотических анальгетиков и спазмолитиков до 4-6 р/сут.	Уменьшение болевого синдрома.
3. Местное лечение ожога.	Местно каждый час внутрь по 20 мл растительного масла.	Уменьшает выраженность болевого синдрома, воспалительную реакцию и дисфагию.
4. Профилактика инфекционных осложнений.	Антибактериальная терапия: - аминопенициллины или цефалоспорины в сочетании с аминогликозидами	В течение всего срока заживления язв.
5. Профилактика рубцового сужения пищевода.	Профилактическое бужирование пищевода.	При наличии тяжелого ожога пищевода.

ПРИСТУП ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКИ

1. Определение.

Почечная колика — симптомокомплекс, возникающий при остром (внезапном) нарушении оттока мочи из почки, что приводит к развитию чашечно-лоханочной гипертензии, рефлекторному спазму артериальных почечных сосудов, венозному стазу и отеку паренхимы, ее гипоксии и перерастяжению фиброзной капсулы.

2. Основные диагностические признаки:

Появляется внезапно острая боль постоянного или схваткообразного характера с локализацией в поясничной области и/или подреберье, длительностью от нескольких минут до 10-12 часов. Боль иррадирует в полвздошную и паховую области, в мошонку, влагалище и половые губы.

Психомоторное возбуждение, рвота, может быть субфебрильная температура.

Дизурические расстройства непостоянные.

3. Причины.

- Возникает при острой обструкции мочевыводящих путей.
- Основной причиной является мочекаменная болезнь, но приступы могут возникать вследствие пиелонефрита, опухолей или туберкулеза почек, травмах почки и мочевыводящих путей, субкапсулярной гематомы почки, эмболии почечной артерии, гинекологических заболеваниях, заболеваниях органов брюшинного пространства.

4. Диагностика

Организационная основа действий по диагностике почечной колики

Этапы действия	Средства действия (ориентировочные признаки)	Критерии для самоконтроля (диагностические признаки)
ДОГОСПИТАЛЬНЫЙ ЭТАП		
1. Оценка общего состояния больного.	Визуальные (осмотр). Оцените: - состояние кожных покровов лица, наличие диспепсических явлений (тошнота, рвота), - общее состояние больного; - наличие вынужденного положения.	Характерно беспокойное поведение больных, которые стонут, мечутся и принимают самые невероятные позы, так как не могут найти положения, в котором бы интенсивность боли уменьшилась. Появляются бледность, холодный пот. Нередко почечную колику сопровождают тошнота, многократная рвота.
2. Оценка жалоб больного и анамнеза заболевания	Вербальные (опрос), при невозможности - опрос родственников. Выясните: присутствуют ли в анамнезе мочекаменная болезнь, другие заболевания почек; каковы условия возникновения боли; каковы характер и локализация боли; какова иррадиация боли;	Необходимо уточнить возможную причину почечной колики. Колика нередко возникает после физического напряжения, тряской езды, длительной ходьбы. Характерна острая интенсивная боль в пояснице, в той или иной половине живота. При окклюзии конкрементом лоханки возможна иррадиация боли в поясницу и подреберье, при окклюзии на уровне границы верхней и средней трети мочеточника - в нижние отделы живота, при более низком

	есть ли положение, в котором боль облегчается; имеет ли место расстройство мочеиспускания.	расположении камня - в паховую область, внутреннюю поверхность бедра, гениталии. При почечной колике пациенты ищут такое положение, но не могут его найти. Нередко сопровождает почечную колику.
3. Осмотр пострадавшего.	Физикальные методы. Проведите: - общий осмотр, определение частоты пульса, ЧД, АД, пальпацию живота.	При бимануальной пальпации выявляется резкая болезненность в области почки, резистентность мышц на стороне заболевания. Иногда удается прощупать увеличенную и болезненную почку.
♦ Обязательной госпитализации в урологические или хирургические стационары подлежат больные с некупированной коликой, с впервые возникшей коликой, а также в случаях правосторонней почечной колики и не удалённом аппендиксе.		
ГОСПИТАЛЬНЫЙ ЭТАП		
1. Оценка общего состояния больного, жалоб, анамнеза заболевания, осмотр.	Уточните жалобы больного, определите частоту пульса, ЧД, АД, проведите аускультацию сердца, легких, пальпацию живота.	Сильные боли с характерной иррадиацией, тахикардия, в ряде случаев – повышение АД. Иногда при почечной колике наблюдается повышение температуры, озноб
2. Дополнительные методы.	Лабораторные методы. Проведите: - анализ крови общий, - анализ мочи общий.	В ряде случаев может наблюдаться лейкоцитоз при отсутствии других признаков мочевой инфекции и острого пиелонефрита.
3. Формулирование диагноза.	Клиническое мышление. В диагнозе укажите: - осложнения.	Согласно МКБ-10 .
4. Оформленные необходимые документации	История болезни	Больной осматривается чаще соматических больных.

5. Неотложная помощь и лечение

ООД по неотложной помощи и лечению почечной колики

Цели лечения и последовательность действий	Мероприятия неотложной помощи (средства действия)	Критерии эффективности лечения и самоконтроля действий
ДОГОСПИТАЛЬНЫЙ ЭТАП		
1. Купирование болевого синдрома.	Обезболивание ненаркотическими анальгетиками; метамизол натрия (баралгин, ревалгин): детям 3-11 месяцев – 0,1-0,2	Уменьшение болевого синдрома.

	мл в/м, 1-2 года – 0,1-0,2 мл в/в или 0,2-0,3 мл в/м, 3-4 года - 0,2-0,3 мл в/в или 0,3-0,4 мл в/м, 5-7 лет - 0,3-0,4 мл в/в, 8-12 лет - 0,5-0,6 мл в/в, 12-15 лет - 0,8-1,0 мл в/в, детям старше 12 лет - кеторол 15-30 мг (0,5-1 мл) в/м.	
2. Ликвидация обструкции.	Горячая ванна или грелка на поясничную область. Дротаверин 40-80 мг (2-4 мл 2% раствора) в/в медленно.	Купирование спазма мочеточника, уменьшение болевого синдрома, отхождение камня.
ГОСПИТАЛЬНЫЙ ЭТАП		
1. Организационные мероприятия.	Госпитализация при наличии показаний в хирургическое / урологическое отделение.	Лечение некупирующейся колики.
2. Адекватное обезболивание.	Необходимо продолжить введение ненаркотических анальгетиков и спазмолитиков.	Уменьшение болевого синдрома.

ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ ШОК

1. Определение.

Геморрагический шок – патологический процесс, развивающийся при массивной острой кровопотере и характеризующийся грубым расстройством микроциркуляции.

2. Основные диагностические признаки:

Наличие кровотечения.

Симптоматика общей кровопотери – бледность, слабость, психомоторное возбуждение / вялость, тахипноэ, тахикардия, артериальная гипертензия, сменяющаяся гипотензией.

Признаки расстройства микроциркуляции – мраморность, холодные конечности, увеличение длительности симптома «бледного пятна».

3. Причины.

- Возникает при острой кровопотере более 15% объема циркулирующей крови.

4. Диагностика

Организационная основа действий по диагностике геморрагического шока.

Этапы действия	Средства действия (ориентировочные признаки)	Критерии для самоконтроля (диагностические признаки)
ДОГОСПИТАЛЬНЫЙ ЭТАП		
1. Оценка общего состояния больного.	Визуальные (осмотр). Оцените: - состояние кожных покровов лица, - общее состояние больного.	Бледность, сухость, снижение тургора мягких тканей. Есть ли показания для реанимационных мероприятий.
2. Оценка жалоб больного и анамнеза заболевания	Вербальные (опрос), при невозможности - опрос родственников. Выясните: причины кровопотери, меры, предпринятые для ее остановки.	уточните характер кровотечения.
3. Осмотр пострадавшего. Определите степени кровопотери по клинической картине	Физикальные методы. Проведите: - общий осмотр, определение частоты пульса, ЧД, АД, оценка состояния слизистых, оценка симптома «бледного пятна».	Дефицит ОЦК до 10% - слизистые оболочки клейкие, тургор кожи снижен, диурез снижен, конечности до кистей и стоп теплые, психическое состояние нормальное, симптом «бледного пятна» не более 2 сек., пульс: не изменен, АД в пределах возрастной нормы. ЧСС не изменена. ЧД не изменена; дефицит ОЦК до 20% - слизистые сухие, тургор кожи в «форме шатра», диурез резко снижен, конечности теплые до локтевых и коленных суставов, раздражительность или тревога, симптом «бледного пятна» более 2 сек., периферический пульс ослаблен или отсутствует, АД снижается в ортостатическом положении, ЧСС повышена до 10-20% относительно нормы, ЧД не изменена; дефицит ОЦК до 30% - слизистые сухие, тургор кожи и «форме шатра», диурез отсутствует, конечности холодные на всем

		протяжении, спутанное сознание или кома, симптом «бледная пятна» более 5 сек., периферический пульс слабый или отсутствует, АД снижено, ЧСС повышена на 30-40% относительно нормы, ЧД повышена на 30-40% от возрастной нормы.
♦ Обязательной госпитализации в ОРИТ или хирургический стационар подлежат больные с некупируемым кровотечением и геморрагическим шоком любой тяжести.		
ГОСПИТАЛЬНЫЙ ЭТАП		
1. Оценка общего состояния больного, жалоб, анамнеза заболевания, осмотр.	Уточните жалобы больного, определите частоту пульса, ЧД, АД, проведите аускультацию сердца, легких, пальпацию живота.	Повторная оценка дефицита ОЦК.
2. Дополните лабораторные методы.	Лабораторные методы. Проведите: - анализ крови общий в динамике (при подозрении на неостановившееся кровотечение), - анализ мочи общий, - анализ крови биохимический, - КЩС.	ухудшение картины красной крови в динамике, исключение кровотечения из мочевыделительного тракта, наличие метаболического ацидоза.
3. Формулирование диагноза.	Клиническое мышление. В диагнозе укажите: - тип кровотечения. - фазу и степень геморрагического шока.	Согласно МКБ-10 .
4. Оформление необходимой документации	История болезни Карта реанимационного больного	Больной нуждается в динамическом наблюдении.

5. Неотложная помощь и лечение

ООД по неотложной помощи и лечению геморрагического шока

Цели лечения и последовательность действий	Мероприятия неотложной помощи (средства действия)	Критерии эффективности лечения и самоконтроля действий
ДОГОСПИТАЛЬНЫЙ ЭТАП		
1. Устранение причины геморагии.	Остановка кровотечения: наружного – наложение давящей повязки / артериального жгута; внутреннего –	Прекращение кровотечения.

	гемостатическая терапия.	
2. Доступ к вене.	Обеспечение пункции / катетеризации периферической / центральной вены.	Функционирующая внутривенная линия.
3. Инфузионная терапия.	Инфузия электролитов и коллоидов в дозе 5-6 мл/кг со скоростью 1 мл/кг/мин. до относительной стабилизации АД, затем – 0,33 мл/кг/мин. При неэффективности - инфузия 7,5% раствора натрия хлорида в дозе 2-4 мл/кг со скоростью 60-80 кап./мин.	Стабилизация гемодинамики
4. Инотропная поддержка.	Дофамин 6-10мкг/кг/мин или кортикостероиды: 60-90 мг преднизолона или 8-12 мг дексазона, можно повторять через 15 мин. до 1000 мг.	Стабилизация гемодинамики
ГОСПИТАЛЬНЫЙ ЭТАП		
1. Организационные мероприятия.	Госпитализация при наличии показаний в хирургическое отделение / ОРИТ.	Терапия неостановленного кровотечения / геморрагического шока.
2. Адекватное обезболивание.	Ненаркотические анальгетики.	Уменьшение болевого синдрома.
3. Окончательная остановка кровотечения.	Перевязка кровоточащего сосуда, коагуляция, ушивание, пластирование сосуда.	Прекращение кровопотери.
4. Доступ к вене.	Обеспечение пункции / катетеризации центральной вены.	Доступ к центральной вене.
5. Инфузионная терапия.	Инфузия электролитов и коллоидов в дозе 5-6 мл/кг со скоростью 1 мл/кг/мин. до относительной стабилизации АД, затем – 0,33 мл/кг/мин. При неэффективности - инфузия 7,5% раствора натрия хлорида в дозе 2-4 мл/кг со скоростью 60-80 кап./мин.	Стабилизация гемодинамики
6. Инотропная поддержка.	Дофамин 6-10мкг/кг/мин или кортикостероиды: 60-90 мг преднизолона или 8-12 мг дексазона, можно повторять через 15 мин. до 1000 мг.	Стабилизация гемодинамики
7. Нейропротекторная терапия (при неврологическом дефиците).	ГОМК – в возрастной дозировке.	Уменьшение потребности нейронов в кислороде.

ТРАВМАТИЧЕСКИЙ ШОК

1. Определение.

Травматический шок – патологический процесс, характеризующийся грубым расстройством микроциркуляции, является комбинацией гиповолемического (геморрагического) и кардиогенного (болевого) шоков. Это сочетание проявляется более тяжелыми последствиями, и не является простой суммой симптоматики двух упомянутых видов шока.

2. Основные диагностические признаки:

Наличие тяжелой травмы / политравмы.

Симптомы расстройства микроциркуляции.

Неврологическая симптоматика: психомоторное возбуждение, сменяющееся угнетением сознания.

Острые нарушения дыхания, гипоксия

Олигурия, переходящая в анурию, как следствие ОПН.

3. Причины.

- Развивается в результате воздействия внешних повреждающих факторов, чаще всего - тяжелых травматических повреждений (политравм).

4. Диагностика

Организационная основа действий по диагностике травматического шока.

Этапы действия	Средства действия (ориентировочные признаки)	Критерии для самоконтроля (диагностические признаки)
ДОГОСПИТАЛЬНЫЙ ЭТАП		
1. Оценка общего состояния больного.	Визуальные (осмотр). Оцените: - состояние кожных покровов лица, - общее состояние больного.	Бледность, сухость, снижение тургора мягких тканей. Есть ли показания для реанимационных мероприятий.
2. Оценка жалоб больного и анамнеза заболевания	Вербальные (опрос), при невозможности - опрос родственников. Выясните: характер и механизм травмы, меры, предпринятые ранее.	уточните характер травматических повреждений, вероятность внутреннего кровотечения.
3. Осмотр пострадавшего. Определите степень кровопотери по клинической картине	Физикальные методы. Проведите: - общий осмотр, определение частоты пульса, ЧД, АД, оценка состояния слизистых, оценка симптома «бледного пятна».	Холодная влажная кожа, цианоз слизистых, акроцианоз, «мраморная кожа». Спутанность сознания, в начальных стадиях - психомоторное возбуждение. Острые нарушения дыхания вследствие нарушения проходимости дыхательных путей, повреждения грудной клетки, кровопотери, центральной дисрегуляции. Гипоксия - гипоксическая, гемическая, циркуляторная, токсическая. Гиповолемия ввиду дефицита ОЦК из-за кровопотери, депонирования крови, пропотевания жидкости из кровеносного русла, ведущие к кризису микроциркуляции. Нитевидный пульс, тахикардия, артериальная гипотония вследствие уменьшения сердечного выброса и венозного возврата к сердцу.

◆ Больные с травматическим шоком подлежат обязательной госпитализации в ОРиТ.		
ГОСПИТАЛЬНЫЙ ЭТАП		
1. Оценка общего состояния больного, жалоб, анамнеза заболевания, осмотр.	Уточните жалобы больного, определите частоту пульса, ЧД, АД, проведите аускультацию сердца, легких, пальпацию живота.	Повторная оценка дефицита ОЦК. Уточнение характера травмы, наличия повреждений внутренних органов, наличия внутреннего кровотечения.
2. Дополните лабораторные методы.	Лабораторные и инструментальные методы. Проведите: - анализ крови общий в динамике (при подозрении на неостановленное кровотечение), - анализ мочи общий, - анализ крови биохимический, - КЩС, - почасовой диурез, - ЭКГ-мониторинг.	ухудшение картины красной крови в динамике, исключение кровотечения из мочевыделительного тракта, метаболический ацидоз, олигурия, переходящая в анурию (ОПН), необходим ЭКГ-контроль или мониторинг витальных функций.
3. Формулирование диагноза.	Клиническое мышление. В диагнозе укажите: - характер травмы, - фазу и степень травматического шока.	Согласно МКБ-10 .
4. Оформленные необходимые документации	История болезни Карта реанимационного больного	Больной нуждается в постоянном мониторинге витальных функций.

5. Неотложная помощь и лечение

ООД по неотложной помощи и лечению травматического шока

Цели лечения и последовательность действий	Мероприятия неотложной помощи (средства действия)	Критерии эффективности лечения и самоконтроля действий
ДОГОСПИТАЛЬНЫЙ ЭТАП		
1. Устранение причины геморрагии.	Остановка кровотечения: наружного – наложение давящей повязки / артериального жгута; внутреннего – гемостатическая терапия.	Прекращение кровотечения.
2. Доступ к вене.	Обеспечение пункции / катетеризации / периферической /	Функционирующая внутривенная линия.

	центральной вены.	
3. Адекватное обезболивание.	Промедол 0,01 мг/кг внутривенно с диазепамом	Купирование болевого синдрома.
4. Профилактика инфекции и дополнительной травматизации.	Иммобилизация переломов, наложение асептических повязок.	Переломы иммобилизованы, раны закрыты повязками.
5. Инфузионная терапия.	Инфузия электролитов и коллоидов в дозе 5-6 мл/кг со скоростью 1 мл/кг/мин. до относительной стабилизации АД, затем – 0,33 мл/кг/мин. При неэффективности - инфузия 7,5% раствора натрия хлорида в дозе 2-4 мл/кг со скоростью 60-80 кап./мин.	Стабилизация гемодинамики
6. Инотропная поддержка.	Дофамин 6-10мкг/кг/мин или кортикостероиды: 60-90 мг преднизолона или 8-12 мг дексазона, можно повторять через 15 мин. до 1000 мг.	Стабилизация гемодинамики
ГОСПИТАЛЬНЫЙ ЭТАП		
1. Организационные мероприятия.	Госпитализация при наличии показаний в ОРиТ.	Терапия неостановленного кровотечения / травматического шока.
2. Адекватное обезболивание.	Промедол 0,01 мг/кг внутривенно с диазепамом	Уменьшение болевого синдрома.
3. Окончательная остановка кровотечения.	Перевязка кровоточащего сосуда, коагуляция, ушивание, пластирование сосуда. Остановка внутреннего кровотечения	Прекращение кровопотери.
5. Профилактика инфекции и дополнительной травматизации.	Иммобилизация переломов, наложение асептических повязок (если не выполнено ранее).	Переломы иммобилизованы, раны закрыты повязками.
6. Респираторная поддержка.	Увлажненный кислород через назальный катетер. При неэффективности – перевод на ИВЛ.	SaO ₂ >94%
7. Доступ к вене.	Обеспечение пункции / катетеризации центральной вены.	Доступ к центральной вене.
8. Инфузионная терапия.	Инфузия электролитов и коллоидов в дозе 5-6 мл/кг со скоростью 1 мл/кг/мин. до относительной стабилизации АД, затем – 0,33 мл/кг/мин. При неэффективности - инфузия 7,5% раствора натрия хлорида в дозе 2-4 мл/кг со скоростью 60-80 кап./мин.	Стабилизация гемодинамики

9. Инотропная поддержка.	Дофамин 6-10мкг/кг/мин или кортикостероиды: 60-90 мг преднизолона или 8-12 мг дексазона, можно повторять через 15 мин. до 1000 мг.	Стабилизация гемодинамики
10. Нейропротекторная терапия (при неврологическом дефиците).	ГОМК – в возрастной дозировке.	Уменьшение потребности нейронов в кислороде.
11. Посиндромная терапия.	Коррекция полиорганной дисфункции	Нормализация нарушенной функции органов и систем.

ОЖОГИ

1. Определение.

Ожоги - местные (локальные) повреждения тканей организма при воздействии высоких температур, агрессивных химических веществ и ионизирующего излучения.

2. Основные диагностические признаки:

Боль, гиперемия, отек.

Видимые очаги некроза (пузыри, в т.ч. слущенные, струп).

3. Причины.

- Воздействие горячих жидкостей и пара, раскаленных предметов, открытого пламени.
- Воздействие концентрированных кислот и щелочей.
- Длительное воздействие УФО на незащищенную кожу.

4. Диагностика

Организационная основа действий по диагностике ожога.

Этапы действия	Средства действия (ориентировочные признаки)	Критерии для самоконтроля (диагностические признаки)
ДОГОСПИТАЛЬНЫЙ ЭТАП		
1. Оценка жалоб больного и анамнеза заболевания	Вербальные (опрос), при невозможности - опрос родственников. Выяснить причину ожога, время, прошедшее с момента получения травмы, ранее оказанную помощь.	Учтите, что для характера ожога важны не только температура и время экспозиции, но и возраст ребенка.
2. Осмотр пострадавшего.	Физикальные методы. Проведите: - общий осмотр, определение частоты пульса, ЧД, АД. - осмотр пострадавших участков, оцените глубину и площадь ожогов - уточните наличие ожога ВДП.	По тяжести ожога различают: 1 степень - гиперемия, припухлость, боль. 2 степень - образуются пузыри, отслойка рогового слоя эпидермиса и разрыхление остальных его слоев, интенсивное пропотевание плазмы, расширение капилляров и повышение их порозности. 3а степень - поражается эпидермис и верхняя часть дермы. Эпидермис легко снимается, дерма равномерно розовая. 3б степень - образуется глубокий участок омертвения - струп, распространяющийся на всю толщу кожи, дерма серая, тусклая. 4 степень - происходит некроз под кожей. Площадь ожога можно оценить по правилу ладоней, у взрослых – по правилу «девяток», у детей – по табличным данным.
♦ Обязательной госпитализации в ОРИТ подлежат дети с признаками ожогового шока, с ожогами ВДП, с площадью ожогов более 10% (до 3-х лет – более 5%), в хирургические стационары - больные глубокими ожогами более 1% (и менее 1%, если локализация – лицо, пах, кисти рук, области крупных суставов).		
ГОСПИТАЛЬНЫЙ ЭТАП		
1. Оценка общего состояния больного,	Уточните жалобы больного, определите частоту пульса, ЧД, АД, проведите аускультацию сердца, легких,	Уточните локализацию и площадь ожогов. Установите предварительно их степень. Установите наличие ожогового шока.

жалоб, анамнеза заболевания, осмотр.	пальпацию живота. Проведите осмотр пострадавших участков, оцените глубину и площадь ожогов, уточните наличие ожога ВДП.	
2. Формулирование диагноза.	Клиническое мышление. В диагнозе укажите: - Предполагаемую глубину. - Площадь. - Локализацию. - Наличие ожогового шока.	Согласно МКБ-10: X31- .
4. Оформление необходимой документации	История болезни Карта реанимационного больного.	Больные как правило нуждаются в интенсивном наблюдении.

5. Неотложная помощь и лечение

ООД по неотложной помощи и лечению ожогов

Цели лечения и последовательность действий	Мероприятия неотложной помощи (средства действия)	Критерии эффективности лечения и самоконтроля действий
ДОГОСПИТАЛЬНЫЙ ЭТАП		
1. Прекращение действия повреждающего фактора.	Вынести из очага. При термических и химических ожогах - промыть холодной водой (до 15°C) в течение 10-15 минут При ожогах ВДП - дексазон 0,2-0,5 мг/кг внутривенно. При солнечных ожогах – поместить пострадавшего в тень.	Уменьшение болевого синдрома.
2. Профилактика инфицирования.	Наложение на пораженные участки сухих асептических повязок	Пораженные участки закрыты повязками.
3. Обезболивание.	Промедол 1% раствор 0,01 мг/кг или 0,1 мл/год жизни (но не более 1 мл)	Купирование болевого синдрома.
4. Инфузионная терапия.	Раствор Рингера или физиологический раствор в объеме 20-30 мл/кг/час, или 7,5% раствор натрия хлорида в объеме 2-4 мл/кг/час, или препаратами ГЭК в объеме 4-8 мл/кг/час.	Стабилизация гемодинамики, борьба с шоком.
ГОСПИТАЛЬНЫЙ ЭТАП		
1. Организационные мероприятия.	Госпитализация при наличии показаний в хирургическое отделение / ОРИТ.	С ожоговым шоком – в ОРИТ. С глубокими ожогами без ожогового шока – в ДХО.
2 Адекватное	Промедол 1% раствор 0,01 мг/кг или 0,1 мл/год жизни	Уменьшение болевого синдрома,

обезболивание.	(но не более 1 мл)	борьба с шоком.
3. Респираторная поддержка.	Увлажненный кислород через назальный катетер. При неэффективности – перевод на ИВЛ.	SaO ₂ >94%
4. Доступ к вене.	Обеспечение пункции / катетеризации центральной вены.	Доступ к центральной вене.
5. Инфузионная терапия.	Раствор Рингера или физиологический раствор в объеме 20-30 мл/кг/час, или 7,5% раствор натрия хлорида в объеме 2-4 мл/кг/час, или препаратами ГЭК в объеме 4-8 мл/кг/час.	Стабилизация гемодинамики
6. Инотропная поддержка.	Дофамин 6-10мкг/кг/мин или кортикостероиды: 60-90 мг преднизолона или 8-12 мг дексазона, можно повторять через 15 мин. до 1000 мг.	Стабилизация гемодинамики
7. Нейропротекторная терапия (при неврологическом дефиците).	ГОМК – в возрастной дозировке.	Уменьшение потребности нейронов в кислороде.
8. Посиндромная терапия.	Коррекция полиорганной дисфункции	Нормализация нарушенной функции органов и систем.
9. Хирургическое лечение после установления окончательного диагноза.	При глубоких ожогах – некрэктомия и аутодермопластика.	Профилактика рубцевания.

ОТРАВЛЕНИЯ

1. Определение.

Отравление – патологический процесс, развивающийся при попадании в организм какого-либо вещества в количестве достаточном для оказания повреждающего действия.

2. Основные диагностические признаки:

Факт приема какого-либо яда.

Клиническая картина зависит от природы отравляющего вещества.

3. Причины.

- Случайный или преднамеренный (с целью суицида) прием какого-либо вещества в излишнем количестве.

4. Диагностика

Организационная основа действий по диагностике отравления.

Этапы действия	Средства действия (ориентировочные признаки)	Критерии для самоконтроля (диагностические признаки)
ДОГОСПИТАЛЬНЫЙ ЭТАП		
1. Оценка общего состояния больного.	Визуальные (осмотр). Проведите осмотр места происшествия. Оцените: - состояние кожных покровов лица, слизистой ротовой полости, наличие диспепсических явлений (тошнота, рвота, жидкий стул), специфического запаха; - общее состояние больного; - состояние ВДП.	Сбор вещественных доказательств: упаковки от химикатов, остатки жидкости, таблеток, посуда и т.д. Наличие следов от химического вещества на лице, одежде, посуде; нередко рвота с примесью таблеток. Нуждается / нет в реанимационных мероприятиях. Нет ли нарушения проходимости ВДП.
2. Осмотр пострадавшего.	Физикальные методы. Проведите: - общий осмотр, определение частоты пульса, ЧД, АД.	Имеются ли симптомы действия яда (могут быть различными).
♦ Все дети с отравлениями подлежат обязательной госпитализации в ОРиТ.		
ГОСПИТАЛЬНЫЙ ЭТАП		
1. Оценка общего состояния больного, жалоб, анамнеза заболевания, осмотр.	Уточните жалобы больного, определите частоту пульса, ЧД, АД, проведите аускультацию сердца, легких, пальпацию живота.	Уточните (если возможно) причину отравления. Выделите ведущие патологические синдромы.
2. Формулирование диагноза.	Клиническое мышление. В диагнозе укажите: - Предполагаемую причину. - Ведущие синдромы.	Согласно МКБ-10.
3. Оформление необходимого	История болезни Карта реанимационного больного.	Больные как правило нуждаются в интенсивном наблюдении.

ой доку- ментации		
----------------------	--	--

5. Неотложная помощь и лечение

ООД по неотложной помощи и лечению отравления

Цели лечения и последовательность действий	Мероприятия неотложной помощи (средства действия)	Критерии эффективности лечения и самоконтроля действий
ДОГОСПИТАЛЬНЫЙ ЭТАП		
1. Прекращение действия повреждающего фактора.	<p>При ингаляционном попадании яда: немедленно удалить пострадавшего из токсичной атмосферы, снять одежду, которая может быть дополнительным источником отравления; обеспечить свободное дыхание, свободную проходимость дыхательных путей; антидотная специфическая (введение антагонистов яда) и посиндромная терапия.</p> <p>При попадании яда на кожу или видимые слизистые: немедленно смыть яд теплой водой с мылом и удалить тампоном (не размазывая) с последующим смыванием водой и обеззараживанием.</p> <p>При пероральном поступлении яда: промывание желудка водой или физиологическим раствором комнатной температуры через толстый зонд до появления чистых промывных вод (в коматозном состоянии - с опущенным головным концом пострадавшего или в положении на левом боку); собрать рвотные массы или первую порцию промывных вод для анализа и определения вида яда; адсорбции яда энтеросорбентами: энтеросгель, полифепам, активированный уголь (1-2 столовые ложки активированного угля размешивают в 200 мл воды)</p>	Промывание желудка до чистых вод.

2. Ускорение элиминации яда.	Очистительная клизма	Получение стула.
3. Обезболивание (по показаниям).	Ненаркотические анальгетики	Купирование болевого синдрома.
4. Инфузионная терапия.	Раствор Рингера или физиологический раствор в объеме 20 мл/кг/час.	Стабилизация гемодинамики, усиление выведения яда с мочой.
ГОСПИТАЛЬНЫЙ ЭТАП		
1. Организационные мероприятия.	Госпитализация в ОРИТ.	С целью интенсивной терапии.
2. Адекватное обезболивание (по показаниям).	Ненаркотические анальгетики	Купирование болевого синдрома.
3. Ускорение элиминации яда.	Повторное промывание желудка со сменой энтеросорбента. Повторная очистительная клизма	Получение стула.
4. Респираторная поддержка.	Увлажненный кислород через назальный катетер. При неэффективности – перевод на ИВЛ.	SaO ₂ >94%
5. Доступ к вене.	Обеспечение пункции / катетеризации центральной вены.	Доступ к центральной вене.
6. Инфузионная терапия.	Раствор Рингера или физиологический раствор в объеме 15-20 мл/кг/час и препаратами ГЭК в объеме 4-8 мл/кг/час.	Стабилизация гемодинамики, начало детоксикации.
6. Детоксикация.	При сохраненной функции почек (нормальный почасовой диурез) – форсированный диурез. При олиго-анурии – экстракорпоральные методы детоксикации.	Получение достаточного количества мочи.
7. Нейропротекторная терапия (при неврологическом дефиците).	ГОМК – в возрастной дозировке.	Уменьшение потребности нейронов в кислороде.
8. Посиндромная терапия.	Коррекция полиорганной дисфункции	Нормализация нарушенной функции органов и систем.