

Неотложная медицинская помощь

Т.В. Отвагина

# Неотложная медицинская ПОМОЩЬ

Соответствует Федеральному государственному  
образовательному стандарту  
(третьего поколения)



10-е издание



Т. В. ОТВАГИНА

# НЕОТЛОЖНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ

Издание десятое

Рекомендовано ГОУ ВПО

«Московская медицинская академия имени И.М. Сеченова»  
в качестве учебного пособия для студентов учреждений среднего  
профессионального образования, обучающихся по дисциплине  
«Неотложная медицинская помощь» по специальности 060101.52  
«Лечебное дело» (специальность «Фельдшер»)

Регистрационный номер рецензии  
№ 34 от 05 марта 2009 г. ФГУ ФИРО

РОСТОВ-НА-ДОНУ

 **ВЕНИКС**  
2012

УДК 614.88(075.32)

ББК 51.1(2)2я723

КТК 328

О-52

*Рецензенты:*

*Тараканов А.В.* — зав. кафедрой скорой и неотложной помощи, доктор медицинских наук, профессор Ростовского государственного медицинского университета.  
*Арсеньянец С.В.* — главный хирург Управления здравоохранения г. Ростова н/Д, кандидат медицинских наук.

**Отвагина Т. В.**

**О-52** Неотложная медицинская помощь : учебник / Т.В. Отвагина. — Изд. 10-е. — Ростов н/Д : Феникс, 2012. — 251, [1] с. : ил. — (СПО).

ISBN 978-5-222-19686-1

В учебнике даются определение заболевания, классификация, клиника, первая помощь и тактика медицинского работника при оказании неотложной помощи по хирургической, терапевтической, эндокринологической и другой патологиям.

В приложения входят перечень медикаментов, необходимых для оказания неотложной помощи, а также рисунки по отдельным разделам.

Учебник написан в соответствии с программой, утвержденной Министерством здравоохранения Российской Федерации и предназначен для студентов фельдшерских отделений медицинских колледжей, а также рекомендован в качестве учебника при прохождении практики по неотложной терапии для студентов 4-го курса медицинских вузов.

УДК 614.88(075.32)

ББК 51.1(2)2я723

ISBN 978-5-222-19686-1

© Отвагина Т.В., 2012

© Оформление, ООО «Феникс», 2012

## ПРЕДИСЛОВИЕ

В настоящее время среди причин смертности населения как в России, так и в других странах мира во всех возрастных группах первое место занимают болезни сердечно-сосудистой системы, которые, к сожалению, имеют тенденцию к омоложению и утяжелению.

Наряду с сердечно-сосудистыми заболеваниями большой процент гибели людей приходится на травмы и другие патологии, вызванные чрезвычайными обстоятельствами: обвалами зданий, наводнениями и другими стихийными бедствиями.

В связи с тем, что за последнее время уровень жизни в городах стал значительно выше, чем в сельской местности, увеличилась миграция населения из деревни в город, и молодые специалисты, в том числе медики, все чаще остаются работать по специальности в городских поликлиниках, больницах, санаториях.

А в сельской местности иногда единственным медицинским работником является фельдшер. Кроме того, даже в городах бригады скорой медицинской помощи (СП) не полностью укомплектованы врачебными ставками и вся ответственность за оказание медицинской помощи приходится на фельдшера скорой помощи. Основной задачей медицинского работника СП является квалифицированное оказание неотложной помощи на догоспитальном этапе. При большинстве заболеваний без современной и хорошо организованной неотложной помощи выздоровление может затянуться. Работа медиков представляет собой трудоемкий и ответственный процесс. Подбор медикаментов, назначение наиболее эффективных для каждого больного в каждом конкретном случае требует индивидуального подхода к ситуации. А так как медицинский работник, оказывающий неотложную помощь на догоспитальном этапе, часто ограничен во времени для анализа из-за тяжести состояния больного, а также ограничен количеством дополнительных методов исследования для уточнения диагноза, то фельдшеру скорой помощи часто приходится полагаться на свои знания и опыт.

В связи с начавшейся реорганизацией в Министерстве здравоохранения РФ предусмотрено уменьшение количества стационаров по стране и одновременное увеличение количества и улучшение качества оказания неотложной помощи населению бригадами скорой помощи и дневными стационарами. Поскольку в настоящее время в нашей стране увеличилось количество техно-

генных катастроф: наводнений, лесных пожаров, обрушений зданий, а в имеющиеся в настоящее время учебники для фельдшеров не вошли главы воздействия внешних факторов на организм, назрела необходимость в написании учебника для фельдшера скорой и неотложной помощи.

В учебнике коротко отражены клиника заболеваний, дифференциальная диагностика, первая помощь и тактика фельдшера СП. В учебник входят главы по кардиологии, пульмонологии, заболеваниям желудочно-кишечного тракта и желчевыводящих путей, гинекологии и урологии, болезням лор-органов и глаз, эндокринологии и аллергическим реакциям. Большое внимание уделено оказанию помощи больным, пострадавшим в результате воздействия факторов внешней среды на организм: отравление, утопление, синдром длительного и позиционного сдавления, поражение электротоком, травмы и переломы костей.

В достаточно полном объеме представлен раздел заболеваний сердечно-сосудистой системы, таких, как ишемическая болезнь сердца, в частности стенокардия и острый инфаркт миокарда, нарушения сердечного ритма и гипертонические кризы. Кроме того, в разделе по кардиологии рассматриваются осложнения инфаркта миокарда: отек легких и кардиогенный шок, которые довольно часто утяжеляют течение сердечно-сосудистой патологии.

Разобраны темы по хирургической патологии, такой, как осложнения язвенной болезни желудка, аппендицит, острый панкреатит и холецистит, травматология и нейротравма.

В каждой из предлагаемых тем выделены классификация, клиника и неотложная помощь при острых заболеваниях.

Учебник по неотложной помощи включает разделы из разных дисциплин: терапии, хирургии, болезней уха, горла, носа, гинекологии и урологии, токсикологии.

Подбор описываемых нозологий определялся двумя критериями: учитывались частота обращений с тем или иным заболеванием пациента и соответствие описываемых заболеваний учебному плану и программе.

В приложении предложена рецептура наиболее распространенных медикаментов, необходимых для оказания помощи при неотложных состояниях.

Предложены схематические рисунки по оказанию первой медицинской помощи.

Для контроля знаний учащихся даны тестовые задания и задачи по пройденным темам.

**Часть 1**  
**НЕОТЛОЖНАЯ**  
**ПОМОЩЬ**  
**ПРИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ**  
**СОСТОЯНИЯХ**

## НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ В ТЕРАПИИ

---

---

### ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА (ИБС)

Ишемическая болезнь сердца является основной причиной смерти во всех индустриально развитых странах, прежде всего мужчин 45–65 лет. В настоящее время уровень заболеваемости ИБС в России составляет 93 случая на 100 тыс. населения. Ишемическая болезнь чаще встречается в крупных городах, реже в сельской местности.

#### Основные причины ИБС:

1. Атеросклероз коронарных артерий и за счет этого снижение коронарного кровотока.
2. Развитие внутрисосудистого тромбоза за счет повышения вязкости крови.
3. Ангиоспазм и недостаточно развитая сеть коллатералей сосудов сердца.

#### Факторами риска при возникновении ИБС являются:

- наследственность,
- мужской пол,
- пожилой и средний возраст,
- частые стрессы,
- курение,
- малоподвижный образ жизни,
- ожирение,
- гиперхолестеринемия,
- дефицит эстрогенов (менопауза),
- применение гормональных противозачаточных средств,
- артериальная гипертония,
- сахарный диабет.

ИБС — заболевание сердечной мышцы, при котором нарушается соответствие между поступлением кислорода в миокард

с током крови и энергетическими затратами мышцы сердца, возникшими вследствие тромбоза или спазма коронарных артерий.

### **Классификация хронических форм ИБС:**

- Стенокардия.
- Инфаркт миокарда.
- Нарушение сердечного ритма.
- Острая коронарная смерть.
- Безболевая «немая» ишемия миокарда.
- Сердечная недостаточность.

### **Лечение ИБС**

Среди существующих методов лечения принципиальное значение имеют три способа:

1. Медикаментозное.
2. Ангиопластика.
3. Хирургическая реваскуляризация.

### **Медикаментозная терапия ИБС**

Основным методом лечения ИБС по-прежнему остается лекарственная терапия, основанная на комбинированном использовании антиангинальных и тромболитических препаратов, ингибиторов АПФ, статинов. Схематически это выглядит в виде формулы АВС, где:

А — антикоагулянты, антиагреганты

В — бета-блокаторы, или ингибиторы АПФ, или антагонист кальция

С — статины

+ нитраты.

Современное лечение хронических форм ИБС должно включать:

- антиангинальные,
- антитромботические,
- гиполипидемические,
- метаболические средства.

*Антиангинальные средства*

#### **1. НИТРАТЫ**

- являются периферическими вазодилататорами,
- оказывают спазмолитическое действие на сосудистую стенку,
- улучшают коронарный и коллатеральный кровоток, тем самым оказывая антиангинальное и антиишемическое действие на миокард.



Классификация нитратов по характеру и продолжительности действия:

### 1.1. Нитроглицерин

— Препараты короткого действия (до 1 часа):  
таблетки нитроглицерина, используют сублингвально для купирования приступов стенокардии, эффект наступает через 1–2 минуты, максимальная доза 20–25 таблеток в сутки.

— Аэрозоль нитроминт, нитрокор, нитроспрей используют для купирования приступа стенокардии (впрыскивают 1–2 дозы в рот с интервалом 5–10 минут).

— Препараты-депо нитроглицерина используются для приема внутрь в основном для профилактики приступа стенокардии (сустант мите, форте, нитронг, нитрогранулонг, нитро мак).

### 1.2. Изосорбида динитрат

— препараты короткого действия — изокет-спрей 1,25–3,75 мг под язык,

— умеренной продолжительности — кардикет 20, изо-мак, нитросорбид 20–80 мг/сутки,

— длительнодействующие — кардикет 40, кардикет 60, кардикет 120, изо-мак ретард в дозе 40–120 мг/сутки.

### 1.3. Изосорбида моонитрат

— умеренной продолжительности — препараты моночинкве, моносан в дозе 40–120 мг/сутки,

— длительнодействующие — препараты оликард ретард, моночинкве ретард в дозе 40–240 мг/сутки.

### 1.4. Вазодилататоры нитратоподобного действия:

— корватон, сиднофарм 4–12 мг/сутки (эффект при сублингвальном приеме через 2–10 минут, перорально через 10–20 минут, продолжительность действия 5–8 часов).

Критерии эффективности нитратов:

1. Появление головной боли.

2. Увеличение ЧСС на 8–10 ударов в минуту.

3. Снижение АД на 10–15% от исходного.

4. Исчезновение боли за грудиной.

5. Исчезновение ишемии миокарда на ЭКГ.

## 2. БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРЫ:

оказывают гипотензивное действие, антиаритмическое, антиангинальное

— атенолол — препараты тенормин, атенолол в дозе 50–200 мг 2 раза в сутки,

- метопролол — препараты беталок, эгилок в дозе 50–200 мг/сутки,
- пропранолол — препараты индерал, обзидан, анаприлин 20–80 мг 4 раза в сутки,
- биспролол — препарат конкор 10 мг/сутки,
- пиндолол — препараты вискен, пиндолол в дозе 2,5–7,5 мг 2 раза в сутки.

Бета-адреноблокаторы с дополнительным вазодилатирующим эффектом

- небивалол — препарат небилет 2,5–5 мг/сутки,
- карведилол — препарат карведилол 25–50 мг/сутки.

### 3. АНТАГОНИСТЫ КАЛЬЦИЯ:

1. Снижают агрегацию тромбоцитов.

2. Оказывают гипотензивное, антиаритмическое, антиангинальное действие

- верапамил — препараты изоптин, финоптин, лекоптин, верапамил в дозе 120–480 мг/сутки,
- нифедипин
- умеренно пролонгированный — препараты кордафлекс ретард, коринфар ретард.

Адалат SL в дозе 30–100 мг/сутки,

- значительно пролонгированные — кордипин XL, нифедипин XL в дозе 30–120 мг/сутки,
- амлодипин — препараты норваск, калчек, нормодипин в дозе 5–10 мг/сутки,
- исродипин — препарат ломир 2,5–10 мг 2 раза в сутки,
- дилтиазем — препараты дилтиазем ТЕВА, диалтиазем Ланнахер в дозе 120–320 мг/сутки.

### 4. ИНГИБИТОРЫ АПФ, оказывают действие

- гипотензивное,
- антиангинальное, а также используются для профилактики сердечной недостаточности — препараты каптоприл, капотен, эналаприл, энам, энап, ренитек, престариум.

Другие антиангинальные средства (цитопротекторы), улучшающие метаболизм миокарда — предуктал, предуктал МВ.

### АНТИТРОМБОТИЧЕСКИЕ ПРЕПАРАТЫ:

1. Антикоагулянты (гепарин),

2. Антиагреганты (аспирин 75–150 мг/сутки, аспирин кардио, Тромбо АСС 75–150 мг/сутки, кардиомагнил 75–150 мг/сутки, клопидогрель (плавикс) — 75 мг/сутки).

### ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКИЕ ПРЕПАРАТЫ:

1. Статины-препараты, подавляющие синтез холестерина: симвастатин (зокор, вазилип, Симло начиная с 5 до 40 мг/сутки), правастатин (липостат 10–40 мг/сутки), ловастатин (левакор) 10–40 мг/сутки.
2. Секвестранты желчных кислот (холестирамин 8–24 г/сутки, растворив в воде).
3. Никотиновая кислота до 3 г в сутки 1 месяц.
4. Производные фибровой кислоты: клофибрат, мисклерон, безалип 200 мг 2–3 раза в сутки.

### МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА:

Цитопротекторы, препараты, улучшающие метаболизм миокарда.

Предуктал МВ по 35 мг 2 раза в день постоянно для усиления антиангинальной терапии бета-блокаторов, антагонистов кальция и нитратов.

## ВНЕЗАПНАЯ СЕРДЕЧНАЯ СМЕРТЬ

К внезапной сердечной смерти относят все случаи внезапно-го прекращения сердечной деятельности, предположительно обусловленного остановкой сердца, при отсутствии признаков, позволяющих поставить другой диагноз. При этом внезапной считается смерть, наступившая в течение 6 ч от появления первых симптомов заболевания. (В настоящее время этот временной промежуток принято считать равным не более 1 ч.)

Внезапная смерть возникает у 0,1–0,2% взрослого населения. Среди внезапно умерших преобладают мужчины. Наиболее частой причиной внезапной смерти считают ИБС.

Иногда за несколько дней до смерти больные отмечали неопределенные жалобы в грудной клетке: боль, чувство дискомфорта.

### Клиника:

- потеря сознания,
- прекращение сердцебиения,
- расширение зрачков, отсутствие роговичных рефлексов,
- остановка дыхания,
- отсутствие тонов сердца,
- отсутствие пульса на магистральных артериях,
- холодные, серого цвета кожные покровы.

## Первая помощь: алгоритм Европейского реанимационного совета

- обеспечить проходимость дыхательных путей,
- провести тройной прием Сафара: запрокинуть голову, выдвинуть нижнюю челюсть, открыть рот,
- ввести воздуховод (см. рис. 1), по показаниям — санировать дыхательные пути,
- провести искусственную вентиляцию легких (ИВЛ) и непрямой массаж сердца:
- при двух реаниматорах в соотношении 2:30 (2 вдоха и 30 надавливаний на грудину),
- при одном реаниматоре в соотношении 2:30 (2 вдоха и 30 надавливаний на грудину),
- оксигенотерапия,
- интубировать трахею (процесс интубации не должен быть более 30–40 с) (не прерывать массаж сердца и ИВЛ более чем на 30 с).

### *Алгоритм введения ротоглоточного воздуховода*

1. Проверить ротовую полость пострадавшего на предмет инородных тел.
2. Определить размер воздуховода, используя расстояние от мочки уха пострадавшего до угла рта.
3. Взять воздуховод в правую руку так, чтобы его изгиб смотрел кривизной вниз, к языку пострадавшего, а отверстие воздуховода — вверх.
4. Ввести воздуховод в ротовую полость пострадавшего приблизительно на половину его длины, а затем повернуть на 180° и продвинуть вперед, пока фланцевый конец не упрется в губы пострадавшего.

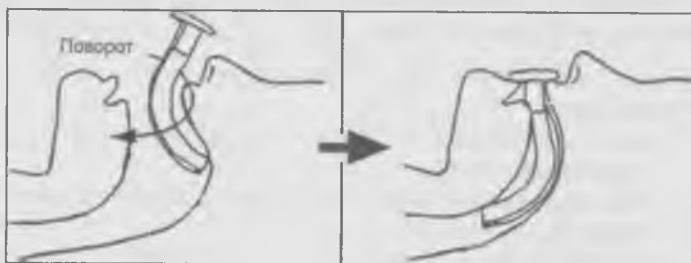


Рис. 1. Введение ротоглоточного воздуховода

При фибрилляции желудочков и невозможности немедленной дефибрилляции:

- прекардиальный удар,
- при отсутствии эффекта продолжить сердечно-легочную реанимацию, как можно быстрее обеспечить возможность проведения дефибрилляции,
- адреналин — 0,1 % по 0,5–1,0 мл внутривенно каждые 3–5 мин проведения сердечно-легочной реанимации.

Как можно раньше — дефибрилляция 200 Дж:

- при отсутствии эффекта — дефибрилляция 300 Дж,
- при отсутствии эффекта — дефибрилляция 360 Дж,
- лидокаин — дефибрилляция 360 Дж,
- при отсутствии эффекта — через 3–5 мин повторить инъекцию лидокаина в той же дозе — дефибрилляция 360 Дж,
- при отсутствии эффекта — орнид 5 мг/кг — дефибрилляция 360 Дж,
- при отсутствии эффекта — через 5 мин повторить инъекцию орнида в дозе 10 мг/кг — дефибрилляция 360 Дж,
- при отсутствии эффекта новокаиномид — 1 г (до 17 мг/кг) — дефибрилляция 360 Дж,
- при отсутствии эффекта — магния сульфат — 25% 10,0 мл внутривенно — дефибрилляция 360 Дж,
- при отсутствии эффекта — атропин 0,1% по 1,0 мл через 3–5 мин до наступления эффекта или общей дозы 0,04 мг/кг,
- произвести электрокардиостимуляцию как можно раньше,
- эуфиллин 2,4% 10,0 мл внутривенно.

### Тактика

Госпитализировать после возможной стабилизации состояния.

Сердечно-легочную реанимацию можно прекратить, если восстановилось сердцебиение и дыхание или если наступили признаки биологической смерти.

*Алгоритм проведения базовой сердечно-легочной реанимации* (рис. 2)

1. Придать пострадавшему горизонтальное положение на спине на твердой основе.
2. Освободить шею, грудь и талию от стесняющей одежды.
3. Осмотреть ротовую полость и при необходимости провести механическую очистку, предварительно повернув голову на бок.
4. Запрокинуть голову пострадавшего и фиксировать ее в разогнутом положении рукой, находящейся на лбу пострадавшего.

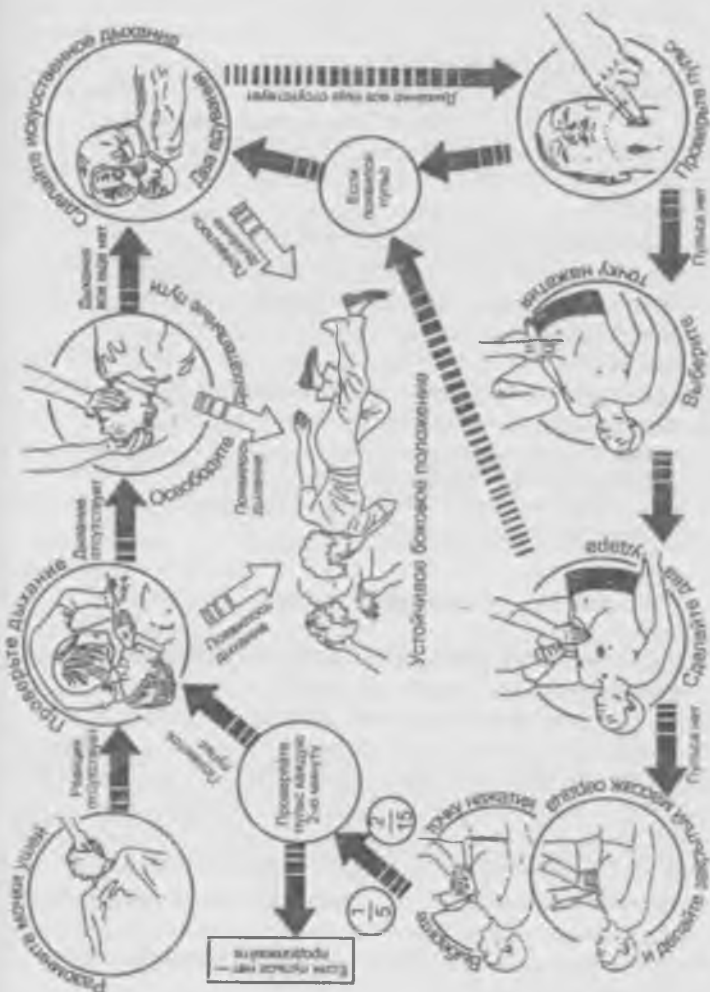


Рис. 2. Проведение базовой СЛР

5. Подтянуть нижнюю челюсть пострадавшего вперед средним и указательным пальцами другой руки.
6. Зажать нос пострадавшего большим и указательным пальцами руки, находящейся на его лбу.
7. Сделать 2 пробных вдувания.
8. Проверить пульс на сонной артерии, если пульса нет, то
9. Сделать 2 прекардиальных удара.
10. Проверить пульс на сонной артерии, если пульса нет, то
11. Начать непрямой массаж сердца и искусственную вентиляцию легких.
12. Проводить контроль эффективности каждые 2 минуты:
  - при отсутствии эффекта мероприятия продолжать, делая 15 надавливаний на грудину в течении примерно 10 с и 2 вдувания продолжительностью 1,5–2 с каждое;
  - если появились самостоятельные дыхательные движения и пульс на сонной артерии — пострадавшему придать устойчивое боковое (восстановительное) положение.

---

• При подозрении на повреждение шейного отдела позвоночника поворот головы на бок и ее запрокидывание категорически запрещены!

---

## СТЕНОКАРДИЯ

Одно из основных проявлений ишемической болезни сердца — стенокардия.

Дословно «стенокардия» — боль за грудиной, грудная жаба.

Стенокардия может выразиться несколькими клиническими формами. Чаще всего наблюдается стенокардия напряжения, каждый год ее фиксируют у 0,6% населения.

В возрастной группе населения от 45 до 55 лет у мужчин встречается в 5% случаев, у женщин — около 1% случаев. В связи с уменьшением защитного действия эстрогенов в менопаузе у женщин в возрасте старше 65 лет количество случаев примерно одинаковое с мужчинами.

### Классификация:

*А. Стенокардия напряжения стабильная.*

*В. Стенокардия напряжения нестабильная.*

А. Стабильная стенокардия напряжения делится на 4 функциональных класса:

**I класс.** Боли в сердце возникают при сверхсильных физических или психических нагрузках.

**II класс.** Боли в сердце начинаются при подъеме примерно на два этажа или при быстрой ходьбе на расстояние двух кварталов.

**III класс.** Боли возникают при меньшей нагрузке. Примерно при быстрой ходьбе на расстояние около одного квартала или при быстром подъеме на один этаж.

**IV класс.** Боли регулярно возникают при обычной физической нагрузке.

**В. Нестабильная стенокардия** делится на:

- **впервые возникшую стенокардию** (когда приступ возник впервые или повторился в течение первого месяца);
- **прогрессирующую** (когда число приступов увеличилось за последнее время или увеличилась продолжительность приступа, или увеличилось количество таблеток нитроглицерина для купирования приступа стенокардии);
- **особую, вариантную, стенокардию Принцметала**, возникающую спонтанно в определенные часы ночи. Для этой формы стенокардии характерна серия приступов с интервалом 10–15 мин.

## Этиология

В большинстве случаев стенокардия возникает из-за атеросклероза коронарных сосудов. В результате несоответствия между потребностью миокарда в кислороде и его доставкой по коронарным сосудам развившегося вследствие атеросклеротического сужения просвета артерий возникает ишемия миокарда, которая клинически проявляется болью за грудиной. В результате ишемии развиваются нарушения сократительной функции участка сердечной мышцы.

## Клиника типичной формы стенокардии

- боль,
- страх смерти.

**Локализация боли** чаще за грудиной.

**Продолжительность болей** — до 10–15 мин, если боль продолжается более 15 мин, следует предположить развитие инфаркта миокарда.

**Характер болей** — приступообразные давящие или сжимающие боли (приступ резко возникает, нарастает и обрывается самостоятельно или под действием нитратов).



**Иррадиация болей** — чаще влево: левую ключицу, левую лопатку, левую руку, левую половину нижней челюсти.

Атипичная иррадиация — вправо, кончики пальцев левой руки, живот.

**Площадь болей** — равна площади руки или сжатого кулака.

**Эффект от нитратов** — положительный

**Условия возникновения боли** — физическая или эмоциональная нагрузка, курение, обильный прием пищи.

**Сопутствующие симптомы** — тошнота, рвота, повышенная потливость, одышка, учащение сердечного ритма, повышение или снижение артериального давления.

### **Объективно:**

- выражение лица страдальческое,
- больной жалуется на «чувство страха смерти»,
- лицо больного бледное, покрыто липким потом,
- конечности холодные,
- дыхание становится поверхностным, учащенным,
- тоны сердца — тахикардия, может быть экстрасистолия,
- АД повышено или в пределах нормы.

**Диагноз** ставим на основании анамнеза, клинических проявлений, данных ЭКГ.

На ЭКГ во время болевого приступа может быть отрицательный или уплощенный зубец Т.

### **Первая помощь при ангинозном приступе:**

- удобно усадить или уложить больного,
- создать физический и эмоциональный покой,
- нитроглицерин, таблетки или аэрозоль, по 0,4–0,5 мг под язык трижды через 3 мин (но не более 3 таб., следить за пульсом и АД, при снижении АД систолического менее 100 мм рт. ст. прекратить применение нитратов),
- оксигенотерапия,
- нифедипин, кордафлекс или коринфар (разжевать), если через 5–7 мин приступ не купируется,
- гепарин — 5000 ЕД внутривенно,
- ацетилсалициловая кислота — 0,25 г (разжевать).

### **При затянувшемся приступе стенокардии:**

- фентанил — 2,0 мл или
- промедол 1,0–2,0 мл, или
- анальгин 50% 2,0 мл с 2,0 мл дроперидола внутривенно медленно или дробно.

При желудочковых экстрасистолах:

- лидокаин внутривенно медленно — 1–1,5 мг, 2% — 4,0–6,0 мл на физиологическом растворе натрия хлорида,
- ЭКГ контроль, лечение и тактика, как при остром инфаркте миокарда.

### Тактика

При купировании приступа стабильной стенокардии с первого по третий функциональные классы больному дают рекомендации и оставляют на амбулаторном лечении.

При некупируемом приступе стенокардии или при нестабильной стенокардии, а также при стабильной стенокардии IV функционального класса больной подлежит срочной госпитализации в кардиологическое отделение.

## БЕЗБОЛЕВАЯ ИШЕМИЯ МИОКАРДА

Под безболевым ишемией миокарда понимают состояние, при котором наличие ЭКГ признаков ишемии миокарда не сопровождается болевыми ощущениями. Безболевая ишемия миокарда чаще встречается у пожилых людей и больных сахарным диабетом.

Лечение проводят так же, как и при любой форме ишемии миокарда.

## ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА

ОИМ — это некроз мышцы сердца вследствие остро возникшего и резко выраженного несоответствия между потребностью миокарда в кислороде и его доставкой.

### Этиология

Наиболее частая причина инфаркта миокарда — *тромбоз коронарной артерии*, развившийся на фоне атеросклероза, реже на фоне спазма венечной артерии.

*Некроз миокарда* возникает чаще в левом желудочке, так как левый желудочек, имея большую мышечную массу, выполняет более значительную работу и требует большего кровоснабжения.

В зависимости от степени обструкции коронарной артерии и развития коллатералей различают несколько вариантов нарушения кровоснабжения миокарда.

*Трансмуральный инфаркт миокарда* (поражение всей толщи мышцы сердца) возникает при внезапном полном закрытии просвета артерии тромбом.

Клиника нестабильной стенокардии развивается при неполном закрытии просвета коронарной артерии тромбом.

*Субэндокардиальный и субэпикардиальный инфаркт миокарда* развивается при интермиттирующей окклюзии и выраженных коллатералях.

Распространенность инфаркта миокарда: преобладающий возраст — 40–70 лет, преобладающий пол — мужчины (болеют инфарктом миокарда в пять раз чаще женщин).

### **Классификация:**

1. **Мелкоочаговый инфаркт миокарда** (субэпикардиальный, субэндокардиальный).
2. **Крупноочаговый инфаркт миокарда.**
3. **Трансмуральный инфаркт миокарда** (через все слои мышцы сердца).

### **Периоды инфаркта миокарда:**

1. **Острейший** (до 2 ч от начала заболевания, период острой ишемии до формирования некроза).
2. **Острый** (до 10-го дня от начала заболевания, период формирования некроза).
3. **Подострый** (до 4–8 недель, характеризуется формированием рубца).
4. **Постинфарктный** (от 2 до 6 мес.).

### **Клиника**

Основная жалоба — боль:

- интенсивная, продолжительная (более 15–20 мин) боль за грудиной с иррадиацией в левое (иногда и в правое) плечо, предплечье, лопатку, шею, нижнюю челюсть, надчревную область,
- нарушения сердечного ритма и проводимости,
- нестабильность артериального давления,
- реакция на прием нитроглицерина неполная или отсутствует.

### **Объективно:**

- бледность кожных покровов,
- похолодание конечностей,

- тоны сердца приглушены или глухие (особенно 1-й тон),
- возможны нарушения сердечного ритма по типу экстрасистолии, мерцательной аритмии,
- АД систолическое снижается, пульсовое уменьшается.

На 2–3-й день заболевания температура тела больного повышается до 37–38 °С и держится до 7 дней.

**В анализе крови:** в первые дни появляется лейкоцитоз, к концу недели количество лейкоцитов восстанавливается, но в это время повышается СОЭ (симптом перекреста), которое нормализуется к 4-й неделе.

**При биохимическом исследовании крови:**

- наибольший подъем активности ферментов проявляется к концу первых суток.

Но основным в диагностике инфаркта миокарда является ЭКГ:

- формирование зубца Q указывает на формирование зоны некроза,
- интервал ST становится дугообразным, указывает на зону повреждения,
- отрицательный T указывает на зону ишемии.

---

**• Нормальная ЭКГ не исключает наличия инфаркта миокарда!**

---

В лечении инфаркта миокарда выделяют несколько этапов:

- догоспитальный,
- период лечения в палате интенсивной терапии,
- лечение в кардиологическом отделении,
- лечение в кардиологическом санатории,
- лечение в условиях поликлиники.

**Атипичные формы инфаркта миокарда:**

- астматическая (сердечная астма, отек легких),
- аритмическая (обморок, внезапная смерть),
- цереброваскулярная (острая неврологическая симптоматика),
- абдоминальная (боль в надчревной области, тошнота, рвота),
- малосимптомная (неопределенные ощущения в грудной клетке, переходящая неврологическая симптоматика).

**Первая помощь:**

- физический и эмоциональный покой;

- кислородотерапия;
- нитроглицерин — таблетки или аэрозоль — по 0,4–0,5 мг сублингвально, повторно через 3 мин (до исчезновения боли в сердце или появления головной боли или гипотензии);
- морфин — до 1,0 мл внутривенно через каждые 15 мин до купирования болевого приступа или появления осложнений (тошноты, рвоты, брадикардии, гипотонии, которую устраняют введением атропина);
- нейролептаналгезия: фентанил — 2,0 мл или промедол — 1,0–2,0 мл с раствором дроперидола 0,25% 1,0–2,0 мл, развести в 10 мл изотонического раствора натрия хлорида внутривенно медленно, начало эффекта — через 3–5 мин.

#### При недостаточной аналгезии:

- анальгин 50% 2,0 мл с раствором димедрола 0,1% 1,0 мл внутримышечно;
- стрептокиназа — 1 500 000 ЕД внутривенно капельно в 100,0 мл 0,9% раствора натрия хлорида в течение 30–60 мин (эффективно в первые 1–12 ч) после струйного внутривенного введения 30 мг преднизолона;
- гепарин — 5000 ЕД внутривенно струйно, затем внутривенно капельно (100 ЕД/ч);
- ацетилсалициловая кислота — 0,25 г разжевать.

#### При угрозе нарушения сердечного ритма:

- лидокаин — 1 мг/кг внутривенно и до 5 мг/кг внутримышечно;
- анаприлин — 20–40 мг сублингвально при непереносимости лидокаина;
- или магния сульфат 25% 10,0 мл внутривенно медленно;
- реополиглюкин — 400,0 мл внутривенно капельно.

#### Тактика

Госпитализировать после возможной стабилизации состояния в палату интенсивной терапии кардиологического отделения.

Транспортировка — лежа на носилках.

## СЕРДЕЧНАЯ АСТМА

«Астма» в переводе с греческого языка означает удушье.

Приступ удушья при сердечной астме обусловлен острым застоем крови в легочных сосудах вследствие затруднения оттока из левого желудочка сердца.

Сердечная астма — патологическое состояние, при котором резко снижается насосная функция сердца, вследствие:

- увеличения объема циркулирующей крови,
- повышения артериального давления,
- снижения сократительной функции миокарда.

Часто отеку легких предшествует сердечная астма.

### **Предрасполагающие факторы:**

- сужение левого атриовентрикулярного отверстия (митральный стеноз),
- обширный кардиосклероз,
- острый инфаркт миокарда,
- аневризма левого желудочка,
- гипертонические кризы, сопровождающиеся перенапряжением миокарда левого желудочка.

Вследствие застоя крови и увеличения давления в легочных капиллярах развивается интерстициальный отек легких, нарушающий газообмен в альвеолах и проходимость бронхиол, с чем связано возникновение одышки.

В некоторых случаях нарушение дыхания усугубляется рефлекторным бронхоспазмом.

Возникновение сердечной астмы в дневное время обычно связано с выраженной физической или психоэмоциональной перегрузкой, повышением АД, приступом стенокардии, перед началом приступа больные обычно ощущают стеснение в груди, сердцебиение.

Приступ сердечной астмы в ночное время встречается чаще. Как правило, больной просыпается от ощущения нехватки воздуха, появления сухого кашля, чувства страха.

### **Клиника:**

- положение больного ортопноэ (сидя с опущенными ногами), при таком положении тела одышка уменьшается,
- число дыханий достигает 30 и более в минуту,
- одышка смешанного характера в покое,
- приступ удушья,
- кашель с выделением пенистой мокроты, иногда с розовым окрашиванием,
- акроцианоз кончиков ушей, кончика носа, пальцев рук и ног.

**Аускультативно:**

— выслушиваются влажные хрипы, симметрично расположенные с локализацией в нижних отделах легких. В последующем может развиваться картина альвеолярного отека легких с резким нарастанием одышки.

При выслушивании сердца определяются изменения, характерные для основного заболевания:

- митрального порока сердца (систолический шум на верхушке сердца),
- инфаркта миокарда (глухие тоны сердца, снижение пульсового и систолического АД),
- гипертонической болезни (акцент II тона над аортой, резкий подъем АД),
- отмечается тахикардия, при мерцательной аритмии дефицит пульса,
- «холодный» акроцианоз.

Дифференциальную диагностику проводят с бронхиальной астмой (табл. 1).

Таблица 1

### Дифференциальная диагностика сердечной и бронхиальной астмы

Признак	Бронхиальная астма	Сердечная астма
Анамнез	Легочная патология	Заболевание сердца
Одышка	Экспираторная	Смешанная
Мокрота	Вязкая, трудноотделяемая, «стекловидная», тонет в воде	Пенистая «розовая», плавают над водой
Цианоз	Диффузный теплый	Холодный акроцианоз
Хрипы	Сухие свистящие на всем протяжении	Влажные, крепитация в нижних отделах легких

**Первая помощь при проявлении сердечной астмы:**

1. Усадить в положение с опущенными ногами.
2. Наложить жгуты на три конечности.
3. Дать увлажненный кислород.
4. Лазикс — 2,0 мл внутривенно.
5. Таблетка нитроглицерина под язык.
6. Гепарин — 5000 ЕД, растворив в 10,0 мл физиологического раствора 0,9% натрия хлорида внутривенно.

7. Морфин — 1,0 мл 1% раствора в/в или в/м.

8. Патогенетическая терапия:

1) При гипертоническом кризе показано дополнительное введение:

— клофелина 1,0 мл внутривенно на физиологическом растворе натрия хлорида,

— реланиума 2,0 мл внутримышечно,

— эуфиллина 2,4% раствора внутривенно при бронхоспазме.

2) При митральном пороке сердца дополнительное введение:

— строфантина 0,05% 1,0 мл внутривенно на физиологическом растворе натрия хлорида.

3) При остром инфаркте миокарда — тактика и лечение инфаркта миокарда.

Сердечные гликозиды при инфаркте миокарда противопоказаны, так как они, усиливая сократительную способность миокарда, увеличивают зону некроза.

## АЛЬВЕОЛЯРНЫЙ ОТЕК ЛЕГКИХ

Проявляется как острая сердечная недостаточность левожелудочкового типа. Отеку легких предшествует сердечная астма.

Альвеолярный отек легких является осложнением таких заболеваний, как:

— гипертонический криз,

— инфаркт миокарда,

— митральный порок сердца с преобладанием стеноза.

### Классификация:

1. **Интерстициальный отек легких** — начальная степень острой левожелудочковой недостаточности, описывается как сердечная астма.

2. **Альвеолярный отек легких.**

### Клиника:

— одышка,

— смешанная одышка, усиливающаяся в положении лежа,

— положение больного ортопноэ,

— тахикардия,

— акроцианоз,

— «клокочущее» дыхание,



— кашель с выделением пенистой розовой мокроты.

### **Аускультативно**

Влажные хрипы вначале в нижних отделах легких, затем над всей поверхностью легких.

### **Первая помощь:**

- пеногасители — антифомсилан или ингаляция кислорода, пропущенного через 96° спирт,
- морфин — 1,0 мл внутривенно струйно,
- гепарин — 5000 ЕД внутривенно струйно,
- лазикс — до 6,0 мл внутривенно струйно,
- нитроглицерин — сублингвально или внутривенно капельно.

### **При артериальной гипертензии дополнительно:**

- усадить с опущенными ногами,
- пентамин — до 50 мг внутривенно капельно или
- клофелин 0,01% 0,5–2,0 мл на 10,0 мл 9% физиологического раствора натрия хлорида в течение 3–5 мин внутривенно струйно.

### **При выраженной артериальной гипотензии:**

- уложить с приподнятым головным концом,
- дофамин — 200 мг в 400,0 мл 5% раствора глюкозы внутривенно медленно капельно, до стабилизации артериального давления на минимально возможном уровне,
- если повышение артериального давления сопровождается усилением отека легких, дополнительно нитроглицерин внутривенно капельно.

При бронхоспазме возможно применение 10,0 мл 2,4% эуфиллина внутривенно струйно.

### **Критерии купирования отека легких:**

- исчезновение пенистой мокроты,
- уменьшение одышки и цианоза,
- исчезновение влажных хрипов по всей поверхности легких.

### **Тактика**

Госпитализировать в реанимационное отделение или в палату интенсивной терапии кардиологического отделения.

Транспортировка: лежа на носилках с высоко приподнятым головным концом или сидя на носилках на фоне продолжающейся оксигенотерапии.

## КАРДИОГЕННЫЙ ШОК

Кардиогенный шок — одно из тяжелейших осложнений инфаркта миокарда, которое возникает при резком снижении сократительной функции мышцы сердца.

### Факторы риска:

- пожилой возраст,
- трансмуральный инфаркт миокарда,
- повторные инфаркты в анамнезе,
- сахарный диабет.

### Классификация (по Е. И. Чазову):

- 1) рефлекторный (болевой коллапс),
- 2) аритмический,
- 3) истинный кардиогенный шок,
- 4) ареактивный.

### РЕФЛЕКТОРНАЯ ФОРМА ШОКА (болевой коллапс)

#### Клиника:

- АД систолическое около 90–100 мм рт. ст.,
- брадикардия, пульс менее 60 уд./мин,
- выраженный болевой синдром.

### АРИТМИЧЕСКИЙ ШОК

#### Клиника:

- болевой синдром,
- клиника отека легких,
- желудочковые аритмии.

### ИСТИННЫЙ КАРДИОГЕННЫЙ ШОК

#### Клиника:

- АД систолическое менее 80–90 мм рт. ст.,
- пульсовое давление снижено, ниже 20 мм рт. ст.,
- олиго-, анурия (диурез ниже 20 мл/ч),
- нарушение микроциркуляции: бледная, влажная, цианотичная кожа, спавшиеся вены, холодные конечности,

- энцефалопатия за счет гипоксии (нарушение сознания от легкой заторможенности до комы),
- клиника отека легких,
- выраженное снижение артериального давления в сочетании с признаками нарушения кровоснабжения органов и тканей.

---

• **Основная цель проводимой терапии — повышение артериального давления!**

---

### **Первая помощь:**

- уложить с приподнятыми под углом  $20^\circ$  нижними конечностями,
- оксигенотерапия,
- при ангинозной боли — полноценное обезболивание,
- гепарин — 5000 ЕД внутривенно струйно,
- аспирин — 0,25 г разжевать и проглотить,
- 200,0 мл 0,9% раствора натрия хлорида внутривенно капельно за 10 мин,
- дофамин — 200 мг в 400,0 мл реополиглюкина или 5% раствора глюкозы внутривенно капельно.

### **При отсутствии эффекта — дополнительно:**

- норадреналин — 2,0–4,0 мл, в 400,0 мл 5% раствора глюкозы внутривенно капельно,
- тромболитическая терапия.

### **При развитии аритмического шока дополнительно:**

- АТФ — 2,0 мл внутривенно,
- верапамил — 5–10 мг внутривенно или при отсутствии эффекта через 5 мин:
- кордарон — 3,0 мл 5% раствора внутривенно.

### **Тактика**

Госпитализировать в реанимационное отделение стационара или палату интенсивной терапии кардиологического отделения  
Транспортировка: лежа на носилках с приподнятым головным концом.

---

• **Кортикостероидные гормоны при истинном кардиогенном шоке не показаны!**

---

## ГИПЕРТОНИЧЕСКИЕ КРИЗЫ

**ГИПЕРТОНИЧЕСКИЙ КРИЗ** — клинический синдром, обусловленный внезапным и значительным повышением систолического или диастолического артериального давления, при котором резко нарушается кровообращение в органах-мишенях.

Гипертонический криз — осложнение гипертонической болезни или симптоматической гипертензии.

**АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ** — состояние, при котором систолическое давление составляет 140 мм рт. ст. и выше, а диастолическое АД 90 мм рт. ст. и выше.

При отсутствии явной причины гипертензии она называется первичной, эссенциальной или гипертонической болезнью.

Если удастся выявить причины артериальной гипертензии, то ее называют вторичной, или симптоматической.

Артериальную гипертензию считают злокачественной, если уровень диастолического АД выше 120 мм рт. ст.

Артериальной гипертензией страдает 30% населения.

### Классификация гипертонической болезни (ВОЗ, 1962)

*I стадия* — повышение АД свыше 140/90 мм рт. ст. без органических изменений сердечно-сосудистой системы.

*II стадия* — повышение АД выше 160/95 мм рт. ст. в сочетании с изменениями органов-мишеней (сердце, почки, головной мозг, сосуды глазного дна), обусловленными артериальной гипертензией, но без нарушения их функций.

*III стадия* — артериальная гипертензия, сочетающаяся с поражением органов-мишеней (сердце, почки, головной мозг, глазное дно), с нарушением их функций.

**Органы-мишени:** сердце, почки, головной мозг, сосуды.

**Поражение сердца при артериальной гипертензии может проявляться:**

- гипертрофией левого желудочка,
- стенокардией,
- инфарктом миокарда,
- сердечной недостаточностью,
- внезапной сердечной смертью.

**Поражение головного мозга при артериальной гипертензии проявляется:**

- тромбозами,
- кровоизлияниями,
- энцефалопатией.

**Поражение почек при артериальной гипертензии проявляется:**

- альбуминурией,
- протеинурией,
- хронической почечной недостаточностью.

**Поражение сосудов при артериальной гипертензии проявляется:**

- вовлечением в процесс сосудов сетчатки глаз с последующим снижением зрения вплоть до слепоты,
- вовлечением в процесс аорты с последующим развитием аневризмы, которая приводит к смертельному исходу заболевания.

---

**• Диагноз гипертонической болезни устанавливают только методом исключения вторичных артериальных гипертензий.**

---

**Артериальные гипертензии возникают:**

- при почечной патологии, такой как гломерулонефрит, пиелонефрит, опухоль почки, киста почки;
- при эндокринной патологии, такой как феохромоцитома, гипертиреоз;
- при употреблении лекарственных препаратов, таких как адреномиметики, пероральные контрацептивы, нестероидные противовоспалительные средства, антидепрессанты, глюкокортикоиды.

**Осложнение гипертонической болезни — гипертонический криз**

**Клиника:**

Повышение артериального давления, чаще резкое, за короткий промежуток времени сопровождается:

- головной болью,
- головокружением,
- мельканием «мушек» перед глазами, снижением остроты зрения,

- парестезиями,
- тошнотой, рвотой,
- слабостью в конечностях,
- преходящими гемипарезами,
- афазией,
- болями в области сердца,
- диплопией.

Могут быть:

- отеки на ногах,
- одышка в покое,
- застойные хрипы в легких.

**Аускультативно:**

- тоны сердца громкие,
- акцент 2-го тона над аортой,
- резкое повышение АД.

**Классификация (по Кушаковскому М. С., 1983):**

**Типы кризов: нейровегетативный, водно-солевой, судорожный.**

*При нейровегетативном кризе (криз I типа, адреналовый):*

- внезапное начало,
- возбуждение,
- гиперемия и влажность кожи,
- тахикардия,
- учащенное и обильное мочеиспускание.

Преимущественное повышение систолического давления с увеличением пульсового. Чаще бывает у мужчин молодого возраста.

*При водно-солевой форме криза (криз II типа, норадреналовый):*

- постепенное начало,
- сонливость,
- адинамия,
- дезориентированность,
- бледность и одутловатость лица, отечность.

Преимущественное повышение диастолического давления с уменьшением пульсового давления, боли в области сердца. Чаще криз возникает у полных женщин или в климактерическом периоде.

*При судорожной форме криза:*

- пульсирующая, распирающая головная боль,
- психомоторное возбуждение,
- многократная рвота,
- нарушение зрения,
- потеря сознания,
- клинико-тонические судороги,
- АД резко повышено.

При этом варианте криза, носящего вазоспастический характер, возможны такие осложнения, как кровоизлияния в сетчатку глаза, отек легких, расслаивающаяся аневризма аорты.

### **Первая помощь:**

*1. Нейровегетативная форма криза:*

- 1) нифедипин — по 10 мг под язык,
- 2) клофелин — 0,01% раствор 1,0 мл внутривенно медленно в течение 5 мин на 20,0 мл физиологического раствора натрия хлорида,
- 3) лазикс — 2,0–4,0 мл внутривенно,
- 4) реланиум — 2,0 мл внутримышечно или внутривенно или дроперидол 1,0–2,0 мл внутривенно медленно,
- 5) при сохраняющейся тахикардии — анаприлин — 1 (40 мг) таблетка под язык или внутрь.

*2. Водно-солевая форма криза:*

- 1) лазикс — 2,0–4,0 мл внутривенно,
- 2) нифедипин — по 10 мг сублингвально или каптоприл 25 мг под язык или внутрь,
- 3) клофелин — 0,01% раствор 1,0 мл внутривенно медленно в течение 5 мин на 20,0 мл физиологического раствора натрия хлорида,
- 4) эуфиллин — 2,4% — 20,0 мл внутривенно.

*3. Судорожная форма криза:*

- 1) реланиум — 2,0 мл внутривенно медленно до устранения судорог,
- 2) натрия нитропруссид — внутривенно капельно или пентамин,
- 3) магния сульфат 25% раствор 10,0 мл внутривенно очень медленно,

4) лазикс — 4,0 мл внутривенно.

Состояния, при которых необходимо снизить АД в течение 1 ч:

- расслаивающая аневризма аорты,
- острая сердечная недостаточность,
- инфаркт миокарда,
- нестабильная стенокардия,
- тяжелое носовое кровотечение,
- внутричерепное кровоизлияние,
- энцефалопатия,
- травма черепа,
- эклампсия, послеоперационные кровотечения из швов.

### Тактика

1. Добиваться снижения АД при кризе на 20%, не более.
2. Госпитализировать после возможной стабилизации состояния.

Транспортировка: лежа на носилках с приподнятым головным концом.

**ОСЛОЖНЕНИЯ:** носовое кровотечение, отек легких, острое нарушение мозгового кровообращения (инсульт).

## ТРОМБОЭМБОЛИЯ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) — закрытие просвета основного ствола или ветвей легочной артерии тромбом, приводящее к резкому снижению кровотока в легких. Возникает 1 случай ТЭЛА на 100 тыс. населения в год.

### Факторы риска:

- тромбофлебит сосудов нижних конечностей,
- операции на органах малого таза,
- травмы,
- мерцательная аритмия,
- онкологические заболевания,
- патологии беременности и послеродовый период,
- больные с недостаточностью кровообращения, длительно находящиеся на строгом постельном режиме,
- пожилой возраст,
- ожирение,
- прием гормональных контрацептивов.



При тромбоэмболии артерий большого круга кровообращения тромбы происходят из левого желудочка, а при тромбоэмболии легочной артерии — вен нижних конечностей. Наиболее часто ТЭЛА обусловлена пристеночным тромбом.

### **Классификация:**

1. Тромбоэмболия мелких ветвей легочной артерии.
2. Тромбоэмболия крупных ветвей легочной артерии.

### **Клиника:**

- начало острое,
- сильная боль в грудной клетке,
- внезапная одышка,
- артериальная гипотензия,
- тахикардия,
- кашель,
- кровохарканье.

На 2–3-и сутки развивается лихорадка.

При ТЭЛА крупных ветвей:

- резкая остановка дыхания,
- отсутствие пульса на крупных сосудах,
- АД не определяется,
- выраженный цианоз верхних отделов туловища.

Выделяют несколько вариантов проявления заболевания:

1. Молниеносная форма — внезапная смерть, наблюдаемая при ТЭЛА легочного ствола.
2. Синдром острой дыхательной недостаточности, проявляющийся:
  - резкой одышкой до 60 дыхательных движений в минуту,
  - цианозом,
  - кашлем с выделением мокроты.
3. Синдром острого «легочного» сердца, характеризуется:
  - внезапно появившейся тахикардией,
  - появлением ритма галопа,
  - систолического шума и акцента 2-го тона над легочными артериями,
  - появлением акроцианоза и набуханием шейных вен.
4. Абдоминальный синдром, при котором наблюдаются:
  - тошнота, рвота,
  - боль в правом подреберье за счет увеличения печени.

5. Синдром острой сосудистой недостаточности, проявляющийся:
  - длительной олигурией и
  - явлениями коллапса.
6. Синдром острой коронарной недостаточности, клиническими проявлениями которого являются боли в области сердца и признаки ишемии миокарда на ЭКГ.
7. Церебральный синдром, характеризующийся внезапным головокружением, слабостью, иногда судорогами или кратковременной потерей сознания.

### Диагностика

Сочетание признаков:

- боль в груди,
- одышка,
- кровохарканье.

Рентгенологически может определяться характерная треугольная тень при инфаркте легкого.

### Первая помощь

При прекращении кровообращения — сердечно-легочная реанимация: ИВЛ и непрямой массаж сердца.

При выраженной артериальной гипотензии:

- 1) оксигенотерапия,
- 2) наркотические анальгетики — промедол 1,0 мл 1% раствора или омнопон 1% 1,0 мл внутривенно,
- 3) норадреналин — 1,0 мл в 400,0 мл 5% раствора глюкозы внутривенно капельно, до стабилизации артериального давления,
- 4) реополиглюкин — 400,0 мл внутривенно капельно,
- 5) гепарин — 5000 ЕД внутривенно, преднизолон 30 мг внутривенно,
- 6) стрептокиназа — 250 000 ЕД внутривенно капельно за 30 мин, затем 1 250 000 ЕД капельно со скоростью 100 000 ЕД/ч,
- 7) ацетилсалициловая кислота — 0,25 г внутрь (при сохраненном сознании у больного),
- 8) зуфиллин — 10,0 мл 2,4 % раствора внутривенно.

### Тактика

Госпитализировать после возможной стабилизации состояния в реанимационное отделение стационара.

Транспортировка: лежа на носилках с опущенным головным концом.

## АРИТМИИ

Аритмии сердца — нарушение ритма сердечных сокращений. «Аритмия» в переводе с греческого — отсутствие ритма.

### Этиология

Аритмии возникают при:

- нарушении выработки импульса возбуждения сердца в синусовом узле,
- при нарушении проведения импульса по предсердиям, от предсердий к желудочкам,
- при появлении в сердечной мышце дополнительных очагов образования импульсов возбуждения.

В норме импульсы вырабатываются в синусовом узле через равные промежутки времени от 60 до 80 в 1 мин:

- учащение синусовых сокращений более 80 в 1 мин называется синусовой тахикардией,
- урежение сокращений менее 60 в 1 мин называется синусовой брадикардией.

### Классификация:

#### 1. СИНУСОВЫЕ АРИТМИИ

Синусовые аритмии делятся на:

*1. Синусовую тахикардию, которая возникает при повышении возбудимости синусового узла. Число сердечных сокращений может достигать от 90 до 120 в 1 мин.*

Синусовая тахикардия появляется при приеме пищи, физических и эмоциональных напряжениях, при повышении температуры тела на 1 °С свыше 37 °С, число сердечных сокращений увеличивается на 10 ударов.

Синусовая тахикардия возникает при неврозах, инфекциях, интоксикациях, тиреотоксикозе.

На ЭКГ лишь укорочение интервала Т-Р.

*2. Синусовую брадикардию, которая связана с понижением возбудимости синусового узла.*

Число сердечных сокращений снижается до 40 и менее ударов в 1 мин. Может быть при опухоли, отеке мозга, кровоизлиянии в мозг. Кроме того, синусовая брадикардия наблюдается при желтухе, брюшном тифе, микседеме, отравлении свинцом, хином, никотином, сердечными гликозидами.

Резкая брадикардия, менее 40 уд./мин, может вызвать головокружение и потерю сознания.

*На ЭКГ возрастает интервал Т-Р.*

## 2. ЭКТОПИЧЕСКИЕ АРИТМИИ

На любом участке проведения импульса может возникнуть дополнительный очаг возбуждения, способный вызвать преждевременное сокращение сердца. Такое состояние называется экстрасистолией.

### ЭКСТРАСИСТОЛИЯ

Экстрасистолия — это внеочередное сокращение сердца.

#### Классификация:

- предсердные экстрасистолы,
- желудочковые экстрасистолы.

Экстрасистолия может наблюдаться при:

- ишемической болезни сердца,
- пороках сердца,
- миокардитах,
- тиреотоксикозе,
- климаксе.

#### Объективно:

- больные ощущают перебои в области сердца.

*При аускультации слышен характерный громкий преждевременно появившийся первый тон.*

*На ЭКГ при предсердной экстрасистолии:*

1. Преждевременное появление предсердного комплекса.
2. Деформация зубца Р и наслаение его на Т.

*На ЭКГ при желудочковой экстрасистолии:*

1. Преждевременное появление желудочкового комплекса.
2. Отсутствие зубца Р.
3. Деформация комплекса QRS.
4. Зубец Т увеличен и направлен в противоположную сторону зубцу QRS.
5. Появление «компенсаторной паузы», удлинение Т-Р.

## ПАРОКСИЗМАЛЬНАЯ ТАХИКАРДИЯ

— внезапное, резкое учащение сердечбиений до 200 и более уд./мин при сохранении их ритмичности.

### Клиника:

- ощущение удара в области сердца,
- чувство «распирания» в груди,
- головокружение или кратковременная потеря сознания.

Продолжительность приступа от нескольких секунд до нескольких дней. Прекращается приступ так же внезапно, как и начинается. Иногда этот приступ можно прекратить при надавливании на глазное яблоко или область одной сонной артерии, или при натуживании и вызывании рвоты.

*На ЭКГ.* Частые сердечные сокращения, R-R укорочены, P наслаивается на волны T предшествующего цикла.

## МЕРЦАТЕЛЬНАЯ АРИТМИЯ

Расстройство ритма, при котором предсердия сокращаются не полностью, а отдельными мышечными волокнами, импульсы к желудочкам поступают беспорядочно, и лишь некоторые из них вызывают сокращения сердца неодинаковой силы через неравные промежутки времени.

Наблюдается мерцательная аритмия при:

- митральном стенозе,
- тиреотоксикозе,
- миокардите.

Мерцательная аритмия может быть постоянно или в виде приступов.

*На ЭКГ.* Частые сердечные сокращения с разными по продолжительности интервалами R-R и исчезновение зубца P.

## БЛОКАДА СЕРДЦА

Блокада сердца — это расстройство ритма, связанное с нарушением проведения импульса от предсердий к желудочкам (атриовентрикулярная блокада) или по пучку Гиса (внутрижелудочковая блокада). Наблюдаются при:

- ревматизме,
- миокардите,
- отравлении гликозидами.

Атриовентрикулярная блокада может быть частичной и полной.

При полной блокаде все импульсы из синусового узла не доходят к желудочкам и вызывают лишь сокращения предсердий. В желудочках вырабатываются собственные импульсы 20—40 уд./мин. У таких больных редкий пульс.

### **Аускультативно:**

- сокращения сердца редкие, 20–40 уд./мин,
- приглушенные тоны сердца,
- временами громкий первый тон — «пушечный тон Стражеско» при редком пульсе,
- больной может потерять сознание.

*На ЭКГ.* Комплексы QRS уширены, деформированы, редкие. Зубец Р не связан с QRS.

### **Первая помощь:**

- покой,
- оксигенотерапия,
- изоптин (верапамил) 0,25% 1,0 мл внутривенно на физиологическом растворе натрия хлорида,
- дигоксин 0,025% 1,0 мл внутривенно медленно,
- панангин — 10,0 мл внутривенно,
- АТФ — 2,0 мл внутривенно за 2–3 с.

### **При отсутствии эффекта:**

- кордарон 5% по 3,0 мл каждые 10 мин, но не более 9,0 мл на физиологическом растворе натрия хлорида.

### **При брадиаритмии дополнительно:**

- атропин 0,1% 1,0 мл с 10,0 мл физиологического раствора натрия хлорида до появления эффекта.

### **При отсутствии эффекта:**

- зуфиллин 2,4% 10,0 мл внутривенно медленно или
- дофамин — 100 мг в 200,0 мл физиологического раствора натрия хлорида внутривенно капельно до достижения эффекта, или
- адреналин — 1 мг в 200,0 мл физиологического раствора натрия хлорида внутривенно капельно до достижения эффекта.

### **Тактика**

Госпитализация в кардиологическое отделение стационара.

Транспортировка: лежа на носилках.

## ОСТРАЯ СОСУДИСТАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ

Острая сосудистая недостаточность развивается при нарушении нормального соотношения между емкостью сосудистого русла и объемом циркулирующей крови. Она развивается при уменьшении количества крови в организме (кровопотеря, обезвоживание) или при падении сосудистого тонуса.

Клиническими проявлениями острой сосудистой недостаточности являются обморок, коллапс и шок.

### ОБМОРОК

— острая сосудистая недостаточность, которая проявляется кратковременной потерей сознания, вызванной гипоксией мозга.

Выделяют следующие наиболее частые причины возникновения обморока:

1. Кардиальные (брадиаритмии по типу А—В-блокады II—III степеней с приступами Морганьи—Адамса—Стокса, синдром слабости синусового узла, стеноз устья аорты, недостаточность аортальных клапанов, кардиты).
2. Вазовазальные (артериальная гипотензия, психоэмоциональные перегрузки, пребывание в душном помещении, страх, испуг, болевой синдром).
3. Ортостатические.
4. Цереброваскулярные.
5. Гипогликемические.
6. Гиповолемические.

Предрасполагающие факторы:

- молодой возраст, преимущественно поражаются подростки,
- переутомление,
- волнение,
- испуг,
- нахождение в душном помещении,
- резкая перемена положения из горизонтального в вертикальное.

В клинической картине обморока выделяют три стадии.

Первая стадия — предсинкопальное состояние, или состояние предвестников, проявляется слабостью, мельканием «мушек» перед глазами, шумом в ушах, тошнотой, чувством нехватки воздуха.

Вторая стадия — синкопальное состояние характеризуется кратковременной потерей сознания.

#### **Объективно:**

- больной бледен, покрыт холодным потом,
- конечности холодные,
- пульс слабого наполнения и напряжения,
- артериальное давление снижено,
- сознание отсутствует,
- тоны сердца приглушены,
- дыхание редкое, поверхностное.

Обычно обморок длится от нескольких секунд до 3–5 мин. Характерным является быстрое и полное восстановление сознания, больной полностью ориентируется в окружающем, помнит обстоятельства, предшествующие обмороку.

Клиника третьего (постсинкопального) периода зависит от причины обморока. При артериальной гипотензии сохраняются гипергидроз, снижение АД, головокружение.

После гипогликемического обморока длительно сохраняются сонливость, мышечная слабость, головная боль.

В случае кардиального обморока больного беспокоят боли за грудиной, перебои в работе сердца.

Дифференциальную диагностику обморока проводят с эпилептическим припадком, для которого характерны потеря сознания, сопровождающаяся гиперсаливацией, непроизвольным мочеиспусканием, судорогами. После окончания приступа эпилепсии больной дезориентирован в пространстве и времени. После этого приступа наступает продолжительный сон.

#### **Первая помощь:**

- уложить больного с опущенным головным или приподнятым ножным концом; если уложить не удастся, то усадить с низко опущенной головой,
- обеспечить доступ свежего воздуха, расстегнуть стесняющую одежду,
- сбрызнуть лицо холодной водой или похлопать по щекам,
- дать вдохнуть пары нашатырного спирта,
- ввести подкожно или внутримышечно кордиамина 2,0 мл 25% или 2,0 мл 20% кофеина,



- при гипогликемическом состоянии ввести 20,0 мл 40% глюкозы внутривенно,
- при брадикардии ввести 1,0 мл 0,1% атропина подкожно.

### Тактика

Всех больных, обнаруженных на улице в бессознательном состоянии, после оказания неотложной помощи госпитализировать.

### КОЛЛАПС

Коллапс — это более тяжелое клиническое проявление острой сосудистой недостаточности с резким падением артериального давления и расстройством периферического кровообращения.

### Предрасполагающие факторы:

- инфаркт миокарда (кардиогенный коллапс),
- инфекционные заболевания (инфекционный коллапс),
- отравления (токсический коллапс),
- резкое снижение температуры до критических цифр,
- кровотечение (геморрагический коллапс),
- массивные ушибы, травмы (болевого коллапс),
- нерациональный прием мочегонных и гипотензивных средств,
- гипервентиляция легких,
- плазмопотеря при ожогах (гиповолемический коллапс),
- резкий переход из горизонтального положения в вертикальное (ортостатический коллапс).

### Классификация:

- кардиогенный,
- инфекционный,
- гиповолемический,
- травматический,
- ортостатический,
- гипоксический,
- токсический,
- геморрагический.

Клиническая картина коллапса развивается в период разгара основного заболевания. Общее состояние больного ухудшается, появляются резкая слабость, головокружение, нередко озноб.

Больной вял, адинамичен. В отличие от обморока и шока у больного сознание сохранено.

**Клиника:**

- слабость,
- головокружение,
- зябкость,
- шум в ушах.

**Объективно:**

- больной в сознании, но заторможен,
- кожные покровы бледные,
- лицо землистого цвета, покрыто холодным липким потом,
- температура тела снижена,
- дыхание поверхностное, учащенное,
- пульс слабого наполнения и напряжения,
- артериальное давление снижено (систолическое в пределах 80–60, диастолическое в пределах 40 мм рт. ст.).

**Первая помощь:**

- уложить горизонтально с приподнятыми нижними конечностями,
- согреть больного (укрыть одеялом или согреть грелками),
- ввести 1,0 мл 20% раствора кофеина подкожно,
- оксигенотерапия (увлажненный кислород),
- внутривенно ввести 90 мг преднизолона на физиологическом растворе натрия хлорида,
- внутривенно капельно ввести 400,0 мл реополиглюкина или полиглюкина.

Провести патогенетическую терапию. При геморрагическом коллапсе остановить кровотечение, введя кровоостанавливающие средства:

- викасол — 3,0 мл внутримышечно,
- этамзилат натрия 12,5% — 2,0 мл внутривенно,
- аминокaproновая кислота 5% 50,0 мл внутривенно капельно,
- хлорид кальция — 10,0 мл 10% раствора внутривенно.

При кардиогенном коллапсе — лечение инфаркта миокарда.

При отравлении, ожогах, инфекциях — провести дезинтоксикационную терапию.

## Тактика

При стабилизации состояния больного госпитализировать в соответствующий профиль отделения.

Транспортировка: лежа на носилках.

## ШОК

Шок — тяжелый патологический процесс, остро развивающийся в результате действия на организм экстремальных факторов (тяжелая травма, переливание несовместимой крови и т. д.).

### Классификация:

- гиповолемический,
- травматический,
- ожоговый,
- холодовой,
- кардиогенный,
- гемотрансфузионный,
- гемолитический,
- анафилактический,
- инфекционный,
- септический,
- токсический.

Гиповолемический шок развивается вследствие кровопотери, неукротимой рвоты, диареи, приводящей к потере тканями жидкости и за счет снижения объема циркулирующей крови (ОЦК) к возникновению гипоксии тканей и метаболическому ацидозу.

Различают 4 степени обезвоживания.

Первая степень — потеря жидкости до 3% от массы тела больного, вторая степень — потеря жидкости до 6% от массы тела, третья степень — потеря жидкости до 10% от массы тела, четвертая степень — более 10% от массы тела.

### Клиника:

Различают две фазы шока.

Первая фаза шока называется эректильной.

При травматическом шоке эта фаза короткая и более выражена при ожоговом шоке. Для этой фазы шока характерны:

- возбуждение,
- учащение пульса,
- кратковременное повышение АД.

Вторая фаза называется **торпидной**. Она проявляется:

- заторможенностью или отсутствием сознания,
- резким снижением АД,
- редким поверхностным дыханием,
- учащением пульса слабого наполнения и напряжения,
- бледностью кожных покровов,
- анурией,
- снижением температуры тела.

### **Первая помощь:**

- оксигенотерапия,
- обезболивание 1,0 мл 1% раствора морфина или промедола, или фентанила внутривенно медленно на 10,0 мл физиологического раствора натрия хлорида,
- 1,0 мл 1% димедрола для потенцирования эффекта наркотических анальгетиков,
- 120–150 мг преднизолона внутривенно на физиологическом растворе натрия хлорида,
- дофамин — 5,0 мл 0,5% раствора на 5% растворе глюкозы внутривенно капельно,
- реополиглюкин от 400,0 до 1000,0 мл внутривенно капельно.

И далее в зависимости от происхождения шока — патогенетическая терапия.

### **Тактика**

После стабилизации состояния больного госпитализировать в реанимационное отделение.

Транспортировка: лежа на носилках, с опущенным головным концом.

## **БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА**

Бронхиальная астма — хроническое воспалительное заболевание дыхательных путей, приводящее к повторяющимся приступам удушья.

Альтернативное определение бронхиальной астмы было разработано и одобрено рабочей группой по выработке определения бронхиальной астмы на IV Национальном конгрессе по болезням органов дыхания (Москва, 1994).

Бронхиальная астма — заболевание, в основе которого лежит воспаление дыхательных путей, сопровождающееся изменением чувствительности и реактивности бронхов и проявляющееся приступами удушья, астматическим статусом или при отсутствии таковых дыхательным дискомфортом (приступообразный кашель, одышка, хрипы), сопровождающимся обратимой бронхиальной обструкцией на фоне наследственной предрасположенности к аллергическим заболеваниям, внелегочных признаков аллергии, эозинофилии в крови или в мокроте.

Это определение бронхиальной астмы подтверждает следующее:

- в основе бронхиальной астмы лежит воспаление бронхов, которое может быть аллергическим (воздействие разных групп аллергенов), инфекционным или неврогенным;
- возникновение бронхиальной астмы связано с наследственной предрасположенностью к ней и другим аллергическим заболеваниям;
- течение бронхиальной астмы может проявляться приступами удушья или быть бесприступным;
- бесприступное течение бронхиальной астмы проявляется дыхательным дискомфортом, внелегочными проявлениями аллергии (аллергический ринит, аллергический дерматит, отек Квинке и др.), эозинофилией крови или эозинофилией в мокроте на фоне наследственной предрасположенности к аллергическим заболеваниям;
- для больных бронхиальной астмой характерна полная или частичная обратимость обструкции, наступающая в процессе лечения.

### Классификация:

#### 1. По клиническим формам:

- атопическая (аллергическая) бронхиальная астма,
- неатопическая (инфекционно зависимая, от физических усилий, аспириновая) бронхиальная астма.

#### 2. По тяжести течения приступа:

- **интермиттирующее течение** (приступ удушья реже 1 раза в неделю),
- **легкое персистирующее течение** (приступы удушья более 1 раза в неделю, но не более 1 раза в день),

- персистирующая астма средней тяжести (ежедневные приступы удушья),
- тяжелая персистирующая астма (постоянные приступы по несколько раз в день),
- астматический статус.

### ФОРМА БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ

По форме бронхиальной обструкции выделяют следующие варианты:

- 1) острая бронхоконстрикция вследствие спазма гладких мышц,
- 2) подострая бронхиальная обструкция вследствие отека слизистой оболочки дыхательных путей,
- 3) склеротическая бронхиальная обструкция вследствие склероза стенки бронхов при длительном и тяжелом течении заболевания,
- 4) обтурационная бронхиальная обструкция, обусловленная нарушением отхождения и изменением свойств мокроты, образованием слизистых пробок.

### Факторы риска:

- наследственность,
- контакт с аллергенами,
- триггеры (провокаторы): инфекции дыхательных путей, холодный воздух, физическая нагрузка, прием бета-блокаторов, ацетилсалициловой кислоты, запахи, курение, сопутствующие заболевания.

### Клиника:

- начало острое после контакта с аллергеном,
- приступ пароксизмального кашля с трудноотделяемой мокротой,
- экспираторная одышка,
- приступ удушья.

### Объективно:

- положение больного ортопноэ,
- грудная клетка бочкообразной формы с расширенными межреберными промежутками,
- диффузный цианоз,
- перкуторно в легких коробочный звук,
- аускультативно ослабленное дыхание, сухие свистящие хрипы на всем протяжении.

## АСТМАТИЧЕСКИЙ СТАТУС

приступ удушья с затрудненным выдохом (ЧДД до 40 в 1 мин):

- нарастающая экспираторная одышка в покое,
- акроцианоз,
- повышенная потливость,
- жесткое дыхание с сухими рассеянными хрипами и последующим формированием участков «немого» легкого,
- тахикардия,
- высокое артериальное давление,
- участие в дыхании вспомогательной мускулатуры,
- мучительный, непродуктивный кашель,
- положение ортопноэ.

### Первая помощь:

1. Кислородотерапия: непрерывно инсуфлировать через маску наркозного аппарата или ингалятора кислородно-воздушную смесь с содержанием кислорода не более 30–40%.
2. Инфузионная терапия, направленная на восполнение дефицита ОЦК, устранения гемоконцентрации и дегидратации по гипертоническому типу:
  - внутривенное введение 5% раствора глюкозы,
  - реополиглюкина — 1000,0 мл за 1 ч оказания помощи.Количество реополиглюкина должно составлять 30% от общего объема инфузионных растворов.
3. Эуфиллин 2,4% 10,0 мл внутривенно медленно в течение 5 мин.
4. Преднизолон — 120–180 мг внутривенно,
5. Гепарин — 5000 ЕД внутривенно капельно с одним из плазмозамещающих растворов.

При проведении медикаментозной терапии противопоказаны:

- седативные и антигистаминные средства (угнетают кашлевой рефлекс, усиливают бронхолегочную обструкцию);
- холинолитики (сушат слизистую оболочку, сгущают мокроту);
- муколитические препараты.

### Тактика

Госпитализация больного в реанимационное отделение или палату интенсивной терапии стационара.

Транспортировка: сидя или лежа на носилках с возвышенным головным концом.

## КРОВОХАРКАНИЕ И ЛЕГОЧНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ

Кровохарканье — выделение из дыхательных путей при кашле крови или мокроты с примесью крови из легких до 5,0 мл в течение суток. Выделение крови из легких более 5,0 мл за сутки называется легочным кровотечением.

### Предрасполагающие заболевания:

- туберкулез легких,
- рак легкого,
- абсцесс легкого,
- крупозная пневмония,
- бронхоэктатическая болезнь.

### Клиника:

- выделение алой пенистой крови при кашлевом толчке,
- слабость,
- головокружение,
- бледность кожных покровов,
- снижение АД,
- учащение пульса слабого наполнения и напряжения.

### Первая помощь:

- придать больному полусидячее положение,
- дать проглотить кусочки льда,
- ввести:

- 1) этамзилат натрия 12,5% 3,0 мл на физиологическом растворе натрия хлорида 0,9% 10,0 мл,
- 2) аминокaproновую кислоту 5% 50,0 мл внутривенно капельно,
- 3) викасол 3,0 мл внутримышечно.

### Тактика

Госпитализация в хирургическое отделение стационара.

Транспортировка: в полусидячем положении на носилках.



## НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ В ХИРУРГИИ, НЕВРОЛОГИИ, УРОЛОГИИ И ГИНЕКОЛОГИИ

---

---

### ПЕРЕЛОМЫ

Перелом — нарушение целостности кости, вызванное внешним насильем, превышающим пределы ее прочности.

#### Классификация:

1. Травматические (чаще при дорожно-транспортных происшествиях).
2. Патологические (в измененной патологическим процессом кости перелом возникает при незначительной травме).

Также переломы делят на: закрытые и открытые (с нарушением целостности кожного покрова).

В зависимости от плоскости перелома различают:

- поперечные,
- продольные,
- косые,
- т-образные,
- звездчатые.

#### Клиника:

Для постановки диагноза перелома необходимо учитывать:

1. Обстоятельства травмы (травмогенез).
2. Прямые признаки переломов:

- костная деформация,
- костная крепитация,
- патологическая подвижность,
- укорочение конечности.

### 3. Косвенные признаки переломов:

- боль,
- наличие припухлости (гематомы),
- нарушение функции конечности.

#### **Первая помощь:**

- обезболивание — анальгин 2,0 мл 50% раствора внутримышечно или 1,0 мл 2% промедола подкожно,
- временная остановка кровотечения,
- иммобилизация конечности.

При переломе бедренной и плечевой костей иммобилизация трех суставов.

При переломах костей голени и предплечья — двух суставов.

Применение косыночной повязки или повязки Дезо, шины Крамера.

Транспортировка в травматологическое отделение.

## **ПЕРЕЛОМ ШЕЙКИ БЕДРА**

Наиболее распространенное повреждение в пожилом возрасте.

#### **Клиника:**

- боль в тазобедренном суставе,
- ротация ноги кнаружи — симптом «прилипшей» пятки,
- укорочение конечности.

#### **Первая помощь:**

- обезболивание,
- иммобилизация трех суставов,
- транспортировка: лежа на спине в травматологическое отделение.

## **ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЗВОНОЧНИКА**

Повреждения шейного отдела позвоночника

#### **Первая помощь:**

- обезболивание,
- обязательное фиксирование головы и шеи с помощью шины Крамера или шины «кольце»;

- больного нельзя переводить в сидячее и полусидячее состояние, пытаться наклонить или повернуть голову;
- зафиксировав голову и шею шинированием, перекладывают пострадавшего на носилки-щит.

Транспортировка в травматологическое или нейрохирургическое отделение.

Повреждения грудного и поясничного отделов позвоночника:

- иммобилизацию необходимо проводить на щите непосредственно на месте происшествия,
- обезболивание,
- горизонтальное положение на щите.

Транспортировка в травматологическое отделение.

## ОСЛОЖНЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ

Осложнениями переломов являются:

- кровотечение,
- травматический шок,
- жировая эмболия.

## КРОВОТЕЧЕНИЕ

При открытых переломах костей в результате повреждения сосудов наблюдается наружное кровотечение. При этом количество потерянной крови зависит от тяжести повреждения и срока оказания помощи.

При закрытых переломах кровь изливается в область перелома и окружающие ткани.

Величина кровопотери зависит от локализации перелома: при переломе бедренной кости — 1500,0–2000,0 мл, при переломе костей голени — 600,0–700,0 мл, плечевой кости — 300,0–400,0 мл, костей предплечья — 100,0–200,0 мл.

## ТРАВМАТИЧЕСКИЙ ШОК

Травматический шок — общая тяжелая реакция организма при массивной травме тканей и кровопотере.

Травматический шок протекает в виде двухфазного процесса — эректильная и торпидная фазы.

*Эректильная фаза* характеризуется появлением двигательного и речевого возбуждения. Несмотря на сохранение сознания, больной не может четко ориентироваться в окружающей обстановке. Боль его не беспокоит. Кожные покровы бледные, зрачки умеренно расширены. Артериальное давление повышено, дыхание и пульс учащены. Эта фаза кратковременна и наблюдается не всегда.

*Торпидная фаза* проявляется угнетением жизненно важных функций организма, общей заторможенностью при сохранении сознания, бледностью кожных покровов, падением артериального давления, снижением температуры тела и сухожильных рефлексов. Артериальное давление ниже 100 мм рт. ст., пульс 100 уд./мин, мягкий, ритмичный, дыхание поверхностное, редкое. Температура тела ниже 35 °С.

Различают шок первичный и вторичный.

*Первичный шок* возникает сразу после травмы или спустя 1–2 ч.

*Вторичный шок* возникает спустя 4–24 ч после травмы.

### **Факторы развития шока:**

- боль,
- кровопотеря,
- интоксикация.

В зависимости от тяжести состояния пострадавших различают четыре степени шока.

### **ШОК I СТЕПЕНИ (легкий):**

- легкая заторможенность,
- бледная, холодная кожа,
- положительный симптом «белого пятна»,
- АД — 90–100 мм рт. ст.,
- ЧСС — до 100 уд./мин,
- учащенное дыхание,
- величина кровопотери — 15–25%.

### **ШОК II СТЕПЕНИ (средней степени тяжести):**

- заторможенность,
- кожа бледная, холодная, мраморный рисунок кожи,
- холодные конечности,
- снижение диуреза,

- АД — 70–80 мм рт. ст.,
- ЧСС — 110–120 уд./мин,
- величина кровопотери — 25–35% ОЦК.

### ШОК III СТЕПЕНИ (тяжелой степени тяжести):

- выраженная заторможенность, безразличие к окружающему,
- холодная, бледная с землистым оттенком кожа, заостренные черты лица,
- анурия,
- АД систолическое — 60 мм рт. ст. и ниже, диастолическое АД не определяется,
- ЧСС — 140 уд./мин, пульс слабого наполнения и напряжения,
- величина кровопотери — до 50% ОЦК.

Величину кровопотери определяют также по индексу Альговера (при делении частоты пульса на систолическое АД):

- при значении 1,0 — потеря ОЦК составляет 20–30%,
- при 1,5 — потеря более 30%,
- при 2,0 — потеря ОЦК более 50%.

### ШОК IV СТЕПЕНИ (терминальное состояние) — крайнее угнетение жизненных функций.

В терминальном состоянии целесообразно выделять 3 основных периода:

- 1) **преагональное состояние** — отсутствие пульса на лучевых артериях и сохранение его на бедренных и сонных, АД не определяется;
- 2) **агональное состояние** — присоединение к клиническим проявлениям преагонального состояния нарушения дыхания (Чейна—Стокса) и потери сознания;
- 3) **клиническая смерть** — состояние с момента остановки сердцебиения и дыхания, когда реанимация в первые 3–5 мин может привести к полному восстановлению всех функций организма, а по истечении этого срока возможно восстановление сердечной деятельности и дыхания и только частично — функции центральной нервной системы (декортикация).

### Первая помощь:

- оксигенотерапия,

— временная остановка кровотечения,

— обезболивание:

*1-й вариант.* Внутривенное введение атропина (0,1% раствор — 0,5 мл),

димедрола (1% раствор — 2,0 мл),

седуксена (0,5% раствор — 2,0 мл),

затем медленно кетамин в дозе 10,0 мл 5% раствора.

---

**• При тяжелой черепно-мозговой травме кетамин не вводить!**

---

*2-й вариант.* Внутривенное введение атропина (0,1% раствор 0,5 мл),

седуксена (0,5% раствор — 2,0–3,0 мл) и

трамала (2,0–3,0 мл/кг) или фентанила (0,005% — 2,0 мл).

Функцию снижения болевого синдрома выполняет и транспортная иммобилизация:

— восполнение кровопотери;

— при неопределяемом уровне АД скорость инфузии должна составлять 200,0–500,0 мл с таким расчетом, чтобы в течение 5–7 мин обеспечить определяемый уровень АД.

При продолжающемся внутреннем кровотечении после начала инфузионной терапии — транспортировка в стационар с извещением персонала последнего.

Коллоидные растворы со скоростью 200,0–500,0 мл/мин до появления регистрируемого АД:

— внутривенное струйное вливание среднемолекулярных декстранов — 1500,0 мл. При продолжающемся кровотечении реополиглюкин не вводить — он может усилить кровотечение!

Скорость инфузии при неопределяемом артериальном давлении — 250,0–500,0 мл/мин.

В первые 5–7 мин инфузионной терапии артериальное давление должно определяться.

В дальнейшем скорость инфузии должна быть такой, чтобы поддерживать уровень артериального давления 80–90 мм рт. ст.

При продолжающемся кровотечении артериальное давление выше 90 мм рт. ст. поднимать нельзя!

*Медикаментозная терапия:*

— глюкокортикоидные гормоны — преднизолон до 90–120 мг внутривенно;

— кальция хлорид 10% раствор — 5,0–10,0 мл внутривенно 1 раз;

- вазопрессоры (норадреналин) — 1,0–2,0 мл на 400,0 мл плазмозамещающего раствора внутривенно;
- натрия гидрокарбонат 4–5% раствор 2,0–3,0 мл/кг массы тела.

#### *Кислородотерапия:*

- в первые 15–20 мин — 100% кислород через маску наркотического аппарата или ингалятора, в последующем — кислородно-воздушная смесь с содержанием 40% кислорода.

#### **Тактика**

Срочная госпитализация в реанимационное отделение стационара.

Транспортировка в стационар с продолжением инфузионной терапии. При терминальном состоянии — сердечно-легочная реанимация.

#### **ЖИРОВАЯ ЭМБОЛИЯ**

Жировая эмболия сосудов большого и малого круга кровообращения наблюдается при переломах длинных трубчатых костей, костей таза.

Возникает жировая эмболия при попадании жира в сосудистое русло.

Выделяют три формы жировой эмболии: церебральная, легочная, смешанная.

Церебральная форма жировой эмболии развивается спустя 1–2 суток после перелома.

#### **Клиника:**

У больного на фоне удовлетворительного состояния нарастают:

- беспокойство,
- одышка,
- цианоз,
- повышение температуры тела,
- тахикардия — 100–140 уд./мин,
- сонливость,
- непроизвольное мочеиспускание,
- судороги,
- потеря сознания.

#### **Лечение в стационаре:**

липостабил, эссенциале, контрикал, гордокс, реополиглюкин, гемодез.

## ПНЕВМОТОРАКС

Пневмоторакс — скопление воздуха в плевральной полости вследствие нарушения герметичности легкого или повреждения грудной стенки.

### Классификация:

- **открытый пневмоторакс** (состояние, когда воздух, проникший в полость плевры, свободно сообщается с атмосферным через отверстие в грудной стенке),
- **закрытый пневмоторакс** (состояние, когда поступление воздуха быстро прекращается вследствие закрытия дефекта в паренхиме легкого или в грудной стенке),
- **клапанный пневмоторакс** (состояние, когда воздух во время вдоха всасывается в плевральную полость, а при выдохе не может из нее выйти из-за закрытия дефекта).

В зависимости от причины возникновения пневмоторакс различают:

- **спонтанный** (возникает вторично на фоне хронических патологических процессов в легких),
- **травматический** (возникает при механических повреждениях грудной клетки, ранениях),
- **искусственный** (введение воздуха в плевральную полость с лечебной или диагностической целью).

### ОТКРЫТЫЙ ПНЕВМОТОРАКС

Возникает при проникающих ранениях грудной клетки. При этом типе пневмоторакса плевральная полость свободно сообщается с атмосферным воздухом через открытую рану грудной клетки или через дефект в бронхе. Давление в плевральной полости на стороне поражения становится положительным, легкое спадает и возникает парадоксальное дыхание. При вдохе воздух попадает в здоровое легкое из атмосферы и из спавшего легкого, а при выдохе воздух из здорового легкого попадает в спавшее легкое и раздувает его. В результате нарушается вентиляция легких, развиваются дыхательная и сердечная недостаточность, гипоксия, шок, смещение средостения то в больную, то в здоровую сторону при каждом вдохе и выдохе. Больной может погибнуть от сердечной недостаточности.

### Клиника:

- одышка,
- боль в ране.



**Объективно:**

- наличие раны, из которой при дыхании выделяются с шумом воздух и брызги крови,
- при перкуссии — тимпанический звук,
- при аускультации — исчезновение дыхательных шумов.

**Первая помощь:**

- наложение окклюзионной повязки, герметично закрывающей рану,
- обезболивание наркотическими и ненаркотическими анальгетиками:
- морфин 1% — 1,0 мл внутривенно на физиологическом растворе натрия хлорида 0,9% — 10,0 мл или раствор промедола 1% — 1,0 мл внутривенно,
- аналептики: кофеин 20% раствор — 2,0–4,0 мл внутримышечно,
- трансфузионная терапия:
- реополиглюкин 400,0 мл внутривенно капельно,
- оксигенотерапия.

**Тактика**

Госпитализация в хирургическое отделение стационара.

**КЛАПАННЫЙ ПНЕВМОТОРАКС**

При клапанном пневмотораксе воздух при вдохе проникает через отверстие в ране, а при выдохе не полностью выходит наружу из-за перекрытия отверстия окружающими тканями, образующими клапан. Таким образом, вдыхаемый воздух проникает в плевральную полость при каждом вдохе и лишь частично выходит при выдохе, вследствие чего поступивший воздух сдавливает легкое и крупные сосуды.

В некоторых случаях воздух через клапан поступает только в одном направлении. Напряжение в плевральной полости быстро нарастает, такой вид клапанного пневмоторакса называется **НАПРЯЖЕННЫМ**.

**Клиника:**

- боль в грудной клетке,
- одышка до 40 дыханий в минуту,
- выраженный цианоз лица,
- тахикардия, пульс слабого наполнения и напряжения,
- АД резко снижено, менее 80 мм рт. ст.,

- отсутствие дыхания на пораженной стороне,
- нарастающая подкожная эмфизема,
- тимпанический звук при перкуссии.

### **Первая помощь:**

- срочная пункция плевральной полости толстой иглой Дюфо (на канюлю иглы надевают пластмассовую трубку, а на ее конец — расщепленный на кончике «палец» от резиновой перчатки, который будет играть роль клапана — выпускать воздух из плевральной полости),
- ингаляция кислорода,
- обезболивание:
  - анальгин 50% 2,0 мл с 1,0 мл 1% раствора димедрола внутримышечно,
  - промедол 1% 1,0 мл внутримышечно,
- аналептики: кофеин 20% 2,0 мл или кордиамин — 2,0 мл внутримышечно,
- трансфузионная терапия: реополиглюкин — 400,0 мл внутривенно капельно.

### **Тактика**

Срочная госпитализация в хирургическое отделение стационара.

## **СПОНТАННЫЙ ПНЕВМОТОРАКС**

Обычно бывает закрытым, но иногда становится клапанным, напряженным, причиняющим более тяжелые расстройства дыхательной и сердечно-сосудистой систем. Обычно спонтанный пневмоторакс возникает вследствие разрыва субплевральных кист при физическом напряжении, во время приступа кашля. Спонтанный пневмоторакс может развиваться в любом возрасте.

### **Клиника:**

Если количество воздуха, поступившего в плевральную полость, не превышает 15% ее объема, то жалоб больные не отмечают.

### **Первая помощь:**

При небольшом бессимптомном пневмотораксе воздух всасывается в течение нескольких дней, и легкое расправляется самостоятельно. При таком виде пневмоторакса специального лечения не требуется.

### Тактика

- при открытом пневмотораксе — наложение герметической повязки на рану, госпитализация больного в хирургическое отделение стационара,
- при закрытом и клапанном пневмотораксе — перевести пневмоторакс в открытый, срочно госпитализировать в хирургическое отделение стационара.

Перевод закрытого пневмоторакса в открытый: во второе межреберье по среднеключичной линии по верхнему краю нижележащего ребра ввести иглу Дюфо в плевральную полость, на рану наложить герметическую повязку.

Транспортировка: сидя на носилках или лежа на носилках с приподнятым головным концом.

## ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Хроническое рецидивирующее заболевание, характеризующееся повторным образованием язв в слизистой оболочке желудка и двенадцатиперстной кишки, в основе которого лежит нарушение функций и трофики слизистой оболочки и внедрение в слизистую оболочку *Helicobacter pylori*.

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки является широко распространенным заболеванием. До 12% взрослого населения развитых стран мира страдают этой патологией.

Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки встречается у лиц в возрасте 20–40 лет и у подростков, а язвенная болезнь желудка — в возрасте от 40 до 60 лет.

### Клиника:

- ноющая или схваткообразная боль в эпигастрии или в пилородуоденальной области, которая чаще проявляется на голодный желудок, различают боли «голодные», «ночные», «сезонные»,
- рвота, приносящая облегчение на пике болей,
- отрыжка, изжога наблюдаются при сочетании язвенной болезни с хроническим гастритом,
- ранние боли характерны при язвенной болезни желудка, возникающие через 0,5 ч после приема пищи и уменьшающиеся после рвоты,
- поздние боли характерны для язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, они возникают через 1,5–2 ч после еды, уменьшаются после приема пищи или антацидов,

- «голодные» боли появляются спустя 6–8 ч после приема пищи и уменьшаются после еды,
- «ночные» боли возникают с 12 ч ночи до 3 ч утра, уменьшаются после приема антацидов, молока или после рвоты.

**Объективно:**

- пальпаторно определяется болезненность в эпигастральной области или в правом подреберье,
- умеренное напряжение прямых мышц живота в эпигастральной области наблюдается при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки.

**Первая помощь:**

Альмагель, маалокс — 1 десертная ложка  
(при наличии у больного),  
1,0 мл атропина 1% подкожно,  
2,0 мл но-шпы внутримышечно,  
2,0 мл анальгина 50% внутримышечно.

*На 3-й конференции МААХСТРИХ выработана схема лечения язвенной болезни.*

Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, ассоциированная к хеликобактеру пилори:

Проведение ирадикационной терапии

**терапия первой линии**

(ингибитор протонного насоса омепразол 20 мг 2 раза в день или лансопразол 30 мг)

+ кларитромицин 500 мг

+ амоксициллин 1000 мг или метронидазол 500 мг

2 раза в день в течение 7 дней,

при неэффективности:

**терапия второй линии**

ингибитор протонного насоса (омепрозол 20 мг 2 раза в день)

+ висмута цитрат 120 мг 4 раза в день

+ метронидазол 500 мг 3 раза в день

+ тетрациклин 500 мг 4 раза в день в течение 7 дней,

Дальнейшее лечение 1–1,5 месяца:

— ингибиторы протонного насоса (омепразол 20 мг 2 раза в день),

— блокаторы H<sub>2</sub>-рецепторов гистамина (фамотидин 20 мг 2 раза в день, ранитидин 150 мг 2 раза в день),

— антациды,

— цитопротекторы.

Язвенная болезнь, не ассоциированная к хеликобактеру пилори:

Цель лечения — купирование клинических симптомов и рубцевание язвы. При повышенной секреторной активности показано назначение антисекреторных препаратов.

#### **Осложнения:**

- прободение язвы,
- пенетрация,
- рубцовое сужение,
- кровотечение,
- малигнизация язвы.

#### **ПРОБОДЕНИЕ ЯЗВЫ (перфорация)**

Перфорация язвы — возникновение сквозного дефекта в стенке желудка или кишки с выходом содержимого в свободную брюшную полость.

Различают перфорации язвы свободные и прикрытые. При **прикрытой** перфорации перфоративное отверстие бывает obturated соседним органом (сальник, печень, поджелудочная железа). Чаще наблюдается перфорация в свободную брюшную полость язвы передней стенки двенадцатиперстной кишки, реже — передней стенки тела желудка (чаще пенетрация в печень). Перфорация язв, расположенных на большой кривизне желудка, бывает редко.

#### **Клиника:**

В клиническом течении перфорации условно выделяют три периода: первый — период внезапных острых болей, второй — период «мнимого благополучия», третий — период диффузного перитонита.

*Первый период длится 3–6 ч:*

- внезапная «кинжальная» боль в области эпигастрия,
- кожные покровы бледные, покрытые холодным потом,
- положение больного вынужденное — на спине или на правом боку с приведенными к напряженному животу бедрами,
- брадикардия,
- падение артериального давления,
- живот втянут, имеет ладьевидную форму из-за резкого напряжения мышц брюшной стенки,
- при пальпации:
  - дефанс мышц брюшной стенки,

- резкая болезненность в эпигастрии,
- могут быть положительными симптомы «раздражения» брюшины.

*Второй период, период «мнимого благополучия», наступает через 6 ч от начала заболевания:*

- симптомы заболевания сглаживаются, уменьшаются боли в животе, однако нарастают симптомы перитонита:
- повышается температура тела,
- учащается пульс,
- учащается число дыханий,
- больной становится эйфоричным,
- язык и слизистые оболочки сухие,
- пальпация живота болезненна,
- положительный симптом Щеткина—Блюмберга.

*Третий период, период распространенного перитонита, наступает через 8–12 ч:*

- состояние больного тяжелое,
- температура тела 38–40 °С,
- появляется многократная рвота, пульс учащается, около 120 уд./мин,
- АД снижается,
- черты лица заостряются, лицо напоминает «маску Гипократа»,
- брюшная стенка втянута, напряжена,
- перистальтика отсутствует,
- симптом Щеткина—Блюмберга резко положительный,
- появляется анурия вследствие обезвоживания, наступающего в результате многократной рвоты.

### **Первая помощь:**

- ввести назогастральный зонд,
- холод на область эпигастрия,
- запретить прием пищи и воды,
- 400,0 мл реополиглюкина внутривенно капельно.

**Внимание!** На догоспитальном этапе введение наркотических анальгетиков противопоказано!

### **Тактика**

Экстренная госпитализация в хирургическое отделение стационара.

Транспортировка в положении лежа на боку с согнутыми и приведенными к животу ногами, при развитии шока — с приподнятым головным концом.

## КРОВОТЕЧЕНИЕ

Источником кровотечения у лиц молодого возраста в период обострения является язва двенадцатиперстной кишки, у больных старше 40 лет — язва желудка. Часто перед кровотечением боль усиливается, а с момента начала кровотечения — уменьшается или исчезает (симптом Бергмана).

Для дифференциальной диагностики легочного и желудочного кровотечения можно воспользоваться табл. 2.

Таблица 2

### Дифференциальная диагностика легочного и желудочного кровотечения

Симптом	Легочное кровотечение	Желудочное кровотечение
Анамнез	Легочная патология	Патология желудка и двенадцатиперстной кишки
Характер крови	Пенистая алая	Цвета «кофейной гущи», «дегтеобразный» стул
Причина	Кашель	Рвота
Живот	Безболезнен	Болезнен в эпигастрии
В легких	Влажные хрипы	Везикулярное дыхание

#### Клиника:

- при осмотре привлекают внимание страх и беспокойное поведение больного,
- кровотечение в виде рвоты «кофейной гущей», появление «дегтеобразного» стула,
- головокружение, общая слабость, холодный пот,
- бледность кожных покровов и слизистых оболочек,
- падение артериального давления, тахикардия,
- повторная рвота свидетельствует о продолжающемся кровотечении.

#### Первая помощь:

- пузырь со льдом на живот,
- запрещается прием пищи и воды,
- внутривенно 10,0 мл 10% раствора кальция хлорида,
- внутримышечно 4,0 мл викасола,
- инфузии плазмозамещающих препаратов: вначале внутривенно, затем при АД больше 80 мм рт. ст. — капельно;
- внутривенное введение дицинона 12,5% — 2,0–4,0 мл 5% раствора аминокaproновой кислоты до 50,0 мл внутривенно капельно,
- оксигенотерапия,

- при критической гиповолемии 0,2% раствора норадреналина 2,0 мл или 1,0 мл 1% раствора мезатона в 800,0 мл 5% глюкозы капельно на фоне достаточного восстановления ОЦК.

### **Тактика**

Экстренная госпитализация в хирургическое отделение стационара.

Транспортировка: лежа на носилках, при коллапсе — в положении Тренделенбурга.

### **ПЕНЕТРАЦИЯ ЯЗВЫ**

Пенетрация — прорастание деструктивного язвенного процесса в соседний орган, чаще всего в поджелудочную железу или печень. Появляется клиника панкреатита или холецистита.

#### **Клиника:**

- постоянные интенсивные боли опоясывающего характера при пенетрации язвы в поджелудочную железу,
- иррадиация болей в левую половину грудной клетки, область сердца — характерна для пенетрирующей язвы тела желудка,
- обтурационная желтуха может появиться при пенетрации язвы в головку поджелудочной железы,
- тошнота,
- рвота с примесью желчи,
- повышение температуры тела,
- при пальпации боль в правом и левом подреберье,
- положительные симптомы раздражения брюшины Щеткина—Блюмберга.

#### **Первая помощь и тактика**

Как при перфорации язвенной болезни желудка.

## **ОСТРЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ**

Холецистит — воспалительное заболевание желчного пузыря.

Основные причины развития острого холецистита:

- нарушение оттока желчи,
- расширение стенок пузыря,
- наличие микрофлоры в просвете желчного пузыря.

#### **Классификация:**

- катаральный,
- флегмонозный,
- гангренозный.



**Клиника:****КАТАРАЛЬНЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ:**

- острая боль в правом подреберье, с иррадиацией в правое плечо, правую лопатку,
- повышение температуры тела, озноб,
- тошнота, рвота с примесью желчи.

**Объективно:**

- язык влажный, обложен белым налетом,
- болезненность при пальпации в области желчного пузыря,
- напряжение мышц передней брюшной стенки,
- положительные симптомы Ортнера, Мерфи, Щеткина—Блюмберга,
- при наличии ЖКБ появляются: желтуха, тахикардия.

**ФЛЕГМОНОЗНЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ:**

- интенсивные боли в правом подреберье, усиливающиеся при перемене положения, дыхании, кашле,
- тошнота, многократная рвота,
- высокая температура тела, до 39–40 °С,
- тахикардия, пульс до 100 уд./мин.

**Объективно:**

- живот вздут за счет пареза кишечника,
- при пальпации и перкуссии — резкая болезненность в правом подреберье, напряжение мышц живота,
- положительные симптомы Щеткина—Блюмберга, Мерфи, Ортнера, Мюсси.

**ГАНГРЕНОЗНЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ:**

- состояние тяжелое, больные вялые, заторможенные,
- тахикардия, пульс до 120 уд./мин,
- дыхание учащенное, поверхностное,
- язык сухой,
- живот вздут за счет пареза кишечника, напряжение мышц живота более выражено,
- положительные симптомы раздражения брюшины, Щеткина—Блюмберга.

**Первая помощь:**

- пузырь со льдом на область правого подреберья,
- ввести назогастральный зонд,
- применение спазмолитических препаратов, нитроглицерин — 1 таблетка под язык,

- но-шпа — 2% раствор 2,0–4,0 мл внутримышечно или папаверин — 2% раствор 2,0 мл внутримышечно,
- эуфиллин — 2,4% раствор 5,0 мл в 5% растворе глюкозы 500,0 мл внутривенно капельно,
- атропин — 0,1% раствор 1,0 мл внутримышечно,
- реополиглюкин — 400,0 мл раствора внутривенно капельно,
- антигистаминные препараты:
  - димедрол — 1% раствор 1,0 мл или супрастин — 2% 1,0 мл внутривенно.

### Тактика

Экстренная госпитализация в хирургическое отделение.

## ПРИСТУП ПЕЧЕНОЧНОЙ КОЛИКИ

Желчнокаменная болезнь является распространенным заболеванием, развивающимся у людей в возрасте старше 40 лет, чаще болеют женщины.

### Этиология

Причиной желчнокаменной болезни является наличие камней в желчном пузыре, желчных протоках, состоящих из компонентов желчи: билирубина, холестерина, солей кальция.

### Причины образования камней:

- застой желчи в желчном пузыре и протоках,
- нарушение обмена веществ,
- воспалительные изменения в стенке желчного пузыря.

Желчнокаменная болезнь может протекать бессимптомно. Камни в желчном пузыре чаще обнаруживают при обследовании пациентов по поводу другой патологии брюшной полости.

Наиболее часто желчнокаменная болезнь проявляется печеночной коликой.

## ПРИСТУП ПЕЧЕНОЧНОЙ КОЛИКИ

### Предрасполагающие факторы:

- жирная, острая пища,
- физическая нагрузка,
- тряская езда,
- психоэмоциональное напряжение.

### Клиника:

- резкая приступообразная боль в правом подреберье,

- иррадиация болей в правую лопатку, правое плечо,
- тошнота, рвота с примесью желчи, не приносящая облегчения.

**Объективно:**

- больные беспокойны, мечутся, постоянно меняют положение тела в постели,
- тахикардия до 100 уд./мин,
- язык влажный, обложен беловатым налетом,
- живот вздут, правая половина живота отстает в акте дыхания,
- при пальпации и перкуссии живота определяется резкая болезненность в правом подреберье,
- положительны симптомы Ортнера, Мюсси.

**Первая помощь:****Спазмолитики:**

- но-шпа — 2,0 мл внутримышечно,
- папаверин — 2% 2,0 мл внутримышечно,
- атропин — 0,1% 1,0 мл подкожно,
- баралгин — 5,0 мл внутривенно.

**Тактика**

Госпитализация в хирургическое отделение стационара.

## ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ

Панкреатит — воспалительное заболевание, обусловленное воспалительно-дистрофическим поражением поджелудочной железы. При остром панкреатите затруднен отток секрета поджелудочной железы с внутриорганной активацией протеолитических ферментов и некрозом органа.

Среди неотложных хирургических заболеваний органов брюшной полости острый панкреатит по частоте занимает третье место, уступая лишь острому аппендициту и острому холециститу. В основном поражаются лица в возрасте от 30 до 60 лет. Женщины болеют в 2 раза чаще, чем мужчины.

**Факторы, способствующие развитию панкреатита:**

- язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки,
- желчнокаменная болезнь,
- дуоденит,
- заболевание печени,
- хронический холецистит,

- алкоголизм,
- вирусный гепатит,
- ожирение,
- ранения и травмы живота.

**Классификация:**

- отечная форма (интерстициальная),
- деструктивная (жировой некроз),
- гнойная (гангренозная) форма.

**Клиника:**

- начало острое, внезапное, с появлением резкой интенсивной боли в эпигастральной области,
- боли носят опоясывающий характер,
- рвота повторная, иногда неукротимая, не приносящая облегчения,
- выраженная тахикардия,
- цианоз лица, губ, бледность (мраморность) кожных покровов, липкий пот,
- появляется выраженный парез кишечника,
- положительный симптом Щеткина—Блюмберга,
- напряжение мышц живота, как правило, не выражено,
- могут быть положительными симптомы Воскресенского, Мейо—Робсона,
- может появиться желтушность кожных покровов.

**Первая помощь:**

- ввести назогастральный зонд,
- голод (запретить прием пищи и воды),
- холод на эпигастральную область,
- применение спазмолитических средств:
- нитроглицерин — 1 таблетка под язык,
- но-шпа — 2,0 мл внутримышечно или папаверин 2% 2,0 мл внутримышечно,
- атропин — 0,1% 1,0 мл подкожно,
- раствор натрия хлорида — 0,9% до 400,0 мл или 5% раствор глюкозы до 400,0 мл,
- антигистаминные препараты: димедрол 1% 1,0 мл или супрастин — 2,0 мл в/м,
- апротинин — 500 тыс КИЕ (контрикал, гордокс, трасилол) внутривенно капельно, растворив в 400,0 мл 0,9% раствора натрия хлорида.

**Тактика**

Экстренная госпитализация в хирургическое отделение.

## ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ

Острое воспаление червеобразного отростка слепой кишки.

### Этиология

Возникновение аппендицита обусловлено внедрением в его стенку патогенной микрофлоры.

### Классификация:

#### 1. Неосложненные формы:

- катаральный: простой и поверхностный,
- деструктивный: флегмонозный, гангренозный.

#### 2. Осложненные формы:

- инфильтративный,
- перфоративный.

### Клиника:

- боль вначале по всему животу, затем локализуется в правой подвздошной области,
- тошнота, рвота,
- повышение температуры тела,
- задержка стула.

### Объективно:

- обычно положение больного на спине или на правом боку с приведенными к животу ногами,
- температура повышена, озноб,
- тахикардия,
- язык влажный, при перитоните — сухой,
- живот участвует в акте дыхания, напряжен,
- пальпаторно: боль в правой подвздошной области,
- положительные симптомы:
  - Ситковского (усиление боли при пальпации в положении больного на левом боку),
  - Воскресенского (симптом «рубашки»),
  - Образцова (усиление боли в правой подвздошной области при подъеме правой ноги),
  - Щеткина—Блюмберга (усиление боли при резком отрыве руки от брюшной стенки при пальпации в правой подвздошной области).

### Клиника перфоративного аппендицита:

- резчайшая боль в правой подвздошной области, интенсивность боли постоянно нарастает,
- повторная рвота.

**Объективно:**

- язык сухой, обложен белым налетом,
- «доскообразный» живот,
- перистальтика кишечника не выслушивается,
- температура тела значительно повышается, вплоть до гектической лихорадки,
- симптомы раздражения брюшины положительны.

**Первая помощь:**

на догоспитальном этапе не оказывается.

**Тактика**

Госпитализация в хирургическое отделение стационара.

## ОСТРАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ КИШЕЧНИКА

Острая кишечная непроходимость — заболевание, характеризующееся полным или частичным нарушением прохождения содержимого по желудочно-кишечному тракту.

Чаще поражаются мужчины в возрасте от 30 до 60 лет.

**Классификация:****А. Динамическая кишечная непроходимость:**

- спастический вариант (при отравлении свинцом),
- паралитический вариант (причина — воспалительные заболевания брюшной полости).

**Б. Механическая непроходимость кишечника:**

- обтурационная,
- странгуляционная,
- сочетанная.

При механической непроходимости в зависимости от уровня препятствия различают:

- высокую (тонкокишечную) непроходимость,
- низкую (толстокишечную) непроходимость.

По степени закрытия просвета кишки выделяют:

- полную непроходимость,
- частичную непроходимость.

**А. ДИНАМИЧЕСКАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ**

Характеризуется стойким парезом, параличом или стойким спазмом кишечника.

**Причины:**

- острые воспалительные процессы в брюшной полости (холецистит, панкреатит, аппендицит),
- травмы, операции, интоксикации брюшной полости,
- нарушение кровообращения в органах брюшной полости (тромбозы, инфаркты),
- к *паралитической кишечной непроходимости* могут привести интоксикации, гипокалиемия,
- к *спастической динамической непроходимости* могут привести наличие спаечной болезни, аскаридоз, отравление свинцом.

**Клиника:**

- схваткообразные боли в животе,
- рвота желчью и застойным содержимым,
- отсутствие стула и неотхождение газов.

**Объективно:**

- температура тела повышена,
- тахикардия,
- учащение дыхания,
- язык сухой, покрыт желтым налетом, на языке появляются афты, что указывает на интоксикацию, обезвоживание и наличие перитонита,
- живот вздут, при толстокишечной непроходимости может быть асимметрия живота,
- при глубокой пальпации иногда удается прощупать растянутую в виде баллона петлю кишки (симптом Валя),
- перкуторно — над кишкой слышен тимпанический звук (симптом Кивуля),
- перистальтика в первые часы заболевания слышна на расстоянии (урчание, симптом падающей капли),
- при развитии перитонита перистальтика исчезает — симптом «гробовой тишины».

**Первая помощь:**

- аспирация желудочного содержимого,
- прозерин — 0,05% 1,0 мл внутримышечно,
- но-шпа — 2,0 мл внутримышечно,
- димедрол — 1% 1,0 мл внутримышечно,
- постановка сифонной клизмы.

**Б. МЕХАНИЧЕСКАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ:**

- обтурационная (при обтурации опухолью, спайками, каловыми камнями),
- странгуляционная (сдавление спайками не только просвета кишечника, но и брыжейки).

**Клиника:**

- резкая боль на фоне перистальтики,
- рвота желчью и каловыми массами,
- асимметрия живота.

**Первая помощь:**

- аспирация желудочного содержимого,
- но-шпа — 2,0 мл, папаверин 2% — 2,0 мл внутримышечно,
- сифонная клизма,
- реополиглюкин — 400,0 мл внутривенно капельно.

**Тактика**

При динамической и механической кишечной непроходимости срочная госпитализация больного в хирургическое отделение стационара.

## РАНЕНИЯ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

**Классификация:**

1. Непроникающие,
2. Проникающие.

При доврачебной помощи любые ранения брюшной стенки требуют госпитализации для уточнения диагноза, чтобы исключить проникающее ранение. При проникающем ранении может быть выпадение петли кишки или сальника.

**Первая помощь:**

- обезболивание,
- смазывание краев раны антисептиком,
- стерильный валик-«бублик» у основания выпавшего органа (чтобы не ушел в брюшную полость или не выпал в большем размере),
- влажная стерильная салфетка на выпавший орган,
- фиксирующая повязка,
- застегнуть одежду,
- транспортировка на носилках на боку (профилактика полного выпадения).



## НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ В НЕВРОЛОГИИ

### СУДОРОЖНЫЙ СИНДРОМ. Эпилептический статус

#### Клиника:

- непродолжительная аура (звуковые, световые или обонятельные ощущения),
- внезапное начало.

#### *1-я фаза — тоническая, до 30 с:*

- отсутствие сознания,
- падение на спину,
- остановка дыхания (апноэ),
- бледность кожных покровов,
- напряжение и вытягивание туловища и нижних конечностей.

#### *2-я фаза — судорожная, продолжительностью 1–2 мин:*

- вынужденное положение на спине,
- судороги клонические и тонические,
- цианоз лица и верхней половины туловища,
- смыкание челюстей, прикус языка и выделение пены изо рта,
- отсутствие сознания,
- дыхание нарушено,
- пульс замедлен,
- АД повышено,
- непроизвольное мочеиспускание и дефекация.

#### *3-я фаза — коматозная:*

- отсутствие сознания,
- расслабление мышц,
- зрачки расширены,
- глубокий сон.

#### Первая помощь:

- предупреждение травматизации головы и туловища;
- восстановление проходимости дыхательных путей.

#### 1) Купирование судорожного синдрома:

- диазепам (реланиум, седуксен, сибазон) — 2,0 мл на 10,0 мл 0,9% раствора натрия хлорида внутривенно,
- рогипнол 1,0–2,0 мл внутримышечно;

#### при отсутствии эффекта:

- натрия оксипропионат 20% — 10,0 мл внутривенно на 5–10% растворе глюкозы;

при отсутствии эффекта:

— ингаляционный наркоз закисью азота в смеси с кислородом (2:1).

2) Противоотечная терапия:

— фуросемид (лазикс) — 40 мг на 10,0–20,0 мл 40% раствора глюкозы или 0,9% раствора натрия хлорида внутривенно.

3) Купирование головной боли:

— анальгин — 2,0 мл 50% раствора;

— баралгин — 5,0 мл;

— трамал — 2,0 мл внутривенно или внутримышечно;

— при повышении артериального давления — гипотензивные препараты (клофелин внутривенно, внутримышечно или таблетки сублингвально, дибазол внутривенно или внутримышечно).

### Тактика

После купирования приступа больного оставить на дому, при возникновении приступа на улице — госпитализация в неврологическое отделение.

## СОТРЯСЕНИЯ И УШИБЫ ГОЛОВНОГО МОЗГА

### СОТРЯСЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА

#### Клиника:

- головная боль,
- головокружение,
- тошнота, рвота,
- иногда потеря сознания.

При сотрясении головного мозга неотложная помощь на догоспитальном этапе не требуется.

При избыточном возбуждении:

- внутривенное введение 2,0–4,0 мл 0,5% раствора седуксена (реланиума, сибазона).

#### Тактика

Обязательная транспортировка в стационар (неврологическое отделение).

### УШИБЫ И СДАВЛЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА

1. При развитии терминального состояния:

- сердечно-легочная реанимация,
- внутривенное капельное введение реополиглюкина, кристаллоидных растворов,

- при необходимости дофамин — 200 мг в 400,0 мл 0,9% раствора натрия хлорида,
- глюкокортикоидные гормоны: преднизолон — 90–150 мг.

## 2. При бессознательном состоянии:

- осмотреть и механически очистить полость рта,
- провести прямую ларингоскопию — голову не разгибать!
- стабилизация шейного отдела позвоночника — легкое вытягивание руками.

## 3. При неэффективности самостоятельного дыхания:

- искусственная вентиляция легких.

## 4. При психомоторном возбуждении, судорогах и в качестве премедикации:

- атропин 0,1% раствор — 0,5–1,0 мл подкожно,
- натрия тиопентал — 3–5 мг/кг внутривенно или
- седуксен 0,5% раствор — 2,0–4,0 мл, или
- натрия оксибутират 20% раствор — 15,0–20,0 мл внутривенно.

## 5. При внутричерепном гипертензионном синдроме:

- лазикс 1% — 2,0–4,0 мл внутривенно,
- преднизолон — 120 мг внутривенно,
- искусственная гипервентиляция легких,
- анальгин 50% — 4,0 мл и димедрол 1% — 2,0 мл внутримышечно.

### Тактика

Экстренная госпитализация в многопрофильный стационар, имеющий нейрохирургическое и реанимационное отделения.

## ИНСУЛЬТ

Острое нарушение мозгового кровообращения вследствие тромбоза или спазма сосудов мозга.

### Предрасполагающие факторы:

- атеросклероз сосудов мозга,
- гипертоническая болезнь,
- повышение свертываемости крови, нарушение сердечного ритма по типу мерцательной аритмии,
- перегревание,
- психические и физические сверхнагрузки.

**Классификация:**

- геморрагический инсульт,
- ишемический инсульт,
- отдельно выделяют переходящее нарушение мозгового кровообращения, при котором очаговая симптоматика подвергается регрессу в течение 24 ч.

**ГЕМОМРАГИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ** (кровоизлияние в ткань или желудочки мозга)**Клиника:**

- потеря сознания, падение больного,
- парезы и параличи на стороне, противоположной кровоизлиянию,
- АД вначале повышено, затем снижается,
- дыхание шумное,
- лицо багрового цвета,
- опущение угла рта и сглаженность носогубной складки на стороне паралича,
- снижение тонуса мышц.

**ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ** (нарушение кровообращения участка мозга при тромбозе или спазме сосудов, развивается инфаркт мозга)**Клиника:***Предвестники:*

- головная боль в течение нескольких дней или часов,
- временные зрительные или речевые нарушения,
- кратковременные нарушения чувствительности.

*Ишемический инсульт:*

- сознание отсутствует или сохранено,
- бледность кожных покровов с акроцианозом,
- гемипарезы (на противоположной стороне поражения),
- афазия (при локализации процесса в левом полушарии),
- АД в пределах нормы или слегка повышено.

**Первая помощь:**

- уложить больного на спину, приподняв головной конец, повернуть голову на бок,
- клофелин 0,01% — до 1,0 мл внутримышечно или внутривенно на 0,9% растворе натрия хлорида, дибазол 1% — 4,0 мл внутривенно,
- нифедипин — 10 мг под язык при наличии сознания,

- реланиум — 2,0 мл внутримышечно,
- анальгин 50% — 2,0 мл или баралгин — 5,0 мл внутримышечно или внутривенно медленно,
- зуфиллин 2,4% — 10,0 мл внутривенно в первые часы инсульта.

### Тактика

Госпитализация в неврологическое отделение стационара.

Транспортировка: лежа на носилках. Противопоказанием к транспортировке являются состояние больного в глубокой коме, агональное состояние больного.

## НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ В УРОЛОГИИ И ГИНЕКОЛОГИИ

### ОСТРАЯ ЗАДЕРЖКА МОЧИ

Синдром ишурии, когда образование мочи не нарушено (мочевой пузырь переполнен), а выделение мочи невозможно. (Причины: мочекаменная болезнь, опухоли в малом тазу, поражение ЦНС, рефлекторный спазм сфинктера мочеиспускательного канала.)

### Клиника:

- начало острое,
- моча не выделяется,
- боль в низу живота,
- пальпаторно определяется образование в надлобковой области,
- перкуторно определяется притупление над выпячиванием,
- моча выделяется по капелькам при сильном натуживании или при надавливании над лобком.

### Первая помощь:

- теплая грелка на низ живота,
- но-шпа — 2,0 мл внутримышечно, папаверин 2% — 2,0 мл внутримышечно,
- реланиум — 2,0 мл внутримышечно,
- баралгин — 5,0 мл внутримышечно или медленно внутривенно,
- катетеризация мочевого пузыря мягким катетером.

### Тактика

При неэффективности проводимых мероприятий — госпитализация в урологическое отделение стационара.

## МОЧЕКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ

Хроническое заболевание, характеризующееся нарушением обменных процессов в организме, изменениями в почках и мочевых путях с образованием в них камней.

### Предрасполагающие факторы:

- нарушение водно-солевого обмена и функции эндокринных желез, его регулирующих,
- застой мочи в мочевых путях при нарушении оттока,
- инфекции почек и мочевых путей.

Различают камни: ураты, фосфаты, оксалаты.

Клиническим проявлением мочекаменной болезни является

## ПОЧЕЧНАЯ КОЛИКА.

### Предрасполагающие факторы:

- большое употребление жидкости (арбузы, виноград и т. д.),
- тряская езда,
- выраженная физическая нагрузка.

### Клиника:

- резкая боль в поясничной области, иррадирующая в паховую область, половые органы,
- частые позывы к мочеиспусканию,
- тошнота, рвота,
- повышение температуры тела, озноб,
- повышение АД.

### Объективно:

- больной беспокоен, часто меняет положение тела, «мечется»,
- АД повышено, температура тела повышена,
- кожные покровы бледные,
- отмечается положительный симптом Пастернацкого,
- мочеиспускание частое, небольшими порциями,
- иногда макрогематурия.

### Первая помощь:

- тепло на область поясницы,
- спазмолитики:
  - но-шпа — 2,0 мл внутримышечно,
  - баралгин — 5,0 мл внутримышечно,
  - атропин 0,1% — 1,0 мл подкожно,
  - димедрол 1% — 1,0 мл внутримышечно.

### Тактика

При некупируемом приступе госпитализация больного в урологическое или хирургическое отделение.

## АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ

### Причины:

- самопроизвольный аборт,
- внематочная беременность,
- травмы,
- патологические процессы в матке (миомы, фибромы).

### Клиника:

- выделение крови из половых путей,
- тяжесть и боль в низу живота,
- тахикардия,
- пульс слабого наполнения и напряжения,
- снижение АД,
- бледность кожных покровов.

### Первая помощь:

- положение в постели с опущенным головным концом,
- холод на низ живота,
- этамзилат натрия 12,5% — 2,0 мл внутривенно на физиологическом растворе натрия хлорида,
- аминокaproновая кислота 5% — 50,0 мл внутривенно капельно,
- при угрожающем аборте дополнительно: в ранние сроки беременности
- но-шпа — 2,0 мл внутримышечно, в поздние сроки
  - магния сульфат 25% — 10,0 мл внутримышечно,
  - при гинекологическом кровотечении: сокращающие — окситоцин — 1,0 мл (5 ЕД) внутримышечно.

### Тактика

Срочная госпитализация в гинекологическое отделение стационара.

## ОСТРЫЙ ЖИВОТ В ГИНЕКОЛОГИИ

Причинами «острого живота» у гинекологических больных являются кровотечения в брюшную полость (внематочная беременность, апоплексия яичника, перекрут ножки кистомы, разрыв кистомы, разрыв гнойника придатков). Вся эта патология вызывает у женщин тазовый перитонит — острый пельвиоперитонит. Это ограниченный перитонит, который в некоторых случаях можно лечить консервативно, но при запоздалой помощи он переходит в разлитой перитонит.

*Внематочная беременность.* Это развитие плодного яйца вне полости матки.

**Клиника:**

- боли внезапные внизу живота часто после физической нагрузки,
- боли сильные локальные с иррадиацией в прямую кишку, поясницу, правую надключичную область (Френикум-симптом),
- боли сопровождаются тошнотой и рвотой, головокружением до потери сознания (обморок),
- позывы на дефекацию,
- боли связаны с раздражением брюшины излившейся кровью.

Остальная клиника зависит от величины кровопотери и анемизации больного.

*Острая анемия:*

- 1) тахикардия,
- 2) снижение давления,
- 3) бледность кожи.

В диагнозе помогает анамнез, сведения о задержке менструации. Но отрицание женщиной половой жизни не исключает беременность, так как анамнез может быть ложным.

**Диагностика:**

- синдром Щеткина-Блюмберта (+),
- вздутый живот,
- бледность кожи,
- падение АД.

До осмотра гинеколога диагноз внематочной беременности будет в виде «подозрение на внематочную беременность».

**Первая помощь:**

- холод на низ живота,
- кровоостанавливающие препараты,
- реополиглюкин 400,0 мл/л внутривенно, капельно.

Лечение оперативное.

**Тактика**

Экстренная госпитализация в гинекологическое отделение на носилках.



## НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЛОР-ОРГАНОВ, ОРГАНА ЗРЕНИЯ, ЭНДОКРИННОЙ И АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

---

---

### ОСТРЫЙ СТЕНОЗ ГОРТАНИ

Острое сужение просвета гортани возникает при:

- пороках развития гортани,
- инородных телах в гортани,
- отеке Квинке,
- дифтерии гортани.

#### Клиника:

- сначала: затруднение вдоха, осиплость голоса, «лающий» кашель,
- затем: удушье, цианоз, снижение давления, нитевидный пульс, редкое дыхание, судороги.

#### Первая помощь:

- при отеке Квинке (см. отек Квинке),
- при наличии инородного тела в гортани:
  - 1) метод Хаймлиха,
  - 2) трахеотомия,
- при дифтерии введение преднизолона 90 мг внутривенно на физиологическом растворе натрия хлорида 0,9 % 10,0 мл.

#### Тактика

Срочная госпитализация в лор-отделение стационара.

### НОСОВЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ

#### Предрасполагающие заболевания:

- гипертоническая болезнь,
- травмы и опухоли носа,

- болезни крови,
- инфекционные заболевания.

**Клиника:**

- выделение крови из носа и откашливание из горла,
- рвота темной кровью со сгустками,
- затруднение носового дыхания,
- бледность кожных покровов,
- снижение АД.

**Первая помощь:**

- усадить больного с опущенной головой,
- положить холод на переносицу,
- этамзилат натрия 12,5% — 2,0 мл внутривенно на физиологическом растворе натрия хлорида,
- аскорбиновая кислота — 5,0 мл внутримышечно,
- передняя тампонада носа,
- при повышенном АД ввести гипотензивные препараты.

**Тактика**

Госпитализация в лор-отделение стационара.

## ОСТРЫЙ ПРИСТУП ГЛАУКОМЫ

Приступ глаукомы возникает чаще ночью.

**Предрасполагающие факторы:**

- эмоциональные переживания,
- тяжелая физическая работа,
- переохлаждение или перегревание тела.

**Клиника:**

- резкая боль в глазу, орбите, головная боль,
- отечность век, сужение глазной щели,
- зрачок расширен, не реагирует на свет.

**Первая помощь:**

- фотил (пилокарпин 2% + тимолол 6,5%) по 2 капли в оба глаза каждые 15 мин,
- пилокарпин 2% раствор, по 2 капли в оба глаза,
- анальгин 50% — 2,0 мл внутримышечно,
- димедрол 1% — 1,0 мл внутримышечно,
- диакарб — 1 таблетка или
- лазикс — 2,0 мл внутримышечно.

### Тактика

Срочная госпитализация в офтальмологическое отделение стационара.

## ПРОНИКАЮЩИЕ РАНЕНИЯ ГЛАЗА

Повреждение всей толщи наружной капсулы с возможным введением в полость глазного яблока инородных тел.

### Клиника:

- боль,
- слезотечение,
- светобоязнь,
- снижение зрения,
- изменение формы зрачка,
- наличие инородного тела внутри глазного яблока.

### Первая помощь:

- закапывание в оба глаза раствора дикаина,
- наложение бинокулярной повязки,
- анальгин 50% — 2,0 мл и димедрол 1% — 1,0 мл внутримышечно.

---

### • Инородное тело не удалять!

---

### Тактика

Срочная госпитализация в глазное отделение для хирургического лечения.

## САХАРНЫЙ ДИАБЕТ

Эндокринное заболевание, обусловленное недостатком в организме инсулина. Заболевание характеризуется нарушением всех видов обмена веществ, это синдром хронической гипергликемии.

### Классификация (этиологическая, ВОЗ, 1999):

1. Сахарный диабет 1 типа
  - аутоиммунный
  - идиопатический
2. Сахарный диабет 2 типа
3. Другие специфические типы сахарного диабета
4. Гестационный сахарный диабет (диабет беременной)

*Сахарный диабет 1 типа* — (10–20% больных), возникает в детском или юношеском возрасте, развитие болезни быстрое, течение среднетяжелое или тяжелое, склонность к кетоацидозу, как правило, необходима инсулинотерапия.

*Сахарный диабет 2 типа* — возникает у людей среднего или старшего возраста (старше 40 лет), часты семейные формы болезни, начало болезни медленное, течение легкое или среднетяжелое, склонность к кетоацидозу отсутствует, компенсация достигается диетой или диетой и сахароснижающими препаратами.

**Клиника:**

- жажда,
- сухость слизистых и кожи,
- потеря в весе (1 тип) или ожирение (2 тип),
- полиурия (до 6 и более литров мочи),
- повышенный аппетит,
- выраженный зуд кожи и слизистых оболочек,
- склонность к гнойничковым и грибковым заболеваниям кожи.

**Осложнения:**

1. Макроангиопатии (изменения сосудов сердца, мозга, почек, нижних конечностей, осложнения — инфаркт, инсульт, гангрена).
2. Микроангиопатии (изменения сосудов глазного дна, осложнения — слепота).

## ДИАБЕТИЧЕСКАЯ (ГИПЕРГЛИКЕМИЧЕСКАЯ) КОМА

**Клиника:**

- начало постепенное,
- больной без сознания,
- кожа сухая, холодная, со следами расчесов, тургор тканей снижен,
- дыхание редкое, шумное (дыхание Куссмауля) или частое поверхностное,
- запах ацетона в выдыхаемом воздухе,
- синусовая тахикардия или желудочковая экстрасистолия,
- артериальная гипотензия,
- содержание сахара в крови (больше 16 ммоль/л) — определяется с помощью глюкометра.

**Первая помощь:**

1. Регидратация при умеренно выраженной дегидратации начинается с введения 0,9% раствора натрия хлорида внутривенно со скоростью 0,5–1 л/ч. При резко выраженной дегидратации вводят 0,45% раствор натрия хлорида с той же скоростью.
2. Инсулинотерапию проводят только 100% растворимыми инсулинами: актрапид МС, актрапид НМ, свиной инсулин. Начальная доза инсулина для взрослых — 20 ЕД внутривенно, далее — 10 ЕД/ч под контролем за динамикой уровня гликемии (после консультации эндокринолога).
3. На догоспитальном этапе не следует вводить больному калия хлорид и натрия гидрокарбонат, так как это требует предварительного определения исходного уровня калия, рН и осмолярности крови.

**Тактика**

Госпитализация в эндокринологическое или реанимационное отделение стационара.

## ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКАЯ КОМА

**Причины:**

- передозировка инсулина,
- голодание,
- интенсивная физическая нагрузка,
- прием сахароснижающих препаратов с алкоголем.

**Клиника:**

- начало быстрое,
- сознание нарушено,
- кожные покровы влажные,
- тахикардия, иногда повышенное или пониженное АД,
- повышение мышечного тонуса, судороги клонического, тонического характера,
- тургор тканей нормальный,
- содержание глюкозы в крови ниже 2,78–3,3 ммоль/л,
- запаха ацетона нет.

**Первая помощь:**

- внутривенное введение 40,0–50,0 мл 20–40% раствора глюкозы, при отсутствии эффекта введение следует повторить,

- менее актуально при купировании гипогликемического состояния подкожное введение 1 мг адреналина,
- после восстановления сознания больного следует накормить углеводистыми продуктами (булка, хлеб, картофель) для предотвращения рецидива гипогликемического состояния.

### Тактика

При купировании гипогликемической комы больной не госпитализируется.

Таблица 3

### Основные дифференциально-диагностические признаки диабетической и гипогликемической комы

Признаки	Диабетическая кома	Гипогликемическая кома
Начало	Постепенное	Внезапное
Кожа	Сухая	Влажная
Тонус глазных яблок	Снижен	В норме
Запах ацетона изо рта	Выражен	Отсутствует
Дыхание	Редкое, шумное	Не изменено
Давление	Понижено	Повышено или норма
Рефлексы	Снижены	В норме
Глюкоза крови	Резко повышена >16 ммоль/л	Снижена (менее 3,3 ммоль/л)
Эффект от лечения	Медленный	Быстрый, после внутривенного введения 40% глюкозы 40,0–50,0 мл

При бессознательном состоянии больного ему придают устойчивое боковое положение.



Рис. 3. «Восстановительное положение»  
(поза приведения к жизни)

### Алгоритм действий:

1. Ближайшую к Вам руку пострадавшего отвести в сторону и согнуть в локтевом суставе под углом 90°.

2. Дальнюю от Вас ногу пострадавшего согнуть в коленном суставе.
3. Дальнюю от Вас руку пострадавшего взять за кисть и ладонью положить на ближнюю к Вам щеку.
4. Взять пострадавшего за бедро, согнутой в колене ноги, и дальше от Вас плечо.
5. Потянуть на себя тело пострадавшего и уложить его на бок, при этом согнутое колено его ноги должно упираться в пол, а лицо должно находиться на ладони дальней от Вас руки.
6. Слегка запрокинуть голову пострадавшего и подтянуть подбородок вверх.

## ОТЕК КВИНКЕ

Отек Квинке — аллергическая реакция, которая проявляется отеком кожи лица, губ, носа, ушей; отеком слизистых оболочек: ротовой полости, глотки, гортани, в ответ на попадание в организм аллергена.

### Клиника:

- отек лица,
- цианоз лица,
- осиплость голоса,
- «лающий» кашель, першение в горле,
- стридорозное дыхание,
- головокружение, слабость, снижение АД.

### Первая помощь:

- прекратить введение аллергена,
- оксигенотерапия,
- адреналин 0,1% — 0,5 мл п/к при отеке гортани,
- преднизолон — 90–120 мг внутривенно струйно на 10,0 мл 0,9% физиологического раствора натрия хлорида,
- супрастин — 2,0 мл внутримышечно или тавегил — 2,0 мл внутримышечно,
- хлористый кальций 10% — 10,0 мл внутривенно струйно,
- лазикс — 2,0 мл внутривенно на физиологическом растворе натрия хлорида 0,9% 10,0 мл,
- при отсутствии эффекта — коникотомия.

### Тактика

Срочная госпитализация в аллергологическое или реанимационное отделение стационара.

## АНАФИЛАКТИЧЕСКИЙ ШОК

Анафилактический шок могут вызвать аллергены: вакцины, сыворотки, витамины, антибиотики, сульфаниламиды, укусы пчел.

### Предвестники:

- чувство страха, беспокойство,
- головокружение, шум в ушах,
- ощущение жара, нехватки воздуха,
- стеснение в груди,
- тошнота, рвота.

### Клиника:

- холодный липкий пот,
- резкая бледность видимых слизистых оболочек и «мраморность» кожи,
- проявление крапивницы, отека мягких тканей,
- нитевидный пульс,
- резкое падение артериального давления,
- отсутствие сознания,
- нарушение дыхания.

### Первая помощь:

- прекратить введение аллергена,
- обеспечить проходимость дыхательных путей,
- при невозможности интубации трахеи — коникотомия,
- придать ногам возвышенное положение,
- ингаляция 100% кислорода (не более 30 мин),
- ввести адреналин 0,1% 1,0 мл в 20,0 мл любого раствора внутривенно или обколоть место инъекции,
- при распространении отека на область гортани ввести адреналин 0,1% 1,0 мл эндотрахеально в 50,0 мл 0,9% раствора натрия хлорида,
- глюкокортикоидные гормоны внутривенно:
  - преднизолон — 120 мг или гидрокортизон — 300–600 мг в капельницу струйно, при неэффективности — повторить,
- кальция хлорид 10% — 10,0 мл внутривенно,
- супрастин — 2,0 мл внутримышечно или тавегил — 1,0–2,0 мл внутримышечно,
- эуфиллин 2,4% — 10,0 мл внутривенно струйно,
- реополиглюкин — 400,0 внутривенно капельно.

### Тактика

После стабилизации состояния — транспортировка в стационар.



## НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ ФАКТОРОВ ВНЕШНЕЙ СРЕДЫ

---

---

### ОТРАВЛЕНИЯ

Отравление — патологическое состояние, возникающее при воздействии яда на организм.

**Классификация:**

*По течению:*

- острые,
- хронические.

*По пути поступления яда в организм отравления делятся на:*

- пероральные,
- парентеральные,
- ингаляционные,
- перкутанные,
- смешанные.

*По целям поступления яда в организм:*

- случайные,
- преднамеренные,
- суицидальные.

*По степени тяжести отравления делятся на:*

- легкой степени тяжести,
- средней степени тяжести,
- тяжелое течение,
- крайне тяжелое течение.

**Клиника:**

*Общие синдромы (явления острой сосудистой недостаточности):*

- слабость,
- холодный пот,

- головокружение,
- падение АД,
- бледность кожных покровов.

*Местные синдромы* (в зависимости от пути поступления яда в организм).

*При попадании яда через рот:*

- боли в животе,
- тошнота,
- рвота.

*При укусах ядовитых змей или насекомых:*

- припухлость,
- краснота,
- отек тканей.

### **Схема действий при отравлениях:**

1. Прекращение попадания яда в организм.
2. Выведение яда из организма.
3. Применение антидотов.
4. Дезинтоксикационная терапия.
5. Синдромная терапия.

### **ОТРАВЛЕНИЕ ОПИАТАМИ**

Опиаты — производные опия: морфин, героин и их синтетические аналоги.

#### **Клиника:**

- угнетение сознания до глубокой комы,
- развитие апноэ,
- миоз,
- тенденция к брадикардии,
- резкое снижение АД,
- холодная бледная кожа,
- следы от инъекций на локтевых сгибах.

#### **Первая помощь:**

- кофеин 20% 4,0–6,0 мл внутривенно на физиологическом растворе натрия хлорида,
- кордиамина — 2,0 мл внутривенно струйно,
- фармакологические антидоты:
- налоксон 0,05% — 4,0 мл внутривенно, до восстановления спонтанного дыхания; в случае необходимости введение повторять до появления мидриаза.

Начать инфузионную терапию:

- глюкоза 5% — 400,0 мл внутривенно капельно,
- реополиглюкин — 400,0 мл внутривенно капельно,
- натрия гидрокарбонат 4% — 300,0 мл внутривенно капельно,
- повторные промывания желудка,
- ингаляция кислорода,
- при отсутствии эффекта от введения налоксона проводить ИВЛ.

## ОТРАВЛЕНИЕ ТРАНКВИЛИЗАТОРАМИ (группа бензодиазепинов)

### Клиника:

- сонливость,
- атаксия,
- угнетение сознания до комы,
- миоз (при отравлении ноксироном — мидриаз),
- умеренная гипотензия.

Транквилизаторы бензодиазепинового ряда вызывают глубокое угнетение сознания только в «микстных» отравлениях, т. е. в сочетании с барбитуратами, нейролептиками и другими седативно-гипнотическими средствами.

### Первая помощь:

- промывание желудка,
- введение антидота,
- при гипотензии: реополиглюкин — 400,0 мл внутривенно капельно.

## ОТРАВЛЕНИЕ БАРБИТУРАТАМИ

### Клиника:

- миоз,
- гиперсаливация,
- «сальность» кожного покрова,
- гипотензия,
- глубокое угнетение сознания, вплоть до развития комы.

Барбитураты вызывают быстрое расстройство трофики тканей, образование пролежней, развитие синдрома позиционного сдавления, присоединение пневмоний.

**Первая помощь:**

- промывание желудка,
- введение антидота, бемеград 0,5% — 10,0 мл внутривенно.
- инфузионная терапия — реополиглюкин 400,0 мл внутривенно капельно;
- натрия гидрокарбонат 4% раствор — 300,0 мл внутривенно капельно,
- глюкоза 5–10% раствор — 400,0 мл внутривенно капельно;
- сульфокамфокаин — 2,0 мл внутримышечно,
- кофеин 20% — 2,0 мл внутримышечно.

Ингаляция кислорода.

**Тактика**

Госпитализация в токсикологическое отделение стационара.

Транспортировка: на носилках лежа на боку.

**ОТРАВЛЕНИЯ ПРЕПАРАТАМИ СТИМУЛИРУЮЩЕГО ДЕЙСТВИЯ**

К препаратам стимулирующего действия относятся антидепрессанты, психостимуляторы, общетонизирующие средства (настойки, в том числе спиртовые: настойка женьшеня, элеутерококка).

**Клиника:**

- делирий,
- гипертензия,
- тахикардия,
- мидриаз,
- судороги,
- нарушения ритма сердца,
- ишемия и инфаркт миокарда.

Вызывают угнетение сознания, гемодинамики и дыхания после фазы возбуждения и гипертензии.

**ОТРАВЛЕНИЕ АНТИДЕПРЕССАНТАМИ  
(амитриптилин, мелипрамин)****Клиника**

При коротком времени действия (до 4–6 ч) определяются:

- гипертензия,
- сухость кожного покрова и слизистых оболочек,
- судорожный синдром.

При длительном действии (более 24 ч) определяются:

- гипотензия,
- задержка мочи,
- кома,
- мидриаз,
- сухость кожного покрова.

### Первая помощь:

- промывание желудка,
- введение антидота,

*При гипертензии и возбуждении препараты короткого действия с быстро наступающим эффектом:*

- галантамина гидробромид 0,5% раствор — 4,0–8,0 мл внутривенно,
- препараты длительного действия:
- аминостигмин 0,1% раствор — 1,0 мл внутримышечно.

*При отсутствии антагонистов — противосудорожные средства:*

- реланиум — 2,0 мл (седуксен) на 20,0 мл 40% раствора глюкозы внутривенно; или натрия оксibuтират 20% — 10,0 мл на 20,0 мл 40% раствора глюкозы внутривенно,
- натрия гидрокарбонат 4% раствора — 400,0 мл внутривенно капельно, поскольку он — антидот хинидиноподобного действия антидепрессантов,
- при его отсутствии — трисоль (дисоль, хлосоль) по 500,0 мл внутривенно капельно.

*При выраженной артериальной гипотензии:*

- реополиглюкин — 400,0 мл внутривенно капельно,
- раствор норадреналина 0,1% 1,0 мл (2,0 мл) в 400,0 мл 5% раствора глюкозы внутривенно капельно, повышать скорость введения до стабилизации АД.

## ОТРАВЛЕНИЕ ПСИХОСТИМУЛЯТОРАМИ

(амфетамины — экстази, Ева, Адам, эфедрин, кокаин, эуфиллин)

### Клиника:

- тревожный взгляд,
- двигательное и психическое возбуждение,
- мидриаз,
- гипергидроз,
- бледность кожного покрова,

- тахикардия,
- боли в сердце (кокаин),
- гипертензия,
- гипертермия,
- судорожный синдром.

Применение сверхвысоких доз «синтетических» амфетаминов (экстази) вызывает развитие особого состояния, когда больной находится в сознании, но не в состоянии двигаться и говорить.

#### **Первая помощь:**

- промывание желудка,
- введение антидота,
- при возбуждении: реланиум — 2,0 мл внутривенно,
- при выраженной гипертензии: нитроглицерин по 1–2 таблетки под язык или
- коринфар — 10–20 мг разжевать, или фентоламин — 0,5 мл на 20,0 мл 40% раствора глюкозы внутривенно медленно, под контролем артериального давления.

#### **Тактика**

Госпитализация в токсикологическое отделение стационара.  
Транспортировка: на носилках, лежа на боку.

### **ОТРАВЛЕНИЕ КЛОФЕЛИНОМ**

#### **Клиника:**

- кома,
- брадикардия,
- гипотензия,
- гипотония мышц,
- тенденция к миозу,
- сухость во рту.

#### **Первая помощь:**

*При угнетении сознания:*

- налоксон 0,05% 2,0 мл внутривенно, на 20,0 мл 10% раствора глюкозы.

*При брадикардии:*

- атропин 0,1% 1,0 мл внутривенно на 20,0 мл 40% глюкозы.

*При артериальной гипотензии:*

- преднизолон — 60 мг внутривенно,
- реополиглюкин — 400,0 мл внутривенно капельно,

- 0,9% раствор натрия хлорида — 400,0 мл внутривенно капельно,
- аскорбиновая кислота 5% — 5,0 мл внутривенно струйно.

### **Тактика**

Госпитализация в токсикологическое отделение стационара.  
Транспортировка: на носилках, лежа на боку.

## **ОТРАВЛЕНИЕ «ЧЕМЕРИЧНОЙ ВОДОЙ»**

### **Клиника:**

- мидриаз,
  - брадикардия,
  - гипотензия,
  - гипергидроз,
  - гиперсаливация,
  - неукротимая рвота,
  - нарушение сознания при длительном времени действия.
- При отравлении ярко выраженные ортостатические явления.

### **Первая помощь:**

- промывание желудка,
- введение антидота,
- при брадикардии: атропин 0,1% — 1,0 мл на 20,0–40% растворе глюкозы внутривенно, до нормализации ЧСС,
- преднизолон — 60 мг внутривенно,
- реополиглюкин — 400,0 мл внутривенно капельно.

### **Тактика**

Госпитализация в токсикологическое отделение стационара.  
Транспортировка: лежа на носилках.

## **УКУСЫ ЗМЕЙ (гадюки обыкновенной)**

### **Клиника:**

- боль,
- нарастающий отек тканей,
- гиперемия,
- «ранка» с участком некроза или без него в месте укуса,
- слабость, сонливость,
- головная боль,
- судороги,
- анафилактические реакции при резорбтивном действии (или сенсibilизации больного).

## Первая помощь:

- **Разрезов (прижиганий) ранки не проводить, содержащее не отсасывать!**

### *Противошоковая терапия, обезболивание:*

- промедол 1% — 1,0 мл внутримышечно,
- димедрол 0,1% — 1,0 мл внутримышечно (пипольфен, супрастин),
- преднизолон — 90 мг внутримышечно,
- иммобилизация укушенной конечности,
- шинирование ближайшего к укусу сустава,
- холод на место укуса,
- ввести специфическую моно-, поливалентную сыворотку в дозе 500–1000 ЕД внутримышечно.

*Инфузионная терапия:* глюкозы 5% раствор — 400,0 мл внутривенно капельно.

*При артериальной гипотензии:* реополиглюкин — 400,0 мл внутривенно капельно.

## Тактика

Госпитализация в токсикологическое отделение стационара.

Транспортировка: на носилках, лежа на боку.

## ОТРАВЛЕНИЯ ЯДАМИ ПРИЖИГАЮЩЕГО ДЕЙСТВИЯ (кислотами, щелочами)

### Клиника:

- ожоги кожи, ротоглотки, гортани, пищевода, желудка,
- рвота с примесью крови,
- болевой синдром,
- бронхоспазм, нарушение дыхания, глотания,
- гиперсаливация, рвота, диарея,
- угнетение сознания,
- метаболический ацидоз,
- гемолиз.

### Первая помощь:

- промывание желудка через зонд, смазанный вазелиновым маслом,
- при болевом синдроме: фентанил — 1,0 мл внутримышечно,
- преднизолон — 120 мг внутривенно,
- атропин 0,1% раствор — 1,0 мл подкожно,
- димедрол 1% раствор — 1,0 мл внутримышечно,



- кальция глюконат 10% раствор — 10 мл внутривенно,
- эуфиллин 2,4% раствор — 10,0 мл внутривенно,
- натрия гидрокарбонат 4% раствор — 400,0 мл внутривенно капельно,
- кофеин 20% раствор — 2,0 подкожно,
- реополиглюкин — 400,0 мл внутривенно капельно.

### Тактика

Госпитализация в токсикологическое отделение стационара.  
Транспортировка: на носилках, лежа на боку.

### ОТРАВЛЕНИЯ ФОСФОРОРГАНИЧЕСКИМИ СОЕДИНЕНИЯМИ (карбофос, хлорофос)

Отравления возникают при попадании этих веществ через желудок, дыхательные пути и кожу.

#### Клиника:

- угнетение сознания до глубокой комы,
- судорожный синдром,
- миоз,
- гипергидроз, гиперсаливация, бронхоррея,
- рвота, диарея, специфический запах,
- падение АД,
- ослабление дыхания вплоть до остановки.

#### Первая помощь:

- промывание желудка,
- введение антидота: атропина 0,1% раствор внутривенно по 3,0 мл с интервалом 5 мин до расширения зрачка,
- глюкоза 5% — 400,0 мл внутривенно капельно,
- натрия хлорид 0,9% раствор — 400,0 мл внутривенно капельно,
- панангин — по 10,0 мл внутривенно,
- преднизолон — 120 мг внутривенно,
- ингаляция кислорода,  
при судорогах:
- магния сульфат 25% раствор — 10,0 мл внутримышечно.

### Тактика

Срочная госпитализация в токсикологическое отделение стационара

Транспортировка: лежа на боку.

## ОТРАВЛЕНИЯ ХЛОРИРОВАННЫМИ УГЛЕВОДОРОДАМИ (четырёххлористый углерод, дихлорэтан, трихлорэтилен)

Хлорированные углеводороды — высокотоксичные жидкости с характерным запахом, сладковатым вкусом. Используются в качестве растворителей лакокрасочных изделий. В связи с тем, что пары их тяжелее воздуха, они могут накапливаться в закрытых помещениях, вызывая ингаляционные отравления. При приеме внутрь летальная доза равна 20,0–30,0 мл.

### Клиника:

- угнетение сознания вплоть до наркотической комы,
- рвота, жидкий стул, боли в животе,
- снижение артериального давления до коллапса,
- кожные покровы с мраморным рисунком,
- мидриаз,
- иктеричность склер.

### Первая помощь:

- промывание желудка,
- введение антидота (левомицетин по 1 г внутривенно на 10,0 мл изотонического раствора натрия хлорида + 1 г внутримышечно на 5,0 мл 0,5% раствора новокаина),
- полиглюкин — до 1000,0 л внутривенно капельно,
- гемодез — 400,0 мл внутривенно капельно,
- глюкокортикоиды: преднизолон — 120 мг внутривенно,
- натрия тиосульфат 30% раствор — 20,0 мл внутривенно,
- кордиамин — 2,0 мл подкожно,
- ингаляция кислорода.

### Тактика

Госпитализация в токсикологическое отделение стационара.  
Транспортировка: лежа на боку.

## ОТРАВЛЕНИЯ ТОКСИЧНЫМИ СПИРТАМИ (метанолом, этиленгликолем)

Метанол, древесный спирт — сильный нейрососудистый яд. Критическими органами его воздействия являются головной мозг, сетчатка и зрительный нерв.

### Клиника:

- эффект опьянения,
- снижение остроты зрения (метанол),

- боли в животе, рвота, понос,
- угнетение сознания до глубокой комы,
- судороги.

#### **Первая помощь:**

- промывание желудка,
- введение антидота (этиловый спирт 5% раствор на 5% глюкозе внутривенно капельно),
- натрия гидрокарбонат 4% раствор — 300,0 мл внутривенно капельно,
- гемодез — 400,0 мл внутривенно капельно,
- пираретам — 5,0 мл внутривенно,
- зуфиллин 2,4% 20,0 мл внутривенно,
- преднизолон — 90–120 мг внутривенно,
- кордиамин — 2,0 мл подкожно.

#### **Тактика**

Срочная госпитализация больного в токсикологическое отделение стационара.

Транспортировка: в положении тела на боку.

### **ОТРАВЛЕНИЯ ЭТАНОЛОМ**

Острые отравления этанолом (этиловым спиртом) обычно связаны с приемом алкоголя или напитков, содержащих более 12% этилового спирта. Смертельная разовая доза этанола составляет 300,0 мл 96° спирта.

#### **Клиника:**

- угнетение сознания до глубокой комы,
- гипотензия,
- гипогликемия,
- гипотермия,
- нарушение ритма сердца,
- угнетение дыхания.

#### **Первая помощь:**

- промывание желудка (при бессознательном состоянии больного с помощью толстого зонда),
- применение антидота — нашатырный спирт (вдыхать пары),
- кофеин 20% — до 6,0 мл внутривенно, кордиамин — 2,0–4,0 мл внутривенно на физиологическом растворе натрия хлорида,

- при угнетении сознания: налоксон 0,05% 2,0 мл + глюкоза 40% 20,0 мл + тиамин 2,0 мл внутривенно медленно,
- натрия гидрокарбонат 4% раствор — 400,0 мл внутривенно капельно,
- гемодез — 400,0 мл внутривенно капельно,
- натрия тиосульфат 30% раствор — 10,0 мл внутривенно медленно,
- унитиол 5% раствор — 10,0 мл внутривенно медленно,
- аскорбиновая кислота — 5,0 мл внутривенно,
- реланиум — 2,0 мл внутривенно медленно на 20,0 мл 40% раствора глюкозы.

### Тактика

Срочная госпитализация в токсикологическое отделение стационара.

Транспортировка: лежа на боку на носилках.

## ВОЗДЕЙСТВИЕ ВЫСОКИХ ТЕМПЕРАТУР НА ОРГАНИЗМ

### ОЖОГИ

Заболевание, возникающее при воздействии на ткани высоких температур. При длительном воздействии ожог может возникнуть и при температуре 55–60 °С.

Тяжесть повреждения зависит от температуры, длительности воздействия, обширности поражения и локализации ожога. Особенно тяжелые ожоги вызывают пламя, пар под давлением.

### Классификация:

*По воздействующему фактору* ожоги делятся на:

- термические (92–93%),
- химические (6–7%),
- электроожоги с электротравмой (около 1%).

*По глубине поражения* выделяют 4 степени ожогов.

*1-я степень (эритема)* — проявляется покраснением кожи, отеком и болью. Воспалительные явления проходят через 3–6 дней, оставляя лишь шелушение кожи.

*2-я степень (образование пузырей)* — сильная боль с интенсивным покраснением, отслойка эпидермиса с образованием пу-

зырей, наполненных прозрачной или слегка мутной жидкостью. Повреждения глубоких слоев кожи нет, и если не присоединилась инфекция, через неделю восстанавливаются все слои кожи без образования рубца. Полное выздоровление наступает через 10–15 дней. При инфицировании выздоровление резко затягивается, заживление идет вторичным натяжением.

*3-я степень (некроз всех слоев кожи):*

*3-я А степень — струп захватывает кожу до росткового слоя,*

*3-я Б степень — некроз на всю толщину кожи.*

При ожоге образуется плотный струп, под которым находятся омертвевшие и поврежденные ткани. Заживление идет вторичным натяжением с образованием грубого рубца.

*4-я степень (обугливание)* — возникает при воздействии на ткани очень высоких температур (пламя, расплавленный металл). Имеется повреждение более глубоких слоев: мышц, сухожилий, костей.

Кроме того, ожоги делятся на:

— поверхностные (1-я, 2-я, 3-я А степени),

— глубокие (3-я Б и 4-я степени).

Площадь ожогов можно ориентировочно определить:

— по правилу «девятки» (только для взрослого человека),

— площадь головы и шеи составляет 9% поверхности тела, руки — 9, ноги — 18, туловища спереди и сзади — по 18, промежности и половых органов — 1%,

— по правилу ладони (ладонь пострадавшего составляет 1% от его кожного покрова).

При площади ожогов свыше 15% у пострадавшего возникает **ОЖОГОВАЯ БОЛЕЗНЬ**, которая характеризуется периодичностью течения и полиморфизмом изменений со стороны внутренних органов.

## ПЕРИОДЫ ОЖОГОВОЙ БОЛЕЗНИ

*Первый период ожоговой болезни: ожоговый шок.*

### Классификация:

— легкий ожоговый шок (продолжительность до 1 дня),

— тяжелый ожоговый шок (до 2 дней),

— крайне тяжелый ожоговый шок (до 3 дней).

*Легкий ожоговый шок* (общая площадь ожогов до 20%, из них глубокие ожоги до 10%).

**Клиника:**

- пульс в пределах 100 уд./мин,
- АД часто в пределах нормы или незначительно снижено,
- диурез снижен незначительно,
- необожженные кожные покровы бледные,
- сознание практически всегда ясное.

*Тяжелый ожоговый шок* (площадь ожогов от 20 до 40%, из них глубокие ожоги — до 20%).

**Клиника:**

- пульс в пределах 120 уд./мин,
- АД систолическое в пределах 90–80 мм рт. ст.,
- диурез уменьшен вдвое,
- необожженные кожные покровы бледные, с землистым оттенком,
- сознание почти всегда сохранено.

*Крайне тяжелый ожоговый шок* (общая площадь более 40%, из них глубокие ожоги — более 20%).

**Клиника:**

- пульс нитевидный — 130 и более ударов в минуту,
- АД систолическое менее 80–90 мм рт. ст., но оно определяется,
- диурез равен нулю, а если есть небольшое количество мочи, то она темно-бурого цвета с запахом гари (за счет выделения горелых эритроцитов),
- необожженные кожные покровы бледные, с землистым оттенком, черты лица заострившиеся, лицо напоминает «маску Гиппократата»,
- сознание чаще ясное, редко спутанное, еще реже — отсутствует.

**Особенности ожогового шока:**

- АД резко не снижается,
- больной всегда в сознании,
- выражена и продолжительна эректильная фаза шока.

**Первая помощь:**

- устранение воздействия повреждающего фактора,
- оксигенотерапия,
- промедол 1% — 1,0 мл или морфин 1% — 1,0 мл внутривенно,

- кофеин 20% — 4,0 мл внутривенно,
- гепарин — 5000 ЕД внутривенно,
- димедрол 1% — 1,0 мл внутримышечно,
- реополиглюкин — 400,0 мл внутривенно капельно,
- асептическая повязка на обожженную поверхность.

---

**• ПРОТИВОПОКАЗАНО наложение мазевых повязок!**

---

**Тактика**

Госпитализация в реанимационное отделение ожогового центра при легком и тяжелом шоке с места происшествия. При крайне тяжелом шоке транспортировка через 1 сутки после стабилизации состояния больного в районной больнице.

*Второй период ожоговой болезни называется ожоговой токсемией, он начинается с 3–4-го дня заболевания и продолжается в среднем до 2 недель.*

**Клиника ожоговой токсемии:**

- повышение температуры тела до 38–40 °С,
- тахикардия до 100 уд./мин,
- снижение аппетита,
- медленное заживление ожоговых ран. Эти явления обусловлены всасыванием продуктов распада обожженных тканей.

*Третий период ожоговой болезни называется ожоговой септикотоксемией, наиболее частым осложнением этого периода является ожоговая кахексия. Продолжительность этого периода — от 2 до 5–6 мес.*

**Лечение ожоговой болезни:**

Больному с ожоговой болезнью начинают трансфузионную терапию на месте происшествия и продолжают по дороге в стационар.

Общее количество жидкости, необходимое больному в первом периоде, зависит от степени шока.

*При легком шоке* на первые сутки для проведения трансфузионной терапии примерно нужно около 3 л жидкости (коллоиды, кристаллоиды и бессолевые растворы).

*При тяжелом шоке* — количество жидкости на первые сутки примерно равно 4–4,5 л.

*При крайне тяжелом шоке* — около 7 л жидкости, но не более 10% от массы тела больного.

## ПЕРЕГРЕВАНИЕ. ТЕПЛОВОЙ УДАР. СОЛНЕЧНЫЙ УДАР

Перегревание — результат воздействия высоких температур на организм человека в течение длительного времени.

Солнечный удар возникает при воздействии на организм человека солнечных лучей; тепловой удар наблюдается у людей, стоящих или идущих в тесных рядах, а также при работе в душной, жаркой среде.

Сущность этих видов поражения заключается в неспособности системы кровообращения приспособливаться к высокой температуре. Организм обладает способностью поддерживать температуру тела 36,7 °С. Чрезмерное тепло выделяется посредством пота. Если организм не в состоянии удалять излишнее тепло, то при превышении температуры внешней среды выше 35 °С возникает тепловой удар. Если при этом одновременно на непокрытую голову воздействуют солнечные лучи, то возникает солнечный удар.

### Клиника:

- головная боль, звон в ушах,
- тошнота, рвота, жажда,
- потеря сознания,
- судороги,
- температура тела свыше 40 °С,
- тахикардия,
- снижение АД.

### Первая помощь:

- устранение фактора перегревания: вынести больного в тень, в прохладное помещение,
- холод на голову и крупные сосуды,
- анальгин 50% — 2,0 мл внутривенно медленно,
- реланиум — 2,0 мл внутривенно медленно,
- реополиглюкин — 400,0 мл внутривенно капельно в охлажденном виде,
- преднизолон — 90–120 мг внутривенно на физиологическом растворе натрия хлорида охлажденного,
- при наступлении клинической смерти — сердечно-легочная реанимация.

### Тактика

При потере сознания и неэффективности проводимых мероприятий — госпитализация в реанимационное отделение стационара.



## ВОЗДЕЙСТВИЕ НИЗКИХ ТЕМПЕРАТУР НА ОРГАНИЗМ

### ОТМОРОЖЕНИЯ

Отморожение является результатом местного воздействия холода, что приводит к трофическим расстройствам.

#### **Предрасполагающие факторы:**

- алкогольное опьянение,
- влажная среда,
- тесная одежда, обувь.

#### **Клиника:**

*1-я степень отморожения* — бледность и цианоз кожи,

*2-я степень отморожения* — пузыри с серозным содержимым,

*3-я степень отморожения* — некроз всей толщи кожи, геморрагические пузыри.

*4-я степень отморожения* — омертвление всех тканей части тела.

Отморожения 1-й степени сопровождаются спазмом сосудов, сменяющимся их длительным расширением, гиперемией с синюшным оттенком, отеком, болями, чувством зуда и жжения. В течение недели отек спадает, гиперемия исчезает, но остается повышенная чувствительность к холоду.

При отморожении 2-й степени отек, гиперемия, синюшность более выражены и стойки. Для отморожения 2-й степени характерно появление на поверхности покрасневшей и синюшной кожи пузырей, наполненных прозрачной или слегка геморрагической жидкостью. Исчезновение красноты, спадение отека и подсыхание пузырей происходят на 11–13-е сутки. Заживление отморожений 2-й степени заканчивается без каких-либо следов, но остается повышенная чувствительность к холоду.

Отморожения 3-й и 4-й степеней сопровождаются резким снижением обменных процессов в охлажденных тканях. При этом гибель тканей наступает не от отморожения, а от расстройства кровообращения. При отморожениях 3-й и 4-й степеней развивается влажная гангрена. При отморожении кончика носа, мочки уха, кончиков пальцев развивается сухая гангрена с относительно благоприятным исходом.

Большая влажность и длительное охлаждение могут привести к отморожению даже при температуре выше нуля. Обычно та-

кое состояние, именуемое «траншейной стопой», встречается в сырое время года у солдат. Характерны для «траншейной стопы» боли в суставах стопы, парестезии, снижение болевой чувствительности. Наиболее тяжелые случаи заканчиваются влажной гангреной.

### **Первая помощь:**

- прекратить дальнейшее охлаждение,
- устранить тесную обувь, одежду и т. п.,
- провести легкий массаж пораженного участка от периферии к центру,
- наложить сухую согревающую асептическую повязку,
- дать внутрь аспирин 325 мг и (или) ввести внутривенно 5000 ЕД гепарина,
- но-шпа — 2,0 мл внутримышечно,
- реополиглюкин — 400,0 мл внутривенно капельно в теплом виде,
- физиологический раствор натрия хлорида 0,9% — 400,0 мл внутривенно капельно в подогретом виде,
- симптоматическая терапия.

### **Тактика**

Госпитализация при отморожениях 3-й и 4-й степеней в отделение общей хирургии.

При отморожениях 1-й и 2-й степеней после оказания помощи рекомендовать лечение в поликлинических условиях.

## **ОБЩЕЕ ПЕРЕОХЛАЖДЕНИЕ**

Длительное воздействие низких температур или пребывание на морозе в мокрой одежде может вызвать общее охлаждение организма.

### **Степени тяжести**

#### *1. Динамическая*

#### **Клиника:**

- заторможенность,
- мышечная дрожь,
- скандированная речь,
- способность передвигаться сохраняется.

**Первая помощь:**

- устранить холодовой фактор: снять мокрую одежду, уйти в теплое помещение,
- согреть больного: дать теплое питье, тепло укутать,
- глюкоза 40% 10,0 мл с 5% аскорбиновой кислотой 5,0 мл внутривенно, в подогретом виде.

**Тактика**

Больной в госпитализации не нуждается.

**2. Ступорозная степень тяжести****Клиника:**

- заторможен, дезориентирован в пространстве,
- «мраморный» рисунок кожи,
- самостоятельные движения и речь отсутствуют,
- АД снижено, брадикардия,
- дыхание редкое,
- больной в позе «эмбриона».

**Первая помощь:**

- согревание больного: теплые ванны от 35 °С, постепенно повышая температуру воды до 40 °С,
- лечебные клизмы с теплой водой,
- теплые растворы внутривенно капельно: реополиглюкин — 400,0 мл или 5% глюкоза — 400,0 мл.

**3. Судорожная или коматозная степень тяжести****Клиника:**

- сознание отсутствует,
- реакция зрачков на свет отсутствует,
- АД не определяется,
- брадикардия,
- дыхание редкое, поверхностное.

**Первая помощь:**

- согревание больного: теплая ванна, клизмы с теплыми растворами, промывание желудка теплой водой,
- оксигенотерапия,
- реополиглюкин — 400,0 мл внутривенно капельно в теплом виде,
- гепарин — 10 000 ЕД внутривенно,
- реланиум — 2,0 мл внутривенно,

- натрия оксипропионат 20% — 10,0 мл внутривенно,
- при остановке дыхания и сердцебиения — сердечно-легочная реанимация.

### Тактика

При ступорозной и судорожной формах срочная госпитализация в реанимационное отделение стационара.

## ПОРАЖЕНИЕ ЭЛЕКТРОТОКОМ

Поражающее действие тока в наибольшей степени зависит от силы тока, проходящего через тело пострадавшего, пути его распространения, продолжительности воздействия и состояния организма.

Путь распространения тока через тело пострадавшего получил название «петли тока»; наиболее опасны «петли», проходящие через сердце (например, левая рука — правая рука) или головной мозг (голова — рука).

При воздействии электрического тока возникают судорожные спазмы мышц. При спазме диафрагмы и мышцы сердца наступает остановка дыхания и сердечной деятельности.

Электрический ток, соприкасаясь с телом человека, оказывает и тепловое действие, в месте контакта с током возникают ожоги 3-й степени.

### Клиника:

- потеря сознания,
- судороги,
- нарушение сердечного ритма, вплоть до остановки сердца,
- «знаки тока» на коже,
- анурия.

### Первая помощь:

- отключение источника питания электротока,
- вынос пострадавшего из зоны действия электротока,
- реанимационные мероприятия: ИВЛ и закрытый массаж сердца,

### Лечебные мероприятия:

- ЭКГ, мониторный контроль ритма,
- оксигенотерапия,

- противоаритмическая терапия: лидокаин 10% 2,0 мл внутривенно на физиологическом растворе натрия хлорида 0,9% 10,0 мл,
- пирацетам — 10,0 мл 5% раствора внутривенно.

*Введение антиоксидантов/антигипоксантов:*

- витамин Е — 2,0 мл внутримышечно,
- рибоксин — 10,0–20,0 мл внутривенно,
- актовегин — 2,0–4,0 мл внутривенно.

*По показаниям — противосудорожная терапия.*

- магния сульфат 25% — 10,0 мл внутривенно,
- седуксен — 1,0 мл внутримышечно.

*При снижении систолического АД ниже 80 мм рт. ст.:*

- дофамин 0,5% — 5,0 мл в 400,0 мл 5–10% глюкозы или
- реополиглюкин — 400,0 мл внутривенно капельно для поддержания систолического АД на уровне 100 мм рт. ст.

*Местное лечение:* наложение асептической повязки на место травмы.

### Тактика

Срочная госпитализация всех пораженных в отделение реанимации или палату интенсивной терапии ожогового центра.

## УТОПЛЕНИЕ

Утопление происходит путем аспирации жидкости в легкие.

### Классификация:

- первичное утопление:
  - истинное («мокрое»),
  - асфиксическое («сухое»),
  - «синкопальное»,
- вторичное утопление.

При *истинном утоплении* в легкие пострадавшего поступает большое количество воды. Различают истинное утопление в пресной и морской воде. Однако уже через несколько минут независимо от качества воды развивается отек легких.

*Асфиксическое утопление* характеризуется стойким ларингоспазмом при попадании небольших количеств воды в верхние дыхательные пути.

При «*синкопальном*» утоплении смерть пострадавшего наступает от первичной рефлекторной остановки сердца и дыхания при резком периферическом сосудистом спазме вследствие по-

падания даже небольших количеств воды в верхние дыхательные пути.

*Вторичное утопление* возникает во время транспортировки и на госпитальном этапе после выведения пострадавшего из состояния клинической смерти. Характеризуется резким ухудшением состояния в связи с повторным отеком легких в результате нарастающей сердечно-сосудистой недостаточности и присоединившейся тяжелой пневмонии.

В период клинической смерти при истинном утоплении:

- дыхание и сердечная деятельность отсутствуют,
- зрачки расширены, на свет не реагируют.

Для асфиксического и «синкопального» утопления характерно раннее наступление агонального состояния или клинической смерти.

### **Клиника:**

*При утоплении в пресной воде:*

- отек легких с выделением розовой пены изо рта (обычно развивается после оказания помощи, часто на этапе транспортировки больного в стационар),
- судороги,
- цианоз,
- рвота.

*При утоплении в морской воде:*

- отек легких с выделением изо рта белой «пушистой» пены (обычно отек легких развивается сразу при утоплении),
- судороги,
- цианоз,
- рвота.

### **Первая помощь:**

- извлечение из воды,
- удаление жидкости из дыхательных путей.

*Устранение последствий психической травмы и переохлаждения:*

- седуксен (реланиум) — 2,0 мл внутривенно.

*При отсутствии эффекта:*

- натрия оксибутират — 20,0–40,0 мл 20% внутривенно,
- активное согревание пострадавшего,
- 100% кислород,
- унитиол 5% — 10,0 мл внутривенно,
- аскорбиновая кислота 5% — 3,0 мл внутримышечно,
- альфа-токоферол (витамин Е) — 2,0 мл внутримышечно.

*При клинических признаках острой дыхательной недостаточности:*

- искусственная вентиляция легких 100% кислородом с помощью мешка Амбу или дыхательного аппарата — ДП-10,
- реополиглюкин — 400,0 мл внутривенно капельно,
- глюкоза 5% — 800,0 мл внутривенно капельно,
- натрия гидрокарбонат 4% — 400,0 мл внутривенно капельно.

*Мероприятия по борьбе с отеком легких и головного мозга:*

- преднизолон — 90–120 мг внутривенно,
- натрия оксипутират 20% — 10,0 мл внутривенно,
- антигистаминные препараты (пипольфен — 2,0 мл, супрастин — 2,0 мл, димедрол 1% — 1,0 мл) внутримышечно,
- атропин 0,1% — 1,0 мл подкожно,
- лазикс — 4,0 мл внутривенно при утоплении в морской воде.

*Сердечно-легочная реанимация при агональном состоянии и клинической смерти.*

### **Тактика**

Госпитализируются все пострадавшие ввиду возможного развития вторичного отека легкого.

## **СТРАНГУЛЯЦИОННАЯ АСФИКСИЯ (ПОВЕШЕНИЕ)**

Одна из разновидностей острого нарушения проходимости дыхательных путей, возникающая при прямом сдавлении трахеи, сосудов и нервных стволов шеи.

### **Классификация:**

- полное повешение, когда узел расположен на затылке,
- неполное повешение, или частичное, когда узел расположен сбоку или спереди.

### **Клиника:**

- наличие на шее странгуляционной борозды,
- отсутствие сознания,
- резкое двигательное возбуждение, напряжение всей поперечно-полосатой мускулатуры,

- непрерывные судороги,
- кожный покров лица цианотичен,
- петехиальные кровоизлияния в склеры и конъюнктивы,
- дыхание учащенное, аритмичное,
- артериальное давление повышено, тахикардия.

### **Первая помощь:**

- освобождение шеи пострадавшего от сдавливающей петли,
- срочная реанимация (при отсутствии признаков биологической смерти),
- искусственная вентиляция легких 100% кислородом,
- антиоксидантная, противосудорожная и антикоагулянтная терапия:
  - натрия оксипутират 20% — 40,0 мл внутривенно,
  - реополиглюкин (реомакродекс) — 400,0 мл внутривенно капельно,
  - глюкоза 5% — 400,0 мл внутривенно капельно,
- антиоксиданты:
  - унитиол 5% 10,0 мл внутривенно,
  - аскорбиновая кислота 5% — 3,0 мл внутримышечно,
  - альфа-токоферол (витамин Е) — 2,0 мл внутримышечно,
  - гепарин — 5000 ЕД внутривенно,
  - преднизолон — 60–90 мг внутривенно.

При остановке кровообращения — сердечно-легочная реанимация.

### *После восстановления сердечной деятельности:*

- продолжать ИВЛ 100% кислородом,
- натрия гидрокарбонат 4–5% раствор — 400,0 мл внутривенно капельно,
- реополиглюкин (реомакродекс) — 400,0 мл внутривенно капельно,
- 200,0 мл 5% раствор глюкозы внутривенно капельно (объем инфузии определяется длительностью транспортировки в стационар),
- седуксен (реланиум) — 2,0 мл внутримышечно,
- натрия оксипутират 20% — 40,0 мл внутривенно.

### **Тактика**

При стабилизации состояния госпитализация в реанимационное отделение стационара.



## АСПИРАЦИОННАЯ АСФИКСИЯ

### Клиника:

- человек в сознании,
- кашель очень слабый,
- говорить не может.

### Первая помощь (прием Хаймлиха):

#### *Алгоритм действия:*

1. Встаньте сзади пострадавшего и обхватите его талию руками.
2. Сожмите левую руку в кулак.
3. Прижмите кулак со стороны большого пальца к средней части живота пострадавшего чуть выше пупка и ниже мечевидного отростка грудины.
4. Обхватите кулак ладонью другой руки.
5. Быстрым толчком, направленным вверх, вдавите кулак в живот пострадавшего.
6. Каждый толчок совершается отдельно в попытке удалить инородное тело.
7. Продолжайте толчки в живот до тех пор, пока:
  - инородное тело не будет извлечено,
  - пострадавший не начнет усиленно кашлять,
  - пострадавший потеряет сознание.

#### *Если пострадавший потерял сознание:*

1. Придайте пострадавшему горизонтальное положение лицом вверх.
2. Сядьте верхом на бедра пострадавшего.
3. Положите основание ладони чуть выше пупка так, чтобы пальцы вашей руки были направлены в сторону головы пострадавшего.
4. Положите вторую руку поверх первой.
5. Пять раз надавите на живот пострадавшего быстрыми толчковыми движениями направленными вверх.
6. Проверьте пальцем ротовую полость пострадавшего на наличие инородного тела.

## СИНДРОМ ДЛИТЕЛЬНОГО СДАВЛЕНИЯ

Синдром длительного сдавления (краш-синдром, травматический токсикоз) формируется вследствие поступления в крове-

носное русло продуктов распада тканевых элементов при длительном раздавливании тканей (4–8 ч и более).

В зависимости от продолжительности сдавления конечности выделяют следующие формы синдрома длительного сдавления:

- легкая — не более 4 ч,
- средняя — до 6–8 ч,
- тяжелая — более 8 ч.

### **Клиника:**

Выделяют три периода:

- **ранний** (до 3 дней), при котором преобладают симптомы травматического шока,
- **промежуточный** (с 3-го по 12-й день), когда преобладают явления острой почечной недостаточности,
- **поздний** (с 12-го дня до 2 мес.), когда преобладают симптомы местной раневой инфекции.

В раннем периоде местно:

- нарушение чувствительности — анестезия,
- отек тканей, кожа блестящая, бледная с синюшным оттенком,
- пузыри с серозно-геморрагическим содержимым, мышцы плотные (деревянистые),
- АД резко снижено,
- моча темно-бурого цвета из-за выделения в кровь миоглобина и гемоглобина,
- олигоурия.

### **Первая помощь:**

*Обезболивание:*

- наркотические и ненаркотические анальгетики в сочетании с антигистаминными препаратами:
  - морфин 1% — 1,0 мл внутримышечно,
  - анальгин 50% — 2,0 мл с 1% димедролом внутримышечно 1,0 мл,
  - аналгезия закистью азота (соотношение с кислородом 2:1 через маску наркозного аппарата),
- иммобилизация травмированных конечностей транспортными шинами (ЦИТО, Крамера); в физиологическом положении, перед иммобилизацией провести бинтование эластическим бинтом от периферии к центру,
- охладить конечность с помощью пузырей со льдом.

**Инфузионная терапия:**

- реополиглюкин — 400,0 мл внутривенно капельно,
- глюкоза 5% — 400,0 мл внутривенно капельно (объем и скорость инфузии должны быть такими, чтобы обеспечить поддержание уровня артериального давления не ниже 90 мм рт. ст.),
- натрия гидрокарбонат 4–5% раствор — 400,0 мл внутривенно капельно,
- гепарин — 5000 ЕД внутривенно,
- трентал — 5,0 мл внутривенно в физиологическом растворе натрия хлорида,
- аспирин — 1,0 г разжевать.

**Тактика**

Транспортировка в стационар с продолжающейся инфузионной терапией.

Транспортировка: лежа на носилках.

## ОТРЫВ СЕГМЕНТА КОНЕЧНОСТИ

**Первая помощь:**

1. Остановить кровотечение из культи наложением повязки. Жгут использовать только в крайнем случае!
2. Провести транспортную иммобилизацию поврежденной конечности.
3. Обезболить пострадавшего всеми доступными способами.
4. Укрыть стерильным материалом раневую поверхность оторванной части тела и вложить в чистый полиэтиленовый пакет, который герметично закрыть.
5. Вложить пакет с оторванным сегментом в другой пакет, заполненный снегом или льдом.
6. Зафиксировать время возникновения травмы.

**Тактика:**

Транспортировка пострадавшего в специализированный центр должна быть не позднее 8–10 часов с момента травмы при отрыве пальцев, кисти, ушной раковины и не позднее 5–6 часов при травме конечности выше лучезапястного сустава.

**Часть 2**  
**КОНТРОЛЬ ЗНАНИЙ**  
**УЧАЩИХСЯ**

# ТЕСТЫ ПРОГРАММИРОВАННОГО КОНТРОЛЯ ЗНАНИЙ

---

1. Основные проявления отека Квинке:
  - А) потеря сознания, повышение АД,
  - Б) отеки на лице по утрам, нарушение мочеиспускания,
  - В) отеки нижних конечностей, боли в области сердца,
  - Г) отеки на лице, затруднение дыхания, осиплость голоса.
2. При лечении отека гортани применяют:
  - А) валидол, корвалол,
  - Б) преднизолон, лазикс,
  - В) клофелин, дибазол,
  - Г) антибиотики, сульфаниламиды.
3. Анафилактический шок чаще наступает при введении больному:
  - А) вакцин, сывороток,
  - Б) сердечно-сосудистых препаратов,
  - В) мочегонных,
  - Г) периферических вазодилататоров.
4. Резкое падение АД наблюдается при:
  - А) анафилактическом шоке,
  - Б) крапивнице,
  - В) отеке Квинке,
  - Г) аллергическом дерматите.
5. Неотложная помощь при анафилактическом шоке состоит в введении:
  - А) строфантина, анальгина,
  - Б) дибазола, лазикса,
  - В) адреналина, преднизолона, супрастина,
  - Г) морфина, гепарина.

6. При приступе бронхиальной астмы противопоказано введение:
- А) морфина, промедола,
  - Б) преднизолона, гидрокортизона,
  - В) эуфиллина, эфедрина,
  - Г) димедрола, супрастина.
7. Неотложная помощь при легочном кровотечении начинается с введения:
- А) дицинона, аминокапроновой кислоты,
  - Б) гепарина, ацетилсалициловой кислоты,
  - В) димедрола, супрастина,
  - Г) анальгина, баралгина.
8. Для инфаркта миокарда характерна:
- А) ноющая постоянная боль в области сердца,
  - Б) приступообразная боль в области сердца, продолжительностью до 5 мин,
  - В) выраженная боль за грудиной, продолжительностью более получаса,
  - Г) периодическая колющая боль в области верхушки сердца.
9. Неотложная помощь при инфаркте миокарда состоит в введении:
- А) дибазола, папаверина,
  - Б) тавегила, супрастина,
  - В) морфина, гепарина,
  - Г) валидола, корвалола.
10. Для купирования приступа стенокардии больному необходимо:
- А) ввести преднизолон внутривенно,
  - Б) дать нитроглицерин под язык,
  - В) ввести фентанил с дроперидолом,
  - Г) провести ингаляцию кислорода через спирт.
11. Неотложная помощь при купировании гипертонического криза состоит в введении:
- А) анальгина с димедролом,
  - Б) дроперидола с фентанилом,
  - В) пентамина с лазиксом,
  - Г) преднизолона с гидрокортизоном.
12. В оказание неотложной помощи при коллапсе входят назначения:
- А) лазикса,
  - Б) папаверина,

- В) нитроглицерина,  
Г) преднизолона.
13. Пеногасители применяются при:  
А) отеке легких,  
Б) отеках нижних конечностей,  
В) отеке Квинке,  
Г) отеке мягких тканей при укусах пчел.
14. Промывание желудка показано при:  
А) гастралгической форме инфаркта миокарда,  
Б) желудочном кровотечении,  
В) отравлении алкоголем,  
Г) гипогликемической коме.
15. В неотложную помощь при желудочном кровотечении входит назначение:  
А) гепарина, аспирин,  
Б) преднизолона, гидрокортизона,  
В) этамзилата натрия, аминокaproновой кислоты,  
Г) папаверина, дибазола.
16. Неотложная помощь при печеночной колике состоит в введении:  
А) атропина, баралгина,  
Б) дибазола, лазикса,  
В) димедрола, супрастина,  
Г) гепарина, аспирин.
17. В оказание неотложной помощи при почечной колике входит назначение:  
А) баралгина, но-шпы,  
Б) тавегил, супрастина,  
В) дибазола, папаверина,  
Г) гепарина, аспирин.
18. Причиной возникновения гипогликемической комы является:  
А) передозировка инсулина,  
Б) переизбыток углеводов,  
В) недостаточная доза инсулина,  
Г) прием гипотензивных препаратов.
19. Неотложная помощь при гипогликемической коме состоит в введении:  
А) инсулина внутривенно,  
Б) инсулина подкожно,

- В) глюкозы внутривенно,  
Г) актрапида внутривенно.
20. Неотложная помощь на догоспитальном этапе при диабетической коме состоит в введении:
- А) раствора натрия хлорида и 10 ЕД инсулина внутривенно,  
Б) раствора натрия гидрокарбоната и 100 ЕД инсулина внутривенно,  
В) раствора глюкозы и 10 ЕД гепарина внутривенно,  
Г) раствора аминокaproновой кислоты и викасола.
21. При диабетической коме изо рта больного специфический запах, напоминающий запах:
- А) алкоголя,  
Б) ацетона,  
В) аммиака,  
Г) тухлых яиц.
22. Жажда, полиурия, повышенный аппетит, сухость и зуд кожи — симптомы, характерные для:
- А) сахарного диабета,  
Б) крапивницы,  
В) пиелонефрита,  
Г) гипотериоза.
23. При гипогликемической коме кожные покровы у больного:
- А) сухие, со следами расчесов,  
Б) влажные, обычной окраски,  
В) обычной влажности с высыпаниями в виде крапивницы,  
Г) сухие, горячие на ощупь.
24. Для купирования диабетической комы применяют инсулины:
- А) короткого действия,  
Б) среднего действия,  
В) длительного действия,  
Г) пролонгированного действия.
25. Осложнениями гипертонического криза являются:
- А) носовое кровотечение, отек легких, инсульт,  
Б) проявления коллапса, шока,  
В) появление почечной недостаточности,  
Г) появление дыхательной недостаточности.
26. Появление смешанной одышки, приступа удушья, пенистой розовой мокроты — это признаки:
- А) сердечной астмы.



- Б) бронхиальной астмы,
  - В) тромбозмболии легочной артерии,
  - Г) эпилептического припадка.
27. При гипертоническом кризе у больного пульс:
- А) слабого наполнения и напряжения,
  - Б) нитевидный,
  - В) твердый напряженный,
  - Г) без изменений.
28. Для купирования гипертонического криза необходимо ввести:
- А) гипотензивные и мочегонные препараты,
  - Б) аналептики и кардиотоники,
  - В) сердечные гликозиды и седативные препараты,
  - Г) анальгетики и препараты, улучшающие свертываемость крови.
29. Боли за грудиной сжимающего характера, продолжительностью до 10 мин, купируемые нитроглицерином, характерны для:
- А) сердечной астмы,
  - Б) инфаркта миокарда,
  - В) стенокардии,
  - Г) межреберной невралгии.
30. Неотложная помощь при приступе стенокардии включает назначение:
- А) преднизолона, гидрокортизона,
  - Б) наркотических анальгетиков (морфина, промедола),
  - В) нитроглицерина,
  - Г) лазикса, фуросемида.
31. Типичная форма инфаркта миокарда:
- А) ангинозная,
  - Б) астматическая,
  - В) абдоминальная,
  - Г) безболевая.
32. Осложнениями инфаркта миокарда являются:
- А) кардиогенный отек легких,
  - Б) гипогликемия,
  - В) анемия,
  - Г) гипертония.
33. Клиника кардиогенного шока:
- А) резкое снижение АД, пульс слабого напряжения и наполнения,

- Б) резкое повышение АД, частый напряженный пульс,  
В) АД в пределах нормы, пульс в норме,  
Г) АД в пределах нормы, нарушение сердечного ритма.
34. При инфаркте миокарда назначают:
- А) гепарин, аспирин,  
Б) дицинон, этамзилат натрия,  
В) викасол, хлористый кальций,  
Г) переливание крови и тромбоцитарной массы.
35. Неотложная помощь при инфаркте миокарда состоит в назначении:
- А) морфина, гепарина,  
Б) папаверина, атропина,  
В) инсулина, анальгина,  
Г) верапамила, лазикса.
36. Транспортировка больного с инфарктом миокарда:
- А) самостоятельно пешком,  
Б) лежа на носилках,  
В) сидя в кресле-каталке,  
Г) все перечисленное верно.
37. Кашель с выделением «стекловидной» мокроты, экспираторная одышка — характерные признаки:
- А) сердечной астмы,  
Б) отека легких,  
В) приступа стенокардии,  
Г) бронхиальной астмы.
38. Кашель с выделением пенистой, розовой мокроты, одышка смешанного характера — характерные признаки:
- А) сердечной астмы,  
Б) бронхиальной астмы,  
В) приступа стенокардии,  
Г) дыхательной недостаточности.
39. При приступе бронхиальной астмы больной принимает положение:
- А) ортопное (сидя с опущенными ногами, опираясь руками о край кровати),  
Б) сидя на корточках,  
В) лежа на боку,  
Г) лежа на спине с приподнятым ножным концом.

40. Аускультативные данные при приступе бронхиальной астмы следующие:
- А) сухие, свистящие хрипы на всем протяжении,
  - Б) влажные хрипы в нижних отделах легких,
  - В) влажные хрипы, локально расположенные с одной стороны,
  - Г) амфорическое дыхание с одной стороны.
41. Аускультативные данные при приступе сердечной астмы следующие:
- А) влажные хрипы в нижних отделах легких,
  - Б) сухие свистящие хрипы на всем протяжении,
  - В) амфорическое дыхание,
  - Г) влажные хрипы, расположенные локально с одной стороны.
42. Кровь при легочном кровотечении:
- А) алая, пенистая, выделяется при кашле,
  - Б) цвета «кофейной гущи», выделяется при рвоте,
  - В) со сгустками и примесью пищи, выделяется при рвоте,
  - Г) алая, выделяется через нос при сморкании.
43. При бронхиальной астме грудная клетка:
- А) бочкообразной формы, межреберные промежутки расширены,
  - Б) не изменена,
  - В) сужена, межреберные промежутки запавшие,
  - Г) увеличена в одной стороны, имеется подкожная эмфизема.
44. Боли опоясывающего характера, тошнота, рвота с примесью желчи — характерные признаки:
- А) острого холецистита,
  - Б) острого панкреатита,
  - В) острого гастрита,
  - Г) острого энтероколита.
45. Боли в правом подреберье, тошнота, рвота, положительные симптомы Ортнера, Керра характерны для:
- А) острого панкреатита,
  - Б) острого холецистита,
  - В) острого гастрита,
  - Г) острого энтероколита.
46. Признаками острой непроходимости кишечника являются:
- А) боли в животе, рвота желчью и каловым содержимым, неотхождение газов,

- Б) боли в животе, частый жидкий стул, тошнота, рвота,  
В) боли в животе, опоясывающего характера, тошнота, рвота,  
Г) острые, «кинжальные» боли в животе, слабость, холодный пот.
47. Острые, «кинжальные» боли в эпигастрии, слабость, падение АД — характерные признаки:
- А) остро аппендицита,  
Б) острой непроходимости кишечника,  
В) остро панкреатита,  
Г) язвенной болезни желудка, осложненной прободением.
48. Такие симптомы, как выраженная слабость, головокружение, падение АД, рвота «кофейной гущей», дегтеобразный стул характерны для:
- А) желудочного кровотечения,  
Б) легочного кровотечения,  
В) кровохарканья,  
Г) маточного кровотечения.
49. В клинике почечной колики выделяют следующие симптомы:
- А) боль в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо, ключицу,  
Б) боль в левом подреберье «опоясывающего» характера,  
В) боль по всему животу с локализацией в правом паху,  
Г) боль в пояснице с иррадиацией в пах и половые органы.
50. При печеночной колике развивается желтуха:
- А) подпеченочная (механическая),  
Б) надпеченочная (гемолитическая),  
В) печеночная,  
Г) физиологическая.
51. Для какого заболевания гортани характерен лающий кашель?
- А) дифтерии гортани,  
Б) стенозирующего ларингита,  
В) опухоли гортани,  
Г) атрофического ларингита.
52. Возникновение вторичного отека легких во время транспортировки больного характерно для утопления:
- А) в морской воде,  
Б) в пресной воде,  
В) при «синкопальном» утоплении,  
Г) при асфиксическом утоплении.

53. Отсутствие сознания, судороги, цианоз лица, кровоизлияние в склеры, патологический тип дыхания, выбухание шейных вен, наличие странгуляционной борозды — характерные признаки:
- А) утопления,
  - Б) повешения,
  - В) поражения электротоком,
  - Г) синдрома длительного раздавливания.
54. Отсутствие сознания, судороги, общий цианоз, «метки» тока, патологический тип дыхания — признаки:
- А) повешения,
  - Б) поражения электротоком,
  - В) утопления,
  - Г) синдрома длительного раздавливания.
55. Больной обнаружен под завалом здания без сознания, нижняя конечность отечная, «деревянистая», синюшная. У больного артериальное давление резко снижено, дыхание патологическое. Какой диагноз можно предположить?
- А) синдром длительного раздавливания,
  - Б) повешение,
  - В) гипертонический криз,
  - Г) поражение электротоком.
56. Антидотом при отравлении наркотиками опиатами является:
- А) героин,
  - Б) налорфин,
  - В) этиловый спирт,
  - Г) нашатырный спирт.
57. На улице обнаружен больной в бессознательном состоянии с патологическим типом дыхания по типу «апноэ»; кожные покровы бледные, выраженный миоз, на локтевых сгибах следы от инъекций — ваш предварительный диагноз?
- А) отравление алкоголем,
  - Б) отравление наркотиками,
  - В) отравление хлором,
  - Г) отравление угарным газом.
58. Для алкогольной комы характерны следующие симптомы:
- А) состояние без сознания, мидриаз, снижение артериального давления, снижение температуры тела, бледность кожных покровов, запах алкоголя,

- Б) состояние без сознания, повышение артериального давления, наличие на коже больного сине-багровых пятен, запах газа в помещении,
- В) состояние без сознания, выраженный миоз, патологическое дыхание по типу апноэ, на локтевых сгибах множественные следы от инъекций,
- Г) сознание спутанное, анизокория, выраженное чувство голода, запах горелой травы от одежды больного.
59. При нарушении внематочной беременности по типу трубного аборта отмечается:
- А) скудные кровянистые выделения из половых путей,
- Б) боли в низу живота и в подвздошной области,
- В) снижение артериального давления, бледность кожных покровов,
- Г) все ответы правильные.
60. Какие ЭКГ признаки характерны для острого инфаркта миокарда:
- А) отрицательный зубец Т,
- Б) патологический зубец Q,
- В) подъем сегмента ST,
- Г) все ответы правильные.
61. У больного с диагнозом острый трансмуральный инфаркт миокарда возникли частые желудочковые экстрасистолы. Какой из препаратов предпочтительнее ввести больному?
- А) строфантин,
- Б) лидокаин,
- В) дигоксин,
- Г) панангин.
62. Для купирования желудочковой экстрасистолии показано введение:
- А) аспирина,
- Б) обзидана,
- В) атропина,
- Г) адреналина.
63. ЭКГ признаками при желудочковой экстрасистолии являются:
- А) расширенный и деформированный экстрасистолический комплекс QRS,
- Б) наличие полной компенсаторной паузы,
- В) преждевременный комплекс QRS,

- Г) все перечисленное.
64. При приступе пароксизмальной желудочковой тахикардии не рекомендуется применять:
- А) строфантин,
  - Б) лидокаин,
  - В) новокаинамид,
  - Г) кордарон.
65. Наименьший риск гипогликемических состояний вызывает:
- А) простой инсулин,
  - Б) инсулин средней длительности,
  - В) пролонгированный инсулин,
  - Г) комбинация разных инсулинов по длительности.
66. У больного, страдающего язвенной болезнью желудка, в период обострения появились жалобы на отрыжку «тухлым яйцом», рвоту принятой накануне пищей. Какое осложнение язвенной болезни желудка можно предположить?
- А) пенетрация,
  - Б) перфорация,
  - В) кровотечение,
  - Г) стеноз привратника.
67. Острая боль в глазном яблоке, нарушение зрения, припухлость и отек век — характерные признаки:
- А) острого нарушения мозгового кровообращения,
  - Б) острого приступа глаукомы,
  - В) острого гайморита,
  - Г) мигрени.
68. Количество воды, необходимое для промывания желудка при пероральном отравлении?
- А) 2–3 стакана теплой воды,
  - Б) 2–3 л холодной воды,
  - В) 10–15 л воды комнатной температуры,
  - Г) промывание не обязательно.
69. Резкая боль в эпигастрии, по ходу пищевода, в ротовой полости, резкая слабость, падение АД, вплоть до развития шока, наличие ожогов на слизистой ротовой полости и языке — признаки отравления:
- А) алкоголем,
  - Б) наркотиками,

- В) «прижигающими» (кислотами и щелочами),  
Г) ядовитыми грибами.
70. Введение адреналина, преднизолона, супрастина, реополи-  
глюкина, обкалывание места укуса или инъекции раствором  
адреналина — неотложная помощь при:
- А) анафилактическом шоке,  
Б) геморрагическом шоке,  
В) травматическом шоке,  
Г) ожоговом шоке.
71. Появление на коже пузырями с прозрачным содержимым ха-  
рактерно для ожога:
- А) 2-й степени,  
Б) 3А степени,  
В) 3Б степени,  
Г) 4-й степени.
72. Первый период ожоговой болезни:
- А) ожоговый шок,  
Б) ожоговая токсемия,  
В) ожоговая септикотоксемия,  
Г) ожоговая кахексия.
73. Для определения площади ожогов существуют правила:
- А) девятки, ладони,  
Б) десятки,  
В) сотни,  
Г) индекс Франка.
74. Ожог дыхательных путей приравнивается к:
- А) 10% глубокого ожога,  
Б) 1% глубокого ожога,  
В) 10% поверхностного ожога,  
Г) 5% глубокого ожога.
75. Отравление считается суицидальным, если больной:
- А) по ошибке выпил неизвестную жидкость,  
Б) умышленно выпил яд с целью самоубийства,  
В) выпил жидкость, предварительно кем-то отравленную,  
Г) ни одно из них.
76. Первым достоверным признаком отравления метиловым  
спиртом является:
- А) состояние, сходное с алкогольным опьянением, потеря  
зрения вплоть до слепоты, нитевидный пульс, одышка,  
головная боль, тошнота, рвота, снижение АД,



- Б) алкогольное опьянение, тошнота, рвота с примесью алой крови, значительное увеличение печени, снижение АД,
- В) алкогольное опьянение, тошнота, рвота «кофейной гущей», слабость, снижение АД,
- Г) алкогольное опьянение, тошнота, рвота, частый жидкий стул, боли в животе, снижение АД.
77. К достоверным признакам при переломах костей относятся:
- А) костная деформация, крепитация, патологическая подвижность,
- Б) наличие припухлости,
- В) нарушение функции конечности,
- Г) боль в области травмы.
78. Симптом «прилипшей» пятки характерен для перелома:
- А) позвоночника,
- Б) шейки бедра,
- В) костей голени,
- Г) костей стопы.
79. Отсутствие сознания, снижение АД менее 60 мм рт. ст., учащение пульса до 140 уд./мин, слабого наполнения и напряжения, заострившиеся черты лица, величина кровопотери до 50% ОЦК — клиника:
- А) шока 1-й степени,
- Б) коллапса,
- В) шока 3-й степени,
- Г) обморока.
80. Состояние, когда воздух во время вдоха всасывается в плевральную полость, а во время выдоха не может из нее выйти из-за закрытия дефекта, называется:
- А) открытым пневмотораксом,
- Б) закрытым пневмотораксом,
- В) искусственным пневмотораксом,
- Г) клапанным пневмотораксом.
81. Неотложная помощь при закрытом и клапанном пневмотораксе:
- А) перевести в открытый пневмоторакс (ввести иглу Дюфо в плевральную полость во 2-е межреберье),
- Б) наложить асептическую повязку,
- В) наложить давящую повязку,
- Г) в помощи не нуждается.

82. Потеря сознания, падение больного, параличи, парезы, шумное дыхание, кожа багрового цвета, опущение угла рта и сглаженность носогубной складки на стороне паралича — признаки:
- А) эпилептического припадка,
  - Б) истерического припадка,
  - В) острого нарушения мозгового кровообращения (инсульт),
  - Г) острой сосудистой недостаточности.
83. Постепенное начало, повышение диастолического АД, уменьшение пульсового давления, заторможенность, одутловатость лица, боли в области сердца — признаки гипертонического криза:
- А) нейровегетативной формы,
  - Б) водно-солевой формы,
  - В) судорожной формы,
  - Г) ни одного из них.
84. «Кинжальная» боль в грудной клетке, выраженная одышка, резкое снижение артериального давления, тахикардия, кашель, кровохарканье, выраженный цианоз верхней половины туловища — клиника:
- А) тромбоза легочной артерии,
  - Б) отека легких,
  - В) кардиогенного шока,
  - Г) острого инфаркта миокарда.
85. Патологическое состояние, когда образование мочи не нарушено (мочевой пузырь переполнен), а выделение мочи невозможно из-за нарушения оттока (камень, опухоль), называется:
- А) полиурией,
  - Б) олигоурией,
  - В) анурией,
  - Г) ишурией.
86. Неотложная помощь при проникающих ранениях в глаз заключается в:
- А) удалении инородного тела, закапывании дикаина,
  - Б) закапывании дикаина в оба глаза, наложении бинокулярной повязки,
  - В) закапывании в глаз перекиси водорода, наложении повязки на один глаз,
  - Г) неотложная помощь на догоспитальном этапе не оказывается.

87. Такие осложнения, как микро- и макроангиопатии, характерны для:
- А) сахарного диабета,
  - Б) несахарного диабета,
  - В) тиреотоксикоза,
  - Г) гипотиреоза.
88. Внезапное начало, повышение тонуса глазных яблок, отсутствие запаха ацетона, повышение рефлексов, быстрый эффект от введения глюкозы -- признаки:
- А) гипогликемической комы,
  - Б) диабетической комы,
  - В) гипотиреоидной комы,
  - Г) уремической комы.
89. В клинике отравлений общие симптомы — это явления:
- А) острой сосудистой недостаточности (коллапс, шок),
  - Б) острой сердечной недостаточности (сердечная астма, отек легких),
  - В) острой почечной недостаточности (анурия, олигоурия),
  - Г) острой дыхательной недостаточности (одышка, удушье).
90. При переломах костей таза больного транспортируют:
- А) в позе «лягушки» (ноги согнуты в коленях и отведены в стороны),
  - Б) в положении сидя в кресле-каталке,
  - В) на носилках в положении лежа на животе,
  - Г) самостоятельно пешком.
91. Астматический, абдоминальный, аритмический, безболевого, церебральный — это:
- А) типичный вариант инфаркта миокарда,
  - Б) атипичный вариант инфаркта миокарда,
  - В) все перечисленное,
  - Г) ни один из них.
92. Отсутствие сознания, прекращение дыхания, отсутствие пульса на сонных артериях, расширение зрачков, при аускультации — отсутствие тонов сердца — признаки:
- А) клинической смерти,
  - Б) биологической смерти,
  - В) жизни,
  - Г) ни один из них.

93. Кашель, кровохарканье, длительный субфебрилитет, резкое похудание больного, слабость — признаки:
- А) крупозной пневмонии,
  - Б) туберкулеза легких,
  - В) бронхиальной астмы,
  - Г) экссудативного плеврита.
94. Бочкообразная грудная клетка, расширенные межреберные промежутки, диффузный теплый цианоз, одышка экспираторного характера, ослабление везикулярного дыхания при аускультации, появление коробочного звука при перкуссии — признаки:
- А) эмфиземы легкого,
  - Б) отека легкого,
  - В) ателектаза легкого,
  - Г) наличия жидкости в плевральной полости.
95. Приступообразная боль за грудиной с иррадиацией влево, продолжительностью до 20 мин, положительный эффект от нитроглицерина — признаки, характерные для:
- А) инфаркта миокарда,
  - Б) приступа стенокардии,
  - В) межреберной невралгии,
  - Г) остеохондроза грудного отдела позвоночника.
96. Внезапное начало, возбуждение, тахикардия, резкое повышение систолического АД, увеличение пульсового давления — клиника:
- А) гипертонического криза 1-го типа (адреналового, нейро-вегетативного),
  - Б) гипертонического криза 2-го типа (водно-солевого, норадреналового),
  - В) гипертонического криза судорожной формы (гипертоническая энцефалопатия),
  - Г) гипертонического криза, возникшего после отмены гипотензивных средств.
97. Возникновение приступа кратковременной потери сознания, чаще в молодом возрасте, снижение артериального давления, бледность кожных покровов — характерные признаки:
- А) коллапса,
  - Б) обморока,
  - В) истерического припадка,
  - Г) эпилептического припадка.

98. Для артериального кровотечения характерно выделение крови из раны:
- А) в виде пульсирующей струи алого цвета,
  - Б) обильное вытекание темной крови,
  - В) вытекание крови по каплям,
  - Г) ни одно из них.
99. Во время транспортировки пострадавшего в бессознательном состоянии необходимо:
- А) уложить на бок,
  - Б) уложить на спину с запрокинутой головой,
  - В) уложить на спину с высоко приподнятым головным концом,
  - Г) уложить на спину с приподнятым ножным концом.
100. При оказании реанимационного пособия одним реанимирующим соотношением вдохов и компрессий грудной клетки должно составлять:
- А) 1 вдох рот в рот и 15 компрессий грудной клетки,
  - Б) 2 вдоха и 5 компрессий грудной клетки,
  - В) 2 вдоха и 15 компрессий грудной клетки,
  - Г) 1 вдох и 5 компрессий грудной клетки.

# ЭТАЛОНЫ ПРАВИЛЬНЫХ ОТВЕТОВ НА ТЕСТЫ ПРОГРАММИРОВАННОГО КОНТРОЛЯ

---

1. Г — отеки на лице, затруднение дыхания, осиплость голоса.
2. Б — преднизолон, лазикс.
3. А — вакцин, сывороток.
4. А — анафилактическом шоке.
5. В — адреналин, преднизолон, супрастин.
6. А — морфина, промедола.
7. А — дицинона, аминокaproновой кислоты.
8. В — выраженная боль за грудиной, продолжительностью более 30 мин.
9. В — морфина, гепарина.
10. Б — нитроглицерин под язык.
11. В — пентамина, лазикса.
12. Г — преднизолона.
13. А — отеке легких.
14. В — отравление алкоголем.
15. В — этамзилата натрия, аминокaproновой кислоты.
16. А — атропина, баралгина.
17. А — баралгин, но-шпа.
18. А — передозировка инсулина.
19. В — глюкоза внутривенно.
20. А — раствор натрия хлорида и 10 ЕД инсулина.
21. Б — ацетона.
22. А — сахарный диабет.
23. Б — влажные, обычной окраски.
24. А — короткого действия.
25. А — носовое кровотечение, отек легких, инсульт.
26. А — сердечной астмы.
27. В — твердый напряженный.

28. А — гипотензивные и мочегонные.
29. В — стенокардия.
30. В — нитроглицерина.
31. А — ангинозная.
32. А — кардиогенный отек легких.
33. А — резкое снижение АД, пульс слабого наполнения и напряжения.
34. А — гепарин, аспирин.
35. А — морфина, гепарина.
36. Б — лежа на носилках.
37. Г — бронхиальной астмы.
38. А — сердечной астмы.
39. А — ортопноэ.
40. А — сухие свистящие хрипы на всем протяжении.
41. А — влажные хрипы в нижних отделах легких.
42. А — алая пенистая, выделяется при кашле.
43. А — бочкообразная, межреберные промежутки расширены.
44. Б — острого панкреатита.
45. Б — острого холецистита.
46. А — боли в животе, рвота желчью и каловым содержимым.
47. Г — язвенная болезнь желудка, осложненная прободением.
48. А — желудочное кровотечение.
49. Г — боль в пояснице с иррадиацией в пах и половые органы.
50. А — подпеченочная.
51. Б — стенозирующего ларингита.
52. Б — в пресной воде.
53. Б — повешение.
54. Б — поражение электротоком.
55. А — синдром длительного раздавливания.
56. Б — налорфин.
57. Б — отравление наркотиками.
58. А — состояние без сознания, падение АД, мидриаз, запах алкоголя.
59. Г — все правильные.
60. Г — все правильные.
61. Б — лидокаин.
62. Б — обзидана.
63. Г — все правильные.
64. А — строфантина.
65. А — простой инсулин.
66. Г — стеноз привратника.

67. Б — острый приступ глаукомы.
68. В — 10–15 л воды комнатной температуры.
69. В — «прижигающими».
70. А — анафилактическом шоке.
71. А — 2-й степени ожога.
72. А — ожоговый шок.
73. А — правила «ладони», «девятки».
74. А — 10% глубокого ожога.
75. Б — умышленно с целью самоубийства.
76. А — состояние алкогольного опьянения, снижение зрения до слепоты.
77. А — костная деформация, крепитация, патологическая подвижность.
78. Б — шейки бедра.
79. В — шока 3-й степени.
80. Б — закрытым пневмотораксом.
81. А — перевести в открытый пневмоторакс.
82. В — инсульта.
83. Б — водно-солевой криз.
84. А — тромбозомболия легочной артерии.
85. Г — ишурия.
86. Б — закапывание дикаина в оба глаза, бинокулярная повязка.
87. А — сахарного диабета.
88. А — гипогликемической комы.
89. А — острая сосудистая недостаточность.
90. А — в позе «лягушки».
91. Б — атипичный инфаркт миокарда.
92. А — клинической смерти.
93. Б — туберкулеза.
94. А — эмфиземы легкого.
95. Б — приступа стенокардии.
96. А — гипертонического криза 1-го типа.
97. Б — обморока.
98. А — в виде пульсирующей струи алого цвета.
99. А — уложить на бок.
100. В — 2 вдоха и 15 надавливаний на грудную клетку.



# ЗАДАЧИ

---

## Задача № 1

Больная В., 43 лет, обратилась к фельдшеру с жалобами на ежедневные приступы удушья, особенно затруднен выдох, общую слабость, недомогание. После приступа отходит небольшое количество вязкой стекловидной мокроты. Больна в течение 2 лет, обострение в начале осени. У больной имеется аллергия на пенициллин.

*Объективно:* состояние средней тяжести. Больная сидит, опираясь руками о край кровати. Кожа чистая, с цианотичным оттенком. Грудная клетка бочкообразной формы, межреберные промежутки расширены, отмечается набухание шейных вен, участие вспомогательной мускулатуры. Дыхание шумное, 22 дыхательных движения в минуту. При перкуссии отмечается коробочный звук, аускультативно на фоне ослабленного везикулярного дыхания выслушиваются сухие свистящие хрипы. ЧДД 22 в минуту. Тоны сердца ритмичные, ясные, 92 уд./мин, АД 140/70 мм рт. ст.

*Ваш предварительный диагноз?*

*Ваша тактика и неотложная помощь на догоспитальном этапе?*

## Задача № 2

Больная Е., 53 лет, обратилась в СП с жалобами на головную боль, высокую температуру, резкую колющую боль в правой половине грудной клетки, усиливающуюся при кашле, одышку, кашель с мокротой «ржавого» цвета. Заболевание началось остро, после переохлаждения. Больна 2-й день.

*Объективно:* температура 39,4 °С. Общее состояние тяжелое. Лицо гиперемировано, на губах определяются герпетические высыпания. ЧДД 28 в минуту. При осмотре правая половина грудной клетки отстаёт при дыхании, при пальпации голосовое дрожание справа усилено, при перкуссии справа над нижней долей определяется притупление звука, при аускультации справа над

нижней долей дыхание ослабленное, везикулярное, определяется крепитация. Тоны сердца приглушены. Пульс 100 уд./мин, ритмичный, АД 110/70 мм рт. ст.

*Ваш предварительный диагноз?*

*Ваша тактика и неотложная помощь на догоспитальном этапе?*

### **Задача № 3**

Вызов на дом по СП. Больной 60 лет жалуется на приступы болей за грудиной с иррадиацией влево. Болен в течение 3 лет. Раньше было 1–2 приступа в месяц, которые быстро купировались нитроглицерином. В течение последней недели приступы участились, стали появляться по нескольку раз в день, в связи с чем больной вынужден принимать до 10 таблеток нитроглицерина в сутки.

*Объективно:* состояние удовлетворительное. Границы сердца расширены влево. Тоны сердца ритмичные. Над аортой систолический шум и акцент 2-го тона. АД 150/190 мм рт. ст. В легких везикулярное дыхание.

*Ваш предварительный диагноз?*

*Ваша тактика и неотложная помощь на догоспитальном этапе?*

### **Задача № 4**

По СП обратилась женщина, 63 лет, с жалобами на выраженные боли в животе опоясывающего характера, иррадирующие в спину, под левую лопатку. Начало заболевания связывает с приемом жирных блюд. Отмечает тошноту, рвоту с примесью желчи, повышение температуры тела. Эти симптомы беспокоят в течение 2 дней. Много лет страдает хроническим холециститом.

*Объективно:* температура 37,2 °С. Состояние удовлетворительное. Кожа чистая, сухая, с желтушным оттенком. Подкожно-жировая клетчатка развита избыточно. Легкие и сердце без патологии. Язык обложен беловатым налетом. Живот мягкий, болезненный в верхней половине и в левом подреберье. Положительные симптомы раздражения брюшины (симптом Щеткина—Блюмберга).

*Ваш предварительный диагноз?*

*Ваша тактика и неотложная помощь на догоспитальном этапе?*

### Задача № 5

Вызов по СП к мужчине 45 лет. В течение нескольких лет периодически 1–2 раза в месяц в ночное время от 4 до 5 ч утра возникают приступы сжимающей боли за грудиной, продолжающиеся до 5 мин и купирующиеся нитроглицерином. В дневное время самочувствие хорошее.

*Объективно:* пульс 78 уд./мин, границы сердца не изменены, тоны сердца звучные, чистые, АД 130/80 мм рт. ст. На предыдущих ЭКГ изменений нет.

*Ваш предварительный диагноз?*

*Ваша тактика и неотложная помощь на догоспитальном этапе?*

### Задача № 6

По СП обратился больной К., 53 лет. Жалобы на головную боль в затылочной области, рвоту, головокружение, мелькание «мушек» перед глазами. Из анамнеза выяснилось, что эти явления развивались сегодня во второй половине дня. До этого к врачу не обращался. Головные боли беспокоили периодически в течение нескольких лет.

*Объективно:* общее состояние средней тяжести. Кожа бледная. Дыхание везикулярное. Левая граница относительной сердечной тупости на 1 см кнаружи от среднеключичной линии. Тоны сердца громкие, резкий акцент 2-го тона на аорте. ЧСС 92 в мин, пульс твердый, напряженный, АД 200/110 мм рт. ст.

*Ваш предварительный диагноз?*

*Ваша тактика и неотложная помощь на догоспитальном этапе?*

### Задача № 7

Вызов на дом к больной 66 лет, которая жалуется на острые боли в правом подреберье с иррадиацией в правую лопатку, правое плечо, чувство тяжести в подложечной области, тошноту, рвоту. Заболела ночью, после приема острой пищи. Подобные боли впервые.

*Объективно:* температура 37,6 °С. Общее состояние средней тяжести. Больная мечется, стонет.

Больная повышенного питания, склеры желтушны. Со стороны сердечно-сосудистой системы и легких патологии нет.

Язык обложен белым налетом. Живот вздут. При пальпации резкая болезненность и напряжение мышц в правом подре-

берье. Отмечается болезненность при поколачивании по правой реберной дуге, при надавливании между ножками правой грудино-ключично-сосцевидной мышцы.

*Ваш предварительный диагноз?*

*Ваша тактика и неотложная помощь на догоспитальном этапе?*

### **Задача № 8**

Вызов на дом к больному М., 48 лет. Жалобы на сильные боли в области поясницы и правой половины живота, иррадирующие в паховую область и правое бедро. Отмечает частые позывы к мочеиспусканию.

*Объективно:* температура 37,4 °С. Общее состояние средней тяжести. Больной беспокойный, ищет удобное положение для облегчения болей. Со стороны органов дыхания и сердечно-сосудистой системы патологии нет. Пульс 86 уд./мин, ритмичный, АД 140/80 мм рт. ст. Симптом Пастернацкого резко положительный справа.

*Ваш предварительный диагноз?*

*Ваша тактика и неотложная помощь на догоспитальном этапе?*

### **Задача № 9**

По СП обратился больной по поводу резкой загрудинной боли сжимающего характера. Боль возникла после тяжелой физической нагрузки, продолжалась около 7 мин, прошла самостоятельно. Такой же приступ был 2 недели назад, к врачу не обращался.

*Объективно:* тоны сердца громкие, пульс 78 уд./мин, удовлетворительного наполнения, АД 120/80 мм рт. ст. В легких везикулярное дыхание.

*Ваш предварительный диагноз?*

*Ваша тактика и неотложная помощь на догоспитальном этапе?*

### **Задача № 10**

Больная Т., 67 лет, обратилась с жалобами на жажду, сухость во рту, кожный зуд, обильное выделение мочи, слабость. Подобные жалобы появились 3 месяца назад. В анамнезе у больной хронический панкреатит.

*Объективно:* температура 36,6 °С. Рост 165 см, масса тела 100 кг. Общее состояние удовлетворительное, кожа сухая, видны следы расчесов. Подкожно-жировая клетчатка развита избыточно. Дыхание везикулярное, ЧДД 20 в минуту. Тоны сердца приглушенные, ритмичные. ЧСС 76 в минуту. АД 150/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезнен при пальпации.

*Ваш предварительный диагноз?*

*Ваша тактика и неотложная помощь на догоспитальном этапе?*

### **Задача № 11**

Фельдшер СП был вызван на дом к мужчине 45 лет, который жаловался на резкую боль в правой половине грудной клетки, одышку в состоянии покоя, сердцебиение, сухой кашель. Это состояние развилось резко после подъема тяжести. Страдает хронической легочной патологией.

*Объективно:* кожные покровы бледные. Пациент пониженного питания. *Перкуторно:* корочечный звук. Дыхание резко ослаблено. ЧДД 32 в мин. Пульс 100 уд./мин. АД 90/60 мм рт. ст.

*Ваш предварительный диагноз?*

*Ваша тактика и неотложная помощь на догоспитальном этапе?*

### **Задача № 12**

Фельдшер СП вызван на дом к больной 40 лет, которая жалуется на боль в правой половине грудной клетки, кашель с выделением «ржавой» мокроты, одышку в состоянии покоя. Заболела остро два дня назад. После приема жаропонижающих таблеток состояние ухудшилось, появились резкая слабость, головокружение, потливость. В течение часа температура снизилась до нормы.

*Объективно:* температура 36,8 °С. Кожные покровы бледные, влажные, на губах герпетические высыпания. Правая половина грудной клетки отстаёт в акте дыхания. При перкуссии справа ниже угла лопатки определяется притупление, здесь же выслушивается крепитация. Пульс малого наполнения, 100 уд./мин. АД 85/60 мм рт. ст. ЧДД 32 в мин.

*Ваш предварительный диагноз?*

*Ваша тактика и неотложная помощь на догоспитальном этапе?*

### Задача № 13

После нервного перенапряжения у мужчины 42 лет возникли интенсивные продолжительные сжимающего характера боли за грудиной с иррадиацией в левую лопатку и в нижнюю челюсть.

*Объективно:* кожные покровы бледные, влажные, акроцианоз. Периферические вены спавшиеся. Резко снижена температура кожи кистей и стоп. Сознание нарушено — пациент резко заторможен. Тоны сердца глухие. Пульс малого наполнения, частота 92 уд./мин. АД 80/60 мм рт. ст. Олигурия.

*Ваш предварительный диагноз?*

*Ваша тактика и неотложная помощь на догоспитальном этапе?*

### Задача № 14

По СП обратилась женщина 55 лет с жалобами на резкую головную боль, головокружение, тошноту, рвоту, мелькание «мушек» перед глазами. Резкое ухудшение состояния началось после нервного перенапряжения.

*Объективно:* заторможена, лицо пастозно, кожные покровы бледные, в легких дыхание везикулярное, тоны сердца ритмичные, 86 уд./мин. АД 170/130 мм рт. ст. Голени и стопы отечны.

*Ваш предварительный диагноз?*

*Ваша тактика и неотложная помощь на догоспитальном этапе?*

### Задача № 15

Больной 68 лет жалуется на боли за грудиной жгучего характера, иррадиирующие в левую руку, одышку, приступ удушья, кашель с выделением розовой пенистой мокроты. Заболел час назад. Нитроглицерином боли не снялись.

*Объективно:* больной в положении ортопноэ, выражен цианоз лица, пальцев рук, тоны сердца резко приглушены. АД 130/100 мм рт. ст. В легких в нижних отделах выслушиваются влажные крепитирующие хрипы.

*Ваш предварительный диагноз?*

*Ваша тактика и неотложная помощь на догоспитальном этапе?*

### Задача № 16

Мужчина 55 лет обратился к фельдшеру с жалобами на резкую слабость, сильные боли в эпигастральной области, тошноту, 2 раза была рвота.

В анамнезе ишемическая болезнь сердца.

*Объективно:* кожные покровы бледные, влажные. Тоны сердца приглушены, ритмичны, пульс 90 уд./мин. АД 140/90 мм рт. ст. Живот мягкий, слегка вздут и болезнен в эпигастрии при поверхностной пальпации.

Для исключения инфаркта миокарда фельдшер сняла пациенту ЭКГ, где обнаружила изменения в виде резкого подъема сегмента ST, слившегося с зубцом Т (монофазная кривая).

*Ваш предварительный диагноз?*

*Ваша тактика и неотложная помощь на догоспитальном этапе?*

### Задача № 17

Фельдшер СП был вызван на дом к пациенту 28 лет, который жаловался на резко возникшую одышку, выраженную слабость, ощущения «замирания» и кратковременную «остановку» сердца, перебои в работе сердца. В анамнезе ревматизм, пролапс митрального клапана.

*Объективно:* бледен, тоны сердца приглушены, выслушиваются единичные экстрасистолы. АД 110/80 мм рт. ст. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Живот без особенностей.

*Ваш предварительный диагноз?*

*Ваша тактика и неотложная помощь на догоспитальном этапе?*

### Задача № 18

Вызов по СП к больному 45 лет, страдающему в течение 5 лет бронхоэктатической болезнью. Сегодня во время кашля появилось кровохарканье, затем легочное кровотечение.

*Объективно:* кожные покровы бледные, диффузный теплый цианоз, грудная клетка бочкообразной формы. В легких при аускультации на фоне ослабленного дыхания выслушиваются влажные хрипы. Во время кашля выделяется большое количество алой пенистой крови.

*Ваш предварительный диагноз?*

*Ваша тактика и неотложная помощь на догоспитальном этапе?*

### Задача № 19

Вызов на дом бригады СП. Мужчина 37 лет страдает язвенной болезнью желудка в течение 7 лет. В настоящее время жалуется на слабость, головокружение. Сегодня была 3 раза рвота, и рвотные массы напоминали «кофейную гущу».

*Объективно:* кожные покровы бледные. Пульс 100 уд./мин, АД 90/60 мм рт. ст. В легких везикулярное дыхание, живот слегка вздут, болезнен в области эпигастрия.

*Ваш предварительный диагноз?*

*Ваша тактика и неотложная помощь на догоспитальном этапе?*

### Задача № 20

По «Скорой помощи» к фельдшеру обратился мужчина 30 лет с жалобами на остро возникшие очень интенсивные «кинжальные» боли в эпигастральной области, слабость, головокружение. Заболел 3 часа назад. В анамнезе язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки.

*Объективно:* бледен, лицо покрыто холодным потом, заторможен. АД 90/60 мм рт. ст. В легких везикулярное дыхание, живот напряжен, «доскообразный», резко болезнен в эпигастральной области, больной в вынужденной позе на боку с притянутыми к животу бедрами.

*Ваш предварительный диагноз?*

*Ваша тактика и неотложная помощь на догоспитальном этапе?*

### Задача № 21

Женщина 20 лет обратилась с жалобами на выраженный, плотный, бледный, незудящий отек лица, затрудненное дыхание, слабость, тошноту, повышение температуры до 38 °С. Это состояние развилось через 30 мин после инъекции антибиотика.

*Объективно:* на лице значительно выраженный отек, ушные раковины отечные, глаза почти закрыты, из-за отека язык не умещается во рту, голос осипший. Пульс 110 уд./мин. АД 90/60 мм рт. ст. В легких дыхание везикулярное, живот безболезнен.

*Ваш предварительный диагноз?*

*Ваша тактика и неотложная помощь на догоспитальном этапе?*



### Задача № 22

По СП обратилась женщина 37 лет с жалобами на слабость, головокружение, жажду, кровянистые выделения из влагалища, которые усилились после подъема тяжести. В анамнезе миома матки в течение 2 лет.

*Объективно:* кожные покровы бледные. Пульс 110 уд./мин, АД 90/60 мм рт. ст. Живот при пальпации болезнен в надлобковой области, из влагалища обильные кровянистые выделения.

*Ваш предварительный диагноз?*

*Ваша тактика и неотложная помощь на догоспитальном этапе?*

### Задача № 23

Мужчина 52 лет обратился с жалобами на выделение крови из носа, слабость, головокружение, тошноту, сердцебиение. В анамнезе заболевание крови.

*Объективно:* кожные покровы бледные. Пульс ритмичный, 90 уд./мин. АД 90/60 мм рт. ст. Из носа струйкой вытекает кровь.

*Ваш предварительный диагноз?*

*Ваша тактика и неотложная помощь на догоспитальном этапе?*

### Задача № 24

Фельдшер СП вызван на дом к мужчине 32 лет. Жалобы на резкую слабость, тошноту, многократную рвоту, частый жидкий стул, сердцебиение, головокружение, двоение в глазах. Из анамнеза: 10 ч назад ел свежеприготовленные грибы.

*Объективно:* кожные покровы бледные, влажные. Тремор рук. Тоны сердца ритмичные. Пульс 120 уд./мин. АД 90/60 мм рт. ст. Живот мягкий, слегка вздут, болезненный при пальпации в эпигастральной области, по ходу толстого и тонкого кишечника.

*Ваш предварительный диагноз?*

*Ваша тактика и неотложная помощь на догоспитальном этапе?*

### Задача № 25

Пациент 25 лет сразу после введения сыворотки стал жаловаться на головокружение, выраженную слабость, чувство жара, головную боль, нарушение зрения, чувство тяжести за грудиной.

*Объективно:* состояние тяжелое, бледность кожи с цианозом, обильная потливость. Тоны сердца резко приглушены, пульс нитевидный, 120 уд./мин. АД 80/50 мм рт. ст. Число дыхательных движений грудной клетки — 40 в минуту.

*Ваш предварительный диагноз?*

*Ваша тактика и неотложная помощь на догоспитальном этапе?*

### **Задача № 26**

Вызов фельдшера СП на дом к женщине 27 лет. В анамнезе ревматизм, митральный порок сердца.

*Объективно:* находится в положении сидя с опущенными ногами. Речь затруднена. Лицо бледное, покрыто крупными каплями пота. Выражение лица напряженное из-за страха смерти. Цианоз губ, кончика носа. Клопочущее дыхание слышно на расстоянии. Кашель с выделением обильной розовой пенистой мокроты. Над всей поверхностью легких мелкопузырчатые хрипы. Пульс 120 уд./мин, аритмичный.

*Ваш предварительный диагноз?*

*Ваша тактика и неотложная помощь на догоспитальном этапе?*

### **Задача № 27**

На третьи сутки после гинекологической операции больная резко встала с кровати и почувствовала сильную боль в грудной клетке, слабость, головокружение; появился кашель с кровянистой мокротой. В момент осмотра потеряла сознание.

*Объективно:* тоны сердца не выслушиваются, пульс не определяется, дыхание не выслушивается. Выраженный цианоз верхней половины туловища.

*Ваш предварительный диагноз?*

*Ваша тактика и неотложная помощь на догоспитальном этапе?*

### **Задача № 28**

Вызов СП к больному 52 лет. Жалобы на кашель с трудноотделяемой «стекловидной» мокротой, одышку, приступ удушья. Болен БА в течение 10 лет. Самочувствие ухудшилось после острого респираторного заболевания. Приступ удушья не купируется ингаляторами в течение суток.

*Объективно.* больной в положении ортопноэ. Выраженный цианоз верхней половины туловища. Одышка экспираторного типа, мокрота отделяется с трудом, в последние часы вообще не отходит. Грудная клетка бочкообразной формы, межреберные промежутки расширены. В легких на всем протяжении сухие свистящие хрипы. Тоны сердца приглушены. АД 140/90 мм рт. ст.

*Ваш предварительный диагноз?*

*Ваша тактика и неотложная помощь на догоспитальном этапе?*

### **Задача № 29**

Больной 18 лет при заборе крови из пальца потерял сознание.

*Объективно:* кожные покровы бледные, зрачки расширены. АД 80/60 мм рт. ст. Пульс 60 уд./мин, слабого наполнения и напряжения. В горизонтальном положении у больного сознание быстро и полностью восстановилось.

*Ваш предварительный диагноз?*

*Ваша тактика и неотложная помощь на догоспитальном этапе?*

### **Задача № 30**

Вызов бригады СП на улицу. Женщину 67 лет сбила машина. Жалобы на боль в правом тазобедренном суставе, припухлость в области травмы, нарушение функции конечности.

*Объективно:* правая нижняя конечность укорочена, определяются костная деформация, крепитация, патологическая подвижность бедренной кости. Наблюдается ротация ноги кнаружи, определяется симптом «прилипшей» пятки.

*Ваш предварительный диагноз?*

*Ваша тактика и неотложная помощь на догоспитальном этапе?*

### **Задача № 31**

Вызов бригады СП на дом. Больная 74 лет потеряла сознание, упала. В анамнезе гипертоническая болезнь с частыми гипертоническими кризами.

*Объективно:* больная без сознания, лицо багрового цвета, речь отсутствует, опущение угла рта и носогубной складки сле-

ва, гемипарез слева, дыхание шумное, тоны сердца ритмичные. АД 160/100 мм рт. ст. В легких жесткое дыхание. Живот мягкий.

*Ваш предварительный диагноз?*

*Ваша тактика и неотложная помощь на догоспитальном этапе?*

### **Задача № 32**

В приемное отделение с улицы доставлен пациент в бессознательном состоянии, от которого распространяется запах алкоголя.

*Объективно:* в контакт не вступает, реагирует на болевые раздражители движениями. Лицо пастозно, на коже лица сосудистые «звездочки», зрачки слегка сужены, реакция их на свет снижена. Мышечный тонус снижен, сухожильные рефлексы сохранены. ЧДД 26 уд./мин. Тоны сердца ритмичные. ЧСС 88 уд./мин. АД 105/60 мм рт. ст.

*Ваш предварительный диагноз?*

*Ваша тактика и неотложная помощь на догоспитальном этапе?*

### **Задача № 33**

Вызов СП на дом. У 24-летней пациентки с инсулинозависимым сахарным диабетом в течение недели отмечались слабость, тошнота, рвота, апатия, состояние безразличия. В последнее время инсулин не вводила, диету не соблюдала.

*Объективно:* кожа бледная, сухая со следами расчесов, тонус мышц снижен, глазные яблоки мягкие. АД 100/70 мм рт. ст. В легких дыхание шумное. Из рта больной запах ацетона. Необходимое время для транспортировки в ЦРБ — 2 ч.

*Ваш предварительный диагноз?*

*Ваша тактика и неотложная помощь на догоспитальном этапе?*

### **Задача № 34**

Вызов СП к пациенту 17 лет, страдающему инсулинозависимым сахарным диабетом. Со слов присутствующих, несколько минут назад жаловался на чувство голода, дрожь, потливость, затем потерял сознание.

*Объективно:* кожа бледная, влажная, тонус мышц повышен, глазные яблоки твердые. Зрачки расширены. Дыхание обычное. Пульс 100 уд./мин. АД 130/90 мм рт. ст.

*Ваш предварительный диагноз?*

*Ваша тактика и неотложная помощь на догоспитальном этапе?*

### **Задача № 35**

По СП обратилась женщина 47 лет с жалобами на резкую боль в глазном яблоке, нарушение зрения, головную боль.

*Объективно:* правое глазное яблоко прикрыто веком из-за отека. АД 100/60 мм рт. ст. В легких везикулярное дыхание. В анамнезе глаукома.

*Ваш предварительный диагноз?*

*Ваша тактика и неотложная помощь на догоспитальном этапе?*

### **Задача № 36**

Больной 67 лет состоит на диспансерном учете с диагнозом ишемическая болезнь сердца. Жалуется на интенсивные боли за грудиной сжимающего характера, с иррадиацией в левую лопатку. В начале приступа дважды принимал нитроглицерин, без эффекта. Продолжительность приступа 40, мин.

*Объективно:* цианоз кожных покровов и видимых слизистых оболочек. Тоны сердца приглушены. Пульс 60 уд./мин. АД 110/90 мм рт. ст. В легких везикулярное дыхание. Живот без особенностей. Отеков на периферии нет.

*Ваш предварительный диагноз?*

*Ваша тактика и неотложная помощь на догоспитальном этапе?*

### **Задача № 37**

Мужчина 55 лет обратился с жалобами на сердцебиение, одышку, головную боль, головокружение, рвоту. Болен на протяжении 5 лет, принимает гипотензивные препараты. Ухудшение состояния отмечает после психоэмоциональной нагрузки.

*Объективно:* больной возбужден, лицо гиперемировано. ЧДД 24 в мин. Дыхание везикулярное, хрипов нет. При аускультации: акцент II тона над аортой. Увеличение границ сердца влево. АД 190/110 мм рт. ст. Пульс 80 уд./мин.

*Ваш предварительный диагноз?*

*Ваша тактика и неотложная помощь на догоспитальном этапе?*

### **Задача № 38**

По СП поступил больной 24 лет с жалобами на боли по всему животу, вокруг пупка, тошноту, однократную рвоту. Боли приступообразного характера, за последний час локализовались в правой подвздошной области.

*Объективно:* температура 37,5 °С, живот болезнен при пальпации в правой паховой области. Положительны симптомы Ситковского, Воскресенского, Щеткина—Блюмберга.

*Ваш предварительный диагноз?*

*Ваша тактика и неотложная помощь на догоспитальном этапе?*

### **Задача № 39**

Больная 72 лет обратилась с жалобами на боли по всему животу, вздутие живота, отсутствие стула и газов, рвоту желчью. В анамнезе несколько полостных операций.

*Объективно:* кожные покровы бледные, тоны сердца ритмичные. Пульс 68 уд./мин. АД 130/100 мм рт. ст. В легких везикулярное дыхание, живот вздут, при пальпации болезнен во всех отделах. Аускультативно: отсутствие перистальтики кишечника.

*Ваш предварительный диагноз?*

*Ваша тактика и неотложная помощь на догоспитальном этапе?*

### **Задача № 40**

По СП обратился больной 88 лет с жалобами на задержку мочеиспускания, боли в низу живота, головную боль, тошноту, слабость. В анамнезе аденома предстательной железы.

*Объективно:* кожные покровы бледные, с землистым оттенком, тоны сердца ритмичные, приглушены. Пульс 100 уд./мин. АД 140/90 мм рт. ст. В легких везикулярное дыхание. Живот при пальпации болезнен во всех отделах, в надлобковой области определяется образование мягкой консистенции. При сильном натуживании моча выделяется по капелькам.

*Ваш предварительный диагноз?*

*Ваша тактика и неотложная помощь на догоспитальном этапе?*

### Задача № 41

В токсикологическое отделение поступил больной 50 лет с жалобами на сильную боль в ротовой полости, по ходу пищевода, в эпигастральной области, рвоту с примесью крови. Из анамнеза известно, что в состоянии алкогольного опьянения 30 мин назад выпил неизвестную жидкость.

*Объективно:* кожные покровы бледные, на губах, подбородке следы ожога. Пульс 100 уд./мин. АД 80/50 мм рт. ст. При пальпации живота резкая болезненность в эпигастрии. Рвотные массы с примесью крови, с запахом алкоголя.

*Ваш предварительный диагноз?*

*Ваша тактика и неотложная помощь на догоспитальном этапе?*

### Задача № 42

Бригадой СП на улице обнаружен больной в бессознательном состоянии. Кожные покровы бледные, холодные, на локтевых сгибах следы от множественных инъекций.

*Объективно:* кожные покровы бледные, тонус мышц снижен, миоз, язык сухой. Пульс 46 уд./мин. АД 60/20 мм рт. ст. Дыхание нарушено по типу «апноэ», температура 35,5 °С.

*Ваш предварительный диагноз?*

*Ваша тактика и неотложная помощь на догоспитальном этапе?*

### Задача № 43

Больной 40 лет снят бригадой СП с поезда. Из анамнеза: пил спиртные напитки с неизвестными лицами.

*Объективно:* больной бледен, сознание отсутствует, зрачки сужены, тонус мышц снижен. Тоны сердца ритмичные, брадикардия. Пульс 50 уд./мин. АД систолическое 50 мм рт. ст.

*Ваш предварительный диагноз?*

*Ваша тактика и неотложная помощь на догоспитальном этапе?*

### Задача № 44

В токсикологическое отделение бригадой СП доставлена больная 45 лет. Около часа назад больную за большой палец ноги укусила гадюка.

*Объективно:* на месте укуса 2 точечные ранки, припухлость, краснота, отек, боль в месте укуса. АД 90/60 мм рт. ст. Пульс 120 уд./мин, слабого наполнения и напряжения, дыхание везикулярное.

*Ваш предварительный диагноз?*

*Ваша неотложная помощь на догоспитальном этапе?*

### **Задача № 45**

Во время пожара больной получил ожоги пламенем головы, шеи, правой верхней конечности, части грудной клетки справа (около 20%).

*Объективно:* обожженная поверхность гиперемирована, на лице и шее имеются волдыри с прозрачным содержимым. Больной в сознании. Необожженные кожные покровы бледные, тоны сердца приглушены. Пульс слабого наполнения и напряжения, около 120 уд./мин. АД 90/60 мм рт. ст.

*Ваш предварительный диагноз?*

*Ваша тактика и неотложная помощь на догоспитальном этапе?*

### **Задача № 46**

Больной 35 лет в стадии алкогольного опьянения отморозил ушные раковины. Жалуется на боль в ушных раковинах.

*Объективно:* кожа ушных раковин цианотична, отечна, имеются пузыри с серозным содержимым. Тоны сердца ритмичные, пульс 88 уд./мин. АД 110/70 мм рт. ст. В легких везикулярное дыхание. От больного запах алкоголя.

*Ваш предварительный диагноз?*

*Ваша тактика и неотложная помощь на догоспитальном этапе?*

### **Задача № 47**

При работе с электроприбором больной 40 лет потерял сознание, появились судороги.

*Объективно:* больной без сознания, кожные покровы бледные, на коже «метка» тока в виде ожога на руке. АД не определяется. Пульс не прощупывается.

*Ваш предварительный диагноз?*

*Ваша тактика и неотложная помощь на догоспитальном этапе?*



### Задача № 48

Больной утонул в реке. В бессознательном состоянии доставлен из воды спасателями.

*Объективно:* сознание отсутствует, судороги, дыхание отсутствует, АД не определяется, тоны сердца не выслушиваются, цианоз кожи лица и туловища, изо рта выделяется розовая пена.

*Ваш предварительный диагноз?*

*Ваша тактика и неотложная помощь на догоспитальном этапе?*

### Задача № 49

Больной 47 лет, страдающий психическим заболеванием, 2 мин назад повесился.

*Объективно:* на шее наличие странгуляционной борозды, сознание отсутствует, резкое двигательное возбуждение всей поперечно-полосатой мускулатуры, судороги. Лицо цианотично, кровоизлияния в склеры и конъюнктивы, дыхание учащенное, аритмичное. АД повышено, тахикардия. Узел веревки расположен сбоку.

*Ваш предварительный диагноз?*

*Ваша тактика и неотложная помощь на догоспитальном этапе?*

### Задача № 50

Под обвалами здания обнаружен мужчина лет 30.

*Объективно:* больной без сознания, тоны сердца ритмичные. Пульс 100 уд./мин, нитевидный. АД систолическое 50 мм рт. ст. Кожа правой нижней конечности бледная с синюшным оттенком, имеются пузыри с серозно-геморрагическим содержимым, мышцы плотные, деревянистые.

*Ваш предварительный диагноз?*

*Ваша тактика и неотложная помощь на догоспитальном этапе?*

# ОТВЕТЫ НА ЗАДАЧИ ПО ТЕМЕ «НЕОТЛОЖНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ»

---

## Задача № 1

*Диагноз.* Атопическая бронхиальная астма. Приступ средней степени тяжести.

*Неотложная помощь:*

- оксигенотерапия,
- эуфиллин 2,4% — 10,0 мл внутривенно,
- преднизолон — 90 мг внутривенно,
- супрастин — 2,0 мл внутримышечно,
- хлористый кальций 10% — 10,0 мл внутривенно.

*Тактика:* при некупируемом приступе — госпитализация больного в аллергологическое отделение стационара.

## Задача № 2

*Диагноз.* Нижнедолевая правосторонняя крупозная пневмония.

*Неотложная помощь:*

- оксигенотерапия,
- анальгин 50% — 2,0 мл с 1,0 мл 1% димедрола (литическая смесь).

*Тактика:* госпитализация в терапевтическое отделение стационара.

## Задача № 3

*Диагноз.* Ишемическая болезнь сердца. Прогрессирующая стенокардия напряжения.

*Неотложная помощь:*

- оксигенотерапия,
- нитроглицерин — 1 таблетка сублингвально,
- кордафлекс, разжевать,
- папаверин 2% — 2,0 мл внутримышечно,

- анальгин 50% — 2,0 мл с 1,0 мл 1% димедрола внутримышечно,
- гепарин — 5000 ЕД внутривенно.

*Тактика:* госпитализация в кардиологическое отделение стационара.

#### **Задача № 4**

*Диагноз.* Острый панкреатит.

*Неотложная помощь:*

- голод,
- холод на эпигастральную область и левое подреберье,
- нитроглицерин — 1 таблетка сублингвально,
- но-шпа — 2,0 мл внутримышечно или папаверин 2% — 2,0 мл внутримышечно,
- атропин — 1,0 мл подкожно,
- димедрол 1% — 1,0 мл внутримышечно.

*Тактика:* госпитализация в хирургическое отделение стационара.

#### **Задача № 5**

*Диагноз.* ИБС, нестабильная стенокардия Принцметала (вариантная).

*Неотложная помощь:*

- нитроглицерин — 1 таблетка сублингвально,
- кордафлекс (нифедипин), разжевать,
- анальгин 50% — 2,0 мл с 1,0 мл 1% димедрола внутримышечно,
- гепарин — 5000 ЕД внутривенно,
- аспирин — 1 таблетка, разжевать.

*Тактика:* срочная госпитализация в кардиологическое отделение стационара.

#### **Задача № 6**

*Диагноз.* Гипертоническая болезнь. Гипертонический криз.

*Неотложная помощь:*

- нифедипин — 1 таблетка сублингвально,
- клофелин 0,1 % раствор — 1,0 мл на 10,0 мл физиологического раствора натрия хлорида внутривенно медленно,
- лазикс — 2,0 мл внутривенно,
- реланиум — 2,0 мл внутримышечно.

*Тактика:* госпитализация в кардиологическое отделение стационара.

**Задача № 7**

*Диагноз.* Желчнокаменная болезнь. Приступ печеночной колики.

*Неотложная помощь:*

- но-шпа — 2,0 мл внутримышечно или папаверин 2% — 2,0 мл внутримышечно,
- атропин 0,1% — 1,0 мл внутримышечно,
- димедрол 1% — 1,0 мл внутримышечно,
- реополиглюкин — 400,0 мл внутривенно капельно,
- пузырь со льдом на правое подреберье.

*Тактика:* госпитализация в хирургическое отделение стационара.

**Задача № 8**

*Диагноз.* Мочекаменная болезнь. Приступ почечной колики.

*Неотложная помощь:*

- тепло на область поясницы,
- но-шпа — 2,0 мл внутримышечно,
- баралгин — 5,0 мл внутримышечно,
- атропин 0,1% — 1,0 мл внутримышечно,
- димедрол 1% — 1,0 мл внутримышечно.

*Тактика:* госпитализация в урологическое отделение стационара.

**Задача № 9**

*Диагноз.* Ишемическая болезнь сердца. Впервые возникшая стенокардия.

*Неотложная помощь:*

- оксигенотерапия,
- нитроглицерин — 1 таблетка под язык,
- кордафлекс, разжевать,
- папаверин 2% — 2,0 мл внутримышечно,
- анальгин 50% — 2,0 мл внутримышечно с димедролом 1% — 1,0 мл.

*Тактика:* госпитализация в кардиологическое отделение стационара.

**Задача № 10**

*Диагноз.* Сахарный диабет, впервые выявленный.

В оказании неотложной помощи не нуждается.

Рекомендовано — консультация эндокринолога.

### Задача № 11

*Диагноз.* Спонтанный пневмоторакс.

*Неотложная помощь:*

- оксигенотерапия,
- анальгин 50% — 2,0 мл внутримышечно,
- димедрол 1% — 1,0 мл внутримышечно,
- промедол 1% — 1,0 мл внутримышечно,
- кофеин 20% — 2,0 мл подкожно.

*Тактика:* перевести закрытый пневмоторакс в открытый, госпитализация в хирургическое отделение.

### Задача № 12

*Диагноз.* Крупозная нижнедолевая правосторонняя пневмония. Острая сосудистая недостаточность — коллапс.

*Неотложная помощь:*

- оксигенотерапия,
- кофеин 20% — 2,0 мл внутримышечно.

*Тактика:* госпитализация в терапевтическое отделение стационара.

*Транспортировка:* на носилках с опущенным головным концом.

### Задача № 13

*Диагноз.* Острый инфаркт миокарда. Кардиогенный шок.

*Неотложная помощь:*

- уложить больного с приподнятым на 20° головным концом,
- оксигенотерапия,
- фентанил — 2,0 мл с 2,0 мл 0,25% дроперидола развести в 10,0 мл физиологического раствора натрия хлорида, ввести внутривенно медленно,
- гепарин — 10 000 ЕД внутривенно,
- аспирин — 1 таблетка, разжевать,
- дофамин — 200 мг развести в 400,0 мл реополиглюкина внутривенно капельно или норадреналин — 2,0 мл внутривенно.

*Тактика:* госпитализировать в палату интенсивной терапии кардиологического отделения или в реанимационное отделение.

*Транспортировка:* лежа на носилках с приподнятым головным концом.

### Задача № 14

*Диагноз.* Гипертоническая болезнь. Гипертонический криз, водно-солевая форма.

*Неотложная помощь:*

- нифедипин — 10 мг под язык,
- — фуросемид — 4,0 мл внутривенно,
- эуфиллин 2,4% — 10,0 мл внутривенно,
- капотен — 1 таблетка под язык.

*Тактика:* при улучшении состояния госпитализация не обязательна.

### Задача № 15

*Диагноз.* Острый инфаркт миокарда. Осложнение: сердечная астма.

*Неотложная помощь:*

- усадить больного с опущенными ногами,
- оксигенотерапия,
- ЭКГ контроль,
- морфин 1% — 1,0 мл внутривенно на 10,0 мл 0,9% физиологического раствора натрия хлорида,
- гепарин — 10 000 ЕД внутривенно,
- аспирин — 1 таблетка, разжевать,
- лазикс — 4,0 мл внутривенно,
- нитроглицерин — 1 таблетка сублингвально.

*Тактика:* при стабилизации состояния госпитализировать в кардиологическое отделение стационара.

*Транспортировка:* на носилках с возвышенным головным концом.

### Задача № 16

*Диагноз.* Острый инфаркт миокарда, абдоминальная форма.

*Неотложная помощь:*

- физический и эмоциональный покой,
- оксигенотерапия,
- нитроглицерин — 1 таблетка или аэрозоль сублингвально, повторить до 3 раз через 3 мин,
- морфин 1% — 1,0 мл внутривенно или
- фентанил — 2,0 мл с 2,0 мл 0,25% дроперидола, развести в 10,0 мл 0,9% раствора натрия хлорида внутривенно струйно медленно,
- стрептокиназа — 1 500 000 ЕД внутривенно капельно за 30 мин,

- преднизолон — 30 мг внутривенно,
- гепарин — 10 000 ЕД внутривенно,
- аспирин — 1 таблетка, разжевать.

*Тактика:* госпитализировать в палату интенсивной терапии кардиологического отделения стационара.

Транспортировка: лежа на носилках.

### **Задача № 17**

*Диагноз.* Ревматизм. Пропалс митрального клапана: Нарушение сердечного ритма по типу экстрасистолии.

*Неотложная помощь:*

- покой,
- оксигенотерапия,
- изоптин (верапамил) 0,25% — 1,0 мл внутривенно на 10,0 мл 0,9% физиологического раствора натрия хлорида.

*Тактика:* в госпитализации не нуждается.

### **Задача № 18**

*Диагноз.* Бронхоэктатическая болезнь. Легочное кровотечение.

*Неотложная помощь:*

- дать проглотить кусочки льда,
- этамзилат натрия 12,5% — 3,0 мл на 10,0 мл 0,9% физиологического раствора натрия хлорида,
- аминокaproновая кислота 5% — 50,0 мл внутривенно капельно,
- викасол — 3,0 мл внутримышечно.

*Тактика:* госпитализация в терапевтическое отделение стационара.

Транспортировка: на носилках в полусидячем положении.

### **Задача № 19**

*Диагноз.* Язвенная болезнь желудка. Желудочное кровотечение.

*Неотложная помощь:*

- пузырь со льдом на область эпигастрия,
- запрещается прием воды и пищи,
- оксигенотерапия,
- этамзилат натрия 12,5% — 2,0 мл внутривенно на 10,0 мл 0,9% физиологического раствора натрия хлорида,
- аминокaproновая кислота 5% — 50,0 мл внутривенно капельно,
- викасол — 3,0 мл внутримышечно,

- реополиглюкин — 400,0 мл внутривенно капельно,
- кальция хлорид 10% — 10,0 мл внутривенно.

*Тактика:* экстренная госпитализация в хирургическое отделение стационара.

Транспортировка: лежа на носилках.

### **Задача № 20**

*Диагноз.* Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Прободение.

*Неотложная помощь:*

- холод на область эпигастрия,
- покой,
- запретить прием воды и пищи,
- реополиглюкин — 400,0 мл внутривенно капельно,
- ввести назогастральный зонд.

---

**• На догоспитальном этапе введение наркотических анальгетиков противопоказано!**

---

*Тактика:* госпитализация в хирургическое отделение стационара.

Транспортировка: на носилках, лежа на боку с приведенными к животу бедрами.

### **Задача № 21**

*Диагноз.* Отек Квинке.

*Неотложная помощь:*

- прекратить введение аллергена,
- тавегил — 2,0 мл внутримышечно,
- преднизолон — 60,0 мл внутривенно,
- лазикс — 2,0 мл внутривенно.

*Тактика:* госпитализация в аллергологическое отделение стационара.

### **Задача № 22**

*Диагноз.* Миома матки. Маточное кровотечение.

*Неотложная помощь:*

- положение в постели с опущенным головным концом,
- холод на низ живота,
- этамзилат натрия 12,5% — 2,0 мл внутривенно на 10,0 мл 0,9% раствора натрия хлорида,
- аминокaproновая кислота 5% — 50,0 мл внутривенно капельно,



— реополиглюкин — 400,0 мл внутривенно капельно.

*Тактика:* срочная госпитализация в гинекологическое отделение стационара.

Транспортировка: лежа на носилках.

### **Задача № 23**

*Диагноз.* Носовое кровотечение.

*Неотложная помощь:*

- усадить больного,
- холод на переносицу,
- этамзилат натрия 12,5% — 2,0 мл внутривенно на 10,0 мл 0,9% физиологического раствора натрия хлорида,
- аскорбиновая кислота — 5,0 мл внутримышечно,
- передняя тампонада носа.

*Тактика:* госпитализация в лор-отделение стационара.

### **Задача № 24**

*Диагноз.* Отравление ядовитыми грибами.

*Неотложная помощь:*

- промывание желудка,
- атропин 0,1% — 1,0 мл подкожно,
- кофеин 20% — 2,0 мл внутримышечно,
- реополиглюкин — 400,0 мл внутривенно капельно,
- гемодез — 400,0 мл внутривенно капельно.

*Тактика:* срочная госпитализация в токсикологическое отделение стационара.

### **Задача № 25**

*Диагноз.* Анафилактический шок.

*Неотложная помощь:*

- прекратить введение аллергена,
- оксигенотерапия,
- адреналина 1% — 1,0 на 20,0 мл 0,9% раствора натрия хлорида внутривенно,
- преднизолон — 120 мг внутривенно,
- эуфиллин 2,4% — 10,0 мл внутривенно,
- кальция хлорид 10% — 10,0 мл внутривенно,
- супрастин — 2,0 мл внутримышечно,
- полиглюкин — 400,0 мл внутривенно капельно.

*Тактика:* госпитализация в реанимационное отделение стационара.

Транспортировка: лежа на носилках с опущенным головным концом.

### Задача № 26

*Диагноз.* Ревматизм. Митральный порок. Осложнение: отек легких.

*Неотложная помощь:*

- усадить больного с опущенными ногами,
- оксигенотерапия (ингаляция кислорода через 33% спирт),
- лазикс — 2,0 мл внутривенно на 10,0 мл 0,9% раствора натрия хлорида,
- морфин 1% — 1,0 мл внутривенно или внутримышечно,
- нитроглицерин — 1 таблетка сублингвально,
- гепарин — 5000 ЕД внутривенно,
- строфантин 0,05% — 1,0 мл внутривенно на 10,0 мл 0,9% раствора натрия хлорида,
- наложить жгуты на 3 конечности.

*Тактика:* госпитализация в палату интенсивной терапии кардиологического отделения.

*Транспортировка:* лежа на носилках с приподнятым головным концом или сидя на носилках.

### Задача № 27

*Диагноз.* Тромбоэмболия легочной артерии.

*Неотложная помощь:*

- оксигенотерапия,  
сердечно-легочная реанимация:
- искусственная вентиляция легких,
- непрямой массаж сердца,
- норадреналин — 1,0 мл внутривенно капельно в 400,0 мл 5% раствора глюкозы,
- гепарин — 5000 ЕД внутривенно,
- преднизолон — 30,0 мг внутривенно,
- морфин 1% — 1,0 мл внутривенно или промедол 1% — 1,0 мл внутривенно,
- реополиглюкин — 400,0 мл внутривенно капельно,
- стрептокиназа — 250 000 ЕД внутривенно капельно в течение 30 мин,
- эуфиллин 2,4% — 10,0 мл внутривенно (при бронхоспазме).

*Тактика:* при успешном реанимационном пособии — госпитализация в реанимационное отделение стационара.

*Транспортировка:* лежа на носилках.

**Задача № 28**

*Диагноз.* Бронхиальная астма. Астматический статус.

*Неотложная помощь:*

- оксигенотерапия,
- реополиглюкин — 1000,0 мл внутривенно за час оказания помощи,
- эуфиллин 2,4% — 10,0 внутривенно медленно,
- преднизолон — 120—180 мг внутривенно,
- гепарин — 5000 ЕД,
- адреналин 0,1% — 0,5 мл внутривенно.

*Тактика:* срочная госпитализация в реанимационное отделение или палату интенсивной терапии.

*Госпитализация:* сидя на носилках.

**Задача № 29**

*Диагноз.* Острая сосудистая недостаточность. Обморок.

*Неотложная помощь:*

- уложить больного горизонтально с приподнятыми ногами,
- обеспечить доступ свежего воздуха,
- дать вдохнуть пары нашатырного спирта,
- кордиамин 25% — 2,0 мл подкожно или внутримышечно,
- кофеин 20% — 2,0 мл внутримышечно.

*Тактика:* если обморок случился на улице — больные госпитализируются в стационар для наблюдения и исключения повторного обморока.

*Транспортировка:* лежа на носилках с опущенным головным концом.

**Задача № 30**

*Диагноз.* Закрытый перелом шейки бедра.

*Неотложная помощь:*

- анальгин 50% — 2,0 мл внутримышечно,
- димедрол 1% — 1,0 мл внутримышечно,
- иммобилизация 3 суставов.

*Тактика:* госпитализация в травматологическое отделение стационара.

*Транспортировка:* лежа на спине.

**Задача № 31**

*Диагноз.* Гипертоническая болезнь. 3-я стадия. Острое нарушение мозгового кровообращения. Инсульт.

*Неотложная помощь:*

- уложить больного на спину, повернуть голову на бок, создать голове возвышенное положение,

- нифедипин — 10 мг, разжевать (при наличии сознания),
- клофелин 0,01% — 1,0 мл внутримышечно,
- реланиум — 2,0 мл внутримышечно,
- эуфиллин 2,4% — 10,0 мл внутривенно,
- анальгин 50% — 2,0 мл внутримышечно,
- реополиглюкин — 400,0 мл внутривенно капельно.

*Тактика:* госпитализация в неврологический стационар после стабилизации состояния.

Транспортировка: на носилках, лежа на спине с повернутой набок головой.

### **Задача № 32**

*Диагноз.* Отравление алкоголем. Алкогольная кома.

*Неотложная помощь:*

- промывание желудка с помощью толстого зонда,
- вдыхать пары нашатырного спирта,
- кофеин 20% — 6,0 мл на 10,0 мл 0,9% раствора натрия хлорида внутривенно,
- реланиум — 2,0 мл внутримышечно,
- реополиглюкин — 400,0 мл внутривенно капельно,
- кордиамин 25% — 2,0 мл внутримышечно,
- сернокислая магнезия 25% — 10,0 мл внутривенно,
- глюкоза 40% — 20,0 мл внутривенно.

### **Задача № 33**

*Диагноз.* Сахарный диабет I типа. Диабетическая кома.

*Неотложная помощь:*

- 0,9% раствор натрия хлорида — 400,0 мл со скоростью 0,5 л/ч,
- 10–20 ЕД простого инсулина внутривенно при длительной транспортировке.

*Тактика:* госпитализация в эндокринологическое отделение стационара.

Транспортировка: лежа на боку на носилках.

### **Задача № 34**

*Диагноз.* Сахарный диабет I типа. Гипогликемическая кома.

*Неотложная помощь:*

- глюкоза 40% — 40,0 мл внутривенно струйно,
- если сознание вернулось, то напоить сладким чаем,
- если сознание отсутствует, то глюкоза 10% — 200,0 мл внутривенно капельно,
- реланиум — 2,0 мл внутримышечно (при судорогах),
- лазикс — 2,0 мл при угрозе отека мозга.

*Тактика:* при восстановлении сознания больной в госпитализации не нуждается.

### Задача № 35

*Диагноз.* Глаукома. Острый приступ.

*Неотложная помощь:*

- фотил (пилокарпин 2% + тимолол 0,5%) по 2 капли в оба глаза, каждые 15 минут,
- пилокарпин 2% раствор — в оба глаза,
- анальгин 50% — 2,0 мл внутримышечно,
- димедрол 1% — 1,0 мл внутримышечно,
- диакарб — 1 таблетка или
- лазикс — 2,0 мл внутримышечно.

*Тактика:* срочная госпитализация в офтальмологическое отделение стационара.

### Задача № 36

*Диагноз.* Ишемическая болезнь сердца. Острый инфаркт миокарда. Ангинозная форма.

*Неотложная помощь:*

- физический и эмоциональный покой,
- оксигенотерапия,
- ЭКГ-контроль,
- нитроглицерин — 1 таблетка сублингвально, повторно через 3 мин,
- морфин 1% — 1,0 мл или
- фентанил — 2,0 мл с 2,0 мл 0,25% дроперидола развести в 10,0 мл 0,9% раствора натрия хлорида внутривенно струйно медленно,
- анальгин 50% — 2,0 мл с 1,0 мл 1% димедрола внутримышечно,
- преднизолон — 30 мг внутривенно,
- гепарин — 5000 ЕД внутривенно,
- стрептокиназа — 1 500 000 ЕД внутривенно капельно в 100,0 мл физиологического раствора натрия хлорида,
- реополиглюкин — 400,0 мл внутривенно капельно.

*Тактика:* срочная госпитализация в палату интенсивной терапии кардиологического отделения.

Транспортировка: лежа на носилках.

### Задача № 37

*Диагноз.* Гипертоническая болезнь. Гипертонический криз. Нейровегетативная форма.

*Неотложная помощь:*

- создать эмоциональный и физический покой,
- нифедипин — 10 мг, разжевать,
- клофелин 0,1% — 1,0 мл развести в 20,0 мл 0,9% раствора натрия хлорида внутривенно — вводить медленно в течение 5 мин,
- лазикс — 2,0 мл внутривенно,
- реланиум — 2,0 мл внутримышечно,
- анаприлин — 1 таблетка (40 мг) под язык (при сохраняющейся тахикардии).

*Тактика:* срочная госпитализация в кардиологическое отделение стационара.

Транспортировка: лежа на носилках с возвышенным головным концом.

### Задача № 38

*Диагноз.* Острый аппендицит.

*Неотложная помощь:*

- на догоспитальном этапе не оказывается.

*Тактика:* срочная госпитализация в хирургическое отделение стационара.

### Задача № 39

*Диагноз.* Спаечная болезнь. Острая механическая непроходимость кишечника.

*Неотложная помощь:*

- аспирация желудочного содержимого,
- прозерин 0,05% — 1,0 мл внутримышечно,
- но-шпа — 2,0 мл внутримышечно,
- реополиглюкин — 400,0 мл внутривенно капельно,
- постановка сифонной клизмы.

*Тактика:* срочная госпитализация больного в хирургическое отделение стационара.

### Задача № 40

*Диагноз.* Аденома предстательной железы. Острая задержка мочи.

*Неотложная помощь:*

- теплая грелка на низ живота,
- но-шпа — 2,0 мл внутримышечно,
- баралгин — 5,0 мл внутримышечно,
- реланиум — 2,0 мл внутримышечно,
- катетеризация мочевого пузыря мягким катетером.

*Тактика:* при неэффективности проводимых мероприятий — госпитализация в урологическое отделение стационара.

**Задача № 41**

*Диагноз.* Отравление «прижигающими», алкогольное опьянение.

- промывание желудка через зонд,
- морфин 1% — 1,0 внутримышечно,
- преднизолон — 120 мг внутривенно,
- атропин 0,1% — 1,0 мл подкожно,
- димедрол 1% — 1,0 мл внутримышечно,
- зуфиллин 2,4% — 10,0 мл внутривенно,
- хлористый кальций 10% — 10,0 мл внутривенно,
- натрия гидрокарбонат 4% — 200,0 мл внутривенно капельно,
- реополиглюкин — 400,0 внутривенно капельно.

*Тактика:* срочная госпитализация в токсикологическое отделение стационара.

Транспортировка: при явлениях острой сосудистой недостаточности — лежа на носилках.

**Задача № 42**

*Диагноз.* Отравление опиатами. Передозировка.

*Неотложная помощь:*

- оксигенотерапия,
- повторные промывания желудка,
- очистительная клизма,
- кофеин 20% — 4,0 мл внутривенно на 10,0 мл 0,9% раствора натрия хлорида,
- кордиамин — 2,0 мл внутримышечно,
- налоксон 0,05% — 4,0 мл внутривенно,
- реополиглюкин — 400,0 мл внутривенно капельно,
- глюкоза 5% — 400,0 мл внутривенно капельно.

*Тактика:* срочная госпитализация больного в токсикологическое отделение стационара.

Транспортировка: лежа на боку на носилках.

**Задача № 43**

*Диагноз.* Острое отравление клофелином.

*Неотложная помощь:*

- промывание желудка,
- налоксон — 2,0 мл внутривенно на 20,0 мл 10% раствора глюкозы,
- атропин 0,1% — 1,0 мл подкожно,
- преднизолон — 60 мг внутривенно,
- реополиглюкин — 400,0 мл внутривенно капельно,
- аскорбиновая кислота — 5,0 мл внутривенно струйно.

*Тактика:* срочная госпитализация в токсикологическое отделение стационара.

Транспортировка: лежа на боку на носилках.

**Задача № 44**

*Диагноз.* Отравление ядом гадюки.

*Неотложная помощь:*

- промедол 1% — 1,0 мл внутримышечно,
- димедрол 1% — 1,0 мл внутримышечно,
- поливалентная сыворотка — 5000 ЕД внутримышечно,
- реополиглюкин — 400,0 мл внутривенно капельно,
- кофеин 20% — 2,0 мл внутримышечно,
- преднизолон — 90 мг внутривенно,
- холод на место укуса,
- иммобилизация укушенной конечности, шинирование ближайшего сустава.

*Тактика:* госпитализация в токсикологическое отделение.

**Задача № 45**

*Диагноз.* Ожоги пламенем головы, шеи, правой верхней конечности, части грудной клетки (20%). Ожоговая болезнь. Легкий ожоговый шок.

*Неотложная помощь:*

- оксигенотерапия,
- промедол 1% — 1,0 мл внутривенно или морфин 1% — 1,0 мл,
- кофеин 20% — 4,0 мл внутривенно,
- гепарин — 5000 ЕД внутривенно,
- димедрол 1% — 1,0 мл внутримышечно,
- реополиглюкин — 400,0 мл внутривенно капельно,
- асептическая повязка на обожженную поверхность.

*Тактика:* срочная госпитализация в реанимационное отделение ожогового центра.

Транспортировка: на носилках



**Задача № 46**

*Диагноз.* Отморожение ушных раковин 2-й степени.

*Неотложная помощь:*

- наложить сухую асептическую согревающую повязку,
- аспирин — 1 таблетка, разжевать,
- гепарин — 5000 ЕД внутривенно,
- но-шпа — 2,0 мл внутримышечно,
- реополиглюкин — 400,0 мл внутривенно капельно (теплый раствор).

*Тактика:* госпитализация не показана, лечение амбулаторное.

**Задача № 47**

*Диагноз.* Поражение электротоком.

*Неотложная помощь:*

- отключение источника питания,
- вынос пострадавшего,
- сердечно-легочная реанимация: ИВЛ и непрямой массаж сердца,
- оксигенотерапия,
- лидокаин 10% — 2,0 мл на растворе натрия хлорида 0,9% 10,0 мл внутривенно капельно,
- парацетам 5% — 10,0 мл внутривенно,
- реланиум — 2,0 мл внутримышечно,
- дофамин 0,5% — 5,0 мл в 400,0 мл 5% раствора глюкозы,
- реополиглюкин — 400,0 мл внутривенно капельно,
- наложение асептической повязки на место травмы.

*Тактика:* срочная госпитализация всех пораженных в отделение реанимации или неотложной терапии ожогового профиля.

*Транспортировка:* лежа на носилках.

**Задача № 48**

*Диагноз.* Утопление в пресной воде.

*Неотложная помощь:*

- искусственная вентиляция легких (ИВЛ) и непрямой массаж сердца:
- освободить дыхательные пути,
- оксигенотерапия,
- натрия оксибутират 20% — 20,0 мл внутривенно,
- преднизолон — 180 мг внутривенно,
- супрастин — 2,0 мл внутримышечно,
- атропин 0,1% — 1,0 подкожно,

- реополиглюкин — 400,0 мл внутривенно капельно,
- натрия гидрокарбонат 4% — 200,0 мл внутривенно капельно.

Сердечно-легочная реанимация при агональном состоянии и клинической смерти.

*Тактика:* все пострадавшие госпитализируются ввиду возможного развития вторичного отека легкого.

Транспортировка: лежа на носилках.

### Задача № 49

*Диагноз.* Странгуляционная асфиксия (неполное повешение).

*Неотложная помощь:*

- освобождение шеи пострадавшего от сдавливающей петли,
- оксигенотерапия,
- натрия оксibuтират 20% — 20,0 мл внутривенно,
- преднизолон — 90 мг внутривенно,
- гепарин — 5000 ЕД внутривенно,
- реланиум — 2,0 мл внутримышечно,
- реополиглюкин — 400,0 мл внутривенно капельно,
- глюкоза 5% — 400,0 мл внутривенно капельно,
- аскорбиновая кислота 5% — 3,0 мл внутримышечно.

*Тактика:* при стабилизации состояния госпитализация в реанимационное отделение стационара.

Транспортировка: лежа на носилках.

### Задача № 50

*Диагноз.* Синдром длительного сдавления (краш-синдром).

*Неотложная помощь:*

- морфин 1% — 1,0 мл внутримышечно,
- анальгин 50% — 2,0 мл внутримышечно с 1,0 мл 1% раствора димедрола,
- гепарин — 5000 ЕД внутривенно,
- трентал — 5,0 мл в 400,0 мл 0,9% раствора натрия хлорида,
- реополиглюкин — 400,0 мл внутривенно капельно,
- натрия гидрокарбонат 4% раствор — 400,0 мл внутривенно капельно,
- бинтование конечности эластическим бинтом от периферии к центру,
- иммобилизация травмированной конечности шиной Крамера в физиологическом положении.

*Тактика:* транспортировка в стационар с продолжающейся трансфузионной терапией.

## СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ МЕДИЦИНСКИХ ТЕРМИНОВ

- АГ — артериальная гипертензия  
АД — артериальная гипертензия  
БА — бронхиальная астма  
в/в — внутривенно  
в/м — внутримышечно  
ГБ — гипертоническая болезнь  
ГК — гипертонический криз  
ДВС — диссеминированное внутрисосудистое свертывание  
ЖКБ — желчнокаменная болезнь  
ЖКТ — желудочно-кишечный тракт  
ИАПФ — ингибитор ангиотензинпревращающего фермента  
ИБС — ишемическая болезнь сердца  
ИВЛ — искусственная вентиляция легких  
ИМ — инфаркт миокарда  
КШ — кардиогенный шок  
КЩР — кислотно-щелочное равновесие  
МКК — малый круг кровообращения  
мм рт. ст. — миллиметров ртутного столба  
НПВС — неспецифические противовоспалительные средства  
ОМНК — острое нарушение мозгового кровообращения  
ОПН — острая почечная недостаточность  
ОЦК — объем циркулирующей крови  
ПТ — пароксизмальная тахикардия  
п/я — под язык  
СА — сердечная астма  
СД — сахарный диабет  
СЛР — сердечно-легочная реанимация  
СН — сердечная недостаточность  
СП — скорая помощь  
ТЭЛА — тромбоэмболия легочной артерии  
уд./мин — ударов в минуту  
ФОС — фосфорорганические соединения  
ХНК — хроническая недостаточность кровообращения  
ЦНС — центральная нервная система  
ЧДД — число дыхательных движений  
ЧСС — число сердечных сокращений  
ЭКГ — электрокардиограмма

# ПРИЛОЖЕНИЯ

**Приложение 1****ПРАВИЛА ОБРАЩЕНИЯ С ПОСТРАДАВШИМИ****Поднятие поврежденной конечности****Поднятие больного**



Снятие обуви с поврежденной ноги



Снятие верхней одежды

## СПОСОБЫ ТРАНСПОРТИРОВКИ ПОСТРАДАВШИХ



Подпираание



На плечах



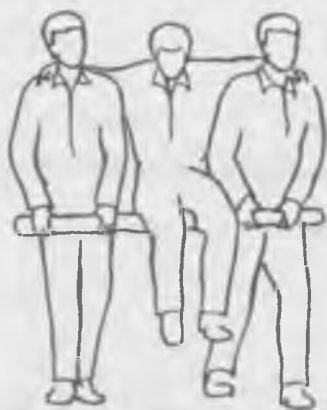
Тяга на хвост, простыне



«Стул»



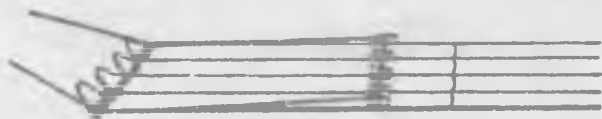
Палки, вдетые в пальто



Оказание помощи без носилок



Носилки



Соединенные лыжи



**ПОЛОЖЕНИЕ ПОСТРАДАВШЕГО ПРИ ТРАНСПОРТИРОВКЕ****Положение на спине****Положение на спине с согнутыми коленями****Положение на спине с приподнятыми нижними конечностями и опущенной головой****Положение на животе**



Полусидячее положение



Полусидячее положение с согнутыми коленями



Положение на боку

## ИММОБИЛИЗАЦИЯ ЧАСТЕЙ ТЕЛА

Фиксация головы на носилках



Иммобилизация грудного отдела позвоночника

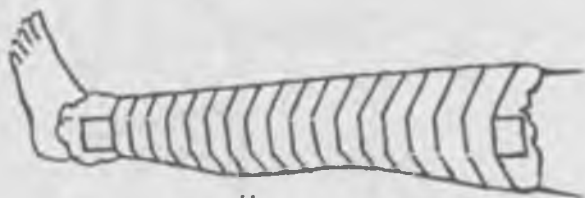
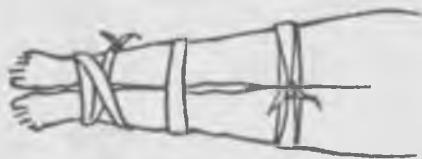


Иммобилизация поясничного отдела позвоночника



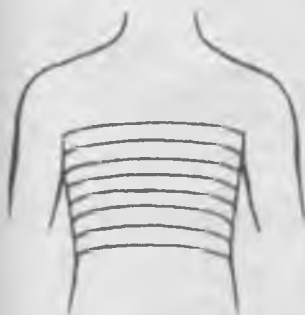
Иммобилизация костей таза

**Фиксация нижних конечностей**



**Наложение шины**

**Способ фиксации  
верхних конечностей**



**Иммобилизация грудной  
клетки**



**Подвешивание руки**



**Наложение шины на руку**

## ШИНИРОВАНИЕ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Косыночная повязка  
при переломе плеча и  
предплечья



Наложение шины при  
переломе предплечья и кисти



Наложение шины при  
переломе плеча и предплечья

## ШИНИРОВАНИЕ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ



Наложение шины при переломе бедренной кости



Первая помощь при переломе голени

## МЕСТА ПРИЖАТИЯ ОСНОВНЫХ АРТЕРИЙ



## МЕТОДЫ ПРИЖАТИЯ АРТЕРИЙ

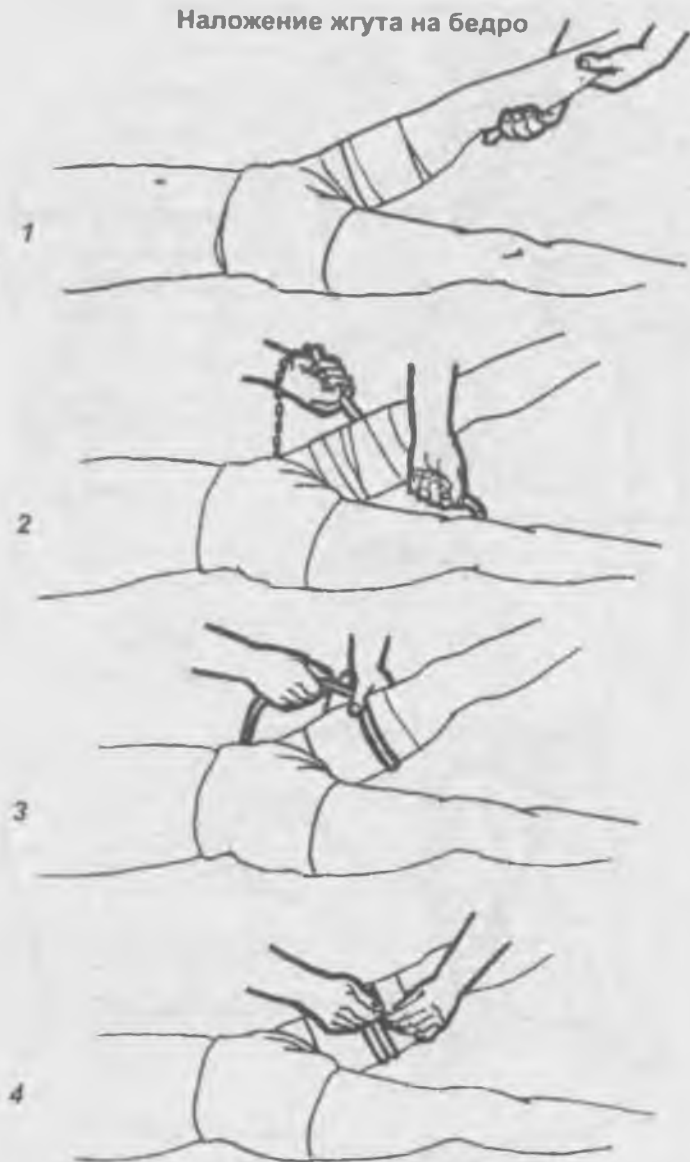
Прижатие сонной  
артерииПрижатие  
плечевой артерии

Прижатие бедренной артерии



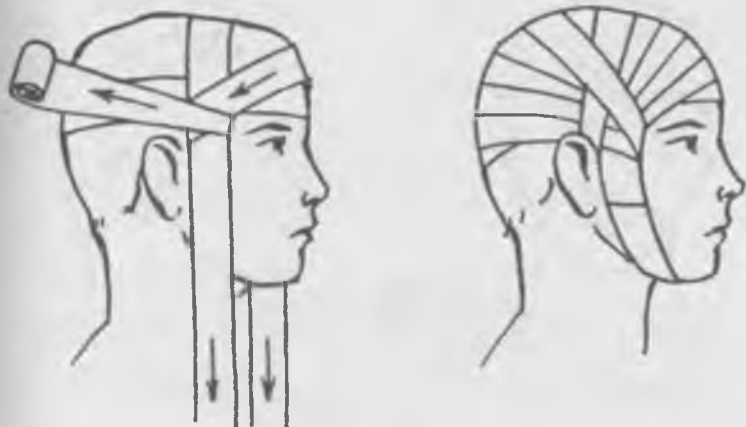
## ПРАВИЛА НАЛОЖЕНИЯ ЖГУТА

## Наложение жгута на бедро

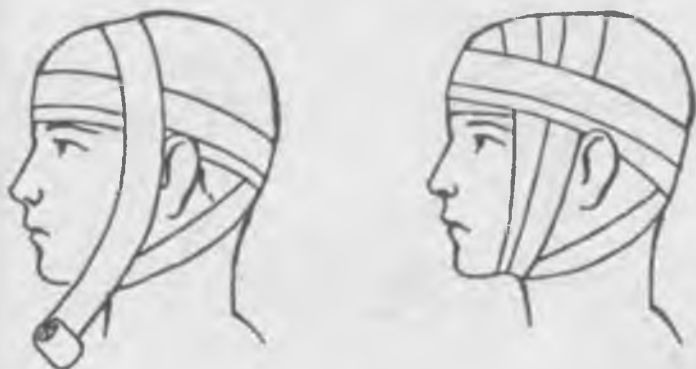


## ДИСМУРГИЯ

## Способы наложения повязки на голову и шею



Головная повязка в виде шапочки



Затылочно-теменная повязка «восьмеркой»



Повязка глаза



Повязка уха



Повязка шеи

ПРАЩЕВИДНЫЕ ПОВЯЗКИ



На подбородок



На нос



НАЛОЖЕНИЕ ПОВЯЗКИ НА ГОЛОВУ

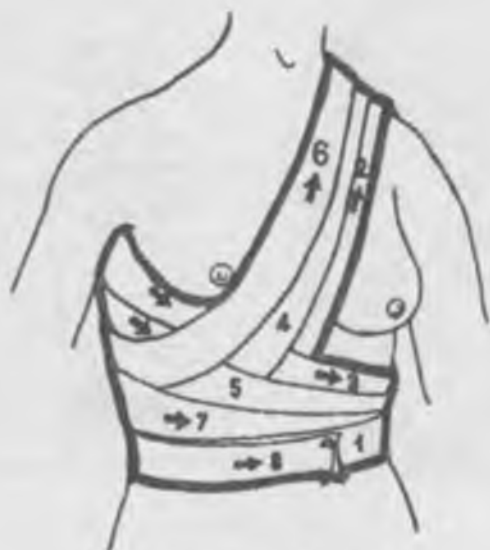


Начало бинтования



Готовая повязка

## СПОСОБЫ НАЛОЖЕНИЯ ПОВЯЗКИ НА МОЛОЧНЫЕ ЖЕЛЕЗЫ

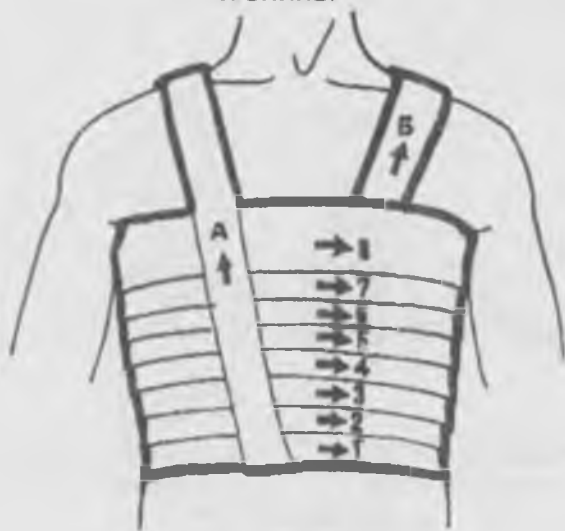


На одну молочную железу

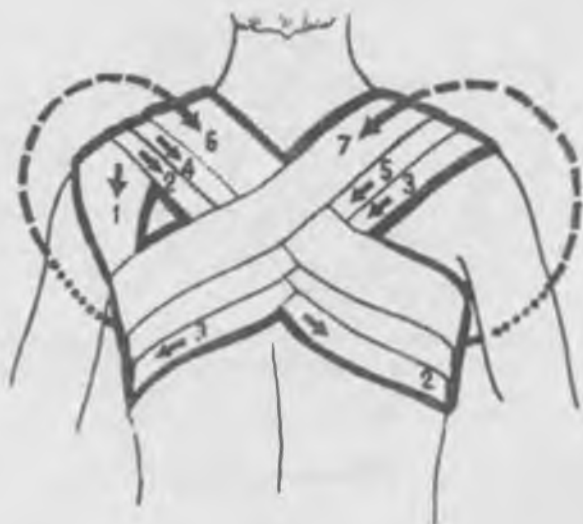


На обе молочные железы

**СПОСОБЫ НАЛОЖЕНИЯ ПОВЯЗКИ НА ОБЛАСТИ ГРУДИ И СПИНЫ**



**Спиральная повязка на грудь**

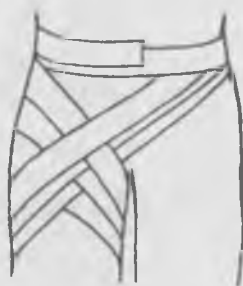


**Крестообразная повязка на спину**

## СПОСОБЫ НАЛОЖЕНИЯ ПОВЯЗКИ НА ВЕРХНИЕ И НИЖНИЕ КОНЕЧНОСТИ



**Колосовидная повязка  
плечевого сустава**



**Колосовидная повязка  
бедерного сустава**



**Спиралевидная  
повязка плеча**



**Колосовидная  
повязка голени**



**Перевязка локтя  
«восьмеркой»**

## СПОСОБЫ НАЛОЖЕНИЯ ПОВЯЗКИ НА ПАЛЬЦЫ РУКИ



Наперстковидная повязка пальца руки



Спиралевидная повязка пальца руки



Перчаточная повязка пальцев руки



## Приложение 2

## Наиболее распространенные токсические вещества, клиническая картина острого отравления и неотложная помощь при них

Токсическое вещество, токсикокинетика	Преимущественное действие яда на организм	Клиническая картина отравления	Неотложная помощь
1	2	3	4
<p><b>АЛКОГОЛЬ</b></p> <p><b>АЛЬДЕГИДЫ</b> (ацетальдегид, паральдегид, метальдегид). Всасываются через слизистые оболочки дыхательных путей и ЖКТ, выводятся через легкие и почками преимущественно в виде нетоксичных метаболитов</p>	<p>Психотропное (наркотическое), нейротоксическое (судорожное), местное раздражающее, гепатотоксическое действие</p>	<p>См. <i>Спирт этиловый, суррогаты алкоголя</i></p> <p>При приеме внутрь — сплюснутые, <i>тошнота, рвота</i>, боли в животе, озноб, сонливость, тремор, тонические <i>судороги, кома</i>, угнетение дыхания, желтуха, увеличение и болезненность печени при пальпации. При вдыхании паров — сильное раздражение конъюнктивы и верхних дыхательных путей, резкий кашель, удушье, нарушение <i>сознания</i>, в тяжелых случаях кома</p>	<p>Промывание желудка водой с добавлением гидрокарбоната натрия. Форсированный диурез. При судорогах внутривенно 2 мл 0,5% р-ра диазепам. Симптоматическая терапия</p>
<p><b>АМИДОПИРИН</b> (пирамидон). Быстро всасывается из ЖКТ; выделяется преимущественно почками</p>	<p>Нейротоксическое (судорожное), психотропное действие</p>	<p>При легких отравлениях — <i>шум в ушах</i>, тошнота, рвота, общая слабость, снижение температуры тела, <i>одышка, сердцебиение</i>. При тяжелых отравлениях — судороги, сонливость, бред, потеря сознания и кома, зрачки расширены, цианоз, гипотермия, снижение АД. Возможно развитие периферических отеков вследствие задержки в организме ионов натрия и хлора, желудочных кровотечений, геморрагической сыпи</p>	<p>Промывание желудка через зонд. Слегка слабительное внутрь. Форсированный диурез, ошелаивание крови (гидрокарбонат натрия 10–15 г внутрь). Детоксикационная гемосорбция. Витамины В<sub>1</sub> 6% р-р — 2 мл внутримышечно. Сердечно-сосудистые средства. При судорогах диазепам 0,5% р-р — 2 мл внутривенно</p>
<p><b>АМИНАЗИН</b>. Токсическая доза более 500 мг. Детоксикация — в печени; выделяется через кишечник и почками в течение 3 сут.</p>	<p>Психотропное, нейротоксическое (гипотензивное) действие</p>	<p>Резкая слабость, <i>головокружение</i>, сухость во рту, тошнота. Возможны судороги, потеря сознания. Коматозное состояние, сухожильные рефлексы повышены, зрачки сужены. Пульс учащен, АД снижено. По выходе из комы возможны явления</p>	<p>Промывание желудка, солевое слабительное. Форсированный диурез без ошелаивания плазмы. При снижении АД: кофеин-бензоат натрия 10% р-р — 2 мл подкожно; эфедрина гидрохлорид</p>

1	2	3	4
<p>АМИТРИПТИЛИН (триптизол, имизин, мелипрамин) и другие трициклические антидепрессанты. Токсическая доза — 500 мг. Быстро всасывается из ЖКТ, связывается с белками плазмы; частичный метаболитизм — в печени; выделяется почками в течение 1-4 сут.</p>	<p>Психотропное, нейротоксическое (антихолинэргическое, антигистаминное), кардиотоксическое действие</p>	<p>В легких случаях — сухость во рту, нарушение зрения, психомоторное возбуждение, ослабление перистальтики кишечника, задержка мочи. Мышечные подергивания и <i>гилеркизмус</i>. При тяжелых отравлениях — спутанность сознания вплоть до глубокой комы, приступы клонико-тонических судорог по типу энцефалитических. Расстройства сердечной деятельности: бради- и тахикардии, внутрисердечная блокада, фибрилляция желудочков. Острая сердечно-сосудистая недостаточность (<i>коллапс</i>). Возможно развитие токсической гепатопатии, <i>гилеркизмуса</i>, пареза кишечника</p>	<p>5% р-р — 2 мл подкожно. При отсутствии эффекта — внутривенно капельно мезатон 1 мл 1% р-ра в 250 мл изотонического раствора хлорида натрия. Витамин В<sub>1</sub> 6% р-р — 4 мл внутримышечно</p>
<p>АНДАКСИН (мепробамат). Токсическая концентрация в крови 100 мг/л. Быстро всасывается из ЖКТ, выводится почками в течение 2-3 сут.</p>	<p>Психомоторное, нейротоксическое (центральная миорелаксация), антипиретическое действие</p>	<p>Сонливость, мышечная слабость, снижение температуры тела. В тяжелых случаях — кома, зрачки расширены, АД снижено, отмечаются нарушения дыхания</p>	<p>Промывание желудка, солевое слабительное. Форсированный диурез без ошелачивания плазмы. При развитии коматозного состояния — гемодиализ, гемосорбция</p>
<p>АНЕСТЕЗИН (бенлоканин, этилмиопобензоат). Быстро всасывается из</p>	<p>Гемотоксическое (метте-</p>	<p>Примывание желудка через зонд, форсированный диурез с ошелачиванием</p>	<p>Примывание желудка через зонд, форсированный диурез с ошелачиванием</p>

1	2	3	4
<p>ЖКТ, метаболизм в печени, выводятся почками</p> <p>АНТИДИН (амидобензол, фенилпиримин). Поступает через дыхательные пути, пищеварительный тракт, кожу. Большая часть метаболизируется с образованием промежуточных продуктов, выделяющих метгемоглобинообразованию. Депонируется в жировой ткани, выделяется через легкие и почки</p>	<p>Психотропное, нейротоксическое, гемотоксическое (метгемоглобинообразование, вторичный гемолитиз), гепатотоксическое действие</p>	<p>инностей вследствие острой метгемоглобиномии. Психомоторное возбуждение. При метгемоглобинемии св. 50% возможно развитие коматозного состояния, гемолитиз, экзотоксического шока. Высока опасность анафилактических реакций, особенно у детей</p> <p>Цианоз губ, ушных раковин, ногтевых лож вследствие острой метгемоглобинемии. Резкая слабость, головажужение, головная боль, эйфория с двигательным возбуждением, рвота, одышка. Пульс частый. Печень увеличена и болезненна. При тяжелых отравлениях быстро нарастает сознание, развивается коматозное состояние, зрачки сужены, реакция их на свет отсутствует, слюноотделение и бронхоррея, гемическая гипоксия. Опасность развития паралича дыхательного центра и экзотоксического шока. На 2-3-и сутки возможны рецидивы метгемоглобинемии, клонико-тонические судороги, токсическая анемия, паренхиматозная желтуха, острая печеночно-почечная недостаточность</p>	<p>крови (гидрокарбонат натрия 10-15 г внутрь). Метиленовый синий 1% р-р — по 1-2 мл на 1 кг массы тела внутривенно с 10% р-ром глюкозы 250-300 мг. аскорбиновая кислота 5% р-р — 10 мл внутривенно. Оксигенотерапия</p> <p>При попадании на кожу — обильное р-ром перманганата калия 1-10ХХ. При приеме внутрь — обильное промывание желудка, затем введение в него 150 мл вазелинового масла. Форсированный диурез, гемосорбция, гемодиализ. Лечение метгемоглобинемии: метиленовый синий 1% р-р — по 1-2 мл на 1 кг массы тела с глюкозой 10% р-р — 250-300 мл внутривенно повторно. Аскорбиновая к-та 5% р-р — до 10,0 мл р-ра в сутки внутривенно. Витамин В<sub>12</sub> — 600 мкг внутримышечно. Тиосульфат натрия 30% р-р — 100 мл внутривенно. Лечение экзотоксического шока, острой печеночно-почечной недостаточности. Оксигенотерапия</p>
<p>АНТАБУС (тетраам) Медленно всасывается из ЖКТ и медленно выводятся почками в неизменном виде</p>	<p>Психотропное, гепатотоксическое действие</p>	<p>Примем алкоголя после курса лечения антабусом вызывает резкую вегетосудистую реакцию — гиперемию кожи, затруднение дыхания, сердцебиение, озноб, чувство страха смерти. Постепенно реакция стихает, и через 1-2 ч наступает сон. После приема больших доз алкоголя реак-</p>	<p>При приеме большой дозы алкоголя — промывание желудка, форсированный диурез. Большой объем жидкости в горизонтальном положении. Глюкоза 40% р-р — 40 мл с аскорбиновой к-той 5% р-р — 10 мл внутривенно. Гидрокар-</p>

1	2	3	4
<p><b>АНТИБИОТИКИ</b> (стрептомицин, мономицин, канамицин и др.)</p> <p><b>АНТИКОАГУЛЯНТЫ</b> прямого действия — гепарин; непрямого действия — диккумарин (дикумарол), неодикумарин (палейтан), синкумар, Феннлн и др. Быстро всасываются из ЖКТ, действие проявляется через 12–72 ч. Выделяются почками</p>	<p>Нейротоксическое, ототоксическое действие</p> <p>Резкое увеличение времени свертывания крови (гепарин) или падение протромбинового индекса (прочие препараты)</p>	<p>ция более тяжелая — резкая бледность кожи, цианоз, повторная рвота, учащение пульса и падение АД, признаки ишемии миокарда</p> <p>Одномоментный прием внутрь сверхвысокой дозы может вызвать <i>глухоту</i> вследствие поражения слухового нерва (стрептомицин) или <i>глухую</i> вследствие развития почечной недостаточности (канамицин, мономицин). Указанные осложнения развиваются, как правило, при замедленном снижении диуреза на фоне различных интоксикаций при меньшей суточной дозе препарата, но более длительном его использовании. При повышенной чувствительности к антибиотикам, применяемым в обычных дозах, может развиться анафилактический шок</p>	<p>бонат натрия 4% р-р — 200 мл внутривенно капельно. Витамин В<sub>1</sub> 5% р-р — 2 мл внутримышечно. <i>Лазикс</i> — 40 мг внутривенно струйно. Сердечно-сосудистые средства</p> <p>При снижении слуха на 1–3-и сутки после отравления показан гемодиализ или форсированный диурез. При олигурии в первые сутки — форсированный диурез, лечение острой почечной недостаточности</p> <p>В тяжелых случаях — заменное переливание крови, форсированный диурез. Внутримышечно под контролем протромбинового индекса вводят 5 мл 1% р-ра викасола. Хлорид кальция 10% р-р — 10 мл внутривенно. При перелировке гепарина — протаминсульфат 1% р-р — 5 мл внутривенно, при необходимости повторно (по 1 мл на каждые 1000 ЕД введенного гепарина). Аминокапроновая кислота 5% р-р — 250 мл</p>

1	2	3	4
<p><b>АСПИРИН</b> (ацетилсалициловая кислота). Входит в состав препаратов: аскофен, асфен, цитрамон, натрия салицилат. Токсическая концентрация в крови 150–300 мг/л. Быстро всасывается из желудка и тонкой кишки. Диализируется в плазме крови, выводится почками в течение 24–48 ч</p>	<p>Психотропное, гемостатическое (антикоагулянтное) действие</p>	<p>Возбуждение, эйфория. Головокружение, шум в ушах, ослабление слуха, расстройство зрения. Дыхание шумное, учащенное. Бред, спорозильное состояние, кома. Иногда подкожные кровоизлияния, носовые, жел.-киш., маточные кровотечения. Возможно развитие меттемоглобинемии, токсической нефропатии. Метаболический ацидоз, периферические отеки</p>	<p>внутривенно. Антигемофильная плазма — 500 мл внутривенно. Переливание свежей крови — 250 мл повторно. Сердечно-сосудистые средства по показаниям.</p> <p>Промывание желудка, вазелиновое масло — 50 мл внутрь. Фосфорированный урот, ошлепывание крови. Показаны ранний гемодиализ, гемосорбция. При кровотечениях — акасол 1% р-р — 5 мл внутримышечно. Хлорид кальция 10% р-р — 10 мл внутривенно. При возбуждении аминазин 2,5% р-р — 2 мл в/д, можно или внутримышечно. При метгемоглобинемии — 1% р-р метиленового синего — по 1 мл на 1 кг массы тела (большого в 5% р-ре глюкозы внутривенно). Заменяется переливание крови</p>
<p><b>АТРОПИН</b> (белена, белладонна, дурман). Быстро всасывается через слизистые оболочки и кожу, гидролизуется в печени, выводится почками, ок. 1/3 в неизменном виде в течение 14 ч</p>	<p>Психотропное, нейротоксическое (холино-блокирующее) действие</p>	<p>Сухость во рту и глотке, расстройство речи, глотания, нарушение ближнего видения, <i>дilated pupil</i>, сердцебиение, одышка, головная боль. Кожа красная, сухая, пульс частый, зрачки расширены, на свет не реагируют. Психическое и двигательное возбуждение, зрительные галлюцинации, бред, эпилептиформные судорожные припадки с последующей потерей сознания, развитием коматозного состояния (особенно опасно у детей)</p>	<p>При пероральном отравлении — промывание желудка через зонд, обильно смыванный вазелиновым маслом, форсированный диурез. В коматозном состоянии при отсутствии режимо возбуждения — прозерин 0,05% р-р — 1 мл можно повторно. При возбуждении аминазин 2,5% р-р — 2 мл, диазепам 0,5% р-р — 2 мл внутривенно. При выраженной гипертермии пузырь со льдом на</p>

1	2	3	4
<p>АЦЕТОН (диметилкетон, пропанол). Быстро абсорбируется слизистыми оболочками, выводится через легкие и почки. Токсическая концентрация в крови 200–300 мг/л</p> <p>БАРЕБИТУРАТЫ длительного действия (8–12 ч) — фенобарбитал (люминал), среднего действия (6–8 ч) — барбитал (веронал), барбитал-натрий (мединал), амитал-натрий (барбамил); короткого действия (4–6 ч) — этиамил-натрий (нембутил). Препараты, содержащие барбитураты: гардил, порошки Стрейского, веродон, бромитал, андипал, дипласалин, камфотал, гепифиллин и др. Всасывание из желудка и тонкой кишки, иногда</p>	<p>Психотропное (наркотическое), нефротоксическое, местное раздражающее действие</p>	<p>При попадании внутрь и вдыхании паров отмечаются состояние опьянения, головокружение, слабость, шаткая походка, тошнота, рвота, боли в животе, <i>коллакс</i>, коматозное состояние. Возможно снижение диуреза, появление белка и эритроцитов в моче. При выходе из коматозного состояния часто развивается <i>инцефалит</i></p>	<p>голову и паховые области, обертывание влажной простыней и облуживание вентилитором</p> <p>При пероральном отравлении — промывание желудка, при ингаляционном — промывание глаз водой, ингаляция кислорода. Форсированный диурез с осмолитическим кровяным (гидрокарбонат натрия — 10–15 г внутрь). Лечение острой сердечно-сосудистой недостаточности (токсического шока), нефропатии, пневмонии. При болях в животе папаверин 2% р-р — 2 мл, платифиллин 0,2% р-р — 1 мл, атропин 0,1% р-р — 1 мл подкожно. Щадящая диета</p> <p>Промывание желудка, у больных в коматозном состоянии — после предварительной интубации трахеи повторно через 3–4 ч до восстановления сознания. Водно-щелочная нагрузка, форсированный диурез в сочетании с осмолитическим кровяным. В стадии II при наличии осложнений и в стадии III — раннее приращивание гемодиализа при отравлении барбитуратами длительного действия, детоксикационной гемосорбции — при отравлении барбитуратами короткого действия или при смешанных отравле-</p>

1	2	3	4
<p>у больных в бессознательном состоянии препараты в неизмененном виде обнаруживаются в желудке на 2-3-и сутки после приема. Барбитураты короткого действия почти полностью метаболизируются в печени, барбитураты длительного действия не метаболизируются, выделяются почками</p>	<p>Нейротоксическое (паралитическое), кардиотоксическое действие</p>	<p>нения — нарушения дыхания вследствие слюнотечения, бронхореи, западения языка, аспирации рвотных масс. Выраженных нарушений гемодинамики нет. Стадия III (глубокая кома) — резкое снижение или отсутствие роговичных и сухожильных рефлексов, отсутствие реакции на болевое раздражение, зрачки узкие, дыхание редкое, поверхностное, пульс слабый, цианоз, диурез уменьшен. В случае продолжительной комы (св. 12 ч) возможно развитие бронхопневмонии, коллапса, глубоких пролежней и септических осложнений, нарушение функции печени и почек. Стадия IV (посткоматозный период) — непостоянная неврол. симптоматика (птоз, шаткая походка и др.), эмоциональная лабильность, депрессия, тремор, головная боль</p>	<p>ниях различными психотропными лекарственными препаратами. В стадии IV водно-электролитная нагрузка, диуретики. В стадии осложненной комы применение бемегрида противопоказано. Рекомендуются камфора, кофеин, эфедрин, кордиамин по 2-3 мл подкожно через 3-4 ч. Интенсивная инфузионная терапия. Плазмозамещающие жидкости (полиглюкин, гемодез). Антибиотики; витамины: В<sub>1</sub> — 6% р-р. В<sub>6</sub> — 5% р-р по 6-8 мл в сутки внутримышечно. В<sub>12</sub> — 600 мкг, аскорбиновая к-та 5% р-р — 5-10 мл внутримышечно; АТФ 1% р-р — до 6 мл в сутки внутримышечно. При низком АД — норадреналин в сочетании с дофамином по 1 мл внутривенно капельно в 400 мл полиглюкина, сердечные гликозиды</p>
<p>БАРИЙ (растворимые соли, хлористый барий). Токсичны все растворимые соли бария, практически не токсичен нерастворимый сернокислый барий, применяемый для рентгенол. исследований. Растворимые соли бария быстро всасываются из тонкой кишки, выводится преимущественно почками</p>	<p>Жжение во рту и пищеводе, боли в животе, тошнота, рвота, профузный понос, головкружение, обильный пот. Кожа бледная, покрыта холодным потом. Пульс замедлен, слабый; нарушения ритма — экстрасистолия, бигеминия, мерцание предсердий, гипертензия с последующим падением АД, одышка, цианоз. Через 2-3 ч после отравления нарастает мышечная слабость, особенно мышц верхних конечностей и шеи. Возможны гемолиз, ослабление зрения и слу-</p>	<p>Промывание желудка через зонд 1% р-ром сульфата натрия или магния; сульфат натрия или магния 30 г внутрь (100 мл 30% р-ра). Форсированный диурез, гемодиализ. Внутривенно 10-20 мл 10% р-ра сульфата натрия или магния, тетраин кальция — 20 мл 10% р-ра с 500 мл 5% р-ра глюкозы внутривенно капельно. Промедол 2% р-р — 1 мл. Атропин 0,1% р-р — 1 мл внутривенно на 5% р-ре глюкозы. При нару-</p>	<p>Промывание желудка через зонд 1% р-ром сульфата натрия или магния; сульфат натрия или магния 30 г внутрь (100 мл 30% р-ра). Форсированный диурез, гемодиализ. Внутривенно 10-20 мл 10% р-ра сульфата натрия или магния, тетраин кальция — 20 мл 10% р-ра с 500 мл 5% р-ра глюкозы внутривенно капельно. Промедол 2% р-р — 1 мл. Атропин 0,1% р-р — 1 мл внутривенно на 5% р-ре глюкозы. При нару-</p>

1	2	3	4
<p><b>БЕЛЛОИД</b> (белласпон). В состав препарата входят барбитураты, эрготамина, атропин</p>	<p>Психотропное (наркотическое) и нейротоксическое (холинолитическое) действие</p>	<p>Раньше всего проявляются симптомы отравления атропином с последующим развитием тазлового коматозного состояния, сходного с жомой при отравлении барбитуратами, выраженной сухостью кожи и слизистых оболочек, расширением зрачков и гиперемией кожи, гипертермией</p>	<p>шених рнтма сердца — хлорид калия 2,5 г на 500 мл 5% р-ра глюкозы внутривенно капельно, при необходимости повторно. Сердечно-сосудистые средства. Витамин В<sub>1</sub> 5% р-р и витамин В<sub>6</sub> 5% р-р — по 10 мл внутримышечно. Оксигенотерапия</p>
<p><b>БЕНЗИН</b>. Особенно опасен этилированный бензин, содержащий тетраэтилсвинец. Быстро всасывается из легких и из ЖКТ, выделяется преимущественно через легкие</p>	<p>Психотропное (наркотическое), гепатотоксическое, нефротоксическое, пнсвмотоксическое действие</p>	<p>При вдыхании паров — головкружение, головная боль, оспяние, возбуждение, тошнота, рвота. В тяжелых случаях — нарушение дыхания, потеря сознания, судороги, запах бензина изо рта. При заглатывании — боли в животе, рвота, увеличение и болезненность печени, желтуха, нефропатия. При аспирации — боли в груди, кровавая мокрота, цианоз, одышка, лихорадка, резкая слабость (бензинная токсическая пнсвмония)</p>	<p>Промывание желудка. Форсированный диурет, при тяжелых отравлениях — гемемосорбция. При развитии комы прозерин 0,05% р-р — 1 мл подкожно повторно. При резком возбуждении 2,0 мл реланиума</p>
			<p>Удаление пострадавшего из помещения, насыщенного парами бензина. При попадании бензина внутрь — промывание желудка через зонд, прием вазелинового масла (200 мл) или активированного угля. При вдыхании паров или аспирации — ингаляция кислорода, антибиотки (10 000 000 ЕД пенициллина и 1 г стрептомицина внутримышечно и внутривенно), банки, горчичники. Подкожно кордиамин — 2 мл, кофеин 20% р-р — 2 мл. Внутривенно 20–30 мл 40% р-ра глюкозы с коргликоном 0,06% р-р — 1 мл или строфантинном 0,05%</p>



1	2	3	4
<p><b>БЕНЗОДИАЗЕПИНЫ</b> — зленум (хлордiazепоксид, напотон, лоразепам), диазепам (седуксен, валриум), дназепам (талепам), нитразепам (эуноктин, раледорм). Всасываются из желудка и тонкой кишки, связываются с белками плазмы, детоксицируются в печени, выводятся почками и через ЖКТ</p>	<p>Психотропное, нейротоксическое действие</p>	<p>Клиника как при отравлении барбитуратами</p>	<p>р-р — 0,5 мл. При болях промедол 1% р-р — 1 мл, атропин 0,1% р-р — 1 мл подкожно. В коматозном состоянии при нарушении дыхания интубация и искусственная вентиляция легких, кислород</p>
<p><b>БЕНЗОЛ</b>. Быстро всасывается в легких, из ЖКТ 15–30% окисляется и выводится почками в виде метаболитов, оставшаяся часть в неизмененном виде выводится через легкие и почками. Возможно депонирование бензола в эритроцитах, внутренних органах, мышцах, жировой ткани</p>	<p>Психотропное (наркотическое), гемотоксическое, гепатотоксическое действие</p>	<p>При вдыхании паров бензола — возбуждение, подобно алкогольному, клонико-тонические судороги, бледность лица, слизистые оболочки красного цвета, зрачки расширены. Расстройство дыхания, нарушение ритма. Пульс учащенный, нередко аритмичный; снижение АД. Возможны кровотечения из носа и десен, кровоизлияния в кожу, маточные кровотечения. При приеме бензола внутрь — жжение во рту, за грудиной, в эпигастральной области, рвота, боли в животе, головокружение, головная боль, возбуждение, сменившиеся угнетением, кома, увеличение печени, желтуха</p>	<p>Удаление пострадавшего из опасной зоны. При поступлении яда внутрь — промывание желудка через зонд, внутрь вазелиновое масло — 200 мл. Форсированный диурез, заменное переливание крови. Тиосульфат натрия 30% р-р — 20 мл внутривенно. Витамин В<sub>6</sub> 5% р-р и В<sub>12</sub> — до 1000 мкг в сутки внутривенно. В<sub>12</sub> — до 1000 мкг в сутки внутримышечно. Сердечно-сосудистые средства. Аскорбиновая кислота 5% р-р — 10,0 мл с глюкозой внутривенно. Икта-</p>

1	2	3	4
<p><b>БОРНАЯ КИСЛОТА</b> (боракс), бора, натрия борат. Токсическая концентрация в крови 40 мг/л. Выводится из ЖКТ, через поврежденную кожу. Выводится почками в неизменном виде и через кишечник в течение одной недели. Депонируется в костной ткани, печени</p>	<p>Местное (раздражающее), резорбтивное — слабое цитотоксическое, судорожное действие</p>	<p>Симптомы интоксикации (боли в животе, рвота, понос, общая слабость, головная боль) развиваются через 1–48 ч после приема. Обезвоживание, потеря сознания, генерализованные подергивания мышц лица, конечностей, судороги, <i>сердечно-сосудистая недостаточность</i>. Возможно поражение печени и почек</p>	<p>Лягушка кислорода. При кровотечении викасол</p> <p>Промывание желудка через зонд. Форсированный диурез. Гемодиализ при тяжелых отравлениях. Внутримышечно витамин В<sub>1</sub> 1% р-р 10 мг/кг в сутки. Коррекция водно-электролитного баланса и ацидоза: переливание гидрокарбоната натрия, плазмозамещающих растворов, растворов глюкозы, электролитов, хлорида натрия. При болях в животе — атропин, новокаин, платифиллин, промедол подкожно. Новокаин 2% р-р — 50 мл с глюкозой 10% р-р — 500 мл внутривенно. Сердечно-сосудистые средства</p>
<p><b>ВОДОРОД МЫШЬЯКОВИСТЫЙ</b> (ар-ин)</p>	<p>Нейротоксическое, гемотоксическое (гемолитическое), гепатотоксическое действие</p>	<p>При отравлении в невысоких дозах развитие симптомов отравления предшествует латентный период до 6 ч, при тяжелых интоксикациях латентный период менее 3 ч. Общая слабость, тошнота, рвота, озноб, беспокойство, головная боль, парестезии в конечностях, удушье. Через 8–12 ч — гемоглобинурия (красная или бурая моча), цианоз, возможны судороги, нарушение сознания. На 2–3-и сутки — токсическая гепатопатия, нефропатия, гемолитическая анемия</p>	<p>Ранний гемодиализ. Заменное переливание крови. Унитиол 5% р-р — 5 мл 3–4 раза в сутки. При гемоглобинурии — глюкозоновокаиновая смесь внутривенно (глюкоза 5% р-р — 500 мл, новокаин 2% р-р — 50 мл), гипертонические растворы глюкозы 20–30% р-р — 200–300 мл внутривенно, диафиллин 2,4% р-р — 10 мл внутривенно, гидрокарбонат натрия 4% р-р — 100 мл внутривенно. Форсированный диурез. Лечение токсич-</p>

1	2	3	4
<p><b>ВИТАМИН D<sub>2</sub></b> (эргокальциферол, кальциферол). Токсическая доза при однократном приеме 1 000 000 международных единиц действия или 25 мг (20 мл масляного раствора, 5 мл спиртового раствора). Мисаболизируется в печени и почках с образованием активных метаболитов. Кумулируется в организме</p>	<p>Нарушение обмена кальция и фосфора в организме, цитотоксическое (мембранное), нефротоксическое действие</p>	<p>Инттоксикация может развиваться в результате однократного приема большой дозы препарата или при повторном употреблении в пищу (иногда вместо подсолнечного масла). У детей — в результате превышения курсовых профилактических и лечебных доз. Тошнота, повторная рвота, <i>обезвоживание организма</i>, гипотрофия, вялость, повышенная температура тела, общая адинамия, мышечная гипотония, сонливость, сменяющаяся резким беспокойством, клонико-тонические судороги. Повышение АД, приглушение тонов сердца, иногда нарушение ритма и проводимости. Нарушение функции почек: гематурия, лейкоцитурия, протенурия, азотемия, острая <i>почечная недостаточность</i></p>	<p>ческой гепатопатии, нефропатии. Сердечно-сосудистые средства</p> <p>При приеме большой дозы — гемодиализ, гемосорбция. Гидрокортизон внутримышечно 250 мг в сутки или преднизолон 60 мг в сутки. Тиреокальцитонин 150 ЕД внутримышечно 2-3 раза в день ретинола ацетат (витамин А масляный р-р) по 30 000-50 000 МЕ (международных единиц) 2 раза в сутки, Токоферол (витамин Е) 30% 2 мл внутримышечно 2 раза в сутки. Анаболитические гормоны — неробол, метандростенолон. Сердечно-сосудистые средства. При повышении АД сульфат магния 25% р-р — 10 мл внутримышечно. Глюкоза с инсулином, изотонический раствор хлорида натрия, плазма и плазмозамещающие растворы. Лечение токсической нефропатии</p> <p>Лечение токсической нефропатии, гепатопатии. Витамины В<sub>1</sub>, В<sub>12</sub>, прозерин. Лечение как при отравлении ртутью</p>
<p><b>ГЛАНЦИД</b></p>	<p>Энтеротоксическое, нейротоксическое, гепатотоксическое действие</p>	<p>Отравления развиваются при употреблении обработанных транзаном семян подсолнечника, гороха, муки из протравленных семян, фруктов с несвоевременно обработанных деревьев. Симптомы отравления развиваются постепенно — через 1-3 нед. после употребления в пищу зараженных продуктов. Наблюдаются потеря аппетита, неприятный вкус и сухость во рту, жажда,</p>	

1	2	3	4
<p><b>ДИМЕДРОЛ.</b> Токсическая концентрация в крови 10 мг/л. Быстро всасывается, достигает максимальной концентрации в тканях в течение первых 6 ч. Детоксифицируется в печени, выводится почками преимущественно в виде метаболитов в течение 24 ч</p>	<p>Нейротоксическое, психотропное (наркотическое) действие</p>	<p>ялость, бессонница, головные боли. Затем появляются тошнота, рвота, боли в животе, понос, заторможенность, адинамия, галлюцинации, иногда парезы конечностей, артериальная гипертонзия. Нередки нарушения зрения, анизокория, косоглазие, птоз (поражение черепно-мозговых нервов), тремор, эпилептический синдром (см. <i>Эпильсия</i>). Усиливаются рвота, понос с кровью. Появляются симптомы токсической нефропатии, токсической гепатопатии (увеличение и болезненность печени, желтуха). На ЭКГ изменения миокарда, нарушение проводимости</p>	<p>При приеме внутрь — промывание желудка через зонд, смазанный вазелиновым маслом. Форсированный диурез. При отсутствии резкого возбуждения пилокарпин 1% р-р — 1 мл повторно р-р — 10 мл внутривенно. Диазепам 0,5% — 2 мл внутривенно</p>
<p><b>ДИХЛОРЕТАН</b> (хлористый этилен). Токсическая концентрация в крови — следы дихлорэтана. Быстро всасывается через ЖКТ, дыхательные пути, кожу. После приема внутрь в первые 6 ч достигаются</p>	<p>Психотропное (наркотическое), нейротоксическое, гепатотоксическое, нефротоксическое, местное раздражающее действие</p>	<p>Сухость во рту и глотке, сонливость, головокружение, тошнота, мышечные подергивания, тахикардия, нарушения зрения. Зрачки расширены, может быть горизонтальный нистагм, кожа сухая, бледная. Дыхательное и респираторное возбуждение, судороги с последующей потерей сознания. Коматозное состояние, падение АД, угнетение дыхания. При приеме димедрола внутрь может возникнуть чувство онемения в полости рта</p>	<p>Обильное повторное промывание желудка через зонд с последующим введением в желудок вазелинового масла (150-200 мл). Детоксикационная гемосорбция, форсированный диурез с ошпариванием крови. Витамин Е (токоферол)</p>

1	2	3	4
<p>ется максимальная концентрация в крови, быстро всасывается при совместном приеме с алкоголем и жирами. Подвергается метаболизму в печени с образованием токсичных метаболитов. Выделяется через легкие, ЖКТ, почками. Депоонируется в жировой ткани</p>	<p>Нейротоксическое (судорожное) действие</p>	<p>комоторное возбуждение, кома, экзотоксический шок на 1-2-е сутки, на 2-3-и сутки развитие токсической гепатопатии (болезненность в правом подреберье, увеличение печени, желтуха), нефропатия, печеночно-почечной недостаточности, геморрагического диатеза (желудочные, носовые кровотечения). При ингаляционном отравлении — головная боль, головокружение, сонливость, диспепсические расстройства, слюнотечение, токсическая гепатопатия, нефропатия. В тяжелых случаях — кома, экзотоксический шок. При попадании на кожу — явления <i>дерматита</i>, буллезные высыпания</p>	<p>рола ацетат) по 1-2 мл 30% р-ра внутримышечно 4 раза в 1-3-й сутки. При глубокой коме — интубация, искусственная аппаратная вентиляция легких. Сердечно-сосудистые средства. Лечение токсического шока. В первые сутки — гормонотерапия (преднизолон до 120 мг внутривенно повторно). Витамины: В<sub>12</sub> — до 1500 мкг, В<sub>1</sub> 5% р-р — 4 мл внутримышечно, В<sub>15</sub> — до 5 г внутр., аскорбиновая кислота 5% р-р — 5-10 мл внутривенно. Теталин-кальций 10% р-р — 40 мл с 300 мл 5% р-ра глюкозы внутривенно. Унитиол 5% р-р внутримышечно повторно. При резком возбуждении — пипольфен 2,5% р-р — 2 мл внутривенно. Лечение токсической нефропатии и гепатопатии</p>
<p>ИЗОНИАЗИД (ГИНК, римифон, гидразид изоникотиновой кислоты), пропранолол: тубазид, фтивазид, солюзид, ларусан и др. Быстро всасывается из ЖКТ, максимальная концентрация в крови через 1-3 ч после приема. До 75% препарата в щетигированной форме выводится почками в течение 24 ч, 5-10% — через кишечник</p>		<p>Тошнота, рвота, боли в животе, слабость, головная боль, парестезии, сухость во рту, тремор, <i>аликсия</i>, одышка, брадикардия, затем тахикардия. При тяжелых отравлениях — судороги эпилептиформного типа с потерей сознания и расстройством дыхания. Возможно развитие токсической нефропатии, гепатопатии</p>	<p>Промывание желудка через зонд, сильное слабительное. Форсированный диурез с опешалчиванием крови, гемосорбция. Витамин В<sub>6</sub> 5% р-р — по 10 мл внутривенно повторно. Эфирно-кислородный наркоз с миорелаксантами, искусственная аппаратная вентиляция легких. Коррекция ацидоза — гидрокарбонат натрия 4% р-р — 1000 мл внутривенно</p>

1	2	3	4
<p>ИНСУЛИН. У здоровых лиц тяжелое отравление возможно после введения 400 ЕД инсулина</p>	<p>Гипогликемическое действие</p>	<p>Активен только при парентеральном введении. При передозировке возникают симптомы гипогликемии — слабость, усиленное потоотделение, тремор рук, чувство голода. При тяжелом отравлении (уровень сахара в крови меньше 2,78 ммоль/л) развиваются пепкомоторное возбуждение, клонико-тонические судороги, кома. При выходе из коматозного состояния отмечается длительная токсическая энцефалопатия</p>	<p>Форсированный диурез с осмолечиванием крови. Немедленное внутривенное введение 20% р-ра глюкозы в количестве, необходимом для восстановления нормального уровня сахара в крови. Глюкагон — 0,5-1 мг внутримышечно. При коме адреналин 0,1% р-р — 1 мл подкожно. Сердечно-сосудистые средства</p>
<p>ЙОД</p>	<p>Местное прижигающее действие. Резорбтивное — цитотоксическое и гемолитическое действие</p>	<p>При вдыхании паров йода поражаются верхние дыхательные пути. При попадании концентрированных растворов йода внутрь развиваются тяжелые ожоги слизистой оболочки ЖКТ. Возможно развитие гемолиза, <i>гемоглобуриш</i></p>	<p>Промывание желудка через зонд, лучше 0,5% р-ром тиосульфата натрия. Тиосульфат натрия 30% р-р — до 300 мл в сутки внутривенно капельно. Хлорид натрия 10% р-р — 30 мл внутривенно. Лечение ожогов слизистой оболочки ЖКТ</p>
<p>КАЛИЯ ПЕРМАНГАНАТ</p>	<p>Местное прижигающее, резорбтивное, гемотоксическое (метгемоглобинемия) действие</p>	<p>При попадании внутрь — резкие боли в полости рта, по ходу пищевода, в животе, рвота, понос. Слизистая оболочка рта и глотки отекает, темно-коричневого, фиолетового цвета. Возможны отек <i>гортани</i> и механическая <i>асфиксия</i>, ожоговый шок, двигательное возбуждение, судороги. Часто наблюдаются тяжелая пневмония, геморрагический колит, нефропатия, гепатопатия, явления <i>паркинсонизма</i>. При понижении кислотности желудочного сока возможна метгемоглобинемия с выраженным цианозом и ольашкой</p>	<p>При резком цианозе (метгемоглобинемия) — метиленовый синий 1% р-р — 50 мл, аскорбиновая к-та 5% р-р — 30 мл внутривенно. Витамины В<sub>12</sub> — до 1000 мкг, В<sub>6</sub> 5% р-р — 3 мл внутримышечно. Лечение токсической нефропатии, гепатопатии</p>

1	2	3	4
<p>КИСЛОТЫ КРЕПКИЕ (неорганические — азотная, серная, соляная и др.; органические — уксусная, щавелевая и др.). Щавелевая кислота входит в состав ряда средств бытовой химии, применяемых для снятия ржавчины; жидкости «Ванюль», «Антиржавин», пасты «Прима», «Санитарный», «Тартарен»</p>	<p>Местное прижигающее действие (коагуляционный некроз), гемолитическое (гемолитическое), нефротоксическое и гепатотоксическое действие — для органических кислот</p>	<p>При приеме внутрь развивается хим. ожог слизистой оболочки полости рта, зева, глотки, пищевода, желудка, иногда кишечника. Резкие боли в полости рта, по ходу пищевода, в животе. Слюнотечение, повторная рвота с примесью крови, желудочно-желудочное кровотечение. Механическая асфиксия в связи с ожогом и отеком гортани. Явления токсического шока. В тяжелых случаях, особенно при отравлениях уксусной эссенцией, наблюдается темнолиж, гемоглобинурия, моча приобретает красно-бурый, темно-коричневый цвет (метаболический ацидоз). К концу первых суток появляется желтушность кожи и склер. На 2-3-и сутки преобладают явления эндогенной токсемии (повышение температуры тела, возбуждение), явления реактивного перитонита, пневмонии, затем явления нефротатии на фоне остро го гемоглобинурийного нефроза (при отравлении уксусной к-той), гепатопатии, инфекционные осложнения (гнойный трахеобронхит, пневмония). На 2-3-й неделе могут развиться поздние пищеводно-желудочные кровотечения. К концу 3-й недели при тяжелых ожогах (язвенно-некротическое воспаление) появляются признаки рубцового сужения пищевода или чаще пилорического отдела желудка (при отравлении неорганическими кислотами). Отмечаются ожоговая астеня, потеря веса, нарушение белкового и водно-электролитного баланса. Язвенно-некротический гастрит и эзофагит часто приобретают хрон. течение</p>	<p>Промывание желудка холодной водой через зонд, смазанный вазелиновым маслом. Перед промыванием желудка подожжи морфин 1% р-р — 1 мл и атропин 0,1% р-р — 1 мл. Форсированный диурез с ошелоачиванием крови. Введение 4% р-ра гидрокарбоната натрия до 1500 мл внутривенно при появлении темной мочи и развитии метаболического ацидоза. Лечение шока. Полизитюно 800 мл внутривенно капельно. Глюкозо-новокаиновая смесь (глюкоза 5% р-р — 300 мл и 40% р-р — 50 мл, смесь с новокаином 2% р-р — 30 мл) внутривенно капельно. Подожжи папаверин 2% р-р — 2 мл, платифиллин 0,2% р-р — 1 мл, атропин 0,1% р-р — 1 мл до 3-6 раз в сутки. Сердечно-сосудистые средства (кордиамин — 2 мл, кофеин 10% р-р — 2 мл подкожно). При развитии кровотечений — лед внутрь. В случаях значительной кровопотери — переливание крови. Гормонотерапия: гидрокортизон — 125 мг. Витамины: В<sub>12</sub> — 400 мкг, В<sub>1</sub> 5% р-р — 2 мл, В<sub>6</sub> 5% р-р — 2 мл внутримышечно. Лечение токсической нефротатии, гепатопатии. Для лечения токсической коагулопатии после остановки кровотечения гепарин до 30 000-60 000 ЕД в сутки внутривенно и внутримышечно в течение 2-3 сут. При отеке гортани — ингаляция азотоз-</p>

1	2	3	4
<p>КОФЕИН и другие ксантины (теофиллин, теобромин, зуфиллин, эмилофиллин). Быстро всасываются в ЖКТ, демитилируются в организме, выводятся почками в виде метаболитов, 10% — в неизменном виде</p>	<p>Психотропное, нейротоксическое (судорожное) действие</p>	<p>Шум в ушах, головокружение, тошнота, рвота, повышение температуры тела, сердцебиение. Возможны выраженные психомоторное возбуждение, клонико-тонические судороги. В дальнейшем могут развиться угнетение нервной системы вплоть до сопорозного состояния, выраженная <i>тахикардия</i> вплоть до пароксизмальной, сопровождающаяся гипотензией, сердечные аритмии. При передозировке препаратов теофиллина, кофеина, особенно их приеме внутрь, возможны приступ клонико-тонических судорог, падение АД, ортостатический коллапс</p>	<p>лея: новоквинна 0,5% р-р 3 мл с фенитрином 5% р-р — 1 мл или адрезалином 0,1% р-р — 1 мл. При отсутствии эффекта — трахеостомия</p> <p>Промывание желудка через зонд, сильное слабительное. Форсированный диурез. В тяжелых случаях детоксикационная гемосорбция, Реланиум — 2,0 внутримышечно, промедол 1% р-р — 1 мл, пипольфен 2,5% внутримышечно. Для купирования пароксизмальной тахикардии — новокаинамид 10% р-р — по 1-3 мл внутривенно</p>
<p>ЛИТИЙ (лития карбонат). Токсическая концентрация в крови 10 мг/л. Всасывается в ЖКТ, 40% выводится почками, небольшая часть — через кишечник</p>	<p>Психотропное, нейротоксическое, кардиотоксические, нефротоксическое действие</p>	<p>Тошнота, рвота, боли в животе, понос, мышечная слабость, тремор конечностей, адинамия, атаксия, сонливость, сопорозное состояние, кома. Нарушение ритма сердца, брадикардия, снижение АД, коллапс. На 3-4-е сутки — проявление токсической нефропатии. Характерно волнообразное течение интоксикации</p>	<p>Промывание желудка через зонд. Форсированный диурез. В тяжелых случаях — ранний гемодиализ. Внутривенно гидрокарбонат натрия 4% р-р — 1500-2000 мл, хлорид натрия 10% р-р — 20-30 мл через 6-8 ч в течение 1-2 сут. При снижении АД — норэдрезалин внутривенно до получения клин. эффекта. Витамины группы В, АТФ 1% р-р — 2 мл 2-3 раза в сутки внутримышечно. Лечение токсической нефропатии</p>



1	2	3	4
<p>МАЗЬ РТУТНАЯ — серая (содержит 30% металлической ртути), белая (10% амидохлорида ртути), желтая (2% окиси ртути желтой). Отравления развиваются при втирании мазей в кожу, особенно в волосяные части тела и при наличии на коже эскориваций, ссадин или при экспозиции более 2 ч</p>	<p>Нефротоксическое действие, местное раздражающее</p>	<p>На 1-2-е сутки появляются признаки дерматита, повышение температуры тела, которые могут быть проявлением повышенной чувствительности к препарату ртути. На 3-5-е сутки развиваются симптомы токсической нефропатии, острая почечная недостаточность. Одновременно возникают <i>стоматит</i>, <i>гингивит</i>, увеличиваются регионарные лимф. узлы, на 5-6-е сутки — <i>энтерохолит</i></p>	<p>Форсированный диурез. Ранний гемодиализ при токсической концентрации ртути в крови и выраженных симптомах интоксикации. Унитиол 5% р-р — по 10 мл внутримышечно повторно. Лечение токсической нефропатии. На пораженные участки кожи наклеивают мази с повязки с гидрокортизоном, анестезином. Лечение <i>стоматита</i></p>
<p>МЕДЬ и ее соединения (медный купорос), медьсодержащие ядохимикаты: бордоская жидкость (смесь медного купороса и извести), бургундская жидкость (смесь сульфата меди и карбоната натрия), купронафт (соединение медного купороса с р-ром милонафта) и др. Токсическая концентрация в крови 5,4 мг/л. Ожогом 1/4 дозы, поглотившей через рот, всасывается из ЖКТ, связывается с белками плазмы. Большая часть депонируется в печени. Выделение через ЖКТ, почками</p>	<p>Местное прижигающее, гемолитическое (гемолитическое), нефротоксическое, гепатотоксическое действие</p>	<p>При поступлении внутрь медного купороса развиваются тошнота, рвота, боли в животе, частый стул, слабость, головокружение, головная боль, тахикардия, экзотоксический шок. При выраженном гемолите (гемоглобин в моче) <i>острая почечная недостаточность</i> — анурия, уремия. Токсическая гепатопатия. Гемолитическая желтуха, анемия. При попадании во время сварки светлых металлов высокодисперсной пыли меди (цинка и хрома) в верхние дыхательные пути развиваются явления острой «литевой лихорадки» — озноб, сухой кашель, головная боль, слабость, одышка, стойкая лихорадка. Возможна аллергическая реакция (красная сыпь на коже, зуд)</p>	<p>Промывание желудка через зонд. Ранний гемодиализ. Форсированный диурез. Унитиол 5% р-р — 10 мл, затем по 5 мл каждые 3 ч внутримышечно в течение 2-3 сут. Тиосульфат натрия 30% р-р — 100 мл внутривенно. Морфин 1% р-р — 1 мл, атропин 0,1% р-р — 1 мл подкожно. При частой рвоте аминазин 2,5% р-р — 1 мл внутримышечно. Глюкоза-новокаиновая смесь (глюкоза 5% р-р — 500 мл, новокаин 2% р-р — 50 мл) внутривенно, антибиотики, витаминны. При гемоглобинурии введение гидрокарбоната натрия 4% р-р — 1000 мл внутривенно. Лечение острой почечной недостаточности. Токсическая гепатопатия. При лихорадке ацетилсалициловая к-та — 1 г внутрь, коденн. При аллергической сыпи димедрол 1% р-р — 1 мл подкожно, глюконат кальция 10% р-р — 10 мл внутривенно</p>

1	2	3	4
<p><b>МОРФИН</b> и другие наркотические анальгетики. Препараты, содержащие вещества группы опиоя, — капли и желудочные таблетки, кодона-терпин. Все препараты особенно высокотоксичны для детей младшего возраста. Быстро всасывается из ЖКТ и при парентеральном введении, детоксицируется в печени, 75% выводится почками в первые сутки</p>	<p>Психотропное (наркотическое), нефротоксическое действие</p>	<p>При приеме внутрь или парентеральном введении токсических доз препаратов развивается коматозное состояние, для которого характерны значительное сужение зрачков с ослаблением реакции на свет, гиперемия кожи, гипертонус мышц, иногда клонико-тонические судороги. В тяжелых случаях часто наблюдается нарушение дыхания и развитие асфиксии — резкий цианоз слизистых оболочек, расширение зрачков, брадикардия, коллапс, гипотермия. При тяжелом отравлении коденном возможны нарушения дыхания при сохраненном сознании больного, а также значительное падение АД</p>	<p>Повторное промывание желудка (даже при парентеральном введении морфина), активированный уголь внутрь, солевое слабительное. Форсированный диурез с ошелачиванием крови. Детоксикационная гемосорбция. Введение налорфина 0,5% р-р — 3-5 мл внутривенно. Подкожно и внутримышечно атропин 0,1% р-р — 1-2 мл, кофеин 10% р-р — 2 мл, кордиамин — 2 мл. Согревание тела. Витамин В<sub>1</sub> 5% р-р — 3 мл внутривенно повторно. Ингаляция кислорода, искусственная вентиляция легких</p>
<p><b>МЫШЬЯК</b> и его соединения. Наиболее токсичны соединения трехвалентного мышьяка. Токсическая концентрация в крови 1 мг/л. Медленно всасывается из кишечника. Депонируется в печени, почках, селезенке, стенке тонкой кишки, легких. После попадания в организм неорганических соединений мышьяк появляется в моче через 2-8 ч, выводится почками до 10 дней. Органические соединения выводятся почками и через ЖКТ в течение 24 ч</p>	<p>Нефротоксическое, гепатотоксическое, эритро-токсическое, нефротоксическое действие</p>	<p>При поступлении внутрь чаще наблюдается поражение ЖКТ: металлический вкус во рту, рвота (рвотные массы зеленоватого цвета), сильные боли в животе, жидкий стул (напоминает рисовый отвар). Резкое обезвоживание организма, сопровождающееся судорогами. Гемоглобинурия в результате гемолиза, желтуха, гемолитическая анемия, острая почечно-почечная недостаточность. В терминальной фазе — коллапс, кома. Возможна паралитическая форма: оглушение, спорозное состояние, судороги, потеря сознания, кома, паралич дыхания, коллапс. При ингаляционных отравлениях мышьяковистым водородом быстро развивается тяжелый гемолиз, гемоглобинурия, цианоз, на 2-3-и сутки печеночно-почечная недостаточность</p>	<p>Промывание желудка через зонд, повторные сифонные клизмы. Ранний гемодиализ с одновременным введением унитиола 5% р-р — 150-200 мл внутривенно. Унитиол 5% р-р — по 5 мл 8 раз в сутки внутримышечно. 10% р-р тетацалина кальция 30 мл на 500 мл 5% р-ра глюкозы капельно внутривенно. Витамин В<sub>1</sub>: аскорбиновая кислота, В<sub>1</sub>, В<sub>6</sub>, В<sub>12</sub>, 10% р-р хлорида натрия внутривенно повторно. При резких болях в животе платифиллин 0,2% р-р — 1 мл, атропин 0,1% р-р — 1 мл подкожно, парацетамол новая-инная блокада. Сердечно-сосудистые средства. Лечение экзотоксического шока. При гемоглобинурии — глюкозо-новокаиновая смесь внутривенно (глюко-</p>

<p><b>НАФТАЛИН</b> Отравления возможны при вдыхании паров или пыли, при проликовании через кожу, попадании в желудок. Выводится почками в виде метаболитов</p>	<p>Местное раздражающее, резорбтивное, гемолитическое (гемолитическое) действие</p>	<p>При ингаляции — головная боль, тошнота, рвота, слезотечение, кашель, поверхностное помутнение роговицы. Возможно развитие гемолиза, гемоглобинурии. При контакте с кожей — эритема, явления дерматита. При попадании внутрь — боли в животе, рвота, понос, беспокойство. В тяжелых случаях — кома, судороги. Тахикардия, одышка, гемолиз, гемоглобинурия, токсическая нефропатия. Возможно развитие токсической гепатопатии</p>	<p>за 5% р-р — 500 мл, номокан 2% р-р — 50 мл), 20 — 30% р-ры глюкозы — 200 — 300 мл внутривенно, сульфидил 2,4% р-р — 10 мл внутривенно, гидрокарбонат натрия 4% р-р — 1 000 мл внутривенно, форсурированный диурез</p> <p>При приеме внутрь — промывание желудка через зонд, солевое слабительное. Форсурированный диурез с оселечанином крови. Гидрокарбонат натрия внутрь по 5 г в воде каждые 4 ч в первые сутки. Хлорид кальция 10% р-р — 10 мл внутривенно, внутр. рутин — 0,01 г, рибофлавин — 0,02 г повторно. Лечение токсической нефропатии</p>
<p><b>НИТРИТЫ:</b> нитрит натрия (селитра), нитриты калия, аммония, аминнитрит, нитроглицерин. Быстро всасываются в ЖКТ, выделяются преимущественно в неизменном виде почками, через кишечник. В организме не депонируются.</p>	<p>Гемотоксическое (прямое метгемоглобин-образование), действие на сосуды (расслабление гладкой мускулатуры сосудистой стенки)</p>	<p>Сначала покраснение кожи, затем цианоз слизистых оболочек и кожи. Клиническая картина связана в основном с развитием метгемоглобинемии. Возможно падение АД вплоть до развития острой сердечно-сосудистой недостаточности (коллапс)</p>	<p>Промывание желудка через зонд. Форсурированный диурез. Лечение метгемоглобинемии. При снижении АД введение сосудистых средств (кордиамина, кофеина, нордреналина)</p>
<p><b>ОКИСЬ УГЛЕРОДА</b> (угарный газ). Отравления выхлопными га-</p>	<p>Гипоксическое, нейротоксическое, гематоток-</p>	<p>Легкая степень — головная боль опоясывающего характера («синимтом обруча»), стук в висках,</p>	<p>Вывести пострадавшего на свежий воздух, обеспечить непрерывную ингаля-</p>

<p>зами двигателей внутреннего сгорания, угорание при неисправностях печной отопительной системы, отравления в очаге пожара</p>	<p>сическое действие (карбонксимеоглобинемия)</p>	<p>головокружение, тошнота, рвота, возможно транзиторное повышение АД и явления трахеобронхита (отравления в очаге пожара). Концентрация карбоксимеоглобина в крови, взятой на месте происшествия, — 20–30%. Средняя степень тяжести — кратковременная потеря сознания на месте происшествия, сменяющаяся возбуждением со зрительными и слуховыми галлюцинациями или заторможенностью, адинамией, тахикардией, токсическое поражение миокарда, явления трахеобронхита с нарушением функции внешнего дыхания (при отравлении в очаге пожара). Концентрация карбоксимеоглобина в крови, взятой на месте происшествия, — 30–40%. Тяжелое отравление — длительное коматозное состояние, судороги, отек мозга, нарушение внешнего дыхания с явлениями дыхательной недостаточности (аспирационно-обтурационный синдром, часто ожог верхних дыхательных путей — отравление в очаге пожара), токсическое поражение миокарда, возможно развитие инфаркта миокарда. Иногдаожно развитие расстройств, развитие острой почечной недостаточности. Концентрация карбоксимеоглобина в крови, взятой на месте происшествия, — св. 50%</p>	<p>цию кислорода в течение 2–3 ч. При отравлении средней и тяжелой степени — гипербарическая оксигенация при давлении в камере 2–3 атм в течение 50–60 мин. При отеке мозга — спинномозговые пункции с удалением 10–15 мл цереброспинальной жидкости при ее повышенном давлении, краниоцеребральная гипотермия в течение 6–8 ч, осмотические диуретики. При возбуждении промедол 1% р-р — 1 мл, при судорогах диазепам 0,5% р-р — 2 мл внутривенно. При поражении верхних дыхательных путей — лечебно-диагностическая трахеобронхоскопия. Профилактика леточных осложнений: антибиотики, гепапин. При выраженной дыхательной недостаточности — искусственная аппаратная вентиляция легких, зифиллин 2,4% р-р — 10 мл внутривенно, аскорбиновая кислота 5% р-р — 10–20 мл с глюкозой 10% р-р — 500 мл внутривенно, витамины</p>
<p>ПАХИКАРПИН. Быстро всасывается при приеме внутрь и парентеральном введении. Выводится почками</p>	<p>Нейротоксическое (ганглиоблокнрующее) действие</p>	<p>Стадия I — тошнота, рвота, боли в животе, головокружение, слабость, сухость слизистых оболочек. Стадия II — нарушение нервно-мышечной проводимости: расширение зрачков, ухуд-</p>	<p>Промывание желудка через зонд, солевое слабительное, форсированный диурез, гемосорбция. В стадии I специфическая терапия не проводится. В стадии II: про-</p>

1	2	3	4
<p><b>ПЕРЕКИСЬ ВОДОРОДА.</b> Пергидроль (30% раствор), «Персоль»</p>	<p>Местное прижигающее действие. Сильный окислитель</p>	<p>шение зрения и слуха, резкая слабость, атаксия, периферическое возбуждение, клонико-тонические судороги, миофибрилляции, тахикардия, бледность, акроцианоз, артериальная гипотензия. Стадия III — коматозное состояние, нарушение дыхания, коллапс, остановка сердца при внезапной брадикардии</p>	<p>лерин 0,05% р-р — 10–15 мг подкожно, АТФ 1% р-р внутримышечно 6–8 мл (1–2-е сутки), 2–3 мл (3–4-е сутки). Витамин В<sub>1</sub> 5% р-р внутривенно — 15–30 мг (1–2-е сутки), 5–8 мг (3–4-е сутки). В стадии III соответственно прозерин 0,05% р-р — 20–30 мг в первые двое суток и по 2–6 мг на 3–4-е сутки, АТФ — 2–3 мл 1% р-ра. Витамин В<sub>1</sub> 5% р-р — по 15–30 мг в первые сутки, затем по 5–8 мг (3–4-е сутки). При остановке дыхания — искусственная аппаратная вентиляция легких, при судорогах барбитал 10% р-р — 2 мл. Лечение эпилептического шока. Сердечно-сосудистые средства</p>
<p><b>РУТУТЬ И ВЕ СОЕДИНЕНИЯ:</b> неорганические — сулема, каломель, цианид ртути и др.; органические — гранозан, дитиолртуть и др. Могут поступать в организм человека через легкие, ЖКТ, кожу. При ингаляции паров всасывается более 75% ртути, в ЖКТ — 10–30% водорастворимых неорганических соединений. Металличес-</p>	<p>Местное раздражающее, цитеротоксическое, нейротоксическое, нейротоксическое действие</p>	<p>При попадании на кожу — ее побеление, ожог с наличием волдырей. При приеме внутрь — ожог слизистой оболочки ЖКТ. Особенно опасны отравления техническим (40%) р-ром, при которых возможна газовая эмболия</p>	<p>Лечение ожогов, как при отравлении крепкими кислотами</p>
<p>При отравлении парами ртути наиболее выражены симптомы поражения дыхательных путей, насморк, явления трахеобронхита, через несколько часов развиваются тяжелая токсическая пневмония, токсический отек легких. Одновременно появляются частый жидкий стул и симптомы поражения ЦНС (сонливость, периоды возбуждения). На 3–4-е сутки — признаки токсической нефропатии. При пероральном отравлении сулемой возникают резкие боли в животе, рвота, а через несколько</p>	<p>При отравлении парами ртути наиболее выражены симптомы поражения дыхательных путей, насморк, явления трахеобронхита, через несколько часов развиваются тяжелая токсическая пневмония, токсический отек легких. Одновременно появляются частый жидкий стул и симптомы поражения ЦНС (сонливость, периоды возбуждения). На 3–4-е сутки — признаки токсической нефропатии. При пероральном отравлении сулемой возникают резкие боли в животе, рвота, а через несколько</p>	<p>При отравлении парами ртути — лечение токсической пневмонии в стационаре. При пероральном отравлении сулемой рвоту — промывание желудка, форсированный диурез, ранний гемодиализ с введением внутривенно 5% р-ра унитиола — 100–150 мл. Унитиол 5% р-р — 10 мл внутривенно, до 100 мл в сутки; тетрациклин-кальций 10% р-р — 10 мл с глюкозой 5% р-р — 300 мл внутривенно,</p>	<p>При отравлении парами ртути — лечение токсической пневмонии в стационаре. При пероральном отравлении сулемой рвоту — промывание желудка, форсированный диурез, ранний гемодиализ с введением внутривенно 5% р-ра унитиола — 100–150 мл. Унитиол 5% р-р — 10 мл внутривенно, до 100 мл в сутки; тетрациклин-кальций 10% р-р — 10 мл с глюкозой 5% р-р — 300 мл внутривенно,</p>

1	2	3	4
<p>кая ртуть в желудке и кишечнике не всасывается. В открытых водах из металлической ртути образуются соединения алкилртути. При употреблении в пищу рыбы из таких водоемов возникают тяжелые отравления. Через неповрежденную кожу всасывается 2-5%. В крови ртуть частично связывается с белками, большая часть депонируется в головном мозге, печени, почках. Выводится почками и через ЖКТ, органические соединения значительно медленнее, чем неорганические</p>	<p>Нейротоксическое, гипоксическое, местное раздражающее действие</p>	<p>часов — понос с кровью. Отмечаются признаки ожога слизистой оболочки полости рта и глотки, металлический вкус во рту, кровоточивость десен и темная кайма сернистой ртути по краям десен, слюнотечение. Со 2-3-го дня развиваются симптомы токсического поражения почек (уменьшение количества выделяемой мочи, боли в поясничной области, отеки лица, алопеция). Одновременно отмечаются повышенная возбудимость, повышение АД, гипохромная анемия, явления спидифическо-го (ртутного) язвенного колита. При накожных отравлениях ртутной мазью развивается токсико-аллергическая реакция; токсический дерматит (яркая красная сыпь на коже); повышение температуры тела, поражение почек. Возможно развитие септического состояния (см. <i>Сепсис</i>), синдрома Лайелла (см. <i>Некролиз эпидермальный токсический</i>)</p>	<p>тиосульфат натрия 30% р-р — 100 мл внутривенно капельно. Витамины В12 (до 1000 мкг в сутки), В1 и В6 5% — 5 мл 3 раза в день внутримышечно. Лечение острой почечной недостаточности. При тяжелых отравлениях унитиол 5% — 5 мл 3 раза в день внутримышечно. Форсированный диурез, преднизолон до 100 мг в сутки внутримышечно</p>
<p><b>СЕРОВОДОРОД</b></p> <p><b>СИНИЛЬНАЯ КИСЛОТА И ДРУГИЕ ЦИАНИДЫ.</b> Быстро всасываются из ЖКТ, через дыхательные пути, кожу</p>	<p>Нейротоксическое действие, блокирование клеточной цитохромоксидазы (тканевая гипоксия)</p>	<p>Насморк, кашель, резь в глазах, блефароспазм бронхит, головная боль, тошнота, рвота, возбуждение, в тяжелых случаях кома, судороги, токсический отек легких</p>	<p>Ингаляции амилнитрита, щелочные ингаляции. Длительная ингаляция кислорода, колени внутрь. Лечение токсического отека легких</p>
<p><b>СИНИЛЬНАЯ КИСЛОТА И ДРУГИЕ ЦИАНИДЫ.</b> Быстро всасываются из ЖКТ, через дыхательные пути, кожу</p>	<p>Нейротоксическое действие, блокирование клеточной цитохромоксидазы (тканевая гипоксия)</p>	<p>Характерно быстрое развитие симптомов интоксикации. Резкая головная боль, тошнота, рвота, боли в животе, нарастание общей слабости, выраженная одышка, сердцебиение, психомоторное возбуждение, судороги, потеря сознания. Кожа и слизистые оболочки цианотичны. При поступлении внутрь смертельных доз — клонико-тонические судороги, острая сердечно-сосу-</p>	<p>Ингаляции амилнитрита (2-3 ампулы). Промывание желудка через зонд, лучше раствором перманганата калия 0,1%. Или тиосульфата натрия 0,5%. Активированный уголь внутрь. Нитрит натрия 1% — 10 мл внутривенно медленно каждые 10 мин 2-3 раза, тиосульфат натрия 30% р-р — 50 мл и метиленовый синий</p>

1	2	3	4
<p><b>СКИПИДАР.</b> Быстро всасывается из кишечника, через дыхательные пути, кожу, в организме подвергается конъюгации с глюкуроновой кислотой, выводится почками</p>	<p>Местное раздражающее, психотропное, нефротоксическое действие</p>	<p><i>дышит недостаточность</i> и остановка дыхания. Смерть может наступить в течение нескольких минут (так называемая молниеносная, или апоплексическая, форма отравления)</p> <p>При поступлении внутрь — резкие боли по ходу пищевода и в животе, <i>рвота</i> с примесью крови, жидкий стул, резкая слабость, <i>головокружение</i>. Возможны психомоторное возбуждение, бред, судороги, потеря сознания, кома с нарушением дыхания по типу механической <i>асфиксии</i>. Позже могут развиться бронхопневмония, нефропатия, <i>почечная недостаточность</i>. При ингаляции развивается трахеобронхит, конъюнктивит, возможны токсическая пневмония и отек легких</p>	<p>1% р-р — 30 мл внутривенно. Глюкоза 40% р-р — 20–40 мл внутривенно повторно. Оксигенотерапия. Витамин В<sub>12</sub> до 1000 мкг в сутки внутримышечно и аскорбиновая к-та 5% р-р — 20 мл внутривенно. Сердечно-сосудистые средства. Реанимационные мероприятия</p> <p>Промывание желудка Форсированный диурез. При болях в животе возможно промедол 1% р-р — 1 мл, атропин 0,1% р-р — 1 мл, папаверин 2% р-р — 1 мл, внутривенно глюकोлонидокаиновая смесь (глюкоза 5% р-р — 500 мл, новокаин 2% р-р — 50 мл). При возбуждении и судорогах диазепам 0,5% р-р — 2 мл. Сердечно-сосудистые средства. Витамин В<sub>12</sub> — 400 мкг, В<sub>1</sub> 5% — 5 мл внутримышечно. Лечение токсического шока и нефропатии</p>
<p><b>СПИРТ МЕТИЛОВЫЙ</b> (метанол, древесный спирт). Быстро всасывается в желудке и кишечнике. Подвергается медленному окислению с образованием токсичных метаболитов. Частично выводится в неизменном виде через легкие (до 75%) в течение 48 ч, остальная часть — почками</p>	<p>Психотропное (слабое наркотическое), нейротоксическое (дистрофия зрительного нерва), нефротоксическое действие</p>	<p>Опьянение выражено слабо. Тошнота, рвота, мелькание «мушек» перед глазами. На 2–3-и сутки появляются неясность видения и слепота. Боли в ногах, голове, нарастание жажды. Кожа с синюшным оттенком, язык обложен серым налетом, зрачки расширены, с ослаблением реакции на свет. Тахикардия с последующим замедлением и нарушением ритма. АД сначала повышено, затем падает. Сознание спутано, возможны психомоторное возбуждение, судороги,</p>	<p>Промывание желудка через зонд, солевое слабительное, форсированный диурез с ошланиванием крови. Рядный гемодиализ. Этиловый спирт 30% р-р — 100 мл внутр, затем каждые 2 ч — по 50 мл 1–5 раз. В коматозном состоянии внутривенно капельное введение этилового спирта в виде 5% р-ра из расчета 1–2 г на 1 кг массы в сутки. Преднизолон — 25–30 мг внутривенно. Витамин В<sub>1</sub> 5% р-р — 5 мл и аскорбиновая кислота 5% р-р — 20 мл</p>

1	2	3	4
<p><b>СПИРТ ЭТИЛОВЫЙ</b> (этанол, алкольные напитки). Токсическая концентрация в крови 1,5 г/л. Быстро всасывается в желудке (20%) и тонкой кишке (80%). Окисляется с образованием ацетальдегида, уксусной кислоты. Выводится через легкие и почками в течение 7-12 ч</p>	<p>Психотропное (наркотическое) действие</p>	<p>кома, гипертонус мышц конечностей, ригидность затылочных мышц, токсический шок, одышка дыхания</p> <p>При приеме внутрь токсических доз после симптомов опьянения быстро развивается кома. Кожа холодная, липкая, лицо гиперемировано, конъюнктивит, снижение температуры тела, рвота, непроизвольное мочеиспускание и дефекация. Зрачки сужены, а при нарастании расстройства дыхания расширены. Горизонтальный нистагм. Дыхание замедленное, пульс частый, слабый. Иногда судороги, аспирация рвотных масс, <i>ларингоспазм</i>. Возможна одышка дыхания</p>	<p>внутривенно. Глюкоза 40% р-р — 200 мл и новоканн 2% р-р — 20 мл внутривенно капельно. АТФ 1% р-р — 2-3 мл внутримышечно повторно. Лечение токсического шока. Спинальная пункция при отеке мозга и следопте</p> <p>Промывание желудка через зонд, солевое слабительное, форсированный диурез. Полость рта освобождают от рвотных масс, отсасывают слизь из глотки. Восстановление нарушенного дыхания: атропин 0,1% р-р — 1 мл, кордиамин — 2 мл, кофеин 10% р-р — 2 мл подкожно, лучше внутримышечно или внутривенно. При отсутствии глоточного рефлекса интубация трахеи и искусственная вентиляция легких. Глюкоза 40% р-р — 40 мл с инсулином 15 ЕД внутривенно. Витамины: В<sub>6</sub> 5% р-р — 2 мл, В<sub>1</sub> — 5 мл внутримышечно. Ощелачивание крови — гидрокарбонат натрия 4% р-р — до 1 000 мл внутривенно капельно. Никотинамид 5% р-р — 1 мл подкожно повторно</p> <p>Промывание желудка через зонд, солевое слабительное. Форсированный диурез с ощелачиванием крови (гидрокарбонат натрия 10-20 г внутрь) Ранний гемодиализ Димекрол 1% р-р — 1 мл, хлорид кальция 10% р-р — 10 мл внутривенно. Аскорбиновая кислота 5% — 10 мл, витамин</p>
<p><b>СУЛЬФАНИЛАМИДЫ</b> (сульфадимезин, норсульфазол, эгзозол, сульфадиметоксин, бисептол, бактрим). Быстро всасываются в ЖКТ различна для разных препаратов этой группы. Выводятся поч-</p>	<p>Нефротическое, гемостатическое действие</p>	<p>При легких отравлениях — тошнота, головокружение, слабость. При тяжелых отравлениях образуется сульфгемоглобин, что сопровождается резким цианозом. Возможно развитие <i>агранулоцитоза</i>, некротической ангины. Острая почечная недостаточность (олигурия, азотемия) возникает при повторном приеме</p>	



1	2	3	4
<p>ками в свободной и ацетилированной форме</p> <p>ТАЛЛИЙ — хлорид, сульфат, карбонат таллия. Наиболее токсичны соединения трехвалентного таллия. После приема внутрь — максимальная концентрация в крови через 2 ч. Длительно депонируется в организме, медленно (до 6 мес. и более) выводится из организма почками, через ЖКТ</p>	<p>Энтеротоксическое, нейротоксическое, нефротоксическое действие, нарушение образования кератина в волосах и луковицах</p>	<p>большая доза препаратов (св. 10 г) на фоне сниженного диуреза и кислой реакции мочи (кристаллурия). Возможны аллергические реакции при приеме терапевтических доз</p> <p>Повторная рвота, жидкий стул с примесью слизи и крови, боли в животе, в тяжелых случаях — парез кишечника. Головная боль, атаксия, заторможенность, в тяжелых случаях — психомоторное возбуждение, судороги. Возможны расстройства зрения в виде <i>блуждающих зрачков</i>, снижение остроты зрения на фоне <i>невысокой зрительного нерва</i>. Характерны резкие боли в конечностях, не стихающие при приеме обезболивающих средств, расстройства чувствительности по типу радикулоневрита, артериальная гипертония, тремор, мышечная слабость, <i>полимиевриты, параличи</i>. Тахикардия, повышенное диастолическое АД, острая сердечно-сосудистая недостаточность. Токсическая нефропатия вплоть до острой почечной недостаточности. Возможно развитие токсической гепатопатии. Через 3-4 нед. — <i>алопеция</i> (выпадение волос). В прикорневой части растущего волоса обнаруживается непрозрачное черное кератинообразное утолщение длиной 0,1-0,15 мм (ранний диагностический признак!). Поперечная исчерченность ногтей (одноцветно-алопецией), их ломкость. Нередки лишаевподобные сыпи на коже, дерматиты, шелушение</p> <p>Латентный период несколько часов. Потеря аппетита, тошнота, рвота, слабость, гиповолюемия</p>	<p>V<sub>12</sub> — до 600 мкг внутримышечно. Паранефральная новокаиновая блокада. Лечение острой почечной недостаточности. Промывание мочеочечников и почечных лоханок при кристаллурии</p> <p>Повторное промывание желудка через зонд с добавлением 1% р-ра йодида натрия или кальция или 30% р-ра тиносульфата натрия. Активированный уголь внутрь. Введение 30% р-ра сульфата магния — 100-150 мл перорально или через зонд. Форсированный диурез. Ранний гемодиализ. Унитиол 5% р-р внутримышечно и внутривенно по 10 мл (до 150-200 мл в сутки) 30% р-р тиносульфата натрия внутривенно капельно по 10-20 мл до 100-200 мл в сутки. 10% р-р тетамина-кальция по 10 мл внутривенно, до 40-50 мл в сутки. Витамины группы В (В<sub>1</sub>, В<sub>6</sub>, В<sub>12</sub>), аскорбиновая кислота, прозерин, алоэ. Лечение токсической нефропатии в стационаре</p> <p>Обмыть кожу керосином, затем мылом и водой. При попадании в желудок —</p>
<p>ТЕТРАЗТИЛСВИНЕЦ Отравления развиваются при попадании</p>	<p>Психотропное (возбуждающее), нейротоксическое</p>	<p>Повторная рвота, жидкий стул с примесью слизи и крови, боли в животе, в тяжелых случаях — парез кишечника. Головная боль, атаксия, заторможенность, в тяжелых случаях — психомоторное возбуждение, судороги. Возможны расстройства зрения в виде <i>блуждающих зрачков</i>, снижение остроты зрения на фоне <i>невысокой зрительного нерва</i>. Характерны резкие боли в конечностях, не стихающие при приеме обезболивающих средств, расстройства чувствительности по типу радикулоневрита, артериальная гипертония, тремор, мышечная слабость, <i>полимиевриты, параличи</i>. Тахикардия, повышенное диастолическое АД, острая сердечно-сосудистая недостаточность. Токсическая нефропатия вплоть до острой почечной недостаточности. Возможно развитие токсической гепатопатии. Через 3-4 нед. — <i>алопеция</i> (выпадение волос). В прикорневой части растущего волоса обнаруживается непрозрачное черное кератинообразное утолщение длиной 0,1-0,15 мм (ранний диагностический признак!). Поперечная исчерченность ногтей (одноцветно-алопецией), их ломкость. Нередки лишаевподобные сыпи на коже, дерматиты, шелушение</p> <p>Латентный период несколько часов. Потеря аппетита, тошнота, рвота, слабость, гиповолюемия</p>	<p>V<sub>12</sub> — до 600 мкг внутримышечно. Паранефральная новокаиновая блокада. Лечение острой почечной недостаточности. Промывание мочеочечников и почечных лоханок при кристаллурии</p> <p>Повторное промывание желудка через зонд с добавлением 1% р-ра йодида натрия или кальция или 30% р-ра тиносульфата натрия. Активированный уголь внутрь. Введение 30% р-ра сульфата магния — 100-150 мл перорально или через зонд. Форсированный диурез. Ранний гемодиализ. Унитиол 5% р-р внутримышечно и внутривенно по 10 мл (до 150-200 мл в сутки) 30% р-р тиносульфата натрия внутривенно капельно по 10-20 мл до 100-200 мл в сутки. 10% р-р тетамина-кальция по 10 мл внутривенно, до 40-50 мл в сутки. Витамины группы В (В<sub>1</sub>, В<sub>6</sub>, В<sub>12</sub>), аскорбиновая кислота, прозерин, алоэ. Лечение токсической нефропатии в стационаре</p> <p>Обмыть кожу керосином, затем мылом и водой. При попадании в желудок —</p>

1	2	3	4
<p>внутрь, на кожу, при ингаляции паров. Обладает выраженным курмулативным действием — депонирование в головном, спинном мозге, небольшая часть — в печени, почках. Выделяется преимущественно почками</p> <p><b>УГЛЕРОД ЧЕТЫРЕХХЛОРИСТЫЙ</b> (тетрахлористан). Входит в состав янтарновыводителя «Моментальный». Токсическая концентрация в крови 20–50 мг/л. Отравления возможны при поступлении через пищеварительный тракт, дыхательные пути, кожу. При приеме внутрь в течение первого часа в желудке всасывается около 30% препарата, более быстрое всасывание при приеме совместно с алкоголем и жирами. На протяжении 2–4 ч концентрация его в крови наиболее высокая через 6 ч — почти полностью переходит в жировую ткань, головной мозг, печень, почки. Метаболизируется в печени. Выводится через легкие (50%), кишечник, почками</p>	<p>(холинолитическое) действие</p> <p>Психотропное (наркотическое), гепатотоксическое, нефротоксическое действие</p>	<p>ние, нарушение сна, споминдения, галлюцинации, брадикардия, гипотензия, потливость, слюноотечение, зуд, дрожание, возбуждение. В тяжелых случаях клиническая картина острого пекхоза. Возможно развитие токсической нефропатии</p> <p>При приеме внутрь в течение первых 3 ч возникают головная боль, недомогание, атаксия, заторможенность, иногда выраженные психомоторные возбуждение, в тяжелых случаях — коматозное состояние, тошнота, повторная рвота желчью, частый жидкий стул, схваткообразные боли в животе. На 2–3-и сутки, как правило, развиваются клон, признаки токсической гепатопатии — увеличение печени, болезненность ее при пальпации, печеночная колика, желтушность склер и кожи. Часто наблюдается геморрагический синдром (кровоточивая под конъюнктиву, жел-книш, носовые кровотечения). Возможно развитие печеночной комы. На 2–7-е сутки появляются симптомы токсической нефропатии, острой почечной недостаточности (в 90% случаев). В период олигурии, выраженной азотемии — стойкий гипертензионный синдром (АД до 220/140 мм рт. ст.), двательное возбуждение, потеря сознания, судороги, гипергидратация (одутливость лица, «водяные легкие», <i>асцит</i>). При ингаляции в 1–2-е сутки возникают</p>	<p>промывание 2% р-ром гидрокарбоната натрия или 0.5% р-ром сульфата магния, после чего дать сульфат магния внутрь. Форсированный диурез. Внутривенно глюкоза 40% р-р — 30–50 мл, тиосульфат натрия 30% р-р — 20 мл, хлорид кальция 10% р-р — 10 мл. При возбуждении дназспам 2 мл 0.5% р-ра внутримышечно, барбитураты. Противопоказано введение морфина, хлоралгидрата, бромидов</p> <p>При приеме внутрь — обильное повторное промывание желудка через зонд с введением вазелинового масла (150–200 мл). В первые сутки (при обнаружении токсического вещества в крови) — гемодиализ или детоксикационная гемосорбция. Форсированный диурез. Витамины В (токоферол-ацетат) 30% р-р — 2 мл 3 раза внутримышечно; унитиол 5% р-р — 10 мл внутримышечно 4 раза, тетрацин-кальций 10% р-р — 20–40 мл с 500 мл 5% р-ра глюкозы внутривенно в сутки в течение 2–3 сут. Витамины группы В, кокарбоксилаза, 10–15% р-р глюкозы — 500–1 000 мл внутривенно, липоевая к-та — до 1 000 мл в сутки, эссенциале — 1000–2000 мг внутривенно. Лечение токсической гепатопатии, нефропатии, печеночно-почечной недостаточности</p>

1	2	3	4
<p><b>ФЕНОЛЫ</b> — карболовая кислота (фенол), крезол, лизол, резорцин, гидрохинон. Возможны отравления парами, а также при попадании через рот или на кожу. Всасывание быстрое. Выводится почками</p>	<p>Местное прижигающее, психотропное, нейротоксическое (сулорожное), нефротоксическое действие</p>	<p>При поступлении внутрь — характерный запах фекалок изо рта, ожог слизистых оболочек, боли во рту, глотке, животе, рвота бурными массами, бледность, головокружение, сужение зрачков, падение температуры тела, потеря сознания, кома, судороги. Бурая, быстро темнеющая на воздухе моча. При отравлении лизолом <i>гемолит.</i>, гемоглобинурийный нефроз, <i>острая почечная недостаточность</i>. При отравлении гидрохиноном — <i>метгемоглобинемия</i>. При действии на кожу — жжение и гиперемия пораженного участка</p>	<p>Промывание желудка через зонд. Активированный уголь внутрь. Форсированный диурез. Тиосульфат натрия 30% р-р — 100 мл внутривенно капельно. Витамины В<sub>1</sub> и В<sub>6</sub>. Антибиотики. Лечение токсического шока. При отравлении лизолом — лечение гемоглобинурийного нефроза, острой почечно-печеночной недостаточности. При отравлении гидрохиноном — лечение метгемоглобинурии</p>
<p><b>ФОРМАЛИН</b> (формальдегид). Всасывается через слизистые оболочки дыхательных путей и ЖКТ, окисляется с образованием муравьиной кислоты</p>	<p>Местное прижигающее, гепатотоксическое, нефротоксическое действие</p>	<p>При поступлении внутрь — ожог слизистой оболочки ЖКТ, жжение во рту, за грудиной и в подложечной области. Рвота с кровью. Жажда. Токсический шок. Поражение печени и почек (олигурия, желтуха). Следствие — кашель, одышка. При ингаляции раздражение слизистых оболочек, разлитой бронхит, <i>ларингит, пневмония</i>, психомоторное возбуждение</p>	<p>Промывание желудка слабым раствором хлористого или углекислого аммония, нашатырного спирта. Сульфат магния 30 г внутрь. Форсированный диурез с введением 30% р-ра мочевины (100–150 мл). Сердечно-сосудистые средства, атропин 0,1% р-р — 1 мл, промедол 2% р-р — 1 мл подкожно. Лечение токсической гепатопатии. При альвеолярных паров — вывести больного на свежий воздух. Ингаляция водных паров с добавлением нескольких капель нашатырного спирта, увлажненный кислород, колени или дрюнии внутрь</p>

1	2	3	4
<p><b>ФОСФОРГАНИЧЕСКИЕ ВЕЩЕСТВА</b> — тиофос, хлорофос, карбофос, дихлофос и др. В организме образуются более токсичные метаболиты, обладающие выраженным антихолинэстеразным действием. Отравления развиваются при попадании этих препаратов в желудок, через дыхательные пути и кожу.</p>	<p>Психотропное, нейротоксическое действие (мукарбоникотинноподобное, курареподобное)</p>	<p><b>Стадия I:</b> лискомоторное возбуждение, миоз, стеснение в груди, одышка, влажные хрипы в легких, потливость, повышение АД.</p> <p><b>Стадия II:</b> преобладают отдельные или генерализованные миофибрилляции, клонико-тонические судороги, гиперкинезы, ригидность грудной клетки, нарушение дыхания из-за нарастающей брадикардии. Болезненные тенезмы, непроизвольная дефекация, жидкий стул, учащенное мочеиспускание, коматозное состояние.</p> <p><b>Стадия III:</b> нарастающая слабость дыхательных движений до полной остановки дыхания. Периферические параличи, падение АД, расстройство сердечного ритма (брадикардия, фибрилляция)</p>	<p>Промывание желудка, (вазелиновое масло и др.), сифонные клизмы. Форсированный диурез. В стадиях II и III — ранний гемодиализ, гемосорбция в первые сутки после отравления. В стадии I — атропин 0,1% р-р — 2-3 мл подкожно, аминазин 2,5% р-р — 2 мл и сульфат магния 25% р-р — 10 мл внутримышечно. Атропинизация до сухости во рту в течение суток.</p> <p>В стадии II — атропин 0,1% р-р — по 3 мл внутривенно в 5% р-ре глюкозы повторно, до купирования бронхореи и сухости слизистых оболочек (25-30 мл). При резкой гипертензии и судорогах — сульфат магния 25% р-р — 10 мл внутримышечно, диалепам 0,5% р-ра — 2 мл внутривенно. Атропинизация в течение первых 3-4 сут.</p> <p>В III стадии — искусственная аппаратная вентиляция легких. Атропин 0,1% р-р — внутривенно капельно 30-50 мл до купирования бронхореи. Лечение токсического шока. Гидрокортизон — 300 мг внутримышечно. Антибиотик. Замена крови переливание крови на 2-3-и сутки после отравления при низкой активности холинэстеразы и нарушении проводимости сердца. Атропинизация в течение 6-8 сут.</p>
<p><b>ХИНИН</b> (хинина гидрохлорид, хинина дигидрохлорид, хинина сульфат). Всасывается преимущественно в тонкой кишке, максималь-</p>	<p>Психотропное, нейротоксическое, кардиотоксическое действие</p>	<p>При отравлении легкой степени наблюдаются головная боль, головокружение, шум в ушах, нарушение зрения, диспепсические расстройства, рвота, жидкий стул, боли в животе. В тя-</p>	<p>Внутри активированный уголь, промывание желудка (лучше раствором перманганата калия 1:1000), солевое слабительное 30 г. Форсированный диурез с осе-</p>

1	2	3	4
<p>ная концентрация в плазме — через 30 мин после приема, 60–90% окисляется в печени, хорошо выводится почками</p>	<p>Местное раздражающее и прижигающее действие</p>	<p>Вдыхание концентрированных паров может вызвать хим. ожог дыхательных путей и ларингобронхоспазм. В менее тяжелых случаях появляются резь в глазах, слезотечение, мучительный приступообразный кашель, боли в груди, головная боль, диспепсические расстройства. При аускультации определяются многочисленные сухие и влажные хрипы, развиваются явления острой эмфиземы легких, тяжелая одышка, цианоз слизистых оболочек. Возможна тяжелая бронхопневмония с развитием токсического отека легких</p>	<p>лечиванием крови, ранней гемодиализ, гемосорбция. Лечение токсического шока. Глюкоза 40% р-р — 100 мл внутривенно капельно, инсулин — 10 ЕД, аскорбиновая кислота 5% р-р — 10 мл внутривенно. Гидрокортизон — до 300 мг в сутки. Сердечно-сосудистые средства. Лечение амблиопии: сономозговая пункция, витамины В<sub>1</sub>, А, никотиновая кислота 1% р-р — 10 мл медленно внутривенно. Лечение токсической гепатопатии</p>
<p>ХЛОР и другие раздражающие газы</p>	<p>Психотропное, нефроток-</p>	<p>Вдыхание концентрированных паров может вызвать хим. ожог дыхательных путей и ларингобронхоспазм. В менее тяжелых случаях появляются резь в глазах, слезотечение, мучительный приступообразный кашель, боли в груди, головная боль, диспепсические расстройства. При аускультации определяются многочисленные сухие и влажные хрипы, развиваются явления острой эмфиземы легких, тяжелая одышка, цианоз слизистых оболочек. Возможна тяжелая бронхопневмония с развитием токсического отека легких</p>	<p>Необходимо вынести пострадавшего из зараженной атмосферы. На месте происшествия не давать вдыхать кислород! Морфин 1% р-р — 1 мл, атропин 0,1% р-р — 1 мл, эфедрин 5% р-р — 1 мл подкожно. Хлорид кальция 10% р-р — 15 мл или глюконат кальция 10% р-р — 20 мл, сульфидин 2,4% р-р — 10 мл внутривенно. Димедрол 1% р-р — 2 мл подкожно. Гидрокортизон до 300 мг в сутки внутривенно. Ингаляции атропиновой раствора гидрокарбоната натрия, антибиотиков, ингаляции с эфедрином. Терапия антибиотиками. Лечение токсического отека легких и токсического шока. Лечение конъюнктивита: промывание глаз водой, закапывание в них стерильного вазелинового масла</p>
<p>ХЛОРОГАНИЧЕСКИЕ СОЕДИНЕНИЯ: гексахлоран (геммексан,</p>	<p>Психотропное, нефроток-</p>	<p>Диспепсические расстройства, боли в животе, общая слабость, мышечные гиперестезии, повы-</p>	<p>Промывание желудка через зонд повторно, солевое слабительное. Форсирован-</p>

1	2	3	4
<p>лидами), ДДТ, дельталин, гептахлор. Отравления развиваются при вдыхании в организм через рот, вдыхании паров, аэрозолей, при попадании на кожу. Препараты быстро всасываются, депонируются в жировой ткани, медленно выводятся из организма через ЖКТ и почками</p> <p><b>ЭТИЛЕНГЛИКОЛЬ</b> (тормозная жидкость этиленгликолевое соединение). Токсическая концентрация в крови 1,5 г/л. Быстро всасывается в ЖКТ, большая часть подвергается метаболизму в печени с образованием токсических метаболитов (глиоксаль, гликолевая и щавелевая кислоты). Выводится почками (частично в неизменном виде)</p>	<p>сическое (судорожное) действие</p> <p>Психотропное (наркотическое), нефротоксическое, гепатотоксическое действие</p>	<p>шение температуры тела, острый трахеобронхит (при ингаляционном поступлении), возбуждение, ознобopodobный гиперкинез, судороги икрожных мышц, клонико-тонические судороги. В тяжелых случаях мышечная слабость, снижение рефлексов, спорозное состояние, острая сердечно-сосудистая недостаточность (коллапс), угнетение дыхания. Возможно развитие токсической теплотолеранции. При попадании на кожу — явления <i>дерматита</i>, <i>экземы</i>, <i>крапивницы</i></p> <p>После приема внутрь сначала наступает чувство легкого алкогольного опьянения. Спустя 5–8 ч появляются боли в животе, сильная жажда, головная боль, рвота, понос. Кожа сухая, гиперемия. Психомоторное возбуждение, расширение зрачков, повышение температуры тела, одышка, тахикардия. Слизистые оболочки с цианотичным оттенком. При тяжелых отравлениях наблюдаются потеря сознания, ригидность затылочных мышц, клонико-тонические судороги. Дыхание глубокое, шумное, метаболический ацидоз. Явления острой сердечной недостаточности, отек легких. На 2–5-е сутки анаурия, токсическая гепатопатия, развитие острой печеночно-почечной недостаточности</p>	<p>ный диурез с осмолчаиванием крови. Глюконат кальция 10% р-р — по 10 мл внутривенно. Никотиновая кислота 1% р-р — 3 мл подкожно повторно. Витамин В<sub>1</sub> 5% р-р — 2 мл, В<sub>12</sub> — до 600 мкг внутримышечно. При судорогах диализом 0,5% р-р — 2 мл. Не вводить адреналин! Лечение гипохлоремии — 10–30 мл 10% р-ра хлорида натрия внутривенно</p> <p>Промывание желудка через зонд, солевое слабительное. Форсированный диурез с осмолчаиванием крови. Ранний гемодиализ м-осорбция. 10% р-р хлорида кальция или глюконат кальция по 10–20 мл внутривенно по 30 мл внутрь повторно или 5% р-р внутривенно — 100–200 мл в первые сутки (1–2 г 5% р-ра алкоголя на 1 кг массы тела). Лечение острой печеночно-почечной недостаточности. При возбуждении сульфат магния 25% р-р — 10 мл внутримышечно повторно, спинномозговая пункция, глюкозаининовая смесь внутривенно. Сердечно-сосудистые средства</p>

## Приложение 3

**ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ  
НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ****1. Адреналина гидрохлорид**

Стимулятор  $\alpha$ - и  $\beta$ -адренорецепторов.

Форма выпуска: ампулы по 1,0 мл 0,1% раствора.

*Показания.* Коллапс, шок, аллергический отек гортани.

*Противопоказания.* Ишемическая болезнь сердца, стенокардия, гипертоническая болезнь, пожилой возраст, сахарный диабет, глаукома.

*Побочные явления.* Повышение АД, тахикардия, аритмия, головная боль.

*Совместимость.*  $\alpha$ -адреноблокатор (пирроксан) — ослабление сосудосуживающего действия препарата; наркотические анальгетики (омнопон, промедол) — ослабление анальгетического действия;  $\beta$ -адреноблокаторы (атенолол и др.) — уменьшение кардиотонического действия адреналина; глюкоза — ослабление сосудосуживающего действия; инсулин — антагонистическое действие; мезатон — усиление эффекта, возможна аритмия; новокаин — усиление анестезирующего действия; сердечные гликозиды — ослабление действия гликозидов, аритмия; зуфиллин — взаимное усиление эффекта и токсичности.

**2. Азота закись**

Наркотическое средство.

Форма выпуска: сжиженный газ в баллонах.

*Показания.* Обезболивание.

*Противопоказания.* Гипоксия, ХНК, острое алкогольное опьянение, гипотензия.

*Побочные явления.* Возбуждение, тошнота, рвота.

**3. Аминазин**

Нейролептик с седативным действием.

Форма выпуска: ампулы по 1,0; 2,0 и 5,0 мл 2,5% раствора; драже по 0,025 г и 0,05 г; таблетки по 0,01 г.

*Показания.* Психомоторное возбуждение, неукротимая рвота, эпилепсия, гипертонический криз.

*Противопоказания.* Хроническая недостаточность кровообращения, циррозы печени, гипотензия, шоки.

*Побочные явления.* Ортостатическая гипотензия, диспепсические нарушения.

*Совместимость.* Адреналин — ослабление сосудосуживающего эффекта; анальгетики наркотические — усиление анальгезии, гипотермического эффекта, угнетение дыхания; диазепам (седуксен) — усиление гипноседативного действия; инсулин — снижение активности инсулина; пропранолол (обзидан) — усиление гипотензивного действия; сердечные гликозиды — рефрактерность миокарда к гликозидам.

#### **4. Аминокапроновая кислота**

Гемостатическое средство.

Форма выпуска: флаконы по 100,0 мл 5% раствора.

*Показания.* Кровотечения различной этиологии.

*Противопоказания.* Склонность к тромбозам.

*Побочные явления.* Диспепсические нарушения, брадикардия, ортостатическая гипотензия.

*Совместимость.* Аминокапроновая кислота сочетается с глюкозой, гидролизатами, солевыми растворами.

#### **5. Анальгин**

Анальгезирующее, жаропонижающее, противовоспалительное средство.

Форма выпуска: ампулы по 1,0 и 2,0 мл 50% раствора; таблетки по 0,5 г.

*Показания.* Гипертермический, болевой синдром.

*Побочные явления.* Аллергические реакции.

*Совместимость.* Аминазин — одновременное введение может вызвать парадоксальное повышение температуры тела; гормоны глюкокортикоидные — усиление действия гормонов; противодиабетические препараты — уменьшение анальгезирующего действия анальгина.

#### **6. Аскорбиновая кислота (витамин С)**

Форма выпуска: ампулы по 1,0 и 2,0 мл 5 и 10% раствора; таблетки по 0,05 и 0,1 г.

*Показания.* Кровотечения, геморрагические диатезы, передозировка антикоагулянтов, отек легких.

*Противопоказания.* Склонность к тромбозам.



*Побочные явления.* Аллергические реакции.

*Совместимость.* Ацетилсалициловая кислота — повышает выделение аскорбиновой кислоты с мочой; барбитураты — аналогичное с аспирином действие; салицилаты — уменьшают эффективность действия аскорбиновой кислоты.

## **7. Атропина сульфат**

М-холинолитик.

Форма выпуска: ампулы по 1,0 мл 0,1% раствора.

*Показания.* Бронхиальная астма, А-V блокада, брадикардия, отравления ФОС, почечная и кишечные колики.

*Противопоказания.* Глаукома, активная форма туберкулеза.

*Побочные явления.* Расширение зрачка, тахикардия, сухость во рту, головокружение.

*Совместимость.* Адреномиметики (адреналин, мезатон и др.) — усиление действия;  $\beta$ -2-адреномиметики — потенцирование бронходилатирующего действия; барбитураты — усиление действия; клофелин — риск развития нарушения внутрижелудочковой проводимости; кордиамин — антагонистическое действие на ЦНС; новокаинамид — потенцирование антиаритмического действия; сердечные гликозиды — повышение чувствительности миокарда к гликозидам.

## **8. Ацетилсалициловая кислота (аспирин)**

Обезболивающее, противовоспалительное и жаропонижающее средство. Обладает антикоагулянтными свойствами.

Форма выпуска: таблетки по 0,5 г.

*Показания.* Гипертермический синдром, головная боль, острый инфаркт миокарда.

*Противопоказания.* Язвенная болезнь желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), повышенная кровоточивость, «аспириновая» астма.

*Побочные явления.* Диспепсические расстройства, аллергические реакции.

*Совместимость.* Антикоагулянты непрямого действия — усиление эффекта; верошпирон — ослабление диуретического действия; гепарин — усиление эффекта, опасность кровотечения; глюкокортикоидные гормоны — усиление противовоспалительного действия и побочных действий; кофеин — усиление опасности язвообразования; наркотические анальгетики — усиление анальгезирующего действия; противодиабетические препараты — усиление их действия; сердечные гликозиды — повышение

чувствительности миокарда к гликозидам; фуросемид — ослабление диуретического эффекта.

### **9. Баралгин (максиган, триган)**

Спазмолитическое и обезболивающее средство.

Форма выпуска: ампулы по 5,0 мл, таблетки.

*Показания, противопоказания, побочные явления, совместимость.* См. Анальгин.

### **10. Бемегрид (агипнон)**

Стимулятор дыхания и кровообращения. Антагонист барбитуратов и снотворных.

Форма выпуска: ампулы по 10,0 мл 0,5 % раствора.

*Показания.* Острые отравления барбитуратами, наркотическими веществами.

*Противопоказания.* Психомоторное возбуждение, эпилепсия, психозы, судороги.

*Побочные явления.* При передозировке — тошнота, рвота, аритмия.

*Совместимость.* Аминазин — уменьшение возможного судорожного эффекта; барбитураты — уменьшение угнетения дыхания; кофеин натрия бензоат — усиление действия препарата; мезатон — рекомендуемое сочетание.

### **11. Беродуал**

Бронхорасширяющее средство.

Форма выпуска: дозированный аэрозоль по 15,0 мл (300 доз).

*Показания.* Бронхиальная астма (приступ удушья), обструктивный бронхит.

*Противопоказания.* Первые 3 мес. беременности, сахарный диабет, глаукома.

*Побочные явления.* Сердцебиение, сухость во рту, тошнота, тремор.

*Совместимость.* Усиление действия беродуала при одновременном применении ксантинов, глюкокортикоидов. Ослабляют его действие  $\beta$ -адреноблокаторы.

### **12. Беротек**

Бронхорасширяющее средство.

Форма выпуска: аэрозоль в баллончиках по 15,0 мл (300 доз).

*Показания.* Бронхиальная астма.

*Противопоказания.* Сахарный диабет, глаукома, гипертиреоз, сердечно-сосудистые заболевания.

*Побочные явления.* Тошнота, рвота, снижение АД.

*Совместимость.* См. Адреналин.

### **13. Верапамил (изоптин, финоптин)**

Антиангинальное, антиаритмическое средство с диуретическим действием.

Форма выпуска: ампулы по 2,0 мл 0,25 % раствора; таблетки по 0,04 г.

*Показания.* Стенокардия, гипертоническая болезнь, бронхиальная астма, пароксизмальная тахикардия.

*Противопоказания.* Кардиогенный шок, А-V-блокада, острый инфаркт миокарда, сердечная недостаточность.

*Побочные явления.* Артериальная гипотензия, асистолия, диспепсические нарушения.

*Совместимость.* Анальгетики наркотические — потенцирование отрицательного инотропного эффекта верапамила;  $\beta$ -адреноблокаторы — усиление отрицательного инотропного действия, усугубление сердечной недостаточности; клофелин — усиление кардиодепрессивного действия; лидокаин — усиление антиаритмического действия верапамила; сердечные гликозиды — верапамил уменьшает токсичность гликозидов; фуросемид — потенцирование гипотензивного эффекта.

### **14. Викасол**

Синтетический водорастворимый аналог витамина К.

Форма выпуска: ампулы по 1,0 мл 1 % раствора; таблетки по 0,015 г.

*Показания.* Кровотечения различной этиологии.

*Противопоказания.* Гемолитические анемии, тромбоэмболия, повышенная свертываемость крови.

*Побочные явления.* Гемолиз, тромбоэмболия, метгемоглобинемия.

*Совместимость.* Антикоагулянты непрямого действия — антагонистический эффект; этамзилат — усиление действия.

### **15. Гемодез**

Дезинтоксикационное средство.

Форма выпуска: флаконы по 100,0, 200,0 и 400,0 мл.

*Показания.* Интоксикация различного генеза.

*Противопоказания.* Индивидуальная непереносимость.

*Побочные явления.* Падение АД при быстром внутривенном введении, тахикардия, затрудненное дыхание.

*Совместимость.* Гемодез комбинируется с дезинтоксикационными и плазмозамещающими растворами (полиглюкин, солевые растворы, глюкоза, осмодиуретики, альбумин и др.).

## **16. Гепарин**

Антикоагулянт прямого действия.

Форма выпуска: флаконы по 5,0 мл с активностью 5000, 10 000 и 20 000 ЕД в 1,0 мл.

*Показания.* Острый инфаркт миокарда, ДВС-синдром, астматический статус, сахарный диабет.

*Противопоказания.* Активный туберкулез, кровотечения, геморрагический инсульт, гипертонический криз, геморрагические диатезы.

*Побочные явления.* Аллергические реакции, геморрагический синдром.

*Совместимость.* Антикоагулянты непрямого действия — усиление взаимного эффекта; ацетилсалициловая кислота — усиление эффекта гепарина;  $\beta$ -адреноблокаторы — усиление эффекта; НПВС — усиление эффекта гепарина; сердечные гликозиды — усиление чувствительности миокарда к гликозидам.

## **17. Гидрокортизона гемисукцинат**

Глюкокортикостероид.

Форма выпуска: ампулы по 5,0 и 10,0 мл, содержащие по 0,026 или 0,1 г препарата; 1% мазь.

*Показания, противопоказания, побочные явления, совместимость.* См. Преднизолон.

## **18. Глюкагон**

Гормон поджелудочной железы. В фармакологически активных дозах вызывает увеличение секреции инсулина из здоровых клеток поджелудочной железы.

Форма выпуска: ампулы для подкожного, внутримышечного, внутривенного введения.

*Показания.* Купирование тяжелых гипогликемических состояний.

*Противопоказания.* Феохромоцитома, инсулома, аллергия.

*Побочные явления.* Тошнота, рвота, кожная сыпь, зуд, тахикардия, транзиторное повышение АД.

*Совместимость.* Усиливает действие пероральных коагулянтов.

## 19. Глюкоза

Источник питания и энергетического запаса в организме.

Форма выпуска: ампулы по 20,0 мл 40% раствора; таблетки по 0,5 и 1 г, флаконы 5% — 100,0 мл.

*Показания.* Гипогликемия и гипогликемическая кома, токсикоинфекции, отравления, отек мозга и легких.

*Противопоказания.* Сахарный диабет, тромбозы.

*Побочные явления.* Гипергликемия, флебиты, тромбозы.

*Совместимость.* Инсулин — способствует проникновению глюкозы в клетки; кофеин натрия бензоат — окисление препарата; сердечные гликозиды — глюкоза ослабляет эффект гликозидов; фуросемид — снижение толерантности к глюкозе.

## 20. Дексаметазон

Кортикостероид с противовоспалительным и противоаллергическим действием.

Форма выпуска: ампулы по 1,0 мл 0,4% раствора; таблетки по 0,0005 г.

*Показания, противопоказания, побочные явления, совместимость.* См. Преднизолон.

## 21. Диазепам (реланиум, седуксен, сибазон)

Транквилизатор.

Формы выпуска: ампулы по 2,0 мл 0,5% раствора.

*Показания.* Гипертонические кризы I порядка, судороги, бессонница, неврозы, зудящие дерматозы, абстинентный синдром.

*Противопоказания.* Острая и хроническая почечная недостаточность, беременность до 3 мес., глаукома.

*Побочные явления.* Сонливость, падение АД, аллергические реакции.

*Совместимость.* Анальгетики наркотические — потенцирование эффекта, возможно угнетение сосудодвигательного центра и дыхания; антикоагулянты — уменьшение противосвертывающего действия; аминазин — усиление гипотензивного действия; циметидин — усиление эффекта диазепам.

## 22. Дибазол

Сосудорасширяющее, спазмолитическое средство.

Форма выпуска: ампулы по 1,0; 2,0 и 5,0 мл 1% раствора; таблетки по 0,04 г.

*Показания.* Гипертонический криз, спазм гладкой мускулатуры внутренних органов, иммуномодулятор при длительном назначении.

*Противопоказания.* Не выявлены.

*Побочные явления.* Не выявлены.

*Совместимость.* Гипотензивные препараты — усиление эффекта; спазмолитические препараты — усиление эффекта; эуфиллин — усиление действия.

## 23. Дигоксин

Сердечный гликозид.

Форма выпуска: ампулы по 1,0 мл 0,025% раствора; таблетки по 0,00025 г.

*Показания, противопоказания, побочные явления, совместимость.* См. *Строфантин*.

## 24. Димедрол

H<sub>1</sub>-гистаминоблокатор, седативное средство.

Форма выпуска: ампулы по 1,0 мл 1% раствора; таблетки по 0,05 г.

*Показания.* Аллергические реакции, входит в состав литических смесей, потенцирование психотропных средств и наркотических анальгетиков.

*Побочные явления.* Сонливость, снижение АД, сухость во рту, слабость.

*Совместимость.* Аналептики — при высокой дозе — риск развития судорог; анальгетики наркотические — усиление эффекта; преднизолон — ослабление эффекта преднизолона; седативные препараты — усиление эффекта.

## 25. Пипольфен

H<sub>1</sub>-гистаминоблокатор.

Форма выпуска: ампулы по 2,0 мл 2,5% раствора; таблетки по 0,025 г (в оболочке).

*Показания, противопоказания.* См. *Димедрол*.

*Побочные явления.* Более выражены, чем при назначении димедрола. См. *Димедрол*.

*Совместимость.* См. *Димедрол*.

## 26. Дофамин (допамин)

Дофаминэргическое средство — стимулятор  $\alpha$ - и  $\beta$ -адренорецепторов.

Форма выпуска: ампулы по 5,0 мл 0,5 и 4% раствора.

*Показания.* Кардиогенный шок, нарушения кровообращения при травмах и отравлениях.

*Противопоказания.* Заболевания периферических сосудов.

*Побочные явления.* Тахикардия, аритмия, головная боль.

*Совместимость.* Нитроглицерин — эффективная комбинация; норадреналин — увеличение общего сосудистого сопротивления и централизация кровообращения.

## 27. Дроперидол

Нейролептическое средство.

Форма выпуска: ампулы по 2,0, 2,5, 5,0 и 10,0 мл 0,25% раствора.

*Показания.* Психомоторное возбуждение, гипертонический криз, отек легких, гипертермический синдром, неукротимая рвота, икота, потенцирование анальгетиков (нейролептанальгезия), инфаркт миокарда.

*Противопоказания.* Артериальная гипотония.

*Побочные явления.* Артериальная гипотензия, страх, тоска, тревога.

*Совместимость.* Анальгетики наркотические — усиление и пролонгирование обезболивающего действия; антигипертензивные препараты — потенцирование эффекта; антипиретики (аспирин, парацетамол) — усиление жаропонижающего действия.

## 28. Изадрин

Адреномиметик.

Форма выпуска: флаконы по 25,0 и 100,0 мл 0,5% раствора для ингаляций; таблетки по 0,005 г.

*Показания.* Бронхиальная астма.

*Противопоказания.* Стенокардия, аритмии, атеросклероз, беременность.

*Побочные явления.* Артериальная гипотония, аритмия, тахикардия.

*Совместимость.* См. Адреналин.

## 29. Изокет

Антиангинальное средство.

Форма выпуска: аэрозоль в баллончиках по 15 мл, таблетки по 20, 40, 60 мг.

*Показания.* ИБС, стенокардия.

*Противопоказания.* Глаукома, гипотония, нарушения мозгового кровообращения.

*Побочные явления.* Головная боль, головокружение.

### **30. Желатиноль**

Плазмозаменяющее средство.

Форма выпуска: флаконы по 450,0 мл.

*Показания.* Геморрагический шок, травматический шок 1–2-й степеней.

*Противопоказания.* Черепно-мозговая травма, кровоизлияние в мозг.

*Побочных явлений нет.*

*Совместимость.* Возможно введение с другими плазмозаменителями, растворами глюкозы, гидрокарбоната.

### **31. Инсулин**

Гормон  $\beta$ -клеток поджелудочной железы.

Форма выпуска: флаконы по 5,0 и 10,0 мл по 40 или 80 ЕД в 1 мл.

*Показания.* Гипергликемическая кома.

*Противопоказания.* Гипогликемическая кома.

*Побочные явления.* Аллергические реакции, гипогликемическое состояние при передозировке, гипогликемическая кома.

*Совместимость.* Ослабление эффекта инсулина дают лекарственные средства: адреномиметики, бутадиион, глюкогон, глюкокортикоиды, нейролептики (аминазин, левомепромазин и др.), пропранолол, салицилаты, тиазидные мочегонные, фуросемид; инсулин — повышает усвоение миокардом ионов калия и глюкозы, но ослабляет эффект сердечных гликозидов.

### **32. Кальция глюконат**

Препарат кальция.

Форма выпуска: ампулы по 10,0 мл 10% раствора; таблетки по 0,5 г.

*Показания.* См. *Кальция хлорид.*

*Противопоказания.* См. *Кальция хлорид.*

**Внимание!** Внутримышечно в педиатрической практике не использовать!



*Побочные явления.* См. *Кальция хлорид*. При внутримышечном введении у детей развитие некрозов.

*Совместимость.* См. *Кальция хлорид*.

### **33. Кальция хлорид**

Препарат кальция.

Форма выпуска: ампулы по 5,0 и 10,0 мл 10% раствора.

*Показания.* Аллергические заболевания, спазмофилия, кровотечения.

*Противопоказания.* Склонность к тромбозам, выраженный атеросклероз.

*Побочные явления.* Тошнота, рвота, брадикардия, некроз тканей при подкожном, внутримышечном введении.

*Совместимость.* Магния сульфат — ослабление эффекта магнезии; сердечные гликозиды — усиление кардиотонических свойств гликозидов (риск интоксикации); фуросемид — задержка выведения кальция.

### **34. Кетамин (калипсол)**

Ингаляционное средство.

Форма выпуска: флаконы по 10,0 и 20,0 мл 5% раствора и флаконы по 20,0 и 50,0 мл 1% раствора.

*Показания.* Наркоз, анальгезия при болезненных манипуляциях.

*Противопоказания.* Артериальная гипертензия, сердечная недостаточность.

*Побочные явления.* Артериальная гипертензия, тахикардия, психомоторное возбуждение, угнетение дыхания.

### **35. Клонидин (клофелин, гемитон)**

Антигипертензивное средство.

Форма выпуска: ампулы по 1,0 мл 0,01% раствора, таблетки по 0,075 и 0,15 г.

*Показания.* Гипертонический криз.

*Противопоказания.* Выраженная сердечная недостаточность, артериальная гипотония.

*Побочные явления.* Сонливость, сухость во рту, редко — артериальная гипотония.

*Совместимость.* Анальгетики наркотические — потенцирование обезболивающего эффекта;  $\beta$ -адреноблокаторы — усиление гипотензивного действия; инсулин — усиление гипоксемии;

сердечные гликозиды — усиление эффектов коргликона, строфантина; хинидина препараты — усиление брадикардии.

### 36. Коргликон

Сердечный гликозид.

Форма выпуска: ампулы по 1,0 мл 0,06% раствора.

*Показания, противопоказания, побочные явления, совместимость.* См. *Строфантин*.

### 37. Кордиамин

Аналептик.

Форма выпуска: ампулы по 1,0 и 2,0 мл; флаконы по 15,0 мл раствора.

*Показания.* Острая и хроническая недостаточность кровообращения, коллапс, асфиксия, отравления снотворными и наркотическими препаратами, гипотомия.

*Противопоказания.* Эпилепсия, артериальная гипертония.

*Побочные явления.* Судороги.

*Совместимость.* Аминазин — ослабление аналептического действия, риск судорог; анальгетики наркотические — ослабление обезболивающего действия; атропин, новокаин — антагонизм по действию на ЦНС; новокаинамид — антагонистическое взаимодействие по влиянию на сердце; фуросемид — антагонистическое действие на АД.

### 38. Кофеин бензоат натрия

Стимулятор центральной нервной системы.

Форма выпуска: ампулы по 1,0 и 2,0 мл 10 и 20% раствора.

*Показания.* Угнетение функций ЦНС и сердечно-сосудистой системы, артериальная гипотония, мигрень, отравления.

*Противопоказания.* Выраженная сердечная недостаточность, высокое АД, глаукома.

*Побочные явления.* Бессонница, тошнота, рвота, тахикардия.

### 39. Лабетолол

Препарат действует как  $\alpha$ - и  $\beta$ -адреноблокатор. Снижает АД, уменьшает тахикардию, снижает периферическое сосудистое сопротивление.

Форма выпуска: таблетки по 100,0 и 200,0 мг; ампулы по 20 мл.

*Показания.* Гипертонический криз, левожелудочковая недостаточность.

*Противопоказания.* Абсолютные не установлены. Нежелательно назначение при резистентности к сердечным гликозидам при А-V блокаде. Осторожно — при бронхоспазме. Не назначать в первые 3 мес. беременности.

*Побочные явления.* Брадикардия, снижение сократительной функции миокарда, приступы диспноэ, головная боль, бессонница, возбуждение, тошнота, сыпь, аллергическая сыпь.

*Совместимость.* Несовместим с  $\beta$ -адреноблокаторами (анприлин), с бронхорасширяющими средствами (бронхоспазм). Является антагонистом кортикостероидов. Потенцирует действие наркотических средств, барбитуратов. Устраняет противовоспалительный эффект салицилатов, бутадiona, индометацина. Не рекомендуется комбинировать с транквилизаторами (усиление мышечной слабости) и нейролептиками. Возрастает эффективность салуретиков.

#### **40. Лидокаин (ксикаин)**

Местноанестезирующее и противоаритмическое средство.

Форма выпуска: ампулы по 2,0 мл 2 и 10% раствора.

*Показания.* Местная анестезия, желудочковая тахикардия и экстрасистолия.

*Противопоказания.* А-V-блокада II–III степеней, суправентрикулярные аритмии, слабость синусового узла.

*Побочные явления.* Коллапс, брадикардия, асистолия, судороги, анафилактический шок, эйфория.

*Совместимость.* Атропин — профилактика и лечение возможной брадикардии;  $\beta$ -адреноблокаторы — усиление антиаритмического действия с выраженной брадикардией с бронхоспазмом, с токсическим влиянием на ЦНС; барбитураты — угнетение дыхания; верапамил — потенцирование антиаритмического действия; седативные препараты — усиление их эффекта; сердечные гликозиды — ослабление положительного инотропного действия.

#### **41. Магния сульфат**

Гипотензивное, противосудорожное средство, снижающее внутричерепное давление.

Форма выпуска: ампулы по 5,0; 10,0 и 20,0 мл 25% раствора.

*Показания.* Гипертонические кризы, судорожный синдром.

*Противопоказания.* Артериальная гипотензия.

*Побочные явления.* Понижение АД, угнетение дыхания, диспепсические нарушения

*Совместимость.* Новокаиномид — потенцирование угнетения нервно-мышечной передачи; сердечные гликозиды — уменьшение аритмогенного действия гликозидов; тиамин — ослабление седативного эффекта магния сульфата.

#### **42. Маммофизин**

Препарат из экстракта молочной железы и экстракта задней доли гипофиза крупного рогатого скота и свиней. Оказывает маточное вазопрессорное, диуретическое действие, усиливает секрецию молока.

Форма выпуска: ампулы по 1,0 мл.

*Показания.* Послеабортная и послеродовая инволюция матки, маточные кровотечения, стимуляция лактации.

*Противопоказания.* Атеросклероз, миокардит, артериальная гипертензия, тромбоз, сепсис.

*Совместимость.* Сочетание с никотиновой кислотой способствует снижению тонуса матки, сочетание с инсулином может осложняться гипергликемией.

#### **43. Мезатон**

Адреномиметик.

Форма выпуска: ампулы по 1,0 мл 1% раствора.

*Показания.* Коллапс, артериальная гипотензия, кардиогенный шок.

*Противопоказания.* Гипертоническая болезнь, пожилой возраст, хроническая недостаточность кровообращения, гипертиреоз.

*Побочные явления.* Головная боль, тошнота.

*Совместимость.*  $\alpha$ -адреноблокаторы — ослабление сосудосуживающего эффекта; адреналин — усиление эффектов, возможны аритмии; лидокаин — профилактика артериальной гипотонии; сердечные гликозиды — возможны аритмии.

#### **44. Морадол**

Наркотический анальгетик, антипиритическое средство.

Форма выпуска: ампулы по 2,0 мл 0,2% раствора.

*Показания.* Боли различной этиологии (послеоперационные, травматические, онкологические).

*Противопоказания.* «Острый живот».

*Побочные явления.* Седатация, эйфория, галлюцинация, головокружение.

#### 45. Морфина гидрохлорид

Наркотический анальгетик.

Форма выпуска: ампулы по 1,0 мл 1% раствора.

*Показания.* Острые и хронические болевые синдромы, острый инфаркт миокарда, отек легких.

*Противопоказания.* Черепно-мозговая травма, геморрагический инсульт, бронхиальная астма, пожилой и детский возраст, «острый живот», беременность.

*Побочные явления.* Диспепсические нарушения, угнетение дыхания, бронхоспазм, падение АД.

*Совместимость.* Адреналин — ослабление обезболивающего эффекта; аминазин — усиление гипотермии, угнетение дыхания, потенцирование обезболивания; атропин — ослабление обезболивающего эффекта; верапамил — усиление отрицательного инотропного эффекта антагониста кальция; дофамин — уменьшение анальгетического действия морфина; клофелин — усиление обезболивающего эффекта; кордиамин, кофеин — ослабление обезболивающего эффекта.

#### 46. Налорфин

Антидот при отравлении наркотиками опиатами.

Форма выпуска: ампулы по 1,0 мл 0,5% раствора и 0,05% — 0,5 мл.

*Показания.* Передозировка наркотических анальгетиков.

*Противопоказания.* Гиперчувствительность.

*Побочные явления.* Тошнота, тахикардия, психомоторное возбуждение.

*Совместимость.* Клофелин — уменьшение антигипертензивного эффекта; наркотические анальгетики (агонисты или агонисты-антагонисты) — купирование или уменьшение действия.

#### 47. Натрия гидрокарбонат

Средство коррекции кислотно-щелочного равновесия.

Форма выпуска: флаконы 4% раствора по 200,0 мл.

*Показания.* Метаболический ацидоз при различных заболеваниях, травмах, шоках.

*Противопоказания.* Нельзя применять внутрь при отравлении кислотами.

*Побочные явления.* Алкалоз, повышение АД.

*Совместимость.* Адсорбенты — эффективно при некоторых заболеваниях желудка; аспирин — нейтрализация эффекта; гипотензивные средства — усиление эффекта; панкреатин — повы-

шение активности фермента; пиридоксин — разрушение витамина; сердечные гликозиды — гидролиз препаратов; цианкобаламин — улучшение всасывания витамина.

#### **48. Натрия хлорид**

Плазмозамещающее средство.

Форма выпуска: ампулы по 10,0 мл 0,9% раствора, флаконы по 200,0 и 400,0 мл 0,9% раствора.

*Показания.* Обезвоживание, кровопотеря, интоксикация, растворитель лекарств.

*Противопоказания.* Гипернатриемия, отек мозга и легких, ОПН.

*Побочные явления.* Гипергидратация, гипокалиемия.

*Совместимость.* Универсальный растворитель.

#### **49. Нитроглицерин**

Антиангинальное средство. Коронаролитик.

Форма выпуска: флаконы по 5,0 мл 1% р-ра, таблетки по 0,0005 г.

*Показания.* Стенокардия, острая и хроническая сердечная недостаточность.

*Противопоказания.* Инсульт, артериальная гипотония, индивидуальная непереносимость.

*Побочные явления.* Коллапс, головная боль, головокружение, тахикардия.

*Совместимость.* Адреномиметики — уменьшают гипотензию и рефлекторную тахикардию нитроглицерина; антагонисты кальция — взаимное потенцирование антиангинального и гипотензивного эффектов;  $\beta$ -адреноблокаторы — усиливают гипотензивное действие нитроглицерина, уменьшают тахикардию и головную боль; гепарин — рациональная комбинация; сердечные гликозиды — повышение терапевтического эффекта при СН.

#### **50. Новокаин**

Местноанестезирующее средство.

Форма выпуска: ампулы по 2,0 мл 2% раствора и по 5,0 мл 0,5% раствора.

*Показания.* Анестезия, паранефральная блокада.

*Противопоказания.* Аллергические реакции и индивидуальная непереносимость, гипотензия.

*Побочные явления.* Коллапс, шок, понижение АД, аллергические реакции.

*Совместимость.* Атропин — усиление местноанестезирующего действия препарата; кордиамин — антагонистическое действие на ЦНС; мочегонные препараты — ослабление диуретического действия; сульфаниламидные препараты — ослабление антибактериального действия.

### **51. Новокаиномид**

Местноанестезирующее и противоаритмическое средство.

Форма выпуска: ампулы по 5,0 мл 10% раствора; таблетки по 0,25 г.

*Показания.* Пароксизмальная наджелудочковая тахикардия, желудочковые аритмии и тахикардии.

*Противопоказания.* Шок, острый инфаркт миокарда, почечная недостаточность.

*Побочные явления.* Коллапс, асистолия.

*Совместимость.* Амниодарон — усиление антиаритмического и токсического эффектов; верапамил — синергичное действие на А-V-проводимость (риск развития блокады); гипотензивные препараты — потенцирование эффекта; кордиамин — антагонизм по влиянию на сердце; новокаин — усиление эффекта антиритмика, перекрестная сенсibilизация; сердечные гликозиды — нежелательная комбинация (угнетение проводимости).

### **52. Норадrenalина гидротартрат**

Адреномиметик.

Форма выпуска: ампулы по 1,0 мл 0,2% раствора.

*Показания.* Шок, острое понижение АД.

*Противопоказания.* Полный А-V-блок, беременность, тиреотоксикоз.

*Побочные явления.* Аритмия, тахикардия, головная боль, ознобы.

*Совместимость.* См. Адреналин.

### **53. Но-шпа (дротаверина гидрохлорид)**

Спазмолитическое средство.

Форма выпуска: ампулы по 2,0 мл 2% раствора; таблетки по 0,04 г.

*Показания.* См. Папаверин.

*Противопоказания.* Глаукома.

*Побочные явления.* Тахикардия, головокружение, аллергические дерматиты.

*Совместимость.* См. Папаверин.

#### **54. Оксibuтират натрия (ГОМК)**

Противосудорожное, антиангинальное средство.

Форма выпуска: ампулы по 10,0 мл 20% раствора.

*Показания.* Судорожный синдром, гипертермический синдром, обезболивание при остром инфаркте миокарда.

*Противопоказания.* Артериальная гипертензия, эклампсия.

*Побочные явления.* Гипокалиемия, судороги и угнетение дыхания при быстром внутривенном введении, аритмии.

*Совместимость.* Анальгетики наркотические — взаимное усиление обезболивающего эффекта препаратов; атропин — уменьшение или устранение хронотропного действия оксibuтирата натрия; дроперидол — устранение побочных эффектов препарата; калия хлорид — предварительное введение перед оксibuтиратом натрия устраняет транзиторную гипокалиемию; панангин — аналогично; противосудорожные препараты — усиление эффекта.

#### **55. Омнопон**

Наркотический анальгетик.

Форма выпуска: ампулы по 1,0 мл 1 и 2% раствора.

*Показания.* См. *Морфина гидрохлорид*. Предпочтительнее при болевом синдроме, вызванном спазмом гладкой мускулатуры внутренних органов.

*Противопоказания, побочные явления, совместимость.* См. *Морфина гидрохлорид*.

#### **56. Панангин**

Препарат, содержащий калия аспарагинат и магния аспарагинат.

Форма выпуска: драже (0,158 г калия аспарагината и 0,14 г магния аспарагината); ампулы по 10,0 мл (0,452 г калия аспарагината и 0,4 г магния аспарагината).

*Показания.* Аритмии сердца (при гипокалиемии), дигиталисная интоксикация, пароксизм мерцательной аритмии, желудочковые экстрасистолы, коронарная недостаточность.

*Противопоказания.* Острая и хроническая почечная недостаточность, гиперкалиемия.

#### **57. Папаверина гидрохлорид**

Спазмолитическое средство.

Форма выпуска: ампулы по 2,0 мл 2% раствора; таблетки по 0,04 г.



*Показания.* Спазмы гладкой мускулатуры желудочно-кишечного тракта, мочевых путей.

*Противопоказания.* А-V-блокада, артериальная гипотензия.

*Побочные явления.* А-V блокада, экстрасистолия, тахикардия, падение АД.

*Совместимость.* Новокаинамид — при совместном введении возможно значительное снижение АД; платифиллин — усиление спазмолитического действия; сердечные гликозиды — усиление инотропного действия гликозидов.

## 58. Пентамин

Активный ганглиоблокатор.

Форма выпуска: ампулы по 1,0; 2,0 мл 5% раствора.

*Показания.* Гипертонический криз, отек мозга и легких.

*Противопоказания.* Глаукома, почечная недостаточность, атеросклероз, ишемический инсульт.

*Побочные явления.* Ортостатический коллапс, сухость во рту, головокружение, мидриаз.

*Совместимость.* Прозерин — фармакологический антагонизм; гипотензивные средства — усиление действия; нейролептики, фуросемид — усиление гипотензивного эффекта.

## 59. Пиридоксина гидрохлорид (витамин В<sub>6</sub>)

Форма выпуска: ампулы по 1,0 мл 1 и 5 % раствора; таблетки по 0,01 и 0,002 г.

*Показания.* Охлаждение, инфекционные заболевания, интоксикации, туберкулез, заболевания периферической нервной системы, атеросклероз.

*Противопоказания.* Тяжелое поражение печени.

*Побочные явления.* Аллергические реакции.

*Совместимость.* Кокарбоксилаза — усиливается аллергизация витамином В<sub>6</sub>; прозерин — ослабление аффектов пиридоксина.

## 60. Платифиллина гидротартрат

Холиноблокатор.

Форма выпуска: ампулы по 1,0 мл 0,2% раствора; таблетки по 0,005 г.

*Показания.* Спазмы гладкой мускулатуры внутренних органов, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки.

*Противопоказания.* Глаукома, поражение почек и печени.

*Побочные явления.* Возбуждение, тахикардия, сухость во рту.

*Совместимость.* Атропин — усиление М-холиноблокирующего эффекта; гипотензивные препараты — усиление действия; кордиамин — эффективная комбинация; магния сульфат — усиливается седативное действие препарата; прозерин — функциональный антагонизм; зуфиллин — эффективная комбинация.

### **61. Полиглюкин**

Плазмозамещающее, противошоковое средство.

Форма выпуска: флаконы по 400,0 мл.

*Показания.* Острая кровопотеря, шок различного генеза.

*Противопоказания.* Гипертоническая болезнь, острая печеночная недостаточность, выраженная сердечная недостаточность, кровоизлияние в мозг.

*Побочные явления.* Индивидуальная непереносимость.

*Совместимость.* Гепарин — удлинение антикоагулянтного действия; хорошо сочетается с дезинтоксикационными растворами (препараты крови, глюкоза).

### **62. Празозин (празозина гидрохлорид)**

Периферический вазодилататор,  $\alpha_1$ -адреноблокатор.

Форма выпуска: таблетки в полипропиленовом контейнере по 1,0 мг и 0,5 мг празозина.

*Показания.* Артериальная гипертензия, хроническая сердечная недостаточность (в составе комбинированного лечения).

*Противопоказания.* Повышенная чувствительность к препарату, артериальная гипотензия, тампонада сердца, стеноз митрального клапана.

*Побочное действие.* Ортостатический коллапс после приема первой дозы; диарея, сонливость, головная боль, заложенность носа, сухость во рту, депрессия, тошнота, частое мочеиспускание, боли в сердце, тахикардия.

*Совместимость.* Гипотензивный эффект усиливается при применении совместно с тиазидовыми диуретиками. Не следует применять празозин вместе с адреналином (усиление тахикардии).

### **63. Преднизолон**

Глюкокортикоидный гормон.

Форма выпуска: ампулы по 1,0 мл (25–30 мг); таблетки по 0,005 г.

*Показания.* Острая недостаточность надпочечников, бронхиальная астма, отек гортани, отек мозга, шок, печеночная кома.

*Противопоказания.* Гипертоническая болезнь, сахарный диабет, хроническая сердечная недостаточность III степени, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, активная форма туберкулеза.

*Побочные явления.* При кратковременном назначении не выявлены.

*Совместимость.* Антидиабетические пероральные средства — риск значительной гипогликемии; диуретики, противосвертывающие препараты, салицилаты, сердечные гликозиды — усиление эффекта.

## **64. Промедол**

Наркотический анальгетик.

Форма выпуска: ампулы по 1,0 мл 1 и 2% раствора; таблетки по 0,025 г.

*Показания.* См. *Морфина гидрохлорид*. Также для обезболивания родов.

*Противопоказания.* См. *Морфина гидрохлорид*.

*Побочные явления.* Угнетение дыхания, тошнота, рвота.

*Совместимость.* См. *Морфина гидрохлорид*.

## **65. Пропранолол (анаприлин, обзидан)**

$\beta$ -адреноблокатор.

Форма выпуска: ампулы по 1,0 и 5,0 мл 0,1% раствора; таблетки по 0,01 и 0,04 г.

*Показания.* Стенокардия, острый инфаркт миокарда, гипертоническая болезнь и кризы, тиреотоксикоз, синусовая и пароксизмальная тахикардия суправентрикулярная.

*Противопоказания.* Бронхообструктивный синдром, брадикардия, выраженная сердечная недостаточность, артериальная гипотензия, шок.

*Побочные явления.* Снижение АД, брадикардия, бронхоспазм, аллергические реакции, диспепсические нарушения.

*Совместимость.* Адреналин — извращенное действие на бронхи, ослабление гипотензивного действия; анальгетики наркотические — усиление обезболивания, брадикардия, угнетение дыхания, гипотензия; атропин — усиление отрицательного дей-

ствия пропранолола; гепарин — усиление эффекта; гипогликемические средства — усиление эффекта; гипотензивные средства — потенцирование действия; изадрин — ослабление бронхолитического эффекта изадрина; клофелин — усиление антигипертензивного действия; лидокаин — усиление антиаритмического действия; непрямые антикоагулянты — ослабление эффекта; нитраты — эффективная комбинация, уменьшение тахикардии и головной боли; но-шпа, эуфиллин — нежелательная комбинация.

### **66. Реополиглюкин**

Плазмозамещающее средство.

Форма выпуска: флаконы по 400,0 мл.

*Показания.* Шок, тромбоз, интоксикация.

*Противопоказания.* Индивидуальная непереносимость.

*Побочные явления.* Аллергические реакции.

*Совместимость.* См. Полиглюкин.

### **67. Строфантин**

Сердечный гликозид.

Форма выпуска: ампулы по 1,0 мл 0,025 и 0,05% раствора.

*Показания.* Острая и хроническая сердечная недостаточность, нарушение ритма сердца (суправентрикулярная пароксизмальная тахикардия, мерцание и трепетание предсердий).

*Противопоказания.* Острый миокардит, эндокардит, перикардит, стенокардия.

*Побочные явления.* Нарушение ритма, диспепсические расстройства, судороги, психозы, галлюцинации.

*Совместимость.* Адреналин — риск аритмогенного действия; аминазин — ослабление инотропного действия; калия хлорид — снижение токсичности; кофеин натрия бензоат — антагонистическое влияние на миокард; метилуроцил — эффективная комбинация, усиление репаративных процессов; никотиновая кислота — эффективная комбинация; новокаинамид — нарушение А-V-проводимости, риск асистолии; панангин — снижение токсичности; кальция хлорид и глюконат — усиление инотропного эффекта, риск развития интоксикации; пропранолол — усиление брадикардии, нарушение А-V-проводимости; фуросемид — ток-

сическое проявление гликозида; эуфиллин — усиление аритмогенного эффекта.

### **68. Сульфокамфокаин**

Аналептик.

Форма выпуска: ампулы по 2,0 мл 10% раствора.

*Показания.* Острая и хроническая сердечная недостаточность, угнетение дыхания.

*Противопоказания.* Аллергические реакции на новокаин, низкое АД.

*Побочные явления.* Снижение АД, аллергические реакции.

*Совместимость.* Гипотензивные препараты — возможно усиление эффекта.

### **69. Супрастин**

Антигистаминное средство.

Форма выпуска: ампулы по 1,0 мл 1 и 2% раствора; таблетки по 0,05 г.

*Показания, противопоказания, побочные явления, совместимость.* См. Димедрол.

### **70. Тавегил**

Антигистаминное средство пролонгированного действия.

Форма выпуска: ампулы по 2,0 мл 0,1% раствора; таблетки по 0,001 г.

*Показания, противопоказания, побочные явления, совместимость.* См. Димедрол.

### **71. Тиамин бромид (хлорид) (витамин В<sub>1</sub>)**

Форма выпуска: ампулы по 1,0 мл 2,5 и 5% раствора; таблетки по 0,0129 г.

*Показания.* Аритмии, кетоацидоз, полиневриты, кожные заболевания.

*Противопоказания.* Аллергические реакции, гипертоническая болезнь.

*Побочные явления.* Аллергические реакции, понижение АД, угнетение ЦНС.

*Совместимость.* Пиридоксин — усиление аллергизирующих свойств тиамина; фуросемид — ускорение выведения тиамина; цианкобаламин — усиление аллергизирующих свойств тиамина.

## **72. Трамадол (трамал)**

Ненаркотический анальгетик.

Форма выпуска: ампулы по 1,0 мл 5 и 10% раствора, капсулы по 50 мг.

*Показания.* Острый и хронический болевые синдромы, обезболивание родов, острый инфаркт миокарда.

*Противопоказания.* Беременность, отравление алкоголем и психомоторными средствами, возраст до 14 лет.

*Побочные явления.* Тошнота, рвота, сонливость, головокружение, эйфория.

## **73. Тримекаин**

Местноанестезирующее средство.

Форма выпуска: ампулы по 1,0 и 2,0 мл 5% раствора, по 2,0; 5,0; 10,0 мл 0,5 и 1% раствора.

*Показания.* Анестезия.

*Побочные явления, совместимость.* См. Новокаин.

## **74. Трисамин**

Средство для коррекции кислотно-щелочного равновесия.

Форма выпуска: флаконы по 250 мл.

*Показания.* См. Натрия гидрокарбонат.

*Противопоказания.* Почечная недостаточность, нарушение функции печени.

*Побочные явления.* Угнетение дыхания, гипогликемия, гипотония.

## **75. Уголь активированный (карболен)**

Адсорбент газов, токсинов, алкалоидов, солей тяжелых металлов.

Форма выпуска: таблетки по 0,25 и 0,5 г.

*Показания.* Диспепсические нарушения, метеоризм, пищевые интоксикации, отравления.

*Противопоказания и побочные явления* не выявлены.

## 76. Унитиол

Антидот.

Форма выпуска: ампулы по 5,0 мл 5% раствора.

*Показания.* Отравления мышьяком, ртутью, цинком, никелем и др., интоксикация сердечными гликозидами, хронический алкоголизм.

*Противопоказания.* Язвенная болезнь желудка.

*Побочные явления.* Диспепсические нарушения, головокружение, тахикардия.

*Совместимость.* Мочегонные препараты — способствуют выведению комплексов унитиола; сердечные гликозиды — уменьшение токсических эффектов.

## 77. Фентанил

Наркотический анальгетик.

Форма выпуска: ампулы по 5,0 мл 5% раствора.

*Показания.* Острые болевые синдромы.

*Противопоказания.* Выраженная гипертензия в малом круге кровообращения, обструктивный бронхит.

*Побочные явления.* Угнетение дыхания, артериальная гипотензия.

*Совместимость.* Анальгетики ненаркотические — усиление обезболивания; атропин — уменьшение риска брадикардии; дроперидол — усиление и удлинение анальгезии; клофелин — усиление обезболивания; нейролептики (аминазин) — усиление и удлинение эффекта; оксibuтират натрия — усиление анальгезии.

## 78. Фуросемид (лазикс, фрузикс)

Мочегонное средство.

Форма выпуска: ампулы по 2,0 мл 1% раствора; таблетки по 0,04 г (40 мг).

*Показания.* Отек мозга, легких, гортани, форсированный диурез, отеки при ИБС, гипертоническая болезнь и кризы, отеки при циррозе печени и заболеваниях почек, глаукома, эклампсия.

*Противопоказания.* Подагра.

*Побочные явления.* Гипокалиемия, гипонатриемия, гипотония, жажда, рвота, кожный зуд, головокружение.

*Совместимость.* Аминазин — ослабление мочегонного эффекта; верапамил — усиление гипотензивного действия антагониста кальция; глюкокортикоиды — снижение диуретического эффекта, усиление выведения калия; индометацин — снижение

диуретического и антигипертензивного действия диуретика; но-вокаин — ослабление мочегонного эффекта; сердечные гликозиды — усиление эффективности гликозидов; зуфиллин — усиление диуретического и салуретического действия мочегонного препарата.

### **79. Хлорэтил**

Местноанестезирующее средство.

Форма выпуска: ампулы по 30,0 мл.

*Показания.* Поверхностное кратковременное обезболивание.

*Противопоказания* не выявлены.

*Побочные явления.* Повреждение ткани от охлаждения.

### **80. Цианокобаламин (витамин В<sub>12</sub>)**

Форма выпуска: ампулы по 1,0 мл 200,0 или 500,0 мкг.

*Показания.* Анемии, лучевая болезнь, заболевания печени, полиневриты, алкогольный делирий.

*Противопоказания.* Тромбоэмболии.

*Побочные явления.* Аллергические реакции, возбуждение, тахикардия, боли в области сердца.

*Совместимость.* Аминазин — уменьшение гипотермического и седативного эффектов нейролептика; глюкокортикоиды — усиление стимуляции эритропоэза; прозерин — ослабление эффекта при больших дозах витамина.

### **81. Этамзилат (дицинон)**

Ангиопротектор.

Форма выпуска: ампулы по 2,0 мл 12,5% раствора; таблетки по 0,25 г.

*Показания.* Кровотечения различного генеза.

*Противопоказания.* Геморрагический синдром, вызванный антикоагулянтами.

*Побочные явления* не отмечены.

*Совместимость.* Гемостатические препараты — усиливают эффективность этамзилата; этамзилат вводится только отдельно от других препаратов.

### **82. Эуфиллин**

Спазмолитическое средство.

Форма выпуска: ампулы по 1,0 мл 24% раствора и 10,0 мл 2,4% раствора



*Показания.* Бронхиальная астма и астматический статус, синдром бронхиальной обструкции, гипертонический криз, отек легких, отек мозга.

*Противопоказания.* Низкое АД, пароксизмальная тахикардия, экстрасистолия, выраженная сердечная недостаточность.

*Побочные явления.* Понижение АД, тахикардия, экстрасистолия, судороги, рвота, тошнота.

*Совместимость.* Адреномиметики — взаимное усиление воздействия на адренергическую систему, усиление бронхолитического эффекта, усиление токсичности; мочегонные препараты — усиление мочегонного эффекта; пропранолол — уменьшение бронхолитического эффекта; сердечные гликозиды — аритмогенный эффект, усиление кардиотонического эффекта, риск дигиталисной интоксикации.

### **83. Эфедрина гидрохлорид**

Адреномиметик.

Форма выпуска: ампулы по 1,0 мл 5% раствора.

*Показания.* Бронхиальная астма.

*Противопоказания.* Гипертоническая болезнь, атеросклероз, органические заболевания сердца.

*Побочные явления.* Возбуждение, бессонница, тошнота, рвота, потливость, сердцебиение.

*Совместимость.* Новокаин — усиление местноанестезирующего эффекта препарата; пропранолол — угнетение бронхолитического эффекта эфедрина.

## ЛИТЕРАТУРА

---

- Галкин В.А.* Поликлиническая терапия. М., 2000.
- Гуревич М.А.* Хроническая ишемическая болезнь сердца. М., 2003.
- Каркищенко Н.Н.* Фармакологические основы терапии ИМР. М., 1996.
- Кузин М.И.* Хирургические болезни. М., 2002.
- Кузин М.И., Чистова М.А.* Хирургические болезни. М., 1986.
- Лужников Е.А.* Неотложные состояния при острых отравлениях. М., 2001.
- Мартынов А.И., Мухин Н.А.* Внутренние болезни. В 2 т. М., 2001.
- Машковский М.Д.* Лекарственные средства. М., 1999.
- Михайлов А.А.* Справочник фельдшера. М., 1990.
- Остроумова О.Д.* Артериальная гипертония: вопросы и ответы: Рекомендации для пациентов. М., 2003.
- Петровский Б.В.* Краткая медицинская энциклопедия. М., 1989.
- Руководство по лечению обожженных на этапах медицинской эвакуации/ Под ред. В.К. Сологуба. М., 1979.
- Слесаренко С.В.* Ожоговая травма. Днепропетровск, 2002.
- Тактика оказания экстренной помощи в педиатрии/ Под. ред. В.Н. Чернышева. Ростов н/Д, 2000.
- Тараканов А.В., Тараканова Т.Д.* Карманный справочник для врачей скорой помощи. Ростов н/Д, 1999.
- Тареев И.Е.* Справочник по нефрологии. М., 1996.
- Федеральное руководство для врачей по использованию лекарственных средств (формулярная система)/ Под. ред. Чучалина А.Г. Вып. 2. М., 2001.
- Шелехов К.К., Смолева Э.В.* Фельдшер скорой помощи. Ростов н/Д, 2003.
- Шулутко Б.И.* Справочник терапевта. Ростов н/Д, 1998.

# СОДЕРЖАНИЕ

---

Предисловие .....	3
-------------------	---

## Часть 1 НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СОСТОЯНИЯХ

Глава 1. НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ В ТЕРАПИИ .....	6
Ишемическая болезнь сердца (ИБС) .....	6
Внезапная сердечная смерть .....	10
Стенокардия .....	14
Безболевая ишемия миокарда .....	17
Острый инфаркт миокарда .....	17
Сердечная астма .....	20
Альвеолярный отек легких .....	23
Кардиогенный шок .....	25
Гипертонические кризы .....	27
Тромбоземболия легочной артерии .....	31
Аритмии .....	34
Острая сосудистая недостаточность .....	38
Бронхиальная астма .....	43
Кровохарканье и легочное кровотечение .....	47
Глава 2. НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ В ХИРУРГИИ, НЕВРОЛОГИИ, УРОЛОГИИ И ГИНЕКОЛОГИИ .....	48
Переломы .....	48
Осложнения переломов .....	50
Кровотечение .....	50
Травматический шок .....	50
Пневмоторакс .....	55
Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки .....	58
Острый холецистит .....	63
Приступ печеночной колики .....	65
Острый панкреатит .....	66
Острый аппендицит .....	68
Острая непроходимость кишечника .....	69
Ранения брюшной полости .....	71
Неотложная помощь в неврологии .....	72

Сотрясения и ушибы головного мозга .....	73
Инсульт .....	74
Неотложные состояния в урологии и гинекологии .....	76
<b>Глава 3 НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЛОР-ОРГАНОВ, ОРГАНА ЗРЕНИЯ, ЭНДОКРИННОЙ И АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ .....</b>	<b>80</b>
Острый стеноз гортани .....	80
Носовые кровотечения .....	80
Острый приступ глаукомы .....	81
Проникающие ранения глаза .....	82
Сахарный диабет .....	82
Диабетическая (гипергликемическая) кома .....	83
Гипогликемическая кома .....	84
Отек Квинке .....	86
Анафилактический шок .....	87
<b>Глава 4. НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ ФАКТОРОВ ВНЕШНЕЙ СРЕДЫ .....</b>	<b>88</b>
Отравления .....	88
Воздействие высоких температур на организм .....	99
Воздействие низких температур на организм .....	104
Поражение электротоком .....	107
Утопление .....	108
Странгуляционная асфиксия (повешение) .....	110
Аспирационная асфиксия .....	112
Синдром длительного сдавления .....	112
Отрыв сегмента конечности .....	114
<b>Часть 2</b>	
<b>КОНТРОЛЬ ЗНАНИЙ УЧАЩИХСЯ</b>	
Тесты программированного контроля знаний .....	116
Эталоны правильных ответов на тесты программированного контроля .....	133
Задачи .....	136
Ответы на задачи по теме «неотложная медицинская помощь» .....	153
Список сокращений медицинских терминов .....	170
<b>ПРИЛОЖЕНИЯ</b>	
<i>Приложение 1. Правила обращения с пострадавшими .....</i>	<i>172</i>
<i>Приложение 2. Наиболее распространенные токсические вещества, клиническая картина острых отравлений и неотложная помощь при них .....</i>	<i>192</i>
<i>Приложение 3. Лекарственные препараты, применяемые на догоспитальном этапе .....</i>	<i>222</i>
<b>ЛИТЕРАТУРА .....</b>	<b>249</b>

*Серия*  
*«Среднее профессиональное образование»*

Учебник

**Отвагина Татьяна Владимировна**  
**НЕОТЛОЖНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ**

Ответственный редактор *С. Остахов*  
Технический редактор *Л. Багрянцева*

Подписано в печать 18.04.2012.  
Формат 84 × 108/32. Бум. тип № 2.  
Гарнитура Newton. Печать офсетная. Усл. п. л. 13.44  
Тираж 5000 экз. Зак. № 212.

ООО «Феникс»  
344082, г. Ростов-на-Дону, пер. Халтуринский, 80

Отпечатано с готовых диапозитивов в ЗАО «Книга»  
344019, г. Ростов-на-Дону, ул. Советская, 57

Качество печати соответствует предоставленным диапозитивам.



**еникс**  
**Издательство**

344082, г. Ростов-на-Дону,  
пер. Халтуринский, 80.  
Тел: (863) 261-89-50  
www.phoenixrostov.ru

- ◆ Около 100 новых книг каждый месяц.
- ◆ Более 6000 наименований книжной продукции собственного производства.

#### **ОСУЩЕСТВЛЯЕМ:**

- ◆ Оптовую и розничную торговлю книжной продукцией.

#### **ГАРАНТИРУЕМ:**

- ◆ Своевременную доставку книг в любую точку страны, **ЗА СЧЕТ ИЗДАТЕЛЬСТВА**, автотранспортом и ж/д контейнерами.
- ◆ **МНОГОУРОВНЕВУЮ** систему скидок.
- ◆ **РЕАЛЬНЫЕ ЦЕНЫ.**
- ◆ Надежный **ДОХОД** от реализации книг нашего издательства.

**Начальник Торгового отдела**

*Фартушная Олеся Николаевна*

Тел.: (863) 261-89-52 [nevenchenkool@mail.ru](mailto:nevenchenkool@mail.ru)

#### **ТОРГОВЫЙ ОТДЕЛ**

344082, г. Ростов-на-Дону, пер. Халтуринский, 80

#### **Контактные телефоны:**

Тел.: (863) 261-89-53, 261-89-54, 261-89-55  
261-89-56, 261-89-57, факс. 261-89-58

*Серия*  
*«Среднее профессиональное образование»*

Учебник

**Отвагина Татьяна Владимировна**

## **НЕОТЛОЖНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ**

Ответственный редактор *С. Осташов*  
Технический редактор *Л. Багрянцева*

Подписано в печать 18.04.2012.  
Формат 84 × 108/32. Бум. тип № 2.  
Гарнитура Newton. Печать офсетная. Усл. п. л. 13.44  
Тираж 5000 экз. Зак. № 212.

ООО «Феникс»  
344082, г. Ростов-на-Дону, пер. Халтуринский, 80

Отпечатано с готовых диапозитивов в ЗАО «Книга»  
344019, г. Ростов-на-Дону, ул. Советская, 57

Качество печати соответствует предоставленным диапозитивам.



**еникс**  
**Издательство**

344082, г. Ростов-на-Дону,  
пер. Халтуринский, 80.  
Тел: (863) 261-89-50  
www.phoenixrostov.ru

- ◆ Около 100 новых книг каждый месяц.
- ◆ Более 6000 наименований книжной продукции собственного производства.

#### **ОСУЩЕСТВЛЯЕМ:**

- ◆ Оптовую и розничную торговлю книжной продукцией.

#### **ГАРАНТИРУЕМ:**

- ◆ Своевременную доставку книг в любую точку страны, **ЗА СЧЕТ ИЗДАТЕЛЬСТВА**, автотранспортом и ж/д контейнерами.
- ◆ **МНОГОУРОВНЕВУЮ** систему скидок.
- ◆ **РЕАЛЬНЫЕ ЦЕНЫ.**
- ◆ Надежный **ДОХОД** от реализации книг нашего издательства.

**Начальник Торгового отдела**

*Фартушная Олеся Николаевна*

Тел.: (863) 261-89-52 [nevenchenkool@mail.ru](mailto:nevenchenkool@mail.ru)

#### **ТОРГОВЫЙ ОТДЕЛ**

344082, г. Ростов-на-Дону, пер. Халтуринский, 80

#### **Контактные телефоны:**

Тел.: (863) 261-89-53, 261-89-54, 261-89-55  
261-89-56, 261-89-57, факс. 261-89-58





**Феникс**

**Издательство**

344082, г. Ростов-на-Дону,  
пер. Халтуринский, 80.  
Тел: (863) 261-89-50  
www.phoenixrostov.ru

## РЕГИОНАЛЬНЫЕ ПРЕДСТАВИТЕЛЬСТВА

**Начальник отдела по работе с представительствами**

*Смирнова Марина Геннадьевна* (доб.159) shkg@aanet.ru

**Менеджер по работе с представительствами**

*Цукерман Марк Валерьевич* (доб.186) mark\_fenix@mail.ru

### Москва

***Мячин Виталий Васильевич***

г. Москва, Шоссе Фрезер д.17  
(м. Авиамоторная)  
(495) 517-32-95, (495) 789-83-17  
mosfen@rambler.ru

***Моисеенко Сергей Николаевич***

г. Москва, 17-й проезд Марьиной рощи, д.1  
(м.Тимирязевская)  
(495) 618-03-34, 8-916-523-43-76  
fenix-m@yandex.ru; fenix-mos@mail.ru

### Екатеринбург

***Кутянина Олеся Сергеевна***

г. Екатеринбург, ул.Сухоложская, д.8  
(343) 297-25-75, (343) 297-83-51  
fenixkniga@mail.ru

***Цветков Руслан Васильевич***

г. Екатеринбург,  
8-912-242-25-44  
fenix\_ural@bk.ru

### Самара

(Нижнее Поволжье)

***Митрохин Андрей Михайлович***

г. Самара, ул. Товарная, 7 «Е»  
(территория базы «Учебник»)  
(846) 951-24-76, 8-917-112-96-85  
fenixma@mail.ru

### Санкт-Петербург

***Лейнбаум Сергей Викторович***

г. Санкт-Петербург,  
ул. Сердобольская, д.65А, п.411  
8-911-933-40-33, 8-965-065-45-15  
zakaz.fenixspb@mail.ru



**Феникс**  
**Издательство**

ТОРГОВЫЙ ОТДЕЛ  
344082, г. Ростов-на-Дону,  
пер. Халтуринский, 80

Контактные телефоны: (863) 261-89-53,  
261-89-54,  
261-89-55,  
261-89-56,  
261-89-57  
факс: 261-89-58

**Начальник Торгового отдела**

**ФАРТУШНАЯ Олеся Николаевна** (863) 261-89-52  
nevenchenkool@mail.ru

**ОТДЕЛ ОПТОВЫХ ПРОДАЖ**

**Менеджеры по продажам**

**Серова Екатерина Игоревна** (доб.110) [torg@aaanet.ru](mailto:torg@aaanet.ru)  
**Кунгурцева Мария Сергеевна** (доб.123) [torg188@aaanet.ru](mailto:torg188@aaanet.ru)  
**Дежндуян Оксана Малхатовна** (доб.151) [torg103@aaanet.ru](mailto:torg103@aaanet.ru)  
**Чуркина Юлия Сергеевна** (доб.111) [torg152@aaanet.ru](mailto:torg152@aaanet.ru)  
**Аникина Елена Николаевна** (доб.153) [torg153@aaanet.ru](mailto:torg153@aaanet.ru)  
**Чермантеева Татьяна Степановна** (доб.155) [torg155@aaanet.ru](mailto:torg155@aaanet.ru)

**Менеджер по работе с бюджетными организациями**

**Казакова Надежда Вячеславовна** (доб.156) [sibir@aaanet.ru](mailto:sibir@aaanet.ru)

Вы можете получить книги издательства «Феникс» **ПО ПОЧТЕ**,  
сделав заказ:



344082, г. Ростов-на-Дону, пер. Халтуринский 80,  
издательство «Феникс», «Книга-почтой»,  
**Лоза Игорю Викторовичу**, тел.: 8-909-4406421,  
e-mail: [tvoyakniga@mail.ru](mailto:tvoyakniga@mail.ru);  
[www.shop50.ru](http://www.shop50.ru)



# **ФЕНИКС Издательство**

**Приглашаем к сотрудничеству АВТОРОВ для издания:**

- ✦ учебников для ПТУ, ссузов и вузов;
- ✦ научной и научно-популярной литературы по МЕДИЦИНЕ и ВЕТЕРИНАРИИ, ЮРИСПРУДЕНЦИИ и ЭКОНОМИКЕ, СОЦИАЛЬНЫМ и ЕСТЕСТВЕННЫМ НАУКАМ;
- ✦ литературы по ПРОГРАММИРОВАНИЮ и ВЫЧИСЛИТЕЛЬНОЙ ТЕХНИКЕ;
- ✦ ПРИКЛАДНОЙ и ТЕХНИЧЕСКОЙ литературы;
- ✦ литературы по СПОРТУ и БОЕВЫМ ИСКУССТВАМ;
- ✦ ДЕТСКОЙ и ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ литературы;
- ✦ литературы по КУЛИНАРИИ и РУКОДЕЛИЮ.

**ВЫСОКИЕ ГОНОРАРЫ!!!**

**ВСЕ финансовые ЗАТРАТЫ БЕРЕМ НА СЕБЯ!!!**

**При принятии рукописи в производство  
ВЫПЛАЧИВАЕМ гонорар НА 10% ВЫШЕ ЛЮБОГО  
РОССИЙСКОГО ИЗДАТЕЛЬСТВА!!!**

**Рукописи не рецензируются и не возвращаются!**

**По вопросам издания книг ОБРАЩАТЬСЯ:**

тел./факс: 8(863) 261-89-50; e-mail: [office@phoenixrostov.ru](mailto:office@phoenixrostov.ru)

**НАШ АДРЕС:**

344082, г. Ростов-на-Дону, пер. Халтуринский, 80.

Факс: (863) 261-89-50

<http://www.Phoenixrostov.ru>; e-mail: [reclamabook@jeo.ru](mailto:reclamabook@jeo.ru)

**РЕДАКЦИОННО-ИЗДАТЕЛЬСКИЙ ОТДЕЛ**

**Осташов Сергей Александрович** (руководитель отдела)

Тел.: 8(863) 261-89-75; e-mail: [ostashov@aaanet.ru](mailto:ostashov@aaanet.ru)

**Багрянцева Людмила Андреевна** (технический редактор)

Тел.: 8(863) 261-89-75

САЙТ ИЗДАТЕЛЬСТВА «ФЕНИКС»: <http://www.Phoenixrostov.ru>

Подробнее ознакомиться с содержанием наших книг, прочитать отдельные главы и выдержки из них, а также оформить заявку-проспект на издание Вашей книги можно на сайте <http://www.phoenixbooks.ru>