

Анатолий Нагнибеда

Фельдшер скорой помощи

## УСЛОВНЫЕ СОКРАЩЕНИЯ

АВ-блокада – атриовентрикулярная блокада

АД – артериальное давление

ДТП – дорожно-транспортное происшествие

ИВЛ – искусственная вентиляция легких

ЛПУ – лечебно-профилактическое учреждение

МКБ-10 – Международная классификация болезней (10-й пересмотр)

МПК – морфолид пералгоновой кислоты

ОВД – отдел внутренних дел

ОИ – ожоговый индекс

ОЦК – объем циркулирующей крови

СА-блокада – синоаурикулярная блокада

Синдром МАС – синдром Морганьи – Адамса – Стокса

Синдром WPW – синдром Вольфа – Паркинсона – Уайта

СМП – скорая медицинская помощь

СССУ – синдром слабости синусового узла

ТЭЛА – тромбоэмболия легочной артерии

ЧСС – частота сердечных сокращений

ЭКГ – электрокардиограмма

Больных в беде не покидать,

Не осуждать их строго,

Наукой людям помогать,

А сердцем – верить в Бога

## ВВЕДЕНИЕ

Памяти родителей

Ольги Иосифовны

и Николая Иосифовича Нагнибеда

посвящаю

Служба скорой медицинской помощи является важнейшим функциональным и структурным формированием здравоохранения Российской Федерации. Она включает в себя на начало третьего тысячелетия свыше 3000 станций и отделений скорой помощи, в которых трудятся около 20 тыс. врачей и свыше 70 тыс. среднего медицинского персонала. По данным Росздрава, ежегодно служба скорой помощи принимает около 48 млн вызовов с оказанием медицинской помощи более чем 50 млн больных и пострадавших.

Действующие организационно-распорядительные документы Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации констатируют: «...Сложившаяся система организации скорой медицинской помощи населению, ориентированная на оказание пациентам максимального объема помощи на догоспитальном этапе, не обеспечивает необходимой эффективности, являясь к тому же высокочрезмерной».

Согласно приказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 01.11.04 г. № 179 «Об утверждении порядка оказания скорой медицинской помощи»,

основными задачами службы скорой помощи на современном этапе экономического и социального развития страны являются: оказание больным и пострадавшим доврачебной медицинской помощи, направленной на сохранение и поддержание жизненно важных функций организма и доставка больных и пострадавших в стационар в кратчайшие сроки для оказания квалифицированной и специализированной медицинской помощи. Эта работа должна осуществляться в основном фельдшерскими бригадами и с учетом этого соотношение бригад скорой медицинской помощи должно постепенно перерасти в сторону преобладания фельдшерских.

Разумеется, что роль фельдшеров в системе скорой медицинской помощи не ограничена только выездной работой. Должности главного (старшего) фельдшера (медицинской сестры), фельдшеров-диспетчеров постов приема-передачи вызовов замещаются специалистами со средним медицинским образованием. При отсутствии в составе станции фармацевта работа по комплектованию медицинских сумок нормативными запасами медикаментов и медицинского имущества является прямой функцией среднего медицинского персонала, ему же может быть поручена работа в области медицинской статистики.

Выездной фельдшер при исполнении прямого круга обязанностей по оказанию медицинской

помощи больным и пострадавшим должен руководствоваться нормами федерального законодательства об охране здоровья граждан, знать и применять на практике положения документов, регламентирующих работу с препаратами предметно-количественного учета, в том числе с наркотическими, психотропными, ядовитыми и сильнодействующими лекарственными средствами. Особенности выездной работы требуют от фельдшера умения взаимодействовать с органами охраны правопорядка, а также водительским составом на основе норм безопасности дорожного движения и безусловного соблюдения прав больных и пострадавших.

Говоря об организационно-методическом обеспечении работы фельдшеров скорой медицинской помощи, необходимо в первую очередь назвать книгу профессора Б. Г. Апанасенко «Работа фельдшера скорой помощи», 4-е издание которой вышло в 1997 г. Однако в работе Б. Г. Апанасенко, а также в большинстве учебников и справочников не нашли отражения требования федерального законодательства об охране здоровья граждан, положения сформированных в последние годы территориальных стандартов неотложной медицинской помощи и нормативы Минздрава Российской Федерации последних лет.

В практическом руководстве освещены вопросы организации и содержания работы среднего медицинского персонала – фельдшеров скорой медицинской помощи в соответствии с требованиями Приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 01.11.04 г. № 179 «Об утверждении порядка оказания скорой медицинской помощи», а также других действующих руководящих документов Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации с учетом опыта ряда учреждений скорой медицинской помощи, разработками и публикациями Санкт-Петербургского НИИ скорой помощи им. проф. И. И. Джанелидзе, Медицинской академии последипломного образования (МАПО СПб) и других учреждений научного и практического здравоохранения.

Руководство содержит сведения в объеме, необходимом для фельдшера скорой помощи, по законодательной и нормативной базе здравоохранения, функциональные обязанности среднего медицинского персонала скорой помощи, а также сведения о диагностике и лечебно-тактическим решениям при неотложных состояниях в пределах профессиональной компетенции фельдшерских бригад, организации и нормам лекарственного обеспечения работы на вызовах, организации работы санитарного транспорта скорой помощи.

Вопросы диагностики неотложных состояний изложены в связи с поводами к вызову и соответствуют уровню профессиональных знаний среднего медицинского персонала. Формулировки диагнозов базируются на терминологии Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10), а в подзаголовки тем введены рубрики этого документа, что позволяет использовать руководство для статистической обработки материала. Информация по фармакологическим вопросам приведена в соответствии с нормами Приложения 13 Приказа МЗ РФ 1999 г. № 100 и дополнена аналитическими сведениями по реальному расходу лекарственных препаратов; впрочем, эти сведения ограничены данными Санкт-Петербурга, хотя и за достаточно длительный (четырёхлетний) период. Было бы неверным использовать данную книгу как документ, стандартизирующий работу среднего медицинского персонала скорой помощи. Однако материал, приведенный в руководстве, несомненно, полезен в первую очередь фельдшерам, администрации и врачебному персоналу станций (подстанций, отделений) скорой медицинской помощи, а также организаторам здравоохранения и научным работникам при формировании федеральных стандартов оказания скорой медицинской помощи фельдшерскими бригадами СМП.

## КРАТКИЕ СВЕДЕНИЯ ПО ОРГАНИЗАЦИИ И УПРАВЛЕНИЮ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ

### ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ОБ ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН

Охрана здоровья граждан Российской Федерации гарантирована Конституцией РФ, принятой всенародным голосованием 12.12.93 г. Соккрытие должностными лицами фактов и обстоятельств, создающих угрозу для жизни и здоровья людей, влечет за собой ответственность.

Проведение в Российской Федерации единой государственной политики в области здравоохранения обеспечивает Правительство РФ (ст. 114.1), которое, совместно с субъектами РФ, координирует вопросы здравоохранения (ст. 72ж) на подведомственной им территории.

Конституционные гарантии охраны здоровья граждан в РФ развиты в положениях и статьях Федерального закона РФ № 5487-1 от 22.07.93 г. «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан». Этот закон определяет права граждан при оказании медико-социальной помощи.

В понятие медико-социальная помощь входят первичная медико-социальная помощь, скорая медицинская помощь и специализированная медицинская помощь. Скорую медицинскую помощь оказывают безотлагательно гражданам при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства, во всех лечебно-профилактических учреждениях, независимо от их ведомственной подчиненности и форм собственности. Ее оказывает также специальная служба скорой медицинской помощи государственной или муниципальной системы собственности бесплатно для граждан. При обращении за медицинской помощью и ее получении гражданин (пациент), имеет права, регламентируемые ст. 30 Федерального закона РФ «Основы законодательства...», а именно:

– уважительное и гуманное обращение со стороны медицинского и обслуживающего персонала;

– выбор врача с учетом его согласия, а также лечебно-профилактического учреждения в соответствии с договорами обязательного и добровольного медицинского страхования;

– обследование, лечение и содержание в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;

– облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными способами и средствами;

– сохранение в тайне информации о фактах обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и других сведениях, полученных при его обследовании и лечении.

Пациент имеет право на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство (ст. 32) или отказ от него (ст. 33), получение информации о своих правах и обязанностях и состоянии своего здоровья, а также на выбор лиц, которым может быть передана такая информация (ст. 31). Информированное добровольное согласие пациента является необходимым предварительным условием медицинского вмешательства. Согласие

на медицинское вмешательство у лиц моложе 15 лет и признанных в установленном порядке недееспособными дают их законные представители.

Отказ от медицинского вмешательства (ст. 33) после разъяснения его последствий в доступной для гражданина форме с указанием возможных последствий оформляется записью в медицинской документации и подписывается гражданином или его законным представителем, а также медицинским работником. Оказание медицинской помощи, включая медицинское освидетельствование, наблюдение и изоляцию, без согласия гражданина или его законного представителя допускается только в отношении лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, тяжелыми психическими расстройствами и совершивших общественно опасное деяние (ст. 34). Эти действия регламентируются соответственно санитарным законодательством, Законом РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», судом и законодательством РФ.

«Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» определяют понятие врачебной тайны как информацию о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья, диагнозе заболевания и иных сведениях, полученных при обследовании и лечении. Предоставление этих сведений без согласия гражданина или его законного представителя допускается в следующих обстоятельствах:

- в целях обследования и лечения гражданина, не способного из-за состояния выразить свою волю;
- при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений;
- по запросу органов дознания и следствия, прокуратуры и суда;
- при оказании помощи несовершеннолетним в возрасте до 15 лет для информирования их родителей или законных представителей;
- при наличии оснований полагать, что вред здоровью гражданина причинен в результате противоправных действий.

Лица, получившие в установленном порядке перечисленную информацию, несут ответственность за ее разглашение в соответствии с законодательством.

«Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» гарантируют права и социальную защиту медицинских и фармацевтических работников.

В России

право на занятие медицинской и фармацевтической деятельностью имеют лица, получившие медицинское и фармацевтическое (высшее или среднее) образование в Российской Федерации, имеющие диплом и специальное звание, а на занятие определенными видами деятельности (по перечню Росздрова, в том числе оказание скорой медицинской помощи) – сертификат специалиста.

Сертификат специалиста выдается на основании постдипломного профессионального или дополнительного образования (повышения квалификации, специализации) или поверочного испытания в профессиональных комиссиях по теории и практике избранной специальности, вопросам законодательства в области охраны здоровья граждан. Работники с высшим и средним медицинским образованием с перерывом в специальности более 5 лет допускаются к практической деятельности после переподготовки либо по результатам испытаний в специальных профессиональных комиссиях.

Лица, получившие медицинскую и фармацевтическую подготовку в иностранных государствах, допускаются к медицинской или фармацевтической деятельности после экзамена в соответствующем учебном заведении РФ.

Социальная и правовая защита медицинских и фармацевтических работников предусматривает:

- обеспечение условий деятельности в соответствии с требованиями охраны труда;
- право на работу по трудовому договору (контракту), в том числе за рубежом;
- защиту профессиональной чести и достоинства;
- получение квалификационной категории в соответствии с достигнутым уровнем подготовки;
- совершенствование профессиональных знаний;
- переподготовку за счет средств бюджета при невозможности выполнить профессиональные обязанности по состоянию здоровья, в связи с сокращением численности, штатов и ликвидацией предприятия (учреждения, организации);
- страхование профессиональной ошибки, в результате которой причинен вред или ущерб здоровью гражданина, не связанный с небрежным или халатным исполнением служебных обязанностей;
- беспрепятственное и бесплатное использование средств связи и транспорта вне зависимости от форм собственности на них для доставки гражданина в ближайшее ЛПУ в случае, угрожающем его жизни;
- ряд социально-бытовых льгот, предусматриваемых законодательством.

«Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» предусматривают ответственность за нарушения прав граждан в области охраны здоровья в виде возмещения ущерба в объеме и порядке, установленном законодательством РФ, что не освобождает виновных от применения к ним дисциплинарной, административной и уголовной ответственности (ст. 68 упомянутого закона).

## ОРГАНИЗАЦИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТАНЦИИ (ПОДСТАНЦИИ, ОТДЕЛЕНИЯ) СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Организация деятельности станции (подстанции, отделения) скорой медицинской помощи на современном этапе регламентируется Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации № 179 от 01.11.04 г. «Об утверждении Порядка оказания скорой медицинской помощи», а также другими действующими организационными, распорядительными и методическими документами Министерства здравоохранения и социального развития.

Ниже изложены основные положения действующих руководящих документов, прямо относящиеся к профессиональной компетенции среднего медицинского персонала станций (подстанций, отделений) скорой медицинской помощи.

## ОБЩИЕ ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ И ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТАНЦИИ (ПОДСТАНЦИИ, ОТДЕЛЕНИЯ) СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Станция (подстанция, отделение) скорой медицинской помощи является лечебно-профилактическим учреждением, предназначенным для оказания круглосуточной скорой медицинской помощи взрослому и детскому населению как на месте происшествия, так и в пути следования в стационар при состояниях, угрожающих здоровью или жизни граждан и окружающих их лиц, вызванных внезапными заболеваниями, обострениями хронических заболеваний, несчастными случаями, травмами и отравлениями, осложнениями беременности и при родах.

Основной функциональной единицей станции (подстанции, отделения) скорой медицинской помощи является выездная бригада (фельдшерская, врачебная и др.).

Станция скорой медицинской помощи функционирует в режиме повседневной работы и режиме чрезвычайных ситуаций. В режиме чрезвычайной ситуации станция действует по указанию территориального центра медицины катастроф и направляет в зону чрезвычайной ситуации выездные бригады скорой медицинской помощи в соответствии с планом работ по ликвидации их медико-социальных последствий.

В структуре станции (подстанции, отделения) предусматриваются:

1.

Оперативный (диспетчерский) отдел (в составе станции) и диспетчерская на один-два круглосуточных поста (в составе подстанции).

В городах с населением свыше 300 тыс. жителей оперативный отдел станции возглавляет заведующий – врач скорой помощи. Пост приема-передачи вызовов формируется из расчета одного круглосуточного поста на 30 тыс. вызовов, но не менее одного на станцию (подстанцию) и комплектуется фельдшерами или медицинскими сестрами по приему вызовов и передаче их выездным бригадам. В отделении скорой помощи с количеством вызовов до 5 тыс. в год устанавливаются две-три должности фельдшеров по приему-передаче вызовов взамен круглосуточного поста.

2.

Отдел связи.

Станция (подстанция, отделение) должна быть обеспечена городской телефонной связью из расчета два ввода на 50 тыс. населения, радиосвязью с выездными бригадами и прямой связью с лечебно-профилактическими учреждениями.

3.

Отделение медицинской статистики с архивом.

Штаты отделения комплектуются средним медицинским персоналом из расчета: при числе вызовов в год свыше 25 тыс. – одна должность, свыше 75 тыс. – две должности.

4.

Кабинет для приема амбулаторных больных.

5.

Помещение для хранения медицинского оснащения бригад и подготовки к работе медицинских укладок.

6.

Помещение для хранения запаса медикаментов, оборудованное пожарной и охранной сигнализацией.

При числе вызовов в год свыше 25 тыс. в состав станции входит аптека. Должности заведующего аптекой и фармацевта замещаются фармацевтическим персоналом – по одной должности на станцию.

7.

Комнаты отдыха для врачей, среднего медицинского персонала, водителей санитарных автомобилей.

8.

Помещение для приема пищи дежурным персоналом.

9.

Административно-хозяйственные и другие помещения.

10.

Гараж, крытые стоянки-боксы, огороженная площадка с твердым покрытием для стоянки автомашин, соответствующая по размерам максимальному числу санитарных автомобилей, работающих одновременно. При необходимости оборудуются вертолетные площадки.

В структуру станции могут быть включены и другие подразделения. В этой связи на базе помещения для хранения медицинского оснащения бригад и подготовки к работе медицинских укладок при отсутствии в составе станции аптеки целесообразно развернуть сумочный пост, комплектуемый средним медицинским персоналом за счет штатно-должностных резервов учреждения.

Основными функциями станции(подстанции, отделения) скорой медицинской помощи являются:

– круглосуточное оказание своевременной и качественной медицинской помощи заболевшим и пострадавшим, находящимся вне лечебно-профилактических учреждений, в том числе при катастрофах и стихийных бедствиях.

Практика показывает, что определенное, хотя и небольшое, количество вызовов бригады скорой помощи выполняют как в узкоспециализированных, так и в многопрофильных учреждениях (поликлиники, диспансеры и стационары) с оказанием экстренной медицинской помощи пациентам;

– своевременная транспортировка (а также перевозка по заявкам медицинских работников) больных, в том числе инфекционных, пострадавших и рожениц, нуждающихся в медицинской помощи.

Санитарный автотранспорт бригад скорой медицинской помощи должен систематически подвергаться дезинфекционной обработке в соответствии с требованиями санитарно-эпидемиологической службы. В случаях, когда транспортом скорой медицинской помощи перевезен инфекционный больной, автомашина подлежит обязательной

дезинфекции, которая осуществляется персоналом больницы, принявшей больного;

– оказание медицинской помощи больным и пострадавшим, обратившимся за помощью непосредственно на станцию.

Эти действия проводит медицинский персонал, находящийся на станции на момент обращения нуждающихся с их обязательной регистрацией, оформлением медицинской документации и по показаниям – доставкой в стационар;

– обеспечение преемственности в работе с лечебно-профилактическими учреждениями (ЛПУ) района обслуживания по оказанию скорой медицинской помощи населению.

Оперативная преемственность в работе с ЛПУ достигается путем соблюдения норм оперативной работы: четкой передачей больных (пострадавших) дежурному персоналу стационара с обязательной отметкой времени доставки, заверенной подписью ответственного дежурного медицинского работника и желательным штампом приемного отделения.

Лечебно-тактическая преемственность в работе с ЛПУ обеспечивается безусловным выполнением федеральных (территориальных) стандартов экстренной медицинской помощи при неотложных состояниях, предусматривающих единое понимание их патогенеза на всех этапах оказания медицинской помощи;

– взаимодействие с органами местной власти, охраны правопорядка, безопасности дорожного движения, противопожарной и другими оперативными службами территории;

– другие мероприятия, относящиеся к компетенции главного врача и администрации учреждения скорой помощи.

Станция (отделение, подстанция) скорой медицинской помощи не выдает документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность и судебно-медицинских заключений, а также не проводит экспертизу алкогольного опьянения. Станции разрешена выдача устных справок гражданам при личном обращении или по телефону о месте нахождения больных и пострадавших, а при необходимости – письменных справок произвольной формы с указанием даты, времени обращения, проведенных обследований, оказанной помощи и рекомендаций по дальнейшему лечению. При выдаче таких сведений следует неуклонно соблюдать нормы «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан» в части соблюдения врачебной тайны. Например, информация о доставке больного в психиатрический стационар является, по сути, информацией о характере неотложного состояния (психическом расстройстве) и может быть использована в целях, противоречащих законным интересам больного или его доверенных представителей.

## **ОРГАНИЗАЦИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОПЕРАТИВНОГО ОТДЕЛА И ПОСТА ПРИЕМА-ПЕРЕДАЧИ ВЫЗОВОВ СТАНЦИИ (ОТДЕЛЕНИЯ, ПОДСТАНЦИИ)**

Оперативный отдел станции скорой медицинской помощи организуется в городах с численностью населения не менее 600 тыс. человек.

Дежурный персонал оперативного отдела должен иметь необходимые средства связи со всеми структурными подразделениями, включая подстанции и выездные бригады, с учреждениями здравоохранения, а также прямую связь с оперативными службами территории.

Основными функциями оперативного отдела являются:

- прием вызовов с обязательной записью диалога на электронный носитель со сроком хранения 6 мес.;
- своевременная передача вызовов на исполнение выездным бригадам;
- осуществление контроля за своевременной доставкой больных, пострадавших, рожениц в приемные отделения стационаров назначения;
- обеспечение информации о больных и пострадавших;
- сбор оперативной статистической информации, ее анализ, подготовка ежедневных сводок для руководства станции;
- другие мероприятия, относящиеся к компетенции управления оперативным отделом.

В структуру оперативного отдела входят:

- диспетчерская приема и передачи вызовов;
- стол справок.

Диспетчерская (пост) приема и передачи вызовов комплектуется работниками со средним медицинским образованием – фельдшерами и медицинскими сестрами, имеющими дипломы и сертификаты по специальностям «лечебное дело» (для фельдшеров) и «сестринское дело» (для медицинских сестер).

Фельдшер (медицинская сестра) по приему и передаче вызовов станции (отделения, подстанции) скорой медицинской помощи:

- осуществляет прием и своевременную передачу вызовов персоналу свободных (очередных) выездных бригад и не имеет права самостоятельного отказа в приеме вызовов;
- оперативно руководит всеми выездными бригадами в соответствии с территориально-зональным принципом обслуживания, для чего должен знать местонахождение бригад в любое время;
- контролирует оперативность работы выездных бригад: время приема, передачи на исполнение, выезда, прибытия на место выполнения вызова, окончания выполнения вызова, прибытия на станцию;
- немедленно информирует администрацию учреждения о всех чрезвычайных происшествиях;
- осуществляет связь с органами территориального государственного (муниципального) управления, органами внутренних дел, инспекции безопасности дорожного движения, пожарной охраны, другими оперативными службами;
- действует при чрезвычайных ситуациях в соответствии с нормативными документами территории;
- информирует в устной форме обратившихся с запросами о местонахождении больных(пострадавших), которым оказана медицинская помощь.

При передаче этой информации фельдшер поста приема-передачи вызовов обязан безусловно соблюдать обеспечение врачебной тайны в соответствии с «Основами законодательства РФ об охране здоровья граждан».

Для выполнения перечисленных обязанностей фельдшер (медсестра) поста приема-передачи вызовов обязан в полной мере владеть медико-социальной обстановкой в зоне обслуживания, знать топографию города, местонахождение, адреса, телефоны подстанций, учреждений здравоохранения и их номенклатуру, адреса потенциально опасных объектов, а также алгоритмы (правила) приема вызовов и их особенности.

Фельдшер (медсестра) по приему-передаче вызовов несет установленную законом ответственность за:

- осуществление профессиональной деятельности в пределах служебной компетенции и самостоятельно принимаемые решения;
- разглашение сведений, являющихся врачебной тайной в соответствии с «Основами законодательства РФ об охране здоровья граждан».

## ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ФЕЛЬДШЕРСКОЙ БРИГАДЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

В соответствии с Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации № 179 от 01.11.04 г. «Об утверждении Порядка оказания скорой медицинской помощи» выездная бригада скорой медицинской помощи является основной функционально-структурной единицей станции (подстанции, отделения) скорой помощи.

Выездные бригады разделяются на фельдшерские и врачебные. Росздрав поручил руководителям органов управления субъектов федерации предусмотреть в территориальных программах развития службы скорой помощи постепенное расширение объема работы фельдшерских бригад с сохранением врачебных в качестве бригад интенсивной терапии и, при необходимости, других узкоспециализированных бригад.

Фельдшерская бригада состоит из двух фельдшеров, санитаря и водителя и оказывает необходимую медицинскую помощь в пределах профессиональной компетенции, определенной отраслевыми стандартами, нормами и правилами для фельдшерского персонала по оказанию скорой медицинской помощи.

Основной целью деятельности бригады является оказание круглосуточной медицинской помощи взрослому и детскому населению при состояниях, угрожающих здоровью или жизни граждан или окружающих их лиц, вызванных внезапными заболеваниями, обострениями хронических болезней, несчастными случаями, травмами, отравлениями, осложнениями беременности и при родах как на месте происшествия, так и в пути следования в стационар. Целесообразно выделение перечня показаний (поводы), предназначенных преимущественно для выполнения фельдшерскими бригадами. Разумеется, при отсутствии на станции фельдшерских бригад на их выполнение должна быть послана любая свободная в момент поступления таких вызовов бригада.

Поводами для преимущественного направлени я фельдшерских бригад могут служить:

- различные виды механических повреждений, в том числе ушибы, переломы, вывихи, раны, побои, укусы животных, при сопутствующей информации о сохраненном сознании пострадавших и отсутствии признаков жизнеугрожающего состояния («умирает»);
- кровотечения из лунок удаленных зубов («луночные»); носовые кровотечения у лиц молодого возраста;
- маточные кровотечения, не связанные с беременностью, родами, абортами;

– термические ожоги и отморожения в пределах одного сегмента конечности или половины площади передней (задней) поверхности одной части тела I – II степени (покраснения, пузыри без обугливания и некроза) к пострадавшим не старше 50 лет (ожоговый индекс – «площадь ожога + возраст» не превышает 60), без признаков отравления ядовитыми дымами и ожогов верхних дыхательных путей (см. с. 200 – 204);

– экзогенные интоксикации, в первую очередь алкогольной этиологии при сохраненном сознании и отсутствии указаний на жизнеугрожающие состояния, изменения поведения, агрессию и острые психические расстройства типа: «умирает», «галлюцинации, бред», «угрожает самоубийством», «угрожает»;

– состояние после судорожных припадков и обмороков с сохраненным сознанием.

На вызовы с прочими поводами («плохо с сердцем», «боли в сердце», «умирает», «без сознания», ДТП, падение с высоты, ранение с артериальным кровотечением, ранения в проекции жизненно важных органов, ранения полостей, состоявшиеся суициды, механические, термические, химические повреждения с обширной локализацией при жизнеугрожающих состояниях, к детям, на чрезвычайные ситуации с большим числом пострадавших, на внезапные заболевания в местах проживания) фельдшерские бригады целесообразно направлять только при отсутствии врачебных бригад с контролем лечебно-тактического решения до разрешения покинуть место вызова.

Фельдшерская бригада решает следующие задачи:

– немедленный выезд и прибытие на место вызова в пределах лимита времени, установленного для данной территории;

– установление диагноза, оказание скорой медицинской помощи, осуществление мероприятий, способствующих стабилизации или улучшению состояния пациента, и по показаниям – доставка в стационар.

При появлении у больных (пострадавших) жизнеугрожающих состояний либо при признаках развития жизнеопасных осложнений старший фельдшер бригады обязан вызвать в помощь врачебную (специализированную) бригаду с возможной передачей ей пациента в пути следования в стационар или на месте выполнения вызова;

– передача пациента и соответствующей медицинской документации дежурному врачу (фельдшеру, медсестре) стационара;

– обеспечение медицинской сортировки больных, пострадавших и установление очередности и последовательности медицинских мероприятий при массовых заболеваниях, отравлениях, травмах и других чрезвычайных ситуациях.

При обнаружении на месте вызова большого количества нуждающихся в медицинской помощи фельдшер обязан вызвать в помощь другую бригаду (бригады) скорой медицинской помощи;

– обеспечение и проведение необходимых санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий в установленном порядке.

При обнаружении трупа (умершего, погибшего) и констатации «смерти до прибытия» фельдшер обязан занести в карту вызова необходимые сведения и передать тело на месте работникам управления внутренних дел данной территории. В этом случае бригада не доставляет труп в морг.

При смерти больного (пострадавшего) в салоне санитарного автомобиля труп по разрешению

диспетчера должен быть доставлен в судебно-медицинский морг.

Фельдшерская бригада скорой медицинской помощи оснащается медицинским имуществом по описи «Примерного перечня оснащения выездной бригады скорой медицинской помощи», приложение № 13 к Приказу МЗ РФ от 26.03.99 г. № 100, действие которого пролонгировано Приказом МЗ и СР РФ № 179 от 01.11.04 г. (см. с. 231 – 240).

## ОБЯЗАННОСТИ ФЕЛЬДШЕРОВ БРИГАДЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

На должность фельдшера бригады скорой медицинской помощи назначаются специалисты со средним медицинским образованием, имеющие диплом по специальности «лечебное дело» и сертификат специалиста.

При оказании скорой медицинской помощи в составе врачебной бригады фельдшер работает под руководством врача. В фельдшерской бригаде один из фельдшеров является старшим – ответственным исполнителем всей работы, а второй работает под его руководством.

Фельдшера выездной бригады скорой медицинской помощи строят свою работу в соответствии с законодательством РФ, нормативными и методическими документами Росздрава, уставом станции, приказами и распоряжениями территориальной администрации, станции скорой помощи, объявленными функциональными обязанностями, должностными и специальными инструкциями.

Фельдшер выездной бригады обязан:

- знать местонахождение лечебных учреждений территории и района обслуживания своей и смежных подстанций скорой помощи;
- знать оснащение бригады медикаментами, медицинским и санитарным имуществом, дозы, способы введения и фармакодинамику имеющихся лекарственных препаратов, уметь пользоваться медицинской аппаратурой, владеть техникой наложения шин, уметь ориентироваться в сложных медико-социальных условиях (ДТП, массовые отравления, стихийные бедствия, аварии и т. п.);
- обеспечить немедленный выезд бригады после получения вызова и ее прибытие на место происшествия в соответствии с территориальными нормативами оперативной работы;
- уметь распознать неотложное состояние, его нозологию, этиопатогенез, ведущий (жизнеугрожающий) патологический синдром, психическое нездоровье, клиническую и биологическую смерть;
- оказать скорую медицинскую помощь на месте вызова (происшествия) и в салоне санитарного автомобиля в пути доставки в стационар в соответствии с федеральными и временными территориальными стандартами скорой медицинской помощи, принять и выполнить правильное тактическое решение.

Для успешного выполнения этих обязанностей фельдшер должен:

- а) владеть лечебными навыками в перечисленном ниже объеме:
  - базовая сердечно-легочная реанимация;
  - дефибрилляция;

- перевод на управляемое дыхание и искусственную вентиляцию легких;
  - проведение интубации и коникотомии;
  - оксигенотерапия и ингаляционный наркоз закисью азота;
  - все способы временной остановки кровотечения;
  - все приемы десмургии, все виды повязок;
  - все методы транспортной иммобилизации табельными и подручными средствами;
  - пункция плевральной полости при пневмотораксе, окклюзионные повязки;
  - отсечение нежизнеспособного, висящего на кожном лоскуте, периферического сегмента конечности и его временную криоконсервацию;
  - внутривенный, сублингвальный, сублингвально-инъекционный, эндотрахеальный, внутримышечный, подкожный, пероральный, внутривенно-капельный способы введения лекарственных препаратов;
  - катетеризация и пункция мочевого пузыря;
  - промывание желудка и введение энтеросорбентов;
- б) знать показания, противопоказания, фармакодинамику, совместимость и способы введения лекарственных препаратов, имеющих в описях медицинского имущества выездных бригад;

в) владеть:

- приемами и способами транспортировки больных и пострадавших;
- способами придания функционально выгодных положений;
- методами мягкого физического ограничения при психомоторном возбуждении;
- алгоритмами медицинской сортировки и лечебно-тактических решений при ликвидации медицинских последствий чрезвычайных ситуаций.

Для правильного выполнения тактического решения фельдшер скорой помощи обязан:

- при транспортировке пациента находиться рядом с ним в салоне санитарного автомобиля, обеспечивая непрерывное медицинское наблюдение и проведение экстренных медицинских мероприятий;
- обеспечивать переноску больных на носилках (сидячей каталке, на руках), при необходимости лично принимать в этом участие.

В условиях выездной работы переноска больных входит в комплекс догоспитальной скорой медицинской помощи;

- при необходимости доставки в лечебное учреждение больного с измененным или отсутствующим сознанием, в том числе в алкогольном опьянении; произвести осмотр на предмет обнаружения документов, ценностей, денег с записью об этом в карте вызова, сдать обнаруженное в приемное отделение стационара с отметкой в направлении под роспись дежурного персонала стационара.

Практика показывает, что подобная упрощенная процедура обращения с вещами больного

может привести к социальным конфликтам, направленным на персонал бригады скорой медицинской помощи. Изъятие денег, ценностей, документов пострадавшего (больного) целесообразно проводить в приемном отделении совместно с дежурным персоналом стационара и оформлять процедуру актом в двух экземплярах с подписями старшего фельдшера бригады скорой помощи и ответственного работника приемного отделения. Изъятие денег и ценностей у трупа («смерть до прибытия») производят сотрудники органов внутренних дел и при необходимости передают их по акту фельдшеру бригады, который подписывает акт вместе с сотрудником ОВД;

– при оказании медицинской помощи в чрезвычайной ситуации, а также пострадавшим от действий насильственного характера руководствоваться документами, устанавливающими соответствующий порядок действий;

– при оказании скорой медицинской помощи инфекционным больным соблюдать правила санитарно-гигиенического и противоэпидемического режима в соответствии с законодательством РФ, федеральными и территориальными нормативами Госсанэпиднадзора. При выявлении у больного карантинной инфекции действовать соответственно нормативам этого режима работы;

– обеспечивать правила хранения, учета и списания лекарственных средств, неуклонно выполнять требования нормативных документов по работе с препаратами предметно-количественного учета (наркотическими, ядовитыми, психотропными, сильнодействующими);

– при приеме-сдаче дежурства убедиться в исправности медицинской аппаратуры, комплектности транспортных шин, обеспечить пополнение медикаментами и расходным медицинским материалом;

– немедленно информировать пост приема-передачи вызовов, а при необходимости – руководство станции (подстанции, отделения) скорой помощи о всех чрезвычайных происшествиях, возникших в период выполнения вызова;

– при задержке на месте выполнения свыше одного часа информировать пост приема-передачи вызовов о причинах задержки, обстановке на месте, возможном дальнейшем развитии событий;

– останавливаться по требованиям сотрудников ОВД для оказания медицинской помощи независимо от места нахождения больного (пострадавшего).

Остановка в пути для срочного оказания медицинской помощи проводится по требованию как должностных лиц, так и граждан. При срочной доставке больного (пострадавшего) в стационар по жизненным показаниям в целях предупреждения остановки санитарного автомобиля следует включить аварийную сигнализацию – проблесковый маячок и сирену, извещающую о срочности выполнения вызова. Информацию о происшествии в пути необходимо срочно передать по радию на диспетчерский пост для оперативного направления на место происшествия очередной бригады. Вариантом тактического решения при остановке в пути является оставление одного из фельдшеров на месте происшествия с последующим направлением к нему очередной свободной бригады. Фельдшер должен быть при этом снабжен необходимыми медицинскими средствами и бланками медицинской документации. О случившемся делается запись в карте вызова;

– вести установленную отчетную документацию.

Безусловным правом и обязанностью фельдшера является вызов по показаниям «в помощь» специализированной (врачебной, другой фельдшерской) бригады. Одним из показаний к такому решению является отказ пациента от доставки в стационар. Оформление отказа в

медицинской документации производит врач. При отсутствии возможности вызвать в помощь врачебную бригаду решение на отказ от доставки в стационар принимает старший врач дежурной смены станции.

Фельдшер выездной бригады несет ответственность в порядке, установленном законодательством, за:

- осуществляемую профессиональную деятельность в соответствии с утвержденными федеральными и территориальными отраслевыми нормами, правилами и стандартами для фельдшерского персонала скорой медицинской помощи;
- противоправные действия или бездействие, повлекшие ущерб здоровью или смерть пациента.

В соответствии с «Основами законодательства об охране здоровья граждан» фельдшер несет ответственность также и за причинение материального или морального ущерба гражданам при выполнении вызова. Возмещение этого ущерба не освобождает фельдшера от служебной, административной и уголовной ответственности за причиненный ущерб.

## ОБЯЗАННОСТИ ГЛАВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ СТАНЦИИ И СТАРШЕГО ФЕЛЬДШЕРА СТАНЦИИ (ПОДСТАНЦИИ, ОТДЕЛЕНИЯ) СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Действующие документы предусматривают должности главной медицинской сестры станции скорой медицинской помощи (одна должность на станцию) и старших фельдшеров из расчета по одной должности на станцию с количеством вызовов не менее 10 тыс. в год, на подстанцию и на отделение с тем же количеством вызовов. Перечни и объемы их функциональных обязанностей должны быть определены должностными инструкциями, объявленными приказами главного врача станции. Содержание этих должностных инструкций включают нижеследующий примерный круг обязанностей:

- Участие в составлении планов работ станции и личных индивидуальных планов работ.
- Повседневное руководство средним, младшим медицинским и хозяйственным персоналом станции (отделения, подстанции), рациональная расстановка кадров на рабочих местах и в дежурных сменах.
- Составление утверждаемых главным врачом (заведующим) графиков сменной работы медицинского персонала и ежедневный контроль за их соблюдением.
- Ведение по установленным срокам табелей рабочего времени медицинского персонала, утверждаемых главным врачом.
- Оформление документов временной нетрудоспособности персонала.
- Участие в составлении графиков отпусков.
- Организация и проведение занятий и инструктажей среднего и младшего медицинского персонала по вопросам медицинской подготовки, техники безопасности, противопожарной безопасности, производственной санитарии и противоэпидемическому режиму.
- Организация и контроль фармацевтической работы станции (отделения, подстанции) по разделам приобретения медицинского имущества, пополнения медицинских сумок, учета, контроля, расхода и списания лекарственных средств.

- Работа главной медицинской сестры (старшего фельдшера) с наркотическими, психотропными, ядовитыми и сильнодействующими лекарственными препаратами регламентирована законодательством РФ, приказами Росздрава, территориальными органами здравоохранения, специальными инструкциями учреждения по этому разделу работы.
- Контроль санитарного состояния автотранспорта, исправности медицинской аппаратуры, медицинского оснащения бригад согласно действующим нормам.
- Контроль санитарно-гигиенического и противоэпидемического благополучия учреждения и выполнение предписаний органов санэпиднадзора в функциональных подразделениях, в том числе в санитарных автомобилях.
- Систематический контроль ведения оперативных и учетных медицинских документов станции.
- Обеспечение соблюдения персоналом станции трудовой дисциплины, правил внутреннего распорядка, выполнения приказов и распоряжений главного врача станции.

В соответствии с перечисленным кругом обязанностей главная медицинская сестра (старший фельдшер подстанции, отделения) должна иметь право производить в отсутствие главного врача перестановку персонала в бригадах, а также в случаях неявки сменщиков задерживать дежурный персонал на рабочих местах, соблюдая нормы КЗоТ, с целью обеспечить закрытие графиков дежурных смен. Главная медицинская сестра (старшие фельдшера) является материально ответственным лицом в соответствии с заключаемыми договорами о материальной ответственности.

В обязанности старшего фельдшера станции (подстанции, отделения) целесообразно включить круг работ по комплектованию и пополнению медицинских сумок, по учету, выдаче, списанию наркотических, ядовитых, психотропных, сильнодействующих лекарственных препаратов, перевязочного материала, спирта, разовых изделий медицинского назначения, других медицинских средств предметно-количественного учета, комплектованию и пополнению специальных упаковок, поддержанию в постоянной готовности к работе медицинской аппаратуры и другие функции, в том числе в соответствии с договорами о материальной ответственности.

## ОБЯЗАННОСТИ МЕДИЦИНСКОГО СТАТИСТИКА СТАНЦИИ

Должность медицинского статистика комплектуется средним медицинским персоналом. Он обязан обеспечить составление и оформление текущей и итоговой статистической информации, контролировать обеспеченность медицинских бригад и поста приема-передачи вызовов учетными и отчетными формами медицинской документации, вести архив станции скорой помощи и обеспечить его сохранность. Медицинский статистик несет ответственность за достоверность и соблюдение сроков представления информации в органы управления здравоохранения и внутренних дел. Часть этой работы может быть поручена медицинскому регистратору при наличии в штате соответствующей должности.

Информация, исходящая из станции скорой медицинской помощи, должна иметь исходящий регистрационный номер и подписывается главным врачом учреждения.

Для шифровки статистического отчета используются МКБ-10, а также сведения, содержащиеся в тексте данной книги.

## НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ЛЕЧЕБНО-ТАКТИЧЕСКИЕ РЕШЕНИЯ ФЕЛЬДШЕРСКОЙ БРИГАДЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

### МЕТОДИКА ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ И ПОСТРАДАВШИХ ФЕЛЬДШЕРОМ СКОРОЙ ПОМОЩИ. ОСОБЕННОСТИ ОФОРМЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ

Фельдшер скорой медицинской помощи работает с пациентом в сложной социальной обстановке, часто – в недоброжелательном окружении и в обстоятельствах, не гарантирующих личную безопасность.

При выполнении вызовов на улицу, в общественные места, места скопления или проживания населения прежде всего следует провести:

а) экстренную оценку состояния функций жизнеобеспечения, т. е. состояние сознания, наличие самостоятельного дыхания, сердцебиения. Для ориентировочной оценки сердечной деятельности можно использовать определение симптома «белого пятна»: при его исчезновении в течение 2 с и менее состояние сердечной деятельности можно расценить как компенсированное (АД – 100 мм рт. ст. и выше);

б) экстренную оценку эффективности первичных жизнеспасающих мероприятий, выполненных до прибытия скорой помощи в объеме оказания первой медицинской помощи, само- и взаимопомощи, в первую очередь:

- наложение (по показаниям) кровоостанавливающего жгута;
- устранение препятствий внешнему дыханию и введение воздуховода;
- выполнение этих мероприятий или (по показаниям) их коррекция.

Выполнение дальнейших диагностических и лечебных мероприятий следует проводить в условиях изоляции больного (пострадавшего) от социальной среды, за исключением случаев оказания помощи детям и женщинам в детородном возрасте.

Осмотр детей в возрасте до 15 лет и оказание им медицинской помощи следует проводить только с согласия их законных представителей (в соответствии с «Основами законодательства РФ об охране здоровья граждан»).

Осмотр женщин в детородном возрасте фельдшеру-мужчине целесообразно проводить в присутствии родственников или второго фельдшера бригады, лучше женского пола.

Эти соображения диктуются возможными случаями неправильного истолкования больной (пострадавшей) или ее окружением вопросов и действий медицинской бригады.

При сборе и оценке жалоб и анамнеза следует обратить внимание на их соответствие поводу к вызову, который, как правило, является их концентрированным выражением.

Порядок одновременности, очередности и последовательности выполнения диагностических

приемов и лечебных мероприятий определяется характером, причинами и особенностями развития неотложных состояний, изложенных в последующих главах применительно к конкретным нозологическим формам.

Однако во всех случаях осмотр начинают с анатомо-функциональных областей, соответствующих жалобам и поводу к вызову, а далее после распознавания демонстративных патологических синдромов и проведения экстренных лечебных приемов проводится тотальный посистемный осмотр, нередко дающий дополнительную ценную диагностическую и прогностическую информацию, основанную на выявлении признаков ведущего и конкурирующего заболевания или повреждения и сопутствующих (фоновых) патологических изменений. Их наличие вносит серьезные коррективы в объем неотложной терапии и выбор тактического решения.

Отсутствие соответствия повода к вызову жалобам и анамнезу обязательно следует отразить в карте вызова. Если повод к вызову записан как «боли в сердце», а в момент осмотра были предъявлены жалобы на боли иной локализации, например в животе, следует записать: «жалобы на боли в животе, жалоб на боли в сердце в момент осмотра нет».

При сборе анамнеза следует обратить внимание не только на анамнез неотложного состояния, но и на анамнез жизни, эпиданамнез в связи с эпидобстановкой и характером предполагаемой нозологической формы, у женщин (вне зависимости от повода к вызову) – на гинекологический анамнез.

При оценке сознания целесообразно дифференцировать ясное (неизмененное, ненарушенное) сознание от его изменений и нарушений. Под измененным сознанием понимают отсутствие правильного восприятия обстановки и адекватной реакции на нее. Изменение сознания (галлюцинации, бред, острое психомоторное возбуждение) свидетельствует о психическом либо психосоматическом расстройстве (например, психоз при остром отравлении или тяжелом внутреннем заболевании).

Нарушение сознания характеризуется частичной или полной его утратой (ретроградная амнезия, сопор, кома), что более характерно для прямого поражения головного мозга в результате его заболевания или травмы.

Степень нарушения сознания оценивается в баллах по шкале мозговых ком Глазго (см. с. 176).

Выявление и оценка патологических рефлексов реально требуют навыков и приемов специализированного неврологического обследования, однако квалификация фельдшера скорой помощи позволяет оценить симметрию (асимметрию) зрачков, фотореакцию, нистагм, характер судорог и контрактур.

Результаты термометрии следует оценивать в динамике, исходя из анамнестических сведений и в соотношении с показателями гемодинамики.

При осмотре кожных покровов обращают внимание на цвет, оттенок, потливость, наличие высыпаний и гематом.

Подсчет частоты сердечных сокращений, измерение уровня АД при тахикардии и гипотензии, когда число сердечных сокращений по абсолютной величине приближается или даже превышает уровень систолического АД, требуется дополнительное определение шокового индекса Алговера (см. табл. 7, с. 199).

При жалобах, прямо или косвенно указывающих на сердечно-сосудистую патологию, проведение электрокардиографического исследования и оперативная расшифровка ЭКГ являются основным и единственным методом точной инструментальной диагностики

догоспитального этапа.

Физикальная характеристика границ и тонов сердца, безусловно, обязательна при жалобах на расстройство сердечной и дыхательной деятельности. Обязательной регистрации подлежат характер и проводимость дыхания, характер хрипов, частота и ритм дыхательных движений, количество, цвет и характер мокроты.

После осмотра ротоглотки, миндалин, языка, нёба исследуется живот и состояние органов мочеполовой системы. На догоспитальном этапе ректальное и вагинальное исследование проводить нецелесообразно; характер патологии, связанной с прямокишечными и влагалищными выделениями, можно определить по их следам на нижнем или постельном белье.

В обязательном порядке отмечается характер и частота мочеиспусканий, дефекаций и рвотных актов.

Исследование завершается формулировкой диагноза, принятием и проведением лечебного и тактического решения.

Диагноз – это уточненное заключение о наличии заболевания или специфических отклонений от нормы в состоянии здоровья, выраженное в профессиональных терминах.

В диагнозе следует отразить ведущее заболевание (повреждение), определяющее лечебное и тактическое решение, конкурирующее заболевание (повреждение), которое при определенных условиях или с течением времени может стать ведущим, и сопутствующие, обычно хронические, заболевания или повреждения, непосредственно не угрожающие жизни.

Соответствующие диагнозам лечебные мероприятия приведены в нижеследующих разделах руководства. Здесь же заметим, что способ транспортировки является лечебным мероприятием и в обязательном порядке отмечается в карте вызова.

В практике фельдшера скорой помощи возможны следующие варианты тактических решений:

- доставка в стационар;
- доставка в амбулаторно-поликлиническое учреждение;
- оставление больного на месте благодаря эффективности оказанной помощи или ввиду его отказа от доставки в стационар, удостоверенного подписью в карте вызова.

В таких случаях тактическое решение в соответствии с желанием пациента следует завершить передачей сведений (сигнального талона) об активном посещении больного («активный вызов») в амбулаторно-поликлиническое учреждение или рекомендацией обратиться к специалисту по месту жительства.

Передачу больного дежурному персоналу стационара целесообразно удостоверить подписью дежурного медработника (врача или фельдшера) приемного отделения и штампом приемного отделения с отметкой о времени доставки.

В специальных случаях фельдшер скорой помощи обязан выполнить дополнительные действия, а именно:

- обеспечить сбор и доставку материала для проведения лабораторных анализов с оформлением соответствующих направлений;

– обеспечить передачу оперативной информации в органы внутренних дел и учреждения Госсанэпиднадзора;

– вызвать в помощь специализированную (врачебную) бригаду;

– вызвать в помощь сотрудников ОВД и противопожарной охраны. Информация о всей проделанной работе в обязательном порядке заносится в

карту вызова фельдшерской бригады .

При оформлении карты вызова фельдшер должен обратить особое внимание на нижеследующие особенности:

– точный адрес вызова, по возможности – телефон вызывающего;

– фамилия, имя, отчество, возраст больного не требуют подтверждения документами;

– нельзя требовать сведений о прописке, регистрации места жительства, служебном положении, если эти вопросы не обоснованы соображениями эпиданамнеза;

– при оказании скорой медицинской помощи, в том числе при доставке в стационар, не требуется обязательное наличие страхового медицинского полиса;

– порядок нумерации карт вызова определяет главный врач, предпочтительнее посуточная нумерация в порядке общей очередности без распределения по бригадам;

– оперативные показатели (время приема, передачи вызова, выезда, прибытия к месту исполнения и возвращения на станцию) в карте вызова должны соответствовать записям в регистрационной документации поста приема-передачи вызовов.

В карте вызова записывается весь объем проведенных лечебных мероприятий с обязательным указанием процентного содержания, объема и способа введения лекарственных препаратов, использованных расходных медицинских материалов (бинтов, шин и т. д.), инфузионных одноразовых систем и т. д.

Сведения о взятии и доставке лабораторных материалов, о передаче информации в ОВД и о регистрации заболевания в Госсанэпиднадзоре также отражаются в карте вызова.

Записываются данные о способе транспортировки, о вызове в помощь других бригад.

Помимо карты вызова, фельдшерская бригада заполняет с опроводительные листы. Талоны к ним стационары возвращают на станцию.

Возвратные талоны используются для контроля за качеством выполнения вызовов.

В карте вызова обязательно отмечается пофамильно медицинский персонал бригады, выполнившей вызов. Эти сведения используются также и для контроля трудовой дисциплины, а в спорных случаях – для обоснования размеров оплаты труда.

Все сведения карты вызова имеют юридическое значение.

## ИНФЕКЦИОННЫЕ И ПАРАЗИТАРНЫЕ БОЛЕЗНИ (МКБ-10, КЛАСС 1)

В практике фельдшера скорой помощи имеют значение неотложные состояния,

осложняющие начальный период и течение острых кишечных инфекций, бактериальных пищевых отравлений, столбняка, дифтерии, менингококковой инфекции и малярии.

Задачами фельдшера являются распознавание жизнеугрожающего синдрома, установление (предположение) его инфекционной этиологии, оказание неотложной помощи, выбор и осуществление оптимального тактического решения, проведение первичных противоэпидемических мероприятий, регламентированных документами Госсанэпиднадзора.

## ОСТРЫЕ КИШЕЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ. ДИАРЕЯ И ГАСТРОЭНТЕРИТ ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНО ИНФЕКЦИОННОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ (A09). БАКТЕРИАЛЬНОЕ ПИЩЕВОЕ ОТРАВЛЕНИЕ (A05.9)

Задачами фельдшера скорой помощи при выполнении вызовов с поводами, содержащими сведения о поносе и рвоте, являются:

- распознавание и постановка первичного диагноза острой кишечной инфекции или бактериального пищевого отравления;
- забор материала для лабораторной диагностики;
- своевременное распознавание и установление степени тяжести гиповолемического (дегидратационного) или смешанного (инфекционно-токсического и дегидратационного) шока и сопутствующих патологических состояний, отягощающих его прогноз и влияющих на объем лечебных мероприятий (см. ниже);
- проведение адекватной регидратации;
- принятие и выполнение правильного тактического решения по клиническим и противоэпидемическим показаниям.

Первичный диагноз острой кишечной инфекции должен быть установлен на основании клинических симптомов и данных эпиданамнеза до получения результатов лабораторных, инструментальных и других методов исследования. Забор материала у больного острой кишечной инфекцией осуществляется до начала этиотропного лечения и возлагается на фельдшера (а также врача), поставившего первичный диагноз острой кишечной инфекции.

Забор испражнений (при невозможности – прямокишечных мазков) производится в пробирки с глицериновой смесью или полужидкой средой Кери – Блера. Рвотные массы, промывные воды желудка, остатки пищи собирают в стерильную посуду с фиксированной крышкой.

Комплектование станций (отделений, подстанций) скорой медицинской помощи пробирками с диагностическими средами и стерильной посудой для сбора материала осуществляют территориальные органы Госсанэпиднадзора по заявкам учреждений скорой помощи.

Материал для бактериологического исследования доставляют в лабораторию в срок не позднее двух часов после их взятия, в защитной таре, исключающей нарушение целостности пробирок и банок; в направлении указывают адрес и паспортные данные больного, характер материала, дату и время взятия анализа, фамилию фельдшера. В карте вызова делают запись о заборе материала на исследование.

Во избежание недоразумений технически целесообразно сдачу материала в бактериологическую лабораторию удостоверить подписью ответственного сотрудника лаборатории и ее штампом с указанием времени и даты приема-сдачи анализа. При

невозможности своевременной доставки материала или его приема в лаборатории в соответствии с расписанием ее работы материал может храниться в холодильнике до 12 ч.

Повод к вызову и жалобы:

- понос, рвота; понос, рвота, боли в животе;
- лихорадка, жидкий стул; жидкий стул, плохое самочувствие («плохо»).

В вызове может содержаться информация о связи желудочно-кишечного расстройства с условиями питания, в том числе с общественным питанием, характером принятой пищи, о семейном или групповом характере заболевания.

Диагностика:

- боль в животе;
- понос, характер и частота стула, тенезмы, примесь крови;
- анамнез заболевания;
- эпиданамнез, контакты с больными острой кишечной инфекцией, связь диспепсии с подозрительной пищей, наличие информации органов санэпиднадзора об эпидобстановке в месте выполнения вызова;
- гипертермия, субфебрилитет;
- тахикардия;
- гипотония;
- признаки гиповолемического шока (табл. 1) – ухудшение показателей гемодинамики на фоне интенсификации диспептических расстройств (прогрессирующей дегидратации);

## Таблица 1

Диагностика гиповолемического (дегидратационного) шока

- распознавание инфекционно-токсического шока: ухудшение гемодинамики (выраженная тахикардия, гипотония) без проявлений или при слабых проявлениях дегидратации (отсутствие или однократная рвота, жидкий стул менее 10 раз в сутки);
- распознавание смешанного шока: гемодинамические расстройства на фоне дегидратации I степени тяжести;
- достоверное исключение острой хирургической патологии органов брюшной полости и острого инфаркта миокарда.

Диагноз ставится на основании характерных симптомов с обязательным учетом данных эпиданамнеза и эпидинформации (при ее наличии) в примерной формулировке:

«Диарея (инфекционная)», либо

«Острый гастроэнтерит (энтероколит), предположительно инфекционный».

При соответствующем эпиданамнезе (связь заболевания с употреблением в пищу недоброкачественных продуктов или блюд, приготовленных с нарушениями кулинарной технологии и др.) формулировка: «

Бактериальное пищевое отравление ».

Скорая медицинская помощь – регидратация в объеме расчетной потери жидкости (см. табл. 1):

а) промывание желудка 2 % раствором питьевой соды;

б) медленное питье небольшими глотками 1 л теплой воды (38 – 40 °С) с 20 г глюкозы (пищевого сахара); 3,5 г натрия хлорида (поваренной соли); 2,5 г натрия гидрокарбоната (питьевой соды); 1,5 г калия хлорида. Для этой же цели можно использовать инфузионный полиионный раствор с добавлением 40 %-ной ампулированной глюкозы и (при необходимости) 10 %-ного ампулированного калия хлорида<sup>1</sup>;

в) инфузионная регидратация полиионным раствором, обогащенным 20 – 40 мл 40 % раствора глюкозы со скоростью 100 – 120 мл в минуту до нормализации пульса и стабилизации АД на рабочем уровне с последующим переходом на капельную инфузию в объеме, соответствующем сроку доставки в стационар.

Не применять кардиотоники. Снижение АД при гидремической реакции определено сокращением объема циркулирующей крови, на восполнение которого должна быть направлена патогенетическая терапия. Прямое фармакологическое воздействие, направленное на повышение сосудистого тонуса и усиление силы сердечных сокращений, патогенетически не целесообразно.

При судорогах, не проходящих при регидратации:

– седуксен 0,5 % раствор 4 – 6 мл внутривенно:

– натрий оксibuтират 20 % раствор 20 – 30 мл внутривенно.

После стабилизации гемодинамики:

– лазикс 1 % раствор 4 – 6 мл внутривенно.

Тактические мероприятия:

1. Экстренная доставка в стационар по следующим показаниям:

1) клинические показания:

а) дегидратационный, инфекционно-токсический шок, тяжелое состояние, состояние средней тяжести;

б) острая кишечная инфекция и пищевая бактериальная интоксикация у резко ослабленных и отягощенных сопутствующими заболеваниями лиц;

2) эпидемиологические показания:

а) острое кишечное заболевание у работников пищевых предприятий;

б) невозможность обеспечить противоэпидемический режим по месту выполнения вызова.

2. Регистрация случая заболевания в учреждении санэпиднадзора.
3. Доставка материала в лабораторию на исследование (см. выше).
4. При отказе больного от доставки в стационар и оставлении его на месте выполнения вызова, по месту жительства – передача активного вызова в амбулаторно-поликлиническое учреждение в тот же день с учетом расписания его работы. В нерабочие дни – активное посещение бригады скорой помощи для обеспечения динамического медицинского наблюдения.

## БОТУЛИЗМ (A05.1)

Ботулизм – токсико-инфекционное, чаще групповое заболевание, обычно связано с употреблением продуктов домашнего и промышленного консервирования.

Инкубационный период длится от нескольких часов до двух недель и более.

Заболевание начинается картиной острого гастроэнтерита, который сменяется параличом кишечника; в течение суток развивается офтальмоплегический синдром.

Парез и паралич дыхательной мускулатуры приводит к острой дыхательной недостаточности и наряду с остановкой сердца служит причиной смерти.

Поводы к вызову и жалобы:

- отравление консервами (грибами, соком, рыбой и т. д.);
- рвота, понос;
- двоение в глазах;
- удушье и др.

Диагностика.

Анамнез : групповое либо индивидуальное употребление копченостей, несвежей или некачественно консервированной, чаще в домашних условиях, пищи, в том числе мяса, рыбы, овощной икры, грибов, соков, компотов и т. д.

Последовательное появление симптомокомплексов:

- тошнота, рвота, понос;
- запор, сменяющий острый гастроэнтерит;
- офтальмоплегический синдром: диплопия, двусторонний мидриаз с вялой фотореакцией, спонтанный вертикальный и горизонтальный нистагм;
- дисфагия, дисфония, гнусавость (парезы и параличи мышц мягкого нёба, глотки, гортани);
- нормотермия или субфебрилитет;
- умеренные тахикардия и гипотензия;
- внезапное (субъективно для больного) развитие острой дыхательной недостаточности:

тахипноэ (36 дыханий в минуту и чаще), влажная гиперемия кожных покровов, испуг, поиск удобной позы для включения в акт дыхания вспомогательной мускулатуры.

Диагноз ставится на основании характерного анамнеза и смены симптомов во времени при достоверном исключении острого нарушения мозгового кровообращения и острых отравлений экзогенными ядами в формулировке:

«Ботулизм» с введением в диагноз основного осложнения при его наличии, например

«Ботулизм.

Острая дыхательная недостаточность» .

Скорая медицинская помощь:

– зондовое промывание желудка теплой водой с отбором проб на лабораторные исследования, затем 2 % раствором натрия гидрокарбоната (пищевой соды), чреззондовое введение 30 – 50 г сернокислой магнезии в двух стаканах воды перед извлечением зонда;

– внутривенная капельная инфузия кристаллоидного раствора (0,9 % раствор натрия хлорида, дисоль, трисоль и др.)<sup>2</sup>.

– лазикс (фуросемид) 1 % раствор 4 – 8 мл внутривенно (внутривенно капельно в инфузионную систему);

– ИВЛ методом тугий маски при острой дыхательной недостаточности.

Тактические мероприятия:

1. Экстренная доставка в многопрофильный (инфекционный) стационар с отделением реанимации.
2. При развитии острой дыхательной недостаточности вызов в помощь реанимационной, при ее отсутствии – врачебной линейной бригады.
3. Доставка проб промывных вод, рвотных масс и остатков пищи с направлением на исследование в лабораторию.
4. Регистрация случая заболевания в территориальном отделении санэпиднадзора.

## СТОЛБНЯК (A35)

Столбняк – инфекция, осложняющая открытые повреждения (раны, ожоги, отморожения) при внесении промышленной или почвенной грязи; у новорожденных входными воротами может служить плохо обработанная пупочная рана.

Инкубационный период от 1 до 30 дней, обычно 3 – 21 день, крайне редко – до 1 года.

Продромальные явления – общее недомогание, по степени тяжести не соответствующее малому объему травматических повреждений, и (главное!) – парестезии кожи и гипертонус мышц в области раны.

В разгаре заболевания – генерализованный судорожный синдром с вовлечением в процесс дыхательной мускулатуры и высокой вероятностью смерти от удушья.

Повод к вызову и жалобы – локальные или генерализованные судороги с упоминанием о загрязненной ране; в поводе к вызову сведения о ране могут отсутствовать.

Диагностика.

Продромальный период:

- слабость, потливость;
- парестезии, гипертонус, тонические судороги мышц в области раны (входных ворот инфекции).

Период разгара заболевания:

- сознание сохранено, не изменено;
- тризм жевательной и тонический спазм мимической мускулатуры («сардоническая улыбка»);
- распространение тонического напряжения на мышечные группы конечностей и туловища и развитие опистотонуса;
- приступы клонических судорог при незначительных внешних раздражителях (свет, шорох, прикосновение);
- потливость;
- тахикардия;
- задержка моче- и каловыведения;
- вовлечение в судорожный процесс межреберных мышц и диафрагмы с возникновением острой асфиксии и летальным исходом.

Диагноз ставится на основании перечисленных симптомов с учетом наличия открытого повреждения в анамнезе, факта сохраненного сознания после исключения других патологических состояний и заболеваний с судорожным синдромом (острое отравление, бешенство и др.) в примерной формулировке:

«Столбняк» (с указанием фазы развития процесса – продромальная, период разгара).

Скорая медицинская помощь:

- аминазин 2,5 % раствор – 2 мл, промедол 2 % раствор – 1 мл, димедрол 1 % раствор – 2 мл внутримышечно;
- скорую медицинскую помощь в период разгара оказывает реанимационная бригада с использованием миорелаксантов и с переводом на ИВЛ.

Тактические мероприятия. В продромальный период – экстренная доставка больного в многопрофильный стационар с отделением реанимации и интенсивной терапии.

В период разгара – вызов в помощь реанимационной, в ее отсутствие – линейной врачебной бригады и действия по указанию врача.

ДИФТЕРИЯ (А36)

Дифтерия – токсикоинфекция, передающаяся воздушно-капельным, пищевым и контактным путем.

Характерным признаком дифтерии служит образование пленок, оставляющих после снятия кровотока осадочный след. Пленки тонут в воде («водяная проба») и не крошатся при растирании на твердой поверхности. Различают локализованные формы с поражением ротоглотки, гортани, носовых ходов, глаз, ран и токсические, осложненные отеком, геморрагическим синдромом, миокардитом, острой дыхательной недостаточностью, инфекционно-токсическим шоком.

Поводы к вызову и жалобы:

- боль в горле («больно глотать», «ангина»), лихорадка;
- лихорадка, удушье («задыхается»), отек шеи;
- лихорадка, боль в носу, глазах, гнойные выделения из глаз, наружных носовых ходов;
- удушье и расстройство глотания у переболевшего дифтерией с упоминанием о сроке давности перенесенного заболевания до 6 – 8 недель.

Диагностика. На текущий период диагностика регламентирована федеральным стандартом.

Эпиданамнез – контакт с больным дифтерией; пребывание в районе (прибытие из района), неблагополучном по дифтерии.

Симптомокомплексы:

1. Локализованные формы.

Дифтерия ротоглотки:

- гипертермия или субфебрилитет;
- гиперемия слизистой ротоглотки;
- отек, пленчатые наложения (см. выше) в области миндалин и дужек;
- подчелюстной и шейный лимфаденит.

Дифтерия гортани, дыхательная недостаточность:

- осиплость голоса;
- кашель сухой или с отхаркиванием пленок в мокроте;
- одышка, затруднен вдох;
- вынужденное положение (сидя с запрокинутой головой и развернутыми и отведенными назад надплечьями).

Дифтерия носа – слизисто-сукровичные выделения из носовых ходов; пленчатые наложения на перегородке носа (риноскопия).

Дифтерия глаз – гнойный блефароконъюнктивит; пленка на конъюнктиве одного или обоих век (фибринозно-гнойный блефароконъюнктивит, одно-, двусторонний).

Дифтерия раны – фибринозно-гнойное воспаление раневой поверхности любой локализации.

## 2. Токсические формы:

- гипертермия и общая интоксикация – головная боль, озноб, слабость, повторная рвота;
- диффузная гиперемия и тотальный отек ротоглотки;
- выход пленчатых наслоений за пределы миндалин и дужек;
- отек шеи до ключиц с переходом на грудную клетку, отек лица;
- геморрагический синдром;
- стеноз гортани, афония, асфиксия.

## 3. Осложненные формы:

Дифтерийный круп с развитием острой дыхательной недостаточности:

I стадия – «лающий» кашель, осиплость голоса;

II стадия – «пилящее» дыхание, афония, вынужденное положение с включением вспомогательной дыхательной мускулатуры с отведенными назад надплечьями и запрокинутой головой, одышка на вдохе;

III стадия – асфиксия, психомоторное возбуждение с исходом в кому, тахикардия, гипертензия с переходом в гипотензию.

Дифтерийный полирадикулоневрит на 6 – 8-й нед. заболевания с относительно благоприятным течением у больных, не получивших противодифтерийную сыворотку. Исход – острая дыхательная недостаточность.

Признаки: поперхивание, дисфагия, «провисание» – парез и паралич мягкого нёба, фиксация мускулатуры верхнего плечевого пояса для обеспечения дыхания.

Инфекционно-токсический шок – тахикардия, критическое снижение температуры тела, падение артериального давления.

Диагноз ставится при наличии одного или нескольких вышеперечисленных симптомов или подозрительного на заболевание дифтерией состояния с учетом эпиданамнеза в формулировке: «

Дифтерия » (с возможным указанием формы – токсической или локализованной с определением локализации инфекционного процесса), например «

Дифтерия гортани ».

Скорая медицинская помощь:

- специфическое лечение дифтерии на догоспитальном этапе не проводится;
- при асфиксической фазе крупа – трахеостомия (интубация трахеи);
- при полирадикулоневрите с расстройством и остановкой дыхательных движений – ИВЛ тугой маской или путем интубации трахеи;

– при инфекционно-токсическом шоке – полиглюкин (реополиглюкин) с преднизолоном (90 – 120 мг) внутривенно капельно при субкомпенсированном шоке или струйно до эффекта стабилизации гемодинамики при декомпенсированном шоке с переходом на капельную инфузию<sup>3</sup>. При отсутствии эффекта стабилизации гемодинамики – 5 мл (200 мг) допамина на 200 мл 5 % раствора глюкозы внутривенно;

– взятие сухим стерильным тампоном из гигроскопической ваты на металлической (стеклянной) палочке в сухую стерильную пробирку с пораженных участков на границе налетов мазка – материала на бактериологическое исследование. Кроме того, материал всегда берется из ротоглотки и носа, а при дифтерии редких локализаций – дополнительно из патологических очагов (глаз, ран, влагалища и т. д.).

Тактические мероприятия:

1. Экстренная доставка в инфекционный стационар лежа на носилках. При нарушениях дыхательной деятельности – полусидячее положение. При инфекционно-токсическом шоке – с приподнятым ножным концом носилок.
2. При острой дыхательной недостаточности вызов в помощь реанимационной (при ее отсутствии – линейной врачебной) бригады.
3. При отказе от госпитализации обеспечение динамического врачебного наблюдения путем срочной передачи активного вызова в поликлинику в часы ее работы, в нерабочие дни поликлиники – активное посещение врачебной бригады скорой медицинской помощи.
4. Доставка в бактериологическую лабораторию материала на исследование с направлением не позднее трех часов с момента забора материала.
5. Регистрация случая заболевания в территориальном отделении санэпиднадзора.

## МЕНИНГОКОККОВАЯ ИНФЕКЦИЯ (A39)

Острое инфекционное заболевание, протекающее в виде назофарингита, менингококкового сепсиса (менингококцемии) и менингита. Менингит может быть первичным, в первую очередь менингококковым, когда поражаются только мозговые оболочки, и вторичным – как осложнение какого-либо инфекционного заболевания – пневмонии различной этиологии, гнойной инфекции любой локализации, в том числе послеродовой инфекции половых путей, вирусной инфекции, например гриппа, ветряной оспы, инфекционного паротита и т. д. Источник менингококковой инфекции – только больной человек. Инкубационный период от 1 до 10 дней. В диагностическом плане заболевания со сходной клинической картиной на догоспитальном этапе следует расценивать как проявление менингококковой инфекции и этим определять объем скорой помощи и тактическое решение.

Повод к вызову и жалобы:

- лихорадка, боль в горле, сыпь;
- лихорадка, головная боль, рвота, судороги;
- лихорадка, бред, отсутствие сознания.

Диагностика:

– эпиданамнез: контакт по менингиту, а также по гриппу, инфекционному паротиту, ветряной оспе или отсутствие сведений о контакте;

– гипертермия;

– слизисто-гнойное воспаление глотки и носовых ходов (назофарингит).

Основные виды проявления менингококковой инфекции характеризуются следующими признаками:

1.

Менингококцемия:

– геморрагическая, петехиальная, розеолезно-папулезная сыпь, появляющаяся в срок от 5 до 48 ч от начала заболевания, исчезающая в течение 4 – 8 дней;

– сливная геморрагическая сыпь с некрозом и язвами;

2.

Менингит:

– головная боль;

– рвота;

– ригидность затылочных мышц, симптомы Кернига, Брудзинского;

– вынужденное положение на боку с запрокинутой головой и приведенными к животу коленями;

– психомоторное возбуждение, бред, помрачение сознания.

Менингит может развиваться на фоне менингококцемии, но может опередить ее развитие. В этом случае кожные высыпания появляются на фоне выраженных менингеальных симптомов.

3.

Инфекционно-токсический шок – признаки менингококцемии и менингита обычно выражены, но могут отсутствовать, т. е. заболевание начинается сразу инфекционно-токсическим шоком:

а) компенсированный инфекционно-токсический шок:

– гиперемия кожи;

– гипертермия;

– психомоторное возбуждение;

– АД на индивидуальном («рабочем») уровне;

– умеренная одышка;

б) субкомпенсированный инфекционно-токсический шок:

– бледность кожных покровов;

- критическое падение температуры до субфебрильных и даже нормальных и субнормальных значений;
- адинамия и заторможенность на смену психомоторному возбуждению;
- тахикардия;
- АД без существенной динамики или незначительно снижено;
- одышка;

Примечание: динамика объективных показателей создает иллюзию улучшения (!).

в) декомпенсированный инфекционно-токсический шок:

- цианоз;
- гипотермия;
- адинамия, нарушение и утрата сознания, сопор, кома, судороги;
- падение АД до критического уровня, систолическое АД 100 – 70 мм рт. ст., диастолическое не определяется;
- нарушение ритма дыхания.

Диагноз ставится с учетом эпиданамнеза при наличии перечисленных симптомов в примерных формулировках:

«Менингококковая инфекция» с уточнением формы и тяжести процесса и наличия осложнений, например:

«Менингококковая инфекция, менингококковый назофарингит» или

«Менингококковая инфекция, менингококковый сепсис», или

«Менингококковая инфекция, инфекционно-токсический шок» (с указанием степени тяжести).

При отсутствии четкой нозологической симптоматики, при эпиданамнезе с контактом не по менингококковой инфекции, а также при не вызывающем сомнения нозологическом диагнозе основного заболевания, осложнившегося вышеприведенной клинической картиной, диагностические сомнения все же целесообразнее трактовать в пользу менингококковой инфекции и этим определять лечебно-тактическое решение, которое во всех перечисленных случаях примерно одинаково.

Скорая медицинская помощь при установленном диагнозе менингококковой инфекции:

- левомицетин-сукцинат натрия в дозе 25 мг на 1 кг массы тела;
- фуросемид (лазикс) 1 % раствор 2 – 4 мл внутримышечно.

Кроме того:

- а)
- при гипертермии:
  - анальгин 50 % раствор и димедрол 1 % раствор по 2 мл внутримышечно;

б)

при возбуждении и судорогах:

- седуксен (аналоги) 0,5 % раствор 2 – 4 мл внутримышечно (внутривенно);
- магния сульфат 25 % раствор 10 мл внутримышечно или
- натрий оксибутират 20 % раствор 10 мл внутривенно;

в)

при инфекционно-токсическом шоке дополнительно:

- инфекционно-токсический шок компенсированный – не требуются;
- инфекционно-токсический шок субкомпенсированный – полиглюкин 400 мл, преднизолон 90 – 200 мг (гидрокортизон 125 – 250 мг) внутривенно капельно;
- инфекционно-токсический шок декомпенсированный – полиглюкин, преднизолон внутривенно струйно до стабилизации АД на уровне систолического – 100 мм рт. ст. с последующим переходом на капельную инфузию; при отсутствии эффекта стабилизации гемодинамики – допамин 5 мл (200 мг) на 200 мл 5 % раствора глюкозы внутривенно.

Тактические мероприятия:

1. Экстренная доставка больного в инфекционный стационар.
2. Регистрация случая заболевания в территориальном отделении санэпиднадзора.

#### МАЛЯРИЯ. КЛИНИЧЕСКИ ДИАГНОСТИРОВАННАЯ МАЛЯРИЯ БЕЗ ПАРАЗИТОЛОГИЧЕСКОГО ПОДТВЕРЖДЕНИЯ (B54)

Малярия – острая протозойная инфекция, передается через укус малярийного комара, возможно заражение при гемотрансфузии через кровь инфицированного донора.

По особенностям клинического течения в соответствии с видом возбудителя различают:

- 3-дневную малярию с короткой инкубацией (10 – 20 дней) и продолжительностью приступа 6 – 8 ч;
- 3-дневную малярию с длительной инкубацией (8 – 14 мес.) и той же длительностью приступа;
- 4-дневную малярию, инкубационный период 14 – 25 дней, продолжительность приступа 14 – 24 ч;
- тропическую малярию, инкубационный период 9 – 16 дней, длительность приступа 36 ч.

К группам населения повышенного риска по малярии относятся жители эндемичных районов РФ и мигранты из этих районов;

лица, прибывающие из стран СНГ, эндемичных по малярии; а также из Юго-Восточной Азии, Африки, Центральной и Южной Америки. Информацию по эндемичности представляет

Госсанэпиднадзор. Течение малярии осложняет кома, острая почечная недостаточность, гемоглинурийная лихорадка, разрыв селезенки.

Повод к вызову и жалобы:

– высокая лихорадка, озноб («трясет»), иное изложение существа триады «жар – пот – озноб».

Диагностика:

– приступ лихорадки в динамике – потрясающий озноб, «гусиная кожа», цианоз, рвота, затем чувство жара, гипертермия, психомоторное возбуждение, судороги, сопор, кома; сопутствуют боли в левом и правом боку в результате набухания селезенки и печени;

– длительность приступа соответствует форме малярии (см. выше). Приступ завершается критическим падением температуры тела до субнормальных цифр, проливным потом, резким улучшением самочувствия, слабостью и сном больного;

– гипо- и анурия на фоне гипотензии и гипотермии (озноба, жара, пота), психомоторного возбуждения, сопора и комы, что служит признаком развития острой почечной недостаточности;

– желтуха и темно-коричневая моча на фоне сопора и комы, что является признаком гемоглинурийной лихорадки, вызванной массивным гемолизом в результате лечения хинином, сульфаниламидами, ацетилсалицилатами, т. е. противомаларийными, антимикробными и жаропонижающими препаратами.

При неясном диагнозе

подозрительными на малярию следует считать больных:

– температуращих и жалующихся на недомогание и озноб, прибывших из эндемичных по малярии районов РФ, ближнего и дальнего зарубежья, в том числе беженцев и мигрантов;

– температуращих с неустановленным диагнозом в эпидсезон малярии в течение двух дней, а в межсезонье – пяти дней;

– с периодическими подъемами температуры, несмотря на лечение, соответствующее установленному диагнозу (не малярии);

– реципиентов с гипертермией после донорской гемотрансфузии в течение 3 мес.;

– с гипертермией, в том числе соотнесенной с конкретным диагнозом при наличии в анамнезе малярии, перенесенной в течение последних 3 лет;

– с увеличенной печенью, селезенкой, анемией неясной этиологии, желтушностью склер и кожных покровов.

У больных с симптомами малярии и у всех подозрительных на малярию лиц обязательно взятие препаратов крови на анализ в виде толстой капли и тонкого мазка в количестве не менее 2 (лучше 3 – 5) препаратов каждого с оформлением направления и срочной доставкой в лабораторию дежурного стационара (амбулаторно-поликлинического учреждения, учреждения санэпиднадзора). Выбор лаборатории определяется приказом территориального органа управления здравоохранения.

Диагноз ставится на основании выявления перечисленных симптомов и эпиданамнеза в примерной формулировке:

«Малярия (клинически диагностированная)» с указанием осложнения (кома, острая почечная недостаточность, гемоглинурийная лихорадка, разрыв селезенки).

При неясном диагнозе и при перечисленных выше особенностях —

«Подозрение на малярию» .

Скорая медицинская помощь:

а)

при малярийной коме:

– глюкоза 5 % раствор внутривенно капельно с добавлением преднизолона 60 мг (гидрокортизона 250 мг)5;

– панангин 10 мл внутривенно;

– лазикс (фуросемид) 1 % раствор 1 мл внутривенно;

– магния сульфат 25 % раствор 10 мл внутримышечно.

б)

при острой почечной недостаточности и гемоглинурийной лихорадке:

– немедленная отмена препаратов, вызывающих гемолиз;

– грелки к пояснице;

– натрия бикарбонат 4 % раствор (при его отсутствии полиионный раствор или изотонический раствор натрия хлорида) внутривенно капельно с добавлением эуфиллина 2,4 % раствора 10 мл и лазикса 1 % раствора 4 – 6 мл.

Противопоказаны: слабительные, психотропные средства, транквилизаторы, а также промывание желудка.

Тактические мероприятия:

1. Экстренная доставка больного в инфекционный стационар.

2. Экстренная доставка препаратов крови в лабораторию с записью в карте вызова о взятии крови на анализ и отметкой ответственного лица лаборатории о приеме препаратов. Заслуживает внимания принятая в некоторых регионах система доставки больных (при их отказе от госпитализации) в дежурную лабораторию для взятия крови на анализы силами опытных лаборантов.

3. Экстренное извещение территориального отделения санэпиднадзора, можно по телефону, с обязательной эпинформацией, подробно записанной в карте вызова.

**БОЛЕЗНИ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ, РАССТРОЙСТВА ПИТАНИЯ И НАРУШЕНИЯ ОБМЕНА ВЕЩЕСТВ (МКБ-10, КЛАСС 4). САХАРНЫЙ ДИАБЕТ С КОМОЙ (E10.0)**

Неотложные состояния при сахарном диабете представлены гипогликемической и

диабетической комой. Выделение в диабетической коме кетоацидотической и гиперосмолярной комы выходит за пределы профессиональной компетенции фельдшера скорой помощи.

## ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКАЯ КОМА (E10.0)

Гипогликемическая кома – острая нехватка глюкозы в организме, приводящая к острому нарушению функции мозга и сердечно-сосудистой системы, в первую очередь мозгового и коронарного кровообращения с неблагоприятным прогнозом.

Непосредственной причиной развития гипогликемической комы служат нарушения ритма питания или отказ в приеме пищи на фоне систематической инсулинотерапии сахарного диабета, а также передозировка препаратов, снижающих уровень сахара крови.

Острую гипогликемию провоцируют и усугубляют алкогольное опьянение, психоэмоциональная и физическая перегрузки, особенно на фоне приема салицилатов, бета-адреноблокаторов, хронической почечной недостаточности.

Поводы к вызову и (при сохраненном сознании) жалобы: ухудшение самочувствия, бред, судороги, потеря сознания у страдающего диабетом.

В поводе к вызову информация о диабете может отсутствовать, особенно при поступлении вызова из общественного места, в том числе из милиции.

Диагностика: сведения от больного (окружения) о заболевании сахарным диабетом, по возможности о его типе (инсулинозависимым, инсулинонезависимым), характере систематической терапии, режиме питания, времени последнего приема пищи и антидиабетических средств.

### Оценка симптомов

в динамике развития коматозного состояния :

- чувство голода без жажды (!);
- тревожное беспокойство;
- головная боль;
- повышенная потливость;
- возбуждение, дезориентировка, оглушенность;

Возбужденный и дезориентированный больной производит на окружающих впечатление пьяного, что служит поводом для вмешательства в ситуацию милиции вплоть до задержания его и помещения в дежурную часть, откуда и поступает вызов скорой помощи.

- утрата сознания, судороги;
- отсутствие симптомов гипергликемии (сухости кожных покровов и слизистых, снижения тургора кожи, «мягкости» глазных яблок, запаха ацетона изо рта);
- быстрый положительный эффект от внутривенного вливания глюкозы 40 % раствора – 40 – 60 мл.

Задержка с оказанием скорой медицинской помощи в связи с поздним обращением или задержкой прибытия бригады ведет к тяжелой запредельной коме с арефлексией, гипотензией и неблагоприятным прогнозом, несмотря на глюкозотерапию.

Диагноз ставится на основании вышеприведенных симптомов в примерной формулировке:

«Сахарный диабет, гипогликемическая кома» .

При отсутствии убедительных данных за наличие сахарного диабета и невозможности установить причину развития коматозного состояния допустима формулировка:

«Кома неясного генеза» с оценкой состояния по шкале мозговых ком (см. табл. 6. с. 176).

Скорая медицинская помощь:

– глюкоза 40 % раствор 40 – 60 мл внутривенно, струйно.

При отсутствии эффекта:

– глюкоза 40 % раствор 40 мл повторно внутривенно;

– кальция хлорид 10 % раствор 10 мл внутривенно;

– адреналин 0,1 % раствор 0,5 – 1 мл подкожно (при отсутствии противопоказаний);

– при улучшении самочувствия – сладкое питье с хлебом (для предотвращения рецидива).

Тактические мероприятия:

1. Доставка в стационар при впервые возникшем гипогликемическом состоянии, при возникновении гипогликемии в общественном месте, а также при безуспешности мероприятий скорой медицинской помощи. В зависимости от состояния – на носилках или пешком.

2. При успешном купировании гипогликемического состояния передача активного посещения в поликлинику в тот же день в соответствии с режимом ее работы, выполнение активного врачебного вызова в выходные дни работы поликлиники.

## ГИПЕРГЛИКЕМИЧЕСКАЯ (ДИАБЕТИЧЕСКАЯ) КОМА (E10.0)

Гипергликемическая (диабетическая) кома – результат резкого снижения усвоения глюкозы тканями организма. Выделение в диагнозе кетонемической, гиперосмолярной, гиперлактацидотической комы в практике фельдшерской бригады не имеет значения, так как не влияет на объем лечебных мероприятий и тактическое решение.

Повод к вызову и жалобы:

– ухудшение самочувствия («плохо диабетiku»), рвота, потеря сознания у страдающего диабетом (в поводе к вызову обычно присутствует информация о сахарном диабете).

Диагностика: учет сведений от больного (окружения) о сахарном диабете, характере систематической сахароснижающей терапии, предшествовавших ухудшению состояния травмах, операциях, инфекционных заболеваний и т. д.

В течение нескольких дней, предшествовавших вызову скорой помощи:

- вялость, крайняя утомляемость, потеря аппетита;
- неукротимая рвота, развитие признаков обезвоживания – сухость кожи, жажда, частое обильное мочеиспускание;
- снижение АД, боли в сердце, тахикардия;
- адинамия;
- кожа сухая холодная, губы сухие, потрескавшиеся;
- язык малинового цвета с грязно-серым налетом;
- появление в выдыхаемом воздухе запаха ацетона (этот признак отсутствует при гиперосмолярной коме, осложняющей течение сахарного «инсулинонезависимого» диабета);
- сонливость, сопор, кома;
- тонус глазных яблок резко снижен («мягкие» глазные яблоки).

Диагноз ставится на основании перечисленных симптомов и характерной последовательности их проявления в примерной формулировке:

«Диабетическая кома, разрегулированный сахарный диабет» ; при отсутствии данных за сахарный диабет допустима формулировка:

«Кома неясного генеза» с оценкой состояния по шкале мозговых ком Глазго (см. табл. 6, с. 176).

Скорая медицинская помощь – регидратация: натрия хлорид 0,9 % раствор внутривенно капельно со скоростью введения 200 мл за 15 мин с контролем уровня АД и самостоятельного дыхания (опасность отека мозга при избыточно быстром темпе регидратации).

Тактическое решение: экстренная доставка в реанимационное отделение многопрофильного стационара, минуя приемное отделение. На носилках. Лежа.

## ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА И РАССТРОЙСТВА ПОВЕДЕНИЯ (МКБ-10, КЛАСС 5)

### ПСИХИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО БЕЗ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ УТОЧНЕНИЙ (F99)

Скорая медицинская помощь больным с психическими расстройствами и расстройствами поведения регламентирована Законом РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».

Психиатрическая помощь включает в себя обследование психического здоровья граждан по основаниям и в порядке, установленным этим законом и другими законами РФ, диагностику психических расстройств, лечение, уход и медико-социальную реабилитацию лиц, страдающих психическими расстройствами. Психиатрическая помощь лицам, страдающим психическими расстройствами, гарантируется государством и осуществляется на основе

принципов законности, гуманности и соблюдения прав человека и гражданина (раздел 1, ст. 1). Закон оговаривает добровольность обращения за психиатрической помощью и ее оказание с согласия больного или его законного представителя в случаях несовершеннолетия (возраст до 15 лет) или недееспособности, признанной в установленном законом порядке.

Ограничение прав и свобод лиц, страдающих психическими расстройствами, только на основании психиатрического диагноза, фактов нахождения под диспансерным наблюдением, в психиатрическом стационаре либо в психоневрологическом учреждении для социального обеспечения или обучения, не допускается. Должностные лица, виновные в подобных нарушениях, несут ответственность в соответствии с законодательством РФ и республик в составе РФ.

Требование представления сведений о состоянии психического здоровья допускается лишь в случаях, установленных законом РФ № 3185-1 от 02.07.1992 г. «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (ст. 8). Сведения о наличии у гражданина психического расстройства, фактах обращения за психиатрической помощью и лечения в учреждении, оказывающем такую помощь, а также иные сведения о состоянии психического здоровья являются врачебной тайной, охраняемой законом (ст. 9).

Неотложная психиатрическая помощь лицам, страдающим психическими расстройствами, гарантируется государством (ст. 16), которое с этой целью создает все виды учреждений, оказывающих внебольничную и стационарную медицинскую помощь, по возможности по месту жительства.

Психиатрическую помощь оказывают получившие на это разрешение психиатрические и психоневрологические учреждения и частнопрактикующие врачи-психиатры, имеющие соответствующие уставные документы и государственные лицензии (ст. 18).

Право на врачебную деятельность по оказанию психиатрической помощи имеет врач-психиатр, получивший высшее медицинское образование и подтвердивший свою квалификацию в порядке, установленном законодательством РФ (ст. 19.1). Иные специалисты и медицинский персонал, участвующие в оказании психиатрической помощи, должны в порядке, установленном законодательством РФ, пройти специальную подготовку и подтвердить свою квалификацию для допуска к работе с лицами, страдающими психическими расстройствами (ст. 19.2).

Установление диагноза психического заболевания, принятие решения об оказании психиатрической помощи в недобровольном порядке либо дача заключения для рассмотрения этого вопроса является исключительным правом врача-психиатра (ст. 20.2). Заключение врача другой специальности о состоянии психического здоровья лица носит предварительный характер и не является основанием для решения вопроса об ограничении его прав и законных интересов (ст. 20.3).

В Законе РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» не поименован фельдшер скорой медицинской помощи. Следовательно, фельдшерская бригада скорой медицинской помощи не может быть направлена на вызов с поводом, указывающим на острое психическое расстройство. Однако фельдшерская бригада может оказаться на вызове у больного, страдающего психическим расстройством и представляющего опасность для окружающих при поводе к вызову, не содержащем об этом какойлибо, даже косвенной, информации. Фельдшерская бригада скорой медицинской помощи может выявить признаки острого психического расстройства у больного (пострадавшего) на вызове с поводом, указывающим на соматическое заболевание или травму.

Во всех случаях фельдшерская бригада скорой медицинской помощи не имеет права

доставлять лиц, страдающих психическими расстройствами, в приемные отделения психиатрических стационаров без консультации и сопровождения врача-психиатра.

Поводы к вызову – сведения о патологических особенностях поведения, высказываниях и намерениях, свидетельствующих об остром психическом расстройстве или обострении психического заболевания.

Особенности действий фельдшера поста приема-передачи вызовов (диспетчера) при приеме вызова к больному с острым психическим расстройством:

- 1) уточнить место нахождения (постоянного проживания) больного;
- 2) по возможности получить информацию о нахождении больного на учете в психоневрологическом или наркологическом диспансере;
- 3) получить информацию об особенностях больного (вооружен, агрессивен, заперся, угрожает самоубийством, избивает окружающих, сексуально агрессивен и пр.);
- 4) передать вызов на исполнение специализированной психиатрической бригаде станции (подстанции, отделения) скорой помощи. При отсутствии в штате специализированной бригады скорой психиатрической помощи порядок выполнения вызовов к больным с острыми психическими расстройствами должен быть регламентирован территориальным органом управления здравоохранения.

Диагностика. О наличии у больного признаков острого психического расстройства могут свидетельствовать:

– действия, представляющие непосредственную опасность для себя и окружающих, в том числе агрессия во вне и аутоагрессия, суицидальные высказывания, включая упорный отказ от пищи, бредовые и галлюцинаторные переживания, импульсивные агрессивные действия, расторможенность влечений с асоциальными тенденциями (садизм, сексуальная агрессивность и т. д.);

– изменения в поведении лиц, достоверно (по учетным данным медицинских учреждений) страдающих психическими заболеваниями, синдромы которых вне обострений не представляют непосредственной личной и общественной опасности, в том числе возникновение острого психомоторного возбуждения с немотивированными действиями и намерениями;

– изменения компрометирующего характера в поведении тех же лиц;

– острые психические расстройства с галлюцинациями и бредом, острое психомоторное возбуждение, осложнившие течение острых и хронических внутренних болезней, инфекционных заболеваний, острых отравлений, абстиненций, острого периода травмы и посттравматических состояний в отдаленном периоде (прежде всего, травм черепа и головного мозга). Симптоматические неотложные состояния, течение которых может осложниться психомоторным возбуждением и психическими расстройствами, приведены в соответствующих разделах руководства.

Диагноз психического расстройства ставится в соответствии с общепринятыми международными стандартами и не может основываться только на несогласии гражданина с принятыми в обществе моральными, культурными, политическими или религиозными ценностями либо на иных причинах, непосредственно не связанных с состоянием его психического здоровья» (ст. 10.1 Закона РФ «О психиатрической помощи...»).

Установление диагноза психического заболевания... является исключительным правом

врача-психиатра (ст. 20.2, там же).

Заключение врача другой специальности о состоянии психического здоровья лица носит предварительный характер и не является основанием для решения вопроса об ограничении его прав и законных интересов (ст. 20.3).

Раздел 4 Закона РФ «О психиатрической помощи...» гласит, что психиатрическое освидетельствование проводится для определения: страдает ли обследуемый психическим расстройством, нуждается ли он в психиатрической помощи, а также для решения вопроса о виде такой помощи (ст. 23.1). Дальнейшие статьи раздела соотносят эти действия только с врачом-психиатром.

Поэтому, в соответствии с Законом РФ «О психиатрической помощи...», фельдшер скорой помощи не имеет права ставить диагнозы «Психическое расстройство» или «Расстройство поведения», которые МКБ-10, класс 5, относит к психиатрии.

На основании изложенного можно рекомендовать фельдшерской бригаде скорой медицинской помощи ограничиться при подобных неотложных состояниях диагнозами в примерных формулировках: «

Острое психомоторное возбуждение » (R45) или «

Галлюцинации » (R44), «

Беспокойство и возбуждение » (R45), «

Странное и необъяснимое поведение » (R46).

При возбуждении, осложнившим внутреннее или инфекционное заболевание, отравление, травму, посттравматический синдром, включить эту формулировку в общий диагноз неотложного состояния.

Скорая медицинская помощь: седуксен (сибазон, реланиум, другие аналоги) 0,5 % раствор 2 – 4 мл внутривенно (внутримышечно) или натрия оксибутират 20 % раствор 10 мл внутривенно.

При осложненном течении внутренних, инфекционных заболеваний, отравлениях и травмах, вызванных острым психомоторным возбуждением, см. соответствующие разделы руководства.

Тактическое решение – вызов в помощь специализированной бригады скорой психиатрической помощи или действия, регламентированные территориальным органом управления здравоохранения.

При наличии у больного острого психомоторного возбуждения с угрожающими намерениями, а также при отсутствии доступа к нему (заперся, находится на крыше и т. д.) – вызов в помощь наряда милиции или противопожарной службы.

## БОЛЕЗНИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ (МКБ-10, КЛАСС 6)

### СУДОРОЖНЫЙ ПРИПАДОК (G40.9)

Судорожный припадок может быть проявлением истинной (врожденной) и симптоматической эпилепсии, следствием травмы и сосудистого заболевания головного мозга, а также симптомом острого отравления, в том числе алкогольной интоксикации, и острой дыхательной недостаточности, острого инфаркта миокарда с фибрилляцией желудочков, эклампсии, столбняка, острого периода черепно-мозговой травмы, острого нарушения мозгового кровообращения, острого перегревания. На догоспитальном этапе установление истинной причины судорожного припадка часто затруднено.

Непосредственную опасность для жизни представляет эпилептический статус (G41) – фиксированное судорожное состояние или серия припадков, повторяющихся через короткие промежутки времени.

Судорожный синдром неэпилептического генеза опасен развитием жизнеугрожающего состояния, вызванного основным (в том числе нераспознанным) заболеванием.

Это в полной мере относится к постсудорожному состоянию, когда судорожный припадок разрешился до прибытия бригады, а также к состоянию судорожной готовности, характерному для ряда нозологий (острые отравления некоторыми ядами, столбняк и др.).

Повод к вызову:

- судороги; приступ эпилепсии; ухудшение самочувствия у эпилептика, судороги;
- потеря сознания, судороги;
- состояние после судорог.

Упоминание о судорогах присутствует во всех поводах к вызову.

Диагностика:

–

клонические судороги – быстрые мышечные сокращения через короткие неравные промежутки времени, местные и генерализованные;

–

тонические судороги – длительные мышечные сокращения, медленно возникающие и долго протекающие;

–

клонико-тонические судороги, общие и местные (генерализованные и локализованные);

–

генерализованный судорожный припадок сопровождается утратой сознания, пеной изо рта, прикусом языка, аритмией;

–

постсудорожное состояние – дезориентация, сопор, сон, кома, мидриаз, гипертермия, тахикардия, брадикардия, головная боль, гипертензия.

Отсутствие свежего прикуса языка или следов (рубцов) прикуса чаще свидетельствует о

неэпилептической причине судорог, а именно: заболевании сердца, острой дыхательной недостаточности, остром нарушении мозгового кровообращения, черепно-мозговой травме.

Сохранение сознания при одиночных и серийных местных и генерализованных судорогах более характерно для некоторых форм отравлений (например, стрихнином) и инфекционных поражений нервной системы (ботулизм, столбняк).

Диагноз ставится на основании наблюдения судорожного припадка, состояния сознания и характера поведения больного в одной из следующих формулировок:

«Судорожный припадок» или

«Состояние после судорог (со слов)» . При наблюдении фиксированного судорожного состояния или серии припадков:

«Эпилептический статус» .

Скорая медицинская помощь:

– профилактика травм во время приступа;

– обеспечение проходимости верхних дыхательных путей (ввести роторасширитель, удалить инородные тела, в том числе зубные протезы, из полости рта);

– противосудорожная терапия – седуксен (аналоги) 0,5 % раствор 2 – 4 мл внутримышечно или в разведении 10 мл натрия хлорида 0,9 % раствора внутривенно;

при отсутствии эффекта:

– натрия оксибутират 20 % раствор – 10 мл внутривенно медленно;

– дегидратационная (противоотечная) терапия – фуросемид (лазикс) 1 % раствор 2 мл в разведении 10 – 20 мл глюкозы 40 % раствора или (при опасности сахарного диабета) натрия хлорида 0,9 % раствора внутривенно;

– при головной боли и гипертермии – анальгин 50 % раствор – 2 мл или баралгин 5 мл, или трамал 100 – 200 мг внутримышечно (внутривенно);

– при гипертензии, тахи- и брадиаритмиях, эклампсии, острых отравлениях (см. соответствующие разделы руководства).

Тактические мероприятия:

1. Доставка в стационар в следующих случаях:

1) судорожный припадок в общественном месте;

2) судорожный припадок впервые в жизни вне зависимости от места выполнения вызова.

2. Вызов в помощь специализированной неврологической (реанимационной), при их отсутствии – врачебной бригады:

1) при эпилептическом статусе;

2) при серии судорожных припадков.

3. При судорогах и других жизнеопасных состояниях, вызванных внутренним заболеванием или травмой – тактическое решение соответственно причине судорожного синдрома

(постсудорожного состояния).

## ШЕЙНЫЙ, ГРУДНОЙ, ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВЫЙ РАДИКУЛИТ (G54)

В практике фельдшера скорой помощи эти заболевания проявляются острым болевым синдромом. Диагностические и лечебно-тактические особенности заключаются в вероятности неправильной оценки характера болей и пропуска жизнеопасной острой коронарной и реже абдоминальной патологии; интенсивное обезболивание приносит временный субъективный эффект, что усугубляет последствия диагностической ошибки и служит причиной несвоевременной госпитализации и даже летальных исходов в течение суток после первого обращения за медицинской помощью. Дополнительные сложности приносит состояние алкогольного опьянения и похмелье у больных.

Повод к вызову и жалобы – остро возникшие боли в шее, груди, спине с нарушением функций опорно-двигательного аппарата («прострел» в шею, поясницу, ногу, «радикулит, обострение» и т. д.).

Диагностика:

- боли с локализацией, соответствующей поводу к вызову;
- иррадиация болей в смежные анатомические зоны, обычно в верхний плечевой и тазовый пояс, верхние и нижние конечности;
- ограничение подвижности туловища и конечностей болями, вынужденные положение и поза тела;
- субфебрилитет (возможно);
- достоверное исключение по данным ЭКГ-исследования острой кардиопатологии, острой инфекционной патологии, острых хирургических заболеваний органов живота, почечной колики, свежих травм позвоночника (см. соответствующие разделы руководства), острого полиневрита (гипертермия!);
- изучение медицинских документов (при наличии их у больного), подтверждающих диагноз шейного, грудного, пояснично-крестцового радикулита, остеохондроза, спондилоартроза и других хронических заболеваний опорно-двигательного аппарата.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, перейдя по ссылке <http://www.litres.ru/anatolij-nagnibeda/feldsher-skoroy-pomoschi-10254300/?lfrom=329574480> и купив полную легальную версию на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам

способом.

1

При неукротимой рвоте оральная регидратация не проводится.

2

Общий объем инфузионной терапии определяется сроком доставки в стационар.

3

Объем инфузионной терапии определяется тяжестью состояния и сроком доставки в стационар.

4

Объем инфузии определяется степенью тяжести больного и сроком доставки в стационар.

5

Объем инфузии определяется сроком доставки в стационар.