

ОГЛАВЛЕНИЕ

Участники издания	6
Предисловие	9
Список сокращений и условных обозначений	10
Глава 1. Организация работы службы скорой медицинской помощи в Российской Федерации	12
Глава 2. Организация работы бригад скорой медицинской помощи	27
Глава 3. Диагностика неотложных состояний и оказание неотложной помощи при внутренних болезнях	41
Синдромы и заболевания сердечно-сосудистой системы, требующие неотложной помощи	41
Острый коронарный синдром	41
Острая сердечная недостаточность	79
Нарушения сердечного ритма и проводимости	102
Гипертонический криз	113
Артериальная гипотензия	125
Синдромы и заболевания органов дыхания, требующие неотложной помощи	132
Обострение бронхиальной астмы	132
Пневмония	143
Тромбоэмболия лёгочной артерии	158
Сердечно-лёгочная реанимация	169
Лихорадка	195
Острые аллергозы	216
Глава 4. Синдромы и неотложные состояния при острых хирургических заболеваниях	228
Кровотечения	228
Острая абдоминальная боль	239
Тошнота и рвота	250
Желтуха	259
Острая диарея	277
Острый аппендицит	286
Острый холецистит	290

Острый панкреатит	294
Прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки	299
Острая кишечная непроходимость	303
Ущемлённая грыжа	307
Глава 5. Синдромы и заболевания в урологии и нефрологии, требующие неотложной помощи	311
Острый пиелонефрит	311
Почечная колика	318
Гематурия	325
Острая задержка мочи	333
Анурия	338
Глава 6. Неотложные состояния в акушерстве и гинекологии	345
Акушерские кровотечения	345
Аномальные маточные кровотечения	355
Острый живот в гинекологии	364
Глава 7. Неврологические синдромы и неотложные неврологические заболевания	376
Острые нарушения мозгового кровообращения	376
Черепно-мозговая травма	389
Синкопе	396
Глава 8. Особенности оказания помощи при травмах на догоспитальном этапе	408
Травматический шок	408
Дорожно-транспортные происшествия	412
Глава 9. Термические ожоги и отморожения	421
Термические ожоги	421
Отморожения	427
Глава 10. Коматозные состояния	433
Необходимые сведения	433
Синдромы угнетения сознания	433
Оглушение	433
Сопор	434
Кома	435
Классификация коматозных состояний	438
Последовательность оказания экстренной помощи при коматозных состояниях	440

Оценка жизненно важных функций и проведение базисных лечебных мероприятий	440
Диагностика угрожающих жизни причин комы	444
Дифференциальная диагностика церебральных и метаболических ком	447
Уточнение непосредственной причины комы	451
Клиническая картина и экстренная помощь при комах от наиболее часто встречающихся причин	452
Алкогольная кома	452
Гипергликемическая кетоацидотическая кома	456
Гипогликемическая кома	460
Наркотическая (опиатная) кома	462
Глава 11. Острые отравления	466
Глава 12. Неотложные состояния у детей	496
Принципы оказания неотложной помощи детям	496
Неотложная помощь при острых нарушениях кровообращения у детей	500
Обморок	500
Коллапс	502
Шок	503
Отёк лёгких	506
Приступ пароксизмальной тахикардии	508
Неотложная помощь при основных респираторных синдромах у детей	510
Острый стенозирующий ларинготрахеит (синдром крупа) . . .	510
Инородные тела дыхательных путей	513
Неотложная помощь при патологии центральной нервной системы у детей	515
Судорожный синдром	515
Отёк мозга	517
Коматозные состояния у детей	518
Отравления в детском возрасте	523
Неотложная терапия эксикозов у детей	530
Синдром острого живота у детей	535
Сердечно-лёгочная реанимация у детей. Терминальные состояния	535
Литература	543
Предметный указатель	544

ПРЕДИСЛОВИЕ

В последнее время неуклонно возрастает частота неотложных ситуаций, требующих высокого уровня клинических знаний и навыков, увеличивается количество выездных безврачебных бригад. В свою очередь, это ведёт к возрастанию значимости роли фельдшера в работе скорой медицинской помощи.

Цель данного издания — обеспечить фельдшера современным изданием при оказании неотложной помощи больным, в том числе и на догоспитальном этапе. Для этого авторы описали наиболее частые неотложные состояния и объяснили преимущественные механизмы развития заболеваний, основы выбора лечебно-диагностического алгоритма, правил ведения пациентов в той или иной экстренной ситуации с позиций современных достижений медицины. В учебнике представлены практические примеры, которые помогут усвоению теоретических сведений и оказанию более качественной медицинской помощи, организации должного контроля состояния пациента, предупреждению потенциально опасных для жизни осложнений.

*А.Л. Вёрткин,
доктор медицинских наук,
профессор,
заслуженный деятель науки РФ*

ГЛАВА 4

СИНДРОМЫ И НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ ПРИ ОСТРЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

КРОВОТЕЧЕНИЯ

Определение

Кровотечение, или геморрагия (*haemorrhagia* от *haima* — кровь, *rhein* — течь), обозначает прижизненное истечение крови из кровеносных сосудов вследствие повреждения их стенок или нарушения проницаемости. Истечение крови может происходить в ткани, полости (брюшную, грудную, суставную), во внешнюю среду и становится в случае массивной кровопотери одной из причин летальных исходов при травмах, операциях и различных заболеваниях.

Этиология и патогенез

Виды внутритканевых кровоизлияний:

- петехии (*petechia*) — небольшие ограниченные внутрикожные кровоизлияния;
- пурпура (*purpura*);
- небольшие ограниченные внутрислизистые кровоизлияния;
- экхимозы (*ecchymosis*) — обширные кровоизлияния в кожу или слизистые оболочки;
- кровоподтёк (*sugillatio, suffusio*);
- гематома (*haematoma*) — ограниченное скопление излившейся крови в тканях.

В тех случаях, когда полость, в которую поступает излившаяся кровь, имеет прямую связь с окружающей средой, кровотечение называют **внутренним и открытым**. Оно может быть следующих разновидностей:

- кровотечение из полости носа (*epistaxis*);
- кровотечение из сосудов желудка и двенадцатиперстной кишки, сопровождающееся рвотой кровью (*haematemesis*);
- кровотечение из верхних отделов ЖКТ, которое проявляется чёрным дёгтеобразным калом (*melaena*);
- кровотечение из мочевыводящих путей (*haematuria*);
- кровотечение из матки (*metrorrhagia*);
- кровохарканье и откашливание крови (*haemoptoe* и *haemoptysis*).

В тех случаях, когда полость замкнута и не имеет связи с окружающей средой, кровотечение называют **внутренним и закрытым**:

- в мозг (*encephalorrhagia*);
- в брюшную полость (*haemoperitoneum*);
- в плевральную полость (*haemothorax*);
- в полость сустава (*haemarthrosis*);
- в полость перикарда (*haemopericardium*);
- в матку (*haematometra*);
- во влагалищную оболочку яичка (*haematocoele*).

Классификация

Кровотечения классифицируют в зависимости от их причины, локализации источника кровопотери и вида крови (**рис. 4.1**).

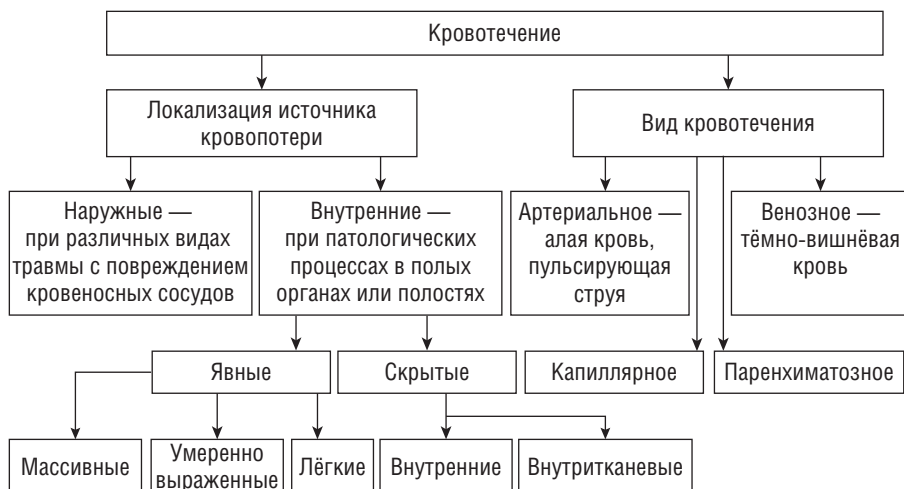


Рис. 4.1. Классификация кровотечений

Кровотечения различают в зависимости от принципа, положенного в основу их классификации.

По течению и скорости развития:

- острые ($>7\%$ ОЦК за час);
- подострые ($5-7\%$ ОЦК за час);
- хронические ($<4-5\%$ ОЦК за час).

Острое кровотечение наиболее опасно, так как при нём теряется $>7\%$ ОЦК в течение короткого промежутка времени. Характеризуется такое кровотечение быстрым развитием клинических признаков кровопотери, при потере $>30\%$ ОЦК сопровождается геморрагическим шоком, а после кровопотери $4-4,5\%$ массы тела — смертельным исходом.

Хроническое кровотечение характеризуется постепенной потерей незначительного объёма крови — $<4-5\%$ ОЦК за час, в связи с чем в организме успевают развиться адаптационно-приспособительные реакции, направленные на восстановление ОЦК. Хроническое кровотечение сопровождается в дальнейшем развитием синдрома постгеморрагической анемии.

По физиологическим признакам:

- физиологические (*menses* — менструация);
- патологические, которые в свою очередь подразделяют по виду повреждённого сосуда (или анатомическим признакам) на артериальные, венозные, капиллярные, паренхиматозные, смешанные.

Среди **наружных кровотечений** наибольшее клиническое значение имеют повреждения сосудов при ранениях и травмах мягких тканей.

Среди **внутренних кровотечений** наибольшее клиническое значение и неблагоприятный прогноз характерны для ЖКК, лёгочных и маточных кровотечений. $>90\%$ кровотечений из ЖКТ составляют кровотечения из его верхнего отдела: желудка и двенадцатиперстной кишки. Пищеводно-желудочно-кишечное кровотечение — осложнение большой группы заболеваний, характеризующееся истечением крови из пищевода или ЖКТ.

Основные источники ЖКК:

- язвенные гастродуоденальные кровотечения — $50-55\%$ случаев;
- острые эрозии желудка и двенадцатиперстной кишки — $10-13\%$ случаев;
- НПВП-гастропатия — патология верхних отделов пищеварительного тракта, возникающая в хронологической связи с приёмом НПВП и характеризующаяся повреждением слизистой оболочки — развитием эрозий, язв и их осложнений: кровотечения, пенетрации, перфорации.

НПВП необратимо блокируют синтез тканевых простагландинов класса Е, что приводит к уменьшению секреции всех факторов гастропротек-

ции: снижению синтеза муцина и бикарбоната, уменьшению регенерации желудочного и дуоденального эпителия.

Язвы и эрозии, обусловленные приёмом НПВП, часто имеют множественный характер, нередко протекают бессимптомно и манифестируют внезапными ЖКК:

- варикозно расширенные вены пищевода при циррозе печени — 5—12% случаев;
- трещина слизистой оболочки кардиального отдела желудка или желудочно-пищеводного перехода (синдром Мэллори—Вейсса);
- опухоли пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки;
- врождённые аномалии артерий или вен желудка/двенадцатиперстной кишки (болезнь Рандю—Ослера).

Редкие причины кровотечений из ЖКТ:

- приобретённые аномалии сосудов желудка/двенадцатиперстной кишки — портальная гастропатия и др.;
- дивертикулы пищевода и двенадцатиперстной кишки;
- повреждения инородным телом, закрытая травма брюшной полости;
- острые повреждения слизистой оболочки ТВ/коррозионными веществами в остром периоде и отсроченно — после отхождения некротических масс;
- аортопищеводный или желудочно-панкреатический свищ.

Причины кровотечений из нижнего отдела ЖКТ:

- заболевания прямой кишки — геморрой, трещина прямой кишки;
- системные воспалительные заболевания кишечника — язвенный колит, болезнь Крона;
- рак толстой/прямой кишки;
- острые инфекционные заболевания — дизентерия, брюшной тиф;
- разрыв дивертикула толстой кишки.

В 1—5% случаев источник кровотечений не может быть установлен стандартными эндоскопическими методами. Источником неуточнённых кровотечений в 65—80% случаев бывает тонкая кишка.

Клиническая картина

В клинической картине ЖКК различают два периода:

- скрытый период;
- период внешних проявлений.

Скрытый период характеризуется общими признаками кровопотери: слабость, головокружение в положении стоя, шум в ушах, сухость во рту, ощутимое сердцебиение, одышка. По мере нарастания кровопотери снижается АД, нарастает тахикардия, появляется бледность кожных покровов, в положении стоя возможны обмороки (нередко обморок

развивается во время или сразу после дефекации). К наличию или отсутствию вышеперечисленных признаков кровопотери нужно относиться очень критично: их наличие свидетельствует о возможном кровотечении, но их отсутствие не исключает возможности кровотечения!

Период внешних проявлений при кровотечении из верхних отделов пищеварительного тракта характеризуется кровавой рвотой, рвотой «кофейной гущей» и меленой, а при кровотечении из нижних отделов — примесью тёмной или алой крови в каловых массах.

Появление кровавой рвоты (свежая ярко-красная кровь или её тёмные сгустки) свидетельствует о кровопотере >500 мл. Рвота тем обильнее и чаще, чем массивнее кровотечение. Рвота малоизменённой кровью возникает при обильном кровотечении из сосудов пищевода или желудка.

Рвота «кофейной гущей» характерна для желудочного или умеренного пищеводного кровотечения. Цвет рвотных масс обусловлен контактом крови с кислым желудочным соком, что приводит к образованию солянокислого гематина, который придаёт рвотным массам вид «кофейной гущи». Если язва желудка локализована в кардиальном отделе или секреция соляной кислоты низкая, то в рвотных массах возможна примесь неизменённой крови.

Мелена (от греч. *melaena* — тёмный, чёрный) — чёрный, дёгтеобразный кал в виде липкой массы со своеобразным запахом. Мелена — специфичный симптом кровотечения из верхних отделов ЖКТ, но в ряде случаев меленой могут сопровождаться кровотечения из тонкой и даже толстой кишки. Мелена возникает при кровопотере 80–100 мл и бывает достаточно поздним симптомом кровотечения, так как процесс изменения крови в ЖКТ под воздействием соляной кислоты и пищеварительных ферментов занимает 4–6 ч.

Большое значение следует предавать общему состоянию больного: уровень сознания, ЧСС, АД, цвет кожных покровов.

Причины неблагоприятного исхода ЖКК:

- наличие тяжёлых сопутствующих заболеваний (перенесённый ИМ, сахарный диабет, хроническая обструктивная болезнь лёгких, заболевания печени, метастатический рак и др.);
- возраст больного старше 65 лет.

Указанные причины ухудшают переносимость любой острой кровопотери.

Менее специфичны, но при клинически значимой кровопотере из ЖКТ встречаются всегда **симптомы резкого снижения ОЦК**:

- внезапная слабость;
- головокружение при вставании со стула или из положения лёжа;
- резкая бледность кожных покровов;
- АГТ, вплоть до развития гиповолемического шока;

- критический уровень АД: для молодых — 90/60 мм рт.ст., для пожилых — 100/70 мм рт.ст.;
- тахикардия >100 в минуту для пожилых и >120 в минуту — для молодых пациентов;
- нарушение сознания;
- снижение или полное отсутствие диуреза.

Нередко АГт при кровотечении приводит к стенокардии и ЭКГ-признакам вторичной острой ишемии миокарда.

Возможные осложнения

Прогноз ЖКК у каждого конкретного пациента определяется объёмом потерянной с кровотечением плазмы крови (ОЦК) и способностью организма быстро компенсировать потерю ОЦК. При неспособности организма самостоятельно её компенсировать развивается наиболее тяжёлое осложнение ЖКК — **геморрагический (гиповолемический) шок**.

Основной механизм развития геморрагического шока — безвозвратная кровопотеря, то есть снижение ОЦК.

Острая кровопотеря до 10% ОЦК (около 500 мл) протекает практически бессимптомно, и при отсутствии сопутствующих заболеваний в лечении нет необходимости. Такая кровопотеря компенсируется организмом (в частности, за счёт веномоторного механизма и выброса крови из депо). Наблюдения за донорами показали, что потеря 450 мл крови за 4 мин лишь незначительно влияет на кровообращение, и через 30–40 мин все показатели гемодинамики возвращаются к исходному состоянию.

Если человек ранее был здоров, то компенсаторные механизмы способны поддерживать нормальный уровень АД до тех пор, пока кровопотеря не превысит 20% исходного объёма крови (около 800–1000 мл). Понятие «массивная потеря крови» обычно определяют как потерю одного объёма крови в пределах суток (нормальный объём крови составляет приблизительно 7% идеальной массы тела у взрослых и 8–9% — у детей). Альтернативные определения этого понятия включают 50% потерю ОЦК в пределах 3 ч или скорость кровопотери 150 мл/мин. Однако у больных с тяжёлой сопутствующей патологией (хроническая СН, дыхательная недостаточность, анемия, цирроз печени, варикозное расширение вен нижних конечностей), у беременных и пожилых кровопотеря даже около 500 мл может вызвать шок.

Развитию шока могут способствовать голодание, переутомление, переохлаждение, перегревание, ожоги, ионизирующее излучение.

Классификация по степени кровопотери

1-я стадия

- Кровопотеря 15–25%, 700–1300 мл.
- САД 90–100 мм рт.ст., ЧСС 90–100 в минуту.

- Индекс Алговера (шоковый индекс) = $\text{ЧСС} / \text{САД} = 90 / 90 = 1$.
 - Кожные покровы бледные, но тёплые.
- 1-я стадия соответствует стадии компенсированного обратимого шока.
- 2-я стадия*
- Кровопотеря 25–45%, 1300–1800 мл.
 - САД 75–80 мм рт.ст. в положении лёжа! В положении стоя развивается обморок, так как АД может ещё снизиться более чем на 15 мм рт.ст.! ЧСС 120 в минуту. ЧДД >30 в минуту.
 - Индекс Алговера (шоковый индекс) = $\text{ЧСС} / \text{САД} = 120 / 80 = 1,5$.
 - Есть изменение сознания: возбуждение или заторможенность.
 - Кожные покровы бледные, холодные, могут иметь мраморный рисунок, цианоз ногтевого ложа.

При остановленном кровотечении и адекватной терапии возможна стабилизация АД уже на догоспитальном этапе!

3-я стадия

- Кровопотеря >45%, 2000–2500 мл.
- САД 70–50 мм рт.ст., ЧСС >130 в минуту. ЧДД до 40 в минуту или её снижение до 10–13 в минуту (снижение за счёт поступления в кровь эндогенных опиатов — неспецифическая реакция на стресс), начало развития ДВС-синдрома.
- Индекс Алговера (шоковый индекс) = $\text{ЧСС} / \text{САД} = 130 / 70 \approx 2$ и более.
- Сознание спутано, реакция на боль снижена.
- Кожные покровы бледные, мочеиспускание прекращается.

Интенсивная терапия на этой стадии шока носит характер реанимационных мероприятий, даже при остановленном кровотечении стабилизация АД и состояния больного возможна только в стационаре.

4-я стадия

- Кровопотеря 60% и более — >2500 мл.
- АД не определяется, ЧСС до 160 в минуту или <50 в минуту, ЧДД >40 в минуту или <10 в минуту.

Диагностика

Объективное обследование и лабораторная диагностика

Диагноз ЖКК из верхнего отдела ЖКТ на догоспитальном этапе ставят на основании следующих составляющих.

- Появление у больного специфических симптомов — рвоты алой кровью или «кофейной гущей», мелены или обильного кровавистого стула.
- Получение анамнестических указаний на пептическую язвенную болезнь, длительную терапию НПВП или ацетилсалициловой кислотой, глюкокортикоидами, антикоагулянтами.

- Выявление предикторов высокого риска ЖКК:
 - возраст старше 60 лет;
 - декомпенсация хронической сердечной и/или сердечно-лёгочной и дыхательной недостаточности;
 - почечная недостаточность;
 - острая черепно-мозговая травма (ЧМТ) или массивные ожоги;
 - хроническая алкогольная поливисцеропатия/цирроз печени;
 - недавняя операция на сердце/сосудах;
 - лечение ревматоидного полиартрита/других костно-суставных заболеваний;
 - нарушения сознания любой этиологии.

Устанавливают частоту и характер пульса, измеряют АД, записывают данные ЭКГ, определяют уровень гемоглобина в крови.

Дифференциальная диагностика

Дифференциальную диагностику проводят с острым панкреатитом, при скрытых внутренних кровотечениях — с острой ишемией миокарда (ОКС).

Основные направления терапии

При наружном артериальном кровотечении осуществляют такие действия:

- сосуд прижимают проксимальнее места кровотечения пальцем;
- накладывают жгут или закрутку.

Догоспитальная терапия при внутренних кровотечениях заключается в проведении адекватной инфузионной терапии, направленной на восстановление ОЦК — профилактику и борьбу с геморрагическим шоком.

При шоке 1-й степени вводят натрия хлорида раствор сложный [калия хлорид + кальция хлорид + натрия хлорид] (Раствор Рингера[▲]) или его модификации в объеме, превышающем кровопотерю в 2–3 раза (1,5–4 л на догоспитальном и госпитальном этапах). В первые 10 мин от начала инфузии должно быть введено 800 мл раствора. Перед инфузией растворов их желательно подогреть до 38 °С. Необходимости в применении других препаратов при геморрагическом шоке 1-й степени нет.

При шоке 2-й степени внутривенно струйно вводят 800 мл натрия хлорида раствора сложного [калия хлорид + кальция хлорид + натрия хлорид] (Раствор Рингера[▲]) или его модификаций за 10 мин, а затем 800 мл коллоидов (растворы гидроксиэтилкрахмала или декстраны, но при возможности выбора коллоидного раствора приоритет должен принадлежать 10% растворам гидроксиэтилкрахмала). Таким образом, соотношение кристаллоидных и коллоидных растворов составляет 1:1. Для выведения

больного из геморрагического шока 2-й степени объём инфузии должен превышать кровопотерю в 3 раза. Кровопотерю $>25\text{--}30\%$ ОЦК всегда следует рассматривать как коагулопатию потребления; таким больным в объём инфузионной терапии (в стационаре) необходимо включать трансфузию свежзамороженной плазмы в первоначальном объёме не <500 мл.

При шоке 3–4-й степени проводят инфузию коллоидных и кристаллоидных растворов одновременно в две вены. Соотношение коллоидных и кристаллоидных растворов 1:2. Скорость инфузии должна быть максимальной (какую может обеспечить венозный доступ) и может составлять 250–500 мл/мин.

Определение объёма экстренной инфузионной терапии при ЖКК зависит от медицинской сортировки больных, которая нацелена на выявление следующих категорий:

- больные в среднетяжёлом и тяжёлом состоянии, которым терапию проводят для поддержания жизненно важных функций;
- больные с высоким риском смерти/рецидива ЖКК, который также коррелирует с тяжестью кровопотери, но учитывает и прогноз ЖКК, обусловленный коморбидным статусом.

Для этого целесообразно применять шкалу оценки тяжести критических больных APACHE II¹ или более специфичную для ЖКК шкалу Rockall (1996) (табл. 4.1).

Таблица 4.1. Шкала Rockall (1996)

Параметры	Баллы			
	0	1	2	3
Возраст, годы	<60	60–79	>80	—
АГт/шок	ЧСС <100 . САД >100	ЧСС >100 . САД <100	ЧСС >100 . САД <100	—
Коморбидный статус	Нет	—	ИБС. Хроническая СН	Хроническая почечная недостаточность. Печёночная недостаточность. Метастазирующий рак
Причина ЖКК	Синдром Мэллори–Вейсса/ повреждения нет	Все прочие болезни	Рак верхнего отдела ЖКТ	—

¹ APACHE II (от англ. Acute Physiology And Chronic Health Evaluation) — шкала оценки острых и хронических функциональных изменений.

Прогноз в соответствии со шкалой Rockall:

- 0–2 балла — минимальный риск рецидива <6%, летальность <2%;
- 3–7 баллов — высокий риск рецидива ≤39%, летальность ≤39%;
- ≥8 баллов — больные в критическом состоянии, риск рецидива ≥40%, летальность ≥40%.

Оценка объема кровопотери при ЖКК на догоспитальном этапе не самоцель. Объем потери ОЦК определяют как ориентир для выбора режима инфузионной терапии (табл. 4.2).

Таблица 4.2. Состояние больного при кровопотере разной степени тяжести

Степень кровопотери	Состояние больного	ЧСС, в минуту	САД, мм рт.ст.	Диурез, л/сут
Лёгкая (1-я степень)	Удовлетворительное	80–100	>90	>2
Среднетяжёлая (2-я степень)	Среднетяжёлое	<110	>90	<2
Тяжёлая (3-я степень)	Тяжёлое, сознание нарушено вплоть до комы	>110	<90	Олигурия, метаболический ацидоз

Тяжесть кровопотери и необходимый объем инфузии можно также определить по индексу Алговера: ЧСС/САД — потеря 500 мл уменьшает ОЦК на 10%.

Больным с низким риском рецидива ЖКК (0–2 балла по шкале Rockall) необходимо установить периферический катетер в одну кубитальную вену и ввести количество изотонического кристаллоидного раствора, достаточное для поддержания САД >100 мм рт.ст. (400–1200 мл изотонического раствора натрия хлорида). Указанные физиологические параметры у пациента мониторировуют каждые 40–60 мин.

Больным, находящимся в тяжёлом состоянии или имеющим высокий риск рецидива ЖКК (3 балла и более по шкале Rockall), устанавливают два кубитальных катетера. Кроме мониторирования указанных выше АД, ЧСС, уровня сознания и уровня диуреза, у больных оценивают ЧДД, сатурацию крови кислородом и данные ЭКГ. Диурез >30 мл/ч и центральное венозное давление >50 мм вод.ст. свидетельствуют о нормализации ОЦК и компенсации.

Цель инфузионной терапии при любой стадии геморрагического шока: при остановленном кровотечении достичь САД 90 мм рт.ст. к 10–15-й минуте от начала лечения, при неостановленном — 70–80 мм рт.ст.

Существует мнение, что объём инфузии на догоспитальном этапе при массивной кровопотере не должен превышать 50% ориентировочно оставшейся крови в сосудах. К примеру, больной с массой тела 80 кг, объём крови составляет 7%, то есть около 5,5 л. Кровопотеря 3 л, объём крови, оставшийся в сосудах, составит приблизительно 2,5 л. Значит, объём инфузии на догоспитальном этапе составляет 1,25 л. Превышение этого объёма повышает вероятность развития ДВС-синдрома, поэтому при массивной кровопотере необходимо после начала оказания помощи максимально быстро доставить больного в стационар для возможности введения компонентов крови.

На **рис. 4.2** представлен алгоритм неотложной помощи при кровотечениях.

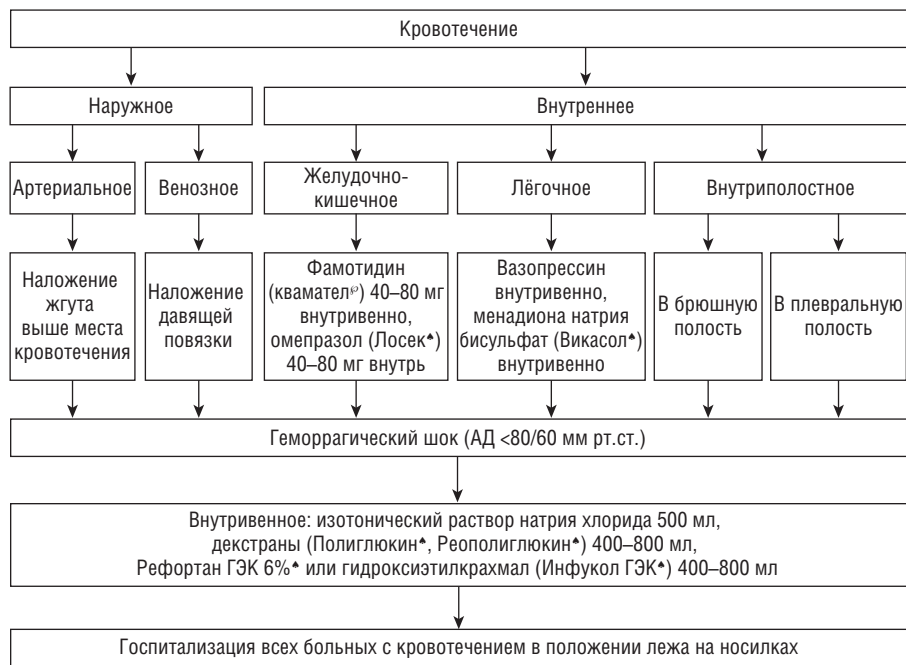


Рис. 4.2. Алгоритм неотложной помощи при кровотечениях

Часто встречающиеся ошибки терапии

- Ошибочное положение жгута при венозном кровотечении.
- Задержка госпитализации пациента при кажущейся остановке кровотечения, которое в любой момент может рецидивировать.

Показания к госпитализации

Всех пациентов с кровотечением необходимо экстренно госпитализировать в стационар для обследования и специализированного лечения. Больных в тяжёлом состоянии и с высоким риском рецидива кровотечения необходимо экстренно госпитализировать в отделение интенсивной терапии.

ОСТРАЯ АБДОМИНАЛЬНАЯ БОЛЬ

Определение

«**Острый живот**» — термин, который указывает на абдоминальную катастрофу и объединяет все острые заболевания органов брюшной полости.

Этиология и патогенез

Самостоятельного диагноза «острый живот» не существует. Для острых заболеваний брюшной полости, которые объединены термином «острый живот», важнейшими признаны две характеристики:

- внезапное начало, нередко среди полного здоровья;
- быстрое прогрессирование патологического процесса.

Термин «острый живот» включает заболевания, которые с самого начала сопровождаются воспалением брюшины либо перитонит при них развивается позже:

- острые воспалительные процессы (аппендицит, холецистит, панкреатит, острый сальпингоофорит и др.);
- острые невоспалительные процессы (перфорации полых органов при язвах или опухолях ЖКТ, пищеводно-гастроудоденальные кровотечения, ущемлённые грыжи, острая кишечная непроходимость, нарушения мезентериального кровообращения, нарушенная внематочная беременность, апоплексия яичника и др.);
- травматические повреждения (повреждение полых или паренхиматозных органов брюшной полости, забрюшинного пространства).

Большинство перечисленных заболеваний — показания к срочному хирургическому вмешательству.

Таким образом, острая абдоминальная боль — один из первых и важнейших симптомов острых хирургических заболеваний (ОХЗ) внутренних органов. С другой стороны, острая боль в животе — неспецифическое