Клинические рекомендации (протокол) по оказанию скорой медицинской помощи при остром животе

***Острый живот*** — клинический симптомокомплекс, развивающийся при повреждениях и острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости

Острый живот не является окончательным диагнозом Этим термином чаще пользуются в тех случаях, когда не удается установить точный диагноз острого хирургического заболевания, а ситуация требует экстренной госпитализации больного

*Классификация*

***Клиническую картину*** острого живота могут обусловить:

* повреждения органов брюшной полости;
* острые воспалительные заболевания органов брюшной полости (острый аппендицит, острый холецистит, острый панкреатит), в том числе перитонит;
* перфорация полого органа;
* механическая кишечная непроходимость;
* острые нарушения мезентериального артериального и венозного кровообращения, ведущие к инфаркту кишечника и гангрене, сопровождающиеся динамической кишечной непроходимостью;
* внутренние кровотечения в просвет ЖКТ и в полость брюшины;
* острые воспалительные процессы в придатках матки, внематочная беременность, апоплексия яичника, перекрут ножки кисты или опухоли яичника, некроз миоматозного узла матки или опухоли яичника

Основные ***клинические признаки*** острого живота: боль в животе, тошнота, рвота, анемия и шок (септический, травматический, геморрагический)

* Висцеросоматическая боль при воспалении органа
* Острая спазматическая боль при обтурации полого органа (кишечника, желчных протоков)
* Анемия при кровотечении в желудочно-кишечный тракт или брюшную полость

# Оказание скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе

Диагностика

На догоспитальном этапе ведущее значение имеют:

* анамнез: время и начало возникновения боли (внезапное, постепенное), локализация боли; диспепсические и дизурические явления; температура тела; перенесенные в прошлом заболевания органов брюшной полости и операции на органах живота;
* объективный осмотр: вынужденное положение больного; беспокойство, больной меняет позу; адинамия, заторможенность; признаки обезвоживания (заостренные черты лица, сухость слизистых оболочек полости рта); бледность, желтуха, выделения (рвота, стул, кровь);
* температура: подкрыльцовая и ректальная;
* показатели гемодинамики: пульс, АД, аускультация сердца;
* исследования живота: осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация, объем живота, исследование через прямую кишку (болезненность, нависание стенок)

# Оказание помощи и показания к госпитализации

Для определения показаний к срочной доставке пациента в стационар достаточно установить, имеются ли признаки острого воспаления одного из органов брюшной полости, перитонита или кровотечения.

Нельзя вводить анальгетики, так как под их воздействием может измениться клиническая картина заболевания, что значительно затрудняет диагностику и может привести к задержке оперативного лечения.

Постановка диагноза или обоснованное предположение о наличии острого живота являются основанием для немедленного направления больного в хирургический стационар машиной скорой помощи в положении лежа на носилках.

При интенсивном болевом синдроме возможно внутримышечное введение спазмолитиков (раствор папаверина 2% в дозе 2 мл). При рвоте показана установка желудочного зонда. ***Клинические рекомендации (протокол) по оказанию скорой медицинской помощи при травме живота, нижней части спины***

***Травма живота*** — повреждение тканей, органов и анатомических структур живота,

которое возникает в результате внешних механических, термических, электрических, химических или иных воздействий. В настоящем протоколе речь идет о механической травме (ранениях и закрытых повреждениях) живота.

Классификация механической травмы живота

1. — изолированная, сочетанная (недоминирующая, доминирующая, конкурирующая)
2. — одиночная, множественная
3. — открытая, закрытая
4. — для открытой травмы — ранение:
* огнестрельное, неогнестрельное;
* слепое, сквозное, касательное;
* проникающее, непроникающее .
1. — без повреждения внутренних органов, с повреждением внутренних органов (моноорганные, полиорганные); с повреждением полых органов, паренхиматозных

органов, крупных сосудов; с эвентрацией кишечника, большого сальника, селезенки, почки

1. — жизнеугрожающее последствие травмы живота — продолжающееся внутрибрюшное кровотечение
2. — нешокогенные, шокогенные (с шоком I, II, III степени)

Различают два основных вида повреждений живота: ранения и закрытые травмы. Критерием является целостность кожного покрова. Ранения живота подразделяют на огнестрельные и неогнестрельные, проникающие и непроникающие, с повреждением и без повреждения внутренних органов, а по характеру раневого канала — на слепые, сквозные, касательные. Среди огнестрельных выделяют ранения пулевые, осколочные (в том числе вторичными осколками и другими ранящими снарядами: стреловидными элементами, шариками, болтами и т п ). Холодным оружием могут наноситься колотые, резаные, колото-резаные и рубленые ранения. Кроме них, возможны ушибленные, размозженные, рваные и укушенные раны.

К проникающим относят повреждения, при которых нарушается целостность париетальной брюшины. Они всегда сопровождаются гемоперитонеумом (скоплением крови в брюшной полости).

Внешний вид колотых ран весьма обманчив, так как малые размеры раны и отсутствие наружного кровотечения создают впечатление легкого ранения. Однако при этом могут быть серьезные повреждения внутренних органов и крупных сосудов, поэтому такого рода ранения заслуживают самого пристального внимания.

Огнестрельные ранения являются наиболее опасными. Масштабы разрушения тканей во много раз превосходят размеры снаряда и проделанного им раневого канала, что обусловлено высокой кинетической энергией ранящего снаряда и его возможным

раздроблением в тканях с образованием вторичных снарядов.

Среди закрытых повреждений живота различают ушибы брюшной стенки, отслойку кожно-жирового лоскута, забрюшинную гематому с наличием или без повреждения внутренних органов.

*Оказание скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе.*

Диагностика

***Ушибы мягких тканей брюшной стенки*** характеризуются болезненностью, припухлостью и подкожной гематомой в месте воздействия травмирующего агента

***Ранения.*** Абсолютным признаком открытой травмы (ранения) является наличие раны (нарушение целостности кожного покрова, наружных слизистых оболочек).

Диагностика ранений живота включает определение жалоб и сбор анамнеза (применение этих методов часто затруднено из-за нарушений сознания вследствие кровопотери либо сочетанных черепно-мозговых повреждений).

Абсолютными признаками проникающего ранения являются эвентрация внутренних органов (чаще всего — прядей большого сальника, реже — петель тонкой кишки), истечение из раны кишечного содержимого, желчи, мочи с соответствующим окрашиванием повязки, белья и запахом.

Непроникающие ранения, так же как и проникающие, могут сопровождаться повреждением внутренних органов.

При отсутствии перечисленных выше признаков диагноз проникающего ранения ставят на основании косвенных симптомов, указывающих на наличие в брюшной полости патологического содержимого. При этом наличие большого количества крови в брюшной полости сочетается с признаками общей кровопотери, а содержимого желудочно- кишечного тракта и мочи — с признаками интоксикации и перитонита. Окончательное

заключение о характере ранения выносят только после первичной хирургической обра- ботки раны брюшной стенки на госпитальном этапе оказания скорой медицинской помощи.

***Повреждения внутренних органов живота*** могут встречаться как при открытых, так и при закрытых травмах живота Отсутствие ссадин, кровоподтеков, кровоизлияний на передней брюшной стенке не исключает наличие травмы внутренних органов.

При травме живота различают повреждения:

* паренхиматозных органов (печени, селезенки, поджелудочной железы, почек);
* полых органов (желудочно-кишечного тракта, желчного пузыря, мочевого пузыря);
* сосудов (аорты, нижней полой вены, воротной вены, сосудов брыжейки)

При травме живота выявляются болевой синдром, синдром внутреннего кровотечения и острой кровопотери, симптомы перитонита. При повреждениях тех или иных органов и

структур превалируют различные симптомы и синдромы. Так, при повреждении паренхиматозных органов и крупных сосудов на первый план выступают признаки внутреннего кровотечения и острой кровопотери: бледность кожи и слизистых оболочек, прогрессирующее снижение артериального давления, учащение пульса и дыхания Местные симптомы, обусловленные внутрибрюшным кровотечением (напряжение мышц передней брюшной стенки, перитонеальные симптомы), обычно выражены слабо. В таких случаях наиболее важными клиническими признаками являются притупление перкуторного звука во фланках живота и ослабление кишечной перистальтики.

Повреждение полых органов быстро приводит к развитию перитонита, основными признаками которого являются боль в животе, сухой язык, жажда, заостренные черты лица, тахикардия, грудной тип дыхания, напряжение мышц передней брюшной стенки, распространенная и резкая болезненность при пальпации живота, положительные симптомы раздражения брюшины, отсутствие шумов кишечной перистальтики.

Значительные диагностические трудности представляют случаи закрытых разрывов забрюшинно расположенных отделов ободочной и двенадцатиперстной кишки,

поджелудочной железы. Клиническая картина при этой травме вначале бывает стертой и проявляется лишь после развития тяжелых осложнений (забрюшинной флегмоны, перитонита, динамической кишечной непроходимости и др). Закрытые повреждения почек также трудно и поздно диагностируются. Они обычно сопровождаются болями в соответствующей половине живота и поясничной области с иррадиацией в паховую область. Постоянными симптомами в таких случаях являются макро- и микрогематурия. Однако гематурия может отсутствовать при отрыве сосудистой ножки от почки или при разрыве мочеточника В дальнейшем, при поздней диагностике, отмечается подъем температуры тела с образованием паранефральной урогематомы, которая приводит к развитию забрюшинной флегмоны и сепсиса При закрытой травме живота могут происходить подкапсульные разрывы печени и селезенки. В этих случаях кровотечение в брюшную полость может начаться через значительное время (2—3 нед и более) после травмы в результате разрыва капсулы органа, растянутой образовавшейся под ней гематомой (подкапсульные разрывы печени и селезенки). Распознавание внутрибрюшных повреждений особенно затруднено, когда имеется сочетанный характер травмы . При сопутствующей черепно-мозговой травме классические симптомы острого живота маскируются общемозговой и очаговой неврологической симптоматикой. Напротив, клиническая картина, напоминающая симптомы повреждения внутренних органов живота, может провоцироваться переломами ребер, забрюшинной гематомой при переломах костей таза и т п.

Любая колото-резаная рана в области живота на догоспитальном этапе считается проникающей (под вопросом!).

*Лечение*

Основными современными принципами оказания скорой медицинской помощи пострадавшим с сочетанной, множественной и изолированной травмой живота, сопровождающейся травматическим шоком на догоспитальном этапе, являются:

* синдромальная диагностика неотложных состояний и тяжелых повреждений;
* оказание скорой медицинской помощи в оптимальном объеме и в минимальные сроки, устранение угрожающих жизни состояний на месте;
* реаниматологическая поддержка во время транспортировки;
* быстрая доставка пострадавшего с сочетанной травмой живота и тяжелым шоком непосредственно в операционное отделение для противошоковых мероприятий многопрофильного специализированного стационара скорой помощи с предварительным оповещением его дежурной бригады;
* соблюдение правила «золотого часа»;

необходимость использования специализированных выездных бригад скорой медицинской помощи. Выявление доминирующего повреждения, оценка тяжести шока и угрожающего жизни пострадавшего синдрома с обязательной попыткой его коррекции являются основными задачами при оказании скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе. Лечебные мероприятия в условиях скорой помощи следует проводить в необходимом для устранения жизнеугрожающих последствий травмы объеме и обеспечить скорейшую и безопасную транспортировку пострадавшего в многопрофильный стационар.

***Рана брюшной стенки*** требует наложения асептической давящей повязки. При этом остановку наружного кровотечения можно осуществлять всеми доступными методами гемостаза (включая использование местных гемостатических средств)

При эвентрации выпавшие из раны внутренности не вправляют, а укрывают стерильными салфетками, смоченными изотоническим раствором натрия хлорида,

защищают от сдавления ватно-марлевым «бубликом» и рыхло бинтуют — фиксируют повязкой к брюшной стенке. Инородные тела из раны не извлекать!

***Противошоковая терапия.*** Инфузионная терапия (800—1200 мл 0,9% натрия хлорид, 400— 800 мл ГЭК внутривенно капельно и введение глюкокортикоидов (гидрокортизона в дозе 125—250 мг внутривенно капельно и/ или преднизолона в дозе 60—120 мг внутривенно капельно или струйно) на догоспитальном этапе показаны при травме живота со значительной кровопотерей и признаками травматического шока. Объем кровопотери определяют по величине наружного кровотечения, частоте пульса, уровню артериального давления и наличию признаков большого гемоторакса, по индексу Альговера. При необходимости инфузионную терапию, внутривенное капельное введение глюкокортикоидов, ИВЛ и оксигенотерапию нужно продолжать во время транспортировки пострадавшего в стационар.

Сочетанная травма, при которой ведущим является повреждение живота, очень опасна для пострадавшего. Тяжесть состояния в этих случаях часто определяется локализацией и распространенностью повреждений каркаса и внутренних органов грудной клетки, черепа, головного мозга, живота, позвоночника, таза и конечностей. Эти повреждения всегда сопровождаются травматическим шоком Лечебные мероприятия у этой категории пострадавших следует начинать с восстановления и поддержания проходимости дыха- тельных путей, оксигенотерапии, проведения ИВЛ при угнетении спонтанного дыхания, возмещения кровопотери, обезболивания.

***Устранение болевого синдрома*** при повреждениях живота достигается путем парентерального введения наркотических (тримеперидина 2% в дозе 1 мл внутримышечно или внутривенно в разведении медленно, трамадола 5% в дозе 2 мл внутримышечно или внутривенно) и/или ненаркотических (метамизола натрия 50% в дозе 2—4 мл внутривенно или внутримышечно, кетопрофена в дозе 50 мг/мл внутривенно или внутримышечно в дозе 2—4 мл) анальгетиков.

При критическом ухудшении состояния и прогрессировании дыхательной недостаточности выполняют интубацию трахеи и осуществляют перевод пострадавшего с травмой живота на ИВЛ.

Чего нельзя делать

* Транспортировать пострадавшего без попытки стабилизации витальных функций.
* Затягивать время оказания экстренной помощи на догоспитальном этапе.
* При эвентрации вправлять выпавшие из раны внутренности.
* Поить и кормить пострадавшего.

Всех пострадавших с ранениями живота, закрытой травмой живота с подозрением на повреждение внутренних органов доставляют в положении лежа в хирургический стационар, а с сочетанной травмой живота и развитием травматического шока — в многопрофильный стационар.

*Алгоритмы оказания неотложной помощи при повреждениях живота.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Диагноз | Объем медицинской помощи | Тактика |
| Закрытая травма живота | * Катетеризация вены или внутрикостный доступ

- Натрия хлорид 0,9% - 250 - 500 мл в/венно капельно* Пульсоксиметрия Ингаляция кислорода
 | 1. Медицинская эвакуация в больницу. Транспортировка на носилках
2. При отказе от медицинской эвакуации - актив на «103» через 2 часа

При повторном отказе - актив в поликлинику |
| - при интенсивной боли и/или при сочетании с переломами длинных костей конечности или костей таза | - Фентанил 0,05 - 0,1 мг в/венно |
| - при признаках внутреннего кровотечения | Не повышать САД > 100 мм рт. ст. - Транексамовая кислота 750 мг в/венно |
| Открытая травма живота | * Катетеризация вены или внутрикостный доступ
* Фентанил 0,05 - 0,1 мг в/венно
* Натрия хлорид 0,9% - 500 мл в/венно капельно
* Асептическая повязка на рану
* Холод на область травмы (криопакеты)
* Пульсоксиметрия
* Ингаляция кислорода
 | 1. Медицинская эвакуация в больницу. Транспортировка на носилках
2. При отказе от медицинской эвакуации - 1ктив на «103» через 2 часа
3. При повторном отказе - актив в поликлинику
 |
| - при кровотечении | - Транексамовая кислота 750 мг в/венно |
| Травматическая эвентрация | * Катетеризация вены или внутрикостный доступ
* Фентанил 0,05 - 0,1 мг в/венно
* Натрия хлорид 0,9% - 500 мл в/венно капельно **Выпавшие петли тонкой кишки не вправлять:** обмыть 0,9%

раствором Натрия хлорида, уложить на брюшную стенку, укрыть марлевой салфеткой,обильно смоченной раствором Натрия хлорида 0,9%, и слабо фиксировать бинтом к туловищу* Пульсоксиметрия Ингаляция кислорода
 | 1. Медицинская эвакуация в больницу. Транспортировка на носилках.
2. При отказе от медицинской эвакуации - 1ктив на «103» через 2 часа

При повторном отказе - актив в поликлинику |

# Клинические рекомендации (протокол) по оказанию скорой медицинской помощи при желудочно-кишечном кровотечении.

* ***Желудочно-кишечные кровотечения*** (ЖКК) — синдромальный диагноз, объединяющий осложненное кровотечением течение различных заболеваний ЖКТ (>100). Массивные желудочно-кишечные кровотечения нередко (10-15%) являются причиной развития угрожающего жизни геморрагического шока.
* Этиология и патогенез
	+ Желудочно-кишечные кровотечения классифицируют по локализации и источнику кровотечения, характеру (клиническому течению) и по степени тяжести кровопотери
* классификация
	+ Выделяют кровотечения из верхних отделов ЖКТ (80%), когда источник кровотечения располагается в пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке (проксимальнее связки Трейтца), и нижних отделов ЖКТ — источник в тощей, подвздошной (5%), толстой кишке (15%).
* Классификация ЖКК по *клиническому течению:* продолжающееся, профузное (как правило, с геморрагическим шоком), остановившееся (состоявшееся) и рецидивное (повторное).
* Классификация по *степени тяжести кровопотери*
* - Легкая степень тяжести (степень I). Состояние удовлетворительное. Однократная рвота или однократный оформленный стул черного цвета. ЧСС — 80-100 в минуту, систолическое АД — более 100 мм рт. ст., диурез — более 2 л/сут.
* - Средняя степень тяжести (степень II). Состояние больного средней степени тяжести Повторная рвота кровью или мелена ЧСС — 100-110 в минуту, систолическое АД — 100- 120 мм рт. ст., диурез — менее 2 л/сут.
* - Тяжелая степень тяжести (степень III) Состояние тяжелое, возможно нарушение сознания вплоть до комы. Повторная рвота малоизмененной кровью, жидкий дегтеобразный стул или стул малоизмененной кровью ЧСС — более 120 в минуту, систолическое АД — менее 90 мм рт ст, олигурия, метаболический ацидоз.

*Оказание скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе.*

Основанием для постановки диагноза ЖКК являются:

* + бледность кожных покровов, холодный липкий пот, головокружение, слабость (коллаптоидное состояние);
	+ частый и мягкий пульс, снижение АД;
	+ рвота малоизмененной кровью и/или содержимым по типу кофейной гущи;
	+ мелена и/или черный кал — самостоятельные или при пальцевом исследовании прямой кишки

Клиническая картина

Выделяют скрытый период, когда отсутствуют очевидные признаки ЖКК (общие симптомы), и период явных признаков (рвота, мелена)

При внутренних кровотечениях кровь может изливаться наружу неизмененной (ишемический колит, распад опухолей толстой и прямой кишки, острый геморрой), а также в виде рвоты, кровянистой слизи, мелены

* + Рвота:
		- алой кровью — синдром Мэллори-Вейсса, рак пищевода или кардии желудка;
		- темной кровью (кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода и желудка при портальной гипертензии);
		- по типу кофейной гущи (кровотечения из хронической или острой язвы желудка и двенадцатиперстной кишки)
* Кровянистая слизь — дизентерия, неспецифический язвенный колит, трещина прямой кишки
* Мелена (черный стул за счет превращения гемоглобина в гемосидерин) — при кровотечении из верхних отделов ЖКТ .

*Возможные осложнения*

Наиболее тяжелое осложнение — геморрагический шок.

Кровотечение может привести к уменьшению или исчезновению признаков основного заболевания, приведшего к этому осложнению, и спровоцировать его обострение

У больных с патологией печени кровотечение может вызвать развитие печеночной недостаточности и энцефалопатии; при сочетании болезни, приведшей к кровотечению, с ИБС могут развиться приступ стенокардии или инфаркт миокарда, обострение гипертонической болезни, сахарного диабета, почечная недостаточность и т п.

*Дифференциальная диагностика*

* Легочное кровотечение, которое сопровождается кашлем и кровохарканьем (аррозия сосудов у больных с бронхоэктазами, пневмосклерозом, а также при опухолях гортани и бронхов, туберкулезе).
* Нередко гипотензия при кровотечении вызывает приступ загрудинной боли и приводит к ЭКГ-признакам вторичной острой ишемии миокарда. Такое сочетание, без явных признаков кровотечения, способствует ошибочной диагностике ИБС и

кардиогенного шока и госпитализации пациента в отделение кардиореанимации.

* Следует помнить, что одной из причин рвоты кровью может быть заглатывание крови при носовом кровотечении

*Осмотр и физикальное обследование*

* Оценка общего состояния и жизненно важных функций: сознания, дыхания, кровообращения.
* Визуальная оценка: бледность кожных покровов и слизистых оболочек, признаки поражения печени (телеангиэктазии, расширение подкожных вен брюшной стенки, желтуха, асцит), сыпь (проявления системных болезней), кахексия (онкозаболевания)
* Исследование пульса, измерение ЧСС, АД (тахикардия, гипотония.
* Живот, как правило, мягкий, равномерно участвует в акте дыхания, малобо- лезненный или безболезненный
* Ректальное пальцевое исследование: обнаружение мелены, геморроя; определение нависания передней стенки прямой кишки или выбухания заднего свода влагалища (внутрибрюшное кровотечение).
* Наличие ассоциированных (явных) симптомов.
* Мелена появляется при поступлении в просвет желудка не менее 200 мл крови . Продолжительность мелены не всегда свидетельствует о продолжающемся кровотечении, а соответствует продвижению крови по кишечнику (мелена может

появиться уже через 4-6 мин после начала кровотечения).

* Примесь крови в кале.
* Рвота (алой кровью, темной кровью, кофейной гущей).
* *Показания к госпитализации*
	+ При очевидных симптомах или подозрении на продолжающееся или состоявшееся кровотечение больного нужно экстренно госпитализировать. Медицинская эвакуация осуществляется в положении лежа на носилках с приподнятым головным концом.
* Часто встречаемые ошибки
	+ Задержка госпитализации пациента при кажущейся остановке кровотечения, которое в любой момент может рецидивировать.
* *Лечение*
	+ Основная задача СМП при желудочно-кишечном кровотечении — экстренная госпитализация больного в стационар. Следует вести мониторинг или контроль АД и ЧСС, поддерживать витальные функции (в соответствии с общереанимационными принципами).
	+ При признаках геморрагического шока [таких как озноб, холодный пот, снижение наполнения вен, нарастающая тахикардия (ЧСС >100 в минуту) и гипотония (АД <100 мм рт. ст . )] начать переливание жидкости внутривенно капельно: раствор натрия хлорида 0,9% — 400 мл, гидроксиэтилкрахмал в дозе 400 мл. Неэффективность терапии

указанными плазмозаменителями является показанием к назначению глюкокортикоидных гормонов — в дозе 5-15 мг/кг гидрокортизона. Пациентам с желудочно-кишечным кровотечением с тяжелой степенью кровопотери на догоспитальном этапе с гемостати- ческой целью, а также для предупреждения развития рецидива кровотечения рекомендовано внутривенное капельное введение ингибиторов фибринолиза — транексамовой кислоты в дозе 750 мг (15 мг/кг) в разведении 200 мл 0,9% раствора NaCl.

* + Критерии адекватности восстановления ОЦК при массивной кровопотере: уровень систолического АД — 80-100 мм рт. ст, величина ЦВД — не более 12 см вод ст, скорость диуреза — не менее 40 мл/ч, содержание гемоглобина — не менее 90 г/л, насыщение гемоглобина капиллярной крови кислородом — не менее 95% .
	+ Если у больного нет признаков геморрагического шока, не стоит торопиться с инфузионной терапией.



# Техника наложения бинтовой повязки на живот при эвентрации кишечника

1. Выпавшие внутренности окутать влажной стерильной повязкой и постоянно смачивать.
2. Накладывают повязку «бублик»
3. прибинтовывают к брюшной стенке

# Введение воздуховода.

**Показания:** Восстановление проходимости дыхательных путей и профилактика

западения языка в бессознательном состоянии. Проведение искусственной вентиляции легких (ИВЛ).

**Оснащение:** Набор воздуховодов, перчатки, салфетки



Алгоритм выполнения процедуры

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Подготовка к процедуре | Обоснование |
| Объяснить родственникам пациента, цель и ход предстоящей процедуры получить добровольное информированное согласие | Обеспечение права пациента на информацию. |
| Обработать руки гигиеническим способом, осушить | Обеспечение инфекционной безопасности |
| * 1. Надеть перчатки
	2. Уложить пострадавшего на спину
 |  |
| 1.5. Расстегнуть стесняющую одежду | Для улучшения проходимости дыхательных путей. |
| 1.6 Провести санацию ротоглотки |  |
| 2. Последовательность выполнения процедуры |
| Запрокинуть голову пациента назад и открытьрот. |  |
| Ввести воздуховод в рот вогнутой частью к небу, продвигая и одновременно поворачивая на 180 градусов. |  |
| 2.3. Проверить положение воздуховода (при правильном введении его вдох и выдох осуществляется беспрепятственно). |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **3. Окончание процедуры** |
| 3.1. При необходимости присоединить воздуховод к дыхательному аппарату дляпроведения ИВЛ или проводить ИВЛ черезмаску. |  |
| 3.2. Снять перчатки, поместить в емкость с дезинфицирующим средством или в емкость для отходов класса Б. | Обеспечение инфекционной безопасности |
| 3.3. Обработать руки гигиеническим способом, осушить |  |
| 3.4. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения услуги в медицинской документации. |  |

* 1. Рвотный рефлекс

Вероятные осложнения

* 1. Повреждение слизистой оболочки полости рта

Особая информация

Для облегчения продвижения воздуховод можно смочить водой

*Алгоритмы оказания неотложной помощи при желудочно – кишечном кровотечении.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Диагноз | Объем медицинской помощи | Тактика |
| Острое желудочно- кишечное | * Катетеризация вены или
 | * Медицинская эвакуация в
 |
| кровотечение | внутрикостный доступ | больницу. Транспортировка на |
|  | - Натрия хлорид 0,9% - 500 мл | носилках |
|  | в/венно капельно | * При отказе от медицинской
 |
|  | - Транексамовая кислота 750 мг | эвакуации в больницу - актив на |
|  | в/венно* Ингаляция кислорода
 | «103»При повторном отказе от |
|  | * ЭКГ (ЭКП) при подозрении на
 | медицинской эвакуации в |
|  | сопутствующую кардиальнуюпатологию | больницу - актив в поликлинику |
| - при САД < 80 мм рт ст. (у **детей** - | - ГЭК 6% - 500 мл в/венно капельно |  |
| при снижении САД более чем на 30% |  |  |
| от возрастной нормы) |  |  |
| Кровотечение из варикозно- расширенных вен пищевода | * Катетеризация вены или внутрикостный доступ
 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | * Натрия хлорид 0,9% - 500 мл в/венно капельно
* Транексамовая кислота 750 мг в/венно
* Ингаляция кислорода
 | * Медицинская эвакуация в больницу. Транспортировка на носилках
* При отказе от медицинской

эвакуации в больницу - актив на |
| - при САД < 80 мм рт ст. (у **детей** - при снижении САД более чем на 30% от возрастной нормы) | - ГЭК 6% - 500 мл в/венно капельно | «103»При повторном отказе отмедицинской эвакуации в больницу - актив в поликлинику |

Rp.: Sol. Etamsylati natrii 12,5 % - 2 ml

D.t.d. № 5 in amp.

S. Внутримышечно по 2 мл

#

Rp.: Sol. Аcidi tranexamici 1% - 5 ml.

D.t.d. № 5 in amp.

S. по 5 мл. внутривенно