

Тема: «Острая абдоминальная боль. Почечная колика».

1. Дать характеристику париетальной и висцеральной боли, определите их отличие.

Висцеральная боль возникает непосредственно в пораженном органе, тягостно ощущается больным как давящая, спастическая, тупая, сверлящая. Обычно сопровождается тошнотой, рвотой, потоотделением. Причиной висцеральной боли обычно являются спастические сокращения или растяжения органа, частью определенным образом связанные с приемом пищи. Висцеральная боль возникает при наличии патологических стимулов во внутренних органах и проводится симпатическими волокнами. Основными импульсами для ее возникновения являются внезапное повышение давления в полном органе и растяжение его стенки (наиболее частая причина), растяжение капсулы паренхиматозных органов, натяжение брыжейки, сосудистые нарушения.

Париетальная боль обусловлена раздражением париетальной или висцеральной брюшины, обусловлена наличием патологических процессов в париетальных тканях, имеющих окончания чувствительных спинномозговых нервов. Переход висцеральной боли в соматическую всегда бывает тревожным признаком и отражает распространение патологического процесса на брюшинный покров. Она отмечается большей интенсивностью. Соматическая боль обусловлена наличием патологических процессов в париетальной брюшине и тканях, имеющих окончания чувствительных спинномозговых нервов. Основными импульсами для ее возникновения являются повреждение брюшной стенки и брюшины.

Дифференциально-диагностические признаки висцеральной и париетальной боли

Признаки	Висцеральная	Париетальная
Характер	Давящая, спастическая, тупая, сверлящая	Острая интенсивная, бывает режущей и жгучей
Локализация	Разлитая, неопределенная, по срединной линии	Ее локализацию больной может точно определить. Точечная в месте раздражения
Длительность	От минуты до месяцев	Постоянная
Ритмичность (связь с приемом пищи, временем суток, актом дефекации и др.)	Характерно (ритм может быть правильным и неправильным)	Отсутствует
Иррадиация	Возникает при интенсивном характере и соответствует пораженному органу	Присутствует в большинстве случаев
Болезненность при пальпации	В месте локализации боли. Боль может быть локализована	В месте локализации больного органа
Лекарственная терапия	Эффективны препараты, нормализующие моторную функцию пораженного органа	Неэффективно и противопоказано
Клинические примеры	Не осложненная язвенная болезнь, желчная колика, дисфункция сфинктера Одди, язвы желудка или кишечника, спастическая дискинезия толстой кишки,	Перфоративные и пенетрирующие язвы, перитонит, опухоли с раздражением париетальной брюшины

2. Клиническая картина абдоминальной боли при острых хирургических заболеваниях.

При ОХЗ наиболее типична острая боль при **перфорации полого органа** живота с последующим развитием перитонита (прободная пептическая язва, деструктивный холецистит или аппендицит, перфорация кишечника при ущемленной грыже или кишечной непроходимости, разрыв маточных труб, панкреонекроз). В момент деструкции органа у пациента внезапно появляется сильная и в течение нескольких минут нарастающая до максимальной боль в животе, которая отражает острое раздражение брюшины содержимым полого органа и приводит к развитию синдрома **острого живота**. Под этим термином понимают продолжительную и неострую, постоянного характера боль, резко усиливающуюся при малейшем физическом напряжении, сотрясении живота и даже кровати. Наиболее сильная боль — при перфорации язвы на фоне пептической язвенной болезни и при панкреонекрозе. На фоне перфорации у больного могут развиваться гипотензия и коллапс вследствие болевого шока и массивного быстрого всасывания токсинов в кровь.

При обширном панкреонекрозе развиваются:

- ателектаз нижних отделов одного или обоих легких, приводящий к острой дыхательной недостаточности (острый респираторный дистресс-синдром взрослых);
- острый парез поперечной кишки, приводящий к появлению симптомокомплекса острой тонкокишечной непроходимости.

При ОХЗ вследствие **обструкции полого органа** развивается сильная приступообразная или схваткообразная боль — **колика**. Приступы боли могут чередоваться со светлыми промежутками различной длительности, сопровождаться сильным чувством страха и возбуждением больного. Боль при колике до развития деструкции и перитонита не зависит от положения больного и часто облегчается при движении.

3. Определение почечной колики. Причины, клиническая картина, оказание неотложной помощи, показания к госпитализации.

Почечная колика — приступ резких болей, возникающий при острой обструкции верхних мочевыводящих путей с наиболее частой локализацией в поясничной области.

Классификация

В зависимости от стороны поражения выделяют право- и левостороннюю почечную колику.

Оказание скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе

Диагностика

Основным симптомом почечной колики является боль, характеризующаяся следующим образом. Внезапная, постоянная и схваткообразная боль, продолжительностью от нескольких минут до 10—12 ч .

Боль локализуется в поясничной области и/или в подреберье; у детей младшего возраста — в области пупка. Иррадиация боли зависит от локализации зоны обструкции, которая чаще всего соответствует местам физиологических сужений мочеточника. При этом обструкция лоханочно-мочеточникового сегмента приводит к иррадиации боли в мезогастральную область; обструкция в месте перекреста мочеточника с подвздошными сосудами — к иррадиации боли в паховую область и наружную поверхность бедра; обструкция в нижней трети мочеточника (предпузырном и интрамуральном отделах) — к

иррадиации в головку полового члена, что может сопровождаться учащенным мочеиспусканием, болями в уретре, ложными позывами к дефекации.

Боль, особенно в первые 1,5—2 ч, заставляет пациента метаться, менять положение тела, удерживать ладонь на пояснице со стороны боли, что, как правило, не приносит облегчения.

Почечную колику могут сопровождать другие симптомы: - тошнота, рвота, не приносящие облегчения (возникают почти одновременно с болью);

- гематурия;
- дизурия;
- умеренное повышение АД;
- олиго- и анурия;
- парез кишечника разной степени выраженности;
- головокружение и обморок;
- брадикардия.

При сборе анамнеза следует учесть, что почечная колика чаще всего является признаком мочекаменной болезни, о наличии которой пациенты знают по предыдущим эпизодам почечной колики, выделению конкрементов с мочой, результатам проведенных ранее исследований. Другими факторами риска развития почечной колики являются аномалии развития верхних мочевыводящих путей, стриктуры и перегибы мочеточников, а также новообразования почек, мочеточников и забрюшинного пространства. Почечная колика может быть вызвана обструкцией мочеточника сгустками крови.

Осмотр и физикальное обследование.

Повышение температуры тела при почечной колике может свидетельствовать о развитии обструктивного пиелонефрита и является фактором, указывающим на необходимость транспортировки больного в стационар для дальнейшего обследования в условиях стационара.

Диагностические мероприятия

Оценка общего состояния и жизненно важных функций: сознания, дыхания, кровообращения. Для почечной колики характерны двигательное беспокойство, частая смена положения тела, возможны учащение пульса и повышение АД. Повышение температуры тела при почечной колике может свидетельствовать о развитии обструктивного пиелонефрита и является фактором, указывающим на необходимость обследования больного в условиях стационара.

Осмотр и пальпация живота в целях исключения острой хирургической патологии (наличие послеоперационных рубцов — следов аппендэктомии, холецистэктомии, операций по поводу перфоративной язвы желудка или двенадцатиперстной кишки, кишечной непроходимости и т.д. — облегчает дифференциальную диагностику); живот при почечной колике участвует в акте дыхания, отсутствуют напряжение мышц передней брюшной стенки и симптомы раздражения брюшины.

Для почечной колики типичны следующие симптомы: - положительный симптом поколачивания по пояснице (болезненность со стороны поражения); постукивание следует проводить крайне осторожно во избежание травмы почки;

- болезненность при пальпации в поясничной области и костовертебральном углу на стороне поражения.

Дифференциальная диагностика

В первую очередь дифференциальную диагностику почечной колики необходимо проводить с симптомами острого живота: острым аппендицитом, печеночной коликой и острым холециститом, острым панкреатитом, прободной язвой желудка или двенадцатиперстной кишки, кишечной непроходимостью, а также с расслаивающей аневризмой аорты, тромбозом мезентериальных сосудов, острым аднекситом, внематочной беременностью, перекрутом кисты яичника, грыжей межпозвоночного диска, межреберной невралгией, опоясывающим лишаем. Нередко при почечной колике отмечаются резкая болезненность передней брюшной стенки и ее ригидность.

Эти симптомы, наряду с самостоятельными болями, локализующимися в подвздошной области, позволяют предположить местный перитонит.

На почечную колику указывают беспокойное поведение больного во время приступа и болезненность на стороне поражения при поколачивании по пояснице, однако решающими дифференциально-диагностическими критериями являются данные, полученные при обследовании в условиях отделения экстренной помощи стационара, — примесь эритроцитов в моче, уретеро-, пиелоктазия и снижение функций почек.

Часто встречаемые ошибки

Введение наркотических анальгетиков на догоспитальном этапе.

Стимуляция диуреза при развитии анурии на фоне почечной колики.

Одновременное назначение нескольких анальгетиков.

Оказание помощи.

Лечение заключается в купировании почечной колики.

Уложить больного в постель, провести успокаивающую беседу.

При почечной колике следует немедленно выполнить обезболивание.

НПВС являются препаратами выбора, предпочтителен внутримышечный путь введения.

Для купирования боли применяют ненаркотические анальгетики и их комбинации со спазмолитиками: дротаверин внутривенно медленно в дозе 40—80 мг (2% раствор в дозе 2-4 мл); кеторолак внутривенно в дозе 30 мг (1 мл), дозу необходимо вводить не менее чем в течение 15 с или внутримышечно; диклофенак (диклофенак натрия) внутримышечно, ректально, внутрь или сублингвально. Доза при приеме внутрь и для внутримышечного введения 75 мг, в ректальных свечах — 100 мг.

После введения препаратов необходим контроль ЧСС, АД, диуреза.

Показания к госпитализации

Госпитализации в стационар для последующего обследования и лечения подлежат больные в случае: - почечной колики, не купируемой в течение 1 ч или возобновившейся в течение 1 ч после купирования; - наличия единственной почки; - двусторонней почечной колики; - беременности; - невозможности последующего амбулаторного обследования, контроля и лечения; - сомнения в правильности постановки диагноза (особенно у лиц старше 60 лет, которые могут иметь сходные симптомы при расслаивающей аневризме аорты).

При наличии осложнений возможны: - повышение температуры тела; - анурия; - неудовлетворительное общее состояние; - гематурия.

Медицинскую эвакуацию осуществляют в зависимости от состояния, желательно после уменьшения болей, на носилках в положении лежа.

В остальных случаях допустимо амбулаторное лечение больного.

Рекомендации для пациентов, не имеющих показаний к госпитализации:

- обратиться в местную поликлинику (лечебное учреждение) для обследования в целях установления причины почечной колики и лечения. Нередко подобные больные нуждаются в дальнейшем стационарном лечении;
- домашний режим;
- диета № 10, при уратном уролитиазе — диета №6;
- тепловые процедуры: грелка на область поясницы, горячая ванна (температура 40-50 °С);
- своевременно опорожнять мочевой пузырь, тщательно соблюдать правила личной гигиены;
- мочиться в сосуд и просматривать его на предмет отхождения камней;
- если возникает повторный приступ почечной колики, появляются лихорадка, тошнота, рвота, олигурия, а также если состояние прогрессивно ухудшается, следует незамедлительно обратиться за скорой медицинской помощью, так как в подобной ситуации показаны стационарное обследование и лечение.

Алгоритмы оказания неотложной помощи при почечной колике.

Диагноз	Объем медицинской помощи	Тактика
Камни почек и мочеточников. Почечная колика неуточненная	- Метамизол натрия + питофенон + фенпивериния бромид 5 мл в/венно или Кеторолак 30 мг в/венно + Дротаверин 40 мг в/венно При недостаточном эффекте: - Трамадол 100 мг в/венно	1. Актив в поликлинику 1. Медицинская эвакуация в больницу беременных и родильниц 2. При отказе от медицинской эвакуации - актив в ОНМПВиДН и ЖК
- при отсутствии эффекта от терапии - при гематурии - при температуре тела > 37,5°C - при анурии	• Не требует дополнительного лечения на этапе оказания скорой медицинской помощи	1. Медицинская эвакуация в больницу 2. При отказе от медицинской эвакуации - актив в поликлинику; беременных и родильниц

4. Острый пиелонефрит, цистит, простатит, орхоэпидидимит.

Острый пиелонефрит (ОПН) — неспецифическое инфекционное воспаление чашечно-лоханочной системы и паренхимы почек.

Этиология и патогенез

Пути проникновения инфекционного агента в почку:

- восходящий — очаги хронического воспаления находятся в женских половых органах, нижних мочевых путях и (реже) в толстой кишке;
- гематогенный — источником является острый или подострый воспалительный процесс вне мочевых путей (мастит, фурункул или карбункул и др.).

Предрасполагающие к развитию ОПН факторы — нарушения гемо- или уродинамики в почке или верхних мочевых путях. ОПН чаще наблюдается у женщин.

Инфекция, попав в почку, находит благоприятные условия в зонах гипоксии, где и возникает воспалительный процесс. Инфицированный тромб или эмбол в конечных сосудах коркового вещества почки вызывает инфаркт с последующим нагноением. Возникновение множественных мелких нагноившихся инфарктов в корковом веществе — это апостематозный нефрит. Развитие обширного инфаркта с последующим нагноением ведет к формированию карбункула почки.

Классификация

По патогенезу различают первичный и вторичный пиелонефрит.

В основе вторичного пиелонефрита лежат органические или функциональные изменения в почках и мочевых путях.

По наличию пассажа мочи по верхним мочевым путям, т.е. из почки в лоханку и далее по мочеточнику:

- сохранен — *необструктивный ОПН*; - нарушен — *обструктивный ОПН*.

Клиническая картина

Проявления ОПН: - озноб;

- высокая температура тела (38—39 °С и выше);
- боль в пояснице (в боку);
- нередко тошнота и рвота;
- общая интоксикация.

Часто ОПН предшествует учащенное, болезненное в конце мочеиспускание (клиническая картина острого цистита).

Необструктивный ОПН может начаться с дизурии, и в тот же день или через 1-2 дня присоединяются высокая температура тела, озноб и боли на стороне пораженной почки. Озноб может сменяться проливным потом с кратковременным снижением температуры тела; боль в поясничной области может появляться во время мочеиспускания и в этом случае предшествовать ознобу и лихорадке (пузырно-мочеточниковый рефлюкс), а после них больше не повторяться (разрыв форникса одной или нескольких чашечек и резорбция мочи — форникальный рефлюкс).

Обструктивный ОПН (окклюзия мочеточника камнем, продуктами хронического воспаления почки, внешнее сдавление — ретроперитонеальный фиброз, рак внутренних половых органов, увеличенные лимфатические узлы и т.д.) начинается с постепенно нарастающей или острой боли в пояснице на стороне поражения с последующим ознобом и повышением температуры тела.

Возможные осложнения

Осложнения обструктивного ОПН:

- развитие гнойного процесса;
- выраженные нарушения функциональной способности почек;
- бактериотоксический шок;
- уросепсис; - токсический гепатит; - паранефрит; - пионефроз.

Классификация

По патогенезу различают первичный и вторичный пиелонефрит.

В основе вторичного пиелонефрита лежат органические или функциональные изменения в почках и мочевых путях.

По наличию пассажа мочи по верхним мочевым путям, т.е. из почки в лоханку и далее по мочеточнику:

- сохранен — *необструктивный ОПН*;
- нарушен — *обструктивный ОПН*.

Клиническая картина

Проявления ОПН: - озноб;

- высокая температура тела (38—39 °С и выше);

- боль в пояснице (в боку);
- нередко тошнота и рвота;
- общая интоксикация.

Часто ОПН предшествует учащенное, болезненное в конце мочеиспускание (клиническая картина острого цистита).

Необструктивный ОПН может начаться с дизурии, и в тот же день или через 1-2 дня присоединяются высокая температура тела, озноб и боли на стороне пораженной почки. Озноб может сменяться проливающим потом с кратковременным снижением температуры тела; боль в поясничной области может появляться во время мочеиспускания и в этом случае предшествовать ознобу и лихорадке (пузырно-мочеточниковый рефлюкс), а после них больше не повторяться (разрыв форникса одной или нескольких чашечек и резорбция мочи — форникальный рефлюкс).

Обструктивный ОПН (окклюзия мочеточника камнем, продуктами хронического воспаления почки, внешнее сдавление — ретроперитонеальный фиброз, рак внутренних половых органов, увеличенные лимфатические узлы и т.д.) начинается с постепенно нарастающей или острой боли в пояснице на стороне поражения с последующим ознобом и повышением температуры тела.

Возможные осложнения

Осложнения обструктивного ОПН:

- развитие гнойного процесса;
 - выраженные нарушения функциональной способности почек;
 - бактериотоксический шок;
 - уросепсис;
 - токсический гепатит;
 - паранефрит;
 - пионефроз.
- больные при неэффективности предшествующей амбулаторной антибактериальной терапии ОПН;

- больные пиелонефритом с наличием в анамнезе хронической почечной недостаточности, сахарного диабета или иммунодефицита, единственной функционирующей почки.

Алгоритмы оказания неотложной помощи при острой задержке мочи.

Диагноз	Объем медицинской помощи	Тактика
Пиелонефрит (острый) - при температуре тела < 37,5°C	• Не требует лечения на этапе оказания скорой медицинской помощи	1. Актив в поликлинику 2. Медицинская эвакуация в больницу беременных и родильниц 3. При отказе от медицинской эвакуации - актив в поликлинику и ЖК
- при температуре тела > 37,5°C (у беременных и родильниц)	- Дрогаверин 40 мг в/мышечно - Метамизол натрия 1000 мг в/мышечно - Парацетамол 500 мг внутрь	1. Медицинская эвакуация в больницу 2. При отказе от медицинской эвакуации - актив в поликлинику; беременных и родильниц в ОНМПВиДН и ЖК

Острый простатит — острое бактериальное воспаление предстательной железы

Микроорганизмы чаще всего попадают в предстательную железу из мочеиспускательного канала при уретрите, катетеризации мочевого пузыря, длительном нахождении

уретрального катетера, других эндоскопических манипуляциях на мочеиспускательном канале, а также при биопсии предстательной железы. Острое воспаление простаты может быть следствием обострения хронического простатита. Значительно реже микроорганизмы могут попасть в предстательную железу гематогенно из отдаленных воспалительных очагов.

Классификация

- Острый простатит
- Абсцесс предстательной железы

Оказание скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе при остром простатите (абсцессе предстательной железы)

Диагностика. Для острого простатита характерны следующие *жалобы*.

- Боли в промежности с иррадиацией в область прямой кишки, половых органов, надлобковую область.
- Учащение мочеиспускания.
- Сильные позывы на мочеиспускание.
- Затруднение мочеиспускания вплоть до острой задержки мочи.
- Симптомы общей интоксикации (гипертермия, озноб, лихорадка).

Нижеприведенные данные **анамнеза** могут указывать на возможность развития острого простатита.

- Инструментальные вмешательства на уретре и мочевом пузыре.
- Дренирование мочевого пузыря уретральным катетером.
- Биопсия простаты.
- Уретрит.
- Хронический простатит.
- Переохлаждение.
- Злоупотребление алкоголем, половые эксцессы.
- Очаги хронической гнойной инфекции

Объективное обследование.

- Оценка общего состояния пациента, измерение АД, пульса, термометрия.
- При остром простатите могут наблюдаться ухудшение общего состояния пациента, гипертермия, при гнойно-септическом процессе — гипотония, тахикардия.
- При пальцевом ректальном исследовании предстательная железа резко болезненна, напряжена. В случае абсцесса предстательной железы определяются локальное размягчение и симптомы флюктуации.

Тактика.

При тяжелом общем состоянии следует поддерживать жизненные функции (в соответствии с общереанимационными принципами), вести мониторинг АД и ЧСС.

Для купирования боли и при лихорадке на догоспитальном этапе проводят терапию спазмолитиками, анальгетиками и НПВС: дротаверин в дозе 40 мг внутримышечно, метамизол натрия в дозе 500 мг внутримышечно, кеторолак в дозе 30 мг внутримышечно.

Пациенты с длительной острой задержкой мочеиспускания, объективными признаками переполнения мочевого пузыря (приглушение перкуторного звука, пальпируемый мочевой пузырь) и в случае невозможности быстрой медицинской

эвакуации в стационар (плохая транспортная доступность стационара) могут нуждаться в катетеризации мочевого пузыря

Дальнейшее введение

Пациент с острым простатитом подлежит экстренной доставке в стационар.

При удовлетворительном общем состоянии, если у пациента нет сильных болей, лихорадки, симптомов общей интоксикации, выраженной дизурии, острой задержки мочеиспускания и при возможности в кратчайшие сроки обратиться в медицинскую организацию, оказывающую медицинскую помощь в амбулаторных условиях, по месту жительства, пациент не нуждается в доставке в стационар.

Часто встречаемые ошибки

- Отказ или задержка в доставке в стационар, когда острый простатит ошибочно принимается за острый цистит.

Алгоритмы оказания неотложной помощи при остром простатите .

Диагноз	Объем медицинской помощи	Тактика
Острый простатит - при температуре тела < 37,5°C	• Не требует лечения на этапе оказания скорой медицинской помощи	1. Рекомендовать обратиться в поликлинику
- при температуре тела > 37,5°C	- Кеторолак 30 мг в/мышечно	1. Медицинская эвакуация в больницу 2. При отказе от медицинской эвакуации - актив в поликлинику

Оказание скорой медицинской помощи при остром эпидидимите, орхите.

Острый эпидидимит — острое воспаление придатка яичка.

Острый орхит — острое воспаление яичка.

Орхоэпидидимит — сочетанное воспаление яичка и придатка яичка

Этиология и патогенез

Чаще всего воспаление яичка и его придатка является следствием инфекционных процессов различной локализации (уретрит, простатит, тонзиллит, паротит и др.), а также перенесенной травмы органов мошонки, инструментальных исследований, катетеризации мочевого пузыря. Редкой причиной острого эпидидимита может быть прием противоаритмического препарата амиодарона, при этом воспалительный процесс обычно имеет двусторонний характер.

Классификация

Различают следующие формы острого эпидидимита: - серозный; - гнойный; - односторонний; - двусторонний.

Оказание скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе при остром эпидидимите, остром орхите

Клинические проявления при остром эпидидимите, остром орхите или при их сочетании сходные

Диагностика. Клиническая картина

Острый эпидидимит *Жалобы:*

- боль в соответствующей половине мошонки с иррадиацией в пах и боковую поверхность бедра;
- гиперемия кожи мошонки и увеличение ее объема;

- повышение температуры тела, лихорадка, озноб.

Анамнез

При сборе анамнеза следует обратить внимание на наличие заболеваний, передаваемых половым путем, на инструментальные вмешательства на уретре и мочевом пузыре, дренирование мочевого пузыря уретральным катетером, уретрит, очаги хронической гнойной инфекции.

Объективное обследование Для острого орхита, эпидидимита характерны:

- увеличение мошонки; - гиперемия кожи мошонки;
- резко болезненные при пальпации органы мошонки (яичко, придаток);
- приподнимание мошонки при пальпации может облегчать симптомы заболевания (положительный симптом Прена);
- может развиваться реактивная водянка оболочек яичка. **Осложнения:**
- абсцесс яичка; - инфаркт яичка.

Дифференциальная диагностика

Острый эпидидимит и орхит входят в синдром острой мошонки, так же как и перекрут яичка. В первую очередь необходимо проводить дифференциальную диагностику с перекрутом яичка (отсутствует лихорадка, симптом Прена отрицательный)

Оказание помощи.

В целях обезболивания могут быть введены следующие лекарственные препараты: дротаверин в дозе 40 мг внутримышечно, кеторолак в дозе 30 мг, метамизол натрия в дозе 500 мг внутримышечно

Дальнейшее ведение (показания к госпитализации)

Все больные с признаками острого эпидидимита и орхита подлежат немедленному направлению в многопрофильный стационар скорой медицинской помощи.

Алгоритмы оказания неотложной помощи при остром эпидидимоорхите.

Диагноз	Объем медицинской помощи	Тактика
Острый эпидидимоорхит - при температуре тела < 37,5°C	• Не требует лечения на этапе оказания скорой медицинской помощи	1. Актив в поликлинику 2. Детям - медицинская эвакуация в больницу, при отказе от медицинской эвакуации - актив в ОНМПВиДН
- при температуре тела > 37,5°C	- Кеторолак 30 мг в/мышечно или Метамизол натрия 500% - 2,0 мл в/мышечно	1. Медицинская эвакуация в больницу 2. При отказе от медицинской эвакуации - актив в поликлинику

5. Определение термина «острая задержка мочи». Причина, клиническая картина, оказание неотложной помощи.

Острая задержка мочеиспускания (ОЗМ) — невозможность мочеиспускания при наполненном мочевом пузыре.

Классификация. Острая задержка мочеиспускания.

Хроническая задержка мочеиспускания.

Парадоксальная ишурия.

Острая задержка мочеиспускания возникает при нарушении проходимости мочеиспускательного канала или снижении тонуса мочевого пузыря. Выделяют также транзиторную острую задержку мочеиспускания, возникающую при передозировке ряда лекарственных препаратов или при интоксикации.

Острая задержка мочеиспускания может быть следствием множества патологических состояний и заболеваний. Самая частая причина — доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ).

Таблица Основные причины острой задержки мочи

Мужчины	Женщины
Острый простатит	Тазовый пролапс
Рак простаты	Новообразования тазовых органов
ДГПЖ	Вульвовагинит
Фимоз, парафимоз, стриктуры уретры	—
Рак мочевого пузыря, нейрогенный мочевой пузырь, камни мочевого пузыря, каловый завал, новообразования органов брюшной полости, травмы, парауретральные абсцессы, герпес, бильгарциоз	

Оказание скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе

Жалобы и сбор анамнеза.

На наличие ОЗМ указывают:

- невозможность мочеиспускания при наполненном мочевом пузыре;
- сильные и бесплодные позывы на мочеиспускание;
- боль в надлобковой области;
- чувство распирания внизу живота.

При сборе анамнеза необходимо выяснить наличие каких-либо нарушений мочеиспускания ранее, в том числе острой задержки мочеиспускания, урологических, неврологических и других заболеваний, осложненных нарушением функции нижних мочевыводящих путей, перенесенных оперативных вмешательств. Провоцирующими факторами острой задержки мочеиспускания являются прием алкоголя, наркотических средств, ряда лекарственных препаратов (анальгетиков, снотворных препаратов, антидепрессантов, транквилизаторов, антихолинергических средств и др.), а также переохлаждение, перегревание, медицинские манипуляции.

Диагностика. Физикальное обследование.

Для острой задержки мочеиспускания характерны: - выпячивание в надлобковой области;

- тупой звук, определяемый перкуторно над мочевым пузырем;
- болезненная пальпация;
- прощупывается переполненный мочевой пузырь и при пальпации возникают резкие позывы на мочеиспускание;
- при большом количестве мочи вершина пузыря часто оказывается на уровне пупка и может содержать более 1 л мочи.

При физикальном обследовании необходимо оценить общее состояние пациента (сознание, дыхание, пульс и частоту сердечных сокращений, АД, температуру тела) и по возможности выяснить причину острой задержки мочеиспускания. С этой целью необходимо провести осмотр наружных половых органов для выявления признаков травмы или воспаления, пальцевое ректальное исследование. При этом для ДГПЖ (доброкачественная гиперплазия предстательной железы) характерны увеличение размера предстательной железы, эластичная консистенция, сглаживание междолевой борозды и

безболезненность при пальпации. Неоднородность структуры простаты может указывать на наличие злокачественной опухоли. При остром простатите предстательная железа отечна, резко болезненна при пальпации, а при абсцессе простаты возможно выявление очагов размягчения или флюктуации.

Для выявления осложнений острой задержки мочи при осмотре необходимо уделить внимание цвету кожных покровов, признакам интоксикации (лихорадке, тошноте, рвоте) Данные изменения могут указывать на острую почечную недостаточность или на присоединение инфекционного поражения мочевыводящих путей (острого пиелонефрита, цистита).

Дифференциальная диагностика

Необходимо провести дифференциальную диагностику ОЗМ с анурией и парадоксальной ишурией.

Анурия: нет позывов на мочеиспускание, мочевого пузыря пуст, поэтому при осмотре передней брюшной стенки нет выпячивания, притупления перкуторного звука и мочевого пузыря не пальпируется. Характерны клинические признаки острой почечной недостаточности.

При парадоксальной ишурии пациент не может самостоятельно опорожнить мочевого пузыря, он переполнен, но моча непроизвольно выделяется каплями.

В анамнезе — заболевание, приводящее к развитию инфравезикальной обструкции (чаще всего ДГПЖ).

Наличие анурии или парадоксальной ишурии является показанием к госпитализации пациента.

Оказание помощи.

При острой задержке мочеиспускания требуется экстренная помощь — катетеризация мочевого пузыря.

- Противопоказания к катетеризации мочевого пузыря: - травма уретры;
- острый уретрит;
 - острый орхит, эпидидимит;
 - острый простатит.

В этих случаях, а также при отсутствии возможности катетеризации мочевого пузыря показана медицинская эвакуация больного в стационар для выполнения альтернативных способов дренирования мочевого пузыря.

Показания к госпитализации

Показания к медицинской госпитализации для выполнения альтернативных способов дренирования мочевого пузыря, дообследования и устранения причин ОЗМ:

- Наличие травмы органов мочевой системы.
- Наличие острых воспалительных урологических заболеваний.
- Невозможность катетеризации мочевого пузыря.
- Невозможность дальнейшего лечения в амбулаторных условиях.
- Тяжелое общее состояние пациента вследствие ОЗМ.
- Наличие ОЗМ в анамнезе.
- Наличие гематурии.

При отсутствии показаний к медицинской эвакуации и в случае успешного удаления мочи из мочевого пузыря дальнейшее лечение пациента возможно в амбулаторных условиях.

Часто встречаемые ошибки

- Назначение диуретиков.
- Использование металлического катетера.

Алгоритмы оказания неотложной помощи при острой задержке мочи.

Диагноз	Объем медицинской помощи	Тактика
Острая задержка мочеиспускания, первичная, неосложненная	<ul style="list-style-type: none">• Катетеризация мочевого пузыря мягким катетером• Дротаверин 40 мг в/мышечно	<ol style="list-style-type: none">1. Медицинская эвакуация в больницу2. При отказе от медицинской эвакуации - актив в поликлинику
- при технической невозможности катетеризации у мужчин	Повторная катетеризация мочевого пузыря не проводится	<ol style="list-style-type: none">1. Медицинская эвакуация в больницу2. При отказе от медицинской эвакуации - актив в поликлинику
- при температуре тела > 37,5°C	- Метамизол натрия 1000 мг в/мышечно Катетеризация мочевого пузыря не проводится	
- повторный эпизод задержки мочеиспускания (в течение 24-х часов)	<ul style="list-style-type: none">• Катетеризация мочевого пузыря мягким катетером	<ol style="list-style-type: none">1. Медицинская эвакуация в больницу2. При отказе от медицинской эвакуации - актив в поликлинику

6. Оказание скорой медицинской помощи при остром животе, остром аппендиците.

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 obturации 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: подмышечная и ректальная;

- показатели гемодинамики: пульс, АД, аускультация сердца;

- исследования живота: осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация, объем живота, исследование через прямую кишку (болезненность, нависание стенок)

Лечение 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.

При развитии септического или геморрагического шока — начать соответствующую интенсивную терапию.

Оказание скорой медицинской помощи при остром аппендиците.

Острый аппендицит — воспаление червеобразного отростка слепой кишки, является самым частым хирургическим заболеванием органов брюшной полости. Это заболевание может возникнуть в любой возрастной группе, но наибольшая частота его отмечается в юношеском и молодом возрасте. Результаты лечения острого аппендицита имеют прямую зависимость от сроков оперативного вмешательства

Этиология и патогенез

Острый аппендицит по своей сущности является неспецифическим воспалением червеобразного отростка, вызываемым преимущественно возбудителями гнойной инфекции, обитающими в просвете кишечника (кишечной палочкой, энтерококком, стафилококком, стрептококком и др). Однако острый аппендицит может быть также следствием специфического инфекционного заболевания — сальмонеллеза,

дизентерии, псевдотуберкулеза.

В развитии острого аппендицита участвуют транслокация патогенной микрофлоры из просвета кишечника в интрамуральные лимфоидные образования червеобразного отростка и их последующее воспаление. В ряде случаев острый аппендицит развивается вследствие лимфогенного или гематогенного инфицирования.

Энтерогенная инфекция червеобразного отростка возможна лишь при определенной степени снижения барьерной функции эпителия его слизистой оболочки, что может быть обусловлено нарушением регионарного кровообращения, повышением давления в его просвете, повреждением слизистой оболочки и, возможно, другими, еще не выясненными причинами.

Классификация

Практическая необходимость классификации острого аппендицита обусловлена существенными различиями содержания оперативного вмешательства и исходов лечения в зависимости от характера патологических изменений в червеобразном отростке и прилежащих органах.

В зависимости от *клинической картины* заболевания выделяют:

- острый аппендицит с типичной клинической картиной;
- острый аппендицит с атипичной клинической картиной:
- дизурическими расстройствами;
 - симптомами гинекологических заболеваний;
 - симптомами заболеваний желчевыводящих путей;
 - диареей или другими признаками острых желудочно-кишечных инфекций;
 - признаками тяжелой гнойной интоксикации;
 - гиперпирексией.

По *характеру морфологических изменений* в стенке червеобразного отростка острый аппендицит подразделяется:

- на простой (поверхностный, катаральный);
- флегмонозный;
- гангренозный;
- перфоративный.

По распространенности патологического процесса *острый аппендицит* делится:

- на неосложненный;
- осложненный (аппендикулярным инфильтратом, аппендикулярным или межкишечным абсцессом, местным или разлитым перитонитом, забрюшинной флегмоной и др).

Оказание скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе.

Клиническая картина. Приступ острого аппендицита обычно развивается внезапно. Появляется боль, первоначально локализующаяся в подложечной области или около пупка. Боль может носить разлитой характер. Спустя некоторое время (3-5 ч) боль

Выявление симптомов острого аппендицита.

- Симптом Кохера — смещение боли из эпигастрия или верхних отделов живота в правую подвздошную область
- Симптом Бартоломье-Михельсона — усиление боли при пальпации правой подвздошной области в положении больного лежа на левом боку.

- Симптом Образцова — усиление боли во время пальпации в правой подвздошной области при поднятии выпрямленной в коленном суставе правой ноги
- Симптом Ровзинга — появление или усиление боли в правой подвздошной области при толчкообразном надавливании на левую подвздошную область.
- Симптом Ситковского — появление или усиление боли в правом боку при повороте больного на левый бок.
- Симптом Щеткина-Блюмберга (перитонит) — усиление боли в момент резкого отнятия производящей давление руки

Ректальное пальцевое исследование: болезненность и нависание передней стенки прямой кишки

Наличие ассоциированных симптомов: вздутие живота, задержка стула и газов, тошнота, рвота, кратковременная диарея, субфебрильная лихорадка, ложные позывы на мочеиспускание

Лечение. При подозрении на острый аппендицит больной должен быть немедленно доставлен в многопрофильный стационар, где возможно проведение дополнительных исследований и привлечение смежных врачей-специалистов. При этом, в случае атипичной клинической картины, допустимо использовать диагноз направления «острый живот».

Транспортировка осуществляется лежа на носилках.

В случае категорического отказа больного от госпитализации он сам и его родственники должны быть предупреждены о возможных последствиях с соответствующей записью в медицинской документации, а также должно быть организовано динамическое наблюдение за пациентом врачом поликлиники.

Часто встречаемые ошибки

- Введение анальгетиков (особенно наркотических) и слабительных.
- Применение местного тепла (грелки) и очистительных клизм, способствующих развитию деструктивного аппендицита
- Промывание желудка.
- Отказ от госпитализации.

7. Оказание неотложной помощи при остром холецистите, панкреатите, постхолециститэктомическом синдроме.

Острый холецистит — острое воспаление желчного пузыря.

Острый калькулезный холецистит — воспаление, вызванное обтурацией пузырного протока камнем, что приводит к застою, инфицированию желчи, гипертензии в желчном пузыре, деструкции его стенки и перитониту. Острый холецистит может сочетаться с холангитом и панкреатитом. Каждое из этих осложнений имеет свои клинические проявления и требует различной лечебной тактики.

Этиология и патогенез.

Желчнокаменная болезнь занимает первое место в структуре хирургических заболеваний ЖКТ. По данным ВОЗ, у каждого четвертого жителя нашей планеты в возрасте от 60 до 70 лет обнаруживаются желчные конкременты, а после 70 лет — у каждого третьего. Доля пожилых пациентов в структуре острого холецистита на сегодняшний день составляет 82%. Наличие возрастных изменений и сопутствующих заболеваний

позволяет относить этих лиц к категории пациентов с высоким риском неблагоприятного исхода. Длительное, малосимптомное течение заболевания и поздняя обращаемость пациентов за медицинской помощью часто приводят к развитию осложнений со стороны желчевыводящих путей (холедохолитиазу, холангиту, перфорации желчного пузыря).

Классификация

По причине возникновения: - каменный; - бескаменный; - паразитарный
По клинико-морфологической форме: - простой; - флегмонозный; - гангренозный;
- перфоративный

Осложненный острый холецистит. – Водянка. -Эмпиема. - Паравезикальный инфильтрат. - Паравезикальный абсцесс. - Перитонит (неограниченный и распространенный). - Билиодигестивные свищи. – Панкреатит. – Холангит. - Механическая желтуха. - Абсцессы печени. – Сепсис.

Оказание скорой медицинской помощи при остром холецистите на догоспитальном этапе.

На догоспитальном этапе необходимо особое внимание уделить тщательному сбору анамнеза: когда заболел(а), что явилось пусковым механизмом. Почти у 100% больных — это острая и жирная пища, принятая в чрезмерном количестве. Заболевание обычно начинается приступом боли в правой подреберной области. Боль иррадирует кверху, в правое плечо и лопатку, правую надключичную область. Она сопровождается тошнотой и повторной рвотой. Характерными признаками являются ощущение горечи во рту и наличие примеси желчи в рвотных массах. В начальной стадии заболевания боль носит тупой характер, по мере прогрессирования процесса она становится более интенсивной. При этом отмечается повышение температуры тела до 38 °С, иногда бывает озноб. Обязательно проведение сбора эпидемиологического анамнеза (контакт с гепатитом А). Необходимо выяснить, не обследовался ли пациент ранее, по поводу каких заболеваний получал стационарное или амбулаторное лечение, когда последний раз выполнялась УЗ-диагностика органов брюшной полости, а также наличие сопутствующих заболеваний, которые могут приводить к развитию острого холецистита (хронического гипоацидного и анацидного гастрита, лямблиоза, генерализованного атеросклероза). Постановку диагноза облегчает наличие в анамнезе данных о том, что пациент болен желчнокаменной болезнью.

Физикальное обследование.

При физикальном осмотре выявляется учащенный пульс в соответствии с повышением температуры тела. При деструктивном и особенно перфоративном холецистите, осложнившимся перитонитом, наблюдается тахикардия до 100-120 в минуту. Иногда отмечается иктеричность склер. Выраженная желтуха возникает при осложненных формах острого холецистита: холедохолитиазе или выраженных воспалительных изменениях в печеночно- двенадцатиперстной связке. Язык сухой, обложен. Живот при пальпации болезненный в правом подреберье, здесь же наблюдаются защитное напряжение мышц живота и симптомы раздражения брюшины, которые наиболее выражены при деструктивном холецистите.

Специфическими *симптомами острого холецистита* являются: болезненность при поколачивании ребром ладони по правой реберной дуге (симптом Грекова-Ортнера), боль при глубокой пальпации в правом подреберье (симптом Кера), усиление боли при пальпации на вдохе (симптом Образцова), болезненность при пальпации между ножками

правой грудино-ключично-сосцевидной мышцы (симптом Мюсси - Георгиевского). Больной не может сделать вдох при глубокой пальпации в правом подреберье (симптом Мерфи). При пальпации возможно выявление увеличенного, резко болезненного желчного пузыря. При перкуссии печеночная тупость сохранена.

Клиническая картина *острого холецистита, осложненного перфорацией*, характеризуется появлением боли сначала в правом подреберье, а затем по всему животу. Прорыв желчного пузыря чаще всего происходит через 48-72 ч от начала заболевания и, как правило, у больных пожилого и старческого возраста.

Острый холецистит, осложненный холангитом и гепатитом, с самого начала протекает с интермиттирующей лихорадкой с ознобами, проливными потами и желтухой. Вследствие интоксикации организма развиваются заторможенность, угнетенное состояние или эйфория. Иногда наступает потеря сознания. Желтуха, как правило, интенсивная. К ней присоединяется острая печеночная недостаточность, а затем и острая почечная недостаточность.

Дифференциальная диагностика

Дифференциальную диагностику острого холецистита чаще всего проводят с почечной коликой, острым панкреатитом, перфоративной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки, инфарктом миокарда, острым аппендицитом, острым инфекционным гепатитом.

Необходимо выяснить, не обследовался ли пациент ранее, по поводу каких заболеваний получал стационарное или амбулаторное лечение, когда последний раз выполнялась УЗ-диагностика органов брюшной полости, а также наличие сопутствующих заболеваний, которые могут приводить к развитию острого холецистита (хронического гипоацидного и анацидного гастрита, лямблиоза, генерализованного атеросклероза). Постановку диагноза облегчает наличие в анамнезе данных о том, что пациент болен желчнокаменной болезнью.

Физикальное обследование.

При физикальном осмотре выявляется учащенный пульс в соответствии с повышением температуры тела. При деструктивном и особенно перфоративном холецистите, осложнившимся перитонитом, наблюдается тахикардия до 100-120 в минуту. Иногда отмечается иктеричность склер. Выраженная желтуха возникает при осложненных формах острого холецистита: холедохолитиазе или выраженных воспалительных изменениях в печеночно-двенадцатиперстной связке. Язык сухой, обложен. Живот при пальпации болезненный в правом подреберье, здесь же наблюдаются защитное напряжение мышц живота и симптомы раздражения брюшины, которые наиболее выражены при деструктивном холецистите.

Специфическими *симптомами острого холецистита* являются: болезненность при поколачивании ребром ладони по правой реберной дуге (симптом Грекова-Ортнера), боль при глубокой пальпации в правом подреберье (симптом Кера), усиление боли при пальпации на вдохе (симптом Образцова), болезненность при пальпации между ножками правой грудино-ключично-сосцевидной мышцы (симптом Мюсси - Георгиевского). Больной не может сделать вдох при глубокой пальпации в правом подреберье (симптом Мерфи). При пальпации возможно выявление увеличенного, резко болезненного желчного пузыря. При перкуссии печеночная тупость сохранена.

Клиническая картина *острого холецистита, осложненного перфорацией*, характеризуется появлением боли сначала в правом подреберье, а затем по всему животу

Прободение желчного пузыря чаще всего происходит через 48-72 ч от начала заболевания и, как правило, у больных пожилого и старческого возраста.

Острый холецистит, осложненный холангитом и гепатитом, с самого начала протекает с интермиттирующей лихорадкой с ознобами, проливными потами и желтухой. Вследствие интоксикации организма развиваются заторможенность, угнетенное состояние или эйфория. Иногда наступает потеря сознания. Желтуха, как правило, интенсивная. К ней присоединяется острая печеночная недостаточность, а затем и острая почечная недостаточность.

Дифференциальная диагностика

Дифференциальную диагностику острого холецистита чаще всего проводят с почечной коликой, острым панкреатитом, перфоративной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки, инфарктом миокарда, острым аппендицитом, острым инфекционным гепатитом.

Морфологические проявления, как правило, соответствуют тяжести заболевания.

Отечная форма панкреатита имеет легкое течение. Панкреонекрозу (в зависимости от его масштаба) соответствует среднее или тяжелое течение.

Острый деструктивный панкреатит (т.е. панкреонекроз) имеет фазовое течение - Ферментативная фаза (первые 5 сут заболевания) характеризуется формированием панкреонекроза и развитием эндотоксикоза.

- В реактивной фазе (2-я неделя заболевания) происходит реакция организма на сформировавшийся панкреонекроз в виде перипанкреатического инфильтрата.

- В фазе секвестрации (3-я неделя и более) происходит формирование секвестров и отторжение некротических тканей:

- асептическая секвестрация (без инфицирования) — с формированием кисты поджелудочной железы;

- септическая секвестрация (с инфицированием) — с развитием гнойных осложнений

Клиническая картина

Внезапно появляется сильная постоянная боль в эпигастральной области и верхних отделах живота, которая иррадиирует в спину или имеет опоясывающий характер.

Больной ОП часто принимает вынужденное положение (позу зародыша), уменьшающее боль. Нередко развиваются неукротимая рвота, тахикардия, гипотония, парез кишечника, острый респираторный дистресс-синдром взрослых. Гемодинамические нарушения при ОП могут быть крайне тяжелыми, вплоть до развития шока.

Выраженность общих симптомов острого панкреатита тесно связана с тяжестью заболевания, которая в значительной степени определяет его прогноз.

Оказание скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе

Диагностика. Обязательные вопросы.

1. В каком месте живота ощущается боль и характер боли . Куда боль иррадиирует? Была ли боль внезапной и сколько времени продолжается?
2. Была ли рвота и сколько раз?
3. Повышалась ли температура тела?
4. Уменьшилось ли мочеиспускание?
5. Имеются ли заболевания желчевыводящей системы?
6. Сколько алкоголя в день употребляется?
7. Были ли раньше приступы панкреатита?
8. Были ли накануне погрешность в диете и употребление большого количества

алкоголя?

Осмотр и физикальное обследование

- Оценка общего состояния и жизненно важных функций: сознания, дыхания, кровообращения.
- Визуальная оценка цвета кожи (мраморность кожи живота и конечностей, кровоизлияния на боковых поверхностях живота и пупочной области), видимых слизистых оболочек (сухой язык).
- Исследование пульса, измерение ЧСС и АД (тахикардия, гипотония).
- Пальпация живота:
 - боль при поверхностной пальпации в верхней половине живота; положительные симптомы раздражения брюшины .

Симптомы острого панкреатита:

- Керте — локальное вздутие по ходу поперечно-ободочной кишки и напряжение мышц передней брюшной стенки
- Мейо-Робсона — локализация боли в левом реберно-позвоночном углу;
- Воскресенского — отсутствие пульсации брюшной аорты;
- Щеткина-Блюмберга (перитонит) — усиление боли в момент резкого отнятия производящей давление руки.

Наличие ассоциированных симптомов: рвоты, гипотонии, метеоризма, анурии.

Диагноз	Объем медицинской помощи	Тактика
Острый аппендицит другой и неуточнённый Острый аппендицит с ограниченным перитонитом	• Не требует лечения на этапе оказания скорой медицинской помощи	1. Медицинская эвакуация в больницу 2. При отказе от медицинской эвакуации в больницу: - для детей актив на «103» - для взрослых актив в поликлинику При повторном отказе от медицинской эвакуации детей - актив в поликлинику
Острый холецистит	- Дротаверин 40 мг в/мышечно	1. Медицинская эвакуация в больницу 2. При отказе от медицинской эвакуации в больницу: - для детей актив на «103» - для взрослых актив в поликлинику При повторном отказе от медицинской эвакуации детей - актив в поликлинику
- при рвоте	- Метоклопрамид 10 мг в/венно	
- при гиповолемии	• Катетеризация вены или внутрикостный доступ - Натрия хлорид 0,9 % - 500 мл в/венно капельно или Декстроза 5% - 400 мл в/венно капельно	
Постхолецистэктомический синдром	- Дротаверин 40 мг в/мышечно или в/венно или Платифиллин 2 мг подкожно	1. Актив в поликлинику
- при желтухе, холангите	• Катетеризация вены или внутрикостный доступ - Натрия хлорид 0,9% - 250 - 500 мл в/венно капельно	1. Медицинская эвакуация в больницу 2. При отказе от медицинской эвакуации в больницу: - для детей актив на «103» - для взрослых актив в поликлинику 3. При повторном отказе от медицинской эвакуации детей - актив в поликлинику
Острый панкреатит	• ЭКГ (ЭКП)	

	• Глюкометрия	1. Медицинская эвакуация в больницу 2. При отказе от медицинской эвакуации в больницу: - для детей актив на «103» - для взрослых актив в поликлинику 3. При повторном отказе от медицинской эвакуации детей - актив в поликлинику
- при болевом синдроме	- Дротаверин 40 мг в/мышечно	
- при рвоте	- Метоклопрамид 10 мг в/венно	
- при интоксикации, гиповолемии	• Ингаляция кислорода при SpO ₂ < 90 % • Катетеризация вены или внутрикостный доступ - Натрия хлорид 0,9 % - 500 мл в/венно капельно или Декстроза 5% - 400 мл в/венно капельно	

8. Оказание скорой медицинской помощи при кишечной непроходимости и ущемленной грыже.

Острая кишечная непроходимость (ОКН) — синдромная категория, объединяющая осложненное течение различных по этиологии заболеваний и патологических процессов, которые формируют морфологический субстрат ОКН.

Классификация

По морфофункциональным признакам.

- **Динамическая** (функциональная) кишечная непроходимость — нарушена двигательная функция кишечной стенки без механического препятствия для продвижения кишечного содержимого: - паралитическая кишечная непроходимость; - спастическая кишечная непроходимость.

- **Механическая** кишечная непроходимость — окклюзия кишечной трубки на каком-либо уровне, что и обуславливает нарушение кишечного транзита:

- странгуляционная кишечная непроходимость (от лат. *strangulatio* — удушение) возникает при сдавлении брыжейки кишки, что приводит к нарушению питания.

Классическими примерами странгуляционной кишечной непроходимости являются заворот, узлообразование и ущемление;

- обтурационная кишечная непроходимость (от лат. *obturatio* — закупорка) возникает при механическом препятствии продвижению кишечного содержимого: внутрикишечная без связи со стенкой кишки — причинами могут быть крупные желчные камни, попавшие в просвет кишки через внутренний желчный свищ, каловые камни, гельминты, инородные тела; внутрикишечная, исходящая из стенки кишки, — опухоли, рубцовые стенозы; внекишечная — опухоль, кисты;

- смешанная непроходимость кишечника (сочетание странгуляции и обтурации): инвагинационная кишечная непроходимость как результат инвагинации; спаечная кишечная непроходимость, развивающаяся за счет сдавления кишечника спайками брюшной полости.

По клиническому течению: - острая; - хроническая

По уровню непроходимости: - высокая (тонкокишечная, проксимальнее связки Трейтца);

- низкая (толстокишечная, дистальнее связки Трейтца)

По пассажу химуса: - полная; - частичная

По происхождению: - врожденная; - приобретенная

Клиническая картина. Основными симптомами ОКН являются:

- боль в животе — постоянный и ранний признак непроходимости, обычно возникает внезапно, вне зависимости от приема пищи, в любое время суток, без предвестников;

характер боли схваткообразный. Приступы боли связаны с перистальтической волной и повторяются через 10-15 мин. В период декомпенсации, истощения энергетических запасов мускулатуры кишечника, боль начинает носить постоянный характер. При странгуляционной непроходимости боль сразу постоянная, с периодами усиления во время волны перистальтики. При прогрессировании заболевания острые боли, как правило, стихают на 2-3-и сутки, когда перистальтическая активность кишечника прекращается, что служит плохим прогностическим признаком. Паралитическая кишечная непроходимость протекает с постоянными тупыми распирающими болями в животе;

- задержка стула и газов — патогномоничный признак непроходимости кишечника. Это ранний симптом низкой непроходимости. При высоком ее характере, в начале

заболевания, особенно под влиянием лечебных мероприятий, может быть стул, иногда многократный, за счет опорожнения кишечника, расположенного ниже препятствия. При инвагинации из заднего прохода иногда появляются кровянистые выделения. Это может стать причиной диагностической ошибки, когда острую кишечную непроходимость принимают за дизентерию;

- вздутие и асимметрия живота;

- рвота — после тошноты или самостоятельно, часто повторная. Чем выше препятствие в пищеварительном тракте, тем ранее возникает рвота и имеет более выраженный характер, многократная, неукротимая. Рвота вначале носит механический (рефлекторный), а затем центральный (интоксикация) характер.

Оказание скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе

Диагностика. На догоспитальном этапе ведущими диагностическими составляющими являются: - данные анамнеза и жалобы больного;

- данные объективного осмотра, включая пальцевое ректальное исследование.

Специфичные для ОКН симптомы:

- Валя — относительно устойчивое, неперемещающееся асимметричное вздутие живота, заметное на глаз, определяемое на ощупь;

- Шланге — видимая перистальтика кишок, особенно после пальпации;

- Склярова — выслушивание шума плеска над петлями кишечника;

- Спасокукоцкого-Вильмса — шум падающей капли;

- Кивуля — усиленный тимпанический звук с металлическим оттенком над растянутой петлей кишки;

- Обуховской больницы — признак низкой толстокишечной непроходимости: баллонообразное вздутие пустой ампулы прямой кишки на фоне зияния ануса;

- Цеге-Мантейфеля — признак низкой толстокишечной непроходимости: малая вместимость (<500-700 мл воды) дистального отдела кишечника при постановке сифонной клизмы;

- Мондора — усиленная перистальтика кишечника сменяется постепенным угасанием перистальтики (шум в начале, тишина в конце);

- мертвая (могильная) тишина — отсутствие звуков перистальтики — зловещий признак непроходимости кишечника. В этот период при резком вздутии живота над ним можно выслушать не перистальтику, а дыхательные шумы и сердечные тоны, которые в норме через живот не проводятся;

- Шимана — при завороте сигмовидной кишки вздутие локализовано ближе к правому подреберью, тогда как в левой подвздошной области, т. е. там, где она

обычно пальпируется, отмечают западение живота;

- Тевенара (при странгуляционной непроходимости на почве заворота тонкой кишки) — резкая болезненность при надавливании на два поперечных пальца ниже пупка по средней линии, т. е. там, где обычно проецируется корень ее брыжейки.

Дифференциальная диагностика

- Перфорация полого органа.
- Острый аппендицит.
- Острый панкреатит.
- Перитонит.
- Острый синдром приводящей петли (с резекцией желудка по Бильрот-II в анамнезе)
- Почечная колика.
- Пневмония (нижнедолевая).
- Плеврит.
- Ишемическая болезнь сердца (острый инфаркт миокарда, стенокардия).

Лечение и показания к госпитализации.

Диагноз или обоснованное предположение о наличии ОКН являются основанием для немедленного направления больного в хирургический стационар автомобилем СМП 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.

Алгоритмы оказания неотложной помощи при острой кишечной непроходимости.

Диагноз	Объем медицинской помощи	Тактика
Острая кишечная непроходимость - при рвоте	- Метоклопрамид 10 мг в/венно	1. Медицинская эвакуация в больницу 2. При отказе от медицинской эвакуации в больницу:
- при гиповолемии	• Катетеризация вены или внутрикостный доступ - Натрия хлорид 0,9% - 500 мл в/венно капельно или Декстроза 5% - 400 мл в/венно капельно	- для детей актив на «103» - для взрослых актив в ОНМПВиДН При повторном отказе от медицинской эвакуации детей - актив в ОНМПВиДН

Оказание скорой медицинской помощи при ущемленной грыже

Ущемленная грыжа — внезапное или постепенное сдавление содержимого грыжи в ее воротах.

Ущемление является самым опасным осложнением грыжи. Летальность больных возрастает с возрастом, варьируя от 3,8 до 11,0%. Некроз ущемившихся в грыже органов наблюдается не менее чем в 10% случаев.

Ущемленная грыжа может сопровождаться ОКН, которая протекает по механизму странгуляционной кишечной непроходимости и выраженность которой зависит от уровня странгуляции. При всех видах и формах ущемленной грыжи тяжесть расстройств имеет прямую зависимость от временного фактора, что определяет неотложный характер диагностических и эвакуационных мероприятий.

Оказание скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе.

Больные с жалобами на боль в животе, симптомами ОКН должны быть

целенаправленно осмотрены на наличие грыжевых выпячиваний в типичных местах выхода наружных грыж: проекции наружных паховых колец (справа и слева от симфиза выше паховой связки), пупочного кольца, белой линии живота, проекции овальной ямки (область бедренного треугольника).

При наличии послеоперационных рубцов должна быть выполнена детальная пальпация всей длины имеющегося у больного послеоперационного рубца на предмет определения грыжевых выпячиваний.

Дополнительно осматриваются места выхода наружных грыж редких локализаций:

- переднемедиальная сторона внутренней поверхности бедра — запиральная грыжа;
- линия, соединяющая пупок и переднюю верхнюю ость подвздошной кости, — грыжи полулунной линии (спигелиевы грыжи);
- поясничная область: треугольник Пети и пространство Грюнфельда-Лесгафта — поясничные грыжи;
- проекция большого и малого седалищного отверстия — седалищные грыжи.

Осмотр больного проводят в положении стоя и лежа

Ущемленную грыжу распознают: - по внезапно наступившим болям в области ранее вправлявшейся грыжи, характер и интенсивность которых зависят от пострадавшего органа;

- невозможности вправления ранее свободно вправлявшейся грыжи;
- увеличению в объеме грыжевого выпячивания;
- напряжению и болезненности в области грыжевого выпячивания;
- отсутствию передачи кашлевого толчка;
- грыжевое выпячивание в лежачем положении не уменьшается, приобретает четкие контуры.

При ущемленной грыже с непроходимостью без гангрены у больного к местным симптомам ущемления присоединяются симптомы ОКН:

- схваткообразные боли в области грыжевого выпячивания;
- жажда, сухость во рту;
- тахикардия более 90 в минуту;
- периодически повторяющаяся рвота;
- задержка отхождения газов;
- при обследовании определяются вздутие живота, усиление перистальтики, шум плеска.

При ущемленной грыже с гангреной к вышеперечисленным симптомам присоединяются:

- симптомы эндотоксикоза;
- лихорадка;
- грыжевое выпячивание отечное, горячее на ощупь;
- имеется гиперемия кожи и отек подкожной клетчатки, распространяющийся за пределы грыжевого выпячивания;
- возможно наличие крепитации в окружающих грыжевое выпячивание тканях

Ущемленную грыжу на догоспитальном этапе следует дифференцировать от таких заболеваний, как: - лимфаденит;

- варикозное расширение большой подкожной вены;
- новообразования пупочной области (mts);
- абсцессы, инфильтраты.

На догоспитальном этапе при дифференциальной диагностике между ущемленной грыжей и другим заболеванием все сомнения должны быть решены в пользу диагноза «ущемленная грыжа».

Диагноз или обоснованное предположение (равно как и сомнения) о наличии у больного ущемленной грыжи являются основанием для немедленного направления больного в стационар, имеющий хирургическое отделение, бригадой СМП в положении лежа на носилках.

На догоспитальном этапе *запрещается* проводить вправление ущемленной грыжи и вводить обезболивающие препараты

При самостоятельном вправлении ущемленной грыжи на догоспитальном этапе, если время, прошедшее от факта ущемления до момента вправления, составляет менее 1 ч, больной может быть оставлен на месте с рекомендациями повторного осмотра в условиях поликлиники. Если время, прошедшее от факта ущемления до момента вправления грыжи, составляет более 1 ч, больной должен быть направлен в стационар для дальнейшего динамического наблюдения.

Алгоритмы оказания неотложной помощи при грыжах брюшной стенке

Диагноз	Объем медицинской помощи	Тактика
Грыжи брюшной стенки - не ущемленные	• Не требует лечения на этапе оказания скорой медицинской помощи	1. Рекомендовать обратиться в поликлинику
- ущемленные, самопроизвольно вправившиеся (состояние после ущемления грыжи)	Попытка вправить грыжу недопустима	1. Медицинская эвакуация в больницу 2. При отказе от медицинской эвакуации в больницу: - для детей актив на «103» - для взрослых актив в поликлинику 3. При повторном отказе от медицинской эвакуации детей - актив в поликлинику

9. Оказание неотложной помощи при перфорации хронических язв желудка, двенадцатиперстной кишки и при инородном теле в пищеварительном тракте

Перфоративная язва (ПЯ) — возникновение сквозного дефекта в стенке желудка или двенадцатиперстной кишки и вытекание содержимого в брюшную полость.

Оказание скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе.

Все больные с признаками перфорации полого органа брюшной полости или при обоснованном подозрении на таковую подлежат немедленному направлению в хирургические стационары, где круглосуточно обеспечивается дежурная служба

У больных выясняют жалобы, собирают анамнез заболевания, измеряют ЧСС и АД, осматривают язык, проводят осмотр, пальпацию, перкуссию и аускультацию живота, при этом проверяя перитонеальные симптомы.

Основанием для постановки диагноза перфоративной язвы являются следующие клинические признаки: - внезапное появление острой боли в животе;

- типичный язвенный анамнез;
- доскообразное напряжение мышц передней брюшной стенки;
- исчезновение печеночного притупления.

Госпитализация больного в стационар осуществляется в положении лежа. Перед медицинской эвакуацией больному вводят желудочный зонд и без промывания удаляют желудочное содержимое. При тяжелом состоянии во время транспортировки проводят инфузионную терапию (внутривенно вводят 400-800 мл 0,9% раствора натрия хлорида). Запрещается введение обезболивающих препаратов

В случае категорического отказа больного от госпитализации он сам и его родственники должны быть предупреждены о возможных последствиях с соответствующей записью в медицинской карте и взятием расписки.

Алгоритмы оказания неотложной помощи при перфоративной язве желудка и 12-перстной кишки

Диагноз	Объем медицинской помощи	Тактика
Перфоративная язва желудка и 12-перстной кишки	<ul style="list-style-type: none"> • Катетеризация вены или внутрикостный доступ - Натрия хлорид 0,9% - 500 мл в/венно капельно 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Медицинская эвакуация в больницу. Транспортировка на носилках 2. При отказе от медицинской эвакуации в больницу: <ul style="list-style-type: none"> - для детей актив на «103» - для взрослых актив в поликлинику 3. При повторном отказе от медицинской эвакуации детей - актив в поликлинику

Под *инородными телами* понимают различные тела и предметы как органического, так и неорганического происхождения, чуждые организму и внедрившиеся в ткани, органы, полости естественным путем либо через операционную или нанесенную твердым предметом рану.

Инородные тела ЖКТ — предметы, которые поступили в органы пищеварительного тракта извне или образовались в самом организме и по своему составу не могут быть использованы в нормальных условиях как пища.

Классификация

Уровень локализации инородных тел в ЖКТ: пищевод — 68,4%, желудок — 18,9%, тонкая кишка — 7,1%, толстая кишка — 3%, прямая кишка — 2,6%. Инородные тела ЖКТ подразделяются на следующие основные группы

А Проглоченные инородные тела

- По причине проглатывания: умышленно проглоченные; случайно проглоченные; незаметно проглоченные.
- По характеру материала: металлические;
- неметаллические (пластмассовые, стеклянные)
- По характеру инородного тела: острые; тупые.
- По величине: крупные — длиной более 8 см; средние — длиной от 5 до 8 см; мелкие — длиной до 5 см .
- Особые разновидности: связки и конгломераты; рыбы и мясные кости; радиоактивные; токсичные (ртутьсодержащие и др .); контейнеры с наркотиками.

Б. Инородные тела, введенные в организм восходящим путем (через прямую кишку)

- По причине введения: самовведение при психических расстройствах; орудия анальной мастурбации; ятрогенные; преступно сокрытые предметы.
- По характеру и свойствам материала: металлические; плотные неметаллические (пластмассовые, деревянные и др.); хрупкие (стеклянные).
- По величине: крупные — поперечным размером более 5 см или длиной более 15 см; средние — поперечным размером от 2 до 6 см при длине менее 15 см; мелкие — поперечным размером менее 2 см.
- По степени повреждений прямой кишки: без повреждений; с непроникающими повреждениями; с проникающими повреждениями.

В. Инородные тела, попавшие в ЖКТ травматическим путем.

- После ранений: первичные (пули, осколки снарядов); вторичные (частицы металла, одежды и др.) .
- Оставленные во время операций: преднамеренно (не рассасывающиеся лигатуры, скрытые дренажи и др.); случайно.

Г Инородные тела, образовавшиеся в организме

- Безоары
- Кишечные камни: истинные (энтеролиты); ложные (копролиты).
- Желчные камни в кишечнике.
- Мочевые камни, мигрировавшие в ЖКТ.

Д. Живые инородные тела ЖКТ.

- Паразиты (аскариды, широкий лентец и некоторые другие).
- Прочие (змеи, пиявки и др.).

Классификация по признакам, общим для всех групп

- По *количеству*: единичные; множественные .
- По *месту обнаружения*: инородные тела желудка, двенадцатиперстной, тощей, подвздошной кишки, дивертикула Меккеля, червеобразного отростка, слепой, восходящей ободочной, поперечно-ободочной, нисходящей ободочной, сигмовидной, прямой кишки
- По рентгенологической характеристике: рентгеноконтрастные; малококонтрастные; рентгенонегативные.
- По характеру клинического течения: *неосложненные*; осложненные (ущемлением, перфорацией, перитонитом, кишечной непроходимостью и др)

Клиническая картина

Выделяют три формы клинических проявлений инородного тела ЖКТ

1. *Латентная форма* — встречается у больных с единичными инородными телами небольшой величины (2-5 см), у которых не наблюдалось никаких клинических симптомов от момента проглатывания предмета до его самопроизвольного отхождения естественным путем. Решающее значение в диагностике данной формы имеют анамнез, рентгенологическое и эндоскопическое исследования

2 . *Манифестная форма* — имеет отчетливые клинические проявления инородных тел. Обычно это кочующие боли в животе, связанные с миграцией одного или нескольких предметов по просвету ЖКТ, или боли, локализованные в одной области Боли, как правило, усиливаются при движении и физическом напряжении. Достаточно специфическими симптомами проглоченных инородных тел являются чувство тяжести в эпигастральной области, возникающее в результате непосредственного давления тяжелых или множественных предметов на стенку желудка, симптом пальпаторного провоцирования болей

(усиление болей во время и после осторожной пальпации передней брюшной стенки) При множественных инородных телах желудка определяется аускультативный симптом позванивания: при мягком толчке кистью руки в эпигастральной области фонендоскопом в точке на 2-3 см выше пупка выслушивается металлический звук в результате удара металлических предметов друг о друга . При инородных телах дистальных отделов ЖКТ на первый план выходят симптомы ОКН. Тошнота, рвота, метеоризм и некоторые другие симптомы, не являясь специфическими, также имеют значение при постановке диагноза

3 . *Осложненная форма* — клиническая картина при осложненной форме зависит от характера осложнения. У большинства больных отмечены симптомы перфорации полого органа ЖКТ или ущемления инородного тела Ущемление чаще всего возникает в двенадцатиперстной кишке и проявляется жестокими, нестерпимыми болями в эпигастральной области или правом подреберье, многократной рвотой, вздутием живота.

Оказание скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе

На догоспитальном этапе ведущими диагностическими составляющими являются:

- данные анамнеза и жалобы больного;
- данные объективного осмотра, включая пальцевое ректальное исследование.

Дифференциальная диагностика

Проводят со всеми заболеваниями, входящими в синдром острого живота, такими как осложненная язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, острый холецистит, острый панкреатит, острая кишечная непроходимость, перитонит, острый аппендицит, ахалазия пищевода, стеноз выходного отдела желудка и др. При интенсивных болях за грудиной необходимо исключить острый коронарный синдром.

Лечение и показания к госпитализации.

При очевидных симптомах или подозрении на наличие инородного тела в ЖКТ больного нужно экстренно доставить в многопрофильный стационар с возможностью оказания специализированной экстренной хирургической медицинской помощи и доступностью круглосуточной лечебной эндоскопии. Медицинская эвакуация осуществляется в положении лежа на носилках с приподнятым головным концом. При интенсивном болевом синдроме возможно внутримышечное введение спазмолитиков (раствора папаверина 2% в дозе 2 мл).

При проксимальном расположении инородных тел существует высокий риск аспирации слизи и желудочного содержимого. При высоком риске или возникновении аспирации показана эндотрахеальная интубация больного.

Часто встречаемые ошибки

Задержка доставки пациента в стационар при латентной клинической форме заболевания, которое в любой момент может манифестировать своими осложнениями.

Диагноз	Объем медицинской помощи	Тактика
Инородное тело желудочно-кишечного тракта	• Не требует лечения на этапе оказания скорой медицинской помощи	1. Медицинская эвакуация в больницу 2. При отказе от медицинской эвакуации в больницу - актив в поликлинику

10. Оказание неотложной 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%).

Причины желудочно-кишечных кровотечений

ЖКК из верхних отделов ЖКТ	ЖКК из нижних отделов ЖКТ
Язва двенадцатиперстной кишки и/или желудка — 45%. Эрозивно-язвенные поражения слизистой оболочки (стрессовые, лекарственные, азотемические и др.) — 20%. Варикозно расширенные вены пищевода и желудка — 15%. Синдром Мэллори-Вейсса — 10%. Опухоли пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки — 5%. Другие причины — 5%	Дивертикулит. Опухоли и полипы толстой кишки. Ангиодисплазия Неспецифический язвенный колит и болезнь Крона. Геморрой. Инфекционные заболевания

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 неизменной (ишемический колит, распад опухолей толстой и прямой кишки, острый геморрой), а также в виде рвоты, кровянистой слизи, мелены появиться уже через 4-6 мин после начала кровотечения).

- 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 .

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 гемостатической 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.

Диагноз	Объем медицинской помощи	Тактика
Острое желудочно-кишечное кровотечение	<ul style="list-style-type: none"> • Катетеризация вены или внутрикостный доступ - Натрия хлорид 0,9% - 500 мл в/венно капельно - Транексамовая кислота 750 мг в/венно • Ингаляция кислорода • ЭКГ (ЭКП) при подозрении на сопутствующую кардиальную патологию 	<ul style="list-style-type: none"> • Медицинская эвакуация в больницу. Транспортировка на носилках • При отказе от медицинской эвакуации в больницу - актив на «103» <p>При повторном отказе от медицинской эвакуации в больницу - актив в поликлинику</p>
- 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	
Кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода	<ul style="list-style-type: none"> • Катетеризация вены или внутрикостный доступ - Натрия хлорид 0,9% - 500 мл в/венно капельно - Транексамовая кислота 750 мг в/венно • Ингаляция кислорода 	<ul style="list-style-type: none"> • Медицинская эвакуация в больницу. Транспортировка на носилках • При отказе от медицинской эвакуации в больницу - актив на «103» <p>При повторном отказе от медицинской эвакуации в больницу - актив в поликлинику</p>
- 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	