

Министерство здравоохранения Российской Федерации

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Уральский государственный медицинский университет»

**КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ
ОКАЗАНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ
ПРАКТИКЕ**

Руководство для врачей

Екатеринбург
Издательство УГМУ
2018

УДК 614.88-053.2
ББК 51.1(2Рос),23
К493

*Печатается по решению заседания Совета Некоммерческого Партнерства
«Медицинская Палата Свердловской области»
(протокол № 35 от 11.04.2018 г.)*

*Ответственный редактор
д-р мед. наук, проф. С.А. Царькова*

*Рецензент
д-р мед. наук, проф. В.А. Романенко В.А*

К493 Клинические протоколы оказания скорой медицинской помощи в педиатрической практике [Текст] : Руководство для врачей / В. В. Бутакова, С. А. Царькова, Е. В. Рузанов [и др.] . — Екатеринбург : Изд-во УГМУ, 2018 — 158 с.

ISBN 978-5-89895-870-1

В издании представлены современные клинические протоколы оказания экстренной и неотложной медицинской помощи детям на догоспитальном этапе, подготовленные коллективом авторов на основании актуальных клинических рекомендаций Союза педиатров России, ассоциации врачей СМП и результатов собственных научных исследований.

Особенностью руководства является изложение тактики врача скорой и неотложной помощи в виде алгоритмов, включающих определение, классификацию, медицинские мероприятия и перечень инструментальных методов для диагностики заболевания, сопровождающегося неотложным состоянием, лечение и контроль его эффективности, перечень лекарственных средств и показания для медицинской эвакуации.

Руководство предназначено для врачей и фельдшеров скорой и неотложной помощи, в том числе врачей специализированной педиатрической скорой помощи, а также врачей и фельдшеров кабинетов неотложной помощи в амбулаторных клиниках

УДК 614.88-053.2
ББК 51.1(2Рос),23

ISBN 978-5-89895-870-1

©Авторы, 2018
©ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России, 2018

ОГЛАВЛЕНИЕ

Раздел 1.	ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЙ У ДЕТЕЙ	5
Раздел 2.	КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОСТРОЙ ЛИХОРАДКЕ	15
Раздел 3.	КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОРВИ	22
Раздел 4.	КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ	29
Раздел 5.	КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОСТРОМ СТЕНОЗИРУЮЩЕМ ЛАРИНГОТРАХЕИТЕ (ОСТРЫЙ ОБСТРУКТИВНЫЙ ЛАРИНГИТ).....	35
Раздел 6.	КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОСТРОМ ОБСТРУКТИВНОМ БРОНХИТЕ	43
Раздел 7.	КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОСТРОМ БРОНХИОЛИТЕ	49
Раздел 8.	КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ	56
Раздел 9.	КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОСТРОМ ТОНЗИЛЛИТЕ.....	64
Раздел 10.	КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ЭПИГЛОТТИТЕ	70
Раздел 11.	КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЯХ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ	75
Раздел 12.	КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОСТРОМ МЕНИНГИТЕ.....	80
Раздел 13.	КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫХ ФОРМАХ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ: МЕНИНГОКОКЦЕМИЯ.....	84
Раздел 14.	КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ РАЗВИТИИ СЕПТИЧЕСКОГО ШОКА ПРИ МЕНИНГОКОКЦЕМИИ	88

Раздел 15. КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ РЕАКЦИЯХ, АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗАХ	94
Раздел 16. КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ С ДИСПЕПТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	102
Раздел 17. КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКЕ.....	107
Раздел 18. КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ СИНДРОМЕ СЫПИ.....	111
Раздел 19. КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ, ПРОТЕКАЮЩИХ С ЭКСИКОЗОМ.....	117
Раздел 20. КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ КЛИНИЧЕСКОЙ СМЕРТИ	123
Раздел 21. КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОТМОРОЖЕНИЯХ.....	130
Раздел 22. КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОЖОГОВОЙ ТРАВМЕ.....	134
Раздел 23. КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ	140
Раздел 24. КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ КОНЕЧНОСТЕЙ	145
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	153

Раздел 1.

ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЙ У ДЕТЕЙ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Диагностика угрожающих состояний у детей предполагает определение степени тяжести состояния пациента на основании выявления прогностически неблагоприятных симптомов, объединения их в патологические синдромы и решение вопросов об очередности и объеме экстренных лечебно-тактических мероприятий. Чем тяжелее угрожающее состояние, тем более интенсивная экстренная медицинская помощь нужна больному. Медицинские работники должны четко знать, что чем больше времени прошло с момента ухудшения состояния, тем неблагоприятнее прогноз.

Задачи, стоящие перед врачом при оказании скорой, в том числе специализированной (экстренной и неотложной) медицинской помощи на догоспитальном этапе:

1. Диагностика угрожающего состояния
2. Оказание экстренной и неотложной помощи, позволяющей стабилизировать состояние ребенка.
3. Принятие обоснованного тактического решения о необходимости и направлении медицинской эвакуации.

Особенности сбора клинической информации (жалобы, анамнез, в том числе анамнез приступа, данные объективного осмотра и параклинических исследований) у детей на догоспитальном этапе.

Методика сбора и оценка клинической информации у детей, хотя имеет свои особенности и отличия, подчиняется общепринятым принципам (указанным выше).

На вызове обычно приходится расспрашивать не самого ребенка, а родителей или опекунов. В отношениях с ними важно быть терпеливым и понимающим: выслушивать, тщательно отмечать их наблюдения, одобрять, даже если их беспокойство кажется необоснованным. При расспросе больного ребенка, особенно раннего возраста, следует помнить, что он мало жалуется и часто фантазирует, а родители зачастую недостаточно наблюдательны, неопытны и могут идти на поводу у ребенка. Родители не всегда объективны и могут заведомо искажать сведения, особенно, если что-то (например, травма) случилось по их недосмотру. Ребенок грудного возраста на различные патологические воздействия может отвечать однотипными реакциями (крик, беспокойство, нарушение сна и бодрствования, срыгивание и рвота, изменение стула и т.д.).

Дайте возможность матери (другому законному представителю ребенка) подробно изложить жалобы, одновременно с этим фиксируя свое внимание на

позе ребенка, выражении глаз, мимике лица, его реакции на окружающих. Можно постараться уже на этом этапе подсчитать частоту дыхательных движений, частоту сердечных сокращений, измерить артериальное давление и температуру тела. Желательно конкретно поставленными вопросами детализировать жалобы.

Выявление жалоб и сбор анамнеза. Важно выяснить:

- причину обращения за экстренной медицинской помощью;
- сроки ухудшения состояния ребенка;
- заболел впервые или повторно, внезапно или постепенно;
- обстоятельства заболевания или травмы;
- средства и препараты, использованные ранее до прибытия врача СМП (самопомощь или назначения участкового (семейного) педиатра) — эффект;
- наличие и длительность заболевания, сравнение его течения с предыдущими приступами, если они были ранее;
- вызывали ли раньше СМП по данному поводу — результаты.

В анамнезе жизни ребенка, прежде всего, необходимо уточнить наличие факторов, влияющих на тяжесть и генез неотложных состояний. Чем младше ребенок, тем большее отрицательное прогностическое значение имеют:

- осложненное течение беременности и родов;
- ранний (до 4 месяцев) перевод ребенка на искусственное вскармливание;
- сопутствующие врожденные пороки сердца и почек, головного мозга;
- неблагоприятные бытовые условия;
- наследственные и системные заболевания у родителей.

У матери ребенка в возрасте до 1 года необходимо собирать акушерский анамнез.

Утяжеляют течение неотложных состояний неблагоприятный аллергический фон, особенно лекарственная аллергия, поствакцинальные реакции, контакт с инфекционными больными, карантин в ДДУ или школе. Зачастую повторные ОРВИ или бактериальные инфекции через 14—21 день после предшествующего заболевания протекают с выраженным токсикозом. Необходимо также выяснить наблюдается ли ребенок у врачей-специалистов.

При осмотре, физикальное обследование детей в экстренной ситуации, внимание должно быть направлено на выявление угрожающих состояний и определение тяжести состояния.

Необходимо полностью раздевать ребенка в условиях комнатной температуры при хорошем освещении. Соблюдать правила асептики при осмотре ребенка с обязательным использованием одноразовой хирургической маски и смотровых перчаток, особенно при оказании помощи новорожденным.

Во время осмотра следует обратить внимание на изменение поведения ребенка:

- гиподинамию, вялость;
- гиперреактивность;
- изменение аппетита (в «остром» анамнезе);
- нарушение сна (в «остром» анамнезе).

I. Кожный покров и слизистые оболочки

Осмотр по системам следует начинать с оценки кожного покрова. Необходимо обратить внимание на общую окраску кожи, наличие ссадин, гематом, сыпи. Кожный покров может быть физиологической окраски, гиперемированным, иктеричным, бледным, серым, мраморным, возможно появление акроцианоза, разлитого цианоза, гипостазов, сыпи.

Дифференциальная диагностика сыпи

Экзантемы:

1. Макулезная сыпь — пятно (*macula*) — элемент сыпи размерами 5—20 мм, не выступает над уровнем кожи, розового или красного, пурпурного цвета, овальной, округлой или неправильной формы. Исчезает при растягивании кожи и появляется вновь при прекращении давления или растягивания. Мелкопятнистая сыпь — размеры элементов от 5 до 10 мм, крупнопятнистая сыпь — размеры 11—20 мм.

2. Папулезная сыпь — папула (*papula*) — бесполостное поверхностно расположенное образование, выступающее над уровнем кожи, мелкой или плотной консистенции. Цвет розовый, красный, пурпурный. Мелкие папулы размером 1—1,5 мм называют милиарными, более крупные (2—3 мм) — лентикокулярными. Слияние отдельных папул образует бляшки.

3. Везикулезная сыпь — пузырек (*vesicula*) — мелкое полостное образование, содержащее серозную, реже серозно-геморрагическую жидкость. Возвышается над уровнем кожи с диаметром 1,5—5 мм. Пузырек с гнойным (мутным) содержимым носит название пустулы.

4. Буллезная сыпь — пузырь (*bulla*) — полостное образование размером более 5 мм (до 10 см и более). Границы пузыря четкие, очертания овальные или круглые. Выступает над уровнем кожи, обычно однокамерный, после прокола спадается.

5. Геморрагии — кровоизлияния различной формы и размеров:

- петехии — точечные кровоизлияния на фоне нормальной кожи;
- пурпура — разлет элементов колеблется от 2 до 5 мм;
- экхимозы — кровоизлияния неправильной формы диаметром более 5 мм.
- мелкоточечная сыпь — множество мелких, в диаметре около 1 мм, элементов красного цвета. При растягивании кожи элементы

исчезают. Каждый элемент несколько возвышается над уровнем кожи, и все элементы обуславливают особую «бархатистость» кожи в области сыпи. Близким элементом является розеола — пятнышко диаметром 2—5 мм розового, красного цвета, округлой формы.

Энантемы:

1. Пятна Филатова — Коплика — Бельского — патогномоничный симптом коревой инфекции — появляются раньше экзантемы. Локализуются на слизистой оболочке щек и нижней губы. Представляют собой мелкие белесоватые, слегка возвышающиеся над уровнем слизистой оболочки образования, окруженные узкой красноватой каемкой.

2. Симптом Мурсу — воспаление слизистой оболочки рта в области выводного протока околоушной слюнной железы. Красноватое пятно диаметром 5—6 мм, возвышающееся над уровнем слизистой оболочки.

3. Энантема Розенберга — на слизистой оболочке язычка и мягкого неба на 3-й день болезни появляются немногочисленные петехии в виде пурпурно-фиолетовых точек до 1 мм в диаметре, предшествует экзантеме.

Важное значение для оценки степени тяжести имеют следующие признаки: характер влажности кожи у ребенка: нормальная, снижена, повышена; тургор кожи (расправление кожной складки): норма, замедленное более 1 секунды; температура в области кистей и стоп при пальпации (теплые, холодные, гипергидроз).

У детей до года в обязательном порядке необходимо оценить состояние большого родничка: закрыт, открыт (размер в см), западает, выбухает, пульсирует.

Необходимо обратить внимание на наличие механических и иных повреждений кожного покрова, гематомы, особенно вокруг глаз (симптом «очков»), отек и пастозность параорбитальных областей, цвет кожи в области носогубного треугольника.

У ребенка должен быть внимательно осмотрена задняя стенка глотки, наличие гиперемии, гипертрофии миндалин и налетов на них, пропальпированы и оценены разные группы лимфатических узлов (возможно увеличение).

II. Органы дыхания

Обратить внимание на участие в акте дыхания вспомогательной мускулатуры (раздувание крыльев носа, западение подключичных и яремных ямок, втяжение межреберий, западение грудины), наличие и характер кашля (сухой, влажный, лающий), наличие одышки (экспираторная, инспираторная, смешанная, в покое, при физической нагрузке).

Аускультативная характеристика дыхания: пуэрильное, везикулярное, жесткое, ослабленное (локализация), наличие хрипов (сухие, влажные, крепитирующие) и их локализация. Пуэрильное дыхание наиболее выражено у

детей в возрасте от 6 мес. до 2,5–3 лет, а в школьном возрасте дыхание приближается к везикулярному. Возраст здоровых детей и показатели частоты дыхания представлены в таблице 1.

Таблица 1

Показатели частоты дыхания у здоровых детей различного возраста

Возраст	Частота дыханий в 1 мин.
Дети новорожденные	40–60
4–6 мес.	35–40
7–12 мес.	30–35
2–3 года	25–30
5–6 лет	22–25
10–12 лет	20–22
14–15 лет	18–20

III. Сердечно-сосудистая система

Артериальное давление, повышается с возрастом ребенка. Наиболее быстро оно возрастает в грудном возрасте (на 1 мм рт. ст. в месяц), у детей от 1 года до 5 лет практически не меняется. У доношенного новорожденного систолическое АД составляет около 60–65 мм рт. ст. Примерный уровень максимального АД у детей первого года жизни можно рассчитать по формуле: $76 + 2п$, где 76 – средний показатель систол. АД у новорожденного, п – число месяцев.

У детей старше 1 года максимальное АД ориентировочно рассчитывается по формуле $100 + п$, где п – число лет, при этом допускается колебание ± 15 мм рт. ст. Физиологические показатели уровня артериального давления и частоты сердечных сокращений представлены в таблицах 2 и 3 соответственно.

Таблица 2

**Физиологические показатели уровня артериального
давления у детей**

Возраст	САД, мм рт. ст.
Дети новорожденные	60–90
2–4 недели	80–90
1–12 мес.	80–95

1—2 года	80—95
3—5 лет	90—100
6—9 лет	100—110
10—12 лет	110—120
13—15 лет	110—120
16—18 лет	110—130

Таблица 3

Физиологические показатели частоты сердечных сокращений в минуту у детей различного возраста

Возраст	Частота ударов в минуту
Дети новорожденные	140—160
10—30 дней	130—140
1—12 мес.	120—135
1—2 года	115—120
2—4 года	105—115
4—6 лет	100—105
6—8 лет	90—100
8—10 лет	80—90
10—12 лет	70—80

Одним из важных критериев оценки тяжести состояния ребенка является частота сердечных сокращений (ЧСС). Одним из признаков декомпенсации системы кровообращения у детей является нарастание тахикардии при относительной сохранности уровня АД.

IV. Органы пищеварения

Описать язык: влажный, сухой, обложенность налетом и его цвет. Стул (визуально): не осмотрен, оформленный, кашицеобразный, водянистый, слизь, кровь, непереваренный, и т.д. Отметить цвет.

Осмотр живота необходим для определения степени его вздутия (метеоризм, парез кишечника), наличия асимметрии и грыжевых выпячиваний. Живот: обычной формы, вздут, втянут, асимметричен. Участие в акте дыхания передней брюшной стенки: да, нет. Напряжение живота: (нет, есть) и болезненность при пальпации: (нет, есть): левая подреберная, собственно надчревная, правая подреберная, правая боковая, параумбиликальная, левая

боковая, правая подвздошная, надлонная, левая подвздошная и т.д. Симптомы раздражения брюшины: (нет, да/какие). Печень: см. из-под края реберной дуги, край какой. Симптом поколачивания в поясничной области: (справа, слева). Диурез (со слов): достаточен, снижен, увеличен. Цвет мочи: прозрачная, мутная, светлая, темная. Стул (со слов): консистенция (оформленный, кашицеобразный, жидкий водянистый), цвет, количество раз в сутки, наличие патологических примесей (кровь, слизь, непереваренные остатки), наличие тенезмов.

V. Нервная система

1. Оценка неврологического статуса начинается с определения уровня сознания по шкале ком Глазго в баллах, с учетом возраста ребенка (см. приложение «Таблицы»). Оценивая уровень сознания ребенка, следует учитывать некоторые возрастные особенности. При отсутствии словесного контакта у детей первого года жизни уровень сознания определяют по активности ребенка, как он следит за окружающими людьми и предметами, играет ли он с игрушкой, как он кричит или плачет (например, монотонный крик характерен для менингита), тремор подбородка и конечностей, пульсация большого родничка, срыгивание, рвота. Ориентирами для оценки сознания, особенно у детей первых месяцев жизни, могут служить реакции сосредоточения (на звуковые, зрительные раздражения) и эмоциональный ответ на положительные и отрицательные воздействия.

2. Осмотр зрачков и глазодвигательных рефлексов — оценивается сравнительный диаметр зрачков (в мм), их реакция на свет, положение глазных яблок, наличие патологических глазодвигательных симптомов.

3. Менингеальный синдром: оценка ригидности затылочных мышц, с-м Кернига, с-мы Брудзинского.

4. Бульбарный синдром: дисфагия, дисфония, дизартрия. Наличие данных признаков свидетельствует о поражении продолговатого мозга.

5. Афатические расстройства (у детей старшего возраста) — моторная, сенсорная, смешанная афазия.

6. Двигательная функция: сила и тонус мышц (сгибатели и разгибатели), активность сухожильных рефлексов, признаки судорожной готовности (мышечный гипертонус, гиперкинезы). Следует помнить, что у детей судорожный синдром может развиваться как проявление незрелости ЦНС на фоне воспалительных заболеваний (фебрильные судороги) либо как проявление острой токсической энцефалопатии (нейротоксикоз). При оценке судорожного синдрома имеет значение определение характера судорог (тонические, клонические, смешанные (с преобладанием какого-либо компонента), их продолжительность, восстановление сознания после разрешения судорожного припадка (открытие глаз, речевой контакт,

двигательная активность). Данная информация может быть собрана и оценена не только на основании объективного осмотра, но и ретроспективно, при сборе анамнеза заболевания (приступа).

7. Болевая чувствительность — определение зон снижения или отсутствия реакции на болевой раздражитель.

8. При сохраненном сознании оценка стато-координаторных проб: пальценосовая проба, проба Ромберга.

**Тактические действия врача или фельдшера,
выполняющего вызовы к детям, находящимся в трудной
жизненной ситуации**

1. Все дети, находящиеся в трудной жизненной ситуации (беспризорные, безнадзорные, не имеющие места жительства и т.д.), находящиеся в общественных местах, на улице, отделах УВД, в возрасте от 0 до 4-х лет подлежат обязательной госпитализации в ЛПУ независимо от состояния здоровья (медицинские и (или) социальные показания). Дети в возрасте старше 4-х лет госпитализируются в ЛПУ только по медицинским показаниям. При отсутствии медицинских показаний дети в возрасте старше 4-х лет остаются (передаются) сотрудникам полиции для оформления в органы опеки.

2. В случае госпитализации детей, находящихся в трудной жизненной ситуации (как по медицинским, так и по социальным показаниям), в обязательном порядке оформляется сопроводительный лист и «Акт выявления и учета безнадзорного несовершеннолетнего» (оформляется сотрудником УВД).

3. При обнаружении ребенка в общественном месте (на улице), при необходимости госпитализировать и при отсутствии возможности составления акта сотрудником полиции оформляется сопроводительный лист. В сопроводительном листе указывается наименование отдела полиции, фамилия сотрудника передававшего ребенка и телефон дежурного отдела полиции. Эта же информация указывается и в карте вызова.

4. В случае нахождения ребенка в отделе полиции и отказе в оформлении акта бригада обязана сообщить об этом старшему врачу смены по телефону и следовать его указаниям.

5. Старший врач смены при получении информации об отказе в оформлении акта должен связаться с сотрудниками полиции и потребовать составления акта. В случае повторного отказа — передать информацию дежурному по УВД. Ребенок в данной ситуации госпитализируется с обязательным указанием в сопроводительном листе и карте вызова наименования отдела полиции, фамилии сотрудника, передававшего ребенка, и телефона дежурного отдела полиции или инспектора по делам несовершеннолетних.

Особенности использования концепции информированного добровольного согласия у детей

В соответствии со ст. 20, 54 ФЗ № 323 от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ: «Несовершеннолетние в возрасте старше пятнадцати лет или больные наркоманией несовершеннолетние в возрасте старше шестнадцати лет (при оказании наркологической помощи) имеют право на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или на отказ от него, за исключением случаев оказания им медицинской помощи в случаях, когда медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человека и если его состояние не позволяет выразить свою волю или отсутствуют законные представители».

При оформлении информированного добровольного согласия пациента обработке персональных данных и оказание медицинской помощи подпись в соответствующих графах карты вызова СМП ставится самим пациентом либо его законными представителями (родители ребенка до 15 лет, родственники пациента или иные лица, имеющие доверенность на представление его интересов).

При отсутствии возможности подписи самого пациента, обусловленной тяжестью его состояния (заболевания) или его законных представителей, в соответствующих графах карты вызова делается отметка с указанием причины отсутствия вышеперечисленных подписей, заверяемая старшим бригады СМП.

Наличие доверенности на представление интересов пациента в обязательном порядке указывается в карте вызова СМП: «Бабушка, Иванова М.И., по доверенности» (пример).

В случае отказа от предложенной госпитализации: в графе «Отказ от госпитализации» карты вызова СМП пациент (либо его законный представитель) делает собственноручную запись: «От госпитализации отказываюсь, о последствиях предупрежден» и заверяет ее своей подписью (с расшифровкой).

В случае отказа от госпитализации пациента, не имеющего возможности самостоятельно оформить отказ, и отсутствии законного представителя, подпись (с расшифровкой) об отказе ставит ближайший родственник пациента с обязательной собственноручной записью степени родства, Ф.И.О. и причин отказа от госпитализации.

В случае отказа пациента (или его законного представителя) от собственноручного, заверенного подписью, оформления вышеперечисленных частей информированного добровольного согласия старший бригады СМП обязан отразить данный факт в карте вызова СМП, описав обстоятельства отказа в оформлении, подтвердить его подписями сотрудников бригады и непосредственно с адреса вызова сообщить об этом факте старшему врачу (старшему диспетчеру) смены.

Особенности осуществления медицинской эвакуации детей

Госпитализация детей до 1 года — независимо от характера заболевания и тяжести состояния.

Переноска и перевозка пациентов должны производиться от места происшествия до автомобиля скорой медицинской помощи и в дальнейшем — от машины до приемного отделения стационара максимально быстро и технически грамотно. В педиатрии допустимо отходить от принципа носилочной транспортировки и отдавать предпочтение (за исключением редких случаев) переноске детей младшего возраста на руках!

Транспортировка ребенка должна осуществляться под наблюдением врача или фельдшера скорой медицинской помощи. Детей раннего возраста держат на руках или на коленях. Во время транспортировки ребенка сопровождает один из родителей (законный представитель).

Постоянное наблюдение за состоянием ребенка во время транспортировки и обеспечением теплового режима в машине (обогрев салона, одеяло, грелки) в холодные месяцы для всех больных, уделяя особое внимание детям, чувствительным к переохлаждению (легочная патология, после кровопотерь, при шоке и др.), а также роженицам и новорожденным в любое время года. Новорожденного ребенка необходимо завернуть в теплое одеяло, обложив его грелками с температурой воды 38—40 С° (при этом между грелками и телом ребенка должна быть достаточная прослойка ткани), поскольку эти дети, в связи с недостаточной функцией терморегуляции, особенно чувствительны к охлаждению. В пути необходимо следить за тем, чтобы не произошла аспирация рвотных масс при срыгивании. Для этого держат ребенка на руках вполоборота, а во время рвоты переводят в вертикальное положение.

При пневмонии, бронхиальной астме, стенозирующем ларинготрахеите, инородных телах верхних дыхательных путей детей старшего возраста перевозят на носилках с приподнятым изголовьем.

В приемном отделении стационара пациент должен быть передан дежурному врачу (с указанием в сопроводительном листе параметров витальных функций на момент передачи).

Раздел 2.
КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
ПРИ ОСТРОЙ ЛИХОРАДКЕ У ДЕТЕЙ

Нозологическая форма	ОРЗ (парагрипп, аденовирусная, респираторно-синцициальная, риновирусная инфекции и др. вирусные и бактериальные инфекции)
Код по МКБ-10	R50.9 Лихорадка неуточненная
Фаза	Острое состояние
Стадия	Любая
Вид медицинской помощи	Скорая медицинская помощь
Условия оказания медицинской помощи	Вне медицинской организации
Форма оказания медицинской помощи	Экстренная
Критерии отнесения пациента к модели	<p>Лихорадка «розовая»: лихорадка; кожа ребенка горячая, влажная, умеренно гиперемированная; отсутствуют признаки централизации кровообращения и нарушения гемодинамики</p> <p>Лихорадка «бледная»: лихорадка; выраженные признаки централизации кровообращения; кожа бледная, с мраморным рисунком и цианотичным оттенком губ, кончиков пальцев; конечности холодные, сохраняется ощущение холода; характерны тахикардия, одышка, могут быть судороги, у старших детей — бред; при быстром нарастании уровня эндогенных пирогенов в головном мозге (септицемии, малярии, токсическом гриппе и т.п.) — озноб (спазм периферических сосудов)</p>

	<p>Лихорадка неясного происхождения: продолжительность лихорадки более 3 нед.; подъемы температуры тела в течение этого периода, температура тела до 38,3°C и выше; неясность диагноза после стационарного общеклинического обследования</p>
Классификация	<p>В зависимости от степени повышения температуры тела выделяют варианты лихорадок: субфебрильную — не выше 37,9 °С; умеренную (фебрильную) — 38–39°C; высокую (пиретическую) — 39,1–41 °С; гипертермическую (гиперпиретическую) — более 41 °С В зависимости от клинических проявлений выделяют виды лихорадки: «розовую» («красную», «теплую», «доброкачественную»); «бледную» («белую», «холодную», «злокачественную»); лихорадку без очага инфекции (температура тела более 39°C у детей в возрасте от 3 до 36 мес.; температура тела более 38°C у детей до 3 мес. при отсутствии других признаков заболевания)</p>
Осложнения	Фебрильные судороги* ₁
Формулировка развернутого диагноза	<p>Для уточнения диагноза, проявлением которого является лихорадка, необходимы тщательный сбор анамнеза болезни и жизни ребенка, определение вакцинального статуса, продолжительности симптомов, сопутствующих проявлений и недавнего контакта с инфекционным больным. Диагноз ставится в соответствии с классификацией нозологической формы, симптомом которой явилась лихорадка</p>

1. Медицинские мероприятия для диагностики заболевания, состояния

Наименование медицинской услуги
<p>Осмотр врачом скорой медицинской помощи и определение витальных функций, сознания (по шкале Глазго). Проведение термометрии. Оценка числа дыхания и сердечных сокращений в минуту. Измерение артериального давления.</p>

<p>Осмотр кожи, видимых слизистых оболочек полости рта, грудной клетки, живота.</p> <p>Оценка скорости наполнения ногтевого ложа после его анемизации, аускультация легких и сердца (стандартный соматический осмотр).</p> <p>Проверяют наличие менингеальных знаков, симптомов острой патологии органов брюшной полости, ЛОР-органов (острого отита, эпиглоттита, синусита и др.).</p> <p>Оценивают признаки токсикоза (болезненный вид, отказ от питья, апатия, повышенная раздражительность, трудность установления глазного контакта, удлинение времени наполнения капилляров ногтевого ложа более 2 с), требуют исключения бактериемии.</p> <p>Фельдшер скорой медицинской помощи (то же, что и врач скорой медицинской помощи).</p>

2. Инструментальные методы исследования

Наименование медицинской услуги
Пульсоксиметрия
Термометрия общая

3. Медицинские мероприятия для лечения заболевания, состояния и контроля за лечением

Наименование медицинской услуги	Примечание
Физические методы охлаждения	<p>Физические методы охлаждения (обтирание водой, пузырь со льдом над головой ребенка) проводят сразу после введения жаропонижающих препаратов.</p> <p>Обтирание проводится при следующих условиях: при температуре тела выше 38,5°C; температуре в помещении не менее 25°C; температуре жидкости, используемой для обтирания (вода), не менее 37–38°C; только при «розовой» лихорадке; категорически запрещается обтирать ребенка уксусом или спиртосодержащими растворами</p>
Пероральное и ректальное введение лекарственных препаратов	<p>Показания к антипиретической терапии: умеренная (фебрильная) лихорадка (38 °С) у больных с эпилепсией, онкологической патологией, симптомами повышения внутричерепного и артериального давления, пороками сердца, гидроцефалией и другими прогностически неблагоприятными факторами риска;</p>

	<p>умеренная (фебрильная) лихорадка у детей первых 3 мес. жизни;</p> <p>умеренная (фебрильная) лихорадка у детей до 3 лет жизни с последствиями перинатального повреждения ЦНС (особо — у детей с экстремально низкой массой тела при рождении);</p> <p>все случаи высокой лихорадки (39°C и выше) вне зависимости от возраста ребенка;</p> <p>все случаи «бледной» лихорадки.</p> <p>При «розовой» лихорадке в качестве стартовой терапии: ибупрофен, парацетамол</p>
Внутримышечное введение лекарственных препаратов	<p>При «бледной» лихорадке в случае невозможности применения или отсутствия парацетамола и ибупрофена возможно внутримышечное введение 50% раствора метамизола натрия из расчета 0,1 мл на год жизни, 2 % раствора папаверина детям до 1 года — 0,1–0,2 мл, старше года — 0,10,2 мл на год</p> <p>или раствора дротаверина в дозе 0,1 мл на год жизни в сочетании с 2% раствором хлоропирамина из расчета 0,1 мл на год жизни, но не более 1 мл</p>
Катетеризация периферических вен	<p>При необходимости купирования тяжелых сопутствующих синдромов (судорог, эпилептических проявлений, синдрома системного воспалительного ответа и др.)</p>
Внутривенное введение лекарственных препаратов	<p>При тяжелом состоянии и невозможности применения внутрь препаратов парацетамола или ибупрофена — введение внутривенно медленно раствора парацетамола из расчета разовой инфузии для детей от 1 года и старше по 15 мг/кг.</p> <p>При необходимости купирования тяжелых сопутствующих синдромов (судорог, эпилептических проявлений, синдрома системного воспалительного ответа и др.)</p>
Ингаляционное введение лекарственных препаратов и кислорода	<p>При необходимости купирования стеноза гортани (острый стенозирующий ларинготрахеит), острой обструкции дыхательных путей</p>
Медицинская эвакуация*2	

4. Перечень лекарственных препаратов для медицинского применения, зарегистрированных на территории Российской Федерации, с указанием доз

Анатомо-терапевтическо-химическая классификация	Наименование лекарственного препарата	Доза	Примечание
Нестероидные противовоспалительные препараты, производные пропионовой кислоты (антипиретики)			
	Ибупрофен (ибуфен, нуروفен)	Свечи 5–10 мг/кг	Дети до 1 года
		Сироп 5–10 мг/кг	Дети старше 1 года
Анилиды			
	Парацетамол (панadol, эфералган)	Свечи 10–15 мг/кг	Дети до 1 года
		Сироп 10–15 мг/кг	Дети старше 1 года
Пиразолоны			
	Метамизол натрия (анальгин, дипирон)	0,1 мл/год или 5–10 мг/кг	<p>При отсутствии раствора парацетамола или отсутствии эффекта от стартовой терапии в сочетании с хлоропирамином.</p> <p>При использовании метамизола следует учитывать крайне высокий риск развития нежелательных явлений: агранулоцитоза (1:1700), лейкопении, тромбоцитопении, аллергических реакций (ангионевротического</p>

			отека, крапивницы), транзиторных нарушений функций почек (олигурии, анурии, интерстициального нефрита), а также вероятность развития анафилактического шока, синдромов Стивенса—Джонсона и Лайелла
Этилендиамины замещенные			
	Хлоропирамин (супрастин)	0,1 мл/год, но не более 1 мл (детям)	Применяется в сочетании с метамизолом натрия. Хлоропирамин обладает выраженными нежелательными эффектами, в том числе седативным, а также может оказывать антихолинергический, анти- α -адренергический и антисеротониновый эффекты: сухость слизистых оболочек, спущение бронхиального секрета, запор или диарею, тошноту, и тахикардию
Папаверин и его производные			
	Дротаверин (но-шпа)	0,1 мл на год жизни или 0,5—1 мг/кг	При «бледной» лихорадке

Солевые растворы			
	Натрия хлорид	250—500 мл в/в	Базовый раствор (детям) при тяжелом течении, при синдроме интоксикации
Электролиты в сочетании с углеводами			
	Стерофундин	500 мл — в/в	Базовый инфузионный раствор (взрослые) При тяжелом течении, при выраженной интоксикации
Медицинские газы			
	Кислород	2 л, 10 л	При тяжелом течении, при наличии осложнений

5. Критерии эффективности:

- отсутствие осложнений;
- снижение температуры тела;
- стабилизация состояния (гемодинамика, дыхательные расстройства).

6. Тактический алгоритм: в случае отсутствия показаний для госпитализации или отказа от госпитализации назначать актив участковому педиатру, взяв письменное согласие об отказе у родителей.

Показания для медицинской эвакуации:

- неэффективное использование двух схем терапии и более;
- госпитализация осуществляется в соответствии с классификацией нозологической формы, симптомом которой явилась лихорадка;
- сочетание устойчивой лихорадки и прогностически неблагоприятных факторов риска (эпилепсия, артериальная и внутричерепная гипертензия, гидроцефалия, порок сердца и т.д.);
- геморрагическая сыпь на фоне лихорадки, а также нарушение сна, отказ от еды и питья, беспокойство, тахикардия, одышка (исключить менингококцемию);
- лихорадка на фоне болей в животе и рвоты (исключить аппендицит, инфекцию мочевыводящих путей).

*** Примечания:**

1. При развитии фебрильных судорог необходимо максимально быстро провести антигипертермическую терапию физическими методами охлаждения.

2. Медицинская эвакуация проводится в соответствии с тактическим алгоритмом. Во время транспортировки проводить мониторинг показателей витальных функций.

Раздел 3.
КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОРВИ

Нозологическая форма	ОРВИ (парагрипп, аденовирусная, респираторно-синцитиальная, риновирусная инфекции и др. вирусные инфекции)
Код по МКБ-10	J06 — острые инфекции верхних дыхательных путей множественной и неуточненной локализации
Фаза	Острое состояние
Стадия	Любая
Вид медицинской помощи	Скорая медицинская помощь
Условия оказания медицинской помощи	Вне медицинской организации
Форма оказания медицинской помощи	Экстренная
Критерии отнесения пациента к модели	<ul style="list-style-type: none"> - синдром интоксикации - катаральный синдром - наличие эпидемиологического анамнеза - клинические признаки с дифференциацией по степени тяжести - лихорадка (розовая, бледная)
Классификация	<p><u>Степени тяжести:</u></p> <p>легкая — температура тела нормальная или в пределах 38°C не более 3-х дней, симптомы инфекционного токсикоза слабо выражены, умеренные катаральные явления, длительность болезни 4–6 дней;</p> <p>средняя — температура тела субфебрильная или в пределах 38°C, инфекционный токсикоз умеренно выражен, яркие катаральные симптомы; при отсутствии осложнений выздоровление через 6–10 дней;</p> <p>тяжелая — температура тела выше 39° С. Наличие одного или нескольких синдромов: гипертермический, нейротоксикоз, стеноз гортани, бронхообструктивный, геморрагический, острая дыхательная (ОДН) и/или сердечная (ОСН) недостаточность, фебрильные судороги*1</p>

Осложнения	- фебрильные судороги
Формулировка развернутого диагноза	ОРВИ, степень тяжести, осложнение (при наличии)

1. Медицинские мероприятия для диагностики заболевания, состояния

Наименование медицинской услуги
Осмотр врачом скорой медицинской помощи и определение витальных функций, сознания (по шкале Глазго). Проведение термометрии. Оценка числа дыхания и сердечных сокращений в минуту. Измерение артериальное давление. Осмотр кожи, видимых слизистых оболочек полости рта, грудной клетки, живота. Оценка скорости наполнения ногтевого ложа после его анемизации, аускультация легких и сердца (стандартный соматический осмотр). Проверяют наличие менингеальных знаков, симптомов острой патологии органов брюшной полости, ЛОР-органов (острого отита, эпиглотита, синусита и др.). Оценивают признаки токсикоза (болезненный вид, отказ от питья, апатия, повышенная раздражительность, трудность установления глазного контакта, удлинение времени наполнения капилляров ногтевого ложа более 2 с.) требуют исключения бактериемии.
Фельдшер скорой медицинской помощи (то же, что и врач скорой медицинской помощи).

2. Инструментальные методы исследования

Наименование медицинской услуги
Пульсоксиметрия
Термометрия общая

3. Медицинские мероприятия для лечения заболевания, состояния и контроля за лечением

Наименование медицинской услуги	Примечание
Физические методы охлаждения	<p>Физические методы охлаждения (обтирание водой, пузырь со льдом над головой ребенка) проводят сразу после введения жаропонижающих препаратов.</p> <p>Обтирание проводится при следующих условиях: при температуре тела выше 38,5°C; температуре в помещении не менее 25°C; температуре жидкости, используемой для обтирания (вода), не менее 37–38°C; только при «розовой» лихорадке; категорически запрещается обтирать ребенка уксусом или спиртосодержащими растворами</p>
Пероральное и ректальное введение лекарственных препаратов	<p>Показания к антипиретической терапии:</p> <p>умеренная (фебрильная) лихорадка (38°C) у больных с эпилепсией, онкологической патологией, симптомами повышения внутричерепного и артериального давления, пороками сердца, гидроцефалией и другими прогностически неблагоприятными факторами риска; умеренная (фебрильная) 38°C (субаксиллярно); лихорадка у детей первых 3 мес. жизни умеренная (фебрильная) лихорадка у детей до 3 лет жизни с последствиями перинатального повреждения ЦНС (особо — у детей с экстремально низкой массой тела при рождении); все случаи высокой лихорадки (39°C и выше) вне зависимости от возраста ребенка; все случаи «бледной» лихорадки.</p> <p>при «розовой» лихорадке в качестве стартовой терапии: ибупрофен, парацетамол</p>
Внутримышечное введение лекарственных препаратов	<p>При «бледной» лихорадке в случае невозможности применения или отсутствия парацетамола и ибупрофена возможно внутримышечное введение 50% раствора метамизола натрия из расчета 0,1 мл на год жизни, 2% раствора папаверина детям до 1 года — 0,1–0,2 мл, старше года — 0,10,2 мл на год или раствора дротаверина в дозе 0,1 мл на год жизни в сочетании с 2% раствором хлоропирамина из расчета 0,1 мл на год жизни, но не более 1 мл</p>

Катетеризация кубитальных и других периферических вен	При тяжелом течении, при необходимости купирования тяжелых сопутствующих синдромов (судороги, эпилептических проявлениях, синдроме системного воспалительного ответа и др.), при невозможности применения препаратов per os
Внутривенное введение лекарственных препаратов	При тяжелом течении, при необходимости купирования тяжелых сопутствующих синдромов (судорог, эпилептических проявлений, синдрома системного воспалительного ответа и др.), при невозможности применения препаратов per os
Ингаляционное введение лекарственных препаратов и кислорода	При тяжелом течении, при необходимости купирования тяжелых сопутствующих синдромов
Медицинская эвакуация*3	

4. Перечень лекарственных препаратов для медицинского применения, зарегистрированных на территории Российской Федерации, с указанием доз *4.

Анатомо-терапевтическо-химическая классификация	Наименование лекарственного препарата	Доза	Примечание
Нестероидные противовоспалительные препараты, производные пропионовой кислоты (антипиретики)			Антипиретики назначаются при повышении температуры выше 38,5°C независимо от возраста пациента (один из препаратов)
	Ибупрофен (ибуфен, нурофен)	Свечи 5–10 мг/кг	Детям до 1 года
		Сироп 5–10 мг/кг	Дети старше 1 года
Анилиды			
	Парацетамол (панadol, эфералган)	Свечи 10–15 мг/кг	Детям до года
		Сироп 10–15 мг/кг	Дети старше 1 года

Пиразолоны			<p>При отсутствии раствора парацетамола или отсутствии эффекта от стартовой терапии в сочетании с хлоропирамином</p> <p>При использовании метамизола следует учитывать крайне высокий риск развития нежелательных явлений: агранулоцитоза (1:1700), лейкопении, тромбоцитопении, аллергических реакций (ангионевротического отека, крапивницы), транзиторных нарушений функций почек (олигурии, анурии, интерстициального нефрита), а также вероятность развития анафилактического шока, синдромов Стивенса—Джонсона и Лайелла</p>
	Метамизол натрия (анальгин, дипирон)	0,1 мл/год или 5—10 мг/кг	Детям (0—14 лет)
		1000 мг	Детям старше 14 лет при пиретической и гиперпиретической температуре
Этилендиамины замещенные			
	Хлоропирамин (супрастин)	0,1 мл/год, но не более 1 мл (детям)	Применяется в сочетании с метамизолом натрия. Хлоропирамин обладает выраженными нежелательными эффектами, в том числе седативным, а также может

			оказывать антихолинергический, анти- α -адренергический и антисеротониновый эффекты: сухость слизистых оболочек, сгущение бронхиального секрета, запор или диарею, тошноту и тахикардию
Папаверин и его производные			
	Дротаверин (но- шпа)	0,1 мл на год жизни или 0,5—1 мг/кг	При «бледной» лихорадке
		40 мг	Детям старше 14 лет при лихорадке с ознобом
Солевые растворы			
	Натрия хлорид	250— 500 мл 10—20 мл/кг в/в	Базовый раствор (детям) при тяжелом течении, при выраженной интоксикации
Электролиты в сочетании с углеводами			
	Стерофундин	500 мл в/в	Базовый инфузионный раствор (взрослые) При тяжелом течении, при выраженной интоксикации
Производные бензодиазепина			
	Диазепам (реланиум, седуксен, сибазон)	0,5 мг/кг (0,1 мл/кг, не более 2 мл)	Дети до 5 лет максимальная доза 5 мг, старше 5 лет — 10 мг, при наличии судорожного синдрома
Медицинские газы			
	Кислород	2 л, 10 л	При тяжелом течении, при наличии осложнений при снижении уровня сатурации ниже 95%

1. Критерии эффективности:

- отсутствие осложнений;
- снижение температуры тела;
- стабилизация состояния (гемодинамика, дыхательные расстройства)

2. Тактический алгоритм

При легком и среднетяжелом течении заболевания — актив участковому терапевту.

Госпитализация обязательна в случаях:

- тяжелое течение заболевания;
- наличие нарушений периферического кровообращения;
- наличие неврологических признаков токсикоза (изменение сознания, нарушение поведения, судорожная готовность);
- возраст пациента до 1 года;
- длительная лихорадка (более 3-х суток) на фоне проводимой терапии, независимо от ее величины и формы;
- наличие осложнений;
- подозрение на пневмонию, менингит, хирургические заболевания, кишечные инфекции, грипп, токсическую форму скарлатины и др. инфекции.

В случае отказа от госпитализации назначать актив участковому терапевту.

*** Примечания:**

1. При развитии фебрильных судорог необходимо максимально быстро провести физические методы охлаждения и антигипертермическую терапию.

2. Медицинская эвакуация проводится в соответствии с тактическим алгоритмом. Во время транспортировки проводить мониторинг показателей витальных функций.

3. Оказание медицинской помощи проводится в соответствии с клиническим протоколом «Острая лихорадка у детей».

Раздел 4.
КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОБОСТРЕНИИ
БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

Нозологическая форма	Бронхиальная астма
Код по МКБ-10	J45 Астма J45.0 Астма с преобладанием аллергического компонента J45.1 Неаллергическая астма J45.8 Смешанная астма J45.9 Астма неуточненная
Фаза	Острое состояние
Стадия	Любая
Вид медицинской помощи	Скорая медицинская помощь
Условия оказания медицинской помощи	Вне медицинской организации
Форма оказания медицинской помощи	Экстренная

Критерии отнесения пациента к модели	<p>Острое или постепенное развитие бронхообструктивного синдрома</p> <p>Сухие свистящие хрипы (возможно дистанционные)</p> <p>Затруднение выдоха (эксираторная одышка)</p> <p>Тахипноэ</p> <p>Втяжение уступчивых мест грудной клетки</p> <p>Снижение уровня сатурации</p> <p>Вынужденное положение (ортопноэ)</p> <p>Бледность, цианоз кожного покрова</p> <p>Изменение поведения и сознания (чувство нарастающего беспокойства, тревоги, возбуждение, сомнолентность)</p> <p>Приступ бронхиальной астмы — остро развившееся и прогрессивно ухудшающееся состояние эксираторного удушья, затрудненное и свистящее дыхание или сочетание этих симптомов, сопровождающееся резким снижением показателей пиковой объемной скорости выдоха</p>
---	---

Классификация	По степени тяжести:			
	Клинические признаки	Легкая	Среднетяжелая	Тяжелая
	ЧД (% от нормы)	До 30	30—50%	Более 50%
	Свистящие хрипы	Терминальные (аускультативно)	На вдохе и выдохе	На расстоянии, на вдохе и выдохе
	Участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания	Яремная ямка, вспомогательная мускулатура	Выраженное участие вспомогательной мускулатуры	Резко выраженное участие вспом. мускулатуры
	Поведенческие реакции	Возбуждение	Возбуждение, речь в виде отдельных фраз	Возбуждение, «дыхательная паника», речь затруднена
	Физическая активность	Не ограничена	Ограничена	Значительно снижена
	ПСВ (% от нормы)	80—90%	60—80%	Менее 60%
	Sa O ₂	Более 95 %	91—95 %	Менее < 90 %
Осложнения	Острая дыхательная недостаточность Асфиксия Гипоксическая или гипоксемическая кома			
Формулировка развернутого диагноза	Бронхиальная астма, приступный период Бронхиальная астма. Астматический статус*1 Бронхиальная астма, обострение			

1. Медицинские мероприятия для диагностики заболевания, состояния

Наименование медицинской услуги
Осмотр врачом скорой медицинской помощи, сбор анамнеза и определение параметров витальных функций (АД, ЧСС, ЧД, t — °С)
Осмотр фельдшером скорой медицинской помощи, сбор анамнеза и определение параметров витальных функций (АД, ЧСС, ЧД, t — °С)

2. Инструментальные методы исследования

Наименование медицинской услуги
Пульсоксиметрия
Термометрия общая

3. Медицинские мероприятия для лечения заболевания, состояния и контроля за лечением

Наименование медицинской услуги	Примечание
Ингаляционное введение лекарственных препаратов через небулайзер	Экстренно начинают ингаляционную терапию с 2-4 доз короткодействующего β ₂ -агониста (КДБА)(сальбутамола) с помощью дозирующего аэрозольного ингалятора со спейсером или небулайзера. Комбинированный препарат (фенотерол + ипратропия бромид) используется при отсутствии сальбутамола с помощью дозирующего аэрозольного ингалятора со спейсером или небулайзера для облегчения клинических симптомов. Сальбутамол – детям от 18 месяцев до 12 лет для снятия приступа бронхоспазма разовая доза 2 мг на ингаляцию; Комбинация фенотерола и ипратропия бромид (беродуал): детям до 6 лет (масса тела – до 22 кг) – 0,5 мл (10 капель), 6-12 лет – 0,5-1,0 мл (10-20 капель), старше 12 лет – 1 мл (20 капель). КДБА назначают совместно с будесонидом через небулайзер.
Внутримышечное введение лекарственных препаратов	При невозможности проведения ингаляционной терапии или при отсутствии эффекта от проведенной ингаляционной терапии, при невозможности внутривенного доступа
Катетеризация периферических вен	При невозможности проведения ингаляционной терапии или при отсутствии эффекта от проведенной ингаляционной терапии
Внутривенное введение лекарственных препаратов	При невозможности проведения ингаляционной терапии или при отсутствии эффекта от проведенной ингаляционной терапии
Интубация трахеи*2	По показаниям
ИВЛ ручная, аппаратная*2	По показаниям
Ингаляционное введение лекарственных препаратов и кислорода	При транспортировке пациента При развитии осложнений независимо от уровня сатурации
Медицинская эвакуация*3	

4. Перечень лекарственных препаратов для медицинского применения, зарегистрированных на территории Российской Федерации, с указанием доз

Анатомо-терапевтическо-химическая классификация	Наименование лекарственного препарата	Доза	Примечание
Адренергические препараты для ингаляционного применения (β -агонисты)			
	Сальбутамол	пересчете на сальбутамол 0,8 мг/мл); детям от 18 месяцев до 12 лет для снятия приступа бронхоспазма разовая доза 2 мг на ингаляцию	
	Фиксированная комбинация - фенотерол+ипратропия бромид (беродуал)	Для детей до 1 года — 1 кап/кг, для детей до 6 лет — 0,5 мл/доза (10 капель), для детей старше 6 лет — 0,5—1,0 мл/доза (10—20 капель) в 2 мл физраствора через небулайзер	Базовая терапия.
Ингаляционные глюкокортикостероиды*4			
	Будесонид (Пульмикорт — суспензия, Буденит — стерн- неб, Бенакорт)	0,5мг — легкая степень	Базовая терапия совместно с сальбутамолом или беродуалом, через небулайзер
		1 мг — средняя степень	
		2 мг — тяжелая степень	
Солевые растворы			
	Натрия хлорид	2 мл	Для разведения суспензии при ингаляционном введении препаратов
Глюкокортикостероиды*5			При отсутствии эффекта от применения ингаляционных препаратов, при отсутствии возможности проведения терапии с помощью небулайзера

	Преднизолон	2 мг/кг в/в	
	Дексаметазон	0,4 мг/кг в/в	
Ксантины			
	аминофиллин (эуфиллин)	5 мг/кг в/в кап.	При отсутствии эффекта от применения ингаляционных и гормональных препаратов, при отсутствии возможности проведения терапии с помощью небулайзера
Солевые растворы			
	Натрия хлорид	250 мл — 20 мл/кг	Базовый раствор для разведения аминофиллина
Растворы для внутривенного введения — электролиты			
	Стерофундин изотонический	500 мл	Альтернативный раствор для разведения аминофиллина
Медицинские газы			
	Кислород	2 л, 10 л	При транспортировке пациента в ЛПУ; ингаляция, ИВЛ

1. Критерии эффективности:

- купирование бронхообструктивного синдрома или уменьшение его степени;
- стабилизация состояния (гемодинамика, дыхательные расстройства, адекватная ИВЛ).

2. Тактический алгоритм:

- перед транспортировкой желательно добиться улучшения;
- госпитализации подлежат пациенты при развитии бронхообструктивного синдрома впервые, при отсутствии эффекта (при некупируемом или купируемом частично приступе) от проводимой терапии, при длительном периоде обострения (более 1—2 недель);
- транспортировка в положении сидя (в зависимости от состояния);
- вызов реанимационной бригады на себя (при наличии) в соответствии с положением.

***Примечания:**

1. При развитии астматического статуса для реанимационной бригады СМП немедленная интубация трахеи, перевод на ИВЛ.
2. Интубация трахеи и перевод на ИВЛ осуществляется в соответствии с анестезиологическим пособием.
3. Медицинская эвакуация осуществляется в соответствии с тактическим алгоритмом. Во время транспортировки проводить мониторинг показателей витальных функций.
4. При отсутствии положительного эффекта от проведенной базовой терапии через 20 минут, повторить ингаляцию через небулайзер.
5. Допустимо введение одного из предложенных препаратов группы глюкокортикостероидов.

Раздел 5.
КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
ПРИ ОСТРОМ СТЕНОЗИРУЮЩЕМ ЛАРИНГОТРАХЕИТЕ
(ОСТРЫЙ ОБСТРУКТИВНЫЙ ЛАРИНГИТ)

Нозологическая форма	Острый стенозирующий ларинготрахеит (острый обструктивный ларингит)	
Код по МКБ-10	J04.0 Острый ларингит J04.2 Острый ларинготрахеит J05.0 Острый обструктивный ларингит (круп)	
Фаза	Острое состояние	
Стадия	Любая	
Вид медицинской помощи	Скорая медицинская помощь	
Условия оказания медицинской помощи	Вне медицинской организации	
Форма оказания медицинской помощи	Экстренная	
Критерии отнесения пациента к модели	Острое начало Осиплость голоса Затруднение вдоха (инспираторная одышка) «Лающий» кашель Беспокойство или вялость Возможно повышение температуры тела	
Классификация	По степени тяжести (на основании клинических критериев тяжести стеноза) <u>3 степени стеноза:</u> 1 степень — сумма баллов от 3 до 5 баллов; 2 степень — сумма баллов от 6 до 8; 3 степень — сумма 9 баллов и более; 4 степень — асфиксия*1	
Клинические симптомы		Баллы
<u>Затруднение вдоха, инспираторная одышка (стридор):</u>		
— отсутствует;		0
— при беспокойстве;		1
— в покое		2
<u>Участие в акте дыхания податливых мест грудной клетки:</u>		
— отсутствует;		0
— втяжение яремной ямки и (или) надключичных ямок		1
— и (или) эпигастрия;		2

— то же + межреберий и (или) нижней трети грудины	
<u>Окраска кожного покрова:</u> *	
— физиологическая;	0
— бледный носогубный треугольник и (или) ушные раковины, и (или) кончик носа;	1
— цианоз и "мраморность" кожного покрова	2
<u>Кашель:</u>	
— влажный, продуктивный;	0
— малопродуктивный, дренаж мокроты недостаточный;	1
— сухой, грубый, непродуктивный или нет	2
<u>Соотношение пульса к частоте дыхания</u>	
— 4 : 1	0
— 2 : 1	1
— 1,5 : 1	2
<u>Поведение:</u>	
— не изменено;	0
— беспокойство;	1
— вялость, адинамия	2
Осложнения	Острая дыхательная недостаточность Асфиксия
Формулировка развернутого диагноза	Острый стенозирующий ларинготрахеит. Стеноз гортани (степень)

* - оцениваются симптомы, связанные с гипоксией вследствие тяжести ОСЛТ, а не вследствие причин преморбидного характера.

1. Медицинские мероприятия для диагностики заболевания, состояния

Наименование медицинской услуги
Осмотр врачом скорой медицинской помощи, сбор анамнеза и определение параметров витальных функций (АД, ЧСС, ЧД, t — °С)
Осмотр фельдшером скорой медицинской помощи, сбор анамнеза и определение параметров витальных функций (АД, ЧСС, ЧД, t — °С)

2. Инструментальные методы исследования

Наименование медицинской услуги
Пульсоксиметрия
Термометрия общая

3. Медицинские мероприятия для лечения заболевания, состояния и контроля за лечением

Наименование медицинской услуги	Примечание
Физические методы охлаждения	Физические методы охлаждения (обтирание водой, пузырь со льдом над головой ребенка) проводят сразу после введения жаропонижающих препаратов. Обтирание проводится при следующих условиях: при температуре тела выше 38,5°C; температуре в помещении не менее 25°C; температуре жидкости, используемой для обтирания (вода), не менее 37—38°C; только при «розовой» лихорадке. Категорически запрещается обтирать ребенка уксусом или спирт содержащими растворами
Пероральное или ректальное введение лекарственных препаратов	Показания к антипиретической терапии: умеренная (фебрильная) лихорадка (38°C) у больных с эпилепсией, онкологической патологией, симптомами повышения внутричерепного и артериального давления, пороками сердца, гидроцефалией и другими прогностически неблагоприятными факторами риска; умеренная (фебрильная) лихорадка у детей первых 3 мес. жизни; умеренная (фебрильная) лихорадка (38°C) у детей до 3 лет жизни с последствиями перинатального повреждения ЦНС (особо — у детей с экстремально низкой массой тела при рождении); все случаи высокой лихорадки (39°C и выше) вне зависимости от возраста ребенка; все случаи «бледной» лихорадки.

	При «розовой» лихорадке в качестве стартовой терапии: ибупрофен, парацетамол
Ингаляционное введение лекарственных препаратов через небулайзер	Для купирования стеноза гортани
Внутримышечное введение лекарственных препаратов	При «бледной» лихорадке в случае невозможности применения или отсутствия парацетамола и ибупрофена возможно внутримышечное введение 50% раствора метамизола натрия из расчета 0,1 мл на год жизни, 2% раствора папаверина детям до 1 года — 0,1–0,2 мл, старше года — 0,10,2 мл на год или раствора дротаверина в дозе 0,1 мл на год жизни в сочетании с 2% раствором хлоропирамина из расчета 0,1 мл на год жизни, но не более 1 мл
Катетеризация периферических вен	При невозможности проведения ингаляционной терапии или при отсутствии эффекта от проведенной ингаляционной терапии, при наличии осложнений
Внутривенное введение лекарственных препаратов	При невозможности проведения ингаляционной терапии или при отсутствии эффекта от проведенной ингаляционной терапии, при наличии осложнений. При тяжелом состоянии и невозможности применения внутрь препаратов парацетамола или ибупрофена — введение внутривенно медленно раствора парацетамола из расчета разовой инфузии для детей от 1 года и старше по 15 мг/кг
Интубация трахеи*2	По показаниям
Коникотомия	При 4 степени, при асфиксии (при невозможности проведения интубации трахеи)
ИВЛ ручная, аппаратная*2	Для специализированных бригад по показаниям
Ингаляционное введение лекарственных препаратов и кислорода	При стенозе 2–3 степени (больше 6 и более баллов)
Медицинская эвакуация*3	

4. Перечень лекарственных препаратов для медицинского применения, зарегистрированных на территории Российской Федерации, с указанием доз

Анатомо-терапевтическо-химическая классификация	Наименование лекарственного препарата	Доза	Примечание
Ингаляционные глюкокортикостероиды*4			
	Будесонид (Пульмикорт – суспензия, Буденит – стеринеб, Бенакорт)	1,0 мг 1мг 2 раза через 30 мин. или 2 мг однократно.	При стенозе 1 степени При стенозе 2 степени При стенозе 3 степени
Солевые растворы			
	Натрия хлорид	2 мл	Для разведения суспензии при ингаляционном введении препаратов
Глюкокортикостероиды			
	Дексаметазон	0,6 мг/кг	При стенозе 2 степени при невозможности проведения ингаляционной терапии или при отсутствии эффекта от проведенной ингаляционной терапии, при стенозе 3 степени. Вводится в/в или в/м
	Преднизолон	2 мг/кг	При отсутствии дексаметазона. При стенозе 2 степени при невозможности проведения ингаляционной терапии или при отсутствии эффекта от проведенной

			ингаляционной терапии, при стенозе 3 степени. Вводится в/в
Солевые растворы			
	Натрия хлорид	250 мл – 20 мл/кг	При стенозе больше 8 баллов, базовый раствор
Электролиты в сочетании с углеводами			
	Стерофундин	500 мл	При стенозе больше 8 баллов альтернативный раствор
Медицинские газы			
	Кислород	2 л, 10 л	При стенозе 2–3 степени (6 и более баллов); ингаляция, ИВЛ при наличии осложнений
Анилиды			
	Парацетомол (Панадол, Эфералган)	10–15 мг/кг	См. выше
Пиразолоны			
	Метамизол натрия	0,1 мл/год или 5–10 мг/кг	При отсутствии раствора парацетамола или отсутствии эффекта от стартовой терапии в сочетании с хлоропирамином. При использовании метамизола следует учитывать крайне высокий риск развития нежелательных явлений:

			агранулоцитоза (1:1700), лейкопении, тромбоцитопении, аллергических реакций (ангионевротического отека, крапивницы), транзиторных нарушений функций почек (олигурии, анурии, интерстициального нефрита), а также вероятность развития анафилактического шока, синдромов Стивенса—Джонсона и Лайелла
Этилендиамины замещенные			
	Хлоропирамин (супрастин)	0,1 мл/год, но не более 1 мл (детям)	Применяется в сочетании с метамизолом натрия. Хлоропирамин обладает выраженными нежелательными эффектами, в том числе седативным, а также может оказывать антихолинергический, анти- α -адренергический и антисеротониновый эффекты: сухость слизистых оболочек, сгущение

			бронхиального секрета, запор или диарею, тошноту, и тахикардию
Спазмолитики миотропные	Дротаверин (но-шпа)	0,1 мл на год жизни	При «бледной» лихорадке

5. Критерии эффективности: уменьшение степени тяжести стеноза гортани в баллах

6. Тактический алгоритм:

1. Показания для госпитализации:
 - 1 степень стеноза гортани — при отсутствии эффекта от ингаляционной терапии в течение 15–20 мин или увеличении общей суммы баллов и при невозможности проведения ингаляционной терапии;
 - 2 и 3 степень стеноза гортани — абсолютные показания для госпитализации.
2. Транспортировка в положении сидя.
3. Вызов реанимационной бригады на себя при сумме баллов 8 и более.
4. Показанием для госпитализации детей в ПИТ или ОРИТ являются клинические симптомы стеноза гортани, соответствующие сумме баллов 9 и более.
5. Перед транспортировкой желательно добиться тенденции к снижению общей суммы баллов, характеризующих степень стеноза гортани. При длительной транспортировке мониторинг состояния осуществлять каждые 30 минут и при сохраняющихся признаках стеноза гортани повторить ингаляцию через небулайзер.

* Примечания:

1. При стадии асфиксии (кома, цианоз кожного покрова, парадоксальное дыхание, брадикардия) для реанимационной бригады СМП немедленная интубация трахеи, перевод на ИВЛ. При невозможности выполнения эндотрахеальной интубации — коникотомия.
2. Интубация трахеи и перевод на ИВЛ осуществляется в соответствии с анестезиологическим пособием.
3. Медицинская эвакуация осуществляется в соответствии с тактическим алгоритмом. Во время транспортировки проводить мониторинг показателей витальных функций.
4. При стенозе гортани 2 степени и отсутствии положительного эффекта от ингаляции глюкокортикостероида через небулайзер в дозе 1 мг повторить ингаляцию глюкокортикостероида через 30 минут.

Раздел 6.
КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
ПРИ ОСТРОМ ОБСТРУКТИВНОМ БРОНХИТЕ У ДЕТЕЙ

Нозологическая форма	Острый обструктивный бронхит
Код по МКБ-10	J 20 Острый бронхит с обструктивным синдромом или диффузной бронхиальной обструкцией
Фаза	Острое состояние
Стадия	Любая
Вид медицинской помощи	Скорая медицинская помощь
Условия оказания медицинской помощи	Вне медицинской организации
Форма оказания медицинской помощи	Экстренная

Критерии отнесения пациента к модели	свистящие хрипы (могут быть слышны на расстоянии); экспираторная одышка; удлинение выдоха, появляющееся в 1–2 день болезни; ЧДД редко превышает 60 в 1 минуту; диспноэ может быть не выражено; иногда признаком диспноэ является беспокойство ребенка, смена позы в поисках наиболее удобной позы; возможно повышение температуры тела*1; кашель						
Классификация	<p><u>По степени тяжести</u> (на основании шкалы оценки тяжести обструктивного синдрома):</p> Обструкция бронхов: легкая — 2–4 балла; средней тяжести — 5–8 баллов; тяжелая — 9–12 баллов. От 0 до 2 баллов — вариант возрастной нормы частоты дыхания						
	Баллы	Частота дыхания/мин.* (возраст)			Свистящие хрипы	Цианоз	Втяжение уступчивых мест грудной клетки
		0–2 мес.	2–12 мес.	1–4 года			
	0	< 40	< 30	< 25	нет	нет	нет
	1	41–50	31–40	25–30	Терминальные (аускультативно)	Периоральный при плаче	яремная ямка, надключичная ямка

	2	51–60	41–50	31–40	весь выдох (аускультативно)	периоральный в покое	+межреберья
	3	> 60	> 50	> 40	на расстоянии	Генерализованный в покое	+ подреберья (сокращения мышц живота)
Осложнения	Дыхательная недостаточность						
Формулировка развернутого диагноза	Острый обструктивный бронхит (указать тяжесть и наличие осложнения) или Острый бронхит с бронхообструктивным синдромом (указать тяжесть и наличие осложнения)						

1. Медицинские мероприятия для диагностики заболевания, состояния

Наименование медицинской услуги
Осмотр врачом скорой медицинской помощи и определение витальных функций (АД, ЧСС, ЧД, Т°С)
Осмотр фельдшером скорой медицинской помощи и определение витальных функций (АД, ЧСС, ЧД, Т°С)

2. Инструментальные методы исследования

Наименование медицинской услуги
Термометрия общая
Пульсоксиметрия

3. Медицинские мероприятия для лечения заболевания, состояния и контроля за лечением

Наименование медицинской услуги	Примечание
Физические методы охлаждения	Физические методы охлаждения (обтирание водой, пузырь со льдом над головой ребенка) проводят сразу после введения жаропонижающих препаратов. Обтирание проводится при следующих условиях: при температуре тела выше 38,5°С;

	<p>температуре в помещении не менее 25°C; температуре жидкости, используемой для обтирания (вода), не менее 37—38°C; только при «розовой» лихорадке. Категорически запрещается обтирать ребенка уксусом или спиртосодержащими растворами</p>
Пероральное или ректальное введение лекарственных препаратов	<p>Показания к антипиретической терапии: умеренная (фебрильная) лихорадка (38°C) у больных с эпилепсией, онкологической патологией, симптомами повышения внутричерепного и артериального давления, пороками сердца, гидроцефалией и другими прогностически неблагоприятными факторами риска; умеренная (фебрильная) лихорадка у детей первых 3 мес. жизни; умеренная (фебрильная) лихорадка у детей до 3 лет жизни с последствиями перинатального повреждения ЦНС (особо — у детей с экстремально низкой массой тела при рождении); все случаи высокой лихорадки (39°C и выше) вне зависимости от возраста ребенка; все случаи «бледной» лихорадки; при «розовой» лихорадке в качестве стартовой терапии: ибупрофен, парцетамол</p>
Ингаляционное введение лекарственных препаратов через небулайзер	Для купирования острой бронхиальной обструкции
Внутримышечное и внутривенное введение лекарственных препаратов	<p>При «бледной» лихорадке в случае невозможности применения или отсутствия парацетамола и ибупрофена возможно внутримышечное введение 50% раствора метамизола натрия из расчета 0,1 мл на год жизни, 2% раствора папаверина детям до 1 года — 0,1—0,2 мл, старше года — 0,10,2 мл на год или раствора дротаверина в дозе 0,1 мл на год жизни в сочетании с 2% раствором хлоропирамина из расчета 0,1 мл на год жизни, но не более 1 мл</p>

Катетеризация кубитальных и других периферических вен	При неэффективности от терапии небулизированными препаратами
Катетеризация подключичной и других центральных вен	Для специализированных бригад при наличии показаний
Установка воздуховода (ларингеальная маска, трубка Комбитьюб)	По показаниям
Интубация трахеи	Для специализированных бригад при наличии показаний
ИВЛ ручная, аппаратная*2	При ДН тяжелой степени
Ингаляционное введение лекарственных препаратов и кислорода, оксигенотерапия	При ДН
Медицинская эвакуация*3	

4. Перечень лекарственных препаратов для медицинского применения, зарегистрированных на территории Российской Федерации, с указанием доз

Анатомо-терапевтическо-химическая классификация	Наименование лекарственного препарата	Доза	Примечание
Симпатомиметики с комбинации с другими препаратами			
	фиксированная комбинация фенотерола + ипратропия бромида (Беродуал)	1 капля/кг, максимально 10 капель — 0,5 мл 10—20 капель — 1,0 мл	Детям ≤ 6 лет Детям старше 6 лет
Ингаляционные глюкокортикостероиды			
	Будесонид (Пульмикорт — суспензия)	0,5 мг	При SaO ₂ менее 95%. При отсутствии эффекта от ингаляции беродуала. При указаниях в анамнезе на повторные эпизоды бронхиальной обструкции

Глюкокортикостероиды*4			
	Преднизолон	2 мг/кг в/в	При отсутствии эффекта от небулизированных препаратов. При отсутствии возможности проведения небулайзерной терапии
	Дексаметазон	0,4 мг/кг в/в	При отсутствии эффекта от небулизированных препаратов. При отсутствии возможности проведения небулайзерной терапии
Производные ксантина			
аденозинергическое средство			
	Аминофиллин (эуфиллин)	4 мг/кг в/в капельно	При отсутствии эффекта от небулизированных растворов. При отсутствии возможности проведения небулайзерной терапии
Солевые растворы			
	Натрия хлорид	250 или 500 мл в/в — 20 мл/кг;	Базовый раствор
		2 мл	Для разведения суспензии для ингаляции
Электролиты в сочетании с углеводами			
	Стерофундин	500 мл	Альтернативный инфузионный раствор
Медицинские газы			
	Кислород	2 л, 10 л	Ингаляция, при ДН
Анилиды			
	Парацетомол (Панадол, Эфералган)	10 — 15 мг/кг	См. выше

5. **Критерии эффективности:** состояние с положительной динамикой (уменьшение тяжести бронхиальной обструкции в баллах через 20 мин. после проведения ингаляционной или парентеральной терапии).
6. **Тактический алгоритм:**
1. Госпитализации подлежат все дети в возрасте до 1 года, дети с тяжелой формой ОРВИ и суммой баллов, характеризующих тяжесть обструктивного синдрома 5 и выше.
 2. Транспортировка в положении сидя.
 3. Показанием для госпитализации детей в ПИТ или ОРИТ являются клинические симптомы, соответствующие сумме баллов 9 и более.
 4. Перед транспортировкой необходимо добиться тенденции к снижению общей суммы баллов, характеризующих тяжесть обструктивного синдрома.
 5. При длительной транспортировке необходим мониторинг тяжести бронхообструктивного синдрома каждые 20 минут.
 6. При сохраняющихся симптомах бронхиальной обструкции повторить в течение часа ингаляцию через небулайзер: фенотерол + ипратропиума бромид 0,5 или 1,0 мл (в соответствии с возрастом) и будесонида — 0,5 мг.
 7. При наличии тахипноэ, сатурации менее 92% — вызов реанимационной бригады.
 8. При отсутствии эффекта — интубация трахеи, ИВЛ.

***Примечания:**

1. При развитии лихорадки оказание медицинской помощи проводится в соответствии с клиническим протоколом «Острая лихорадка», «ОРВИ».
2. Интубация трахеи и перевод на ИВЛ осуществляется в соответствии с анестезиологическим пособием.
3. Медицинская эвакуация проводится в соответствии с тактическим алгоритмом. Во время транспортировки проводить мониторинг показателей витальных функций.
4. Допустимо введение одного из предложенных препаратов группы глюкокортикостероидов.

Раздел 7.
КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
ПРИ ОСТРОМ БРОНХИОЛИТЕ У ДЕТЕЙ

Нозологическая форма	Острый бронхиолит
Код по МКБ-10	J21 Острый бронхиолит J21.0 Острый бронхиолит, вызванный респираторным синцитиальным вирусом J21.8 Острый бронхиолит, вызванный другими уточненными агентами J21.9 Острый бронхиолит неуточненный
Фаза	Острое состояние
Стадия	Любая
Вид медицинской помощи	Скорая медицинская помощь
Условия оказания медицинской помощи	Вне медицинской организации
Форма оказания медицинской помощи	Экстренная

Критерии отнесения пациента к модели	Развитие симптомов на 2–5 день острой респираторной инфекции Нарастающий (в течение 3–4 дней) кашель. Экспираторная одышка. Тахипноэ 50–70/мин. Мелкопузырчатые хрипы и/или крепитация в легких с обеих сторон, нередко сухие свистящие хрипы. Вздутие грудной клетки. Перкуторно — коробочный оттенок звука. Участие вспомогательных мышц в акте дыхания. Втяжение межреберий на вдохе, раздувание крыльев носа. Обструктивный синдром, достигающий максимума в течение 1–2 дней. Апноэ у недоношенных
---	---

Классификация	Единой классификации бронхолитов не существует. Клиническая классификация бронхолитов основана на этиологии, а также включает системные заболевания, при которых бронхолит развивается как один из синдромов. Бронхолиты, развившиеся вследствие вдыхания различных веществ. Инфекционный бронхолит (вирусный). Прочие (семейные формы фолликулярного бронхолита, при иммунодефицитах, при лизинурии при атаксии-телеангиоэктазии (синдроме Луи-Бар), при IgA нефропатии)
Критерии тяжести	Четких критериев степени тяжести бронхолита до настоящего времени не разработано. Для оценки тяжести течения бронхолита следует ориентироваться на признаки дыхательной недостаточности
Осложнения	Дыхательная недостаточность. Дегидратация с метаболическим ацидозом. У детей с тяжелым респираторным дистресс-синдромом нередко наблюдается синдром неадекватной секреции антидиуретического гормона (SIADH) с гипонатриемией и гиперволемией
Формулировка развернутого диагноза	Острый бронхолит (РС-вирусный). Дыхательная недостаточность I степени. Острый бронхолит. Дыхательная недостаточность II степени

1. Медицинские мероприятия для диагностики заболевания, состояния

Наименование медицинской услуги
<p>Осмотр врачом скорой медицинской помощи и определение витальных функций, сознания (по шкале Глазго).</p> <p>Проводят термометрию.</p> <p>Оценка числа дыхания и сердечных сокращений в минуту.</p> <p>Измеряют артериальное давление.</p> <p>Осматривают кожу, видимые слизистые оболочки полости рта, грудную клетку, живот.</p>

Проводят оценку скорости наполнения ногтевого ложа после его анемизации, аускультацию легких и сердца (стандартный соматический осмотр)

Фельдшер скорой медицинской помощи (то же, что и врач скорой медицинской помощи)

2. Инструментальные методы исследования

Наименование медицинской услуги

Пульсоксиметрия

Термометрия общая

3. Медицинские мероприятия для лечения заболевания, состояния и контроля за лечением

Наименование медицинской услуги	Примечание
Физические методы охлаждения	Обтирание проводится при следующих условиях: при температуре тела выше 38,5°C; температуре в помещении не менее 25°C; температуре жидкости, используемой для обтирания (вода), не менее 37—38°C; только при «розовой» лихорадке. Категорически запрещается обтирать ребенка уксусом или спиртосодержащими растворами.
Пероральное и ректальное введение лекарственных препаратов	Показания к антипиретической терапии: умеренная (фебрильная) лихорадка (38 °C) у больных с эпилепсией, онкологической патологией, симптомами повышения внутричерепного и артериального давления, пороками сердца, гидроцефалией и другими прогностически неблагоприятными факторами риска; умеренная (фебрильная) лихорадка у детей первых 3 месяцев жизни; умеренная (фебрильная) лихорадка у детей до 3 лет жизни с последствиями перинатального повреждения ЦНС (особо — у детей с экстремально низкой массой тела при рождении); все случаи высокой лихорадки (39°C и выше) вне зависимости от возраста ребенка; все случаи «бледной» лихорадки

Внутримышечное введение лекарственных препаратов	При «бледной» лихорадке в случае невозможности применения или отсутствия парацетамола и ибупрофена возможно внутримышечное введение 50% раствора метамизола натрия из расчета 0,1 мл на год жизни, 2% раствора папаверина детям до 1 года — 0,1—0,2 мл, старше года — 0,10,2 мл на год или раствора дротаверина в дозе 0,1 мл на год жизни в сочетании с 2% раствором хлоропирамина из расчета 0,1 мл на год жизни, но не более 1 мл. В случае невозможности применения или отсутствия парацетамола и ибупрофена
Катетеризация кубитальных и других периферических вен	При тяжелом течении, при наличии осложнений, выраженной ДН
Внутривенное введение лекарственных препаратов	При тяжелом состоянии и невозможности применения внутрь препаратов ибупрофена или парацетамола — введение внутривенно медленно раствора парацетамола из расчета разовой инфузии для детей от 1 года и старше по 15 мг/кг. При тяжелом течении выраженной ДН, при наличии осложнений
Ингаляционное введение лекарственных препаратов и кислорода	При среднетяжелом и тяжелом течении, наличии осложнений
Медицинская эвакуация	

4. Перечень лекарственных препаратов для медицинского применения, зарегистрированных на территории Российской Федерации, с указанием доз

Анатомо-терапевтическо-химическая классификация	Наименование лекарственного препарата	Доза	Примечание
	Симпатомиметики с комбинации с другими препаратами		Получение эффекта через 20 минут (рост SaO ₂ , уменьшение частоты дыхательных движений (ЧДД) на 10—15 в 1

			<p>минуту, снижение интенсивности свистящих хрипов, уменьшение втяжений межреберий), облегчение дыхания оправдывает продолжение ингаляционной терапии.</p> <p>При отсутствии эффекта дальнейшее проведение ингаляции бронхоспазмолитиков не имеет смысла</p>
	<p>Фиксированная комбинация фенотерола + ипратропия бромида (Беродуал)</p>	<p>1 капля/кг, максимально 10 капель — 0,5 мл</p> <p>20 капель — 1,0 мл,</p>	<p>Детям ≤ 6 лет</p> <p>Детям старше 6 лет</p>
Глюкокортикостероиды			<p>Ингаляционные при бронхолите не должны использоваться вследствие отсутствия доказательств их клинического эффекта.</p> <p>Системные стероиды также не следует применять при бронхолите вследствие их неэффективности.</p>
Производные ксантина			
Аденозинергическое средство			
	<p>Аминофиллин (эуфиллин)</p>	<p>4 мг/кг в/в капельно</p>	<p>При отсутствии эффекта от небулизированных растворов.</p> <p>При отсутствии возможности проведения небулайзерной терапии</p>
Солевые растворы			
	<p>Натрия хлорид</p>	<p>250 или 500 мл — в/в — 20 мл/кг;</p>	<p>Базовый раствор</p>
		<p>2 мл</p>	<p>Для разведения суспензии для ингаляции</p>
Электролиты в сочетании с углеводами			
	<p>Стерофундин</p>	<p>500 мл</p>	<p>Альтернативный инфузионный раствор</p>

Медицинские газы			
	Кислород	2 л, 10 л	Ингаляция, при ДН
Анилиды			
	Парацетомол (Панадол, Эфералган)	10 – 15 мг/кг	См. выше
Пиразолоны			
	Метамизол натрия (анальгин)	0,1 мл/год или 5–10 мг/кг	При отсутствии раствора парацетамола. При использовании метамизола следует учитывать крайне высокий риск развития нежелательных явлений: агранулоцитоза (1:1700), лейкопении, тромбоцитопении, аллергических реакций (ангионевротического отека, крапивницы), транзиторных нарушений функций почек (олигурии, анурии, интерстициального нефрита), а также вероятность развития анафилактического шока, синдромов Стивенса–Джонсона и Лайелла
Папаверин и его производные			
	Дротаверин (но-шпа)	0,1 мл/год или 0,5–1 мг/кг	При «бледной» лихорадке

1. Критерии эффективности:

- отсутствие осложнений;
- снижение температуры тела;
- стабилизация состояния (гемодинамика, дыхательные расстройства).

2. Тактический алгоритм

- Перед транспортировкой желательно добиться улучшения и стабилизации состояния.
- Госпитализации подлежат все пациенты. Транспортировка на носилках с приподнятым головным концом или в положении сидя (в зависимости от состояния)

Абсолютные показания к медицинской эвакуации в стационар:

1. Дети первого года жизни.
2. Недоношенные дети.
3. Дети с неблагоприятным преморбидным фоном, предрасполагающим к более тяжелому течению: сердечно-сосудистыми заболеваниями (с врожденными пороками сердца и нарушениями сердечного ритма), патологией легких, генетическими синдромами, когнитивной патологией.
4. Выраженная интоксикация, развитие дыхательной недостаточности.
5. Иммунокомпрометированные пациенты.
6. Часто болеющие дети.
7. Дети из социально неблагополучных семей и при отсутствии условий лечения в домашних условиях.

Показания для вызова реанимационной бригады (при наличии):

1. Невозможность поддержания сатурации более 92% на фоне оксигенотерапии.
2. Выраженное утомление дыхательной мускулатуры.
3. Рецидивирующие апноэ.

В случае отсутствия показаний к госпитализации или отказа от госпитализации родителей необходимо назначать актив участковому терапевту и оформить отказ матери от госпитализации.

***Примечания:**

1. Медицинская эвакуация осуществляется в соответствии с тактическим алгоритмом. Во время транспортировки проводить мониторинг показателей витальных функций.

Раздел 8.
КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
ПРИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ

Нозологическая форма	Внебольничная пневмония (бактериальная, вирусная) Госпитальная (внутрибольничная нозокомиальная) пневмония
Код по МКБ-10	J12 Вирусная пневмония, не классифицированная в других рубриках. J15 Бактериальная пневмония, не классифицированная в других рубриках. J18 Пневмония без уточнения возбудителя. J18.2 Гипостатическая пневмония неуточненная
Фаза	Острое состояние
Стадия	Любая
Вид медицинской помощи	Скорая медицинская помощь
Условия оказания медицинской помощи	Вне медицинской организации
Форма оказания медицинской помощи	Экстренная

Критерии отнесения пациента к модели	повышение температуры тела*1; кашель с мокротой, возможно малопродуктивный; физикальные изменения в легких; дыхательная недостаточность
Клинические проявления	Зависят от тяжести пневмонии (среднетяжелая или тяжелая). Основные клинические симптомы: острое начало заболевания; лихорадка, которая без лечения держится, в отличие от вирусной инфекции, более 3 дней; интоксикационный синдром; кашель; ринит и другие признаки ОРВИ часто отсутствуют Внебольничная пневмония средней степени тяжести характеризуется (при отсутствии угрожаемых жизни симптомов): наличием втяжений уступчивых мест грудной клетки (обычно в нижней части) при дыхании;

	<p>у грудных детей — кряхтящим дыханием, раздуванием крыльев носа.</p> <p>Внебольничная пневмония тяжелая характеризуется:</p> <ul style="list-style-type: none">наличием центрального цианоза;признаками тяжелой дыхательной недостаточности;нарушением сознания;отказом ребенка от питья. <p>Неосложненная внебольничная пневмония:</p> <ul style="list-style-type: none">отсутствие клинических признаков тяжелой пневмонии;наличие одышки в отсутствие обструктивного синдрома (ЧД ≥ 60 в минуту у детей до 2 мес.; ≥ 50 в минуту — от 2 мес. до 1 года; ≥ 40 в минуту — от 1 года до 5 лет);наличие классических физикальных симптомов: укорочения перкуторного звука; ослабленного или бронхиального дыхания; крепитации или мелкопузырчатых хрипов над участком легкихотсутствие одышки не исключает пневмонии
Осложнения	<p>Легочные:</p> <ul style="list-style-type: none">дыхательная недостаточность;плеврит;абсцесс легкого;пневмоторакс;пиопневмоторакс. <p>Внелегочные:</p> <ul style="list-style-type: none">отит;менингит;остеомиелит;пиелонефрит;септический шок*2;гипоксическая или гипоксемическая кома;сердечно-сосудистая недостаточность;ДВС-синдром

Клинические проявления осложнений внебольничной пневмонии:	
Плеврит	одышка; стонущее/кряхтящее дыхание; болевого синдром; притупление перкуторного звука и ослабление дыхания над зоной поражения; смещение средостения в противоположную пораженную сторону при наличии плеврального выпота
Абсцесс легкого	высокая лихорадка, часто с ознобом; цианоз; тахипноэ, одышка; жалобы на боль в грудной клетке (без плеврита могут отсутствовать); может быть приступообразный кашель с гнойной мокротой
Закрытый пневмоторакс	острая боль на стороне пораженного легкого, которая усиливается при кашле, движении и иррадирует в плечо, лопатку, брюшную полость
Напряженный (клапанный) пневмоторакс	состояние тяжелое или крайне тяжелое; увеличение в объеме пораженной стороны грудной клетки; прогрессирующая одышка, цианоз, общая слабость; тахикардия, артериальная гипотония; отмечается набухание шейных вен и вен верхних конечностей; может наблюдаться потеря сознания
Формулировка развернутого диагноза	Внебольничная пневмония, нижнедолевая, правосторонняя, средней степени тяжести. Внебольничная пневмония, правосторонняя, полисегментарная, тяжелая форма. Острая дыхательная недостаточность II ст. Внебольничная пневмония?

1. Медицинские мероприятия для диагностики заболевания, состояния

Наименование медицинской услуги
Осмотр врачом скорой медицинской помощи, сбор анамнеза. Оценка общего состояния и параметров витальных функций: сознания, дыхания, кровообращения; термометрия, пульсоксиметрия, ЧД/мин, ЧСС/мин; осмотр кожи, полости рта, грудной клетки; аускультация и перкуссия легких и сердца. Особое внимание следует уделять наличию цианоза и одышки в состоянии покоя и при возбуждении ребенка.
Осмотр фельдшером скорой медицинской помощи, сбор анамнеза. Оценка общего состояния и параметров витальных функций: сознания, дыхания, кровообращения; термометрия, пульсоксиметрия, ЧД/мин, ЧСС/мин; осмотр кожи, полости рта, грудной клетки; аускультация и перкуссия легких и сердца. Особое внимание следует уделять наличию цианоза и одышки в состоянии покоя и при возбуждении ребенка.

2. Инструментальные методы исследования

Наименование медицинской услуги
Пульсоксиметрия
Термометрия общая

3. Медицинские мероприятия для лечения заболевания, состояния и контроля за лечением

Наименование медицинской услуги	Примечание
Физические методы охлаждения	Физические методы охлаждения (обтирание водой, пузырь со льдом над головой ребенка) проводят сразу после введения жаропонижающих препаратов. Обтирание проводится при следующих условиях: при температуре тела выше 38,5°C; температуре в помещении не менее 25°C; температуре жидкости, используемой для обтирания (вода), не менее 37–38°C;

	только при «розовой» лихорадке; категорически запрещается обтирать ребенка уксусом или спиртосодержащими растворами
Пероральное и ректальное введение лекарственных препаратов	Показания к антипиретической терапии: умеренная (фебрильная) лихорадка (38°C) у больных с эпилепсией, онкологической патологией, симптомами повышения внутричерепного и артериального давления, пороками сердца, гидроцефалией и другими прогностически неблагоприятными факторами риска; умеренная (фебрильная) лихорадка у детей первых 3 мес. жизни; умеренная (фебрильная) лихорадка у детей до 3 лет жизни с последствиями перинатального повреждения ЦНС (особо — у детей с экстремально низкой массой тела при рождении); все случаи высокой лихорадки (39°C и выше) вне зависимости от возраста ребенка; все случаи «бледной» лихорадки. При «розовой» лихорадке в качестве стартовой терапии: ибупрофен, парацетамол
Внутримышечное введение лекарственных препаратов	При «бледной» лихорадке в случае невозможности применения или отсутствия парацетамола и ибупрофена возможно внутримышечное введение 50% раствора метамизола натрия из расчета 0,1 мл на год жизни, 2% раствора папаверина детям до 1 года — 0,1—0,2 мл, старше года — 0,10,2 мл на год или раствора дротаверина в дозе 0,1 мл на год жизни в сочетании с 2% раствором хлоропирамина из расчета 0,1 мл на год жизни, но не более 1 мл
Катетеризация периферических вен	При тяжелом течении, при развитии осложнений с целью дезинтоксикации
Внутривенное введение лекарственных препаратов	При тяжелом состоянии и невозможности применения внутрь препаратов — введение внутривенно медленно раствора парацетамола из расчета разовой инфузии для детей от 1 года и старше по 15 мг/кг.

	При тяжелом течении, при развитии осложнений
Интубация трахеи*3	По показаниям
ИВЛ ручная, аппаратная*4	По показаниям
Ингаляционное введение лекарственных препаратов и кислорода	При транспортировке пациента в ЛПУ независимо от уровня сатурации
Медицинская эвакуация*5	

4. Перечень лекарственных препаратов для медицинского применения, зарегистрированных на территории Российской Федерации, с указанием доз

Анатомо-терапевтическо-химическая классификация	Наименование лекарственного препарата	Доза	Примечание
Солевые растворы			
	Натрия хлорид	250 или 500 мл — 20 мл/кг	Базовый инфузионный раствор при выраженном интоксикационном синдроме, развитии осложнений, развитии ДН II—III степени
Растворы для внутривенного введения — электролиты			
	Стерофундин изотонический	500 мл	Альтернативный инфузионный раствор при выраженном интоксикационном синдроме, развитии осложнений, развитии ДН II—III степени
Медицинские газы			
	Кислород	2 л, 10 л	При транспортировке пациента при снижении уровня сатурации 92% и ниже (под контролем пульсоксиметрии). Ингаляция, ВВЛ, ИВЛ

5. Критерии эффективности:

- снижение температуры тела;
- стабилизация состояния (гемодинамика, дыхательные расстройства, адекватная ИВЛ, отсутствие осложнений).

6. Тактический алгоритм:

- Перед транспортировкой желательно добиться улучшения и стабилизации состояния.
- Госпитализации подлежат все пациенты. Транспортировка на носилках с приподнятым головным концом или в положении сидя (в зависимости от состояния).

Абсолютные показания к медицинской эвакуации в стационар:

- дети первого года жизни, недоношенные дети;
- дети с неблагоприятным преморбидным фоном, предрасполагающим к более тяжелому течению пневмонии: сердечно-сосудистыми заболеваниями (с врожденными пороками сердца и нарушениями сердечного ритма), патологией легких, генетическими синдромами, когнитивной патологией;
- выраженная интоксикация, развитие дыхательной недостаточности, осложненная форма пневмонии (плеврит, пневмоторакс, отек легких, септический шок);
- иммунокомпрометированные пациенты;
- часто болеющие дети;
- дети из социально неблагополучных семей и при отсутствии условий лечения в домашних условиях;
- отсутствие эффекта через 48 ч стартовой антибактериальной терапии.

Вызов реанимационной бригады на себя (при наличии):

- невозможность поддержания сатурации более 92% на фоне оксигенотерапии;
- выраженное утомление дыхательной мускулатуры.
- При развитии осложнений в виде коллапса легкого, плеврита, клапанного пневмоторакса:
- адекватное обезболивание при коллапсе легкого и плеврите;
- при клапанном пневмотораксе — срочное проведение плевральной (разгрузочной) пункции.

При отсутствии улучшения оксигенации на фоне оксигенотерапии с FiO₂ более 60% осуществляют интубацию трахеи и ИВЛ.

***Примечания:**

1. При наличии лихорадочного синдрома смотри клинический протокол оказания медицинской помощи при «Острая лихорадка у детей», «ОРВИ».
2. При развитии септического шока смотри клинический протокол оказания помощи при септическом шоке.
3. При развитии гипоксемической комы для реанимационной бригады СМП – немедленная интубация трахеи, перевод на ИВЛ (смотри клинический протокол при оказании реанимационно-анестезиологического пособия).
4. Интубация трахеи и перевод на ИВЛ осуществляется в соответствии с анестезиологическим пособием.
5. Медицинская эвакуация проводится в соответствии с тактическим алгоритмом. Во время транспортировки проводить мониторинг показателей витальных функций.

**Раздел 9.
КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
ПРИ ОСТРОМ ТОНЗИЛЛИТЕ У ДЕТЕЙ**

Нозологическая форма	Острый тонзиллит
Код по МКБ-10	J03 – стрептококковый тонзиллит J03.8 – острый тонзиллит, вызванный другими неуточненными возбудителями J03.9 – острый тонзиллит неуточненный
Фаза	Острое состояние
Стадия	Любая
Вид медицинской помощи	Скорая медицинская помощь
Условия оказания медицинской помощи	Вне медицинской организации
Форма оказания медицинской помощи	Экстренная

Критерии отнесения пациента к модели	<p>лихорадка; боль в горле; небные миндалины гиперемированы, увеличены, отечны; на миндалинах налеты островчатые или сплошные, белого, грязно-белого или желтого цвета; возможно увеличение передне-верхне-шейных лимфатических узлов; синдром интоксикации; гиперемия неба, миндалин, небных дужек</p>
Классификация	<p>По степени тяжести: легкая форма; среднетяжелая форма; тяжелая форма. По течению: неосложненное; осложненное. Критерии степени тяжести: выраженность синдрома интоксикации (высота лихорадки, отсутствие аппетита, бледность кожного покрова); выраженность местных проявлений (распространенность налетов от единичных фолликул до сплошного налета); наличие осложнений</p>

Осложнения*₁	паратонзиллярный, парафарингеальный, ретрофарингеальный абсцессы; гнойный лимфаденит; острая ревматическая лихорадка; ревматические болезни сердца; постстрептококковый гломерулонефрит; синдром стрептококкового токсического шока
Формулировка развернутого диагноза	Острый тонзиллит, среднетяжелая форма. Осложнение (при наличии)

1. Медицинские мероприятия для диагностики заболевания, состояния

Наименование медицинской услуги
Осмотр врачом скорой медицинской помощи и определение витальных функций (АД, ЧСС, ЧД, Т°С)
Осмотр фельдшером скорой медицинской помощи и определение витальных функций (АД, ЧСС, ЧД, Т°С)

2. Инструментальные методы исследования

Наименование медицинской услуги
Пульсоксиметрия
Термометрия общая
Регистрация ЭКГ *2
Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных

3. Медицинские мероприятия для лечения заболевания, состояния и контроля над лечением

Наименование медицинской услуги	Примечание
Физические методы охлаждения	Физические методы охлаждения (обтирание водой, пузырь со льдом над головой ребенка) проводят сразу после введения жаропонижающих препаратов. Обтирание проводится при следующих условиях: при температуре тела выше 38,5°С; температуре в помещении не менее 25°С;

	<p>температуре жидкости, используемой для обтирания (вода), не менее 37—38°C; только при «розовой» лихорадке; категорически запрещается обтирать ребенка уксусом или спиртосодержащими растворами</p>
Пероральное и ректальное введение лекарственных препаратов	<p>Показания к антипиретической терапии: умеренная (фебрильная) лихорадка (38°C) у больных с эпилепсией, онкологической патологией, симптомами повышения внутричерепного и артериального давления, пороками сердца, гидроцефалией и другими прогностически неблагоприятными факторами риска; умеренная (фебрильная) лихорадка у детей первых 3 мес. жизни; умеренная (фебрильная) лихорадка у детей до 3 лет жизни с последствиями перинатального повреждения ЦНС (особо — у детей с экстремально низкой массой тела при рождении); все случаи высокой лихорадки (39°C и выше) вне зависимости от возраста ребенка; все случаи «бледной» лихорадки; при «розовой» лихорадке в качестве стартовой терапии: ибупрофен, парцетамол</p>
Внутримышечное введение лекарственных препаратов	<p>При «бледной» лихорадке в случае невозможности применения или отсутствия парацетамола и ибупрофена возможно внутримышечное введение 50% раствора метамизола натрия из расчета 0,1 мл на год жизни, 2% раствора папаверина детям до 1 года — 0,1—0,2 мл, старше года — 0,10, 2 мл на год или раствора дротаверина в дозе 0,1 мл на год жизни в сочетании с 2% раствором хлоропирамина из расчета 0,1 мл на год жизни, но не более 1 мл</p>
Катетеризация кубитальных и других периферических вен	При тяжелой форме и/или наличии осложнений
Катетеризация подключичной и других центральных вен	Для специализированных бригад при несостоятельности периферического доступа
Внутривенное введение лекарственных препаратов	При тяжелом течении, при наличии осложнений
Медицинская эвакуация*3	

4. Перечень лекарственных препаратов для медицинского применения, зарегистрированных на территории Российской Федерации, с указанием доз

Анатомо-терапевтическо-химическая классификация	Наименование лекарственного препарата	Доза	Примечание
Нестероидные противовоспалительные препараты, производные пропионовой кислоты (антипиретики)			
	Ибупрофен (ибуфен, нурофен)	5–10 мг/кг	Ранее здоровым детям при температуре тела выше 39,0°C и/или при мышечной ломоте и/или головной боли. Детям с фебрильными судорогами в анамнезе при температуре тела выше 38,0 – 38,5°C. Детям с тяжелым заболеванием сердца и легких при температуре тела выше 38,5°C. Детям ≤ 3мес. жизни при температуре тела выше 38,0°C
Анилиды			
	Парацетамол (панadol, эфералган)	10–15 мг/кг	
Пиразолоны			
	Метамизол натрия (анальгин, дипирон)	0,1 мл/год или 5–10 мг/кг	При отсутствии раствора парацетамола или отсутствии эффекта от стартовой терапии в сочетании с хлоропирамином. При использовании метамизола следует учитывать крайне высокий риск развития нежелательных явлений: агранулоцитоза

			(1:1700), лейкопении, тромбоцитопении, аллергических реакций (ангионевротического отека, крапивницы), транзиторных нарушений функций почек (олигурии, анурии, интерстициального нефрита), а также вероятность развития анафилактического шока, синдромов Стивенса—Джонсона и Лайелла
Этилендиамины замещенные			
	Хлоропирамин (супрастин)	0,1 мл/год, но не более 1 мл	<p>При отсутствии раствора парацетамола или отсутствии эффекта от стартовой терапии в сочетании с метамизолом натрия.</p> <p>Хлоропирамин обладает выраженными нежелательными эффектами, в том числе седативным, а также может оказывать антихолинергический, анти-α-адренергический и антисеротониновый эффекты: сухость слизистых оболочек, сгущение бронхиального секрета, запор или диарею, тошноту и тахикардию</p>

Папаверин и его производные			
	дротаверин (но-шпа)	0,1 мл/год или 0,5—1 мг/кг	При «бледной лихорадке», гипертермическом синдроме (пиретическая лихорадка, нарушение периферической гемодинамики, симптомы поражения ЦНС)

5. Критерии эффективности:

- снижение температуры тела;
- стабилизация состояния (восстановление гемодинамики при ее нарушении).

6. Тактический алгоритм:

Лечение в большинстве случаев осуществляется амбулаторно.

Госпитализации требуют дети при:

- тяжелой форме болезни, требующей инфузионной терапии в виду отказа от еды и жидкости;
- неэффективности предшествующего лечения;
- подозрении на гнойное осложнение (паратонзиллит, парафарингит, ретрофарингеальный абсцесс, гнойный лимфаденит);
- атипичной фарингоскопической картине (подозрение на новообразование);
- необходимости хирургического вмешательства (дренирование абсцесса, биопсия, тонзиллэктомия).

При амбулаторном лечении пациента и/или отказе от госпитализации назначается актив участковому педиатру.

*** Примечания:**

1. При наличии осложнений оказание медицинской помощи проводится по соответствующим протоколам.
2. Показаниями для проведения ЭКГ являются нарушения ритма, выявленные при оценке объективного статуса.
3. Медицинская эвакуация осуществляется в соответствии с тактическим алгоритмом. Во время транспортировки проводить мониторинг показателей витальных функций.

Раздел 10.
КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
ПРИ ЭПИГЛОТТИТЕ

Нозологическая форма	Эпиглоттит
Код по МКБ-10	J 05.1 Острый эпиглоттит
Фаза	Острое состояние
Стадия	Любая
Вид медицинской помощи	Скорая медицинская помощь
Условия оказания медицинской помощи	Вне медицинской организации
Форма оказания медицинской помощи	Экстренная

Критерии отнесения пациента к модели	<p>Острое начало. Фебрильная температура (39—40,9 °С). Боль в горле, слюнотечение. Развитие стридора. Тризм. Открытый рот. Дисфагия. Дисфония. Вынужденное положение (поза «треножника»), возможно отсутствие кашля</p>
Классификация	<p>По этиологии: инфекционный (гемофильная палочка типа В, золотистый стафилококк, гемолитический стрептококк группы А, клебсиелла и др.); неинфекционный (при травме, ожогах дыхательных путей). По форме: отечная; инфильтративная; абсцедирующая</p>
Осложнения	<p>стеноз гортани; острая дыхательная недостаточность; асфиксия*1</p>
Формулировка развернутого диагноза	<p>Эпиглоттит. Эпиглоттит. ДН (указать степень). Эпиглоттит, асфиксия, интубация</p>

1. Медицинские мероприятия для диагностики заболевания, состояния

Наименование медицинской услуги
Осмотр врачом скорой медицинской помощи, сбор анамнеза и определение параметров витальных функций (АД, ЧСС, ЧД, Т °С)*2
Осмотр фельдшером скорой медицинской помощи, сбор анамнеза и определение параметров витальных функций (АД, ЧСС, ЧД, Т °С)*2

2. Инструментальные методы исследования

Наименование медицинской услуги
Пульсоксиметрия
Термометрия общая

3. Медицинские мероприятия для лечения заболевания, состояния и контроля за лечением

Наименование медицинской услуги	Примечание
Ингаляционное введение лекарственных средств	Запрещается ингалировать, осуществлять седацию, провоцировать беспокойство*3. • Осмотр ротоглотки ребенка с подозрением на эпиглоттит проводится только в условиях полной готовности к интубации трахеи в связи с высокой вероятностью развития рефлексорного спазма мышц гортани и, как следствие, асфиксии
Катетеризация кубитальной и других периферических вен	При тяжелой степени тяжести, не меняя положения ребенка
Внутривенное введение лекарственных препаратов	При тяжелом состоянии, гиперпиретической лихорадке — введение внутривенно медленно раствора парацетамола из расчета разовой инфузии для детей от 1 года и старше по 15 мг/кг. При тяжелой степени тяжести, не меняя положения ребенка
Катетеризация подключичной и других центральных вен	Для специализированных бригад в случае несостоятельности периферического доступа

Интубация трахеи*4	Профилактика внезапной асфиксии. Для специализированных бригад при ДН III, асфиксии
Коникотомия	При асфиксии
Ингаляционное введение лекарственных препаратов и кислорода	При ДН, стенозе
ИВЛ ручная, аппаратная*4	При ДН III, асфиксии
Медицинская эвакуация *5	<i>Не рекомендуется укладывать ребенка, пациент должен находиться в положении сидя, в т.ч. при транспортировке в стационар</i>

4. Перечень лекарственных препаратов для медицинского применения, зарегистрированных на территории Российской Федерации, с указанием доз

Анатомо-терапевтическо-химическая классификация	Наименование лекарственного препарата	Доза	Примечание
Солевые растворы			
	Натрия хлорид	250 мл — в/в 20 мл/кг	Базовый раствор для проведения дезинтоксикации
	Натрия хлорид	2 мл	Для разведения суспензии
Электролиты в сочетании с углеводами			
	Стерофундин	500 мл	Альтернативный раствор при тяжелом состоянии
Медицинские газы			
	Кислород	2 л, 10 л	Ингаляция, оксигенотерапия
Пиразолоны			
	Метамизол натирия (анальгин)	0,1 мл/год или 5—10 мг/кг в/в	При отсутствии раствора парацетамола или отсутствии эффекта от стартовой терапии в

			<p>сочетании с хлоропираминном. При использовании метамизола следует учитывать крайне высокий риск развития нежелательных явлений: агранулоцитоза (1:1700), лейкопении, тромбоцитопении, аллергических реакций (ангионевротического отека, крапивницы), транзиторных нарушений функций почек (олигурии, анурии, интерстициального нефрита), а также вероятность развития анафилактического шока, синдромов Стивенса—Джонсона и Лайелла</p>
Этилендиамины замещенные			
	<p>Хлоропирамин (супрастин)</p>	<p>0,1 мл/год, но не более 1 мл</p>	<p>При отсутствии раствора парацетамола или отсутствии эффекта от стартовой терапии в сочетании с метамизолом натрия. Хлоропирамин обладает выраженными нежелательными эффектами, в том числе седативным, а</p>

			также может оказывать антихолинергический, анти- α -адренергический и антисеротониновый эффекты: сухость слизистых оболочек, сгущение бронхиального секрета, запор или диарею, тошноту и тахикардию
Противомикробные препараты, цефалоспорины, III поколение			
	Цефотаксим	50мг/кг/сут.	При тяжелой степени тяжести, не меняя положения ребенка, в/в капельно
	Цефтриаксон	50мг/кг/сут.	

5. Критерии эффективности:

- отсутствие осложнений;
- стабилизация состояния (гемодинамика, дыхательные расстройства).

6. Тактический алгоритм:

- госпитализации подлежат все пациенты;
- обязателен вызов реанимационной бригады на себя;
- транспортировка в положении сидя.

*Примечания:

1. При стадии асфиксии (кома, цианоз кожного покрова, парадоксальное дыхание, брадикардия) для реанимационной бригады СМП — немедленная интубация трахеи, перевод на ИВЛ. При невозможности выполнения эндотрахеальной интубации — коникотомия.
2. Осмотр гортани проводить крайне осторожно, не надавливая на корень языка.
3. Необходимо избегать мероприятия, доставляющие ребенку беспокойство (укладывание на спину, постановка в/м инъекций и др.), т.к. они могут привести к внезапной остановке дыхания.
4. Интубация трахеи и перевод на ИВЛ осуществляется в соответствии с анестезиологическим пособием.
5. Медицинская эвакуация осуществляется в соответствии с тактическим алгоритмом. Во время транспортировки проводить мониторинг показателей витальных функций.

Раздел 11.
КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ НЕОТЛОЖНЫХ
СОСТОЯНИЯХ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ У ДЕТЕЙ

Нозологическая форма	Сахарный диабет
Код по МКБ-10	Е1 — сахарный диабет Е10.1 — сахарный диабет 1 типа с гипергликемией Е10.6 — сахарный диабет 1 типа с гипогликемией Е10.9 — сахарный диабет 1 типа, декомпенсация Е11.1 — сахарный диабет 2 типа с гипергликемией Е11.6 — сахарный диабет 2 типа с гипергликемией
Фаза	Острое состояние
Стадия	Любая
Вид медицинской помощи	Скорая медицинская помощь
Условия оказания медицинской помощи	Вне медицинской организации
Форма оказания медицинской помощи	Экстренная
Критерии отнесения пациента к модели	полидипсия; полиурия; полифагия; похудение; сахарный диабет в анамнезе. Уровень сознания — от ясного до комы. Кожа и слизистые сухие. Возможны: дыхание шумное и глубокое; тахипноэ и запах ацетона в выдыхаемом воздухе. Возможно наличие симптомов «острого живота», «о. гастроэнтерита», «менингита», «пневмонии», «bronхо-обструктивного синдрома» и др. Возможны: психомоторное возбуждение и судороги при гипогликемии

Классификация	<p>По степени тяжести: легкая (сознание ясное, уровень гликемии более 11,1 ммоль/л); средняя (сознание ясное, уровень гликемии более 16,0 ммоль/л, наличие кетонов в крови/моче); тяжелая (любое нарушение сознания, любой уровень гликемии).</p> <p>По течению: субкомпенсированный; декомпенсированный</p>
Осложнения	<p>1. Диабетический кетоацидоз: уровень сознания: от ясного до комы; гликемия $\geq 11,1$ ммоль/л; кетоны в моче/крови.</p> <p>2. Диабетическая гиперосмолярная кома: уровень сознания: от оглушения до комы; гликемия $> 30,0$ ммоль/л; неврологические расстройства (очаговая и общемозговая симптоматика), могут быть судороги; выраженные признаки дегидратации.</p> <p>3. Гипогликемия средней и тяжелой степени: уровень гликемии $< 3,1$ ммоль/л; невозможность самостоятельного купирования гипогликемии без посторонней помощи; психомоторное возбуждение; судороги; нарушение сознания до уровня комы</p>
Формулировка развернутого диагноза	<p>Сахарный диабет, тип (1 или 2), впервые выявленный, в т.ч. в состоянии диабетического кетоацидоза. Сахарный диабет, тип (1 или 2), декомпенсация. Диабетический кетоацидоз/гиперосмолярная кома. Сахарный диабет, тип (1 или 2), гипогликемия средней/тяжелой степени/кома</p>

1. Медицинские мероприятия для диагностики заболевания, состояния

Наименование медицинской услуги
Осмотр врачом скорой медицинской помощи и определение витальных функций (оценка уровня сознания по шкале комы Глазго, АД, ЧСС, ЧД, T°C)
Осмотр фельдшером скорой медицинской помощи и определение витальных функций (оценка уровня сознания по шкале комы Глазго, АД, ЧСС, ЧД, T°C)

2. Инструментальные методы исследования

Наименование медицинской услуги
Исследование уровня глюкозы с помощью многопользовательского глюкометра
Определение кетонов в моче (при выявлении гликемии $\geq 11,1$ ммоль/л, по возможности)
Регистрация ЭКГ (при нарушении сознания)
Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных
Термометрия общая
Пульсоксиметрия
Медицинская эвакуация

3. Медицинские мероприятия для лечения заболевания, состояния и контроля за лечением

Наименование медицинской услуги	Примечание
Интубация трахей*1	Для специализированных бригад
ИВЛ ручная, аппаратная*1	При тяжелом состоянии
Установка воздуховода (ларингеальная маска, трубка Комбитьюб)	После санации ротовой полости, ротоглотки
Катетеризация периферических вен	При декомпенсированных состояниях
Катетеризация подключичной и других центральных вен	Для специализированных бригад, в случае несостоятельности периферического доступа
Внутривенное введение лекарственных препаратов	При декомпенсированных состояниях
Ингаляционное введение лекарственных препаратов и кислорода	При снижении уровня сатурации
Медицинская эвакуация*2	

4. Перечень лекарственных препаратов для медицинского применения, зарегистрированных на территории Российской Федерации, с указанием доз

Анатомо-терапевтическо-химическая классификация	Наименование лекарственного препарата	Доза	Примечание
Солевые растворы			
	Натрия хлорид	50–500 мл/час*3	При гипергликемических состояниях
Растворы для парентерального питания			
	Глюкоза 5%	50–500 мл/час*4	При гипогликемических состояниях
	Глюкоза 40%	10–40 мл	При гипогликемических состояниях. Объем определяется индивидуально под контролем уровня сахара крови
Медицинские газы			
	Кислород	2 л, 10 л	Ингаляция, ИВЛ при снижении уровня сатурации

5. Критерии эффективности:

- стабилизация состояния (гемодинамика, дыхательные расстройства);
- обеспечение возможности транспортировки.

6. Тактический алгоритм:

- госпитализация пациента в приемное отделение стационара при выявлении гликемии $\geq 11,1$ ммоль/л, при развитии осложнений;
- незамедлительный вызов специализированной бригады при наличии у пациента любого нарушения сознания;
- при отказе от госпитализации – вызов участкового врача.

7. Стрессовая гипергликемия (СГ) – повышение уровня сахара крови $\geq 7,8$ ммоль/л у пациентов, находящихся в остро развившемся критическом состоянии (нарушение сознания, шок любого генеза, ЧМТ и др.), без наличия

обязательных клинических признаков, характерных для манифестации диабета или сахарного диабета в анамнезе.

При выявлении СГ необходимо обеспечить лабораторный контроль уровня гликемии (1 раз в 2 часа) на фоне проведения интенсивной терапии конкретного критического состояния без применения инсулина.

*** Примечания:**

1. Интубация трахеи и перевод на ИВЛ осуществляется в соответствии с анестезиологическим пособием.
2. Медицинская эвакуация осуществляется в соответствии с тактическим алгоритмом. Во время транспортировки проводить мониторинг показателей витальных функций.
3. Скорость инфузии кристаллоидного раствора зависит от возраста пациента:
 - а) 1—4 года: 50 мл/час;
 - б) 5—9 лет: 75 мл/час;
 - в) старше 10 лет: 100 мл/час.
4. Скорость инфузии раствора глюкозы 5% для детей в возрасте до 10 лет: 5 мл/кг/час.

Раздел 12.
КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
ПРИ ОСТРОМ МЕНИНГИТЕ

Нозологическая форма	Острый менингит
Код по МКБ-10	G00 — бактериальный менингит G01 — менингит при бактериальных болезнях, классифицированных в других рубриках G02 — менингит при других инфекционных и паразитарных болезнях, классифицированных в других рубриках G03 — менингит, обусловленный другими и неуточненными причинами G04 — энцефалит, менингоэнцефалит A87 — вирусный менингит
Фаза	Острое состояние
Стадия	Любая
Вид медицинской помощи	Скорая медицинская помощь
Условия оказания медицинской помощи	Вне медицинской организации
Форма оказания медицинской помощи	Экстренная
Критерии отнесения пациента к модели	<ul style="list-style-type: none"> - наличие головной боли; - повышение температуры тела; - наличие положительных менингеальных симптомов (ригидность затылочных мышц, симптом Кернига, Брудзинского, Лессажа (для детей грудного возраста)); - симптомы раздражения мозговых оболочек (гиперакузия, гиперосмия, гипералгезия, гиперэстезия, наличие светобоязни, тошноты, рвоты); - наличие очаговой симптоматики (при развитии энцефалита, менингоэнцефалита); - судороги (энцефалит, отек мозга)
Классификация	<p><u>По этиологии:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - бактериальный; - вирусный. <p><u>По степени тяжести:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - среднетяжелая; - тяжелая

Осложнения*1	<ul style="list-style-type: none"> - синдром набухания и отека головного мозга; - отек головного мозга с дислокационным синдромом; - судорожный синдром; - септический шок
Формулировка развернутого диагноза	Первичный (бактериальный или вирусный) или вторичный (отогенный, посттравматический и др.) менингит. Осложнение (при наличии). Этиология менингита определяется по возможности. Менингоэнцефалит.

1. Медицинские мероприятия для диагностики заболевания, состояния

Наименование медицинской услуги
Осмотр врачом скорой медицинской помощи и определение витальных функций (АД, ЧСС, ЧД, Т°С, уровень сознания по шкале Глазго)
Осмотр фельдшером скорой медицинской помощи и определение витальных функций (АД, ЧСС, ЧД, Т°С, уровень сознания по шкале Глазго)

2. Инструментальные методы исследования

Наименование медицинской услуги
Термометрия общая
Пульсоксиметрия
Регистрация ЭКГ (при септическом шоке)*2
Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных

3. Медицинские мероприятия для лечения заболевания, состояния и контроля за лечением

Наименование медицинской услуги	Примечание
Внутримышечное введение лекарственных препаратов	При повышении температуры тела*3
Катетеризация кубитальной и других периферических вен	При тяжелом течении, при наличии осложнений
Катетеризация подключичной и других центральных вен	Для специализированных бригад при наличии показаний

Внутривенное введение лекарственных препаратов	При тяжелом течении, при наличии осложнений
Ингаляционное введение лекарственных препаратов и кислорода	При снижении уровня сатурации
Медицинская эвакуация*4	

4. Перечень лекарственных препаратов для медицинского применения, зарегистрированных на территории Российской Федерации, с указанием доз

Анатомо-терапевтическо-химическая классификация	Наименование лекарственного препарата	Доза	Примечание
Солевые растворы			
	Натрия хлорид	250—500 мл (20 мл/кг — детям)	Базовый инфузионный раствор при тяжелом течении, при наличии осложнений
Электролиты в сочетании с углеводами			
	Стерофундин изотонический	500 мл	Альтернативный инфузионный раствор при тяжелом течении, при наличии осложнений
Производные уксусной кислоты и родственные соединения			
	Кеторолак	30 мг	При выраженном болевом синдроме (для взрослых)
Пиразолоны			
	Метамизол натрия (анальгин, дипирон)	0,1 мл/год или 5—10 мг/кг	Детям (0—14 лет) При выраженном болевом синдроме
		1000 мг	Детям старше 14 лет при выраженном болевом синдроме

Производные бензодиазепина			
При судорожном синдроме			
	Диазепам (реланиум, седуксен, сибазон)	0,15 мг/кг	Дети
		10—20 мг	Дети старшего возраста (подростки)
Медицинские газы			
	Кислород	2 л, 10 л	Ингаляция, ИВЛ при тяжелом состоянии, при наличии осложнений, при снижении уровня сатурации

5. Критерии эффективности:

- отсутствие осложнений;
- коррекция лихорадочного синдрома;
- стабилизация состояния (гемодинамика, дыхательные расстройства).

6. Тактический алгоритм:

- всем пациентам показана госпитализация;
- в случае отказа от госпитализации необходимо назначить актив участковому терапевту.

* Примечания:

1. При наличии осложнений оказание медицинской помощи проводится по соответствующим клиническим протоколам.
2. Показаниями для ЭКГ обследования являются нарушения ритма выявленные при оценке объективного статуса.
3. При наличии лихорадочного синдрома оказание медицинской помощи проводится по клиническим протоколам «Острая лихорадка у детей», «ОРВИ».
4. Медицинская эвакуация проводится в соответствии с тактическим алгоритмом. Во время транспортировки проводить мониторинг показателей витальных функций.

Раздел 13.
КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
ПРИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫХ ФОРМАХ МЕНИНГОКОККОВОЙ
ИНФЕКЦИИ: МЕНИНГОКОКЦЕМИЯ

Нозологическая форма	Менингококцемия
Код по МКБ-10	A39
Фаза	Острое состояние
Стадия	Любая
Осложнение	Вне зависимости от осложнения
Вид медицинской помощи	Скорая медицинская помощь
Условия оказания медицинской помощи	Вне медицинской организации
Форма оказания медицинской помощи	Экстренная

Критерии отнесения пациента к модели	<p>- лихорадка;</p> <p>- интоксикация;</p> <p>- типичная сыпь — геморрагическая экзантема (петехии, пурпура, экхимозы), элементы имеют неправильную звездчатую форму, плотные при пальпации, иногда выступают над уровнем кожи. Сыпь появляется через 5—15 ч. — 2-е суток от начала заболевания, преимущественно локализуется на конечностях, туловище, ягодичных областях. Глубокие и обширные кровоизлияния могут некротизироваться. Возможно появление энантемы на слизистой оболочке рта, конъюнктивы.</p> <p>В первые часы заболевания сыпь может носить не геморрагический характер. Элементы могут быть представлены розеолами или папулами</p>
Классификация	<p><u>По течению:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - типичная; - молниеносная; - хроническая. <p><u>По степени тяжести:</u></p> <p>— среднетяжелая:</p> <ul style="list-style-type: none"> - снижение аппетита; - вялость, адинамия, сонливость; - лихорадка (субфебрильная, фебрильная);

	<ul style="list-style-type: none"> – головная боль; – рвота; – бледность и мраморность кожного покрова; – геморрагическая сыпь (от розеолезной и мелкоточечной единичной до «звездчатой» на конечностях и ягодицах); – тяжелая: <ul style="list-style-type: none"> – лихорадка 39°C и выше*1; – озноб; – бледность кожного покрова, цианоз, акроцианоз; – распространенная геморрагическая сыпь по всему телу с формированием некрозов; – тахикардия, снижение артериального давления; – олигурия; – нарушение сознания до уровня комы
Осложнения	<ul style="list-style-type: none"> – септический шок*2; – менингоэнцефалит; – отек головного мозга*3; – отек головного мозга с дислокационным синдромом
Формулировка развернутого диагноза	Менингококцемия

1. Медицинские мероприятия для диагностики заболевания, состояния

Наименование медицинской услуги
Осмотр врачом скорой медицинской помощи и определение витальных функций (АД, ЧСС, ЧД, Т°C, уровень сознания по шкале Глазго)
Осмотр фельдшером скорой медицинской помощи и определение витальных функций (АД, ЧСС, ЧД, Т°C, уровень сознания по шкале Глазго)

2. Инструментальные методы исследования

Наименование медицинской услуги
Пульсоксиметрия
Термометрия общая

3. Медицинские мероприятия для лечения заболевания, состояния и контроля за лечением

Наименование медицинской услуги	Примечание
Катетеризация кубитальных и других периферических вен	
Внутривенное введение лекарственных препаратов	При невозможности осуществления венозного доступа допустимо введение лекарственных препаратов внутримышечно (кроме антибактериальных препаратов)
Ингаляция кислорода	Целевой показатель сатурации более 95%
Медицинская эвакуация*4	

4. Перечень лекарственных препаратов для медицинского применения, зарегистрированных на территории Российской Федерации, с указанием доз

Анатомо-терапевтическо-химическая классификация	Наименование лекарственного препарата	Доза	Примечание
Солевые растворы			
	Натрия хлорид	250–500 мл 20 мл/кг	Базовый раствор
Электролиты в сочетании с углеводами			
	Стерофундин	500 мл	Альтернативный раствор
Глюкокортикоиды			
	Дексаметазон	0,4 мг/кг	Детям (0–14 лет)
		8 мг	Детям старше 14 лет
	Преднизолон	5 мг/кг	Детям (0–14 лет)
		60 мг	Детям старше 14 лет

Противомикробные препараты, цефалоспорины, III поколение*5			
	Цефтриаксон (альтернативный антибактериальный препарат)	50 мг/кг	в/в, для детей с массой тела до 40 кг
		1 г	в/в, для детей с массой тела более 40 кг
	Цефотаксим (альтернативный антибактериальный препарат)	50 мг/кг	в/в, для детей с массой тела до 40 кг
		1 г	в/в, для детей с массой тела более 40 кг
Медицинские газы			
	Кислород*6	2 л, 10 л	Ингаляция, оксигенотерапия, ВВЛ

5. Критерии эффективности:

- отсутствие осложнений.

6. Тактический алгоритм:

- вызов на себя реанимационной бригады (при наличии);
- госпитализация в инфекционный стационар;
- поставить в известность старшего врача смены о случае менингококцемии.

* Примечания:

1. При наличии лихорадки терапия осуществляется в соответствии с протоколом «Острая лихорадка у детей», «ОРВИ».
2. При развитии септического шока терапия осуществляется в соответствии с протоколом «септический шок».
3. При развитии отека головного мозга интубация трахеи и перевод на ИВЛ осуществляется в соответствии с анестезиологическим пособием.
4. Медицинская эвакуация осуществляется в соответствии с тактическим алгоритмом. Во время транспортировки проводить мониторинг показателей витальных функций.
5. Применяется один из предложенных антибактериальных препаратов.
6. При транспортировке должна осуществляться постоянная оксигенотерапия через маску или аппарат ИВЛ

Раздел 14.
КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
ПРИ РАЗВИТИИ СЕПТИЧЕСКОГО ШОКА ПРИ
МЕНИНГОКОКЦЕМИИ

Нозологическая форма	Септический шок
Код по МКБ-10	A39 — менингококковая инфекция, (332 — код осложнения)
Фаза	Острое состояние
Стадия	Любая
Вид медицинской помощи	Скорая медицинская помощь
Условия оказания медицинской помощи	Вне медицинской организации
Форма оказания медицинской помощи	Экстренная

Критерии отнесения пациента к модели	<p>Септический шок при менингококцемии должен быть заподозрен, если у больного присутствуют:</p> <ul style="list-style-type: none"> — гипо или гипертермия*1; — тахикардия с переходом в брадикардию, по мере прогрессирования заболевания; — тахипноэ; — АД в пределах нормы или снижение АД; — нарушение ментального статуса (необычная вялость, безразличие, сонливость, оглушение, сопор, кома или возбуждение); — признаки нарушения микроциркуляции (изменение цвета и температуры кожных покровов, признаки снижения периферической перфузии тканей (симптом «белого пятна» более 3 секунд, цианоз ногтевых лож), бледность кожи, акроцианоз, «мраморность» кожного покрова, холодный пот); — олигурия/анурия; — развитие ДВС-синдрома; — возможно появление сыпи в виде единичных геморрагических элементов, с тенденцией к слиянию, гипостатические
---	---

	пятна (венозные стазы) на отлогих частях тела. Для ГФМИ характерно развитие холодного шока. Следует иметь в виду, что у детей раннего возраста, в отличие от взрослых, артериальная гипотония является поздним и критическим признаком септического шока
Классификация	<i>В настоящее время не выделяют отдельно степени септического шока, играет роль сам факт наличия шока, а не степень его выраженности</i>
Осложнения	— острая дыхательная недостаточность; респираторный дистресс-синдром; — отек легких; — отек мозга; — дислокационный синдром; — клиническая смерть*2
Формулировка развернутого диагноза	Менингококцемия. Септический шок

1. Медицинские мероприятия для диагностики заболевания, состояния

Наименование медицинской услуги
Осмотр врачом скорой медицинской помощи и определение витальных функций (АД, ЧСС, ЧД, Т°С, уровень сознания по шкале Глазго)
Осмотр фельдшером скорой медицинской помощи и определение витальных функций (АД, ЧСС, ЧД, Т°С, уровень сознания по шкале Глазго)

2. Инструментальные методы исследования

Наименование медицинской услуги
Термометрия общая
Исследование уровня глюкозы с помощью анализатора
Пульсоксиметрия
Регистрация ЭКГ (по показаниям)*3
Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных

3. Медицинские мероприятия для лечения заболевания, состояния и контроля за лечением

Наименование медицинской услуги	Примечание
Катетеризация кубитальных и других периферических вен	
Катетеризация подключичной и других центральных вен	Для специализированных бригад при несостоятельности периферического доступа
Внутривенное введение лекарственных препаратов	
Установка воздуховода (ларингеальная маска, трубка Комбитьюб)	При септическом шоке, при нарушении сознания, после санации ротовой полости, ротоглотки
Интубация трахеи*4	Для специализированных бригад при переводе на ИВЛ
ИВЛ ручная, аппаратная*4	По показаниям
Ингаляционное введение лекарственных препаратов и кислорода, оксигенотерапия	
Медицинская эвакуация*5	

4. Перечень лекарственных препаратов для медицинского применения, зарегистрированных на территории Российской Федерации, с указанием доз

Анатомо-терапевтическо-химическая классификация	Наименование лекарственного препарата	Доза	Примечание
Растворы электролитов			
	Натрия хлорид	250–500 мл	Базовый инфузионный раствор. Начало инфузии с быстрого болюсного введения в стартовой дозе 10–15 мл/кг. Дальнейшее введение раствора с последующей

			оценкой гемодинамического профиля со скоростью 10 мл/кг
Электролиты в сочетании с углеводами			
	Стерофундин изотонический	500 мл	Альтернативный инфузионный раствор
Кровезаменители и препараты плазмы крови			Избегать использование ГЭК у больных с поражением почек, печени. Отмена препарата показана при появлении первых признаков коагулопатии
	Желатины, крахмалы	500 мл – взрослым (20 мл/кг – детям)	Раствор при септическом шоке, резистентном к инфузии кристаллоидов. Соотношение с кристаллоидами 1:2
Адрено- симпатомиметик (альфа- и бета-)			
	Норадреналин, норэпинефрин	0,1–0,3 мг/кг/мин. до 3–5 мг/кг/мин.	При отсутствии эффекта от инфузионной стартовой терапии
Адрено- и допаминомиметики			
	Допмин	2–15 мкг/кг/мин	При отсутствии эффекта от инфузионной терапии
Глюкокортикоиды*6			
	Дексаметазон	1,5–2,0 мг/кг детям	
		16 мг подросткам	

	Преднизолон	15—20 мг/кг детям	
		120 мг подросткам	
Противомикробные препараты, цефалоспорины, III поколение*			
	Цефтриаксон (альтернативный антибактериальный препарат)	50 мг/кг, в/в	Для детей с массой до 40 кг
		2 г, в/в	Для детей с массой более 40 кг
	Цефотаксим (альтернативный антибактериальный препарат)	50 мг/кг, в/в	Для детей с массой до 40 кг
		2 г, в/в	Для детей с массой более 40 кг
Производные бензодиазепина			
	Диазепам (реланиум, седуксен, сибазон)	0,5 мг/кг детям	При судорожном синдроме, тризме
		10—20 мг подросткам	
Медицинские газы			
	Кислород	2 л, 10 л	Ингаляция, ИВЛ

5. Критерии эффективности:

- положительная динамика уровня сознания;
- стабилизация состояния (гемодинамика, дыхательные расстройства).

6. Тактический алгоритм:

- вызов реанимационной бригады на себя (при наличии);
- всем больным показана госпитализация;
- поставить в известность старшего врача смены о случае менингококцемии.

* Примечания:

1. При повышении температуры тела и развитии лихорадочного синдрома — смотри клинический протокол «Острая лихорадка у детей», «ОРВИ».
2. При наступлении клинической смерти — смотри клинический протокол «Клиническая смерть».
3. Показаниями для ЭКГ являются нарушения ритма, выявленные при оценке объективного статуса.

4. Интубация трахеи и перевод на ИВЛ осуществляется в соответствии с анестезиологическим пособием.
5. Медицинская эвакуация проводится в соответствии с тактическим алгоритмом. Во время транспортировки проводить мониторинг показателей витальных функций.
6. При менингококцемии необходимо введение двух указанных препаратов группы глюкокортикостероидов. При отсутствии эффекта необходимо повторное введение гормонов в той же дозе через 30 мин.
7. Применяется один из предложенных антибактериальных препаратов.

Раздел 15.
КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ОКАЗАНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ РЕАКЦИЯХ,
АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗАХ У ДЕТЕЙ

Нозологическая форма	Аллергические реакции, аллергодерматозы
Код по МКБ-10	L 50 Крапивница L 20 Атопический дерматит Т 78.3 Ангионевротический отек (отек Квинке) Т 78.4 Аллергия неуточненная
Фаза	Острое состояние
Стадия	Любая
Вид медицинской помощи	Скорая медицинская помощь
Условия оказания медицинской помощи	Вне медицинской организации
Форма оказания медицинской помощи	Экстренная

Критерии отнесения пациента к модели	<p>Крапивница (от лат. <i>Urtica</i> — крапива) — заболевание, характеризующееся развитием волдырей и/или ангиоотектов:</p> <ul style="list-style-type: none"> — преходящие эритематозные волдыри (уртикарии) розового или красного цвета часто сопровождающиеся зудом, размером от нескольких миллиметров или сантиметров до 10 см в диаметре; — элементы сыпи четко ограничены, возвышаются над поверхностью кожи, пропадают при надавливании, могут иметь тенденцию к слиянию; — локализация волдырей может быть любой, за исключением слизистых, поражение которых более характерно для ангионевротического отека, развивающегося в 50% случаев; — кожный зуд может отмечаться на свободных от высыпаний участках кожи, обычно усиливается к вечеру; — возможно повышение температуры тела. <p>Атопический дерматит — мультифакториальное воспалительное заболевание кожи, характеризующееся зудом, хроническим рецидивирующим течением и возрастными особенностями локализации и морфологии очагов поражения. В типичном случае начинается в раннем</p>
---	---

	<p>детском возрасте, может продолжаться или рецидивировать в зрелом возрасте.</p> <p>Диагностические критерии:</p> <ul style="list-style-type: none">— зуд кожи;— типичная морфология высыпаний и локализация:<ul style="list-style-type: none">– дети первых лет жизни: эритема, папулы, микровезикулы с локализацией на лице и разгибательных поверхностях конечностей;– дети старшего возраста: папулы, лихенификация симметричных участков сгибательных поверхностей конечностей. <p>Отек Квинке (ангионевротический отек, ангиоотек, ангиоEDEMA, гигантская крапивница) — частный случай крапивницы, острое состояние, для которого характерно быстрое развитие локального отека слизистой оболочки, подкожной клетчатки и самой кожи. Это проявление аллергической реакции немедленного типа в ответ на попадание в организм аллергенов (ядов жалящих насекомых, лекарственных препаратов, пищевых аллергенов).</p> <p>Чаще возникает на лице (языке, щеках, веках, губах) и значительно реже затрагивает слизистые оболочки мочеполовых органов, желудочно-кишечного тракта, дыхательных путей. Заболевание характеризуется быстро формирующимся, обычно ограниченным, глубоким отеком кожи или слизистых оболочек. В большинстве случаев ангионевротический отек развивается остро в течение 3—4 минут. Значительно реже наблюдается нарастание ангиоотека на протяжении 2—5 часов. Обычно он локализуется в области губ, щек, век, полости рта, а у мужчин — еще в области мошонки.</p> <p>Отек может быть диффузным, окраска кожи в очаге поражения слегка более бледная, кожа плотная при пальпации, в зоне отека напряжена, при нажатии пальцем вдавление не образуется. Важным клиническим симптомом, отличающим отек Квинке от обычной крапивницы, является отсутствие зуда. Клиническая картина во многом определяется местом локализации. Так, при отеке подслизистого слоя органов желудочно-кишечного тракта у пациента возникают следующие симптомы: боли в животе, тошнота, рвота, нарушения стула.</p> <p>При ангионевротическом отеке гортани у больного возникает характерное стридорозное дыхание, отмечаются</p>
--	--

	<p>нарушения речи и осиплость голоса. Значительно реже наблюдаются ангионевротические отеки других локализаций: плевры (характеризуется общей слабостью, затрудненным дыханием, болями в области грудной клетки); нижнего отдела мочевыводящей системы (включает болезненное мочеиспускание, острую задержку мочи); головного мозга (диагностируются признаки преходящего нарушения мозгового кровообращения); суставов; мышц. В 50% случаев аллергический и псевдоаллергический ангионевротический отек сочетается с развитием крапивницы, анафилактического шока.</p>
Классификация	<p>Крапивница</p> <p>1. По продолжительности проявлений:</p> <p>острая — спонтанное возникновение волдырей и/или ангиоотечков на протяжении временного периода менее 6 недель;</p> <p>хроническая — симптомы на протяжении временного периода более 6 недель.</p> <p>2. По подтипам:</p> <p>симптоматический дермографизм;</p> <p>холодовая крапивница;</p> <p>замедленная крапивница от давления;</p> <p>солнечная крапивница;</p> <p>тепловая крапивница;</p> <p>вибрационный ангиоотек;</p> <p>холинергическая крапивница;</p> <p>контактная крапивница;</p> <p>аквагенная крапивница.</p> <p>Атопический дерматит</p> <p>Общепринятой классификации нет. Рабочая классификация РААКИ 2002 г.:</p> <p>Возрастные периоды:</p> <ul style="list-style-type: none"> — младенческая (с 1 мес. до 1 г.11мес.); — детская (с 2 лет до 11 лет 11мес.); — подростковая (старше 12 лет). <p>2. Стадии:</p> <p>обострение;</p> <p>ремиссия неполная;</p> <p>ремиссия.</p> <p>3. Клинические формы:</p> <p>экссудативная;</p> <p>эритемато-сквамозная;</p>

	<p>эритемато-сквамозная с лихенификацией; лихеноидная; пруригинозная.</p> <p>4. Тяжесть течения: легкое течение (ограниченные участки поражения кожи, слабая эритема или лихенизация, слабый зуд кожи, редкие обострения — 1—2 раза в год); среднетяжелое течение (распространенный характер поражения кожи с умеренной экссудацией, гиперемией и/или лихенизацией, умеренный зуд, более частые обострения (3—4 раза в год) с короткими ремиссиями); тяжелое течение (диффузный характер поражения кожи с выраженной экссудацией, гиперемией и/или лихенизацией, постоянный сильный зуд и практически непрерывное рецидивирующее течение).</p> <p>5. Распространенность процесса: ограниченный; распространенный; диффузный.</p> <p>6. Клинико-этиологические варианты: с пищевой сенсibilизацией; с грибковой сенсibilизацией; с клещевой/бытовой сенсibilизацией; с пылевой сенсibilизацией</p>
Осложнения	<p>стеноз гортани *1; анафилактический шок</p>
Формулировка развернутого диагноза	<p>Острая аллергическая крапивница. Пищевая аллергия. Аллергическая реакция. Отек Квинке (этиология при наличии).</p> <p>Хроническая идиопатическая крапивница, обострение. Атопический дерматит, распространенная форма, обострение.</p> <p>Атопический дерматит, распространенная форма, течение</p>

1. Медицинские мероприятия для диагностики заболевания, состояния

Наименование медицинской услуги
Осмотр врачом скорой медицинской помощи и определение витальных функций (АД, ЧСС, ЧД, Т°С, уровень сознания по шкале Глазго)
Осмотр фельдшером скорой медицинской помощи и определение витальных функций (АД, ЧСС, ЧД, Т°С, уровень сознания по шкале Глазго)

2. Инструментальные методы исследования

Наименование медицинской услуги
Термометрия общая
Пульсоксиметрия

3. Медицинские мероприятия для лечения заболевания, состояния и контроля за лечением

Наименование медицинской услуги	Примечание
Ингаляционное введение лекарственных препаратов через небулайзер	При тяжелом течении, при наличии осложнений (ларингостеноз)
Внутримышечное введение лекарственных препаратов	При среднетяжелом и тяжелом течении, при повышении температуры тела *2
Катетеризация периферических вен	При тяжелом течении, при наличии осложнений
Внутривенное введение лекарственных препаратов	При тяжелом течении, при наличии осложнений
Катетеризация подключичной и других центральных вен	Для специализированных бригад при наличии показаний (при несостоятельности периферического доступа)
Интубация трахеи*3	Для специализированных бригад, при тяжелом течении, при наличии осложнений
Коникотомия	При асфиксии, при невозможности выполнения интубации трахеи
ИВЛ ручная, аппаратная*3	При тяжелом течении, при наличии осложнений
Ингаляционное введение лекарственных препаратов и кислорода	При тяжелом течении, при наличии осложнений
Медицинская эвакуация*4	

4. Перечень лекарственных препаратов для медицинского применения, зарегистрированных на территории Российской Федерации, с указанием доз

Анатомо-терапевтическо-химическая классификация	Наименование лекарственного препарата	Доза	Примечание
Адрено- и допаминомиметики			
	Эпинефрин (Адреналина гидрохлорид)	0,1% — 0,1—0,3 мл (п/к, в/м, в/в)	При тяжелой крапивнице и/или ангионевротическом отеке (отек гортани, анафилаксия, тяжелая холодовая аллергия). При необходимости повторяют через 10 мин. до 3 раз. Внутривенное введение препарата при развитии анафилактического шока
Глюкокортикостероиды*5			Вводится один из препаратов при среднем и тяжелом течении заболевания
	Преднизолон	2 мг/кг	При среднем и тяжелом течении заболевания
	Дексаметазон	0,4 мг/кг	При среднем и тяжелом течении заболевания
Ингаляционные глюкокортикостероиды			
	Будесонид (Пульмикорт — суспензия, Буденит — стериниб, Бенакорт)	1 мг	При отеке Квинке с развитием стеноза гортани

Солевые растворы			
	Натрия хлорид	250 или 500 мл в/в 20 мл/кг	Базовый раствор при тяжелом состоянии пациента, при развитии осложнений
	Натрия хлорид	2 мл	Для разведения суспензии при ингаляционном введении препаратов
Электролиты в сочетании с углеводами			
	Стерофундин	500 мл	При тяжелом состоянии пациента, при наличии осложнений (альтернативный инфузионный раствор)
Эфиры алкиламинов*6			
	Дифенгидрамин (димедрол)	0,1 мл/год, но не более 1 мл	При среднетяжелом и тяжелом состоянии пациента
Этилендиамины замещенные*6			
	Хлоропирамин (супрастин)	0,1 мл/год, но не более 1 мл	При среднетяжелом и тяжелом состоянии пациента
		20 мг детям старше 14 лет	
Аминоалкильные эфиры*6			
	Клемастин (тавегил)	0,1 мл/год, но не более 1 мл	При среднетяжелом и тяжелом состоянии пациента

		2 мг детям старше 14 лет	
Медицинские газы			
	Кислород	2 л, 10 л	Ингаляция, ИВЛ при тяжелом течении, при наличии осложнений

5. Критерии эффективности:

- отсутствие или уменьшение степени тяжести осложнения;
- стабилизация состояния (гемодинамика, дыхательные расстройства, ИВЛ);
- уменьшение выраженности местных проявлений аллергической реакции (сыпи, отеков).

6. Тактический алгоритм

- Медицинской эвакуации подлежат все дети с ангионевротическим отеком, анафилактическими реакциями, распространенной крапивницей, сопровождающейся интенсивным зудом, нарушением общего состояния и при отсутствии эффекта от терапии на амбулаторном этапе.
- Вызов реанимационной бригады на себя при развитии угрожающих жизни состояний.
- В случае отказа от медицинской эвакуации или отсутствии показаний к ней назначается актив участковому врачу.

* Примечания:

1. При развитии ларингостеноза — смотри клинический протокол «Острый стенозирующий ларинготрахеит».
2. При повышении температуры тела — смотри клинические протоколы «ОРВИ», «Острая лихорадка у детей».
3. Интубация трахеи и перевод на ИВЛ осуществляется в соответствии с анестезиологическим пособием.
4. Медицинская эвакуация проводится в соответствии с тактическим алгоритмом. Во время транспортировки проводить мониторинг показателей витальных функций.
5. Допустимо введение одного из предложенных препаратов группы глюкокортикостероидов.
6. Вводится один из предложенных антигистаминных препаратов.

Раздел 16.
КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ С ДИСПЕПТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Нозологическая форма	Бактериальные и вирусные заболевания с диспептическим синдромом
Код по МКБ-10	А00 Холера А01 Тиф и паратиф А02 Сальмонеллез А03 Шигеллез А04 Др. кишечные инфекции А05 Бактериальные, пищевые отравления А05.1 Ботулизм А08 Ротовирусный энтерит А09 Диарея и гастроэнтерит
Фаза	Острое состояние
Стадия	Любая
Вид медицинской помощи	Скорая медицинская помощь
Условия оказания медицинской помощи	Вне медицинской организации
Форма оказания медицинской помощи	Экстренная

Критерии отнесения пациента к модели	<ul style="list-style-type: none"> — наличие жидкого стула; — наличие тошноты, рвоты; — повышение температуры тела; — наличие боли в животе схваткообразного характера; — клинические признаки дегидратации (с дифференциацией по степени тяжести)
Классификация	<p>По степени тяжести:</p> <ul style="list-style-type: none"> — легкая форма; — среднетяжелая форма; — тяжелая форма. <p><i>(Примечание: форма тяжести и течение — разные понятия! Течение может быть молниеносным, острым, затяжным, хроническим, осложненным или неосложненным. Врач/фельдшер СМП может определить молниеносный характер течения, наличие осложнений, остальные варианты требуют наблюдения в динамике)</i></p>

	<p>Критерии тяжести (общие и местные): уровень сознания; выраженность лихорадки; выраженность диарейного синдрома (кратность и характер стула, наличие патологических примесей — слизи, крови); состояние гемодинамики (центральной и периферической);</p> <p>Уровень диуреза По степени тяжести: легкая форма: сознание сохранено; повышение температуры тела до субфебрильных цифр; снижение аппетита; стул до 10 раз в сутки; диурез сохранен;</p> <p>среднетяжелая форма: сознание сохранено; вялость, адинамия; температура фебрильная*1; головная боль; тошнота, рвота; схваткообразные боли в животе (тенезмы); стул от 10 до 20 раз в сутки; снижение диуреза (олигурия);</p> <p>тяжелая форма (развитие гиповолемического шока): нарушение уровня сознания (разной степени, оценка проводится по шкале Глазго); генерализованные судороги; температура 39°C и выше; повторная рвота; выраженная интоксикация; схваткообразные выраженные боли в животе; стул более 20 раз в сутки, гемоколит; тахипноэ; тахикардия; снижение АД; анурия</p>
--	--

Осложнения	септический шок; гиповолемический шок (дегидратационный); смешанный шок (может содержать гиповолемический и септический компонент)*2; кома
Формулировка развернутого диагноза	Диагноз основного заболевания, степень тяжести, осложнение (при наличии)

1. Медицинские мероприятия для диагностики заболевания, состояния

Наименование медицинской услуги
Осмотр врачом скорой медицинской помощи и определение витальных функций (АД, ЧСС, ЧД, Т°С, уровень сознания по шкале Глазго)
Осмотр фельдшером скорой медицинской помощи и определение витальных функций (АД, ЧСС, ЧД, Т°С, уровень сознания по шкале Глазго)

2. Инструментальные методы исследования

Наименование медицинской услуги
Пульсоксиметрия
Термометрия общая
Регистрация ЭКГ (по показаниям)*3
Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных

3. Медицинские мероприятия для лечения заболевания, состояния и контроля за лечением

Наименование медицинской услуги	Примечание
Внутримышечное введение лекарственных препаратов	При повышении температуры тела
Катетеризация кубитальных и других периферических вен	При среднетяжелой и тяжелой форме заболевания
Катетеризация подключичной и других центральных вен	Для специализированных бригад при несостоятельности периферического доступа
Внутривенное введение лекарственных препаратов	При среднетяжелой и тяжелой форме заболевания
Медицинская эвакуация*4	

4. Перечень лекарственных препаратов для медицинского применения, зарегистрированных на территории Российской Федерации, с указанием доз

Анатомо-терапевтическо-химическая классификация	Наименование лекарственного препарата	Доза	Примечание
Солевые растворы			
	Натрия хлорид	250, 500 мл 20 мл/кг	Базовый раствор при тяжелом состоянии, при наличии осложнений
Электролиты в сочетании с углеводами			
	Стерофундин	500 мл	Альтернативный раствор при тяжелом состоянии, при наличии осложнений
Противорвотные средства			При неукротимой рвоте
	Метоклопрамид (церукал) 5% раствор	1 мг/кг	Дети
		2 мл	Дети старшего возраста (подростки)
Папаверин и его производные			При интенсивных болях в животе схваткообразного характера
	Дротаверин (но-шпа)	0,1 мл на 1 год или 0,5–1,0 мг/кг	Дети
		40 мг	Дети старшего возраста (подростки)

5. Критерии эффективности:

- отсутствие осложнений;
- стабилизация состояния (гемодинамика, дыхательные расстройства).

6. Тактический алгоритм:

- При легкой форме заболевания назначается актив участковому врачу.
- Среднетяжелые и тяжелые формы заболевания подлежат госпитализации в приемное отделение инфекционного стационара
- В случае отказа от госпитализации назначить актив участковому терапевту.
- При развитии шока (имеет значение сам факт развития шока, а не его степень, она может прогрессировать), расстройстве сознания — вызов реанимационной бригады (при наличии), при необходимости вызов осуществляется на встречу движения бригады в стационар. Через диспетчерскую приемный покой стационара предупреждается о госпитализации к ним тяжелого больного.
- Транспортировка больного осуществляется на носилках.
- Обязательным является проведение в пути каждые 30 минут мониторинга: гемодинамики, пульсоксиметрии.

***Примечания:**

1. При повышении температуры тела оказание медицинской помощи проводится в соответствии с клиническими протоколами «Острая лихорадка у детей», «ОРВИ».
2. При развитии шока по возможности определить превалирующий компонент и оказание медицинской помощи проводить по соответствующим протоколам («Гиповолемический шок», «Септический шок»).
3. Показаниями для ЭКГ являются нарушения ритма, выявленные при оценке объективного статуса.
4. Медицинская эвакуация осуществляется в соответствии с тактическим алгоритмом. Во время транспортировки проводить мониторинг показателей витальных функций.

Раздел 17.
КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
ПРИ ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКЕ

Нозологическая форма	Почечная колика
Код по МКБ-10	N23 — почечная колика неуточненная N20 — мочекаменная болезнь N10 — острый пиелонефрит N11 — хронический пиелонефрит C68.9 — злокачественные новообразования мочевых органов N99 — другие нарушения мочеполовой системы 311 — осложнение: колика
Фаза	Острое состояние
Стадия	Любая
Вид медицинской помощи	Скорая медицинская помощь
Условия оказания медицинской помощи	Вне медицинской организации
Форма оказания медицинской помощи	Экстренная

Критерии отнесения пациента к модели	<p>Почечная колика — приступ резких болей, возникающий при острой обструкции верхних мочевыводящих путей с наиболее частой локализацией в поясничной области или в подреберье. У детей младшего возраста — в области пупка.</p> <p>Критерии:</p> <ul style="list-style-type: none">— дискомфорт в подреберной области (первые минуты заболевания);— болевой синдром: интенсивная боль в поясничной области постоянного или схваткообразного характера, возможна иррадиация в мезогастральную область, на боковую поверхность туловища, в паховые области, наружные половые органы (у мальчиков), наружную поверхность бедер. Боль заставляет больного часто менять положение тела;— диурез: учащены позывы, снижен объем
---	---

	<p>мочеиспускания, олиго- или анурия, макрогематурия;</p> <ul style="list-style-type: none"> — тошнота, рвота, не приносящая облегчения; — при проведении пробы с поколачиванием поясничной области отмечается усиление боли (проводится с осторожностью, в целях дифференциальной диагностики); — возможно появление положительных симптомов раздражения брюшины; — возможно развитие артериальной гипертензии (как правило, умеренной). <p>Частыми причинами развития почечной колики могут являться острые стадии или стадии обострения таких заболеваний как пиелонефрит, злокачественные новообразования мочевых органов</p>
Классификация	Клинической классификации не существует. В зависимости от стороны поражения выделяют право- и левостороннюю почечную колику
Осложнения	Рефрактерно-болево́й шок (перераспределительный)
Формулировка развернутого диагноза	Почечная колика неуточненная справа (слева). Мочекаменная болезнь. Почечная колика справа (слева)

1. Медицинские мероприятия для диагностики заболевания, состояния

Наименование медицинской услуги
Осмотр врачом скорой медицинской помощи и определение витальных функций (АД, ЧСС, ЧД, Т°С, уровень сознания по шкале Глазго)
Осмотр фельдшером скорой медицинской помощи и определение витальных функций (АД, ЧСС, ЧД, Т°С, уровень сознания по шкале Глазго)

2. Инструментальные методы исследования

Наименование медицинской услуги
Термометрия общая
Пульсоксиметрия

3. Медицинские мероприятия для лечения заболевания, состояния и контроля за лечением

Наименование медицинской услуги	Примечание
Внутримышечное введение лекарственных препаратов	При невозможности осуществления в/в доступа
Катетеризация периферических вен	
Внутривенное введение лекарственных препаратов	
Медицинская эвакуация*1	

4. Перечень лекарственных препаратов для медицинского применения, зарегистрированных на территории Российской Федерации, с указанием доз *2

Анатомо-терапевтическо-химическая классификация	Наименование лекарственного препарата	Доза	Примечание
Пиразолоны			
	Метамизол натрия	0,1 мл/год или 5—10 мг/кг	Детям (0—14 лет) в сочетании со спазмолитиками
Папаверин и его производные			
	дротаверин (но-шпа)	0,1 мл/год или 0,5—1 мг/кг	Детям (0—14 лет)
		40 мг	Детям старше 14 лет
Производные уксусной кислоты и родственные соединения			При выраженном болевом синдроме
	Кеторолак (кеторол)	30 мг	Подросткам
Наркотический опиоидный анальгетик			При выраженном болевом синдроме для усиления действия спазмолитика
	Трамадол	1—2 мг/кг (с 2—14 лет)	

		50мг – подрост- кам	
НПВС в комбинациях			
	Спазмолгон	5,0 мл	Подросткам
М-холинолитик Спазмолитики миотропные			
	Платифиллин	2 мг	Подросткам, альтернативный спазмолитик

5. Критерии эффективности:

- отсутствие осложнений;
- купирование почечной колики.

6. Тактический алгоритм

Показана госпитализация в приемное отделение стационара в случае:

- почечной колики, не купируемой в течение 1 ч. или возобновившейся в течение 1ч. после купирования;
- наличия единственной почки;
- двусторонней почечной колики;
- беременности;
- невозможности последующего амбулаторного обследования, контроля и лечения;
- повторного приступа с ухудшением состояния;
- наличия осложнений.

* Примечания:

1. Медицинская эвакуация проводится в соответствии с тактическим алгоритмом, желательно после уменьшения болей, на носилках в положении лежа. Во время транспортировки проводить мониторинг показателей витальных функций.
2. Для купирования болевого синдрома применяют ненаркотические анальгетики и их комбинации со спазмолитиками.
Нецелесообразны одновременное введение нескольких анальгетиков, стимуляция диуреза при развитии анурии.

В случае, когда почечная колика осложняет течение основного заболевания, ведущим диагнозом является основное заболевание, а почечная колика рассматривается как осложнение.

Раздел 18.
КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
ПРИ СИНДРОМЕ СЫПИ

Нозологическая форма	Заболевания, протекающие с синдромом сыпи
Код по МКБ-10	A28.2 — псевдотуберкулез A38 — скарлатина B01 — ветряная оспа B06 — краснуха B05 — корь B27.0 — инфекционный мононуклеоз B00 — инфекции, вызванные вирусом герпеса B08 — другие вирусные инфекции, характеризующиеся поражением кожи и слизистых оболочек, не классифицированные в других рубриках
Фаза	Острое состояние
Стадия	Любая
Вид медицинской помощи	Скорая медицинская помощь
Условия оказания медицинской помощи	Вне медицинской организации
Форма оказания медицинской помощи	Экстренная

Критерии отнесения пациента к модели	<p>Лихорадка. Интоксикационный синдром. Полиморфная сыпь на теле, характерная для конкретного заболевания. <u>Скарлатина</u> Первичный лимфаденит, «пылающий зев с языками пламени» — яркая разлитая гиперемия зева. Часто бывает энантема: мелкие точечные красные в центре мягкого неба пятна, боль в горле, экзантема на фоне гиперемизированной кожи, сконцентрирована на сгибательных поверхностях конечностей. Элементы располагаются без тенденции к слиянию. Скарлатинозный носогубный треугольник (бледность этой области) — симптом Филатова. Симптом «ладони» — при надавливании на кожу сыпь исчезает. «Скарлатинозный малиновый язык» — в первые сутки заболевания язык покрыт обильным белым налетом, с</p>
---	--

3-го дня он очищается и обнажается поверхность с гипертрофированными сосочками.

Ветряная оспа

Закономерна этапность высыпаний: розеола — папула — везикула — корочка. Располагается на неизменной коже. Локализуется на всей поверхности тела, в том числе на волосистой части головы, кроме ладонной поверхности кистей и подошвенной поверхности стоп, сопровождается кожным зудом. Энантема: красное пятно — пузырек — афта.

Краснуха

Катаральный синдром. Обильная экзантема распространяется без всякой последовательности и порядка по всему телу, сгущение сыпи на спине, ягодицах, разгибательных поверхностях рук и ног. На ладонной поверхности кистей и подошвенной поверхности стоп отсутствует. Элементы сыпи — пятна бледно-розового или красного цвета с круглыми ровными краями, без тенденции к слиянию, располагаются на неизменной коже, исчезают без пигментации и шелушения.

Корь

Катаральный синдром: насморк, кашель, конъюнктивит. Пятна Бельского-Филатова-Коплика — мелкие, белого цвета пятна, возвышающиеся над поверхностью слизистой оболочки напротив малых коренных зубов и окруженные красным ободком. На задней стенке глотки, на дужках, на миндалинах может возникать энантема — неправильной формы крупные красные пятна. Экзантема: пятнисто-папулезный характер элементов с тенденцией к слиянию и образованию фигур с неровными краями. Возникает на фоне неизменной кожи. Четкая этапность высыпания: лицо, шея, верхняя часть груди — туловище, бедра, руки — голени, стопы, т.е. сверху вниз. Регресс сыпи в том же порядке, сменяется шелушением и пигментацией.

Инфекционный мононуклеоз

Сыпь — пятнисто-папулезная, геморрагическая, розеолезная.

Лимфаденопатия: симметричное увеличение регионарных лимфатических узлов. Мало- или безболезненные, не спаяны между собой и с

	<p>окружающими тканями, плотноватой консистенции. Ангина: катаральная, фолликулярная, лакунарная, язвенно-некротическая. Гепато- и спленомегалия. <u>Псевдотуберкулез</u> Скарлатиноподобная лихорадка. Типичный зооноз. Артралгический, катаральный синдром. Сыпь точечная, напоминает скарлатинозную, от бледно-розового до ярко-красного цвета. Фон кожного покрова не изменен. Могут встречаться крупные розеолезные, мелкопятнистые, пятнисто-папулезные элементы. Сыпь локализована симметрично на боковых поверхностях туловища, на верхних, нижних конечностях со сгущением на сгибательных поверхностях, в местах естественных складок. Выражен белый дермографизм. Симптомы «капошона», «перчаток», «носков» — ограниченная гиперемия лица, шеи, кистей, стоп</p>
Классификация	<p>Течение: осложненное, неосложненное. По степени тяжести: легкая, среднетяжелая, тяжелая степень. Критерии тяжести: уровень лихорадки; обильность высыпаний; наличие геморрагического синдрома; выраженность интоксикационного синдрома; наличие осложнений</p>
Осложнения	Септический шок*1
Формулировка развернутого диагноза	Диагноз основного заболевания, степень тяжести

1. Медицинские мероприятия для диагностики заболевания, состояния

Наименование медицинской услуги
Осмотр врачом скорой медицинской помощи и определение витальных функций (АД, ЧСС, ЧД, Т°С, уровень сознания по шкале Глазго)
Осмотр фельдшером скорой медицинской помощи и определение витальных функций (АД, ЧСС, ЧД, Т°С, уровень сознания по шкале Глазго)

2. Инструментальные методы исследования

Наименование медицинской услуги
Термометрия общая
Пульсоксиметрия

3. Медицинские мероприятия для лечения заболевания, состояния и контроля за лечением

Наименование медицинской услуги	Примечание
Катетеризация периферических вен	При тяжелом течении и наличии осложнений
Внутривенное и внутримышечное введение лекарственных препаратов	При повышении температуры тела*2. При тяжелом течении и наличии осложнений
Медицинская эвакуация*3	

4. Перечень лекарственных препаратов для медицинского применения, зарегистрированных на территории Российской Федерации, с указанием доз*4

Анатомо-терапевтическо-химическая классификация	Наименование лекарственного препарата	Доза	Примечание
Солевые растворы			
	Натрия хлорид	250–500 мл 20 мл/кг	Базовый инфузионный раствор при тяжелом течении, при наличии осложнений
Электролиты в сочетании с углеводами			
	Стерофундин	500 мл	Альтернативный инфузионный раствор при тяжелом течении, при наличии осложнений

Этилендиамины Замещенные*5			
	Хлоропирамин (супрастин)	0,1 мл/год, но не более 1 мл (детям)	При выраженном синдроме сыпи. При наличии данных в анамнезе о неблагоприятных реакциях на введение димедролу (или как альтернативный препарат димедролу)
		20 мг в/в (подросткам)	
Аминоалкильные эфиры*5			
	Клемастин (тавегил)	0,1 мл/год, но не более 1 мл (детям)	При выраженном синдроме сыпи. При наличии данных в анамнезе о неблагоприятных реакциях на введение димедролу (или как альтернативный препарат димедролу)
		2 мг в/в (подросткам)	
Эфиры алкиламинов*5			
	Дифенгидра- мин (димедрол)	1% – 0,05 мл/кг (детям)	При выраженном синдроме сыпи
		10 мг (взрослым)	
Медицинские газы			
	Кислород	2 л, 10 л	Ингаляция при тяжелом состоянии, при наличии осложнений, при снижении уровня сатурации

5. Критерии эффективности: отсутствие осложнений.

6. Тактический алгоритм:

- при легком течении заболевания, отсутствии осложнений — актив участковому врачу;
- при среднетяжелом и тяжелом течении заболевания — госпитализация;

- в случае отказа от госпитализации — актив участковому врачу;
 - при подозрении на корь — госпитализация.
-

*** Примечания:**

1. При развитии септического шока терапия осуществляется в соответствии с клиническим протоколом «инфекционно-токсический шок».
2. При повышении температуры тела оказание медицинской помощи проводится в соответствии с клиническими протоколами «Острая лихорадка у детей», «ОРВИ».
3. Медицинская эвакуация осуществляется в соответствии с тактическим алгоритмом. Во время транспортировки проводить мониторинг показателей витальных функций.
2. Назначение лекарственных препаратов для лечения основного заболевания осуществляется на амбулаторном или госпитальном этапе. При развитии осложнений терапия проводится симптоматическая и патогенетическая по соответствующим клиническим протоколам.
3. Терапия проводится одним из предложенных антигистаминных препаратов.

Раздел 19.
КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
ПРИ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ, ПРОТЕКАЮЩИХ С
ТОКСИКОЗОМ С ЭКСИКОЗОМ

Нозологическая форма	Бактериальные и вирусные заболевания, протекающие с развитием токсикоза с эксикозом
Код по МКБ-10	А00 Холера А01 Тиф и паратиф А02 Сальмонеллез А03 Шигеллез А04 Другие кишечные инфекции А05 Бактериальные, пищевые отравления А05.1 Ботулизм А08 Ротовирусный энтерит А09 Диарея и гастроэнтерит
Фаза	Острое состояние
Стадия	Любая
Вид медицинской помощи	Скорая медицинская помощь
Условия оказания медицинской помощи	Вне медицинской организации
Форма оказания медицинской помощи	Экстренная

Критерии отнесения пациента к модели	наличие жидкого стула; наличие тошноты, рвоты; повышение температуры тела; наличие боли в животе схваткообразного характера; клинические признаки дегидратации (с дифференциацией по степени тяжести)*1
Классификация	<u>По степени дегидратации</u> 1 степень: — сознание сохранено, ребенок возбужден, двигательные и психические беспокойства; — повышение температуры тела до фебрильных цифр; — жажда; — бледность кожного покрова; — тахикардия;

	<ul style="list-style-type: none"> — повышение АД; — диурез сохранен; — потеря массы тела до 5%; — стул до 7 раз в сутки; <p>2 степень:</p> <ul style="list-style-type: none"> — сознание: ребенок заторможен, вялость, адинамия; — температура: субфебрильная или нормальная; — на фоне бледности кожного покрова акроцианоз; — сухость кожи и слизистых; — снижение саливации, жажда; — западение большого родничка; — тахипноэ; — тахикардия; — снижение АД; — снижение диуреза (олигурия); — потеря массы тела до 10%; — стул до 10 раз в сутки; <p>3 степень: (гиповолемический шок):</p> <ul style="list-style-type: none"> — сознание: сомнелентность, кома; — температура: субнормальная; — тотальный цианоз кожного покрова; — кожа сухая, собирается в труднорасправимые складки; — саливация отсутствует; — тахипноэ, патологический тип дыхания; — тахикардия с переходом в брадикардию; — снижение АД (систолическое ниже 60 мм рт. ст); — анурия; — потеря массы тела более 15%; — стул до 15 и более раз в сутки. <p><u>По типу эксикоза:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> — изотонический — потеря воды и электролитов одинакова; — воддефицитный — потеря воды больше потери солей; — солдефицитный — потеря электролитов больше потери воды.
--	--

Осложнения	<ul style="list-style-type: none"> – септический шок; – гиповолемический (дегидратационный) шок; – кома
Формулировка развернутого диагноза	Диагноз основного заболевания. Токсикоз с эксикозом II степени.

1. Медицинские мероприятия для диагностики заболевания, состояния

Наименование медицинской услуги
Осмотр врачом скорой медицинской помощи и определение витальных функций (АД, ЧСС, ЧД, Т°С, уровень сознания по шкале Глазго)
Осмотр фельдшером скорой медицинской помощи и определение витальных функций (АД, ЧСС, ЧД, Т°С, уровень сознания по шкале Глазго)

2. Инструментальные методы исследования

Наименование медицинской услуги
Регистрация ЭКГ (по показаниям)*2
Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных
Пульсоксиметрия
Термометрия общая

3. Медицинские мероприятия для лечения заболевания, состояния и контроля за лечением

Наименование медицинской услуги	Примечание
Внутримышечное введение лекарственных препаратов	При температуре выше 39°С *3
Катетеризация кубитальных и других периферических вен	При среднетяжелом и тяжелом течении заболевания*4
Катетеризация подключичной и других центральных вен	Для специализированных бригад при несостоятельности периферического доступа
Внутривенное введение лекарственных препаратов	При среднетяжелом и тяжелом течении заболевания
ИВЛ ручная, аппаратная	При тяжелом течении при снижении сатурации
Медицинская эвакуация	

4. Перечень лекарственных препаратов для медицинского применения, зарегистрированных на территории Российской Федерации, с указанием доз

Анатомо-терапевтическо-химическая классификация	Наименование лекарственного препарата	Доза	Примечание
Солевые растворы			
	Натрия хлорид	250, 500 мл (1 ст. — 20 мл/кг; 2 ст. — 30 мл/кг; 3 ст. — 50 мл/кг)	Базовый раствор, при токсикозе с эксикозом II—III степени, при развитии осложнений
Электролиты в сочетании с углеводами			
	Стерофундин	500 мл	Альтернативный раствор, при токсикозе с эксикозом II—III степени, при развитии осложнений
Кровезаменители и препараты плазмы крови			
	Гидроксиэтил-крахмал	500 мл, 20 мл/кг в/в кап.	При эксикозе III степени в соотношении с кристаллоидами 1:2
	Гелофузин	500 мл	При эксикозе III степени в соотношении с кристаллоидами 1:2
Глюкокортикостероиды*5			При II—III степени эксикоза
	Преднизолон	2 мг/кг	Детям (0—14лет) при II—III степени эксикоза
	Дексаметазон	0,4 мг/кг	Детям (0—14лет) при II—III степени эксикоза

Вазопрессоры			
Адрено- и допаминомиметики			
	Допмин 10–15 мкг/кг/мин.	10-15 мкг/кг/мин. (200мг в 400,0 раст- вора NaCl 0,9%)	При эксикозе II–III степени, при неэффективности инфузионной терапии и прогрессивном снижении артериального давления
Противорвотные средства			
	Метоклопрамид (церукал) 5%	1 мг/кг	При неукротимой рвоте
Папаверин и его производные			
	Дротаверин (но-шпа)	0,1 мл/год иди 0,5–1,0 мг/кг	При интенсивных болях в животе схваткообразного характера
Производные бензодиазепина			
	Диазепам (реланиум, седуксен, сибазон)	0,5 мг/кг (по 5 мг в 1 мл)	При судорожном синдроме, тризме

5. Критерии эффективности:

- отсутствие осложнений;
- стабилизация состояния (гемодинамика, дыхательные расстройства).

6. Тактический алгоритм:

- Всем детям, независимо от степени тяжести, показана госпитализация.
- В случае отказа от госпитализации назначить актив участковому терапевту.
- При эксикозе III степени – вызов реанимационной бригады, при необходимости вызов осуществляется на встречу движения бригады в стационар. Через диспетчерскую приемный покой стационара предупреждается о госпитализации к ним тяжелого больного.
- Транспортировка больного осуществляется на носилках.
- Обязательным является проведение в пути мониторинга: гемодинамики, пульсоксиметрии.

***Примечания:**

1. Пероральная регидратация показана при клинических признаках дегидратации.
2. Показаниями для ЭКГ являются нарушения ритма, выявленные при оценке объективного статуса.
3. При повышении температуры тела оказание медицинской помощи проводится в соответствии с клиническими протоколами «Острая лихорадка у детей», «ОРВИ».
4. При эксикозе III ст. введение препаратов производится через два венозных доступа.
5. Допустимо введение одного из предложенных глюкокортикостероидов.

Раздел 20.
КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
ПРИ КЛИНИЧЕСКОЙ СМЕРТИ

Нозологическая форма	Клиническая смерть
Код по МКБ–10	I 46 Клиническая смерть I 46.0 Клиническая смерть с успешной реанимацией
Фаза	Острое состояние
Стадия	Любая
Вид медицинской помощи	Скорая медицинская помощь
Условия оказания медицинской помощи	Вне медицинской организации
Форма оказания медицинской помощи	Экстренная
Критерии отнесения пациента к модели	отсутствие сознания; отсутствие самостоятельного дыхания; отсутствие пульсации на сонных артериях (у детей до года — на плечевых артериях); расширение зрачков (развивается в течение 1 минуты после остановки кровообращения); арефлексия (отсутствие корнеального рефлекса и фотореакции зрачков)
Классификация	По патогенезу: фибрилляция желудочков (крупноволновая, мелковолновая) (ФЖ); желудочковая тахикардия без пульса (ЖТ б/п); электромеханическая диссоциация (ЭМД) (идиовентрикулярный ритм); асистолия
Осложнения	Без осложнений
Формулировка развернутого диагноза	Диагноз основного заболевания (ведущий синдром). Клиническая смерть с переходом в биологическую смерть. Диагноз основного заболевания (ведущий синдром). Клиническая смерть с успешной реанимацией

1. Медицинские мероприятия для диагностики заболевания, состояния

Наименование медицинской услуги
Осмотр врачом скорой медицинской помощи и определение параметров витальных функций (уровень сознания, АД, ЧСС, ЧД, Т °С)
Осмотр фельдшером скорой медицинской помощи и определение параметров витальных функций (уровень сознания, АД, ЧСС, ЧД, Т °С)

Примечание: При первичной констатации состояния клинической смерти выяснение данных анамнеза заболевания и жизни проводится только на фоне реанимационных мероприятий. В карте вызова фиксируется точное время, когда наступило (зафиксировано) состояния клинической смерти.

2. Инструментальные методы исследования

Регистрация ЭКГ (ритмограмма в одном из стандартных отведений при проведении СЛР)
Наименование медицинской услуги
Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных
Исследование уровня глюкозы в крови с помощью анализатора. После выведения из состояния клинической смерти!!!
Термометрия общая. После выведения из состояния клинической смерти!!!
Пульсоксиметрия. После выведения из состояния клинической смерти!!!

Примечание. Мониторинг состояния пациента с указанием параметров витальных функций и ЭКГ каждые 5 минут СЛР.

3. Медицинские мероприятия для лечения заболевания, состояния и контроля за лечением

Наименование медицинской услуги	Примечание
Закрытый (непрямой) массаж сердца*1	Проводится на твердой поверхности. — Соотношение у взрослых и подростков с ИВЛ 30:2. У детей 15:2 (2 реаниматора) или 30:2 (1 реаниматор). — Расположение рук реаниматора — граница средней и нижней трети грудины. У детей точка приложения рук — нижняя треть грудины; У новорожденных — 2 пальца в центре грудной

	<p>клетки, сразу под сосковой линией (1 реаниматор) или руки охватывают тело, 2 больших пальца на центре грудной клетки сразу под сосковой линией (2 реаниматора).</p> <ul style="list-style-type: none">– Вне массажа сохранять контакт рук с грудиной.– Глубина компрессий – 5–6 см. У детей – 1/3 диаметра грудной клетки (4 см). Частота компрессий – 100–120 в минуту. Интервал между компрессиями – не более 10 сек.
Электроимпульсная терапия	<p>На фоне крупноволновой фибрилляции желудочков или желудочковой тахикардии б/п: монофазный импульс – 360 Дж; бифазный импульс – 150–200–200 Дж (последовательно); паузы между разрядами – 2 минуты с продолжением СЛР и ЭКГ-мониторингом; после третьего разряда возможно введение лекарств</p>
Обеспечение проходимости дыхательных путей	<p>Ларингеальная трубка, ларингеальная маска, трубка Комбитьюб – после санации полости рта и ротоглотки</p>
Эндотрахеальная интубация, санация дыхательных путей	<p>Для специализированных бригад</p>
ИВЛ ручная, аппаратная	<p>В момент начала СЛР приоритет отдается компрессиям грудной клетки. У детей начало СЛР – 5 вдохов, затем компрессии</p>
Катетеризация кубитальной и других периферических вен	<p>Для всех бригад. Не прекращая СЛР!</p>
Катетеризация подключичной и др. центральных вен	<p>Для специализированных бригад</p>
Внутривенное введение лекарственных препаратов	<p>Для всех бригад. Введение лекарств через интубационную трубку не рекомендуется</p>
Мониторирование состояния пациента	<p>ЭКГ мониторинг, не менее 1 раза в 5 мин.</p>
Медицинская эвакуация	<p>См. тактический алгоритм*</p>

4. Перечень лекарственных препаратов для медицинского применения, зарегистрированных на территории Российской Федерации, с указанием доз

Анатомо– терапевтическо– химическая классификация	Наименование лекарственного препарата	Доза	Примечание
Антиаритмические препараты III класса			
	Амиодарон	300 мг (болюс) в/в	если ФЖ или ЖТ б/п сохраняется после 3-х разрядов дефибрилляции; дополнительно 150 мг при рефрактерной ФЖ или ЖТ б/п или их рецидиве; введение амиодарона исключает одновременное введение адреналина; у детей доза амиодарона — 5 мг/кг
Антиаритмические препараты Ib класса			
	Лидокаин	1 мг/кг в/в	Не является препаратом выбора! Применяется при отсутствии амиодарона. Вместе с амиодароном не применять! Не превышать дозу 3 мг/кг!
Адрено- и допаминомиметики			
	Адреналин	1 мг — в/в на 10 мл физ. р-ра 2 мг — э/трах. на 20 мл физ.	при рефрактерной ФЖ или ЖТ б/п; при мелковолновой ФЖ для перевода в крупноволновую ФЖ; на фоне идиовентрикулярного

		р-ра	ритма, асистолии; повторные введения адреналина — ч/з каждые 6 циклов СЛР; Не превышать дозу 5 мг! У детей доза адреналина — 10 мкг/кг (max разовая доза 1 мг)
Алкалоиды белладонны, третичные амины			
	Атропин	0,5—1 мг в/в	При предшествующей остановке сердца брадикардии. Не превышать дозу 3 мг!
Постреанимационные мероприятия			
Растворы электролитов			
	Натрия хлорид	500—1000 мл	Базовый инфузионный раствор. У детей инфузия в объеме 20 мл/кг
Электролиты в сочетании с углеводами			
	Стерофундин	500 —1000 мл	
Адрено- и допаминомиметики			
	Допмин	10—15 мкг/кг/мин.	При нестабильной гемодинамике, под контролем ЧСС
	Норадреналин	4 мг в 250 мл физ. р- ра в/в кап.	При нестабильной гемодинамике
Препараты для общей анестезии			
	Пропофол	200—300 мг	При клинике отека мозга и нестабильной гемодинамике. Индукция: по 40

			мг/10 сек. до клиники анестезии (суммарная доза не более 1,5–2,5 мг/кг; поддерживающая анестезия: 4–12 мкг/кг/час)
Производные бензодиазепина			
	Диазепам	10–20 мг	При клинике отека мозга и судорожном синдроме
Другие четвертичные аммониевые соединения			
	Пипекурония бромид	4 мг	Для синхронизации с аппаратом ИВЛ при восстановлении самостоятельного дыхания. Для специализированных бригад
Кровезаменители и препараты плазмы			
	Гидроксиэтил-крахмал	300–500 мл	При нестабильной гемодинамике
Медицинские газы			
	Кислород	10 л	Ингаляция, ИВЛ

5. Критерии эффективности

При проведении комплекса СЛР:

- проведение пульсовой волны НМС на сонную артерию;
- экскурсии грудной клетки при ИВЛ;
- волны НМС на ЭКГ.

При определении эффективности СЛР:

- появление самостоятельного пульса на магистральных сосудах;
- восстановление эффективной сердечной деятельности (по ЭКГ);
- восстановление самостоятельного дыхания;
- восстановление сознания.

6. Тактический алгоритм:

— Констатация клинической смерти больного — абсолютное показание для вызова реанимационной бригады (при наличии). В случае констатации клинической смерти в машине СМП реанимационная бригада может быть

вызвана «на ход», но целесообразность вызова реанимационной бригады определяется удаленностью от ближайшего реанимационного отделения стационара.

— Время передачи больного в состоянии клинической смерти реанимационной бригаде либо врачу-реаниматологу стационара (под роспись) должно быть зафиксировано в выездной документации с ЭКГ-подтверждением.

— Реанимационные мероприятия прекращаются только при констатации состояния биологической смерти после проведенного в течение 30 минут полного комплекса сердечно-легочной реанимации, не давшего эффекта. В случае восстановления в ходе проведения СЛР эффективной сердечной деятельности и следующего за ним повторного развития клинической смерти отсчет временного интервала начинается заново.

— Возраст пациента не может рассматриваться как основание для отказа от реанимации.

— Реанимационные мероприятия не проводятся при наличии признаков биологической смерти или при наступлении состояния клинической смерти на фоне прогрессирования достоверно установленных неизлечимых заболеваний (онкозаболевание в терминальной стадии, травма, не совместимая с жизнью).

При неэффективной реанимации и констатации биологической смерти:

До прибытия реанимационной (специализированной) бригады тактические действия в отношении умершего остаются за бригадой, проводившей реанимационные мероприятия. В карте вызова реанимационной (специализированной) бригады, прибывшей по вызову врачебной (фельдшерской) бригады, должен быть зафиксирован факт констатации биологической смерти с отметкой времени, ЭКГ-подтверждением и описанием признаков биологической смерти. На адресе оставляется информационный лист с указанием времени установления биологической смерти, предполагаемой причины. Оформляется Протокол установления биологической смерти (в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 20.09.2012 № 950). Информация передается органам УВД.

В салоне санитарного автомобиля: обязательное информирование старшего врача, определение показаний для доставки в морг или приемный покой стационара. Информация передается в органы УВД.

***Примечания:**

1. При проведении НМС могут быть использованы аппараты автоматической компрессии грудной клетки.

Раздел 21.
КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
ПРИ ОТМОРОЖЕНИЯХ У ДЕТЕЙ

Нозологическая форма	Отморожения, общее охлаждение
Код по МКБ-10	Т 33 — поверхностное отморожение Т 34 — отморожение с некрозом тканей Т 35 — отморожение, захватывающее несколько областей тела, и неуточненное отморожение
Фаза	Острое состояние
Стадия	Любая
Вид медицинской помощи	Скорая медицинская помощь
Условия оказания медицинской помощи	Вне медицинской организации
Форма оказания медицинской помощи	Экстренная

Критерии отнесения пациента к модели	<p>Отморожение — повреждение кожи и подлежащих тканей, возникающее в результате воздействия низких температур.</p> <p>Общее охлаждение — результат воздействия отрицательных температур, характеризующееся угнетением витальных функций</p>
Классификация	<p>По степени тяжести</p> <p>Классификация отморожений: по механизму получения травмы: отморожения, возникающие вследствие воздействия холодного воздуха; траншейная стопа (длительное воздействие холодной влажной среды); иммерсионная стопа; контактные отморожения;</p> <p>по степени (глубине) поражения: <u>I степень</u> — отморожения в пределах эпидермиса — незначительная обратимая гипотермия тканей либо бледность кожных покровов, сменяющаяся гиперемией, сосудистая реакция и болевая чувствительность</p>

	<p>сохранены, гиперемия или цианоз с четкими контурами, локальный отек;</p> <p>II степень — изменения распространяются до сосочкового слоя дермы с парциальным сохранением дериватов кожи — образование пузырей с прозрачной жидкостью, бледность кожного покрова, цианоз, сосудистая реакция и болевая чувствительность сохранены либо незначительно снижены;</p> <p>III степень — поражение всех слоев кожи, включая подкожно-жировую клетчатку, — пузыри с геморрагическим содержимым, пораженная кожа темно-багрового цвета, холодная при пальпации, сосудистая реакция и болевая чувствительность отсутствуют, быстро нарастает отек мягких тканей;</p> <p>IV степень — повреждение субфасциальных структур — возможны два варианта проявлений: с образованием геморрагических пузырей или без них, цвет пораженных участков кожи варьирует от серо-голубого до темно-фиолетового, выражен отек, сосудистая реакция и болевая чувствительность отсутствуют;</p> <p>по периоду: дореактивный (с момента получения холодовой травмы до начала согревания); реактивный (период после согревания, характеризуется развитием гипоксии, воспалительной реакции)</p>
Осложнения	<p>Формирование сухих некрозов.</p> <p>Угнетение витальных функций при общем охлаждении</p>
Формулировка развернутого диагноза	<p>Общее охлаждение (степень нарушения сознания).</p> <p>Отморожение 1, 2, 3, 4 степени (с локализацией поражения)</p>

1. Медицинские мероприятия для диагностики заболевания, состояния

Наименование медицинской услуги
Осмотр врачом скорой медицинской помощи, сбор анамнеза и определение параметров витальных функций (АД, ЧСС, ЧД, t °C)
Осмотр фельдшером скорой медицинской помощи, сбор анамнеза и определение параметров витальных функций (АД, ЧСС, ЧД, satO ₂ , t °C)

2. Инструментальные методы исследования

Наименование медицинской услуги
Пульсоксиметрия
Термометрия общая
Регистрация ЭКГ*1
Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных

3. Медицинские мероприятия для лечения заболевания, состояния и контроля за лечением

Наименование медицинской услуги	Примечание
Физические методы: согревание	Для обеспечения нормального кровотока, исключить растирания, обеспечить горячим питьем
Катетеризация периферических вен	При угнетении витальных функций при общем охлаждении
Внутривенное введение лекарственных препаратов	При угнетении витальных функций при общем охлаждении
Интубация трахеи*2	Для специализированных бригад по показаниям
ИВЛ ручная, аппаратная*2	Для специализированных бригад по показаниям
Ингаляционное введение лекарственных препаратов и кислорода	При угнетении витальных функций при общем охлаждении
Медицинская эвакуация*3	

4. Перечень лекарственных препаратов для медицинского применения, зарегистрированных на территории Российской Федерации, с указанием доз

Анатомо-терапевтическо-химическая классификация	Наименование лекарственного препарата	Доза	Примечание
Пиразолоны			
	50% натрия метамизол (анальгин)	0,1 мл/год или 5–10 мг/кг	При выраженном болевом синдроме

Солевые растворы			
	Натрия хлорид	10—20 мл/кг/час	Базовый раствор при общем охлаждении
Растворы для внутривенного введения — электролиты			
	Стерофундин изотонический	10—20 мл/кг/час	Альтернативный раствор при общем охлаждении
Медицинские газы			
	Кислород	2 л, 10 л	При транспортировке пациента в ЛПУ при угнетении витальных функций; ингаляция, ИВЛ

5. Критерии эффективности:

- отсутствие нарушений витальных функций;
- стабилизация состояния (гемодинамика, дыхательные расстройства, адекватная ИВЛ).

6. Тактический алгоритм:

- На догоспитальном этапе лечение пациентов с локальными отморожениями ограничивается наложением теплоизолирующей (дореактивный период) или сухой асептической повязки (реактивный период).

Применение лекарственных препаратов для местного лечения нецелесообразно в связи с необходимостью уточнения диагноза в стационаре.

- Госпитализации подлежат все дети с общим охлаждением и локальным отморожением II и более степени.
- При угнетении витальных функций при общем охлаждении — вызов специализированной бригады (при наличии).
- При угнетении витальных функций заблаговременно информировать приемное отделение о доставке пациента в тяжелом состоянии с указанием возраста и проводимой терапии.

***Примечания:**

1. Регистрацию ЭКГ проводить всем пациентам при общем охлаждении.
2. Интубация трахеи и перевод на ИВЛ осуществляется в соответствии с анестезиологическим пособием.
3. Медицинская эвакуация осуществляется в соответствии с тактическим алгоритмом. Во время транспортировки проводить мониторинг показателей витальных функций.

Раздел 22.
КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
ПРИ ОЖОГОВОЙ ТРАВМЕ У ДЕТЕЙ

Нозологическая форма	Ожоговая травма
Код по МКБ-10	Т 20 Термический ожог головы Т 21 Термический ожог туловища Т 22 Термический ожог плечевого пояса, верхней конечности до кисти Т 23 Термический ожог запястья и кисти Т 24 Термический ожог тазобедренного сустава, нижней конечности до голеностопного сустава, стопы Т 25 Термический ожог голеностопного сустава и стопы Т 26 Термические, химические ожоги глаз Т 27 Термические, химические ожоги дыхательных путей Т 28 Термические, химические ожоги внутренних органов Т 31 Термические ожоги, классифицированные в зависимости от площади пораженной поверхности тела Т 32 Химические ожоги, классифицированные в зависимости от площади пораженной поверхности тела
Фаза	Острое состояние
Стадия	Любая
Вид медицинской помощи	Скорая медицинская помощь
Условия оказания медицинской помощи	Вне медицинской организации
Форма оказания медицинской помощи	Экстренная

Критерии отнесения пациента к модели	Ожоги — комплексная травма вследствие высокотемпературного, химического, электрического или радиационного воздействия на тело, которое разрушает и/или повреждает кожу и подлежащие ткани. Ожоги бывают различного вида: Термический ожог: ожоговая травма, вызванная
---	--

<p>воздействием высокой температуры.</p> <p>Поражающий фактор: открытое пламя, кипящие жидкости, пар, воспламеняющиеся жидкости, горячие клейкие вещества (смола, битум, асфальт), газообразные продукты горения</p> <p>Химический ожог: ожоговая травма, вызванная воздействием агрессивных химических веществ.</p> <p>Поражающий фактор: органические и неорганические кислоты, щелочи, химические растворители (ацетон, бензин, керосин, уайт-спирит).</p> <p>Лучевой (радиационный) ожог: ожоговая травма, вызванная воздействием радиоактивных веществ, рентгеновского облучения.</p> <p>4. Электрический ожог: ожоговая травма, вызванная воздействием электрического тока (технического, атмосферного).</p> <p>В клинической картине преобладают:</p> <p>болевого синдром; жажда; крово- и плазмопотеря; осиплость голоса, кашель, скудная мокрота с копотью, одышка, удушье (при ожоге верхних дыхательных путей).</p> <p>Определение площади ожоговой поверхности</p> <p>Применяется «правило девяток» (А. Уоллес, 1951).</p> <p>Применяется при обширных ожогах для взрослых и детей старше 5 лет:</p> <p>голова, шея — 9%; одна верхняя конечность — 9%; одна нижняя конечность — 18% (бедро — 9 %, голень — 9%); передняя поверхность туловища — 18%; задняя поверхность туловища — 18%; промежность и наружные половые органы — 1%.</p> <p>При небольших площадях ожогов или при их расположении в разных частях тела и у детей в возрасте до 5 лет применяется «правило ладони»: площадь ладони взрослого человека или ребенка составляет приблизительно 1% общей поверхности тела (для определения используют ладонь пострадавшего)</p>

Классификация	По глубине поражения Поверхностные: I ст. — гиперемия с четкими контурами и локальный отек кожи; II ст. — поражение эпидермиса: гиперемия и отек с отслоением эпидермиса и образованием пузырей с прозрачным экссудатом; III А ст. — поражение всех слоев эпидермиса — толстостенные пузыри, десквамация эпидермиса, дно раны влажное, сохраненная болевая чувствительность; Глубокие: III Б ст. — некроз всей кожи, сухой струп, отсутствие болевой чувствительности и сосудистой реакции; IV ст. — некроз кожи и подлежащих тканей (мышцы, кости, сухожилия, суставы), струп плотный, черного цвета.			
	<u>Признаки</u>	<u>Шок 1 степени</u>	<u>Шок 2 степени</u>	<u>Шок 3 степени</u>
	<u>Состояние ЦНС</u>	<u>Возбуждение</u>	<u>Чередование возбуждения и оглушения</u>	<u>Оглушение – сопор-кома</u>
	<u>Гемодинамика</u>	<u>АД — норма, ЧСС на 10% превышает норму</u>	<u>АД — норма, ЧСС на 20% превышает норму</u>	<u>АД снижено, ЧСС на 50% превышает норму</u>
	<u>Кожа</u>	<u>Мраморность</u>	<u>Бледность</u>	<u>Акроцианоз</u>
	<u>ЖКТ</u>	<u>Рвоты нет</u>	<u>Рвота до 3-х раз</u>	<u>Рвота, кровотечения из ЖКТ</u>
	Диагностические критерии ожогового шока:			
Осложнения	Ожоговый шок *1 ОДН (при ожоге верхних дыхательных путей) Угнетение витальных функций			
Формулировка развернутого диагноза	Термический ожог открытым пламенем передней поверхности грудной клетки, правого надплечья и плеча II—III А ст., площадью 15—6%. Ожоговый шок.			

1. Медицинские мероприятия для диагностики заболевания, состояния

Наименование мероприятия
Осмотр врачом скорой медицинской помощи и определение параметров витальных функций (уровень сознания, АД, ЧСС, ЧД, Т °С)
Осмотр фельдшером скорой медицинской помощи и определение параметров витальных функций (уровень сознания, АД, ЧСС, ЧД, Т °С)

2. Инструментальные методы исследования

Наименование исследования
Пульсоксиметрия (по показаниям)

3. Медицинские мероприятия для лечения заболевания, состояния и контроля за лечением

Наименование медицинской услуги	Примечание
Наложение повязки при нарушении целостности кожных покровов	Накладывается сухая асептическая повязка или повязка с антисептиком. При химических ожогах перед наложением повязки промыть ожоговую поверхность проточной водой*2
Катетеризация кубитальной и других периферических вен	
Внутривенное/внутримышечное введение лекарственных препаратов	
Катетеризация подключичной и других центральных вен	Для специализированных бригад при наличии показаний
Ингаляционное введение лекарственных препаратов через небулайзер	Для купирования бронхоспазма или ларингоспазма
Ингаляция кислорода через маску (катетер)	Для всех бригад при SpO ₂ < 95%
Эндотрахеальная интубация, санация трахеи	Для специализированных бригад при наличии показаний
Коникотомия	При наличии показаний
ИВЛ ручная, аппаратная	При наличии показаний

4. Перечень лекарственных препаратов для медицинского применения, зарегистрированных на территории Российской Федерации, с указанием доз

Анатомо-терапевтическо-химическая классификация	Наименование лекарственного препарата	Доза	Примечание
Анилиды			
	Парацетамол (панadol, эфералган)	10–15 мг/кг	С целью обезболивания ожогов небольшой площади и степени
Пиразолонь			
	Метамизол натрия (анальгин, дипирон)	0,1 мл на год или 5–10 мг/кг	Базовый ненаркотический анальгетик при ожогах
Опиоидные анальгетики			
	Фентанил	0,5мкг/кг детям от 2 до 12 лет. 50 мкг болюсно детям старше 12 лет	Базовый наркотический анальгетик при шокогенных ожогах
Прочие опиоиды			
	Трамадол	1 мг/кг для детей старше 1 года	Для купирования болевого синдрома вне шока
Производные бензодиазепина			
	Диазепам	0,5 мг/кг	Для купирования психомоторного возбуждения
Антигистаминные препараты			
	Димедрол	0,1 мл на год жизни, но не более 1 мл	В сочетании с анальгетиком
Растворы электролитов			
	Натрия хлорид	250, 500 мл: 10–20 мл/кг/час	Базовый инфузионный раствор при развитии осложнений

	Стерофундин	500 мл	Альтернативный инфузионный раствор при развитии осложнений
Медицинские газы			Ингаляция, ИВЛ
	Кислород	2 л, 10 л	При транспортировке пациента при развитии осложнений и с ожогом верхних дыхательных путей

5. Критерии эффективности:

- купирование болевого синдрома;
- стабилизация состояния пациента.

6. Тактический алгоритм

Госпитализации в стационар подлежат дети:

- поверхностные ожоги I степени площадью > 10% поверхности тела;
- ожоги (II и более степень) площадью > 3% поверхности тела у детей первых 3 лет жизни и более 5% у детей старше 3 лет;
- ожоги лица, промежности, крупных суставов, кистей и стопы (независимо от степени и площади);
- ожоги верхних дыхательных путей;
- независимо от площади ожога: химические, электроожоги, ожоги III–IV степени.

Госпитализация на носилках. Мониторинг состояния пациента при транспортировке. Во время транспортировки проводить мониторинг показателей витальных функций. При развитии осложнений необходимо предупредить приемное отделение о поступлении пациента. Вызов «на себя» реанимационной бригады (при наличии) при необходимости проведения анестезиологического пособия.

* Примечания:

1. При развитии осложнений оказание медицинской помощи проводить по соответствующим клиническим протоколам.
2. При химических ожогах негашеной известью и органическими солями алюминия промывание водой не проводится из-за резкого увеличения температуры смеси с возникновением термического ожога!!!

Раздел 23.
КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ

Нозологическая форма	Черепно-мозговая травма
Код по МКБ-10	S 00 Поверхностная травма головы S 01 Открытая травма головы S 02.0 Перелом свода черепа S 02.1 Перелом основания черепа S 06.0 ЧМТ, сотрясение головного мозга S 06.2 ЧМТ, диффузная травма головного мозга S 06.9 ЧМТ, другая и не уточненная
Фаза	Острое состояние
Стадия	Любая
Вид медицинской помощи	Скорая медицинская помощь
Условия оказания медицинской помощи	Вне медицинской организации
Форма оказания медицинской помощи	Экстренная

Критерии отнесения пациента к модели	<p>Черепно-мозговая травма (ЧМТ) — различной степени тяжести механические повреждения мягких тканей головы, костей свода и основания черепа, оболочек головного мозга и мозговой ткани.</p> <p>ЧМТ возникает как при первичном механическом воздействии травмирующей силы, так и при вторичных механизмах повреждения (противоудар о внутрочерепные костные и оболочечные структуры).</p> <p>В клинической картине преобладают:</p> <ul style="list-style-type: none"> — <u>общемозговая симптоматика</u>: головная боль, головокружение, тошнота, рвота, нарушения сознания качественного (делириозный синдром) и количественного характера, судорожный синдром; — <u>очаговая симптоматика (клинические признаки локального поражения головного мозга)</u>. <p>Анизокория, нистагм, патологические глазодвигательные симптомы, параличи, парезы, афатические расстройства, менингеальные симптомы.</p> <p>При эпидуральных и субдуральных гематомах может иметь место «светлый промежуток», когда клинические проявления не выражены или могут отсутствовать.</p>
---	---

	<p>Продолжительность этого периода при эпидуральных гематомах — до часа, при субдуральных гематомах — до нескольких суток;</p> <p>— локальная симптоматика: кровотечение, ликворея из носовых ходов, ушных раковин при переломах основания черепа; симптом «очков» — кровоизлияние в перiorбитальную клетчатку</p>
Классификация	<p>Клинические формы ЧМТ:</p> <p>диффузные: сотрясение головного мозга; ушиб головного мозга; диффузное аксональное повреждение;</p> <p>локальные: сдавление головного мозга (эпидуральная, субдуральная, внутримозговая гематома);</p> <p>по опасности инфицирования оболочек мозга: закрытая (ЗЧМТ) — без повреждения апоневроза; 1. открытая (ОЧМТ) — с повреждением апоневроза или перелом основания черепа с носовым и (или) ушным кровотечением и (или) ликвореей; 2. проникающая — с повреждением твердой мозговой оболочки; 3. непроникающая;</p> <p>по степени тяжести: — легкая: сотрясение головного мозга, ушиб головного мозга легкой степени; — средней степени: ушиб головного мозга средней степени тяжести; — тяжелая: ушиб головного мозга тяжелой степени и сдавление мозга</p>
Осложнения*1	<ul style="list-style-type: none">— травматический шок;— кома;— судорожный синдром;— аспирационный синдром;— психомоторное возбуждение;— отек головного мозга;— дислокационный синдром
Формулировка развернутого диагноза	<ul style="list-style-type: none">— ЗЧМТ. Сотрясение головного мозга. Ушиб мягких тканей теменно-височной области.— ОЧМТ. Перелом основания черепа. Ушиб головного мозга с формированием внутричерепной гематомы. Мозговая кома II ст.

1. Медицинские мероприятия для диагностики заболевания, состояния

Наименование
Осмотр врачом скорой медицинской помощи и определение параметров витальных функций (уровень сознания, АД, ЧСС, ЧД, T °C)
Осмотр фельдшером скорой медицинской помощи и определение параметров витальных функций (уровень сознания, АД, ЧСС, ЧД, T °C)

2. Инструментальные методы исследования

Наименование исследования
Регистрация ЭКГ (по показаниям)
Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных
Пульсоксиметрия
Глюкометрия (по показаниям при нарушениях сознания)

3. Медицинские мероприятия для лечения заболевания, состояния и контроля за лечением

Наименование мероприятия	Примечание
Наложение повязки при нарушении целостности кожных покровов	Тампонирование ушных и носовых ходов при наличии кровотечения и (или) ликвореи
Транспортная иммобилизация *2	Наложение воротника Шанца при подозрении на травму шейного отдела позвоночника
Катетеризация кубитальной и других периферических вен	По показаниям. При необходимости медикаментозной коррекции
Внутривенное введение лекарственных препаратов	
Ингаляция кислорода через маску (катетер)	Для всех бригад при SpO ₂ < 95%
Катетеризация подключичной и других центральных вен	Для специализированных бригад при наличии показаний
Эндотрахеальная интубация, санация трахеи	Для специализированных бригад при наличии показаний
ИВЛ ручная, аппаратная	При показаниях
Медицинская эвакуация*3	

4. Перечень лекарственных препаратов для медицинского применения, зарегистрированных на территории Российской Федерации, с указанием доз

Анатомо-терапевтическо-химическая классификация	Наименование лекарственного препарата	Доза	Примечание
Пиразолонь			Для детей в возрасте до 14 лет
	Метамизол натрия (анальгин, дипирон)	0,1 мл/год или 5—10 мг/кг	Для купирования выраженной краниалгии
Нестероидные противовоспалительные препараты			Для детей старше 14 лет
	Кеторол	30 мг	Для купирования выраженной краниалгии
Опиоидные анальгетики			
	Фентанил	0,1 мл/год	При неэффективности пиразолонов и НПВС, а также при сочетанных повреждениях*4
Антигистаминные препараты			
	Дифенгидрамин (Димедрол)	0,1 мл/год, но не более 1 мл	В сочетании с анальгетиком при необходимости легкого седативного эффекта
		10 мг детям старшего возраста, подросткам	
Производные бензодиазепина			Детям до 5 лет максимальная доза 5 мг, старше 5 лет — 10 мг, при наличии судорожного синдрома
	Диазепам (реланиум, седуксен, сибазон)	0,5 мг/кг детям	Для купирования психомоторного возбуждения, судорожного синдрома
		10-20 мг подросткам	
Растворы электролитов			Инфузионная терапия для профилактики и коррекции гиповолемии *5

	Натрия хлорид	500 мл 20 мг/кг/час	На выбор. Объем инфузии определяется динамикой состояния пациента
	Стерофундин	500 мл	
Препараты желатина			
	Гелофузин	500 мл	При развитии шока, резистентном к инфузии кристаллоидов
Медицинские газы			
	Кислород	10 л	При развитии осложнений Ингаляция, ИВЛ

5. Критерии эффективности: отсутствие осложнений

6. Тактический алгоритм

Госпитализация строго на носилках в травматологический стационар. При развитии осложнений необходимо предупредить приемное отделение о поступлении пациента. Вызов «на себя» реанимационной бригады при нахождении пациента в квартире и необходимости оказания анестезиолого-реанимационного пособия, возможно применение тактики «рандеву».

При наличии видимых повреждений мягких тканей головы (ушибы, ссадины, гематомы) и отсутствующем или неполном анамнезе случая (общественное место, нарушение сознания пациента) применяется принцип «гипердиагностики». Диагноз формулируется как ЧМТ.

Все пациенты, находящиеся в бессознательном состоянии, этиологию которого установить на догоспитальном этапе не представляется возможным, госпитализируются в приемное отделение травматологических стационаров для исключения ЧМТ.

* Примечания:

1. Оказание экстренной медицинской помощи при осложнениях ЧМТ: см. соответствующие клинические протоколы.
2. Транспортировка пострадавших с ЧМТ должна осуществляться на носилках с приподнятым на 30° головным концом.
3. Медицинская эвакуация проводится в соответствии с тактическим алгоритмом. Во время транспортировки проводить мониторинг показателей витальных функций.
4. Применение наркотических анальгетиков сопряжено с риском развития депрессии дыхания (особенно при тяжелых формах ЧМТ), что может потребовать перевода пациента на ИВЛ.
5. Применение гипоосмолярных растворов (5% раствор глюкозы) противопоказано из-за угрозы нарастания отека мозга.

Раздел 24.
КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Нозологическая форма	Скелетная травма
Код по МКБ-10	S 32.3 Перелом костей таза S 39 Другие травмы живота, спины, таза S 39.7 Множественные травмы живота, спины, таза S 42 Перелом на уровне плечевого пояса S 43.7 Вывих, растяжение плечевого пояса S48 Травматическая ампутация плечевого пояса S 49.7 Множественные травмы плечевого пояса, плеча S 52.9 Перелом костей локтя, предплечья S 53 Вывих, растяжение локтевого сустава S 58 Травматическая ампутация локтя, предплечья S 59.7 Множественные травмы предплечья S 62 Перелом костей запястья, кисти S 63 Вывих, растяжение запястья, кисти S 68 Травматическая ампутация запястья, кисти S 72 Перелом бедренной кости S 72.0 Перелом шейки бедра S 73 Вывих, растяжение тазобедренного сустава S 78 Травматическая ампутация тазобедренного сустава, бедра S 79.7 Множественные травмы тазобедренного сустава и бедра S 82.9 Перелом голени, голеностопа S 83 Вывих, растяжение коленного сустава S 88 Травматическая ампутация голени S 89.7 Множественные травмы голени S 92 Перелом стопы S 93 Вывих, растяжение голеностопа S 98 Травматическая ампутация голеностопа, стопы S 99.7 Множественные травмы голеностопа, стопы
Фаза	Острое состояние
Стадия	Любая
Вид медицинской помощи	Скорая медицинская помощь

Условия оказания медицинской помощи	Вне медицинской организации
Форма оказания медицинской помощи	Экстренная

Критерии отнесения пациента к модели	<p>Повреждения мягких тканей — анатомические и функциональные нарушения преимущественно покровных тканей, возникающие вследствие воздействия на организм человека механической силы. Наличие повреждений может быть изолированным или сочетаться с повреждениями глубоких структур: костей, суставов, кровеносных сосудов, внутренних органов. Скелетная травма — повреждение целостности костей, суставов и связок. Включает в себя переломы, вывихи и растяжения (разрывы) соответственно.</p> <p>Переломы костей — это нарушение анатомической целостности кости полное или частичное, вызванное физической силой или патологическим процессом, сопровождающееся повреждением окружающих кость мягких тканей и нарушением функции поврежденного сегмента. Возникший в результате травмы перелом кости, как правило, характеризуется наличием определенных типичных диагностических признаков. Для большинства переломов это:</p> <ul style="list-style-type: none"> — боль, локальная болезненность; — деформация, укорочение конечности, изменение ее оси; — отек; — патологическая подвижность отломков; — крепитация костных отломков; — нарушение функции. <p>Переломовывихи встречаются в суставах, когда вместе с вывихом наблюдается перелом кости, образующей сустав.</p> <p>Вывих и перелом в пределах одного сегмента конечности происходят, когда травмирующая сила ломает диафиз кости и вывихивает один из суставных концов этой кости или вывихивает головку другой кости.</p>
---	---

	<p>Вывих — смещение кости в суставе, а также место, где произошло такое смещение. В травматологии различают травматические, патологические и осложненные вывихи.</p> <p>Растяжение связок — чрезвычайно распространенная травма, возникающая при резких движениях, превышающих нормальную амплитуду движений в суставе (например, при подворачивании ноги). На самом деле под термином «растяжение» понимают микроразрывы отдельных волокон или части связки. Происходит разрыв отдельных волокон связки при сохранении ее механической целостности и непрерывности. Отек выражен незначительно, кровоизлияния отсутствуют. Опора и движения несколько ограничены, боли умеренные. Или имеются множественные разрывы волокон, возможно частичное повреждение капсулы. Отмечается умеренный отек, часто выявляются кровоподтеки. Движения ограничены, болезненны, опора затруднена. Может определяться некоторая нестабильность сустава. Полный разрыв сопровождается резкой болью, значительным отеком и выраженными кровоподтеками. Движения резко ограничены, опора, как правило, невозможна. При попытке пассивных движений выявляется нестабильность сустава</p>
Классификация	<p>Классификация повреждений мягких тканей:</p> <p>закрытые (ушибы, растяжения, разрывы); открытые (раны).</p> <p>По характеру повреждения тканей различают раны: резаные, рубленые, колотые, ушибленные, рваные, отравленные, огнестрельные.</p> <p>По причинам повреждения: операционные, случайные.</p> <p>По микробному загрязнению: асептические,</p>

микробно-загрязненные.

По отношению к замкнутым полостям:
проникающие,
непроникающие.

Классификация переломов:

1. В зависимости от сообщения костных отломков с внешней средой различают:
 - открытые,
 - закрытые.
2. По отношению к суставам:
 - внутрисуставные,
 - внесуставные.
3. В зависимости от наличия смещения:
 - со смещением,
 - без смещения.
4. Классификация переломов по **этиологическому** фактору:
 - Травматические,
 - нетравматические (патологические).

Классификация вывихов

Травматический вывих — ненормальное стойкое смещение суставных концов сочленяющихся костей, наступившее вследствие травмы и сопровождающееся разрывом окружающих тканей (капсулы, связок, мышц, сосудов и др.). Травматические вывихи по степени смещения суставных поверхностей подразделяют на полные (смещение одной суставной поверхности по отношению к другой) и неполные, или подвывихи (одна суставная поверхность смещается частично по отношению к другой с сохранением их соприкосновения в неконгруэнтном положении).

Патологический вывих — это смещение суставных концов сочленяющихся костей в результате заболеваний, вызывающих разрушение суставных поверхностей (туберкулез, опухоль, сифилис, гнойное воспаление сустава) и других структур патологическим процессом. Такие вывихи развиваются постепенно под влиянием тяги мышц и нагрузки.

Осложненные вывихи, сопровождающиеся внутри- или околосуставными переломами, повреждением магистральных сосудов, нервных стволов,

	сочетающиеся с проникающими в сустав повреждениями мягких тканей и кожи. Классификация растяжений По целостности повреждения: частичное, полное
Осложнения	травматический шок, геморрагический шок, эмболия
Формулировка развернутого диагноза	Закрытый перелом костей левой голени на уровне средней трети. Внутрисуставной перелом в области коленного сустава. Гемартроз. Открытый перелом бедренной кости справа в области верхней трети. Шок II степени

1. Медицинские мероприятия для диагностики заболевания, состояния

Наименование мероприятия
Осмотр врачом скорой медицинской помощи и определение параметров витальных функций (уровень сознания, АД, ЧСС, ЧД, Т °С)
Осмотр фельдшером скорой медицинской помощи и определение параметров витальных функций (уровень сознания, АД, ЧСС, ЧД, Т °С)

2. Инструментальные методы исследования

Наименование исследования
Пульсоксиметрия (по показаниям)

3. Медицинские мероприятия для лечения заболевания, состояния и контроля за лечением

Наименование медицинской услуги	Примечание
Наложение повязки при нарушении целостности кожных покровов	При повреждении кожных покровов накладывается сухая асептическая повязка. Требуется предварительная обработка раствором антисептика
Остановка кровотечения	Наложение кровоостанавливающего жгута при повреждении артерии. Жгут

	накладывается выше места повреждения с точным указанием времени. Жгут должен быть наложен не на обнаженную кожу, не более 1 часа в зимнее время и не более 2 часов в летнее время
Транспортная иммобилизация	Наложение воротника Шанца при подозрении на травму шейного отдела позвоночника. Наложение транспортных шин с захватом двух смежных суставов выше и ниже места перелома при повреждении костей конечностей
Катетеризация кубитальной и других периферических вен	Для любой бригады при наличии показаний
Внутривенное введение лекарственных препаратов	Для любой бригады при наличии показаний
Катетеризация подключичной и других центральных вен	Для специализированных бригад при наличии показаний
Ингаляция кислорода через маску (катетер)	Для всех бригад при SpO ₂ < 95% (у пациентов без отягощенного бронхолегочного анамнеза)
Эндотрахеальная интубация, санация трахей*1	Для специализированных бригад при наличии показаний (см. соответствующий протокол)
ИВЛ ручная, аппаратная*1	При наличии показаний
Медицинская эвакуация*2	

4. Перечень лекарственных препаратов для медицинского применения, зарегистрированных на территории Российской Федерации, с указанием доз

Анатомо-терапевтическо-химическая классификация	Наименование лекарственного препарата	Доза	Примечание
Опиоидные анальгетики			
	Фентанил	0,5 мкг/кг детям от 2 до 12 лет. 50 мкг болюсно детям старше 12 лет	Наркотический анальгетик при интенсивном болевом синдроме

Прочие опиоиды			
	Трамадол	50 мг в/в (детям 1—2 мг/кг)	Для купирования болевого синдрома вне шока
Нестероидные противовоспалительные препараты			
	Метамизол натрия (Анальгин)	0,1 мл/год или 5—10 мг/кг (дети до 14 лет) 1000 мг детям старше 14 лет	При болевом синдроме
	Кеторол	30 мг в/в	Для анальгезии при длительной транспортировке. Для детей старше 14 лет
Другие препараты для общей анестезии			
	Кетамин	Взрослым — в дозе 1—2 мг/кг, детям — 0,5—1,5 мг/кг в/в	При необходимости проведения внутривенного наркоза для специализированных бригад
Производные бензодиазепина			
	Диазепам	10—30 мг в/в (детям 0,1—0,2 мг/кг)	Для купирования психомоторного возбуждения и при проведении внутривенного наркоза
Растворы электролитов		Скорость введения — 20 мл/кг/час	Инфузионная терапия проводится для профилактики и коррекции гиповолемии

	Натрия хлорид	500 мл	На выбор
	Стерофундин	500 мл	
Препараты желатина			
	Гелофузин	500 мл	При развитии шока, резистентном к инфузии кристаллоидов
Медицинские газы			
	Кислород	10 л	Ингаляция, ИВЛ

5. Критерии эффективности:

- купирование болевого синдрома;
- стабилизация состояния пациента;
- отсутствие нарушения витальных функций.

6. Тактический алгоритм:

– При ушибах, ссадинах и растяжениях связочного аппарата суставов лечение проводится в амбулаторных условиях.

– Транспортировка в травматологический пункт или стационар — по согласованию с бюро госпитализации.

– Транспортировка на носилках. Мониторинг состояния пациента при транспортировке. При развитии осложнений необходимо предупредить приемное отделение о поступлении пациента.

– При развитии шока (имеет значение сам факт развития шока, а не его степень: он может прогрессировать); нарушении сознания — вызов специализированной бригады (при наличии) при необходимости проведения анестезиологического пособия.

* Примечания:

1. Интубация трахеи и перевод на ИВЛ осуществляется в соответствии с анестезиологическим пособием.
2. Медицинская эвакуация проводится в соответствии с тактическим алгоритмом. Во время транспортировки проводить мониторинг показателей витальных функций.

ЛИТЕРАТУРА

1. Учебно-методическое и справочное пособие для студентов 5 курса педиатрического факультета «Помощник врача скорой и неотложной медицинской помощи». ГБОУ ВПО «УГМА» МЗ России. Кафедра детских болезней педиатрического факультета. 2012. - 116 стр.
2. Клинические рекомендации (протокол) оказания скорой медицинской помощи при судорогах у детей. Утверждены на заседании Правления общественной организации «Российское общество скорой медицинской помощи» г. Казань, 23.01.2014г, утверждены профессиональной ассоциацией детских врачей Союза педиатров России в 2015. – 9 стр.
3. Методические рекомендации по оказанию интенсивной терапии неотложных состояний в педиатрии». Приложение к приказу МЗ СО от 25.08.14г № 1011-п. Министерство ЗО и социального развития РФ. – 58 стр.
4. Российское общество скорой медицинской помощи. Клинические рекомендации по оказанию помощи детям с бронхиальной астмой. 2015 г. – 11 стр.
5. Избранные лекции по педиатрии под редакцией Ковтун О.П., Баженова Ю.Л. «Бронхиты у детей». Екатеринбург, УГМА, 2011.
6. Российское общество скорой медицинской помощи. Клинические рекомендации (протокол) по оказанию помощи детям с острым обструктивным (стенозирующим) ларинготрахеитом и эпиглоттитом. 2015. – 11 стр.
7. Клинические рекомендации «Острая обструкция дыхательных путей у детей» / под ред. С.А. Царьковой // УЗ Администрации г. Екатеринбурга ГБОУ ВПО Уральский государственный медицинский университет. Екатеринбург, 2015. – 128 стр.
8. Клинические рекомендации «Внебольничная пневмония у детей» / под ред. С.А. Царьковой // УЗ Администрации г. Екатеринбурга ГБОУ ВПО Уральский государственный медицинский университет. Екатеринбург, 2015. – 78 стр.
9. «Острые респираторные вирусные инфекции у детей», В.В. Фомин, С.А. Царькова, Т.Л. Савинова, Л.В. Богданова. ГОУ ВПО Уральская государственная медицинская академия, Управление здравоохранения Администрации г. Екатеринбурга, 2004. – 170 стр.

10. Краткое руководство для врачей «Скорая и неотложная медицинская помощь детям», 2-е издание, исправленное и дополненное. В.М. Шайгор, г. Москва, 2016. – 415 стр.
11. Тактика и протоколы действий среднего медицинского персонала скорой медицинской помощи. Комитет по здравоохранению Администрации Санкт – Петербурга, Санкт – Петербургское государственное учреждение здравоохранения «Городская станция скорой медицинской помощи», Санкт – Петербургская Медицинская академия последипломного образования. А.А. Бойков, А.З. Ханин, Ю.М. Михайлов, В.Н. Налитов. Санкт – Петербург, 2009. – 132 стр.
12. «Секреты неотложной педиатрии». С.М. Селбст, К. Кронэн. Перевод с английского под общей редакцией проф. Н.П. Шабалова. Москва, 2006. – 417 стр.
13. Учебно – методическое пособие «Тактика в лечебно – диагностической работе выездных бригад СМП», В.А. Фиалко. Управление здравоохранения Администрации г. Екатеринбурга, МУ «Станция скорой медицинской помощи имени В.Ф. Капиноса», ГОУ ВПО Уральская Государственная Медицинская академия РФ. Екатеринбург, 2011. - 45 стр.
14. Союз педиатров России, Российское общество скорой медицинской помощи. Федеральные клинические рекомендации «Оказание скорой медицинской помощи при судорогах у детей». 2015г. – 14 стр.
15. Союз педиатров России, Российское общество скорой медицинской помощи. Федеральные клинические рекомендации «Оказание скорой медицинской помощи при острой лихорадке у детей». Баранов А.А., Багненко С.Ф. 2015г. – 11 стр.
16. Учебное пособие «Лихорадка у детей (клинические и патофизиологические аспекты)». Рык П.В., Царькова С.А., Ваисов Ф.Д. Екатеринбург, 2010 – 51 стр.
17. «Ассоциация врачей инфекционистов Санкт-Петербурга и Ленинградской области», «Евроазиатское общество по инфекционным болезням». Клинические рекомендации (протокол лечения) оказания медицинской помощи детям больным менингококковой инфекцией.
18. Клинические рекомендации «Скорая медицинская помощь». Багненко С.Ф. Москва, 2015 г. – 871 стр.

19. Национальное руководство «Скорая медицинская помощь» Мирошниченко А.Г., Багненко С.Ф., Хубутия М.Ш., Миннуллина И.П. Москва, 2015. – 886 стр.
20. Министерство здравоохранения Свердловской области. Управление здравоохранения Администрации г. Екатеринбурга. ГОУ ВПО «Уральская Государственная Медицинская Академия». МУ «Станция скорой медицинской помощи имени В.Ф. Капиноса» г. Екатеринбурга. Учебно – методическое пособие «Оказание неотложной помощи детям на догоспитальном этапе». Г. Екатеринбург, 2010г. – 101 стр.
21. Федеральное агентство по здравоохранению и социальному развитию. ГОУ ВПО «Уральская государственная медицинская академия». Управление здравоохранения Администрации г. Екатеринбурга. Городская клиническая больница №40. Учебно – методическое пособие «Стандарты диагностики и лечения инфекционных болезней у детей на этапах оказания медицинской помощи». Екатеринбург, 2006 г. - 116 стр.
22. Лекарственные средства для анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии. Кожекин С.В., Жарова Л.П. Смоленск, 2004г. – 232 стр.
23. Руководство по фармакотерапии в педиатрии и детской хирургии / под ред. А. Д. Царегородцева, В. А. Таболина. - М., 2002-2005.26. Под ред. проф. А.Д. Царегородцева, академика РАМН В.А. Таболина. - М., 2002-2005.
24. Краткое руководство «Неотложная педиатрия». Шайтор В.А., Мельникова И.Ю. Москва, 2007г. – 160 стр.
25. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации №388н от 20 июня 2013г. «Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи».
26. Федеральный закон №323 от 21.ноября 2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации».
27. Распоряжение Управления здравоохранения Администрации г. Екатеринбурга №50/46/35 от 25 января 2016г. «Порядок работы МБУ «ССМП» по осуществлению медицинской эвакуации пациентов в лечебно – профилактические учреждения г. Екатеринбурга».
28. Союз педиатров России. Клинические рекомендации «Острая респираторная вирусная инфекция (ОРВИ) у детей». 2016 г.

http://www.pediatr-russia.ru/sites/default/files/file/kr_orvi.pdf

29. Союз педиатров России. Российская ассоциация аллергологов и клинических иммунологов. Клинические рекомендации «Бронхиальная астма у детей». 2016 г.
http://www.pediatr-russia.ru/sites/default/files/file/kr_bronhast.pdf
30. Союз педиатров России. Клинические рекомендации «Острый обструктивный ларингит (круп) и эпиглоттит у детей». 2016 г. – 11 стр.
http://www.pediatr-russia.ru/sites/default/files/file/kr_oosl.pdf
31. Союз педиатров России. Клинические рекомендации «Острый бронхит у детей». 2016г – 14 стр.
http://www.pediatr-russia.ru/sites/default/files/file/kr_obr.pdf
32. Союз педиатров России. Клинические рекомендации «Острый бронхиолит у детей». 2016г – 14 стр.
http://www.pediatr-russia.ru/sites/default/files/file/kr_obrht.pdf
33. Союз педиатров России. Клинические рекомендации «Острый тонзиллит у детей». 2016 г. – 11 стр.
http://www.pediatr-russia.ru/sites/default/files/file/kr_oton.pdf
34. Союз педиатров России. Клинические рекомендации «Крапивница у детей». – 31 стр.
http://www.pediatr-russia.ru/sites/default/files/file/kr_krap.pdf
35. Союз педиатров России. Клинические рекомендации «Мочекаменная болезнь у детей». 2016 г. – 14 стр.
http://www.pediatr-russia.ru/sites/default/files/file/kr_mkb.pdf
36. Баранов А.А., Багненко С.Ф. Федеральные клинические рекомендации по оказанию скорой медицинской помощи при острой лихорадке у детей. 2015г – 11 стр.
37. Лекция для врачей «Судорожные состояния у детей (Факторы риска, диагностика, лечение и профилактика)» Темин П.А., Никанорова М.Ю., Белоусова Е.Д., Москва 2003г – 93 стр.
38. Союз педиатров России, Российское общество скорой медицинской помощи. Федеральные клинические рекомендации по оказанию скорой медицинской помощи при внебольничной пневмонии. 2015г. – 12 стр.

39. Российское общество скорой медицинской помощи. Клинические рекомендации по оказанию скорой медицинской помощи при крапивнице. 2014 г. – 9 стр.
40. Союз педиатров России. Российское общество дерматовенерологов и косметологов. Российская ассоциация аллергологов и клинических иммунологов. Федеральные клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям с atopическим дерматитом. Баранов А.А., Намазова - Баранова Л.С., 2015г – 32 стр.
41. Союз педиатров России, Российское общество скорой медицинской помощи. Федеральные клинические рекомендации по оказанию скорой медицинской помощи при ожогах у детей. Баранов А.А., Багненко С.Ф. 2015г. – 13 стр.
42. Н.А. Геппе, Н.Г. Колосова, О.В. Зайцева. Диагностика и терапия бронхиальной астмы у детей дошкольного возраста. Место небулизированных ингаляционных глюкокортикостероидов в терапии бронхиальной астмы и крупа (Консенсус по результатам совета экспертов Педиатрического респираторного общества). Российский вестник перинатологии и педиатрии, 2018; 63:(3).

Учебное издание

Составители:

В.В. Бутакова
Софья Анатольевна Царькова
Е. В. Рузанов
А. Д. Николаев
Алебай Усманович Сабитов
А.В. Кияев

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ ОКАЗАНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Руководство для врачей

ISBN 978-5-89895-870-1

*Редактор Е. Бортникова
Корректор Л. Моисеева
Дизайн, верстка И. Дзигунова*

Оригинал-макет подготовлен:
Издательство УГМУ,
620028, г. Екатеринбург, ул. Репина, 3, каб. 310
E-mail: pressa@usma.ru
Тел.: (343) 214-85-65

Подписано в печать 18.12.2018. Формат 60×84/16
Бумага офсетная. Печать цифровая. Усл. печ. л. 9,2
Тираж 100 экз. Заказ № 193

Отпечатано в типографии «Юника»
620014, г. Екатеринбург, ул. Московская, 29
Тел.: +7 (343) 371-16-12