

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ДЕРЖАВНИЙ ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
УЖГОРОДСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
МЕДИЧНИЙ ФАКУЛЬТЕТ
КАФЕДРА ОНКОЛОГІЇ

КУРС ЕКСТРЕНОЇ ТА НЕВІДКЛАДНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

**ОРГАНІЗАЦІЯ ЕКСТРЕНОЇ ТА НЕВІДКЛАДНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В
ЕКСТРЕМАЛЬНИХ СИТУАЦІЯХ.
ПЕРВИННЕ ТА ВТОРИННЕ ОБСТЕЖЕННЯ ПОСТРАЖДАЛОГО**

(Методичні вказівки для самопідготовки здобувачів вищої освіти галузі знань 22 «Охорона здоров'я» спеціальності 222 «Медицина» освітньої програми «Лікувальна справа»)

Ужгород 2024

Бойко С.Ш.С. Організація екстреної та невідкладної медичної допомоги в екстремальних ситуаціях. Первинне та вторинне обстеження постраждалого. / С.Ш.С. Бойко – Ужгород: Видавництво УжНУ «Говерла», 2024. - (Методичні вказівки для самопідготовки з навчальної дисципліни «Екстрена та невідкладна медична допомога» для здобувачів вищої освіти галузі знань 22 «Охорона здоров'я» спеціальності 222 «Медицина» освітньої програми «Лікувальна справа»).

Ч. 1. – 2024. – 41 с.

Автори:

доктор філософії, асистент Бойко С.Ш.С., асистент кафедри онкології
ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

Рецензенти:

доктор медичних наук, професор Русин А.В., завідувач кафедри онкології
ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

кандидат медичних наук, доцент Петричко О.І. доцент кафедри онкології
ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

Методичні рекомендації розглянуто та затверджен:
на засіданні кафедри «Онкології»
протокол № 13 від «30» травня 2024р.

на засіданні Вченої ради медичного факультету
протокол № 6 від «20» червня 2024р.

ПЕРЕДМОВА

Екстрена медична допомога – медична допомога, яка полягає у здійсненні працівниками системи екстреної медичної допомоги невідкладних організаційних, діагностичних та лікувальних заходів, спрямованих на врятування і збереження життя людини у невідкладному стані та мінімізацію наслідків впливу такого стану на її здоров'я. Глибокі знання, відпрацювання практичних навичок надання екстреної та невідкладної медичної допомоги в реаліях сьогодення, незалежно від місця події значно допоможуть лікарю у постановці коректного діагнозу, проведенні диференціальної діагностики і виборі найбільш оптимального методу лікування.

Предмет «Екстрена і невідкладна медична допомога» – клінічна дисципліна, яка систематизує отримані раніше знання студентів з анатомії і фізіології людини, фармакології, гігієни, патологічної анатомії, патологічної фізіології, хірургії військових та надзвичайних станів, хірургії надзвичайних станів, терапії, травматології та закладає основи теоретичних знань і практичних навичок з організації і надання екстреної медичної допомоги пацієнтам у невідкладних станах на догоспітальному та ранньому госпітальному етапах, у тому числі й під час надзвичайних ситуацій мирного та воєнного часу.

Методичні вказівки складені відповідно до робочої програми ОК 50 з «Екстреної та невідкладної медичної допомоги» медичного факультету ДВНЗ «Ужгородський національний університет».

До методичної розробки під назвою «Організація екстреної та невідкладної медичної допомоги в екстремальних ситуаціях. Первинне та вторинне обстеження постраждалого» змістового модулю 1 включено 3 теми, які дають змогу оволодіти ґрунтовними знаннями із структури професійної діяльності, здатність оцінити інформацію щодо постановки діагнозу при невідкладному стані, вміння визначити головний клінічний синдром або виявити, чим обумовлена тяжкість стану потерпілого/постраждалого, вміння визначати тактику та надавати екстрену медичну допомогу при невідкладних станах в умовах обмеженого часу згідно з існуючими клінічними протоколами та стандартами лікування.

Методична розробка практичного заняття на тему 1:

ОРГАНІЗАЦІЯ НАДАННЯ ЕКСТРЕНОЇ ТА НЕВІДКЛАДНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ. ПОЧАТКОВІ ДІЇ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ У ВИПАДКУ НЕВІДКЛАДНОГО СТАНУ ПОСТРАЖДАЛОГО

Мета навчальної дисципліни:

Метою вивчення навчальної дисципліни «Екстрена та невідкладна медична допомога» є вивчення особливостей організації та надання екстреної і невідкладної медичної допомоги постраждалому/потерпілому на догоспітальному та ранньому госпітальному етапі.

Відповідно до освітньої програми ОК 50 з «Екстреної та невідкладної медичної допомоги», вивчення теми «Організація надання екстреної та невідкладної медичної допомоги в Україні. Початкові дії медичних працівників у випадку невідкладного стану постраждалого» сприяє формуванню у здобувачів вищої освіти таких компетентностей:

1. Здатність до абстрактного мислення, аналізу та синтезу.
2. Здатність застосовувати знання у практичних ситуаціях.
3. Здатність приймати обґрунтовані рішення.
4. Здатність працювати в команді.
5. Здатність збирати медичну інформацію про пацієнта і аналізувати клінічні дані.
6. Здатність до встановлення попереднього та клінічного діагнозу захворювання.
7. Здатність до діагностування невідкладних станів.
8. Здатність до визначення тактики та надання екстреної медичної допомоги.
9. Здатність до проведення лікувально-евакуаційних заходів.
10. Здатність до виконання медичних маніпуляцій.

Очікувані результати навчання, які повинні бути досягнуті здобувачами освіти після опанування теми «Організація надання екстреної та невідкладної медичної допомоги в Україні. Початкові дії медичних працівників у випадку невідкладного стану постраждалого»:

1. Здатність зібрати дані про скарги, анамнез життя та захворювання, провести фізикальне обстеження пацієнта, використовуючи стандартні алгоритми дослідження на підставі знання про людину, її органи та системи при виникненні невідкладного стану, в умовах закладу охорони здоров'я або за його межами.
2. Вміння визначити головний клінічний синдром або виявити, чим обумовлена тяжкість стану потерпілого/постраждалого шляхом прийняття обґрунтованого рішення.
3. Встановлювати попередній клінічний діагноз при невідкладному стані за будь-яких обставин (в умовах закладу охорони здоров'я, за його межами) у т.ч. в умовах надзвичайної ситуації та бойових дій, в польових умовах, в умовах нестачі інформації та обмеженого часу.

Актуальність теми:

Екстрена медична допомога – медична допомога, яка полягає у здійсненні працівниками системи екстреної медичної допомоги невідкладних організаційних, діагностичних та лікувальних заходів, спрямованих на врятування і збереження життя людини у невідкладному стані та мінімізацію наслідків впливу такого стану на її здоров'я.

Мета заняття:

Поглиблення і закріплення студентами теоретичних знань та практичних умінь, необхідних при наданні невідкладної допомоги в екстремальній ситуації. Організація, структура, завдання, функції служби екстреної медичної допомоги в Україні.

Теоретично студенти повинні знати:

1. Організацію діяльності служби екстреної медичної допомоги в Україні (структура та завдання).
2. Організаційну структуру, основні завдання та функції центру екстреної медичної допомоги.
3. Організаційну структуру, завдання та функції станцій екстреної (швидкої) медичної допомоги.
4. Організаційну структуру, основні завдання, функції та оснащення відділення екстреної (невідкладної) медичної допомоги багатопрофільної лікарні.
5. Оснащення, завдання та функції бригади швидкої медичної допомоги.
6. Карту виїзду бригади ЕМД, правила її оформлення.
7. Засоби особистої безпеки бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги.
8. Обов'язки та права лікаря бригади швидкої медичної допомоги.
9. Особливості надання екстреної медичної допомоги на догоспітальному етапі (бригада ЕМД, лікарі амбулаторій загальної практики – сімейної медицини, поліклінік), ранньому госпітальному етапі (відділення ЕМД багатопрофільної лікарні) та госпітальному етапі (різнопрофільні відділення).
10. Огляд місця події, забезпечення особистої безпеки медичного персоналу, безпеки свідків події та постраждалого, наближення до постраждалого (хворого).
11. Норми часу прибуття швидкої медичної допомоги на місце події.

Практично студенти повинні вміти:

1. Заповнювати карту виїзду бригади ЕМД.
2. Користуватись засобами особистої безпеки.
3. Порядок надання екстреної медичної допомоги на догоспітальному етапі (бригада ЕМД, лікарі амбулаторій загальної практики – сімейної медицини, поліклінік), ранньому госпітальному етапі (відділення ЕМД багатопрофільної лікарні) та госпітальному етапі (різнопрофільні відділення).
4. Оглядати місце події, забезпечувати особисту безпеку медичного персоналу, безпеку свідків події та постраждалого, порядок наближення до постраждалого (хворого).

Програмні питання в підготовці студента:

1. Яка структура та завдання служби екстреної медичної допомоги в Україні?
2. Які основні завдання та функції центру екстреної медичної допомоги?
3. Яка організаційна структура, завдання та функції станцій екстреної (швидкої) медичної допомоги?
4. Яка організаційна структура, основні завдання, функції та оснащення відділення екстреної (невідкладної) медичної допомоги багатопрофільної лікарні?
5. Оснащення, завдання та функції бригади швидкої медичної допомоги.
6. Карта виїзду бригади ЕМД, правила її оформлення.
7. Які є засоби особистої безпеки бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги?
8. Які обов'язки та права лікаря бригади швидкої медичної допомоги?
9. Особливості надання екстреної медичної допомоги на догоспітальному етапі (бригада ЕМД, лікарі амбулаторій загальної практики – сімейної медицини, поліклінік), ранньому госпітальному етапі (відділення ЕМД багатопрофільної лікарні) та госпітальному етапі (різнопрофільні відділення).
10. Огляд місця події, забезпечення особистої безпеки медичного персоналу, безпеки свідків події та постраждалого, наближення до постраждалого (хворого).
11. Які норми часу прибуття швидкої медичної допомоги на місце події?

Організація діяльності служби екстреної медичної допомоги в Україні (структура та завдання)

Завданнями системи екстреної медичної допомоги є організація та забезпечення:

- надання доступної, безоплатної, своєчасної та якісної екстреної медичної допомоги, у тому числі під час виникнення надзвичайних ситуацій та ліквідації їх наслідків;
- медико-санітарного супроводу масових заходів та заходів за участю осіб, стосовно яких здійснюється державна охорона;
- взаємодії з аварійно-рятувальними підрозділами міністерств, інших центральних та місцевих органів виконавчої влади під час виникнення надзвичайних ситуацій та ліквідації їх наслідків.

Основними принципами функціонування системи екстреної медичної допомоги є:

1. постійна готовність до надання екстреної медичної допомоги;
2. оперативне та цілодобове реагування на виклики екстреної медичної допомоги;
3. доступність та безоплатність екстреної медичної допомоги, її своєчасність, якість та пріоритетність;
4. послідовність та безперервність надання екстреної медичної допомоги та її відповідність єдиним вимогам;
5. регіональна екстериторіальність.

Організаційна структура, основні завдання та функції центру екстреної медичної допомоги

Центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф (ЦЕМД та МК) є закладом охорони здоров'я, основне завдання якого – забезпечення організації та надання екстреної медичної допомоги на території відповідної адміністративно-територіальної одиниці відповідно до цього Закону, є юридичною особою, має самостійний баланс, відповідні рахунки в органах казначейства і банках, печатку та бланк із своїм найменуванням.

Основними завданнями Центру є:

1) забезпечення організації та надання:

- екстреної медичної допомоги на території відповідної адміністративно-територіальної одиниці пацієнтам і постраждалим у повсякденних умовах, особливий період та під час ліквідації наслідків надзвичайної ситуації;
- консультаційної медичної допомоги з виїздом на місце.

2) організовує та здійснює:

- транспортування пацієнтів і постраждалих, які потребують медичного супроводу, а також медичної евакуації постраждалих під час ліквідації наслідків надзвичайної ситуації;
- організаційно-методичну допомогу під час розроблення плану медико-санітарного забезпечення населення у разі виникнення або загрози виникнення надзвичайної ситуації;
- інформаційно-аналітичне забезпечення Урядової інформаційно-аналітичної системи з питань надзвичайних ситуацій;
- контролює за своєчасністю, повнотою та якістю надання екстреної медичної допомоги бригадами.

Організаційна структура, завдання та функції станцій екстреної (швидкої) медичної допомоги

Оперативно-диспетчерська служба Центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф. В структуру Центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф входить оперативно-диспетчерська служба (ОДС). ОДС використовує телекомунікаційні мережі, програмні та технічні засоби у цілодобовому режимі і забезпечує супровід надання екстреної медичної допомоги у повсякденному режимі та при ліквідації НС. ОДС приймає виклики екстреної медичної допомоги за єдиним телефонним номером 103 або від операторів системи надання екстреної допомоги населенню за телефонним номером 112. У структурі ОДС є диспетчери з прийому викликів та диспетчери напрямків (пожежна служба, служба порятунку на воді та інш.) або утворюються цілодобові диспетчерські пости на базі Центру, або її підрозділів.

ОДС зобов'язана:

- приймати виклик екстреної медичної допомоги, забезпечувати його оброблення та оперативне реагування на такий виклик;
- під час оброблення виклику екстреної медичної допомоги сформулювати інформацію про місце події, характер та особливості невідкладного стану людини, вид допомоги, необхідний для усунення негативних наслідків такого стану для здоров'я людини, та повідомити про це абонента, який здійснив виклик екстреної медичної допомоги;
- передати станції екстреної (швидкої) медичної допомоги та відповідній бригаді екстреної (швидкої) медичної допомоги інформацію про виклик екстреної медичної допомоги, характер та особливості невідкладного стану людини;
- визначати заклад охорони здоров'я, до якого бригада екстреної (швидкої) медичної допомоги здійснюватиме перевезення пацієнта у невідкладному стані, передати цю інформацію бригаді екстреної (швидкої) медичної допомоги і лікувальному закладу;
- здійснювати інформаційний супровід надання екстреної медичної допомоги та прийняти інформацію про результат її надання на місці події, під час перевезення та прибуття пацієнта до закладу охорони здоров'я;
- здійснювати оперативну інформаційно-консультативну підтримку звернень населення за медичною допомогою;
- оперативно забезпечувати виїзну консультативну медичну допомогу за зверненнями закладів охорони здоров'я.

Станція швидкої медичної допомоги (СШМД) надає цілодобово екстрену медичну допомогу дорослому і дитячому населенню на догоспітальному етапі при невідкладних станах, які викликані нещасними випадками, раптовими захворюваннями, ускладненнями вагітності тощо.

СШМД підпорядковується Центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф. Медичну допомогу надає населенню за адміністративно-територіальним принципом, а при виникненні надзвичайної ситуації – за межами її території. В таких випадках виїзні бригади швидкої медичної допомоги направляються тільки за наказом місцевого органу управління охорони здоров'я, якому вони підпорядковані.

В залежності від кількості населення, території обслуговування, станції поділяються на категорії:

- 5 категорія – станції, що обслуговують до 50 тис. Населення;
- 4 категорія – станції, що обслуговують від 51 тис. До 200 тис.
- 3 категорія – станції, що обслуговують від 201 тис. До 500 тис.
- 2 категорія – станції, що обслуговують від 501 тис. До 1 млн

1 категорія – станції, що обслуговують від 1 млн до 2 млн населення.

Для забезпечення термінів прибуття виїзних бригаад ШМД до місць виклику у складі СШМД створюються підстанції (відділення) ШМД на правах структурних підрозділів. Кількість підстанцій (відділень) і зона обслуговування затверджується органами управління охорони здоров'я. Критеріями визначення меж зони обслуговування є довжина найдовшого маршруту (радіусу), що орієнтовно складає 8-10 км та забезпечує 15-ти хвилинну транспортну доступність.

Кількість БШМД визначається в залежності від населення, тобто 1 бригада на 10 тис. населення міського та 0,75 бригади на 10 тис. сільського населення.

Організаційна структура, основні завдання, функції та оснащення відділення екстреної (невідкладної) медичної допомоги багатопрофільної лікарні

Відділення ШМД є структурним підрозділом закладу охорони здоров'я (далі – ЗОЗ), яке у цілодобовому режимі забезпечує надання медичної допомоги пацієнтам, доставленим бригадами екстреної (швидкої) медичної допомоги (далі – Бригада), які направляються медичними працівниками та особам, які самостійно звернулися до Відділення.

Відділення I і II рівнів створюються у багатопрофільних лікарнях інтенсивного лікування відповідних рівнів. Відділення може бути клінічною базою профільних кафедр закладів вищої та післядипломної освіти.

Завданнями Відділення є:

- 1) цілодобовий прийом пацієнтів та їх реєстрація;
- 2) медичне сортування пацієнтів, у тому числі при масовому надходженні;
- 3) надання екстреної медичної допомоги пацієнтам згідно з галузевими стандартами у сфері охорони здоров'я;
- 4) обстеження та санітарна обробка пацієнтів;
- 5) направлення пацієнтів до профільних відділень або до інших ЗОЗ відповідно до встановленого діагнозу для подальшого лікування;
- 6) уточнення діагнозу, динамічне спостереження за станом пацієнта та лікування не більше доби з моменту госпіталізації до Відділення;
- 7) надання інформації до відповідних органів, служб і установ у випадках, передбачених законодавством України;
- 8) ведення облікової та звітної документації, складання звітів та подання їх керівнику ЗОЗ.

Функціями Відділення є:

- 1) прийом пацієнтів, які самостійно або за направленням медичного працівника звернулись до Відділення, та тих, транспортування яких, здійснили Бригади;
- 2) забезпечення готовності до надання екстреної медичної допомоги при масовому надходженні пацієнтів до ЗОЗ та під час ліквідації медичних наслідків надзвичайних ситуацій;
- 3) цілодобове надання екстреної медичної допомоги пацієнтам, у тому числі під час ліквідації медичних наслідків надзвичайних ситуацій;
- 4) повідомлення, у разі можливості, лікарю (сімейному лікарю, терапевту, педіатру), якого обрав пацієнт, про госпіталізацію, у тому числі про пацієнта, який самовільно залишив Відділення;
- 5) підтримка та збереження у Відділенні обмінного фонду засобів іммобілізації для видачі їх Бригаді замість використаних при наданні екстреної медичної допомоги пацієнту;
- 6) аналіз причин випадків смерті у Відділенні, розробка та проведення навчальних заходів щодо підвищення якості лікувально-діагностичної роботи у Відділенні;

- 7) моніторинг кількості вільних місць у відділеннях ЗОЗ для екстреної госпіталізації пацієнтів на кожен день;
- 8) забезпечення взаємозв'язку та послідовності у роботі з Бригадами, оперативно-диспетчерською службою центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, ЗОЗ та підрозділами екстреної допомоги населенню;
- 9) у разі необхідності, надання консультацій медичним працівникам бригади екстреної медичної допомоги, первинної медичної допомоги та інших ЗОЗ із використанням засобів телемедицини;
- 10) скерування пацієнтів, яких доставлено до Відділення Бригадами або які звернулись особисто і не потребують подальшої госпіталізації, на амбулаторне лікування;
- 11) впровадження у роботу нових методів діагностики та лікування з питань надання екстреної медичної допомоги населенню, які базуються на засадах доказової медицини.

Оснащення, завдання та функції бригади швидкої медичної допомоги

Бригада екстреної (швидкої) медичної допомоги – є структурною одиницею Центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф або станції екстреної (швидкої) медичної допомоги, яка надає екстрену медичну допомогу людині, що перебуває у невідкладному стані, безпосередньо на місці події та під час перевезення такої людини до закладу охорони здоров'я. Розрахунок кількості бригад проводиться відповідно до нормативів, затверджених МОЗ. За своїм складом бригади поділяються на *лікарські та фельдшерські*.

До складу лікарської бригади входять лікар, фельдшер, медична сестра, водій. Керівником бригади є лікар. До складу фельдшерської бригади входить фельдшер, медична сестра, водій. Керівником бригади є фельдшер. Керівникові бригади підпорядковуються всі її працівники, він несе персональну відповідальність за її роботу.

Основними завданнями бригади є:

- надання екстреної медичної допомоги пацієнтам та постраждалим на догоспітальному етапі та під час їх госпіталізації до профільних закладів охорони здоров'я;
- прийняття участі у ліквідації наслідків надзвичайної ситуації.

Засоби особистої безпеки бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги

Засоби індивідуального захисту прийнято поділяти на:

- засоби захисту органів дихання (фільтрувальні протигази, ізолювальні протигази, респіратори, протипилова тканинна маска, ватно-марлева пов'язка)
- засоби захисту шкіри – табельні та підручні. Табельні (комплект фільтрувального одягу, обробленого спеціальною пастою та ізолювальні засоби з повітронепроникних матеріалів)
- медичні засоби індивідуального захисту (радіопротектори, антидоти, індивідуальний протихімічний пакет, індивідуальний перев'язувальний пакет)

Огляд місця події, забезпечення особистої безпеки медичного персоналу, безпеки свідків події та постраждалого, наближення до постраждалого (хворого)

Якщо бригада швидкої медичної допомоги прибуває першою, то швидко і ретельно:

Оглядає: місце події, покриття ґрунту, рельєф, під'їзд;

Визначає: безпечність місця під'їзду, евакуації, кількість постраждалих, їх стан тяжкості.

Здійснює: прогноз вірогідних ушкоджень у постраждалих, виклик (за необхідності) рятувальної служби, поліції, інших служб, запит про додаткові бригади.

Заходи залежать від механізму травмування, природу сил, впливу яких піддавався

- постраждалих: дорожньо-транспортної пригоди, падіння з висоти, ураження струмом,
- утоплення, механічної асфіксії, укуса твариною, комахою, опіки, в наслідок СДЯР, або радіацією та ін.).

Необхідно переконатися, що немає небезпеки для самого медичного персоналу (активний транспортний рух, електрику, загазованість).

Норми часу прибуття швидкої медичної допомоги на місце події

Критичні звернення – звернення стосовно хворих/постраждалих при невідкладних станах, що безпосередньо загрожують життю, потребують виконання реанімаційних заходів та супроводжуються: відсутністю дихання; неефективним диханням; ознаками масивної крововтрати/кровотечі; зумовлені: усіма видами травм різної етіології; впливом зовнішніх факторів (ураження електричним струмом, блискавкою тощо); інтоксикацією та отруєнням, у тому числі укусами тварин, комах тощо; гострими та хронічними захворюваннями.

До таких пацієнтів бригада екстреної (швидкої) медичної допомоги повинна прибути у проміжок часу *до 10 хвилин* з моменту надходження звернення до диспетчера. З огляду на можливість виникнення обставин, які не залежать від організації системи надання екстреної медичної допомоги (ускладнений дорожній рух, метеорологічні умови, сезонні особливості, епідеміологічна ситуація тощо), допускається перевищення зазначеного нормативу, але не більше ніж у 25 % випадків;

Екстрені звернення – звернення стосовно хворих/ постраждалих при невідкладних станах, що несуть загрозу життю та здоров'ю людини і можуть призвести до різкого погіршення стану в разі несвоєчасного надання екстреної медичної допомоги та: супроводжуються: порушенням свідомості; ознаками кровотечі; ознаками гострого коронарного синдрому; ознаками гострого мозкового інсульту; розладами дихання; іншими скаргами та ознаками, що визначені як екстрені відповідно до переліку причин звернень та скарг про необхідність надання екстреної медичної допомоги; зумовлені: усіма видами травм різної етіології; впливом зовнішніх факторів (ураження електричним струмом, блискавкою тощо); інтоксикацією та отруєнням, у тому числі укусами тварин, комах тощо; гострими та хронічними захворюваннями.

До таких пацієнтів бригада екстреної (швидкої) медичної допомоги повинна прибути у проміжок часу *до 20 хвилин* з моменту надходження звернення до диспетчера. З огляду на можливість виникнення обставин, які не залежать від організації системи надання екстреної медичної допомоги (ускладнений дорожній рух, метеорологічні умови, сезонні особливості, епідеміологічна ситуація тощо), допускається перевищення зазначеного нормативу, але не більше ніж у 15 % випадків.

Неекстрені звернення – звернення стосовно постраждалого/хворого, стан якого не є невідкладним та відстрочення надання медичної допомоги якому не призведе до погіршення стану здоров'я, проте хворий/постраждалих потребує оцінки стану здоров'я медичним працівником.

У разі надходження неекстрених звернень диспетчер рекомендує пацієнту звернутися до лікаря, що надає первинну медичну допомогу, з яким укладена відповідна декларація, або до найближчого відділення екстреної (невідкладної) медичної допомоги, або таке звернення може бути передане до чергового центру первинної медико-санітарної допомоги відповідної адміністративно-територіальної одиниці. У разі відсутності такої можливості диспетчер напрямку направляє до пацієнта бригаду екстреної (швидкої) медичної допомоги, що не виконує критичні або екстрені виклики.

Непрофільні звернення – звернення стосовно постраждалих/хворих, стан яких не є невідкладним та не потребує надання медичної допомоги в межах, передбачених

кваліфікаційними вимогами працівників бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги. Хворий/постраждалий не потребує проведення оцінки стану здоров'я на місці, у разі потреби йому може бути надано дистанційну медичну консультацію щодо причини звернення.

У разі надходження непрофільних звернень диспетчер рекомендує пацієнту звернутися до лікаря, що надає первинну медичну допомогу, з яким укладена відповідна декларація. У разі потреби відповідальний медичний працівник оперативного-диспетчерської служби центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф повинен надати дистанційну медичну консультацію щодо причини звернення.

Відмова пацієнта від отримання допомоги (Згідно наказу МОЗ від 05.06.2019р. №1269)

Якщо особа (або батьки чи опікун) відмовляється від вторинної медичної допомоги та/або транспорту екстреної допомоги до лікарні, потрібно визначити здатність пацієнта приймати рішення. Компетентність, як правило, є правовим статусом здатності людини приймати рішення. Тому необхідно проконсультуватися з відповідним державним офісом ЕМД для з'ясування юридичних визначень та прав пацієнтів.

Ключові пункти:

1. Доросла або дієздатна неповнолітня особа, яка проявила усі ознаки здатності до самостійного прийняття рішень, має повне право визначати хід надання їй/йому допомоги, включаючи можливість відмовитись від отримання допомоги. Таким особам необхідно повідомити про усі ризики та наслідки відмови від лікування.

2. Особи, які проявили ознаки, що вказують на відсутність здатності самостійно приймати рішення, не можуть відмовитися від отримання допомоги або самостійно покинути місце події. Психічні розлади, наркотична/алкогольна інтоксикація та фізичні/ментальні порушення можуть серйозно вплинути на здатність особи приймати рішення. Особи, які намагалися вчинити самогубство, озвучили суїцидальні наміри або мають інші супутні ознаки, що дають працівникам ЕМД привід підозрювати суїцидальні мотиви пацієнта, вважаються такими, що не здатні самостійно приймати рішення.

3. Визначення здатності самостійно приймати рішення може ускладнюватися комунікаційними та культурними бар'єрами.

4. Працівники ЕМД не повинні наражати себе на небезпеку, намагаючись надати допомогу та/або транспортувати пацієнта, який відмовився від отримання допомоги.

5. Завжди дійте в інтересах пацієнта – працівники ЕМД, узгодивши з медичним керівництвом, повинні утримувати баланс залишаючи пацієнта на призволяще та надаючи насильно допомогу.

6. Особливі застереження – надання допомоги дітям. Бажано, щоб поруч з дитиною знаходився опікун або один з батьків для отримання дозволу на допомогу від імені дитини. Законом дозволяється надавати допомогу дітям у разі відсутності батьків або опікунів. Це вважається екстреним виключенням з правил в доктрині мовчазного погодження на отримання допомоги. У ситуації з дітьми це означає, що працівник догоспітальної допомоги діє згідно з розрахунком, що він вже має мовчазну згоду на надання допомоги, якщо ситуація відповідає даним критеріям:

а) неповнолітня особа страждає від невідкладного стану, який ставить її здоров'я або життя під загрозу;

б) опікун неповнолітньої особи поза межами доступу або не здатний надати дозвіл на транспортування або лікування;

в) надання допомоги або транспортування неможливо відтягнути безпечним чином допоки не буде отримано дозвіл на отримання допомоги;

г) працівники ЕМД надають допомогу лише при невідкладних станах, що несуть загрозу життю дитини;

г) за загальним правилом, коли діяльність керівництва догоспітальної допомоги є під сумнівом, постачальники ЕМД повинні завжди робити те, що вони вважають за найкраще в інтересах неповнолітнього;

д) якщо неповнолітня особа є хворою або травмованою і можливість контакту з батьками відсутня, працівник ЕМД повинен контактувати з прямим медичним керівництвом для отримання подальших інструкцій.

Карта виїзду бригади ЕМД, правила її оформлення

Порядок заповнення форми первинної облікової документації 110/о «Карта виїзду швидкої медичної допомоги» (рис. 1.1., 1.2.):

1. Карта заповнюється керівником бригади швидкої медичної допомоги (далі – бригада ШМД) державною мовою на кожний виїзд, а також на кожного пацієнта, якому була надана медична допомога.
2. Карта заповнюється кульковою ручкою синього або чорного кольору.
3. У карті не допускаються виправлення.
4. Прізвище, ім'я та по батькові пацієнта необхідно записувати розбірливо друкованими літерами так, як вони записані в документі, що засвідчує його особу (паспорті тощо), в разі відсутності будь-якого документа – зі слів особи або свідків.
5. У разі неможливості встановити паспортні дані особи пункт «Прізвище, ім'я, по батькові» не заповнюється і залишається вільним, а на звороті карти у пунктах «Скарги» та «Анамнез» зазначаються приблизний зріст, статура особи (померлого), колір її волосся та очей, особливі прикмети, описуються одяг, взуття тощо.

СТАНЦІЯ ШВИДКОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ										форма № 110/о Наказ МОЗ 17.11.2010 № 999				
КАРТА ВІЇЗДУ ШВИДКОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ №										A		0		
Адреса виклику					Район									
Привід до виклику					Район									
Прізвище					Ім'я					По батькові				
Адреса особи					Район									
Місце роботи					Посада									
Страховий поліс №					Страхова компанія									
1	Вік:		дні		міс.		роки							
2	Стать: 1 - чоловік; 2 - жінка													
3	Мешканець: 1 - міста; 2 - села; 3 - іншої держави													
4	Соціальний стан: 1 - робітник; 2 - службовець; 3 - учень; студент; курсант; 4 - підприємець; 5 - пенсіонер; 6 - інвалід; 7 - утриманець; 8 - фермер; 9 - не працює; 10 - біженець; 11 - без ПМП													
5	Подальше перебування особи: 1- на місці; 2- доставлений додому; 3- в інше місце (вказати)													
4 - за направленням ШМД № <u>наряду</u>														
5 - за направленням інших ЛПЗ														
6 - доставлений в травмпункт, поліклініку														
№ супровідного листа														
У лікарню № _____ відділення _____														
Час з _____ по _____; прийнятий, неприйнятий														
Діагноз _____														
Черговий лікар _____														
У лікарню № _____ відділення _____														
Час з _____ по _____; прийнятий, неприйнятий														
Діагноз _____														
Черговий лікар _____														
6	Повідомлення:		Телефон		Час		Прийняв							
Ст.лікарю ШМД														
Поліклініку (ПНМД)														
СЕС														
РВВС														
ДАІ														
Комендатуру														
Родичам														
Стіл довідок ШМД:														
Інше місце														
3 пацієнтом передано:														
Здав:														
Прийняв:														
Склад бригади:														
Лікар _____														
Фельдшер _____														
Мол. м/сестра _____														
Водій _____														
Стажер _____														
Супроводжуючий														
7	Особистий № медпрацівника													
8	Код підстанції													
9	Код бригади ШМД													
10	Допомога за діагнозом: 1 - термінова; 2 - нетермінова													
11	Прийому виклику													
12	Візду на виклик: <i>n/c</i> , <i>p/c</i> , T													
13	Прибуття на місце													
13.1	Візду на госпіталізацію (інше)													
14	Закінчення виклику													
15	Повернення на станцію													
Кілометраж														
16	Тип візду за діагнозом: 1 - нещасний випадок; 2 - раптове захворювання; 3 - пологи; 4 - патологія вагітності; 5 - перевезення хворого; 6 - хронічне захворювання; 7 - технологічний візд; 8 - чергування; 9 - безрезультатний													
17	Обґрунтованість: 1 - профільний; 2 - непрофільний													
18	Місце виклику: 1 - ЛПЗ; 2 - квартира; 3 - інше (вказати); 4 - громадське місце; 5 - робоче місце; 6 - вулиця; 7 - навчальний заклад													
19	Виклик: 1 - первинний; 2 - повторний; 3 - попутний; 4 - амбулаторний													
20	Звернення хворого: 1 - не звертався; 2 - звертався на СШМД (скільки разів); 3 - звертався в інший ЛПЗ													
21	Травма: 0 - немає; 1 - побутова; 2 - вулична; 3 - кримінальна; 4 - ДТП; 5 - виробнича; 6 - спортивна; 7 - самогубство; 8 - вулична, внаслідок ожеледиці													
22	Час від початку хвороби: 1 - до 1 год; 2 - від 1 до 3 год; 3 - від 3 до 6 год; 4 - від 6 до 12 год; 5 - від 12 до 24; 6 - понад 24год													
23	Алкоголь: (зі слів) 1 - вживав; 2 - не вживав; 3 - не відомо													
24	Результат: 1 - покращення; 2 - без ефекту; 3 - погіршення; 4 - смерть в присутності; 5 - смерть до приїзду; 6 - викликана спецбригада; 7 - здоровий; 8 - чергування; 9 - інші перевезення; 10 - заправка автомобіля; 11 - інше (вказати)													
25	Безрезультатний візд: 1 - не застали; 2 - адреса не знайдена; 3 - не доїхали; 4 - не викликали; 5 - обслугований до приїзду; 6 - відмова від медичної допомоги													
26	ПОПЕРЕДНІ ДІАГНОЗ:													
Код МКХ - X														
Згоден на запропоноване лікування. Підпис														
Я,														
відмовляюся від / медичної допомоги / транспортування / (підкреслити), які рекомендовані мені медичним персоналом, розуміючи наслідки такої відмови. Підпис особи _____														
Свідок _____ Свідок _____														

Рис.1.1 Форма первинної облікової документації 110/о «Карта візду швидкої медичної допомоги», титульна сторона

Тестові завдання

1. Хворий 42 років зателефонував на 103 і пояснив свої скарги на відчуття гострого болю по ходу сідничного нерва лівої нижньої кінцівки, безсоння, неможливість пересуватись по кімнаті, підвищення артеріального тиску. Який вид надання допомоги показаний пацієнту?
 - А. Невідкладна (неекстрена).
 - В. Екстрена.
 - С. Відстрочена.
 - Д. Не потребує допомоги (пройде самостійно).
 - Е. Показані всі види допомоги.
2. Які типи викликів на «103» слід віднести до неекстрених?
 - А. Тепловий удар.
 - В. Біль в животі.
 - С. Отруєння.
 - Д. Біль у суглобі.
 - Е. Біль за грудниною.
3. Оперативно-диспетчерська служба це складова:
 - А. Бригади швидкої медичної допомоги (БШМД).
 - В. Станції швидкої медичної допомоги (СШМД).
 - С. Центру системи екстреної медичної допомоги.
 - Д. Територіального ЦЕМДМК.
 - Е. Всеукраїнського НПЦЕМДМК.
4. Кому безпосередньо підпорядковане відділення екстреної (невідкладної) медичної допомоги?
 - А. СЕМД.
 - В. Центру екстреної медичної допомоги.
 - С. Управлінню охорони здоров'я.
 - Д. Багатопрофільній лікарні.
 - Е. УНПЦЕММК.
5. До якої категорії слід віднести станцію екстреної медичної допомоги, якщо вона обслуговує 50 тис. населення?
 - А. П'ятої.
 - В. Першої.
 - С. Третьої.
 - Д. Четвертої.
 - Е. Другої.
6. Основними завданнями бригади є:
 - А. Виконувати призначення сімейних лікарів.
 - В. Надання екстреної медичної допомоги на догоспітальному етапі.
 - С. Транспортування хворих додому.
 - Д. Транспортування померлих до моргу.
 - Е. Допомога хворим в лікарнях.

7. Служба екстреної медичної допомоги України надає населенню:
- Невідкладну та екстрену догоспітальну допомогу.
 - Невідкладну та екстрену госпітальну допомогу.
 - Невідкладну та екстрену спеціалізовану допомогу.
 - Невідкладну та екстрену домедичну допомогу.
 - Вищеперераховану невідкладну та екстрену допомогу.
8. При наявності постраждалих у вогнищі ураження, яке становить загрозу для життя або здоров'я членів БЕМД:
- Медичні працівники БЕМД надають допомогу на місці події у супроводі служби порятунку.
 - Станція екстреної (швидкої) допомоги має право відмовити у виклику.
 - Медичні працівники БЕМД надають допомогу лише на добровільних засадах.
 - Медичні працівники БЕМД повинні надати допомогу на місці події.
 - Постраждалих в безпечну зону доставляють служби порятунку.
9. До якої категорії слід віднести станцію ЕМД якщо вона обслуговує 650тис. населення?
- Першої.
 - Другої.
 - Третьої.
 - Четвертої.
 - П'ятої.
10. До якої категорії слід віднести підстанцію (відділення) ЕМД з кількістю чотири бригади?
- Першої.
 - Другої.
 - Третьої.
 - Четвертої.
 - П'ятої.

Відповіді на тести

- | | |
|------|-------|
| 1. А | 6. В |
| 2. D | 7. А |
| 3. С | 8. Е |
| 4. D | 9. В |
| 5. А | 10. С |

Ситуаційні задачі:

Задача 1.

Бригада ЕМД прибула на виклик. Постраждалий, близько 40 років, лежить на майданчику у непритомному стані, зіниці розширені, пульс на сонних артеріях не визначається, дихання відсутнє, шкіра блідо-ціанотичного кольору.

- Визначте стан постраждалого.
- Які першочергові дії слід виконати?

Задача 2.

Бригада ЕМД прибула на виклик до 67 річного потерпілого з приводу падіння з висоти. Зі слів очевидців, потерпілий впав з драбини, висотою близько 2м на поперекову ділянку. Об'єктивно: стан хворого важкий, шкіра бліда, визначається липкий піт, пульс 100уд/хв, АТ 60/40 мм.рт ст.

1. Розвиток якого ускладнення слід запідозрити у постраждалого?
2. Які подальші дії слід виконати на догоспітальному етапі?

Відповіді на ситуаційні задачі:

Задача 2.

1. Враховуючи клінічні дані, у постраждалого слід запідозрити внутрішню кровотечу.
2. На догоспітальному етапі, у першу чергу слід виконати периферичний венозний доступ, як альтернативу – внутрішньокістковий доступ, забезпечити адекватне знеболення потерпілого та якнайшвидше транспортувати його у лікувальний заклад для дообстеження та проведення оперативного лікування.

РЕКОМЕНДОВАНІ ДЖЕРЕЛА ІНФОРМАЦІЇ

Основна література

1. Екстрена та невідкладна медична допомога : навчальний посібник / Бодулев О. Ю., Дикий О. М., Могильник А. І. та ін. ; заг. ред.: Шкурупія Д. А. – 2-ге вид. – Вінниця : Нова Книга, 2018. – С. 9-36.

Допоміжна література

1. Невідкладна медична допомога// Навчальний посібник за редакцією професора Ф.С. Глумчера, проф.. В.Ф.Москаленка; К.; Медицина, 2006 – 632с.

2. Екстрена та невідкладна медична допомога. У VI томах. Т. IV Клінічні маршрути (протоколи) пацієнта під час надання екстреної медичної допомоги на догоспітальному етапі: підручник для студ. Вищ. Навч. закл. / Крилюк В.О. та ін. - Київ: Ожива, 2020. - 300 с.

3. Екстрена медична допомога. Том I: допомога травмованим на догоспітальному етапі: національний підручник / В.О. Крилюк, С.О. Гур'єв, Г.В. Загорій, А.А. Гудима, Н.І. Іскра та ін. - Київ. - 2017. - 504 с.

4. Екстрена медична допомога : підручник / [М.І. Швед, А.А. Гудима, С.М. Геряк та ін.] ; за ред. М.І. Шведа. - Тернопіль: ТДМУ, 2015. - 420 с.

5. Організація медичної допомоги на догоспітальному етапі. Первинне та вторинне обстеження постраждалого (методична розробка для організації самостійної роботи студентів V курсу медичного факультету)/ проф.Русин А.В., Бедей Н.В., Маляр-Газда Н.М., Куценко А.Ю. – Ужгород: ПП Данило, 2015. – 27с.

Методична розробка практичного заняття 2:

ПОРЯДОК НАДАННЯ ЕКСТРЕНОЇ ТА НЕВІДКЛАДНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПОСТРАЖДАЛИМ НА ДОГОСПІТАЛЬНОМУ ЕТАПІ. ПЕРВИННЕ ОБСТЕЖЕННЯ

Очікувані результати навчання, які повинні бути досягнуті здобувачами освіти після опанування теми «Порядок надання екстреної та невідкладної медичної допомоги постраждалим на догоспітальному етапі. Первинне обстеження»:

1. Володіти спеціалізованими концептуальними знаннями, що включають наукові здобутки у сфері охорони здоров'я і є основою для проведення досліджень, критичним осмисленням проблем у сфері медицини та дотичних до неї міждисциплінарних проблем.
2. Здатність зібрати дані про скарги, анамнез життя та захворювання, провести фізикальне обстеження пацієнта, використовуючи стандартні алгоритми дослідження на підставі знання про людину, її органи та системи при виникненні невідкладного стану, в умовах закладу охорони здоров'я або за його межами.
3. Вміння визначити головний клінічний синдром або виявити, чим обумовлена тяжкість стану потерпілого/постраждалого шляхом прийняття обґрунтованого рішення.
4. Встановлювати попередній клінічний діагноз при невідкладному стані за будь-яких обставин (в умовах закладу охорони здоров'я, за його межами) у т.ч. в умовах надзвичайної ситуації та бойових дій, в польових умовах, в умовах нестачі інформації та обмеженого часу.

Актуальність теми:

Термінальні стани є найбільш складними, а часто і драматичними ситуаціями в яких може опинитися медичний працівник, або особа без спеціальної медичної освіти які викликані до пацієнта, або з тієї чи іншої причини знаходяться на місці пригоди. Життя такого пацієнта буде залежати від рішучих і умілих дій до яких повинен бути готовий кожен із нас.

Мета заняття:

Поглиблення і закріплення студентами теоретичних знань та практичних умінь, необхідних при наданні невідкладної допомоги в екстремальній ситуації. Ознайомлення студентів із правилами первинного обстеження пацієнта, особливостями транспортування хворих та постраждалих.

Теоретично студенти повинні знати:

1. Первинне обстеження. Завдання первинного обстеження.
2. Технологія проведення первинного обстеження у притомного і непритомного пацієнта.
3. Критерії визначення категорії пацієнтів «Завантажуй та їдь».
4. Поняття про «платинових» пів години та «золоту» годину.
5. Надання медичної допомоги в ході первинного огляду. Визначення подальшої тактики на місці події.
6. Особливості транспортування хворих та постраждалих. Техніка евакуації постраждалого із транспортного засобу та його перенесення.
7. Засоби для довенного введення ліків, покази і техніка застосування. Внутрішньокісткове введення медикаментів.

Практично студенти повинні вміти:

1. Технологію проведення первинного обстеження у притомного і непритомного пацієнта.
2. Критерії визначення категорії пацієнтів «Завантажуй та їдь».
3. Надавати медичну допомогу в ході первинного огляду.
4. Визначати подальшу тактику дій/маніпуляцій на місці події.
5. Особливості транспортування хворих та постраждалих.
6. Техніку евакуації постраждалого із транспортного засобу та його перенесення.
7. Техніку периферичної венозної катетеризації. Підбір розміру катетера.
8. Техніку внутрішньокісткового доступу та введення ліків.

Програмні питання в підготовці студента:

1. Яка технологія проведення первинного обстеження у притомного і непритомного пацієнта?
2. Які критерії визначення категорії пацієнтів «Завантажуй та їдь»?
3. Які особливості транспортування хворих та постраждалих?
4. Яка техніка евакуації постраждалого із транспортного засобу та його перенесення?
5. Які засоби для довенного введення ліків, покази і техніка застосування?
6. Які показання та техніка для внутрішньокісткового введення медикаментів?

Первинне обстеження. Завдання первинного обстеження. Технологія проведення первинного обстеження у притомного і непритомного пацієнта

Первинне обстеження – це комплекс заходів, спрямований на виявлення порушень вітальних функцій для їх подальшого усунення. Дії з відновлення порушення вітальних функцій розпочинаються одразу після їх виявлення (до завершення первинного обстеження).

Показання: проводиться всім пацієнтам, яким надається ЕНМД.

Виключення: випадки масового ураження (хворі оглядаються з використанням сортувальних шкал).

Технологія проведення: для запам'ятовування правильної послідовності етапів первинного обстеження використовують мнемонічний алгоритм «*PDABCDE*»:

P – Protection: оцінка необхідності захисту персоналу від можливих уражень.

Після прибуття на місце події працівники ЕНМД оцінюють безпечність місця надання допомоги та збирають короткий анамнез (що трапилось, кількість постраждалих, об'єм наданої само-та взаємодопомоги). У випадку безпосередньої загрози життю медичного персоналу, медична допомога повинна бути відтермінована до усунення небезпеки або до евакуації постраждалого в безпечну зону.

D – Decision: прийняття рішення про доцільність проведення реанімації. Реанімаційні заходи розпочинають за наявності ознак клінічної смерті, за винятком:

- наявності ознак біологічної смерті;
- термінальної стадії інкурабельних захворювань (рак, синдром набутого імунodefіциту людини, боковий аміотрофічний склероз, туберкульоз, доброякісні пухлини, неоперабельні за рахунок розташування, тощо) за даними медичної документації;
- у хворих із соматичними захворюваннями в анамнезі без терапевтичних перспектив (тотальний атеросклероз судин, у т.ч. – судин головного мозку, термінальні стадії хронічної серцевої, ниркової, печінкової недостатності тощо);
- травм, несумісних із життям (декапітація, розчавлення шиї, грудної клітки або черевної порожнини);

- у випадку завчасно юридично оформленої пацієнтом відмови від реанімаційних заходів (наразі такі рішення не мають законодавчої бази в Україні).

A – Airway Maintenance with Cervical Spine Protection: оцінка необхідності відновлення прохідності дихальних шляхів та іммобілізації шийного відділу хребта. Для дослідження прохідності дихальних шляхів у хворого при свідомості потрібно спитати хворого, як його ім'я, попросити зробити глибокий вдих, попросити покашляти. Якщо пацієнт виконує всі три тести – його дихальні шляхи прохідні.

У пацієнта з порушенням свідомості проводять одночасну оцінку прохідності дихальних шляхів і дихання (етапи А і В) шляхом визначення струменя повітря при видиху. Для цього потрібно до рота і носа постраждалого наблизити долоню або вухо рятувальника. Наявність струменя повітря свідчить про прохідність дихальних шляхів. Паралельно із цим здійснюють візуальну оцінку екскурсії грудної клітки.

Забезпечення прохідності дихальних шляхів показано при порушенні свідомості, булькаючому диханні (наявність рідини в дихальних шляхах), храпі (обструкція язиком або сторонніми тілами), стридорозному диханні (обструкція на рівні голосових зв'язок), хрипах (обструкція нижче голосових зв'язок), відсутності дихання.

Травму шийного відділу хребта підозрюють у пацієнтів, які мають хоча б одну з перелічених ознак: біль в шиї, вимушене положення голови, напруження шийних м'язів; слабкість або відсутність рухів у кінцівках, розлади чутливості; закрита травма вище рівня ключиць; порушення свідомості за обставин, що не виключають травму (в тому числі й отруєння психотропними речовинами); падіння з висоти; пірнання у водойму; дорожньо-транспортна пригода (ДТП). Усім пацієнтам вищезазначених груп показана іммобілізація шийного відділу хребта навіть за відсутності скарг та симптомів, що свідчать про ушкодження хребта і спинного мозку. Іммобілізацію шийного відділу проводять мануальною фіксацією з подальшим накладанням шийного коміра. Знімати шийний комір можна лише після рентгенологічного дослідження, яке виключило травму хребта.

B – Breathing and Ventilation: оцінка потреби в штучній вентиляції легень (ШВЛ) і кисневій терапії проводиться шляхом констатації наявності дихання протягом 10 сек., оцінки частоти дихальних рухів за хвилину, оцінки участі допоміжної мускулатури в акті дихання; оцінки результатів перкусії та аускультативної легень з обох сторін у третьому проміжку по середній ключичній лінії, в шостому – по передній паховій лінії (тимпаніт та відсутність дихальних шумів свідчать про напружений пневмоторакс), оцінки відсотку оксигемоглобіну в периферійній крові (SpO₂).

У пацієнтів із відсутністю дихання протягом більше 10 сек., частотою дихальних рухів менше 8 або більше 30 слід розпочати ШВЛ. Пацієнтам з підозрою на напружений пневмоторакс потрібно провести його пункційну декомпресію. Пацієнтам із SpO₂ менше 95% необхідно розпочати інгаляцію зволоженого кисню за допомогою лицевої маски, респіраторну підтримку.

C – Circulation with Hemorrhage Control: оцінка необхідності відновлення кровообігу та контроль зовнішньої кровотечі. Першочерговим є виявлення у хворого масивної зовнішньої кровотечі. Масивною вважається кровотеча, при якій у потерпілого спостерігається витікання струменя крові (не обов'язково пульсуючого); біля потерпілого наявна калюжа крові більше третини поверхні тулуба, або така, що швидко збільшується. Проведення серцево-легеневої реанімації без зупинки зовнішньої кровотечі призведе до неефективності реанімації. Зупинка кровотечі на догоспітальному етапі здійснюється тимчасовими методами.

Наступним кроком є пальпація пульсу на магістральних артеріях (сонній у дорослих, стегновій у дітей до 8 років, плечовій у дітей раннього віку). Наявність пульсу на магістральних артеріях свідчить про рівень систолічного АТ більше 60 мм.рт.ст. За відсутності пульсу негайно розпочинають непрямий масаж серця. Також визначають стан периферичної перфузії шляхом натискання пальцем на нігтьове ложе пальців рук (симптом «блідої плями»). При утрудненому доступі чи ушкодженні пальців рук допустимо провести натискання на лоб або груднину потерпілого. Відновлення кольору нігтьового ложа довше ніж за 2 сек свідчить про розвиток у потерпілого шоку.

Діагноз шоку передбачає забезпечення судинного доступу шляхом катетеризації центральної або кількох периферичних вен та проведення інфузійної терапії. За неможливості катетеризувати вени вдаються до внутрішньокісткової інфузії.

При шоку, зумовленому травмою, використовують стратегію «Damage control resuscitation» (відновлення контролю над ушкодженнями), яка полягає в активній інфузії при зниженні систолічного АТ для його відновлення до цільового рівня. При проникаючій травмі цільовий рівень систолічного АТ становить 60 мм.рт.ст. (або збереження свідомості та пульсу на периферичних артеріях), при наявності черепно-мозкової травми (ЧМТ) – 90 мм.рт.ст.

D – Disability / Neurologic Evaluation: оцінка збережених можливостей нервової системи. Являє собою спрощене неврологічне обстеження і включає в себе оцінку рівня свідомості, дослідження зіниць, симптомів ушкодження спинного мозку.

Оцінка свідомості проводиться за шкалою *AVPU*, яка базується на здатності пацієнта реагувати на дії лікаря:

A – Alert: пацієнт у свідомості – слідкує за діями лікаря, виконує команди, доступний вербальному контакту;

V – Voice: пацієнт реагує на гучний голос;

P – Pain: пацієнт реагує на больові подразники;

U – Unresponsive: пацієнт не реагує на жодні подразники. У пацієнтів з утрудненою оцінкою рівня свідомості (хворі з деменцією, діти раннього віку) слід орієнтуватися на дані, отримані від членів сім'ї або соціальних працівників.

Крім стану свідомості, слід провести оцінку зіниць (розмір, реакція на світло, наявність анізокорії) та наявність симптомів ушкодження спинного мозку (об'єм довільних рухів та наявність порушення чутливості).

E – Exposure / Environmental control: захист від впливу ушкоджуючих факторів оточуючого середовища та додаткова оцінка стану постраждалого. Проводять оцінку можливої ушкоджуючої дії оточуючих факторів із подальшим усуненням їх дії: стабілізують температурний гомеостаз (зігрівання – при гіпотермії, фізичне охолодження при гіпертермії), знімають мокру одягу, усувають стискаючі об'єкти. Після цього проводять повний посистемний огляд пацієнта.

Критерії визначення категорії пацієнтів «Завантажуй та їдь»

До неї відносять пацієнтів, в яких:

- надто серйозний механізм ураження (падіння з висоти, важка спортивна травма, автомобільна травма і т.д.) або негативне враження про пацієнта при первинному загальному огляді (ампутація частини тіла, тяжкі дефекти і т.п.);
- при первинному огляді виявлено зниження рівня свідомості;
- порушення прохідності дихальних шляхів або дихальна недостатність;
- порушення серцево-судинної діяльності (шок або неконтрольована кровотеча);
- діти і вагітні жінки, які були піддані уражаючому чиннику;

Численні наукові дослідження показують, що затримка госпіталізації постраждалих призводить до зростання рівня летальності. Слід пам'ятати, що постраждалий з геморагічним шоком потребує дві речі, які не можуть бути забезпечені на догоспітальному етапі: переливання крові та кінцевий контроль внутрішньої кровотечі. Всі інфузійні розчини, які вводяться на догоспітальному етапі, не збільшують здатність крові до транспорту кисню в клітини та утворення тромбів. Контроль внутрішньої кровотечі може здійснюватися виключно у лікарні, оскільки це потребує хірургічного втручання, тому метою є витратити мінімум часу на місці події, на скільки це можливе. Це так званий підхід «обмеженого втручання на місці події», що передбачає проведення швидкого первинного огляду з метою виявлення загрозливих життю станів та їх усунення.

Поняття про «платинових» пів години та «золоту» годину

Термін *«золота година»* був запропонований французькими хірургами часів Першої світової війни. Вважається, що надання кваліфікованої медичної допомоги в цей проміжок часу значно скорочує летальність та кількість ускладнень.

Пізніше було введено термін *«платинових півгодини»*, які складають перші 30 хв «золотої години»: саме такий час є оптимальним для надання долікарської та першої лікарської допомоги. Дану термінологію доцільно застосовувати при організації ЕНМД у постраждалих від травм і нещасних випадків.

«Платинові півгодини» є періодом від настання нещасного випадку і до госпіталізації пацієнта в стаціонар. Вони складаються з трьох періодів по 10 хвилин кожний:

- перший період у 10 хв – від настання нещасного випадку (що має приблизно збігатися з отриманням виклику бригадою ЕШМД) до прибуття бригади ЕШМД на місце події. У цей період надається домедична допомога в порядку само- і взаємодопомоги;
- другий період у 10 хв – від прибуття бригади ЕШМД на місце події до початку транспортування хворого в стаціонар. У цей період проводиться медичне сортування, первинний огляд постраждалого і надання невідкладної допомоги на місці події;
- третій період у 10 хв – час транспортування хворого до стаціонару з продовженням надання невідкладної допомоги.

«Золота година» є періодом від настання нещасного випадку і до надання спеціалізованої медичної допомоги в стаціонарі. Вона складається з двох періодів по 30 хв кожний:

- перший період у 30 хв – «платинових півгодини»;
- другий період у 30 хв – від моменту доставки пацієнта в стаціонар і до надання спеціалізованої невідкладної допомоги. У цей період проводиться дообстеження пацієнта, уточнюється діагноз, вирішується тактика госпіталізації і подальшого надання спеціалізованої медичної допомоги.

Тактику надання спеціалізованої медичної допомоги в другому періоді «золотої години» можна визначити віднесенням пацієнта до однієї з трьох категорій:

- пацієнти з необоротними, вкрай тяжкими ушкодженнями, при яких настання смертельного випадку відбудеться навіть при наданні негайної, своєчасної та адекватної спеціалізованої медичної допомоги;
- пацієнти з ушкодженнями, при яких настання смертельного випадку може не статися за умови надання негайної, своєчасної й адекватної спеціалізованої медичної допомоги;
- пацієнти з ушкодженнями, при яких надання спеціалізованої медичної допомоги може бути відкладене протягом 1 години без ризику для життя та здоров'я постраждалого.

Надання медичної допомоги в ході первинного огляду. Визначення подальшої тактики на місці події. Особливості транспортування хворих та постраждалих. Техніка евакуації постраждалого із транспортного засобу та його перенесення

Техніка евакуації потерпілого з транспортного засобу. Перед початком евакуації потерпілого з транспортного засобу слід забезпечити безпеку постраждалого і рятувальника:

- убезпечити транспортний засіб (вимкнути двигун, при можливості зняти клеми з акумулятора, зафіксувати автомобіль, якщо він перебуває в нестійкому положенні);
- забезпечити захист потерпілого від уламків корпусу і скла;
- провести первинне обстеження та розпочати надання допомоги потерпіло-му прямо в салоні транспортного засобу;
- пересвідчитися, що частини тіла постраждалого не затиснуті у транспортному засобі;
- розрізати паски безпеки;
- провести негайну евакуацію потерпілого, якщо існує небезпека для його життя з боку транспортного засобу (загоряння, вибух, затоплення, обвалення конструкцій, небезпека отруєння продуктами горіння тощо) або характер і тяжкість ушкодження вимагають термінового втручання. В інших випадках провести контрольовану евакуацію .

У випадку необхідності негайної евакуації скористатися найкоротшим шляхом та застосувати прийом Раутека-1 або прийом Раутека-2 (рис.1.3.):

1. Прийом Раутека-1 застосовується у притомних потерпілих:

- повернути постраждалого до себе спиною;
- пропустити обидві руки під пахвами постраждалого;
- фіксувати приведені до тулуба передпліччя;
- потягти постраждалого на себе;
- за наявності, інший рятувальник підхоплює постраждалого під коліна.

2. Прийом Раутека-2 застосовують у постраждалих без свідомості і з підозрою на травму шийного відділу хребта (де застосування прийому Раутека-1 категорично протипоказане).



Рис.1.3 Схематичне зображення техніки виконання:
а) прийом Раутека-1; б) прийом Раутека-2

Він відрізняється проведенням фіксації передпліччя однією рукою, в той час як іншою – фіксують підборіддя, голову та шию постраждалого.

У разі значної деформації пошкодженого транспортного засобу слід розбирати його навколо потерпілого до проведення евакуації. Перед деблокуванням та вийманням постраждалого обов'язково слід провести іммобілізацію шийного відділу хребта шийним комірком та коротким щитом. Після цього необхідно опустити спинку автокрісла назад, завести під спину та стегна постраждалого евакуаційний щит, зафіксувати постраждалого ременями на евакуаційному щиті та витягти з транспортного засобу.

Техніка перекладання постраждалого. Основним принципом перекладання є недопущення рухів однієї частини тіла відносно іншої. Найчастіше застосовуються способи «Перека́т», «Нідерландський міст», «Згортка».

Спосіб «Перека́т» (рис.1.4.) потребує наявності двох рятувальників: перший нахиляє постраждалого набік до себе, другий заводить під постраждалого ноші.



Рис.1.4 Перекладання постраждалого способом «Перека́т»

Спосіб «Нідерландський міст» (рис.1.5.) потребує наявності трьох рятувальників: перший захоплює постраждалого під пахвами, розташовуючи його голову на своїх передпліччях; другий заводить руки під таз та поперек; третій розташовує на своїх передпліччях гомілки та стопи постраждалого. Перекладання слід проводити за командою другого учасника.

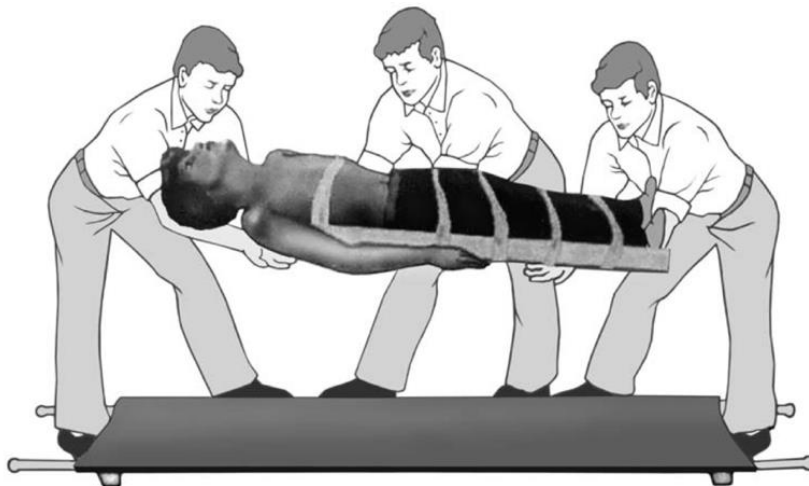


Рис.1.5 Перекладання постраждалого способом «Нідерландський міст»

Спосіб «Згортка» (рис.1.6.) потребує наявності чотирьох рятувальників: перший підтримує постраждалого під голову, інші піднімають тулуб та ноги, тримаючись за щільно згорнутий одяг.



Рис.1.6 Перекладання постраждалого способом «Згортка»

Засоби для доведеного введення ліків, покази і техніка застосування. Внутрішньокісткове введення медикаментів

Надійний венозний доступ шляхом катетеризації вен забезпечується всім пацієнтам у критичному стані. Досягти надійного і тривалого венозного доступу пункцією вени голкою неможливо.

Техніка проведення:

1. Одягнути захисні рукавички.
2. Вибрати вену для встановлення периферичного внутрішньовенного катетера:
 - дистальні вени пунктуються в першу чергу, потім венепункція проводиться проксимальніше місця попереднього втручання;
 - бажано використовувати вени на недомінантній руці.
3. Намагатися уникати встановлення катетера у:
 - вени нижніх кінцівок;
 - вени в ділянках суглобових згинів;
 - близькі до артерій і глибоко розташовані вени;
 - серединну ліктьову вену, що використовується для збору крові на дослідження;
 - малі видимі поверхневі вени, які не пальпуються;
 - вени, що раніше підлягали катетеризації;
 - ламкі та склерозовані вени;
 - вени в інфікованих ділянках шкіри (при опіках великої площі в перші години можлива катетеризація вени через опікову поверхню).
4. Вибрати катетер відповідного розміру з огляду на діаметр вени та запланований об'єм інфузії (намагатися використовувати найменший необхідний розмір катетера).
5. Накласти венозний джгут на 10–15 см вище місця передбачуваної венепункції.
6. Обробити шкіру, що прилягає до місця венепункції, антисептиком, круговими рухами від центру до периферії (дати антисептику повністю висохнути; не пальпувати вену повторно).
7. Провести венепункцію підкутом 30–45° (надходження крові в камеру візуалізації свідчить про потрапляння голки-провідника у просвіт судини).
8. Просунути катетер великим і вказівним пальцями у вену на необхідну глибину.
9. Зняти джгут (не встановлювати повторно голку під час перебування катетера у вені).
10. Приєднати інфузійну систему чи встановити заглушку на катетер.

11. Зафіксувати катетер на поверхні шкіри пацієнта за допомогою лейкопластира.

Внутрішньокісткова інфузія. Суть методу полягає в пункції губчастої речовини епіфіза або епіфізарної частини медулярної порожнини діяфіза кісток, які заповнені червоним кістковим мозком і сполучені гаверсовими каналами з венозною системою (рис.1.7.).



Рис.1.7 Системи для внутрішньокісткової інфузії
а) EZ-IO; б) Bone Injection Gun

Таким чином, внутрішньокістковий простір фактично є «веною, що не спадається».

Так, при використанні великогомілкового доступу можна забезпечити швидкість інфузії під тиском до 64 мл/хв.

Показання до застосування: необхідність у негайній інфузії за відсутності технічної можливості катетеризації вен (3 невдалі спроби катетеризації протягом більше 90 сек); велика кількість постраждалих, яким потрібна негайна інфузія.

Техніка проведення:

1. Обрати місце пункції залежно від типу пристрою для внутрішньокісткового доступу:
EZ-IO – стегнова, великогомілкова або плечова кістка;
Bone Injection Gun – медіальна поверхня великогомілкової кістки;
F.A.S.T.1 – груднина.
2. Обробити антисептиком шкіру.
3. Ввести голку під кутом 90° під шкіру до відчуття провалу.
4. Витягнути мандрен.
5. Пересвідчитися у правильності розташування голки шляхом аспірації кісткового мозку і можливості вільної інфузії 5–10 мл рідини.
6. Зафіксувати голку.

Тестові завдання

1. Що таке первинне обстеження?

А. Первинне обстеження - це комплекс заходів, спрямований на виявлення порушень шлунково-кишкового тракту.

В. Первинне обстеження - це комплекс заходів, спрямований на виявлення порушень серцево-судинної системи.

С. Первинне обстеження - це комплекс заходів, спрямований на виявлення порушень нервової системи.

Д. Первинне обстеження - це комплекс заходів, спрямований на виявлення порушень життєвих функцій для їх подальшого усунення.

Е. Первинне обстеження – це комплекс заходів, спрямований на визначення основного діагнозу пацієнта.

2. Які дії з відновлення порушення вітальних функцій розпочинаються після виявлення?
 - A. Дії з відновлення порушення вітальних функцій розпочинаються через годину після їх виявлення.
 - B. Дії з відновлення порушення вітальних функцій розпочинаються після завершення первинного обстеження.
 - C. Дії з відновлення порушення вітальних функцій розпочинаються одразу після їх виявлення (до завершення первинного обстеження).
 - D. Дії з відновлення порушення вітальних функцій розпочинаються тільки за наявності лікаря.
 - E. Дії з відновлення порушення вітальних функцій розпочинаються після успішного проведення комплексу серцево-легеневої реанімації.

3. Кому проводиться первинне обстеження?
 - A. Первинне обстеження проводиться тільки пацієнтам з нервовими захворюваннями.
 - B. Первинне обстеження проводиться тільки пацієнтам з респіраторними захворюваннями.
 - C. Первинне обстеження проводиться тільки пацієнтам з серцевими захворюваннями.
 - D. Первинне обстеження проводиться всім пацієнтам, яким надається ЕНМД.
 - E. Первинне обстеження проводиться тільки пацієнтам, що знаходяться у ВАІТ.

4. Які є етапи первинного обстеження?
 - A. Етапи первинного обстеження: A - Airway Maintenance, B - Breathing and Ventilation, C - Circulation and Hemorrhage Control, D - Disability / Neurologic Evaluation, E - Exposure / Environmental Control.
 - B. Етапи первинного обстеження: P - Protection, D - Decision, A - Airway Maintenance with Cervical Spine Protection, B - Breathing and Ventilation, C - Circulation and Hemorrhage Control, E - Exposure / Environmental Control.
 - C. Етапи первинного обстеження: P - Protection, D - Decision, A - Airway Maintenance with Cervical Spine Protection, B - Breathing and Ventilation, C - Circulation and Hemorrhage Control, D - Disability / Neurologic Evaluation, E - Exposure / Environmental Control.
 - D. Етапи первинного обстеження: P - Protection, D - Decision, A - Airway Maintenance, B - Breathing and Ventilation, C - Circulation and Hemorrhage Control, D - Disability / Neurologic Evaluation.
 - E. Етапи первинного обстеження: D - Decision, A - Airway Maintenance, B - Breathing and Ventilation, C - Circulation and Hemorrhage Control, D - Disability / Neurologic Evaluation.

5. Що означає етап Protection в первинному обстеженні?
 - A. Етап Protection включає оцінку необхідності захисту персоналу від можливих уражень.
 - B. Етап Protection включає оцінку необхідності захисту пацієнта від можливих уражень.
 - C. Етап Protection включає оцінку необхідності захисту навколишнього середовища від можливих уражень.
 - D. Етап Protection включає оцінку необхідності захисту обладнання від можливих уражень.
 - E. Етап Protection включає оцінку необхідності захисту цивільного населення від можливих уражень.

6. Які дії проводяться на етапі Decision в первинному обстеженні?
 - A. На етапі Decision проводиться прийняття рішення про доцільність проведення транспортування пацієнта у найближчий лікувальний заклад.
 - B. На етапі Decision проводиться прийняття рішення про доцільність проведення хірургічного втручання.

- C. На етапі Decision проводиться прийняття рішення про доцільність проведення лабораторних досліджень.
 - D. На етапі Decision проводиться прийняття рішення про доцільність проведення реанімації.
 - E. На етапі Decision проводиться прийняття рішення про доцільність проведення оцінки сідомості пацієнта.
7. Що означає етап Airway Maintenance with Cervical Spine Protection в первинному обстеженні?
- A. Етап Airway Maintenance with Cervical Spine Protection включає оцінку необхідності відновлення прохідності дихальних шляхів.
 - B. Етап Airway Maintenance with Cervical Spine Protection включає оцінку необхідності відновлення прохідності дихальних шляхів та іммобілізації шийного відділу хребта.
 - C. Етап Airway Maintenance with Cervical Spine Protection включає оцінку необхідності відновлення прохідності дихальних шляхів та іммобілізації грудного відділу хребта.
 - D. Етап Airway Maintenance with Cervical Spine Protection включає оцінку необхідності відновлення прохідності дихальних шляхів та іммобілізації поперекового відділу хребта.
 - E. Етап Airway Maintenance with Cervical Spine Protection включає оцінку необхідності відновлення прохідності дихальних шляхів та іммобілізації ушкоджених кінцівок хребта
8. Як проводиться оцінка прохідності дихальних шляхів у свідомого пацієнта?
- A. Для дослідження прохідності дихальних шляхів у свідомого пацієнта потрібно провести комп'ютерну томографію.
 - B. Для дослідження прохідності дихальних шляхів у свідомого пацієнта потрібно спитати хворого, як його ім'я, попросити зробити глибокий вдих, попросити покашляти.
 - C. Для дослідження прохідності дихальних шляхів у свідомого пацієнта потрібно провести рентгенографію грудної клітки.
 - D. Для дослідження прохідності дихальних шляхів у свідомого пацієнта потрібно провести бронхоскопію.
 - E. Для дослідження прохідності дихальних шляхів у свідомого пацієнта потрібно провести пальцеву ревізію ротової порожнини.
9. Як проводиться оцінка потреби в відновленні кровообігу?
- A. Оцінка потреби в відновленні кровообігу проводиться шляхом вимірювання рівня гемоглобіну в крові.
 - B. Оцінка потреби в відновленні кровообігу проводиться шляхом вимірювання кількості еритроцитів в крові.
 - C. Оцінка потреби в відновленні кровообігу проводиться шляхом виявлення масивної зовнішньої кровотечі або клінічних ознак внутрішньої кровотечі та ступеню крововтрати.
 - D. Оцінка потреби в відновленні кровообігу проводиться шляхом вимірювання кров'яного тиску.
 - E. Оцінка потреби в відновленні кровообігу проводиться шляхом вимірювання показників коагулограми в крові.
10. Що означає етап Exposure / Environmental Control в первинному обстеженні?
- A. Етап Exposure / Environmental Control включає захист від впливу іонізуючого випромінювання.
 - B. Етап Exposure / Environmental Control включає захист від впливу отруйних речовин.
 - C. Етап Exposure / Environmental Control включає захист від впливу ушкоджуючих факторів зовнішнього середовища.

- D. Етап Exposure / Environmental Control включає захист від впливу ушкоджуючих факторів оточуючого середовища та додаткову оцінку стану постраждалого.
- E. Всі відповіді правильні.

Відповіді на тести

- | | |
|------|-------|
| 1. D | 6. D |
| 2. C | 7. B |
| 3. D | 8. B |
| 4. C | 9. C |
| 5. A | 10. D |

Ситуаційні задачі

Задача 1.

Бригада ЕШМД прибула на місце ДТП. Зі слів очевидців, легкове авто скоїло наїзд на відбійник. Водій перебуває в деформованому автомобілі. Пасажир самовільно покинув транспортний засіб та скаржитися на біль в правому стегні.

1. Охарактеризуйте послідовність дій бригади ЕШМД по прибуттю на місце події.

Задача 2.

Бригада ЕШМД викликана з приводу електротравми. Чоловік у коридорі власного помешкання лежить на животі. На звернення не реагує. В руці затиснутий оголений провід, інший кінець заходить до стіни.

1. Яким буде алгоритм надання допомоги постраждалому бригадою ЕШМД?

Відповіді на ситуаційні задачі:

Задача 1.

Перед початком евакуації потерпілого з транспортного засобу слід забезпечити безпеку постраждалого і рятувальника: (убезпечити транспортний засіб (вимкнути двигун, при можливості зняти клему з акумулятора, зафіксувати автомобіль, якщо він перебуває в нестійкому положенні; забезпечити захист потерпілого від уламків корпусу і скла; провести первинне обстеження та розпочати надання допомоги потерпіло-му прямо в салоні транспортного засобу; пересвідчитися, що частини тіла постраждалого не затиснуті у транспортному засобі; розрізати паски безпеки; провести негайну евакуацію потерпілого, якщо існує небезпека для його життя з боку транспортного засобу (загоряння, вибух, затоплення, обвалення конструкцій, небезпека отруєння продуктами горіння тощо) або характер і тяжкість ушкодження вимагають термінового втручання. В інших випадках провести контрольовану евакуацію.

Всі потерпілі потребують первинного огляду та дій згідно алгоритму PDABCDE, а саме: *P – Protection*: оцінка необхідності захисту персоналу від можливих уражень; *D – Decision*: прийняття рішення про доцільність проведення реанімації; *A – Airway Maintenance with Cervical Spine Protection*: оцінка необхідності відновлення прохідності дихальних шляхів та іммобілізації шийного відділу хребта; *B – Breathing and Ventilation*: оцінка потреби в штучній вентиляції легень; *C – Circulation and Hemorrhage Control*: оцінка необхідності відновлення кровообігу та контроль зовнішньої кровотечі; *D – Disability / Neurologic Evaluation*: оцінка збережених можливостей нервової системи; *E – Exposure / Environmental Control*: захист від впливу ушкоджуючих факторів оточуючого середовища та додаткова оцінка стану постраждалого.

В залежності від кількості рятувальників може змінюватись техніка перекладання потерпілих на носі, для подальшої евакуації потерпілих у лікувальний заклад.

РЕКОМЕНДОВАНІ ДЖЕРЕЛА ІНФОРМАЦІЇ

Основна література

1. Екстрена та невідкладна медична допомога : навчальний посібник / Бодулев О. Ю., Дикий О. М., Могильник А. І. та ін. ; заг. ред.: Шкурупія Д. А. – 2-ге вид. – Вінниця : Нова Книга, 2018. – С. 44-49.

Допоміжна література

1. Невідкладна медична допомога// Навчальний посібник за редакцією професора Ф.С. Глумчера, проф.. В.Ф.Москаленка; К.; Медицина, 2006 – 632с.

2. Екстрена та невідкладна медична допомога. У VI томах. Т. IV Клінічні маршрути (протоколи) пацієнта під час надання екстреної медичної допомоги на догоспітальному етапі: підручник для студ. Вищ. Навч. закл. / Крилюк В.О. та ін. - Київ: Ожива, 2020. - С. 16-21.

3. Екстрена медична допомога. Том I: допомога травмованим на догоспітальному етапі: національний підручник / В.О. Крилюк, С.О. Гур'єв, Г.В. Загорій, А.А. Гудима, Н.І. Іскра та ін. - Київ. - 2017. - 504 с.

4. Екстрена медична допомога (догоспітальні протоколи): посібник / за редакцією професора О.В. Богомолець, професора Г.Г. Рощина. - Київ. Юстон. - 2016. - 212 с.

5. Організація медичної допомоги на догоспітальному етапі. Первинне та вторинне обстеження постраждалого (методична розробка для організації самостійної роботи студентів V курсу медичного факультету)/ проф.Русин А.В., Бедей Н.В., Маляр-Газда Н.М., Куценко А.Ю. – Ужгород: ПП Данило, 2015. – 27с.

Методична розробка практичного заняття 3:

ПОРЯДОК НАДАННЯ ЕКСТРЕНОЇ ТА НЕВІДКЛАДНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПОСТРАЖДАЛИМ НА ДОГОСПІТАЛЬНОМУ ЕТАПІ. ВТОРИННЕ ОБСТЕЖЕННЯ

Очікувані результати навчання, які повинні бути досягнуті здобувачами освіти після опанування теми «Порядок надання екстреної та невідкладної медичної допомоги постраждалим на догоспітальному етапі. Вторинне обстеження»:

1. Здатність зібрати дані про скарги, анамнез життя та захворювання, провести фізикальне обстеження пацієнта, використовуючи стандартні алгоритми дослідження на підставі знання про людину, її органи та системи при виникненні невідкладного стану, в умовах закладу охорони здоров'я або за його межами.
2. Вміння визначити головний клінічний синдром або виявити, чим обумовлена тяжкість стану потерпілого/постраждалого шляхом прийняття обґрунтованого рішення.
3. Встановлювати попередній клінічний діагноз при невідкладному стані за будь-яких обставин (в умовах закладу охорони здоров'я, за його межами) у т.ч. в умовах надзвичайної ситуації та бойових дій, в польових умовах, в умовах нестачі інформації та обмеженого часу.

Актуальність теми:

Знання основ невідкладної допомоги та міжнародних рекомендацій з проведення реанімаційних заходів сприяють тому, що у випадку невідкладних ситуацій дійсно вдається врятувати пацієнта.

Мета заняття:

Поглиблення і закріплення студентами теоретичних знань та практичних умінь, необхідних при наданні невідкладної допомоги в екстремальній ситуації. Ознайомлення студентів із правилами вторинного обстеження пацієнта.

Теоретично повинні знати:

1. Мету вторинного обстеження.
2. Пацієнти, що підлягають швидкому обстеженню з голови до ніг.
3. Оцінку рівня свідомості за шкалою коми Глазго.
4. Огляд, пальпація голови, шиї.
5. Огляд, пальпація, перкусія, аускультация грудної клітки.
6. Огляд, пальпація живота.
7. Визначення стабільності кісток таза.
8. Огляд, пальпація нижніх та верхніх кінцівок, ділянок хребта.
9. Неврологічний огляд.
10. Збір анамнезу в ході вторинного обстеження.
11. Додаткові методи обстеження.
12. Встановлення діагнозу невідкладного стану.

Практично студенти повинні вміти:

1. Оцінювати рівень свідомості за шкалою коми Глазго.
2. Виконувати огляд, пальпацію голови, шиї.
3. Виконувати огляд, пальпацію, перкусію, аускультацию грудної клітки.
4. Виконувати огляд, пальпацію живота.
5. Визначати стабільність кісток таза.

6. Виконувати огляд, пальпацію нижніх та верхніх кінцівок, ділянок хребта.
7. Виконувати неврологічний огляд.
8. Збирати анамнез в ході вторинного обстеження.
9. Встановлювати діагноз невідкладного стану.

Програмні питання в підготовці студента:

1. Які пацієнти підлягають швидкому обстеженню з голови до ніг?
2. Правила оцінки рівня свідомості за шкалою коми Глазго.
3. Яка послідовність, техніка огляду, пальпації голови, шиї, грудної клітки, живота, верхніх, нижніх кінцівок, ділянок хребта?
4. Техніка визначення стабільності кісток таза.
5. Техніка проведення неврологічний огляду.
6. Яка послідовність збору анамнезу в ході вторинного обстеження, визначення потреби у додаткових методах обстеження?
7. На основі яких критеріїв встановлюється діагноз невідкладного стану?

Мета вторинного обстеження

Метою вторинного обстеження є встановлення діагнозу та провідного синдрому, який визначає тяжкість стану. Його проводять після первинного обстеження. Крім огляду хворого, важливе значення має збір анамнезу (скарги, алергія, прийом медикаментів, час останнього вживання їжі, перенесені захворювання, отримання даних про імунізацію проти правця, зловживання алкоголем, з'ясування обставин про ураження).

Пацієнти, що підлягають швидкому обстеженню з голови до ніг

Швидкому вторинному огляду з голови до ніг на місці події підлягають пацієнти із тяжкими порушеннями свідомості, якими є ступор, сопор і кома. Діагностика порушення свідомості найчастіше проводиться за шкалою коми Глазго (табл 1.2.).

Оцінка рівня свідомості за шкалою коми Глазго

За глибиною розрізняють такі ступені коми:

I ступінь – відсутність свідомості при збережених цілеспрямованих захисних рухових реакціях у відповідь на больові подразники; дихання, гемодинаміка, соматичні й вегетативні рефлекси не порушені;

II ступінь – відсутність свідомості при збережених нецілеспрямованих захисних рухових реакціях у відповідь на больові подразники; дихання, гемодинаміка, вегетативні рефлекси не порушені, з'являються патологічні соматичні рефлекси;

III ступінь – відсутність свідомості при відсутності рухових реакцій у відповідь на больові подразники, дихання патологічне, гемодинаміка пригнічена, вегетативні рефлекси знижені, соматичні рефлекси і м'язовий тонус пригнічені;

IV ступінь – відсутність свідомості при відсутності рухових реакцій у відповідь на больові подразники; дихання і гемодинаміка підтримуються за рахунок медичних втручань, вегетативні і

соматичні рефлекси практично не визначаються, м'язовий тонус відсутній. Фактично ця стадія (атонія, арефлексія, адинамія) близька до стану клінічної смерті, або смерті мозку.

Таблиця 1.2 Шкала коми Глазго

Показник	Реакція у відповідь у різних вікових групах				Бали
	до 1 місяця	1–12 місяців	1–3 роки	від 3 років	
Відкривання очей	спонтанно				4
	на звук				3
	на біль				2
	немає				1
Рухова реакція	на звук		по команді		6
	жвава, безладна реакція на біль		локалізована реакція на біль		5
	млява реакція на біль		відсмикування кінцівки		4
	згинання кінцівок				3
	розгинання кінцівок				2
	немає				1
Вербальна реакція	плач	белькотіння	сполучення слів	чітка відповідь	5
	спонтанний крик	спонтанний стогін	окремі слова	сплутана мова	4
	стогін на біль		крик	окремі слова	3
	млявий стогін на біль		невиразні звуки		2
	немає				1

Примітка:

- 15 балів – ясна свідомість;
- 13–14 балів – легке затьмарення;
- 10–12 балів – тяжке затьмарення;
- 8–9 балів – сопор;
- 6–7 балів – помірна кома;
- 4–5 балів – глибока кома;
- 3 бали – термінальна кома.

Огляд, пальпація голови, шиї

Обстеження голови. При огляді можуть бути виявлені *пошкодження м'яких тканин голови:* крововиливи у м'які тканини голови (підшкірну або підпапоневротичну гематому) садна, рани. При ЧМТ спостерігаються забійні, рвані, забійно-рвані, колоті, скальповані, вогнепальні рани.

Оцінюють *стан шкіри:* суха, волога, її колір, вираженість венозної сітки, тургор, сліди уколів, температура, одутлуватість, набряки, синці, рани, гематоми, висипка та її характеристика, за наявності – опікова поверхня (гіперемія, пухирі, обуглювання, контрактури, обгоріле волосся на голові), її площа. Періорбітальні крововиливи («симптом окулярів») можуть свідчити про ураження основи черепа, хоча можуть проявлятися і при локальній травмі обличчя.

Звертають увагу на *виділення із носових ходів* і зовнішнього слухового проходу. Патогномонічними для перелому основи черепа симптомами є ото- і ринолікворея. Остання

посилюється при нахилі голови вперед («симптом чайника»). Натомість, ото- і риногеморея характерні не лише для ушкодження основи черепа, а й для локальних травм.

Оцінюють *відкривання рота, запах і виділення з нього*. Можливий запах ацетону, алкоголю, сечовини тощо. Відкривання рота обмежене при гіпертонусі жувальної мускулатури, при анкілозуючих ураженнях шийних хребців, суглобів нижньої щелепи. Звертають увагу на колір, форму, рухливість, характер нальоту і поверхні язика. Язик чорного кольору може бути при холері, червоного (малинового) кольору – при тяжких інфекційних захворюваннях. Збільшений, товстий язик спостерігається при його запаленні, алергічній реакції, мікседемі, хворобі гіпофіза, психічних захворюваннях. Волосиста лейкоплакія і виразково-некротичний стоматит можуть бути ознакою інфекції, викликаною вірусом імунодефіциту людини і туберкульозу. Сухий, покритий борозенками, а інколи і тріщинами язик свідчить про ексікоз.

Обстеження шиї: коротка, довга, вираженість гортані, шийних вен, наявність припухлості, синців, странгуляцій. Пальпація припухлості, пульсація сонних артерій, ригідність м'язів. Можлива оцінка рухливості шийного відділу хребта (за винятком підозри на травму). Найбільше клінічне значення мають *ознаки травми шийного відділу хребта:*

1. Напруження м'язів шиї.
2. Обмеження рухливості.
3. Вимушене положення голови і шиї.
4. Пальпаторне виявлення зсуву і болочості остистих відростків.
5. Хруст, крепітація, клацання в шиї при самостійних активних рухах голови (форсована перевірка пасивних рухів не застосовується з огляду на небезпеку прогресування ушкоджень).
6. Нестійкість голови.

Огляд, пальпація, перкусія, аускультация грудної клітки

Обстеження грудної клітки. Огляд грудної клітки може виявити рани, припухлості, зміну кольору шкіри, нерівномірність рухів окремих ділянок. Також оцінюють участь допоміжної мускулатури в акті дихання, роздування крил носа, патологічні ритми дихання (Чейна – Стокса, Біота, Куссмауля, центральна нейрогенна гіпервентиляція, апнейстичне дихання, дихання агонального типу, парадоксальне дихання). Патологічні ритми дихання, рідке дихання свідчать про серйозне ураження головного мозку. Дихання Куссмауля спостерігається при кетоацидозі. Часте, поверхнєве дихання, участь допоміжної мускулатури в акті дихання характерні для респіраторного дистрес-синдрому, пневмонії. Стридорозне дихання за участю допоміжної мускулатури характерне для зниженої прохідності верхніх дихальних шляхів. Уповільнений видих засвідчує наявність бронхіолоспазму. Задишка, клекочуче дихання, інколи з рожевою піною, характерне для кардіогенного набряку легень .

При пальпації можна діагностувати гематому, підшкірну крепітацію (ознака емфіземи), зміщення відломків ребер, ключиці. Переломи ребер, ключиці, інколи – груднини, при закритих травмах реєструються більше ніж у 50% постраждалих. Обмеження або нерівномірність рухів грудної клітки, флотація характерні для травми грудної клітки.

Перкуторно: притуплення над певною ділянкою грудної клітки засвідчує наявність рідини у плевральній порожнині або гіповентиляцію певних ділянок легень (ателектаз, пневмонія, високе стояння купола діафрагми).

При аускультатії грудної клітки виявляються везикулярне, жорстке бронхіальне, ослаблене дихання, крепітація, хрипи різного калібру і звучності, шум тертя плеври.

Ознаки механічних ушкоджень є проявом тяжких ізольованих травм грудної клітки і грудного скелета внаслідок ушкоджень холодною та вогнепальною зброєю, гострими деталями

на виробництві, виступаючими частинами автомобіля під час аварії. Закриті травми в більшості випадків є наслідком дорожньо-транспортних пригод, падіння з висоти,

При пораненнях і травмах грудної клітки, що зумовлені відкритим чи напруженим пневмотораксом, масивним гемотораксом, кровотечею в плевральну порожнину, яка триває, тампонадою серця, порушенням каркасності грудного скелета, obturaційною непрохідністю дихальних шляхів, виникають тяжкі кардіопульмональні порушення. При забої легень внаслідок накопичення харкотиння і крові може виникати бронхообструкція.

Паренхіматозні порушення дихання (ушкодження дихальних шляхів і легень при збереженні функції апарату зовнішнього дихання) можлива при порушеннях прохідності верхніх та нижніх дихальних шляхів (легенева кровотеча, аспіраційний пневмоніт, утоплення, бронхоспастичний синдром), рестриктивних ушкодженнях легень (пневмонії, ателектази, гематоми легень, респіраторний дистрес-синдром, значні випоти у плевральні порожнини, напружений пневмоторакс).

Огляд, пальпація живота

При огляді звертають увагу на наявність післяопераційних рубців, ран, гематом, саден, участь черевної стінки в акті дихання, збільшення її в об'ємі, вираженість венозної сітки, жирової тканини.

При пальпації черевної стінки можна виявити збільшену печінку і селезінку, болючість певних ділянок, напруженість, наявність рідини в черевній порожнині, визначення перитонеальних симптомів.

При аускультации виявляють наявність кишкових шумів, їх інтенсивність, *при перкусії* - притуплення звуку, що може свідчити про наявність рідини у черевній порожнині.

Визначення стабільності кісток таза

Місцеві симптоми переломів кісток таза, окрім класичних симптомів включають пальпаторне визначення лінії перелому. При подвійних переломах тазового кільця можна виявити типове положення «жаби».

Переломи крижової кістки можуть супроводжуватися пошкодженням нервів, що веде до затримки сечі.

Ураження глибоко розміщених утворень таза визначається виявленням болючості при:

- поперечному стисканні таза;
- ексцентричному стисканні таза (виконується захопленням гребенів клубових кісток поблизу передньо-верхніх остей). Руки виконують при цьому спробу розвернути таз, відтягуючи передні частини гребенів по середній лінії тіла;
- вертикальному стисканні в напрямку від горба сідничної кістки до гребеня клубової кістки;
- обстеженні кісток таза через пряму кишку (доцільно при переломі dna кульшової западини з центральним вивихом стегна і поперечному переломі крижової кістки та куприка).

Огляд, пальпація нижніх та верхніх кінцівок, ділянок хребта

Обстеження кісток тулуба і кінцівок при наданні ЕНМД зазвичай проводиться для виявлення травматичних ушкоджень.

Переломи характеризуються болем, деформацією, припухлістю, гематомою, патологічною рухливістю, крепітацією уламків в ділянці ушкодження, обмеженням і болючістю активних та збереженістю і болючістю пасивних рухів у кінцівці, її вкороченням і викривленням. При

дослідженні постраждалого обов'язково слід визначити наявність пульсації та шкірної чутливості нижче ділянки перелому для виключення пошкодження судинно-нервового пучка.

Вивихи характеризуються болем, деформацією в ділянці суглоба, неможливістю активних і пасивних рухів у суглобі, вимушеним положенням і вкороченням кінцівки, знаходженням головки кістки у незвичній ділянці, пружинний опір при спробі згинання.

Відкриті переломи і вогнепальні скелетні пошкодження супроводжуються наявністю рани.

Діагностика травми спинного мозку базується на ймовірності його ушкодження при поєднаній травмі. Виявляють локальні ознаки травми, проводять оцінку рухової активності. Ушкодження спинного мозку вище рівня проекції 5-го шийного хребця супроводжується руховою і чутливою тетраплегією, нижче - від відсутності рухів до активних рухів проти опору з зусиллям. При ушкодженні вище 6-го грудного хребця може виникнути артеріальна гіпотензія (нейрогенний шок). В разі гіпотензії при ушкодженнях нижчих ділянок слід виключити наявність кровотечі.

Неврологічний огляд

Обстеження ЦНС. Розмір зіниць та їх реакція на світло свідчать про функцію вегетативних нервових центрів, які знаходяться в гіпоталамусі, середньому мозку. Порушення реакції зіниць на світло є несприятливою прогностичною ознакою, оскільки цей рефлекс зникає одним з останніх, після згасання кон'юнктивальних і корнеальних рефлексів. Навпаки – поява реакції зіниць на світло є свідченням покращення неврологічного стану.

Міоз (звуження зіниць) з обох боків є ознакою безпосереднього ураження нижніх відділів середнього мозку або вторинної компресії стовбура мозку внаслідок підвищення внутрішньочерепного тиску. Він виникає при швидкому наростанні гематоми. Міоз спостерігається при отруєннях опіюдами, барбітуратами, антихолінестеразними препаратами, деякими транквілізаторами, при уремичній комі.

Мідріаз (розширення зіниць). Двобічне розширення зіниць спостерігається при отруєннях фенотіазидами, М-холіноміметиками (атропін, димедрол, циклодол, настойка красавки, дурман, ноксирон). Двобічне розширення зіниць зі зниженою або відсутньою реакцією на світло може спостерігатися деякий час після епілептичних нападів.

Виражена нерівномірність зіниць є прямою ознакою однобічного (вогнищевого) ураження мозку. Однобічний мідріаз з відсутністю фотореакції, при прогресивному пригніченні свідомості, порушеннях дихання і нестабільній гемодинаміці вказує на прогресуючу компресію мозку. Це найчастіше спостерігається при масивних внутрішньочерепних гематомах або ущемленні мозку в тенторіальному стовбурі.

Корнеальні та кон'юнктивальні рефлекси зникають при глибокій комі (спочатку зникають кон'юнктивальні рефлекси, а потім – і корнеальні).

Порушення ковтання і глоткового рефлексу – свідчення порушення функцій трійчастого, під'язикового, язикоглоткового і блукаючого нервів при ураженні довгастого мозку.

Судомний синдром може бути зумовлений гіпоксією, диселектролітемією, ЧМТ, гострим порушенням мозкового кровообігу, набряком мозку, менінгітом, менінгоенцефалітом, пухлиною мозку, епілепсією, еклампсією, алкогольною або медикаментозною абстиненцією, метаболічними порушеннями, інтоксикацією, перегріванням та ін.

Стопні патологічні рефлекси – Бабінського і Опенгейма – у перші години розвитку патологічного процесу з обох стоп вказують на стовбурову локалізацію, а поява через 6–12 годин – на масивне ураження півкуль, що супроводжується прогресуванням набряку і дислокацією мозку. Однобічні рефлекси безпосередньо по виході з коми – ознака ураження протилежної півкулі.

Оболонні (менінгеальні) симптоми – клінічні ознаки подразнення мозкових оболонок. Оболонні симптоми виявляються у хворих в коматозному стані, обумовленому менінгітом, субарахноїдальним крововиливом. Найбільш широко використовують два з них – ригідність потиличних м'язів (не проводять при підозрі на перелом шийного відділу хребта) і тонічне напруження м'язів-згиначів кульшових і колінних суглобів (симптом Керніга).

Збір анамнезу в ході вторинного обстеження

Збір анамнезу з використанням схеми «OPQRST».

1. Початок появи симптомів.
2. Будь-які фактори, що полегшують або погіршують стан пацієнта.
3. Якість болю.
4. Локалізація зон, в яких присутні больові відчуття.
5. Тяжкість симптомів - за шкалою болю.
6. Час з початку прояву симптомів та причин їх виникнення.

Збір анамнезу з використанням схеми «SAMPLE».

1. Симптоми.
2. Лікарські засоби, що приймає пацієнт за призначенням, безрецептурні; принести контейнери до ЕМД, якщо можливо.
3. Попередня історія хвороб (захворювання в анамнезі): опитайте або огляньте пацієнта на наявність медичних попереджувальних браслетів, медичних документів або інших знахідок, що можуть нести інформацію про хвороби; опитайте або огляньте пацієнта на наявність медичних пристроїв/імплантів (найбільш розповсюдженими є діалізні шунти, інсулінові ручки, електрокардіостимулятори, центральні венозні катетери, трахеальні трубки, гастральні зонди, сечові катетери).
4. Останній прийом їжі та рідин.
5. Події, що передували виклику ЕМД.
6. У випадку втрати свідомості, зупинки серця, погіршення стану свідомості або гострого інсульту розглянути питання запрошення свідків до лікарні або отримання їх номерів телефонів для команди ЕМД.

Тестові завдання

1. Що є метою вторинного обстеження?
 - A. Збір анамнезу.
 - B. Виявлення скарг пацієнта.
 - C. Оцінка рівня свідомості.
 - D. Встановлення діагнозу та провідного синдрому.
 - E. Призначення лікування.
2. Кого підлягає швидке вторинне обстеження з голови до ніг на місці події?
 - A. Пацієнти без порушень свідомості.
 - B. Пацієнти з легкими порушеннями свідомості.
 - C. Пацієнти із важкими порушеннями свідомості.
 - D. Пацієнти зі серцевими захворюваннями.
 - E. Пацієнти із хронічними захворюваннями.
3. Які ознаки характерні для перелому основи черепа?

- A. Носова та вушна кровотеча.
 - B. Отолікворея та ринолікворея.
 - C. Короткочасна втрата свідомості після травми.
 - D. Амнезія після травми.
 - E. Позитивні симптоми Керніга, Брудзинського.
4. Які ознаки можуть свідчити про перелом кісток таза?
- A. Болючість при обстеженні кісток таза через пряму кишку.
 - B. Болючість при пальпації нижніх та верхніх кінцівок.
 - C. Болючість при поперечному та ексцентричному стисканні таза.
 - D. Болючість при вертикальному стисканні таза.
 - E. Нетримання сечі.
5. Які ознаки можуть свідчити про ушкодження спинного мозку?
- A. Обмеження рухів та крепітація.
 - B. Біль та деформація.
 - C. Припухлість та патологічна рухливість.
 - D. Локальні ознаки травми та оцінка рухової активності.
 - E. Всі відповіді правильні.
6. Які ознаки можуть свідчити про ушкодження живота?
- A. Відсутність перистальтики.
 - B. Наявність симптомів «кавової гущі» та «мелена».
 - C. Збільшення об'єму живота.
 - D. Болючість, напруженість передньої черевної стінки.
 - E. Позитивний симптом Кера, Ортнера.
7. Які ознаки можуть свідчити про переломи кісток тулуба і кінцівок?
- A. Збільшення рухової активності.
 - B. Біль, деформація, припухлість, крепітація.
 - C. Зменшення шкірної чутливості.
 - D. Зменшення об'єму кінцівки.
 - E. Відсутність пульсації на магістральних судинах.
8. Які ознаки свідчать про покращення неврологічного стану?
- A. Поява реакції зіниць на світло.
 - B. Збільшується розмір зіниць.
 - C. Зникає реакція зіниць на світло.
 - D. Зменшується розмір зіниць.
 - E. Симптом «котячого ока».
9. Які причини можуть спричинити міоз (звуження зіниць)?
- A. Отруєння опіоїдами.
 - B. Отруєння алкоголем.
 - C. Отруєння кофеїном.
 - D. Отруєння грибами.
 - E. Отруєння ліками.
10. Які ознаки свідчать про прогресуючу компресію мозку?

- A. Двобічний міоз з відсутністю фотореакції.
- B. Двобічний мідріаз з фотореакцією.
- C. Однобічний мідріаз з відсутністю фотореакції.
- D. Однобічний міоз з фотореакцією.
- E. Всі відповіді помилкові.

Відповіді на тести

- | | |
|------|-------|
| 1. D | 6. E |
| 2. C | 7. B |
| 3. B | 8. A |
| 4. D | 9. A |
| 5. E | 10. D |

Ситуаційні задачі

Задача 1.

Бригада ЕШМД прибула на виклик «вогнепальне поранення». Зі слів очевидців, між групою чоловіків виникла бійка, в ході якої пролунали постріли. Пацієнт лежить на спині. На звернення не реагує, стогне від болю. Навколо нього калюжа крові. Праве стегно деформоване на рівні середньої третини.

1. Опишіть послідовність дій бригади ЕШМД.

Задача 2.

Бригада ЕШМД викликана до хворого 69 років. При огляді виявлено блідість шкірних покривів, частота пульсу 110 уд/хв. Пульс ниткоподібний. АТ – 80/50 мм.рт.ст. З анамнезу відомо, що було 2-разове блювання типу «кавової гущі». Протягом останніх трьох днів відзначає відходження чорного калу.

1. Про яке захворювання та його ускладнення слід думати в першу чергу?
2. Які необхідні методи обстеження слід застосувати для постановки попереднього діагнозу? Яка невідкладна допомога на догоспітальному етапі повинна бути надана пацієнту?

Відповіді на ситуаційні задачі

Задача 2.

1. У першу чергу слід запідозрити шлунково-кишкову кровотечу з верхніх відділів шлунково-кишкового тракту, а саме з шлунку чи дванадцятипалої кишки.
2. На догоспітальному етапі в першу чергу слід виконати периферичну венозну катетеризацію, за неможливості або неефективності – внутрішньокістковий доступ з подальшим введенням адекватного знеболення, колоїдних розчинів, водно-сольових розчинів, гемостатиків, прикладання льоду на епігастральну ділянку з подальшим транспортуванням потерпілого у лікувальний заклад. Якщо стан потерпілого стабільний, методом вибору діагностики залишається фіброгастроуденоскопія, з подальшим вирішенням лікувальної тактики.

РЕКОМЕНДОВАНІ ДЖЕРЕЛА ІНФОРМАЦІЇ

Основна література

1. Екстрена та невідкладна медична допомога : навчальний посібник / Бодулев О. Ю., Дикий О. М., Могильник А. І. та ін. ; заг. ред.: Шкурупія Д. А. – 2-ге вид. – Вінниця : Нова Книга, 2018. – С. 50-62.

Допоміжна література

1. Невідкладна медична допомога// Навчальний посібник за редакцією професора Ф.С. Глумчера, проф.. В.Ф.Москаленка; К.; Медицина, 2006 – 632с.

2. Екстрена та невідкладна медична допомога. У VI томах. Т. IV Клінічні маршрути (протоколи) пацієнта під час надання екстреної медичної допомоги на догоспітальному етапі: підручник для студ. Вищ. Навч. закл. / Крилюк В.О. та ін. - Київ: Ожива, 2020. - 300 с.

3. Екстрена медична допомога. Том I: допомога травмованим на догоспітальному етапі: національний підручник / В.О. Крилюк, С.О. Гур'єв, Г.В. Загорій, А.А. Гудима, Н.І. Іскра та ін. - Київ. - 2017. - 504 с.

4. Екстрена медична допомога : підручник / [М.І. Швед, А.А. Гудима, С.М. Геряк та ін.] ; за ред. М.І. Шведа. - Тернопіль: ТДМУ, 2015. - 420 с.

5. Екстрена медична допомога (догоспітальні протоколи): посібник / за редакцією професора О.В. Богомолець, професора Г.Г. Роціна. - Київ. Юстон. - 2016. - 212 с.

6. Організація медичної допомоги на догоспітальному етапі. Первинне та вторинне обстеження постраждалого (методична розробка для організації самостійної роботи студентів V курсу медичного факультету)/ проф.Русин А.В., Бедей Н.В., Маляр-Газда Н.М., Куценко А.Ю. – Ужгород: ПП Данило, 2015. – 27с.

ЗМІСТ

	Сторінки
Передмова.....	3
Тема 1. Організація надання екстреної та невідкладної медичної допомоги в Україні. Початкові дії медичних працівників у випадку невідкладного стану постраждалого.....	4
Тема 2. Порядок надання екстреної та невідкладної медичної допомоги постраждалим на догоспітальному етапі. Первинне обстеження.....	18
Тема 3. Порядок надання екстреної та невідкладної медичної допомоги постраждалим на догоспітальному етапі. Вторинне обстеження.....	31

Формат 60x84/16. Умовн. друк. арк. 2,32. Зам. №50. Наклад 100 прим.
Видавництво УжНУ «Говерла»
88000, м. Ужгород, вул. Капітульна, 18. E-mail: goverla-print@uzhnu.edu.ua

*Свідоцтво про внесення до державного реєстру
видавців, виготівників і розповсюджувачів видавничої продукції –
Серія 3т №32 від 31 травня 2006 року*