

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони
здоров'я України
21.06.2016 № 612

**УНІФІКОВАНИЙ КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ
ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ
ЗОВНІШНЯ КРОВОТЕЧА З ТУЛУБА ТА ШИЇ**

ВСТУП

Уніфікований клінічний протокол екстреної медичної допомоги (далі – УКПМД) «Зовнішня кровотеча з тулуба та шиї» розроблений з урахуванням сучасних вимог доказової медицини з метою створення єдиної комплексної та ефективної системи надання екстреної медичної допомоги пацієнтам із зовнішньою кровотечею з тулуба та шиї.

УКПМД розроблений на основі адаптованої настанови «Тактична екстрена медична допомога», яка ґрунтується на принципах доказової медицини з урахуванням сучасних міжнародних рекомендацій, відображених в клінічних настановах – третинних джерелах, а саме:

1. «Tactical Emergency casualty care (TECC): guidelines for the provision of prehospital trauma care in high threat environments» 2015 року

2. «Efficacy of Prehospital Application of Tourniquets and Hemostatic Dressings To Control Traumatic External Hemorrhage» 2014 року.

Ознайомитися з адаптованою клінічною настановою можна за посиланням <http://www.dec.gov.ua/mtd/reestr.html>.

Перелік скорочень

| | |
|--------|--|
| АТ | артеріальний тиск |
| в/в | внутрішньовенний |
| в/м | внутрішньом'язовий |
| в/к | внутрішньокістковий |
| ГЕК | гідроксиетилкрохмаль |
| ЕМД | екстрена медична допомога |
| ЗОЗ | заклади охорони здоров'я |
| ЛПМД | локальні протоколи медичної допомоги |
| МКХ-10 | Міжнародна статистична класифікація захворювань та пов'язаних порушень стану здоров'я (10-е видання) |
| МОЗ | Міністерство охорони здоров'я |
| СЛР | серцево-легенева реанімація |
| УКПМД | уніфікований клінічний протокол медичної допомоги |
| ЧМТ | черепно-мозкова травма |
| САВ | Circulation, Airway, Breathing |

I. ПАСПОРТНА ЧАСТИНА

1.1. Діагноз: Кровотеча з тулуба та шиї

1.2. Код МКХ-10:

S.11. Відкрита рана шиї

S.11.0 Відкрита рана з пошкодженням глотки та трахеї

S.11.1 Відкрита рана з пошкодженням щитовидної залози

S.11.2 Відкрита рана з пошкодженням глотки та шийного відділу стравоходу

S.11.7 Множинні відкриті рани шиї

S.11.8 Відкрита рана інших частин шиї

S.11.9 Відкрита рана шиї, локалізація невизначена

S.17. Розтрощення шиї

S.17.0 Розчавлена травма гортані та трахеї

S.17.8 Розчавлена травма інших областей шиї

S.17.9 Розчавлена травма шиї, локалізація не уточнена

S.31. Відкрита рана живота, нижньої частини спини і тазу

S.31.0 Відкрита рана в області нижньої частини спини та тазу

S.38. Розтрощення (розчавлення) та травматична ампутація частини живота, нижньої частини спини і тазу

S.38.1 Розтрощення (розчавлення) інших та невизначених частин живота, нижньої частини спини і тазу

1.3. Протокол призначений для медичних працівників бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги центрів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, медичних працівників бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги станцій екстреної (швидкої) медичної допомоги, медичних працівників оперативно-диспетчерських служб центрів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, медичних працівників відділень екстреної (невідкладної) медичної допомоги.

1.4. Мета протоколу: організація надання екстреної медичної допомоги пацієнтам з пошкодженням пахвової, підпахвинної ділянок та основи шиї, що ускладнені масивною зовнішньою кровотечею (вузлові кровотечі) на догоспітальному етапі, в тому числі під час ведення бойових дій, проведення антитерористичної операції та у разі техногенних або природних катастроф.

1.5. Дата складання протоколу: червень 2016 року.

1.6. Дата наступного перегляду: червень 2019 року.

1.7. Розробники:

Кравченко В.В. директор Медичного департаменту МОЗ України,
голова робочої групи;

- Мороз Є.Д. директор Державного закладу «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф МОЗ України», заступник голови з клінічних питань;
- Ліщишина О.М. директор Департаменту стандартизації медичних послуг Державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України», ст.н.с., к.мед.н., заступник голови з методологічного супроводу;
- Горова Е.В. заступник начальника Управління – начальник відділу контролю якості надання медичної допомоги Управління ліцензування та якості медичної допомоги МОЗ України;
- Гудима А.А. завідувач кафедри медицини катастроф та військової медицини Тернопільського державного медичного університету імені І.Я.Горбачевського, д.мед.н., професор;
- Доморацький О.Е. доцент кафедри анестезіології та інтенсивної терапії Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, к.мед.н.;
- Крилюк В.О. завідувач відділу підготовки інструкторів з питань надання екстреної медичної допомоги постраждалим в надзвичайних ситуаціях Державного закладу «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Міністерства охорони здоров'я України», д.мед.н.;
- Крилюк О.Є. лікар з медицини невідкладних станів Державного закладу «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Міністерства охорони здоров'я України».
- Кузьмін В.Ю. доцент кафедри медицини катастроф Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, к.мед.н.;
- Кузьмінський І.В. лікар з медицини невідкладних станів Державного закладу «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Міністерства охорони здоров'я України»;

- Максименко М.А. старший науковий співробітник відділу наукових проблем медичного захисту населення с особливий період (воєнний час) та в умовах надзвичайних ситуацій воєнного характеру Державного закладу «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Міністерства охорони здоров'я України», к.мед.н.;
- Сурков Д.М. завідувач відділенням анестезіології та інтенсивної терапії для новонароджених Комунального закладу «Обласна дитяча клінічна лікарня ДОР» м. Дніпропетровськ, медичний курс-директор «Tactical Combat Casualty Care», к.мед.н.;
- Тімошенко Т.В. заступник директора департаменту, начальник управління надзвичайної медицини Медичного департаменту МОЗ України.

Методичний супровід та інформаційне забезпечення:

- Горох Є.Л. начальник Відділу якості медичної допомоги та інформаційних технологій Державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України», к.техн.н.;
- Мельник Є.О. начальник Відділу доказової медицини Державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України»;
- Мігель О.В. завідувач сектору економічної оцінки медичних технологій Державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України»;
- Шилкіна О.О. начальник Відділу методичного забезпечення новітніх технологій у сфері охорони здоров'я Державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України».

Адреса для листування: Департамент стандартизації медичних послуг Державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України», м. Київ. Електронна адреса: medstandards@dec.gov.ua.

Електронну версію документу можна завантажити на офіційному сайті Міністерства охорони здоров'я: <http://www.moz.gov.ua> та на <http://www.dec.gov.ua>

Рецензенти:

- Бадюк М. І. начальник кафедри організації медичного забезпечення Збройних Сил Української військово-медичної академії Міністерства оборони України, д.мед.н., професор;
- Заруцький Я.Л. начальник кафедри військової хірургії Української військово-медичної академії Міністерства оборони України, д.мед.н., професор.

1.8. Коротка епідеміологічна інформація

Відомо, що масивна зовнішня кровотеча при надзвичайних ситуаціях є однією з основних превентивних причин смерті у постраждалих. Завдяки широкому впровадженню джгутів для зупинки кровотечі з ран кінцівок вдалося значно знизити кількість смертей як серед військовослужбовців, так і серед цивільних осіб. Однак в останні роки як під час ведення бойових дій, так і при терористичних актах все частіше використовують вибухові пристрої, в тому числі саморобні, які мають значну вражаючу силу. В цих умовах у постраждалих виникають поранення та кровотечі, які мають спеціальне визначення – «вузлові кровотечі», тобто кровотечі з місць приєднання кінцівок до тулубу (підпахвові і пахвинні ділянки) та основи шиї. Особливістю цих кровотеч є те, що в цих ділянках анатомічно не можливо використати стандартний джгут, що з успіхом використовується для зупинки кровотечі з ран кінцівок.

У дослідженні, яке проводилось з 2001 по 2011 роки, показано, що серед причин превентивних смертей частка вузлових кровотеч складає 17,5%.

Зростання кількості поранень та вузлових кровотеч спонукало до активного вивчення та впровадження ефективних методів їх зупинки. За досить короткий час було розроблено та впроваджено декілька пристроїв та спеціальних джгутів, які використовуються для зупинки вузлових кровотеч. Науковці, які проводили дослідження в цьому напрямку, вказують, що основними методами зупинки вузлової кровотечі є прямий тиск на рану, туге тампонування рани, в тому числі гемостатичними бинтами, та використання вузлових джгутів.

Як показали дослідження, існуючі пристрої для зупинки кровотечі мають як позитивні, так і негативні властивості. Тому процес їх удосконалення постійно триває. Також дослідники вказують, що у будь-якому випадку їх використання зменшує кількість превентивних смертей внаслідок вузлових кровотеч.

Слід зауважити, що якщо раніше вузлові джгути розглядались виключно з точки зору надання допомоги військовослужбовцям під час бойових дій, то зараз внаслідок зростання кількості терористичних актів

алгоритми зупинки кровотечі з використанням спеціальних пристроїв все частіше включається в роботу цивільних служб ЕМД у багатьох країнах світу.

Таким чином, розробка Уніфікованого клінічного протоколу екстреної медичної допомоги пацієнтам з кровотечею з ран тулубу та шиї є актуальним завданням, яке має виконуватись у рамках мультидисциплінарної програми надання медичної допомоги та здійснюватись на основі доказів ефективності втручань, фармакотерапії та організаційних принципів її надання.

II. ЗАГАЛЬНА ЧАСТИНА

Особливістю нового протоколу є принципові зміни в організації надання екстреної медичної допомоги пацієнтам із зовнішньою кровотечею з тулуба та шиї. Даний протокол може бути використаний як лікарем, так і фельдшером (медичною сестрою) бригади швидкої медичної допомоги. Також його використання можливе медичним персоналом закладів охорони здоров'я (ЗОЗ).

Основною метою даного уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги (УКПМД) є створення ефективної системи надання екстреної медичної допомоги пацієнтам із масивною кровотечею з ран тулуба та шиї за умови надзвичайної ситуації з підвищеним ризиком, ґрунтуючись на сучасних принципах та елементах доказової медицини, прийнятих у провідних країнах світу. Важливим елементом протоколу є визначення послідовності та об'єму надання екстреної медичної допомоги залежно від наявності прямої загрози життю як пацієнту, так і медичному персоналу бригади ЕМД, а саме: допомога в умовах прямої загрози; допомога в умовах непрямой загрози; евакуація. Положення протоколу враховують особливості надання допомоги при вогнепальних пораненнях та травмах внаслідок вибуху.

Вперше обґрунтування та положення цього УКПМД побудовані на доказах (evidence-based medicine) і мають конкретні посилання на джерела доказової медицини – клінічні настанови – третинні джерела, які створювались на основі даних клінічних досліджень, мета-аналізів, систематизованих оглядів літератури.

УКПМД був розроблений мультидисциплінарною робочою групою, яка включала представників різних медичних спеціальностей (лікарів-хірургів, спеціалістів з невідкладної медичної допомоги, лікарів-анестезіологів та ін.).

III. ОСНОВНА ЧАСТИНА

ЕКСТРЕНА МЕДИЧНА ДОПОМОГА

Організація та надання медичної допомоги на догоспітальному етапі

1. Догоспітальний етап включає надання домедичної та екстреної медичної допомоги пацієнтам із зовнішньою кровотечею з тулуба та шиї з моменту виявлення пацієнта або звернення родичів або свідків за медичною допомогою до моменту госпіталізації.

2. Надання екстреної медичної допомоги на догоспітальному етапі здійснюється:

бригадами екстреної (швидкої) медичної допомоги центрів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, станцій екстреної (швидкої) медичної допомоги, лікарями відділень екстреної (швидкої) медичної допомоги багатoproфільних лікарень, які входять у систему екстреної медичної допомоги.

3. Медична допомога на догоспітальному етапі повинна бути надана пацієнтам із зовнішньою кровотечею з тулуба та шиї у перші хвилини від початку розвитку ознак травми.

4. Пацієнтам із зовнішньою кровотечею з тулуба та шиї необхідно забезпечити термінову госпіталізацію, в першу чергу, в центри (відділення), де можливе проведення висококваліфікованого хірургічного лікування, наявне відділення інтенсивної терапії та можливість проведення трансфузії.

5. Швидка діагностика ознак зовнішньої кровотечі з тулуба та шиї на догоспітальному етапі скорочує час початку зупинки кровотечі та попереджує розвиток гіповолемічного шоку.

6. Для забезпечення послідовності надання медичної допомоги пацієнтам із зовнішньою кровотечею з тулуба та шиї у кожному ЗОЗ доцільно розробити та впровадити локальні протоколи медичної допомоги (ЛПМД), у яких визначений клінічний маршрут пацієнта та обсяг лікувально-діагностичних заходів відповідно до матеріально-технічного та кадрового забезпечення. Взаємодія між ЗОЗ, що надають екстрену, первинну та вторинну медичну допомогу, визначається наказом територіального органу з питань охорони здоров'я.

7. ЛПМД повинен бути доведений до кожного, хто бере участь у наданні медичної допомоги пацієнтам із зовнішньою кровотечею з тулуба та шиї на догоспітальному етапі.

3.1. ДЛЯ ДИСПЕТЧЕРА ОПЕРАТИВНО-ДИСПЕТЧЕРСЬКОЇ СЛУЖБИ ЦЕНТРУ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТА МЕДИЦИНИ КАТАСТРОФ

Положення протоколу

1. Прийом виклику диспетчером оперативно-диспетчерської служби центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф здійснюється за єдиним телефонним номером виклику екстреної медичної допомоги «103» або за єдиним телефонним номером виклику екстреної допомоги «112».
2. Диспетчер оперативно-диспетчерської служби центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф повинен прийняти виклик відповідно до затвердженого алгоритму та направити бригаду екстреної (швидкої) медичної допомоги до пацієнта з підозрою на зовнішню кровотечу з тулуба та шиї.

Необхідні дії

Обов'язкові:

1. Поради абоненту, який зателефонував в оперативно-диспетчерську службу центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф: впевнитися у власній безпеці та оцінити ситуацію
 - 1.1. У випадку, коли місце події безпечне (не має загрози життю внаслідок дії зовнішніх причин):
 - 1.1.1. за наявності – обов'язково одягнути латексні рукавички та захисні окуляри з метою попередження потрапляння крові на слизові оболонки та шкіру;
 - 1.1.2. виявити джерело масивної кровотечі та здійснити прямий тиск на рану;
 - 1.1.3. перевірити свідомість пацієнта окликом і/та легким струшуванням за плечі;
 - 1.1.4. покликати на допомогу оточуючих;
 - 1.1.5. за наявності засобів перев'язувальних гемостатичних стерильних засобів або стерильного/чистого перев'язувального матеріалу (бинт, марля тощо) здійснити туге тампонування рани та продовжити тиск на рану протягом щонайменше 3-х хвилин;
 - 1.1.7. після тампонування рани слід впевнитись у зупинці кровотечі;
 - 1.1.8. у випадку, якщо кровотеча не зупинена, слід продовжити здійснювати прямий тиск на рану з максимальним зусиллям до приїзду бригади ЕМД;
 - 1.1.9. не залишати пацієнта без нагляду до приїзду бригади ЕМД.
 - 1.2. У випадку, коли місце події небезпечне:
 - 1.2.1. знайти укриття та надати поради дистанційно;
 - 1.2.2. з метою перевірки свідомості пацієнту задати питання, яке потребує відповіді;
 - 1.2.2. при відповіді на запитання порадити пацієнту самостійно здійснити прямий тиск на рану;
 - 1.2.3. за можливості, запропонувати пацієнту переміститись у безпечне місце та продовжити надавати самодопомогу;

- 1.2.4. слід підтримувати контакт з пацієнтом до прибуття служб порятунку і/або бригади ЕМД;
 - 1.2.5. у випадку, коли місце події стане безпечним, слід надавати допомогу пацієнту відповідно до рекомендацій, передбачених пунктом 1.1. цього розділу.
2. Після реєстрації виклику диспетчер терміново направляє бригаду ЕМД на автомобілі класу В на місце події із вказівкою про високу ймовірність наявності у постраждалого масивної зовнішньої кровотечі з ран тулуба та шиї; диспетчеру також слід вказати інформацію про наявну безпеку на місці події.

3.2. ДЯ БРИГАДИ ЕКСТРЕНОЇ (ШВИДКОЇ) МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

1. Норматив прибуття бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги на місце події – відповідно до визначеного нормативу (див. п. 5 розділу VII).

2. Діагностика

Положення протоколу

Діагностичне та клінічне обстеження пацієнта фіксується у Kartі виїзду швидкої медичної допомоги (форма 110/о).

Обґрунтування

Рання діагностика та госпіталізація пацієнтів з масивною кровотечею з ран тулуба та шиї у спеціалізовані ЗОЗ з метою проведення якісного хірургічного втручання та інтенсивної терапії зменшує смертність та інвалідність внаслідок отримання травм такого характеру, покращує результати лікування пацієнтів.

Необхідні дії керівника бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги

1) Збір анамнезу

- 1.1. Встановити точний час отримання травми.
- 1.2. Встановити можливий механізм травми.
- 1.3. Встановити, чи надавалась домедична допомога (само- чи взаємодопомога).
- 1.4. Збір анамнезу життя відповідно до схеми AMPLE (Додаток 1), після проведення первинного обстеження та усунення всіх загрозливих для життя станів.

2) Проведення огляду та фізичного обстеження

- 2.1. Первинний огляд та оцінка загрозливих для життя станів проводиться за алгоритмом MARCH (Додаток 2).
- 2.2. Виявлення ознак зупинки кровообігу повинне проводитись за системою Circulation, Airway, Breathing (CAB).
- 2.3. Оцінка загального стану та життєво важливих функцій: свідомості, дихання, кровообігу за алгоритмом ABCDE (Додаток 3) – проводиться після усунення загрозливих для життя станів.

3) Проведення інструментального обстеження

Обов'язкові:

- 3.1. Встановити наявність периферичного пульсу та його характеристику.
- 3.2. Встановити показники артеріального тиску.
- 3.3. Пульсоксиметрія (визначення сатурації крові киснем, норма – 95% і вище).

Бажані:

- 3.4. Капнографія.
- 3.5. 12-ти канална ЕКГ.

3. Лікувальна тактика

Необхідні дії бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги на догоспітальному етапі (додаток 4)

Обов'язкові:

1. Перед наданням екстреної медичної допомоги необхідно впевнитись у відсутності загроз для бригади ЕМД та пацієнта.
2. Провести контроль масивної кровотечі та, за її наявності, зупинити її, провести обстеження відповідно до протоколу MARCH.
 - 2.1. Зупинка масивної кровотечі повинна здійснюватись шляхом здійснення прямого тиску на рану, накладання спеціального джгута, тампонування рани, в тому числі засобами перев'язувальними гемостатичними стерильними, та накладання компресійної пов'язки або використання механічних засобів зупинки кровотечі.
3. За відсутності загрозливих для життя станів провести повний огляд пацієнта за алгоритмом ABCDE, дати кисень, підключити монітор пацієнта, забезпечити в/в чи в/к доступ.
4. За відсутності життєвих ознак прийняти рішення щодо проведення **серцево-легеневої реанімації (СЛР)**: компресії грудної клітки і штучне дихання у співвідношенні 30:2, починаючи саме з компресій, паралельно накласти електроди електрокардіографа чи ложки дефібрилятора. Якщо дефібрилятор автоматичний – проводити компресії грудної клітки під час накладання електродів. Якщо дефібрилятор ложковий і зареєстровано фібриляцію шлуночків/шлуночкову тахікардію без пульсу – проводити компресії грудної клітки під час набору заряду дефібрилятором. Керівник бригади віддає команду не чіпати пацієнта і проводить дефібриляцію.

За наявності підтвердженої асистолії чи без пульсової активності серця – дефібриляція не проводиться, продовжують проведення основних елементів СЛР.

Рішення щодо проведення реанімаційних заходів приймає керівник бригади, ґрунтуючись на тяжкості травми, механізмі травми, ситуації на місці події.

5. Забезпечення прохідності дихальних шляхів у пацієнтів, за необхідності, виконується шляхом інтубації ендотрахеальною трубкою чи надгортанними повітроводними засобами (ларингеальною маскою, ларингеальною трубкою, комбітьюбом чи носоглотковими повітроводами) з мануальною фіксацією голови і шиї.

6. Дати зволожений кисень в максимально доступній концентрації об'ємом 10-15 л/хв., чи до досягнення показників пульсоксиметрії 95% і вище.

7. Дати лікарські засоби (розділ IV):

7.1. Пероральний антибіотик широкого спектру дії, затверджений локальним протоколом, за умови, що пацієнт може ковтати.

7.2. Антибіотик широкого спектру дії для в/в введення, затверджений локальним протоколом, за умови, що пацієнт не може прийняти антибіотики перорально.

7.3. Кислота транексамова в/в.

7.4. Інфузійна терапія болусно при ознаках гіповолемічного шоку розчинами, що затверджені локальним протоколом.

Протипоказані та не рекомендовані втручання у пацієнтів з масивною кровотечею з ран тулуба та шиї:

1. Не рекомендовано забезпечувати прохідність дихальних шляхів шляхом встановлення ротоглоткового повітроводу.

2. Не рекомендовано введення транексамової кислоти у випадку, якщо з моменту поранення пройшло більше 3 годин.

3. Не рекомендується ендотрахеальне введення ліків.

4. Не рекомендовано проводити інфузійну терапію у великих об'ємах, що зумовить підняття АТ у пацієнта вище 90 мм рт.ст.

4. Госпіталізація

Термінова госпіталізація пацієнта здійснюється у визначені ЗОЗ, що надають вторинну медичну допомогу.

Необхідні дії керівника бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги

Обов'язкові:

1. Всі пацієнти з масивною кровотечею з ран тулуба та шиї незалежно від статі, віку та інших факторів підлягають терміновій госпіталізації. Пріоритетним завданням бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги є транспортування пацієнта в центр (відділення), де можливе проведення хірургічного втручання та інтенсивної терапії гіповолемічного шоку, включаючи переливання препаратів крові.

2. Під час транспортування необхідно забезпечити моніторинг показників життєдіяльності пацієнта, проведення лікувальних заходів та готовність до виконання СЛР.
3. Територіальним органом з питань охорони здоров'я обов'язково повинен бути розроблений та затверджений наказом локальний протокол (відповідного рівня), який забезпечує організацію надання допомоги пацієнтам з масивною кровотечею з ран тулуба та шиї та взаємодію між ЗОЗ.

IV. ОПИС ЕТАПІВ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Тампонування рани. Тампонування рани є ефективним методом зупинки масивної зовнішньої кровотечі. Для тампонування рани з метою зупинки кровотечі слід використовувати стерильні засоби, виготовлені з гігроскопічної марлі, і/або засоби перев'язувальні гемостатичні стерильні, що затверджені локальними протоколами.

Джгути. Вузлові кровотечі можуть бути зупинені шляхом накладання спеціально розроблених джгутів.

Медикаментозна терапія

Транексамова кислота. Введення транексамової кислоти повинно проводитись відповідно до положень додатку 7.

Антибіотикотерапія – відповідно до затверджених локальних протоколів у випадку значної затримки пацієнта на догоспітальному етапі.

Інфузійна терапія. Проведення інфузійної терапії слід проводити відповідно до положень, викладених у додатку 5. Слід зазначити, що проведення інфузійної терапії не повинно затримувати час госпіталізації пацієнта у ЗОЗ.

Знеболення. Знеболення пацієнтів відбувається відповідно до положень, викладених у додатку 6.

V. РЕСУРСНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ВИКОНАННЯ ПРОТОКОЛУ

На момент затвердження цього уніфікованого клінічного протоколу використовуються засоби матеріально-технічного забезпечення, дозволені до застосування в Україні. При розробці та застосуванні локальних протоколів медичної допомоги (клінічних маршрутів пацієнтів) (далі – ЛПМД (КМП)) необхідно перевірити реєстрацію в Україні засобів матеріально-технічного забезпечення, які включаються до ЛПМД (КМП), та відповідність призначення лікарських засобів до Інструкції для медичного застосування лікарського засобу, затвердженої МОЗ України. Державний реєстр лікарських засобів України знаходиться за електронною адресою <http://www.drlz.kiev.ua/>.

5.1. Кадрові ресурси

Лікарі станцій (відділень) швидкої медичної допомоги, фельдшери (медичні сестри) станцій (відділень) швидкої медичної допомоги.

5.2. Матеріально-технічне забезпечення

Оснащення: обладнання для транспортування та іммобілізації, діагностичне устаткування, устаткування респіраційне/вентиляційне, устаткування для інфузій, перев'язувальні матеріали (засоби перев'язувальні гемостатичні стерильні, інші засоби перев'язувальні). Інше – відповідно до Табеля оснащення.

Лікарські засоби (нумерація не визначає порядок призначення):

1. Антибактеріальні засоби широкого спектру дії, затверджені ЛПМД з урахуванням чутливості місцевої мікрофлори.
2. Гемостатичні засоби: Кислота транексамова.
3. Лікарські засоби різних фармакотерапевтичних груп для знеболення: Кетамін, Лідокаїн, Морфін, Мелоксикам, Парацетамол.
4. Кровозамінники та перфузійні розчини: Гідроксиетилкрохмаль (6% розчин), Натрію хлорид (0,9% розчин), Натрію хлорид + Калію хлорид + Кальцію хлорид (розчин Рінгера), Натрію хлорид + Калію хлорид + Кальцію хлорид + Натрію лактат (розчин Рінгера лактат).
5. Протиблювотні засоби: Ондансетрон.

VI. ІНДИКАТОРИ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Форма 110/о – Карта виїзду швидкої медичної допомоги (Форма 110/о), затверджена наказом МОЗ України від 17.11.2010 року № 999 «Про затвердження форм звітності та медичної облікової документації служб швидкої та невідкладної медичної допомоги України», зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 03.02.2011 року за № 147/18885.

6.1. Перелік індикаторів якості медичної допомоги

6.1.1. Наявність у лікуючого лікаря та фельдшера (медичної сестри) бригади швидкої медичної допомоги локального протоколу ведення пацієнта із зовнішньою кровотечею з тулуба та шиї.

6.1.2. Відсоток пацієнтів із зовнішньою кровотечею з тулуба та шиї, яким було виконано туге тампонування ран.

6.1.3. Відсоток пацієнтів із зовнішньою кровотечею з тулуба та шиї, яким було успішно накладено вузловий джгут.

6.1.4. Відсоток лікарів та фельдшерів (медичних сестер) бригади швидкої медичної допомоги, які проходили підготовку на короткотривалих курсах із зупинки зовнішніх кровотеч.

6.2. Паспорти індикаторів якості медичної допомоги

6.2.1. А) Наявність у лікуючого лікаря та фельдшера (медичної сестри) бригади швидкої медичної допомоги локального протоколу ведення пацієнта із зовнішньою кровотечею з тулуба та шиї

Б) Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги

Індикатор ґрунтується на положеннях Уніфікованого клінічного протоколу екстреної медичної допомоги «Зовнішня кровотеча з тулуба та шиї».

В) Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора

Даний індикатор характеризує організаційний аспект запровадження сучасних медико-технологічних документів (ЛПМД) у регіоні. Якість медичної допомоги пацієнтам, відповідність надання медичної допомоги вимогам ЛПМД, відповідність ЛПМД чинному УКПМД даним індикатором висвітлюватися не може, але для аналізу цих аспектів необхідне обов'язкове запровадження ЛПМД у ЗОЗ.

Бажаний рівень значення індикатора:

2016 рік – 90 %

2017 рік та подальший період – 100 %.

Г) Інструкція з обчислення індикатора

а) Організація (ЗОЗ), яка має обчислювати індикатор: структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

б) Дані надаються лікуючими лікарями та фельдшерами (медичними сестрами) бригадами швидкої медичної допомоги, розташованими на

території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

в) Дані надаються поштою, у тому числі електронною поштою.

г) Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки. Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від всіх лікуючих лікарів та фельдшерів (медичних сестер) бригад швидкої медичної допомоги, зареєстрованих на території обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

г) Знаменник індикатора складає загальна кількість лікарів та фельдшерів (медичних сестер) бригад швидкої медичної допомоги, зареєстрованих на території обслуговування. Джерелом інформації є звіт структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій, який містить інформацію про кількість лікуючих лікарів та фельдшерів (медичних сестер) бригад швидкої медичної допомоги, зареєстрованих на території обслуговування.

д) Чисельник індикатора складає загальна кількість лікуючих лікарів та фельдшерів (медичних сестер) бригад швидкої медичної допомоги, зареєстрованих на території обслуговування, для яких задокументований факт наявності локального протоколу ведення пацієнта із зовнішньою кровотечею з тулуба та шиї (наданий екземпляр ЛПМД). Джерелом інформації є ЛПМД, наданий лікуючим лікарем або фельдшером (медичною сестрою) бригад швидкої медичної допомоги.

е) Значення індикатора наводиться у відсотках.

6.2.2. А) Відсоток пацієнтів із зовнішньою кровотечею з тулуба та шиї, яким було виконано туге тампонування ран

Б) Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги

Індикатор ґрунтується на положеннях Уніфікованого клінічного протоколу екстреної медичної допомоги «Зовнішня кровотеча з тулуба та шиї».

В) Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора

Цільовий (бажаний) рівень значення індикатора на етапі запровадження УКПМД не визначається заради запобігання викривленню реальної ситуації внаслідок адміністративного тиску.

Г) Інструкція з обчислення індикатора

а) Організація (ЗОЗ), яка має обчислювати індикатор: центр екстреної (швидкої) медичної допомоги; регіональне управління охорони здоров'я.

б) Дані надаються центрами екстреної (швидкої) медичної допомоги, розташованими на території обслуговування, до регіонального управління охорони здоров'я.

в) Дані надаються поштою, у тому числі електронною поштою.

г) Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної обробки. При наявності автоматизованої технології ЗОЗ – автоматизована обробка.

Індикатор обчислюється регіональним управлінням охорони здоров'я після надходження інформації від центрів екстреної (швидкої) медичної допомоги, розташованих на території обслуговування.

г) Знаменник індикатора складає:

загальна кількість пацієнтів із зовнішньою кровотечею з тулуба та шиї, яким надавалася екстрена медична допомога.

Джерелом інформації є:

Карта виїзду швидкої медичної допомоги (форма 110/о).

д) Чисельник індикатора складає загальна кількість пацієнтів із зовнішньою кровотечею з тулуба та шиї, яким було виконано туге тампонування ран. Джерелом інформації є:

Карта виїзду швидкої медичної допомоги (форма 110/о).

е) Значення індикатора наводиться у відсотках.

6.2.3. А) Відсоток пацієнтів із зовнішньою кровотечею з тулуба та шиї, яким було успішно накладено вузловий джгут

Б) Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги

Індикатор ґрунтується на положеннях Уніфікованого клінічного протоколу екстреної медичної допомоги «Зовнішня кровотеча з тулуба та шиї».

В) Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора

Цільовий (бажаний) рівень значення індикатора на етапі запровадження УКПМД не визначається заради запобігання викривленню реальної ситуації внаслідок адміністративного тиску.

Г) Інструкція з обчислення індикатора

а) Організація (ЗОЗ), яка має обчислювати індикатор: центр екстреної (швидкої) медичної допомоги; регіональне управління охорони здоров'я.

б) Дані надаються центрами екстреної (швидкої) медичної допомоги, розташованими на території обслуговування, до регіонального управління охорони здоров'я.

в) Дані надаються поштою, у тому числі електронною поштою.

г) Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної обробки. При наявності автоматизованої технології ЗОЗ – автоматизована обробка.

Індикатор обчислюється регіональним управлінням охорони здоров'я після надходження інформації від центрів екстреної (швидкої) медичної допомоги, розташованих на території обслуговування.

г) Знаменник індикатора складає:

загальна кількість пацієнтів із зовнішньою кровотечею з тулуба та шиї, яким надавалася екстрена медична допомога.

Джерелом інформації є:

Карта виїзду швидкої медичної допомоги (форма 110/о).

д) Чисельник індикатора складає загальна кількість пацієнтів із зовнішньою кровотечею з тулуба та шиї, яким було виконано яким було успішно накладено вузловий джгут. Джерелом інформації є:

Карта виїзду швидкої медичної допомоги (форма 110/о).

е) Значення індикатора наводиться у відсотках.

6.2.4. А) Відсоток лікарів та фельдшерів (медичних сестер) бригад швидкої медичної допомоги, які проходили підготовку на короткотривалих курсах із зупинки зовнішніх кровотеч

Б) Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги

Індикатор ґрунтується на положеннях Уніфікованого клінічного протоколу екстреної медичної допомоги «Зовнішня кровотеча з тулуба та шиї».

В) Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора

Даний індикатор характеризує рівень лікуючих лікарів та фельдшерів (медичних сестер) бригади швидкої медичної допомоги, які пройшли підготовку на короткотривалих курсах із зупинки зовнішніх кровотеч.

Цільовий (бажаний) рівень значення індикатора на етапі запровадження УКПМД не визначається заради запобігання викривленню реальної ситуації внаслідок адміністративного тиску.

Г) Інструкція з обчислення індикатора

а) Організація (ЗОЗ), яка має обчислювати індикатор: структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

б) Дані надаються лікуючими лікарями та фельдшерами (медичними сестрами) бригад швидкої медичної допомоги, розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

в) Дані надаються поштою, у тому числі електронною поштою.

г) Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки. Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від всіх центрів екстреної (швидкої) медичної допомоги, зареєстрованих на території обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

г) Знаменник індикатора складає загальна кількість лікарів та фельдшерів (медичних сестер) бригад швидкої медичної допомоги, зареєстрованих на території обслуговування. Джерелом інформації є звіт структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій, який містить інформацію про кількість лікарів та фельдшерів (медичних сестер) бригад швидкої медичної допомоги, зареєстрованих на території обслуговування.

д) Чисельник індикатора складає загальна кількість лікарів та фельдшерів (медичних сестер) бригад швидкої медичної допомоги, зареєстрованих на території обслуговування, які проходили підготовку на

короткотривалих курсах із зупинки зовнішніх кровотеч. Джерелом інформації є документ (свідоцтво) з проходження підготовки на короткотривалих курсах з надання допомоги травмованим, наданий лікарю та фельдшеру (медичній сестрі) бригад швидкої медичної допомоги.

е) Значення індикатора наводиться у відсотках.

Директор Медичного департаменту

В. Кравченко

VII. Перелік літературних джерел, використаних при розробці уніфікованого клінічного протоколу

1. Електронний документ «Адаптована настанова, заснована на доказах «Тактична екстрена медична допомога», 2016.
2. Електронний документ «Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах «Медичне сортування», 2014.
3. Наказ МОЗ України від 14.03.2016 р. № 183 «Про затвердження восьмого випуску Державного формуляра лікарських засобів та забезпечення його доступності».
4. Наказ МОЗ України від 06.02.2014 р. № 101 «Про затвердження Примірної таблиці (переліку) оснащення структурних підрозділів системи екстреної медичної допомоги».
5. Постанова Кабінету Міністрів України від 21.11.2012 р. № 1119 «Про норматив прибуття бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги на місце події».
6. Наказ МОЗ України від 28.09.2012 р. № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 29.11.2012 р. за № 2001/22313.
7. Наказ МОЗ України від 17.11.2010 р. № 999 «Про затвердження форм звітності та медичної облікової документації служб швидкої та невідкладної медичної допомоги України», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 03.02.2011 р. за № 147/18885.
8. Наказ МОЗ України від 28.10.2002 р. № 385 «Про затвердження переліків закладів охорони здоров'я, лікарських, провізорських посад та посад молодших спеціалістів з фармацевтичною освітою у закладах охорони здоров'я», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 12.11.2002 р. за № 892/7180.
9. Наказ МОЗ України від 23.02.2000 р. № 33 «Про примірні штатні нормативи закладів охорони здоров'я».

VIII. Додатки до уніфікованого клінічного протоколу

Додаток 1

до уніфікованого клінічного протоколу
екстреної медичної допомоги
«Кровотеча з тулуба та шиї»

ЗБІР АНАМНЕЗУ ЖИТТЯ ПОСТРАЖДАЛОГО ЗА СХЕМОЮ AMPLE

Алергія – Allergy. Зібрати загальний алергологічний анамнез та з'ясувати, чи є алергічні реакції на прийом лікарських засобів.

Медикаменти – Medication currently used. З'ясувати, які лікарські засоби постраждалий прийняв до прибуття бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги, особливо слід звернути увагу на знеболюючі препарати та препарати, які впливають на згортальну систему крові.

Вагітність, попередні захворювання – Pregnancy / Past history. Якщо постраждала – жінка, з'ясувати, чи вона не є вагітною. Виявити в анамнезі інші супутні захворювання та травми. Встановити, які хвороби були у постраждалого, особливо інфекційного характеру, що можуть передаватись при контакті з біологічними рідинами.

Останній прийом їжі – Last Meal. З'ясувати, коли був останній прийом їжі, чи не вживав постраждалий алкоголь.

Механізм травми – Environment / Event. Встановити точний час та механізм отримання травми, а також умови навколишнього середовища, і чи не піддавався постраждалий дії екстремальних температурних чинників та/або шкідливих хімічних речовин.

Додаток 2

до уніфікованого клінічного протоколу екстреної медичної допомоги «Кровотеча з тулуба та шиї»

ОЦІНКА СТАНУ ПОСТРАЖДАЛОГО ЗА АЛГОРИТМОМ MARCH.

1. M – Massive Bleeding, масивна кровотеча

1.1. Визначте наявність масивної кровотечі з рани кінцівок, тулуба та шиї. Найпростішими та характерними ознаками масивної кровотечі з ран кінцівок є пульсуючий характер витікання крові (візуальний або при пальпації) і/або калюжа крові, що швидко збільшується на поверхні, на якій знаходиться постраждалий, і/або інтенсивне просякання одягу кров'ю в ділянці рани.

1.2. Проведіть огляд постраждалого на предмет видимої зовнішньої кровотечі з інших місць та виконайте дії щодо її зупинки.

1.3. Для зупинки масивної кровотечі виконайте прямий тиск на рану з подальшим тугим тампонуванням рани засобами перев'язувальними гемостатичним стерильним або звичайним стерильним перев'язувальним матеріалом. Продовжуйте прямий тиск на рану поверх тампонади протягом щонайменше 3-х хв. Якщо цього недостатньо, використайте другий бинт з контактним гемостатиком. Після виконання маніпуляції переконайтесь у відсутності кровотечі та накладіть поверх рани компресійну пов'язку.

1.4. У разі масивної кровотечі з місць відгалуження крупних артерій (вузлові кровотечі) рекомендовано використовувати спеціальні пристрої типу «junctional tourniquet» або турнікети із тиском на черевний відділ аорти при надвисокій ампутації нижніх кінцівок.

2. A – Airway, дихальні шляхи

2.1. Оцініть у постраждалого прохідність верхніх дихальних шляхів.

2.2. У випадку непрохідності дихальних шляхів або загрози її виникнення слід використати наступне:

- висування нижньої щелепи;
- назофарингеальний повітропровід;
- дозволити зайняти постраждалому будь-яку зручну позицію для кращого забезпечення прохідності дихальних шляхів, включаючи положення сидячи;
- при відсутності свідомості – стабільне положення на боці;
- якщо попередні дії безрезультатні – крикотиреотомія (з анестезією лідокаїном, якщо у свідомості).

Вищезазначені методи не є обов'язковою послідовністю виконання, вони можуть здійснюватися в будь-якому порядку в залежності від наявної травми та стану постраждалого.

Особливу увагу щодо забезпечення прохідності дихальних шляхів слід звернути у постраждалих, які знаходились у будинках або автомобілях, що горіли, оскільки у них є значний ризик розвитку набряку верхніх дихальних шляхів внаслідок їх опіку.

3. R – Respiration, дихання

Якщо у постраждалого прогресуюче порушення дихання, поранення грудей або запідозрене закрите пошкодження порожнин тіла, потрібно припускати розвиток напруженого пневмотораксу і виконати плевральну декомпресію у другому міжреберному проміжку за допомогою голки або катетера 14G довжиною не менше 8 см. Переконайтеся, що точка введення голки знаходиться латеральніше від серединноключичної лінії, і голка не спрямована в бік серця. Прийнятна альтернативна точка введення голки у 4-5 міжреберному проміжку попереду від середньої пахвової лінії.

Всі відкриті рани грудної порожнини та/або рани, що всмоктують повітря, слід негайно герметизувати спеціальною наклейкою з клапаном. Якщо наклейка з клапаном відсутня, використовуйте спеціальну наклейку без клапана. Слідкуйте за пацієнтом на предмет розвитку напруженого пневмотораксу. Якщо у постраждалого наростає гіпоксія, прогресує порушення дихання, або розвивається гіпотензія і напружений пневмоторакс, слід підняти або повністю видалити наклейку, або ввести декомпресійну голку.

4. C – Circulation, кровообіг

Визначити ознаки гіповолемічного шоку. Найпростішими методами швидкого визначення гіповолемічного шоку є відсутність пульсу на променевій артерії і/або погіршення свідомості при відсутності ЧМТ.

Якщо постраждалий у стані шоку, необхідно:

- ввести препарати гідроксиетилкрохмалю, якщо вони доступні;
- ввести інші розчини електролітів, якщо вони доступні;
- проводити огляд постраждалого після кожного введення 500 мл розчинів;
- продовжувати інфузійну ресусcitaцію до появи відчутної пульсації на променевій артерії, покращення стану свідомості або підвищення систолічного АТ до 80-90 мм рт.ст.

- припинити введення рідини, коли один або більше з вищевказаних пунктів буде досягнуто.

Слід розглянути введення транексамової кислоти.

Якщо у пораненого порушений психічний статус внаслідок травматичного ураження головного мозку та слабкий або відсутній периферичний пульс, проведіть інтенсивну терапію до відновлення сильного променевого пульсу. Якщо доступний моніторинг АТ, необхідно підтримувати рівень систолічного АТ на рівні не менше 90 мм рт.ст.

5. H – Head injury / Hypothermia, черепно-мозкова травма / гіпотермія

При ЧМТ слід проводити інфузійну терапію, достатню для підняття АТ не менше 90 мм рт.ст. Також у всіх постраждалих повинно бути попереджено розвиток гіпотермії за допомогою табельних або підручних засобів.

Пацієнтам з середньотяжкою / тяжкою ЧМТ, за можливості, необхідно проводити інгаляцію кисню для підтримки рівня сатурації > 90%.

ОЦІНКА СТАНУ ПОСТРАЖДАЛОГО – ЗА АЛГОРИТМОМ ABCDE

1. А – Airway, прохідність дихальних шляхів

1.1. Визначте симптоми непрохідності дихальних шляхів: порушення прохідності дихальних шляхів сприяє виникненню парадоксального дихання та участі у диханні додаткових дихальних м'язів; центральний ціаноз є пізнім симптомом непрохідності дихальних шляхів; у пацієнтів, які знаходяться у критичному стані, порушення свідомості часто спричиняє порушення прохідності дихальних шляхів (западання язика, м'якого піднебіння).

1.2. Найкращим способом відновлення прохідності дихальних шляхів у цивільних умовах у постраждалих з порушеною свідомістю та/або обструкцією є інтубація трахеї. Ротоглотковий або назофарингеальний повітропровід є лише тимчасовим засобом підтримання прохідності дихальних шляхів під час підготовки до виконання інтубації трахеї. У разі складної інтубації можуть бути використані альтернативні надгортанні повітропроводи. При неможливості інтубації трахеї, масивній травмі кісток обличчя, прогресуючій обструкції дихальних шляхів – необхідне виконання екстреної крикотиомії.

1.3. Кисень у високій концентрації: за допомогою маски з резервуаром; переконайтесь, що подача кисню достатня (10-15 л/хв.).

2. В – Breathing, дихання

Під час оцінки дихання важливо визначити та лікувати стани, які є безпосередньою загрозою для життя – тяжкий напад астми, набряк легень, напружений пневмоторакс, гемоторакс.

2.1. Визначте симптоми, які можуть свідчити про порушення дихання: надмірна пітливість, центральний ціаноз, робота додаткових м'язів або черевний тип дихання.

2.2. Визначте частоту дихання – в нормі це 12-20 вдихів за 1 хв.

2.3. Оцініть спосіб дихання, глибину вдихів та перевірте, чи рухи грудної клітки симетричні.

2.4. Зверніть увагу на надмірне наповнення шийних вен (наприклад, при тяжкій астмі або напруженому пневмотораксі), наявність та прохідність плеврального дренажу та інше.

2.5. Проведіть аускультацию та перкусію легень.

2.6. Визначте положення трахеї – її зміщення може свідчити про напружений пневмоторакс, фіброз легень або рідину у плевральній порожнині.

3. С – Circulation, кровообіг

3.1. Оцініть колір шкіри на відкритих частинах (кисті): синя, рожева, бліда або мармурова.

3.2. Оцініть температуру кінцівок: холодна чи тепла.

3.3. Оцініть капілярне наповнення – в нормі до 2 сек. Збільшене капілярне наповнення може вказувати на знижену периферійну перфузію.

3.4. Оцініть наповнення вен – можуть бути помірно наповнені або запалі при гіповолемії.

3.5. Визначте частоту серцевих скорочень. Знайдіть периферійний пульс та пульс на великій артерії, оцініть його наявність, частоту, якість, регулярність та симетричність.

3.6. Виміряйте артеріальний тиск.

3.7. Вислухайте тони серця.

3.8. Зверніть увагу на інші симптоми, які свідчили б про зниження викиду серця, такі як порушення свідомості, олігурія (об'єм сечі < 0,5 мл/кг/год.).

4. D – Disability, порушення стану свідомості

Найчастіше причинами порушень стану свідомості є тяжка гіпоксія, гіперкапнія, ішемія мозку або застосування лікарських засобів із седативним ефектом та наркотичних анальгетиків.

4.1. Оцініть зіниці (діаметр, симетричність та реакцію на світло).

4.2. Швидко оцініть стан свідомості пацієнта за шкалою AVPU: Alert (орієнтується), Voice (реагує на голос), Pain (реагує на біль), Unresponsive (не реагує на жодні подразники). Можна застосувати також шкалу Глазго (Glasgow Coma Scale).

4.3. Визначте рівень глюкози, щоб виключити гіпоглікемію. Якщо рівень глюкози нижче 3 ммоль/л, забезпечте в/в 50,0 мл 20% розчину глюкози.

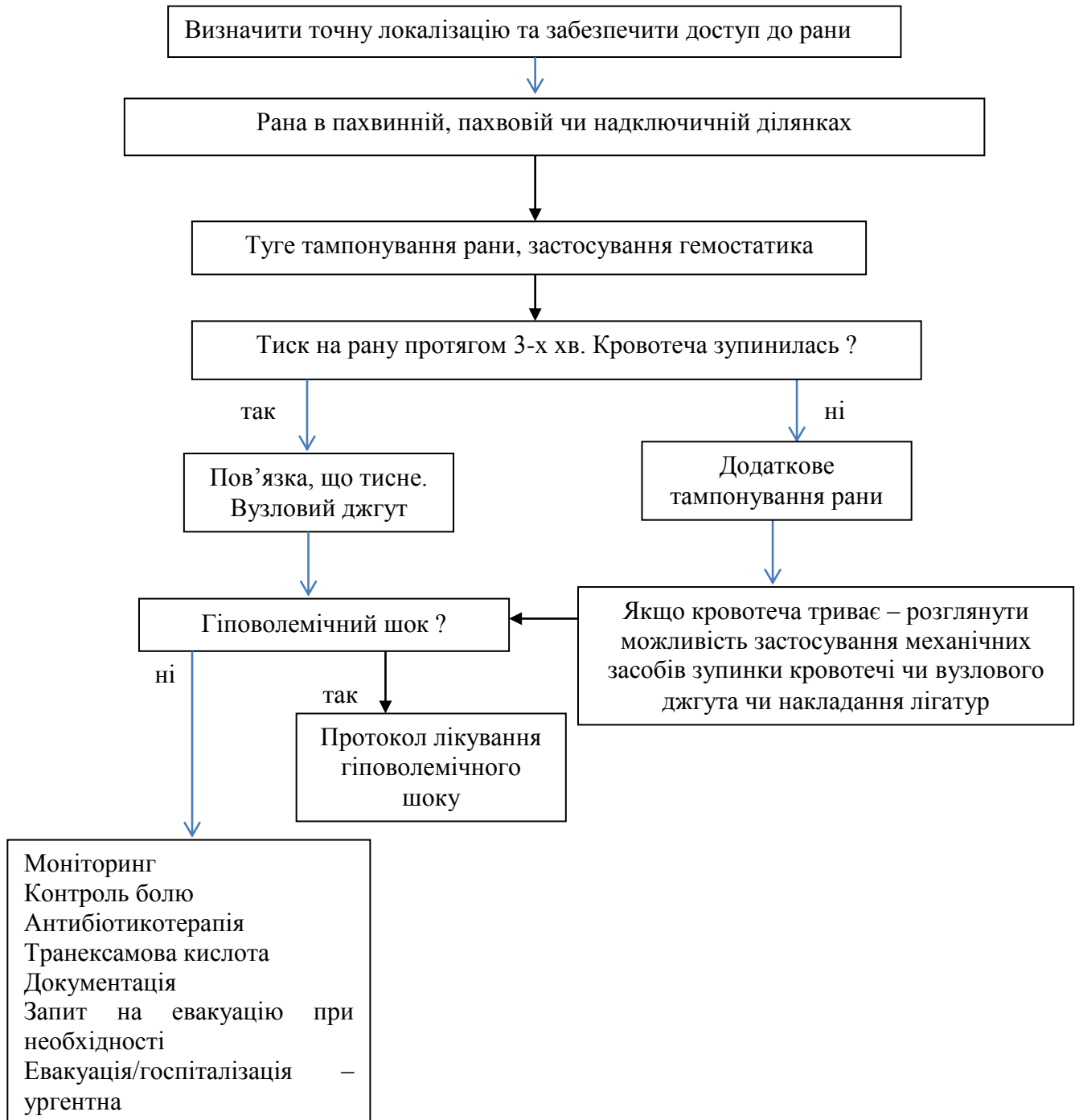
5. E – Exposure, додаткова інформація

5.1. Зберіть детальний анамнез у пацієнта, його рідних, друзів.

5.2. Ознайомтеся з медичною документацією пацієнта: перевірте показники життєвих параметрів та їх зміни у динаміці, перевірте, які лікарські засоби пацієнтові призначені та які він приймає.

Додаток 4
до уніфікованого клінічного протоколу
екстреної медичної допомоги
«Кровотеча з тулуба та шиї»

Зупинка зовнішньої кровотечі з ран тулуба та шиї

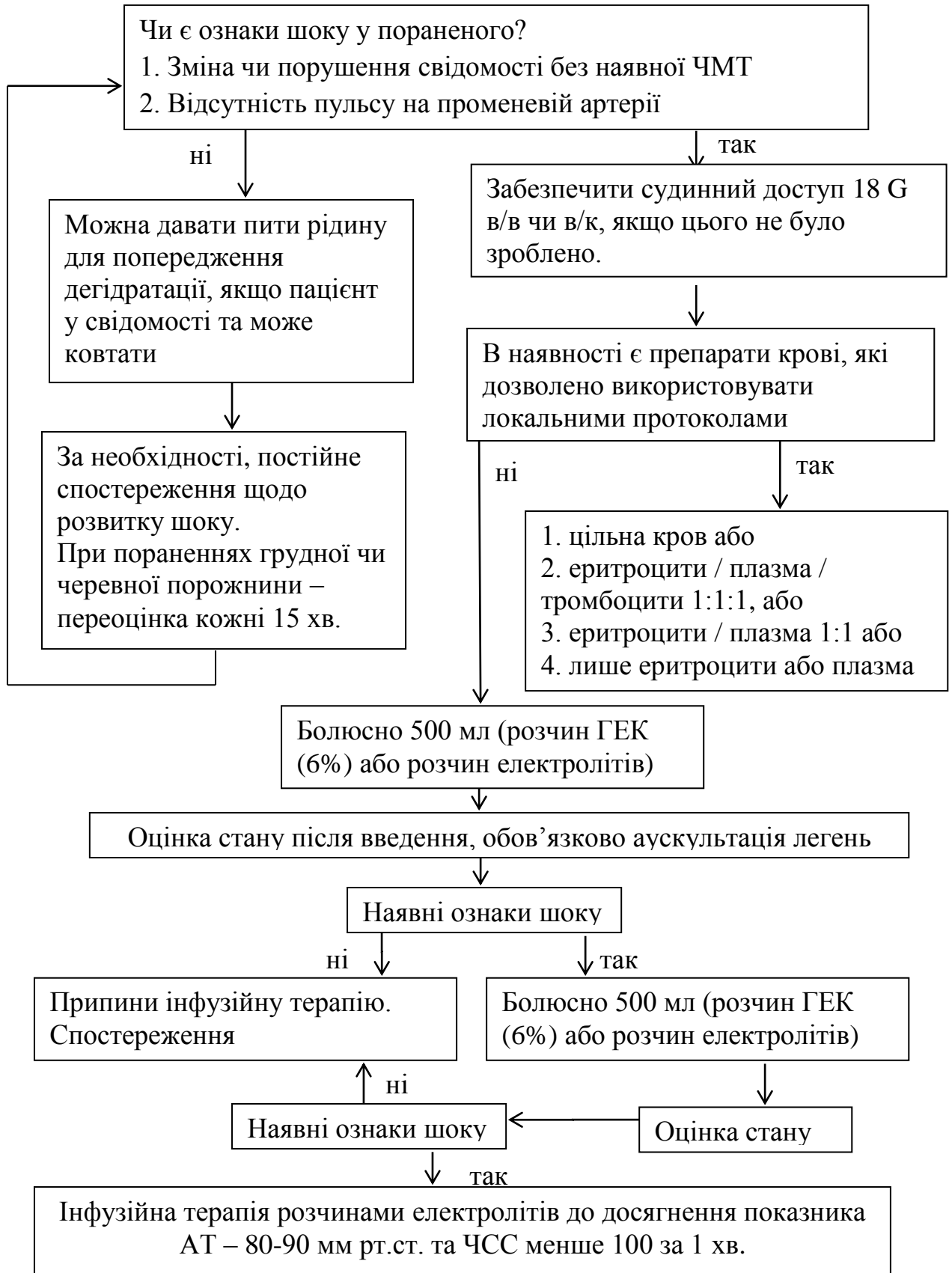


Важливо: при наявності у персоналу обладнання та необхідних навичок вузлові джгути повинні накладатись якомога швидше

Додаток 5

до уніфікованого клінічного протоколу екстреної медичної допомоги «Кровотеча з тулуба та шиї»

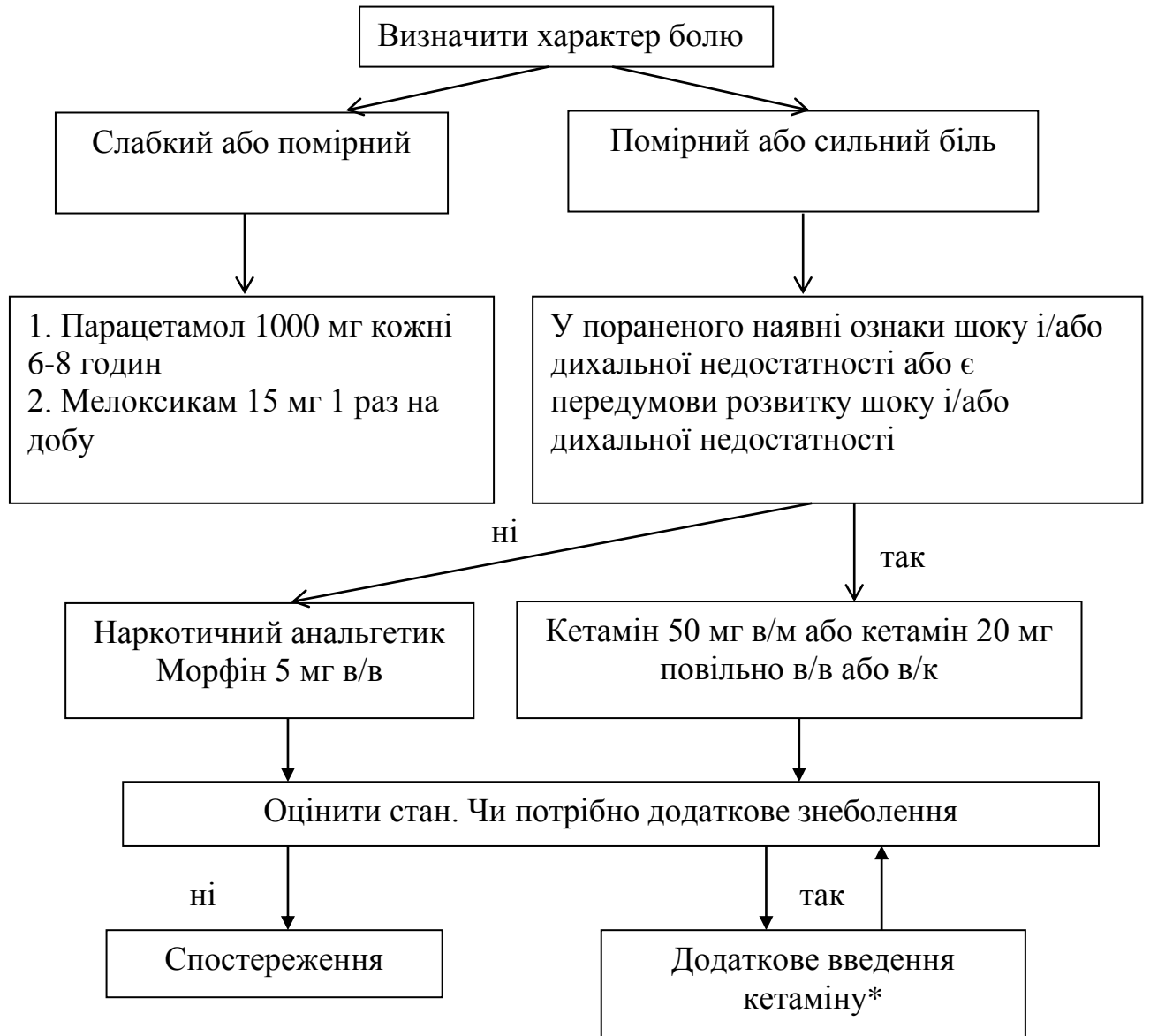
Інфузійна терапія геморагічного шоку



Додаток 6

до уніфікованого клінічного протоколу екстреної медичної допомоги «Кровотеча з тулуба та шиї»

Знеболення пацієнтів



Особливості:

1. При введенні наркотичних анальгетиків слід пам'ятати про можливу зупинку дихання та бути готовим проводити штучну вентиляцію легень.
2. У випадку введення наркотичних анальгетиків слід бути готовим вводити налоксон при виникненні побічних дій (0,4 мг в/в або в/м).
3. Кетамін вводити кожні 20 хв. в/в або 30 хв. в/м до досягнення знеболення або появи горизонтального ністагму.
3. При виникненні нудоти і/або блювання слід використовувати протиблювотні засоби (Ондансетрон 4 мг в/в, в/м, в/к).

Додаток 7

до уніфікованого клінічного протоколу
екстреної медичної допомоги
«Кровотеча з тулуба та шиї»

Введення транексамової кислоти пацієнту

