

Міжрегіональна Академія управління персоналом
Інститут медичних та фармацевтичних наук

Г. І. СЛОБОДЯНИК

**ЕКСТРЕНА ТА НЕВІДКЛАДНА
МЕДИЦИНА.
ПЕРША ДОЛІКАРСЬКА
ТА ЛІКАРСЬКА ДОПОМОГА**

Підручник

Київ
2021

УДК 614.88.2.

Рецензенти:

Діденко Лариса Василіївна, доктор медичних наук, полковник медичної служби запасу ЗСУ, доцент, лікар-експерт ЦВЛК ЗСУ, місто Київ

Асланян Сергій Арменакович – заслужений лікар України, кандидат медичних наук, доцент кафедри військової хірургії УВМА, завідувач клініки гнійної хірургії НМЦ ГВМКЦ “ГВКГ”, місто Київ

Джан Тетяна Віталіївна – кандидат фармацевтичних наук, доцент, заступник декана факультету фармації ІМФН МАУП, місто Київ

Дьякова Лариса Юріївна – кандидат фармацевтичних наук, доцент, декан факультету фармації ІМФН МАУП, місто Київ

Нккітюк Олександр Володимирович – кандидат історичних наук, професор кафедри військової підготовки Національного університету оборони імені Івана Черняхівського, місто Київ

Юлдашев Алішер Хабібұлаєвич – кандидат медичних наук, підполковник медичної служби, старший ординатор клініки абдомінальної хірургії НМЦ ГВМКЦ “ГВКГ”, місто Київ

Коломієць Олег Георгійович – лікар загальної практики, терапевт, місто Вінниця

*Затверджений до друку Вченою Радою МАУП
(протокол № 5 від 17.06.20)*

Слободяник Г. І.

Екстрена та невідкладна медицина. Перша долікарська та лікарська допомога: підручник / Г. І. Слободяник. 2-ге вид. Київ, 2021. 168 с.

У підручнику викладено інформацію для студентів вищих медичних навчальних закладів, військових лікарів, фельдшерів, санітарних інструкторів, військових бойових медиків. Також вміст навчального підручника стане в пригоді для широкого кола цивільних лікарів і медичного персоналу для надання першої лікарської та долікарської допомоги, само- та взаємодопомоги в екстремальних ситуаціях військових дій у зоні АТО, ООС і в мирний час.

УДК 614.88.2.

© Г. І. Слободяник, 2021

ЗМІСТ

Умовні скорочення	8
Вступ	10
ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ	12
Етапи надання медичної допомоги у військових частинах, медзакладах	13
Література та нормативні акти, що регламентують організацію та надання невідкладної медичної допомоги	14
Обов'язки посадових осіб щодо організації невідкладної медичної допомоги у військовій частині й основні принципи її організації	15
I. НЕВІДКЛАДНА ДОПОМОГА ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ	
СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ	25
Асистолія (клінічна смерть, зупинка серця)	25
Артеріальна гіпотензія, колапс, шок	27
Брадикардії без наявності пульсу	28
Брадикардії з наявністю пульсу, але з порушенням гемодинаміки	29
Брадикардія асимптомна	31
Гіпертонічний криз	31
Гострий коронарний синдром	33
Екстрасистолічна аритмія	34
Кардіогенний шок	36
Пароксизм миготливої аритмії	37
Серцева астма та набряк легень	38
Тахікардія з наявністю пульсу без порушення гемодинаміки	40
Тахікардія з наявністю пульсу та порушенням гемодинаміки	41
Тахікардія пароксизмальна	42
Фібриляція шлуночків.....	44

II. НЕВІДКЛАДНА ДОПОМОГА ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ ОРГАНІВ ДИХАННЯ	47
Загострення (напад) бронхіальної астми, астматичний статус ...	47
Пневмонія негоспітальна тяжкого перебігу	48
Тромбоемболія легеневої артерії (ТЕЛА)	49
III. НЕВІДКЛАДНА ДОПОМОГА ПРИ ГОСТРИХ ПАТОЛОГІЯХ ОРГАНІВ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ	50
Апендицит гострий	50
Гостра затримка сечі	51
Защемлена кіла	52
Кишкова непрохідність гостра	53
Панкреатит гострий	54
Парапроктит гострий	55
Тромбоз гемороїдальних вузлів гострий	55
Холецистит гострий	56
Ниркова коліка	57
Перитоніт	58
Печінкова коліка	59
Перфоративна виразка шлунка та дванадцятипалої кишки (перфорація порожнистого органа)	60
IV. НЕВІДКЛАДНА ДОПОМОГА ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ	62
Внутрішньомозковий крововилив (геморагічний інсульт)	62
Гостре порушення мозкового кровообігу (ішемічний інсульт) ...	63
Судомний напад	65
V. НЕВІДКЛАДНА ДОПОМОГА ПРИ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДАХ	67
Галюцинаторно-маревне збудження	67
Збудження депресивне	68
Збудження маніакальне	69
VI. НЕВІДКЛАДНА ДОПОМОГА ПРИ ТРАВМАХ І СТАНАХ, СПРИЧИНЕНИХ ДІЄЮ ЗОВНІШНИХ ЧИННИКІВ	71

Вплив тепла (тепловий удар, гіпертермічна кома)	71
Вплив холоду (гіпотермія)	72
Відмороження локальні	74
Електротравма (ураження електричним струмом напругою вище 50 В)	74
Механічна асфіксія	76
Опіки термічні локальні	78
Опіки термічні поширені (опікова хвороба)	79
Переломи та вивихи	80
Пневмоторакс відкритий	82
Пневмоторакс закритий	83
Пневмоторакс напружений	84
Політравма	86
Синдром позиційного стиснення	87
Спинномозкова травма	88
Травми м'яких тканин голови (забій, рани)	90
Укус змії	91
Утоплення	92
Черепно-мозкова травма	97
VII. НЕВІДКЛАДНА ДОПОМОГА ПРИ ТРАВМАХ	
ЛОР-ОРГАНІВ	96
Перелом (поранення) кісток носа	96
Поранення вуха	97
Травми та поранення гортані	97
VIII. ПОШКОДЖЕННЯ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЬОВОЇ	
ДІЛЯНКИ	99
Вивих скронево-нижньощелепового суглоба	99
Перелом верхньої щелепи	100
Перелом нижньої щелепи	101
Опіки хімічні слизової оболонки порожнини рота	102
IX. НЕВІДКЛАДНА ДОПОМОГА ПРИ КРОВОТЕЧАХ	105
Внутрішні кровотечі, гострі шлунково-кишкові кровотечі	105

Кровотеча зовнішня	106
Кровотеча з лунки видаленого зуба	107
Кровотеча легенева	108
Кровотеча носова	109
Профузна анальна кровотеча	110
X. НЕВІДКЛАДНА ДОПОМОГА ПРИ ПОЛОГАХ	111
Фізіологічні пологи	111
XI. НЕВІДКЛАДНА ДОПОМОГА ПРИ ТРАВМАХ	
І ГОСТРИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ ОЧЕЙ	113
Иридоцикліт гострий	113
Кон'юнктивіт гострий	113
Глаукоми напад гострий	114
Контузія очного яблука	115
Опіки очей	116
Поранення очниці та повік	117
Поранення очного яблука	118
Сторонні предмети кон'юнктиви, рогівки та кератит	119
XII. НЕВІДКЛАДНА ДОПОМОГА ПРИ ІНФЕКЦІЙНИХ	
ЗАХВОРЮВАННЯХ	120
Ботулізм	120
Вірусний гепатит	121
Геморагічна Кримська-Конго лихоманка	
з нирковим синдромом	122
Грип та інші ГРЗ	123
COVID – 19 (SARS CoV – 2)	125
Дизентерія	129
Дифтерія	130
Лептоспіроз	132
Малярія	133
Менінгококова інфекція	134
Правець	136
Сальмонельоз	137

Сказ	139
Харчові отруєння	140
Холера	141
Черевний тиф	142
XIII. НЕВІДКЛАДНА ДОПОМОГА ПРИ КОМАТОЗНИХ СТАНАХ	144
Алкогольна або наркотична кома	144
Анафілактичний шок	145
Гіпоглікемічна кома	146
Діабетична кома	148
Кома невідомої етіології	149
Септичний (інфекційно-токсичний) шок	150
XIV. НЕВІДКЛАДНА ДОПОМОГА ПРИ ОТРУЄННЯХ	152
Отруєння невідомим газом	152
Отруєння невідомою речовиною	153
ДОДАТКИ	156
Додаток 1. Оснащення ЛОР-куточка, необхідне для надання невідкладної допомоги (трахеотомічний набір і набір для зупинки кровотечі)	156
Додаток 2. Інструкція для супроводжувача хворого в психіатричне відділення військового госпіталю (лікарні) з військової частини	157
Додаток 3. Оснащення санітарного автомобіля	159
Додаток 4. Алгоритм проведення дефібриляції	160
Додаток 5. Алгоритм надання медичної допомоги при клапанному пневмотораксі	161

УМОВНІ СКОРОЧЕННЯ

АТО –	Антитерористична операція
АТ –	артеріальний тиск
ВМКЦ –	військово-медичний клінічний центр
в/в –	внутрішньовенно
в/м –	внутрішньом'язово
в/с –	внутрішньосерцево
НВМКЦ “ГВКГ” –	Національний військово-медичний клінічний центр “Головний військовий клінічний госпіталь”
ГДН –	гостра дихальна недостатність
ГЗ ОЧП –	гострі захворювання органів черевної порожнини
ГНН –	гостра ниркова недостатність
ГЕК –	гідрооксиетилкрохмаль
ДВЛ –	допоміжна вентиляція легень
ЕКГ –	електрокардіографія
ІМФН –	Інститут медичних та фармацевтичних наук
ІПП –	індивідуальний перев'язувальний пакет
ІТ –	інтенсивна терапія
ІТШ –	інфекційно-токсичний шок
ЗСУ –	Збройні сили України
ЗЧМТ –	закрита черепно-мозкова травма
КІ –	кисневий інгалятор
КШ –	кардіогенний шок
ЛЗП –	лікар загальної практики

МАУП –	Міжрегіональна Академія управління персоналом
МОУ –	Міністерство оборони України
МП –	медичний пункт
МПБ –	медичний пункт бригади
НМД –	невідкладна медична допомога
НМС –	начальник медичної служби
ОД –	одиниця дії
ООС –	Операція об'єднаних сил
ОЦК –	об'єм циркуляційної крові
ПМДД –	первинна медична долікаторська допомога
ПЛД –	первинна лікарська допомога
п/ш –	підшкірно
ППД –	постійний пункт дислокації
Р/А –	реанімація та анестезіологія
РДСД –	респіраторний дистрес-синдром дорослих
РМД –	реанімаційна медична допомога
ССС –	серцево-судинна система
УАНМ –	Українська асоціація народної медицини
уд./хв –	ударів на хвилину
ФОС –	фосфорорганічні сполуки
ЦНС –	центральна нервова система
ЧМТ –	черепно-мозкова травма
ШВЛ –	штучна вентиляція легень
1 ОТБр –	перша окрема танкова бригада ЗСУ
40 ОАБр –	сорокова окрема артилерійська бригада ЗСУ

ВСТУП

Без дієвої військової медицини, ефективної системи реабілітації та підготовки військових медиків, належної системи парамедицини не буде потужної держави. Сучасна військова медична служба перебуває в стадії тривалого реформування та реорганізації Збройних сил України, що ускладнюється через військові дії на сході України. Перебіг реформування супроводжується обмеженими ресурсами, хронічним недофінансуванням, внаслідок чого висококваліфікований медичний персонал звільняється з військових частин, бригад, а відтак зменшується функціональна спроможність медичних підрозділів. До цього варто додати скорочення числа приміщень і недоукомплектованість медичним майном і технікою, аби збагнути масштаб проблем, які існують і в медичній службі військових частин, що перебувають у зоні бойових дій, і в зоні постійної дислокації, і в медичних ротах, закладах військової медицини тощо.

Суттєво погіршилась ситуація після демобілізації 4–6 хвили призову мобілізації військових лікарів у березні–жовтні 2016 року. До 2014 р. військова медицина зокрема, як і військова галузь загалом, перебували у статусі незначущих додатків до державної політики.

У таких умовах важко на високому рівні надавати невідкладну допомогу на догоспітальному етапі, дотримуючись вимог “Тимчасової настанови з медичної евакуації поранених і хворих у Збройних силах України на особливий період”. Тому перед військовими лікарями НВМКЦ “ГВКГ”, інших окружних ВМКЦ і військовими лікарями, які перебували в зоні АТО та зараз працюють у зоні ООС, постає необхідність адаптуватись відповідно до вимог згаданої настанови та до сучасних умов і завдань військових частин (бригад, закладів) з урахуванням наявного медичного персоналу та цільового постачання необхідних ліків, аби досягти стандартів надання невідкладної медичної допомоги.

У практичній діяльності медичних працівників військової частини велике значення має їх вміння вчасно розпізнати стан військовослужбовця, що саме загрожує його життю, негайно надати необхідну медичну допомогу. У лютому 2020 року в Україні створені Медичні сили України.

Надання невідкладної медичної допомоги є складовою частиною роботи військових лікарів, фельдшерів, санінструкторів і санітарів у системі медичного забезпечення особового складу Збройних сил України. У критичних ситуаціях доля хворого залежить від точності та швидкості діагностики, обсягу, своєчасних і правильно проведених невідкладних заходів. Своєю чергою якість невідкладної допомоги залежить не лише від знань і досвіду роботи медичного працівника, але й від організації невідкладної допомоги у військових частинах, бригадах, тобто від готовності медичного персоналу надавати екстрену допомогу та від наявності медикаментозних засобів, потрібного устаткування, апаратури та справності техніки.

ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

Однією з найактуальніших проблем сучасної військової медицини залишається надання невідкладної медичної допомоги. Від її своєчасної та правильної організації залежить життя потерпілих на всіх етапах надання медичної допомоги.

Надання невідкладної медичної допомоги є складовою частиною роботи медичного персоналу в системі медичного забезпечення особового складу Збройних сил України в мирний і військовий час. Знання діагностики, вміння надати медичну допомогу є обов'язковою вимогою до лікаря будь-якого фаху, а також фельдшера, медичної сестри, санінструктора, санітара. Крім того, знати, як вжити елементарні реанімаційні заходи, зобов'язані всі військовослужбовці в порядку само- та взаємодопомоги. Цьому присвячені заняття з військово-медичної підготовки з особовим складом, особливо ретельно та за розкладом ці заняття проводять від початку АТО з квітня 2014 року.

Якість невідкладної лікарської та долікарської допомоги забезпечується організацією цієї допомоги у військових частинах (закладах), що включає підготовку медичного персоналу до надання невідкладної допомоги, наявність медикаментозних засобів і потрібного устаткування, апаратури, медичного транспорту, справність техніки тощо.

Невідкладна допомога — комплекс діагностичних і лікувальних заходів, що надають хворому (потерпілому) негайно при гострому захворюванні (отруєнні, травми) для підтримки та відновлення життєво важливих функцій організму, попередження розвитку небезпечних для життя станів і ускладнень, відновлення транспортабельності та створення умов для подальшого лікування на госпітальному етапі.

Невідкладну медичну допомогу надають потерпілому (хворому) на місці отримання травми (захворювання), в медичному підрозділі частини (медичному пункті бригади та дивізіону,

будь-якому цивільному медичному закладі) та під час евакуації у лікувальний заклад.

Ці вимоги повинні забезпечуватись за будь-яких умов діяльності всім військовослужбовцям та особам, які її потребують. З цією метою в кожній військовій частині повинна бути створена чітка система надання невідкладної медичної допомоги, відпрацювання якої є одним із основних елементів бойової готовності медичної служби.

Реанімаційна медична допомога (РМД) — це комплекс заходів невідкладної допомоги при термінальних станах здоров'я хворого (потерпілого). Відсутність заходів РМД при термінальних станах практично безповоротно призводить до смерті хворого (потерпілого).

РМД завжди направлена на виведення хворого з термінального стану та включає серцево-легеневу реанімацію.

Етапи надання медичної допомоги у військових частинах, медичних закладах.

Само- та взаємодопомога — обсяг заходів медичної допомоги хворим і потерпілим, яку надають негайно в червоній зоні.

Первинна медична долікарська допомога — обсяг заходів медичної допомоги хворим і потерпілим, яку негайно повинен надати середній медичний персонал (помічник лікаря, фельдшер, медична сестра) відповідно до кваліфікації та оснащення.

Перша лікарська допомога — обсяг заходів медичної допомоги хворим і потерпілим, яку надає лікар згідно зі своєю кваліфікацією та наявними засобами. Основні принципи надання невідкладної медичної допомоги на догоспітальному етапі:

1. Постійна готовність медичних підрозділів до надання невідкладної медичної допомоги.
2. Підготовленість медичного персоналу до надання невідкладної медичної допомоги.
3. Матеріально-технічні засоби.

За організацію та надання невідкладної допомоги військовослужбовцям частини відповідає начальник медичної служби військової частини.

Медична служба частини повинна бути в постійній готовності до надання невідкладної медичної допомоги всім, хто її потребує, в будь-який час доби як у частині, так і поза її межами (на навчаннях, польових заняттях, бойових стрільбах тощо).

Література та нормативні акти, що регламентують організацію та надання невідкладної медичної допомоги.

1. Посібник з медичного забезпечення армії та флоту, 1986 р.
2. Інструкція з надання невідкладної допомоги при гострих захворюваннях, травмах та отруєннях, 1992 р.
3. Інструкція “Виведення хворих та потерпілих з термінального стану”, 1994 р.
4. Методичні вказівки з організації анестезіологічної та реаніматологічної допомоги в армії та на флоті ЗС України, Київ, 1999 р.
5. Посібник з інтенсивної терапії у військово-лікувальних закладах, 1991 р.
6. Наказ Генерального штабу Збройних сил України від 26.12.2013 № 317 “Про затвердження Керівництва з медичного забезпечення Збройних сил України у мирний час”.
7. Довідник військового лікаря, 1986 р., розділ 2, с. 18–115, додатки 13, 14.
8. Методичні вказівки з організації і надання невідкладної медичної допомоги у Збройних силах України, 2004 р.
9. Наказ міністра охорони здоров'я України від 17.01.2005 № 24 “Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю “Медична невідкладна допомога”.
10. Наказ міністра оборони України від 14.09.2006 № 531 “Про затвердження Інструкції з організації та надання невідкладної медичної допомоги у Збройних силах України”.
11. Наказ міністра охорони здоров'я України від 29.08.2008 № 500 “Про заходи щодо удосконалення надання екстреної медичної допомоги населенню в Україні”.

12. Наказ міністра охорони здоров'я України від 01.06.2009 № 370 “Про єдину систему надання екстреної медичної допомоги”.
13. Наказ МОЗ УРСР від 26.09.1984 № 565 “О дополнительных мерах по организации экстренной и консультативной медицинской помощи населению при возникновении массовых несчастных случаев”.
14. Тимчасова настанова з медичної евакуації поранених і хворих у Збройних силах України на особливий період.

Обов'язки посадових осіб щодо організації невідкладної медичної допомоги у військовій частині й основні принципи її організації.

Заходи невідкладної медичної допомоги (НМД) в частині повинні забезпечувати можливість:

1. негайно надати медичну допомогу безпосередньо після виявлення захворювання, травми чи отруєння;
2. швидко транспортувати хворого в медичний підрозділ частини (найближчий лікувальний підрозділ або заклад) із безперервним наданням медичної допомоги в дорозі;
3. якнайшвидше надати хворому в медичному підрозділі повноцінну НМД;
4. терміново евакуювати хворого у військовий госпіталь за потреби проведення заходів кваліфікованої або спеціалізованої медичної допомоги.

Чітке функціонування системи НМД у частині досягається за умови наявності медичних кадрів, відповідного рівня їх спеціальної підготовки, оснащення медичного пункту (МП) і підрозділів частини необхідним медичним майном, а також наявності в частині справного санітарного транспорту.

За організацію комплектування медичних кадрів, їх фахову підготовку, забезпечення медичним майном і санітарним транспортом відповідає начальник медичної служби (НМС) військової частини.

Особливу увагу слід звернути на забезпечення підрозділів, парків, майстерень медичними аптечками, спеціальними

укладками, наборами, а також на оснащення МП, санітарного автомобіля всім необхідним для надання реанімаційної допомоги в будь-яку пору доби (додаток 3).

За неможливості евакуювати хворого через його нетранспорتابельність лікар частини повинен доповісти про це командирі частини, НМС і вжити заходів для виклику в частину лікарів-фахівців з найближчого лікувального закладу.

Безпосередньо в підрозділах, парках, майстернях і бойових машинах першу допомогу надають в порядку само- та взаємодопомоги, застосовуючи вміст аптечок. Медичний персонал надає допомогу з застосуванням спеціальних наборів і укладок.

У МП частини з метою постійної готовності до надання НМД організують цілодобове чергування середнього медперсоналу та забезпечують наявність і готовність усіх необхідних матеріальних засобів (медикаменти, апарати штучного дихання, кисневі інгалятори, зволожений кисень, набори для невідкладних хірургічних втручань, засоби для транспортування й іммобілізації і т. д.). За організацію чергування відповідає НМС військової частини; за наявність медикаментів, справність медичних засобів — начальник аптеки.

НМД у МП надає залежно від характеру захворювання, травми, отруєння в процедурній або в перев'язочній лікар частини, а до його прибуття (у позаробочий і нічний час) — черговий фельдшер (санітарний інструктор). У процедурній МП повинна бути обладнана шафа, укомплектована всім необхідним для надання НМД при гострих захворюваннях та отруєннях. Там само повинна бути спеціальна укладка для надання медичної допомоги за межами медичного підрозділу (додаток 3).

НМД членам сімей військовослужбовців, які проживають у населених пунктах, де є цивільні заклади охорони здоров'я, надають саме в цих закладах на тих самих підставах, що й іншим цивільним громадянам України.

Членам сімей військовослужбовців, які проживають у населених пунктах, де немає цивільних закладів охорони здоров'я, НМД надають силами медичної служби військової частини.

ПЕРЕЛІК КРИТИЧНИХ СТАНІВ

НМД надають при захворюваннях

серцево-судинної системи:

- асистолія (клінічна смерть, зупинка серця);
- артеріальна гіпотензія, колапс, шок;
- брадикардія;
- брадикардія з наявністю пульсу, але з порушенням гемодинаміки;
- брадикардія асимптомна;
- гіпертонічний криз;
- гострий коронарний синдром;
- екстрасистолічна аритмія;
- кардіогенний шок;
- пароксизм миготливої аритмії;
- серцева астма та набряк легень;
- тахікардія з наявністю пульсу без порушення гемодинаміки;
- тахікардія з наявністю пульсу з порушенням гемодинаміки;
- тахікардія пароксизмальна;
- фібриляція шлуночків;

органів дихання:

- загострення (напад) бронхіальної астми, астматичний статус;
- тромбоемболія легеневої артерії;
- органів черевної порожнини:
- апендицит гострий;
- затримка сечі гостра;
- защемлена кила;
- кишкова непрохідність гостра;
- панкреатит гострий;
- парапроктит гострий;
- тромбоз гемороїдальних вузлів гострий;

- холецистит гострий;
- ниркова коліка;
- перитоніт;
- печінкова коліка;
- перфоративна виразка шлунку та дванадцятипалої кишки (перфорація порожнистого органу);

нервової системи:

- внутрішньомозковий крововилив (геморагічний інсульт);
- гостре порушення мозкового кровообігу (ішемічний інсульт);
- судомний напад;
- психічних розладах:
- галюцинаторно-маревне збудження;
- збудження депресивне;
- збудження маніакальне;

травмах і впливі зовнішніх чинників:

- вплив тепла (тепловий удар);
- вплив холоду (гіпотермія);
- відмороження локальні;
- електротравма;
- механічна асфіксія;
- опіки термічні локальні;
- опіки термічні поширені (опікова хвороба);
- переломи та вивихи;
- пневмоторакс відкритий;
- пневмоторакс закритий;
- пневмоторакс напружений;
- політравма;
- синдром позиційного стиснення;
- спинномозкова травма;
- травми м'яких тканин (забій, рани);
- укуси змії;
- утоплення;
- закрыта та відкрита черепно-мозкова травма;

травмах ЛОР-органів:

- перелом (поранення) кісток носа;
- поранення вуха;
- травми та поранення гортані;

пошкодженнях щелепно-лицьової ділянки:

- вивих скронево-нижньощелепового суглоба;
- перелом верхньої щелепи;
- перелом нижньої щелепи;
- опіки хімічні слизової оболонки порожнини рота;

при кровотечах:

- внутрішні кровотечі, гострі шлунково-кишкові кровотечі;
- кровотеча;
- кровотеча з лунки видаленого зуба;
- легенева кровотеча;
- носова кровотеча;
- профузна анальна кровотеча;

при пологах:

- фізіологічні пологи;

при травмах і гострих захворюваннях очей:

- іридоцикліт гострий;
- кон'юнктивіт гострий;
- контузія очного яблука;
- напад глаукоми гострий;
- опіки очей;
- поранення очної ямки та повік;
- поранення очного яблука;
- сторонні предмети кон'юнктиви, рогівки та кератит;

при коматозних станах:

- алкогольна та наркотична кома;
- анафілактичний шок;

- гіпоглікемічна кома;
- діабетична кома;
- кома невідомої етіології;
- септичний (інфекційно-токсичний) шок;

при отруєннях:

- отруєння невідомим газом;
- отруєння невідомою речовиною.

Усі перераховані вище патологічні стани можуть викликати небезпечні для життя розлади життєво важливих функцій (дихання, кровообігу) аж до їхньої зупинки. При цьому невідкладна допомога носить характер як загальнолікарської (долікарської) допомоги, так і спеціалізованої допомоги.

СЕРЦЕВО-ЛЕГЕНЕВА РЕАНІМАЦІЯ

Етап самодопомоги та взаємодопомоги

Розпізнавання клінічної ситуації, що може призвести до смерті потерпілого (хворого), перевірка реакції хворого на больові подразнення.

Виклик та транспортування (за необхідності) до потерпілого (хворого) медичного персоналу.

Рання серцево-легенева реанімація, що включає:

“А”. Перевірку дихальних шляхів і за необхідності звільнення їх від слизу тощо:

- покласти потерпілого горілиць, підняти йому підборіддя, аби запобігти перекриттю дихальних шляхів язиком або надгортанником;
- за можливості покласти непритомного пацієнта на бік, аби зменшити вірогідність потрапляння вмісту шлунка в бронхи та трахею;
- якщо є підозра на травму шийного відділу хребта, не можна ворухити голову хворого через ризик травмування спинного мозку.

“В”. *Проведення штучної вентиляції легень (ШВЛ):*

- за умови відсутності самостійного дихання необхідно зробити два повільних вдихи тривалістю по дві секунди об’ємом приблизно по 800 мл;
- ШВЛ продовжують, виконуючи по 8–12 вдихів на хвилину протягом всього часу проведення реанімації.

“С”. *Закритий (непрямий) масаж серця:*

- особа, яка надає допомогу, розміщує основу однієї долоні в проекції нижньої половини грудини на 2–4 см вище від мечоподібного відростка, основу другої — зверху на першій, пальці рук розімкнуті;
- одночасно долонями обидвох рук слід натискати на грудину непритомного. Необхідно розраховувати силу натискання таким чином, щоб вона забезпечувала зміщення грудини на 3–4 см;
- частота масажу серця — 100–120 натискань на хвилину.

Етап первинної медичної долікарської допомоги

Середній медичний персонал проводить реанімацію (окрім обов’язкового виконання дій пунктів А, В, С ранньої серцево-легеневої реанімації), а саме:

“D”. *Введення відповідних лікарських препаратів (залежно від клінічної ситуації, дивись наступний розділ рекомендацій).*

“F”. *Реєстрація електрокардіограми.*

За наявності фібриляції серця проведення дефібриляції (кардіоверсії), алгоритм проведення дефібриляції (додаток 4).

Цей етап припускає проведення ШВЛ через S-подібну трубку або повітровід, якщо його не було використано на етапі само- та взаємодопомоги.

Етап першої лікарської допомоги (розширений реанімаційний комплекс заходів)

Заходи з реанімації, які проводить лікар (окрім обов’язкового виконання дій пунктів А, В, С, D, F серцево-легеневої реанімації), а саме:

- оцінка первинних результатів реанімації та отриманої діагностичної інформації;
- якщо реанімаційні заходи тривали понад 20–30 хвилин, необхідно проводити охолодження голови (гіпотермія);
- за умови ефективної реанімації необхідно організувати та проводити інтенсивну терапію клінічних і постреанімаційних синдромів.

На цьому етапі за необхідності проводять ШВЛ після проведення інтубації трахеї або через S-подібну трубку чи повітровід, якщо його не було використано на попередніх етапах.

РОЗЛАДИ ДИХАННЯ

У багатьох випадках можуть бути наслідком поєднання декількох причин. Симптомами розладів дихання можуть бути адуха, рідке дихання, короткотривалі дихальні екскурсії.

При цьому зазвичай з'являються ціаноз, пітливість, рухове збудження, психічне загальмування. Гемодинамічні порушення виявляються спочатку артеріальною гіпертензією, тахікардією (частими серцевими скороченнями), а потім на фоні різкої гіпоксемії може розвинути артеріальна гіпотонія, брадикардія (рідкі серцеві скорочення).

Вибір методу відновлення ефективного дихання залежить від причини та вираженості розладів легеневої вентиляції з урахуванням загального стану потерпілого.

При виникненні дихальних розладів у потерпілих одним із першочергових завдань є контроль над прохідністю дихальних шляхів.

При порушенні прохідності важливо з'ясувати характер перешкоди й усунути її. Насамперед необхідно використовувати методи забезпечення прохідності верхніх дихальних шляхів:

- покласти потерпілого горілиць, підняти підборіддя, підкласти під плечі невеликий валик, висунути й утримувати в цьому положенні нижню щелепу, підтягнути язик за допомогою

- серветок пальцями або язикотримачем, а також видалити слиз, кров і сторонні тіла з порожнини рота й глотки.

Окрім цього, доцільно ввести рото- чи носоглотковий повітровід так, щоб кінець його сягав входу в гортань. Одночасно слід переконатися в тому, що повітровід забезпечує вільне проходження повітря, і в такому положенні надійно зафіксувати його липким пластирем. Як повітровід можна використовувати трубки ТД-1, S-подібну або ендотрахеальну (додаток 5).

Підтримку прохідності верхніх дихальних шляхів, особливо під час транспортування хворого, можна забезпечити його положенням на боці, при цьому є необхідне постійне спостереження медичного персоналу за хворим.

У тих випадках, коли причинами небезпечних розладів дихання є порушення прохідності дихальних шляхів на рівні гортані (пошкодження, гематома та ін.), трахеї та великих бронхів (аспірація великої кількості крові, шлункового вмісту) чи зазначені вище заходи не були успішними та потерпілому загрожує асфіксія, необхідно виконати інтубацію трахеї чи трахеотомію.

Трахеотомію проводять у тих випадках, коли лікар, який надає допомогу, не володіє методикою інтубації, але знає техніку накладення трахеостоми, а також при деяких пораненнях щелепно-лицьової ділянки та гортані, коли інтубація трахеї може виявитися технічно нездійсненною.

Інгаляція кисню повинна бути забезпечена у всіх випадках дихальних розладів чи різко виражених порушеннях кровообігу. Її здійснюють через щільно накладену дихальну маску або носоглоткові катетери, введені на глибину 7–8 см від входу в ніс. Газовий потік — не менше 5 л/хв. Надмірно глибоке введення катетерів небезпечно тим, що вони можуть потрапити в стравохід із наступним роздуванням шлунка. Кисень і його суміш із повітрям необхідно зволожити, використовуючи зволожувачі кисневих інгаляторів або спеціальні пристрої.

Оклюзійна пов'язка при відкритому пневмотораксі, пункція та дренажування плевральної порожнини при клапанному пневмотораксі відносяться до першочергових заходів і є елементом

лікарської допомоги. Алгоритм надання медичної допомоги (додаток 5).

При недостатньому спонтанному диханні проводять допоміжну вентиляцію легень (ДВЛ) або ШВЛ. При ДВЛ вдудання газової суміші або повітря досягають збільшенням об'єму самостійного вдиху хворого, частота дихання залишається спонтанною.

ШВЛ проводять при припиненні або різкому пригніченні дихання, встановлюючи відповідні параметри вентиляції легень (частоту, об'єм вдиху, хвилиний об'єм дихання й ін.). Залежно від стану потерпілого, обставин і наявності технічного оснащення ДВЛ і ШВЛ здійснюють одним із таких методів:

- “рот до рота” чи “рот до носа”, що досить ефективні, їх можна провести в будь-яких умовах;
- за допомогою трубки ТД-1 чи S-подібної трубки, що виконують роль повітроводу;
- ШВЛ зовнішнім способом застосовують при наданні допомоги потерпілим із важкими ушкодженнями щелепно-лицьової ділянки, для яких методи, засновані на вдуданні повітря в дихальні шляхи, виявляються нездійсненними;
- за допомогою дихальної маски, щільно накладеної на обличчя потерпілого;
- за допомогою ручних апаратів ШВЛ (мішок Амбу);
- за допомогою портативних автоматичних апаратів ШВЛ (КІ-4, ДП-2, ГС-8, “Лада”, “Пневмат” та ін.).

Слід зазначити, що ШВЛ за допомогою автоматичних апаратів через дихальну маску може виявитися неефективною.

I. НЕВІДКЛАДНА ДОПОМОГА ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ

АСИСТОЛІЯ (клінічна смерть, зупинка серця)

Критерії діагностики:

1. Відсутність пульсу на магістральних артеріях (сонній і стегновій).
2. Відсутність дихання, рухової активності та відсутність тону всіх скелетних м'язів (іноді цьому може передувати напад судом).
3. Відсутність свідомості (настає протягом 5–10 с після припинення кровообігу).
4. Розширення зіниць (настає за 30–40 с після припинення кровообігу).
5. Зміна кольору слизових оболонок і шкірних покривів: сірувато-блідий колір при первинній зупинці серця; ціаноз — при первинному погіршенні дихання.
6. Відсутність електричної активності серця на ЕКГ.

Алгоритм надання допомоги:

1. Взаємодопомога

1. Встановити причину клінічної смерті (тривалість встановлення не більше 8–10 с (дивись критерії діагностики)).
2. Вкласти хворого горілиць на тверду поверхню (найпростіше — на підлогу) з приведеними до тулуба верхніми кінцівками.
3. Викликати лікаря (фельдшера) та автомобіль швидкої медичної допомоги.
4. Підтримувати дихання: забезпечити прохідність дихальних шляхів, ШВЛ методом “рот до рота”.
5. Підтримувати кровообіг: закритий (непрямий) масаж серця (з частотою 100–120 натискань за хв) в поєднанні зі ШВЛ у співвідношенні масаж — вдих 30:2.

Ознаки ефективності серцево-легеневої реанімації:

- 1) звужуються зіниці;
- 2) з'являються самостійні пульсові поштовхи на магістральних артеріях;
- 3) відновлюється спонтанне дихання та тонус м'язів;
- 4) настає незначне відновлення кольору шкіри та слизових оболонок.

Кожні 2 хв серцево-легеневу реанімацію необхідно припинити на декілька секунд для перевірки появи пульсу на магістральних судинах.

II. *Первинна медична долікарська допомога (ПМДД)*

1. Виконати перший етап допомоги, контролювати правильність виконання заходів.

2. Підтримувати дихання: ШВЛ з використанням S-подібної трубки або за допомогою будь-якого апарату штучного дихання (ДП-10, мішок Амбу) (додаток 10) 6 л/хв, інгаляція зволоженого кисню.

3. Налагодити систему для внутрішньовенної (в/в) інфузії.

4. Електроімпульсна терапія 360 кДж кожні 2 хв.

5. Струйно в/в ввести 400 мл 0,9 % натрію хлориду.

6. Струйно в/в ввести 3 мл 0,1 % розчину атропіну одноразово.

7. Вводити в/в кожні 5 хв 1 мл 0,18 % розчину адреналіну гідрохлориду.

III. *Перша лікарська допомога (ПЛД)*

1. Виконати перший і другий етапи допомоги, перевірити правильність виконання маніпуляцій на попередніх етапах.

2. Провести інтубацію трахеї, перевести хворого на ШВЛ.

3. При появі артеріальної гіпотензії ввести в/в 5 мл 4 % розчину дофаміну (розведеного попередньо у 200 мл 0,9 % розчину натрію хлориду) зі швидкістю 20 крапель/хв).

4. Електроімпульсна терапія 360 кДж кожні 2 хв.

5. Продовжувати закритий масаж серця, ШВЛ до відновлення серцевої діяльності (або до появи ознак біологічної смерті).

IV. Транспортування

При відновленні життєвих функцій продовжувати заходи, викладені вище, та негайно госпіталізувати хворого до найближчого лікувального закладу.

АРТЕРІАЛЬНА ГІПОТЕНЗІЯ, КОЛАПС, ШОК

Критерії діагностики:

1. Сплутана свідомість.
2. Систолічний артеріальний тиск (САТ) нижчий за 80 мм рт. ст.
3. Наявні периферичні ознаки шоку (бліда та волога шкіра).

Алгоритм надання допомоги:

I. Взаємодопомога

1. Обмежити рухову активність хворого: покласти його горілиць на ліжко (кушетку) або ноші, під ноги покласти валок або невелику подушку.
2. Негайно викликати лікаря(фельдшера), автомобіль швидкої медичної допомоги.

II. ПМДД

1. Контроль пульсу й АТ.
2. Записати показники ЕКГ.
3. Налagodити систему для в/в інфузії, в/в ввести 200 мл 0,9 % розчину натрію хлориду, у разі неефективності — 5 мл 4 % розчину дофаміну на 200 мл 0,9 % розчину натрію хлориду (зі швидкістю 20 крапель/хв).
4. Негайно викликати лікаря.
5. Негайно транспортувати на ношах до лікувального закладу.

III. ПЛД

1. Виконати заходи попередніх етапів.
2. Постійний ЕКГ-моніторинг, контроль АТ.

3. Провести інфузію дофаміну (розвести 5 мл 4 % розчину дофаміну в 200 мл 0,9 % розчину натрію хлориду, вводити зі швидкістю 20 крапель/хв), якщо це не було застосовано на етапі ПМДД.

IV. Транспортування

Госпіталізувати хворого на ношах за умови, що бригада має можливість провести дефібриляцію в салоні санітарного автомобіля з продовженням протишокової терапії під час руху до найближчого медичного закладу.

БРАДИКАРДІЇ БЕЗ НАЯВНОСТІ ПУЛЬСУ

Критерії діагностики:

1. Втрата свідомості, відсутня реакція на зовнішні подразники.
2. Зупинка дихання.
3. Бліда шкіра або її ціаноз.
4. АТ і пульс не визначаються.
5. Частота серцевих скорочень (ЧСС) менша ніж 40 уд./хв.

Алгоритм надання допомоги:

I. Взаємодопомога

1. Покласти хворого горілиць на тверду поверхню (найпростіше — на підлогу).
2. За відсутності дихання перевірити прохідність верхніх дихальних шляхів і розпочати ШВЛ “рот до рота”.
3. Розпочати непрямий масаж серця (з частотою 100–120 натискань/хв). Співвідношення рухів масаж — вдих 30:2. Перевіряти наявність пульсу кожні 2 хв.
4. Викликати лікаря (фельдшера) та автомобіль швидкої медичної допомоги.

II. ПМДД

1. Виконати перший етап допомоги, контролювати правильність виконання заходів.

2. Розпочати ШВЛ ручним апаратом (ДП-10, РПА-2, мішок Амбу) 6 л/хв.
3. Записати показники ЕКГ.
4. Налагодити систему для в/в інфузії.
5. Ввести в/в 1 мл 0,18 % адреналіну, повторювати введення кожні 3–5 хв, можна вводити ендотрахеально (збільшити дозу вдвічі).
6. Ввести в/в струйно 3 мл 0,1 % атропіну, можна вводити ендотрахеально (збільшити дозу вдвічі).

III. ПЛД

Виконати перший і другий етапи допомоги, перевірити правильність виконання маніпуляцій на попередніх етапах.

IV. Транспортування

Після стабілізації стану хворого негайно його госпіталізувати в найближчий лікувальний заклад санітарним транспортом.

БРАДИКАРДІЇ З НАЯВНІСТЮ ПУЛЬСУ, АЛЕ З ПОРУШЕННЯМ ГЕМОДИНАМІКИ

Критерії діагностики:

1. Може виникати короткочасна втрата свідомості, пітливість.
2. Загальна слабкість, зниження толерантності до фізичних навантажень, запаморочення.
3. Іноді виникає задишка в стані спокою, зростає частота нападів стискного болю за грудиною.
4. Сповільнений пульс (менше 40 уд/хв).
5. Спостерігається приглушення серцевих тонів. При вислуховуванні легень з'являються вологі хрипи (при розвитку гострої лівошлуночкової недостатності).

Алгоритм надання допомоги:

I. Взаємодопомога

1. Покласти хворого горілиць на ліжко (кушетку) або ноші.
2. Викликати медичний персонал або швидку медичну допомогу та негайно транспортувати хворого в медичний заклад.

II. ПМДД, ПЛД

1. Виконати перший етап допомоги, контролювати правильність виконання заходів.

2. Інгаляція зволоженого кисню.

3. Записати показники ЕКГ.

4. Налагодити систему для в/в інфузії.

5. Ввести в/в 0,5 мл 0,1 % атропіну сульфату повільно. За необхідності повторювати введення кожні 3–5 хв до загальної дози 3 мл; в/в крапельно 5 мл 4 % розчину дофаміну, попередньо розчинивши у 0,9 % натрію хлориду зі швидкістю 20 крапель/хв.

6. За наявності гіпотензії ввести 200–400 мл 0,9 % розчину натрію хлориду.

7. При тривалому ангінозному нападі дати 1 таблетку (0,5 мг) нітрогліцерину під язик, провести знеболення 50 % розчином метамізол натрію (2 мл в/в струйно). Прийом нітрогліцерину можна повторювати, контролюючи АТ, але не більше 3 таблеток протягом 15 хв.

8. При розвитку гострої лівошлуночкової недостатності ввести в/в струйно 4 мл 1 % розчину фуросеміду.

9. Викликати лікаря та негайно транспортувати хворого в найближчий лікувальний заклад санітарним транспортом.

III. ПЛД

1. Виконати перший і другий етапи допомоги, перевірити правильність виконання маніпуляцій на попередніх етапах.

2. Виключити наявність причин брадикардії, які можна усунути: гіповолемія, гіпоксія, порушення прохідності дихальних шляхів, ацидоз, електролітні порушення, гіпоглікемія, гіпотермія, отруєння, тампонада серця, напружений пневмоторакс, травматичне ушкодження (закрита черепно-мозкова травма).

IV. Транспортування

Після стабілізації стану хворого його слід негайно госпіталізувати в найближчий лікувальний заклад санітарним транспортом у супроводі лікаря.

БРАДИКАРДІЯ АСИМПТОМНА

Самопочуття хворого не погіршується. Брадикардія визначається випадково (при плановому огляді у лікаря або при реєстрації ЕКГ).

Якщо стан пацієнта стабільний (немає симптоматики брадикардії), необхідне тільки спостереження.

При тривалій брадикардії (пульс менше 50 уд./хв) показана госпіталізація для уточнення причини порушень.

ГІПЕРТОНІЧНИЙ КРИЗ

Критерії діагностики:

1. Підвищений АТ (140/90 мм рт. ст. і вище).
2. Головний біль, запаморочення, мерехтіння “мушок” перед очима, нудота, шум у вухах.
3. Біль у грудній клітці, задишка.

Алгоритм надання допомоги:

I. Взаємодопомога

1. Обмежити рухову активність хворого, заспокоїти його.
2. Викликати лікаря (фельдшера) або автомобіль швидкої медичної допомоги.

II. ПМДД

1. Виміряти пульс та АТ.
2. Якщо АТ вищий за 140/90 мм рт. ст., слід прийняти препарати:

- каптоприл 25 мг під язик (при нормальньому або уповільненому пульсі);
- пропранолол (анапрілін) 20 мг при пульсі більше за 90 уд./хв;
- за необхідності додатково в/в струйно 4 мл 1 % розчину фуросеміду;
- нітрогліцерин 1 таблетка (0,5 мг) під язик, якщо є відчуття загрудинного болю;
- нітрогліцерин 3 таблетки з інтервалом у 5 хв при збереженні або повторенні нападу загрудинного болю.

3. За наявності неврологічної симптоматики (сильний головний біль, запаморочення, нудота, оніміння кінцівок та/або порушення їх функцій), гострого коронарного синдрому (тривалій напад загрудинного болю стискного або пекучого характеру), гострої серцевої недостатності (задишка у спокої, ортопное) хворого слід негайно госпіталізувати в лежачому положенні.

III. ПЛД

1. Виміряти пульс та АТ.

2. Якщо АТ вищий за 140/90 мм рт. ст., слід прийняти гіпотензивні препарати:

- пропранолол 20 мг під язик при тахікардії;
- каптоприл 25 мг під язик при нормо- та брадикардії;
- фуросемід 4 мл 1 % розчину в/в — додатково за необхідності.

3. Якщо наявні симптоми ускладненого гіпертонічного кризу, зокрема:

а) неврологічна симптоматика — ввести в/в 40 мг 1 % фуросеміду, 10 мл 25% магнію сульфату;

б) гострий коронарний синдром — див. окремий алгоритм;

в) гостра серцева недостатність — див. окремий алгоритм;

г) при залишкових явищах гіпертонічної енцефалопатії (головний біль) — в/м 2 мл 50 % розчину метамізол натрію.

4. Госпіталізувати хворого на ношах у лежачому положенні.

IV. Транспортування

Якщо неможливо стабілізувати стан хворого, його слід терміново госпіталізувати в найближчий лікувальний заклад санітарним транспортом.

ГОСТРИЙ КОРОНАРНИЙ СИНДРОМ

Критерії діагностики:

1. Типовий ангінозний напад тривалістю понад 20 хв (загрудинний біль стискного або пекучого характеру з можливим відлунням у ліву руку, під лопатку, в нижню щелепу; біль наростає при фізичному навантаженні).

2. Відсутній або неповний ефект від нітрогліцерину (незначне зменшення загрудинного болю).

3. Наявні на ЕКГ ознаки порушення коронарного кровообігу (підйом на 2 мм і більше або зниження сегмента ST на 1 мм і більше у двох і більше суміжних стандартних, посилених і грудних відведеннях).

Алгоритм надання допомоги:

I. Взаємодопомога

1. Обмежити рухову активність хворого, припинити фізичне навантаження, заспокоїти хворого.

2. Викликати лікаря (фельдшера) або карету швидкої медичної допомоги.

3. Нітрогліцерин під язик (1 табл. 0,5 мг).

II. ПМДД

1. Виконати заходи попереднього етапу.

2. Нітрогліцерин 0,5 мг по 1 таблетці під язик з інтервалом 5 хв (загалом до 3 таблеток), ацетилсаліцилова кислота 325 мг (розжувати).

3. Записати показники ЕКГ.

4. Контроль пульсу та АТ:

- при понад 90 уд./хв — 20 мг пропранололу внутрішньо;

- при високому АТ дати хворому гіпотензивні препарати: каптоприл 25 мг 1 таблетка під язик, заспокійливі засоби (корвалол 30 крапель);
 - при низькому АТ слід підготувати доступ до вени (бажано через периферичний венозний катетер), в/в ввести 0,9 % натрію хлориду, за неефективності — дофамін в/в крапельно (розвести 5 мл 4 % розчину дофаміну у 200 мл 0,9 % розчину натрію хлориду та ввести інфузійно зі швидкістю 20 крапель/хв).
5. Негайно викликати лікаря.

III. ПЛД

1. Виконати заходи попередніх етапів.
2. Контроль АТ, пульсу, частоти дихання. Провести аускультацию легень з метою виключення ознак гострої лівошлуночнової недостатності.
3. За наявності порушення ритму, що викликає зниження АТ або синдром стенокардії, провести антиаритмічну терапію (див. алгоритми лікування гострих порушень серцевого ритму).
4. При збереженні болю ввести 1 мл 1 % розчину морфіну в/в або в/м.
5. Негайно госпіталізувати хворого на ношах.

IV. Транспортування

Після стабілізації стану хворого негайно госпіталізувати в найближчий лікувальний заклад санітарним транспортом.

ЕКСТРАСИСТОЛІЧНА АРИТМІЯ

Критерії діагностики:

1. Спостерігаються перебої у роботі серця.
2. Реєстрація екстрасистол на ЕКГ.

Алгоритм надання допомоги:

- I. *Взаємодопомога*

1. Заспокоїти хворого, допомогти йому сісти чи лягти.
2. При стабільному стані звернутись до лікаря (для обстеження).
3. При частих екстрасистолах негайно викликати лікаря (фельдшера).

II. ПМДД

1. Записати ЕКГ.
2. Контроль пульсу та АТ.

За нормальної частоти серцевих скорочень (60–80 уд./хв) та стабільному АТ допомогу пацієнту можна не надавати. Його слід госпіталізувати для дообстеження та подальшого лікування.

Якщо АТ більший за 160/100 мм рт. ст. — пропранолол 40 мг внутрішньо.

Якщо АТ менший за 160/100 мм рт. ст. — пропранолол 20 мг внутрішньо.

Якщо АТ низький, слід підготувати доступ до вени та в/в ввести 0,9 % розчину натрію хлориду; за відсутності ефекту — інфузія дофаміну (розвести 5 мл 4 % розчину у 200 мл 0,9 % розчину натрію хлориду та вводити зі швидкістю 20 крапель/хв).

Викликати лікаря.

III. ПЛД

1. Провести (за потреби) вищевказані заходи.
2. Оцінити за показниками ЕКГ вид екстрасистол (передсердні — з незміненими комплексами QRS, шлуночкові — зі зміненими комплексами QRS).
3. Оцінити рівень АТ, частоту пульсу.
4. Якщо застосування пропранололу не дає очікуваного ефекту, слід застосувати аміодарон 300 мг в/в крапельно.

IV. Транспортування

Після стабілізації стану хворого його слід госпіталізувати в найближчий лікувальний заклад санітарним транспортом.

КАРДІОГЕННИЙ ШОК

Критерії діагностики:

1. Наявні ознаки гострого інфаркту міокарда (загрудинний біль стискнутого або пекучого характеру з можливим відлунням у ліву руку тривалістю понад 20 хв.
2. Зміни на ЕКГ у вигляді підйому або зниження сегменту ST.
3. Сплутана свідомість.
4. Систолічний АТ нижчий за 80 мм рт. ст.
5. Наявні периферичні ознаки шоку (бліда та волога шкіра).

Алгоритм надання допомоги:

I. Взаємодопомога

1. Обмежити рухову активність хворого, покласти його горілиць на ліжко (кушетку) або ноші, під ноги слід покласти валик чи невелику подушку.
2. Негайно викликати лікаря(фельдшера), автомобіль швидкої медичної допомоги.

II. ПМДД

1. Контроль пульсу та АТ.
2. Записати показники ЕКГ.
3. Налаштувати систему для в/в інфузії, ввести 200 мл 0,9 % розчину натрію хлориду, а за відсутності належного ефекту — 5 мл 4 % розчину дофаміну на 200 мл 0,9 % розчину натрію хлориду (зі швидкістю 20 крапель/хв).
4. Ввести в/в або в/м 1 мл 1 % розчину морфіна гідрохлориду.
5. Негайно викликати лікаря.
6. Негайно госпіталізувати хворого, застосовуючи ноші.

III. ПЛД

1. Виконати заходи попередніх етапів.
2. Постійний ЕКГ-моніторинг, контроль АТ.
3. Виконати інгаляцію зволеним киснем до 6 л/хв.

4. Провести інфузію дофаміну (розвести 5 мл 4 % розчину у 200 мл 0,9 % розчину натрію хлориду) зі швидкістю 20 крапель/хв, якщо це не було застосовано на етапі ПМДД.

5. Допоміжна терапія: в/в гепарин натрій 5000 ОД/мл.

IV. Транспортування

Госпіталізувати хворого на ношах, за умови, що бригада має можливість провести дефібриляцію в салоні санітарного автомобіля з продовженням протишокової терапії під час руху до найближчого медичного закладу.

ПАРОКСИЗМ МИГОТЛИВОЇ АРИТМІЇ

Критерії діагностики:

1. Пульс неритмічний і різного наповнення, часто спостерігається відсутність пульсу.

2. На ЕКГ ознаки фібриляції передсердь (нерівні інтервали RR, відсутність зубця Р, наявні хвилі фібриляції передсердь).

Алгоритм надання допомоги:

I. Взаємодопомога

1. Заспокоїти хворого, обмежити його фізичну активність.
2. Викликати лікаря (фельдшера) та автомобіль швидкої медичної допомоги.

II. ПМДД

1. Записати показники ЕКГ.
2. Контроль пульсу та АТ.

За нормальної частоти серцевих скорочень (60–80 уд./хв) та стабільному АТ немає потреби в невідкладній допомозі.

Якщо пульс понад 90 уд./хв, слід прийняти 1 таблетку пропранололу 20 мг (можна розжувати). З обережністю застосовувати при низькому АТ і бронхіальній астмі.

Якщо АТ високий, слід застосувати гіпотензивні препарати: каптоприл 1 таблетка (25 мг) під язик та фуросемід 4 мл 1 % розчину в/м.

Якщо АТ низький, слід підготувати доступ до вени та в/в ввести 200 мл 0,9 % розчину натрію хлориду; якщо відсутній очікуваний ефект, слід застосувати дофамін (розвести 5 мл 4 % розчину у 200 мл 0,9 % розчину натрію хлориду) зі швидкістю 20 крапель/хв.

3. Викликати лікаря.

III. ПЛД

1. Аміодарон 300 мг в/в крапельно повільно (2 ампули на 200 мл розчину 5 % глюкози).

IV. Транспортування

Після стабілізації стану хворого госпіталізувати його в найближчий лікувальний заклад санітарним транспортом.

СЕРЦЕВА АСТМА ТА НАБРЯК ЛЕГЕНЬ

Критерії діагностики:

1. Раптова задуха (часто вночі).
2. Вимушене напівсидяче положення.
3. Бліда або синюшна шкіра тіла, синюшність обличчя.
4. Холодний піт.

Алгоритм надання допомоги:

I. Взаємодопомога

1. Обмежити рухову активність хворого, припинити фізичне навантаження, негайно викликати лікаря (фельдшера).

II. ПМДД

1. Контроль пульсу та АТ.
2. Записати показники ЕКГ.
3. Негайно викликати лікаря або бригаду швидкої допомоги.

4. Провести інгаляцію кисню, бажано через піногасник (спирт).

5. Ввести в/в сечогінні препарати: фуросемід 4 мл 1 % розчину.

6. Ввести в/в повільно морфіну гідрохлорид 1 мл 1 % розчин.

7. Нітрогліцерин 0,5 мг по 1 таблетці під язик з інтервалом 5 хв (не більше 3 таблеток).

8. При високому АТ (>140/90 мм рт. ст.) застосувати гіпотензивні препарати: каптоприл 1 таблетка (25 мг), розжувати.

9. При низькому АТ (<90/60 мм рт. ст.) підготувати доступ до вени (бажано через периферичний венозний катетер), в/в ввести 200 мл 0,9 % розчину натрію хлориду, за відсутності очікуваного ефекту застосувати дофамін (розвести 5 мл 4 % розчину дофаміну в 200 мл 0,9 % розчину натрію хлориду) інфузійно зі швидкістю 20 крапель/хв.

10. Негайно госпіталізувати хворого, застосовуючи носі.

III. ПЛД

1. Оцінка показників ЕКГ (при виявленні аритмії, ознак інфаркту міокарду діяти слід згідно з відповідним алгоритмом гострого коронарного синдрому).

2. Визначити пульс, АТ, діурез, провести аускультацию легень і серця.

3. При АТ більше 140/90 мм рт. ст. застосувати гіпотензивні препарати: каптоприл по 1 таблетці (25 мг) розжувати, в/в ввести 4 мл 1 % розчину фуросеміду.

4. За наявності гострого порушення серцевого ритму, що викликає зниження АТ або синдром стенокардії, провести антиаритмічну терапію (див. алгоритм лікування гострих порушень серцевого ритму). Перевага надається електроімпульсній терапії, аміодарону 300 мг в/в (2 ампл. аміодарону на 400 мл 5 % розчину глюкози), контролюючи пульс та АТ.

5. В/в крапельно 1 мл 1 % морфіну гідрохлориду на 0,9 % розчину натрію хлориду.

6. В/в крапельно 1 % розчин нітрогліцерину: 1 мл на 200 мл 0,9 % розчину натрію хлориду, контролюючи АТ (не нижче 90/60 мм рт. ст.).

IV. Транспортування

Після відновлення життєвих функцій продовжити заходи, викладені вище, негайно госпіталізувати хворого.

ТАХІКАРДІЯ З НАЯВНІСТЮ ПУЛЬСУ БЕЗ ПОРУШЕННЯ ГЕМОДИНАМІКИ

Критерії діагностики:

1. Серцебиття, перебої в роботі серця.
2. Хворому важко виконувати фізичну роботу через появу задишки.
3. При вимірюванні пульсу спостерігається тахікардія більше 90 уд./хв, іноді аритмічність і відсутність (пропуски) пульсу.

Алгоритм надання допомоги:

I. Взаємодопомога

Викликати медичний персонал або транспортувати хворого в медичний пункт.

II. ПМДД

1. Провести вагусні проби (проба Вальсальви — затримка дихання з надуванням на висоті вдиху протягом 5–10 с, масаж каротидного синусу з одного боку).

2. Викликати лікаря або транспортувати хворого в лікувальний заклад санітарним транспортом.

III. ПЛД

1. Виконати попередні заходи, можливе повторне проведення вагусних проб, зокрема проведення проби з натисканням на очні яблука.

2. Ввести 150 мг аміодарону в/в крапельно, за відсутності ефекту — ще 300 мг в/в крапельно.

IV. Транспортування

При збереженні тахікардії транспортувати хворого в лікувальний заклад санітарним транспортом.

ТАХІКАРДІЯ З НАЯВНІСТЮ ПУЛЬСУ ТА ПОРУШЕННЯМ ГЕМОДИНАМІКИ

Критерії діагностики:

1. Може виникати короткочасна втрата свідомості.
2. Відчуття серцебиття, перебоїв у роботі серця.
3. Запаморочення, загальна слабкість, пітливість.
4. Може спостерігатись задишка в стані спокою, зниження обсягу фізичних навантажень.
5. Іноді виникає тривалий напад стискного болю за грудиною.
6. Може спостерігатись блідість шкіри або ціаноз.
7. При пальпації пульсу визначається прискорення пульсу понад 90 уд./хв, іноді його аритмічність, пропуски ударів.
8. Може бути зниження АТ, часте дихання.
9. При аускультатії легень можуть з'являтись вологі хрипи (при розвитку гострої лівошлуночної недостатності).

Алгоритм надання допомоги:

I. Взаємодопомога

1. Покласти хворого на ліжко (кушетку) або носі.
2. Негайно викликати лікаря або транспортувати хворого в МП.

II. ПМДД

1. Покласти хворого на ліжко (кушетку) або носі.
2. Інгаляція зволоженого кисню.
3. Записати ЕКГ.

4. Налагодити систему для в/в інфузії.

5. При гіпотензії провести інфузію 0,9 % розчину натрію хлориду 200–400 мл.

6. При тривалому ангінозному нападі дати 1 таблетку нітрогліцерину 0,5 мг під язик, провести знеболення 50 % розчином метамізолу натрію 2 мл в/в струменево. Прийом нітрогліцерину можна повторити, контролюючи АТ, але не більше 3 таблеток протягом 15 хв.

7. При розвитку гострої лівошлуночкової недостатності ввести в/в струйно 4 мл 1 % розчину фуросеміду, дати 1 таблетку нітрогліцерину 0,5 мг під язик. За необхідності повторити прийом нітрогліцерину, контролюючи АТ, але не більше 3 таблеток протягом 15 хв.

8. Викликати лікаря або негайно транспортувати хворого в найближчий лікувальний заклад санітарним транспортом.

III. ПЛД

1. Виконати лікувальні заходи середнього медичного персоналу.

2. При зниженні АТ, посиленні задухи, появі вологих хрипів при аускультатії легень провести електричну кардіоверсію з енергією першого розряду 200 Дж. За відсутності ефекту повторити розряди енергією 300 та 360 Дж.

IV. Транспортування

Після стабілізації стану хворого негайно госпіталізувати в найближчий лікувальний заклад санітарним транспортом.

ТАХІКАРДІЯ ПАРОКСИЗМАЛЬНА

Тахікардії, що протікають з відсутністю пульсу на периферичних і сонних артеріях.

Критерії діагностики:

1. Втрата свідомості.

2. Відсутня реакція на зовнішні подразники.
3. Зупинка дихання.
4. Спостерігається блідість шкіри або її ціаноз.
5. АТ і пульс не визначаються.

Алгоритм надання допомоги:

I. Взаємодопомога

1. Покласти хворого горілиць на тверду поверхню (найпростіше — на підлогу).
2. За відсутності дихання перевірити прохідність верхніх дихальних шляхів і розпочати ШВЛ (“рот до рота”).
3. Розпочати непрямий масаж серця (з частотою 100 натискань/хв). Співвідношення масаж — вдих 30:2. Перевіряти пульс кожні 2 хв.

II. ПМДД

1. Виконати вищевказані заходи.
2. Записати показники ЕКГ.
3. За наявності дефібрилятора застосувати електричну кардіоверсію: 1-й розряд 200 Дж, при збереженні порушень серцевого ритму повторити дефібриляцію розрядом 300 та 360 Дж.
4. Налagodити систему для в/в інфузії.
5. Адреналіну гідрохлорид 0,18 % 1 мл в/в струменево, повторювати кожні 3–5 хв, можна вводити ендотрахеально (збільшивши дозу в 2 рази).
6. Повторити електричну кардіоверсію.
7. Амідарон 300 мг в/в струменево, потім можна додатково ввести 150 мг.

III. ПЛД

1. Виконати вищевказані заходи.
2. При шлуночковій тахікардії типу “пірует” препаратом вибору є 25 % розчин магnezії сульфату, 40 мл в/в струменево.

IV. Транспортування

Після стабілізації стану хворого негайно госпіталізувати в найближчий лікувальний заклад санітарним транспортом.

ФІБРИЛЯЦІЯ ШЛУНОЧКІВ

Фібриляція шлуночків супроводжується розвитком ознак клінічної смерті.

Критерії діагностики:

1. Відсутність пульсу на основних і доступних магістральних артеріях — сонній і стегновій.
2. Відсутність дихання, рухової активності, тотальна атонія скелетних м'язів (їй може передувати короткочасний напад судом).
3. Відсутність свідомості (настає протягом 5–10 с після припинення кровообігу).
4. Розширення зіниць (настає за 30–40 с після припинення кровообігу).
5. Зміна кольору слизових оболонок і шкіри, яка набуває сірувато-блідого відтінку при первинній зупинці серця; ціаноз — при первинному погіршенні дихання.
6. На ЕКГ ознаки фібриляції шлуночків.

Алгоритм надання допомоги:

І. Взаємодопомога

1. На встановлення діагнозу клінічної смерті — не більше 8–10 с.
2. Покласти хворого горілиць на тверду поверхню (найпростіше — на підлогу) з приведеними до тулуба верхніми кінцівками.
3. Підтримувати дихання: забезпечити прохідність верхніх дихальних шляхів, проводити ШВЛ методом “рот до рота”.
4. Підтримувати кровообіг: проводити закритий (зовнішній) масаж серця в поєднанні з ШВЛ у співвідношенні масаж — вдих 30:2.

Кожні 2 хв серцево-легеневу реанімацію необхідно на декілька секунд припиняти, щоб перевірити, чи з'явився пульс на магістральних судинах.

Ефективність серцево-легеневої реанімації визначається такими ознаками:

- 1) звужуються зіниці;
 - 2) з'являються самостійні пульсові поштовхи на сонній або стегновій артериях;
 - 3) відновлюється спонтанне дихання та тонус м'язів;
 - 4) дещо відновлюється нормальний колір шкіри та слизових оболонок.
5. Викликати лікаря (фельдшера), бригаду швидкої медичної допомоги.

II. ПМДД

1. Виконати заходи першого етапу.
2. Проводити ШВЛ із застосуванням S-подібної трубки або за допомогою будь-якого апарату штучного дихання (ДП-10, РПА-2, мішок Амбу) 6 л/хв, інгаляція зволоженого кисню.
3. Дефібриляція: 1 розряд 200 Дж, у подальшому при збереженні фібриляції шлуночків повторити дефібриляцію розрядами 300 Дж, 360 Дж.
4. Налаштувати систему для в/в інфузії.
5. Ввести в/в струйно 400 мл 0,9 % натрію хлориду.
6. Ввести в/в 1 мл 1 % розчину атропіну сульфату.
7. Ввести в/в 1 мл 0,18 % розчину адреналіну гідрохлориду.

III. ПЛД

1. Виконати попередні етапи.
2. Одночасно підключити монітор ЕКГ для діагностики фібриляції шлуночків.
3. Дефібриляція: перший розряд 200 Дж, при збереженні фібриляції шлуночків повторити дефібриляцію розрядами 300 Дж, 360 Дж.
4. Провести інтубацію трахеї, перевести хворого на ШВЛ.
5. Повторити дефібриляцію (360 Дж одноразово протягом 30–60 с).

6. Ввести в/в 1 мл 0,18 % розчину адреналіну гідрохлориду, повторно — кожні 3–5 хв, також можна вводити ендотрахеально (збільшивши дозу в 2 рази).

7. Повторити дефібриляцію (360 Дж одноразово протягом 30–60 с).

8. За відсутності ефекту ввести в/в 300 мг аміодарону в 5 % розчині глюкози (альтернатива: ввести в/в 120 мг лідокаїну).

9. Повторити дефібриляцію розрядом у 360 Дж.

10. Продовжувати закритий масаж серця, ШВЛ аж до відновлення серцевої діяльності (або до появи ознак біологічної смерті).

IV. Транспортування

Після відновлення життєвих функцій продовжити проводити викладені вище заходи та негайно госпіталізувати хворого до найближчого лікувального закладу санітарним транспортом.

II. НЕВІДКЛАДНА ДОПОМОГА ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ ОРГАНІВ ДИХАННЯ

ЗАГОСТРЕННЯ (НАПАД) БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ, АСТМАТИЧНИЙ СТАТУС

Критерії діагностики:

1. Задишка із затрудненим видихом.
2. Участь у диханні допоміжних м'язів.
3. Велика кількість свистячих або дистантних хрипів (чути на відстані хрипи при “німих легенях”).
4. Синюшність шкірних покривів.
5. Переривчасте мовлення.

Алгоритм надання допомоги:

I. Взаємодопомога

Викликати лікаря (фельдшера) та автомобіль швидкої медичної допомоги.

II. ПМДД

1. Виконати етап перший.
2. 1–2 інгаляції сальбутамолу кожні 15–20 хв.
3. Налагодити інгаляцію зволоженого кисню.
4. Налагодити систему для в/в інфузії.
5. Ввести в/в 12 мг дексаметазону.

III. ПЛД

1. Виконати дії першого та другого етапів допомоги.
2. Повторно в/в ввести 12 мг дексаметазону.
3. Продовжити інгаляції сальбутамолу (2 інгаляції/год).

IV. Транспортування

Продовжити заходи, викладені вище, та негайно госпіталізувати хворого до найближчого лікувального закладу.

ПНЕВМОНІЯ НЕГОСПІТАЛЬНА ТЯЖКОГО ПЕРЕБІГУ

Критерії діагностики:

- кашель
- задишка
- часте поверхнєве дихання
- гнійне харкотиння
- слабкість
- лихоманка
- біль у грудях, пов'язаний із диханням
- ознаки інфекційно-токсичного шоку
- фізикальні ознаки “консолідації легеневої паренхіми”: крепітація, бронхіальне дихання, дрібнопухирчасті хрипи, притуплення перкуторного звуку.

Догоспітальний етап:

I. Взаємодопомога

1. Покласти хворого на ліжко (кушетку).
2. Напоїти теплим чаєм (при розвитку шоку — див. алгоритм “Септичний або інфекційно-токсичний шок”).

II. ПМДД

1. Виконати дії першого етапу допомоги.
2. Інгаляція зволоженого кисню.
3. Налагодити систему для в/в інфузії (пункція або катетеризація вени).
4. Контроль АТ.

III. ПЛД

1. Виконати дії першого та другого етапу.
2. Ввести в/м цефтріаксон 1 мл (після пробі).

IV. Транспортування

Проводити ті самі заходи, негайно госпіталізувати хворого до найближчого лікувального закладу.

ТРОМБОЕМБОЛІЯ ЛЕГЕНЕВОЇ АРТЕРІЇ (ТЕЛА)

Критерії діагностики:

1. Раптове запаморочення.
2. Раптове виникнення задишки.
3. Раптове виникнення плеврального болю.
4. Кровохаркання.
5. До розвитку ТЕЛА можуть спостерігатися явища тромбофлебіту глибоких вен нижніх кінцівок — почервоніння, набряки, біль.
6. У тяжких випадках — втрата свідомості, зупинка серцевої діяльності та дихання, посиніння верхньої половини тулуба та обличчя.

Алгоритм надання допомоги:

I. Взаємодопомога

При масивній ТЕЛА — серцево-легенева реанімація (див. “Термінальні стани”).

II. ПМДД

1. За необхідності виконати заходи першого етапу допомоги.
2. Інгаляція зволоженого кисню.
3. Ввести гепарин натрій підшкірно 5000 ОД.

IV. Транспортування

Продовжувати проводити ті самі заходи, негайно госпіталізувати хворого до найближчого лікувального закладу.

III. НЕВІДКЛАДНА ДОПОМОГА ПРИ ГОСТРИХ ПАТОЛОГІЯХ ОРГАНІВ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ

Основною ознакою гострих захворювань органів черевної порожнини (ГЗОЧП) є біль у животі. При підозрі на ГЗОЧП лікар зобов'язаний негайно вжити заходів для термінової евакуації хворого в госпіталь у супроводі фельдшера (медичної сестри), бажано лікаря.

Перед транспортуванням у лікувальний заклад **заборонено!** вводити хворому знеболювальні засоби (морфін, тримеперидин та ін.), призначати послаблювальне, ставити клізму. Хворому заборонено пити та їсти.

При сильному болю можна ввести в/в спазмолітик (2 мл 2 % розчину дротаверину).

АПЕНДИЦИТ ГОСТРИЙ

Критерії діагностики:

1. Біль у животі будь-якої локалізації.
2. Симптоми інтоксикації (підвищення температури тіла, відсутність апетиту, сухість у ротовій порожнині).
3. Можливий атиповий перебіг (інтенсивний біль у поперековій ділянці; дизуричні прояви: часте та болісне сечопускання; діарея або ознаки кишкової інфекції — пронос із болісним актом дефекації).
4. Сумніви в діагнозі гострого апендициту є підставою для направлення пацієнта в госпіталь з діагнозом “гострий живіт”.

Алгоритм надання допомоги:

I. Взаємодопомога

Заборонити хворому їсти, пити.

II. ПМДД

1. Виконати дії першого етапу допомоги.
2. Негайно викликати лікаря.
3. Протипоказане застосування тепла, клізм, послаблювальних засобів.

III. ПЛД

Оглянути хворого. Якщо підозра на ГЗОЧП підтвердилась, направити хворого в госпіталь.

IV. Транспортування

Негайно госпіталізувати хворого в положенні горілиць, застосовуючи ноші, у найближчий лікувальний заклад у супроводі фельдшера.

ГОСТРА ЗАТРИМКА СЕЧІ

Критерії діагностики:

1. Сильний біль у нижній частині живота (надлобковій ділянці).
2. Часті непродуктивні позиви на сечовипускання, відчуття переповнення та розпирання сечового міхура, затруднення самостійного сечовипускання.
3. Поведінка хворого збуджена: стогне, приймає різні положення для сечовипускання, давить на ділянку сечового міхура, стискає статевий член.
4. У надлобковій ділянці чітко виступає набряк у формі кулеподібного тіла, який називають “міхуровою кулею”. Поверхня її гладка, пружної консистенції, перкуторно видає тупий звук. Пальпація викликає позиви на сечовипускання.

Алгоритм надання допомоги:

I. Взаємодопомога

Покласти хворого горілиць.

II. ПМДД

Ввести спазмолітики, знеболювальні в/м (дротаверин 4 мл та 50 % метамізолу натрію 4 мл).

III. ПЛД

Виконати катетеризацію сечового міхура.

IV. Транспортування

Транспортувати хворого в лежачому положенні до лікувального закладу.

ЗАЩЕМЛЕНА КИЛА

Критерії діагностики:

1. Раптовий біль у ділянці килового випинання.
2. Напруженість килового випинання.
3. Неможливість вправити випинання в черевну порожнину.

Алгоритм надання допомоги:

I. Взаємодопомога

Заборонити хворому пити та їсти.

II. ПМДД

1. Виконати дії першого етапу допомоги.
2. Негайно викликати лікаря.
3. Заборонено намагатись вправити защемлену килу.

III. ПЛД

1. Виконати дії першого та другого етапів.
2. Негайно евакуювати хворого до лікувального закладу, навіть якщо кила самостійно вправилась.

IV. Транспортування

Негайно евакуювати хворого в положенні горілиць, застосовуючи носі, в госпіталь або найближчий лікувальний заклад у супроводі фельдшера.

КИШКОВА НЕПРОХІДНІСТЬ ГОСТРА

Критерії діагностики:

1. Переймоподібний біль у животі.
2. Нудота, блювота.
3. Здуття живота.
4. Невідходження калу та газів.

Алгоритм надання допомоги:

I. Взаємодопомога

1. Заборонити хворому пити та їсти.
2. Покласти хворого горілиць на ліжко (кушетку) або ноші.

II. ПМДД

1. Виконати дії першого етапу.
2. Встановити шлунковий зонд (С-16 або С-18), промити шлунок за допомогою одноразового шприця 100 мл.
3. Налогодити систему для в/в інфузії (пункція або катетеризація вени).
4. В/в ввести:
 - а) 10 % гідрооксиетилкрохмаль (ГЕК) 500 мл;
 - б) розчин Рінгера лактатний 400 мл крапельно;
 - в) 0,9 % розчин натрію хлориду 200 мл крапельно;
 - г) 200 мл 5 % глюкози крапельно.
5. Негайно викликати лікаря.

III. ПЛД

1. Виконати дії першого та другого етапів допомоги.
2. Продовжити в/в вводити розчин Рінгера 200 мл; 0,9 % натрію хлориду 200 мл, 5 % глюкози 200 мл.
3. Негайно евакуювати хворого в госпіталь або найближчий лікувальний заклад.

IV. Транспортування

Хворого транспортувати горілиць, застосовуючи ноші, в супроводі лікаря. Продовжувати заходи, викладені вище.

ПАНКРЕАТИТ ГОСТРИЙ

Критерії діагностики:

1. Виражений біль у животі оперізувального характеру.
2. Блювота.
3. Наявність інформації про те, що хворий вживав алкоголь, жирну їжу, вдихав пари анілінових барвників, страждає на жовчнокам'яну хворобу, зазнав травм живота.

У важких випадках:

4. Ендотоксичний шок (зниження АТ, мармуровість шкіри).
5. Психічні розлади.

Алгоритм надання допомоги:

I. Взаємодопомога

1. Заборонити хворому пити та їсти.
2. Покласти хворого горілиць на ліжко (кушетку) або ноші.

II. ПМДД

1. Виконати дії першого етапу.
2. Встановити шлунковий зонд (С-16 або С-18).
3. Налагодити систему для в/в інфузії.
4. В/в ввести:
 - а) 500 мл 10 % ГЕК;
 - б) розчин Рінгера лактатний 400 мл крапельно;
 - в) 0,9 % розчин натрію хлориду 200 мл крапельно.
5. В/м ввести 2 % дротаверин 2 мл або 0,1 % атропіну сульфат 1 мл.
6. При вираженому больовому синдромі в/м ввести 0,2 % буторфанолу тартрат 1 мл.

III. ПЛД

1. Виконати дії першого та другого етапів.
2. Продовжити в/в вводити розчин Рінгера 200 мл, 10 % ГЕК 500 мл.
3. При вираженому больовому синдромі в/м ввести 0,2 % буторфанолу тартрат 1 мл.

IV. Транспортування

1. Хворого в положенні горілиць, застосовуючи ноші, негайно евакуювати в госпіталь або найближчий лікувальний заклад у супроводі лікаря.

2. Продовжувати вживати заходи, викладені вище.

ПАРАПРОКТИТ ГОСТРИЙ

Критерії діагностики:

1. Раптовий сильний біль у ділянці анусу.

2. набряк у ділянці анусу.

3. Локальна гіпертермія в ділянці прямої кишки.

Алгоритм надання допомоги:

I. Взаємодопомога

1. Негайно звернутись у МП.

2. Викликати лікаря (фельдшера).

II. ПМДД

Ввести в/м 50 % розчин метамізолу натрію 2 мл.

III. ПЛД

Виконати дії другого етапу.

IV. Транспортування

В положенні лежачи хворого евакуювати в госпіталь.

ТРОМБОЗ ГЕМОРОЇДАЛЬНИХ ВУЗЛІВ ГОСТРИЙ

Критерії діагностики:

1. Раптовий початок захворювання.

2. Сильний біль у ділянці анусу.

3. Напружений, збільшений у розмірі гемороїдальний вузол.

Алгоритм надання допомоги:

I. Взаємодопомога

1. Негайно звернутись у МП.
2. Викликати лікаря (фельдшера).

II. ПМДД

Ввести в/м 50 % розчин метамізолу натрію 2 мл.

III. ПЛД

Ректально ввести гепаринову мазь.

IV. Транспортування

Евакуювати хворого в госпіталь.

ХОЛЕЦИСТИТ ГОСТРИЙ

Критерії діагностики:

1. Біль у правому підребер'ї.
2. Нудота, блювота.
3. Підвищення температури тіла.
4. Іноді жовтяниця.

Алгоритм надання допомоги:

I. Взаємодопомога

1. Заборонити хворому пити та їсти.
2. Покласти хворого горілиць на ліжко (кушетку) або ноші.

II. ПМДД

1. Виконати дії першого етапу.
2. Встановити шлунковий зонд (С-16), промити шлунок за допомогою шприца одноразового 100 мл.
3. Налаштувати систему для в/в інфузії (пункція або катетеризація вени).
4. В/в ввести:
 - а) розчин Рінгера лактатний 400 мл крапельно;

- б) 0,9 % розчин натрію хлориду 200 мл крапельно;
 - в) 5 % глюкозу 200 мл крапельно.
5. Негайно викликати лікаря.

III. ПЛД

- 1. Виконати дії першого та другого етапів.
 - 2. Продовжити в/в вводити розчин Рінгера 200 мл; 0,9 % натрію хлориду 200 мл, 5 % глюкози 200 мл.
- Негайно повідомити гарнізонного хірурга про подію.

IV. Транспортування

- 1. Хворого в положенні горілиць, застосовуючи ноші, негайно в супроводі лікаря евакуювати в госпіталь або найближчий лікувальний заклад.
- 2. Продовжувати вживати заходи, викладені вище.

НИРКОВА КОЛІКА

Критерії діагностики:

- 1. Раптовий інтенсивний біль у боку в поперековій ділянці (рідко — в животі).
- 2. Біль ірадіює у здухвинну або пахову ділянку, стегно, мошонку, статеві органи, супроводжується нудотою, блювотою.
- 3. У хворого спостерігається підвищена дратівливість, йому важко спокійно перебувати в одному положенні.
- 4. Хворий блідий.
- 5. Живіт здутий, але, як правило, м'який.

Алгоритм надання допомоги:

I. Взаємодопомога

Покласти хворого горілиць.

II. ПМДД

Ввести в/м спазмолітик: 2,0 % дротаверин 4 мл.

III. ПЛД

Ввести в/м 2,0 % дротаверин 4 мл, за відсутності ефекту — 1,0 % морфін 1 мл.

IV. Транспортування

Негайно в супроводі фельдшера евакуювати хворого на носшах у положенні горілиць в госпіталь або найближчий лікувальний заклад.

ПЕРИТОНІТ

Критерії діагностики:

1. Вимушене положення хворого на боці з приведеними до живота ногами.
2. Біль у животі, що посилюється при рухах.
3. Різке напруження м'язів передньої черевної стінки.
4. Симптоми інтоксикації (підвищення температури тіла, відсутність апетиту, сухість у ротовій порожнині).

Алгоритм надання допомоги:

I. Взаємодопомога

1. Заборонити хворому їсти, пити.
2. Покласти хворого горілиць на ліжко (кушетку) або носші.

II. ПМДД

1. Виконати дії першого етапу.
2. Встановити шлунковий зонд (С-16 або С-18), промити шлунок за допомогою шприца одноразового 100 мл.
3. Налагодити систему для в/в інфузії (пункція або катетеризація вени).
4. В/в ввести:
 - 10 % ГЕК 500 мл;
 - розчин Рінгера лактатний 400 мл крапельно;
 - 0,9 % розчин натрію хлориду 200 мл крапельно;
 - 5% розчин глюкози 200 мл крапельно.

5. Негайно викликати лікаря.

III. ПЛД

1. Виконати дії першого та другого етапів.

2. Продовжити в/в вводити розчин Рінгера 200 мл, 0,9 % натрію хлориду 200 мл, 5 % глюкози 200 мл, 10 % ГЕК 500 мл.

Негайно евакуювати хворого в госпіталь або найближчий лікувальний заклад.

IV. Транспортування

1. Транспортування хворого в положенні горілиць на ношах у супроводі лікаря.

2. Проводити ті самі заходи.

ПЕЧІНКОВА КОЛІКА

Критерії діагностики:

1. Сильний біль, що за 3–4 години після їжі виникає в правому підребер'ї (інколи в епігастрії) оперізувального характеру, який ірадіює в праве плече, міжлопаткову ділянку.

2. Біль посилюється при глибокому вдиху, зміні положення тіла.

3. Хворий вимушено приймає положення на правому боці.

4. Пальпаторно визначається біль у правому підребер'ї, при постукуванні по правій реберній дузі, при натискуванні між ніжками кивального м'язу праворуч.

5. Озноб, підвищення температури тіла.

6. Блювота, що не приносить полегшення.

Алгоритм надання допомоги:

I. Взаємодопомога

1. Грілка з льодом. Заборонити хворому їсти та пити. Заборонити пересуватись.

2. Викликати лікаря (фельдшера) або автомобіль швидкої медичної допомоги.

II. ПМДД

1. Ввести підшкірно 1 мл 0,1 % атропіну сульфату.
2. Під язик 1 таблетка 0,5 мг нітрогліцерину. Якщо відсутній очікуваний ефект протягом 3 хв, повторно під язик 1 таблетка 0,5 мг нітрогліцерину.
3. Ввести підшкірно 2 мл 2 % розчину дротаверину.

III. ПЛД

1. Виконати дії першого та другого етапів.
2. негайно евакуювати хворого в госпіталь.

IV. Транспортування

Хворого в положенні горілиць на ношах у супроводі фельдшера евакуювати в госпіталь або найближчий лікувальний заклад.

ПЕРФОРАТИВНА ВИРАЗКА ШЛУНКА ТА ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ (перфорація порожнистого органа)

У діагностиці найбільш складними випадками є атипові форми перфорації та період тимчасового спокою.

Критерії діагностики:

1. Різкий, гострий (“кинджалоподібний”) біль у животі.
2. Напруження м’язів передньої черевної стінки.
3. Виражені ознаки подразнення очеревини.

Алгоритм надання допомоги:

I. Взаємодопомога

1. Покласти хворого на ліжко (кушетку) з піднятим підголівником.
2. Заборонити хворому їсти та пити.

II. ПМДД

1. Виконати дії першого етапу допомоги.

2. Налагодити систему для в/в інфузії (пункція або катетеризація вени).

3. В/в ввести:

а) гіперХАЕС 250 мл — струйно одноразово;

б) розчин Рінгера лактатний 400 мл — крапельно;

в) розчин 0,9 % натрію хлориду 200 мл — крапельно.

4. Негайно викликати лікаря.

III. ПЛД

1. Виконати дії попередніх етапів.

2. Продовжити в/в введення розчину Рінгера 200 мл, в/м ввести 2 % розчин дрогаверину 2 мл.

3. Негайно евакуювати хворого в найближчий лікувальний заклад.

IV. Транспортування

1. Транспортувати хворого в положенні горілиць, застосовуючи ноші, в супроводі лікаря. Продовжувати попередні заходи.

IV. НЕВІДКЛАДНА ДОПОМОГА ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ

ВНУТРІШНЬОМОЗКОВИЙ КРОВОВИЛИВ (геморагічний інсульт)

Критерії діагностики:

Раптова поява (хвилини, рідше години) симптоматики

1. Вогнищевої:

- відсутність рухів або різка слабкість у правій (або лівій) половині тіла;

- мимовільні рухи в будь-яких групах м'язів;

- асиметрія носогубних складок;

- порушення мови;

- порушення чутливості, оніміння кінцівок;

- порушення ходи, завалювання на один бік;

- неможливість сфокусувати погляд;

та/або

2. Загально мозкової (менінгеальної):

- різкий головний біль;

- порушення свідомості;

- нудота, блювання;

- судомний напад;

- позитивні менінгеальні симптоми (ригідність м'язів потилиці та ін.).

Алгоритм надання допомоги:

I. Взаємодопомога

1. Покласти хворого на ліжко (кушетку) або ноші з піднятим підголівником, повернувши голову набік.

2. Забезпечити прохідність дихальних шляхів, застосувати за необхідності ШВЛ (методом "рот до рота").

3. Викликати лікаря (фельдшера) та автомобіль швидкої медичної допомоги.

II. ПМДД

1. Виконати дії першого етапу.
2. Налогодити систему для в/в інфузії.
3. Підтримувати оптимальний рівень АТ:
 - при підвищеному АТ ($>180/100$ мм рт. ст.) – каптоприл 1 таблетка (25 мг) під язик, якщо АТ не нормалізувався, за 20 хв повторно 1 таблетка каптоприла під язик;
 - при зниженому АТ ($<120/60$ мм рт. ст.),
 - дексаметазон 8 мг в/в струйно, повільно на 0,9 % розчині натрію хлориду.

III. ПЛД

1. Виконати дії попередніх етапів.
 2. Симптоматична терапія:
 - при судомному синдромі, психомоторному збудженні діяти за відповідним алгоритмом.
- При судомному нападі з блювотою та гикавкою ввести в/м 2 мл 0,5 % розчину метоклопраміду або 2 мл 0,5 % розчину діазепаму.

IV. Транспортування

Після відносної стабілізації життєвих функцій продовжити заходи, викладені вище, та негайно госпіталізувати хворого в найближчий лікувальний заклад.

ГОСТРЕ ПОРУШЕННЯ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ (ішемічний інсульт)

Критерії діагностики:

Раптова поява (хвилини, рідше години) симптоматики

1. Вогнищевої:
 - відсутність рухів або різка слабкість у правій (або лівій) половині тіла;
 - мимовільні рухи в будь-яких групах м'язів;
 - асиметрія носогубних складок;

- порушення мови;
- порушення чутливості, оніміння кінцівок;
- порушення ходи, завалювання на один бік;
- неможливість сфокусувати погляд;

та/або

2. Загально мозкової (менінгеальної):

- різкий головний біль;
- порушення свідомості;
- нудота, блювання;
- судомний напад;
- позитивні менінгеальні симптоми (ригідність м'язів потилиці та ін.).

Алгоритм надання допомоги:

I. Взаємодопомога

1. Покласти хворого на ліжко (кушетку) або ноші з піднятим підголівником, повернути голову набік.
2. Забезпечити прохідність дихальних шляхів, застосувати за потреби ШВЛ (методом “рот до рота”).
3. Викликати лікаря (фельдшера) та автомобіль швидкої медичної допомоги.

II. ПМДД

1. Виконати дії першого етапу.
2. Налагодити систему для в/в інфузії.
3. Підтримувати оптимальний рівень АТ:
 - при підвищеному АТ (>180/100 мм рт. ст.) каптоприл 1 таблетка (25 мг) під язик, якщо тиск не знизився, за 20 хв повторно 1 таблетка каптоприла під язик;
 - при зниженому АТ (<120/60 мм рт. ст.) в/в дексаметазон 8 мг струйно повільно на 0,9 % розчині натрію хлориду.

III. ПЛД

1. Виконати дії попередніх етапів.
2. Симптоматична терапія:
 - при судомному синдромі, психомоторному збудженні діяти за відповідним алгоритмом.

При судомному нападі з блювотою та гикавкою ввести в/м 2 мл 0,5 % розчину метоклопраміду або 2 мл 0,5 % розчину діазепаму.

IV. Транспортування

Після відносної стабілізації життєвих функцій продовжити попередні заходи. Негайно госпіталізувати хворого в найближчий лікувальний заклад.

СУДОМНИЙ НАПАД

Критерії діагностики:

1. Наявність захворювань в анамнезі.
2. Наявність передвісників (галюцинації, парестезії).
3. Наявність судом.
4. Мимовільне сечовипускання.
5. Прикушення язика.
6. Виділення піни з рота.

Алгоритм надання допомоги:

I. Взаємодопомога

1. Покласти постраждалого на ліжко (кушетку) або носі з піднятим підголівником.
2. Запобігти подальшому травмуванню.
3. Попередити прикушення язика за допомогою підручних засобів (рушник, дерев'яна паличка).
4. Забезпечити прохідність дихальних шляхів (звільнити порожнину рота від блювотних мас).
5. За потреби застосувати допоміжну або ШВЛ (методом "рот до рота").
6. Викликати лікаря (фельдшера) та автомобіль швидкої медичної допомоги.

II. ПМДД

1. Виконати дії першого етапу.

2. За потреби продовжити ШВЛ за допомогою S-подібної трубки або апаратів ШВЛ (ДП-10, мішок Амбу).

3. Налагодити систему для в/в інфузії (пункція або катетеризація 1–2 вен), ввести 0,9 % розчин натрію хлориду, при гіпоглікемічному стані — 60 мл 40 % розчину глюкози.

4. В/м 2 мл 0,5 % діазепаму.

III. ПЛД

1. Виконати дії попередніх етапів.

2. При повторних нападах судом ввести в/в діазепам по 10 мг (2 мл 0,5 % розчину) на 20 мл 0,9 % розчину натрію хлориду з інтервалами 10–15 хвилин до максимальної сумарної дози 30 мг (6 мл 0,5 % розчину).

IV. Транспортування

1. Транспортувати хворого на ношах в лежачому положенні.

2. Максимально швидко евакуювати в госпіталь.

V. НЕВІДКЛАДНА ДОПОМОГА ПРИ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДАХ

ГАЛЮЦИНАТОРНО-МАРЕВНЕ ЗБУДЖЕННЯ

Критерії діагностики:

Діапазон клінічних проявів маревних переживань і розладів сприйняття може бути досить широким.

1. Марення може мати різний зміст (переслідування, провини, ревнощів, величі та ін.).

2. Розлади сприйняття проявляються слуховими, зоровими й іншими галюцинаціями.

3. Хворий відчуває страх, тривогу, розгубленість, іноді виконує галюцинаторні накази та потенційно здатний до насильства.

4. Нерідко хворий проявляє злісну поведінку, напружений, не йде на контакт, часто розмовляє із “галюцинаторними головами” або до чогось прислухається.

5. Через різке погіршення стану хворий під впливом марення та галюцинацій нападає на уявних переслідувачів або тікає, рятуючись від них.

Алгоритм надання допомоги:

I. Взаємодопомога

1. Зберігати спокій, не поспішати, діяти обережно, без різких рухів.

2. Сховати гострі та важкі предмети тощо.

3. Нейтралізувати збуджувальні фактори.

4. Не залишати хворого наодинці, покликати на допомогу членів сім'ї, друзів.

5. Дозволити хворому виговоритись, не сперечатись, не критикувати.

6. Викликати лікаря (фельдшера), автомобіль швидкої медичної допомоги.

II. ПМДД

1. Виконати дії першого етапу.
2. Знерухомити хворого (за необхідності) лише після виконання попередніх заходів; накласти шкіряні (нейлонові) ремені з прокладкою для фіксації рук і ніг; забезпечити присутність достатньої кількості медперсоналу. Під час процедури підтримувати постійний контакт із хворим, заспокоювати його.
3. Вимірювати життєво важливі показники (АТ, пульс) кожні 5 хв. Ввести в/м 2 мл 2,5 % розчину хлорпромазину.

III. ПЛД

1. Виконати дії попередніх етапів.
2. При сильному порушенні, схильності до агресії, злості ввести в/в 4 мл 2,5 % розчину хлорпромазину на 10–20 мл 5 % розчину глюкози, контролюючи АТ.

IV. Транспортування

Після відносної стабілізації життєвих функцій продовжувати попередні заходи, негайно госпіталізувати хворого в найближчий психіатричний стаціонар.

ЗБУДЖЕННЯ ДЕПРЕСИВНЕ

Виникає у хворих на депресію після різкого посилення депресивних переживань.

Критерії діагностики:

1. Катастрофічне наростання почуття нестерпної туги, безвиході, розпачу.
2. Хворий метушиться, кричить, стогне, виє, ридає.
3. Активно проявляються суїцидальні тенденції.

Алгоритм надання допомоги:

I. Взаємодопомога

1. Зберігати спокій, не поспішати, діяти обережно, без різких рухів.

2. Сховати предмети, якими хворий може завдати пошкодження.

3. Нейтралізувати збуджувальні фактори.

4. Не залишати хворого наодинці, покликати на допомогу членів сім'ї, друзів.

5. Дозволити хворому виговоритись, не сперечатись, не критикувати.

6. Викликати лікаря (фельдшера), автомобіль швидкої медичної допомоги.

II. ПМДД

1. Виконати дії першого етапу.

2. Ввести в/м 2 мл 2,5 % розчину хлорпромазину.

3. Контролювати АТ.

III. ПЛД

1. Виконати дії попередніх етапів.

2. Ввести в/в 2–4 мл 0,5 % розчину діазепаму на 20 мл 0,9 % розчину натрію хлориду.

IV. Транспортування

Після відносної стабілізації життєвих функцій продовжувати попередні заходи та негайно госпіталізувати хворого в найближчий психіатричний стаціонар.

ЗБУДЖЕННЯ МАНІАКАЛЬНЕ

Критерії діагностики:

1. Підвищений фон настрою.

2. Мовне та психомоторне збудження.

3. Дратівливість, вороже ставлення до інших.

4. Хворий може висловлювати ідеї щодо його переслідування. Мовлення швидке, хаотичне, немає послідовного викладу думки.

Алгоритм надання допомоги:

I. Взаємодопомога

1. Зберігати спокій, не поспішати, діяти обережно, без різких рухів.
2. Сховати предмети, якими хворий може завдати пошкоджень.
3. Нейтралізувати збуджувальні фактори.
4. Не залишати хворого наодинці, покликати на допомогу членів сім'ї, друзів.
5. Дозволити хворому виговоритись, не сперечатись, не критикувати.
6. Викликати лікаря (фельдшера), автомобіль швидкої медичної допомоги.

II. ПМДД

1. Виконати дії першого етапу.
2. Ввести в/м 2 мл 2,5 % розчину хлорпромазину.
3. Контролювати АТ.

III. ПЛД

1. Виконати дії попередніх етапів.
2. Ввести в/в 2–4 мл 0,5 % розчину діазепаму на 20 мл 0,9 % розчину натрію хлориду.

IV. Транспортування

Після відносної стабілізації життєвих функцій продовжити попередні заходи та негайно госпіталізувати хворого в найближчий психіатричний стаціонар.

VI. НЕВІДКЛАДНА ДОПОМОГА ПРИ ТРАВМАХ І СТАНАХ, СПРИЧИНЕНИХ ДІЄЮ ЗОВНІШНИХ ЧИННИКІВ

ВПЛИВ ТЕПЛА (тепловий удар, гіпертермічна кома)

Критерії діагностики:

1. Загальна слабкість, відчуття розбитості, сонливість, спрага, нудота, блювота.
2. Головний біль, запаморочення, шум у вухах.
3. Порушення свідомості можливе до оглушення та втрати свідомості.
4. Гіперемія шкіри.
5. Прискорений пульс.
6. Прискорене дихання.
7. Гіпертермія до 40–41 °С.
8. Зниження АТ.
9. Судоми.
10. Можливе психомоторне збудження.

Алгоритм надання допомоги:

I. Взаємодопомога

1. Винести постраждалого в прохолодне місце.
2. Звільнити від одягу, забезпечити доступ свіжого повітря.
3. Дати випити холодної води.
4. Огорнути простирадлом, змоченим холодною водою, накласти лід (холодний компрес) на голову та в пахвові ділянки.
5. Викликати лікаря (фельдшера) та автомобіль швидкої медичної допомоги.

II. ПМДД

1. Виконати дії першого етапу.
2. Інгаляція кисню, зволоженого спиртом.
3. Налагодити систему для в/в інфузії.

4. Струйно в/в ввести: 400 мл 0,9 % натрію хлориду, 400 мл реополіглюкіну.

III. ПЛД

1. Виконати дії попередніх етапів.

2. При зниженому АТ застосувати в/в інфузію: 5 мл 4 % розчину дофаміну в 200 мл 0,9 % натрію хлориду (10 мкг/кг маси тіла – 20 крапель/хв).

3. При порушеннях ритму серця застосувати в/в інфузію аміодарону 300 мг на 200 мл 5 % глюкози.

IV. Транспортування

Після відновлення життєвих функцій продовжувати попередні заходи та негайно транспортувати хворого в найближчий лікувальний заклад.

ВПЛИВ ХОЛОДУ (гіпотермія)

Розвивається внаслідок тривалого перебування на холоді, в результаті чого виникає порушення кровообігу.

Критерії діагностики:

1. Шкірні покриви бліді або синюшні, холодні.
2. Чутливість (тактильна та больова) відсутня або різко знижена.
3. Від розтирання та зігрівання виникає сильний біль у пальцях стоп і рук.
4. В'ялість.
5. Брадикардія.
6. Гіпотензія.

Алгоритм надання допомоги:

I. Взаємодопомога

1. Перенести потерпілого в тепле місце, змінити одяг, загорнути в ковдру, дати гарячий чай.

2. Зігріти уражені ділянки кінцівок, розтерти уражені ділянки шкіри етиловим спиртом. Не розтирати снігом!
3. Утеплити потерпілого.
4. Відновити прохідність дихальних шляхів, якщо потерпілий знепритомнів:
 - а) підняти підборіддя;
 - б) висунути вперед і утримувати нижню щелепу;
 - в) видалити слиз, кров і сторонні тіла з рота і глотки пальцем.
5. Покласти потерпілого на бік.

II. ПМДД

1. Виконати в/в інфузію 200–400 мл підігрітого розчину 0,9 % натрію хлориду.
2. При больовому синдромі ввести в/м 2 мл 50 % розчину метамізолу натрію.
3. Контроль ЕКГ.
4. Якщо потерпілий знепритомнів, контролювати прохідність дихальних шляхів:
 - підтягувати язика, захоплюючи його пальцем чи язикотримачем;
 - ввести ротоглотковий повітровід, S-подібну трубку.
5. Провести допоміжну або ШВЛ за допомогою дихальної маски ручними апаратами.

III. ПЛД

1. Контролювати показники ЕКГ. При виникненні фібриляції шлуночків провести дефібриляцію.
2. При відсутності свідомості, дихання, серцебиття, пульсу продовжувати реанімаційні заходи (серцево-легенева реанімація, інтубація трахеї, подача кисню).

IV. Транспортування

Якщо серцеву діяльність збережено чи відновлено, негайно евакуювати потерпілого в госпіталь або найближчий лікувальний заклад на ношах. Продовжити попередні заходи.

ВІДМОРОЖЕННЯ ЛОКАЛЬНІ

Критерії діагностики:

1. Блідість, потім почервоніння шкіри, набряк м'яких тканин (I ступінь).
2. Утворення міхурів (II ступінь).
3. Некроз м'яких тканин (III–IV ступінь).

Алгоритм надання допомоги:

I. Взаємодопомога

Потерпілого занести в тепле приміщення для поступового зігрівання, переодягнути в сухий одяг, загорнути в ковдру, напоїти чаєм.

Не розтирати снігом!

II. ПМДД

1. Виконати дії першого етапу.
2. Ввести в/м анальгетики: 1 % морфіну гідрохлорид 1 мл або 0,2 % буторфанолу тартрат 1 мл.
3. Обробити спиртом ділянки відмороження (пухирі не проколювати), накласти асептичні пов'язки.

III. ПЛД

Виконати дії попередніх етапів.

IV. Транспортування

1. За необхідності повторно ввести анальгетики.
2. негайно госпіталізувати потерпілого в найближчий лікувальний заклад.

ЕЛЕКТРОТРАВМА

(ураження електричним струмом напругою вище 50 В)

Критерії діагностики:

1. В анамнезі контакт із електричним струмом.

2. У ділянках входу та виходу струму (частіше на верхніх та нижніх кінцівках) спостерігаються важкі опіки, в легких випадках мітки струму — округлі плями від 1 до 6 см в діаметрі, темні всередині та синюваті на периферії.

3. Частий, слабкого наповнення пульс.

4. Гіпотензія.

5. Тахіпное.

6. Блідість шкіри.

7. При важкому ураженні — зупинка дихальної та серцевої діяльності.

Алгоритм надання допомоги:

I. Взаємодопомога

1. Відключити джерело струму, не торкаючись до постраждалого й електричних дротів ні руками, ні вологими чи металевими предметами. Стояти слід на сухому місці, користуватися за наявності гумовими рукавицями, килимком. Відкинути провід від тіла постраждалого дерев'яною сухою жердиною.

2. Покласти постраждалого на ліжко або носі на бік.

3. Забезпечити прохідність дихальних шляхів, застосувати ШВЛ.

4. Якщо відсутня серцева діяльність, дивись алгоритм дій при асистолії.

5. Викликати лікаря (фельдшера) та автомобіль швидкої медичної допомоги.

II. ПМДД

1. Виконати дії першого етапу.

2. Інгаляція зволоженого кисню.

3. Налогодити систему для в/в інфузії.

4. Струйно в/в ввести 200 мл 0,9 % натрію хлориду.

5. Продовжити ШВЛ, реанімаційні заходи.

III. ПЛД

1. Виконати дії попередніх етапів.

2. В/в інфузія:

- при зниженому АТ 5 мл 4 % розчину дофаміну в 200 мл 0,9 % натрію хлориду (10 мкг/кг ваги тіла 20 крапель/хв);
- при порушеннях ритму серця аміодарон 300 мг (2 ампули) на 200 мл 5 % глюкози.

IV. Транспортування

Після відновлення життєвих функцій продовжити ті самі заходи та негайно транспортувати потерпілого в найближчий лікувальний заклад.

МЕХАНІЧНА АСФІКСІЯ

Механічна асфіксія — це важкий стан, що виникає в результаті різкої нестачі кисню та накопичення вуглекислого газу в організмі.

Причинами можуть бути:

1. Закриття (закупорка) просвіту дихальних шляхів зсередини (при потраплянні в них сторонніх тіл (блювотних мас, води, слизу, фібринозних плівок і т. д.).
2. Закриття та стиснення дихальних шляхів ззовні (повішення, удушення, стиснення органів ший та грудної клітки при аваріях і т. д.).
3. Параліч або тривалий спазм дихальної мускулатури (напад бронхіальної астми, отруєння речовинами, що викликають судоми і т. д.).

Алгоритм надання допомоги:

I. Взаємодопомога

1. Негайно викликати лікаря (медичний персонал), швидку медичну допомогу.
2. Забезпечити прохідність дихальних шляхів у потерпілого (зняти з петлі, видалити стороннє тіло з ротової порожнини, усунути западання язика).
3. Провести ШВЛ методом “рот до рота”.

4. Якщо у потерпілого відсутній пульс, слід провести реанімаційні заходи (дивись алгоритм дій при асистолії).

II. ПМДД

1. Виконати дії першого етапу.
2. Продовжити реанімаційні заходи:
 - а) ШВЛ за допомогою введення повітровою мішком Амбу;
 - б) заходи ті самі, що і при асистолії.
3. Налогодити систему для в/в інфузії (пункція або катетеризація 1–2 вен).
4. В/в ввести: 400 мл 0,9 % натрію хлориду; розчин 4,2 % натрію гідрокарбонату (сода-буфер) з розрахунку 3 мл на 1 кг маси тіла; 500 мл розчину 10% ГЕК; 1 мл 1 % розчину атропіну (не більш 3 мл); 1 мл 0,18 % розчину адреналіну гідротартрату.
5. У випадку розвитку асфіксії у хворого на бронхіальну астму в/в ввести 0,5 мл 0,1 % розчину адреналіну в 0,9 % розчині натрію хлориду (15–20 мл) та стероїдні гормони (дексаметазон 8 мг).

III. ПЛД

1. Продовжити комплекс реанімаційних заходів.
2. Забезпечити надходження кисню за допомогою дихального інгалятора (КІ-4).
3. Провести ШВЛ, виконавши інтубацію трахеї або трахеостомію.
4. Для зняття нападу судом і рухового збудження ввести в/в 0,5 % діазепам 2 мл.

IV. Транспортування

Якщо вдалось відновити чи зберегти серцеву діяльність, негайно госпіталізувати постраждалого на ношах у реанімаційне відділення найближчого лікувального закладу.

Під час транспортування необхідно:

1. Продовжувати ШВЛ. При відновленні самостійного дихання подавати кисень за допомогою лицьової маски.
2. Контролювати життєві функції.

3. При зупинці серця негайно розпочати комплекс реанімаційних заходів.

ОПКИ ТЕРМІЧНІ ЛОКАЛЬНІ

Критерії діагностики:

1. Почервоніння, припухлість шкіри (I ступінь).
2. Міхурі з рідиною (II ступінь).
3. Некроз шкіри (III–IV ступінь).

Алгоритм надання допомоги:

I. Взаємодопомога

Усунути причину, яка викликала опік:

- постраждалого вивести або винести з вогню;
- погасити вогонь на одязі.

II. ПМДД

1. В/м ввести анальгетики (розчин 500 мг/мл).
2. За потреби ввести в/м 1 мл розчину 1 % морфіну гідрохлориду та 0,2 % розчин буторфанолу тартрата 1 мл.
3. Накласти асептичну пов'язку на обпечену поверхню (пригорілий одяг з опікової рани не видаляти).

III. ПЛД

1. Виконати дії попередніх етапів.
2. В/в інфузійна терапія розчином натрію хлориду 0,9 % 200 мл та глюкози 5 % 200 мл.

IV. Транспортування

1. Негайно госпіталізувати постраждалого в найближчий лікувальний заклад.
2. Продовжувати інфузійну терапію в загальному об'ємі 1,5 л.
3. За необхідності повторно ввести анальгетики.
4. Інгаляція зволоженого кисню.

ОПКИ ТЕРМІЧНІ ПОШИРЕНІ (опікова хвороба)

Критерії діагностики:

1. Наявність опікової рани.
2. Контакт із термічним агентом (місцевим або інгаляційним).
3. При поширених опіках (більше 9 % площі поверхні тіла) прояви опікової хвороби:
 - порушення психологічного статусу (збудження або загальмованість);
 - блідість шкіри;
 - зниження температури тіла;
 - тахікардія;
 - зниження АТ;
 - блювота;
 - задишка;
 - зменшення діурезу.

Алгоритм надання допомоги:

I. Взаємодопомога

1. Зупинити дії термічного агента.
2. Евакуювати постраждалого з небезпечної зони.
3. Викликати лікаря (фельдшера) та автомобіль швидкої допомоги.

II. ПМДД

1. Виконати дії першого етапу.
При невеликих за площею опіках:
 - промивати обпечені поверхні холодною проточною водою протягом 30 хв;
 - в/м ввести 0,5 % діазепам 2 мл;
 - накласти пов'язку з пантенолом на обпечену поверхню.
- При поширених опіках додатково:
 1. Налогодити систему для в/в інфузії.
 2. Виконати катетеризацію сечового міхура.
 3. Встановити назогастральний зонд.

4. Ввести в/в розчин 0,9 % натрію хлориду 200 мл, розчин Рінгера лактатний 200 мл, дексаметазон 8 мг.

III. ПЛД

Виконати дії попередніх етапів допомоги.

Якщо одночасно постраждали кілька людей, слід надавати допомогу, враховуючи обставини травми, загального стану та свідомості постраждалого, локалізації ураження та площі опікової поверхні.

При поширених опіках додатково:

1. В разі необхідності змінювати або доповнювати пов'язки, обробляючи рани пантенолом.

2. При артеріальній гіпотензії: в/в інфузія реополіглюкіну 200 мл, повторне введення дексаметазону 8 мг, 10% ГЕК 500 мл.

3. Для зняття больового синдрому — в/м 1 % морфіну гідрохлорид 1 мл.

4. Продовжити інфузійну терапію (40 % глюкоза 20 мл, сольові розчини).

5. Підтримувати дихання: забезпечити прохідність дихальних шляхів, налагодити інгаляцію зволоженого кисню, застосувати мішок Амбу, відсмоктувач, повітровід. За потреби застосувати інтубацію трахеї та апарат ШВЛ.

IV. Транспортування

Після стабілізації життєвих функцій продовжити попередні заходи, негайно госпіталізувати постраждалого в найближчий лікувальний заклад. Під час транспортування продовжувати інфузійну терапію, знеболення, підтримувати життєві функції.

ПЕРЕЛОМИ ТА ВИВИХИ

Критерії діагностики:

1. При локальному переломі кісток: біль, набряк, гематома, деформація кінцівки, патологічна рухливість, кісткова крепітація.

При пошкодженні судинно-нервового пучка — блідість або ціаноз, гіпотермія дистальних відділів кінцівки, відсутність пульсу на периферичних артеріях, рухові та чутливі розлади по периферійному типу.

2. При вивихах суглобів: біль, деформація суглоба, відсутні активні рухи в суглобі, при пасивних рухах — пружинний опір. При пошкодженні судинно-нервового пучка — неврологічні розлади та порушення кровообігу дистальних відділів кінцівки.

Алгоритм надання допомоги:

I. Взаємодопомога

1. Виконати іммобілізацію ушкодженого сегмента (зламана кістка та прилеглі суглоби) підручними засобами.

2. Зупинити кровотечу (притиснути артерію пальцем, накласти джгут).

3. При ушкодженні нижньої кінцівки транспортувати постраждалого в медпункт на ношах.

II. ПМДД

1. Виконати дії першого етапу.

2. В/м ввести анальгетики (1 % морфіну гідрохлорид 1 мл або 0,2 % буторфанолу тартрат 1 мл).

3. За наявності зовнішньої кровотечі накласти джгут Есмарха (вказати час накладення), асептичну пов'язку та стискувальну пов'язку.

III. ПЛД

1. Виконати дії попередніх етапів.

2. Виконати транспортну іммобілізацію (іммобілізаційна шина, медична хустка).

3. При переломах хребта та тазу транспортувати постраждалого на щиті.

4. Якщо АТ нижчий за 90/60 мм рт. ст., провести інфузійну терапію розчином 0,9 % натрію хлориду 200 мл або 5 % розчином глюкози 200 мл.

IV. Транспортування

1. Контролювати якість іммобілізації в місці перелому та час накладення джгута.
2. За необхідності повторно ввести анальгетики (див. попередній етап).
3. негайно госпіталізувати постраждалого в найближчий лікувальний заклад.

ПНЕВМОТОРАКС ВІДКРИТИЙ

Критерії діагностики:

1. Наявність на грудній клітці зяючої рани. Під час огляду спостерігається всмоктування повітря всередину рани на вдиху та виділення з неї пухирців повітря з кров'ю на видиху.
2. Різкий виражений біль у грудній клітці.
3. Задишка.
4. Прискорене серцебиття, холодний піт.

Алгоритм надання допомоги:

I. Взаємодопомога

1. Покласти хворого горілиць на ліжко (кушетку) або ноші з піднятим підголівником.
2. Звільнити грудну клітку від одяжі, дати вільний доступ повітря.
3. Накласти на рану грудної клітки герметизаційну пов'язку.

II. ПМДД

1. Виконати дії першого етапу.
2. Перевірити герметичність пов'язки.
3. В/м ввести: розчин 50 % метамізол натрію 2 мл, розчин 1 % діфенгідраміну 1 мл.
4. Налаштувати систему для в/в інфузії (пункція або катетеризація вени).
5. В/в ввести:

- а) розчин Рінгера лактатний 400 мл; 0,9 % натрію хлориду 200 мл; 5 % глюкози 200,0 мл.
6. Негайно викликати лікаря.

III. ПЛД

1. Виконати дії попередніх етапів.
2. За необхідності повторити в/м введення розчину 50 % метамізол натрію 2 мл, розчину 1 % діфенгідраміну 1 мл.
3. Налагодити надходження кисню або свіжого повітря.
4. Для профілактики інфекції, яка може потрапити в рану, в/м ввести 1 г цефтріаксону та підшкірно 0,5 мл правцевого анатоксину.
5. При виявленні ознак напруженого пневмотораксу (див. нижче) виконати термінову пункцію плевральної порожнини товстою голкою з надягнутим і прив'язаним на зовнішній кінець голки “клапаном”, зробленим з пальця гумової рукавички, в 2–3-му міжребер'ї по середньоключичній лінії. Голку фіксувати до шкіри вузловим швом або пластирем.
6. Негайно повідомити про випадок гарнізонного хірурга.

IV. Транспортування

1. Постраждалого в положенні горілиць на ношах з піднятим підголівником негайно в супроводі лікаря евакуювати в госпіталь або найближчий лікувальний хірургічний стаціонар.
2. Продовжити проводити попередні заходи.

ПНЕВМОТОРАКС ЗАКРИТИЙ

Критерії діагностики:

1. Різкий інтенсивний біль у грудній клітці.
2. Задишка.
3. Прискорене серцебиття, холодний піт.
4. Підшкірна емфізема.
5. Ослаблення або відсутність легеневого дихання при аускультатії.

Алгоритм надання допомоги:

I. Взаємодопомога

1. Покласти хворого горілиць на ліжко (кушетку) або ноші з піднятим підголівником.
2. Розстебнути одягу на грудній клітці, дати вільний доступ повітря.

II. ПМДД

1. Виконати дії першого етапу.
2. В/м ввести: розчин 50 % метамізол натрію 2 мл, розчин 1 % діфенгідраміну 1 мл.
3. Негайно викликати лікаря.

III. ПЛД

1. Виконати дії попередніх етапів.
2. За необхідності повторити в/м введення розчину 50 % метамізол натрію 2 мл, розчину 1 % діфенгідраміну 1 мл.
3. Налогодити надходження кисню або свіжого повітря.

IV. Транспортування

Негайно постраждалого в положенні горілиць на ношах із піднятим підголівником у супроводі лікаря евакуювати в госпіталь або найближчий лікувальний хірургічний стаціонар.

ПНЕВМОТОРАКС НАПРУЖЕНИЙ

Критерії діагностики:

1. Раптова задишка, яка наростає та стає нестримною, дихання поверхневе.
2. Вимушене положення сидячи з опорою на руки, участь у диханні допоміжних м'язів грудної клітки.
3. Болісний кашель, який призводить до наростання підшкірної емфіземи.
4. Синюшне обличчя, холодний піт, роздуті вени на шиї.
5. Ослаблення або відсутність легеневого дихання при аускультатії.

Алгоритм надання допомоги:

I. Взаємодопомога

1. Звільнити грудну клітку від одяжі, дати вільний доступ повітря.

2. Терміново доставити хворого в медичний пункт у положенні сидячи або лежачи горілиць на ношах із піднятим підголівником.

II. ПМДД

1. Виконати дії першого етапу.

2. Провести термінову пункцію плевральної порожнини товстою голкою з натягнутим і прив'язаним на зовнішній кінець голки “клапаном”, зробленим із пальця гумової рукавички (точка пункції — 2-ге або 3-тє міжребер'я по середньоключичній лінії). Голку фіксувати до шкіри вузловим швом або пластирем.

3. В/м ввести: розчин 50 % метамізол натрію 2 мл, розчин 1 % діфенгідраміну 1 мл.

4. Налагодити систему для в/в інфузії (пункція або катетеризація вени).

5. В/в ввести:

а) розчин Рінгера лактатний 400 мл;

б) розчин 0,9 % натрію хлориду 200 мл;

в) розчин 5 % глюкози 200 мл.

6. Негайно викликати лікаря.

III. ПЛД

1. Виконати дії попередніх етапів.

2. За необхідності повторити в/м введення розчину 50 % метамізол натрію 2 мл, розчин 1 % діфенгідраміну 1 мл.

3. Налагодити надходження кисню або свіжого повітря.

IV. Транспортування

1. Постраждалого негайно в положенні лежачи горілиць на ношах з піднятим підголівником у супроводі лікаря евакуювати в госпіталь або найближчий лікувальний хірургічний стаціонар.

2. Продовжити проводити попередні заходи.

ПОЛІТРАВМА

Характерна симптоматика залежно від ушкодження ділянки тіла, органів і систем.

Алгоритм надання допомоги:

I. Взаємодопомога

1. Припинити дію травмувального агента.
2. Усунути або запобігти асфіксії.
3. Зупинити зовнішню кровотечу за допомогою джгута Есмарха.
4. В/м ввести анальгетики (1 % морфіну гідрохлорид 1 мл або 0,2 % буторфанолу тартрат 1 мл).
5. Накласти оклюзійну пов'язку, якщо спостерігається відкритий пневмоторакс, асептичні пов'язки.
6. Виконати транспортну іммобілізацію подручними засобами, не допускати додаткових пошкоджень.
7. Захистити постраждалого від несприятливих зовнішніх умов.
8. Евакуювати постраждалого від осередку небезпеки.

II. ПМДД

Виконати дії першого етапу допомоги.

1. Контролювати фіксацію накладених шин, джгутів тощо.
2. За необхідності повторно ввести анальгетики (1 % морфіну гідрохлорид 1 мл або 0,2 % буторфанолу тартрат 1 мл).
3. В/в ввести 500 мл 10 % розчину ГЕК.
4. В/м ввести 1 мл цефтріаксону для попередження розвитку інфекції.

III. ПЛД

Виконати дії попередніх етапів.

IV. Транспортування

Після відновлення життєвих функцій продовжити проводити попередні заходи та негайно госпіталізувати постраждалого в найближчий лікувальний заклад.

СИНДРОМ ПОЗИЦІЙНОГО СТИСНЕННЯ

Критерії діагностики:

1. Біль.
2. Обмеження активних рухів.
3. Блідість або ціанотичність шкіри на ураженій кінцівці.
4. Послаблення пульсу на периферичних артеріях.
5. Сині плями на шкірі та пухири з серозним або геморагічним вмістом.
6. Загальна слабкість, кволість, знижений АТ.

Алгоритм надання допомоги:

I. Взаємодопомога

1. Одночасно зі звільненням від стиснення накласти джгут вище місця ураження.
2. Імобілізувати підручними засобами уражену кінцівку тощо.

II. ПМДД

1. Виконати дії першого етапу.
2. Ввести в/м анальгетики (1 % морфіну гідрохлорид 1 мл або 0,2 % буторфанолу тартрат 1 мл).
3. Якщо знижений АТ, дотримуватись відповідного алгоритму.

III. ПЛД

1. Виконати дії попередніх етапів.
2. Виконати транспортну імобілізацію ураженої кінцівки (кінцівок) за допомогою імобілізаційної шини, медичної хустки.
3. Якщо передбачена тривала евакуація, слід провести футлярну прокаїнову блокаду (0,5 % розчином прокаїну підфасціально з різних боків кінцівки) вище місця накладеного джгута Есмархаз наступним його зняттям і рівномірним і щільним бинтуванням кінцівки.

IV. Транспортування

1. За необхідності повторно ввести анальгетики в/м.

2. Контролювати якість іммобілізації та час накладення джгута.

3. негайно госпіталізувати постраждалого в найближчий лікувальний заклад.

СПИННОМОЗКОВА ТРАВМА

Критерії діагностики:

1. Факт травми хребта.

2. Наявність пошкоджень шкіри в проекції хребта з однією чи множинними ранами механічного походження. Візуальна деформація хребта в ділянці травми.

3. Витікання спинномозкової рідини з рани в проекції хребта.

4. Рухові порушення — неможливість активних рухів верхніх і нижніх кінцівок або тільки нижніх кінцівок.

5. Порушення чутливості: можуть проявитися повним або частковим порушенням усіх видів чутливості (шкірна, тактильна) на рівнях, розташованих нижче рівня ураження спинного мозку.

6. Порушення дихання без ознак травми грудної клітки — патологічне дихання (симптом, характерний для травми спинного мозку на шийному рівні з розвитком висхідного набряку спинного мозку). При цьому приєднуються інші стовбурові симптоми — порушення ковтання, серцевої діяльності тощо.

7. Порушення функції тазових органів за типом гострої затримки сечі. При високому пошкодженні спинного мозку відмічається патологічна ерекція — пріапізм.

Алгоритм надання допомоги:

I. Взаємодопомога

1. На рану хребта накласти асептичну пов'язку.

2. При пораненні грудного чи поперекового відділів хребта евакуювати потерпілого в положенні на животі на ношах, плащ-наметах тощо.

3. Викликати лікаря (фельдшера) та автомобіль швидкої медичної допомоги.

II. ПМДД

1. Контролювати правильність накладання пов'язки й іммобілізації.

2. Транспортувати постраждалого на ношах зі щитом в положенні на спині.

За відсутності щита іммобілізувати хребет постраждалого на ношах в положенні на животі.

3. Накласти комірць Шанца на шию постраждалого.

III. ПЛД

1. Виконати дії першого та другого етапів допомоги.

2. При гострій дихальній недостатності з'ясувати її причину; якщо відсутні асфіксія або пневмоторакс при супутньому пораненні грудей і мають місце ознаки поранення шийного відділу хребта, то порушення дихання обумовлені пошкодженням і висхідним набряком спинного мозку, відтак необхідно встановити повітряну трубку, виконати жорстку іммобілізацію шийного відділу хребта, терміново евакуювати постраждалого.

3. При кровотечі з рани слід провести тугу тампонаду рани.

4. При гострій затримці сечі виконати катетеризацію сечового міхура.

IV. Транспортування

Максимально швидко евакуювати постраждалого в госпіталь. Головною вимогою є транспортна іммобілізація хворого на ношах з підкладанням під спину жорсткого щита. При пораненні шийного відділу хребта виконати іммобілізацію голови та шиї комірцем Шанца.

ТРАВМИ М'ЯКИХ ТКАНИН ГОЛОВИ (забій, рани)

Критерії діагностики:

1. Біль і набряк м'яких тканин у ділянці травми.
2. Очевидне порушення анатомічної цілісності м'яких тканин голови та шиї.
3. Крововиливи або кровотеча з ротової порожнини.
4. Особливості ран обличчя — значне розходження країв, невідповідність зовнішнього вигляду рани важкості пошкодження.

Алгоритм надання допомоги:

I. Взаємодопомога

1. Зупинити зовнішню кровотечу: перетиснути магістральну артерію (лицьову, сонну), виконати тампонаду рани стерильним бинтом.
2. Підтримувати дихання постраждалого: забезпечити прохідність дихальних шляхів (видалити сторонні тіла з рота, згустки крові).
3. Викликати лікаря (фельдшера).

II. ПМДД

1. Виконати дії першого етапу допомоги.
2. Ввести в/м знеболювальне: ненаркотичні анальгетики (розчин 50 % метамізол натрію 2 мл та 1 % діфенгідраміну 1 мл кожні 8 годин). За необхідності ввести в/м наркотичні анальгетики (розчин 1 % морфіну 1 мл кожні 12 годин).
3. Накласти на одну із сонних артерій джгут або стискальну пов'язку.
4. Налогодити систему для в/в інфузій (крапельно ввести 500–1000 мл 0,9 % розчину натрію хлориду).
5. Встановити дихальну трубку при розвитку дихальної недостатності.
6. Накласти асептичну пов'язку на рану.
7. Використовувати міхур з льодом у ділянці травми.

III. ПЛД

1. Виконати дії першого та другого етапів допомоги.
2. Остаточо зупинити зовнішню кровотечу (накласти кровоспинний затискач і лігатуру на пошкоджену судину).
3. Застосувати протишокову терапію: ввести в/в реополіглюкін — 200–600 мл або розчин Рінгера лактатний (20–40 мл/1 кг маси тіла хворого).
4. При прогресуванні дихальної недостатності виконати трахеотомію.

IV. Транспортування

Після стабілізації життєвих функцій продовжити проводити попередні заходи, негайно госпіталізувати постраждалого в найближчий лікувальний заклад. Під час транспортування продовжувати інфузійну терапію, знеболення, підтримувати життєві функції.

УКУС ЗМІЇ

Критерії діагностики:

1. У ділянці укусу біль і набряк кінцівки, який швидко поширюється.
2. Сонливість.
3. Пригнічення дихання.
4. Колапс.
5. Сеча набуває кольору м'ясних помиїв, спостерігаються множинні підшкірні крововиливи.
6. Судоми.

Після укусу кобри менше виражені місцеві розлади, переважають бульбарні розлади (розлади мовлення та ковтання, спостерігається птоз, параліч рухової мускулатури).

Алгоритм надання допомоги:

I. Взаємодопомога

1. Витиснути отруту з місця укусу.

2. Імобілізувати кінцівку.
3. Заборонено накладати джгут.
4. Негайно транспортувати потерпілого в медичний заклад.
5. Викликати лікаря (фельдшера) та автомобіль швидкої медичної допомоги.

II. ПМДД

1. Виконати дії першого етапу.
2. Промити місця укусу розчином 3 % перекису водню.
3. Підшкірно зробити ін'єкції довкола місця укусу 5 мл 0,5 % розчину прокаїну із додаванням 0,3 мл 0,18 % розчину адреналіну гідрохлориду.

III. ПЛД

1. Виконати дії попередніх етапів.
2. В/в ввести 8 мг дексаметазону та 10 мл 10 % розчину хлориду кальцію.
3. При укусі гадюковими (гюрза, гадюка) в/в гепарин натрій (10 000 ОД).
4. В/в 5 % амінокапронова кислота 100 мл.
5. Оксигенотерапія, за необхідності — ШВЛ.

IV. Транспортування

Після відновлення життєвих функцій негайно госпіталізувати потерпілого в найближчий лікувальний заклад.

УТОПЛЕННЯ

Критерії діагностики:

1. Збудження.
2. Озноб.
3. Блювота.
4. Свідомість сплутана або відсутня.
5. Судоми.
6. Ціаноз шкірного покриву, можлива різка блідість шкіри.

7. Зіниці розширені.
8. Тахіпное або апное.

Алгоритм надання допомоги:

I. Взаємодопомога

1. Винести постраждалого з води.
2. Забезпечити прохідність дихальних шляхів: очистити порожнину рота пальцем, обгорнутим у хустинку чи марлю.
3. Провести ШВЛ методом “рот до рота” або вдуючи повітря в носові ходи постраждалого.
4. Якщо відсутня серцева діяльність, дивись алгоритм дії при асистолії.
5. При первинному утопленні постраждалого слід швидко покласти животом на стегно зігнутої ноги рятувальника та різними рухами стискувати бокові поверхні грудної клітки (протягом 10–15 с), після чого знову повернути постраждалого на спину.
6. При тризмі жувальних м’язів (неможливо вільно відкрити рот), надавити пальцями на ділянку кутів нижньої щелепи.
7. Розтерти шкіру постраждалого, загорнути його в теплу ковдру.
8. Викликати лікаря (фельдшера) та автомобіль швидкої медичної допомоги.

II. ПМДД

1. Виконати дії першого етапу.
2. Налагодити систему для в/в інфузії.
3. В/в крапельно ввести 100 мл 4,2 % розчину гідрокарбонату натрію.

III. ПЛД

1. Виконати дії попередніх етапів.
2. При стійкому ларингоспазмі виконати конікотомію.
3. В/в крапельно ввести 100 мл 4 % розчину гідрокарбонату натрію.

4. При утопленні в морській воді слід в/в крапельно ввести 400 мл реополіглюкіну, застосувати гепарин натрій 20 000 ОД/добу.

IV. Транспортування

Після відновлення життєвих функцій постраждалого слід негайно госпіталізувати в найближчий лікувальний заклад.

ЧЕРЕПНО-МОЗКОВА ТРАВМА

Критерії діагностики:

1. Факт травми голови з втратою свідомості чи без неї.
2. Скарги постраждалого на головний біль, запаморочення, нудоту, блювоту, дезорієнтованість, неадекватна поведінка.
3. Наявність менінгеальних рефлексів (ригідність потиличних м'язів).
4. Поява грубої вогнищевої неврологічної симптоматики (парези кінцівок, порушення чутливості, судомні напади).
5. Різний розмір зіниць або розширення зіниць і неоднакове положення очних яблук відносно горизонтальної осі.
6. Наявність пошкоджень шкіри голови з однією раною або множинними ранами механічного походження.
7. Витікання спинномозкової рідини з носа, зовнішнього слухового проходу або комбінація цих ознак.
8. Порушення рівня свідомості: оглушення, сопор, кома.
9. Порушення дихання без ознак травми грудної клітки — патологічне дихання.
10. Порушення гемодинаміки: в тяжких випадках при ураженнях стовбурових структур головного мозку — зниження АТ, зниження частоти серцевих скорочень (менше 40 уд./хв).

Алгоритм надання допомоги:

I. Взаємодопомога

1. На рану голови накласти асептичну пов'язку.
2. При блювоті та носовій кровотечі для запобігання аспірації виконати очищення верхніх дихальних шляхів. Для цього

розкрити пораненому рот, за допомогою язикотримача вивести язик, серветкою очистити порожнину рота та глотки від блювотних мас, ввести дихальну трубку.

3. Пораненого без ознак свідомості нести в положенні на боку чи на животі (долілиць).

4. Викликати лікаря (фельдшера) та автомобіль швидкої медичної допомоги.

II. ПМДД

1. Виконати дії першого етапу допомоги, контролювати правильність їх виконання.

2. При порушенні дихання провести ШВЛ за допомогою ручного дихального апарату, інгаляцію кисню.

3. У разі просякнення пов'язки кров'ю, виконати добинтовування.

III. ПЛД

1. Виконати дії попередніх етапів допомоги, перевірити правильність виконання маніпуляцій на попередніх етапах.

2. Постраждалому з зовнішньою кровотечею, що не припиняється, або постраждалому з асфіксією проводити невідкладні заходи в умовах перев'язочної.

3. За показаннями виконати трахеотомію.

4. Якщо пов'язка рясно просякла кров'ю, слід виконати добинтовування. При кровотечі з артерій, що візуалізуються в рані, виконати їх лігування, накласти зажим, тампонувати серветкою із 3 % розчином перекису водню.

5. Наркотичні анальгетики при проникальних черепно-мозкових травмах не вводять, бо вони пригнічують дихальний центр.

6. У разі переповненого сечового міхура виконати його катетеризацію.

IV. Транспортування

Постраждалого на ношах негайно госпіталізувати в найближчий лікувальний заклад. Оптимальною є евакуація постраждалого санавіацією в нейрохірургічне відділення військово-медичного центру.

VII. НЕВІДКЛАДНА ДОПОМОГА ПРИ ТРАВМАХ ЛОР-ОРГАНІВ

ПЕРЕЛОМ (ПОРАНЕННЯ) КІСТОК НОСА

Критерії діагностики:

1. Гематома м'яких тканин носа, інколи крововилив у ділян-
ку повік.
2. Деформація зовнішнього носа.
3. Пальпація свідчить про кістково-хрящову крешітацию.
4. Назальна лікворея при переломі решітчастої кістки.
5. При гематомі носа — утруднення носового дихання, гут-
нявість голосу.

Алгоритм надання допомоги:

I. Взаємодопомога

1. Покласти холод на ніс.
2. Викликати лікаря (фельдшера) та автомобіль швидкої до-
помоги.

II. ПМДД

1. Виконати дії першого етапу допомоги.
2. Оглянути хворого, забезпечити підвищене положення го-
лови. При кровотечі притиснути крила носа кровоточивої по-
ловини до носової перетинки, покласти холод на ніс, ввести
ватні тампони, виконати передню тампонаду носа.

III. ПЛД

1. Виконати дії попередніх етапів.
2. При кровотечі накласти асептичну пов'язку.
3. В/м ввести розчин 12,5 % етамзілата натрію 4 мл.

IV. Транспортування

Після стабілізації життєвих функцій продовжити проводи-
ти попередні заходи, госпіталізувати постраждалого.

ПОРАНЕННЯ ВУХА

Критерії діагностики:

1. Гострий біль у ділянці слухового проходу.
2. Погіршення слуху.
3. Відчуття стороннього шуму.
4. Кровотеча зі слухового проходу.

Алгоритм надання допомоги:

I. Взаємодопомога

1. Накласти пов'язку на вухо.
2. Викликати лікаря (фельдшера) та автомобіль швидкої допомоги.

II. ПМДД

1. Виконати дії першого етапу.
2. Оглянути хворого. При наявності кровотечі виконати тампонаду зовнішнього слухового проходу.
3. Знеболити, накласти пов'язку на вухо (не слід промивати слуховий прохід, закрапувати розчини, видаляти згустки через небезпеку інфікування).

III. ПЛД

Виконати дії попередніх етапів, перевірити правильність виконання маніпуляцій на попередніх етапах.

IV. Транспортування

Евакуювати пораненого в госпіталь.

ТРАВМИ ТА ПОРАНЕННЯ ГОРТАНІ

Критерії діагностики:

1. Травма гортані, трахеї, під'язикової кістки.
2. При пораненні — наявність рани, з якої виходить повітря, кашель, ознаки удушення внаслідок аспірації крові.

Алгоритм надання допомоги:

I. Взаємодопомога

Накласти асептичну пов'язку на рану, транспортувати хворого в сидячому положенні в МП.

II. ПМДД

1. Виконати дії першого етапу.
2. Оглянути хворого в сидячому положенні, видалити вільно лежачі сторонні тіла з рани, зупинити кровотечу з рани.

III. ПЛД

1. Виконати дії попередніх етапів, перевірити правильність виконання маніпуляцій на попередніх етапах.
2. Накласти судинну пов'язку на рану.
3. При різкому затрудненні дихання виконати трахеостомію.

IV. Транспортування

Евакуювати пораненого в напівсидячому положенні в госпіталь.

VIII. ПОШКОДЖЕННЯ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЬОВОЇ ДІЛЯНКИ

ВИВИХ СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПОВОГО СУГЛОБА

Критерії діагностики:

1. Відкритий рот, неможливість його закрити.
2. Порушення мовлення.
3. Деформація та біль у ділянках скронево-нижньощелепових суглобів.
4. Виражена слинотеча.

Алгоритм надання допомоги:

I. Взаємодопомога

1. Підтримувати дихання — забезпечити прохідність дихальних шляхів (видалити сторонні тіла).
2. Викликати лікаря (фельдшера).

II. ПМДД

1. Виконати дії першого етапу допомоги.
2. Знеболити в/м ненаркотичними анальгетиками: розчин 50 % метамізол натрію 2 мл і 1 % діфенгідраміну 1 мл кожні 8 годин).

III. ПЛД

Виконати дії попередніх етапів.

За необхідності в/м ввести наркотичні анальгетики: розчин 1 % морфіну 1 мл кожні 12 годин.

IV. Транспортування

1. Враховуючи стан хворого, транспортувати його слід у госпіталь у сидячому положенні або в положенні лежачи на боці.

2. Контролювати життєві функції постраждалого, надавати медичну допомогу під час транспортування (контроль пульсу, дихання та АТ).

ПЕРЕЛОМ ВЕРХНЬОЇ ЩЕЛЕПИ

Критерії діагностики:

1. Біль, набряк м'яких тканин у зоні перелому.
2. Деформація середньої зони обличчя.
3. Порушення прикусу.
4. Рухливість верхньої щелепи.
5. Болісність при жуванні.
6. Кровотеча з носа, рота.
7. Порушення чутливості м'яких тканин верхньої губи, передніх зубів.

Алгоритм надання допомоги:

I. Взаємодопомога

1. Покласти хворого на бік.
2. Зупинити зовнішню кровотечу (притиснути магістральні артерії — лицьову, сонну) за допомогою джгута упродовж 1 години.
3. Підтримувати дихання — забезпечити прохідність дихальних шляхів (видалити сторонні тіла, згустки крові).
4. Викликати лікаря (фельдшера).

II. ПМДД

1. Виконати дії першого етапу.
2. Знеболити ненаркотичними анальгетиками: в/м розчин 50 % метамізол натрію 2 мл і 1 % діфенгідраміну 1 мл кожні 8 годин.
3. За необхідності ввести наркотичні анальгетики: в/м 1 % розчин морфіну 1 мл кожні 12 годин.
4. Налогодити систему для в/в інфузій, крапельно ввести 500–1000 мл 0,9 % розчину натрію хлориду.
5. Накласти захисну пов'язку на рану.

6. Встановити трубку дихальну при розвитку дихальної недостатності.

7. Виконати транспортну іммобілізацію (підборідкова праща).

III. ПЛД

1. Виконати дії попередніх етапів.

2. Остаточо зупинити зовнішню кровотечу (накласти кровоспинний затискач і лігатуру на пошкоджену судину).

3. Якщо прогресує дихальна недостатність, терміново виконати трахеотомію.

4. Контролювати якість іммобілізації.

IV. Транспортування

Транспортувати хворого в госпіталь у положенні лежачи на боці. Контролювати життєві показники хворого (вимірювати АТ, пульс).

ПЕРЕЛОМ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ

Критерії діагностики:

1. Біль, набряк м'яких тканин у зоні перелому.

2. Порушення прикусу.

3. Патологічна рухливість уламків.

4. Болісність при жуванні, відкриванні рота.

5. Кровотеча з рота.

6. Порушення чутливості нижньої губи та підборіддя.

Алгоритм надання допомоги:

I. Взаємодопомога

Тимчасово зупинити зовнішню кровотечу (притиснути сонну артерію).

Підтримувати дихання постраждалого: забезпечити прохідність дихальних шляхів, утримувати язик від западання.

Викликати лікаря (фельдшера).

II. ПМДД

1. Виконати дії першого етапу.
2. Фіксувати язик язикотримачем або булавкою.
3. Знеболити ненаркотичними анальгетиками: в/м розчин 50 % метамізол натрію 2 мл і 1 % діфенгідраміну 1 мл кожні 8 годин.
4. За необхідності наркотичні анальгетики: в/м розчин 1 % морфіну 1 мл кожні 12 годин.
5. Налагодити систему для в/в інфузій: крапельно ввести 500–1000 мл 0,9 % розчину натрію хлориду.
6. Накласти асептичну пов'язку на рану.
7. Встановити трубку дихальну при розвитку дихальної недостатності.
8. Виконати транспортну іммобілізацію (підборідкова праща).

III. ПЛД

1. Виконати дії попередніх етапів.
2. Остаточо зупинити зовнішню кровотечу (накласти кровоспинний затискач і лігатуру на пошкоджену судину).
3. Якщо прогресує дихальна недостатність, терміново провести трахеотомію.
4. Контролювати якість іммобілізації.

IV. Транспортування

1. Враховуючи стан хворого, транспортувати в госпіталь у сидячому положенні або у положенні лежачи на боці.
2. Контролювати життєві показники постраждалого (АТ, пульс).

ОПКИ ХІМІЧНІ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА

Критерії діагностики:

1. Факт про можливий прийом кислоти або лугу всередину.

2. Біль у роті.
3. Зниження смакових відчуттів.
4. Гіперемія слизової оболонки рота.
5. Можливі набряк і тьмяність слизової оболонки рота.

1. Опік кислотою

Алгоритм надання допомоги:

I. Взаємодопомога

1. Промити порожнину рота проточною прохолодною водою протягом 5–10 хв.
2. Терміново доставити хворого в медичний пункт.

II. ПМДД

1. Обробити зону пошкодження, полоскати рот мильною водою або 0,1 % розчином нашатирного спирту (15 крапель на склянку води).
2. негайно транспортувати хворого в лікувальний заклад.

III. ПЛД

Виконати (або перевірити) заходи попереднього етапу.

IV. Транспортування

Без особливостей.

2. Опік лугом

Алгоритм надання допомоги:

I. Взаємодопомога

1. Промити порожнину рота проточною прохолодною водою протягом 5–10 хв.
2. Терміново доставити хворого в медичний пункт.

II. ПМДД

1. Обробити зону пошкодження, полоскати рот водою або 2,5 % розчином лимонної кислоти.
2. негайно транспортувати хворого в лікувальний заклад.

III. ПЛД

Виконати (або перевірити) заходи попереднього етапу.

IV. *Транспортування*

Без особливостей.

ІХ. НЕВІДКЛАДНА ДОПОМОГА ПРИ КРОВОТЕЧАХ

ВНУТРІШНІ КРОВОТЕЧІ, ГОСТРІ ШЛУНКОВО-КИШКОВІ КРОВОТЕЧІ

Критерії діагностики:

1. Кривава блювота, або блювота “кавовою гущею”.
2. Дьогтеподібний кал.
3. Слабкість, запаморочення, значне зниження АТ.
4. Частий ниткоподібний пульс.
5. Блідість шкіри, холодний піт.
6. Факти про хвороби в анамнезі: виразкова хвороба шлунка, дванадцятипалої кишки, новоутворення, хвороби печінки (цироз), хвороби крові, травма живота.

Алгоритм надання допомоги:

I. Взаємодопомога

1. Покласти хворого горілиць на ліжко (кушетку) або ноші. Хворому заборонено вставати.
2. Заборонити хворому їсти, пити.
3. Негайно викликати лікаря (фельдшера).

II. ПМДД

1. Виконати дії першого етапу.
2. Прикласти холод до ділянки ймовірного джерела кровотечі.
3. В/в ввести:
 - а) 10 % ГЕК 500 мл;
 - б) розчин Рінгера лактатний 400 мл — крапельно;
 - в) розчин 0,9 % натрію хлориду 200 мл — крапельно.
4. В/м ввести 12,5 % етамзилат натрію 4 мл.

III. ПЛД

1. Виконати дії попередніх етапів.

2. В/в ввести 10 % ГЕК 500 мл.
3. Постійно контролювати пульс, рівень АТ.

IV. Транспортування

1. Негайно евакуювати хворого в супроводі лікаря в військовий госпіталь або найближчий лікувальний заклад.
2. Положення хворого на ношах на спині.
3. Продовжувати заходи, викладені вище.

КРОВОТЕЧА ЗОВНІШНЯ

Розрізняють артеріальні, венозні та капілярні види кровотеч.

Критерії діагностики:

1. Очевидне порушення анатомічної цілісності шкіри.
2. Зовнішня кровотеча або крововиливи у м'які тканини з утворенням гематом, можливим розвитком аспіраційної, стенотичної асфіксії.
3. Загальна слабкість, шум у вухах, запаморочення, втрата свідомості.
4. Частий пульс слабкого наповнення, зниження АТ.
5. Бліді шкірні покриви та слизові оболонки, холодний піт.

Алгоритм надання допомоги:

I. Взаємодопомога

1. Тимчасово зупинити зовнішню кровотечу: перетиснути магістральні артерії, виконати тампонаду рани стерильним бинтом.
2. Підтримувати дихання — забезпечити прохідність дихальних шляхів (видалити сторонні тіла, згустки крові).
3. Негайно викликати лікаря (фельдшера).

II. ПМДД

1. Виконати дії першого етапу.

2. Знеболити ненаркотичними анальгетиками: в/м розчин 50 % метамізол натрію 2 мл і 1 % діфенгідрамін 1 мл кожні 8 годин. За необхідності в/м ввести наркотичні анальгетики: розчин 1 % морфіну 1 мл кожні 12 годин.

3. Накласти джгут або стискну пов'язку.

4. Налогодити систему для в/в інфузій: крапельно ввести 500–1000 мл 0,9 % розчину натрію хлориду.

5. Встановити дихальну трубку при розвитку дихальної недостатності.

6. Накласти асептичну пов'язку на рану.

7. Контролювати час накладення джгута.

III. ПЛД

1. Виконати дії попередніх етапів.

2. Остаточо зупинити зовнішню кровотечу (накласти кровоспенний затискач і лігатуру на пошкоджену судину).

3. При масивній крововтраті поповнити об'єм циркуляційної крові (ОЦК): ввести в/в крапельно 500–1000 мл 0,9 % розчину натрію хлориду, реополіглюкін 200–600 мл, розчин Рінгера лактатний (20–40 мл/1 кг ваги хворого).

4. Контролювати час накладення джгута.

5. Якщо прогресує дихальна недостатність, терміново провести трахеотомію.

IV. Транспортування

1. Транспортувати хворого в госпіталь на ношах у положенні лежачи на спині.

2. Контролювати життєві функції постраждалого, за необхідності надавати медичну допомогу під час транспортування (пульс, дихання та АТ).

КРОВОТЕЧА З ЛУНКИ ВИДАЛЕНОГО ЗУБА

Критерії діагностики:

1. Зовнішня кровотеча з лунки видаленого зуба або корінця зуба.

Алгоритм надання допомоги:

I. Взаємодопомога

Негайно викликати лікаря (фельдшера).

II. ПМДД

1. Провести тампонаду лунки стерильною марлевою турундою, контролювати гемостаз за 30 хв після процедури.

2. Провести тампонаду лунки гемостатичною губкою, контролювати гемостаз за 30 хв після процедури.

3. Якщо кровотеча не припиняється, транспортувати хворого в лікувальний заклад.

III. ПЛД

Виконати дії попереднього етапу.

IV. Транспортування

Без особливостей.

КРОВОТЕЧА ЛЕГЕНЕВА

Критерії діагностики:

1. Кашель.

2. Задишка.

3. Яскраво-червона піниста кров, що виділяється з дихальних шляхів.

4. Великопухирчасті хрипи в легенях.

Алгоритм надання допомоги:

I. Взаємодопомога

1. Покласти хворого на ліжко (кушетку) або ноші в напівсидячому положенні.

2. Прикласти лід на грудну клітку хворого.

3. Накласти венозні джгути на нижні кінцівки.

4. Заспокоїти хворого.

5. Заборонити розмовляти.

II. ПМДД

1. Виконати дії першого етапу.
2. Налагодити систему для в/в інфузії (пункція або катетеризація 1–2 вен).
3. Ввести в/в 5 % амінокапронову кислоту 100 мл (допускається пероральний прийом по 30 мл кожні 3–4 год).
4. Ввести в/м 12,5 % етамзилат натрію 2 мл.
5. Застосувати протикашльові засоби — кодтерпін внутрішньо.

III. ПЛД

Виконати дії попередніх етапів.

IV. Транспортування

Продовжувати попередні заходи, негайно госпіталізувати хворого в найближчий лікувальний заклад.

КРОВОТЕЧА НОСОВА

Критерії діагностики:

1. Витікання свіжої крові з носових ходів.
2. Стікання крові по задній стінці глотки.
3. Кров не піниться.
4. При тривалій кровотечі блідість шкіри, слабкий частий пульс, холодний піт, зниження АТ.

Алгоритм надання допомоги:

I. Взаємодопомога

1. Зупинити кровотечу, затиснувши ніздрі.
2. Заборонено ковтати кров, що затікає в рот і глотку.
3. Викликати лікаря (фельдшера) та автомобіль швидкої допомоги.

II. ПМДД

1. Виконати дії першого етапу.

2. Оглянути хворого. Покласти на поверхню з підвищеним узголів'ям. Притиснути крило носа до носової перетинки.

3. Прикласти холод до носа, ввести в ніздрі ватні тампони, провести передню тампонаду носа.

III. ПЛД

1. Виконати дії попередніх етапів.

2. Накласти асептичну пов'язку.

3. Ввести в/м 12,5 % розчин етамзилату натрію 4 мл.

IV. Транспортування

Після стабілізації життєвих функцій продовжити попередні заходи, госпіталізувати хворого.

ПРОФУЗНА АНАЛЬНА КРОВОТЕЧА

Критерії діагностики:

1. Виділення значної кількості яскраво-червоної крові з прямої кишки.

2. Симптоми анемії (загальна слабкість, блідість шкіри, запаморочення).

Алгоритм надання допомоги:

I. Взаємодопомога

Викликати лікаря (фельдшера) або доставити хворого до лікаря.

II. ПМДД

Ввести в/м 12,5 % розчин етамзилату натрію 2 мл.

III. ПЛД

Виконати тампонаду анального каналу стерильним тампоном.

IV. Транспортування

Терміново евакуювати хворого в госпіталь у лежачому положенні.

Х. НЕВІДКЛАДНА ДОПОМОГА ПРИ ПОЛОГАХ

ФІЗІОЛОГІЧНІ ПОЛОГИ

Алгоритм надання допомоги:

I. Взаємодопомога

Вкласти породіллю на спину, заспокоїти. Негайно викликати автомобіль швидкої медичної допомоги.

II. ПМДД

1. Під час первинного огляду оцінити наявність дихання, життєві ознаки народженої дитини та матері.

2. Після збору анамнезу провести оцінку загального стану породіллі та провести загальне обстеження (вимірювання пульсу, АТ, аускультация легень і серця, провести пальпацію, перкусію та аускультацию черевної порожнини).

3. Викликати автомобіль швидкої медичної допомоги.

III. ПЛД

1. Якщо почалася родова діяльність, підготувати жінку до пологів:

а) забезпечити захист промежини для уникнення швидкого просування плоду по родових шляхах;

б) бути готовим відразу після виведення голівки застосувати відсмоктувач (спринцювальну грушу для очищення дихальних шляхів дитини);

в) категорично заборонено тягнути дитину;

г) зберігати контакт з породіллею, інформуючи її про перебіг пологів.

2. Після народження дитини:

а) запобігти втраті тепла: витерти та зігріти дитину (загорнути в тепле простирадло, ковдру);

б) покласти дитину на спину, злегка зігнувши і розвівши ніжки, підкласти під плечі маленький рушник;

в) відсмоктати рідину з рота, носа.

3. Не чекати виділення плаценти. Якщо плацента виділилася:

а) покласти її в посуд з пластику, транспортувати в пологовий будинок;

б) зробити легкий масаж матки через передню черевну стінку;

в) закрити родові шляхи стерильними серветками;

г) вкрити матір чистим простирадлом.

4. Призначити в/в окситоцин 10 ОД в 100 мл 0,9 % розчину натрію хлориду.

IV. Транспортування

Під час транспортування породіллі та немовляти в пологовий будинок:

- доглядати за матір'ю, контролювати дихання та кровообіг у немовляти;

- підтримувати постійну температуру дитини та матері (вкрити ковдрою).

ХІ. НЕВІДКЛАДНА ДОПОМОГА ПРИ ТРАВМАХ І ГОСТРИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ ОЧЕЙ

ІРИДОЦИКЛІТ ГОСТРИЙ

Критерії діагностики:

1. Перикорнеальна ін'єкція.
2. “Пелена” перед оком.
3. Біль в оці на цій же половині голови.
4. Звуження зіниці (вузька зіниця).
5. Можливий набряк рогівки та геморагії на райдужці.

Алгоритм надання допомоги:

I. Взаємодопомога

Накласти теплу пов'язку на око, супроводжувати хворого в МП частини або в лікувальний заклад.

II. ПМДД

1. Закапати в уражене око 2 краплі розчину 0,25 % хлорамфеніколу.
2. Закапати 0,1 % або розведений 1/3 води для ін'єкцій 0,4 % розчин дексаметазону в уражене око — 2 краплі.
3. Накласти теплу пов'язку на око, терміново направити постраждалого в лікувальний заклад.

III. ПЛД

Виконати (або перевірити) попередньо вжиті заходи.

IV. Транспортування

Без особливостей.

КОН'ЮНКТИВІТ ГОСТРИЙ

Критерії діагностики:

1. Гіперемія кон'юнктиви.

2. Дискомфорт або відчуття “піску” в оці.
3. Гнійні або слизові виділення з кон’юнктивальної порожнини.

Алгоритм надання допомоги:

I. Взаємодопомога

Накласти пов’язку на око, направити хворого в МП частини або в лікувальний заклад.

II. ПМДД

Закрапати в уражене око 2 краплі розчину 0,25 % хлорамфеніколу.

III. ПЛД

Виконати (або перевірити) попередньо вжиті заходи.

IV. Транспортування

Без особливостей.

ГЛАУКОМИ НАПАД ГОСТРИЙ

Критерії діагностики:

1. Гіперемія кон’юнктиви та розширені судини очного яблука.
2. Знижена гострота зору.
3. Біль навколо ока та у цій же половині голови.
4. Зіниця широка.
5. При легкій пальпації через повіки око неприродно тверде.
6. Можливий набряк рогівки та райдужки.

Алгоритм надання допомоги:

I. Взаємодопомога

Терміново направити хворого в МП або в лікувальний заклад.

II. ПМДД

1. Закрапувати в уражене око 1 % розчин пілокарпіну по 2 краплі кожні 15–30 хвилин.
2. Закрапувати в уражене око 0,5 % розчин тімололу — 2 краплі.
3. Терміново направити хворого в лікувальний заклад.

III. ПЛД

Виконати (або перевірити) попередньо вжиті заходи.

IV. Транспортування

Без особливостей.

КОНТУЗИЯ ОЧНОГО ЯБЛУКА

Критерії діагностики:

1. Травма очного яблука тупим предметом.
2. Біль в оці та параорбітальній ділянці.
3. Зниження зору від незначного до світлобоязні.
4. Виражена гіперемія кон'юнктиви.
5. При поверхневому пошкодженні рогівки виникає сльозотеча, світлобоязнь.
6. Субкон'юнктивальні крововиливи та крововиливи у передню камеру ока.
7. Можливі садна на шкірі повік і параорбітальної ділянки, деформації зіниці, розриви райдужки, субкон'юнктивальні розриви склери та наявність внутрішніх оболонок у рані.

Алгоритм надання допомоги:

I. Взаємодопомога

1. Накласти асептичну пов'язку на обидва ока.
2. Терміново направити постраждалого в МП або в лікувальний заклад.

II. ПМДД

1. Закрапати в уражене око 0,1 % або розведений 1/3 води для ін'єкцій 0,4 % розчин дексаметазона — 2 краплі.
2. Накласти асептичну пов'язку на око.
3. Терміново направити постраждалого в лікувальний заклад.

II. ПЛД

Виконати (або перевірити) заходи попереднього етапу.

IV. Транспортування

Транспортувати постраждалого в госпіталь у лежачому положенні.

ОПКИ ОЧЕЙ

Критерії діагностики:

1. Термічний або хімічний опік очей.
2. Опіки шкіри повік і параорбітальної ділянки різного ступеня.
3. Біль в оці.
4. Зниження гостроти зору від незначної до вираженої.
5. Сльозотеча, світлобоязнь.
6. Гіперемія та набряк (можливий) кон'юнктиви.
7. Частинки хімічної речовини у кон'юнктивальній порожнині.

Алгоритм надання допомоги:

I. Взаємодопомога

1. Промивати очі проточною прохолодною водою протягом 5–10 хв.
2. Накласти на очі асептичну пов'язку.
3. Терміново доставити хворого в МП.

II. ПМДД

1. Обережно видалити залишки хімічної речовини з кон'юнктивальної порожнини ватною паличкою.

2. Промити очі проточною прохолодною водою протягом 15–20 хв.

3. Закрапати в уражене око 0,25 % розчин хлорамфеніколу – 2 краплі.

III. ПЛД

Виконати (або перевірити) попередньо проведені заходи.

IV. Транспортування

Без особливостей.

ПОРАНЕННЯ ОЧНИЦІ ТА ПОВІК

Критерії діагностики:

1. Травма ока.
2. Біль у параорбітальній ділянці.
3. Рана повік і параорбітальної ділянки.
4. Здебільшого порушення зору немає або воно незначне.

Алгоритм надання допомоги:

I. Взаємодопомога

1. Накласти на око/очі суху асептичну пов'язку.
2. Терміново направити пораненого в МП або в лікувальний заклад.

II. ПМДД

1. Обережно звільнити рану від явних забруднень.
2. Закрапати в уражене око 0,25 % розчин хлорамфеніколу – 2 краплі.
3. Ввести в/м цефтріаксон 1 г (після проби).
4. Накласти на око/очі суху асептичну пов'язку.
5. Терміново направити в лікувальний заклад.

III. ПЛД

Виконати (або перевірити) заходи попереднього етапу.

IV. *Транспортування*
Без особливостей.

ПОРАНЕННЯ ОЧНОГО ЯБЛУКА

Критерії діагностики:

1. Травма ока.
2. Біль в оці та параорбітальній ділянці.
3. Зниження зору від помірного до світлобоязні.
4. Виражена гіперемія кон'юнктиви.
5. Сльозотеча, світлобоязнь.
6. Субкон'юнктивальні крововиливи та крововиливи в передню камеру.
7. Можливо візуально визначити поранення та розриви оболонок, а також наявність внутрішніх оболонок ока в рані.

Алгоритм надання допомоги:

I. Взаємодопомога

1. Накласти бінокулярну асептичну пов'язку.
2. Терміново направити пораненого в МП або в лікувальний заклад.

II. ПМДД

1. Закрапати в уражене око 2 % розчин лідокаїну — 2 краплі.
2. За 5 хв закрапати в уражене око 0,25 % розчин хлорамфеніколу — 2 краплі.
3. Ввести в/м цефтріаксон 1 г (після проби).
4. Накласти бінокулярну асептичну пов'язку.

III. ПЛД

Виконати (або перевірити) попередньо вжиті заходи.

IV. Транспортування

Терміново госпіталізувати пораненого на ношах.

СТОРОННІ ПРЕДМЕТИ КОН'ЮНКТИВИ, РОГІВКИ ТА КЕРАТИТ

Критерії діагностики:

1. Гіперемія кон'юнктиви.
2. Сльозотеча.
3. Світлобоязнь.
4. Біль в оці.
5. Можлива візуалізація стороннього тіла на рогівці або кон'юнктиві.

Алгоритм надання допомоги:

I. Взаємодопомога

Терміново направити хворого в МП або в лікувальний заклад.

II. ПМДД

1. Закрапати в уражене око 2 % розчин лідокаїну — 2 краплі.
2. За 5 хв закрапати в уражене око 0,25 % розчин хлорамфеніколу — 2 краплі.
3. Терміново госпіталізувати хворого в лікувальний заклад.

III. ПЛД

Виконати (або перевірити) попередньо вжиті заходи.

IV. Транспортування

Транспортувати хворого в госпіталь з асептичною монокулярною пов'язкою.

ХІІ. НЕВІДКЛАДНА ДОПОМОГА ПРИ ІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ

БОТУЛІЗМ

Критерії діагностики:

1. Зниження гостроти зору, “мерехтіння” мушок перед очима.
2. Порушення ковтання, хриплість або гугнявість голосу, сухість у роті.
3. М'язова слабкість.
4. Різке обмеження дихальних рухів грудною кліткою від паралічу міжреберних м'язів (діафрагми).

Алгоритм надання допомоги:

I. Взаємодопомога

1. Терміново відвезти хворого в госпіталь.
2. Провести профілактику аспірації блювотиння, за можливості зібрати блювотні маси.
3. Промити шлунок кип'яченою водою, зібрати перші промивні води для досліджень.
4. Дати випити 10 табл. розтовченого активованого вугілля.

II. ПМДД

1. Виконати дії попереднього етапу (якщо вони не були проведені).
2. Повторно промити шлунок кип'яченою водою, бажано зробити зондове промивання шлунка 5 % розчином гідрокарбонату натрію з наступним введенням через зонд активованого вугілля та сольового проносного.
3. Зібрати в стерильний сухий посуд із герметичною кришкою перші промивні води для досліджень.
4. Дати внутрішньо хлорамфенікол 1 г.
5. Викликати лікаря або негайно транспортувати хворого в найближчий лікувальний заклад санітарним транспортом.

II. ПЛД

1. Виконати дії попередніх етапів (якщо вони не були проведені).
2. Негайно евакуювати хворого в лікувальний заклад вищого рівня (госпіталь).

IV. Транспортування

1. Хворий підлягає ізоляції та введенню протиботулічної сироватки.
2. Транспортувати санітарним транспортом у лікувальний заклад у лежачому положенні.

ВІРУСНИЙ ГЕПАТИТ

Критерії діагностики:

1. Жовтяниця шкіри, склер.
2. Сеча кольору “темного пива”, “знебарвлення” випорожнень.
3. Збільшення розмірів печінки, важкість у правому підребер’ї.
4. Дратівливість, порушення сну, “печінковий запах” з рота, дезорієнтація, втрата свідомості (печінкова недостатність).

Алгоритм надання допомоги:

I. Взаємодопомога

1. Ізолювати хворого.
2. Викликати медичну сестру або лікаря.

II. ПМДД

1. Ізолювати та терміново евакуювати хворого в спеціалізований або найближчий лікувальний заклад.

III. ПЛД

1. Ізолювати та терміново евакуювати хворого в спеціалізований лікувальний заклад.

А. При важкому стані та вираженому інтоксикаційному синдромі:

- в/м 60–90 мг преднізолону;
- в/в 1–1,5 л розчину Рінгера (5 % розчину глюкози) або 200–400 мл реосорбілакту (реополіглюкіну).

Б. При кровотечі або підозрі на неї:

- в/в 200 мл 5 % розчину амінокапронової кислоти;
- в/м 2 мл 12,5 % етамзилат натрію;
- холод на живіт.

В. При інфекційному психозі:

- в/в 2 мл 0,5 % розчину діазепаму (повільно).

Г. Евакуювати хворого.

IV. *Транспортування*

1. Хворий підлягає ізоляції.
2. Транспортувати санітарним транспортом у лікувальний заклад у лежачому положенні.

ГЕМОРАГІЧНА КРИМСЬКА-КОНГО ЛИХОМАНКА З НИРКОВИМ СИНДРОМОМ

Критерії діагностики:

1. Кровоточивість, крововиливи в шкіру, слизові.
2. Різкий біль у попереку, зменшення кількості сечі до її відсутності, наявність крові в сечі.
3. Висока температура — вище 39 °С.
4. Сильний головний біль.
5. Блювання.

Алгоритм надання допомоги:

I. *Взаємодопомога*

Терміново направити хворого до медпрацівника або в лікувальний заклад.

II. ПМДД

1. Налагодити в/в систему, ввести в/в крапельно 5 % розчин глюкози 400–800 мл.

2. Терміново евакуювати хворого в спеціалізований або найближчий лікувальний заклад.

II. ПЛД

Терміново евакуювати хворого в лікувальний заклад вищого рівня (госпіталь).

1. При болях в/м ввести 1 мл 1 % розчину тримеперидину.

2. При нудоті в/м ввести 2 мл 0,5 % розчину метоклопраміду.

3. При інтоксикації:

- в/м ввести 60 мг преднізолону;

- в/в крапельно ввести 400–800 мл 5 % розчину глюкози.

4. При олігоанурії (зменшенні кількості сечі за добу — менше 500 мл) в/в ввести 200–400 мл 20 % розчину глюкози; 10 мл 2 % розчин еуфіліну; 4–8 мл 1 % розчину фуросеміду (контролюючи діурез!).

5. При кровотечі (або підозрі на неї):

- в/в ввести 200 мл 5 % розчину амінокапронової кислоти;

- в/м ввести 2 мл 12,5 % етамзилату натрію;

- прикласти холод на живіт.

IV. Транспортування

1. Хворий підлягає ізоляції.

2. Транспортувати в лежачому положенні санітарним транспортом у лікувальний заклад, за можливості в супроводі спеціалізованої лікарської бригади.

ГРИП ТА ІНШІ ГРЗ

Критерії діагностики:

1. Головний біль, біль у ділянці очей.

2. Сухий або вологий кашель.

3. Висока температура — вище 39 °С.

4. Виражена загальна слабкість, гіперемія глотки, нежить, захриплість голосу, можливі запаморочення, нудота, блювота.

Алгоритм надання допомоги:

I. Взаємодопомога

Терміново направити хворого до медпрацівника або в лікувальний заклад.

II. ПМДД

1. Ізолювати хворого.
2. При підвищенні температури тіла вище 39,5 °С дати тепле пиття до 1–1,5 л/добу, парацетамол 0,5 г внутрішньо.
3. При важкому стані негайно евакуювати в лікувальний заклад.

III. ПЛД

Розмістити хворого в ізоляторі МП.

При важкому стані негайно евакуювати хворого в лікувальний заклад вищого рівня (госпіталь).

1. При вираженому інтоксикаційному синдромі:
 - в/в інфузія 1000–1500 мл 5 % розчину Рінгера лактатного;
 - в/в ввести реосорбілакт (реополіглюкін) 200–400 мл.
2. При різкому зниженні АТ, короткотривалій втраті свідомості:
 - в/в крапельно ввести 400–800 мл 5 % розчину глюкози;
 - в/в крапельно ввести 200–400 мл реосорбілакту (реополіглюкіну);
 - в/в ввести 30–60 мг преднізолону.
3. При гіпертермії в/м ввести 2 мл 50 % розчину метамізол натрію.

IV. Транспортування

1. Хворий підлягає ізоляції.
2. Транспортувати в лежачому положенні в лікувальний заклад санітарним транспортом. Запобігати аспірації блювотними масами, особливо при запамороченні — для цього хворого повертати на бік, підголівник піднімати під кутом 30°.

COVID -19 (SARS COV-2)

Критерії діагностики підозрілого випадку на COVID-19:

1. Раптовий початок;
2. Лихоманка (гостра респіраторна інфекція з температурою тіла 38 °С);
3. Кашель або утруднене дихання;
4. Загальна слабкість;
5. Головний біль;
6. Міальгія;
7. Біль в горлі;
8. Риніт;
9. Зниження апетиту;
10. Блювання;
11. Шкірний висип або зміна кольору пальців рук і ніг;
12. Затруднене дихання або задишка;
13. Боль у грудях або скутість;
14. Порушення мови або моторики;
15. Діарея.

Алгоритм надання допомоги:

I. Взаємодопомога

Підозрілого направити до обстеження до лікувального закладу, супроводжуючі його.

II. ПММД

1. Рекомендувати самоізоляцію в домашніх умовах, надати пам'ятку про самоізоляцію;

2. Військовослужбовців строкової служби направити в тимчасовий позаштатний ізолятор, а за його відсутності у інфекційне відділення госпіталю за адміністративно-територіальним принципом;

3. Доповісти командирі військової частини, координатору регіонального санітарно-епідеміологічного управління та координатору військового госпіталю за територіальним принципом;

4. Отримати необхідні пробірки та зібрати зразки для ПЛР тесту;
5. Проводити симптоматичну терапію;
6. Щоденно здійснювати контроль поточного стану пацієнтів (оцінка тяжкості перебігу, розвиток ускладнень).

III. ПЛД

Хворим із встановленим підозрілим, ймовірним або підтвердженим випадком, у разі легкого перебігу захворювання на COVID-19 та якщо пацієнт не має клінічних критеріїв до госпіталізації та тяжкої супутньої патології в стадії декомпенсації симптоматична терапія проводиться в умовах тимчасового позаштатного ізолятора або самоізоляції, яка включає:

1. Вживання великої кількості рідини (плюс 50 % добової потреби) та повноцінне харчування.

2. Жарознижувальні препарати (нестероїдні протизапальні засоби): парацетамол по 500 мг три рази на добу (приймати не більше 1 г на прийом і не більше 3 г на добу); ібупрофен по 200 мг чотири рази на добу (до 1200 мг на добу — якщо не спостерігається збільшення ризику серцево-судинних тромбоемболічних подій);

3. При утрудненні дихання рекомендовано перебувати в положенні “лежачи на животі”, оскільки це допомагає розкрити альвеоли, що спалися, та підвищити рівень кисню в крові;

4. При болю в горлі полоскати розчином солі і соди або фурациліну. Після полоскання, розсмоктувати протизапальні і знеболювальні льодяники;

5. При нежиті судинозвужувальні препарати;

6. Вітаміни D, C та цинк;

7. Протимікробна терапія повинна застосовуватися у хворих з COVID-19 тільки за наявності підтвердженої бактеріальної інфекції (тобто після отримання результатів позитивного бактеріологічного аналізу крові та/або мокротиння), тому що протимікробні препарати не діють на вірус. Але, враховуючи те, що результатів аналізу треба чекати кілька днів, антибіотики, за певних показань, можуть призначатися емпірично. Показан-

ням до емпіричної протимікробної терапії у хворих з COVID-19 є приєднання бактеріальної інфекції (бактеріальна пневмонія, сепсис, септичний шок, інфекція сечовивідних шляхів тощо). Варто зауважити, що недоцільне застосування протимікробних препаратів може призвести до розвитку бактеріальної резистентності.

Лікування COVID-19:

При легкому перебігу:

Монотерапія захищеними пеніцилінами (амоксіцилін + клавуланова кислота 625 мг по 1 табл. три рази на день, ампіцилін/ сульбактам) або макролідами (азитроміцин 500 мг по 1 табл. 1 раз на добу або кларитроміцин) або цефалоспоринами II покоління (цефуроксим).

При середньотяжкому перебігу:

Амоксицилін/клавуланат плюс макроліди (азитроміцин, аокларитроміцин), цефалоспорини II–III покоління (цефутоксим, цефтріаксон, цефотаксим, цефтазидим, цефіксим, цефоперазон, цефподоксим) плюс макроліди (азитроміцин або кларитроміцин).

У випадку алергії на бета-лактами:

Респіраторні фторхінолони (левофлоксацин або моксифлоксацин). За умови розвитку дихальної недостатності (утруднення дихання з ЧД > 25/хв (пульсоксиметрія – SpO₂ < 93 %) проводиться інгаляція кисню – портативним дихальним апаратом.

При стійкій гіпотензії або розвитку інфекційно-токсичного шоку:

У випадку зниження артеріального тиску (систоличний < 90 мм рт. ст., середній < 70 мм рт. ст., падіння систоличного тиску на > 40 мм рт. ст. у осіб з артеріальною гіпертензією, тахікардія > 90 за 1 хв потрібно щонайшвидше встановити внутрішньосудинний катетер до периферичних вен та розпочати

в/в введення 0,9 % розчину хлориду натрію або розчину Рінгера у кількості 15 мл/кг протягом першої години (за відсутності ГРДС та ДН).

У разі неефективності корекції гіповолемії кристалоїдами (гіпотензія зберігається, незважаючи на переливання достатніх об'ємів розчинів), або при ГРДС та ДН показана інфузія 2 мл 0,18 % розчину адреналіну на 200 мл 5 % розчину глюкози в/в крапельно або в/в інфузія 5 мл 4 % розчину допаміну в 200 мл 5 % розчину глюкози (10 мкг/кг/хв або 20 крапель на хвилину) під постійним контролем АТ. Таким хворим негайно розпочинають надання медичної допомоги та транспортують до визначеного закладу охорони здоров'я для госпіталізації (при середньотяжкому перебігу захворювання до лікувального закладу третього рівня (мобільний госпіталь (якщо поблизу немає іншого ЗОЗ), госпіталь, цивільний ЗОЗ (для працівників ЗС України повідомити лікаря з надання первинної медичної допомоги та викликати мобільну бригаду), з важким станом та при стабільних гемодинамічних показниках хворі терміново евакуюються на четвертий рівень, з дотриманням санітарно-протиепідемічних заходів). Одночасно надається інформація у даний медичний заклад щодо евакуації до них хворого.

Критерії завершення амбулаторно-поліклінічного лікування, або припинення самоізоляції:

1. Відсутність клінічних проявів гострого респіраторного захворювання протягом 3 днів рахуючи з 10 дня від дати появи симптомів без лабораторного обстеження;

2. Відсутність клінічних проявів гострого респіраторного захворювання протягом 3 днів рахуючи з 10 дня від дати взяття матеріалу (при позитивному результаті на COVID-19 методом ПЛР) без лабораторного обстеження;

3. Відсутність клінічних проявів гострого респіраторного захворювання, за умови отримання одного негативного результату тестування методом ПЛР.

При наявності одного з критеріїв рекомендовано припинити самоізоляцію та припинити лікування пацієнта.

Повторне тестування методом ПЛР, з метою визначення наявності чи відсутності вірусу в організмі (припинення самоізоляції внаслідок хвороби) може проводитися не раніше ніж через 10 днів від дати появи симптомів або отримання першого позитивного результату на COVID-19 методом ПЛР.

Начальник (лікар) медичної служби (пункту), що надає медичну допомогу в амбулаторних умовах, повинен інформувати координатора РСБУ та координатора військового госпіталю за територіальним принципом наявними засобами зв'язку про результат лікування та/або припинення самоізоляції осіб, які підлягали визначенню підтвердженого випадку COVID-19, не пізніше ніж через 3 дні від дати, коли він стане відомим.

ДИЗЕНТЕРІЯ

Критерії діагностики:

1. Гострий переймоподібний біль у лівій здухвинній ділянці або над лобком, що посилюється при дефекації, тягнучий біль у ділянці прямої кишки.

2. Випорожнення спочатку часті, калові, потім із домішками слизу та крові, надалі виділення невеликої кількості слизу та калу, інколи з домішками крові після нестримного позиву (“ректальний плювок”).

3. Висока температура — 39–40 °С.

4. Головний біль, слабкість, зниження АТ, прискорення пульсу.

5. Різкий біль уздовж товстого кишечника при пальпації (особливо в ділянці сигмоподібної кишки — лівій клубовій ділянці).

Алгоритм надання допомоги:

I. Взаємодопомога

Терміново направити хворого до медпрацівника або в лікувальний заклад.

II. ПМДД

1. Ізолювати хворого.
2. Напоїти сольовим розчином (регідрон).
3. При важкому стані негайно евакуювати хворого в лікувальний заклад.

III. ПЛД

Терміново розмістити хворого в ізоляторі МП, при важкому стані негайно евакуювати хворого в лікувальний заклад вищого рівня (госпіталь).

1. При важкій інтоксикації (тенденція до зниження АТ):
 - поїти хворого регідроном (1–2 л);
 - в/в ввести 800 мл розчину Рінгера лактаного або 0,9 % розчину хлориду натрію;
 - в/в ввести 500 мл 5 % розчину глюкози;
 - в/в ввести 200–400 мл реополіглюкіну (реосорбілакту).
2. Внутрішньо: фторхінолони (ципрофлоксацин 0,5 г).
3. При гіпертермії в/м ввести 2 мл 50 % розчину метамізол натрію.

IV. Транспортування

1. Хворий підлягає ізоляції.
2. Транспортувати в лікувальний заклад санітарним транспортом у лежачому положенні.

ДИФТЕРІЯ

Критерії діагностики:

1. Висока температура тіла (вище 39 °С), виражена інтоксикація.
2. Блідість обличчя, набряк шийної підшкірно-жирової клітковини, “гавкаючий” кашель, свистяче дихання.
3. Помірні болі в горлі при ковтанні, кисло-солодкий запах із рота.
4. При огляді ротоглотки спостерігається сірувато-біле нашарування на мигдаликах зі схильністю до розповсюдження

на язичок і м'яке піднебіння, що важко знімається шпателем.

Алгоритм надання допомоги:

I. Взаємодопомога

Терміново ізолювати та направити хворого до медпрацівника.

II. ПМДД

Терміново розмістити хворого в ізоляторі МП, при важкому стані негайно евакуювати в лікувальний заклад вищого рівня (госпіталь).

III. ПЛД

Терміново розмістити хворого в ізоляторі МП, потім негайно евакуювати хворого в лікувальний заклад вищого рівня (госпіталь).

1. При важкому стані або розвитку інфекційно-токсичного шоку:

- в/в ввести 400 мл реополіглюкін (реосорбілакт);
- в/в ввести 400–800 мл 5 % розчину глюкози або 0,9 % розчину хлориду натрію;
- в/в ввести преднізолон 60–90 мг.

2. При низькому АТ ввести в/в інфузію 5 мл 4 % розчину дофаміну в 200 мл 0,9 % натрію хлориду (10 мкг/кг/хв або 20 крап./хв), контролюючи АТ.

3. При ранньому дифтерійному міокардиті з вираженим зниженням частоти скорочень серця (ЧСС):

- підшкірно ввести 1 мл розчину атропіну сульфату 0,1 %;
- в/в ввести преднізолон 60–90 мг.

4. Негайно евакуювати хворого в госпіталь у лежачому положенні. За неможливості евакуювати хворого на більше ніж 2 години ввести в/м бензилпеніциліну натрієву сіль по 1 млн ОД кожні 4 години.

IV. Транспортування

1. Хворий підлягає ізоляції.
2. Транспортувати в лікувальний заклад санітарним транспортом у лежачому положенні.

ЛЕПТОСПИРОЗ

Критерії діагностики:

1. Висока (фебрильна) температура тіла (вище 39 °С).
2. Сильний біль у литкових, стегнових м'язах, через що хворий не здатний пересуватись.
3. Гіперемія обличчя, шиї, судин склер.
4. Сильний головний біль, безсоння, озноб.
5. Збільшення печінки та селезінки, починаючи з 3–5 доби — жовтяниця.

Алгоритм надання допомоги:

I. Взаємодопомога

Направити хворого до медпрацівника.

II. ПМДД

Негайно евакуювати хворого в лікувальний заклад вищого рівня (госпіталь).

III. ПЛД

Негайно евакуювати хворого в лікувальний заклад вищого рівня (госпіталь).

1. При інфекційно-токсичному шоці без порушення функції нирок ввести в/в:

- крапельно 200 мл реополіглюкіну (реосорбілакт);
- крапельно 400–800 мл 5 % розчину глюкози з інсуліном;
- струйно 10 мл 2 % розчину еуфіліну;
- струйно 4–8 мл 1 % розчину лазиксу;
- струйно 60–90 мг преднізолону.

2. При порушенні функції нирок (кількість сечі менше 500 мл/добу) ввести в/в:

- крапельно 200 мл 20 % розчину глюкози;
- крапельно 200 мл реополіглюкіну (реосорбілакт);
- струйно 10,0 мл 2 % розчину еуфіліну;
- струйно 4 мл фуросеміду 1 % (контроль діурезу).

3. При кровотечі або підозрі на неї ввести:

- в/в крапельно 200 мл 5 % розчину амінокапронової кислоти;
- в/м 2 мл етамзилату натрію 12,5 %;
- прикласти холод на живіт.

4. При важкому стані, наявності інфекційно-токсичного шоку (ІТШ) ввести в/м:

- левоміцетину сукцинат 1 мл;
- преднізолон 60–90 мг.

Терміново евакуювати хворого в лежачому положенні!

IV. Транспортування

1. Хворий підлягає ізоляції.
2. Транспортувати хворого в лікувальний заклад санітарним транспортом в лежачому положенні.

МАЛЯРІЯ

Критерії діагностики:

1. Лихоманка за фебрильним типом (температура тіла вище 39 °С).
2. Короткочасна амнезія, що минає.
3. Звуження зіниць.
4. Підвищення тонусу м'язів і сухожильних рефлексів.
5. Втрата свідомості зі зниженням тонусу м'язів, ослабленням або відсутністю сухожильних рефлексів, розширенням зіниць, синюшністю шкіри, порушенням ритму дихання.
6. Можлива жовтяниця шкіри.

Алгоритм надання допомоги:

I. Взаємодопомога

Направити хворого до медпрацівника.

II. ПМДД

Негайно евакуювати хворого в лікувальний заклад вищого рівня (госпіталь).

III. ПЛД

Негайно евакуювати хворого в лікувальний заклад вищого рівня (госпіталь).

Контроль діурезу й АТ.

1. Якщо хворий перебуває в комі:

- прикласти холод до голови хворого;
- в/в ввести: 200–400 мл реополіглюкіну (реосорбілакту); 400–800 мл 5 % розчину глюкози (при олігоанурії – 200–400 мл 20 % розчину глюкози); 90 мг преднізолону; 10 мл 2 % розчину еуфіліну; 4–8 мл 1 % розчину фуросеміду;
- інгаляція кисню.

2. Якщо хворий виявляє збуджену поведінку, в/в ввести по-вільно 2 мл 0,5 % розчину діазепаму.

IV. Транспортування

1. Хворий підлягає ізоляції.
2. Транспортувати в лікувальний заклад санітарним транспортом у лежачому положенні.

МЕНІНГОКОКОВА ІНФЕКЦІЯ

Критерії діагностики:

1. Нестерпний головний біль, інтенсивність якого наростає.
2. Менінгеальні симптоми, патологічна реакція на дотик, звук, світло, втрата свідомості.

3. Висип на шкірі тулуба, ніг, рук (геморагії).
4. Озноб, висока температура тіла (вище 39 °С).
5. Блювота без попередньої нудоти.

Алгоритм надання допомоги:

I. Взаємодопомога

Терміново ізолювати хворого та направити до медпрацівника.

II. ПМДД

Терміново розмістити хворого в ізоляторі МП та негайно евакуювати в лікувальний заклад вищого рівня (госпіталь) в лежачому положенні!

III. ПЛД

Терміново розмістити хворого в ізоляторі МП та негайно евакуювати в лікувальний заклад вищого рівня (госпіталь).

1. В/м ввести бензилпеніциліну натрієву сіль — 3 млн ОД, або цефтріаксону 2 г.

2. При низькому АТ та наявності висипу (особливо геморагічного, незалежно від кількості) ввести в/м 1 г левоміцетину сукцинату.

3. Одночасно в/м ввести 60–90 мг преднізолону, прикласти холод до голови хворого.

4. При ГТШ без порушення функції нирок в/в ввести:

- 200 мл реополіглюкіну (реосорбілакт);

- 400–800 мл розчину Рінгера лактатного або 5 % розчину глюкози з інсуліном;

- 10 мл 2 % розчину еуфіліну;

- 4–8 мл 1 % розчину фуросеміду;

- 60–90 мг преднізолону.

5. При менінгококцемії ввести підшкірно гепарин натрій 5000 ОД у навколопупкову ділянку.

6. При ознаках кровотечі або підозрі на кровотечу ввести:

- в/в 200 мл 5 % розчину амінокапронової кислоти;

- в/м 2 мл етамзилату натрію 12,5 %;

- прикласти холод на живіт.

7. При збудженні та судомах ввести в/в повільно 2 мл 0,5 % розчину діазепаму.

Постійно контролювати АТ і ЧСС.

При недостатній ефективності дихання хворого перевести на ШВЛ.

IV. Транспортування

1. Хворий підлягає ізоляції.

2. Транспортувати в лікувальний заклад санітарним транспортом у лежачому положенні.

ПРАВЕЦЬ

Критерії діагностики:

1. Тризм (судоми жувальних м'язів), внаслідок чого хворий не може відкрити рот.

2. Судомні посмикування м'язів у ділянці рани.

3. Напади судом із характерною вигнутою спиною (хворий лежить горілиць, не притискаючи до поверхні ліжка чи кушетки спину

— лише на потилиці та сідницях і п'ятах

— під його попереком можна вільно просунути руку). Іноді спостерігається зупинка дихання, що виникає від незначного подразнення, закінчується з рясним потовиділенням; сильний біль у м'язах внаслідок їх безперервного тонічного напруження.

4. Легка ригідність потиличних м'язів.

5. “Сардонічна” посмішка (лоб у зморшках, очні щілини звужені, губи розтягнуті, куточки рота опущені).

Алгоритм надання допомоги:

I. Взаємодопомога

Забезпечити супровід хворого до лікаря.

II. ПМДД

Негайно евакуювати хворого в лікувальний заклад вищого рівня (госпіталь).

III. ПЛД

Негайно евакуювати хворого в лікувальний заклад вищого рівня (госпіталь).

1. При збудженні та судомах в/в повільно ввести 2 мл 0,5 % розчину діазепаму або 10 мл 20 % оксибутирату натрію.

Постійно контролювати АТ і ритм серця.

При недостатній ефективності дихання хворого перевести на ШВЛ.

IV. Транспортування

1. Хворий підлягає ізоляції.

2. Транспортувати хворого в лежачому положенні в лікувальний заклад санітарним транспортом.

САЛЬМОНЕЛЬОЗ

Критерії діагностики:

1. Озноб, висока температура тіла (вище 39 °С).

2. Головний біль, слабкість, м'язовий біль, відсутність апетиту.

3. Біль у верхній половині живота, нудота, блювота, часто пронос.

4. Дегідратаційний синдром (різке зниження АТ, синюшність шкірних покривів, судоми, відсутність голосу, зменшення кількості виділеної сечі тощо).

Алгоритм надання допомоги:

I. Взаємодопомога

Терміново ізолювати хворого та забезпечити супровід до лікаря.

II. ПМДД

Терміново розмістити хворого в ізоляторі МП та негайно евакуувати в лікувальний заклад вищого рівня (госпіталь).

III. ПЛД

Терміново розмістити хворого в ізоляторі МП та негайно евакуувати в лікувальний заклад вищого рівня (мед. рота, госпіталь).

1. За відсутності порушень гемодинаміки проводити промивання шлунка водою або 5 % розчином гідрокарбонату натрію з наступним введенням через зонд 100 мл 25 % розчину сірчанокислої магнезії.

2. Зібрати у стерильний сухий посуд із герметичною кришкою калові маси та випорожнення для бактеріологічного дослідження.

3. При зневодненні:

- напоїти хворого регідроном (1–2 л);
- в/в струйно ввести 2–4 л розчину Рінгера лактатного, підігрітого до температури 38–40 °С;

4. При стійкому зниженні АТ (колапс) в/в ввести:

- преднізолон 60–90 мг;
- при недостатньому ефекті — інфузія 5 мл 4 % розчину дофаміну в 200 мл 5 % розчину глюкози (10 мкг/кг/хв або 20 крапель/хв) або інфузія 2 мл 0,18 % розчину адреналіну на 200 мл 5 % розчину глюкози крапельно, контролюючи АТ.

5. При важкій формі внутрішньо — фторхінолони: ципрофлоксацин 500 мг, при вираженій нудоті, блювоті — цефтріаксон 2 г.

IV. Транспортування

1. Хворий підлягає ізоляції.
2. Транспортувати в лежачому положенні в лікувальний заклад санітарним транспортом.

СКАЗ

Критерії діагностики:

1. Укус тварини.
2. Свербіж, тягнучий біль, припухлість у ділянці укусу.
3. Субфебрильна (до 38 °С) температура тіла від початку захворювання, надалі — фебрильна (вище 39 °С).
4. Апатія, загальна слабкість, зорові та слухові галюцинації, світлобоязнь, водобоязнь, слинотеча, акустикофобія, спрага, збудження.
5. Синюшність обличчя, зіниці розширені, вираз страху та страждання.
6. Виражена задишка; параліч кінцівок, язика, дихальних м'язів, асфіксія.

Алгоритм надання допомоги:

I. Взаємодопомога

Допомогу слід надати негайно після укусу тварини. Рану постраждалого промити теплою водою (бажано з милом), обробити 70 % розчином спирту або спиртовою настоячкою йоду.

II. ПМДД

Виконати попередні заходи, якщо вони не були проведені на попередньому етапі; додатково обробити рану 70 % спиртом.

Хворого терміново госпіталізувати.

III. ПЛД

Виконати попередні заходи, якщо вони не були проведені на попередньому етапі.

Хворого терміново госпіталізувати, оскільки дії специфічних препаратів ефективні при їх введенні не пізніше 14-ї доби після укусу.

1. При збудженні ввести в/м:
 - 2 мл 2,5 % розчину хлорпромазину;
 - 1 мл 1 % розчину тримеперидину;
 - 1 мл 1 % розчину діфенгідраміну;

або в/в повільно 2 мл 0,5 % розчину діазепаму.

IV. Транспортування

1. Хворий підлягає ізоляції.
2. Транспортувати хворого в лежачому положенні в лікувальний заклад санітарним транспортом.

ХАРЧОВІ ОТРУЄННЯ

Критерії діагностики:

1. При отруєннях клостридіями хворий скаржиться на біль у середньому відділі живота, пронос (до 20 позивів за добу), випорожнення водянисті; блювання; розвивається різного ступеня зневоднення.

2. При отруєннях, викликаних стафілококами, характерний різучий, переймоподібний біль в епігастральній ділянці, багаторазове блювання, температура тіла нормальна, зрідка підвищена. Випорожнення нормальні, може розвинутиись колапс.

Алгоритм надання допомоги:

I. Взаємодопомога

1. Терміново ізолювати хворого.
2. Зібрати для аналізу блювотні маси або перші промивні води.
3. Промити шлунок кип'яченою водою, дати 10 табл. розтощеного активованого вугілля.
4. Негайно направити хворого до медпрацівника.

II. ПМДД

1. Терміново розмістити хворого в ізоляторі МП.
2. Повторно промити шлунок кип'яченою водою.
3. Негайно евакуювати хворого в лікувальний заклад вищого рівня (госпіталь).

III. ПЛД

1. Ізолювати хворого в МП. При важкому стані негайно евакуувати хворого в лікувальний заклад вищого рівня (госпіталь).

2. Промити шлунок водою або провести зондове промивання шлунка 5 % розчином гідрокарбонату натрію з наступним введенням через зонд 100 мл 25 % розчину сірчанокислої магnezії.

3. Зібрати в стерильний сухий посуд із герметичною кришкою калові маси та випорожнення для бактеріологічного дослідження.

4. При зневодненні:

- призначити рясне пиття регідрону (1–2 л);
- в/в ввести розчин Рінгера лактатний або фізіологічний розчин хлориду натрію — 3–5 л.

IV. Транспортування

1. Хворий підлягає ізоляції.
2. Транспортувати в лежачому положенні в лікувальний заклад санітарним транспортом.

ХОЛЕРА

Критерії діагностики:

1. Рясний водянистий кал.
2. Блювання (у деяких хворих може передувати проносу).
3. Дегідратаційний синдром (різке зниження АТ, синюшність шкірних покривів, судоми, відсутність голосу, зменшення кількості виділеної сечі тощо) різного ступеня важкості.

Алгоритм надання допомоги:

I. Взаємодопомога

Терміново ізолювати хворого, супроводити до лікаря.

II. ПМДД

Терміново розмістити хворого в ізоляторі МП та негайно евакуувати в лікувальний заклад вищого рівня (госпіталь).

III. ПЛД

1. Терміново розмістити хворого в ізоляторі МП та негайно евакуювати в лікувальний заклад вищого рівня (госпіталь).

2. Зібрати у сухий скляний (бажано стерильний) посуд із герметичною кришкою калові маси та випорожнення для бактеріологічного дослідження.

3. В/в ввести 4–6 л розчину Рінгера лактатного, підігрітого до температури 38–40 °С.

4. Внутрішньо – фторхінолони: ципрофлоксацин 0,5 г.

IV. Транспортування

1. Хворий підлягає ізоляції.

2. Транспортувати в лежачому положенні в лікувальний заклад санітарним транспортом.

ЧЕРЕВНИЙ ТИФ

Критерії діагностики:

1. Головний біль, безсоння.
2. Характерна фебрильна лихоманка.
3. Відносна брадикардія.
4. Бронхіт, збільшена печінка та селезінка.
5. Нерясний висип на животі та грудях у вигляді рідких, дрібних, рожевих плям.
6. Метеоризм (здуття живота), закрепи, іноді рідкі випорожнення.

Алгоритм надання допомоги:

I. Взаємодопомога

Направити хворого до лікаря.

II. ПМДД

Негайно евакуювати хворого в лікувальний заклад вищого рівня (госпіталь) обов'язково в лежачому положенні.

III. ПЛД

Негайно евакуювати хворого в лікувальний заклад вищого рівня (госпіталь) обов'язково в лежачому положенні.

1. При ГТШ в/в ввести:

- 400–800 мл 5 % розчину глюкози;

- 200–400 мл реосорбілакту;

- 30–60 мг преднізолону;

- при недостатньому ефекті — інфузія 5 мл 4 % розчину дофаміну в 200 мл 5 % розчину глюкози (10 мкг/кг/хв або 20 крапель/хв) або інфузія 1 мл 0,2 % розчину норадреналіну (норепінефрину) на 200 мл 5 % розчину глюкози в/в крапельно, контролюючи АТ.

2. При кровотечі або підозрі на неї:

- в/в 200 мл 5 % розчину амінокапронової кислоти;

- в/м 2 мл 12,5 % етамзилату натрію;

- прикласти холод на живіт.

3. При підозрі на перфорацію кишечника — прикласти холод на живіт та негайно евакуювати хворого обов'язково в лежачому положенні для невідкладного хірургічного втручання.

4. При збудженні та судомах в/в повільно ввести 2 мл 0,5 % розчину діазепаму.

5. При гіпертермії в/м 2 мл 50% розчину метамізол натрію.

IV. Транспортування

1. Хворий підлягає ізоляції.

2. Транспортувати в лежачому положенні в лікувальний заклад санітарним транспортом.

XIII. НЕВІДКЛАДНА ДОПОМОГА ПРИ КОМАТОЗНИХ СТАНАХ

АЛКОГОЛЬНА АБО НАРКОТИЧНА КОМА

Критерії діагностики:

1. Відсутність свідомості.
2. Відсутність реакції на зовнішні подразники.
3. Прогресує пригнічення свідомості.
4. Запах алкоголю.
5. Можливі сліди ін'єкцій на кінцівках, тулубі.
6. Слиноотеча.

Алгоритм надання допомоги:

I. Взаємодопомога

1. Покласти постраждалого на лівий бік.
2. Забезпечити прохідність дихальних шляхів.
3. За необхідності застосувати ШВЛ (“рот до рота”).
4. Викликати лікаря (фельдшера) та автомобіль швидкої медичної допомоги.

II. ПМДД

1. Виконати дії першого етапу.
2. Промити шлунок за допомогою зонду (звичайна вода з додаванням 200 мл 0,9 % розчину натрію хлориду — загальний об'єм до 8 л).
3. За необхідності провести інгаляцію зволеним киснем (6 л/хв).
4. Налагодити систему для в/в інфузії.
5. В/в струменево ввести: 40 мл 40 % розчину глюкози та в/в крапельно 200 мл 0,9 % розчину натрію хлориду.
6. Ввести магнію сульфат 25 мл через зонд.
7. Активоване вугілля: до 30 г внутрішньо.
8. При слинотечі підшкірно ввести 1 мл 0,1 % розчину атропіну сульфат.

9. При судомах в/в 2 мл 0,5 % розчину діазепаму на 20 мл 0,9 % розчину натрію хлориду.

III. ПЛД

1. Виконати дії попередніх етапів.
2. При артеріальній гіпотензії — в/в інфузія 5 мл 4 % розчину дофаміну в 200 мл 0,9 % натрію хлориду (10 мкг/кг — 20 крап./хв), контролюючи АТ.
3. При підозрі на наркотичну кому в/в 3 мл налоксону 0,04 % розчин.

IV. Транспортування

Після відновлення життєвих функцій продовжувати попередні заходи; негайно госпіталізувати хворого у відділення реанімації найближчого лікувального закладу.

АНАФІЛАКТИЧНИЙ ШОК

Критерії діагностики:

1. Неспокійна поведінка хворого.
2. Запаморочення.
3. Головний біль, шум у вухах.
4. Почервоніння шкіри, відчуття жару.
5. Свербіж, кропив'янковий висип, набряки.
6. Прискорене дихання.
7. Спастичний кашель.
8. Серцебиття.
9. Зниження АТ, відсутність сечі.
10. Увага! При блискавичній і тяжкій формах шоку продромальних явищ немає. Настає різкий спад діяльності серця, аж до припинення кровообігу, відсутності свідомості.
 - 10.1. Відсутність пульсу на магістральних судинах і відсутність самостійного дихання.
 - 10.2. Різке розширення зіниць.
 - 10.3. Виражена синюшність або блідість шкіри.

Алгоритм надання допомоги:

I. Взаємодопомога

1. Покласти хворого на ліжко (кушетку, ноші) з опущеним підголівником (при порушенні свідомості – на бік); вкрити, напоїти теплим чаєм.

2. При тяжкій формі шоку провести серцево-легеневу реанімацію.

3. Викликати лікаря (фельдшера) та автомобіль швидкої медичної допомоги.

II. ПМДД

1. Виконати дії першого етапу.

2. Інгаляція зволоженого кисню.

3. Налagodити систему для в/в інфузії.

4. Ввести підшкірно 0,5 мл 0,18 % адреналіну гідротартрату.

III. ПЛД

1. Виконати дії попередніх етапів.

2. За необхідності повторно ввести 0,5 мл 0,18 % адреналіну гідротартрату.

3. В/в інфузія реополіглюкіну 400 мл. В/м 12 мг дексаметазону.

4. За ознак шоку на шкірі ввести в/м 1 мл 1 % діфенгідраміну.

IV. Транспортування

Після відновлення життєвих функцій проводити попередні заходи. Транспортувати постраждалого в лежачому положенні.

За відсутності порушень життєвих функцій продовжувати проводити попередні заходи. Негайно госпіталізувати постраждалого.

ГІПОГЛІКЕМІЧНА КОМА

Критерії діагностики:

1. Раптова поява симптомів.

2. Дихання нормальне або поверхнєве та часте.

3. Відсутній запах ацетону з рота.
4. Шкіра волога, підвищена пітливість.
5. Тонус м'язів підвищений, іноді виникають судоми, тремор.

Алгоритм надання допомоги:

I. Взаємодопомога

1. Покласти хворого на бік.
2. Забезпечити прохідність дихальних шляхів, за необхідності застосувати ШВЛ методом "рот до рота".
3. Викликати лікаря (фельдшера) та автомобіль швидкої медичної допомоги.

II. ПМДД

1. Виконати дії попереднього етапу.
2. За необхідності виконати інгаляцію зволеним киснем (6 л/хв).
3. Налогодити систему для в/в інфузії.
4. Ввести в/в струменево 40 мл 40 % розчину глюкози.
5. Налогодити в/в крапельне введення 200 мл 5 % розчину глюкози.
6. За відсутності очікуваного ефекту за 3 хв повторити в/в струйне введення 40 мл 40 % розчину глюкози.
7. За відсутності очікуваного ефекту за 5 хв ввести підшкірно 1 мл 0,18 % розчину адреналіну гідрохлориду.

III. ПЛД

1. Виконати дії попередніх етапів.
2. За відсутності ефекту за 10 хв ввести в/в або в/м 90 мг розчину преднізолону або 12 мг розчину дексаметазону.
3. Ввести в/в крапельно 200 мл 5 % розчину глюкози з 6 ОД інсуліну швидкої дії.

IV. Транспортування

Після відновлення життєвих функцій продовжити заходи, викладені вище. Транспортувати хворого, застосовуючи носі, в лежачому положенні.

При відсутності порушень життєвих функцій продовжити попередні заходи та негайно госпіталізувати хворого.

ДІАБЕТИЧНА КОМА

Критерії діагностики:

1. Повільний початок (протягом кількох діб).
2. Глибоке, шумне дихання.
3. Запах ацетону з рота.
4. Шкіра та видимі слизові оболонки сухі.
5. Тонус м'язів знижений.
6. Сухожилльні рефлекси знижені або відсутні.

Алгоритм надання допомоги:

I. Взаємодопомога

1. Покласти постраждалого на бік.
2. Забезпечити прохідність дихальних шляхів.
3. За необхідності застосувати ШВЛ методом "рот до рота".
4. Викликати лікаря (фельдшера) та автомобіль швидкої медичної допомоги.

II. ПМДД

1. Виконати дії першого етапу.
2. Виконати інгаляцію зволеним киснем (6 л/хв).
3. Налагодити систему для в/в інфузії.
4. Ввести в/в крапельно 400 мл 0,9 % розчину хлориду натрію.

III. ПЛД

1. Виконати дії попередніх етапів.
2. Ввести в/в крапельно 1000 мл 0,9 % розчину хлориду натрію (протягом 1 год) з 10 ОД інсуліну швидкої дії.
3. Ввести 4,2 % розчин натрію бікарбонату (сода-буфер) з розрахунку 2,5–3 мл/1 кг маси тіла хворого.
4. Негайно госпіталізувати хворого.

IV. Транспортування

Після відновлення життєвих функцій продовжити попередні заходи. Транспортувати хворого в лежачому положенні.

При відсутності порушень життєвих функцій продовжити попередні заходи.

КОМА НЕВІДОМОЇ ЕТІОЛОГІЇ

Критерії діагностики:

1. Відсутність реакції на зовнішні подразники (біль, відсутність корнеальних рефлексів, ковтання).
2. Пригнічення свідомості.

Алгоритм надання допомоги:

I. Взаємодопомога

1. Покласти постраждалого на бік.
2. Забезпечити прохідність дихальних шляхів.
3. За необхідності застосувати ШВЛ методом “рот до рота”.
4. Викликати лікаря (фельдшера) та автомобіль швидкої медичної допомоги.

II. ПМДД

1. Виконати дії першого етапу.
2. За необхідності налагодити ШВЛ наявним апаратом або застосувавши S-подібну трубку, інгаляція зволоженого кисню (6 л/хв).
3. Налагодити систему для в/в інфузії.
4. Ввести в/в струменево ввести 20 мл 40 % розчину глюкози.
5. Ввести в/в крапельно 200 мл 0,9 % натрію хлориду.
6. При виникненні блювоти зібрати блювотні маси та зберігати до переводу хворого в лікувальний заклад і провести судово-токсикологічне дослідження.
7. При встановленому етіологічному чиннику отруєння ввести антидоти (згідно з алгоритмами надання допомоги при отруєннях).

III. ПЛД

1. Виконати дії попередніх етапів.

2. При артеріальній гіпотензії провести в/в інфузію 5 мл 4 % розчину дофаміну в 200 мл 0,9 % натрію хлориду (10 мкг/кг — 20 крап./хв), контролюючи АТ.

3. При симптомах гіперглікемічної коми (відсутність свідомості, дихання глибоке шумне, сухість шкіри, слизових, звужені зіниці, запах ацетону з рота) ввести в/в 400 мл 0,9 % розчину натрію хлориду з 10 ОД інсуліну швидкої дії.

4. При симптомах гіпоглікемічного стану (відсутність свідомості, шкіра волога, зіниці розширені) ввести в/в струйно 40 мл 40 % розчину глюкози.

5. При збереженні симптомів гіпоглікемічного стану (відсутність свідомості, шкіра волога, розширені зіниці) застосувати в/в інфузію 200 мл 5 % розчину глюкози.

IV. Транспортування

При відсутності порушень життєвих функцій продовжити попередні заходи та негайно госпіталізувати хворого в лежачому положенні.

СЕПТИЧНИЙ (ІНФЕКЦІЙНО-ТОКСИЧНИЙ) ШОК

Критерії діагностики:

1. Слабкість, запаморочення.
2. Блідість шкіри та слизових оболонок.
3. Гіпотензія, пов'язана з інфекційним процесом (систоличний АТ (САТ) нижчий за 90 мм рт. ст. чи зафіксоване падіння САТ більше ніж на 40 мм рт. ст. від звичайного рівня).

Алгоритм надання допомоги:

I. Взаємодопомога

1. Покласти хворого на ліжко (кушетку, ноші) з опущеним підголівником (при порушенні свідомості — на бік); вкрити, напоїти теплим чаєм.

2. За необхідності застосувати ШВЛ методом “рот до рота”.
3. Викликати лікаря (фельдшера) та автомобіль швидкої медичної допомоги.

II. ПМДД

1. Виконати дії першого етапу.
2. Провести інгаляцію зволоженим киснем.
3. За необхідності застосувати ШВЛ методом “рот до рота”.
4. Налагодити систему для в/в інфузії.
5. Ввести в/в крапельно 400 мл реополіглюкіну.

III. ПЛД

1. Виконати дії попередніх етапів.
2. За відсутності нормалізації АТ ввести повторно в/в струменево 400 мл реополіглюкіну.
3. За відсутності нормалізації АТ ввести інфузію дофаміну 5–20 мкг/кг (5 мл 4 % розчину в 200 мл 0,9 % розчину натрію хлориду — від 10 до 40 крапель/хв), контролюючи САТ.

IV. Транспортування

При відсутності порушень життєвих функцій продовжити попередні заходи, негайно госпіталізувати хворого в лежачому положенні.

XIV. НЕВІДКЛАДНА ДОПОМОГА ПРИ ОТРУЄННЯХ

ОТРУЄННЯ НЕВІДОМИМ ГАЗОМ

Критерії діагностики:

1. Від впливу газів подразнювальної дії (хлор, аміаку розчин, формальдегід, фосген) спостерігаються опіки шкіри та слизових, кашель, “першіння” в горлі.
2. Від впливу газів задушливої дії (аргону, неону, гелію, водню, азоту, метану, етану, ацетилену, бутану, пропану, природного газу та двоокису вуглецю) спостерігаються прискорене дихання, кашель.
3. Від впливу токсичних газів (сірководень, метилбромід, фосфор-органічні сполуки, вуглекислий газ, синильна кислота) спостерігаються запаморочення, головний біль, слабкість, потьмарення свідомості, нудота, блювота, погіршення зору, прискорений пульс, задишка, кома.

Алгоритм надання допомоги:

I. Взаємодопомога

1. Припинити вплив отруйного газу: вдягнути протигаз, вивести постраждалого на свіже повітря.
2. Покласти постраждалого на бік.
3. Забезпечити прохідність дихальних шляхів.
4. Застосувати ШВЛ методом “рот до рота”.
5. Викликати лікаря (фельдшера) та автомобіль швидкої медичної допомоги.

II. ПМДД

1. Виконати дії першого етапу.
2. Провести інгаляцію зволоженого кисню.
3. Промити чистою водою шкіру постраждалого, очі, слизові оболонки.
4. Налогодити систему для в/в інфузії.

5. Ввести в/в струменево 200 мл розчину 0,9 % натрію хлориду.

III. ПЛД

1. Виконати дії попередніх етапів.
2. При артеріальній гіпотензії застосувати в/в інфузію 5 мл 4 % розчину дофаміну в 200 мл 0,9 % натрію хлориду (10 мкг/кг/хв або 20 крапель/хв), контролюючи АТ.
3. При підозрі на отруєння синильною кислотою ввести в/в струйно 5 мл 30 % розчину тіосульфату натрію.

IV. Транспортування

За відсутності порушень життєвих функцій продовжити попередні заходи, негайно госпіталізувати постраждалого в лежачому положенні.

ОТРУЄННЯ НЕВІДОМОЮ РЕЧОВИНОЮ

Критерії діагностики:

1. Нудота, блювота.
2. Слинотеча або сухість слизових оболонок.
3. Розлади психіки, можливе психомоторне збудження.
4. Судоми.
5. Порушення свідомості.
6. Зміна кольору шкіри та слизових.

Примітка:

1. Перед початком інфузійної терапії взяти проби крові та сечі (кров — не менше 10 мл, сеча — не менше 50 мл) на судово-токсикологічний аналіз.
2. При промиванні шлунка зібрати перші промивні води (100-150 мл) у флакон із корком.
3. Для транспортування крові використати вакуум-контейнер або чистий флакон з під антибіотиків із резиновим корком, куди завчасно додати гепарин натрій (2 краплі на 10 мл крові).

4. У направленні для лабораторії вказати точний час, коли було взяте біосередовище, та ймовірну речовину або групу речовин, що викликали інтоксикацію.

5. За наявності токсиканта або тари, де він зберігався, відправити їх на дослідження із супроводжувальними документами.

6. Під час забору крові на предмет алкогольного отруєння шкіру в місці венепункції обробити ефіром.

Алгоритм надання допомоги:

I. Взаємодопомога

1. Покласти хворого на бік.
2. Забезпечити прохідність дихальних шляхів.
3. Забезпечити доступ свіжого повітря.
4. За необхідності застосувати ШВЛ методом “рот до рота”.
5. Перевірити наявність пульсу.
6. Штучно викликати блювоту.
7. Викликати лікаря (фельдшера) та автомобіль швидкої медичної допомоги.

II. ПМДД

1. Виконати дії першого етапу.
2. Налогодити інгаляцію зволоженого кисню (6 л/хв).
3. Налогодити систему для в/в інфузії.
4. Ввести в/в струйно 60 мл 40 % розчину глюкози.
5. Ввести в/в крапельно 400 мл 5 % розчину глюкози.
6. Дати постраждалому вжити 30 г активованого вугілля.
7. При підозрі на отруєння органічними речовинами дати постраждалому вжити 70 мл вазелінової олії.

III. ПЛД

1. Виконати дії попередніх етапів.
2. Виконати інтубацію трахеї, перевести хворого на ШВЛ.
3. При артеріальній гіпотензії застосувати в/в інфузію 5 мл 4 % розчину дофаміну в 200 мл 0,9 % натрію хлориду (10 мкг/кг – 20 крапель/хв), контролюючи АТ.

IV. Транспортування

При відсутності порушень життєвих функцій продовжити попередні заходи, негайно госпіталізувати постраждалого в лежачому положенні.

ДОДАТКИ

ДОДАТОК 1

**Оснащення лор-куточка, необхідне для надання
невідкладної допомоги
(трахеотомічний набір і набір для зупинки кровотечі)**

1. Трахеотомічний набір
2. Носове дзеркало середнє 1 шт.
3. Носове дзеркало мале 1 шт.
4. Пінцет хірургічний 2 шт.
5. Пінцет м'який 2 шт.
6. Затискачі м'які 6 шт.
7. Цапки 4 шт.
8. Москити 2 шт.
9. Голкотримач 1 шт.
10. Распатор 1 шт.
11. Скальпель 1 шт.
12. Ранорозширювач трахеостомічний 1 шт.
13. Гачки тупі (Фарабефа) 2 шт.
14. Гачки гострі трьохзубі 2 шт.
15. Гачки гострі однозубі (для трахеї) 1 шт.
16. Гудзиковий зонд 1 шт.
17. Лобовидний зонд 1 шт.
18. Ножиці Купера 1 шт.
19. Ножиці судинні 1 шт.
20. Діатермія з наконечником 1 шт.
21. Шприц 10 мл 1 шт.
22. Банка 1 шт.
23. Голки 6 шт.
24. Набір для зупинки кровотечі
25. Тампони для передньої та задньої тампонади 4 шт.
26. Гумовий катетер 1 шт.
27. Корнцанг носовий (Гартмана) 1 шт.
28. Пінцет вушний 1 шт.
29. Шпатель для язика 1 шт.

Інструкція для супроводжувача хворого в психіатричне відділення військового госпіталю (лікарні) з військової частини

Військовослужбовці, які призначені для супроводження психічно хворого, юридично відповідають за нього та зобов'язані дотримуватись таких правил.

- Перед виїздом із військової частини переконатися в наявності всіх необхідних документів (направлення на лікування за встановленою формою, медична книжка, службова та медична характеристики, військовий квиток, продовольчий атестат, військові проїзні документи в обидва кінці на себе та окремо на хворого), а також перевірити наявність у хворого необхідного за сезоном одягу (восени забезпечити шинеллю); вилучити в нього всі ріжучі, колючі предмети, ліки, ремені, бинти тощо.

- Безперервно контролювати хворого; у коректній, але рішучій формі керувати його вчинками та діями. Не допускати спроб хворого усамітнюватися в купе, тамбурі, туалеті тощо.

Забезпечити догляд за хворим, його харчування під час евакуації у військовий госпіталь.

- Під час пересадок і вимушених зупинок забезпечити перебування хворого в медичних пунктах вокзалів (аеропортів). В окремих випадках (оформлення квитків, посадка в транспорт, для посилення нагляду за хворим через його можливе психомоторне збудження тощо) звертатися по допомогу до військового коменданта, військових патрулів, нарядів поліції, медичних працівників вокзалів (аеропортів).

- У кінцевому пункті прибуття за необхідності викликати до поїзда (літака) медичний транспорт для перевезення хворого в лікувальний заклад.

- Під час проїзду у військовий госпіталь (лікарню) видавати хворому ліки згідно з призначеннями лікаря.

- Після прибуття в психіатричне відділення віддати черговому лікарю документи хворого та повідомити про стан і поведінку хворого під час евакуації.

- Супроводжувач відбуває з лікувального закладу тільки після розміщення хворого в стаціонарі та дозволу чергового лікаря, зробивши необхідні відмітки у посвідченні про відрядження (час прибуття та від'їзду).

Оснащення санітарного автомобіля

В санітарному автомобілі повинні бути:

Ноші — не менше 3 шт.

Шини для іммобілізації верхніх і нижніх кінцівок — 1 комплект

Комірець Шанца — 1 шт.

Флаконотримач — 5 шт.

Інгалятор кисневий — 1 шт.

ДОДАТОК 4

Алгоритм надання допомоги при дефібриляції

1. На електроди дефібрилятора нанести спеціальний струмопровідний гель.
2. Електроди прикласти до шкіри грудної клітки: один електрод праворуч у другому міжребер'ї, другий — у проекції верхівки.
3. Електроди щільно притиснути до шкіри грудної клітки з приблизним зусиллям 10 кг.
4. Першу дефібриляцію провести потужністю 200 Дж.
5. За відсутності ефекту повторну дефібриляцію провести потужністю 300 Дж.
6. За відсутності ефекту повторну дефібриляцію провести потужністю 360 Дж.
7. За відсутності ефекту провести ШВЛ, непрямий масаж серця, ввести внутрішньосерцево розчин адреналіну.
8. За відсутності ефекту повторну дефібриляцію провести потужністю 360 Дж.

Алгоритм надання медичної допомоги при клапанному пневмотораксі

1. Потерпілим із переломом ребер, травматичною асфіксією та пораненнями грудної клітки необхідно надати функціонально зручне положення (сидячи або напівсидячи).

2. При відкритому пневмотораксі накласти на рану герметичну (оклюзивну) пов'язку, застосовуючи оболонку індивідуального перев'язувального пакета, плівку із пластика чи внутрішній бік упаковки від системи для переливання крові.

3. Потерпілим із множинними переломами ребер і синдромом “хвіртки” на ділянку ушкодження варто накласти вантаж або пов'язку, що давить, щоб усунути коливання реберного клапана під час дихання.

4. Забезпечити інгаляцію кисню.

5. Для знеболювання внутрішньом'язово ввести анальгетики. При значній гіпоксії застосування наркотичних анальгетиків є небезпечним через їхню пригнічувальну дію на дихальний центр!!!

6. Кровотечу із тканин грудної стінки зупиняють стискальною пов'язкою.

7. Якщо допомогу надає лікар на місці події чи у медичному пункті, крім зазначених вище заходів при напруженому пневмотораксі потрібно зробити пункцію і, в разі необхідності, забезпечити дренажування плевральної порожнини. При цьому перевагу варто віддавати введенню через троакар чи за допомогою торакоцентеза тонкої трубки із пластичних матеріалів, оснащеної імпровізованим клапаном із пальця гумової рукавички. Пункцію і дренажування плевральної порожнини для усунення напруженого клапанного пневмотораксу роблять у другому міжребер'ї по середній ключичній лінії.

8. Особливу увагу варто приділяти підтримці прохідності дихальних шляхів, що забезпечується стимуляцією відкашлювання і відсмоктування мокротиння і крові з рота, глотки і трахеї за допомогою катетера.

9. Потерпілому, який втратив свідомість, для попередження западання язика вставляють повітровід чи виконують інтубацію трахеї.

У разі необхідності проводять ШВЛ.

ВИКОРИСТАНА ЛІТЕРАТУРА

1. Білий В. Я., Верба А. В., Бадюк М. І., Жаховський В. О., Лівінський В. Г. Сучасні підходи до побудови системи лікувально-евакуаційних заходів як основи медичного забезпечення військ в особливий період // Наука і оборона. № 2. К., 2016.
2. Богомолець О. В. Привітання від Комітету Верховної Ради України з питань охорони здоров'я // Зб. наук. праць “Медичне забезпечення антитерористичної операції: науково-організаційні та медико-соціальні аспекти”. К., 2016.
3. Бора В. М., Ефимова Л. К. Лекарственные отравления у детей. К.: Здоров'я, 1995.
4. Бунятян А. Н., Рябов Г. А., Маневич А. З. Анестезиология и реаниматология. М.: Медицина, 1984.
5. Буянов М. В. Первая медицинская помощь. 3-е изд., перераб. и доп. М.: Медицина, 1978.
6. Верба А. В. Удосконалення надання медичної допомоги в бойових умовах: дистанційний моніторинг боєздатності сучасного бійця // Військова медицина України, № 2–3. К., 2014.
7. Зильбер А. П. Медицина критических состояний. Петрозаводск, 1995.
8. Зозуля І. С., Чекман І. С. Скорая и неотложная медицинская помощь. К.: Здоров'я, 1993.
9. Інформація про соціальну підтримку учасників АТО у м. Києві. К., 2018.
10. Инструкция по реанимации при острых нарушениях функции дыхания и кровообращения. М.: ЦВМУ МО, 1975.
11. Ефимова Е. А. Основы терапии некоторых заболеваний у детей. Горький, 1980.
12. Парсонз П. Э., Винер-Кроншиш Д. П. Секреты неотложной помощи. М.: “МЕДпресс-информ”, 2006.

13. Медичне забезпечення антитерористичної операції: науково-організаційні та медико-соціальні аспекти / Збірник наук. праць. К., 2016.
14. Методичні вказівки щодо організації анестезіологічної і реаніматологічної допомоги в армії і на флоті у ЗС МО України. К.: ГВМУ МОУ, 1999.
15. Методичні вказівки з організації і надання невідкладної медичної допомоги у Збройних силах України. К.: ГВМУ МОУ, 2004.
16. Методичні рекомендації з організації надання медичної допомоги військовослужбовцям при гострих захворюваннях і травмах у військових частинах(закладах) у зоні відповідальності ГВАМКЦ “ГВКГ”. К., 2011.
17. *Поскрипко Ю. А., Маковецкий В. П., Слободяник Г. І.* Вивчення антиоксидантної активності синтетичних похідних вітаміну Е // VII з'їзд біохіміків України. К., 1992.
18. Пособие по интенсивной терапии в военно-лечебных учреждениях СА и ВМФ. М.: ЦВМУ МО, 1991.
19. *Нікітюк О. В., Слободяник Г. І., Копичко О. В.* Діяльність восьми курсів перепідготовки офіцерів медичної служби запасу (січень–вересень 2015 року // Матеріали II Всеукр. наук. військово-істор. конф. “Війна на Донбасі. 2014–2016”. К., 2017.
20. *Нікітюк О. В., Слободяник Г. І.* Якість освіти та компетентність офіцерів запасу медичної служби у процесі навчання на кафедрах медицини катастроф та військової медицини // Тези доповідей наук.-метод. конф.: “Наукові основи функціонування системи методичної роботи у Військовій академії та шляхи підвищення її ефективності”. Одеса, 2018.
21. Раны и раневой процесс. Медицина. М., 1989.
22. Руководство для врачей скорой помощи / Под ред. А. А. Михайловича. Л.: Медицина, 1989.
23. Сборник тестовых вопросов “Неотложная медицинская помощь”. К.: Вища школа, 1995.

24. Справочник военного врача / Под ред. акад. АМН СССР генерал-полковника м/с Ф. И. Комарова. М., 1986.
25. Справочник по реаниматологии / Под ред. проф. И. З. Клявзуника. Минск: Беларусь, 1978.
26. Сидельников В. М. Неотложные состояния у детей. К.: Здоров'я, 1983.
27. Слободяник Г. И. Функциональная активность тонкого кишечника в условиях острого лучевого воздействия в эксперименте // Материалы 43 итог. наук. конф. КМИ им. А. А. Богомольца. К., 1988.
28. Слободяник Г. И. Вплив антиоксиданту кверцетину на загоєння шкірних ран // V конгрес ВУЛТ. Дніпропетровськ, 1993.
29. Слободяник Г. И. Загоєння ран шкіри при аплікації вуглецевого сорбенту, в тому числі зв'язаного з антиоксидантом (експериментально-морфологічне дослідження). К., 1996.
30. Слободяник Г. И. Сучасна діагностика захворювань спричинених Chlam.a.pnev. Chlamya.pnev. pnev.pnevmoniae // Матеріали наук. конф. студ. та молодих вчених з міжнар. участю. Вінниця, 2004.
31. Слободяник Г. И. Способи консервування трупів (історія, методи, питання). К.: Раритет, 2004.
32. Слободяник Г. И., Нікітюк О. В. З власного досвіду організації медичного та кадрового забезпечення військової частини В 3500 – А 2227 (40 окремої артилерійської бригади – 40 ОАБр). Програма III Всеукр. наук. конф. “Війна на Донбасі. 2014–2018 рр.”. К., 2018.
33. Слободяник Г. И. Надання першої медичної допомоги військовослужбовцям ЗСУ у зонах проведення бойових дій (АТО, ООС). Книга. К., 2019.
34. Слободяник Г. И., Дьякова Л. Ю., Джан Т. В., Нікітюк О. В., Черноусан В. М. Посібник з надання першої долікарської та лікарської допомоги військовослужбовцям Збройних сил України при COVID – 19 (SARS CoV – 2). Посібник. К., 2021.

35. *Сумин С. А.* Неотложные состояния. М.: Медицинское информационное агентство, 2005.
36. *Тустов А. Н., Григорьева В. Г., Суворов А. С.* Коматозные состояния. Н. Новгород, 1999.
37. *Чазов Е. И.* Неотложные состояния и экстренная медицинская помощь: Справочник. М.: Медицина, 1989.
38. *Чазов Е. И.* Неотложные состояния. Диагностика и лечение. Справочное руководство. М.: Медицина, 2002.
39. *Усенко Л. В.* Посібник з анестезіології та реанімації. К.: Здоров'я, 1993.
40. Тактична медицина. Посібник для військових медиків // За ред. Тітова І. І., Голуба В. В., Колосовського С. О., Вихло І. І., Слободяника Г. І., Багрій М. И., Луціва І. В. Вінниця, 2015.

Відомості про автора

Слободяник Геннадій Іванович — відомий в Україні та за її межами вчений, військовий лікар, спеціаліст у галузі гістології, цитології та ембріології, санології, валеології та екології, педіатрії, медичної психології та дерматовенерології, загальної хірургії, лікар загальної практики.

Кандидат медичних наук (1997 рік), доктор психологічних наук (2005 рік), професор (2019 рік). Заступник начальника управління з наукових проблем Національного комітету боротьби зі СНІДом та наркоманією при Президентові України (1995–1996 рр.), доцент кафедри патологічної анатомії, медичної біології, гістології Інституту екології та медицини, завідувач кафедри гістології, цитології та ембріології людини, доцент кафедри Київського медичного інституту УАНМ (1994–2005 рр.), начальник медичної служби 40 ОАБр (2015–2016 рр.), ординатор операційного відділення медичної роти 1 ОТБр (2016 р.), учасник бойових дій (2015–2016 рр.), майор медичної служби резерву ЗСУ.

Наразі працює професором кафедри загальної та клінічної фармації Інституту медичних та фармацевтичних наук Міжрегіональної Академії управління персоналом, спеціалістом вищої категорії, методистом у Дитячому оздоровчо-екологічному центрі Оболонського району міста Києва та спортивним лікарем у Комплексній дитячо-юнацької спортивної школі “Олімп” міста Києва.

У підручнику викладено інформацію для студентів вищих медичних навчальних закладів, військових лікарів, фельдшерів, санітарних інструкторів, військових бойових медиків. Також вміст навчального підручника стане в пригоді для широкого кола цивільних лікарів і медичного персоналу для надання першої лікарської та долікарської допомоги, само- та взаємодопомоги в екстремальних ситуаціях військових дій у зоні АТО, ООС і в мирний час.

Навчальне видання

Г. І. СЛОБОДЯНИК

**ЕКСТРЕНА ТА НЕВІДКЛАДНА МЕДИЦИНА.
ПЕРША ДОЛІКАРСЬКА
ТА ЛІКАРСЬКА ДОПОМОГА**

Підручник

РЕДАКТОРИ:

Герасімова Альбіна Степанівна
Сіяниця Олексій Михайлович
Шаповал Олександр Миколайович

Підп. до друку 24.02.21. Формат 60×84/16.
Ум. друк. арк. 3,87. Обл.-вид. арк. 4,81. Наклад 300 пр.