

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 самопомоги 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, хвилинний 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.