

Міністерство охорони здоров'я України
Харківський національний медичний університет
Кафедра Екстреної та невідкладної медичної допомоги, ортопедії та травматології
Навчально науковий інститут післядипломної освіти

ЗАТВЕРДЖЕНО

на засіданні кафедри

Екстреної та невідкладної медичної
допомоги, ортопедії та травматології

«02» 11. 2015р. протокол № 35

Зав. кафедри _____ Березка М.І.

Затверджено
на засіданні вченої ради
ХНМУ

Протокол № 11
від 19.11.2015 р

МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА
ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ № 1

з дисципліни «Екстрена та невідкладна медична допомога»

студентам V курсу стоматологічного факультету

**Тема 1. “Організація надання екстреної і невідкладної медичної допомоги в Україні.
Початкові дії медичних працівників у випадку невідкладного стану пацієнта”.**

**Тема 2. “Сучасні засоби забезпечення прохідності дихальних шляхів і штучної
вентиляції легень у дорослих”.**

Тема 8. Екстрена медична допомога при масових ураженнях”

Харків 2015

Тема 1. “Організація надання екстреної і невідкладної медичної допомоги в Україні. Початкові дії медичних працівників у випадку невідкладного стану пацієнта”.

1. Кількість годин 2

2. Обґрунтування теми 5 липня 2012 року був підписаний Президентом України Закон України “Про екстрену медичну допомогу” за №5081-VI, який вступив у дію 01.01.2013 року. Цей Закон визначає організаційно-правові засади забезпечення громадян України та інших осіб, які перебувають на її території, екстреною медичною допомогою, у тому числі під час виникнення надзвичайних ситуацій та ліквідації їх наслідків, та засади створення, функціонування і розвитку системи екстреної медичної допомоги. Тому стала нагальна потреба у підготовці кадрів для новоутвореної системи екстреної та невідкладної медичної допомоги з метою чого и був введений в процес навчання на 5 курсі предмет «Екстрена та невідкладна медична допомога».

3. Мета заняття:

- загальна: на підставі Закону України “Про екстрену медичну допомогу” сформувані у студентів розуміння структури та функціонування єдиної системи надання екстреної медичної допомоги та моделі поведінки медичного працівника при наданні екстреної та невідкладної медичної допомоги постраждалому, етичні, деонтологічні та комунікативні аспекти ЕМД з урахуванням засад особистої безпеки та засобів індивідуального захисту

- конкретна:

а) знати:

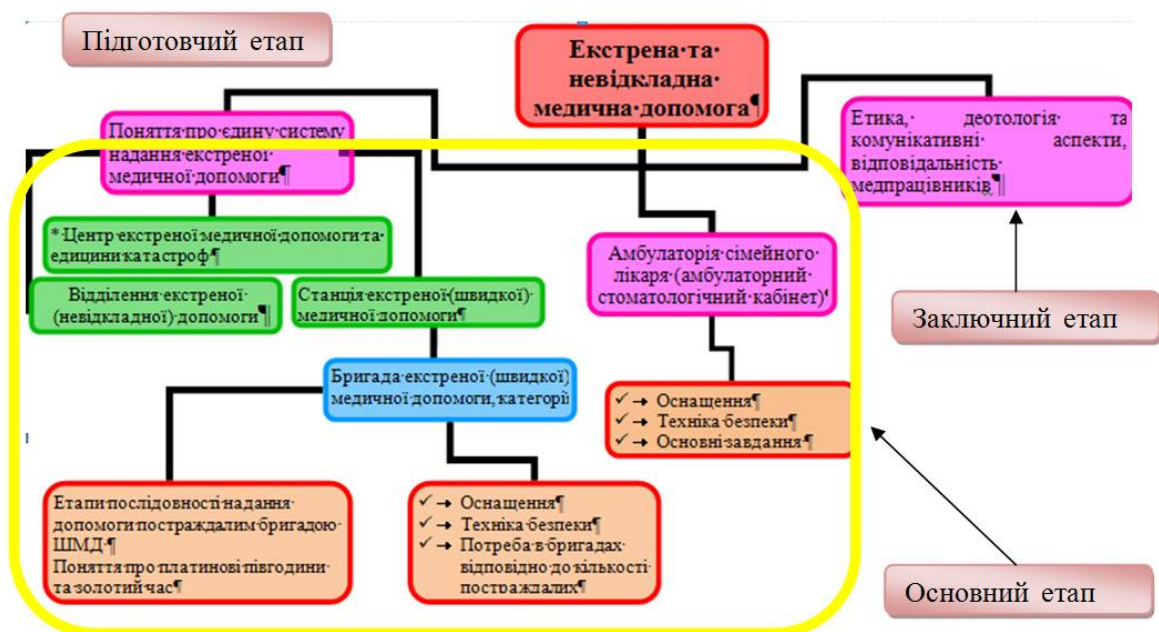
- Поняття про єдину систему надання екстреної медичної допомоги (ЕМД) в Україні, структуру та організацію її роботи.
- Обов'язки медичних працівників. Основні завдання, функції, права та відповідальність медичних працівників (лікарів служби ЕМД, лікарів загальної практики – сімейної медицини та інших) з питань надання медичної допомоги пацієнту (постраждалому) у невідкладному стані. Етичні, деонтологічні та комунікативні аспекти ЕМД.
- Особливості надання екстреної медичної допомоги на догоспітальному етапі (бригада ЕМД, лікарі амбулаторій загальної практики – сімейної медицини, поліклінік), ранньому госпітальному етапі (відділення ЕМД багатопрофільної лікарні) та госпітальному етапі (різнопрофільні відділення).
- Оснащення виїзної бригади ЕМД (вироби медичного призначення, медикаменти, спеціальні засоби). Забезпечення амбулаторії сімейного лікаря

та різнопрофільних відділень стаціонару для надання ЕМД.

- Знати як заповнювати Карту виїзду бригади ЕМД, правила її оформлення.
- Ергономічні принципи в роботі виїзної бригади ЕМД (при роботі в приміщенні, на вулиці), робота в команді.
- Інструктаж з техніки безпеки.
- Особиста безпека працівника бригади ЕМД (медичного працівника) під час надання екстреної медичної допомоги (організаційні заходи, технічні засоби особистої безпеки).
- Огляд місця події. Небезпечні ситуації, які можливі на місці події, тактика медичних працівників і пріоритети у випадку наявності небезпеки. Визначення числа постраждалих та потреби у додатковій допомозі. Визначення механізму ураження постраждалого.
- Виклик бригади ЕМД, терміни прибуття машини ЕМД.

б) вміти надавати екстрену та невідкладну медичну допомогу постраждалому, враховуючи етичні, деонтологічні та комунікативні аспекти ЕМД з додержанням правил особистої безпеки та засобів індивідуального захисту

4. Графологічної структури теми 1..



5. Матеріальне та методичне забезпечення теми.

Текст Закону України “Про екстрену медичну допомогу”.

Бланки Карт виїзду швидкої медичної допомоги", «Статистичний талон»

Мультимедійний проектор, ноутбук.

6. Матеріали для практичного заняття:

Методична розробка, мультимедійна презентація за темою заняття.

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

«Невідкладний» стан людини – раптове погіршення фізичного або психічного здоров'я, яке становить пряму та невідворотну загрозу життю та здоров'ю людини або оточуючих її людей і виникає внаслідок хвороби, травми, отруєння або інших внутрішніх чи зовнішніх причин.

Місце події – територія, приміщення або будь-яке інше місцезнаходження людини у невідкладному стані на момент здійснення виклику екстреної медичної допомоги

Допомога людині у невідкладному стані

Домедична допомога – невідкладні дії та організаційні заходи, спрямовані на врятування та збереження життя людини у невідкладному стані та мінімізацію наслідків впливу такого стану на її здоров'я, що здійснюються на місці події особами, які не мають медичної освіти, але за своїми службовими обов'язками повинні володіти основними практичними навичками з рятування та збереження життя людини, яка перебуває у невідкладному стані, та відповідно до закону зобов'язані здійснювати такі дії та заходи

Стаття 12. Особи, які зобов'язані надавати домедичну допомогу, які не мають медичної освіти, але за своїми службовими обов'язками повинні володіти практичними навичками надання домедичної допомоги.

1. рятувальники аварійно-рятувальних служб,
2. працівники державної пожежної охорони,
3. працівники органів та підрозділів міліції,
4. фармацевтичні працівники,
5. провідники пасажирських вагонів,
6. бортпровідники та інші особи

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

Стаття 11. Працівниками системи екстреної медичної допомоги є:

1. медичні працівники центрів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, станцій екстреної (швидкої) медичної допомоги, бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги, відділень екстреної (невідкладної) медичної допомоги, які безпосередньо надають екстрену медичну допомогу та/або забезпечують її надання
2. немедичні працівники центрів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, станцій екстреної (швидкої) медичної допомоги, бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги, відділень екстреної (невідкладної) медичної допомоги, які здійснюють організаційно-технологічне забезпечення надання екстреної медичної допомоги медичними працівниками системи екстреної медичної допомоги

Поняття про єдину систему надання екстреної медичної допомоги (ЕМД) в Україні —

це сукупність закладів охорони здоров'я та їх структурних одиниць, які забезпечують організацію та надання екстреної медичної допомоги, у тому числі під час виникнення надзвичайних ситуацій та ліквідації їх наслідків.

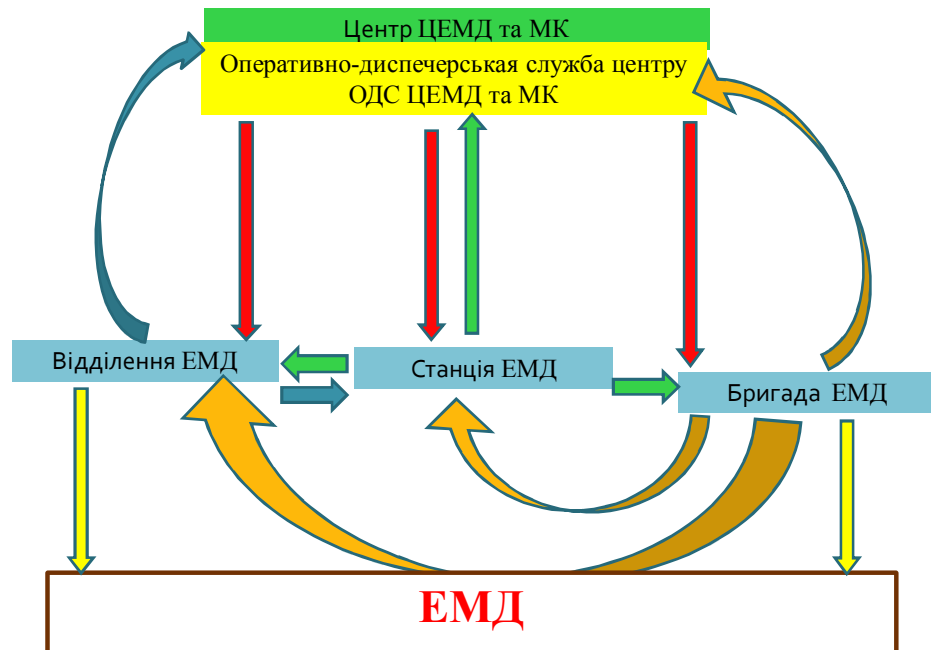
Завданнями системи екстреної медичної допомоги є організація та забезпечення:

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

Основними принципами функціонування системи екстреної медичної допомоги є:

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

Структурні одиниці та схема функціонування ЦЕМД



Центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф (ЦЕМД та МК) –

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

ЦЕМД та МК забезпечує:

1. прийняття викликів ЕМД;
2. формування, оброблення та передачу інформації про виклики ЕМД;
3. координацію дій бригад ЕМД та закладів охорони здоров'я щодо надання ЕМД;
4. взаємодію з органами виконавчої влади, органами місцевого самоврядування, закладами, підприємствами, установами та організаціями;
5. надання виїзної консультативної медичної допомоги;
6. ведення статистичного обліку та звітності;
7. розрахунок необхідної кількості та планування місцезнаходження пунктів постійного і тимчасового базування бригад ЕМД допомоги для своєчасного надання населенню ЕМД, внесення на розгляд органу, уповноваженого управляти ЦЕМД та МК, відповідних пропозицій;
8. залучення у разі потреби закладів охорони здоров'я, які не входять до системи ЕМД, та їх працівників і технічних ресурсів до надання медичної допомоги у разі виникнення надзвичайних ситуацій та ліквідації їх наслідків.

Оперативно-диспетчерська служба - є структурним підрозділом ЦЕМД та МК, який з використанням телекомунікаційних мереж, програмних, технічних та інших засобів забезпечує у цілодобовому режимі:

1. прийняття, формування та передачу інформації про виклики ЕМД;
2. інформаційну підтримку та координацію дій бригад ЕМД допомоги і закладів охорони здоров'я щодо надання ЕМД.
3. Використання, збирання, оброблення, накопичення, зберігання, передача, поширення, знищення, надання доступу до інформації про виклики ЕМД.
4. Інформація про виклик ЕМД, абонента, який його здійснив, та аудіозапис такого виклику і реагування на нього оперативно-диспетчерською службою підлягають зберіганню протягом трьох років.
5. Маршрутизація викликів ЕМД здійснюється у порядку, встановленому центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері зв'язку, за поданням центрального органу виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я.
6. Нормативи навантаження та кваліфікаційні вимоги до диспетчерів ОДС ЦЕМД та МК, а також табелі оснащення ОДС ЦЕМД та МК затверджуються центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я.
7. Порядок інформування бригад ЕМД про виклик та порядок їх направлення на місце події визначаються Кабінетом Міністрів України з урахуванням вимог закону про захист персональних даних

Зобов'язана:

- прийняти виклик, обробити інформацію про місце події, характер та особливості невідкладного стану людини, вид допомоги, необхідний для усунення негативних наслідків такого стану для її здоров'я та передати станції та відповідній бригаді ЕМД інформацію забезпечити оперативне реагування;
- під час оброблення виклику ЕМД повідомити абонента, який здійснив виклик, про заходи, що були виконані;
- визначити заклад охорони здоров'я, до якого бригада ЕМД здійснюватиме перевезення пацієнта у невідкладному стані, сповістити бригаду та відділення ЕМД;
- здійснювати інформаційний супровід надання ЕМД та прийняти інформацію про результат її надання на місці події, під час перевезення та прибуття пацієнта до закладу охорони здоров'я;
- здійснювати оперативну інформаційно-консультативну підтримку звернень населення за медичною допомогою;

• оперативно забезпечувати виїзну консультативну медичну допомогу за зверненнями закладів охорони здоров'я.

Положення про відділення екстреної (невідкладної) медичної допомоги

Відділення екстреної медичної допомоги (ЕМД) – структурний підрозділ багатопрофільної лікарні, в якому у цілодобовому режимі забезпечується надання ЕМД пацієнтам, доставленим бригадами ЕМД чи іншими особами, та пацієнтам, які звернулися за наданням такої допомоги чи іншої невідкладної медичної допомоги особисто.

Завдання

1. Цілодобовий прийом пацієнтів та надання їм ЕМД згідно з протоколами надання медичної допомоги, затвердженими Міністерством охорони здоров'я України .
2. До відділення приймаються особи, яких доставлено бригадами швидкої медичної допомоги (далі - Бригада), направлено на госпіталізацію лікарями лікувально-профілактичних закладів або які звернулися самостійно.
3. Сорткування пацієнтів при масовому надходженні до Лікарні та ранньому госпітальному етапі.
4. Обстеження та санітарна обробка пацієнтів і направлення їх до профільного відділення Лікарні згідно зі встановленим діагнозом для подальшого стаціонарного лікування.
5. Подання інформації до відповідних органів, служб і установ у випадках, передбачених чинним законодавством України.

Станція екстреної (швидкої) медичної допомоги - заклад охорони здоров'я, основне завдання якого – забезпечення постійної готовності бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги до надання екстреної медичної допомоги відповідно до положень цього Закону у цілодобовому режимі та координація їх діяльності з оперативно-диспетчерською службою центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф на території відповідної адміністративної одиниці.

Основними завданнями станції є:

- 1) забезпечення надання екстреної медичної допомоги пацієнтам згідно з нормативом прибуття бригад до місця події після надходження відповідного розпорядження від оперативно-диспетчерської служби центру;
- 2) забезпечення транспортування осіб, які перебувають у невідкладному стані та потребують обов'язкового медичного супроводу до закладів охорони здоров'я, що визначені оперативно-диспетчерською службою центру;
- 3) участь у ліквідації наслідків надзвичайної ситуації.

Станція або її структурні підрозділи виконують лише завдання, пов'язані з наданням ЕМД.

Станція забезпечує

- 1) надання ЕМД пацієнтам за викликами, переданими ОДС ЦЕМД та МК, а також у разі особистого звернення осіб, які перебувають у невідкладному стані та потребують надання ЕМД, або працівників правоохоронних та аварійно-рятувальних підрозділів до працівників станції, підстанції (відділення), пункту постійного або тимчасового базування бригад;
- 2) надання ЄМД бригадами відповідно до затверджених порядків, протоколів та стандартів;
- 3) госпіталізацію до закладів охорони здоров'я осіб, які перебувають у невідкладному стані та потребують надання ЕМД;
- 4) підготовку та направлення бригади для участі у ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій;
- 5) надання консультаційно-інформаційної допомоги населенню;
- 6) раціональне використання бригадами та оновлення запасів лікарських, наркотичних та психотропних засобів, перев'язувальних матеріалів, виробів медичного призначення;
- 7) інформування оперативно-диспетчерської служби та керівництва центру про загрозу виникнення або виникнення надзвичайної ситуації;
- 8) взаємодію працівників бригад з медичним персоналом закладів охорони здоров'я, співробітниками правоохоронних органів, особовим складом аварійно-рятувальних підрозділів під час ліквідації наслідків надзвичайної ситуації;
- 9) запровадження прогресивних методів діагностики та лікування, передового досвіду та наукової організації праці;
- 10) підготовку та підвищення кваліфікації працівників станції;
- 11) ведення облікової статистичної документації;
- 12) здійснення санітарно-гігієнічних, протиепідемічних і протипожежних заходів та дотримання правил техніки безпеки;
- 13) безперервність та послідовність надання екстреної медичної допомоги під час госпіталізації пацієнтів до закладів охорони здоров'я;
- 14) здійснення щоденного контролю за раціональним використанням спеціалізованих санітарних транспортних засобів, їх технічним станом та забезпеченням паливно-мастильними матеріалами.

Станції створюються в містах та сільських адміністративних районах.

У залежності від кількості населення, що проживає на території обслуговування, станції поділяються **на категорії**:

- 5 категорія — станції, що обслуговують до 50 тис. населення;

- 4 категорія — станції, що обслуговують від 51 до 200 тис. населення;
- 3 категорія — станції, що обслуговують від 201 до 500 тис. населення;
- 2 категорія — станції, що обслуговують від 501 тис. до 1 млн. населення;
- 1 категорія — станції, що обслуговують від 1 млн. до 2 млн. населення;
- некатегорійні — станції, що обслуговують понад 2 млн. населення

Бригада екстреної (швидкої) медичної допомоги — структурна одиниця станції ЕМД або ЦЕМД та МК, завданням якої є надання ЕМД людині у невідкладному стані безпосередньо на місці події та під час перевезення такої людини до закладу охорони здоров'я.

Спеціалізований санітарний транспорт — оснащений спеціальними світловими і звуковими сигнальними пристроями транспортний засіб, призначений для перевезення людини у невідкладному стані та обладнаний для надання ЕМД відповідно до національних стандартів щодо такого виду транспорту



Пункт постійного базування бригади ЕМД — місце розташування бригади ЕМД та спеціалізованого санітарного транспорту, пристосоване та обладнане для її роботи у цілодобовому режимі;

Пункт тимчасового базування бригади БЕМД — місце тимчасового перебування бригади для забезпечення своєчасного надання ЕМД, у тому числі під час проведення масових заходів та заходів за участю осіб, стосовно яких здійснюється державна охорона;

Екстрені виклики: перебуває у невідкладному стані, що:

- **Если НС сопровождается:**
 - знепритомленням;
 - судомами;
 - раптовими розладами дихання;
- раптовим болем у ділянці серця;
- блювотою кров'ю;

- гострим болем у черевній порожнині;
- зовнішньою кровотечею;
- ознаками гострих інфекційних захворювань;
- гострими психічними розладами, що загрожують життю і здоров'ю пацієнта та/або інших осіб;

2) зумовлений:

- усіма видами травм (поранення, переломи, вивихи, опіки, важкі забої, травми голови);
- ураженням електричним струмом, блискавкою, тепловими ударами, переохолодженням, асфіксією всіх видів (утоплення, потрапляння сторонніх предметів у дихальні шляхи);
- ушкодженнями різної етіології під час надзвичайних ситуацій (дорожньо-транспортні пригоди, аварії на виробництві, стихійні лиха тощо);
- отруєннями, укусами тварин, змій, павуків та комах тощо;
- порушенням нормального перебігу вагітності (передчасні пологи, кровотеча тощо).

Неекстрені виклики: перебуває у невідкладному стані, що:

1) супроводжується:

- раптовим підвищенням температури тіла з кашлем, нежиттю, болем у горлі;
- головним болем, запамороченням, слабкістю;
- болем у попереку, суглобах (радикуліт, остеохондроз, артрит, артроз тощо);
- підвищенням артеріального тиску;
- больовим синдромом у онкологічних хворих;
- алкогольним, наркотичним, токсичним абстинентним синдромом;

2) зумовлений загостренням хронічних захворювань у пацієнтів, які перебувають під наглядом сімейного або дільничного лікаря з приводу гіпертонічної хвороби, виразки шлунка та дванадцятипалої кишки, хронічного запалення печінки, жовчного міхура, кишківника, хвороби нирок, суглобів тощо.

Виклик бригади ЕМД, терміни прибуття затверджений наказом № 1119 Про норматив прибуття бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги на місце події від 21 листопада 2012 р. згідно якому :

1) звернення стосовно надання екстреної медичної допомоги за єдиним телефонним номером екстреної медичної допомоги 103 або за єдиним телефонним номером системи екстреної допомоги населенню 112 залежно від стану пацієнта поділяються на екстрені та неекстрені

2) нормативи прибуття бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги на місце події за зверненнями, що належать до категорії екстрених, становлять у містах - 10 хвилин, у

населених пунктах поза межами міста - 20 хвилин з моменту надходження звернення до диспетчера оперативно-диспетчерської служби центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф.

3) Зазначені нормативи з урахуванням метеорологічних умов, сезонних особливостей, епідеміологічної ситуації та стану доріг можуть бути перевищені, але не більше ніж на 10 хвилин.

Основними завданнями Лікаря ШМД є:

1. Забезпечення організації надання екстреної медичної допомоги на догоспітальному етапі згідно з затвердженими протоколами (стандартами).

2. Забезпечення транспортування в лікувально-профілактичні заклади пацієнтів, стан яких потребує екстреної стаціонарної допомоги.

Функції лікаря бригади ШМД

1. Забезпечення негайного виїзду бригади швидкої медичної допомоги після отримання виклику.

2. Організація роботи виїзної бригади швидкої медичної допомоги при наданні екстреної медичної допомоги.

3. Проведення ранньої діагностики при невідкладних станах; застосування об'єктивних методів обстеження хворого (потерпілого); визначення стану важкості хворого (потерпілого), причини цього стану; визначення обсягу і послідовності реанімаційних заходів; надання екстреної медичної допомоги згідно з затвердженими протоколами (стандартами якості); обґрунтування виставленого діагнозу, плану і тактики ведення хворого, показань до госпіталізації.

4. Організація надання екстреної медичної допомоги у вогнищах з великою кількістю потерпілих.

5. Підтримання постійного радіозв'язку з фельдшером-диспетчером Станції (ЛПЗ) при виконанні виклику.

6. Дотримання особисто та контроль за дотриманням іншими членами виїзної бригади швидкої медичної допомоги правил внутрішнього трудового розпорядку, правил техніки безпеки і протипожежної безпеки, санітарно-гігієнічного та протиепідемічного режимів, вимог асептики і антисептики.

7. Інформування про місце виклику водія виїзної бригади швидкої медичної допомоги та підписування подорожнього листка після кожного виконаного виклику.

8. Здійснення контролю за укомплектуванням бригади необхідними лікарськими засобами, виробами медичного призначення, медичним обладнанням тощо згідно з затвердженим табелем оснащення.

9. Контроль за збереженням, раціональним використанням, своєчасним поповненням, обміном

та списанням лікарських засобів, виробів медичного призначення, медичного обладнання тощо.

10. Забезпечення послідовності при наданні екстреної медичної допомоги з іншими лікувально-профілактичними закладами.

11. Взаємодія у роботі з іншими виїзними бригадами швидкої медичної допомоги, медичними закладами, міліцією, ДАІ, пожежниками, рятувальними службами, медичними та немедичними формуваннями, які беруть участь у ліквідації медико-санітарних наслідків при надзвичайних ситуаціях.

12. Інформування у встановленому порядку визначених осіб про всі надзвичайні події, що виникли під час виконання виклику: випадки масового ураження та травмування людей, дорожньо-транспортні пригоди, кримінальні та суїцидальні випадки, інфекційні захворювання, смертельні випадки, позалікарняні пологи, про обсяг наданої допомоги бригадою та подальшу долю хворих (потерпілих), про неблагоустрій територій, що заважає оперативній роботі бригад, виявлені фактори, що негативно впливають на здоров'я людей або призвели до смерті чи каліцтва, а також про неможливість виконання виклику з певних причин, порушення членами бригади правил внутрішнього трудового розпорядку та посадових інструкцій.

13. Ведення затвердженої звітної та облікової медичної документації.

14. Внесення інформації в карту виїзду та супровідний лист про наявність (відсутність) у пацієнтів з порушенням свідомості та психіки, трупів людей матеріальних цінностей, коштів, документів при передачі їх визначеним особам.

15. Брати участь у виробничих нарадах, науково-практичних конференціях, лекціях, тренінгах.

16. Підвищення кваліфікації та удосконалення практичних навичок у встановленому порядку.

Права лікаря ШМД

1. Виконувати свої службові обов'язки в обсязі, регламентованому положенням про виїзну бригаду швидкої медичної допомоги, посадовою та виробничими інструкціями .

2. При виникненні ускладнень або неможливості проведення лікувального-діагностичного процесу отримувати консультацію старшого чергового медичного працівника Станції.

3. У разі виникнення загрози життю пацієнта під час транспортування госпіталізувати його у найближчий лікувально-профілактичний заклад, де може бути надана необхідна екстрена кваліфікована або спеціалізована медична допомога незалежно від наявності вільних ліжок, відомчої підпорядкованості та форми власності.

4. Визначати характер і обсяг роботи членів виїзної бригади швидкої медичної допомоги за обставин, що не передбачені посадовими і виробничими інструкціям.

5. Підвищувати свою кваліфікацію не рідше одного разу на п'ять років, проходити атестацію і переатестацію за спеціальністю "медичина невідкладних станів" у встановленому порядку.

6. Вимагати від водія виїзної бригади швидкої медичної допомоги дотримання маршруту руху, правил безпеки руху та виконання покладених на нього обов'язків при наданні допомоги у вогнищі з великою кількістю потерпілих.
7. Вимагати від членів виїзної бригади швидкої медичної допомоги виконання своїх обов'язків.
8. Подавати керівництву Станції (ЛПЗ) пропозиції щодо покращення організації роботи бригади, про заохочення або притягнення до відповідальності членів виїзної бригади.
9. Вносити пропозиції з питань удосконалення роботи бригад швидкої медичної допомоги, покращення умов праці медичного персоналу.
10. У разі виникнення загрози життю або здоров'ю членів бригади відмовитися від виконання даного виклику.



Схема проведення огляду DRABCDE

D – danger – огляд місця події;

R – response – визначення рівня свідомості;

C – circulation - підтримка кровообігу шляхом

A – airway – відновлення та підтримка прохідності дихальних шляхів – перший етап реанімації.

B –breathing (дихання) – відновлення дихання. ШВЛ – другий етап реанімації. закритого масажу серця та зупинки кровотечі - третій етап реанімації.

D – disability – оцінка ефективності лікування;

E – expose – роздягання пацієнта, коротке дообстеження, госпіталізація.

D – danger - огляд місця події :

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

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

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

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

Заходи залежать від механізму травмування, природу сил, впливу яких піддавався постраждалий: дорожньо-транспортної пригоди, падіння з висоти, ураження струмом, утоплення, механічної асфіксії, укуса твариною, комахою, опіки, в наслідок СДЯР, або радіацією та ін.).

Необхідно переконатися , що немає небезпеки для самого медичного персоналу активне транспортний рух, електрику, загазованість і т.п.)

1. Слід дотримуватися заходів обережності і використовувати доступні захисні пристрої.
2. Медичні працівники не повинні входити в зону знаходження потерпілих , якщо це небезпечно і вимагає спеціальної підготовки або оснащення. Робота в таких умовах - прерогатива рятувальних формувань, навчених і оснащених відповідним чином (робота « на висоті » , в загазованих або охоплених полум'ям приміщеннях тощо).
3. Медичний персонал може піддаватися небезпеки при ураженні пацієнта токсичними речовинами або контагіозними інфекціями (сильнодіючими газоподібними речовинами водень).
4. Випадки передачі ВІЛ -інфекції були результатом ушкоджень шкірних покривів рятувальників або випадкового уколу голкою / медичним інструментарієм.
5. Що надають медичну допомогу в обов'язковому порядку повинні використовувати захисні окуляри та рукавички.
6. Для профілактики передачі інфекцій, що передаються повітряно -крапельним шляхом ,

повинні використовуватися лицьові маски з клапаном , працюючим в одному напрямку , або пристрої, що дозволяють герметізувати дихальні шляхи пацієнта (ендотрахсальні маски тощо).

7. Забезпечити особисту безпеку.

Необхідно забезпечити засобами індивідуального захисту.

Засоби індивідуального захисту прийнято поділяти на

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

Виявити ознаки раніше існуючого захворювання, яке могло спровокувати нещасний випадок.

В залежності від кількості постраждалих вираховується потреба в бригадах ШМД

1. кількість постраждалих 3 людини: 2 бригади (1 БІТ);
2. від 3 до 5 постраждалих : 3 бригади(1 БІТ);
3. 6-10 постраждалих : на кожних 5 чоловік 3 бригади;
4. понад 50 постраждалих : на кожних 10 чоловік 5 бригад.

Етапи послідовності надання допомоги постраждалим бригадою ШМД

Проводить первинний огляд та виявляє НС такі, як:

- шок;
- обструкції верхніх дихальних шляхів;
- масивні чи повторні кровотечі;
- тяжкі черепно-мозкові травми;
- тяжкі травми грудної клітки, живота, їх органів;
- травми хребта, кінцівок, політравми дихальних шляхів. *Запобігає:*
- розвитку ранніх і пізніх ускладнень;
- гіпоксії, ішемії життєво важливих органів;
- Проводить первинний огляд та сортування постраждалих залежності від потреби в наданні допомоги та послідовності евакуації

Оснащення БШМД

ПЕРЕЛІК обов'язкового оснащення виїзної бригади швидкої медичної допомоги		
1. Імобілізаційне обладнання.		
1.1.	Дошка довга з ременями	1 шт.
1.2.	Дошка коротка з ременями	1 шт.
1.3.	Комір шийний для дорослих	2 шт.
1.4.	Комір шийний для дітей	1 шт.
1.5.	Набір для фіксації голови	1 набір
1.6.	Носилки м'які	1 шт.
1.7.	Носилки каркасні	1 шт.
1.8.	Шини транспортні, іммобілізуючі	1 набір
2. Дихальне і наркозне устаткування.		
2.1.	Апарат дихальний ручний	1 шт.
2.2.	Апарат для інгаляції кисню	1 шт.
2.3.	Апарат наркозний (портативний)	1 шт.
2.4.	Відсмоктувач	1 шт.
2.5.	Кисневий балон (2 л)	2 шт.
2.6.	Киснева маска	2 шт.
2.7.	Набір для інтубації	1 набір
2.7.1.	Змінні клинки (набір)	1 набір
2.7.2.	Інтубаційні трубки різних розмірів	4 шт.
2.7.3.	Катетери для відсмоктування	4 шт.
2.7.4.	Ларингоскоп	1 шт.
2.7.5.	Назальні канюлі	2 шт.
2.7.6.	Перехідники	2 шт.
2.7.7.	Повітряпроводники (набір)	1 набір
2.7.8.	Провідники-мандрени	4 шт.
2.7.9.	Роторозширювач	1 шт.
2.7.10.	Язикоутримувач	1 шт.
3. Устаткування для діагностики і легенево-серцевої реанімації.		
3.1.	Голка з мандреном для пункції серця	2 шт.
3.2.	Дефібрилятор	1 шт.
3.3.	Електрокардіограф (кардіоприставка)	1 шт.

3.4.	Набір для венесекції та артеріопункції (стерильний)	
3.4.1.	Затискач кровоспинний	2 шт.
3.4.2.	Голки хірургічні (стерильні)	3 шт.
3.4.3.	Голки для внутрішньо-серцевих вприскувань (стерильні)	2 шт.
3.4.4.	Комплект катетерів судинних (для дорослих і дітей)	1 комплект
3.4.5.	Пінцет	1 шт.
3.4.6.	Рукавички гумові хірургічні	2 пари
3.4.7.	Скальпель	1 шт.
3.5.	Набір трахеостомічний для дорослих і дітей (стерильний)	2 набори
3.5.1.	Голки трахеостомічні	2 шт.
3.5.2.	Голкотримач	1 шт.
3.5.3.	Затискач кровоспинний	4 шт.
3.5.4.	Зонд хірургічний	1 шт.
3.5.5.	Ножиці з гострими кінцями	1 шт.
3.5.6.	Ножиці медичні з тупими кінцями	1 шт.
3.5.7.	Пінцет анатомічний	1 шт.
3.5.8.	Пінцет хірургічний	1 шт.
3.5.9.	Розширювач трахеотомічний N 2	1 шт.
3.5.10.	Розширювач трахеотомічний N 6	1 шт.
3.5.11.	Шовк хірургічний N 6	2 упаковки
3.6.	Сфігмоманометр (для дорослих і дітей)	1 шт.
3.7.	Штатив для фіксації ємкостей з розчинами для вливання	1 шт.
4. Перев'язочний матеріал.		
4.1.	Бинт 7 x 14 см	3 шт.
4.2.	Бинт 5 x 10 см	3 шт.
4.3.	Бинт 5 x 7 см	3 шт.
4.4.	Бинт трубчатий еластичний (набір різних розмірів)	1 набір
4.5.	Вата гігроскопічна 400,0	1 уп.
4.6.	Лейкопластир	1 упаковка

4.7.	Серветки стерильні 15 x 15 см	2 шт.
4.8.	Серветки стерильні 5 x 5 см	6 шт.
5. Медичні інструменти та предмети медичного призначення.		
5.1.	Грілка гумова	1 шт.
5.2.	Груші гумові	1 набір
5.3.	Джгут кровоспинний	2 шт.
5.4.	Затискач для гумових трубок пружинячий	3 шт.
5.5.	Зонд шлунковий (для дорослих і дітей)	1 набір
5.6.	Зонд жолобуватий металевий	1 шт.
5.7.	Катетер урологічний еластичний	1 шт.
5.8.	Корнцанг	1 шт.
5.9.	Мензурка	1 шт.
5.10.	Милиці	1 пара
5.11.	Мильниця	1 шт.
5.12.	Мило	1 кусок
5.13.	Напалечник металевий	1 шт.
5.14.	Ножиці прямі	1 шт.
5.15.	Ножиці вигнуті	1 шт.
5.16.	Пінцет анатомічний	1 шт.
5.17.	Пінцет хірургічний	1 шт.
5.18.	Піпетка	2 шт.
5.19.	Пристрій для вливання інфузійних розчинів та кровозамінників (система)	3 шт.
5.20.	Рукавички гумові хірургічні	4 пари
5.21.	Скальпель	1 шт.
5.22.	Термометр медичний	1 шт.
5.23.	Фонендоскоп комбінований	1 шт.
6. Медичні комплекти.		
6.1.	Малий епідеміологічний комплект.	
6.1.1.	Антибіотики широкого спектру дії (для екстреної неспецифічної профілактики)	2 конвалюти
6.1.2.	Ватно-марлеві респиратори	4 шт.
6.1.3.	Гумові рукавички	4 пари
6.1.4.	Засоби для поточної дезінфекції	1 набір
6.1.5.	Захисні окуляри	4 шт.

6.1.6.	Стерильні пакети для відбору матеріалу	5 шт.
6.2.	Комплект пологовий (стерильний)	
6.2.1.	Затискач Кохера	2 шт.
6.2.2.	Груша гумова	1 шт.
6.2.3.	Ножиці	1 шт.
6.2.4.	Пелюшки	2 шт.
6.2.5.	Пінцет	1 шт.
6.2.6.	Простирядло	1 шт.
6.2.7.	Серветка 33 x 45, 14 x 16	4 шт.
6.2.8.	Шовк хірургічний	1 упаковка
6.3.	Комплект санітарний	
6.3.1.	Дзеркало	1 шт.
6.3.2.	Пакети для збору блювотних мас, сечі, інфекційного матеріалу	5 шт.
6.3.3.	Ковдра	2 шт.
6.3.4.	Хустки медичні	4 шт.
6.3.5.	Наволочка	2 шт.
6.3.6.	Простирядло	2 шт.
6.3.7.	Рушник	1 шт.
7. Внутрішнє оснащення санітарного автотранспорту.		
7.1.	Вогнегасник	1 шт.
7.2.	Гучномовець	1 шт.
7.3.	Карта доріг і вулиць	1 шт.
7.4.	Радіотелефон	1 шт.
7.5.	Складний стільці	1 шт.
7.6.	Ліхтар	1 шт.

1.36.	Еуфілін 24 % - 1 мл в амп.	- 3 амп.	1.74.	Піпільфен 2.5 % - 2 мл в амп.	- 3 амп.
1.37.	Ізоптин 0.25 % - 2 мл в амп.	- 3 амп.	1.75.	Піроксан 1 % - 1 мл в амп.	- 3 амп.
1.38.	Інсулін 200 ОД (5 мл у фл.)	- 1 фл.	1.76.	Пірацетам 20 % - 5 мл в амп.	- 3 амп.
1.39.	Кавітон - 2 мл в амп.	- 3 амп.	1.77.	Пігуїтрин 5 ОД - 1 мл в амп.	- 3 амп.
1.40.	Камфора (масляний розчин) 20 % - 2 мл в амп.	- 3 амп.	1.78.	Платифілін 0.2 % - 1 мл в амп.	- 3 амп.
1.41.	Кальцію хлорид 1 % - 10 мл в амп.	- 3 амп.	1.79.	Поліглокін - 400 мл у фл.	- 2 фл.
1.42.	Кальцію глюконат 10 % - 10 мл в амп.	- 3 амп.	1.80.	Преднізолон 30 мг - 1 мл в амп.	- 3 амп.
1.43.	Клофелін 0.01 % - 1 мл в амп.	- 3 амп.	1.81.	Прозерин 0.05 % - 1 мл в амп.	- 3 амп.
1.44.	Кордарон 5 % - 3 мл в амп.	- 3 амп.	1.82.	Промедол 2 % - 1 мл в амп.	- 3 амп.
1.45.	Кордіамін 2 мл в амп.	- 3 амп.	1.83.	Протизміна сироватка (в холодильнику пункту поповнення бригад)	- 3 амп.
1.46.	Корглюкон 0.05 % - 1 мл в амп.	- 3 амп.	1.84.	Реополіглокін - 400 мл у фл.	- 2 фл.
1.47.	Кофеїн 20 % - 2 мл в амп.	- 3 амп.	1.85.	Ритмонорм - 20 мл в амп.	- 3 амп.
1.48.	Левоміцетин-сукцинат 0.5 г у фл.	- 3 фл.	1.86.	Сібазон (реланіум) 0.5 % - 2 мл в амп.	- 3 амп.
1.49.	Лідокаїн 2 % - 2 мл в амп.	- 3 амп.	1.87.	Строфантин 0.05 % - 1 мл в амп.	- 3 амп.
1.50.	Ліпоева кислота 0.5 % - 2 мл в амп.	- 3 амп.	1.88.	Сульфокамфокаїн 10 % - 2 мл в амп.	- 3 амп.
1.51.	Магнію сульфат 25 % - 10 мл в амп.	- 3 амп.	1.89.	Супрастин 2 % - 1 мл в амп.	- 3 амп.
1.52.	Мезатон 1 % - 1 мл в амп.	- 3 амп.	1.90.	Тавегіл - 1 мл в амп.	- 3 амп.
1.53.	Метиленовий синій 1 % - 10 мл в амп.	- 3 амп.	1.91.	Тизерцин - 2 мл в амп.	- 3 амп.
1.54.	Морфін 1 % - 1 мл в амп.	- 3 амп.	1.92.	Токоферол-ацетат 30 % - 1 мл в амп.	- 3 амп.
1.55.	Налоксон (налорфін) 0.5 % - 1 мл в амп.	- 3 амп.	1.93.	Трентал - 5 мл в амп.	- 3 амп.
1.56.	Натрію гідрокарбонат 4 % - 100 мл у фл.	- 2 фл.	1.94.	Трисоль - 400 мл у фл.	- 2 фл.
1.57.	Натрію оксидобутират 20 % - 20 мл в амп.	- 3 амп.	1.95.	Унігіол 5 % - 5 мл в амп.	- 3 амп.
1.58.	Натрію хлорид 0.9 % - 200,0 мл у фл.	- 2 фл.	1.96.	Фентаніл 0.005 % - 2 мл в амп.	- 3 амп.
1.59.	Натрію хлорид 0.9 % - 10 мл в амп.	- 5 амп.	1.97.	Фуросемід (лазікс) 1 % - 2 мл в амп.	- 3 амп.
1.60.	Натрію тіосульфат 30 % - 5 мл в амп.	- 3 амп.	1.98.	Церукал - 2 мл в амп.	- 3 амп.
1.61.	Нікотинова кислота 1 % - 1 мл в амп.	- 3 амп.	1.99.	Хлосоль - 400 мл у фл.	- 2 фл.
1.62.	Нітрогліцерин 1 % - 10 мл в амп.	- 3 амп.	8.2. Різкі форми, аерозолі, мазі, свічки, порошки (в шпугах)		
1.63.	Новокаїн 0.5 % - 5 мл в амп.	- 3 амп.	2.1.	Альбунід натрію 30 % - 10 мл у фл. (сульфацил натрію)	- 1 фл.
1.64.	Новокаїн 2 % - 2 мл в амп.	- 3 амп.	2.2.	Антифомсилан - 30 мл у фл.	- 1 фл.
1.65.	Новокаїн-амід 10 % - 5 мл в амп.	- 4 амп.	2.3.	Беладонні н-ка - 5 мл у фл.	- 1 фл.
1.66.	Но-пен 0.05 % - 1 мл в амп.	- 3 амп.	2.4.	Беротек-аерозоль у фл.	- 1 фл.
1.67.	Норадреналін 0.2 % - 1 мл в амп.	- 3 амп.	2.5.	Бриліантова зелень 1 % - 20 мл у фл.	- 1 фл.
1.68.	Но-шпа - 2 мл в амп.	- 3 амп.	2.6.	Борна мазь - 30 мл у фл.	- 1 фл.
1.69.	Оmnopон 2 % - 1 мл в амп.	- 3 амп.	2.7.	Вазелінове масло - 30 мл у фл.	- 1 фл.
1.70.	Панангін 10 мл в амп.	- 3 амп.	2.8.	Валідол (розчин) - 10 мл у фл.	- 1 фл.
1.71.	Папаверин 2 % - 2 мл в амп.	- 4 амп.	2.9.	Валеріани н-ка - 30 мл у фл.	- 1 фл.
1.72.	Пенциліну натрієва сіль 1000000 ОД у фл.	- 3 фл.	2.10.	Валокордин - 30 мл у фл.	- 1 фл.
1.73.	Пентамін 5 % - 1 мл в амп.	- 3 амп.			

Внутрішнє устаткування МШД



Кухетка-жатака карети МШД.



Засоби для забезпечення прохідності дихальних шляхів і давання кисню.



аспираційний катетер



Набір для квіткотомії



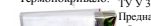
Внутрішньокістяковий ін'єктор та манекен для відпрацювання навички внутрішньокістякової ін'єкції.



Термопокривало.



ту у 33.1-19246991-009-2002 Розмер, см: (160x200).



Предназначено для:



- Оказание первой медицинской помощи (укутывание пострадавшего с целью защиты его организма от переохлаждения);



- Защиты от воздействия внешней окружающей среды (солнца, дождя и др. факторов);



- Оказание помощи спасателям при обнаружении места происшествия (место происшествия накрывается покрывалом).



Кровозаменители (в стеклянной и пластиковой упаковке).



Карта виїзду швидкої медичної допомоги"

СТАНЦІЯ ШВИДКОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ										форма N 110/0 Екзам МЗС 17.11.2010 N999									
КАРТА ВИЇЗДУ ШВИДКОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ N _____										A _____ 0 _____									
Адреса виклику										Район									
Привід до виклику										Район									
Прізвище _____ Ім'я _____ Піс _____										Друговими літаними _____									
Адреса особи										Район									
Місце роботи										Посада									
Страховий поліс N										Страхова компанія									
Вік _____ дні _____ міс. _____ років _____										7 Особистий N медпрацівника									
2 Стать: 1 - чоловік; 2 - жінка										8 Код підстанції									
3 Мешканець: 1 - місто; 2 - село; 3 - інше село										9 Код бригади ШМД									
4 Соціальний стан: 1 - робітник; 2 - службовець; 3 - учень; студент; курсант; 4 - пенсіонер; 5 - пенсіонер; 6 - інвалід; 7 - утриманець; 8 - фермер; 9 - не працює; 10 - біженець; 11 - без ПМП										10 Довірена за довіреною - термінові; 2 - не термінові									
5 Подальше перебування особи: 1 - на місці; 2 - доставлений додому; 3 - в інше місце (казати); 4 - за направленням ШМД нарядом; 5 - за направленням інших ЛПЗ; 6 - доставлений в травмпункт, поліклініку Н супровідна група										11 Прийому виклику									
У ліварно N _____ відділення _____										12 Виїзду на виклик піс, ркс, Т									
Час з _____ по _____; прийнятий, неприйнятий										13 Прибути на місце									
Діагноз _____										13.1 Виїзду на госпіталізацію (інше)									
У ліварно N _____ відділення _____										14 Замічення виклику									
Час з _____ по _____; прийнятий, неприйнятий										15 Повернення на станцію									
Діагноз _____										Кілометраж									
Час з _____ по _____; прийнятий, неприйнятий										16 Тип виїзду на діагност: 1 - неценний в'їзд; 2 - регістрове звернення; 3 - пошту; 4 - патологічний в'їзд; 5 - перевезення хворого; 6 - хронічне захворювання; 7 - технологічний в'їзд; 8 - чергування; 9 - безрезультатний									
6 Повідомлення:										17 Обґрунтованість: 1 - просильний; 2 - непрофильний									
Ст. лікаря ШМД										18 Місце виклику: 1 - ЛПЗ; 2 - казарма; 3 - інше (казати); 4 - громадське місце; 5 - робоче місце; 6 - вулиця; 7 - незначальний заклад									
Поліклініку ЛПЗ										19 Виклик: 1 - первинний; 2 - повторний; 3 - голубний; 4 - евакуаційний									
СЕС										20 Звернення хворого: 1 - не звертався; 2 - звертався на ШМД (сильні рази); 3 - звертався в інший ЛПЗ									
РВВС										21 Траєкторія: 0 - село; 1 - селище; 2 - вулиця; 3 - кривопольна; 4 - ДТГ; 5 - виробничі; 6 - опозитив; 7 - самоубиття; 8 - вулиця, внаслідок ожеледиці									
ДАІ										22 Час від початку хвороби: 1 - до 1 год; 2 - від 1 до 3 год; 3 - від 3 до 6 год; 4 - від 6 до 12 год; 5 - від 12 до 24; 6 - понад 24 год									
Кілометраж										23 Алкоголь: (зі слів) 1 - живий; 2 - не живий; 3 - не відомо									
Родичам										24 Результат: 1 - пошкодження; 2 - без об'єкту; 3 - пошкодження; 4 - смерть в присутності; 5 - смерть до приїзду; 6 - викликача спе. бригади; 7 - здоровий; 8 - чергування; 9 - інші перевезення; 10 - записка автомобіля; 11 - інше (казати)									
Стіл довідок ШМД:										25 Безрезультатний виїзд: 1 - не застали; 2 - адреса не знайдена; 3 - не дійшли; 4 - не викликали; 5 - об'єкт не до приїзду; 6 - відмова від медичної допомоги									
Інше місце										26 ПОПЕРЕДНІЙ ДІАГНОЗ:									
З пацієнтом передано:										Код МКХ - X									
Здав: _____ Прийняв: _____										Згоден на запропоноване лікування. Глобис									
Лікар _____ Фельдшер _____ Мол. лікар _____ Водій _____ Стажер _____										ВІДМОВА									
Супроводжувач										Я _____ відмовляюся від медичної допомоги / транспортування / (підписати), як рекомендовані мені медичним персоналом, розуміючи наслідки такої відмови. Підпис особистий _____ Свідок _____									

Дата заворовання _____ Початок заворовання (Час): _____ год _____ хв. _____

Старт:

АНАМНЕЗ КС ІХ ПМколи _____ ГТМКколи _____ Судми Діабет __ тип Енц
 Алергія Пі Тек _____ Акушерсько-гінекологічний _____

Вір. Гепатит Туберкульоз Кроста Педискульоз

ОБ'ЄКТИВНІ ДАНІ Загальний стан Задовільний Середній Вазий Дуже важкий Термінальний С С

Свідомість Ясна Приглушена Сліпа Ч.на за ШГ _____ ТШ _____ Поводіння спокійний збуджений а розсіяний

Положення активне пасивне вимушене _____ Зір _____

Шкіра звичайна гіперемія _____ Бліді іктерична Цянос суха волога тепла холодна

Артеріальний тиск _____ мм.рт.ст. постійний _____ мм.рт.ст. Пульс _____ хв. Характеристика _____ Дефіцит пульсу _____

Тони серця ритмічні аритмічні аен глухі адекватні тону ча _____ шум _____ Шлунковий індекс _____

Частота дихання _____ хв. Задихана експіраторна інспіраторна змішана Периферичні набряли _____

Дихання нічне шеззадне перитральне аккумури хрипи сухі вкраса крепитация
 гурмане глибоке поверхне жорстке послаблене рогоп зліва суп третя півтора _____

Додатково

Живіт участь в акті дихання м'який напружений безболісний болісний, в ділянці _____

Печінка нижній край і відношення до пупка не виступає виступає на _____ см, _____ Перистальтика так ні

Цилюмни подразнення очеревини ні так Діурез зі слів _____ Випорохнення зі слів _____

Інші симптоми _____

Неврологічний статус Зниці норма ніз підвис анізоконія > > Реакція на світло так ні Очі яблука бірюшені _____

Ністагм ні так (кванти) _____ Мова зборжена тремтіння відсутня Ковчання сильне помірне

Обличчя симетричне асиметричне, носотубна складка згладжена _____ Дрябкість шкіри _____ Прищипання шкіри ні так

Патологічні рефлекси _____ Тонус м'язів Ш С _____ Менігцеальні ознаки ні так сумнівні

Плені, параліч _____

Додатково

Місце ушкодження при травмі (обведіти номер та описати) 1. Означна кіростеча (запіркан, венозна, артеріальна) 2. Опік (термічний, хімічний, електричний) 3. Електротравма 4. Ампутація 5. Вогнетальна гоноження 6. Ножове поранення 7. Пневмоторакс (відкритий, закритий, запозумений)
 8. Травма с. шийного 9. Падіння з висотою 10. Травма шишею 11. Травма груді с 12. Змішаний пошкодження 13. Герельція / Вивихи
 14. Пошкодження м'язів: тазові 15. Інше (вказати) _____

Описати ЕКГ, глюкоза крові (якщо є) тащо

НАДАНА МЕДИЧНА ДОПОМОГА, ЛІКАРСЬКІ ЗАСОБИ (назва, доза, шлях введення):

Інтубація О: _____ мікс	
СЛР Початок _____	
Закінчення _____	
ШОЛ (метод) _____	
НМС _____	
Інтубація трахеї _____	
ДЕФ кількість вазів _____	
ЕКС Час 1014 _____	
Положення ЦВ _____	
Положення пневтральної порожнини _____	
Первинна обробка рани _____	
Зупинка кровотечі (метод) _____	
Шийний шейф _____	
Імобілізація німіців _____	
Доза дошка _____	
Примітки на шпунт _____	
Категоризація печінкової літури _____	
Очісна шийка _____	
Імне _____	
ВВС <input type="checkbox"/> ВМ <input type="checkbox"/> ПЛЦ <input type="checkbox"/> Рег / ое _____	
Головний лікар медичної бригади	
Загальний стан ВІ _____ мм.рт.ст. Пульс _____ хв, _____ ЧД _____	
за ШГ _____ Епіс за ШГ _____ балів	
Транспортування пацієнта (продовжити після нашонок на руках	Підпис керівника бригади _____

Заповнюються всі пункти при первинному огляді та після надання допомоги.

Амбулаторія сімейного лікаря

Основними завданнями амбулаторії є:

- забезпечення реалізації права пацієнтів вибирати лікаря, що надає ПМСД;
- надання прикріпленому населенню безоплатної ПМСД, у тому числі невідкладної медичної допомоги.

Відповідно до покладених на неї завдань амбулаторія:

- забезпечує у встановленому порядку реєстрацію прикріплення пацієнтів до лікарів, які надають ПМСД;
- надає ПМСД прикріпленому населенню на прийомі в амбулаторії в умовах денного стаціонару та вдома за викликом або з ініціативи медичного персоналу амбулаторії з профілактичною метою;
- проводить обов'язкові медичні профілактичні огляди;
- надає паліативну допомогу пацієнтам на останніх стадіях перебігу невиліковних захворювань, у тому числі забезпечує виконання знеболювальних заходів з використанням наркотичних речовин;
- надає невідкладну медичну допомогу;
- бере участь у наданні екстреної медичної допомоги;
- бере участь у проведенні заходів масової профілактики в дитячих дошкільних і навчальних закладах, розташованих на прикріпленій території, на підприємствах, в установах та організаціях, де створені МПТБ;
- здійснює направлення хворих для отримання медичної допомоги до закладів охорони здоров'я, що надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу (ВМД) та третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу (ТМД);
- забезпечує наступність та послідовність в обслуговуванні пацієнтів у закладах охорони здоров'я ВМД та ТМД;
- здійснює профілактику та раннє виявлення неінфекційних захворювань засобами ПМСД;
- здійснює профілактику та раннє виявлення соціально небезпечних захворювань засобами ПМСД в амбулаторії та організовує їх у ФАП/ФП та/чи МПТБ;
- здійснює заходи масової та індивідуальної профілактики інфекційних та паразитарних хвороб в амбулаторії та організовує їх у ФАП/ФП та/чи МПТБ;
- здійснює диспансеризацію населення;
- проводить експертизу тимчасової втрати працездатності;
- направляє осіб з ознаками стійкої втрати працездатності на медико-соціальну експертизу, скеровує пацієнтів на медико-соціальну реабілітацію;
- проводить виписку рецептів для пільгового забезпечення медикаментами окремих груп

населення відповідно до чинного законодавства;

- взаємодіє з навчальними закладами, соціальними службами, правоохоронними органами, підприємствами, установами та організаціями, засобами масової інформації, громадськими організаціями на території обслуговування в інтересах збереження та зміцнення здоров'я населення;
- проводить санітарно-просвітницьку роботу та роботу з формування здорового способу життя серед прикріпленого населення в амбулаторії та організовує її у ФАП/ФП та МПТБ;
- аналізує стан здоров'я прикріпленого населення та розробляє плани лікувально-профілактичних заходів;
- здійснює облік матеріальних цінностей, формує замовлення на здійснення ремонтно-будівельних робіт, оснащення медичним обладнанням та інвентарем, забезпечення твердим і м'яким інвентарем, іншими засобами, необхідними для функціонування амбулаторії та ФАП/ФП.

Порядок проведення інструктажів з питань охорони праці

Усі працівники, які приймаються на постійну чи тимчасову роботу і при подальшій роботі, повинні проходити на підприємстві навчання в формі інструктажів з питань охорони праці, подання першої допомоги потерпілим від нещасних випадків, а також з правил поведінки та дій при виникненні аварійних ситуацій, пожеж і стихійних лих.

Інструктажі з техніки безпеки:

Вступний інструктаж Проводиться з усіма працівниками, які приймаються на постійну або тимчасову роботу, незалежно від їх освіти, стажу роботи та посади.

Первинний інструктаж Проводиться до початку роботи безпосередньо на робочому місці з працівником.

Повторний інструктаж Проводиться з працівниками на робочому місці в терміни, визначені відповідними чинними галузевими нормативними актами або керівником підприємства з урахуванням конкретних умов праці, але не рідше: на роботах з підвищеною небезпекою - 1 раз на 3 місяці; для решти робіт - 1 раз на 6 місяців.

Позаплановий інструктаж Проводиться з працівниками на робочому місці або в кабінеті охорони праці:

- ❖ при введенні в дію нових або переглянутих нормативних актів про охорону праці, а також при внесенні змін та доповнень до них; при зміні технологічного процесу, заміні або модернізації устаткування, приладів та інструментів, вихідної сировини, матеріалів та інших факторів, що впливають на стан охорони праці;
- ❖ при порушеннях працівниками вимог нормативних актів про охорону праці, що можуть призвести або призвели до травм, аварій, пожеж тощо;

- ❖ при виявленні особами, які здійснюють державний нагляд і контроль за охороною праці, незнання вимог безпеки стосовно робіт, що виконуються працівником;
- ❖ при перерві в роботі виконавця робіт більш ніж на 30 календарних днів - для робіт з підвищеною небезпекою, а для решти робіт - понад 60 днів.

Цільовий інструктаж

Проводиться з працівниками: при виконанні разових робіт, не передбачених трудовою угодою; при ліквідації аварії, стихійного лиха; при проведенні робіт, на які оформлюються наряд-допуск, розпорядження або інші документи.

Етика, деонтологія та комунікативні аспекти ЕМД

1. професійний підбір диспетчерів по прийому викликів від населення
2. уміння встановити продуктивний контакт з хворим і його родичами
3. Охорона психіки як самого хворого, так і його родичів.
4. Уникати формулювань "це ваша провина", докорів за виклик бригади на хронічну патологію
5. Має бути проявлена тактовність при небажанні хворого або його родичів в госпіталізації.
6. Лікар має бути невблаганний і повинен застосувати усю силу свого переконання, аж до того, щоб вказати родичам(дуже рідко хворому) можливість сумного результату, тяжких наслідків і тому подібне. Поступливість лікаря тут особливо небезпечна.
7. У тих випадках, коли не вдається переконати хворого, бажано запросити авторитетного фахівця на консультацію, що, з одного боку, дає велику гарантію постановки правильного діагнозу, з іншою, -это украй важливе - послужить доказом для хворого серйозності його положення.
8. У підрозділах лікарні (приймальний спокій, палати відділення, палата інтенсивної терапії) має бути спокійна обстановка, необхідно уникати метушливості, окриків, сперечань поміж лікарями, середнім медичним персоналом.
9. При веденні таких хворих інформацію про стан хворого(щоб уникнути неправильного трактування його стану) повинно давати родичам тільки одна особа - звичайно це(палатний) лікар.

10. дотримання деонтологічних взаємовідносин з персоналом інших лікувальних установ

Види відповідальності медпрацівників діляться на:

- кримінальну вид відповідальності, який регулюється Кримінальним кодексом України(УК); ряд статей УК прямо або побічно відносяться до охорони здоров'я, таким чином, торкаються професійної відповідальності медичних працівників ШМД;
- громадянська або цивільно-правова, відповідальність - вид юридичної відповідальності, при якій до правопорушника застосовуються заходи, встановлені законом або трудовим

договором; ці заходи полягають у відшкодуванні збитків, сплаті неустойки, штрафу, пені, відшкодуванні заподіяного морального і іншої шкоди; громадянська відповідальність поширюється на фізичні особи (громадян) і на юридичних осіб (установи, організації і тому подібне);

- адміністративна - вид юридичної відповідальності за адміністративний проступок(правопорушення), вона розглядається в судовому порядку по адміністративному і виконавчому виробництву;
- дисциплінарна відповідальність - форма дії на порушників трудової і виробничої дисципліни у вигляді дисциплінарного стягнення (догана, перевод на нижчеоплачувану роботу, звільнення);
- моральну.

Відповідальність за порушення законодавства у сфері надання екстреної медичної допомоги

1. За ненадання без поважних причин:

- на місці події домедичної допомоги або необґрунтовану відмову у її наданні;
- на місці події необхідної медичної допомоги або необґрунтовану відмову у її наданні;
- наявного транспортного засобу для безоплатного перевезення людини, яка перебуває у невідкладному стані, до найближчого до місця події відділення екстреної (невідкладної) медичної допомоги або необґрунтовану відмову у здійсненні такого перевезення;
- несвоєчасне надання екстреної медичної допомоги або створення перешкод у її наданні;
- невиконання без поважних причин розпоряджень оперативно-диспетчерської служби центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф або бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги щодо надання необхідної невідкладної медичної допомоги пацієнту, який перебуває у невідкладному стані, що загрожує життю такого пацієнта;
- необґрунтовану відмову у передачі та прийнятті викликів екстреної медичної допомоги.

2. Відшкодування моральної та матеріальної шкоди, заподіяної внаслідок ненадання відповідної допомоги або неналежного виконання своїх професійних обов'язків медичними працівниками чи іншими особами.

Лікар несе відповідальність за організацію та якість надання екстреної медичної допомоги згідно затвердженим протоколам (стандартам) в межах посадових.

7. Практичні навички з теми:

На початку заняття під керівництвом викладача в навчальній кімнаті студенти отримують ситуаційні задачі з даної тематики, де їм потрібно встановити діагноз та визначити тактику лікування хворого (потерпілого) згідно цієї патології. Студенти реалізують отримані завдання на манекені з використанням наявної апаратури, інструментарію та медикаментів, які

знаходяться в навчальній кімнаті. Виясняються поняття про єдину систему надання екстреної медичної допомоги (ЕМД) в Україні, обов'язки медичних працівників. Висвітлюються базові принципи організації діяльності служби ЕМД України (структура та завдання), основні функції, права та відповідальність медичних працівників (лікарів служби ЕМД, лікарів загальної практики - сімейної медицини та інших) з питань надання медичної допомоги пацієнту (постраждалому) у невідкладному стані. Розглядаються етичні, деонтологічні та комунікативні аспекти ЕМД, а також особливості надання екстреної медичної допомоги на догоспітальному етапі (бригадами ЕМД, лікарями амбулаторій загальної практики - сімейної медицини, поліклінік), ранньому госпітальному етапі (відділеннями ЕМД багатoproфільної лікарні) та госпітальному етапі (різнопрофільними відділеннями).

Вивчається та застосовується під час реалізації практичної частини заняття оснащення виїзної бригади ЕМД (вироби медичного призначення, медикаменти, спеціальні засоби), в тому числі забезпечення амбулаторії сімейного лікаря та різнопрофільних відділень стаціонару для надання ЕМД, а також карта виїзду бригади ЕМД, правила її оформлення. Висвітлюються ергономічні принципи в роботі виїзної бригади ЕМД (при роботі в приміщенні, на вулиці), робота в команді. Відбувається знайомство зі станцією ЕМД із подальшим проведенням інструктажу з техніки безпеки. В цьому питанні особлива увага приділяється особистій безпеці працівника бригади ЕМД (медичного працівника) під час надання екстреної медичної допомоги (організаційні заходи, технічні засоби особистої безпеки), в тому числі огляду місця події. Враховуються небезпечні ситуації, які можливі на місці події, тактика медичних працівників і пріоритети у випадку наявності небезпеки, визначення числа постраждалих та потреби у додатковій допомозі, механізму ураження постраждалого а також виклик бригади ЕМД та терміни її прибуття.

8. Запитання для контролю знань.

1. Організація діяльності служби ЕМД України (нормативно-правова база).
2. Організаційна структура, основні завдання та функції центру ЕМД та медицини катастроф.
3. Основні завдання, функції, права та відповідальність бригади ЕМД.
4. Табелі оснащення та засоби особистої безпеки бригади ЕМД.
5. Організаційна структура, основні завдання, функції та оснащення відділення ЕМД багатoproфільної лікарні.
6. Мета, етичні, деонтологічні і юридичні аспекти ЕМД постраждалим на догоспітальному етапі.
7. Огляд місця події, забезпечення особистої безпеки медичного персоналу, безпеки свідків події та постраждалого, наближення до постраждалого (хворого).
8. Ергономічні принципи в роботі виїзної бригади ЕМД (при роботі в приміщенні, на вулиці), робота в команді.

Тема 2. “Сучасні засоби забезпечення прохідності дихальних шляхів і штучної вентиляції легень у дорослих”.

1. Кількість годин 2

2. Обґрунтування теми 5 липня 2012 року був підписаний Президентом України Закон України “Про екстрену медичну допомогу” за №5081-VI, який вступив у дію 01.01.2013 року. Цей Закон визначає організаційно-правові засади забезпечення громадян України та інших осіб, які перебувають на її території, екстреною медичною допомогою, у тому числі під час виникнення надзвичайних ситуацій та ліквідації їх наслідків, та засади створення, функціонування і розвитку системи екстреної медичної допомоги. Тому стала нагальна потреба у підготовці кадрів для новоутвореної системи екстреної та невідкладної медичної допомоги з метою чого и був введений в процес навчання на 5 курсі предмет «Екстрена та невідкладна медична допомога».

3. Мета заняття:

- ✓ Ознайомити студентів з загальними положеннями про обструкцію дихальних шляхів, етіологію та патогенез виникнення.
- ✓ Удосконалити теоретичні знання та практичні навички по забезпеченню прохідності дихальних шляхів різними методами, в т.ч. при травмі шийного відділу хребта.
- ✓ Освоїти методики проведення ревізії і санації ротової порожнини ручним та апаратним способами.
- ✓ Ознайомити з показами та технікою виконання інтубації трахеї, застосування альтернативних методів забезпечення прохідності дихальних шляхів.
- ✓ Ознайомити з симптомами часткової і повної непрохідності дихальних шляхів при потраплянні стороннього тіла, методи її відновлення, освоїти методику проведення прийому Геймліха, покази і техніку конікопункції, конікотомії, трахеостомії.

б) виховна сформувати у студентів модель поведінки медичного працівника при наданні екстреної та невідкладної медичної допомоги постраждалому обтурації дихальних шляхів

1. Методологічна, загальноосвітня і професійна спрямованість практичного заняття
- ✓ Методологічна спрямованість лекції полягає в ознайомленні студентів з етіологією, патогенезом, клінічною картиною, принципами надання медичної допомоги на догоспітальному етапі

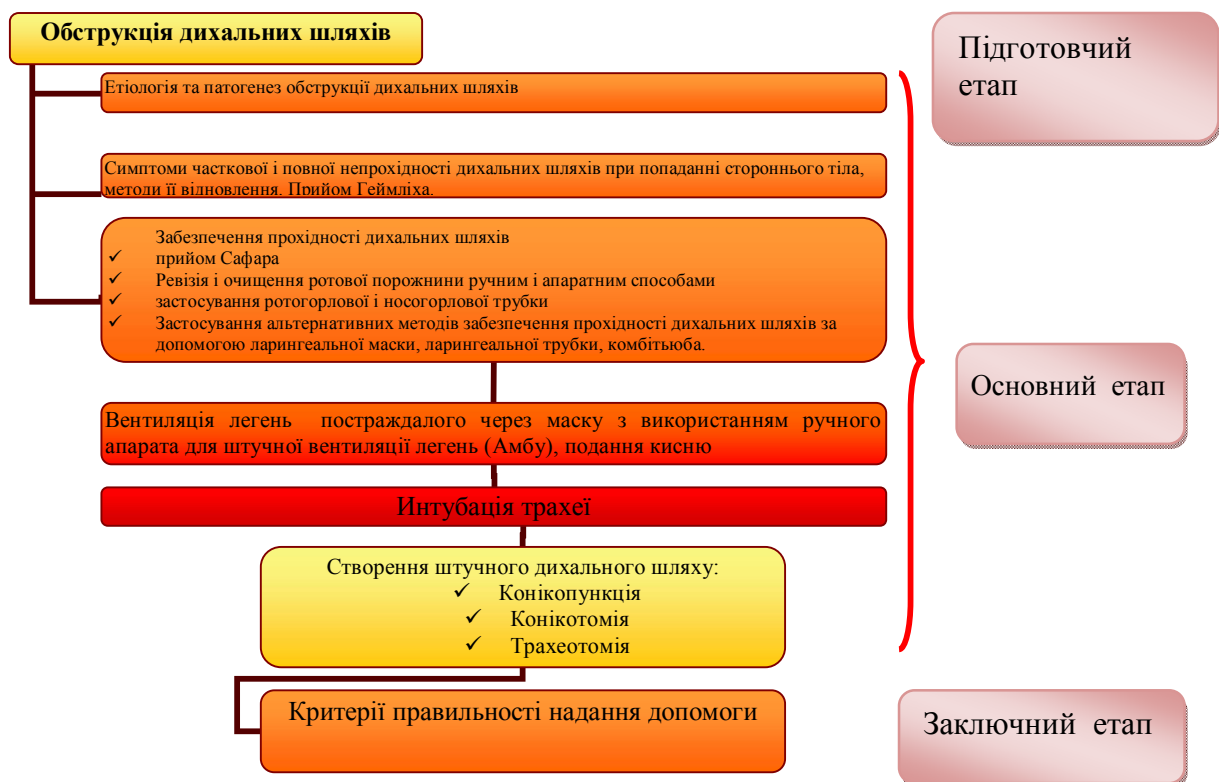
- ✓ Загальноосвітня – дозволяє сформувати поведінку студента при виникненні обтупції дихальних шляхів.
- ✓ Професійна спрямованість – дозволяє познайомити студента з засадами роботи лікаря екстреної та невідкладної медицини.

2. Графологічної структури лекції (Рис 1).

3. Характер зв'язку лектора з студентами (активна участь їх, з точки зору проблемності викладання навчального матеріалу). Монолог.

4. Перелік питань, винесених на підсумковий контроль.

4. Графологічної структури теми 2.



Графологічна структура лекції.

5. Матеріальне та методичне забезпечення теми.

Текст Закону України “Про екстрену медичну допомогу”.

- Ручний та електричний відсмоктувачі.
- Ларингоскоп з комплектом інтубаційних трубок.
- Комплекти рото- і носогорлових трубок.
- Комплект ларингеальних масок, ларингеальних трубок.
- Комбітьюб в комплекті.
- Мішок Амбу з комплектом лицевих масок.
- Лицеві маски для вентиляції “рот – маска”.

- Бар'єрні пристрої для проведення вентиляції легень "рот – до – рота" на етапі домедичної допомоги.
- Кисневий балон (не заправлений).
- Портативний апарат ШВЛ.
- Комплект для конікопункції та конікотомії

Мультимедійний проектор, ноутбук.

6. Матеріали для практичного заняття:

Методична розробка, мультимедійна презентація за темою заняття.

Обструкція (обтурація) - закриття просвіту полого органу, що обумовлює порушення його прохідності.

Причини обструкції дихальних шляхів:

- Чужорідне тіло дихальних шляхів, рідше за стравохід (їжа, зуби, зубні протези, монети, гудзики, кульки, крупа, зерно, горох, горіхи, кісточки фруктів і овочів, дрібні кістки риби і тварин, дрібні деталі іграшок);
- Спазм голосових зв'язок, ларінго- і трахеоспазм - раптове мимовільне скорочення мускулатури голосових зв'язок, гортані, трахеї (вдиханням повітря, що містить дратівливі речовини - пил і ін.); змащення гортані деякими лікарськими речовинами, запальними процесами в гортані; роздратуванням блукаючого або поворотного горлового нерва (зоб, пухлини шиї, стравоходу, аневризми аорти), при стресі, еклампсії, правці, істерії); Анафілактический шок.
- Аспірація (мокрота, кров, слиз, вода, їжа);
- Утворення верхніх дихальних доріг, стравоходу, щитоподібної залози;
- Нагноєння ЛОР органів, м'яких тканин шиї, дна порожнини рота.
- Підслизовий набряк гортані, тахеї
- Дислоєпція язика.
- Інфекційний процес – дифтерія
- Травма дихальних шляхів.

Симптоми часткової непрохідної дихальних шляхів при потраплянні чужорідного тіла:

- ясне слиновиділення,
- кашель,
- утруднення ковтання болі в грудях,
- слезотеча,
- інколи може бути відрижка, гикавка, нудота, блювота.

Пацієнт нахиляється вперед, хапається за горло або грудну клітку, намагається звільнитися від чужорідного тіла кашляючи або провокуючи блювоту

Симптоми повної непрохідності дихальних шляхів при потраплянні інородного тіла

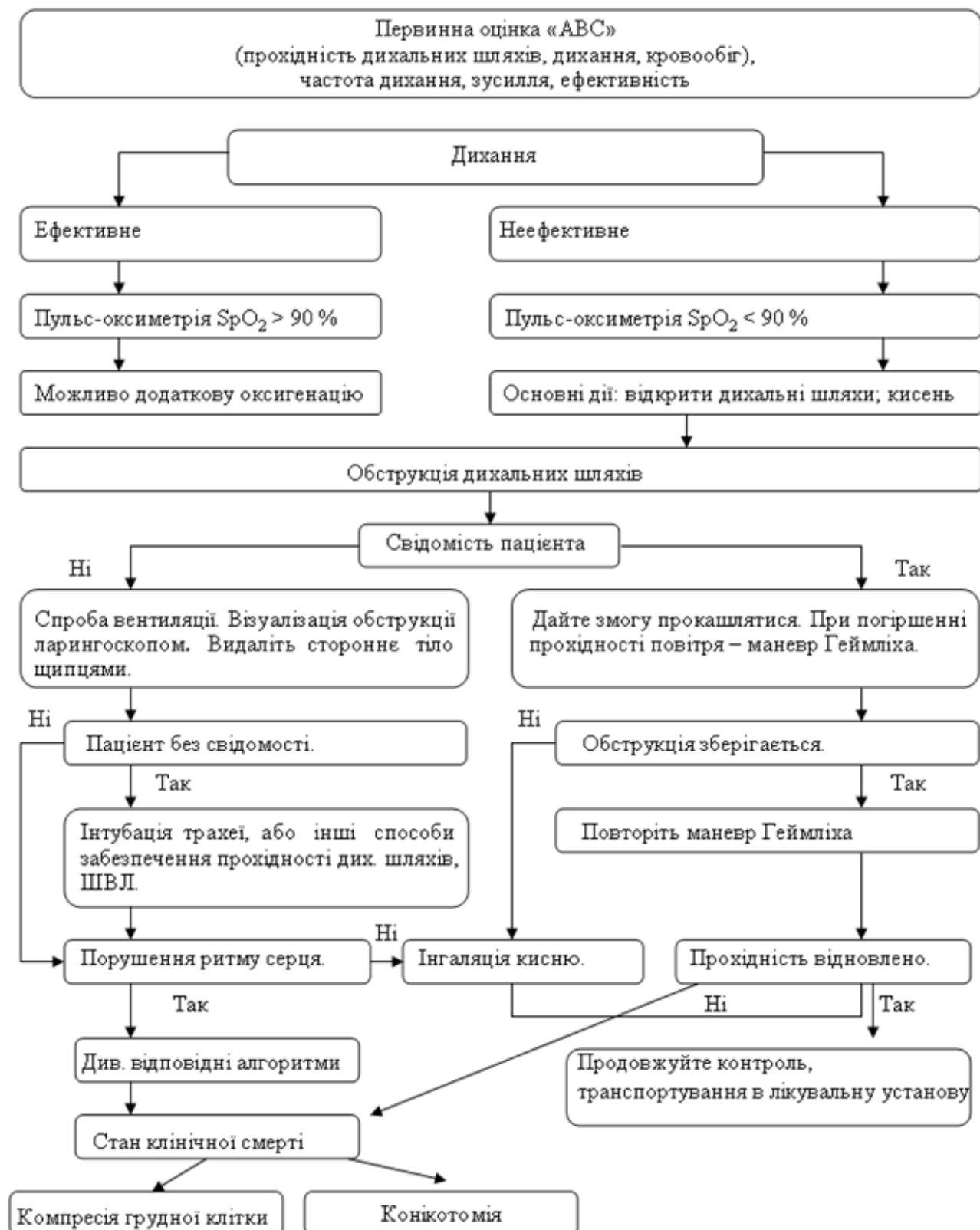
1. не може розмовляти,
2. не може дихати
3. не може кашляти.
4. тримається руками за горло.
5. синяво-червоний (ціанотичний) колір обличчя

Якщо похлинання сталося у Вас на очах, то діагноз не викликає ускладнень. Якщо Ви не бачили як це сталося, симптоми виникли раптово і немає зв'язку з інфекційною природою то необхідно запідозрити обтурацію верхніх дихальних шляхів.

Перша допомога при обтурації верхніх дихальних шляхів на догоспітальному етапі:

- Очистити ротову порожнину і верхні дихальні шляхи (видалення сторонніх тіл, блювотних мас та ін.);
- Забезпечити фіксацію язика при його западанні; повітровід;
- За показаннями введення інтубаційної трубки;
- поліпшення прохідності дихальних шляхів введенням бронходилататорів;
- Трахеотомія (при неефективності попередніх заходів);
- Інгаляції кисню;
- Штучне дихання;
- Не можна вводити наркотики, барбітурати.
- В усіх випадках показано введення глюкокортикоїдів (мета - запобігання, зменшення набряку слизової).

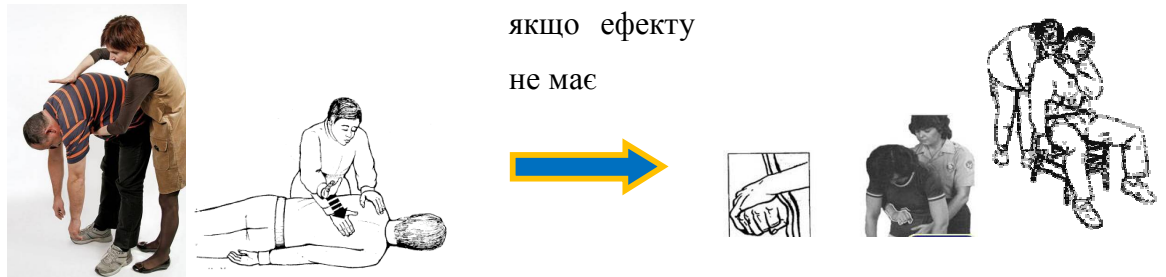
Забезпечення прохідності дихальних шляхів



Техніка відновлення прохідності дихальних шляхів:

Методика видалення інородного тіла з дихальних шляхів:

Необхідно покласти хворого на долівку чи нахилити допереду та 5 разів поплескати проміж лопаток, якщо ефекту не має потрібно виконати прийом Геймліха.



якщо ефекту
не має

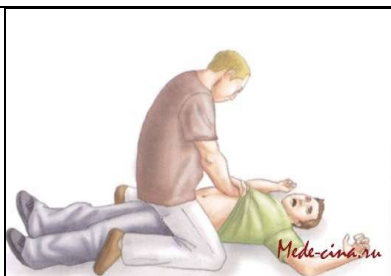
Прийом Геймліха найбільш ефективний при повній непрохідності верхніх дихальних шляхів та направлений на витиснення запасу повітря з невентильованого простору:

Необхідно встати за спиною постраждалого, котрий стоїть або сидить (якщо він ще на ногах і не втратив свідомості), обхопивши його руками. Стиснути одну руку в кулак і тією стороною, де великий палець, покласти її на живіт постраждалого на рівні між пупком і реберними дугами (у так званій епігастральній ділянці живота). Долоня іншої руки кладеться поверх кулака, швидким поштовхом вгору кулак вдавлюється в живіт. Руки при цьому потрібно різко зігнути в ліктях, але грудну клітку потерпілого не здавлювати. При необхідності прийом повторити кілька разів, поки дихальні шляхи не звільняться.

Дуже огрядним людям і вагітним прийом Геймліха краще проводити на частини грудної клітки.

Стисніть кулак і покладіть його на нижній кінець грудної кістки, безпосередньо над тим місцем, де з'єднуються ребра. Долонею іншої руки міцно обхопіть кулак і зробіть сильний поштовх вгору.

Якщо пацієнт втратив свідомість



1. Покладіть постраждалого на спину.
2. Сядьте верхи на стегна постраждалого, обличчям до голови.

3. Поклавши одну руку на іншу, помістіть підстава долоні нижньої руки між пупком і реберними дугами (в епігастральній ділянці живота)
4. Використовуючи вагу свого тіла, енергійно натисніть на живіт потерпілого в напрямку вгору до діафрагми.
5. Голова потерпілого не повинна бути повернута в сторону.
6. Повторіть кілька разів, поки дихальні шляхи не звільняться.
7. Якщо потерпілий не прийде в себе, починайте проведення СЛР за алгоритмом.

Не плескайте постраждалого по спині – це тільки погіршить його стан!!!

Якщо допомогу надавали рятувальники або середній медичний персонал, постраждалий повинен обов'язково бути оглянутий лікарем, навіть при сприятливому результаті.

Видалення інородного тіла (особливо у маленьких дітей)



Розташуйте дитину на своєму передпліччі лицем донизу, так щоб великий палець Вашої руки був у роті дитини та утримував нижню щелепу, інші пальці цієї кінцівки розташуйте на потилиці та шиї, ніжки дитини звисають по різні сторони передпліччя та нахиліть руку як наведено на малюнку. Після цього поплескайте долонею у між лопатковій ділянці дитини доти інородне тіло не опиниться у Вашій долоні.

↓ Якщо інородне тіло не видалили терміново переходьте до виконання прийому Геймліха





Посадіть дитину на коліна до себе спиною, розташуйте пальці своїх рук на епігастрії паралельно реберним дугам та рухаючи ними натисніть на епігастральну ділянку в напрямку до себе та догори



1. Покладіть дитину на спину на тверду поверхню і встаньте на коліна в його ногах, або тримайте його на колінах обличчям від себе.
2. Покладіть середні і вказівні пальці обох рук на живіт дитини на рівні між пупком і реберними дугами.
3. Енергійно натисніть на епігастральній ділянці в напрямку вгору до діафрагми, не здавлюючи грудну клітку. Будьте дуже обережні
4. Повторюйте, поки дихальні шляхи не звільняться.

Якщо дитині від 1 до 12 років

	Коли вага та зріст дитини не дозволяє розташувати її на руці: тоді можливо покласти на Ващі коліна животом донизу та поплескати долонею по спині	Не має ефекту протягом 15-20 с.	 Встати позаду страждалого, обхопити руками і зчепити їх в замок під реберної дугою, з силою натиснути на живіт
---	--	---------------------------------	--

Після виконання прийому вразі успіху не варто відразу прибирати руки, бо дитина може впасти. У разі зупинки серця слід притримати падаючого постраждалого.

Прийом Геймліха при утопленні

"Повітря не може потрапити в легені, поки ви не видалите звідти воду!"

- Якщо постраждалий лежить на землі



Переверніть постраждалого на спину. Поверніть його голову набік, щоб видалити воду з рота.

Сядьте верхи на стегна постраждалого, лицем до голови.

Поклавши одну руку на другу, натисніть долонями на ділянку між пупком і ребровими дугами (у епігастральну ділянку живота).

Використовуючи вагу свого тіла, енергійно натистіть на живіт постраждалого в напрямі вгору до діафрагми.

- Стоючи в басейні чи на міліні)

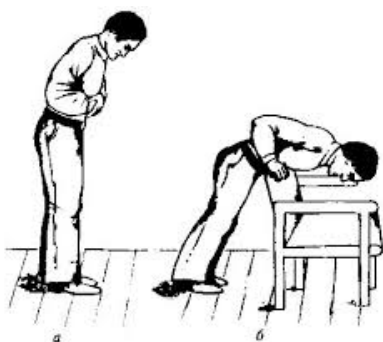


1. Необхідно встати за спиною постраждалого (якщо він ще на ногах і не втратив свідомості), обхвативши його руками.

2. Стиснути одну руку в кулак і тією стороною, де великий палець, покласти її на живіт постраждалого на рівні між пупком і ребрними дугами (у так звану епігастральну ділянку живота).

3. Долоня іншої руки кладеться поверх кулака, швидким поштовхом вгору кулак вдавлюється в живіт. Руки при цьому потрібно різко зігнути в ліктях, але грудну клітку постраждалого не здавлювати. 4. Повторювати, поки вода не перестане вилитися через рот.

Прийом Геймліха при похлинанні (САМОПОМІЧ)



1. Стискувати одну руку в кулак і тією стороною, де великий палець, покласти її на живіт на рівні між пупком і ребровими дугами.

2. Долоня іншої руки кладеться поверх кулака, швидким поштовхом вгору кулак вдавлюється в живіт.

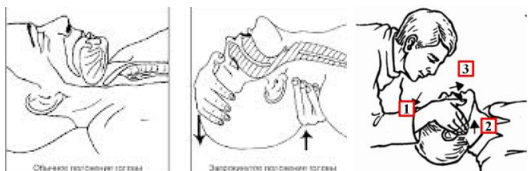
3. Повторити кілька разів, поки дихальні дороги не звільняться.

4. Спертися на горизонтальний предмет (кут столу, стілець, поручні), що міцно стоїть, і виробити поштовх в напрямі вгору в епігастральній області.

5. Обов'язково і якнайскоріше звернетесь до лікарки, навіть при сприятливому результаті.

Якщо прийом Геймліха виявився неефективним тоді потрібно проводити СЛР.

Для відновлення проходимості дихальних шляхів необхідно виконати прийом Сафара






1. розгинання голови,
2. висування нижньої щелепи допереду
3. відкрити рот

1) розгинання голови - Правую рукою необхідно тримати голову за лоба в положенні максимального тильного розгинання, підклавши під шию імпровізований валик (напр., власне передпліччя). При цьому у більшості постраждалих верхні дихальні шляхи звільняються від язика та його корня та стають вільними.

2) висування нижньої щелепи допереду

			
при допомозі більшого пальця		при використанні пальця	при обычном положенні голови
потрібно узяти першим пальцем лівої руки за передні зуби нижню щелепу, а другим і третім пальцями за підборіддя і підтягнути щелепу вперед і вниз	необхідно великий палець лівої руки розташувати на альвеолярному відростку нижньої щелепи, а останні пальці на нижній щелепі з боку дна порожнини і висунути щелепу вниз і вперед.	при пошкодженні альвеолярного відростка нижньої щелепи необхідно великий палець лівої руки розташувати на підборідді, а 2 і 3 на нижньому краю нижньої щелепи в області підборіддя і висунути щелепу вперед	обидві руки розташувати на нижній щелепі так щоб по чотири пальці фіксували кути нижньої щелепи, а великі на підборідді і висувати донизу і вперед нижню щелепу

3) відкрити рот, звільнити дихальні шляхи від інорідних тіл

	А) Ручним способом. Застосовується за відсутності підозр відносно пошкодження шийного відділу хребта. Для цього треба витягувати язика пальцями правої руки за допомогою шматка марлі, бинта або хустки. Після чого нижню щелепу слід утримувати лівою рукою. Голову повернути в крайнє праве положення і другим і третім пальцями, обернутими бинтом, хусткою або марлевою серветкою на затиску, очистити порожнину рота від вмісту (блювотних мас, мокроти, водоростей, вставних щелеп, згустків крові).	Для аспірації слизу, крові, їжі використовують електроаспіратори, які складаються з трубки еластичною до 5 мм в діаметрі, яка через перехідник подлючена до компресора, який втягує через себе в ємність вміст верхніх дихальних доріг завдяки вакууму який створюється компресором усередині приладу
	Б) аспірація за допомогою ручного аспілятора (груші)	

При цьому відновлюється проходимість дихальних шляхів.

Якщо є підозра на травму шийного відділу хребта, то лише висувають нижню

щелепу допереду та відкрити рот.



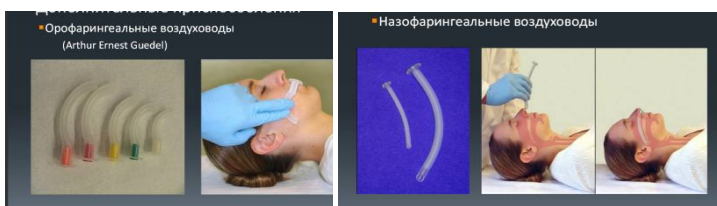
Необхідно обидві руки розташувати на нижній щелепі так щоб по 4 пальця фіксували кути нижньої щелепи та висували її до низу та наперед



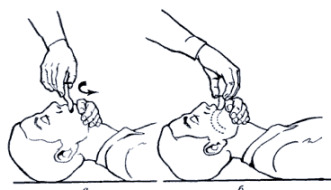
Потім фіксують шийний відділ хребта, не припиняючи тракцію вздовж вісі шейного відділу хребта та висувають нижню щелепу донизу та наперед

З метою підтримання прохідності дихальних шляхів необхідно:

1. підтримувати голову в положенні розгинання в атланта-окципітальному з'єднанні, а нижню щелепу – у виведеному допереду положенні;
2. якщо підозри на травму шийного відділу хребта на має необхідно повернути голову праворуч;
3. застосувати повітроводную трубку (у непритомних пацієнтів) для попередження западіння язика, після перевірки на наявність чурерідних тіл, вставленої щелепи.



Розмір орофарингеального та назофарингеального повітряводу визначається як відстань від мочки вуха до кута рота чи входа в порожнину носа відповідно



- а) Візьміть повітряводу в руки так, щоб згин дивився кривизною у бік язика, отвір повітряводу розташуйте вгору, до піднебення.
- б) Ввівши повітрявід приблизно на половину довжини, поверніть його на 180° і просуньте допереду (фланцевий кінець притискається до губ постраждалого).

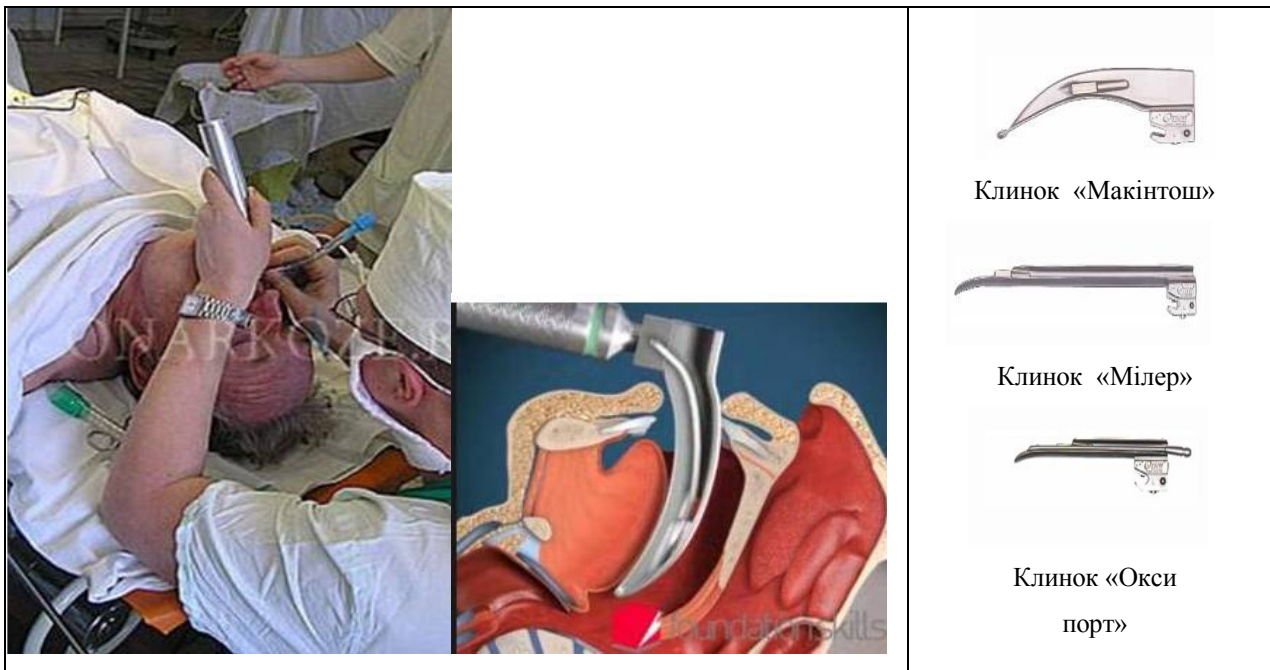
Якщо прохідність дихальних шляхів відновити не вдалося необхідно провести інтубацію трахеї.

Покази до проведення інкубації трахеї:

- апное;
- ризик аспірації ;
- загроза або наявність порушення дихання (пошкодження дихальних шляхів, щелепно-лицьова травма);
- закрыта черепно-мозкова травма;
- гіпоксемія, недивлячись на проведення киснетерапії;
- частота дихання менше 7 чи більше 40 за 1 хвилину (у дорослих);
- загроза зупинки дихання та серцевої діяльності (сепсис, важкі опіки).

Опис: Багаторазові, ларингоскопи, що піддіються стерилізації та адаптовані для роботи в умовах "швидкої допомоги". При з'єднанні замків рукоятки та клинка включення ларингоскопа відбувається автоматично. Різні розміри і типи клинків дозволяє інтубувати

дорослих, дітей, немовлят (у тому числі недоношених) з різними анатомічними розмірами голови, обличчя і верхніх дихальних шляхів. Живиться ларингоскоп від 2 батарейок 1,5 В типу С. За інтенсивної роботи можливе використання акумуляторів аналогічного типу.



Загальна характеристика інтубаційних трубок: виготовлені з прозорого полівінілхлориду, термопластичні (під дією температури тіла стає м'якою і змінює форму, пристосовуючись до індивідуальних анатомічних особливостей пацієнта, зменшуючи вірогідність пошкодження слизових оболонок і дискомфорту пацієнта), стійкі до перегинів, наявність очка Мерфі забезпечує прохідність трубки при блокаді мокротою її дистального кінця, рентгеноконтрастна лінія упродовж і розмітка по глибині (відповідають внутрішньому діаметру в мм) дозволяє точно визначити розташування трубки.

Інтубаційні трубки для оро-трахеальної інтубації



Ендотрахеальна трубка з манжетою низького тиску, резистентною до закису азоту, делікатна манжета "Софтвер Сеал" – низького тиску, резистентна до закису азоту. Оригінальна форма манжети "Профайл". Пілот-балон великого об'єму з інформацією про розмір трубки і максимальний діаметр роздутої манжети. Розміри: 5, 5.5, 6, 6.5, 7, 7.5, 8, 8.5, 9, 9.5



Ендотрахеальна трубка з манжетою низького тиску "південна". Сформований каудальний вигин. Манжета "Софт-Сеал" низького тиску, резистентна до закису азоту. В щелепно-лицьовій хірургії, нейрохірургії та хірургії ЛОР-органів. Розміри: 5.0, 5.5, 6.0, 6.5, 7.0, 7.5, 8.0, 8.5, 9.0мм



Трубка ендотрахеальна "північна", з манжетою (у хірургії голови і шиї). Сформований краніальний вигин, манжета низького тиску "Профайл". Розміри 6.0, 6.5, 7.0, 7.5, 8.0, 8.5, 9.0 мм.

Інтубаційні трубки для назо-трахеальної інтубації

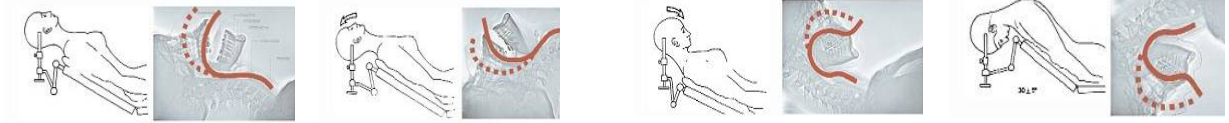


Без манжети "північна" назальна в щелепно-лицьовій хірургії. Сформований краніальний вигин. Розміри: 6.0, 6.5, 7.0, 7.5, 8.0 мм.

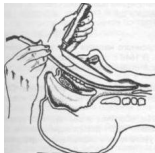


Ендотрахеальна трубка без манжети "південна" сформований каудальний вигин. Застосовують для анестезії в щелепно-лицьовій хірургії, нейрохірургії і хірургії ЛОР-органів у дітей. Розміри: 3.0, 3.5, 4.0, 4.5, 5.0, 5.5, 6.0, 6.5, 7.0, 7.5мм

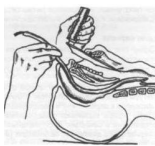
Положення хворого при інтубації трахеї



Техніка виконання інтубації трахеї



При порушенні свідомості, відсутності певних ознак пошкоджень шийного відділу хребта, ротової порожнини, глотки проводиться орофарингеальна інтубація. Дорослим вводиться трубка великого діаметру (7,0 - 8,0 мм).

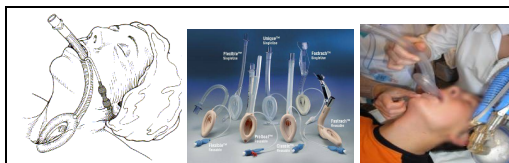


При пошкодженні шийного відділу хребта, травм ротової порожнини, глотки і збереженій свідомості краще проводити назофарингеальну інтубацію.

Ларингеальна маска - невелика надувна гумова маска еліпсоподібної форми, яка фіксована на кінці трубки і після встановлення під надгортанник роздувається введенням через окремий порт 10-15 мл повітря. Цим забезпечується з'єднання просвіту трубки з гортанню і відмежування від останньої гортаноглотки.

Переваги в порівнянні з ендотрахеальною трубкою:

- введення ЛМ не має потреби візуального контролю (ларингоскопія)
- не вимагає класичною міорелаксації.
- по завершенню наркозу ЛМ легко усувається, не викликаючи роздратування або травмування ротоглотки,
- сприяє комфортному виходу пацієнта із знеболення.



LMA Classic - класична ларингеальна маска;

LMA Flexible - ларингеальна маска з гнучким повітряводом, армована проволокою;

LMA Flexible Single Use - одноразова ларингеальна маска с гнучким воздуховодом, гнучким повітряводом, армована проволокою;

LMA Fastrach - ларингеальна маска, яка може бути використана як пристрій для інтубації;

LMA Fastrach Single Use - одноразова ларингеальна маска, яка може бути використана як пристрій для інтубації;

LMA ProSeal - ларингеальна маска дозволяє досягати герметизації до 60 см водного стовпа, забезпечена дренажною трубкою;

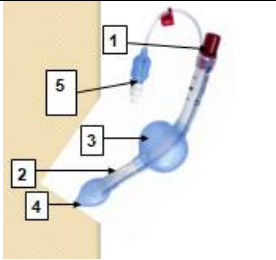
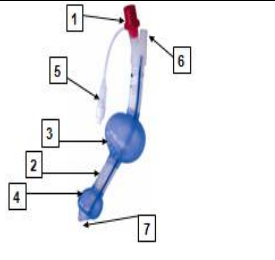
LMA CTrach - ларингеальна маска, забезпечена рідкокристалічним монітором, що дозволяє детально візуалізувати процес інтубації (зручно для навчання)

LMA Unique - Одноразова, стерильна, повністю готова до використання ларингеальна маска)

Ларингеальная трубка ЛТ - сучасна модифікація стравохідних обтураторів, що є альтернативою традиційної інтубації трахеї. ЛТ вводиться без використання ларингоскопа

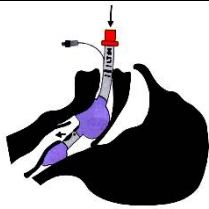
і повноцінно підтримує прохідність дихальних шляхів, захист їх від аспірації шлунковим вмістом, а також оптимізує ШВЛ. Дана методика дозволена до вживання лікарським і фельдшерським виїзним бригадам швидкої медичної допомоги.

ЛТ вдає із себе s-подібну трубку, забезпечену системою манжет для герметизації дихальних шляхів і захисту їх від аспіраційних ускладнень. Випускаються 2 модифікації одноразових ЛТ:

	<p>однопросвітна трубка без каналу для дренивання шлунку ЛТ</p>		<p>двохпросвітна трубка з можливістю дренивання шлунку LTS</p>
<p>Загальна будова ЛТ и LTS:</p> <p>1 - дихальний канал з коннектором для приєднання апарату ШВЛ 2 – дистальний отвір дихального каналу 3 – проксимальна манжета 4 – дистальна манжета 5 – магістраль з клапаном для одночасного роздування манжет</p>		<p>Особливості LTS:</p> <p>7 – дистальний отвір каналу для декомпресії шлунку 6 – крізний канал для декомпресії шлунку</p>	

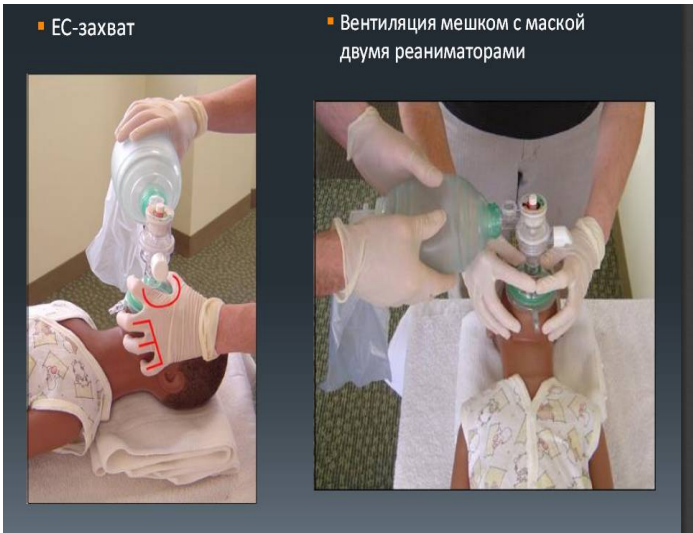
Методика застосування ларінгеальної трубки: ЛТ повинна строго підбиратися за розміром залежно від ваги (у дітей) або зросту (у дорослих) пацієнтів. Випускаються 7 розмірів ЛТ (таблиця). ЛТ із здутими манжетами вводиться через рот «усліпу» без зміни положення голови пацієнта і просувається до розташування широкого меточного кільця трубки на рівні верхніх різців. Спеціальна S-подібна форма ЛТ **гарантує** попадання трубки в стравохід. **ЛТ ніколи не проходить через голосові зв'язки**.

За допомогою шприца, що додається, одномоментно роздувати обидві манжети трубки. Кількість повітря, що вводиться, залежить від розміру ЛТ і визначається по кольоровому маркуванню на коннекторі трубки та шприці. Дистальна манжета обтурірує просвіт стравоходу, захищаючи дихальні шляхи від шлункового вмісту (мал. 2). Проксимальна манжета обтурірує ротоглотку, герметизуючи дихальні шляхи та перешкоджає западінню надгортанника. Дихання здійснюється через дихальний канал трубки через вільні голосові зв'язки. До коннектора ЛТ приєднується дихальний апарат (мішок типа Амбу або автоматичний респіратор) для проведення ШВЛ. ЛТ закріплюється пластиром або бинтом довкола голови. Через дихальний канал можливе проведення санації трахеї і бронхів за допомогою катетерів для відсмоктування і аспірації. У ЛТ модифікації LTS можливе проведення тонкого зонда через крізний стравохідний канал для дренивання шлунку (видалення повітря і рідини). Діаметр стравохідного каналу не дозволяє повноцінно промити шлунок з видаленням харчових мас.



Переваги методики (в порівнянні з традиційною інтубацією трахеї):

- 1) Швидкість виконання (10-15 секунд);
- 2) Технічна простота, що не вимагає використання ларингоскопа;
- 3) Менша травматичність;
- 4) Метод вибору при переломі щелеп і нестабільності шийного відділу хребта;
- 5) Метод вибору при невдалій інтубації трахеї



Призначений для ефективної ШВЛ при дихальній недостатності, що проводиться уручну у дорослих і у дітей з масою тіла більше 15 кг. Застосовується в умовах швидкої допомоги і екстреної медицини, відділеннях інтенсивної терапії, реанімації і анестезіології лікарень і клінік.

Особливості апарату:

- Обмеження тиску вдиху запобіжним клапаном.
- Можливість вентиляції з позитивним тиском кінця видиху (ПДКВ).
- Ефективне використання кисню, що подається від зовнішнього джерела.
- Мішок дихальний ручний і клапан виготовлені з силіконової гуми, що дає можливість проводити парову стерилізацію при температурі 120 °С.

3. Создание штучного дихального шляху :

Конікотомія - розтин конічної в'язки у дітей молодше 12 років, може застосовуватися як альтернатива трахеостомії. Але вона вважається тимчасовою мірою, бо може забезпечити адекватну вентиляцію лише протягом 30 хвилин. Виконується шляхом пункції крікотіреїдної в'язки 5 мл шприцом з ангиокатетером 12 - 14 калібру і приєднанням до канюлі катетера адаптера 3 мм педіатричної ендотрахеальної трубки. За допомогою Y- подібного переходника можна подавати кисень через трубку та адаптер із швидкістю 15 л/хв.

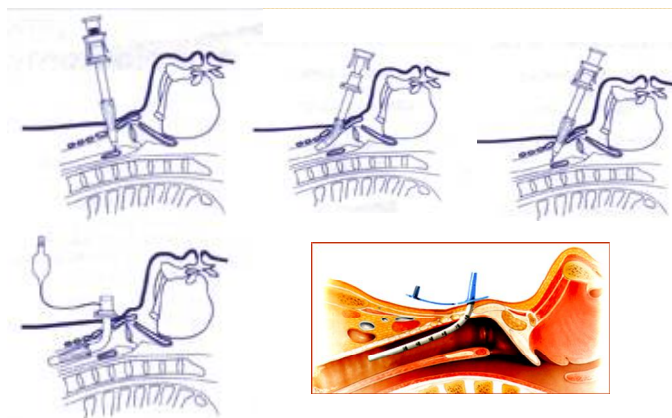
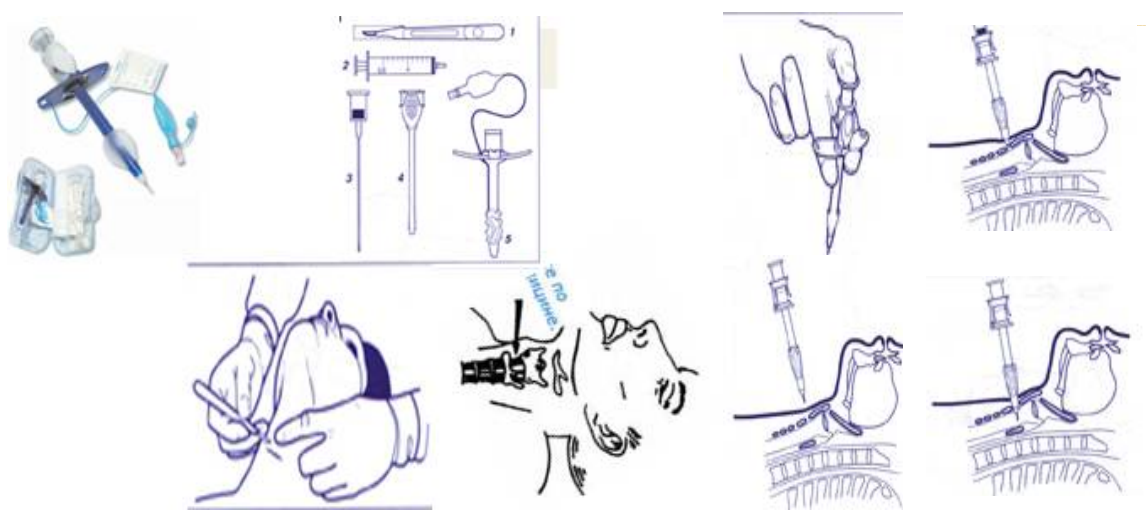
На догоспітальному етапі переважно застосовують трахеостомію - розріз кілець трахеї.

Виконується у пацієнтів старше за 12-роки при:

- обширній травмі особи, яка не дозволяє провести ларингоскопію;

- обструкції верхніх дихальних шляхів в наслідок набряку, кровотечі або чужорідного тіла;
- невдалій ендотрахеальній інтубації.

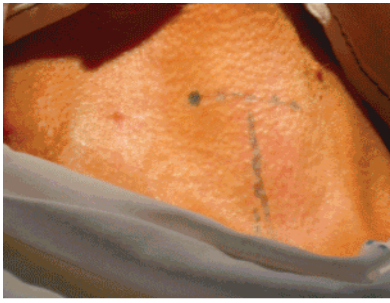
Хворий лежить на спині, під лопатки підкладається валик, голова закидається назад. Пальпаторно знаходиться конічна в'язка, розташована між щитовидним і перстневидним хрящами. В умовах асептики, після проведення місцевого знеболення, над конічною в'язкою робиться невеликий розріз шкіри, потім коникотомом проколюється конічна в'язка, витягується мандрен, і що залишилася в рані трахеостоміческа трубка фіксується будь-яким доступним методом



извлекается мандрен, и оставшаяся в ране трахеостомическая трубка фиксируется любым доступным методом



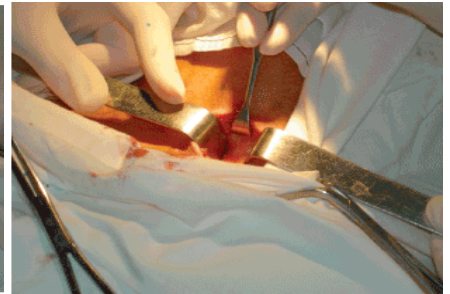
Техніка трахеостомії



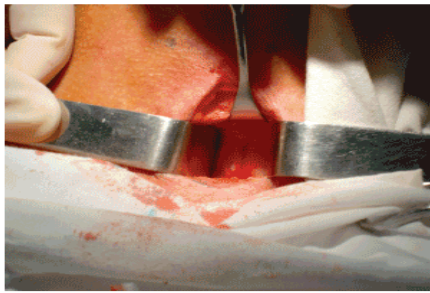
Разметка кожного разреза по передней поверхности шеи



Разрез кожи и подкожно-жировой клетчатки по передней поверхности шеи от перстневидного хряща до яремной вырезки



Выделение передней стенки трахеи тупым путем



Вскрытие передней стенки трахеи



Формирование трахеостомы



Установка трахеостомической трубки

Подача кисню здійснюється:

- централізовано в ЛПУ,
- використовуючи балони, заправлені киснем,
- через кисневі подушки.

Подача стислого повітря може бути від компресора медичного повітря, а кисню від спеціального концентратора.

Апарати штучної вентиляції легенів (дихальний апарат, респіратор, вентилятор)

призначені для примусової подачі газової суміші, що складається з кисню і стислого повітря в легені з метою насичення крові киснем і видалення вуглекислого газу з легеней.

Залежно від режимів, що є в апараті, вентиляція може бути:

- ❖ інвазивною (з використанням інтубаційної трубки)
- ❖ неінвазивній ШВЛ (з використанням маски)
- ❖ в апаратах окрім механічних режимів зазвичай є можливість проведення ручної вентиляції.

За типом приводу, апарати ШВЛ поділяють на:

- ❖ Електропровідні
- ❖ Пневматичний (від стислого повітря)
- ❖ Турбінний тип приводу.

Апарат А-ІВЛ/ВВЛ-"ТМТ" призначений для проведення керованої ШВЛ і допоміжної штучної вентиляції легенів (ДШВЛ) киснево-повітряною сумішшю в умовах виїздної служби інтенсивної терапії і реанімації, вдома, в медичному транспорті при рятувальних заходах, а також в палатах інтенсивної терапії в медичних лікувальних установах.

Апарат призначений для дорослих і дітей від року. Апарат забезпечує: керовану ШВЛ з перемиканням дихального циклу за часом з активним вдихом і пасивним видихом; допоміжну ШВЛ в режимах отклікання на дихальні зусилля пацієнта ("на вимогу") і примусової подачі дихального газу за відсутності дихального зусилля пацієнта ("автоматичний"). Апарат забезпечує проведення наступних реанімаційних (дихательних) заходів: керовану ШВЛ дорослим і дітям доросліше ніж 6 років; керовану ШВЛ дітям у віці від 1 року до 6 років; допоміжну штучну вентиляцію легенів (ДШВЛ) дорослим і дітям доросліше ніж 6 років; допоміжну штучну вентиляцію легенів (ДШВЛ) дітей у віці від 1 року до 6 років. Габаритні розміри апарату не більше 233x100x248 мм. Вага апарату (без балона та редуктора) не більше ніж 2,6 кг.

Заключний етап:

Якщо дихальні шляхи звільнені: відновиться дихання, відновиться колір шкіри.

7 Практичні навички з теми:

Оцінити та забезпечити прохідність верхніх дихальних шляхів за допомогою потрійного прийому Сафара; здійснити прийом Г еймліха. Освоїти методику виконання конікопункції та конікотомії. Оволодіти технікою внутривенних, внутрікісткових інекцій

Визначити абсолютні та відносні ознаки клінічної смерті. Оволодіти сучасною технікою виконання серцево-легеневої реанімації. Користуватись необхідним інструментарієм та апаратурою, яка застосовується в роботі бригади ШМД (щит, шийний комірць, сучасні транспортні шини, іммобілізаційна жилетка, відсмоктувач, апарат ЕКГ, тощо).

Працювати з ручними дихальними апаратами, проводити ШВЛ за допомогою мішка АМБУ. Володіти портативними апаратами ШВЛ. Застосовувати різноманітні повітропроводи, виконувати техніку введення ларингеальної маски, ларингеальної трубки. Підготувати та застосувати дефібрилятор і ЕКГ апарат до роботи, провести дефібриляцію та зняти ЕКГ, в т.ч. за допомогою сучасного кардіокомплексу Life-Pack. Виконати інтубацію трахеї на манекені. Діагностувати основні види та надати невідкладну допомогу хворим з основними видами гострої дихальної недостатності.

1. Запитання для контролю знань.

1. Патогенез, клініка, діагностика і лікування обструкції дихальних шляхів у пацієнтів різних вікових груп.
2. Забезпечення прохідності дихальних шляхів шляхом закидання голови назад або виведення нижньої щелепи (висування вперед). Потрійний прийом Сафара.
3. Забезпечення прохідності дихальних шляхів при травмі шийного відділу хребта.
4. Ревізія і очищення ротової порожнини ручним і апаратним способами.

5. Застосування ротогорлової (орофарингеальної) і носогорлової (назофарингеальної) трубки.
6. Вентиляція легень постраждалого через маску з використанням ручного апарата для штучної вентиляції легень (Амбу), подання кисню.
7. Показання і техніка інтубації постраждалого.
8. Застосування альтернативних методів забезпечення прохідності дихальних шляхів за допомогою ларингеальної маски, ларингеальної трубки, комбітьюба.
9. Симптоми часткової і повної непрохідності дихальних шляхів при попаданні стороннього тіла, методи її відновлення. Прийом Геймліха.
10. Показання і техніка конікопункції та конікотомії.
11. Показання та техніка трахеотомії

2. Задачі

1. Дівчинка 12 років витягнута з води через 3 хвилини після утоплення в ріці. Реанімаційні заходи до приїзду ШМД проводили батьки. Вдалося домогтися спонтанних рідких серцевих скорочень, але дихання не відновилося. Що повинен зробити лікар негайно:
 - A. "Потрійний прийом" за П. Сафаром;
 - B. Інтубацію трахеї, санацію дихальних шляхів, ШВЛ;
 - C. Непрямий масаж серця;
 - D. Внутрішньовенно ввести адреналін;
 - E. Внутрішньовенно ввести атропіну сульфат.
2. Робітник попав під дію електричного струму декілька хвилин тому. Втратив свідомість. Мали місце судоми. Дія струму була припинена. Хворий лежить, дихання відсутнє, пульс не визначається, шкіра ціанотична, зіниці широкі, на світло не реагують. Яку першочергову допомогу слід надати?
 - A. Введення знеболюючих речовин;
 - B. Введення протисудомних препаратів;
 - C. Внутрішньовенне введення реополіглюкіну;
 - D. Закритий масаж серця і штучна вентиляція легень;
 - E. Внутрішньовенне введення дихальних аналептиків.
3. Яких заходів треба вжити в першу чергу, якщо з моменту початку фібриляції шлуночків серця пройшло 30 секунд?
 - A. Терміново провести дефібриляцію
 - B. Почати непрямий масаж серця та ШВЛ
 - C. Ввести адреналін
 - D. Нанести "прекардіальний удар"

- Е. Встановити прохідність дихальних шляхів
- 4. Яка тривалість життєдіяльності організму в стані клінічної смерті? {
 - А. 4-5 хвилини.
 - В. 5-7 хвилин.
 - С 8-9 хвилин.
 - Д. 10-12 хвилин.
 - Е. 13-15 хвилин.
- 5. Яка з цих ознак не належить до основних ознак клінічної смерті? {
 - А. відсутність артеріального тиску
 - В. відсутність пульсації над стегною артерією С відсутність дихання
 - Д. мідріаз, зіниці не реагують на світло
 - Е. відсутність пульсації над сонною артерією

Задача 1.

Постраждалий, приблизно 45 років, лежить на майданчику, і один з оточуючих проводить йому штучну вентиляцію легень, розводячи руки та стискаючи ними грудну клітку. Постраждалий непритомний. Зіниці розширені, рефлекси відсутні, пульс на сонних артеріях не визначається. Дихання відсутнє. Шкіра блідо-сірого кольору.

1. Визначте, стан постраждалого.
2. Вкажіть заходи з правильного надання медичної допомоги.

Задача 2. Прогулюючись берегом озера студент помітив, як дівчинка, віком 4-х років, впала в озеро та зникла під водою. Вкажіть послідовність необхідних дій рятувальника.

Правильні відповіді на тести і ситуаційні задачі: Еталони відповідей: 1-А; 2 - D; 3 - А; 4 - А; 5 - А..
Задача 1. Стан клінічної смерті. Очистити ротову порожнину; закинути голову назад; проводити ШВЛ «рот до рота» та закритий масаж серця до прибуття спеціалізованої бригади.

Задача 2. Витягнути дитину із води; очистити порожнину рота пальцем, огорнутим шматком тканини; проводити ШВЛ «рот до рота» та закритий масаж серця до тих пір, поки не прибуде машина "швидкої допомоги".

10. Література.

1. Г.Г. Роцін, В.О. Крилюк та ін. Екстрена медична допомога(базова підтримка життя). Київ, 2009.125с.
2. Авруцкий Г.Я., Балаболкин М.И., Баркачан В.С. и др. Справочник по оказанию скорой и неотложной медицинской помощи. - Ростов-на -Дону: Феникс, 1995. -Т.1. - 576 с.; Т.2.- 575 с.

3. Алгоритм экстренной медицинской помощи при неотложных состояниях на догоспитальном этапе. Луганск, 2000.
4. Бунятян А.А. Справочник по реаниматологии и анестезиологии. -М.: Медицина, 1989. 272 с.
5. Довідник з медичної допомоги на догоспітальному етапі (за редакцією І. С. Зозулі). Київ, “Здоров’я”, 1998.
6. Ковальчук Л.Я., Гнатів В.В., Бех М.Д і ін. Анестезіологія реанімація та інтенсивна терапія невідкладних станів. - Тернопіль: Укрмедкнига, 2003. - 324 с.
7. Москаленко В. Ф., Рошчін Г. Г., Нацюк М. В. та ін. Стандарти надання невідкладної медичної допомоги на догоспітальному етапі за протоколами. В кн.: Проблеми військової охорони здоров’я. Київ, 2000, с. 293 - 297
8. Терентева Л.М., Островерхова Е.Г. Анестезіологія і реанімація. - Л.: Медицина, 2002.
9. Регеда М.С., Кресюна В.Й. Невідкладні стани. - Львів, 2003. - 890 с.
10. Сафар П. Сердечно-легочно-мозковая реанимация /Пер. с англ. - М.: Медицина, 2004.
11. Усенко Л.В. Посібник для практичних занять з анестезіології та реанімації. - Київ: Здоров’я, 2003.
12. Учебное руководство по реанимации новорожденных (под ред. Л. Чамейдеса). М. АМСЗ, 2002.
13. Єпішин А.В. Діагностика і лікування невідкладних станів у клініці внутрішніх хвороб. - Тернопіль, 2002.
14. Чорнобровий М.П. Критичні стани в пульмонології. - Київ: Здоров’я, 2003. - 168 с.

Тема 8. Екстрена медична допомога при масових ураженнях.

1. Кількість годин 2

2. **Обґрунтування теми** Втрати під час надзвичайних ситуацій виникають, як правило, раптово, є масовими настільки, що перевищують можливості системи охорони здоров'я у наданні до госпітальної медичної допомоги потерпілим в оптимальні для порятунку їхнього життя терміни. Принципи і методи, які застосовуються в звичайних умовах, є малоефективними. Тому необхідно застосовувати особливі організаційні принципи надання екстреної медичної допомоги при масових ураженнях під час надзвичайних ситуацій, більшість із яких почерпнуті з досвіду діяльності військової медицини.

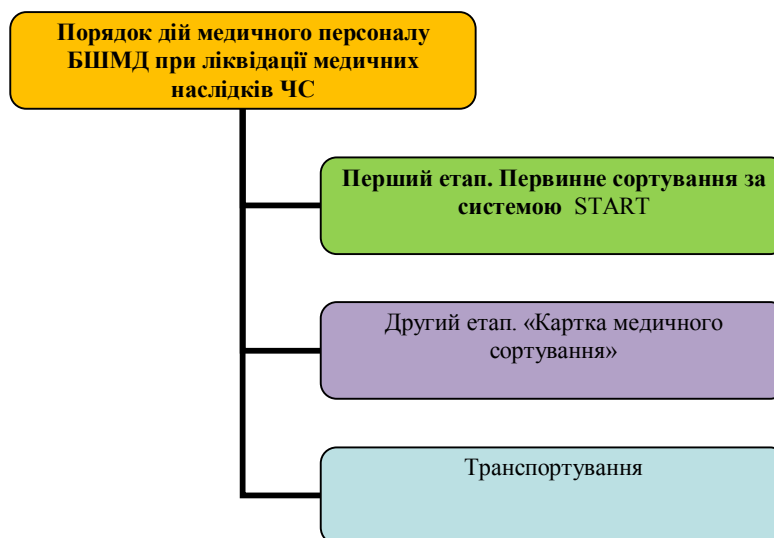
3. Мета заняття:

- загальна навчити студентів проводити медичне сортування хворих згідно системи старт:
- конкретна навчити проводити сортування хворих та заповнювати відповідну документацію:

а) знати сортувальні ознаки

б) вміти проводити сортування хворих, заповнювати супровідні документи, застосовувати сортувальні браслети.

4. Граф логічної структури теми.

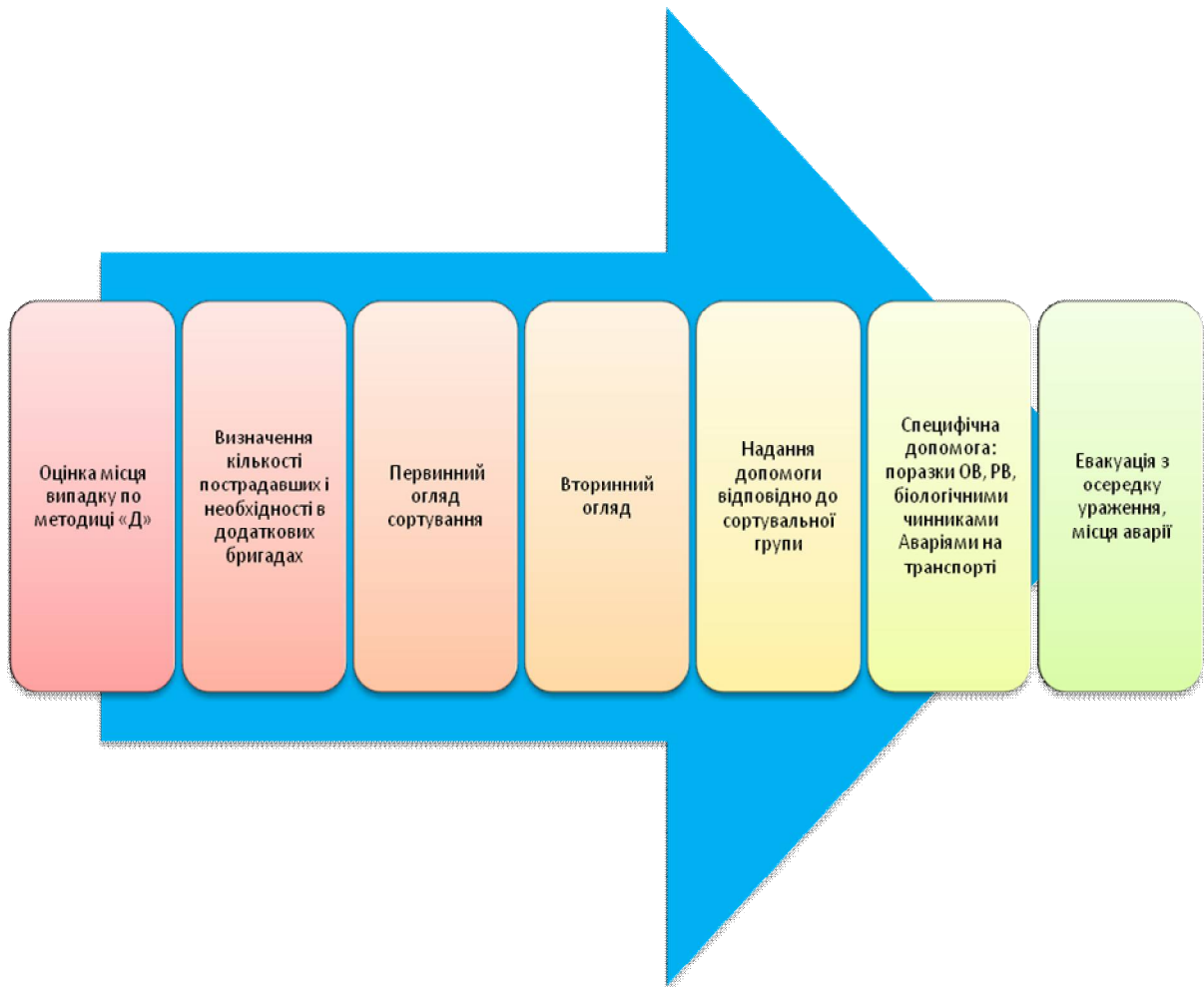


5. Матеріальне та методичне забезпечення теми.

- Мультимедійний проектор, ноутбук.
- Навчальні стенди, таблиці, слайди.
- Сортувальні браслети і талони.
- Імітаційні картки для проведення медичного сортування.

6. Матеріали для практичного заняття: методична розробка, мультимедійна презентація

Порядок дій медичного персоналу БШМД при ліквідації медичних наслідків ЧС (масового ураження людей)

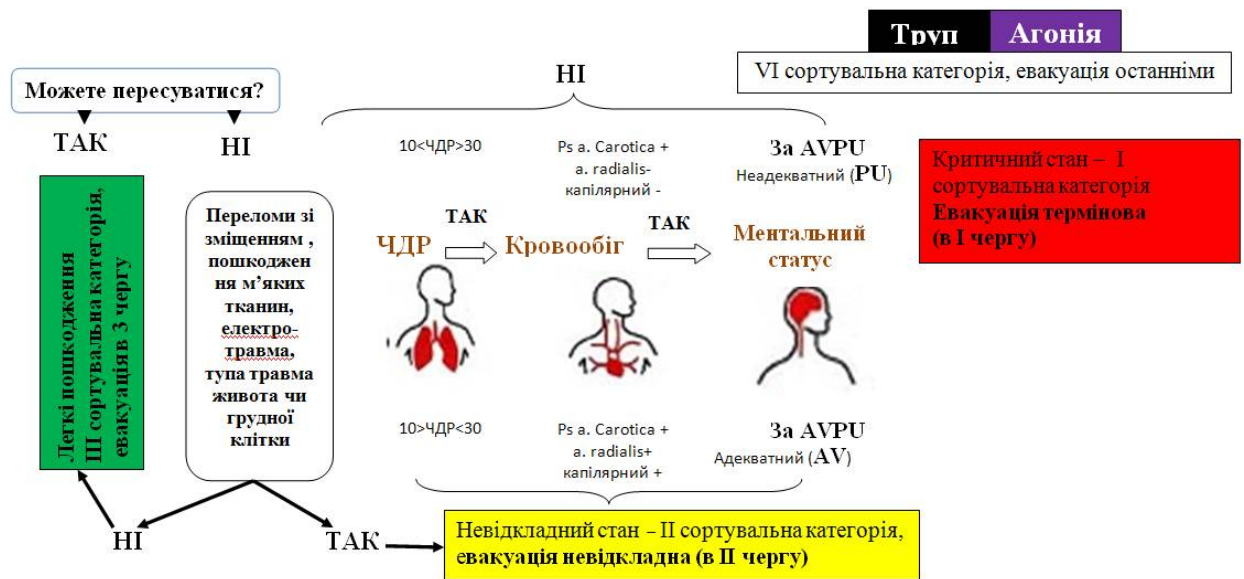


Проводиться сортування постраждалих в залежності від потреби в наданні допомоги та послідовності евакуації лікарями, фельдшерами, медсестрами згідно з Наказом МОЗ УКРАЇНИ № 366 від 18.05.2012 « Про затвердження Загальних вимог щодо проведення медичного сортування постраждалих і хворих та форм медичної документації»

Перший етап медсортування – визначаються сортувальні категорії, проводиться на місці події, проте на безпечній відстані від дії пошкоджуючи факторів, постраждалий маркується браслетом (тривалість не довше ніж 60 с)

Обсяг меддопомоги: відновлення дихання (у дорослих СРЛ), у дитини до 8 років – спочатку 5 штучних вдихів, визначають ознаки внутрішньої кровотечі (визначають капілярний пульс, визначають рівень свідомості AVPU).

ПЕРВИННЕ МЕДИЧНЕ СОРТУВАННЯ ЗА СИСТЕМОЮ START



Спочатку визначають осіб, що можуть пересуватися. Хворі, що компенсовані, не мають пошкоджень, або вони у вигляді забоїв м'яких тканин, переломів верхніх кінцівок без порушення вітальних функцій позначають зеленим – потребують евакуації в 3 чергу та амбулаторного лікування. Поміж тих, що не можуть пересуватися проводять оцінку дихання, кровообігу та оцінюють ментальний статус. Якщо ЧДР більше 30 на хвилину, не визначається пульс на периферії, капілярний пульс негативний та постраждалий неадекватний, його помічають червоним кольором – критичний стан – потребує допомоги та транспортування в першу чергу. Якщо є переломи зі зміщенням, пошкодження м'яких тканин, електротравма, тупа травма живота чи грудної клітки проте постраждалий адекватний, має компенсовані вітальні функції – помічають жовтим – невідкладний стан, таким хворим надають допомогу та евакуюють у 2 чергу. Якщо вітальні функції не визначаються, або вони є неадекватними – постраждалого помічають фіолетовим (потребують симптоматичного лікування) або чорним кольором (труп) та евакуюють в останню чергу.

Другий етап проводиться на сортувальній площадці, під час транспортування до ЛПУ, в приймальному відділенні ЛПУ, заповнюється «Картка медичного сортування» (№ 109-2/о). **Базовий об'єм медобстеження:** АТ; Ps (на центральних та периферійних артеріях); ЧДР; капілярний пульс, моніторинг життєвих показників, сатурація крові.

Сортувальна категорія может змінюватися при покращенні чи погіршенні стану постраждалого та робиться примітка в «Картка медичного сортування» та відповідно змінюється браслет.

Після надання допомоги проводиться розподіл постраждалих за сортувальними категоріями відповідно до критеріїв, указаних у пункті 2 розділу III цих Загальних вимог. Установлення сортувальної категорії для постраждалого повинно здійснюватися в найкоротший термін, але не більше 60 секунд. Після встановлення сортувальної категорії постраждалому одягають на праву руку сортувальний браслет відповідного кольору.

З присвоєними сортувальними браслетами постраждалі переносяться або спрямовуються до сортувального полотнища, колір якого відповідає кольору сортувального браслета, що позначає сортувальну категорію, до якої був віднесений постраждальий за результатами проходження першого етапу медичного сортування. Перша черга надається червоній сортувальній категорії, потім жовтій. Постраждалі, які віднесені до зеленої сортувальної категорії, спрямовуються для самостійного переміщення до сортувального полотнища або супроводжуються медичними працівниками. Момент надходження/передачі постраждалого на сортувальне полотнище сортувального майданчика є закінченням першого етапу медичного сортування.

2.3. На другому етапі медичного сортування медичні працівники (лікар, фельдшер, медична сестра) надають постраждалим медичну допомогу, ураховуючи базовий обсяг медичної допомоги для цього етапу, передбачений пунктом 2 розділу II цих Загальних вимог. На цьому етапі заповнюється картка медичного сортування на кожного постраждалого, який пройшов медичне сортування. Для надання медичної допомоги на сортувальних полотнищах повинен бути залучений досвідчений медичний персонал.

3. Роботою медичного персоналу на сортувальних майданчиках керує підготовлений та кваліфікований фахівець (далі - керівник сортувального майданчика), який організовує роботу медичних працівників, має інформацію про мережу закладів охорони здоров'я району або міста та може налагодити своєчасну евакуацію постраждалих, співпрацювати з рятувальними службами, працівниками міліції, представниками інших служб. У випадку, коли на місце надзвичайної ситуації першою прибуває бригада швидкої медичної допомоги, організацію та проведення медичного сортування відповідно до розділів II - V цих Загальних вимог забезпечує лікар чи фельдшер бригади швидкої медичної допомоги.

4. Після отримання інформації про загальну кількість постраждалих керівник сортувального майданчика, якщо це необхідно, визначає потребу в залученні додаткової кількості бригад швидкої медичної допомоги з власної зони обслуговування з розрахунку 2 бригади на 3 постраждалих, 3 бригади на 5 постраждалих, 5 бригад на 10 постраждалих. За наявності 50 постраждалих і більше кількість бригад швидкої медичної допомоги повинна становити в середньому не менше 20 % від кількості постраждалих.

5. Якщо очікуване число постраждалих більше ніж кількість бригад швидкої медичної допомоги, яка може бути виділена територіальною станцією швидкої медичної допомоги для їх обслуговування, то остання інформує відповідний територіальний центр екстреної медичної допомоги і медицини катастроф з метою залучення додаткових бригад постійної готовності першої черги (бригади швидкої медичної допомоги), а за потреби спеціалізованих бригад другої черги.

6. Після завершення медичного сортування постраждалих та їх евакуації в заклади охорони здоров'я керівник сортувального майданчика готує письмову інформацію, викладену в довільній формі, яка повинна містити такі дані:

дату, час та місце виникнення надзвичайної ситуації;

початок (визначається від моменту надходження першого постраждалого на сіре полотнище (перший етап медичного сортування) до закінчення медичного сортування (визначається при евакуації останнього постраждалого));

кількість постраждалих та їх розподіл відповідно до сортувальних категорій;

кількість медичних працівників, які були задіяні при медичному сортуванні;

кількість бригад швидкої медичної допомоги, які були задіяні при ліквідації медичних наслідків надзвичайної ситуації.

Інформація подається керівнику закладу охорони здоров'я та голові відповідної державної адміністрації, на території якої відбулася надзвичайна ситуація. Разом з письмовою інформацією керівник сортувального майданчика подає до відділу статистики закладу охорони здоров'я, де він працює, відривні елементи карток медичного сортування, кількість яких має збігатися з кількістю виданих карток медичного сортування.

7. Практичні навички з теми. Проведення сортування постраждалих

8. Запитання для контролю знань.

1. Загальні принципи детоксикаційної терапії на догоспітальному етапі. Андидотна терапія.
2. Порядок дій бригад екстреної медичної допомоги у безпечному вогнищі масового ураження.
3. Первинне медичне сортування за системою START.
4. Правила використання сортувальних браслетів і талонів.
5. Поняття про бригади постійно готовності першої черги, спеціалізовані бригади постійної готовності другої черги, мобільні польові бригади, їх формування і завдання.

6. Роль відділень екстреної медичної допомоги багатопрофільних лікарень в оптимізації надання медичної допомоги при масових ураженнях.

9. Задачі

1. Робітник попав під дію електричного струму декілька хвилин тому. Втратив свідомість. Мали місце судоми. Дія струму була припинена. Хворий лежить, дихання відсутнє, пульс не визначається, шкіра ціанотична, зіниці широкі, на світло не реагують. Яку першочергову допомогу слід надати?

- A. Введення знеболюючих речовин;
- B. Введення протисудомних препаратів;
- C. Внутрішньовенне введення реополіглюкіну;
- D. Закритий масаж серця і штучна вентиляція легень;
- E. Внутрішньовенне введення дихальних аналептиків.

2. . Головна умова можливості транспортування після надання допомоги хворому в стані клінічної смерті?

- A. В/в доступ
- B. Успішна інтубація
- C. Відновлення самостійної серцевої діяльності
- D. Наявність транспортного засобу
- E. Звуження зіниць

3. Для проведення штучного дихання лікар ЕМД встановив, що закидання голови хворого майже неможливе у зв'язку з малорухомістю шийного відділу хребта. Які додаткові дії необхідно виконати за цих обставин?

- A. Підняти нижню щелепу хворого догори та відкрити йому рота, при помірному відхиленні голови
- B. Повернути закинуту голову хворого вбік та відкрити йому рота
- C. Покласти під голову хворого подушку
- D. Прикласти додаткове зусилля для максимального закидання голови хворого
- E. Положити подушку або складений рушник під плечі хворого.

4. Постраждалий, приблизно 45 років, лежить на майданчику, і один з оточуючих проводить йому штучну вентиляцію легень, розводячи руки та стискаючи ними грудну клітку. Постраждалий непритомний. Зіниці розширені, рефлексів відсутні, пульс на сонних артеріях не визначається. Дихання відсутнє. Шкіра блідо-сірого кольору.

- 1. Визначте, стан постраждалого.
- 2. Вкажіть заходи з правильного надання медичної допомоги.

Правильні відповіді на тести і ситуаційні задачі: Еталони відповідей: 1 - D; 2 - C; 3 – A;

4. Стан клінічної смерті. Очистити ротову порожнину; закинути голову назад; проводити ШВЛ «рот до рота» та закритий масаж серця до прибуття спеціалізованої бригади.

10 Література.

1. Г.Г. Рошін, В.О. Крилюк та ін. Екстрена медична допомога(базова підтримка життя). Київ, 2009.125с.
2. Авруцкий Г.Я., Балаболкин М.И., Баркачан В.С. и др. Справочник по оказанию скорой и неотложной медицинской помощи. - Ростов-на -Дону: Феникс, 1995. -Т.1. - 576 с.; Т.2.- 575 с.
3. Алгоритм экстренной медицинской помощи при неотложных состояниях на догоспитальном этапе. Луганск, 2000.
4. Бунятян А.А. Справочник по реаниматологии и анестезиологии. -М.: Медицина, 1989. 272 с.
5. Довідник з медичної допомоги на догоспітальному етапі (за редакцією І. С. Зозулі). Київ, "Здоров'я", 1998.
6. Ковальчук Л.Я., Гнатів В.В., Бех М.Д і ін. Анестезіологія реанімація та інтенсивна терапія невідкладних станів. - Тернопіль: Укрмедкнига, 2003. - 324 с.
7. Москаленко В. Ф., Рошін Г. Г., Нацюк М. В. та ін. Стандарти надання невідкладної медичної допомоги на догоспітальному етапі за протоколами. В кн.: Проблеми військової охорони здоров'я. Київ, 2000, с. 293 - 297
8. Терентева Л.М., Островерхова Е.Г. Анестезіологія і реаніматологія. - Л.: Медицина, 2002.
9. Регеда М.С., Кресюна В.Й. Невідкладні стани. - Львів, 2003. - 890 с.
10. Сафар П. Сердечно-легочно-мозковая реанимация /Пер. с англ. - М.: Медицина, 2004.
11. Усенко Л.В. Посібник для практичних занять з анестезіології та реаніматології. - Київ: Здоров'я, 2003.
12. Учебное руководство по реанимации новорожденных (под ред. Л. Чамейдеса). М. АМСЗ, 2002.
13. Єпішин А.В. Діагностика і лікування невідкладних станів у клініці внутрішніх хвороб. - Тернопіль, 2002.
14. Чорнобровий М.П. Критичні стани в пульмонології. - Київ: Здоров'я, 2003. - 168 с.

Методичну розробку лекції підготувала

Григорук Вікторія Володимирівна

(прізвище, ім'я, по-батькові)

(підпис)

Методична розробка переглянута і затверджена на засіданні кафедри: Екстреної та невідкладної медичної допомоги, ортопедії та травматології «01» 09.2015р.
протокол № 31

З доповненнями (змінами) _____

Завідувач кафедри

підпис

ПІБ

Дата