

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

*Методичні вказівки
з освітнього компоненту
«Екстрена та невідкладна медична допомога»
для здобувачів вищої освіти 5-го курсу
за спеціальностями «Медицина» та «Педіатрія»*

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
Харківський національний медичний університет

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

Методичні вказівки
з освітнього компоненту
«Екстрена та невідкладна медична допомога»
для здобувачів вищої освіти 5-го курсу
за спеціальностями «Медицина» та «Педіатрія»

Затверджено
Вченою радою ХНМУ.
Протокол № 8 від 24.04.2025.

Харків
ХНМУ
2025

Порядок надання невідкладної медичної допомоги постраждалим та хворим на догоспітальному етапі. Вторинне обстеження : метод. вказ. з освітнього компоненту «Екстрена та невідкладна медична допомога» для здобувачів вищої освіти 5-го курсу за спеціальностями «Медицина» та «Педіатрія» // упоряд. В. В. Григоруk, М. Д. Бігчук, М. Ю. Строев та ін. Харків : ХНМУ, 2025. 20 с.

Упорядники

- В. В. Григоруk
- М. Д. Бігчук
- М. Ю. Строев
- М. І. Березка
- В. Г. Власенко
- Д. В. Власенко
- О. М. Іванов
- І. І. Спесивий
- Б. Ю. Кучеренко
- Є. В. Гарячий

Тема: Порядок надання невідкладної медичної допомоги постраждалим та хворим на догоспітальному етапі. Вторинне обстеження

1. Мета заняття:

а) навчальна:

✓ ознайомити студентів із загальними положеннями та нормативами проведення вторинного огляду; критерії визначення пацієнтів, що підлягають локальному обстеженню;

✓ технологія проведення вторинного огляду (локального обстеження);

✓ визначення рівня притомності за шкалою ком Глазго;

✓ електрокардіомоніторингування;

✓ пульсоксиметрія;

✓ електрокардіографія у 12 стандартних відведеннях;

✓ глюкометрія;

✓ встановлення попереднього діагнозу з медицини невідкладних станів;

✓ встановлення невідкладного стану; визначення лікувального протоколу з медицини невідкладних станів;

б) виховна: сформувати у студентів модель поведінки медичного працівника при наданні екстреної та невідкладної медичної допомоги постраждалому у невідкладному стані.

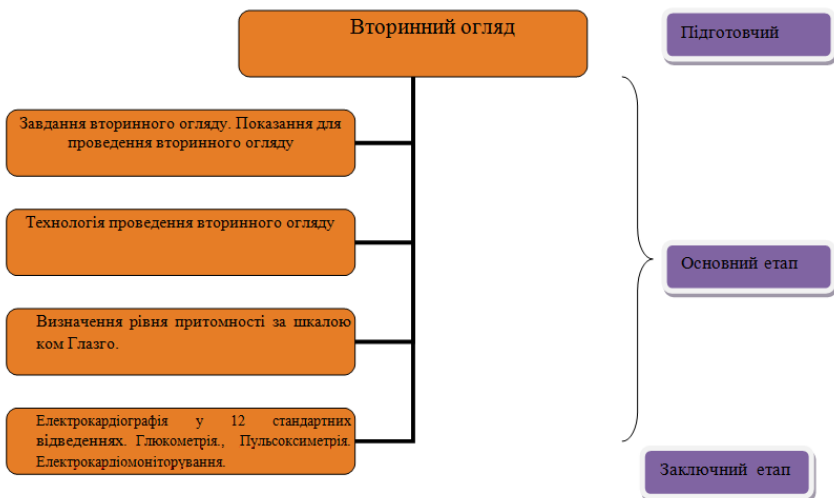
2. Методологічна, загальноосвітня і професійна спрямованість лекції.

✓ 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 НС.

✓ Професійна спрямованість дозволяє познайомити студента із засадами роботи лікаря екстреної та невідкладної медицини.

3. Граф логічної структури лекції.



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

5. Перелік питань, винесених на підсумковий контроль:

- завдання вторинного огляду;
- показання для проведення вторинного огляду на місці події та на шляху евакуації;
- технологія вторинного огляду.

6. План і організаційна структура лекції.

6.1. Підготовчий етап (актуальність теми, мотивації її вивчення, мета).

6.2. Основний етап.

6.3. Заключний етап.

- ✓ Загальні висновки з основних питань.
- ✓ Відповіді на запитання студентів.
- ✓ Завдання для самопідготовки.

7. Оснащення. Мультимедійний проектор, ноутбук, мішок Амбу, дихальні трубки, інтубаційні трубки, набір для конікотомії, шини.

8. Повний виклад.

8.1. Підготовчий етап.

Вторинна оцінка стану пацієнта являє собою обстеження «з голови до п'ят», проводиться після виконання невідкладних заходів з відновлення життєво важливих функцій організму.

Тривалість: 2–3 хвилини.

Можна проводити на місці події, під час транспортування.

Завдання:

✓ Оцінити стан потерпілого (у свідомості, без свідомості, пульс, частота дихання, реакція зіниць на світло) перед початком надання допомоги і транспортуванням в лікарню.

✓ З'ясувати механізм травми.

✓ Визначити час, що пройшов з моменту травми або початку захворювання.

✓ Запитати: що турбує зараз; що привело до травми або захворювання.

✓ Оглянути, прослухати, промацати «з голови до п'ят».

✓ Встановити попередній діагноз або провідну ознаку ушкодження.

✓ Діяти відповідно до навичок або за обставинами.

8.2. Основний етап.

Критерії проведення локального обстеження хворого

Пацієнт знаходиться у свідомості, самостійно дихає, гемодинаміка стабільна.

Оцінка стану дихальної системи складається з наступного:

➤ Оцінка прохідності дихальних шляхів.

➤ Визначення міри дихальних рухів грудної клітки (екскурсія грудної клітки) – зніміть або підніміть одяг з грудної клітки і оцініть дихальний об'єм.

➤ Наявність ознак закритої або відкритої травми грудної клітки та її органів.

➤ Частота, ритм, глибина дихання, провідність шумів, аномальні шуми, запахи.

➤ Наявність/відсутність западання або випинання міжреберних проміжків.

➤ Необхідність проведення пальпації грудної клітки, визначення наявності болю, крепітації, підшкірної емфіземи, ознак напруженого чи відкритого або закритого пневмотораксу.

З метою підтримки вентиляції легенів: забезпечте подання 100 % кисню за допомогою герметичної маски; якщо ЧДР <10 або >30, якщо постраждалий непритомний, необхідно застосувати дихальну або інкубаційну трубку.

Оцінка стану кровообігу:

- Наявність пульсації на сонній артерії.
- Перевірка швидкості капілярного наповнення (у нормі 3–5 с).
- Наявність пульсу на променевої артерії відповідає систолічному тиску 90 мм рт. ст., на стегновій – 80 мм рт. ст., на сонній – 70 мм рт. ст.
- Якщо стан стабільний, можна виміряти тиск за допомогою тонометра.
- Наявність видимої кровотечі (при загальному огляді) вимагає тимчасової зупинки.
- Частота, ритм, наповнення пульсу.

Неврологічна оцінка розладів за критеріям шкали Глазго

ДО ПАЦІЄНТІВ В КОМАТОЗНОМУ СТАНІ ЗАСТОСОВУЮТЬ ШКАЛУ КОМ ГЛАЗГО	
Клінічні ознаки	Бали
Відкривання очей	
Довільне	4
На мовне звертання	3
На больові подразнення	2
Немає	1
Рухова реакція	
Виконує команди	6
Цілеспрямована на больове подразнення	5
Нецілеспрямована на больове подразнення	4
Тонічне згинання на больове подразнення	3
Тонічне розгинання на больове подразнення	2
Немає	1
Мова	
Орієнтованість повна	5
Сплутана	4
Незрозумілі слова	3
Нерозбірливі звуки	2
Немає	1
2,5	

➤ 15 - коми немає;
 ➤ 14-13 - оглушення;
 ➤ 12-10 - сонор;
 ➤ 9-8 - легка кома I;
 ➤ 7-6 - середня кома II;
 ➤ 5-4 - глибока кома III;
 ➤ 3 - термінальна кома IV.

Нейропсихічні порушення оцінюють за такими критеріями:

- Неврологічний статус.
- Рівень свідомості за шкалою ком Глазго
- Перевірка пози для уточнення локалізації пошкодження кори головного мозку.
- Розмір, симетричність, реакції зіниць.
- Розфокусований погляд

Алгоритм дій бригади ЕМД

Проводиться:

- збір скарг;
- анамнез хвороби і життя (алергія, прийом медикаментів, час останнього вживання їжі, перенесені захворювання, дані об імунізації проти правця, вживання алкоголю);
- з'ясування обставин невідкладного стану, надзвичайної ситуації;
- повне обстеження усіх органів і систем за схемою:



При обстеженні зверніть увагу на будь-які відхилення від норми: припухлості, нерівності, відкриті рани, вдавлення, забарвлення шкіри, її температура, вологість, наявність кров'янистих виділень та виділення спинномозкової рідини з вуха та носових ходів, порожнини рота, статевих шляхів.

Обстеження шийного відділу хребта розпочинають із задньої поверхні шиї від остистого відростка 7-го шийного хребця, піднімаються до потиличних горбів, намагаючись виявити пошкодження:

- оцініть положення голови – зміни осі шийного відділу хребта;
- звертайте увагу на набряклість, гіперемію (гематоми) шкіри, її температуру і вологість, нерівності, наявність деформації, випинання кісткових фрагментів, наявність ран, кров'яних виділень, виділення їжі (пошкодження стравоходу);
- перевіряйте осьове навантаження на шийний відділ хребта;
- якщо осьове навантаження безболісне, запропонуйте пацієнтові повільно повернути головою в різні сторони і дістати підборіддям до грудної клітки.

Якщо відмічається болісність при пальпації або рухах в шиї, обов'язково накладіть іммобілізацію жорстким комірцем:



Комір типу «Філадельфія»



Головотримач жорсткої фіксації



Головотримач напівжорсткої фіксації



Обстеження голови. Проведіть огляд і виконайте пальпацію мозкового відділу голови та ділянки соскоподібних відростків на наявність забитих місць, саден, ран, переломів кісток черепа.



Проведіть огляд лицьового відділу голови та передньої поверхні шиї на предмет деформацій, набряку, зміни кольору шкіри, наявності ран із виконанням пальпації:

- при огляді носових ходів зверніть увагу на наявність/відсутність кров'яних/рідких виділень;
- при огляді порожнини рота зверніть увагу на наявність/відсутність кровотечі, сторонніх тіл в порожнині рота (уламки зубів, зубні протези, кров, вміст шлунка);
- при огляді вушних ходів зверніть увагу на відсутність чи наявність виділень із них (кров, ліквор, ексудат);
- при огляді очей зверніть увагу на розмір зіниць, реакцію їх на світло, наявність чи відсутність ністагму, травм очей чи повік.

При пальпації передньої поверхні шиї зверніть увагу на положення трахеї, відсутність або наявність підшкірної крепітації, набряків.

Огляд ключиць. Великі пальці обох рук поставте на грудино-ключичні зчленування, а мізінці – на ключично-акроміальні, останні три пальці ставлять на тіло ключиці, при цьому необхідно надавити на ключиці від голови до ніг. Після цього, якщо крепітація кісткових уламків не визначається, то переходимо до пальпації лопаток. Кисті розташовуємо за плечовим поясом так, щоб пальці торкалися нижнього кута лопаток, а самі лопатки були у вас у долонях. Надавіть долонями на лопатку знизу до гори.

Обстеження грудної клітки проводиться методом пальпації (еластичність грудної клітки, участь в акті дихання, при наявності крепітації виключити чи підтвердити наявність переломів ребер) та аускультатії. Особлива увага звертається на симетричність дихальних рухів, наявність ознак тупої або проникаючої травм. Пропальпуйте грудний відділ хребта, зверніть увагу на деформації, набряк, гематоми, можливо крепітацію.





При обстеженні живота проведіть його пальпацію та аускультацию, виключаючи наявність проникаючих поранень та внутрішньочеревних кровотеч. Зверніть увагу на участь живота в акті дихання, здуття, на зміни кольору, евісцерації, ригідності, наявність гематом, напруги, пульсуючих мас.

Пальпація нирок. Перевірте симптом поколювання (постраждалий лежить на спині, ви запускаєте кисті на рівні нирок та поштовхом надавлюєте на грудну клітку).

Пальпація поперекового відділу хребта. Зверніть увагу на деформації, набряк, гематоми, можливо крепітацію.

Огляд кісток тазу. Перевірте осьове навантаження на них, якщо постраждалий буде скаржитись на біль у ділянці тазу, тоді необхідно пропальпувати лонне зчленування: зміна кольору (гематоми), наявність або відсутність деформацій. Цілісність тазу перевіряють шляхом обережного натискання обома руками на клубові кістки в проєкції гребенів всередину і вниз та назовні і вниз, на ділянку симфізу з метою визначення його цілісності (осьове навантаження). Обов'язково перевіряйте пульсації стегнових артерій з обох боків.

Огляд статевих органів, щоб виключити наявність гематом. При необхідності – вагінальне обстеження у жінок, ректальне обстеження у всіх пацієнтів. Обстеження кістково-м'язової системи починають з нижніх кінцівок і закінчують верхніми кінцівками.



Огляньте нижні кінцівки, визначте їх осі та довжину, наявність деформацій, набрякості, гематом, наявність або відсутність ран, кровотечі, рухи в суглобах (активні – постраждалий виконує сам, пасивні – ви виконуєте ці рухи за нього), периферичну чутливість та кровопостачання.

Часто виникають діагностичні помилки, особливо при поєднаних травмах, інколи залишаються нерозпізнаними переломи кісток тазу доти, поки пацієнт при спробі рухатись не відчує біль.

Перша допомога при переломах.

Першою допомогою як при відкритому, так і при закритому переломі є іммобілізація (створення спокою) пошкодженої кінцівки. Для іммобілізації використовують готові шини, а також палиці, дошки, лінійку, шматки фанери і т. п. Відкриті переломи вимагають особливої уваги. Іммобілізація здійснюється відповідно до вказівок, що наведені нижче:

- на рану слід накласти стерильну пов'язку;
- при кровотечі з артерій накласти джгут;
- вправляти відламки, торкатися рани не можна!

При закритому переломі не слід знімати з потерпілого одяг – шину треба накладати поверх неї. До місця травми необхідно прикладати "холод" (гумовий пузир з льодом, снігом, холодною водою) для зменшення інтенсивності болю.

Особливу увагу, навіть при підозрі, слід звернути на пошкодження хребта. Такі пацієнти обов'язково фіксуються на довгій транспортувальній дошці.

Додаткові методи обстеження: електрокардіомоніторування, електрокардіографія у 12 стандартних відведеннях, глюкометрія, пульсоксиметрія.

Пульсоксиметрія – це швидкий неінвазивний (без введення інструменту в порожнину організму) спосіб контролю сатурації (SpO_2 або насиченості гемоглобіну крові киснем). Пульсоксиметр, як правило, включає обчислювальний (комп'ютерний) блок і спеціалізований датчик, що фіксується на мочці вуха пацієнта або на пальці.

За допомогою пульсоксиметра визначте насичення гемоглобіну артеріальної крові киснем – це середня кількість кисню, пов'язана з кожною молекулою гемоглобіну. Дані видаються у вигляді відсотка насичення і звукового сигналу, висота якого змінюється залежно від сатурації, що в нормі складає більше 95 %, та частоти пульсу – ударів за хвилину в середньому за 5–20 с.

Застосування пульсоксиметрів доцільно при обстеженні стану пацієнта в клініках і в ході процедур із седациєю пацієнтів. Це також необхідно при транспортуванні пацієнта або після анестезії при контролі процесу пробудження. За допомогою цих приладів проводиться і вимірювання рівня SaO_2 і ЧСС під час анестезії.



Електрокардіографія – методика реєстрації і дослідження електричних полів, що утворюються при роботі серця. Електрокардіографія є недорогим, але цінним методом діагностики в кардіології.

Прямим результатом електрокардіографії є отримання електрокардіограми (ЕКГ) – графічного представлення різниці потенціалів, що виникають в результаті роботи серця і проводяться на поверхню тіла.

На ЕКГ відбивається усереднювання всіх векторів потенціалів дії, що виникають в певний момент роботи серця.

У XIX ст. стало ясно, що серце під час своєї роботи проводить деяку кількість електрики. Перші електрокардіограми були записані Габрієлем Ліппманом з використанням ртутної електрометрії. Криві Ліппмана мали монофазний характер, лише віддалено нагадуючи сучасні ЕКГ. Досліди продовжив Віллем Ейнтховен, який сконструював прилад (струнний гальванометр), що дозволяв реєструвати істинну ЕКГ. Він же придумав сучасне позначення зубців ЕКГ і описав деякі порушення в роботі серця. У 1924 р. йому присудили Нобелівську премію з медицини.

Застосування:

- Визначення частоти і регулярності серцевих скорочень, наприклад, екстрасистоли (позачергові скорочення) або випадання окремих скорочень (аритмії).
- Показує гостре або хронічне пошкодження міокарда (інфаркт міокарда, ішемія міокарда).
- Може бути використана для виявлення порушень обміну калію, кальцію, магнію та інших електролітів.
- Виявлення порушень внутрішньосерцевої провідності (різні блокади).
- Метод скринінгу при ішемічній хворобі серця, у тому числі і при пробах навантажень.
- Дає поняття про фізичний стан серця (гіпертрофія лівого шлуночка).
- Може дати інформацію про позасерцеві захворювання, такі як тромбоемболія легеневої артерії.
- Дозволяє видалено діагностувати гостру серцеву патологію (інфаркт міокарда, ішемія міокарда).
- Може застосовуватися в дослідженнях когнітивних процесів, самостійно або у поєднанні з іншими методами.

Зазвичай на ЕКГ можна виділити 5 зубців: *P*, *Q*, *R*, *S*, *T*. Іноді можна побачити малопомітну хвилю *U*. Зубець *P* відображає процес обхвату збудженням міокарда передсердя, комплекс *QRS* – систолу шлуночків, сегмент *ST* і зубець *T* відображають процеси реполяризації міокарда шлуночків. Процес реполяризації – фаза, під час якої відновлюється початковий потенціал спокою мембрани клітки після проходження через неї потенціалу дії. Під час проходження імпульсу відбувається тимчасова зміна молекулярної структури мембрани, в результаті якого іони можуть вільно проходити через неї. Під час реполяризації іони дифундують у зворотному напрямі для відновлення колишнього електричного заряду мембрани, після чого клітка готова до подальшої електричної активності.

Відведення

Кожна з вимірюваних різниць потенціалів в електрокардіографії називається відведенням. Відведення I, II і III накладаються на кінцівки:

I – права рука (-) – ліва рука (+);

II – права рука (-) – ліва нога (+);

III – ліва рука (-) – ліва нога (+).

З електроду на правій нозі показники не реєструються, його потенціал близький до умовного нуля, і він використовується тільки для заземлення пацієнта.

Реєструють також посилені відведення від кінцівок: *aVR*, *aVL*, *aVF* – однополюсні відведення. Вони вимірюються відносно усередненого потенціалу всіх трьох електродів (система Вільсона) або відносно усередненого потенціалу двох інших електродів (система Гольдбергера, дає амплітуду приблизно на 50 % великих).

Слід зазначити, що серед шести сигналів I, II, III, *aVR*, *aVL*, *aVF* тільки два є лінійно незалежними, тобто, знаючи сигнали тільки в яких-небудь двох відведеннях, можна шляхом складання/віднімання знайти сигнали в решті чотирьох відведень.

При так званому однополюсному відведенні реєструючий (або активний) електрод визначає різницю потенціалів між точкою електричного поля, до якої він підведений, і умовним електричним нулем (наприклад, за системою Вільсона). Однополюсні грудні відведення позначаються буквою V (табл. 1).

Розташування електродів

Відведення	Розташування реєструючого електрода
V1	У 4-му міжребер'ї біля правого краю грудини
V2	У 4-му міжребер'ї біля лівого краю грудини
V3	На середині відстані між V2 і V4
V4	У 5-му міжребер'ї по серединно-ключичній лінії
V5	На перетині горизонтального рівня 4-го відведення і передньої пахової лінії
V6	На перетині горизонтального рівня 4-го відведення і середньої пахової лінії
V7	На перетині горизонтального рівня 4-го відведення і задньої пахової лінії
V8	На перетині горизонтального рівня 4-го відведення і серединно-лопаткової лінії
V9	На перетині горизонтального рівня 4-го відведення і паравертебральної лінії

В основному реєструють 6 грудних відведень: з V1 по V6. Відведення V7–V8–V9 незаслужено рідко використовують в клінічній практиці, оскільки вони дають повнішу інформацію про патологічні процеси в міокарді задньої (задньобазальної) стінки лівого шлуночка.

Для пошуку і реєстрації патологічних феноменів у «німих» ділянках міокарда застосовують додаткові відведення (що не входять в загально-прийнятну систему).

Додаткові задні відведення Вілсона: розташування електродів і відповідно нумерація, за аналогією з грудними відведеннями Вілсона, продовжується в ліву пахову ділянку і задню поверхню лівої половини грудної клітки. Специфічні для задньої стінки лівого шлуночка.

Додаткові високі грудні відведення Вілсона: розташування відведень згідно з нумерацією, за аналогією з грудними відведеннями Вілсона, на 1–2 міжребер'я вище за стандартну позицію. Специфічні для базальних відділів передньої стінки лівого шлуночка.

Правильне розуміння нормальних і патологічних векторів деполаризації і реполаризації клітин міокарда дозволяють отримати велику кількість важливої клінічної інформації. Правий шлуночок володіє малою масою, залишаючи лише незначні зміни на ЕКГ, що призводить до ускладнень у діагностиці його патології, порівняно з лівим шлуночком.



Глюкометр – визначення рівня цукру у крові. Глюкометри – це електронні пристрої, що використовуються для вимірювання рівня глюкози в крові, призначені для хворих на цукровий діабет і дозволяють їм самостійно в домашніх умовах контролювати рівень глюкози в крові впродовж дня. На тест-смужку наносять краплину крові і прибор вираховує рівень цукру в крові.

Оцінка неврологічного статусу

Оцінка неврологічного статусу включає отримання базової інформації з подальшим спостереженням змін в неврологічному статусі. Часто використовують шкалу ком Глазго (ШКГ) (табл. 2), проте часто трапляються помилки при застосуванні та підрахунку.

Таблиця 2

Шкала ком Глазго

Для дорослих		Для дітей	
Відкриття очей (4)		Відкриття очей (4)	
Спонтанне	4	Спонтанне	4
Реакція на голос	3	Реакція на голос	3
Реакції на больовий подразник	2	Реакції на больовий подразник	2
Відсутнє	1	Відсутнє	1
Моторна (рухова) реакція (6)		Моторна (рухова) реакція (6)	
Виконує команди	6	Виконує команди	6
Може локалізувати біль	5	Уникає тілесного контакту	5
Уникає больового подразника	4	Уникає больового подразника	4
Тонічне згинання на больовий подразник	3	Тонічне згинання на больовий подразник	3
Тонічне розгинання на больовий подразник	2	Тонічне розгинання на больовий подразник	2
Відсутня	1	Відсутня	1
Мовна реакція (5)		Мовна реакція (5)	
Повністю орієнтується	5	Мурчання, белькотіння	5
Сплутана орієнтація	4	Дратівливий плач	4
Незрозумілі слова	3	Плач внаслідок больового подразника	3
Нечленороздільні звуки	2	Стогін внаслідок больового подразника	2
Відсутня	1	Відсутня	1
Загалом		Загалом	

Невідкладні стани

Невідкладними станами прийнято називати такі патологічні зміни в організмі людини, які призводять до різкого погіршення здоров'я, можуть загрожувати життю і вимагають екстрених лікувальних заходів.

Невідкладність стану визначається:

1) мірою і швидкістю порушення функції життєво важливих органів і систем:

– порушенням гемодинаміки (раптова зміна частоти, ритму пульсу, швидке зниження або підвищення артеріального тиску, гострий розвиток серцевої недостатності і т. д.);

– порушенням функції центральної нервової системи (порушення психоемоційної сфери, судоми, делірій, несвідомість, порушення мозкового кровообігу і т. д.);

– порушенням функції дихання (гостра зміна частоти, ритму дихання, асфіксія і т. д.);

2) результатом невідкладного стану або захворювання («передбачити небезпеку – наполовину її уникнути»).

3) крайнім занепокоєнням і поведінкою хворого.

Невідкладні стани можна згрупувати таким чином:

1) безпосередньо загрозливі для життя патологічні стани;

2) безпосередньо незагрозливі для життя патологічні стани або захворювання, але при яких така загроза може стати реальною в будь-який час;

3) стани, при яких відсутність медичної допомоги може спричинити стійкі зміни в організмі;

4) стани, при яких у найкоротший строк необхідно надати медичну допомогу пацієнту;

5) стани, що вимагають термінового медичного втручання в інтересах оточення у зв'язку з поведінкою хворого.

Бригада ЕМД:

Виявляє НС:

- 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;

Медична допомога надається згідно з протоколами МОЗ.

Наказ МОЗ України від 15 січня 2014 року № 34 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації екстреної медичної допомоги»

Під час проведення огляду не забувайте контролювати стан хворого (дихання, контроль пульсу, свідомість), кожні дві хвилини – повторний огляд.

Тестові завдання

1. Який перший етап вторинного обстеження пацієнта?
 - А. Огляд голови та шиї.*
 - Б. Оцінка життєвих показників.*
 - В. Опитування постраждалого та оточуючих.*
 - Г. Огляд статевих органів.*
 - Д. Огляд кінцівок.*
2. Яка анатомічна ділянка оглядається останньою у вторинному обстеженні?
 - А. Голова та шия.*
 - Б. Грудна клітка.*
 - В. Живіт та таз.*
 - Г. Кінцівки.*
 - Д. Спина та хребет.*
3. Що не входить у вторинне обстеження пацієнта?
 - А. Огляд голови та шиї.*
 - Б. Оцінка рівня свідомості.*
 - В. Огляд статевих органів.*
 - Г. Перевірка життєвих показників.*
 - Д. Огляд очей та зору.*
4. Який метод використовується для перевірки грудної клітки під час вторинного обстеження?
 - А. Пальпація для виявлення болю.*
 - Б. Огляд на наявність синців.*
 - В. Аускультация легень.*
 - Г. Усі перераховані методи.*
 - Д. Жоден із перерахованих методів.*
5. Що є основним завданням вторинного обстеження після стабілізації життєвих показників пацієнта?
 - А. Проведення хірургічних утручань.*
 - Б. Визначення всіх можливих травм і пошкоджень.*
 - В. Проведення лабораторних досліджень.*
 - Г. Виконання реанімаційних заходів.*
 - Д. Оцінка рівня свідомості пацієнта.*

6. Яке з наступних стверджень найкраще описує важливість детального огляду живота під час вторинного обстеження?
- А. Для визначення рівня гідратації пацієнта.*
 - Б. Для виявлення прихованих кровотеч.*
 - В. Для оцінки функціональності шлунково-кишкового тракту.*
 - Г. Для перевірки наявності переломів ребер.*
 - Д. Для виявлення невеликих синців і пошкоджень шкіри.*
7. Яка з наступних методик найбільше підходить для оцінки внутрішніх ушкоджень у черевній порожнині під час вторинного обстеження?
- А. Пальпація та перкусія живота.*
 - Б. Використання ультразвукового дослідження (УЗД).*
 - В. Вислуховування перистальтики кишечника.*
 - Г. Проведення лабораторних аналізів.*
 - Д. Комп'ютерна томографія (КТ).*
8. Яка методика найбільш підходить для оцінки стану нервової системи під час вторинного обстеження?
- А. Огляд зіниць на реакцію на світло.*
 - Б. Перевірка рефлексів .*
 - В. Оцінка рухливості кінцівок.*
 - Г. Оцінка рівня свідомості за шкалою Глазго.*
 - Д. Усі перераховані вище методики.*
9. Який з наступних показників найчастіше використовується для оцінки стану серцево-судинної системи під час вторинного обстеження?
- А. Частота серцевих скорочень.*
 - Б. Рівень артеріального тиску.*
 - В. Наявність аномальних звуків при вислуховуванні серця.*
 - Г. Вимірювання капілярного наповнення.*
 - Д. Усі перераховані вище показники.*
10. Які клінічні ознаки можуть вказувати на наявність травми хребта під час вторинного огляду?
- А. Гострий біль у спині при пальпації.*
 - Б. Обмеження рухливості кінцівок.*
 - В. Відсутність рефлексів у кінцівках.*
 - Г. Неврологічні порушення (парез або параліч).*
 - Д. Усі перелічені ознаки.*
11. Бригада ЕНМД виявляє такі невідкладні стани, як:
- А. Гострий гастрит.*
 - Б. Обструкція верхніх дихальних шляхів.*
 - В. Грип.*
 - Г. Гострий приступ подагри.*
 - Д. Ревматоїдний артрит.*

12. Під час вторинного огляду у пацієнта виявлена назальна гемолікворрея, це свідчить про:

- А. Закритий перелом кісток носа.*
- Б. Перелом кісток основи черепа.*
- В. Пошкодження зони Кіссельбаха.*
- Г. Гострий назофарингіт.*
- Д. ЗЧМТ, струс головного мозку.*

13. Під час вторинного огляду лікар БШМД визначив наявність крепітація в ділянці нижньої третини лівого стегна. Які подальші дії?

- А. Імобілізація шиною.*
- Б. Накладення турнікету.*
- В. Пункція лівого колінного суглоба*
- Г. Прикладання «холоду».*
- Д. Введення атропіну.*

14. Які методи оцінки використовуються для визначення ступеня шоку у пацієнта під час вторинного огляду?

- А. Оцінка частоти серцевих скорочень.*
- Б. Оцінка артеріального тиску.*
- В. Визначення рівня свідомості за шкалою Глазго.*
- Г. Оцінка капілярного наповнення.*
- Д. Усі перелічені методи.*

15. Яка з наведених ознак найбільш точно вказує на наявність внутрішньої травми при огляді живота під час вторинного обстеження?

- А. Видимі синці на шкірі.*
- Б. Гострий біль при пальпації.*
- В. Слабка перистальтика.*
- Г. Підвищена температура тіла.*
- Д. Роздутий живіт.*

9. Література:

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

2. Медицина невідкладних станів. Екстрена (швидка) медична допомога : підручник / І. С. Зозуля [та ін.] ; за ред. І. С. Зозулі, А. О. Волосовця. 5-е вид., перероб. та допов. Київ : ВСВ «Медицина», 2023. 560 с.

3. Екстрена та невідкладна медична допомога. Т. І. Допомога травмованим на догоспітальному етапі / В. О. Крилюк та ін. Київ, 2017. 504 с.

Навчальне видання

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

***Методичні вказівки
з освітнього компоненту
«Екстрена та невідкладна медична допомога»
для здобувачів вищої освіти 5-го курсу
за спеціальностями «Медицина» та «Педіатрія»***

Упорядники Григорук Вікторія Володимирівна
 Бітчук Микола Денисович
 Строєв Максим Юрійович
 Березка Микола Іванович
 Власенко В'ячеслав Григорович
 Власенко Дмитро В'ячеславович
 Іванов Олексій Миколайович
 Спесивий Ігор Іванович
 Кучеренко Богдан Юрійович
 Гарячий Євгеній Владиславович

Відповідальний за випуск М. Ю. Строєв



Редактор М. В. Тарасенко
Комп'ютерна верстка О. Ю. Лавриненко

Формат А5. Ум. друк. арк. 1,3. Зам. № 25-44.

**Редакційно-видавничий відділ
ХНМУ, пр. Науки, 4, м. Харків, 61022
izdatknmurio@gmail.com, vid.redact@knmu.edu.ua**

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи до Державного реєстру видавництв, виготівників і розповсюджувачів видавничої продукції серії ДК № 3242 від 18.07.2008 р.