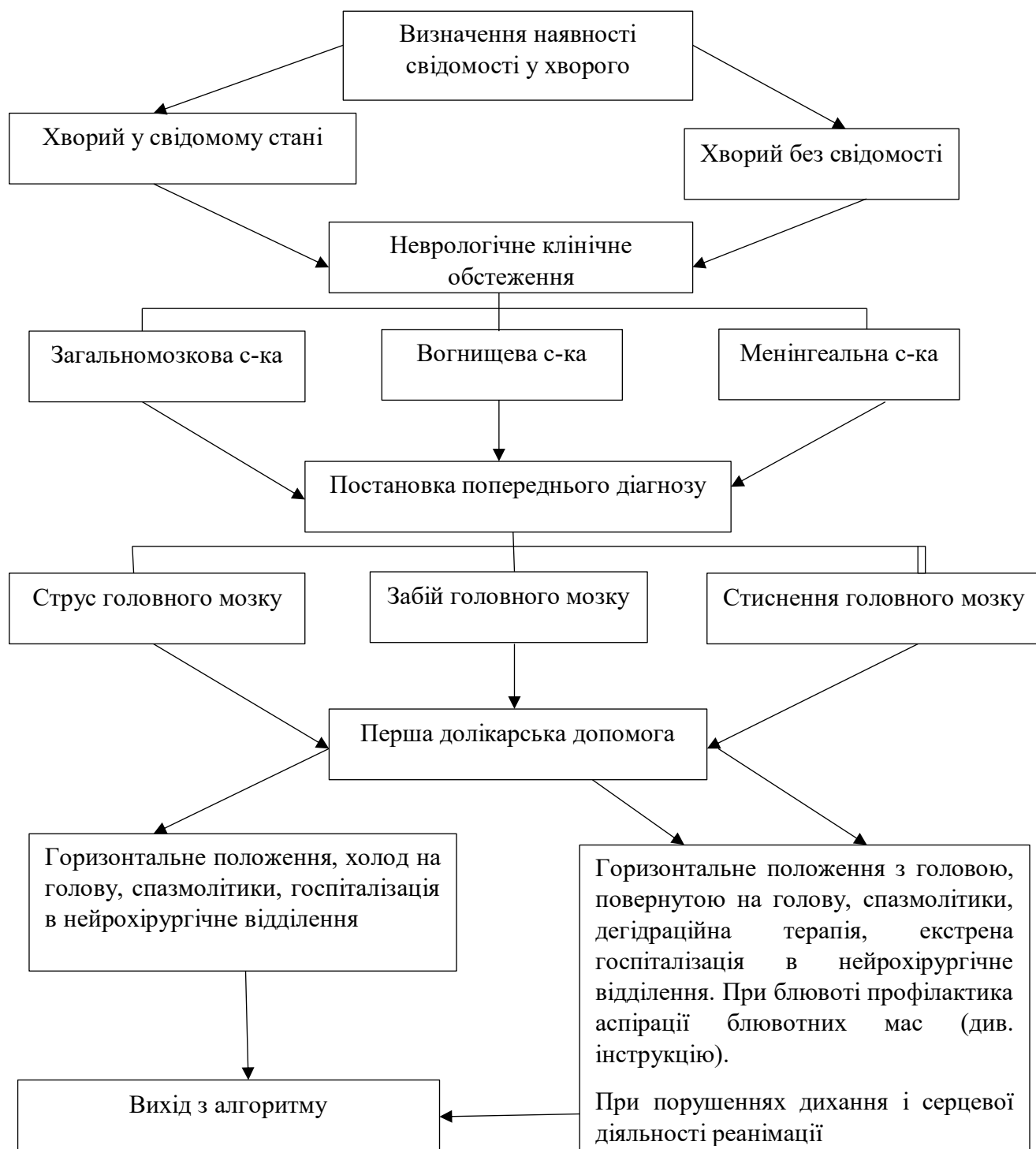


АЛГОРИТМ

Надання першої допомоги пацієнтові з закритою черепно-мозковою травмою



АЛГОРИТМ
Надання першої допомоги пацієнтові
з відкритою черепно-мозковою травмою



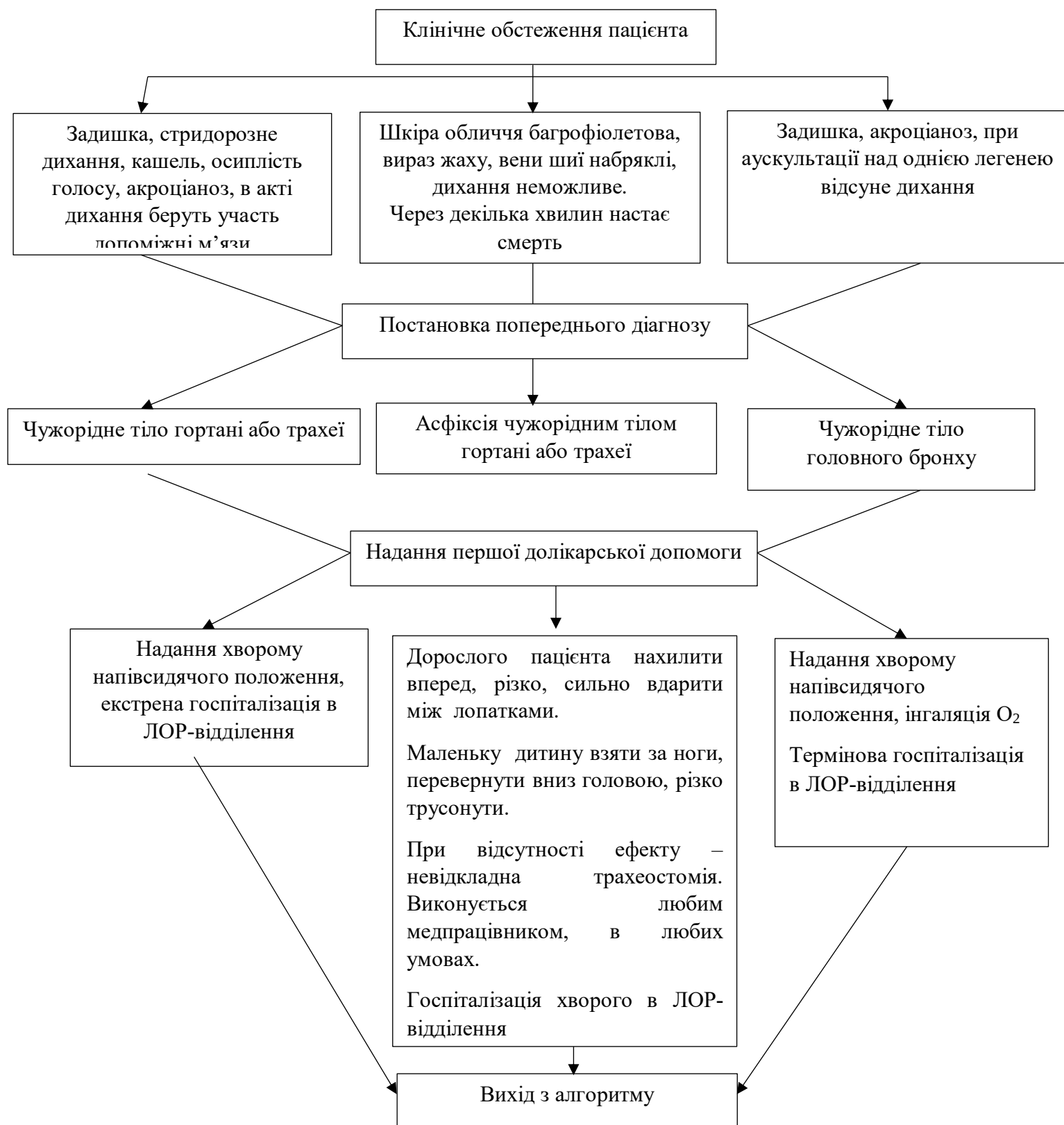
АЛГОРИТМ

Надання першої допомоги потерпілим з пораненням шиї



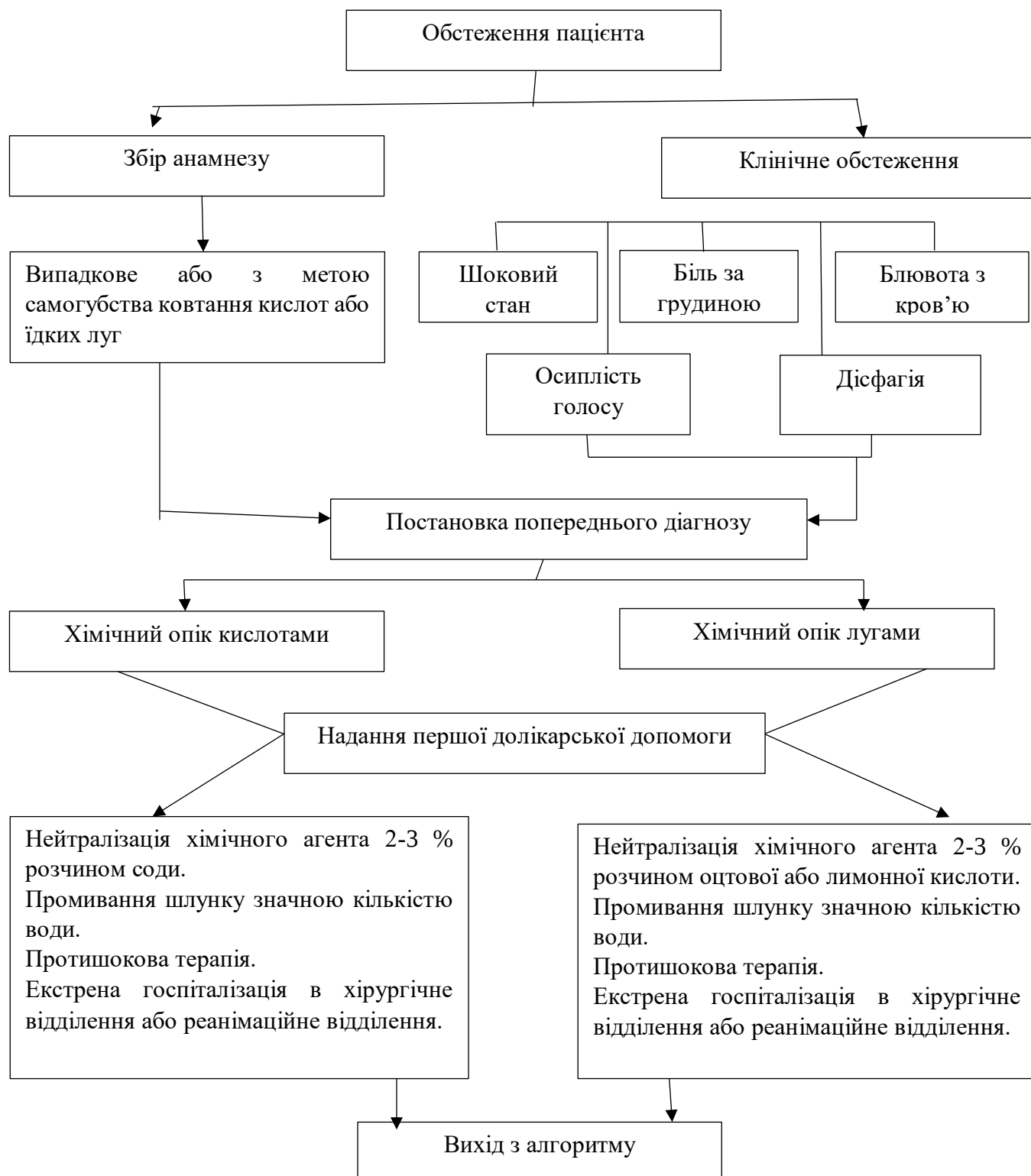
АЛГОРИТМ

Надання першої допомоги пацієнтам зі сторонніми тілами дихальних шляхів



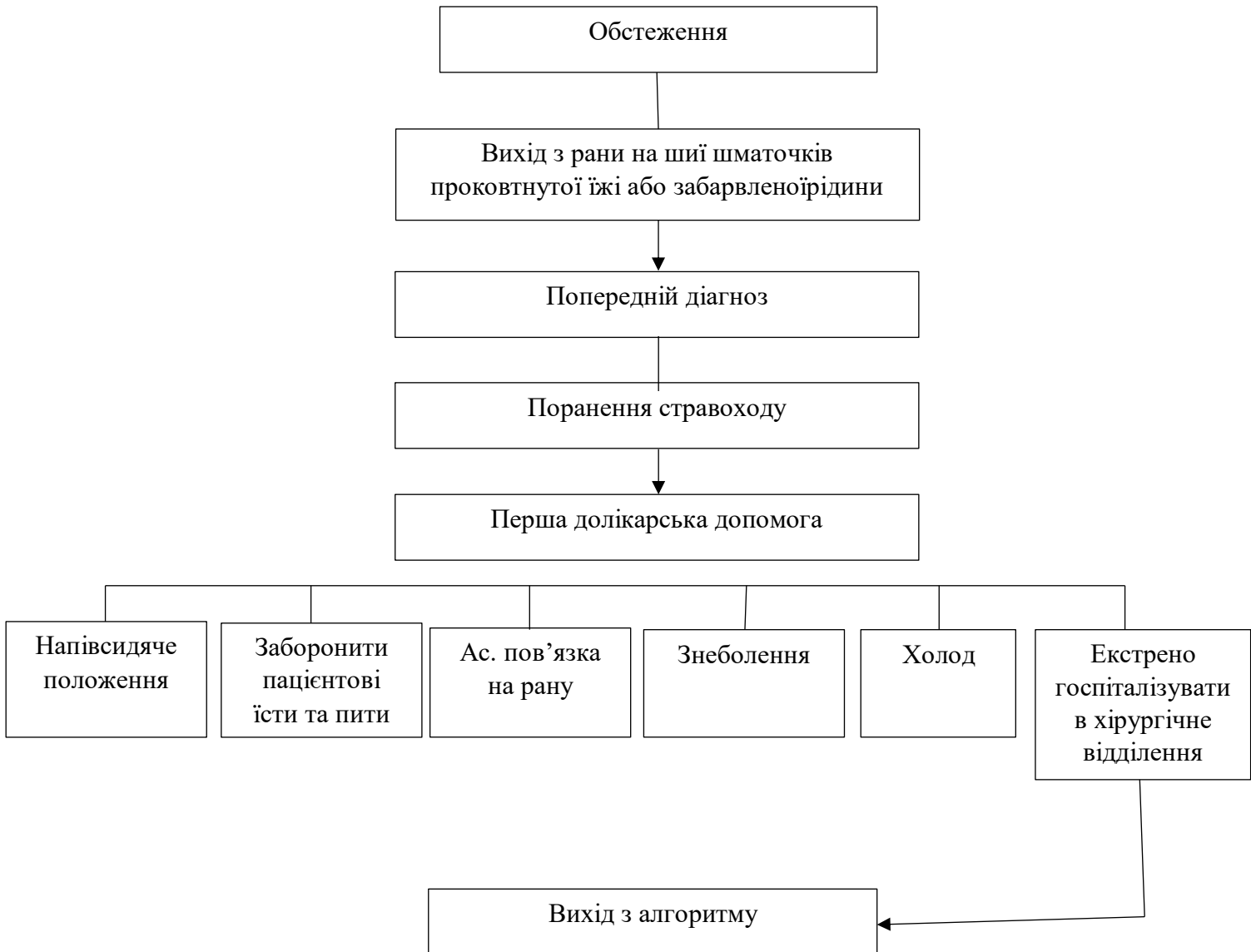
АЛГОРИТМ

Надання першої допомоги постраждалим з хімічними опіками стравоходу



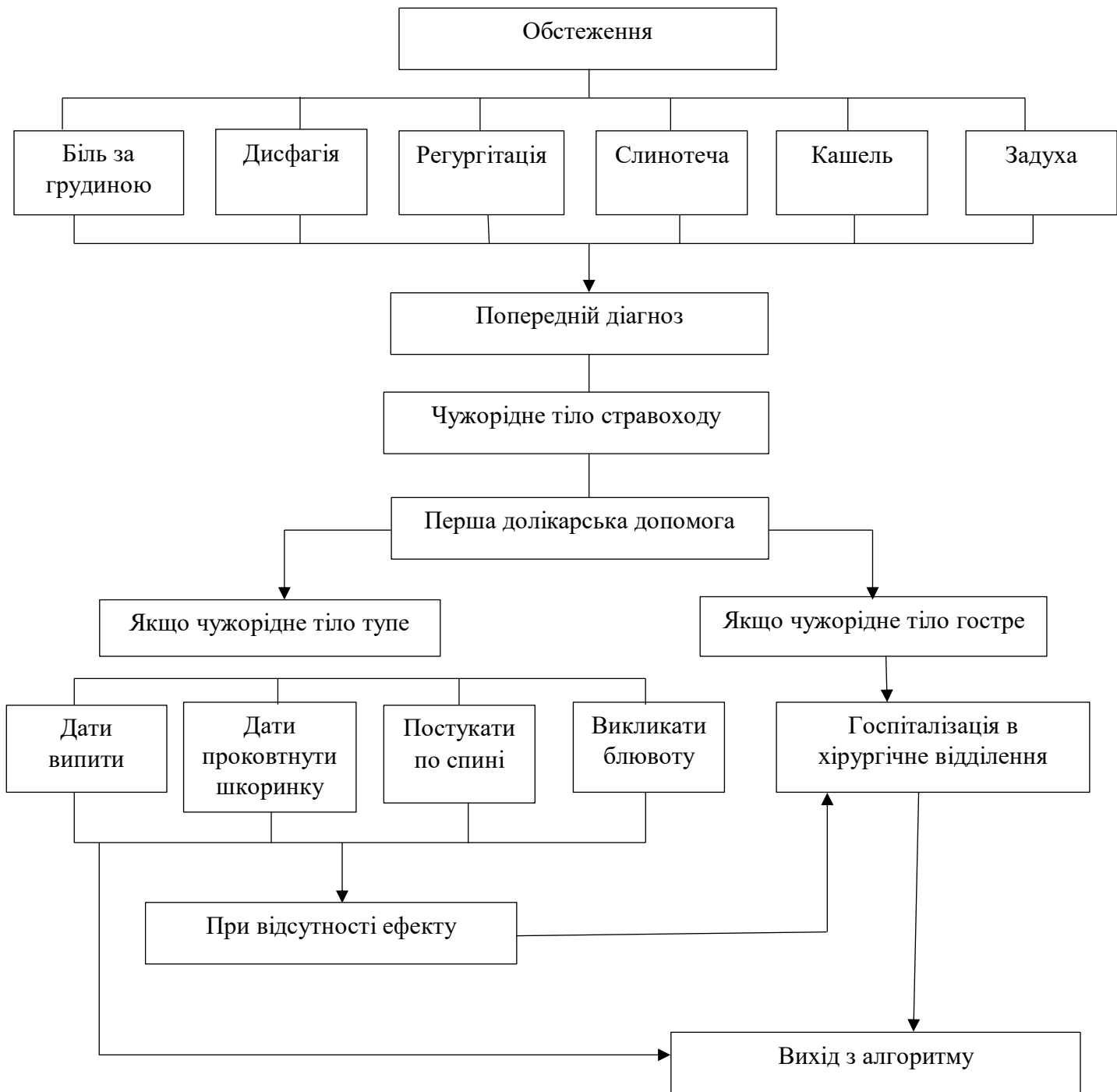
АЛГОРИТМ

Надання першої долікарської допомоги потерпілому з пораненням стравоходу



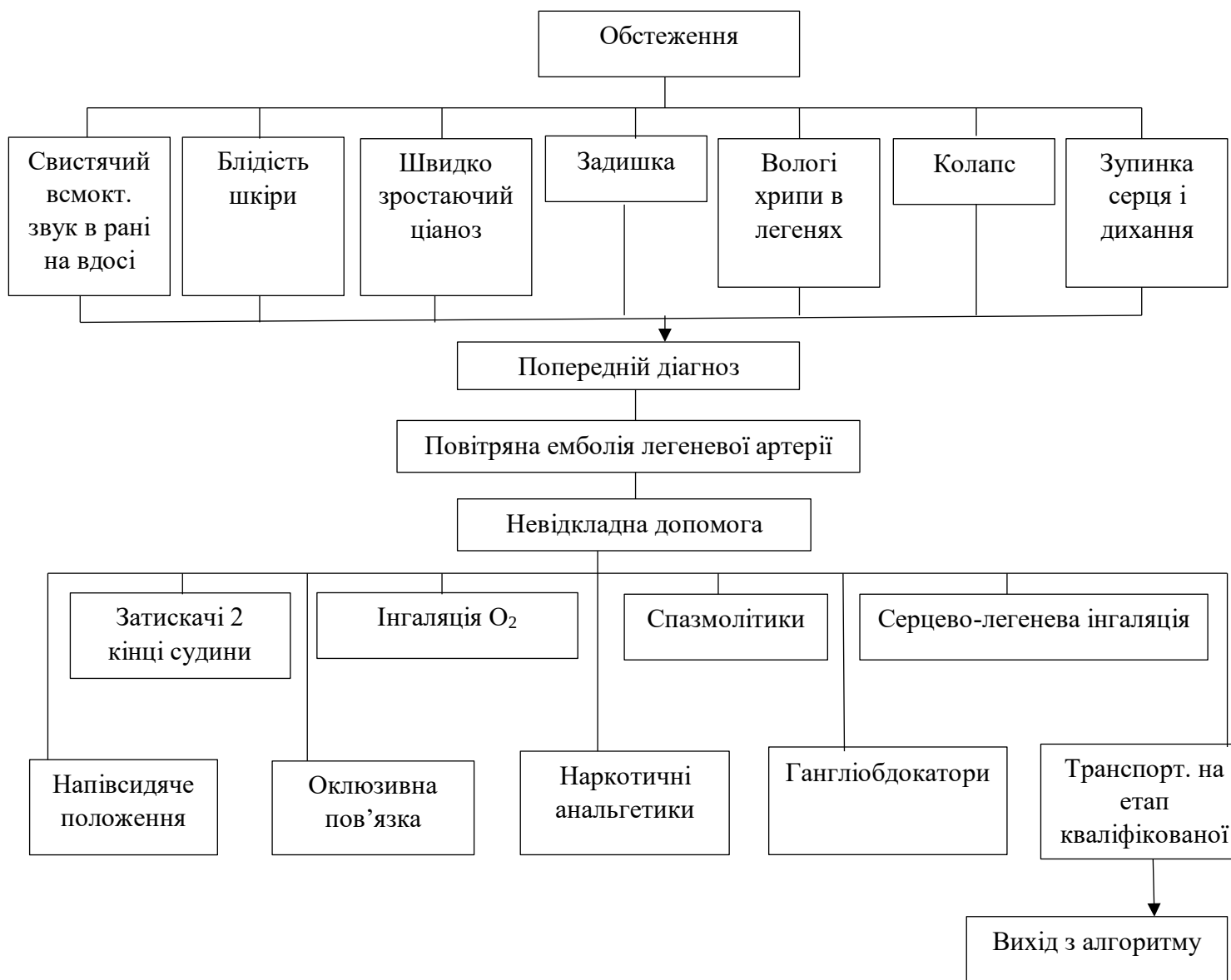
АЛГОРИТМ

Надання першої допомоги потерпілому з чужорідним тілом стравоходу



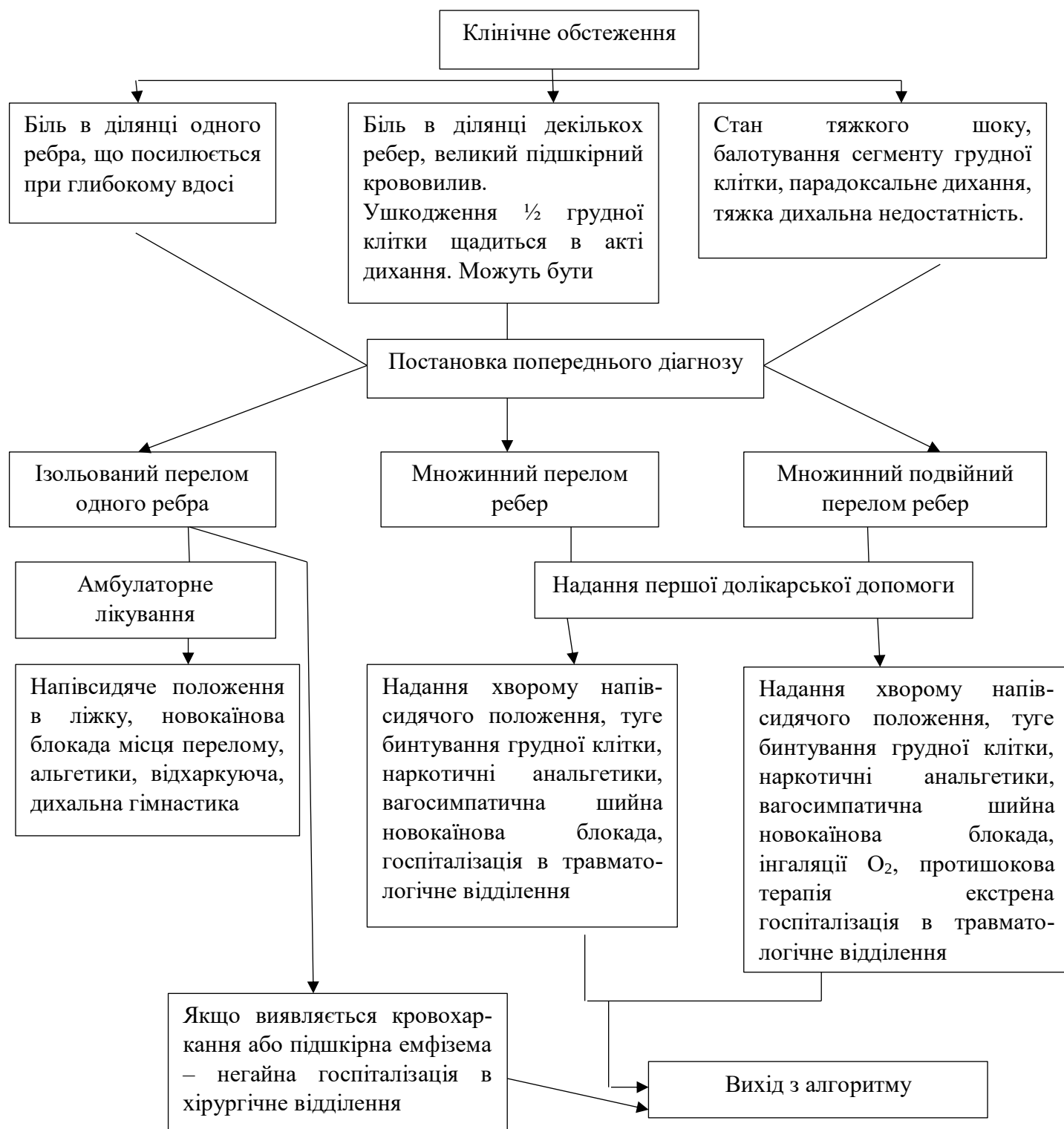
АЛГОРИТМ

Невідкладна допомога при повітряній емболії легеневої артерії



АЛГОРИТМ

Надання першої допомоги постраждалим з переломом ребер



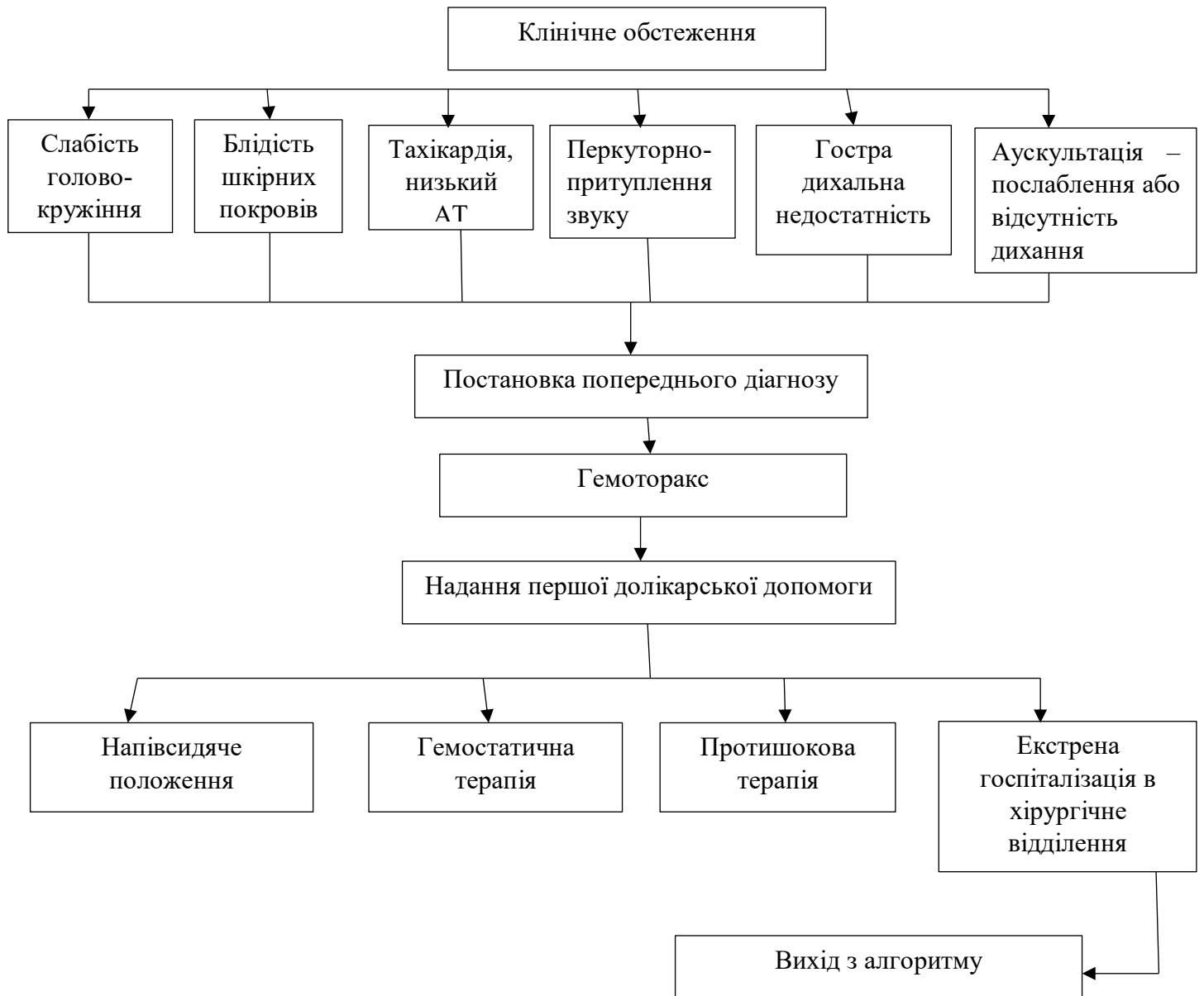
АЛГОРИТМ

Надання першої допомоги постраждалим з пневмотораксом



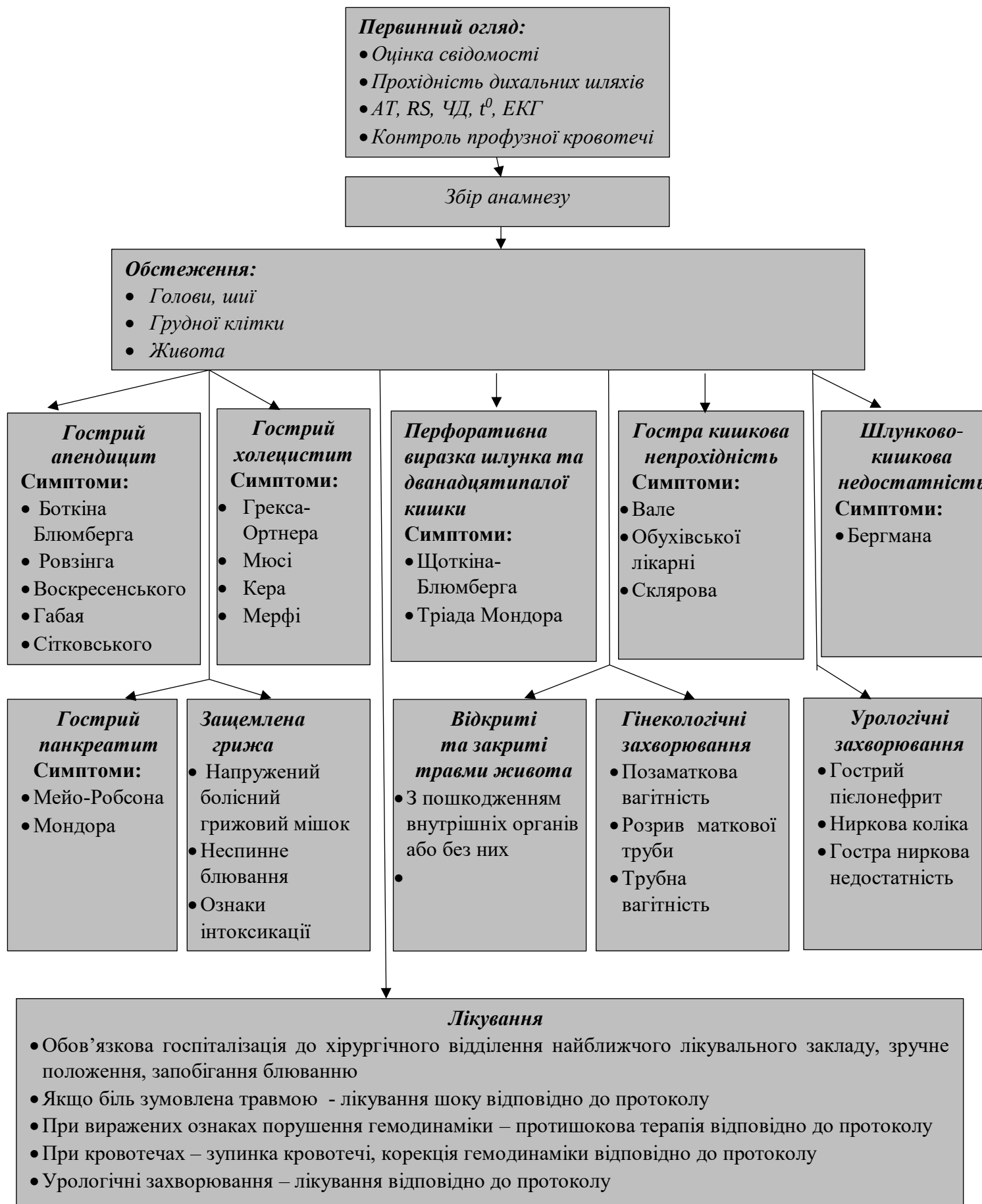
АЛГОРИТМ

Надання першої допомоги постраждалим з гемотораксом



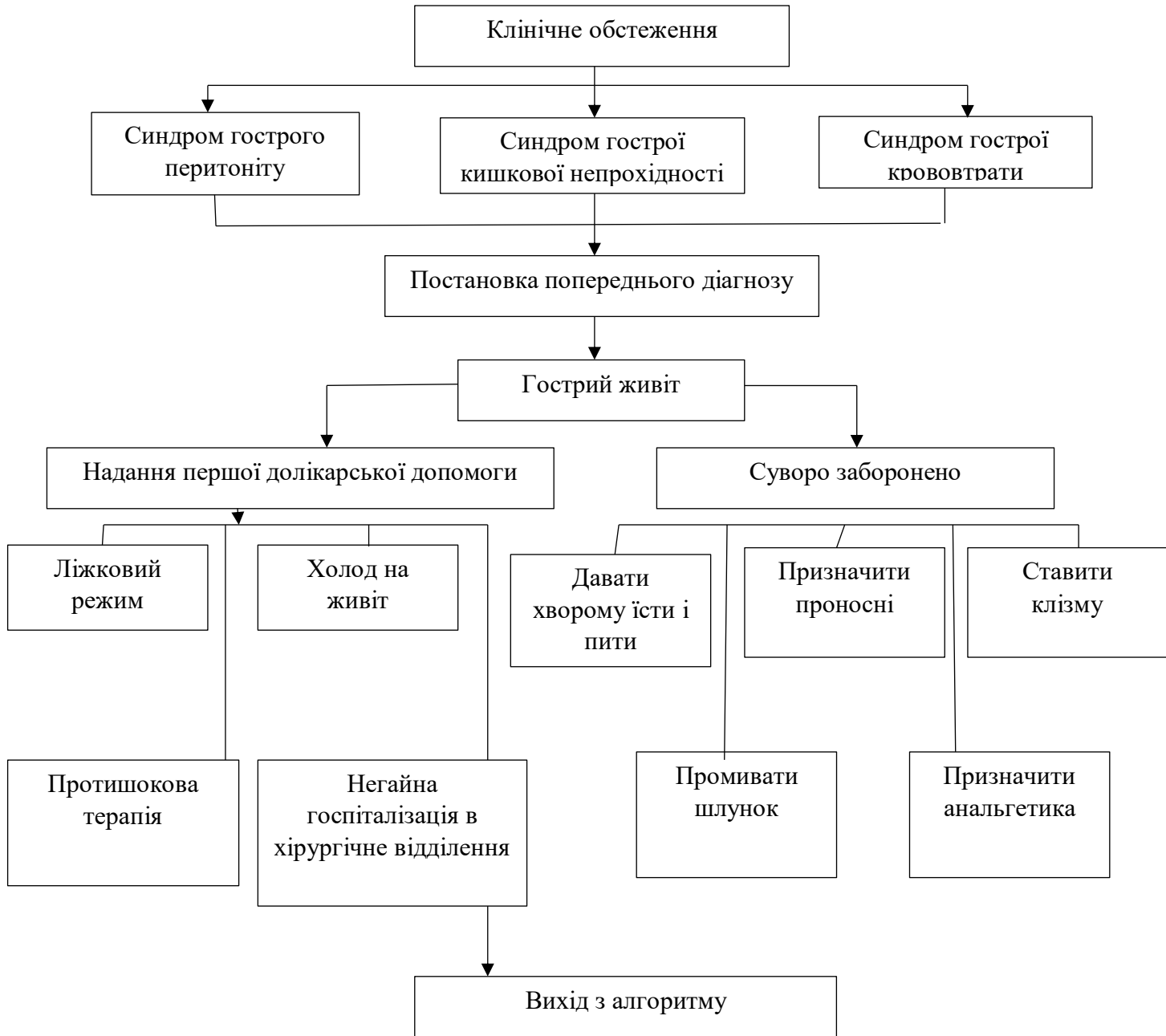
Невідкладні стани в абдомінальній хірургії та при патології сечостатевої системи

Гострий біль у животі K 00-K 93



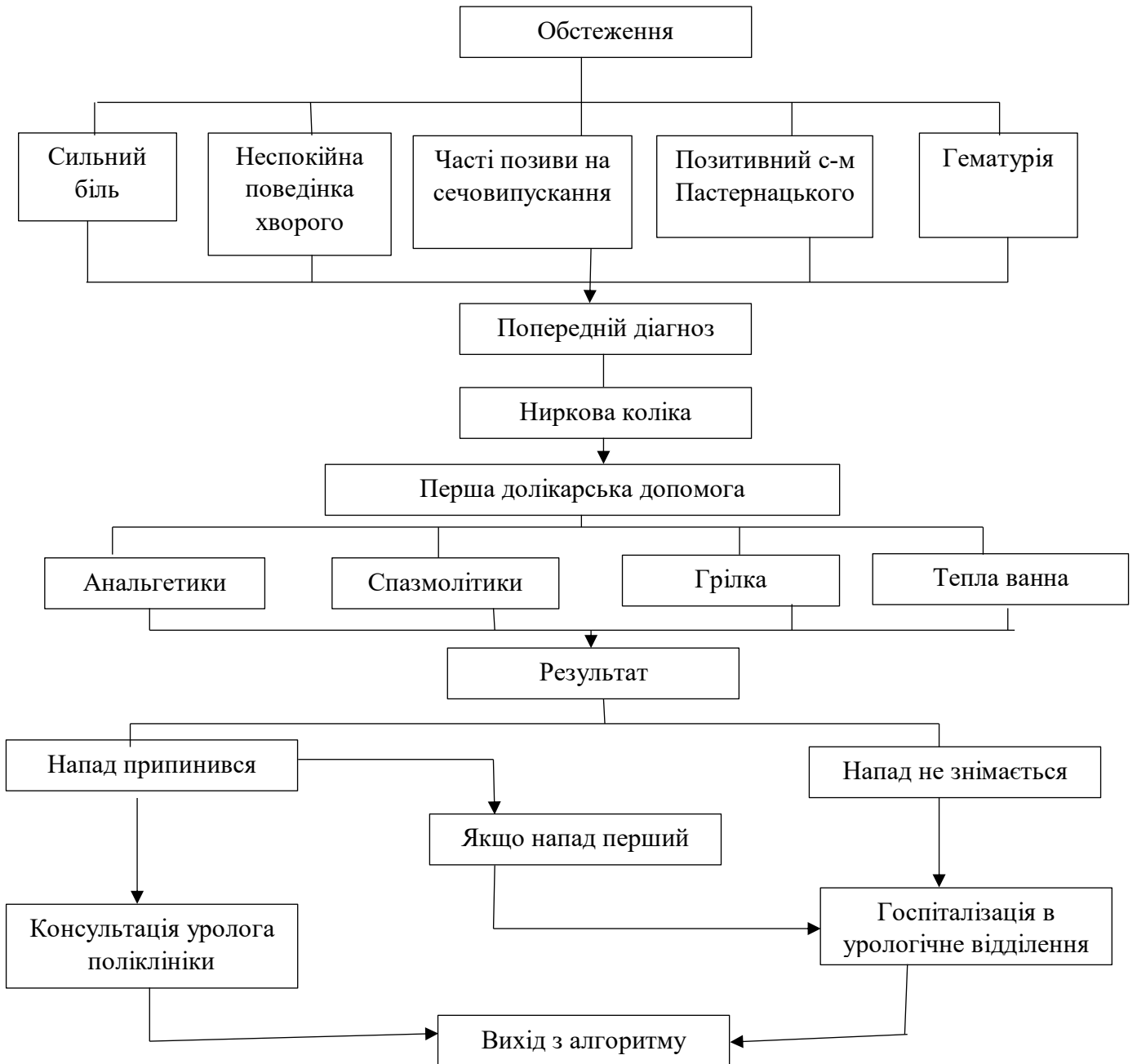
АЛГОРИТМ

Надання першої допомоги пацієнтові з синдромом «гострого» живота



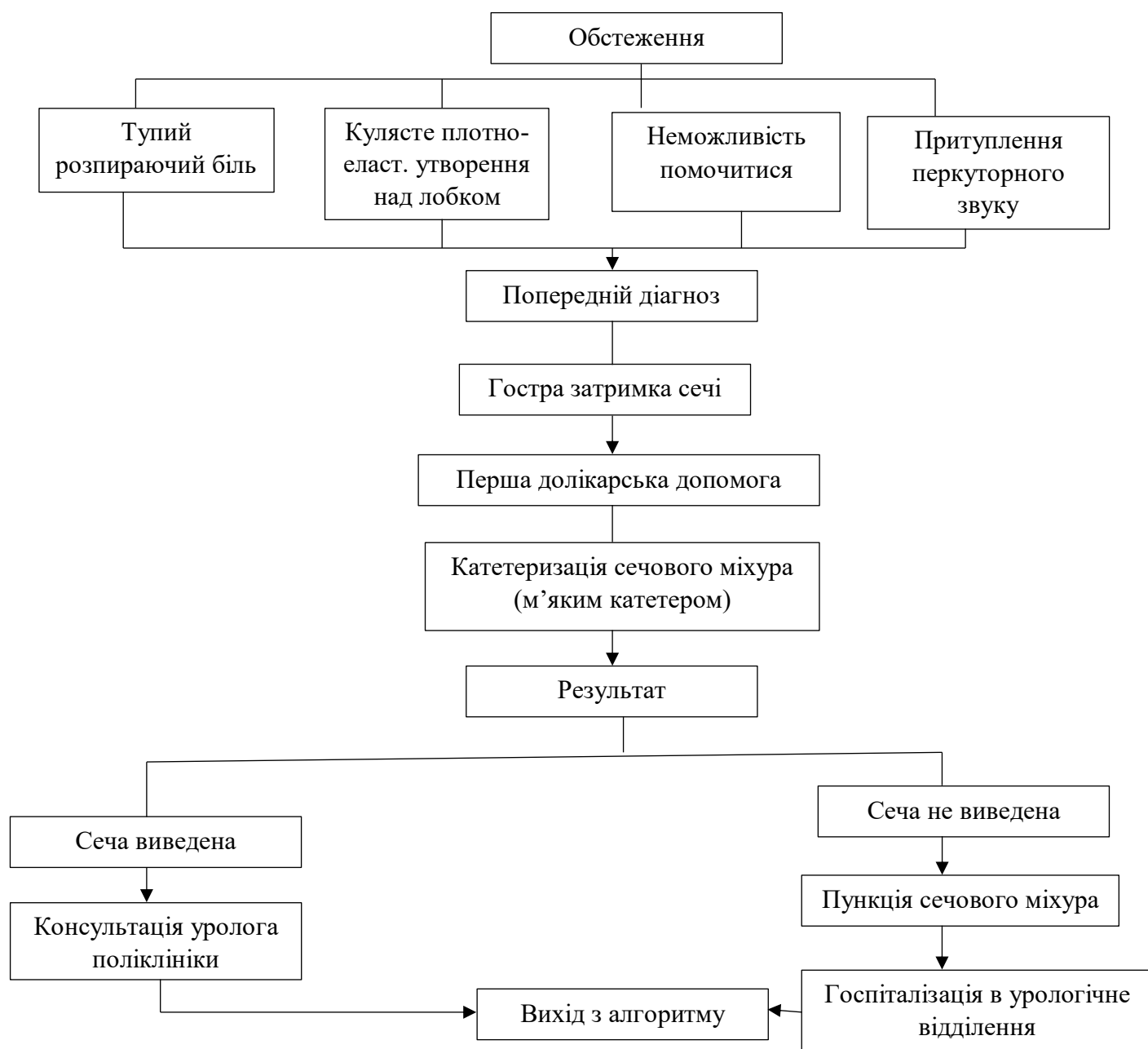
АЛГОРИТМ

Перша допомога при нирковій коліці



АЛГОРИТМ

Перша медична допомога при гострій затримці сечі



Травма нирок

КЛІНІКА

Біль в поперековій ділянці.

Клініка внутрішньої кровотечі.

При масивній кровотечі – явища шоку.

Гематурія.

ДІАГНОСТИКА

Загальний аналіз сечі (гематурія).

Хромоцистоскопія (витікання крові з гирла сечоводу, відсутність синього забарвлення сечі).

Екстрена урографія (вихід контрасту за межі нирки).

ЛІКУВАННЯ: залежить від стану пацієнта.

Задовільний стан, незначна гематурія, відсутність затікання контрасту за межі нирки - консервативне лікування: постільний режим, холод на поперекове ділянку, гемостатична терапія, динамічний нагляд.

Стан шоку, ознаки внутрішньої кровотечі, профузна гематурія - екстрена операція.

ВИДИ ОПЕРАЦІЙ.

Ушивання розриву.

Резекція полюсу нирки.

Нефректомія.

Ушкодження сечового міхура КЛІНІКА:

Внутрішньочеревне ушкодження: різкий біль в гіпогастрії, стан шоку, хибні позиви на сечовиділення, неможливість помочитися, через декілька годин приєднуються симптоми перитоніту, притуплення перкуторного звуку у відлогих частинах живота. На цистографії-скупчення контрасту у черевній порожнині.

Позаочеревинне ушкодження: різкий біль, шок, хибні позиви на сечовиділення, через декілька годин - сечова інфільтрація клітковини.

ЛІКУВАННЯ:

Внутрішньочеревне ушкодження: лапаротомія, ушивання рани сечового міхура, туалет черевної порожнини, раціональне дренування, епіцистостомія або постійний катетер на 5 - 6 днів.

Позаочеревинне ушкодження: зашивання рани, епіцистостомія. розкриття сечових запливів, дренування навколо міхурової клітковини.

УШКОДЖЕННЯ УРЕТРИ

МЕХАНІЗМ ТРАВМИ: забій промежини /при ударі, падінні/, розрив уламками тазових кісток, ушкодження уретри при катетеризації або цистоскопії.

КЛІНІКА. Біль в ділянці промежини, неможливість помочитися, виділення чистої крові з уретри /уретрорагія/, сечова інфільтрація промежинної клітковини.

ЛІКУВАННЯ. Епіцистостомія, розкриття сечових запливів, первинний шов уретри /накладається рідко внаслідок високого ризику інфікування і недостатності швів/ або вторинний шов після стухання запальних явищ і формування рубця.

ПЕРША ДОПОМОГА ПРИ ТРАВМАХ СЕЧОСТАТЕВИХ ОРГАНІВ

Надати пацієнтові горизонтального положення.

Холод на поперекову ділянку, низ живота або промежину /в залежності від виду травми/.

Гемостатична терапія.

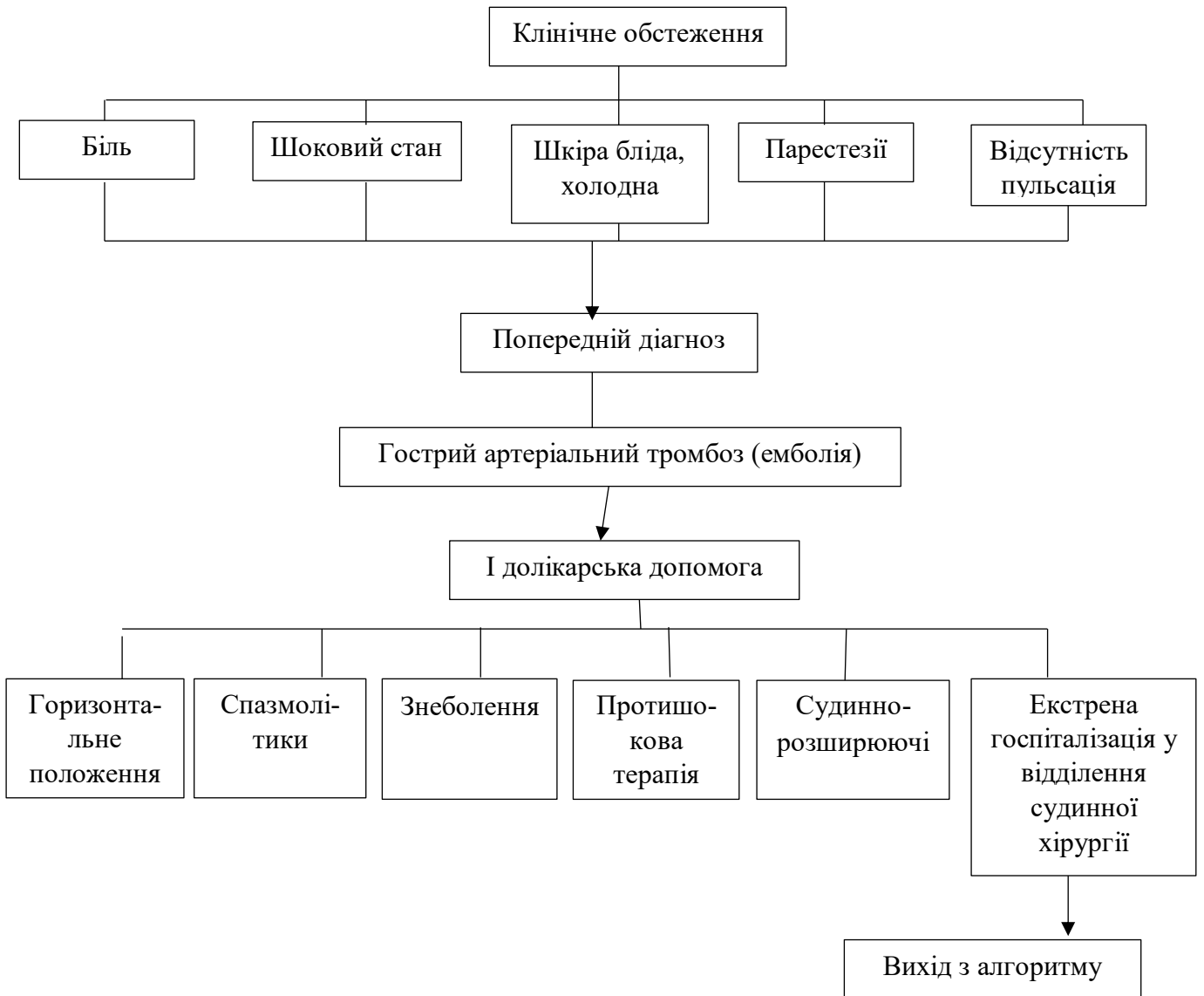
Протишокова терапія /по показаннях/.

Екстрена госпіталізація в урологічне відділення.

Невідкладні стани при судинній патології

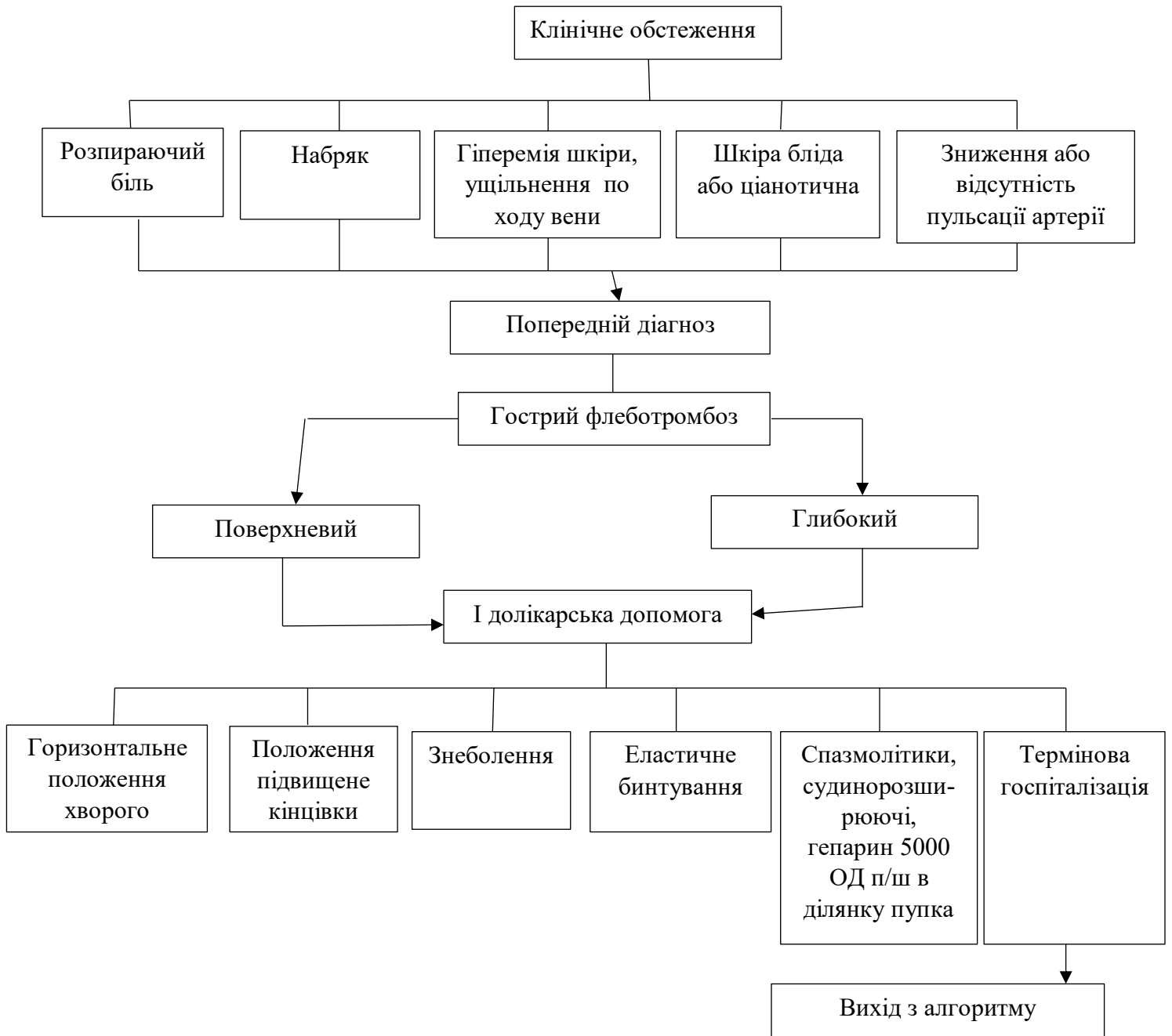
АЛГОРИТМ

Перша допомога при гострому артеріальному тромбозі



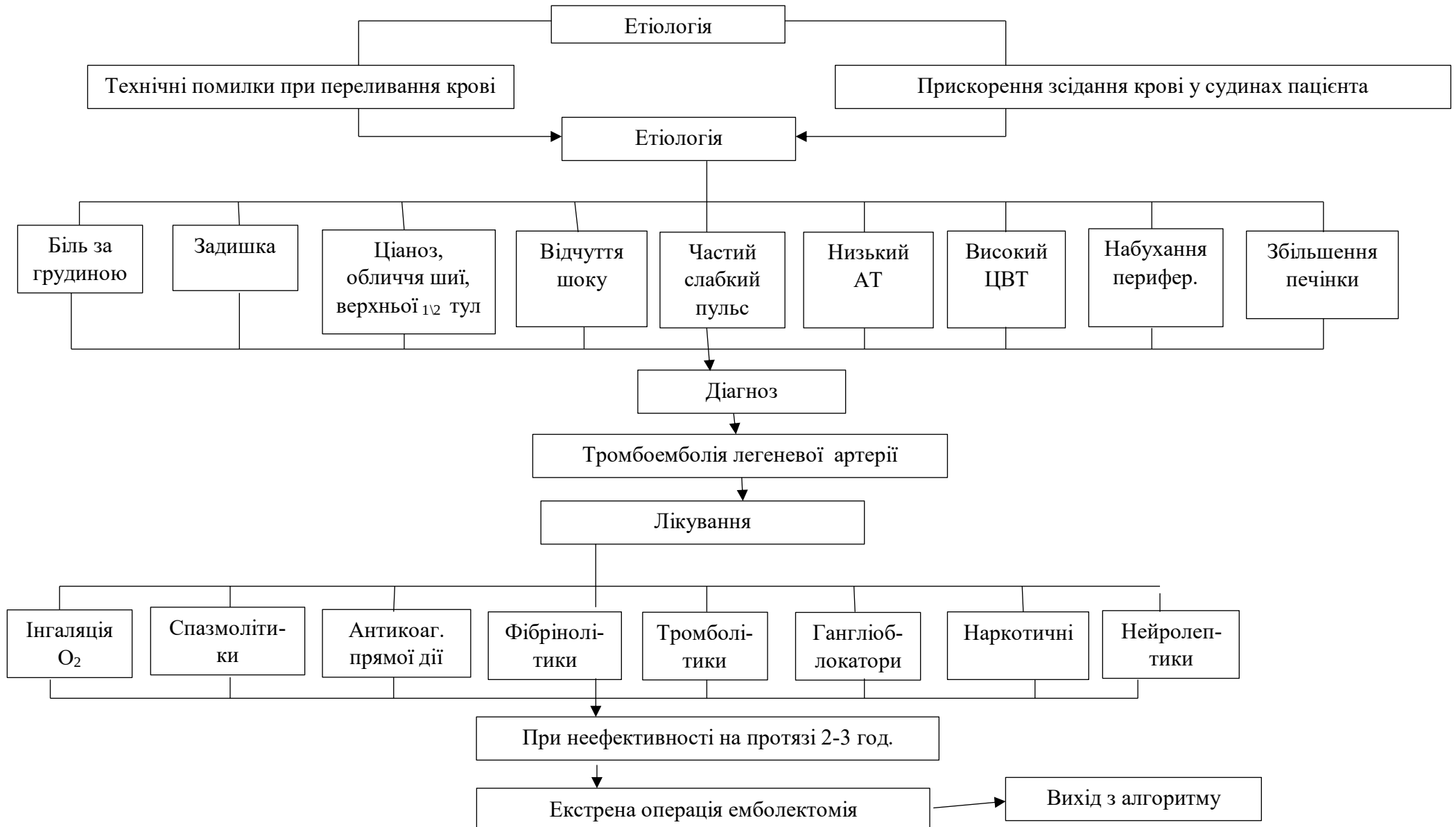
АЛГОРИТМ

Перша допомога при гострому флеботромбозі



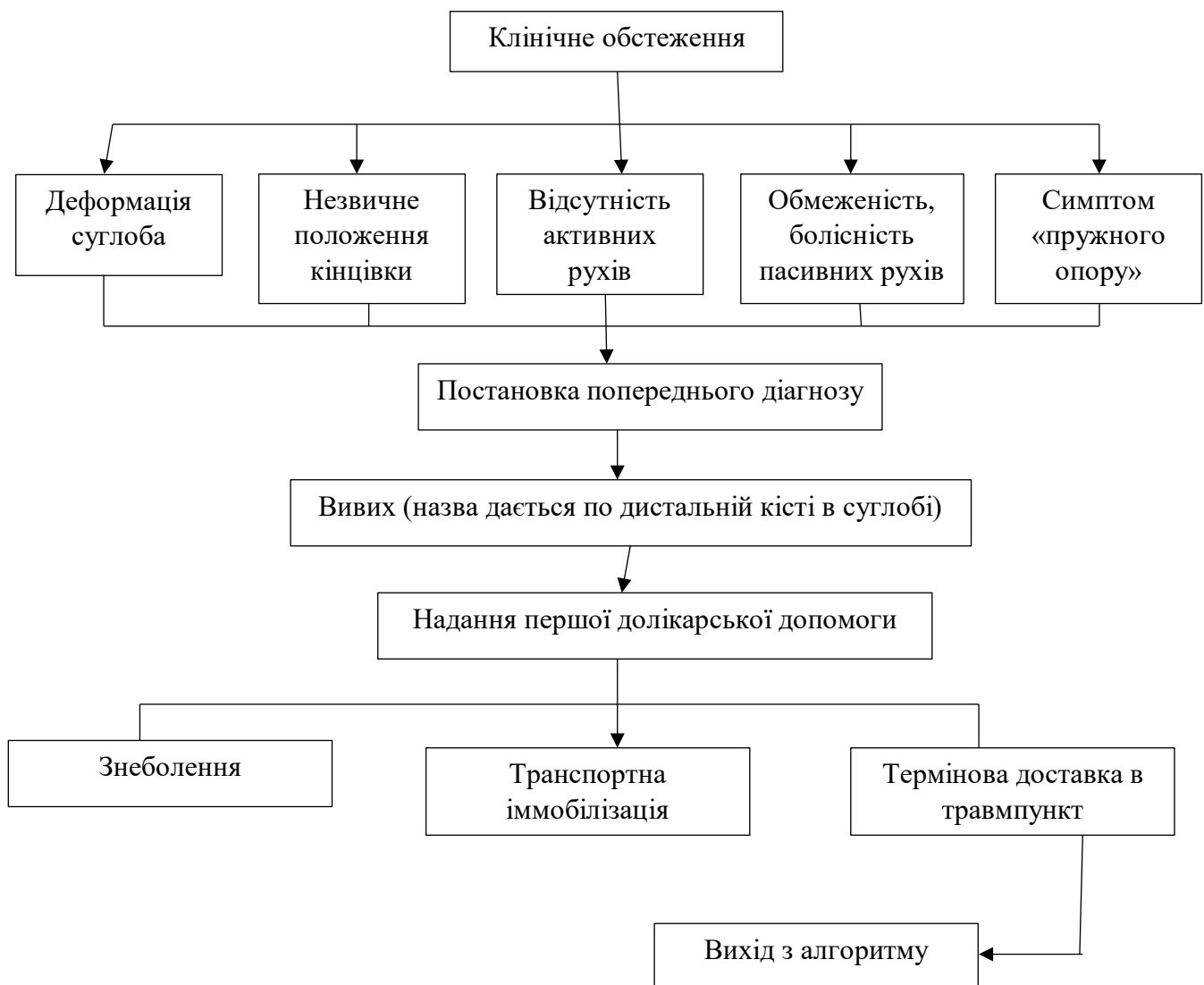
АЛГОРИТМ

Перша допомога при ТЕЛА



АЛГОРИТМ

Перша допомога потерпілому з вивихом



Синдром тривалого роздавлювання - синоніми: crash-синдром, травматичний токсикоз, міоренальний синдром - специфічний варіант травми пов'язаний з масивним тривалим роздавлюванням м'яких тканин або стисненням магістральних судин кінцівок, який зустрічається в 20 - 30% випадків аварійних руйнувань будівель, обвалах, землетрусах.

КЛІНІКА:

I період - до 48 год. після звільнення від стиснення. В клініці переважають явища шоку: больовий синдром, психоемоційний стрес, нестабільність гемодинаміки. гемоконцентрація /згустіння крові/, креатинінемія, в сечі протеїнурія. циліндрурія. Після лікування настає короткий світлий проміжок, після чого стан хворого погіршується.

II період - гострої ниркової недостатності.

Триває від 3 – 4 до 8 – 12 днів. Зростає набряк кінцівок, на ушкодженій шкірі з'являються пухирі, крововиливи. Гемоконцентрація змінюється

гемодиліюцією (розведенням крові), зростає анемія, різко змінюється діурез аж до анурації. Летальність до 36% всупереч інтенсивній терапії.

ІІІ період - відновлювальний з 3 - 4 тижня захворювання. Нормалізується функція нирок. На перший план виходять інфекційні ускладнення. Високий ризик розвитку сепсис.

Сортування у вогнищі ураження: після звільнення потерпілих від стиснення проводиться сортування, виробляється план евакуації. Шок є показанням до проведення інфузійної терапії. Після стабілізації гемодинаміки - евакуація в спеціалізований лікувальний заклад.

** У вогнищі масового ураження допомога в першу чергу надається потерпілим, які знаходяться в менш тяжкому стані*

Перша допомога: туге бинтування ушкодженої кінцівки /краще еластичне/, іммобілізація її як при переломі, введення знеболюючих та седативних засобів. Почати інфузійну протишокову терапію при любых показниках пульсу і АТ. Швидке і обережне транспортування на етап спеціалізованої допомоги, в лікарню, де є апарат для гемодіалізу.

Спеціалізована допомога:

I період - інфузійна терапія /не менше 2 л на добу: 500 - 700 мл свіжозамороженої плазми, до 1000 мл 5% глюкози з вітамінами групи "В", "С", 200 мл альбуміну, 400 мл 4% соди, 400 мл глюкозо - новокаїнової суміші/.

Постійний катетер в сечовий міхур, суворий контроль діурезу. Стимуляція діурезу за допомогою лазіксу та 2,4% еуфіліну. Гепарин 2,5 тис. ОД х 4 р п/ш. Курантіл або трентал /перешкоджають склеюванню еритроцитів/. Серцеві глікозиди по показаннях. Антибіотики. Плазмаферез при явних ознаках інтоксикації, тривалості стиснення більш 4 год., виразних локальних змін в ушкодженій кінцівці. Сеанси ГБО 1 - 2 р. на добу з метою зменшення гіпоксії тканин.

ІІ період - обмеження прийому рідини. Проведення гемодіалізу показане при зниженні діурезу до 600 мл на добу, незважаючи на рівень азотистих шлаків в крові. В междіалізний період - інфузійна терапія добовим обсягом 1200 - 1500 мл: свіжозаморожена плазма, альбумін сода, 5 - 10% глюкоза. При правильному та своєчасному лікуванні гостра ниркова недостатність купується до 10 - 12 дня.

ІІІ період - терапія місцевих проявів С Т Р та гнійних ускладнень. Особливої уваги потребує профілактика генералізації інфекції з розвитком сепсису.

Хірургічне лікування. Вибір хірургічної тактики залежить від стану і ступеню ішемії ушкодженої кінцівки.

I ступінь - незначний набряк м'яких тканин. Шкіра бліда, на межі ушкодження дещо випинається над рівнем здорової шкіри. Ознак порушення кровообігу немає. Консервативне лікування дає добрий результат.

ІІ ступінь - помірно виражений набряк м'яких тканин, їх напруженість. Шкіра бліда, з ділянками незначного ціанозу. Через 24 - 36 год. можуть утворюватися пухирі з прозорим жовтуватим вмістом, при виявленні яких оголюється волога, блідо - рожева поверхня. Посилення набряку в наступні дні свідчить про порушення венозного

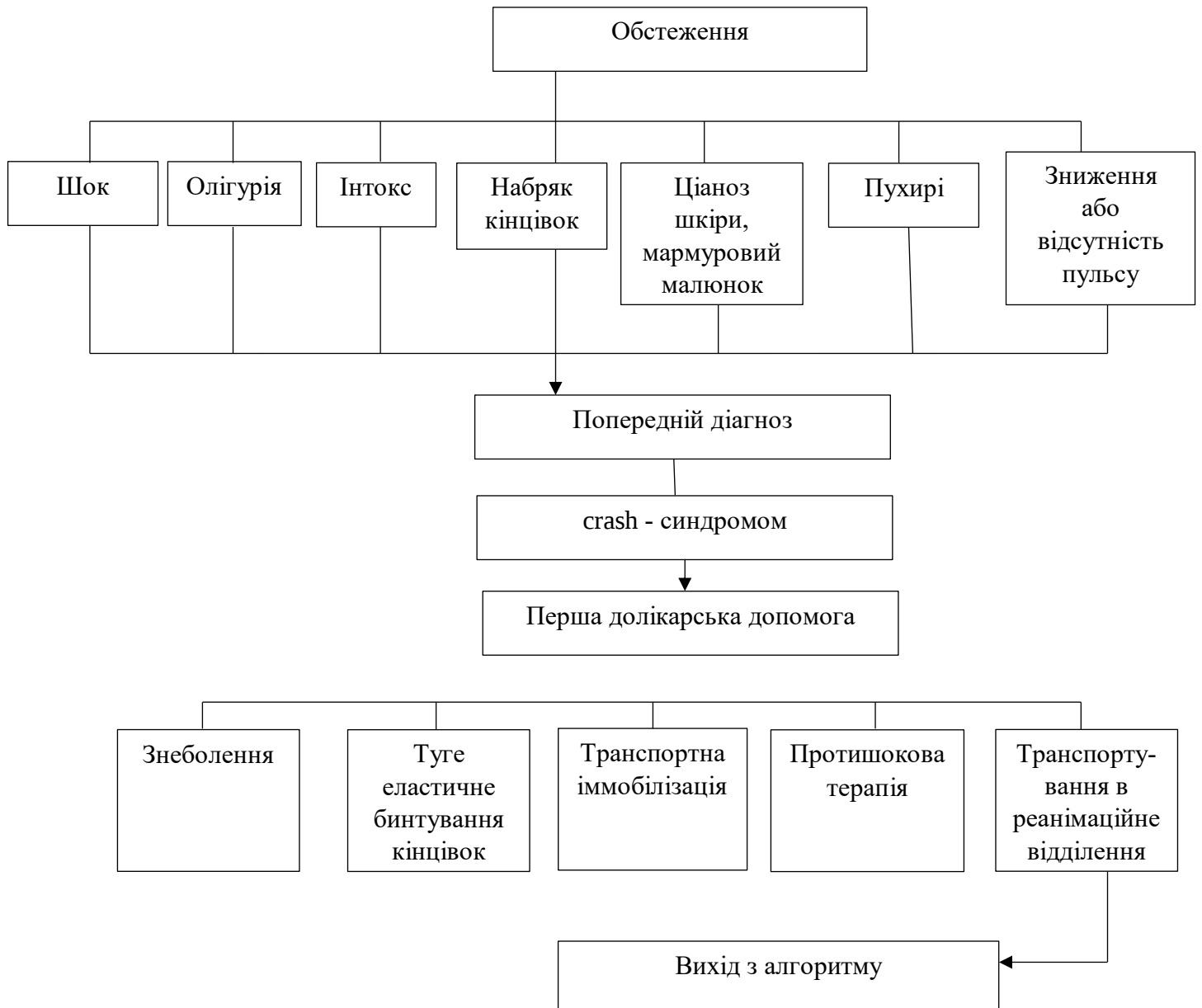
та лімфатичного відтоку. Лікування консервативне, але якщо воно недостатньо ефективне, іде наростання набряку та стиснення м'язів— „лампасні розрізи”.

III ступінь - виражений набряк та напруженість м'яких тканин. Шкірні покриви ціанотичні або “мармурового” малюнку. Шкірна температура помірно знижена. Через 12 - 24 год. з'являються пухирі з геморагічним вмістом. Під епідермісом оголюється волога поверхня темно - червоного кольору. Набряк, ціаноз швидко зростають, що свідчить про грубі порушення мікроциркуляції, тромбозі вен. Консервативне лікування неефективне. Широкі “лампасні” розрізи з розсіченням фасціальних футлярів усувають стиснення тканин. Значні виділення з рани знижують рівень інтоксикації.

IV ступінь - набряк помірно виражений, тканини різко напружені. Шкірні покриви синьо - багрового кольору, холодні. Епідермальні пухирі з геморагічним вмістом. Після зрізання епідермісу оголюється ціанотично - чорна, суха поверхня. Консервативне лікування неефективне. Широкі “лампасні” розрізи з розкриттям фасціальних футлярів забезпечують максимальну можливість відновлення кровообігу, дозволяють обмежити некротичний процес дистальних ділянок кінцівки, знизити всмоктування токсичних продуктів. У випадку наростання інтоксикації та гострої ниркової недостатності, що загрожує життю пацієнта або при розвиткові гангрен - ампутація кінцівки по демаркаційній лінії.

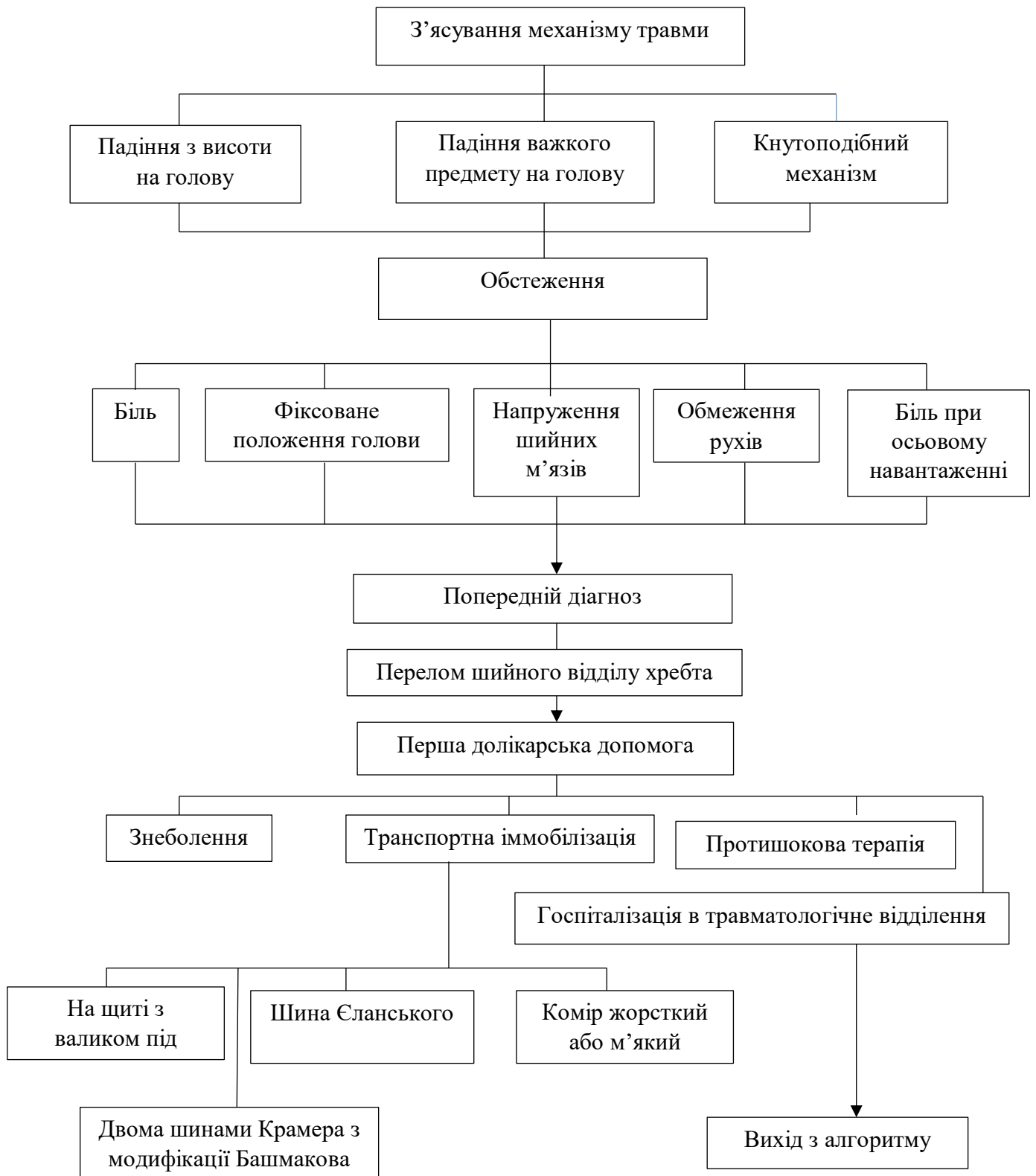
АЛГОРИТМ

Перша допомога потерпілому з crash - синдромом



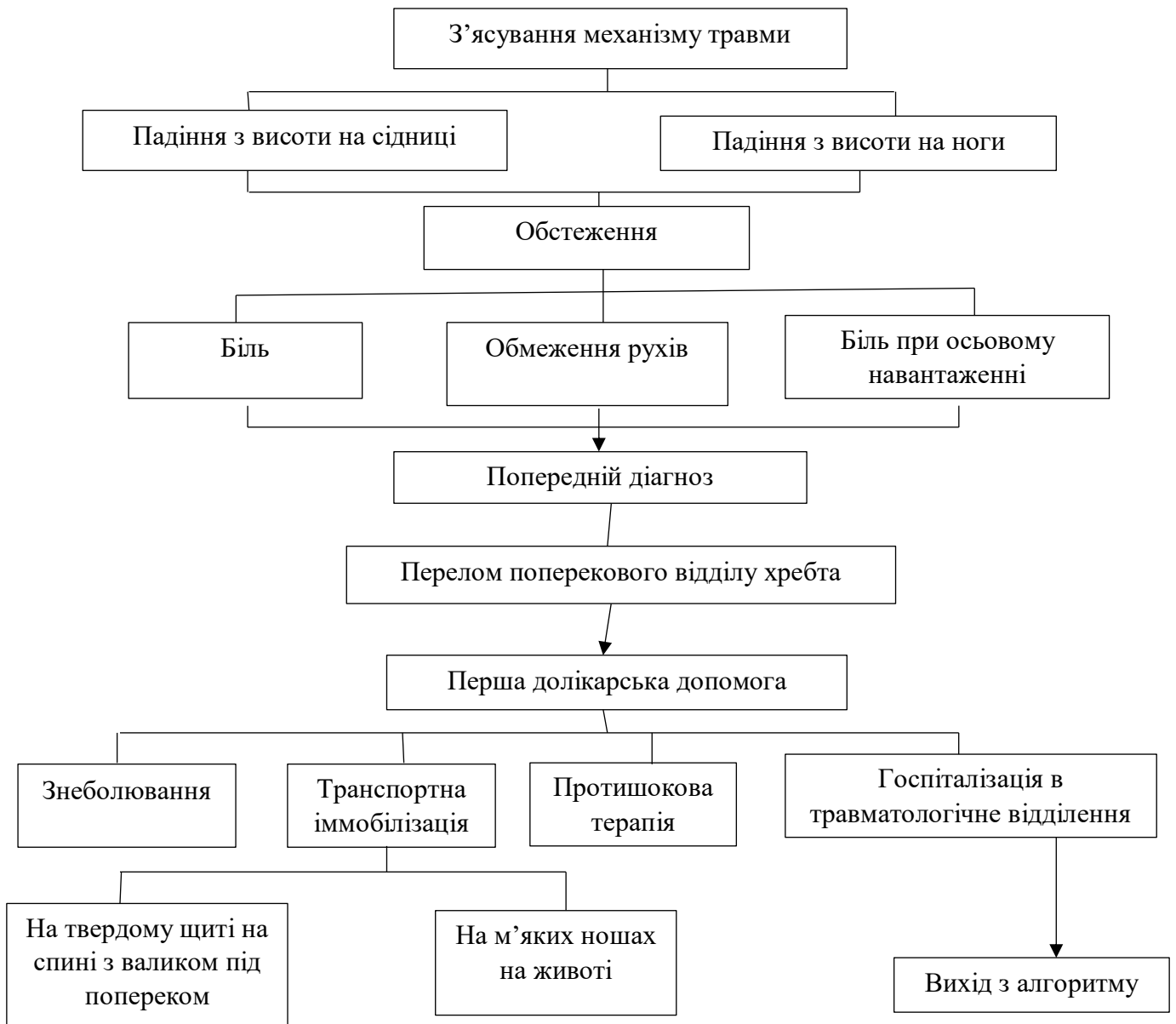
АЛГОРИТМ

Перша допомога потерпілому з переломом шийного відділу хребта



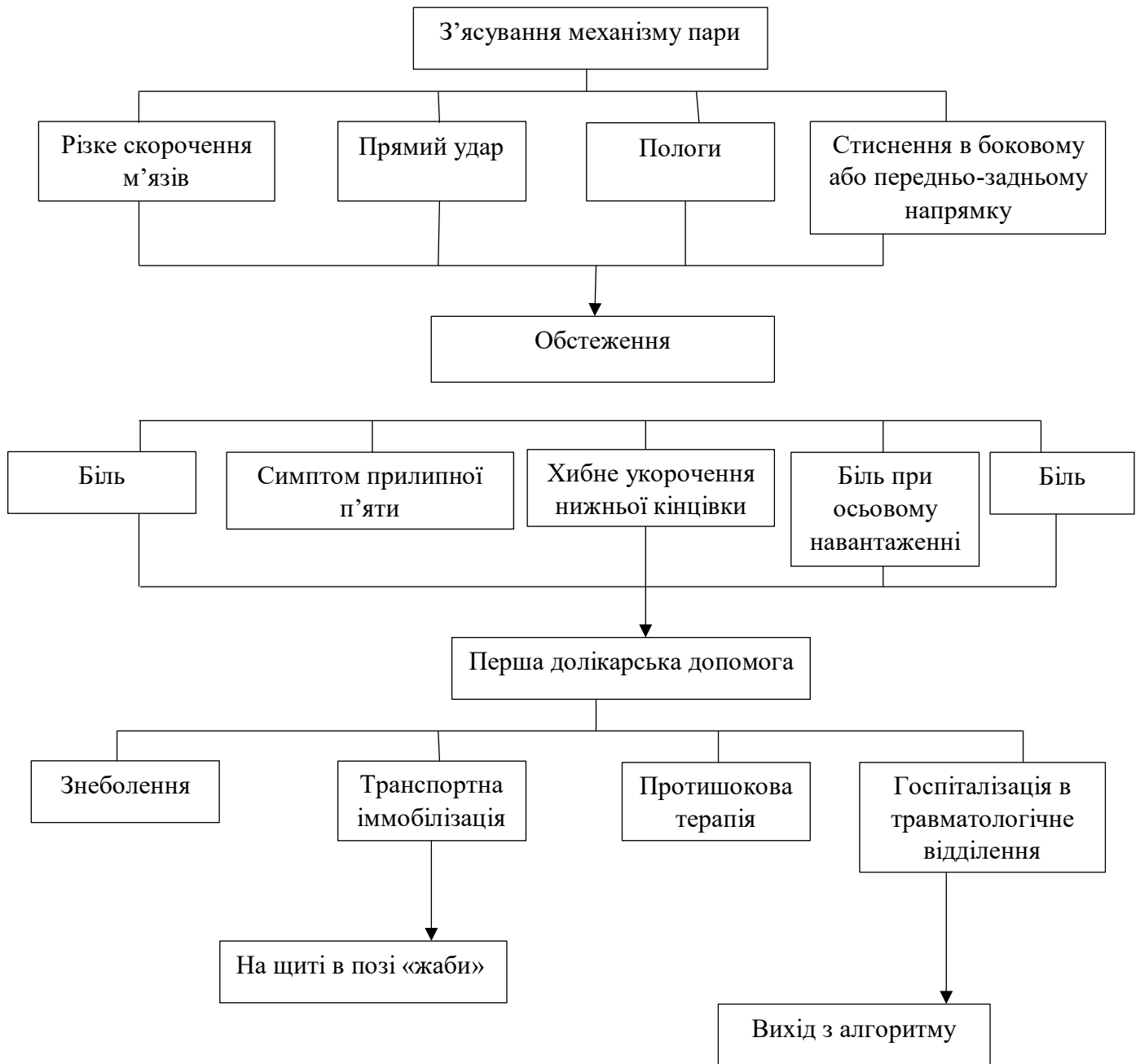
АЛГОРИТМ

Перша допомога потерпілому з переломом поперекового відділу



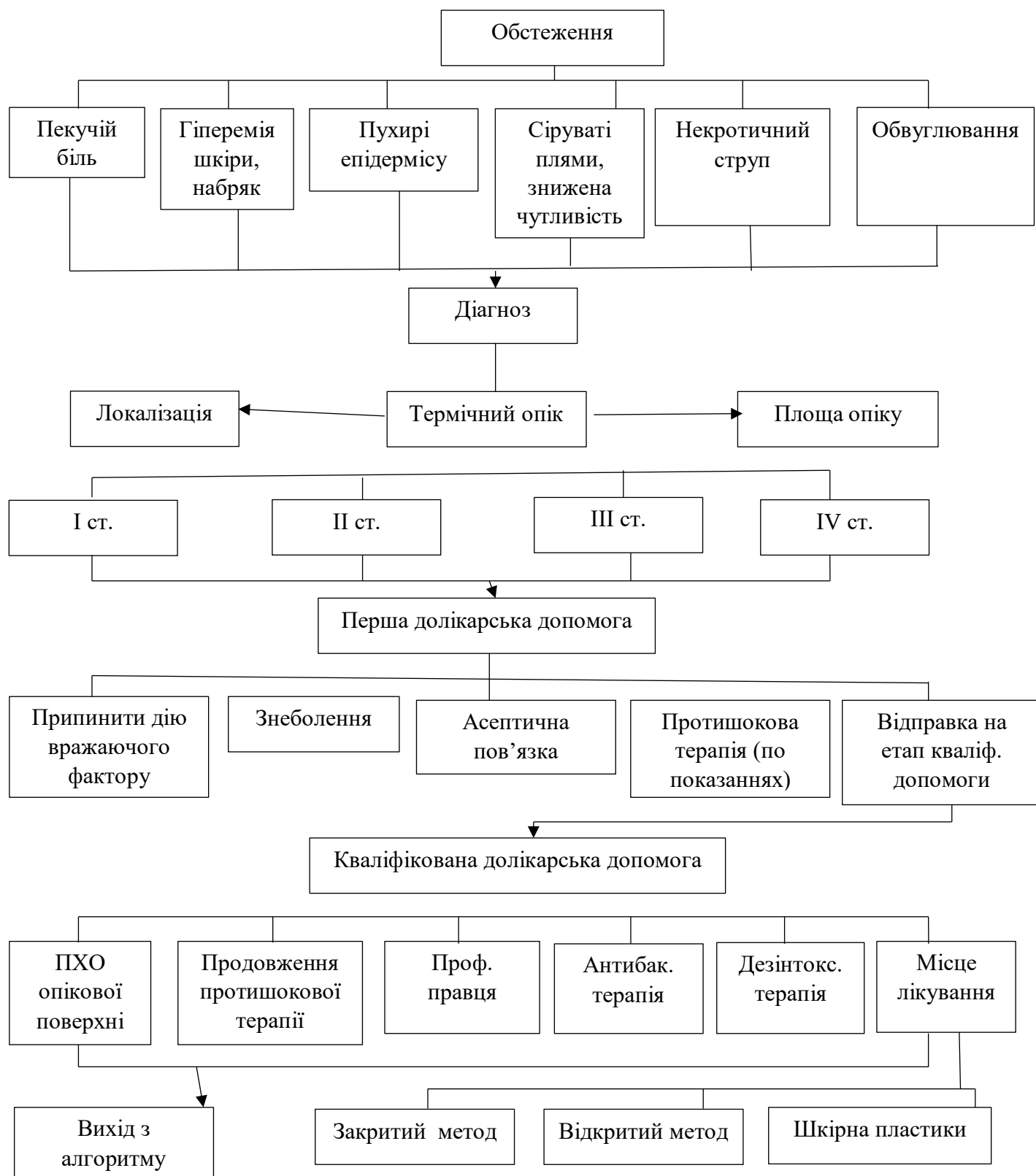
АЛГОРИТМ

Перша допомога потерпілому з переломами кісток тазу



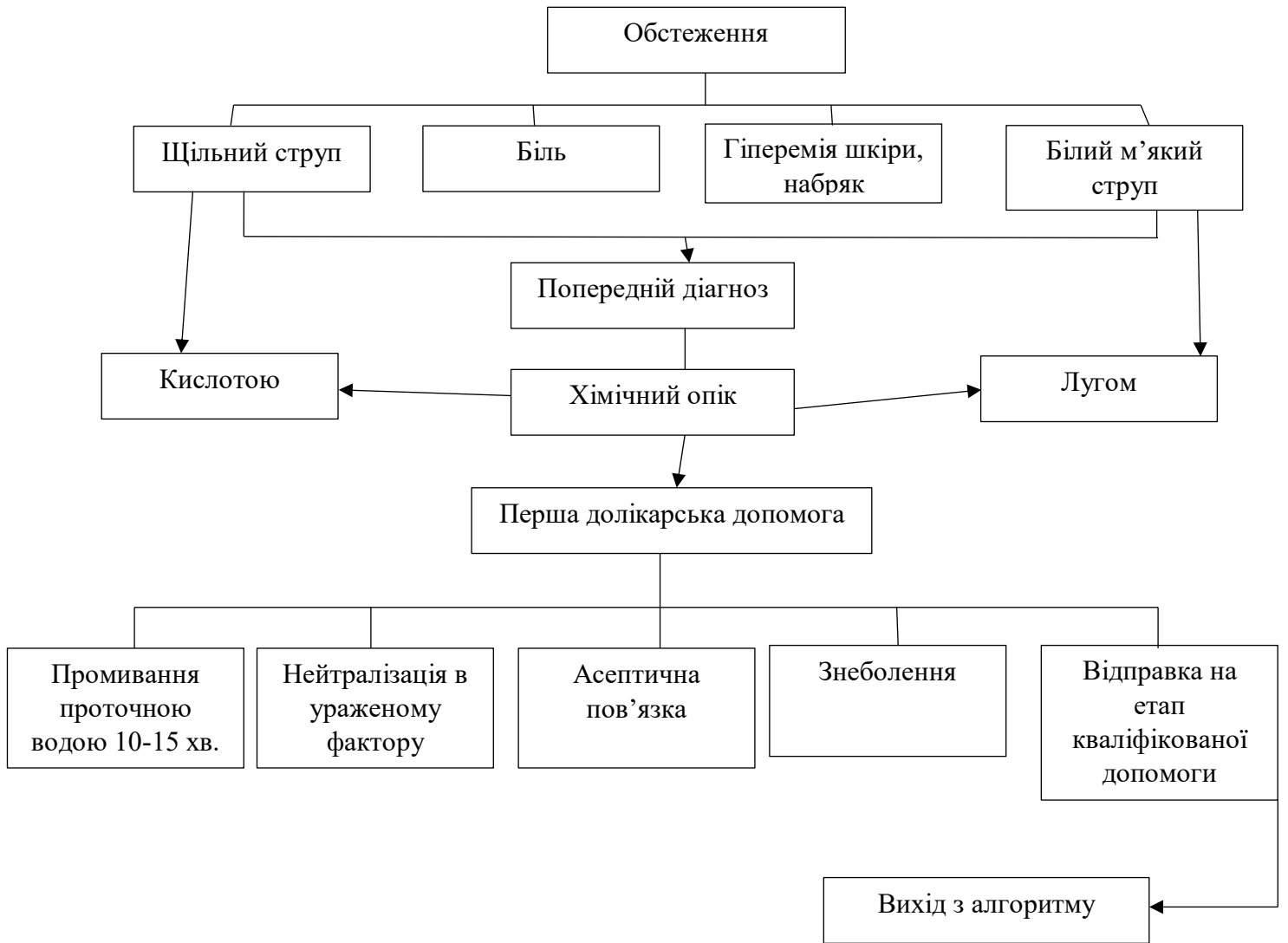
АЛГОРИТМ

Перша допомога потерпілому з термічними опіками



АЛГОРИТМ

Перша допомога потерпілому з хімічними опіками



КЛІНІКА І ДІАГНОСТИКА ВІДМОРОЖЕНЬ.

Дореактивний період.

1. Суб'єктивні відчуття:

- Біль
- Заніміння
- Мерзлякуватість
- Парестезії у вигляді „повзання мурашок”

2. Об'єктивні данні:

- Зміна кольору шкіри: блідість або ціаноз
- Набряклість тканин
- Кінцівки холодні на дотик
- Зниження больової і тактильної чутливості
- Зниження або відсутність пульсації на артеріях стоп

Реактивний період.

- При відмороженні I ст. відмічається пекучий біль, свербіж, парестезії, невеликий набряк і ціаноз шкіри, який тримається 4-6 днів і проходить.
- При відмороженні II ст. до цієї картини приєднується утворення пухирів з серозним вмістом і більш виражений набряк тканин. Ці явища зникають на протязі 2-3 тижнів.
- При відмороженні III ст. виникає різкий набряк тканин, велика кількість пухирів з геморагічним вмістом, перетворення тканин в буру масу з солодкуватим запахом, висока температура, значна інтоксикація.
- При відмороженні IV ст. виникає поступова муміфікація тканин, їх висихання, темно-фіолетове або чорне забарвлення, утворення демаркаційної лінії, відсутність ознак інтоксикації. Після відшарування некротизованих тканин утворюється рубець.
- Межу некротизованих тканин при відмороженнях III-IV ст. в перші дні визначити важко, вона виявляється до 3-4 тижня і остаточно виявляється після утворення демаркаційної лінії.

ПЕРША ДОПОМОГА В ДОРЕАКТИВНОМУ ПЕРІОДІ.

Задачі першої допомоги:

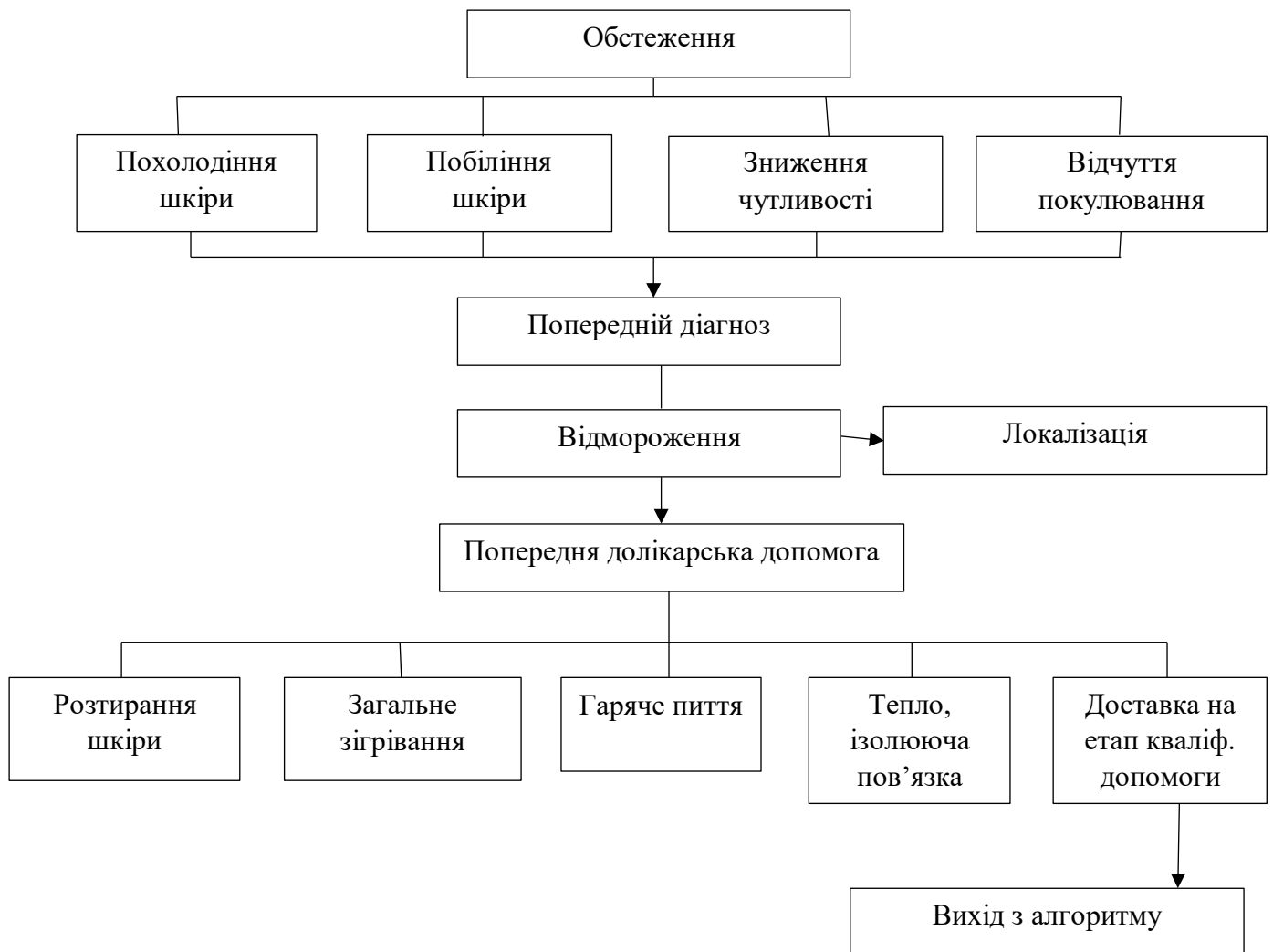
- Відновлення температури тканин
- Боротьба з шоком
- Нормалізація кровообігу
- Ліквідація тканинної гіпоксії

Дії медпрацівника:

- Помістити потерпілого в теплом приміщенні
- Зробити обережний масаж чистими руками, зволженими спиртом, від периферії до центру до потепління шкірних покривів
- Накласти тепло ізолюючу пов'язку: шар марлі, товстий шар вати, шар іарлі, шар тепло ізолюючої тканини (прогумована тканина, поліетилен)
- Тепло закутати потерпілого, дати йому теплий чай, алкоголь
- Транспортування потерпілого в лікувальний заклад

АЛГОРИТМ

Перша допомога потерпілому з відмороженням



ЗАГАЛЬНЕ ЗАМЕРЗАННЯ (ЗАГАЛЬНА ГІПОТЕРМІЯ:

По важкості розподіляється на 3 ступені:

I ст. - легкий. Зниження ректальної температури до 35° - 33°, адинамія, озноб, шкірні покриви бліді, з ціанотичним відтінком, поява "гусячої шкіри", затrudнена скандована мова. Незначні брадікардія, гіпертонія. Дихання не змінено.

II ст. - середньої тяжкості. Температура в прямій кишці знижена до 33° - 31°. Стан ступору. Шкірні покриви холодні, з мармуровим малюнком. Пульс 50 - 60 на 1 хв, слабкий. Незначна гіпертонія. Дихання рідке, 8-12 /хв. поверхневе.

III ст. - тяжкий. Ректальна температура <31°. Свідомість втрачена, судоми, блювота. Шкірні покриви бліді, холодні. Закрижавілість дистальних відділів кінцівок. Тризм мускулатури, внутрішньоутробна поза. Пульс 36 - 40 /хвил, визначається тільки на сонних артеріях. АТ не визначається. Дихання 3-4 /хвил. набряк головного мозку, легень, пневмонія. Може бути зупинка серця - /фібриляція /, про життя свідчить тільки дихання.

НЕВІДКЛАДНА ДОПОМОГА:

1. Загальна ванна з підвищення температури води за 3 - 5 хвил. від 35° до 40°-43°. Термін при контролі ректальної температури від 30 хвил. До 2 годин.
2. Після зігрівання в теплій воді, підвищенні ректальної температури до 35° - масаж серця, ШВЛ, введення серцевих та дихальних аналептиків (кордіамін, лобелін, цитітон, бемегрид). Якщо серцева діяльність не відновлюється, а на ЕКГ фібриляція шлуночків серця – електрична дефібриляція.
3. В/в введення 40 – 60 мл підігрітого 40% розчину глюкози.
4. Протишокова терапія.
5. Профілактика набряку мозку, легень /дегідратаційна терапія: 40% р-н
6. гексаметилентетраміну, 25% р-н магнію сульфату, лазикс 2-4 мл/.
7. Профілактика пневмонії /антибактеріальна терапія, дихальна гімнастика, банки, гірчичники/.

АЛГОРИТМ

Невідкладна допомога потерпілому з загальним замерзанням

Обстеження

Відсутність
свідомості

Шкірні
покрови
холодні

Загальне
здерев'яніння

Відсутність
Ps і АТ

Дихання
поверхневе,
рідке

Попередній діагноз

Загальне замерзання

Невідкладна допомога

Занести потерпілого в тепле
приміщення

Тепла ванна
(загальна)

Після підвищення
ректальної t^0 до 35^0C

Підігрітий
р-н 40%
глюкози в/в

Серцеві
глікозиди

Дихальні
аналептики

Дегідратаційна
терапія

Антибіотики

Вихід з алгоритму

