

ЛОКАЛЬНИЙ КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ

ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Діагноз: Черепно-мозкова травма (травма голови)

Код МКХ-10: Травми голови [S00 – S09]

Приклади формулювання діагнозу:

1.3ЧМТ.Забій головного мозку легкого ступеню.

2.Відкрита проникаюча ЧМТ. Забій головного мозку середнього ступеню. Внутрішньомозкова гематома. Відкритий перелом основи черепа, носова лікворея. Травматичний шок Іст.

Надання першої медичної або екстреної медичної допомоги на догоспітальному етапі здійснюється:

бригадами екстреної (швидкої) медичної допомоги Центрів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, станцій екстреної (швидкої) медичної допомоги, лікарями відділень екстреної (невідкладної) медичної допомоги багатoproфільних лікарень, які входять у систему екстреної медичної допомоги.

Медична допомога на догоспітальному етапі має бути наданою пацієнтам із ЧМТ впродовж перших хвилин після травми.

Пацієнтам із ЧМТ необхідно забезпечити термінову госпіталізацію в центри (відділення), де можливе застосування додаткових методів діагностики, в т.ч. МРТ, КТ та проведення нейрохірургічного втручання за показами.

Діагностика черепно-мозкової травми на догоспітальному етапі передбачає проведення клінічного обстеження з метою визначення загального стану хворого, в т.ч. неврологічного статусу: рівня свідомості травмованого та наявності неврологічного дефіциту, наявності поєднаних травм (додаток 2).

Покази для екстреного огляду нейрохірурга: стан коми, перелом черепа, симптом Кушинга (збільшення артеріального тиску після травми), оторея або ринорея, ознаки перелому основи черепа.

Всі особи з черепно-мозковою травмою мають бути консультовані нейрохірургом/неврологом.

Госпіталізацію при СГМ й ЛЗГМ здійснюють для огляду нейрохірурга, проведення додаткових методів діагностики, в т.ч. МРТ або КТ за показами, призначення консервативного лікування та клінічного спостереження за перебігом травми.

При тяжкій та середній тяжкості ЧМТ необхідна екстрена госпіталізація травмованих в нейрохірургічне відділення багатoproфільної лікарні, за відсутності спеціалізованого відділення – в травматологічне, з подальшою консультацією нейрохірурга (**додаток 3**). надають екстрену, первинну та вторинну медичну допомогу, визначається наказом територіального органу з питань охорони здоров'я.

ДЛЯ БРИГАДИ ЕКСТРЕНОЇ (ШВИДКОЇ) МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Положення протоколу

Норматив прибуття бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги на місце події становить 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.

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

Діагностичне та клінічне обстеження пацієнта фіксується у Kartі виїзду швидкої медичної допомоги (форма 110/о).

Обґрунтування

Рання діагностика та госпіталізація пацієнтів з ознаками ЧМТ сприяє своєчасній госпіталізації у спеціалізовані ЗОЗ з метою проведення додаткових методів діагностики та нейрохірургічних втручань за показами, що зменшує смертність та інвалідність внаслідок цього захворювання, покращує результати лікування пацієнтів.

Необхідні дії керівника бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги

Обов'язкові:

1. Збір анамнезу

1.1. Збір анамнезу захворювання:

1.1.1. Встановити точний час, місце та обставини отримання травми зі слів постраждалого, родичів, свідків.

1.1.2. Встановити кількість постраждалих, у тому числі дітей.

1.1.3. Повідомити диспетчера про необхідність додаткових бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги.

1.1.4. Визначити механізм травми, в т.ч. дорожньо-транспортна пригода, падіння з висоти, в т.ч. з висоти росту, кримінальні дії тощо.

1.1.5. Встановити епізод втрати свідомості.

1.1.6. З'ясувати факт надання долікарської та першої медичної допомоги сторонніми особами, якщо так, то ким саме.

1.1.7. Визначити, чи вживав хворий алкогольні напої або наркотичні засоби.

1.2. Збір анамнезу життя:

1.2.1. З'ясувати наявність факторів ризику серцево-судинних захворювань: артеріальна гіпертензія, тютюнопаління, цукровий діабет, гіперхолестеринемія. Виявити в анамнезі супутні захворювання, в т.ч. порушення ритму серця, порушення мозкового кровообігу, онкологічних захворювань, виразкової хвороби шлунку та 12-палої кишки, захворювань крові та наявність у минулому кровотеч, ХОЗЛ, тощо.

1.2.2. Зібрати загальний алергологічний анамнез та з'ясувати наявність алергічних реакцій на прийом лікарських засобів.

1.2.3. Встановити, які лікарські засоби приймає пацієнт щоденно.

1.2.4. З'ясувати, які лікарські засоби пацієнт прийняв до прибуття бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги.

1.2.5. Виявити в анамнезі супутні захворювання органів та систем постраждалого.

2. Проведення огляду та фізичного обстеження

2.1. Оцінка загального стану та життєво важливих функцій: свідомості, дихання, кровообігу за алгоритмом ABCDE (Додаток №3).

2.2. Візуальна оцінка: колір шкіряних покривів, вологість, наявність харкотиння, ознаки набухання шийних вен.

2.3. За відсутності потреби в реанімаційних заходах, проводять вторинний огляд – більш детальне неврологічне та соматичне обстеження.

2.4. Оглянути травмованого з голови до п'ятки з метою виявлення поєднаних пошкоджень:

2.4.1. Наявність зовнішніх ознак травми.

2.4.2. Визначити рухову активність великих суглобів.

2.4.3. Наявність деформацій скелету.

2.4.4. Наявність підшкірної емфіземи та крепітацій.

3. Оцінка стану серцево-судинної та дихальної системи пацієнта

3.1. Пульс, його характеристика, АТ.

3.2. ЧД, його характеристика.

3.3. Вимірювання артеріального тиску на обох руках.

3.4. Аускультация легень на всьому протязі з метою виявлення пневмотораксу, гемотораксу, наявність супутніх захворювань, в т.ч. пневмонії.

3.5. Відповідно до показань усунути порушення життєво важливих функцій організму – дихання (алгоритм «Гостра дихальна недостатність»), кровообігу (алгоритм «Гіповолемічний шок»).

4. Проведення неврологічного обстеження

Визначають рівень свідомості за шкалою ком Глазго (додаток 1).

Наявність запаху алкоголю не пояснює зміни ментального статусу при травмі голови.

5. Проведення інструментального обстеження

Обов'язкові:

1. Вимірювання артеріального тиску.

2. Реєстрація ЕКГ у 12 відведеннях.

Бажані:

1. Пульсоксиметрія (визначення сатурації крові киснем, **норма – 95%**).

Лікувальна тактика

1. Необхідні дії керівника бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги з метою підтримати достатнього метаболізму головного мозку, запобігти збільшенню інтракраніального тиску.

Обов'язкові:

- Положення пацієнта лежачи в безпечному зручному положення з піднятою головою на 30°.
- Накладіть шийний комір.
- Хворим з клінічними ознаками тяжкої ЧМТ здійснюють моніторинг сатурації киснем крові.
- Забезпечують інгаляцію кисню травмованим зі зниженням сатурації менше ніж 95%.
- Інгаляцію кисню здійснюють через фаціальну маску або через носовий катетер зі швидкістю 3-5 л/хв.
- Всім травмованим забезпечують спостереження за показниками артеріального тиску.
- Забезпечують венозний доступ через катетеризацію периферійної вени шляхом виконання стандартної процедури венозної пункції з дотриманням заходів асептики/антисептики катетером для внутрішньовенної пункції, який ретельно фіксується пов'язкою.

4. Надання екстреної медичної допомоги хворим з тяжкою ЧМТ

Обов'язкові:

При наявності ознак внутрішньочерепної гіпертензії:

- 1) інтенсивність головного болю, яка зростає,
- 2) блювота,
- 3) порушення свідомості,
- 4) брадікардія.

1.1. Запобігання інтракраніальної гіпертензії: гіперосмолярна терапія гіпертонічним 6-7,5% розчином натрію хлориду 0,9% внутрішньовенно крапельно 200,0;

1.2. Вводять нейропротектори: магнію сульфат 7-10 мл 25% розчину на

0,9% фізіологічному розчині натрію хлориду 0,9% внутрішньовенно;

1.3. При психомоторному збудженні та судомах внутрішньовенно вводять 2-4 мл розчину діазепаму (сибазон) 0,5% 2,0.

5. Транспортування до спеціалізованого ЗОЗ

Подальша тактика залежить від даних СКТ та КТ.

Госпіталізація

Обґрунтування

Термінова госпіталізація пацієнта з ЧМТ у визначені ЗОЗ вторинної медичної допомоги зменшує кількість випадків незворотніх вітальних порушень на ранньому госпітальному етапі.

Необхідні дії керівника бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги

Обов'язкові:

1. Всі пацієнти з підозрою на ЧМТ незалежно від статі, віку та інших чинників підлягають терміновій госпіталізації. Пріоритетним завданням бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги є транспортування пацієнтів в центр (відділення), де можливе надання спеціалізованої медичної допомоги.

2. Під час транспортування необхідно забезпечити моніторинг стану пацієнта, проведення лікувальних заходів та готовність до проведення реанімаційних заходів.

3. Транспортування здійснюється на транспортній дошці (ношах) після стабілізації стану пацієнта, або визначення оптимізованого терміну догоспітального етапу у відділення екстреної (невідкладної) медичної допомоги багатопрофільної лікарні, або минаючи вказане відділення, безпосередньо до відділення інтенсивної терапії, реанімаційне відділення, операційний блок, де має проводитись екстрена спеціалізована медична допомога.

Необхідні дії водія бригади екстреної медичної допомоги:

1.Забезпечити доставку медичних працівників та оснащення виїзної бригади до місця події у найкоротший термін (до 10 хвилин у місті та 20

хвилин у населених пунктах поза межами міста) та оптимальним маршрутом.

2. Сприяти медичним працівникам в наданні екстреної медичної допомоги хворим та постраждалим, перенесенні та підключенні медичної апаратури.

3. Брати безпосередню участь у перенесенні хворого на ношах, особисто відчиняти задні двері автомобіля, брати участь у встановленні нош з хворим у салон автомобіля, зачиняти задні двері.

4. Забезпечити транспортування хворого до лікарні.