

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства охорони здоров'я

_____ № _____

**УНІФІКОВАНИЙ КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ
ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ**

СТРАНГУЛЯЦІЙНА АСФІКСІЯ

2013

I. ПАСПОРТНА ЧАСТИНА

1.1. Діагноз: Странгуляційна асфіксія

1.2. Код МКХ-10:

X70 Навмисне самоушкодження шляхом повішення, удавлення і задушення

X91 Напад шляхом повішення, задушення і удавлення

Y20 Повішення, удушення і удавлення з невизначеними намірами

1.3. Протокол призначений для лікарів медицини невідкладних станів, лікарів бригад екстреної медичної допомоги.

1.4. Мета протоколу: організація надання екстреної медичної допомоги пацієнтам з странгуляційною асфіксією, зменшення смертності та інвалідності внаслідок цієї патології.

1.5. Дата складання протоколу: грудень 2013 рік.

1.6. Дата наступного перегляду: грудень 2016 рік.

1.7. Розробники:

Хобзей М.К.	Голова мультидисциплінарної робочої групи, директор Департаменту реформ та розвитку медичної допомоги МОЗ України, д.мед.н.
Юрченко В.Д.	Головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Медицина невідкладних станів», директор Державного закладу «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Міністерства охорони здоров'я України»
Гур'єв С.О.	Заступник директора з наукової роботи Державного закладу «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Міністерства охорони здоров'я України», д.мед.н., професор
Іскра Н.І.	Старший науковий співробітник Державного закладу «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Міністерства охорони здоров'я України» к.мед.н., доцент

Методичний супровід та інформаційне забезпечення:

Ліщишина О.М.	Директор Департаменту стандартизації медичних послуг Державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України», к.мед.н, ст.н.с.
---------------	---

Горох Є.Л.	Начальник Відділу якості медичної допомоги та інформаційних технологій Державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України», к.тех.н.
Мельник Є.О.	Начальник Відділу доказової медицини Державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України»
Шилкіна О.О.	Начальник Відділу методичного забезпечення новітніх технологій у сфері охорони здоров'я Державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України»

Адреса для листування: Департамент стандартизації медичних послуг Державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України», м. Київ. Електронна адреса: medstandards@dec.gov.ua.

Електронну версію документу можна завантажити на офіційному сайті Міністерства охорони здоров'я: <http://www.moz.gov.ua> та на <http://www.dec.gov.ua>

Рецензенти:

Малиш І.Р.	Завідувач відділенням анестезіології та інтенсивної терапії КМКЛ ШМД, лауреат державної премії України в галузі науки і техніки, д.мед.н., професор
Печиборщ В.П.	Завідувач відділу наукових проблем організації та управління медичною допомогою при надзвичайних ситуаціях, к.мед.н.
Курділь Н.В.	Доцент кафедри Військової токсикології, радіології та медичного захисту УВМА, к.мед.н.

1.8.Епідеміологічна інформація

Странгуляційна асфіксія - одна з різновидностей гострого порушення прохідності дихальних шляхів, яка виникає при прямому здавленні трахеї, судин і нервових стволів ший.

Характерним є швидке настання розладів газообміну по типу гіпоксемії та гіперкапнії, короточасним спазмом мозкових судин, а потім їх стійким розширенням з глибокими порушеннями мозкового кровообігу, дифузними крововиливами в речовину мозку і розвитком гіпоксемічної енцефалопатії.

В більшості випадків, странгуляційна асфіксія - результат самоповішення, суїцидних спроб осіб, страждаючих хронічним алкоголізмом (66%) або ж психічними захворюваннями (25%).

Процес вмирання від странгуляційної асфіксії поділяють на 4 стадії, кожна з яких триває кілька секунд або хвилин.

Для I стадії характерні збереження свідомості, глибоке і часте дихання з участю усієї допоміжної мускулатури, прогресуючий ціаноз шкіри, тахікардія, підвищення артеріального і венозного тиску.

У II стадії свідомість втрачається, розвиваються судоми, мимовільне сечо- і каловиділення; дихання стає рідким.

У III стадії має місце зупинка дихання тривалістю від кількох секунд до 1-2 хвилин (термінальна пауза).

У IV стадії агональне дихання переходить в повну його зупинку і настає смерть.

Странгуляція, що триває більше 7 - 8 хв., абсолютно смертельна.

Перебіг постасфіксичного періоду залежить не лише від тривалості здавлення ший, але і від локалізації странгуляційної борозди, механічних властивостей матеріалу петлі, ширини полоси здавлення, відповідних пошкоджень органів ший.

Існує думка, що постасфіксичний період поновлення має більш важкий перебіг, якщо странгуляційна борозда замикається на задній поверхні ший і менш важко – якщо на передній і боковій поверхнях.

При локалізації странгуляційної борозди вище гортані процес вмирання розвивається дуже швидко з причини рефлекторної зупинки дихання і серцево-судинного колапсу, як результату прямого здавлення петлею каротидних синусів. В наступному, внаслідок порушення венозного відтоку з головного мозку і розвитку гіпоксії, приєднується важка внутрішньочерепна гіпертензія і гіпоксія мозкової тканини.

Якщо странгуляційна борозда розташована нижче гортані, то ще деякий час зберігається здатність до свідомих дій тому, що швидких розладів життєво

важливих функцій не настає, однак вживання перед повішенням алкоголю, снодійних та інших засобів виключає можливість самоврятування.

Клінічна картина поновлювального періоду після перенесеної странгуляційної асфіксії характеризується відсутністю свідомості, різким рухальним збудженням і напруженням всієї поперечно-полосатої мускулатури. Іноді розвиваються майже безперервні судоми. Шкіра обличчя ціанотична, виникають петехіальні крововиливи в склери і кон'юнктиви.

Дихання часте, аритмічне. Артеріальний і центральний венозний тиск підвищені, виражена тахікардія, аритмія. На ЕКГ - тривалі постгіпоксичні зміни в міокарді, розлади ритму, порушення атріовентрикулярної і внутрішньополосової провідності. Необхідність в кисні у таких хворих підвищена в 5 разів і більше, відмічається значна гіперкоагуляція.

Діагностика. Наявність на шиї странгуляційної борозди. Відсутність свідомості, різке рухливе збудження, напруження всієї поперечно-полосатої мускулатури. Іноді майже безперервні судоми. Шкіра обличчя ціанотична, петехіальні крововиливи в склери і кон'юнктиви. Дихання часте, аритмічне. Артеріальний тиск може бути підвищеним, тахікардія. На ЕКГ постгіпоксичні зміни міокарду, розлади ритму, порушення атріовентрикулярної і внутрішньополосової провідності.

II. ЗАГАЛЬНА ЧАСТИНА

Основною метою даного уніфікованого клінічного протоколу було створення ефективної системи надання екстреної медичної допомоги пацієнтам з странгуляційною асфіксією.

Цей уніфікований клінічний протокол надання екстреної медичної допомоги є комплексним протоколом екстреної медичної допомоги пацієнтам з странгуляційною асфіксією (діагноз за МКХ – Х70 Навмисне самоушкодження шляхом повішення, удавлення і задушення, Х91 Напад шляхом повішення, задушення і удавлення, Y20 Повішення, удушення і удавлення з невизначеними намірами).

Вперше обґрунтування та положення цього уніфікованого клінічного протоколу побудовані на доказах (evidence-based medicine) і мають конкретні посилання на джерела доказової медицини – третинні джерела, які створювались на основі даних РКД, НРКД, мета-аналізів, систематизованих оглядів літератури тощо:

1. Ending infant mortality worldwide requires that birth attendants address birth asphyxia Guidelines 2013

2. Guidelines Asphyxia, Childbirth Care, Intrapartum-related neonatal deaths Guidelines 2013

3. Guideline for Asphyxia . 2011, ACCF/AHA

4. Guideline for Asphyxiaon Basic Newborn Resuscitation Guidelines 2012 5.
Antenatal Corticosteroids Asphyxia Data and Epidemiology Infections Research Guidelines 2012

УКПМД був розроблений мультидисциплінарною робочою групою, яка включала представників різних медичних спеціальностей (загальної практики-сімейної медицини, спеціалістів з невідкладної медичної допомоги, кардіологів, кардіохірургів, інтервенційних хірургів та ін.)

Слід зазначити, що в даному УКПМД передбачена діюча організаційна структура надання медичної допомоги (наказ МОЗ України від 28.10.2002 р. № 385 «Про затвердження переліків закладів охорони здоров'я, лікарських, провізорських посад та посад молодших спеціалістів з фармацевтичною освітою у закладах охорони здоров'я», зареєстрований Міністерством юстиції за № 892/7180 від 12.11.2002 р.), а також особливості надання медичної допомоги за новою організаційною структурою - відповідно до критеріїв розмежування медичних послуг (наказ МОЗ України від 05.10.2011 р. № 646 «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві», зареєстрований Міністерством юстиції за № 1414/20152 від 07.12.2011 р).

III. ОСНОВНА ЧАСТИНА

Організація та надання екстреної медичної допомоги на догоспітальному етапі

Діагноз: Странгуляційна асфіксія

Код МКХ-10: X70, X91, Y20

Обґрунтування та основні положення протоколу

1. Догоспітальний етап включає надання екстреної медичної допомоги пацієнтам з странгуляційною асфіксією з моменту виявлення пацієнта або звернення родичів або свідків за медичною допомогою до моменту госпіталізації.

2. Надання 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.

3. Екстрена медична допомога повинна бути надана пацієнтам з странгуляційною асфіксією у перші хвилини від початку розвитку ознак патології.

4. Пацієнтам з странгуляційною асфіксією необхідно забезпечити термінову госпіталізацію, в першу чергу, в центри (відділення), які надають вторинну медичну допомогу в період найбільших терапевтичних можливостей.

5. Швидка діагностика ознак странгуляційної асфіксії на догоспітальному етапі скорочує час для встановлення діагнозу та транспортування пацієнта у відповідні ЗОЗ.

6. Для забезпечення послідовності надання медичної допомоги пацієнтам з діагнозом странгуляційна асфіксія у кожному ЗОЗ доцільно розробити та впровадити **локальні протоколи медичної допомоги (ЛПМД), у яких визначений клінічний маршрут пацієнта та обсяг лікувально-діагностичних заходів відповідно до матеріально-технічного та кадрового забезпечення. Взаємодія між ЗОЗ, які надають екстрену, первинну та вторинну медичну допомогу, визначається наказом територіального органу з питань охорони здоров'я.**

7. У кожному ЗОЗ обов'язково повинен бути розроблений та затверджений ЛПМД.

8. ЛПМД повинен бути доведений до кожного, хто бере участь у наданні медичної допомоги пацієнтам з странгуляційною асфіксією на догоспітальному етапі.

3.1. ДЛЯ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я, ЩО НАДАЮТЬ ЕКСТРЕНУ МЕДИЧНУ ДОПОМОГУ

3.1.1. ДЛЯ ДИСПЕТЧЕРА ОПЕРАТИВНО-ДИСПЕТЧЕРСЬКОЇ СЛУЖБИ ЦЕНТРУ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТА МЕДИЦИНИ КАТАСТРОФ

Положення протоколу

1. Прийом виклику диспетчером оперативно-диспетчерської служби центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф за єдиним телефонним номером виклику екстреної медичної допомоги 103 або за єдиним телефонним номером виклику екстреної допомоги 112.

2. Диспетчер оперативно-диспетчерської служби центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф повинен прийняти виклик відповідно до затвердженого алгоритму та направити бригаду екстреної (швидкої) медичної допомоги до пацієнта з підозрою на странгуляційну асфіксію.

Необхідні дії

Обов'язкові:

1. Поради абоненту, який зателефонував у оперативно-диспетчерську службу центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф:

- Звільнити шию постраждалого від петлі;
- Покласти пацієнта на рівну поверхню;
- З'ясувати наявність пульсу та дихання;
- Забезпечити постільний режим;
- Дати доступ свіжого повітря;
- Виміряйте пацієнту температуру тіла;

- Знайдіть медикаменти, які приймає пацієнт, зняті раніше ЕКГ пацієнта, можливі заключення лікарів щодо наявності у пацієнта хронічної (психіатричної) патології, онкозахворювання тощо і покажіть медичному працівнику бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги;

- Не залишайте пацієнта без нагляду;
- Якщо наявна зупинка дихання – проведення серцево-легеневої реанімації.

2. Після реєстрації виклику диспетчер терміново направляє бригаду екстреної (швидкої)

медичної допомоги на місце події.

3.1.2. ДЛЯ БРИГАДИ ЕКСТРЕНОЇ (ШВИДКОЇ) МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Положення протоколу

3.1.2.1. 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.

3.1.2.2. Діагностичне та клінічне обстеження пацієнта фіксується у Карті виїзду швидкої медичної допомоги (форма 110/о). До Карті виїзду швидкої медичної допомоги (форма 110/о) необхідно прикріпити ЕКГ, а у разі передачі біометричних ЕКГ - сигналів у консультативний телеметричний центр – записати заключення кардіолога.

Обґрунтування

Рання діагностика та госпіталізація пацієнтів з ознаками странгуляційної асфіксії у спеціалізовані ЗОЗ зменшує смертність та інвалідність внаслідок цієї патології, 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 від початку патологічного стану странгуляційної асфіксії та його тривалість.

1.1.2. Встановити наявність (характер) психологічної патології у постраждалого.

1.1.3. З'ясувати чи виникали дані стани раніше.

1.1.4. Наявність вираженого ціанозу шкіри обличчя.

1.1.5. Показники температури тіла.

1.2. Збір анамнезу життя:

1.2.1. Встановити які лікарські засоби приймає пацієнт щоденно.

1.2.2. З'ясувати які лікарські засоби пацієнт прийняв до прибуття бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги, чи вживав алкоголь.

1.2.3. З'ясувати характер хронічної патології, з приводу якої лікувався та звертався за допомогою: вік > 40 років, ожиріння ($IMT > 30 \text{ кг/м}^2$), онкологічне захворювання, варикозне розширення вен, наявність тромбозів та емболій в анамнезі, застосування естрогенів, порушення ритму серця, особливо миготлива аритмія, серцева недостатність, легенева недостатність, запальне захворювання кишок, нефротичний синдром, мієлопроліферативний синдром, пароксизмальна нічна гемоглобінурія, тютюнопаління, наявність катетера в центральній вені, ідіопатична та набута тромбофілія, вагітність та пологи, післяопераційний період, переломи скелету тощо.

1.2.4. Зібрати загальний алергологічний анамнез та з'ясувати чи є алергічні реакції на прийом лікарських засобів.

2. Проведення огляду та фізичного обстеження:

2.1. Оцінка загального стану та життєво важливих функцій: свідомості, дихання, кровообігу за алгоритмом ABCDE (Додаток №1).

2.2. Відповідно до показань усунути порушення життєво важливих функцій організму – дихання, кровообігу.

2.3. Візуальна оцінка:

2.3.1. Колір шкірних покривів, вологість, наявність набухання шийних вен.

2.3.2. Наявність кровохаркання.

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. Визначення стану гортані и шийного відділу хребта .

4. Проведення інструментального обстеження

Обов'язкові:

1. Реєстрація ЕКГ у 12 відведеннях або передача біометричних ЕКГ- сигналів у консультативний телеметричний центр для вирішення термінових питань інтерпретації ЕКГ.

2. Постійний контроль АТ, ЧД.

Бажані:

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

3.1.2.3. Лікувальна тактика

1. Необхідні дії керівника бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги

Обов'язкові:

1. Положення пацієнта лежачи на рівній поверхні.

Хворим на странгуляційну асфіксію для зменшення навантаження на шийний відділ хребта необхідно вдягти шийний комір, забезпечити повний психологічний спокій, не дозволяти пацієнту самостійно пересуватись.

2. Проведення оксигенотерапії показане пацієнтам зі зниженням сатурації менше 95%. Інгаляцію зволженим киснем проводити за допомогою маски або через носовий катетер зі швидкістю 3-5 л/хв.

3. Забезпечення венозного доступу.

Усім пацієнтам з странгуляційною асфіксією у перші години захворювання або у разі виникнення ускладнень показана катетеризація периферичної вени. Венозний доступ проводиться шляхом виконання стандартної процедури венозної пункції з дотриманням заходів асептики/антисептики катетером для внутрішньовенної пункції, який ретельно фіксується пов'язкою.

2. Надання екстреної медичної допомоги

Після звільнення шиї від петлі, яка її здавлювала у разі задовільної серцевої діяльності (рівень АД не нижче 80 мм рт ст.):

- Термінова ендотрахіальна інкубація на спонтанному диханні;

- ШВЛ з подачею 100% кисню;

У разі судом:

тіопентал – 75-125 мг протягом 10 хвилин, вводити розчин тіопенталу внутрішньовенно слід повільно зі швидкістю не більше 1 мл за хвилину, спочатку зазвичай вводять 1-2 мл, а через 20-30 секунд – останню кількість; діазепам 0,5% розчин з розрахунку 0,2 мг на кг маси тіла в/в (під контролем дихання і АТ):

Інфузійна терапія:

Декстран, розчин натрію хлориду 0,9%, глюкоза 5% розчин 400-800 мл крапельно;

ввести гепарин 5000 Од в/в, преднізолон 30-60 мг в/в.

У разі зупинки кровообігу (рівень АД нижче критичного або не визначається):

- базова СЛР відповідно протоколу
- після поновлення серцевої діяльності: продовжити ШВЛ з подачею 100% кисню;
- в/в струйно натрію гідрокарбонат 4% розчин 100-200 мл;

Інфузійна терапія:

- 10% гідроксиетилкрохмаль 250-500 мл або декстран 400-800мл, розчин натрію хлориду 0,9% в/в крапельно (об'єм інфузії визначається тривалістю транспортування до стаціонару) сумарний об'єм розчинів 1000-1500 мл;

У разі судом:

тіопентал – 75-125 мг протягом 10 хвилин, вводити розчин тіопенталу внутрішньовенно слід повільно зі швидкістю не більше 1 мл за хвилину, спочатку зазвичай вводять 1-2 мл, а через 20-30 секунд – останню кількість; діазепам 0,5% розчин з розрахунку 0,2 мг на кг маси тіла в/в (під контролем дихання і АТ);

преднізолон 30-60 мг в/в;

гепарин 5000 10000 Од у одному з плазмозамінних розчинів в/в;

транспортування до стаціонару з продовженням ШВЛ та інфузійної терапії.

Обов'язкові:

Необхідні дії лікаря бригади екстреної медичної допомоги.

- При вираженій гострій дихальній недостатності проводиться ендотрахеальна інтубація і штучна вентиляція легень будь-яким апаратом. При неможливості проведення штучної вентиляції легень застосовується інгаляційно-киснева терапія.

- У випадку клінічної смерті здійснюється непрямий масаж серця, продовжується штучна вентиляція легень; при неможливості проведення штучної вентиляції легень проводять штучне дихання «рот в рот».

- При розвитку аритмій проводиться антиаритмічна терапія в залежності від виду порушення ритму.

3.1.2.4.Госпіталізація

Обґрунтування

Термінова госпіталізація пацієнта у визначені ЗОЗ вторинної медичної допомоги

Необхідні дії керівника бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги

Обов'язкові:

1. Всі пацієнти з странгуляційною асфіксією незалежно від статі, віку та інших факторів підлягають терміновій госпіталізації. У ЗОЗ необхідно взяти медичну документацію пацієнта (по можливості). Пріоритетним завданням бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги є транспортування пацієнтів в центр (відділення) інтенсивної терапії.

2. Під час транспортування необхідно забезпечити моніторування стану пацієнта, контроль АТ, ЧСС, ЧД, ЕКГ, проведення лікувальних заходів та готовність до проведення реанімаційних заходів.

3. Транспортування здійснюється на ношах після стабілізації стану пацієнта у відділення екстреної (невідкладної) медичної допомоги багатoproфільної лікарні, або оминаючи приймальне відділення, безпосередньо у відділення інтенсивної терапії, реанімаційне відділення, кардіологічну реанімацію.

4. Територіальним органом з питань охорони здоров'я обов'язково повинен бути розроблений та затверджений наказ, локальний протокол (відповідного рівня), який забезпечує організацію надання допомоги пацієнтам з странгуляційною асфіксією, взаємодію між ЗОЗ, що надають екстрену, первинну та вторинну медичну допомогу.

V. ІНДИКАТОРИ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

5.1. Перелік індикаторів якості медичної допомоги

5.1.1. Наявність у лікаря та фельдшера з медицини невідкладних станів локального протоколу з надання ЕМД пацієнтам з странгуляційною асфіксією.

5.1.2. Наявність у керівника бригади ЕМД локального протоколу з надання ЕМД пацієнтам з странгуляційною асфіксією.

5.1.3. Відсоток лікарів та фельдшерів з медицини невідкладних станів, що проходили підготовку на короткотривалих курсах з проведення серцево-легеневої реанімації.

5.1.4. Відсоток пацієнтів з странгуляційною асфіксією, яких госпіталізовано до ЗОЗ.

5.1.5. Відсоток пацієнтів з странгуляційною асфіксією, яких виписано зі стаціонару з задовільною неврологічною картиною.

VI.Список використаних джерел

1. Наказ МОЗ України від 28.10.2002 р. № 385 «Про затвердження переліків закладів охорони здоров'я, лікарських, провізорських посад та посад молодших спеціалістів з фармацевтичною освітою у закладах охорони здоров'я», зареєстрований Міністерством юстиції за № 892/7180 від 12.11.2002 р.
2. Наказ МОЗ України від 05.10.2011 р. № 646 «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві», зареєстрований Міністерством юстиції за № 1414/20152 від 07.12.2011 р
3. Наказ МОЗ України від 03.07.2006 р. № 436 «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю "Кардіологія"»
4. Наказ МОЗ України від 01.06.2009 р. № 370 «Про єдину систему надання екстреної медичної допомоги», зареєстрований Міністерством юстиції України за № 863\16879 від 14.09.2009
5. Наказ МОЗ України від 23.02.2000 № 33 «Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я»
6. Наказ МОЗ України від 14.02.2012 № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування», зареєстрований у Міністерстві юстиції України за № 661/20974 від 28.05.2012 р.
7. Наказ МОЗ України від 17.11.2010 р. № 999 «Про затвердження форм звітності та медичної облікової документації служб швидкої та невідкладної медичної допомоги України», зареєстрований Міністерством юстиції України за № 147/18885 від 03.02.2011 р.
8. Наказ МОЗ України від 23.02.2012 № 132 «Про затвердження Примірною табеля оснащення лікувально-профілактичних підрозділів закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну (медико-санітарну) допомогу»
9. Наказ МОЗ України від 29.03.2013 № 251 «Про затвердження п'ятого випуску Державного формуляра лікарських засобів та забезпечення його доступності».
10. Наказ МОЗ України від 02.03.2011 № 127 «Про затвердження примірних табелів оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення центральної районної (районної) та центральної міської (міської) лікарень»
11. Наказ МОЗ України від 31.10.2011 № 734 «Про затвердження табелів оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення структурних підрозділів лікарні планового лікування»
12. Наказ МОЗ України від 31.10.2011 № 735 «Про затвердження табелів оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення структурних підрозділів лікарні інтенсивного лікування»
13. Наказ МОЗ України від 31.10.2011 № 739 «Про затвердження табелів оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення структурних підрозділів консультативно-діагностичного центру»
14. Наказ МОЗ України від 28.09.2012 № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України».
15. Евдокимов Е.А. Международная конференция по неотложной медицине international conference on Emergency Medicine (ICEM, 2010). Неотложная

медицина – современное состояние проблемы / Е.А. Евдокимов, Е.В. Филимонова // Неотложная медицина.-2010.-№4.-с.61

16. Тлумачний словник з невідкладної медичної допомоги / І.С.Зозуля, Ю.І. Марков.- К., 2009. – 144с.

17. Грачев С.Ю. Местоскорой медицинской помощи в системе медицины критических состояний / С.Ю. Грачев, Н.П. Новикова, А.Л. Суковатых, Е.Х. Куриленко // Экстренная медицина.- 2012. - №1. – с.17-23

18. Зильбер А.П. Основоположники интенсивной терапии и анестезия, прославившиеся в медицине / А.П. Зильбер // Вестник интенсивной терапии. – 2012. - №2. – с.72-87

19. Кочин О.В. Повешение / О.В. Кочин // Медицина неотложных состояний. – 2009. - №1. с.106-108

20. Lemyze M. Unintentional strangulation by a cervical collar after attempted suicide by hanging / M. Lemyze, A.Palud, R.Favory, D. Mathieu // Emerg. Med. J. – 2011 Vol. 28(6). P. 532.

21. Пирогов Н.И. Раны шеи и грудной полости. Статистика / Собрание сочинений в восьми томах. Е.В. Начала общей военно-полевой хирургии. Ч.І. Севастопольские письма . Москва: Гос. Издат. Медицинской литературы , 1961, - с. 288-297.

22. Тураев П.И. Хирургическое лечение повреждений магистральных сосудов шеи / П.И. Тураев, В.С. Горбовец, Ю.И. Марков, Л.Н. Карпенко // Проблемы військової охорони здоров'я. – К.: Янтар, 2002. – с. 349-355. 297.

23. Rathlev N.K. Evaluation and management of neck trauma / N.K.Rathlev, R.Medzon, M.E. Bracken // Emerg. Med.Clin. North Am. – 2007.- Vol. 25. -№3. P.679-94.

24. Ольховский В.О. Судово-медична діагностика травм ший у живих осіб / В.О. Ольховский, Л.С. Купрія – нова, М.В. Губін // Судово-медична експертиза. – 2012. - №6.- с. 38-40.

25. Серцево-легенева реанімація / Медицина невідкладних станів: швидка і невідкладна медична допомога / За ред. І.С. Зозулі. – К.: Медицина, 2012. – с.39-49.

26. Viswanathan S. Pulmonary edema in near hanging / S. Viswanathan, V. Muthu, B. Remalayam // J. Trauma Acute Care Surg. – 2012. Vol. 72(1) P. 297-301/

27. Matsuyama T. Magnetic resonance images in hanging / T. Matsuyama, K.Okuchi, T. Seki // Resuscitation. – 2006. Vol.69 (2). P. 343-345.

28. Salim A. Near-hanging injuries: a 10-year experience / A. Salim, M. Martin, B. Sangthong, C. Brown // Injury.- 2006.- Vol.37 (5).-P. 435-439.

29. Акопов Л.М. Случай из практики: криминал / А.М. Акопов // Скорая помощь и реанимация.- 2009.- №7.- с.30.

VII.Додатки

Додаток № 1

до уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги «Странгуляційна асфіксія (екстрена медична допомога)»

ОЦІНКА СТАНУ ПАЦІЄНТА - ЗА АЛГОРИТМОМ ABCDE

1. А - прохідність дихальних шляхів (Airway)

1.1.Визначте симптоми непрохідності дихальних шляхів: порушення прохідності дихальних шляхів сприяє виникненню парадоксального дихання та участі у диханні додаткових дихальних м'язів; центральний ціаноз є пізнім симптомом непрохідності дихальних шляхів; у пацієнтів, які знаходяться у критичному стані порушення свідомості часто спричиняє порушення прохідності дихальних шляхів (западання язика, м'якого піднебіння).

1.2. Кисень у високій концентрації: за допомогою маски з резервуаром; переконайтесь, що подача кисню достатня (> 10 л/хв).

2. В - дихання (Breathing)

Під час оцінки дихання важливо визначити та лікувати стани, які є безпосередньою загрозою для життя - важкий напад астми, набряк легень, напружений пневмоторакс, гемоторакс.

2.1. Визначте симптоми, які можуть свідчити про порушення дихання: надмірна пітливість, центральний ціаноз, робота додаткових м'язів або черевний тип дихання.

2.2. Визначте ЧД - в нормі це 12-20 вдихів за хв.

2.3. Оцініть спосіб дихання, глибину вдихів та перевірте чи рухи грудної клітки симетричні.

2.4. Зверніть увагу на надмірне наповнення шийних вен (наприклад, при важкій астмі або напруженому пневмотораксі), наявність та прохідність плеврального дренажу та інше.

2.5. Проведіть аускультацию та перкусію легень.

2.6. Визначте положення трахеї - її зміщення може свідчити про напружений пневмоторакс, фіброз легень або рідину у плевральній порожнині.

3. С - кровообіг (Circulation)

3.1. Оцініть колір шкіри на відкритих частинах (кисті): синя, рожева, бліда або мармурова.

3.2. Оцініть температуру кінцівок: холодна чи тепла.

3.3. Оцініть капілярне наповнення - в нормі до 2 сек. Збільшене капілярне наповнення може вказувати на знижену периферійну перфузію.

3.4. Оцініть наповнення вен - можуть бути помірно наповнені або запалі при гіповолемії.

3.5. Визначіть ЧСС. Знайдіть периферійний пульс та пульс на великій артерії, оцініть його наявність, частоту, якість, регулярність та симетричність.

3.6. Виміряйте артеріальний тиск.

3.7. Вислухайте тони серця.

3.8. Зверніть увагу на інші симптоми, які свідчили б про зниження викиду серця, такі як порушення свідомості, олігоурія (об'єм сечі $< 0,5$ мл/кг/год.).

4. D - порушення стану свідомості (Disability)

Найчастіше причинами порушень стану свідомості є важка гіпоксія, гіперкапнія, ішемія мозку або застосування лікарських засобів із седативним ефектом або анальгетиків,

4.1. Оцініть зіниці (діаметр, симетричність та реакцію на світло).

4.2. Швидко оцініть стан свідомості пацієнта за шкалою AVPU: Alert (орієнтується), Vocal (реагує на голос), Pain (реагує на біль), Unresponsive (не реагує на жодні подразники). Можна застосувати також шкалу Глазго (GlasgowComaScale).

4.3. Визначте рівень глюкози, щоб виключити гіпоглікемію. Якщо рівень глюкози нижче ніж 3 ммоль/л, забезпечте в/в 50,0 мл 20% розчину глюкози.

5. E - додаткова інформація (Exposure)

5.1.Зберіть детальний анамнез у пацієнта, його рідних, друзів.

5.2.Ознайомтесь з медичною документацією пацієнта: перевірте показники життєвих параметрів та їх зміни у динаміці, перевірте, які лікарські засоби пацієнтові призначені та які він приймає.

до уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги «Странгуляційна асфіксія (екстрена медична допомога)»

Алгоритм «Странгуляційна асфіксія»

