

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства охорони здоров'я

_____ № _____

**УНІФІКОВАНИЙ КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ
ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ**

ТРАВМА ХРЕБТА

2013

Перелік скорочень:

ЗОЗ	Заклади охорони здоров'я
МКХ	Міжнародна класифікація хвороб
НДІ	Науково-дослідний інститут
ТХ	Травма хребта
УКПМД	Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги
ХОЗЛ	Хронічне обструктивне захворювання легень
ХСМТ	Хребетна-спинномозкова травма

I. ПАСПОРТНА ЧАСТИНА

1.1. Діагноз: Травма хребта (ТХ)

1.2. Код МКХ-10: S12-S13, S22-S23, S32-S34.

S.12. Перелом шиї

S.12.0 Перелом першого шийного хребця

S.12.1 Перелом другого шийного хребця

S.12.2 Перелом інших визначених шийних хребців

S.12.7 Множинні переломи шийного відділу хребта

S.12.8 Перелом інших відділів шиї

S.12.9 Перелом шиї, невизначений

S.13. Вивих, розтягнення та деформація суглобів та зв'язок в області шиї

S.13.0 Травматичний перелом шийного внутріхребцевого диску

S.13.1 Вивих шийного хребця

S.13.2 Вивих іншого невизначеного відділу шиї

S.13.3 Множинні вивихи шиї

S.13.4 Вивих та деформація шийного відділу хребта

S.13.5 Розтяг та деформація в області щитовидної залози

S.13.6 Вивих і розтяг суглобів та зв'язок інших та невизначених областей шиї

S.22. Перелом ребер, грудини та грудного відділу хребта

S.22.0 Перелом грудного відділу хребта

S.22.1 Множинні переломи грудного відділу хребта

S.23. Вивих, деформація та розтягнення суглобів та зв'язок грудної клітки

S.23.0 Травматичний перелом внутрішньохребцевого диску грудного відділу хребта

S.23.1 Зміщення грудних хребців

S.23.2 Зміщення інших та невизначених частин грудної клітки

S.23.3 Деформація та розтягнення відділу хребта

S.32. Перелом поперекового відділу хребта та кісток тазу

S.32.0 Перелом поперекового хребця

S.32.1 Перелом крижів

S.32.2 Перелом куприка

S.32.3 Перелом здухвинної кістки

S.32.4 Перелом вертлюжної западини (ямки)

S.32.5 Перелом лонних кісток

S.32.7 Множинні переломи поперекового відділу хребта та кісток тазу

S.32.8 Перелом інших та невизначених кісток поперекового відділу хребта та тазу.

S.33. Вивих, деформація та розтягнення суглобів та зв'язок поперекового відділу хребта і тазу

S.33.0 Травматичний перелом поперекового внутрішньохребцевого диску

S.33.1 Вивих поперекового хребця

S.33.2 Вивих крижисто-здухвинного та крижисто-кібчикowego суглобу

S.33.3 Зміщення інших та невизначених частин поперекового відділу хребта та тазу

S.33.4 Травматичний перелом лонного сполучення

S.33.5 Зміщення та деформація поперекового відділу хребта

S.33.6 Зміщення та деформація крижисто-здухвинного сполучення

S.33.7 Зміщення та деформація інших та невизначених частин поперекового відділу хребта та тазу

S.34. Травма нервів поперекового відділу спинного мозку та нервів в області живота, нижньої частини спини і тазу

S.34.0 Контузія та набряк поперекового відділу спинного мозку

S.34.1 Інші травми поперекового відділу спинного мозку

S.34.2 Травма кореню нерва поперекового та крижистого відділу спинного мозку

S.34.3 Травма кінського хвоста

S.34.4 Травма попереково-крижистого сплетіння

S.34.5 Травма поперекових, крижових та тазових симпатичних нервів

S.34.6 Травма периферійного(них) нерву(вів) живота, нижнього відділу спини та тазу

S.34.8 Травма інших та невизначених нервів в області живота, нижнього відділу спини та тазу

1.3. Протокол призначений для лікарів бригад екстреної медичної допомоги, медицини невідкладних станів, лікарів загальної практики – сімейних лікарів.

1.4. Мета протоколу: організація надання медичної допомоги пацієнтам з травмою кінцівок, зменшення смертності та інвалідності внаслідок травми кінцівок.

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

Танасієнко П.В. Старший науковий співробітник Державного закладу «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Міністерства охорони здоров'я України», к.мед.н.

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:

Гур'єв С.О. Заступник директора з наукової роботи, лауреат державної премії України в галузі науки і техніки, д.мед.н., професор

Кузьмін В.Ю. Доцент кафедри «Медицини катастроф» НМАПО ім. П.Л. Шупика, к.мед.н.

Максименко М.А. Старший науковий співробітник, к.мед.н.

1.8. Епідеміологічна інформація

У різних країнах показник поширеності хребетно-спинномозкової травми (ХСМТ) коливається від 11 до 112 випадку на 10 000 населення в рік. В даний час в Україну пошкодження хребта складають 10% серед усіх травм опорно-рухового апарату, щорічно реєструється 1500-2000 випадків спинномозкової травми. Найбільш повне дослідження з епідеміології ХСМТ за останній час, що дозволяє визначити територіально-демографічні аспекти, проведено в Донецьку. При цьому частота пошкоджень хребта і спинного мозку дорослого населення міста склала 74 випадку на 10 000 населення [16]. Основна причина ХСТ – це автодорожні пригоди (60% від усієї ХСТ). Щорічно в Україні отримує ХСТ понад 2000 людей, причому в переважній більшості це молоді люди. Для порівняння: щорічно в Санкт-Петербурзі отримують хребетно-спинномозкову травму 300 чоловік. Частота травми по рівнях пошкодження: шийний відділ – 10% (найчастіше С4-С7), грудний відділ – 40% (найчастіше Д12), поперековий відділ – 50% (найчастіше Л1). Найчастіше пошкоджується один хребець, рідше два, три, чотири. ХСТ дає високу смертність (при травмі шийного відділу хребта гине 70-80 % потерпілих) і приводить до важкої інвалідизації (як правило інваліди 1 групи). Витрати на лікування одного хворого із травмою хребта та спинного мозку в США оцінюється до 2 млн. доларів.

II. ЗАГАЛЬНА ЧАСТИНА:

Особливістю даного протоколу є принципові зміни в організації системи надання екстреної медичної допомоги, заснованої на уніфікуванні дій диспетчера станції екстреної медичної допомоги та лікаря бригади екстреної медичної допомоги.

Основною метою даного уніфікованого клінічного протоколу було створення ефективної системи надання екстреної медичної допомоги потерпілим з травмою хребта на основі впровадження наступності в системі дій диспетчера станції екстреної медичної допомоги, лікаря бригади екстреної медичної допомоги та лікаря стаціонара.

Цей уніфікований клінічний протокол надання медичної допомоги є комплексним протоколом медичної допомоги потерпілим з травмою хребта, а саме, екстрена медична допомога.

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 мета-аналізів, систематизованих оглядів літератури тощо:

1. Acute Care Surgery and Trauma: Evidence Based Practice / B. Russ, M.A. Price, C.L. Villarreal [et. al.] ; under edition by S.M. Cohn. – London: Informa, 2009. – P. 611.
2. American Thoracic Society // Am J Respir Crit Care Med. - 2010.- Vol. 173.- P. 1730-1754.
3. Commits on Trauma Research, National Research Council Injury in America; Washington. DC, NAP, 2009, 398 p.
4. Guidelanes for the Acute Medical Management of Severe Traumatic Brain Injury in Infants, Children and Adolescent Pediatric Crit Care Med 2012 Vol.13, No1.
5. National Center for Injury Prevention and Control “ Data elements for Emergency Department system “ USA, Atlanta, CDCP, 2011, 180 p.

УКПМД був розроблений мультидисциплінарною робочою групою, яка включала представників різних медичних спеціальностей (загальної практики-сімейної медицини, спеціалістів з невідкладної медичної допомоги, травматологів, нейрохірургів, 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 України 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 України за № 1414/20152 від 07.12.2011 р.).

III. ОСНОВНА ЧАСТИНА

Організація та надання медичної допомоги на догоспітальному етапі

Діагноз: ТХ, травма хребта

Код МКХ-10: S.12 – S.34

Обґрунтування та основні положення протоколу

1. Догоспітальний етап включає надання екстреної медичної допомоги потерпілим з ТХ з моменту виявлення потерпілого або звернення такого потерпілого (родичів або свідків) за медичною допомогою до моменту госпіталізації.

2. 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 багатопрофільних лікарень, які входять у систему екстреної медичної допомоги.

3. Медична допомога на догоспітальному етапі повинна бути надана потерпілим з ТХ у перші хвилини від початку розвитку ознак травмування.

4. Потерпілим з ТХ необхідно забезпечити термінову госпіталізацію в першу чергу в центри (відділення), де можливе проведення первинного хірургічного втручання, які надають вторинну медичну допомогу.

5. Швидка діагностика ознак ТХ на догоспітальному етапі скорочує час для встановлення діагнозу та транспортування потерпілого у відповідні ЗОЗ.

6. Для забезпечення послідовності надання медичної допомоги потерпілим з діагнозом ТХ у кожному ЗОЗ доцільно розробити та впровадити **локальні протоколи медичної допомоги (ЛПМД), у яких визначений клінічний маршрут потерпілого 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 постраждалим з ТГК на догоспітальному етапі.

3.1. ДЛЯ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я, ЩО НАДАЮТЬ ЕКСТРЕНУ ТА ПЕРВИННУ 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 потерпілого з ТГК.

Необхідні дії

Обов'язкові:

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

- Покладіть потерпілого у положення лежачи;
- Зафіксуйте положення постраждалого підручними методами;
- Підкладіть щільні валики з рушників чи інших подібних матеріалів по обидві сторони від шиї постраждалого або утримуйте голову;
- До прибуття бригади швидкої допомоги у міру можливості постраждалий повинен залишатися в тому ж положенні, в якому він був знайдений.
- Будь-які маніпуляції при наданні першої допомоги повинні (наскільки це можливо) виконуватися без зміни положення голови і шиї;
- При відсутності ознак циркуляції повітря в легенях (дихання, кашель, рухи) приступайте до проведення серцево-легеневої реанімації, однак при відкритті дихальних шляхів не закидайте потерпілому голову. Замість цього пальцями обережно захопіть підборіддя і відтягніть його вперед;
- При виникненні крайньої необхідності повернути потерпілого (наприклад, якщо у

нього блювота, задуха або він наражається на небезпеку нової травми), робіть це як мінімум удвох. Слідкуйте за тим, щоб голова, шия і хребет при повороті на бік постійно перебували на одній лінії.

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 потерпілого 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 потерпілих з ТХ у спеціалізовані ЗОЗ з метою проведення первинного хірургічного втручання зменшує смертність та інвалідність внаслідок цієї травми, покращує результати лікування потерпілих.

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 травми зі слів хворого, свідків.

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

1.1.3. Встановити епізод: втрата свідомості.

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

1.1.5. 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.

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

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

1.2.5 З'ясувати, чи хворів постраждалий на ВІЛ, туберкульоз, гепатити та венеричні захворювання.

2. Проведення огляду та фізичного обстеження

2.1. Оцінка загального стану та життєво важливих функцій потерпілого: 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. Оглянути травмованого з голови до п'ятки з метою виявлення поєднаних пошкоджень:

2.3.1.1. Наявність зовнішніх ознак травми

2.3.1.2. Визначити рухову активність кінцівок.

2.3.1.3. Наявність деформацій скелету.

2.3.1.4. Наявність тактильної чутливості.

2.3.2 Колір шкірних покривів, вологість.

2.3.3. Виявити наявність рани в ділянці хребта.

2.3.4. Виявити наявність деформації хребта.

2.3.5. Виявити наявність зовнішньої чи внутрішньої кровотечі з ділянки хребта.

3. Оцінка стану серцево-судинної та дихальної системи пацієнта

1. Пульс, його характеристика, АТ.
2. ЧД, його характеристика.
3. Вимірювання артеріального тиску на обох руках.
4. Перкусія ділянки серця: звернути увагу на наявність зміщення границь серцевої тупості.
5. Пальпація серця: оцінити верхівковий поштовх та його локалізацію.
6. Аускультация серця та судин: оцінити тони та наявність шумів.
7. Аускультация легень: наявність/відсутність легеневого дихання, наявність вологих хрипів, тимпаніту.

Слід мати на увазі, що у багатьох потерпілих з ТК при фізичному обстеженні відхилень від нормальних показників може не бути.

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. 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 постраждалого лежачи на щиті.
2. Постраждалому з ТХ необхідно обмежити фізичне навантаження, забезпечити повний психологічний спокій, заборонити постраждалому самостійне пересування.
3. Проведення оксигенотерапії показане постраждалим зі зниженням сатурації менше 95%. Інгаляцію зволженим киснем проводити за допомогою маски або через носовий катетер зі швидкістю 3-5 л/хв.

4. Забезпечення венозного доступу.

Венозний доступ проводиться шляхом виконання стандартної процедури венозної пункції з дотриманням заходів асептики/антисептики катетером для внутрішньовенної пункції, який ретельно фіксується пов'язкою. Ввести 0,9% розчин натрію хлориду із розрахунку 20 мл/кг та 10% розчин гідроксietилкрохмалю.

4. Транспортну іммобілізацію потрібно проводити на щиті на місці пригоди, постраждалий у положенні «жаби», обов'язково зафіксувавши шию у транспортному шийному комірці або шийним ортезом.

2. Надання екстреної медичної допомоги

Обов'язкові:

1 Усунення болю :

- введення ненаркотичних та наркотичних анальгетиків (кеторолак, метамізол натрію, розчин декскетопрофену в/в повільно, однак перевага надається морфіну - вводити дробно по 2-5 мг кожні 5-15 хв до припинення больового синдрому або появи побічної дії (гіпотензії, пригнічення дихання, нудоти, блювання);

- боротьба з явищами шоку див. Протокол «Шок»;

- боротьба з явищами гострої дихальної недостатності див. Протокол «Гостра дихальна недостатність».

Необхідні дії лікаря щодо контролю та корекції артеріального тиску.

Обов'язкові:

- Рекомендований контроль рівня АТ.

- Для підвищення АТ перевага надається внутрішньовенному крапельному введенню допаміну зі швидкістю 2-10 мкг/кг/хв. під контролем частоти серцевих скорочень та АТ, який може поєднуватися з внутрішньовенним крапельним введенням добутаміну, починаючи з дози 2,5-5 мкг/кг/хв.

- Для зниження АТ застосовуються β -адреноблокатори і/або нітрати (див. протокол надання медичної допомоги з лікування артеріальної гіпертензії).

3.1.2.4. Госпіталізація

Обґрунтування

Термінова госпіталізація потерпілого у визначені ЗОЗ вторинної медичної допомоги

Необхідні дії керівника бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги

Обов'язкові:

1. Всі постраждалі з ТХ незалежно від статі, віку та інших факторів підлягають терміновій госпіталізації. У ЗОЗ необхідно взяти медичну документацію. Пріоритетним завданням бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги є транспортування постраждалого в спеціалізоване відділення, де можливе проведення первинного хірургічного втручання.

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

3. Транспортування здійснюється на ношах у відповідне відділення багатoproфільної лікарні або, оминаючи приймальне відділення, безпосередньо у операційне відділення, де проводиться екстренне оперативне втручання.

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 потерпілим з ТК, взаємодію між ЗОЗ, що надають екстрену, первинну та вторинну медичну допомогу.

V. Індикатори якості медичної допомоги

1. Перелік індикаторів якості медичної допомоги

1.1. Наявність у керівника бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги локального протоколу надання медичної допомоги пацієнту з травмою хребта.

1.2. Відсоток пацієнтів з травмою хребта, яким було здійснено кисневу підтримку у визначений проміжок часу (до 30 хвилин) та зроблено ЕКГ у 12 відведеннях у визначений проміжок часу з моменту первинного контакту з медичним працівником.

1.3. Відсоток пацієнтів з травмою хребта, яким в повному обсязі було забезпечено транспортну іммобілізацію на догоспітальному етапі.

1.4. Відсоток пацієнтів з травмою хребта, які госпіталізовані до спеціалізованого стаціонару у визначений проміжок часу (2 години; 12 годин) з моменту первинного контакту з медичним працівником.

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 України 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 України за № 1414/20152 від 07.12.2011 р.
3. 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.
4. Наказ МОЗ України від 23.02.2000 № 33 «Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я».
5. 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.
6. 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.
7. Наказ МОЗ України від 23.02.2012 № 132 «Про затвердження Примірного табеля оснащення лікувально-профілактичних підрозділів закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну (медико-санітарну) допомогу».
8. Наказ МОЗ України від 29.03.2013 № 251 «Про затвердження п'ятого випуску Державного формуляра лікарських засобів та забезпечення його доступності».
9. 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».
10. Наказ МОЗ України від 31.10.2011 № 734 «Про затвердження табелів оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення структурних підрозділів лікарні планового лікування».
11. Наказ МОЗ України від 31.10.2011 № 735 «Про затвердження табелів оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення структурних підрозділів лікарні інтенсивного лікування».

12. Наказ МОЗ України від 31.10.2011 № 739 «Про затвердження табелів оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення структурних підрозділів консультативно-діагностичного центру».
13. 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».
14. Гур'єв С.О., Барамія Н.М., Заруцький Я.С. та ін. Полісистемні та полі-органні пошкодження як проблемне питання медицини. // Проб. військової охорони здоров'я.- Зб. Наук. праць УВМА, - Вип.. 11, - Київ 2002, С.150-164.
15. Корж М.О., Танькут В.О. Організація невідкладної кваліфікованої допомоги постраждалим у дорожньо-транспортних пригодах. // Матер. Міжнародної конференції “Донори для охорони здоров'я України “, Київ. – 1999.-С.63.
16. Поліщук М.Є., Корж Н.А., Фіщенко В.Я. Пошкодження хребта і спинного мозку (механізми, клініка, діагностика, лікування). - К.: Книга плюс, 2001.- 388 с.
17. Симонова І.А. Епідеміологія хребетно-спинномозкової травми і організація медичної допомоги постраждалим: Автореф. дис канд. мед. наук. - СПб., 2000. - 24 с.
18. Acute Care Surgery and Trauma: Evidence Based Practice / B. Russ, M.A. Price, C.L. Villarreal [et. al.] ; under edition by S.M. Cohn. – London: Informa, 2009. – P. 611.
19. American Thoracic Society // Am J Respir Crit Care Med. - 2010.- Vol. 173.- P. 1730-1754.
20. Commits on Trauma Research, National Research Council Injury in America; Washington. DC, NAP, 2009, 398 p.
21. Guidelanes for the Acute Medical Management of Severe Traumatic Brain Injury in Infants, Childrern and Adolescent Pediatric Crit Care Med 2012 Vol.13, No1.
22. National Center for Injury Prevention and Control “ Data elements for Emergency Department system “ USA, Atlanta, CDCP, 2011, 180 p.

VII. Додатки

Додаток № 1

до уніфікованого клінічного протоколу екстреної медичної допомоги «Травма хребта»

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.

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

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

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

2.4. Проведіть аускультацию та перкусію легень.

2.5. 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 (Glasgow Coma Scale).

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.

Алгоритм «Травма хребта»

