

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства охорони здоров'я

_____ № _____

**УНІФІКОВАНИЙ КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ
ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ**

ГОСТРІ ОТРУЄННЯ

2013

Перелік умовних скорочень та позначень:

ABCDE	-	система проведення первинного огляду
АТ	-	артеріальний тиск
ГО	-	гострі отруєння
ЗМС	-	зовнішній масаж серця
ЛПМД	-	локальні протоколи медичної допомоги
ПНМД	-	пункт невідкладної медичної допомоги
СЛР	-	серцево-легенева реанімація
Т°С	-	температура тіла
ЦНС	-	центральна нервова система
ФОС	-	фосфорорганічні сполуки
ЧД	-	число дихань
ШВЛ	-	штучна вентиляція легень

I. ПАСПОРТНА ЧАСТИНА

1.1. Діагноз: Гострі отруєння

1.2. Код МКХ - 10:Т 36 – Т 65

[Т36 - Т50] Отруєння лікувальними засобами, медикаментами та біологічними субстанціями

Т.36. Отруєння антибіотиками системного призначення

Т.37. Отруєння іншими протимікробними та протипаразитарними засобами

Т.38. Отруєння гормонами та їхніми синтетичними замінниками та антагоністами, не класифікованими в інших рубриках

Т.39. Отруєння неопійними анальгезуючими, протигарячковими та протиревматичними засобами

Т.40. Отруєння наркотичними засобами та психодислептиками (галюциногенами)

Т.41. Отруєння анестизуючими засобами та терапевтичними газами

Т.42. Отруєння протиепілептичними, седативно-снودійними та протипаркінсоністичними лікувальними засобами

Т.43. Отруєння психотропними препаратами, не класифікованими в інших рубриках

Т.44. Отруєння препаратами, які переважно впливають на вегетативну нервову систему

Т.45. Отруєння переважно системними та гематологічними препаратами, не класифікованими в інших рубриках

Т.46. Отруєння засобами, які діють переважно на серцево-судинну систему

Т.47. Отруєння засобами, які діють переважно на травний шлях

Т.48. Отруєння засобами, що діють переважно на гладкі та скелетні м'язи та на органи дихання

Т.49. Отруєння засобами, що переважно діють на шкіру та слизові оболонки, а також засобами для лікування хвороб очей, вуха, горла і носа, препаратами, що використовуються у стоматологічній практиці

Т.50. Отруєння діуретинами, іншими та неуточненими лікувальними засобами, медикаментами та біологічними субстанціями

[Т51 - Т65] Токсична дія речовин, переважно немедичного призначення

Т.51. Токсична дія алкоголю

Т.52. Токсична дія органічних розчинників

Т.53. Токсична дія галогенпохідних летючих та ароматичних вуглеводнів

Т.54. Токсична дія їдких речовин

Т.55. Токсична дія мила та дезінфікуючих засобів

Т.56. Токсична дія металів

Т.57. Токсична дія інших неорганічних речовин

Т.58. Токсична дія монооксиду вуглецю

Т.59. Токсична дія інших газів, димів та випарів

Т.60. Токсична дія пестицидів

Т.61. Токсична дія шкідливих речовин при вживанні продуктів моря

Т.62. Токсична дія інших шкідливих речовин продуктів харчування

Т.63. Токсична дія контакту з отруйними тваринами

Т.64. Токсична дія афлатоксину та інших забруднюючих харчові продукти мікотоксинів

Т.65. Токсична дія інших та неуточнених речовин.

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

1.4. Мета протоколу: організація надання медичної допомоги пацієнтам з гострими отруєннями, зменшення смертності та інвалідності внаслідок цього захворювання.

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.	д.мед.н., професор заступник директора з наукової роботи Державного закладу «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Міністерства охорони здоров'я України»
Курділь Н.В.	к.мед.н., ст.н.сп. провідний науковий співробітник Державного закладу «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Міністерства охорони здоров'я України»
Падалка В.М.	Лікар-анестезіолог відділення інтенсивної терапії та реанімації при гострих отруєннях Державного закладу «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Міністерства охорони здоров'я України»

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. Епідеміологія гострих отруєнь

Гострі отруєння хімічної етіології сьогодні є глобальною проблемою охорони здоров'я в світі. За оцінками ВООЗ, протягом 2004 року 346 000 чоловік загинули в усьому світі внаслідок ненавмисних отруєнь, близько 91% від усіх зазначених випадків було зареєстровано в країнах з низьким і середнім рівнем доходів населення. В рамках зазначеного дослідження доведено, що лише за 2004 рік ненавмисні отруєння призвели до втрати понад 7,4 мільйона років здорового життя населення з поправкою на роки життя без інвалідності (ДАЛИ/DALY) [5].

Разом з тим, за даними Американської асоціації токсикологічних центрів, щороку в США близько 1,5 мільйона випадків гострих отруєнь реєструються лише у дітей та підлітків віком до 20 років. Більше 50% всіх отруєнь перепадає на отруєння серед дітей віком до 6 років. Загалом, в країні пік захворюваності на гострі отруєння хімічної етіології серед дітей спостерігається у віковому інтервалі від 1 до 3 років [1].

Водночас, за останнє десятиріччя в деяких європейських країнах поступово збільшився показник захворюваності на гострі отруєння хімічної етіології - до 157 випадків на 100000 населення. Гострі отруєння в країнах європейського регіону сьогодні займають до 3,8% в структурі причин звернень до медичних закладів та 0,7% від загальної кількості звернень до відділень невідкладної медичної допомоги [2, 4, 5].

Аналогічні дані були отримані Національною службою здоров'я Великобританії, яка повідомила, що в середньому за рік до лікарень країни потрапляє більше ніж 140 000 постраждалих внаслідок гострих отруєнь хімічної етіології [3].

Токсична ситуація в Україні відповідає загальному світовому та європейському трендам поширеності та летальності внаслідок гострих отруєнь. За даними ВООЗ кількість випадків гострих отруєнь в Україні становить 85,31 випадків/100 тис. населення, що в 2,5 рази перевищує аналогічний показник в країнах Європейського Союзу, де він складає 35,58 випадків/100 тис. населення, але найбільші в Європі показники поширеності та летальності внаслідок гострих отруєнь хімічної етіології спостерігаються в країнах СНД – 109,69 випадків/100 тис. населення [6].

Державний комітет статистики України за підсумками 2012 року інформує, що випадки смерті від гострих отруєнь зайняли 3-тє місце серед причин смертності населення (категорія «травми та отруєння»), а кількість летальних випадків внаслідок отруєнь перевищила 9 тисяч випадків [7].

Значні показники поширеності та летальності при гострих отруєннях формують потребу в забезпеченні служби екстреної медичної допомоги дієвими практичними рекомендаціями з питань екстреної діагностики та лікування отруєнь на догоспітальному етапі. Тому розробка та впровадження в практику лікарів екстреної медичної допомоги клінічних протоколів в

значній мірі забезпечить надання якісної та своєчасної медичної допомоги постраждалим внаслідок гострих отруєнь, та водночас обумовить безпеку медичного персоналу при наданні медичної допомоги в умовах токсичної ситуації.

Перелік інформаційних джерел:

1. AAPCC (Американська Асоціація центрів контролю отруєнь). Електронний ресурс. Режим доступу: <http://www.aapcc.org/DNN>. (Дата останнього перегляду 20 листопада 2013 р.).
2. EAPCCT (Європейська асоціація центрів лікування отруєнь). Електронний ресурс. Режим доступу: <http://www.eapcct.org>. (Дата останнього перегляду 20 листопада 2013 р.).
3. NationalPoisonsInformationService. AnnualReport 2009/2010 andFiveYearReview. (Звіт Національна інформаційної служби з контролю отруєнь 2009/2010. Річний звіт та п'ятирічний огляд Агентства з охорони здоров'я Великобританії (2010). Електронний ресурс. Режим доступу: <http://www.hpa.org.uk/> (Дата останнього перегляду 20 листопада 2013 р.).
4. TOXNET (Система бібліографічних і фактографічних токсикологічних та медичних комп'ютерних баз даних). Електронний ресурс. Режим доступу: <http://toxnet.nlm.nih.gov>. (Дата останнього перегляду 20 листопада 2013 р.).
5. WHO. Worlddirectoryofpoisonscenters' (Всесвітня Організація Охорони Здоров'я. Світова директорія токсикологічних центрів). Електронний ресурс. Режим доступу: <http://www.who.int/ipcs/poisons/centre/directory/en>. (Дата останнього перегляду 20 листопада 2013 р.).
5. Державний комітет статистики України. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://www.segodnya.ua/news/14360391.html>. (Дата останнього перегляду 20 листопада 2013 р.).
6. Державний заклад "Центр медичної статистики МОЗ України". База нормативних документів. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://medstat.gov.ua/ukr/normdoc.html>. (Дата останнього перегляду 20 листопада 2013 р.).

II. ЗАГАЛЬНА ЧАСТИНА

Основною метою даного протоколу було створення ефективної системи надання медичної допомоги пацієнтам з гострими отруєннями на догоспітальному етапі. Протокол розрахований на лікарів бригад екстреної медичної допомоги та на лікарів-токсикологів, що працюють у складі бригад екстреної медичної допомоги.

Протоколом передбачений необхідний та достатній обсяг медичної допомоги хворим та постраждалим внаслідок гострих отруєнь (Код МКХ-10: T36–T65) на догоспітальному етапі, надані рекомендації щодо обсягів та правил проведення детоксикації, та антидотної терапії на догоспітальному етапі надання медичної допомоги.

Протокол містить додатковий матеріал з інформацією про основні токсичні синдроми (токсиндроми), антидоти та лікарські засоби, що застосовуються в якості фармакологічних коректорів при гострих отруєннях, розрахунки доз для надання медичної допомоги дорослим та дітям.

Вперше до протоколу додана алгоритмізована схема надання медичної допомоги при гострих отруєннях на догоспітальному етапі, що наглядно демонструє основні етапи дій лікаря та їх послідовність.

Вперше до протоколу внесені індикатори ефективності надання медичної допомоги при гострих отруєннях на догоспітальному етапі, що відповідає вимогам наказу Міністерства охорони здоров'я України від 24 квітня 2013 року №336 «Про затвердження індикаторів оцінки діяльності системи екстреної медичної допомоги на догоспітальному етапі».

Обґрунтування та положення цього клінічного протоколу побудовані на доказах (evidence-based medicine) і мають конкретні посилання на джерела доказової медицини – клінічні настанови - третинні джерела, які створювались на основі даних мета-аналізів, систематизованих оглядів літератури тощо.

Перелік інформаційних джерел

1. Державний комітет статистики України. Електронний ресурс. Режим доступу: <http://www.segodnya.ua/news/14360391.html>. (Дата останнього перегляду 20 листопада 2013 р.).

2. Державний заклад "Центр медичної статистики МОЗ України". База нормативних документів. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://medstat.gov.ua/ukr/normdoc.html>. (Дата останнього перегляду 20 листопада 2013 р.).
3. Наказ МОЗ України від 20.10.2010 №897 "Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги при гострих отруєннях".
4. Наказ МОЗ України від 20.10.2010 №897 "Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги при гострих отруєннях".
5. Наказ МОЗ України від 03.04.2012 №234 (Зареєстровано у Міністерстві юстиції України 8 червня 2012 р. за №920/21232) «[Положення про систему екстреної токсикологічної допомоги в Україні](#)».
6. Наказ МОЗ України від 24 квітня 2013 року №336 «Про затвердження індикаторів оцінки діяльності системи екстреної медичної допомоги на догоспітальному етапі».
7. ААРСС (Американська Асоціація центрів з контролю отрут). Електронний ресурс. Режим доступу: <http://www.aapcc.org/DNN>. (Дата останнього перегляду 20 листопада 2013 р.).
8. ЕАРССТ (Європейська асоціація центрів лікування отруєнь) Електронний ресурс. Режим доступу: <http://www.eapcct.org>. (Дата останнього перегляду 20 листопада 2013 р.).
9. TOXNET Resource (Система бібліографічних і фактографічних токсикологічних та медичних комп'ютерних баз даних). Електронний ресурс. Режим доступу: <http://toxnet.nlm.nih.gov>. (Дата останнього перегляду 20 листопада 2013 р.).
10. WHO. World directory of poisons centres (Всесвітня Організація Охорони Здоров'я, світова дирекція токсикологічних центрів). Електронний ресурс. Режим доступу: <http://www.who.int/ipcs/poisons/centre/directory/en>. (Дата останнього перегляду 20 листопада 2013 р.).

III. ОСНОВНА ЧАСТИНА

Організація та надання медичної допомоги на догоспітальному етапі

Діагноз: Гострі отруєння

Код МКХ - 10: Т 36 – Т 65

Обґрунтування та основні положення протоколу

1. Догоспітальний етап включає надання екстреної медичної допомоги пацієнтам з гострими отруєннями з моменту виявлення пацієнта або звернення такого пацієнта (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. Медична допомога на догоспітальному етапі повинна бути надана пацієнтам з ГО у перші хвилини від початку розвитку ознак захворювання.

4. Пацієнтам з ГО необхідно забезпечити термінову госпіталізацію, в першу чергу, в центри (відділення), де можливе проведення антидотної терапії та штучної детоксикації, які надають вторинну медичну допомогу, в період найбільших терапевтичних можливостей. У випадках, коли стан пацієнта стабілізований після проведення детоксикації та антидотної терапії за місцем пригоди, або у випадках масових отруєнь, що не потребують спеціального лікування, можливо транспортування пацієнтів в інші стаціонари.

5. Швидка діагностика ознак ГО на догоспітальному етапі скорочує час для встановлення діагнозу та транспортування пацієнта у відповідні заклади охорони здоров'я.

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

7. У кожному закладі охорони здоров'я обов'язково повинен бути розроблений та затверджений **локальний протокол медичної допомоги**.

8.Локальний протокол медичної допомоги повинен бути доведений до кожного, хто бере участь у наданні медичної допомоги пацієнтам з ГО 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 пацієнта з підозрою на ГО. У випадках наявності спеціалізованої токсикологічної бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги, така бригада направляється на виклик в першу чергу.

Необхідна інформація:

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

- вказати причину виклику (отруєння, судом, тяжке сп'яніння, передозування наркотиків тощо)
- прізвище, ім'я, по-батькові потерпілого
- вік потерпілого
- точна адреса потерпілого (населений пункт, вулиця, будинок, під'їзд, поверх, домашній телефон, код входних дверей під'їзду) та її орієнтири
- найбільш зручний під'їзд до вулиці або будинку
- який стан потерпілого (в свідомості, без свідомості, в стані збудження)
- якими хворобами страждає

Необхідні дії:

- покласти пацієнта на лівий бік на рівну поверхню
- забезпечити доступ свіжому повітрю
- розстібнути тісний одяг
- не залишати пацієнта без нагляду
- оглянути приміщення, знайти медикаменти, речовини іншого походження, що приймає пацієнт або міг прийняти, і передати медичному працівнику бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги.

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

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.

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

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

Обґрунтування

Рання діагностика та госпіталізація пацієнтів з ознаками ГО у спеціалізовані ЗОЗ з метою проведення антидотної терапії та штучної детоксикації зменшує смертність та інвалідність внаслідок цього невідкладного стану, покращує результати лікування пацієнтів.

3.1.3. НЕОБХІДНІ ДІЇ КЕРІВНИКА БРИГАДИ ЕКСТРЕНОЇ (ШВИДКОЇ) МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Обов'язкові:

Збір анамнезу захворювання:

1. Дотримуватися «токсичної настороженості» (умови навколишнього середовища, в яких відбулося отруєння, можуть становити небезпеку для бригади швидкої допомоги);

2. З'ясувати обставини, що супроводжували отруєння (коли, чому, як, скільки, з якою метою), у хворого, якщо він знаходиться у свідомості, або у оточуючих осіб.

3. Зібрати речові докази (упаковки ліків, порошки, шприци), біологічні середовища (блювотні маси, сечу, кров, промивні води) для хіміко-токсикологічного або судово-хімічного

дослідження.

4. Зареєструвати основні симптоми (синдроми), що спостерігалися у хворого до надання медичної допомоги, в тому числі медіаторні синдроми, що є результатом посилення або пригнічення симпатичної і парасимпатичної систем.

5. Якщо антидоту немає - необхідно провести корекцію показників гемодинаміки та дихання.

Збір анамнезу життя:

1. Встановити, які лікарські засоби приймає пацієнт щоденно.
2. З'ясувати, які лікарські засоби пацієнт прийняв до прибуття бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги.
3. З'ясувати наявність факторів ризику передозування ліків, виявити в анамнезі інші супутні захворювання: нервової системи, серцево-судинної, ендокринної, психічні розлади тощо.
4. Зібрати загальний алергологічний анамнез та з'ясувати чи є алергічні реакції на прийом лікарських засобів.

Проведення огляду та фізичного обстеження:

1. Оцінка загального стану та життєво важливих функцій: свідомості, дихання, кровообігу. Відповідно до показань усунути порушення життєво важливих функцій організму – дихання, кровообігу.

2. Візуальна оцінка:

- v Колір шкірних покривів та слизових оболонок, вологість, наявність опіків, ознак тривалої позиційної компресії м'яких тканин, слідів від ін'єкцій.
- v Оцінити наявність чи відсутність стороннього специфічного запаху в повітрі приміщенні та від видиху пацієнта.
- v Оцінити візуальні особливості, наявність чи відсутність стороннього специфічного запаху від блювотних мас, при їх наявності.
- v Оцінити розмір зіниць та фотореакцію.

Оцінка стану серцево-судинної та дихальної системи пацієнта:

1. Пульсу.
2. Дихання.
3. Серцевої діяльності.
4. Аускультация легень: наявність хрипів.

Слід мати на увазі, що у багатьох пацієнтів з ГО при фізичному обстеженні відхилень від нормальних показників може не бути!

Проведення інструментального обстеження:

Обов'язково!

Реєстрація ЕКГ у 6-ти відведеннях.

Додатково:

Пульсоксиметрія.

Оцінка рівню цукру крові.

Визначення лікувальної тактики

Необхідні дії керівника бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги

Обов'язково!

1. Забезпечити положення пацієнта на боці.
2. Забезпечити адекватну вентиляцію легень.
3. Забезпечення судинного доступу.

3.1.4. НАДАННЯ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Обов'язково!

1. Оцінка стану життєво важливих функцій

Підтримка й відновлення адекватної функції зовнішнього дихання:

- забезпечення вільної прохідності дихальних шляхів (аспірація з верхніх дихальних шляхів слизу, блювотних мас, видалення сторонніх предметів та ін.);
- респіраторна терапія (оксигенотерапія, штучна вентиляція легень за показаннями).

Підтримка й відновлення функції серцево-судинної системи:

- забезпечення адекватного венозного доступу до периферичних судин (пункція/катетеризація судин);
- підтримка ефективного рівня артеріального тиску для забезпечення адекватного кровообігу.

Підтримка й відновлення функції ЦНС: протисудомна терапія.

Увага!

Небезпечно! промивання шлунку у пацієнтів в стані збудження, без свідомості, при отруєнні корозивними речовинами, бензином, при ознаках шлунково-кишкової кровотечі!

2. Видалення токсичної речовини з місць її надходження до організму постраждалого (дерма, слизові оболонки, шлунково-кишковий тракт та ін.):

- обробка шкіри - за умов наявних або потенційно можливих ознак перебування на її поверхні токсичної речовини та/або інформації про інтрадермальний шлях надходження отрути до організму;

- обробка слизових оболонок ротової порожнини - за умов наявних або потенційно можливих ознак перебування на їх поверхнях токсичної речовини та/або інформації про пероральний шлях надходження отрути до організму;

- обробка слизових оболонок очей - за умов наявних або потенційно можливих ознак перебування на слизових оболонках очей токсичної речовини та/або інформації про інтракон'юнктивальний шлях надходження отрути до організму;

- санація шлунку (зондова, беззондова) - за умов наявних або потенційно можливих ознак перебування у верхніх відділах ШКТ токсичної речовини та/або інформації про пероральне надходження отрути до організму;

- санація кишечника із застосуванням антидотних препаратів та ентеросорбентів (зондовий лаваж, очищувальна клізма) - за умов наявних або потенційно можливих ознак перебування у нижніх відділах ШКТ токсичної речовини та/або інформації про інтестинальний шлях надходження отрути до організму.

3. Детоксикаційна терапія:

- застосуванням антидотів;
- застосування засобів фармакологічної корекції токсичних проявів;
- ентеросорбція.

ЕНТЕРОСОРБЦІЯ

Дозування активованого вугілля при лікуванні гострих отруєнь:

1. Для промивання шлунку - 1 г/кг.
2. Для ентеросорбції у токсикогенній стадії отруєння:
 - для дорослих: по 50-100 г кожні 4-6 год.;
 - для дітей до 1 року: 1 г/кг, кожні 4-6 год.;

- для дітей 1-12 років: 25 г, болісно, кожні 4-6 год.

3.1.5. ГОСПІТАЛІЗАЦІЯ

Показання до госпіталізації

Увага!

► Особи, що отруїлися медикаментами, можуть звернутися до сімейного лікаря по телефону або прибути в амбулаторію чи лікарню.

► Хворі, що звернулися за медичною допомогою по телефону, можуть лікуватися вдома, якщо вони не проявляють ознаки токсиндрому і проковтнули відому нетоксичну дозу препарату.

► В умовах амбулаторії сімейного лікаря можна проводити моніторинг тільки стабільних пацієнтів, які випадково проковтнули відому кількість малотоксичних медикаментів.

► Пацієнтів, яких доставили в амбулаторію із затьмареною свідомістю або порушеними показниками життєдіяльності, і тих, хто намагався вчинити самогубство, слід негайно транспортувати до лікарні невідкладної допомоги.

► Пацієнтів, у яких виникла симптоматика отруєння або які отруїлися невідомими препаратами, слід транспортувати до лікарні з бригадою швидкої допомоги.

► Очищення ШКК можна проводити тільки в умовах лікарні, тому пацієнтів, які підлягають такій маніпуляції, слід госпіталізувати.

Необхідні дії керівника бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги

Обов'язково!

1. Всі пацієнти з підозрою на ГО високотоксичними речовинами незалежно від статі, віку та інших факторів підлягають терміновій госпіталізації.

2. В лікарню необхідно взяти медичну документацію пацієнта.

3. Пріоритетним завданням бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги є транспортування пацієнтів в центр (відділення), де можливе проведення антидотної та детоксикаційної терапії.

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

4. 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, відділення, де проводиться штучна детоксикація (гемодіаліз, плазмафарез, гіпербарична оксигенація тощо).

5. 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 ГО (особливо у випадках масових отруєнь та надзвичайних ситуацій, що супроводжуються хімічним ураженням), взаємодію між закладами охорони здоров'я, що надають екстрену, первинну та вторинну медичну допомогу.

ІНДИКАТОРИ ЕФЕКТИВНОСТІ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ ГОСТРИХ ОТРУЄННЯХ НА ДОГОСПІТАЛЬНОМУ ЕТАПІ		
№	НАЙМЕНУВАННЯ ІНДИКАТОРУ	МЕТОДИКА ОЦІНКИ
1	ІНДИКАТОРИ РЕСУРСНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ	
1.1	Показник забезпеченості антидотами (фармакологічними антагоністами)	1. повне 2. неповне 3. відсутнє
1.2	Показник забезпеченості лікувально-діагностичною апаратурою	1. повне 2. неповне 3. відсутнє
1.3	Показник забезпеченості лікарськими препаратами симптоматичної терапії	1. повне 2. неповне 3. відсутнє
1.4	Показник забезпеченості засобами індивідуального захисту медичного персоналу	1. повне 2. неповне 3. відсутнє
2	ІНДИКАТОРИ ТЕХНОЛОГІЇ	

	(ПРОЦЕСУ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ)	
2.1	Своєчасність прибуття на виклик	1. своєчасно 2. несвоєчасно
2.2	Повнота обстеження (без консультації токсиколога по телефону)	1. повне 2. неповне 3. відсутнє
2.3	Повнота обстеження (після консультації токсиколога)	1. повне 2. неповне 3. відсутнє
2.4	Вірність визначення токсиндрому	1. вірно 2. невірно
2.5	Своєчасність застосування антидоту (фармакологічного антагоністу)	1. своєчасно 2. несвоєчасно
2.6	Ефект лікування (зменшення ступеню токсиндрому)	1. позитивний ефект 2. відсутній ефект
2.7	Забезпеченість безпеки медичного персоналу	1. повне 2. неповне 3. відсутнє
3	ІНДИКАТОРИ РЕЗУЛЬТАТУ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ	
3.1	Ступінь співпадіння основного діагнозу при госпіталізації (за МКХ - 10)	1. повне 2. неповне 3. відсутнє
3.2	Профільність госпіталізації	1. профільна 2. непрофільна

АЛГОРИТМ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

ПРИ ГОСТРОМУ ОТРУЄННІ

Т 36 – 65



СИНДРОМ	СИМПТОМАТИКА	ЕТИОЛОГІЯ
Антихолінергічний	делірій гіпертермія кишкова непрохідність мідріаз тахікардія затримка сечі тепла і суха шкіра	антигістамінні атропін психотропні препарати скополамін трициклічні антидепресанти
M-холінергічний	брадикардія бронхорея слинотеча сльозотеча сечовиділення дефекація кишкові кольки блювання	фізостигмін пілокарпін піридостигмін
H-холінергічний	біль у животі фасцикуляції артеріальна гіпертензія парез тахікардія	нікотин
Опіюїдний	гіпотензія гіпотермія гіповентиляція седація	опіюїди
Симпатоміметичний	тривога профузне потовиділення артеріальна гіпертензія гіпертермія мідріаз психоз судоми тахікардія	амфетаміни кофеїн фенілпропаноламін (норепедрин) теофілін

Додаток № 1

до уніфікованого клінічного протоколу
екстреної медичної допомоги «Гострі
отруєння»

ТОКСИНДРОМИ

СИНДРОМ	СИМПТОМАТИКА	ЕТІОЛОГІЯ
Антихолінергічний	делірій гіпертермія кишкова непрохідність мідріаз тахікардія затримка сечі тепла і суха шкіра	антигістамінні атропін психотропні препарати скополамін трициклічні антидепресанти
М-холінергічний	брадикардія бронхорея слинотеча сльозотеча сечовиділення дефекація кишкові кольки блювання	фізостигмін пілокарпін піридостигмін
Н-холінергічний	біль у животі фасцикуляції артеріальна гіпертензія парез тахікардія	нікотин

Опіоїдний	гіпотензія гіпотермія гіповентиляція седація	опіоїди
Симпатоміметичний	тривога профузне потовиділення артеріальна гіпертензія гіпертермія мідріаз психоз судоми тахікардія	амфетаміни кофеїн фенілпропаноламін (норепедрин) теофілін

Додаток № 2

до уніфікованого клінічного протоколу
екстреної медичної допомоги «Гострі
отруєння»

РЕЧОВИНИ, ЩО ВИКОРИСТОВУЮТЬСЯ ДЛЯ ІНАКТИВАЦІЇ

РЕЧОВИНИ НА МІСЦЯХ ЇЇ КОНТАКТУ

Речовина – токсикант	Орган - мішень	Речовина - інактиватор
Кислоти	Очі	· промивання розчином натрію хлориду 0,9%; · проточною водою.
	Шкіра	· обмивання уражених ділянок шкіри проточною водою; · Гідрокортизон, мазь; · мазь із антибіотиком.
Луги	Очі	· промивання очей проточною водою;
	Шкіра	· Гідрокортизон, мазь; · мазь із антибіотиком.
Окислювачі	Очі	· промивання очей проточною водою;
	Шкіра	· обмивання уражених ділянок шкіри проточною водою; · Гідрокортизон, мазь; · мазь із антибіотиком.

Додаток № 3

до уніфікованого клінічного протоколу
екстреної медичної допомоги «Гострі
отруєння»

ПОКАЗАННЯ ТА ПРОТИПОКАЗАННЯ ДЛЯ ОЧИЩЕННЯ ШКК

Метод	Показання	Протипоказання	Дозування
Вугілля активоване	Застосовувати протягом першої години після орального прийому потенційно токсичної дози медикаментів	Порушення свідомості Оральний прийом препарату зі зниженою здатністю до зв'язування з активованим вугіллям (наприклад залізо, літій) Підвищений ризик розвитку кровотечі із ШКК або перфорації.	Діти віком до 1 року: 10–25 г або 0,5–1,0 г/кг Діти віком 1–12 років: 25–50 г або 0,3–1,0 г/кг Підлітки та дорослі: 25–100 г
Промивання шлунка	У надзвичайних ситуаціях після прийому потенційно токсичної дози препарату	Незахищена прохідність дихальних шляхів Оральний прийом речовин із високим ризиком аспірації (наприклад вуглеводні)	Промивати за допомогою орогастрального зонда великого діаметра (дорослі: 200–300 мл розчину натрію хлориду 0,9% або води; діти — 10 мл/кг теплового розчину натрію хлориду 0,9%)

		Оральний прийом сильних кислот або лугів Підвищений ризик розвитку кровотечі із ШКК або перфорації	Промивати доти, доки вода не буде чистою, тобто не міститиме таблеток або їх фрагментів
Проносні	Немає чітких показань для застосування Можна застосовувати після орального прийому потенційно токсичної дози препаратів із сповільненим вивільненням активної речовини, таблеток із оболонкою, яка розчиняється в кишківнику, або препаратів, що погано абсорбуються активованим вугіллям	Кишкова непрохідність або перфорація Аускультативна перистальтика не вислуховується Нещодавно перенесені операції на кишківнику Дефіцит ОЦК Дисбаланс електролітів	Застосовувати тільки однократно (у дітей віком менш як 1 рік та в осіб похилого віку — обережно) Дорослі: 10-20 г магнію сульфату Діти: 5 г магнію сульфату

Додаток № 4

до уніфікованого клінічного протоколу
екстреної медичної допомоги «Гострі
отруєння»

ОБСЯГИ РІДИНИ, ЩО ЗАСТОСОВУЮТЬСЯ

ДЛЯ ПРОМИВАННЯ ШЛУНКУ

Вік (міс.)	Обсяг рідини (мл)	Вік (роки)	Обсяг рідини (мл)
Новонароджений	15 - 20	6-7	350 - 400
1	40 - 50	7-8	110 - 120
2-3	200 - 250	8-11	400 - 450
3-4	60 - 90	9-12	150 - 200
4-5	300 - 350	12-15	450 - 500
5-6	100 - 110	У підлітків та дорослих	500 - 700

Додаток № 5

до уніфікованого клінічного протоколу
екстреної медичної допомоги «Гострі
отруєння»

**ОБСЯГИ РІДИНИ, ЩО ЗАСТОСОВУЮТЬСЯ
ДЛЯ ОЧИЩЕННЯ КИШЕЧНИКА**

Вік	Обсяг рідини для очищувальної клізми (мл)	Обсяг рідини для сифонної клізми (мл)
1-2 міс.	30 - 40	-
2-4 міс.	60	800 - 1000
6-9 міс.	100 - 120	1000 - 1500
9-12 міс.	200	1000 - 1500
2-5 років	300	2000 - 5000
6-10 років	400 - 500	5000 - 8000
10-14 років	500 – 1 л	8000 - 10000
У підлітків та дорослих	1 – 3 л	10000 - 15000

Додаток № 6

до уніфікованого клінічного протоколу екстреної медичної допомоги «Гострі отруєння»

ОСНОВНІ АНТИДОТИ ПРИ ЛІКУВАННІ ГОСТРИХ ЕКЗОГЕННИХ ОТРУЄНЬ НА ДОГОСПІТАЛЬНОМУ ЕТАПІ

Отрути	Лікарські засоби	Дозування	Шляхи введення
Чадний газ та продукти термодеструкції	Ацизол	по 1 капсулі 4 рази у першу добу та по 1 капсулі 2 рази на день протягом наступних 7 днів.	внутрішньо
		1 мл (60мг), у подальшому вводять по 1 мл (60мг) 2-4 рази на добу.	в/м
Щавлева кислота, її розчинні солі солі магнію, розчинні солі фтористої кислоти	Кальцію глюконат	Дорослі: 1-3 г (2-6 таблеток) 2-3 рази на добу. Діти віком від 3 років – 1 г (2 таблетки), 5-6 років – 1-1,5 г (2-3 таблетки), 7-9 років – 1,5-2 г (3-4 таблетки), від 10 до 14 років – 2-3 г (4-6 таблеток) на добу у 2 – 3 прийоми. Приймають 2-3 р. на добу.	внутрішньо
		по 5-10 мл 10 % розчину 1 раз на добу щодня, через день або через 2 дні; 10 % розчин вводять дітям віком до 6 місяців – 0,1-1 мл, віком 7–12 місяців – 1-1,5 мл, 1-3 роки – 1,5-2 мл, 4-6 років – 2-2,5 мл, 7-14 років – 3-5 мл.	в/в, в/м
Ізоніазиди	Піридоксин (вітамін В ₆)	Дорослим на кожен 1 г передозованого препарату вводять 1 г (20 мл) піридоксину зі швидкістю 0,5 г/хв. При передозуванні ізоніазиду понад 10 г піридоксин вводять в/в в дозі 4 г (80 мл), а потім в/м – по 1 г (20 мл) кожні 30 хвилин. Для дітей на кожен 1 г передозованого препарату вводять в/в 1 г (20 мл) піридоксину; якщо доза ізоніазиду невідома, піридоксин вводять із розрахунку 70 мг/кг маси тіла.	в/в, в/м,

		Дорослим внутрішньо по 50 мг (1 таблетка) 1 раз на добу, дітям віком від 3 років по 1 таблетці на добу, з 6 років по 1 – 2 таблетки на добу протягом 2 - 4 тижнів.	внутрішньо
Антихолінергічні засоби	Галантамін	по 10-20 мг/добу.	в/в
Наркотичні анальгетики Опіати	Налоксон	Дорослі: початкова доза 0,4 - 2 мг. Якщо не настає відновлення дихання, повторити через 2 - 3 хв. Діти: початкова доза – 0,1 мг на 1 кг маси тіла, додатково у вигляді ін'єкції вводять 0,1 мг на 1 кг маси тіла.	в/в, в/м
Парацетамол (Ацетамінофен)	Ацетилцистеїн	Дорослим та дітям віком від 14 років по 200 мг 2–3 рази на добу; дітям віком від 6 до 14 років – по 200 мг 2рази на добу.	внутрішньо
		Дорослим 1 ампулу 300 мг вводять 1-2 рази на день. Дітям 6 – 14 років вводять 150 мг двічі на добу, доза для дітей молодше 6 років – 10 мг/кг маси тіла кожні 12 год.	глибоко в/м або в/в крапельно або повільно болюсно
Холіноміметичні сполуки і антихолінестеразні (у тому числі фосфорорганічні) речовини.	Атропін (0,1 % розчин)	При отруєнні антихолінестеразними препаратами вводять по 2 мг в/м кожні 20-30 хв. Для дітей вища разова доза: віком до 6 місяців – 0,02 мг; від 6 місяців до 1 року – 0,05 мг; від 1 до 2 років – 0,2 мг; від 3 до 4 років – 0,25 мг; від 5 до 6 років – 0,3 мг; від 7 до 9 років – 0,4 мг; від 10 до 14 років – 0,5 мг.	в/м
Сполуки миш'яку, ртуті, свинцю, синильної кислоти та її солі, йоду, бромиду та їх солі.	Тіосульфат (30% розчин)	При отруєннях сполуками миш'яку, ртуті, свинцю, йодом, бромом та їх солями призначають в/в болюсно - у дозі 1,5 – 3 г (5 - 10 мл 30 % розчину), при отруєнні ціанідами разову дозу підвищують до 50 мл 30% розчину, вводять болюсно. При отруєннях синильною кислотою та її солями вводять 15 г (50 мл 30 % розчину).	в/в болюсно