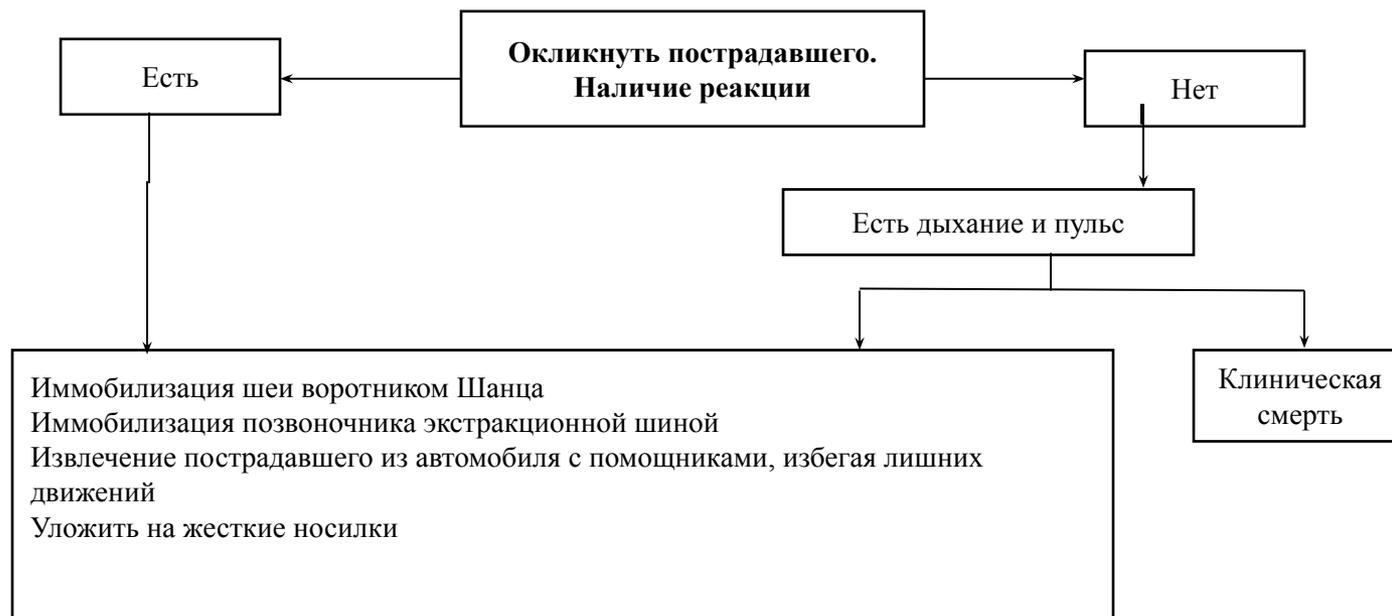


Алгоритм экстренной медицинской помощи травмированным при ДТП на догоспитальном этапе в период «ЗОЛОТОГО ЧАСА»

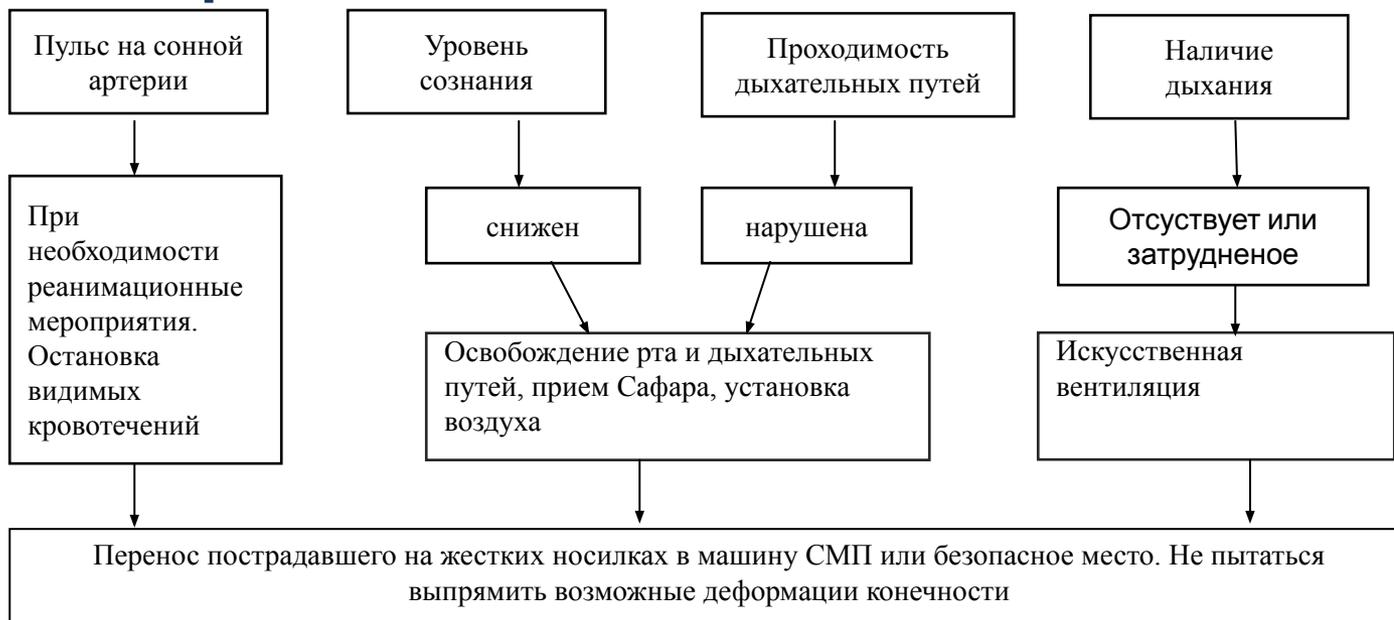
Оценить окружающую обстановку и масштабы ДТП. Удостовериться в собственной безопасности.
Определить количество пострадавших. Доложить обстановку старшему врачу.

Пострадавший в машине, требуется извлечение



В случае прибытия бригады СМП первой на месте ДТП до служб спасения

Непосредственно на месте проишествия



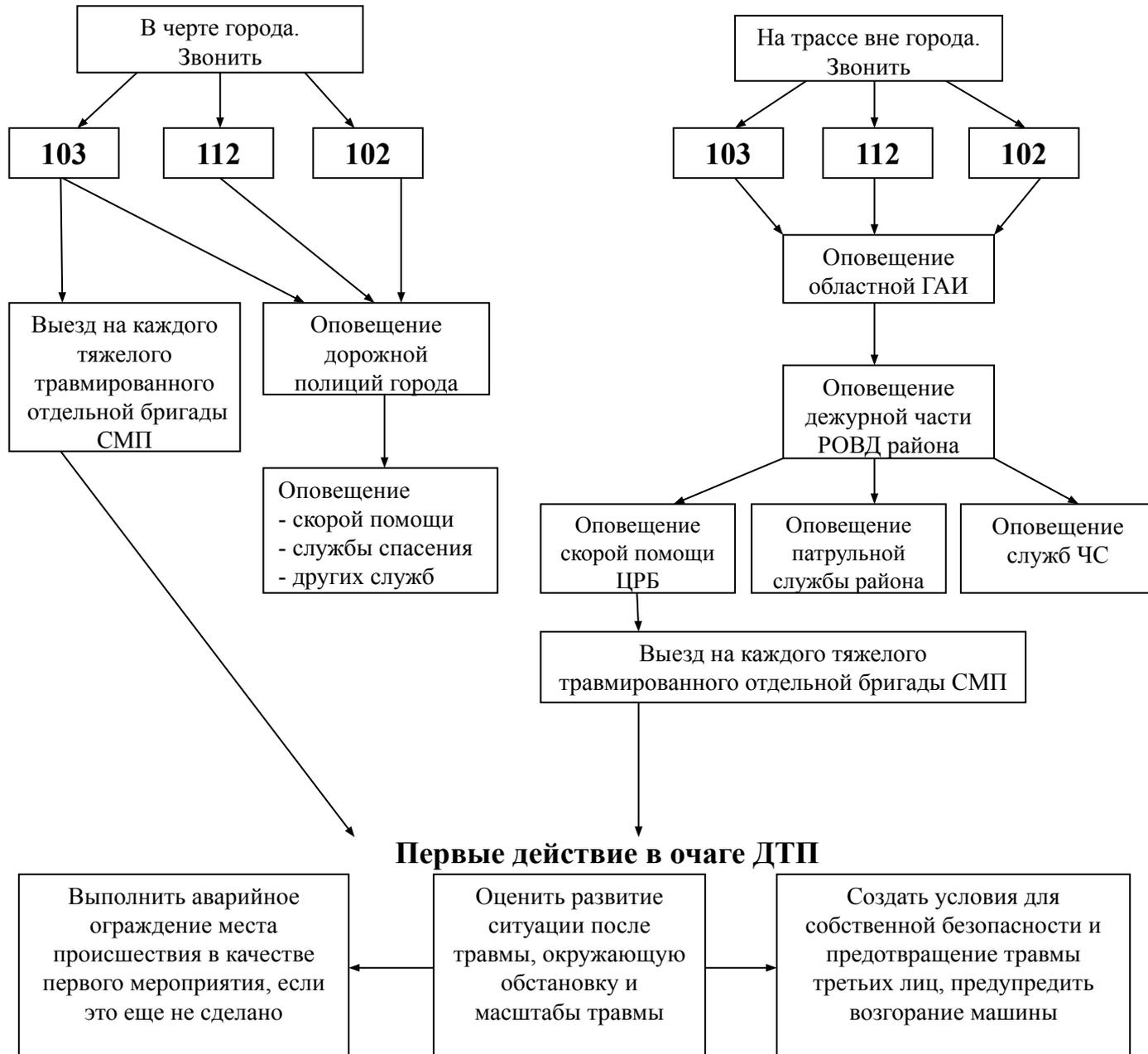
Оповещения служб спасения при ДТП

112 – экстренный канал помощи

102 – полиция

103 – скорая помощь

ДТП



Сортировка пострадавших по экстренности оказания помощи



Основные критерии оценки общего состояния пострадавшего с политравмой на догоспитальном этапе

Параметры		Общее состояние пострадавшего			
		стабильное	пограничное	нестабильное	Крайнее тяжелое
	АД (мм.р.ст.)	100 и выше	80-100	60-90	<50-60
	Температура	не менее 35°	33-35	30-32	30 и менее
	Сознание	Нарушение или отсутствие сознания признаков тяжелого состояния пострадавшего. Вместе с тем, адекватное сознание у пострадавшего может сохраняться долго и не может служить мерой тяжести травмы.			

ABCD-схема транспортных положений

Группа	Показания	Позиция
A «АСФИКСИЯ»	<ul style="list-style-type: none"> Нарушения сознания 	 Стабильное боковое положение
B «ВОЗДУХ»	<ul style="list-style-type: none"> При одышке При травме груди 	 Возвышенное положение на поврежденной стороне
C «СЕРДЦЕ»	<ul style="list-style-type: none"> Боль за грудиной Отек легких Шок 	 Полусидячее положение  «Противошоковая позиция»
D «ДРУГОЕ...»	<ul style="list-style-type: none"> При переломах Травма позвоночника Травма таза Травма живота 	  На спине, с валиком под коленями  На спине, с валиком под коленями и приподнятой верхней частью тела

В МАШИНЕ СМП:

Вторичная оценка. Полный осмотр с головы до ног. Выявление повреждений с учетом механизма травмы. Подключение мониторов: ЧСС, ЧД, АД, SpO₂, pCO₂

Остановка наружных кровотечений:

Давящие повязки, при неконтролируемом кровотечении – наложение жгутов. **Определить степень шока¹.**

Внутривенный доступ (в две вены) периферическим катетером №14 или 16. При спавшихся периферических венах и наличии навыков у персонала – бедренная, яремная вена или подключичная вены.

Инфузия 0,9% NaCl – 20 мл/кг. Критерий – поддержание АД на уровне 90 мм.рт. ст.

Заподозрить внутреннее кровотечение. Если при отсутствии наружного кровотечения есть гиповолемия, соотв. механизм травмы и жалобы.

Контроль и обеспечение проходимости воздушных путей:
Постоянная аспирация отделяемого.

Определить показания для интубации* и ИВЛ:

Частота дыхания <10 или >29, SpO₂<90%,

Травмы и отек дыхательных путей

Нарушение сознания (8 и ниже по шкале Глазго²) возможная аспирация (рвота),

Политравма тяжелой степени

ИВЛ 100% кислорода: нормовентиляция,

держат SpO₂ более 95%,

*Интубация – при наличии навыков у персонала. Альтернатива – ларингеальная маска или комбитьюб. При травмах лица и/или невозможности интубации–коникотомия.

Срочный звонок старшему врачу. Транспортировка в профильный стационар с оповещением приемного покоя.

В пути – непрерывный мониторинг состояния в динамике (АД, ЧСС, ЧД, SpO₂).

¹ – Степени геморрагического шока:

	I	II	III	IV
Сист. АД	>100	70-90	<70	Не определяется
ЧСС	<100	100-120	>120	Не определяется

² – Шкала комы Глазго (GlasgoComaScale в баллах – для определения степени тяжести повреждения головного мозга:

Реакции:	6	5	4	3	2	1
Открытие глаз			Спонтанно	На голос	На боль	Отсутствует
Речь		Ориентирован	Дезориентирован, спутанный ответ	Невнятные слова, бормотанье	Невнятные звуки	Не отвечает
Движения	Выполняет движения по команде	Локализует боль (отталкивает)	Отдергивание конечности на боль	Патологическое сгибание на боль	Патологическое разгибание на боль	Отсутствие каких-либо движений
13-15 баллов – травма головного мозга легкой степени; 9-12 – травма средней степени; 8 баллов и ниже – тяжелая травма						

ЕСЛИ ВРЕМЯ ТРАНСПОРТИРОВКИ ДО СТАЦИОНАРА БОЛЕЕ 1 ЧАСА

Инфузионная терапия: при шоке: кристаллоиды + коллоиды в равном объеме под контролем АД (90мм.рт.ст)

Катетер в мочевого пузыря для контроля диуреза и гематурии. Зонд в желудок

Контроль жгута: не прикрывать одеждой, ослаблять каждые 15 мин, следить за периферическим кровообращением

Непрерывный мониторинг гемодинамических показателей.

Объем и структура инфузионно – трансфузионной терапии в зависимости от объема кровопотери

		Объем кровопотери (в мл)				
		750	750-1500	1500-2000	>2000	2500-4000
дефицит ОЦК		<15%	15-30%	30-40%	>40%	50-80%
<i>Объем и структура инфузионно – трансфузионной терапии</i>	кристаллоиды	2000	1500-2000	1500-2000	1500-2000	2000-5000
	коллоиды	-	600-800	800-1200	1200-1500	2500-5000 гелофузин
	альбумины	-	-	100-200	200-300	-
	СЗП	-	-	1000-1500	1500-2000	2000-5000
	ЭМ	-	-	по показ	400-600	800-2000
	тромбоциты	-	-	-	4-6 доз	7-9 доз
	Общий объем	2000	2100-2800	3400-4700	5200-6800	7300-12000

Если пострадавший в машине:

Иммобилизация шеи воротником Шанца.

Иммобилизация позвоночника экстракционной шиной

Извлечение пострадавшего из автомобиля с помощниками, избегая лишних движений.

Уложить на жесткие носилки

Оценить окружающую обстановку и масштабы ДТП. Удостовериться в собственной безопасности.

Определить количество пострадавших. Доложить обстановку старшему врачу.

При необходимости вызов на себя дополнительных бригад

Алгоритм оказания неотложной медицинской помощи на ДГЭ пострадавшим в ДТП.

По показаниям – реанимационные мероприятия

Остановка видимых кровотечений.

Освобождение дыхательных путей,

Прием Сафара, установка воздуховода.

ИВЛ

Уровень сознания

Пульс на сонных артериях, видимые кровотечения

Пройодимость дыхательных путей

Дыхание: наличие и адекватность

Первичный осмотр: одномоментная оценка основных витальных функций с одновременной коррекцией нарушений

Перенос пострадавшего в машину СМП или безопасное место. Не пытаться выпрямить возможные деформации

Вторичный осмотр: Удалить одежду. Полный осмотр с головы до ног. Выявление повреждений с учетом механизма травмы. Подключение мониторов: ЧСС, ЧД, АД, SpO₂, pCO₂.

Остановка наружных кровотечений:

давящие повязки, при неконтролируемом кровотечении – наложение жгутов.

Определить степень шока!

Внутривенный доступ периферическим катетером в две вены.

* При спавшихся периферических венах и наличии навыков у персонала катетеризация центральных вен (бедренной, яремной или подключичной)

Инфузия 0,9% NaCl. Критерий – поддержание АД на уровне 90 мм РТ.ст.

Контроль и обеспечение проходимости воздушных путей: **Определить и показания для интубации* и ИВЛ:**

Частота дыхания <10 или >29,

SpO₂<90%,

Травмы и отек дыхательных путей

Нарушение сознания (8 и ниже по шкале Глазго) Возможная аспирация (рвота),

Политравма тяжелой степени

ИВЛ 100% кислорода:

нормовентиляция, держать SpO₂ более 95%,

При отсутствии противопоказаний (АД<60, ЧМТ, кома, травмы груди и живота) - обезболивание (наркотические анальгетики)

Определение неврологического статуса: уровня сознания по Шкале Глазго, анизокории, признаков сдавления ствола (ЧСС+АД+ЧД).

Иммобилизация позвоночника (жесткие носилки) и всех поврежденных конечностей (шины)

Асептические повязки на раны.

При открытом пневмотораксе – окклюзионная повязка. При напряженном пневмотораксе – пункционная декомпрессия, 2 межреберье по ср/ключ.линии.

При травмах таза – «транспортировка в позе лягушки» с валиком под коленями

Профилактика гипотермии – укрыть пострадавшего

Срочный звонок старшему врачу. Транспортировка в профильный стационар с оповещением приемного покоя

В пути – непрерывный мониторинг состояния в динамике (АД, ЧСС, ЧД, SpO₂).

* Интубация – при наличии квалифицированного персонала. Альтернатива – ларингеальная маска или комбитьюб.

* при промедлении с извлечением пострадавшего и при наличии навыков у персонала возможно необходимость интубации до извлечения.

* коникотомия – в случаях невозможности интубации и наличия навыков у медработника.

АЛГОРИТМ

оказания медицинской помощи пострадавшим при ДТП на догоспитальном этапе в период «Бриллиантовых полчаса» и «ЗОЛОТОГО ЧАСА»

