

Лікування травм кінцівок
Під час катастроф та конфліктів

РОЗДІЛ

АНЕСТЕЗІЯ ТА ПЕРИОПЕ- РАЦІЙНА ДОПОМОГА

4



Метою перекладу цього посібника українською є забезпечення невідкладної освітньої підтримки українських лікарів. Ми вдячні за неоціненну підтримку хірургів з АО Trauma Ukraine, які присвячують себе цій невідкладній справі. Розділи книги будуть опубліковані українською окремо та послідовно, у порядку терміновості, щойно вони стануть доступними для публікації, щоб якнайшвидше надати вкрай необхідну інформацію. Додаткові розділи будуть опубліковані, щойно буде завершено їх переклад.

Повний текст посібника англійською можна знайти [ТУТ](#), а всі матеріали українською [ТУТ](#)

Докладено усіх можливих зусиль для підтвердження точності представленої інформації. Автори та видавець не несуть відповідальності за помилки, упущення, чи будь-які наслідки внаслідок застосування інформації з цієї книги, і не дають прямих гарантій чи припущень щодо актуальності, повноти чи точності змісту цієї публікації. Застосування цієї інформації залишається професійною відповідальністю практикуючого спеціаліста.

Секретаріат екстрених медичних команд ВООЗ долучився до концепції, дизайну, зустрічей, написання та редагування цієї роботи.

International Committee of the Red Cross
19, avenue de la Paix
1202 Geneva, Switzerland
T + 41 22 734 60 01 F + 41 22 733 20 57
E-mail: shop@icrc.org icrc.org
© ICRC, December 2016

Розробка цього посібника з польової медицини стала можливою завдяки гранту АО Foundation, Давос, Швейцарія.

Фото: ©ICRC, Cover page: Didier Revol

макет: АО Foundation, Давос, Швейцарія

перелік співавторів

ALAN KAY
HAYDAR ALWASH
AMANDA BAUMGARTNER-HENLEY
ANNETTE HOLIAN
ARNAUD DAGAIN
BARBARA RAU
CHRISTOPHER MULLIGAN
DAVID HELFET
DAVID NOTT
DÓNAL O'MATHÚNA
ELHANAN BAR-ON
ELON GLASSBERG
GUY JENSEN
HARALD VEEN
HUGO ORELLANA

IAN NORTON
INGA OSMERS
JANE WIEDLER
JOHAN VON SCHREEB
KRISTEN BLAIR
MICHAEL SCHUETZ
NELSON OLIM
NIEVES AMAT CAMACHO
PATRICK HÉRARD
RACHAEL CRAVEN
RAM SHAH
RICHARD GOSSELIN
STEFANIE HAUTZ
STEVE SCHWARTZ
WASEEM SAEED

перелік перекладачів (AO faculty, AO Trauma Ukraine)

OLEKSANDR RIKHTER
KOSTIANTYN ROMANENKO

SUPPORT
VERONICA MALYTSKA

ПЕРЕЛІК СКОРОЧЕНЬ 6**РОЗДІЛ 1
КОНТЕКСТ** 11

СОРТУВАННЯ (ТРИАЖ)	13
ФАЗИ КАТАСТРОФИ	14
ТЯГАР ХВОРОБИ ПІД ЧАС РАПТОВИХ КАТАСТРОФ	15
ЗЕМЛЕТРУСІВ, ЦУНАМІ ТА ПОВЕНЕЙ	16
ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я В НЕБЕЗПЕЧНИХ УМОВАХ	18
ФАКТОРИ ПАЦІЄНТА	21

**РОЗДІЛ 2
BALLISTICS** 23

BALLISTICS & ENERGY TRANSFER	25
BULLET WOUNDS	26
BLAST INJURIES	27
MANAGMENT	29

**РОЗДІЛ 3
LOGISTICS, FIELD SUPPORT, AND TRAINING** 31

LOGISTICS AND SELF-SUFFICIENCY	33
LOGISTICS STANDARDS	34
TRAINING FOR EMTS	36
CONSIDERATIONS FOR TRAINING	38

**РОЗДІЛ 4
АНЕСТЕЗІЯ ТА ПЕРИОПЕРАЦІЙНА ДОПОМОГА** 39

ПЕРВИННА ОЦІНКА	41
ПЕРЕДОПЕРАЦІЙНА ДОПОМОГА	42
ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНА ДОПОМОГА	44
АНЕСТЕЗІЯ ЛІКУВАННЯ БОЛЮ	46
ДОКУМЕНТАЦІЯ ПАЦІЄНТІВ	47

**РОЗДІЛ 5
DCS—ХІРУРГІЯ КОНТРОЛЮ ПОШКОДЖЕННЯ ТА РЕАНІМАЦІЯ** 51

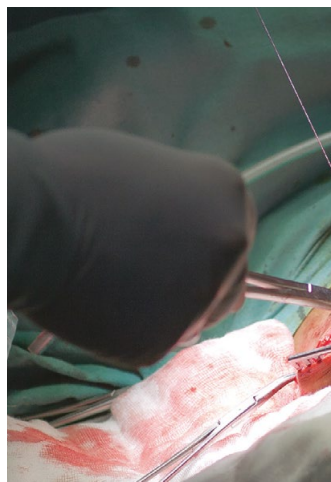
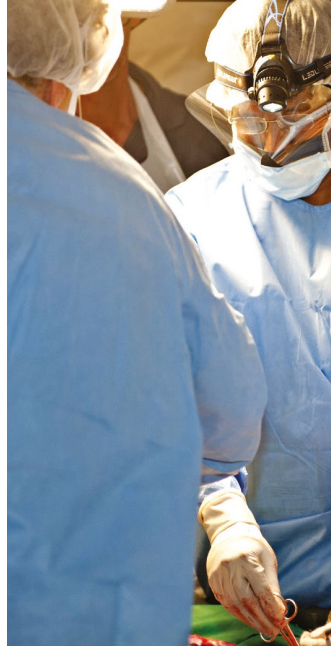
ПРИНЦИПИ ХІРУРГІЇ КОНТРОЛЮ ПОШКОДЖЕННЯ ТА РЕАНІМАЦІЇ	53
РЕАНІМАЦІЯ ТА ПЕРЕЛОМИ ТАЗУ	54
ЛІКУВАННЯ ТА ДІАГНОСТИКА	55
РОЗМІЩЕННЯ ПЕРЕДНЬОГО АЗФ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ТАЗУ	57

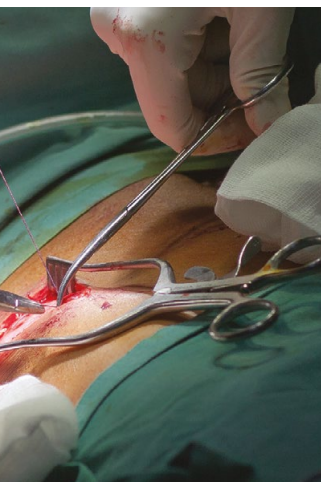
**РОЗДІЛ 6
ТРАВМИ КІНЦІВОК** 59

ЛІКУВАННЯ РАН	61
ХІРУРГІЯ РАН	62
ПОШАРОВИЙ ДЕБРИДМЕНТ РАНИ	63
ПОВ'ЯЗКИ	66

**РОЗДІЛ 7
ЗАКРИТІ ПЕРЕЛОМИ** 69

ЛІКУВАННЯ ЗАКРИТИХ ПЕРЕЛОМІВ	71
ГІПСОВА ІММОБІЛІЗАЦІЯ	73
СПОСТЕРЕЖЕННЯ ТА ДОГЛЯД ЗА ГІПСОВОЮ ПОВ'ЯЗКОЮ	76
ЗНЯТТЯ ГІПСОВОЇ ПОВ'ЯЗКИ	77
СКЕЛЕТНИЙ ВИТЯГ	78
ЛІКУВАННЯ ПЕРЕЛОМІВ У ДІТЕЙ	81
ПЕРЕВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТА	82
ВІДКРИТА РЕПОЗИЦІЯ ТА ВНУТРІШНЯ ФІКСАЦІЯ ЗАКРИТИХ ПЕРЕЛОМІВ	83





РОЗДІЛ 8	
ВІДКРИТІ ПЕРЕЛОМИ	85
ДЕБРІДМЕНТ РАНИ	88
СТАБІЛІЗАЦІЯ ПЕРЕЛОМУ	89
ЗОВНІШНЯ ФІКСАЦІЯ ВІДКРИТИХ ПЕРЕЛОМІВ	92
ВЕДЕННЯ ВІДКРИТИХ ПЕРЕЛОМІВ	103
РОЗДІЛ 9	
КОМПАРТМЕНТ-СИНДРОМ ТА КРАШ-СИНДРОМ	109
ДІАГНОСТИКА КОМПАРТМЕНТ-СИНДРОМУ	111
ЛІКУВАННЯ КОМПАРТМЕНТ-СИНДРОМУ	112
КРАШ-СИНДРОМ	115
ЛІКУВАННЯ КРАШ-СИНДРОМУ В УМОВАХ РАПТОВОЇ КАТАСТРОФИ	116
РОЗДІЛ 10	
АМПУТАЦІЇ	119
АМПУТАЦІЯ НИЖНІХ КІНЦІВОК	121
СПЕЦІАЛЬНІ ТЕХНІЧНІ РІШЕННЯ	124
АМПУТАЦІЇ ВЕРХНІХ КІНЦІВОК	127
СПЕЦІАЛЬНІ РІШЕННЯ	128
УСКЛАДНЕННЯ АМПУТАЦІЇ	129
ОСНОВНІ ПОВІДОМЛЕННЯ ЩОДО АМПУТАЦІЇ	131
РОЗДІЛ 11	
BURNS	133
CLINICAL MANAGEMENT OF BURNS	135
SURGICAL MANAGEMENT OF BURNS	146
CHEMICAL AND ELECTRICAL BURNS	147
РОЗДІЛ 12	
ETHICS OF HEALTHCARE IN DISASTERS AND CONFLICTS	151
MAIN ETHICAL THEORIES	153
TOOLS TO DEAL WITH ETHICAL DILEMMAS	154
EMT GUIDING PRINCIPLES	155
RESEARCH ETHICS IN DISASTERS	156
РОЗДІЛ 13	
REHABILITATION	159
ACUTE CARE TREATMENT	162
SUB ACUTE TREATMENT	164
CHRONIC-LONG TERM TREATMENT	165
FAMILY INVOLVEMENT AND EQUIPMENT	167
ANNEX	169
ICRC ABCD INITIAL ASSESSMENT	
ICRC BURNS OVERVIEW	
ICRC THROMBOPROPHYLAXIS GUIDELINE	
ICRC TRIAGE	
ICRC FEMUR FRACTURE AND TRACTION	

перелік скорочень

Ампутація вище коліна	АВК
Щоденні види діяльності	ЩВД
Протипіхотна міна	ППМ
Протитанкова міна	ПТМ
Ударів за хвилину	УЗХ
Ампутація нижче коліна	АНК
Дихальні рухи за хвилину	ДРЗХ
Тромбоз глибоких вен	ТГВ
Відтерміноване первинне закриття	ВПЗ
Команда невідкладної допомоги	КНД
Вибуховий пристрій перфоруючої дії	ВППД
Суцільнометалева Оболонка	СМО
Шлунково-кишковий	ШК
Вогнепальна рана	ВПР
Саморобний вибуховий пристрій	СВП
Відділення інтенсивної терапії	ВІТ
Внутрішньо переміщена особа	ВПО
Міжнародний комітет Червоного Хреста	МКЧХ
Внутрішньовенно	В/В
Рівень свідомості	РС
Літри	Л
Інцидент із масовими жертвами	ІМЖ
Лікувальні заклади	ЛЗ

Міліметри ртутного стовпа	мм рт.ст.
Міністерство охорони здоров'я	МОЗ
Пов'язка негативного тиску	ПНТ
Неінфекційні захворювання	НІЗ
Нестероїдні протизапальні засоби	НПЗС
Відкрита репозиція та внутрішня фіксація	ВРВФ
Гіпсова пов'язка	ГП
Позиція безпечної іммобілізації	ПБІ
Напів Оболонкова	НО
Сульфадіазин срібла	СДС
Розщеплений шкірний трансплантат	РШТ
Стандартна операційна процедура	СОП
Раптова катастрофа	РК
Синдром системної запальної реакції	ССЗР
Загальна площа поверхні тіла	ЗППТ
Трансесамова кислота	ТК
Черепно-мозкова травма	ЧМТ
Об'єднані Нації	ОН
Виділення сечі	ВС
Мобільний Банк Крові	МБК
Зброя масового ураження	ЗМУ
Всесвітня організація охорони здоров'я	ВООЗ



АНЕСТЕЗІЯ ТА ПЕРИОПЕРАЦІЙНА ДОПОМОГА

СЦЕНАРІЙ
ПЕРВИННА ОЦІНКА
ПЕРЕДОПЕРАЦІЙНА ДОПОМОГА
ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНА ДОПОМОГА
АНЕСТЕЗІЯ ЛІКУВАННЯ БОЛЮ
ДОКУМЕНТАЦІЯ ПАЦІЄНТІВ

РЕКОМЕНДОВАНІ РЕСУРСИ
ЛІТЕРАТУРА



Рис. 1. ABCDE кроки для Первинної Оцінки (МКЧХ)

СЦЕНАРІЙ

30-річна жінка прибула до приймального відділення після отримання вогнепального поранення лівої руки. Вона відчуває сильний біль, виглядає блідою і спітнілою. Рука кровоточить і вкрита брудною тканиною. Ви перший медичний працівник, з яким вона стикається з моменту травми. Які перші кроки ви повинні зробити зараз?

ПЕРВИННА ОЦІНКА

- » Оцінка: прохідності дихальних шляхів, дихання та вентиляції, кровообігу та кровотечі, неврологічних порушень, додаткового обстеження (рис. 1).
- » Контроль катастрофічної кровотечі з прямим стисненням.
- » Провести додаткові дослідження до первинного обстеження, якщо вони доступні, зокрема, рентген грудної клітки, шийного відділу хребта або тазу, якщо це показано.
- » Після завершення первинного обстеження, за умови відсутності неминучої загрози життю або життєздатності кінцівки, перейдіть до вторинного обстеження з додатковими дослідженнями.

ЯК ОБСТЕЖИТИ ПАЦІЄНТА З ТРАВМОЮ КІНЦІВКИ

ІСТОРІЯ

- » Збір анамнезу, поточні медикаменти постійного прийому, відомі алергії, останній пероральний прийом, переконання щодо медичної допомоги
- » Описання події, яка спричинила травму: механізм, дата і час, вплив на пацієнта, втручання станом на поточний час

ОЗНАКИ ТА СИМПТОМИ

- » Біль
- » Втрата функції
- » Зменшення мобільності
- » Ненормальні рухи
- » Крепітація

МЕДИЧНИЙ ОГЛЯД

- » **Вигляд:** Зміна моделі положення та ходи, синці, набряки, випіт у суглобі та зміна осі кінцівок
- » **Відчуття:** болочість кісток, суглобовий випіт, дистальний кровообіг і чутливість
- » **Рухи:** активні рухи перед пасивними рухами, не змушуйте пацієнта виходити за межі того, що він може терпіти

ДОСЛІДЖЕННЯ

- » Звичайне рентгенологічне дослідження в двох проекціях під кутом 90 градусів один до одного
- » Включіть в дослідження суглоби вище і нижче передбачуваного перелому
- » Рентгенологічні знімки не є обов'язковими для діагностики перелому
- » Рентгенологічні знімки не потрібні для початку лікування

ВАЖЛИВІ МОМЕНТИ

- Клінічна оцінка кінцівки повинна бути адекватною, щоб оцінити наявність переломів або вивихів (деформація, болочість, крепітація, активний і пасивний діапазон рухів), а також стабільність суглоба, стан судин, функцію нервів та дистальний стан кінцівки.

МОЖЛИВІ СКЛАДНОЩІ

- Якщо пацієнта направлено до вашого закладу, не припускайте, що фахівець попередньої допомоги повністю оцінив стан пацієнта та кінцівки і забезпечив відповідну допомогу.
- Відсутність активних рухів не підтверджує перелом.
- Наявність активних рухів не виключає перелому.

ПЕРЕДОПЕРАЦІЙНІ МІРКУВАННЯ

- » Забезпечте **конфіденційність пацієнтів** під час усіх процедур: мобільна система ширм необхідна в палатах та операційних з більш ніж одним столом.
- » **Завжди** пояснюйте пацієнту всі процедури перед будь-яким втручанням, повторюйте це кілька разів і, якщо необхідно, зверніться до перекладача для забезпечення розуміння.
- » **Хірургічні склади** повинні розміщуватися поруч з операційною та бути захищеними від навколишнього середовища. Якщо в команді немає фармацевта, інший медичний працівник повинен відповідати за управління всіма ліками та одноразовими засобами, щоб уникнути нестачі запасів. Закони щодо наркотичних засобів дуже різні у різних країнах, тому команди повинні бути готові до співпраці з місцевими органами влади, щоб мінімізувати затримки на митниці.
- » У разі невідкладної операції переконайтеся, що **підготовлений** лоток зі стерильними інструментами є негайно доступним для невідкладної лапаротомії, кесаревого розтину, нейротравми, торакотомії та судинних ушкоджень кінцівок.
- » **Планування операційного списку на день** має відбуватися із залученням хірургів, анестезіологів та медсестер для оптимальної ефективності та має виноситися на спільну внутрішню дошку оголошень команди.
- » Операційний список на день слід формувати у прогресії від чистих випадків до контамінованих, при цьому, за можливості, першими проводяться діти.
- » Для оптимізації потоку пацієнтів відпрацюйте вхід та вихід кількох пацієнтів через операційну.
- » Чисті та брудні зони в операційній слід розмежувати.
- » Профілактика гіпотермії має важливе значення у хірургічних пацієнтів, особливо при травмах, опіках та у дітей. Температура в операційній повинна підтримуватися в межах 27-40°C. Усі рідини, продукти крові та ковдри повинні бути зігріті для хірургічних пацієнтів.



Рис. 2. Операційна з кількома бригадами (Baumgartner-Henley)

ПЕРЕДОПЕРАЦІЙНА ПІДГОТОВКА ДО ОПЕРАЦІЇ НА КІНЦІВЦІ

- » Помістіть непроникний шар між кінцівкою та операційним столом; в ідеалі слід використати абсорбуючий шар.
- » Почистіть кінцівку, щоб видалити забруднення шкіри та рани. Підійде звичайна щітка з милом і водою, а також щітки з розчином на основі йоду або хлоргексидину.
- » Рясно зрошуйте будь-які рани кінцівок над великим посудом за допомогою 3-12 л рідини, залежно від ступеня забруднення.
- » Висушіть кінцівку.
- » Викиньте абсорбуючий шар.
- » Накладіть джгут проксимально на кінцівку, встановіть тиск нагнітання, але не надувайте його, поки він не знадобиться.
- » Слід визначити співробітника, який несе відповідальність за позначення часу, коли джгут надувається, щоб точно зафіксувати час накладання джгута.
- » Точки тиску пацієнта повинні бути перевірені, щоб забезпечити належну прокладку перед початком роботи.

ПОРАДИ ЕКСПЕРТІВ

У більшості випадків краще промивати рану під низьким тиском. Збережіть будь-які апарати пульс-промивання для ран із встановленою інфекцією.

Для промивання ран достатньо проточної (питної) води; підігрійте до 38-41 градусів С. Це температура теплої душі. Іншими словами, тепла на дотик, але терпима, щоб тримати руки зануреними без рукавичок.



Рис. 3. Підготовка до операції на кінцівці (Kay)

ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИЙ ДОГЛЯД

Зона післяопераційного відновлення є обов'язковою.

Вона має бути розташована поруч з операційною, а не в палаті.

ОСНОВНІ ЗАВДАННЯ ДЛЯ МЕДСЕСТРИНСЬКОГО ПЕРСОНАЛУ В ПАЛАТІ ВІДНОВЛЕННЯ

- » Оцінити та записати **життєво важливі показники** пацієнта (ЧСС, ЧД, АТ, SpO₂ та температуру).
- » Визначте та повідомте про відхилення від норми життєво важливих показників або про ознаки клінічного погіршення.
- » Підготуйте **кисневий** концентратор і маски для кисневої терапії. Пацієнти повинні бути достатньо пробуджені, щоб захистити власні дихальні шляхи, перш ніж повернутися до палати.
- » Підготуйтеся до налаштування та використовуйте **відсмоктувач**, щоб видалити блювоту/секрет з верхніх дихальних шляхів.
- » Оцініть і запишіть рівень свідомості за шкалою AVPU (A=Пробудження, V=реакція на вербальні подразники, P=реакція на больові подразники, U=відсутня реакція).
- » Оцініть **біль**, використовуючи узгоджену шкалу болю та дайте призначені ліки. Перед поверненням у палату біль має бути під контролем.
- » Оцініть **нудоту та блювання** та дайте призначені ліки.
- » Налаштуйте **внутрішньовенне вливання** та зафіксуйте виділення сечі, якщо потрібно.
- » Спостерігайте та оцінюйте **хірургічні місця та дренажі** на предмет кровотечі. Зміцніть пов'язки за потреби та повідомте хірургічну бригаду, якщо це турбує.
- » Зрозумійте та визначте **критерії виписки** з палати відновлення та розпочніть фізіотерапію якомога швидше після операції.

ПРОФІЛАКТИКА ТРОМБОЗУ ГЛИБОКИХ ВЕН (ТГВ)

Основними способами профілактики ТГВ та ТЕЛА у дорослих хірургічних пацієнтів є фармакологічна та механічна профілактика:

- » Рання мобілізація та механічна профілактика охоплюють більшість коротких хірургічних процедур.
- » Хіміопротрофілактика ускладнить лікування, але в деяких випадках буде потрібна.

Рекомендації для прийняття клінічних рішень:

- » Дотримуйтесь стандартних рекомендацій щодо ТГВ і дозволяйте командам адаптуватися відповідно до своїх ресурсів, місцевих протоколів та індивідуальних факторів пацієнта.
- » Приклад рекомендацій МКЧХ щодо профілактики ТГВ включено в цю книгу як додаток. (Див. сторінку 178).

МІРКУВАННЯ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ

- » **Помічники лікаря** можуть зіткнутися з проблемами акредитації або ліцензування, і, якщо вони працюють, вони завжди повинні перебувати під наглядом кваліфікованого спеціаліста.
- » **Медсестри-анестезистки** можуть зіткнутися з подібними проблемами з атестацією, залежно від законів окремих країн. Медсестри-анестезистки повинні працювати під наглядом ліцензованого анестезіолога.
- » **Медики та парамедики** є універсальними членами команди в реагуванні на катастрофи. Їхня медична підготовка та розуміння робить їх ідеальними для підтримки діяльності у відділенні невідкладної допомоги або в операційній. На будь-якій з цих ролей потрібен нагляд.
- » Для периопераційних медичних сестер, команда часто забезпечує найкраще обслуговування, якщо найдосвідченіший член команди буде циркулюючою сестрою.
- » **Військові медики або санітар**, які працюють у військово-медичній команді, можуть запропонувати значні військові знання та досвід, які можуть бути важливою частиною необхідних компетенцій команди.



Рис. 4. Медичний персонал залучений до передопераційних процедур (Baumgartner-Henley)

АНЕСТЕЗІЯ ТА ЛІКУВАННЯ БОЛЮ

БЕЗПЕЧНА ПРАКТИКА АНЕСТЕЗІЇ

Застосовуються чинні міжнародні стандарти, зокрема «Міжнародні стандарти щодо безпечної практики анестезії» Всесвітньої федерації товариств анестезіологів (WFSA), 2016 р.

 ТИП 1	» Загальна анестезія не передбачена » Основні можливості життєзабезпечення » Місцева анестезія при незначних процедурах » Анальгезія для лікування » Анальгезія для переведення: • Відповідні пов'язки та шинування переломів • Рекомендована блокада периферичних нервів для переведення пацієнта, з чіткою документацією про ефективність блокади та передблокадним обстеженням
 ТИП 2	» Можливості Типу 1, і на додачу до них: » Принаймні 1 анестезіолог » Можливості реанімації контролю пошкодження та розширеної підтримки життя ALS » Регіональна анестезія – спінальна анестезія (обов'язково), блокада сплетень і периферичних нервів (рекомендується). Епідуральна анестезія/анальгезія не рекомендується в цьому випадку » Внутрішньовенна або інгаляційна загальна анестезія для дорослих і дітей » Анальгезія для стаціонарного лікування
 ТИП 3	» Можливості Типу 2 плюс повноцінне відділення реанімації

МІРКУВАННЯ ДЛЯ РЕГІОНАРНИХ БЛОКАД

- » Клінічно дослідіть кінцівку пацієнта на **нервово-судинний статус** та зафіксуйте отриману інформацію перед виконанням регіонарної блокади.
- » Блокаду периферичних нервів проводьте під **ультразвуковим контролем**.
- » Блокада периферичних нервів **маскує симптоми компартмент-синдрому** — якщо ви не можете уважно спостерігати за пацієнтом, подумайте про виконання фасціотомії.

ОЦІНКА БОЛЮ

- » Таблиці показників болю підходять для дорослих і дітей і є обов'язковими при догляді за пацієнтами з травмами кінцівок. Вони повинні бути зрозумілими для різних культур — наприклад, діаграми з використанням облич, можуть бути кориснішими, ніж нумеровані шкали.
- » Біль необхідно оцінювати та реєструвати як у спокої, так і під час руху.
- » Спостерігайте за пацієнтами з регіонарною блокадою після операції, звертаючи особливу увагу на оцінку болю.

МІРКУВАННЯ ЩОДО АНАЛЬГЕЗІЇ

- » Знеболення — це право людини!
- » Дистракційна терапія ефективна, як і шинування м'яких тканин і переломів.
- » Парацетамол, наркотики та блокади є кращим післяопераційним знеболенням.
- » Інфузію кетаміну можна використовувати у відкритій палаті за допомогою шприцевого насоса — 50 мг на 500 мл впродовж 8 годин.
- » Кетамін може бути корисним препаратом при лікуванні травм кінцівок. Члени команди повинні бути знайомі з його побічними ефектами, включно з його здатністю викликати дисфоричні реакції у дорослих.

ВАЖЛИВІ МОМЕНТИ

- Уникайте НПЗП протягом перших 48 годин у пацієнтів із травмою через ризик ураження нирок, особливо у пацієнтів із сильним зневодненням, кровотечею, роздавлюванням або опіками.
- Обмежте НПЗП короткими курсами та розгляньте можливість профілактики виразки шлунково-кишкового тракту.

ДОКУМЕНТАЦІЯ ПАЦІЄНТА

- » Пацієнти, які постраждали від катастрофи без місцевих громадських заворушень, можуть безпечно носити ідентифікаційний браслет.
- » Записи про всю надану допомогу мають бути збережені.
- » **Пацієнти повинні мати оригінал або копію своєї медичної картки** для зберігання та використання для подальшого лікування.
- » Члени КНД можуть вести власні записи, фотографуючи документи пацієнтів (нотатки, рентгенівські знімки, зображення травм). Зображення повинні бути захищені органом влади та видалені з особистих пристроїв, таких як телефони, планшети та фотоапарати, якомога швидше.
- » Міністерство охорони здоров'я країни може вимагати копію медичної документації про надання допомоги в закладі.
- » Багато пацієнтів потребують постійного догляду після катастрофи. Реєстрація їх урядом як людей з травмами, які пов'язані зі стихійним лихом, може забезпечити більший доступ до допомоги на етапі реконструкції.
- » Ведення ретельних, точних записів має надзвичайне значення для пацієнтів, які потребують довготривалого спостереження після стабілізації ситуації на місці, наприклад, для пацієнтів з ампутованими кінцівками або пацієнтів з ушкодженнями спинного мозку.
- » Для отримання додаткової інформації щодо записів пацієнтів, будь ласка, зверніться до документу ВООЗ «Класифікація та мінімальні стандарти для закордонних медичних команд при раптових катастрофах» посібника Міжнародної організації інвалідів «Реабілітація при раптових катастрофах».
- »

СПЕЦІАЛЬНИЙ КОНТЕКСТ: КОНФЛІКТ

- » Пацієнтам в зонах бойових дій може бути безпечніше мати при собі картку з цифровим ідентифікатором, а не зі своїм іменем. Видача картки, яку можна сховати, а не браслета для посвідчення особи, може захистити пацієнтів у зонах конфлікту.
- » Розгляньте можливість надання даних без ідентифікації осіб для забезпечення захисту пацієнтів, якщо уряд вимагатиме записи про надану медичну допомогу.

ПРОПОНОВАНІ ОСНОВНІ ПУНКТИ ДЛЯ ФОРМИ ЗБОРУ ДАНИХ

- » Дата прибуття до медичного закладу
- » Номер посвідчення особи
- » Прізвище та ім'я
- » Стать
- » Вік
- » Номер мобільного телефону
- » Випадок, пов'язаний із раптовою катастрофою: так/ні
- » Дата нанесення ушкодження
- » Дата прийому до медичного закладу
- » Характер першої медичної допомоги, якщо вона надавалася до надходження до поточного медичного закладу
- » Діагноз
- » Супутні захворювання
- » Хірургічні маніпуляції, що проводилися в операційній і поза її межами.
- » Подальше спостереження: сестринський або фельдшерський догляд/реабілітація/лікар/не вимагається
- » Дата виписки

МОЖЛИВІ КЛЮЧОВІ ПОКАЗНИКИ ЕФЕКТИВНОСТІ:

- Незаплановане повернення в операційну: так/ні
- Стабілізація перелому впродовж 12 годин з моменту надходження: так/ні

СУПЕРЕЧЛИВИЙ ПІДХІД

Хто повинен зберігати медичну документацію у разі катастрофи? Пацієнт, уряд ураженої країни чи медичний працівник? Як забезпечити захист даних і збереження конфіденційності?

ООНОВЛЕННЯ У ЗБОРІ ДАНИХ ТА ЗВІТНОСТІ

ВООЗ нещодавно розробила стандартизовану форму, яка дозволяє КНД точно та ефективно надавати звітність відповідному органу охорони здоров'я.

РЕКОМЕНДОВАНІ РЕСУРСИ

1. Merry AF, Cooper JB, Soyannwo O, Wilson IH, Eichhorn JH. International standards for a safe practice of anaesthesia 2010. Canadian Journal of Anaesthesia/Journal canadien d'anesthésie 2010; 57(11): 1027-34.
2. Berry RD, Birt DJ. Delivering anaesthetic services in UK military field hospitals. Anaesthesia & Intensive Care Medicine 2008; 9(9): 413-5.

ЛІТЕРАТУРА

1. Initial Assessment of Life Threatening Conditions for Hospital Staff. Geneva: International Committee of the Red Cross: 1.
2. Lilaonitkul M, Boyd N. Paediatric & Obstetric Anaesthesia Pocket Handbook: World Health Organization; 2015.
3. Stundner O, Memtsoudis SG. Regional anaesthesia and analgesia in critically ill patients: a systematic review. Regional Anaesthesia and Pain Medicine 2012; 37(5): 537-44.
4. Humble S, Dalton A, Li L. A systematic review of therapeutic interventions to reduce acute and chronic post-surgical pain after amputation, thoracotomy or mastectomy. European Journal of Pain 2015; 19(4): 451-65.
5. Barrington MJ, Kluger R. Ultrasound guidance reduces the risk of local anesthetic systemic toxicity following peripheral nerve blockade. Regional Anaesthesia and Pain Medicine 2013; 38(4): 289-97.
6. Eichhorn JH. Review article: practical current issues in perioperative patient safety. Canadian Journal of Anaesthesia/Journal canadien d'anesthésie 2013; 60(2): 111-8.
7. Norton I, Von Schreeb J, Aitken P, Herard P, Lajolo C. Classification and minimum standards for foreign medical teams in sudden onset disasters. Geneva: World Health Organization 2013.
8. Skelton P, Harvey A, eds. Rehabilitation in Sudden Onset Disasters. 1 ed. Online: Handicap International, UK Emergency Medical Teams; 2015.

АО ресурси: <https://www.aofoundation.org/who-we-are/about-ao/disaster-response/resources-in-ukrainian>

