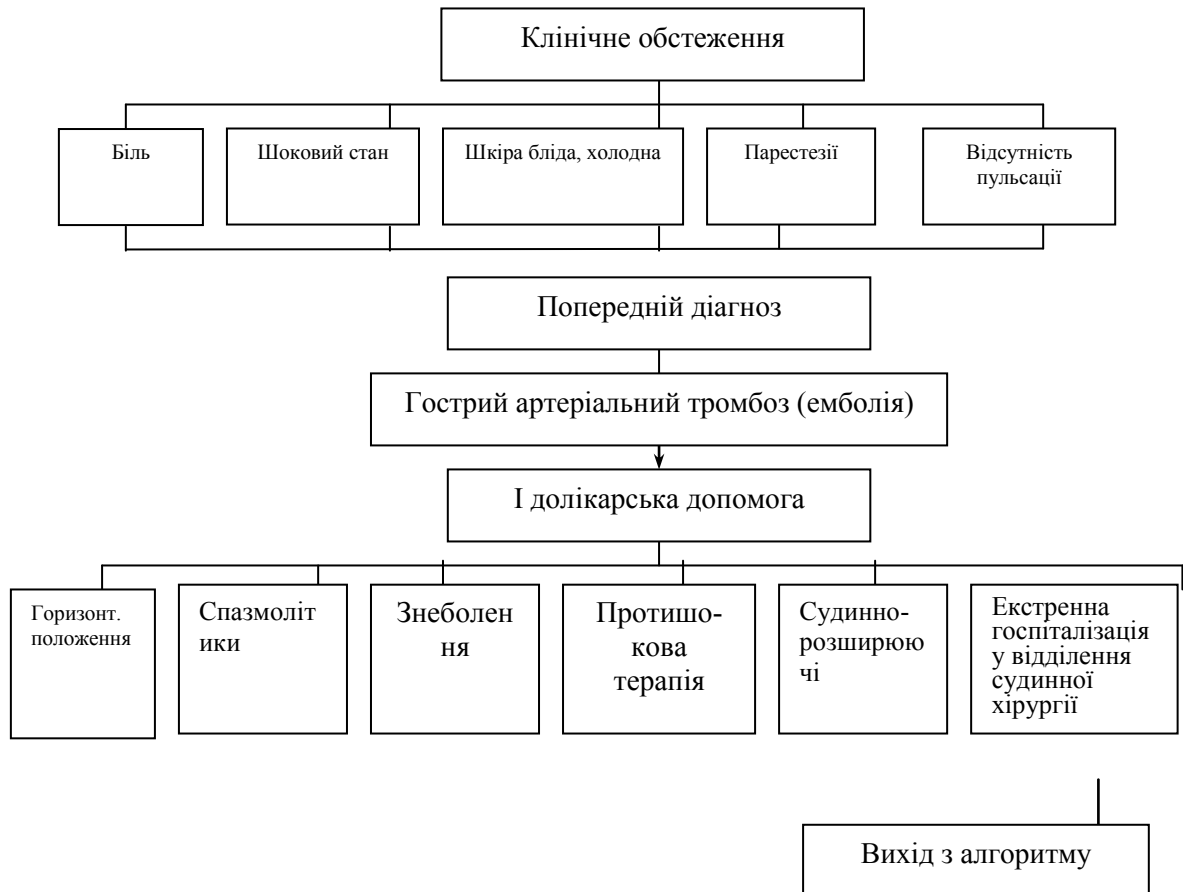
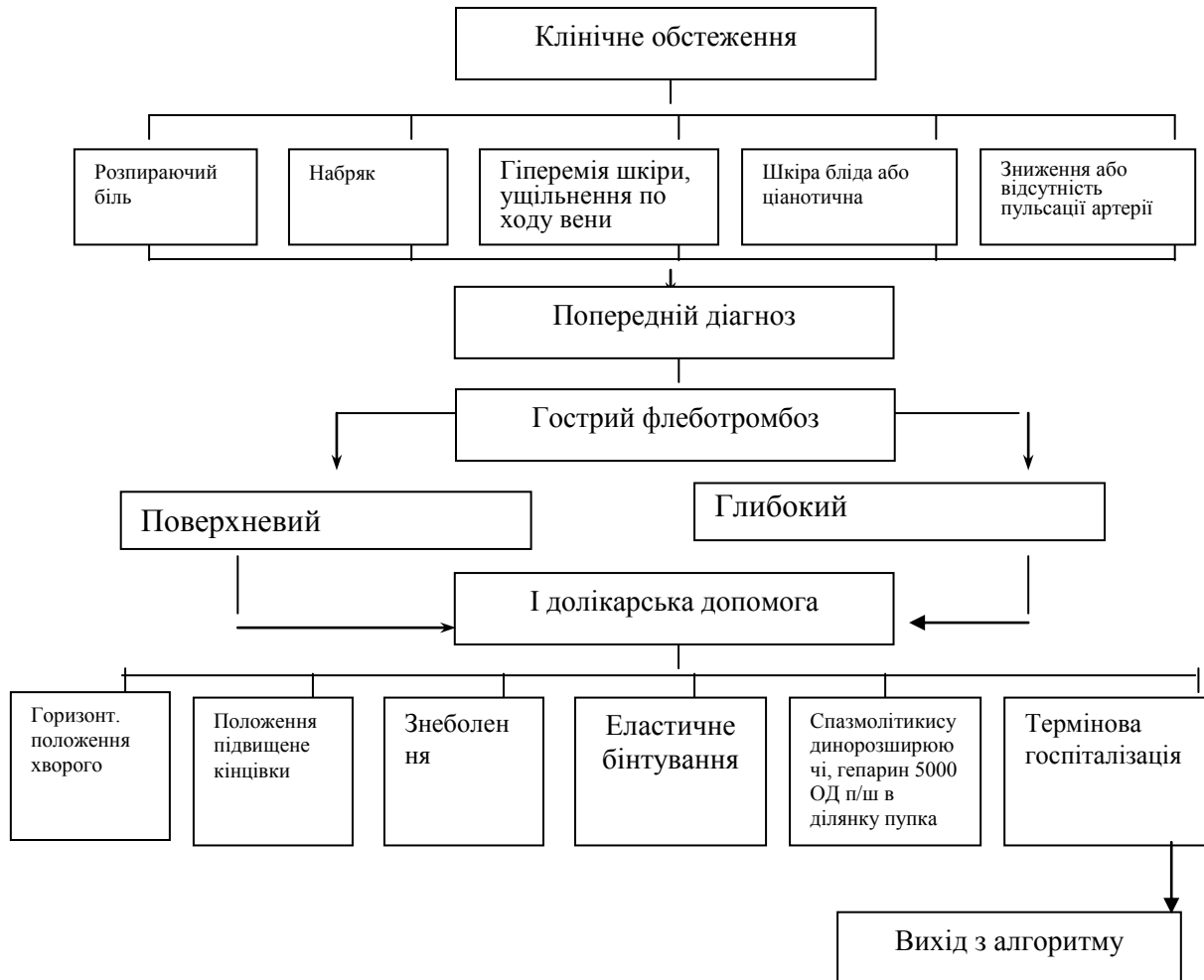
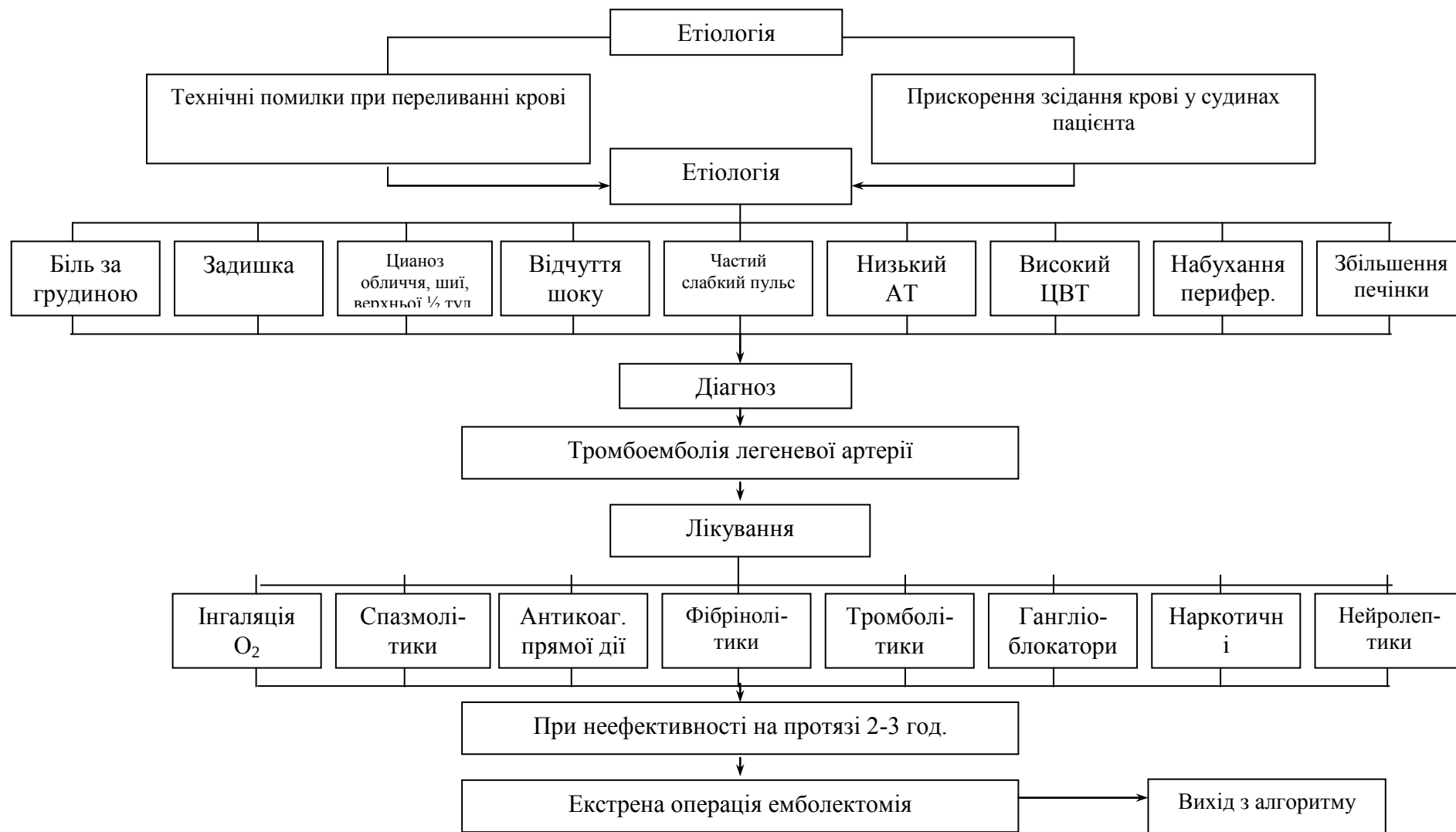


Алгоритм**Перша допомога при гострому артеріальному тромбозі**

Алгоритм**Перша допомога при гострому флеботромбозі**

АЛГОРИТМ Перша допомога при ТЕЛА



Література

1. Програма створення єдиної системи надання екстреної медичної допомоги населенню України на 2006 - 2015 роки від 17.02.2006 р.
2. Наказ МОЗ України №507 від 20.10.2004 р.
3. Наказ МОЗ України №24 від 17.01.2005 року
4. Наказ № 354 Головного управління охорони здоров'я населення м. Києва 1.10.96 р. Про удосконалення невідкладної медичної допомоги у м. Києві.
5. Атанов Ю.П., Горюнов С.В., Михальский В.В., Рог А.А. Сепсис как осложнение флегмоны (вопросы диагностики). Сборник научных работ, посвященный 25-летию городской клинической больницы №15 г. Москвы имени О.М. Филатова. М., 2006г., с.35 – 49.
6. Баженов Ю.Г., Стороженко И.Н., Чернышов А.К. Интенсивная терапия в неотложной хирургии живота – М: Мед. книга, 2001 – 228 стр.
7. Братусь В.Д., Бутылин Ю.П., Дматриев Ю.Л. Интенсивная терапия в неотложной хирургии - 2-е изд., перераб. и доп. – К.: Здоров'я, 1989
8. Корекція невідкладних станів в урології / В.Г. Даценко, Б.Г. Веденко, В.І. Горовий, В.П. Головенко, Є.С. Демчук, А.В. Даценко; За ред. Б.Г. Веденка та ін. – Вінниця: Кн.-Вега, 2004. – 208 с.
9. Лебедь В.В., Крылов В.В. Неотложная нейрохирургия. 2002 – 568 стр.
10. Майстренко Н.А., Мовчан К.Н., Волков В.Г. Неотложная амбулаторная хирургия. Практикум – К.: Питер, 2000 – 304 с.
11. Нестеренко Ю.А., Михайлузов С.В., Лаптев В.В., Цкаев А.Ю., Черняков А.В., Моисеенкова Е.В. Травмы поджелудочной железы. Сборник научных работ, посвященный 25-летию городской клинической больницы №15 г. Москвы имени О.М. Филатова. М., 2006г., с. 221 – 230.
12. Рябов Г.А. критические состояния в хирургии – М.: Медицина, 1970 – 320 стр.
13. Ступин В.А., Канн В.И., Джитава И.Г., Архипов Д.М., Сивков А.С. Спонтанный пневмоторакс. Международный хирургический конгресс. Новые технологии в хирургии. Сборник трудов. 5-7 октября. Ростов-на-Дону. С. 33-34.
14. Справочник по оказанию скорой и неотложной медицинской помощи / Г.Я. Авруцкий, М.И. Балаболкин, З.С. Баркачан и др. – Ростов-на Дону: Феникс 1995
15. Торакальная хирургия Руководство для врачей Под ред. Л.Н. Бисенкова СПб. Элби-СПб 2004 927 стр.

Невідкладні стани при механічній травмі

ПРИНЦИПИ ТРАНСПОРТНОЇ ІММОБІЛІЗАЦІЇ

1. Надайте кінцівці функціонально-вигідного положення:
 - для верхньої кінцівки: легке відведення від тулуба за допомогою ватно-марлевого валика, кінцівка зігнута в ліктьовому суглобі так, щоб пальці торкалися соска протилежної груді, положення кисті середнє між пронацією і супінацією;
 - для нижньої кінцівки: випрямлена в кульшовому суглобі, зігнута в колінному під кутом 175° , стопа по відношенню до гомілки має кут 90° .
2. Транспортна шина повинна іммобілізувати два суглоби – проксимальніше і дистальніше місця перелому.

ВИКЛЮЧЕННЯ З ПРАВИЛА:

- перелом стегнової кістки – іммобілізація усіх трьох суглобів нижньої кінцівки;
- перелом променевої кістки в типовому місці – іммобілізація одного променево-зап'ясткового суглобу;
- перелом кісточок гомілковостопного суглобу – іммобілізація одного гомілковостопного суглобу.

ПІДГОТОВКА ДО РОБОТИ ШИНИ КРАМЕРА:

Обкласти шину з обох боків шаром вати і обмотати бинтом.

* Використання не підготовленої до роботи шини Крамера забороняється!

Інструкція по транспортуванню потерпілих з механічними травмами

1. Переноска потерпілих на руках.
 - 1.1. Якщо надаючих допомогу двоє, один підкладає руки під плечі і під поперек, другий, під таз і під коліна. По команді разом піднімають потерпілого і несуть. Якщо надаючих допомогу троє, один підкладає руки під голову і під лопатки, другий – під поперек і під таз, третій утримує ноги. По команді разом піднімають потерпілого і несуть.
*При наданні допомоги потерпілим з переломами кісток, один з надаючих допомогу підкладає руки під зламаний сегмент.
- 1.2. При легких травмах потерпілого можна переносити удвох, зціпивши руки в “замок”, в сидячому положенні.
2. Переноска потерпілих на ношах.
 - 2.1. Потерпілий укладається на спину, при переломі хребта – на живіт. Носій з головного кінця стає спиною до носилок, носій з ніжного кінця – стає обличчям до носилок, беруться за ручки і одночасно, по команді, піднімають ноші.
 - 2.2. По рівній поверхні переноска відбувається головним кінцем вперед.
 - 2.3. При переносці по сходах вверх ноші несуть головним кінцем вперед, по сходах вниз – ніжним кінцем вперед.
3. Перевозка потерпілих на каталці. Підняти потерпілого, як описано в п. 1 інструкції, покласти на каталку. Носій з головного кінця стає спиною до каталки, з ніжного, обличчям до каталки, беруться за ручки і транспортують пацієнта головним кінцем вперед.

** Переноска потерпілих з переломами кісток до накладання транспортної шини – ЗАБОРОНЯЄТЬСЯ!*

ІШЕМІЧНА КОНТРАКТУРА ФОЛЬКМАНА

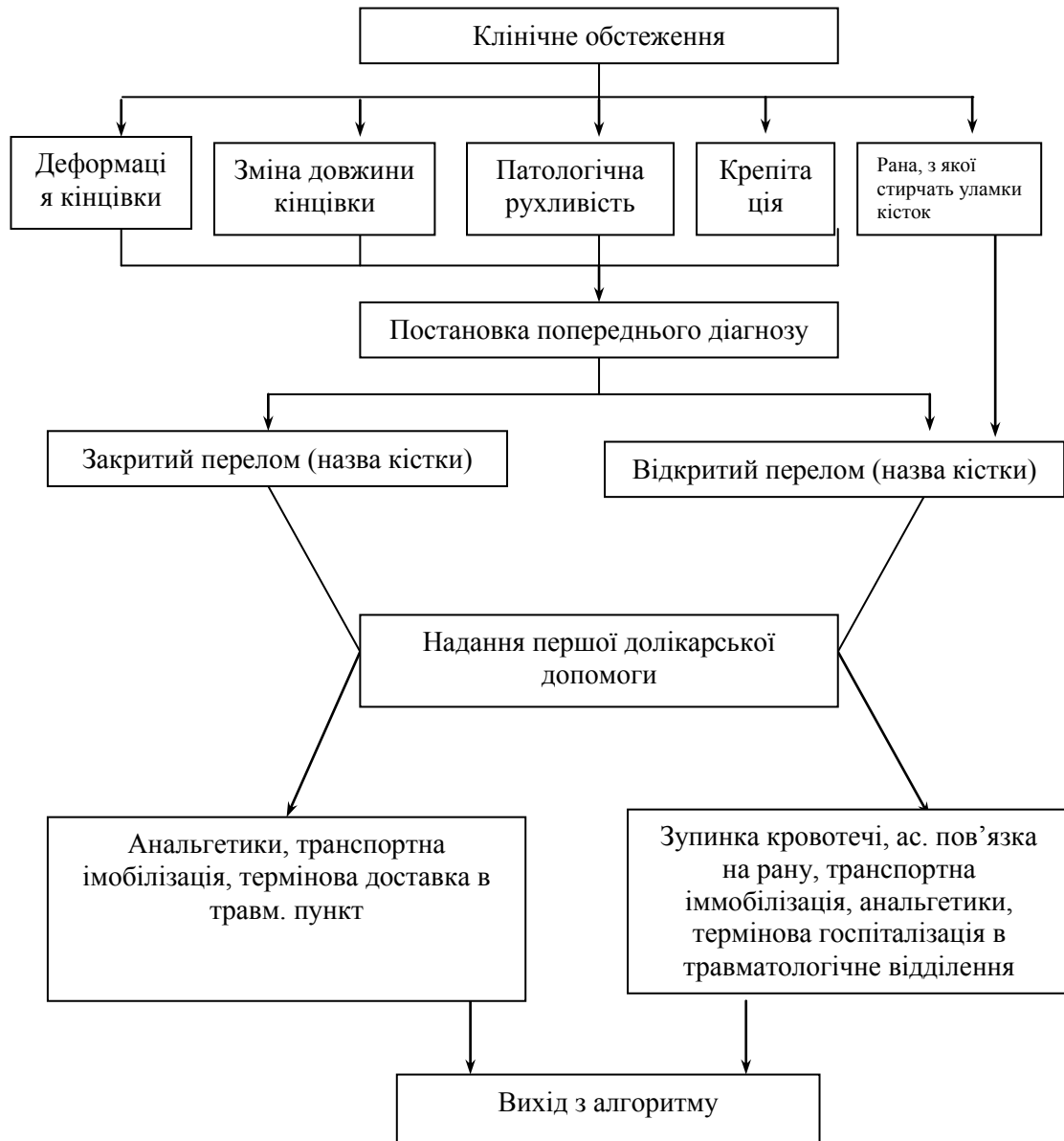
Ішемічна контрактура Фолькмана – тяжке і небезпечне ускладнення, що виникає при стисненні кінцівки надмірно тугою циркулярною гіпсовою пов'язкою.

Клініка. Через 2-3 год. після накладання гіпсової пов'язки з'являється прогресуючий біль в кінцівці, набряк. Шкіра холодна на дотик, набуває спочатку блілого кольору, а потім ціанотичного або мармурового малюнку. Пульсація на периферійних артеріях знижена, больова і тактильна чутливість також знижені. Рухи пальцями обмежені. Через 6-8 год. настає гангрена кінцівки.

Невідкладна допомога: негайно розрізати гіпсову пов'язку по всій довжині і за допомогою дзьобоподібних щипців перетворити її на лонгетну. Можна також зняти гіпсову пов'язку і накласти транспортну шину. Після цього треба негайно транспортувати пацієнта в травматологічне відділення.

Профілактика: в гострому періоді травми, до зникнення травматичного набряку, накладати на кінцівку лонгетну пов'язку, яка потім може бути перетворена в лонгетно-циркулярну. При необхідності накласти циркулярну пов'язку з самого початку пацієнта необхідно госпіталізувати в травматологічне відділення для динамічного спостереження за кінцівкою.

** Ішемічна контрактура може виникнути також при накладанні занадто тугої бинтової, особливо еластичної пов'язки.*

АЛГОРИТМ**Перша допомога потерпілим з переломами кісток**

АЛГОРИТМ

Перша допомога потерпілому з вивихом



Синдром тривалого роздавлювання – синоніми: crash-синдром, травматичний токсикоз, міоренальний синдром – специфічний варіант травми, пов’язаний з масивним тривалим роздавлюванням м’яких тканин або стисненням магістральних судин кінцівок, який зустрічається в 20 – 30% випадків аварійних руйнувань будівель, обвалах, землетрусах.

КЛІНІКА:

I період – до 48 год. після звільнення від стиснення. В клініці переважають явища шоку: больовий синдром, психоемоційний стрес, нестабільність гемодинаміки, гемоконцентрація /згустіння крові/, креатинінемія, в сечі протеїнурія, циліндрурія. Після лікування настає короткий світлий проміжок, після чого стан хворого погіршується.

II період – гострої ниркової недостатності.

Триває від 3 – 4 до 8 – 12 днів. Зростає набряк кінцівок, на ушкодженій шкірі з'являються пухирі, крововиливи. Гемоконцентрація змінюється гемодилуцією /розведенням крові/, зростає анемія, різко знижується діурез аж до анурії. Летальність до 35%, всупереч інтенсивній терапії.

ІІ період – відновлювальний з 3 – 4 тижня захворювання. Нормалізується функція нирок. На перший план виходять інфекційні ускладнення. Високий ризик розвитку сепсису.

Сортування у вогнищі ураження: після звільнення потерпілих від стиснення проводиться сортування, виробляється план евакуації. Шок є показанням до проведення інфузійної терапії. Після стабілізації гемодинаміки – евакуація в спеціалізований лікувальний заклад.

** У вогнищі масового ураження допомога в першу чергу надається потерпілим, які знаходяться в менш тяжкому стані*

Перша допомога: туге бинтування ушкодженої кінцівки /краще еластичне/, іммобілізація її як при переломі, введення знеболюючих та седативних засобів. Почати інфузійну протишокову терапію при любых показниках пульсу і АТ. Швидке і обережне транспортування на етап спеціалізованої допомоги, в лікарню, де є апарат для гемодіалізу.

Спеціалізована допомога:

I період – інфузійна терапія /не менше 2 л на добу: 500 – 700 мл свіжозамороженої плазми, до 1000 мл 5% глюкози з вітамінами групи “В”, “С”, 200 мл альбуміну, 400 мл 4% соди, 400 мл глюкозо – новокаїнової суміші/.

Постійний катетер в сечовий міхур, суворий контроль діурезу. Стимуляція діурезу за допомогою лазіксу та 2,4% еуфіліну. Гепарин 2,5 тис. ОД х 4 р п/ш. Курантіл або трентал /перешкоджають склеюванню еритроцитів/. Серцеві глюкозиди по показаннях. Антибіотики. Плазмаферез при явних ознаках інтоксикації, тривалості стиснення більш 4 год., виразних локальних змінах в ушкодженій кінцівці. Сеанси ГБО 1 – 2 р. на добу з метою зменшення гіпоксії тканин.

ІІ період – обмеження прийому рідини. Проведення гемодіалізу показане при зниженні діурезу до 600 мл на добу, незважаючи на рівень азотистих шлаків в крові. В междіалізний період – інфузійна терапія добовим обсягом 1200 – 1500 мл: свіжозаморожена плазма, альбумін сода, 5 – 10% глюкоза. При правильному та своєчасному лікуванні гостра ниркова недостатність купується до 10 – 12 дня.

ІІІ період – терапія місцевих проявів С Т Р та гнійних ускладнень.

Особливої уваги потребує профілактика генералізації інфекції з розвитком сепсису.

Хірургічне лікування. Вибір хірургічної тактики залежить від стану і ступеню ішемії ушкодженої кінцівки.

I ступінь – незначний набряк м'яких тканин. Шкіра бліда, на межі ушкодження дещо випинається над рівнем здорової шкіри. Ознак порушення кровообігу немає. Консервативне лікування дає добрий результат.

ІІ ступінь – помірно виражений набряк м'яких тканин, їх напруженість.

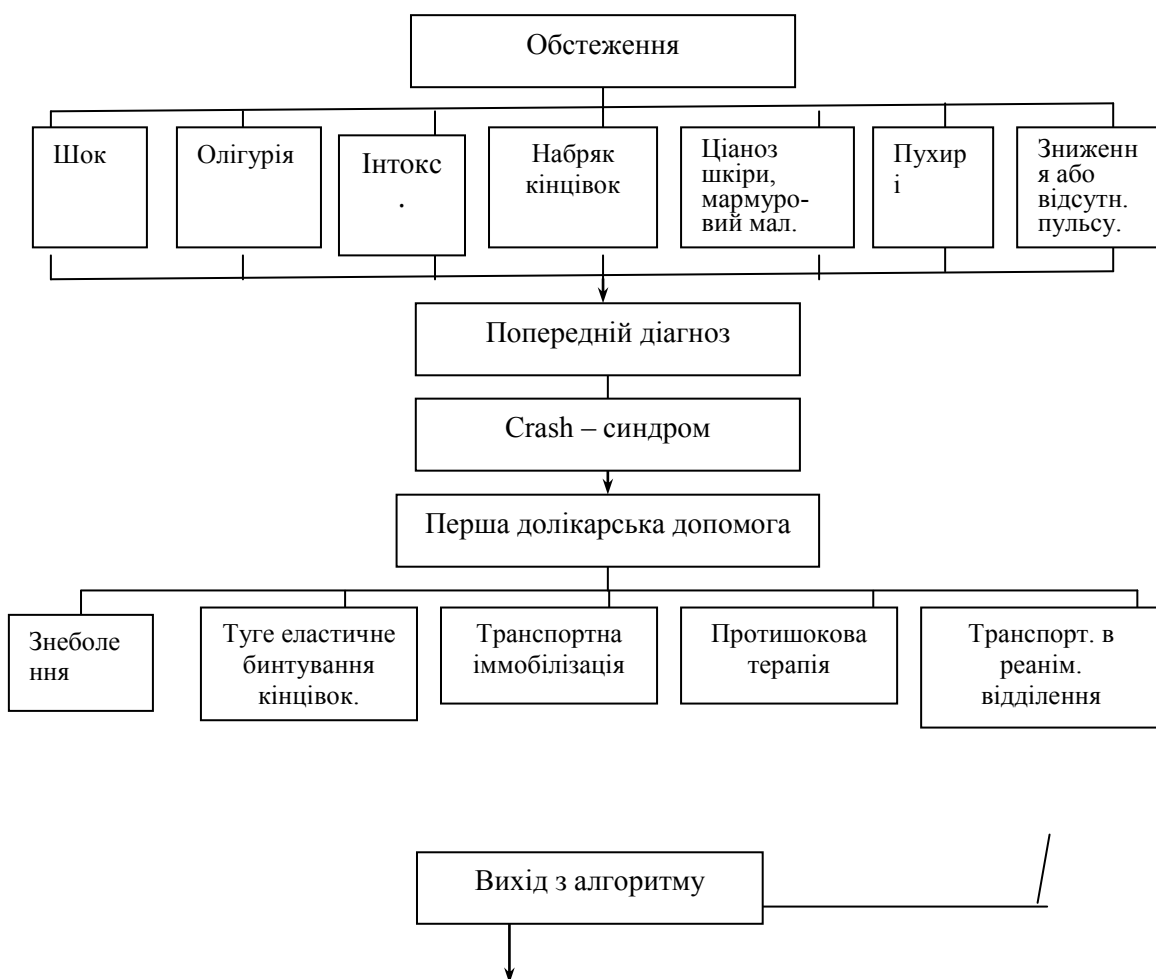
Шкіра бліда, з ділянками незначного ціанозу. Через 24 – 36 год. можуть утворюватися пухирі з прозорим жовтуватим вмістом, при виявленні яких оголюється волога, блідо – рожева поверхня. Посилення набряку в наступні дні свідчить про порушення венозного та лімфатичного відтоку. Лікування консервативне, але якщо воно недостатньо ефективне, іде наростання набряку та стиснення м'язів – „лампасні розрізи”.

III ступінь – виражений набряк та напруженість м'яких тканин. Шкірні покриви ціанотичні або “мрамурового” малюнку. Шкірна температура помірно знижена. Через 12 – 24 год. з'являються пухирі з геморагічним вмістом. Під епідермісом оголюється волога поверхня темно – червоного кольору. Набряк, ціаноз швидко зростають, що свідчить про грубі порушення мікроциркуляції, тромбозі вен. Консервативне лікування неефективне. Широкі “лампасні” розрізи з розсіченням фасціальних футлярів усувають стиснення тканин. Значні виділення з рани знижують рівень інтоксикації.

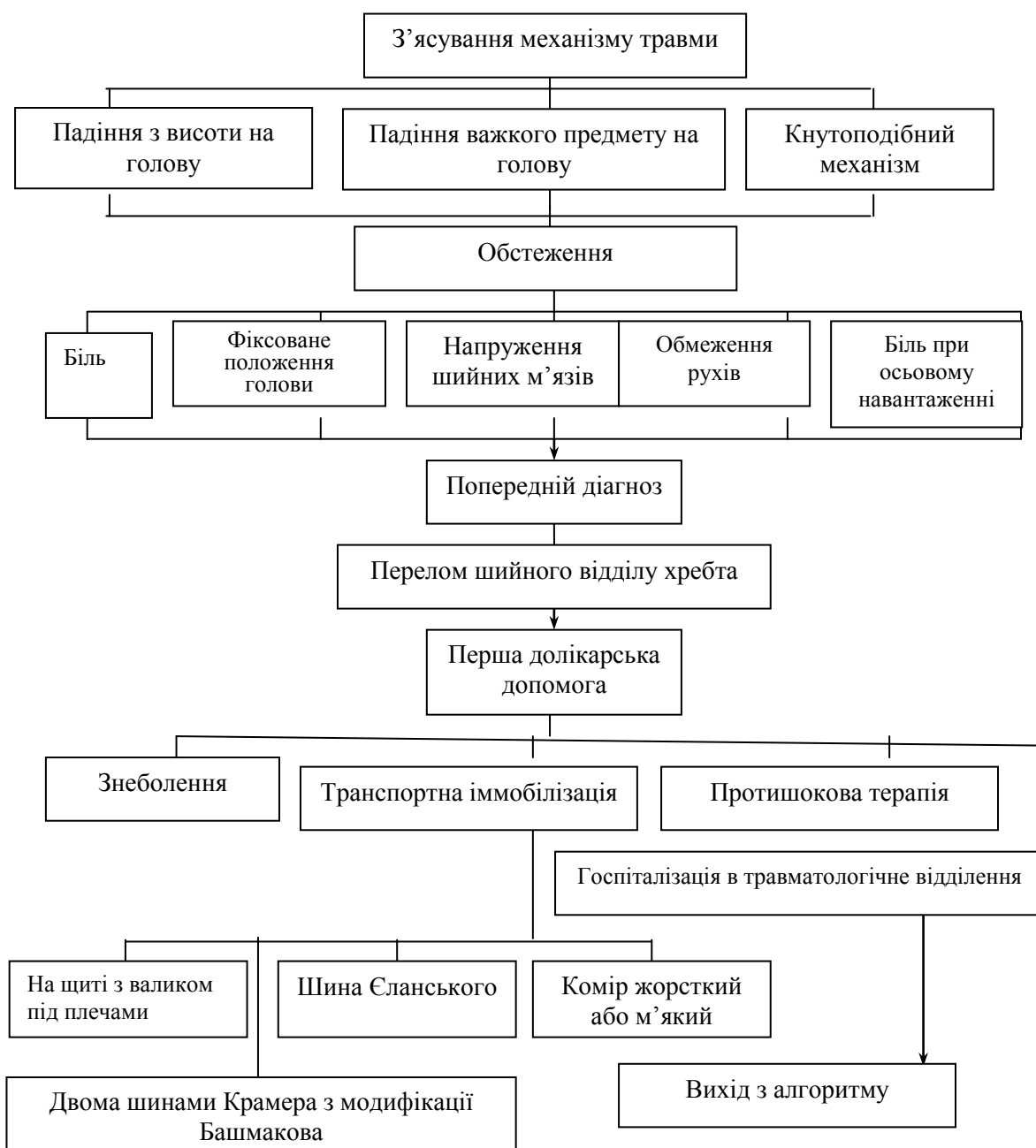
IV ступінь – набряк помірно виражений, тканини різко напружені. Шкірні покриви синьо – багрового кольору, холодні. Епідермальні пухирі з геморагічним вмістом. Після зрізання епідермісу оголюється ціанотично – чорна, суха поверхня. Консервативне лікування неефективне. Широкі “лампасні” розрізи з розкриттям фасціальних футлярів забезпечують максимальну можливість відновлення кровообігу, дозволяють обмежити некротичний процес дистальних ділянок кінцівки, знизити всмоктування токсичних продуктів. У випадку наростання інтоксикації та гострої ниркової недостатності, що загрожує життю пацієнта або при розвитку гангрени – ампутація кінцівки по демаркаційній лінії.

Алгоритм

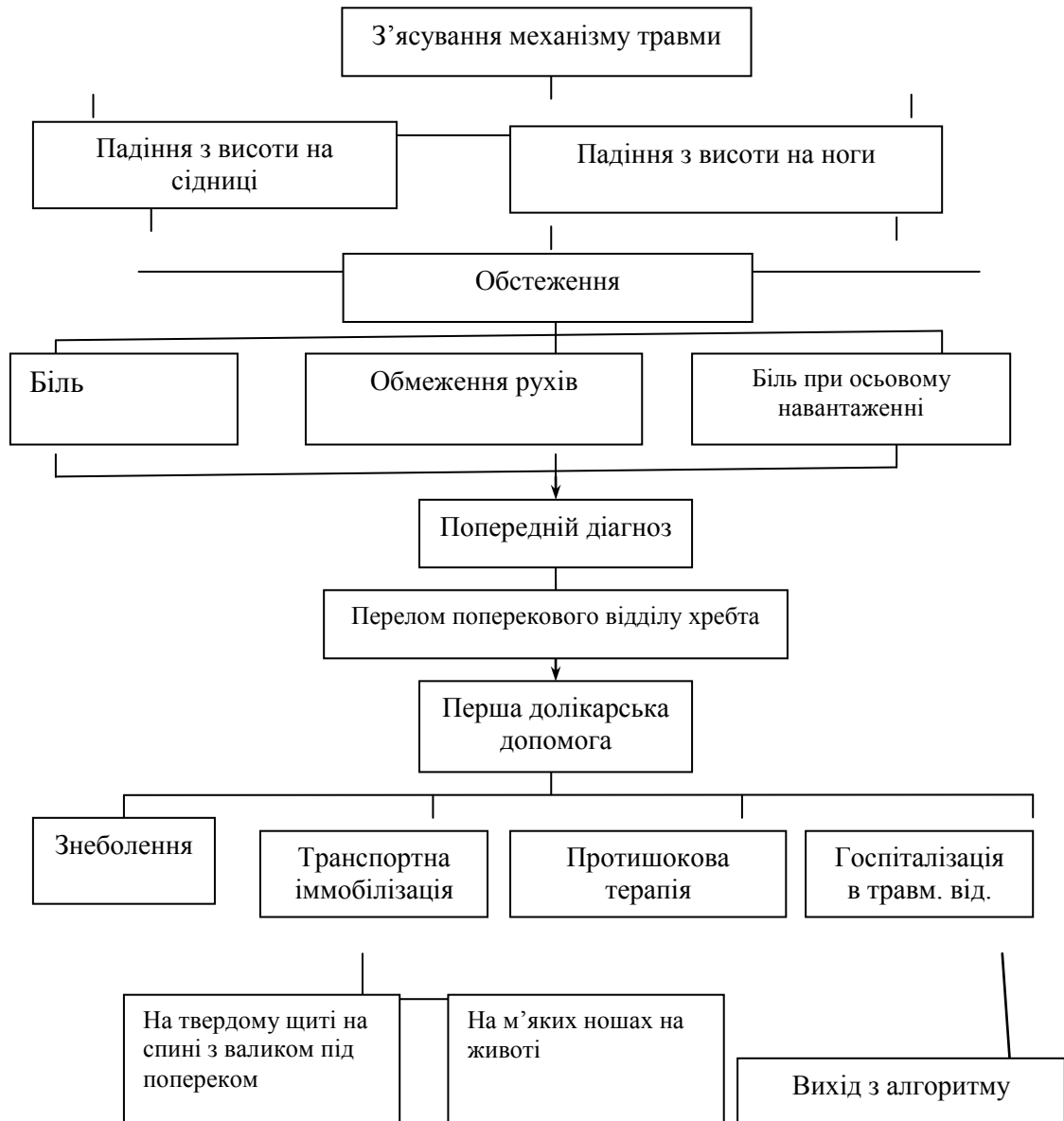
Перша допомога потерпілому з crash-синдромом



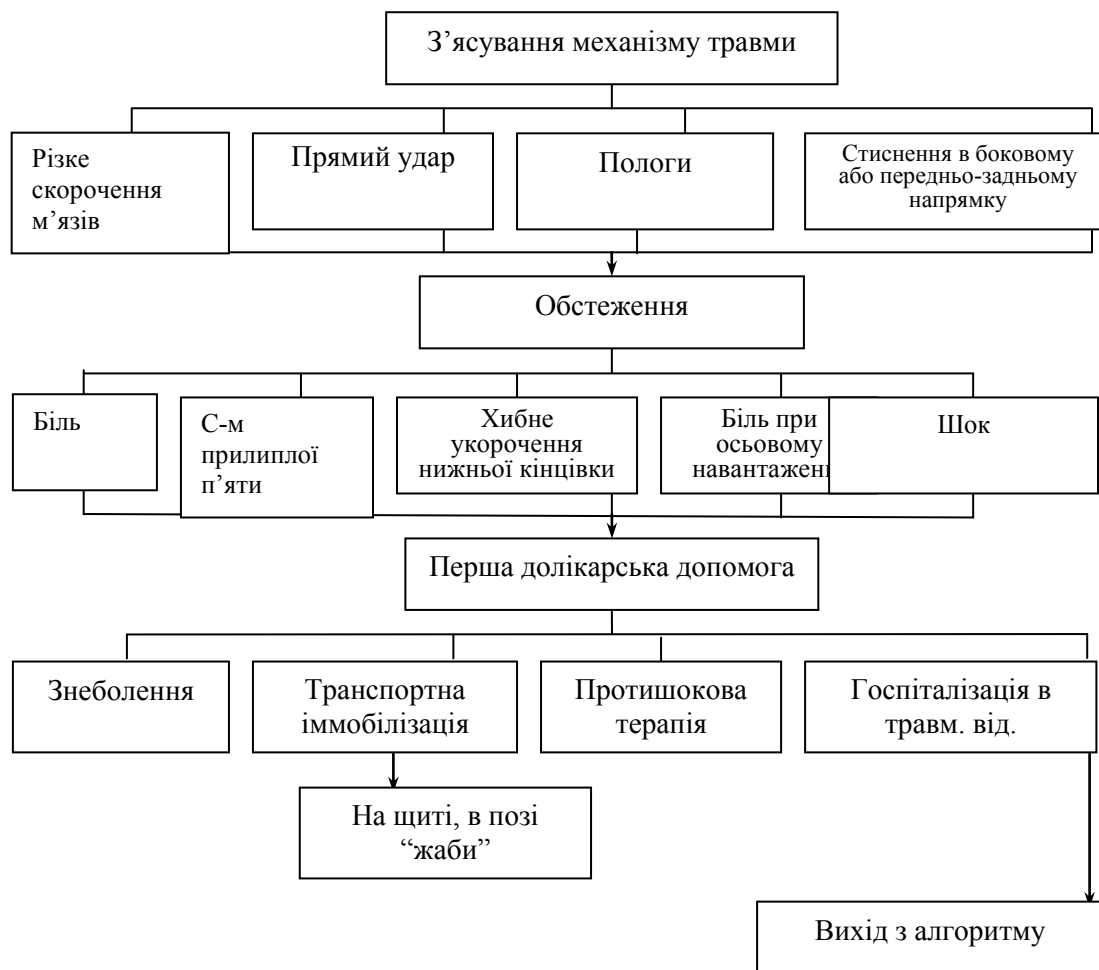
Перша допомога потерпілому з переломом шийного відділу хребта



Перша допомога потерпілому з переломом поперекового відділу хребта



Перша допомога потерпілому з переломами кісток тазу



Невідкладні стани при термічних ушкодженнях та електротравмі

КЛАСИФІКАЦІЯ ОПІКІВ

1. Малі опіки – площа ураженої поверхні менше 5%. Немає значних пошкоджень рук, ніг, обличчя або промежини. Немає III ст. пошкоджень та ускладнень. Потерпілого можна лікувати амбулаторно.
2. Помірні опіки – площа ураженої поверхні 5-15%. Можуть бути опіки III ст. з ушкодженнями рук, ніг, обличчя, промежини або з ускладнюючими факторами (хімічні, електричні пошкодження помірного ступеню). Потерпілі обов'язково госпіталізуються.
3. Тяжкі опіки – площа ураження більше 15%. До них відносяться опіки III ст. які займають більше 5% поверхні тіла. Пошкодження, що пов'язані з інгаляцією диму або CO. Лікування в опіковому центрі або у відділенні інтенсивної терапії.

В залежності від глибини ураження тканин опіки поділяються на 4 ступені:

I ст. – гіперемія шкіри, набряк, пекучий біль.

II ст. - /булозна/ - на фоні набряку, гіперемії з'являються пухирі відшарованого епідермісу, які наповнені прозорою рідиною.

III ст. - характеризується коагуляцією та некрозом різних шарів шкіри.

III А ст. – некроз розповсюджується до росткового шару шкіри. На фоні гіперемії, набряку, пухирів з'являються ділянки шкіри білувато – сірого кольору із зниженою больовою чутливістю.

III Б ст. – некроз усіх шарів шкіри. Білки клітин звертаються і утворюється некротичний струп. Загоєння протікає вторинним натягом, з утворенням рубця.

IV ст. – некроз не тільки шкіри, і глибше розташованих тканини, іноді включаючи кістки, тобто обвуглювання тканин.

Глибокі опіки IIIБ-IV ст., при яких гинуть всі шари дерми, має декілька фаз перебігу ранового процесу :

I – фаза ексудації: 1-5 доба від моменту травми.

II – фаза альтерації і демаркації: 5-10 доба.

III – фаза очищення рани від гнійно-некротичних тканин: 10-17 доба.

IV – фаза регенерації: після 15-17 доби.

Визначення площі опіку:

- Правило “дев’яток”. Уся площа шкіри ділиться на частини, кратні дев’яти:
 - голова, обличчя, шия – 9%
 - верхні кінцівки – 9% кожна
 - передня поверхня тулубу – 18%
 - задня поверхня тулубу – 18%
 - нижні кінцівки – 18% кожна
 - промежина та статеві органи – 1%
- Правило “долоні”. По цьому правилу визначають невеликі опіки. Площа долоні дорівнює 1% площі тіла.
- Якщо опіки не займають повністю якусь частину тіла, а розташовані окремими ділянками, на опікову ділянку накладають стерильний целофан, обводять обриси чорнилами, а потім визначають площу за допомогою міліметрового паперу. Уся площа тіла дорівнює 16000 см²

Простою арифметичною дією можна визначити процентне співвідношення площі опіку до площі тіла.

Перша допомога при термічному опіку:

- Винести постраждалого із зони високої температури.
- Затушити палаючу одягу /накинути ковдру, килим, тощо/.
- Охолодження опікових ран протягом 15-30 хв. (зрошення холодною проточною водою, прикладання міхурів з холодною водою).
- Знеболення. Накладання асептичної пов’язки (сухої, без лікарських засобів).

*Пов’язка першої допомоги накладається **без роздягання потерпілого**, особливо в холодну пору року, на одяг і на взуття, якщо вони не горять і не тліють.

5. Укутування потерпілого.
6. Гаряче пиття.
7. При опіках великої площі якомога раніше почати інфузійну терапію
8. Максимально швидка доставка в стаціонар.

ОПІКОВА ХВОРОБА

Тяжкість стану хворого залежить від глибини та площі ураження. В зв'язку з цим опіки розподіляються на непоширені та поширені. Непоширені опіки займають площу до 5% поверхні тіла і викликають лише легку загальну реакцію, яка швидко зникає: підвищення температури, головний біль, лейкоцитоз. Поширені опіки займають площу 10% і більше поверхні тіла і викликають тяжкі і довгочасні порушення загального стану організму, які носять назву опікової хвороби.

**Опіки ІІІБ-ІV ст. площею більше 5% теж викликають опікову хворобу і відносяться до поширених.*

Розрізняють 4 періоди опікової хвороби:

1. Опіковий шок настає в момент опіку і може тривати до 3 діб. Являється гіповолемічним шоком внаслідок значних втрат рідини, що випаровується з опікової поверхні. Клініка типова. Вимагає для лікування протишокової терапії, яку треба починати якомога раніше. В першу добу після надходження в стаціонар використовують кристалоїди (значна втрата рідини), з другої доби приєднують колоїди (втрати білків внаслідок руйнування тканин).
2. Гостра опікова токсемія розвивається після виходу із шоку. Причиною є всмоктування токсинів та продуктів розпаду тканин з ділянки опіку в кров. Клініка інтоксикації: висока температура, в'ялість, загальмованість. Дихання поверхневе, пульс частий, слабкий. Відмічається нудота, блювота, затримка випорожнень. При тяжких опіках період токсемії продовжується 10 – 15 днів. Лікування: дезінтоксикаційна терапія, боротьба з поліорганною недостатністю.
3. Септикотоксемія – залежить від приєднання інфекції /опікова поверхня – відкриті вхідні ворота для інфекції/.

Клініка сепсису – гектична лихоманка, тяжка інтоксикація, нагноєння опікової поверхні, при наявності грануляцій вони стають в'ялі, бліді.

Часто виникають пролежні, інколи – метастатичні гнійні вогнища. В крові високий лейкоцитоз із зрушенням вліво, бактеріємія. Порушується функція нирок, печінки. Період септикотоксемії може тривати до 2 міс.

ПЕРША МЕДИЧНА ДОПОМОГА ПРИ ХІМІЧНОМУ ОПІКУ.

- 1.Зняти одяг, просякнутий агресивними речовинами.
2. Змивання уражуючого фактору проточною водою на протязі 15-20 хв.
3. Нейтралізація уражуючого фактору : при опіках кислотою обробити уражену поверхню 2-4% р-ном соди, при опіках лугом – 2-3% р-ном оцтової, лимонної або борної кислоти.
- 4.Накладання сухої асептичної пов'язки без жодних лікарських засобів.
- 5.Знеболення.
6. Транспортування на етап кваліфікованої допомоги.

**Лікування хімічного і термічного опіків не відрізняються.*

Клініка тяжкої електротравми

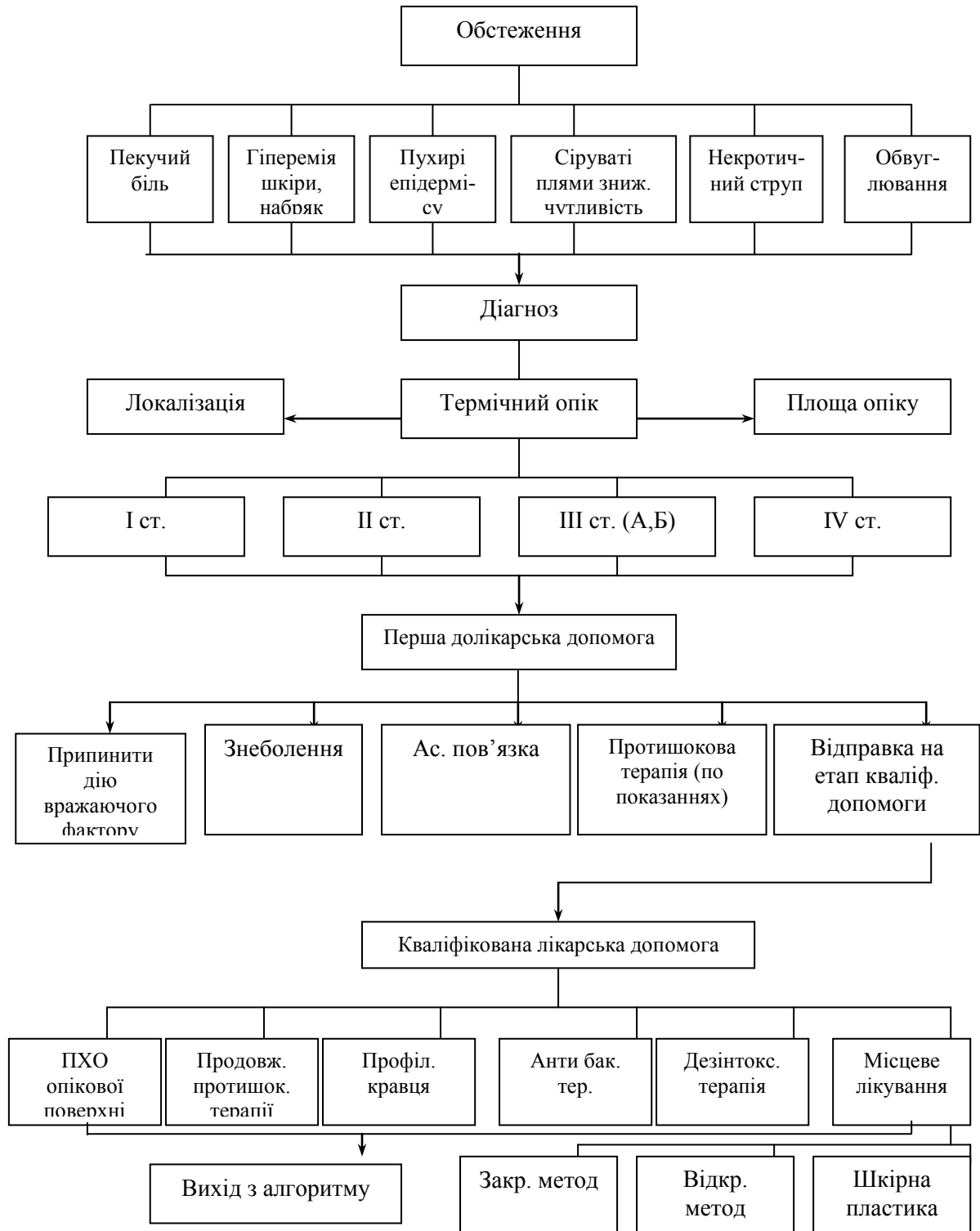
Виникають явища “уявної смерті”: відсутність свідомості, блідість шкірних покривів, широкі, не реагуючі на світло зіниці, відсутність пульсу навіть на магістральних артеріях, відсутність дихання. Цей стан триває 8 – 10 хв., а потім, при відсутності допомоги, переходить в біологічну смерть. При більш легких ураженнях – непритомність, тяжке нервово потрясіння, головокружіння, слабкість.

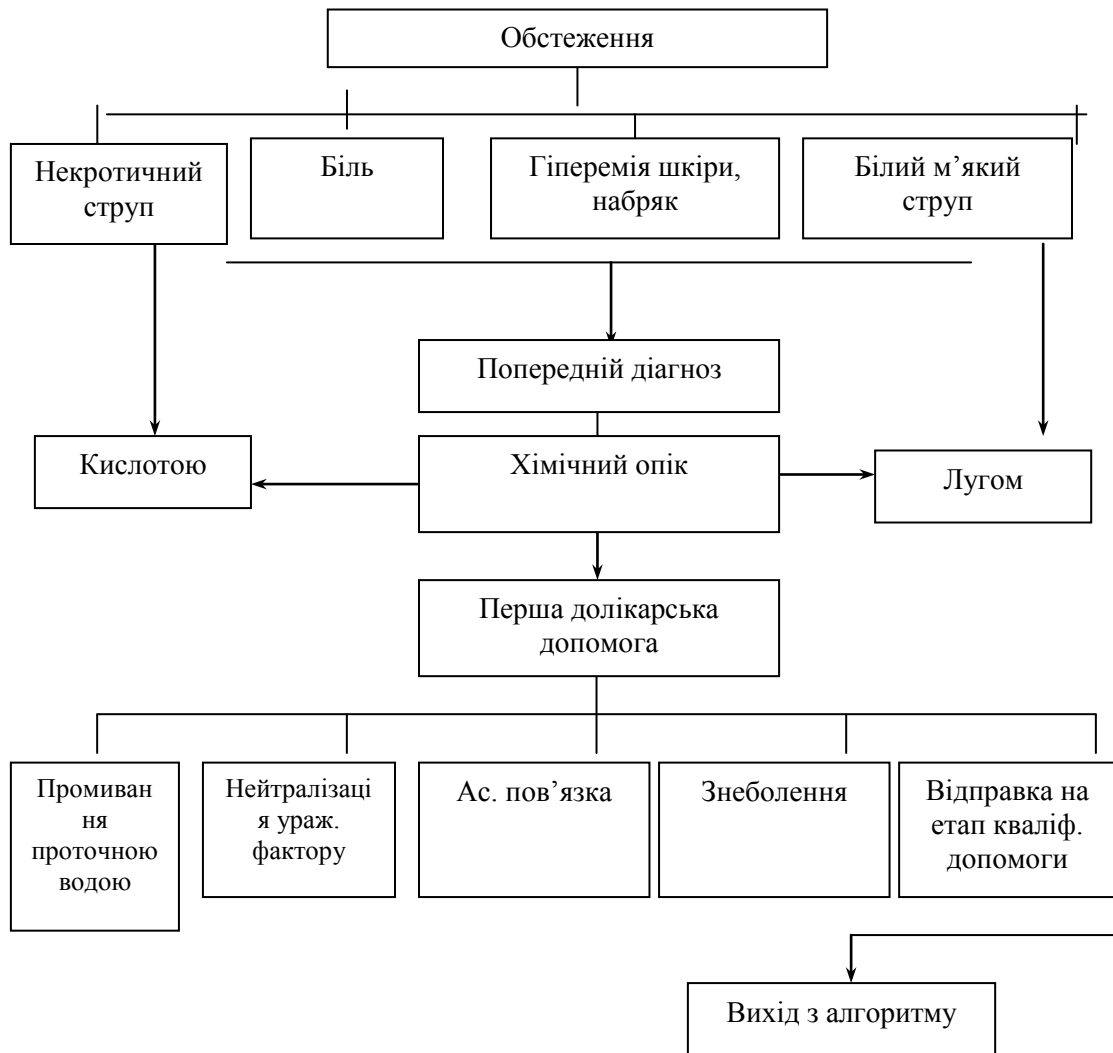
ПЕРША ДОПОМОГА:

1. Припинити дію електричного струму на потерпілого.
2. При легкому ураженні – горизонтальне положення, заспокійливі (еленіум, реланіум, сібазон), серцеві глікозиди (корглікон, строфантин), кордіамін, транспортування в стаціонар.
3. При тяжкому ураженні – невідкладні реанімаційні заходи: непрямий масаж серця, ШВЛ, серцеві та дихальні аналептики. Якщо відновилось самостійне дихання, але немає пульсу, це свідчить про фібриляцію серця. Треба зробити дефібриляцію. Після відновлення серцевої діяльності хворого транспортують в стаціонар.

АЛГОРИТМ

Перша допомога потерпілому з термічним опіком.



АЛГОРИТМ**Перша допомога потерпілому з хімічним опіком**

КЛІНІКА І ДІАГНОСТИКА ВІДМОРОЖЕНЬ.

Дореактивний період.

1. Суб'єктивні відчуття:

- Біль
- Заніміння
- Мерзлякуватість
- Парестезії у вигляді „повзання мурашок”

2. Об'єктивні данні:

- Зміна кольору шкіри: блідість або ціаноз
- Набряклість тканин
- Кінцівки холодні на дотик
- Зниження больової і тактильної чутливості
- Зниження або відсутність пульсації на артеріях стоп

Реактивний період.

- При відмороженні I ст. відмічається пекучий біль, свербіж, парестезії, невеликий набряк і ціаноз шкіри, який тримається 4-6 днів і проходить.
- При відмороженні II ст. до цієї картини приєднується утворення пухирів з серозним вмістом і більш виражений набряк тканин. Ці явища зникають на протязі 2-3 тижнів.
- При відмороженні III ст. виникає різкий набряк тканин, велика кількість пухирів з геморагічним вмістом, перетворення тканин в буру масу з солодкуватим запахом, висока температура, значна інтоксикація.
- При відмороженні IV ст. виникає поступова муміфікація тканин, їх висихання, темно-фіолетове або чорне забарвлення, утворення демаркаційної лінії, відсутність ознак інтоксикації. Після відшарування некротизованих тканин утворюється рубець.
- Межу некротизованих тканин при відмороженнях III-IV ст. в перші дні визначити важко, вона виявляється до 3-4 тижня і остаточно виявляється після утворення демаркаційної лінії.

ПЕРША ДОПОМОГА В ДОРЕАКТИВНОМУ ПЕРІОДІ.

Задачі першої допомоги:

- Відновлення температури тканин
- Боротьба з шоком
- Нормалізація кровообігу
- Ліквідація тканинної гіпоксії

Дії медпрацівника:

- Помістити потерпілого в теплом приміщенні
- Зробити обережний масаж чистими руками, зволженими спиртом, від периферії до центру до потепління шкірних покривів
- Накласти тепло ізолюючу пов'язку: шар марлі, товстий шар вати, шар іарлі, шар тепло ізолюючої тканини (прогумована тканина, поліетилен)
- Тепло закутати потерпілого, дати йому теплий чай, алкоголь
- Транспортування потерпілого в лікувальний заклад

АЛГОРИТМ**Перша допомога потерпілому з відмороженням.**

ЗАГАЛЬНЕ ЗАМЕРЗАННЯ (ЗАГАЛЬНА ГІПОТЕРМІЯ):

По важкості розподіляється на 3 ступені:

I ст. – легкий. Зниження ректальної температури до $35^{\circ} - 33^{\circ}$, адинамія, озноб, шкірні покриви бліді, з ціанотичним відтінком, поява “гусячої шкіри”, затруднена скандована мова. Незначні брадікардія, гіпертонія. Дихання не змінено.

II ст. – середньої тяжкості. Температура в прямій кишці знижена до $33^{\circ} - 31^{\circ}$. Стан ступору. Шкірні покриви холодні, з мармуровим малюнком. Пульс 50 – 60 на 1 хв, слабкий. Незначна гіпертонія. Дихання рідке, 8 – 12 /хв, поверхнєве.

III ст. – тяжкий. Ректальна температура $< 31^{\circ}$. Свідомість втрачена, судоми, блювота. Шкірні покриви бліді, холодні. Закрижавілість дистальних відділів кінцівок. Тризм мускулатури, внутрішньоутробна поза. Пульс 36 – 40 /хвил, визначається тільки на сонних артеріях. АТ не визначається. Дихання 3 – 4 /хвил. Набряк головного мозку, легенів, пневмонія. Може бути зупинка серця – /фібриляція /, про життя свідчить тільки дихання.

НЕВІДКЛАДНА ДОПОМОГА:

1. Загальна ванна з підвищення температури води за 3 – 5 хвил. від 35° до $40^{\circ} - 43^{\circ}$. Термін при контролі ректальної температури від 30 хвил. до 2 годин.
2. Після зігрівання в теплій воді, підвищенні ректальної температури до 35° – масаж серця, ШВЛ, введення серцевих та дихальних analeптиків (кордіамін, лобелін, цитітон, бемеGRID). Якщо серцева діяльність не відновлюється, а на ЕКГ фібриляція шлуночків серця – електрична дефібриляція.
3. В/в введення 40 – 60 мл підігрітого 40% розчину глюкози.
4. Протишокова терапія.
5. Профілактика набряку мозку, легень /дегідратаційна терапія: 40% р-н гексаметилентетраміну, 25% р-н маГнію сульфату, лазикс 2-4 мл/.
6. Профілактика пневмонії /антибактеріальна терапія, дихальна гімнастика, банки, гірчичники/.

АЛГОРИТМ

Невідкладна допомога потерпілому з загальним замерзанням.

