

МІНІСТЕРСТВО ВНУТРІШНІХ СПРАВ УКРАЇНИ
ДНІПРОПЕТРОВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ВНУТРІШНІХ СПРАВ

ЮРИДИЧНИЙ ФАКУЛЬТЕТ

Кафедра фізичного виховання

КОНСПЕКТ ЛЕКЦІЙ

з дисципліни «ДОЛІКАРСЬКА ДОПОМОГА»

Для студентів юридичного факультету

Дніпро – 2016

Конспект лекцій підготувала Хрипко Л.В. – Завідувач кафедри фізичного виховання юридичного факультету Дніпропетровського державного університету внутрішніх справ, кандидат наук з фізичного виховання та спорту, доцент.

РЕЦЕНЗЕНТИ:

Грибан В.Г. – доктор біологічних наук, професор, заслужений працівник народної освіти України.

Самошкін В.В. - завідувач кафедри анатомії, біомеханіки і спортивної метрології, кандидат медичних наук, доцент, Дніпропетровського державного інституту фізкультури і спорту.

Конспект лекцій
обговорений та схвалений на
засіданні кафедри фізичного
виховання юридичного
факультету
04 липня 2016 р.,
протокол № 22

Тема № 1

ОСНОВНІ ПРАВИЛА ПРИ НАДАННІ ДОЛІКАРСЬКОЇ ДОПОМОГИ. ДОЛІКАРСЬКА ДОПОМОГА ПРИ КРОВОТЕЧІ ТА ПРИ РАПТОВОМУ ПРИПИНЕННІ ДИХАННЯ.

План

1. Загальні поняття про першу медичну допомогу.
2. Загальні принципи надання першої допомоги постраждалому від нещасного випадку.
 - 2.1. Виявлення ознак життя та смерті: непритомність, ознаки життя, ознаки смерті;
 - 2.2. Іммобілізація
3. Види кровотечі
4. Обробка рани
5. Засоби тимчасової зупинки кровотечі

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА:

1. Апанасенко Б.Г.. Перша медична допомога. Київ, 1992 р.
2. Буянов В.М.. Первая медицинская помощь. Москва, 2007 г.
3. Викерн Д., Фрайес Дж. Медицинский справочник на все случаи жизни. – С.-Пб., 1998.
4. Великорецький А.М. Перша долікарська допомога. Київ, “Здоров’я”, 1974
5. Краткая медицинская энциклопедия. – М., 1990.
6. Мудрий С.П., Крук З.В. Перша допомога потерпілому при автомобільній катастрофі. Київ, “Здоров’я”, 1986 р.
7. Неотложные состояния и экстремальная помощь. - М., 1989.
8. Общепрактическая семейная медицина (под ред. М. Кохана). – Минск, 2007.
9. Справочник терапевта. - М., 2013.
10. Синельников Р.Д., Синельников Я.Р. Атлас анатомии человека. - М., 2007.
11. Скрипниченко Д.Ф. Хірургія: Підручник.- 4-е вид., випр. і доповн.- К.:Вища шк., 1992.- 581 с
12. Синельников Р.Д. Атлас анатомии человека. М., 1997 г.
13. Юнас Я.. Атлас первой медицинской помощи. 1974 г

МЕТА ЛЕКЦІЇ:

Головною метою лекції є опанування студентами навичок та вмінь щодо визначення виду травми та профілактичних дій. Студенти повинні вміти розрізняти фактори, які визначають тяжкість ушкодження і їх наслідки. Вирізняти стан травматичного шоку. Ідентифікувати закриті ушкодження м'яких тканин, травматичні ушкодження голови, грудної клітини і живота також оволодіння знаннями щодо діагностики переломів черепа, закритих травм мозку,

клінічних проявів закритих травм живота, переломів ребер та грудної клітини та вмітимуть надавати першу медичну допомогу при даних видах травм.

Головною метою лекції є оволодіння студентами теоретичними знаннями, щодо визначення ознак кровотечи та видів. Вміннями обробки рани та методами і засобами тимчасової зупинки кровотечи.

ВСТУП

З необхідністю надання само та взаємодопомоги людина зіткнулася дуже давно. Результати лікування переломів кісток стали відомі завдяки археологічним знахідкам у різноманітних кутках земної кулі. При вивченні скелетів доісторичних людей із тими або іншими ушкодженнями встановлено, що в лікуванні переломів існував відомий «ортопедичний підхід», доказом чого є гарне зрощення переломів при правильному зіставленні відломків. Про мистецтво лікування переломів свідчать також знахідка мумій: за 2500 років до н.е. переломи лікували, дотримуючи принципи іммобілізації відломків .

Швидка значна втрата крові є дуже небезпечною, оскільки супроводжується зниженням кров'яного тиску, порушенням кровопостачання мозку, серця і всіх інших органів. Тому вона буває причиною загибелі людей, яких ще можна було б врятувати, надавши своєчасно першу допомогу

1. ЗАГАЛЬНІ ПОНЯТТЯ ПРО ПЕРШУ МЕДИЧНУ ДОПОМОГУ

Невідкладна медична допомога може бути різною, у залежності від того, хто її надає, розрізняють:

першу медичну некваліфіковану допомогу, яка здійснюється немедичним працівником, який часто не має необхідних засобів та медикаментів;

першу медичну кваліфіковану (долікарську) допомогу, яка здійснюється медичним працівником, який пройшов спеціальну підготовку з надання першої допомоги (фельдшер, медична сестра, лаборант, зубний технік і т. д.);

першу лікарську медичну допомогу, яка здійснюється лікарем, який має у своєму розпорядженні необхідні інструменти, апарати, медикаменти, кров та кровозамінники та інше).

Першу медичну допомогу потребують особи, з якими трапився нещасний випадок або в яких раптово відбулося важке захворювання, що загрожує життю.

Нещасним випадком називається ушкодження органів людини або порушення їхньої функції при раптовому впливі навколишнього середовища. Нещасні випадки часто трапляються в умовах, коли немає можливості швидко повідомити про них на станцію швидкої медичної допомоги. У таких обставинах надзвичайно важливого значення набуває перша невідкладна медична допомога, яка повинна бути надана на місці пригоди до прибуття лікаря або доставки постраждалого до лікувального закладу. При нещасних випадках постраждалі, їхні родичі, сусіди або випадкові свідки нерідко звертаються за допомогою у найближчі медичні заклади (аптека, зубопротезна майстерня, лабораторія,

санітарно-епідеміологічна станція (СЕС), дитячий садочок тощо). Медичні працівники цих закладів повинні негайно прийти на допомогу.

Для того щоб вміти кваліфіковано надавати першу невідкладну медичну допомогу при нещасних випадках та раптових захворюваннях, повинно чітко знати основні ознаки різних ушкоджень, раптових захворювань, уявляти наскільки небезпечні для постраждалого або хворого можуть бути ці ушкодження або стан.

Основні групи заходів

Перша медична (долікарська) допомога включає такі **три групи** заходів:

Негайне припинення впливу зовнішніх ушкоджуючих факторів (електричний струм, висока або низька температура, здавлення вагою) та видалення постраждалого з несприятливих умов, в які він потрапив (витягання з води, з палаючого приміщення, приміщення, де накопичились отруйні гази тощо).

Надання першої медичної допомоги постраждалому у залежності від характеру та виду травми, нещасного випадку або раптового захворювання (зупинка кровотечі, накладання пов'язки на рану, штучне дихання, масаж серця, введення протиотрути та ін.).

Організація негайної доставки (транспортування) хворого або постраждалого у лікувальний заклад.

Заходи **першої групи** скоріше є першою допомогою взагалі, а не медичною допомогою. Її часто надають як взаємо- та самопомогу, тому що усі розуміють: якщо не витягнути потопуючого з води, не витягнути постраждалого з палаючого приміщення, не звільнити людину з-під завалів, то він загине. Слід підкреслити: чим довший вказаний вплив, тим більш глибоким та важким буде ушкодження. Тому першу допомогу слід починати саме з цих заходів.

Друга група заходів складає вже медичну допомогу. Надати її можуть медичні працівники або особи, що вивчили основні ознаки ушкоджень та спеціальні заходи першої допомоги.

Велике значення у комплексі заходів першої невідкладної медичної допомоги має найшвидша доставка постраждалого у лікувальний заклад. Транспортувати хворого або постраждалого слід не тільки швидко, але й правильно, тобто у положенні, найбезпечнішому для хворого згідно з характером захворювання або видом травми, наприклад, у положенні на боці — у непритомному стані або при можливому блюванні, при зламаних кістках після створення нерухомості ушкодженому органу тощо.

Найкраще для перевезення постраждалого користуватися спеціалізованим транспортом (санітарна автомашина, санітарний літак). За його відсутності **транспортування** повинне бути здійснене за допомогою будь-яких доступних у конкретних обставинах засобів пересування. У найнесприятливіших умовах доставка проводиться шляхом перенесення постраждалого на руках, на спеціальних або імпровізованих ношах, брезенті тощо.

Транспортування може тривати від декількох хвилин до декількох годин. Медичний працівник повинен забезпечити правильне перенесення хворого, перекладання його з одного транспортного засобу до іншого, надавати медичну допомогу дорогою до закладу та проводити заходи з попередження ускладнень,

які можуть розвинути при блюванні, порушенні транспортної іммобілізації, переохолодженні, трясці та з інших причин.

Значення першої медичної допомоги

Значення першої медичної допомоги важко переоцінити. Своєчасне надання та правильне проведення медичної допомоги не тільки рятує життя постраждалому, але й забезпечує подальше успішне лікування хвороби або ушкодження, попереджує розвиток тяжких ускладнень (шок, нагноєння рани, загальне зараження крові), зменшує втрату працездатності.

Будь-яка людина зобов'язана за першим викликом прийти на допомогу постраждалому на вулиці, у дорозі, громадських місцях, на дому та вміти правильно надати першу медичну допомогу при нещасних випадках та раптових захворюваннях.

2. ЗАГАЛЬНІ ПРИНЦИПИ НАДАННЯ ПЕРШОЇ ДОПОМОГИ ПОСТРАЖДАЛОМУ ВІД НЕЩАСНОГО ВИПАДКУ

Нещасний випадок, раптове захворювання спостерігаються часто в умовах, коли немає необхідних медичних засобів, перев'язувального матеріалу, належної освітлюваності, помічників, відсутні засоби транспортної іммобілізації. У подібних випадках велике значення набуває зібраність та активність людини, що надає першу допомогу, щоб у міру своїх можливостей зуміти виконати комплекс максимально доступних та доцільних заходів, спрямованих на врятування життя постраждалого або людини, яка раптово захворіла. Для цього необхідне знання ознак ушкоджень та хвороби, принципів надання першої допомоги.

При наданні першої допомоги слід дотримуватися наступних **принципів**:

Усі дії людини, що надає допомогу повинні бути доцільними, обміркованими, рішучими, швидкими та зосередженими.

Перш за все потрібно оцінити обставини та здійснити заходи з усунення дії ушкоджуючих факторів (витягти з води, палаючого приміщення, або приміщення, де накопичилися гази, погасити палаючий одяг тощо).

Швидко та правильно оцінити стан постраждалого. Сприятиме цьому прояснення обставин, в яких відбулося травмування або виникло раптове захворювання, часу та місця виникнення ушкодження. Це особливо важливо, якщо постраждалий непритомний. При огляді його встановлюють, живий він чи мертвий, визначають вид та тяжкість травми, наявність кровотечі.

На підставі огляду постраждалого визначають спосіб та послідовність надання першої допомоги.

З'ясовують, які засоби необхідні для надання допомоги, виходячи з конкретних умов, обставин і можливостей, та забезпечують ними.

Надають першу допомогу та готують постраждалого до транспортування.

Організують транспортування постраждалого у лікувальний заклад.

Доглядають за постраждалим або хворим до відправлення у лікувальний заклад.

Перша допомога у максимально доступному обсязі повинна надаватися не тільки на місці пригоди, але й дорогою до лікувального закладу.

2.1. Виявлення ознак життя та смерті

Непритомність

При тяжкій травмі, ураженні електричним струмом, утопленні, отруєнні, ряді захворювань людина може знепритомніти (стан, коли постраждалий лежить нерухомо, не відповідає на запитання, не реагує на зовнішні подразники). Непритомність виникає через порушення діяльності головного мозку.

Порушення діяльності головного мозку можливе при:

прямому ушкодженні мозку (забиття, струс, крововилив у мозок, електротравма), отруєнні, у тому числі алкоголем, та ін.;

порушенні кровопостачання мозку (крововтрата, непритомність, зупинка серця або тяжке порушення його діяльності);

припиненні постачання кисню до організму (ядуха, втоплення, здавлювання грудної клітки вагою);

неспроможності крові збагачуватися киснем (отруєння, порушення обміну речовин, наприклад при діабеті, лихоманці);

переохолодженні або перегріванні (охолодження, тепловий удар, гіпертермія при ряді захворювань).

Ознаки життя

Людина, що надає допомогу, повинна чітко відрізнити непритомність від смерті. При виявленні **мінімальних** ознак життя необхідно негайно розпочати оживляння та надання першої допомоги.

Ознаками життя є:

наявність серцебиття. Серцебиття визначають рукою або вухом на грудній клітці у ділянці лівого соска.

наявність пульсу на артеріях. Пульс визначають на шиї (сонна артерія), у ділянці променевоzap'ясткового суглоба (променева артерія), паху (стегнова артерія);

наявність дихання. Дихання визначають за рухами грудної клітки та живота, зволоженням дзеркала, яке прикладають до носа та рота постраждалого, рухами шматочка вати або бинта, які підносять до носових отворів;

наявність реакції зіниць на світло. Якщо освітити око пучком світла (наприклад, ліхтариком), то спостерігається звуження зіниць - позитивна реакція зіниці. При денному освітленні цю реакцію можна перевірити так: на деякий час закривають око рукою, потім швидко відводять руку убік, при цьому буде помітно звуження зіниці.

Наявність ознак життя сигналізує про необхідність негайного проведення заходів з оживлення. Слід пам'ятати, що відсутність серцебиття, пульсу, дихання та реакції зіниць на світло не є свідченням того, що постраждалий помер. Такий комплекс симптомів може спостерігатися й при клінічній смерті, при якій необхідно надати постраждалому допомогу у повному обсязі.

Ознаки смерті

Надання допомоги не має сенсу при очевидних ознаках смерті:

помутніння та висихання рогівки ока;

наявність симптому «котяче око» - при стисканні ока зіниця деформується та нагадує котяче око;

охолодження тіла та поява трупних плям. Ці синьо-фіолетові плями виступають на шкірі. При положенні трупа на спині вони з'являються у ділянці лопаток, попереку, сідниць, а при положенні на животі — на чолі, шиї, грудях, животі;

трупне здубіння. Ця беззаперечна ознака смерті виникає через 2-4 години після смерті.

У випадку западання язика необхідно за прокинути голову назад та підняти підборіддя, щоб звільнити дихальні шляхи, піднявши язик).

Оцінивши стан постраждалого (хворого), розпочинають надання першої допомоги, характер якої залежить від характеру травмування, ступеню пошкодження та стан постраждалого.

При наданні першої допомоги важливо не тільки знати її **методи**, але й вміти поводитися правильно із постраждалим, щоб не спричинити йому додаткового травмування.

Для зупинки кровотечі, накладання пов'язки на рану, закриття опікової поверхні при термічних опіках та обробки шкіри при хімічних опіках та ін. виникає необхідність зняти з постраждалого одяг.

Необхідно вміти правильно зняти одяг з постраждалого. При пошкодженні верхніх кінцівок одяг знімають спочатку зі здорової руки. Потім, притримуючи пошкоджену руку, обережно стягуючи рукав, знімають з неї одяг. Якщо постраждалий лежить на спині та посадити його неможливо, то одяг з верхньої половини тулуба та рук знімають у такій послідовності:

Обережно витягають задню частину сорочки (сукня, пальто та ін.) до шиї та через голову переводять на груди, потім витягають із рукава здорову руку.

У останню чергу вивільняють ушкоджену руку, стягуючи (не вивертаючи) з одягу за рукав.

З нижньої частини тіла одяг знімають у аналогічній послідовності.

При сильних кровотечах та тяжких опіках одяг не знімають, а розрізають.

Необхідно знати, що при пораненнях, переломах, опіках усі різкі рухи, переміщення, перевертання постраждалого, особливо за зламани або вивихнуті кінцівки, різко посилюють біль, що може значно погіршити стан, викликати шок, зупинку серця, дихання. Тому піднімати ушкоджену кінцівку або постраждалого слід обережно, підтримуючи знизу ушкоджені частини тіла.

2.2. Іммобілізація

Найчастішим та основним прийомом першої медичної допомоги є іммобілізація - створення нерухомості ушкодженої частини тіла. Іммобілізація заспокоює біль та є протишоковим засобом, особливо при переломах кісток та суглобів, попереджує зміщення країв рани та слугує захисним засобом від проникнення інфекції до рани. Іммобілізація втримує уламки кісток у стиканні одне з одним, що значно полегшує подальше хірургічне лікування. Найскорішому загоєнню перелому сприяє правильна іммобілізація на період транспортування постраждалого у стаціонар.

Іммобілізація зменшує небезпеку розвитку ускладнень - ушкодження гострими уламками кісток, кровоносних судин, нервів, м'язів.

Транспортні шини

Увага! Швидка викликається в останню чергу! Імобілізація проводиться з використанням спеціальних предметів, які називаються шинами, що закріплюються до ушкодженої ділянки тіла бинтами, ременями, лямками та ін.

Існують різноманітні шини фабричного виготовлення: дерев'яні, дротяні, сітчасті, пластмасові. У останній час почали застосовувати *пневматичні шини*, які виготовляють з гуми та пластмаси. Усі машини швидкої допомоги оснащені стандартними транспортними шинами. Вони повинні бути і в наборах першої допомоги у медпунктах, амбулаторіях, аптеках.

При відсутності стандартних шин імобілізацію слід проводити за допомогою **імпрізованих шин**, виготовлених з підручного твердого матеріалу: дошки, лижі, палиці, рушниці, парасольки тощо.

При переламаному стегна кращою транспортною шиною є шина Дітерікса, яка добре імобілізує гомілковий, колінний та тазостегновий суглоби. Шина складається з двох дерев'яних шин, довжину яких можна легко змінити, та дерев'яної підошви із закруткою. Цю шину накладають зверху одягу та прибинтовують дерев'яну підошву до хворої ноги (взуття не знімають). Відповідно до росту постраждалого підганяють довжину шини: зовнішня частина шини (довша) повинна упиратися у пахву, а інший кінець повинен виходити на 12-15 см за підошву; внутрішня частина шини (коротка) милицею повинна упиратися у промежину та також виходити за підошву на 12-15 см. Бокові шини проводять спочатку через петлі дерев'яної підошви, потім встановлюють у пахву та пахову ділянку. За дерев'яною підошвою половинки шини з'єднують шарнірною дощечкою. Усю шину фіксують до грудей, живота, стегна та гомілки лямками, турами бинта та ін. Від дерев'яної підошви до з'єднувальної планки милиць проводять міцний подвійний шнур, закручуючи який, створюють деяке витягнення кінцівки.

З інших готових транспортних шин найбільш розповсюджена **дротяна драбинчаста шина Крамера**. Довжина шини 1 м, ширина 10-15 см. Шині може бути надана будь-яка форма; якщо потрібно шина більшої довжини, скріплюють 2-3 шини. Для імобілізації передпліччя, кисті, стопи застосовують сітчасту шину, зроблену з м'якого тонкого дроту, що дозволяє надавати їй будь-яку форму. Сітчасту шину часто використовують як додаткову до інших шин. Окрім цих шин, існують набори готових пластмасових, фанерних та картонних шин, лубків. Вони менш зручні ніж дротяні, але також можуть застосовуватися при імобілізації передпліччя та кисті. Для попередження травмування тканин імобілізованих частин тіла дротяні шини перед їхнім фіксуванням бажано зсередини викласти ватю.

Особливо зручні **пневматичні шини**, що являють собою двостінну камеру. Внутрішня стінка гумова, легко приймає форму кінцівок, а зовнішня — з твердих пластмас. Після накачування повітря кінцівка надійно імобілізується.

Транспортування постраждалих

Найважливішим завданням першої допомоги є організація швидкого та правильного транспортування (доставки) хворого або постраждалого у лікувальний заклад. Транспортування повинне бути швидким, безпечним,

щадним. Завдання болю під час транспортування сприяє розвиненню **ускладнень**: порушенню діяльності серця, легенів. Вибір способу транспортування залежить від стану постраждалого, характеру травми або захворювання та можливостей тих, хто надає першу допомогу.

Перенесення на руках

Першу допомогу доводиться надавати і в таких умовах, коли немає будь-яких підручних засобів або немає часу для виготовлення імпровізованих ношів. У цих випадках хворого необхідно перенести на руках. Одна людина може нести хворого на руках, на спині, на плечі. Перенесення способом «на руках попереду» та «на плечі» застосовують у випадках, якщо постраждалий дуже слабкий або непритомний.

Якщо хворий у змозі триматися, то зручніше переносити його на спині. Ці способи потребують фізичної сили та застосовуються при перенесенні на невеликі відстані. На руках значно легше переносити двом носильникам. Постраждалого, що знаходиться у непритомному стані, найзручніше переносити способом «один за одним». Якщо хворий притомний та може самостійно триматися, то легше переносити його на «замці» з 3 або 4 рук. Значно полегшує перенесення на руках носилкова лямка.

У ряді випадків хворий може подолати коротку відстань самотужки зі сторонньою допомогою. Супроводжуючий закидає собі на шию руку постраждалого та притримує його однією рукою, а іншою обхоплює хворого за поперек та груди. При пересуванні постраждалий вільною рукою може спиратися на палицю.

При неможливості самостійного пересування постраждалого та відсутності помічників можливе транспортування волоком на брезенті та плащ-палатці.

Положення постраждалого (хворого) при транспортуванні

Для попередження ускладнень під час транспортування постраждалого слід перевозити у певному положенні відповідно до виду травми. Дуже часто правильне положення рятує життя пораненого та, як правило, сприяє найшвидшому одужанню.

Найчастіше постраждалих транспортують у лежачому положенні з декількома варіантами, що залежить від характеру травми або захворювання. Транспортують поранених у лежачому положенні на спині, на спині із зігнутими колінами, на спині з опущеною головою та при піднятими нижніми кінцівками, на животі, на боку у фіксовано-стабілізованому положенні.

У лежачому положенні на спині транспортують постраждалих з пораненням голови, пошкодженнями черепа та головного мозку, хребта та спинного мозку, переламаними кістками таза та нижніх кінцівок. У цьому ж положенні необхідно транспортувати усіх хворих, в яких травма супроводжується розвитком шоку, значною крововтратою або непритомністю, навіть короткочасною, хворих з гострими хірургічними захворюваннями та пошкодженнями органів черевної порожнини (апендицит, защемлення грижі, проривна виразка тощо).

Постраждалих та хворих, що знаходяться у непритомності, транспортують у лежачому положенні на животі, з підкладеними під лоба та груди валиками. Таке положення необхідне для попередження асфіксії. Значну частину хворих можна

транспортувати у сидячому положенні, а деяких тільки у сидячому та напівсидячому положенні.

При транспортуванні у холодну пору року потрібно прийняти заходи для попередження охолодження постраждалого. Особливу увагу у цьому відношенні потребують поранені з накладеними артеріальними джгутами, постраждалі, що знаходяться у непритомному та у шоківому стані, з відмороженням.

У період транспортування необхідно проводити постійний нагляд за хворим, слідкувати за диханням, пульсом, зробити все, щоби при блювоті не виникла аспірація блювотиння у дихальні шляхи. Дуже важливо, щоби людина, що надає першу допомогу своєю поведінкою, діями, розмовами заспокоював психіку хворого, надавав впевненості у тому, що все добре закінчиться.

Принципи черговості транспортування при масових травмах

Масові травми виникають при землетрусах, автокатастрофах, залізничних аваріях, пожежах, вибухах. Успішне надання першої медичної допомоги у цих випадках залежить від організованості та порядку. Перш за все необхідно визначити, кому у першу чергу потрібна медична допомога.

Порядок надання її повинен бути наступним: спочатку допомогу надають тим, хто задихається, потім пораненим з проникаючими пораненнями грудної та черевної порожнин, далі - пораненим зі значними кровотечами з ран, потім постраждалим, що знаходяться у непритомному стані, потім постраждалим зі значними переломами та у останню чергу - особам з невеликими пораненнями та переломами.

Постраждалих розподіляють на групи за послідовністю транспортування у залежності від тяжкості пошкоджень.

До групи тих, кого транспортують у **першу чергу**, входять: поранені з проникаючими пораненнями грудної та черевної порожнини, що знаходяться у непритомному або шоківому стані, з пораненнями черепа, поранені з внутрішніми кровотечами, ампутованими кінцівками, відкритими переломами, опіками.

Група другої черги: постраждалі з закритими переломами кінцівок, поранені зі значними, але зупиненими зовнішніми кровотечами.

Група третьої черги: поранені з незначними кровотечами, переломами невеликих кісток, забиттям.

У кожній з цих груп **дітей молодшого віку** необхідно евакуювати у першу чергу та, якщо дозволяють обставини, разом з матір'ю (батьком).

3. ВИДИ КРОВОТЕЧ

Кров – це червона, непрозора рідина, по суті – це єдина рідка тканина тіла. Вона розносить в організмі кисень і живильні речовини, бере участь у боротьбі з інфекцією, підтримує температуру тіла і допомагає видаляти з організму продукти розпаду. У дорослої людини є 5-6 літрів крові, що складає приблизно 7% усієї ваги тіла. Кров складається з жовтої плазми, білих і червоних кров'яних тілець і кров'яних пластинок. Червоні кров'яні тільця, еритроцити, що утворюються в кістковому мозку, містять барвну речовину – гемоглобін, що володіє здатністю зв'язувати

кисень. Білі кров'яні тільця, лейкоцити, що виробляє селезінка, захищають організм від інфекції, Кров'яні пластинки, тромбоцити обумовлюють згортання крові.

У плазмі й в еритроцитах містяться особливі речовини білкової природи, за допомогою яких у людини визначаються групи крові.

Органи кровообігу. Кров у судинах перебуває в постійному русі, керованому головним органом кровообігу – серцем (рис. 4, 5, 6). Серце – це порожній м'яз, розділений двома передсердями і двома шлуночками. Серце працює за принципом насоса. За 24 години воно перекачує до 7000 літрів крові.

Кровообіг в організмі здійснюється у великому й малому колах. Завданням малого кола кровообігу, званого інакше легеневим, є насичення крові й легень киснем і звільнення її від вуглекислого газу. Кровообіг починається у правому шлуночку серця, відкіля кров по легеневій артерії надходить у легені, де віддає вуглекислий газ і насичується киснем. Збагачена киснем кров повертається по легеневих венах у ліве передсердя. Велике коло кровообігу постачає киснем весь організм. Він починається у лівому шлуночку, відкіля кров під тиском, названим кров'яним і обумовленим діяльністю серця і напругою стінок судин, по головній артерії – аорті – розноситься по всьому організму судинами, званими артеріями. Кров, що віддала кисень, повертається по венах знову в праве передсердя серця. Найбільш дрібні кров'яні судини називаються капілярами.

Лімфатична система. Із системою кровообігу пов'язане і лімфатичне коло, по якому тече білувата рідина – лімфа. Вона містить живильні речовини і продукти розпаду, що надходять з кишечника; по головній лімфатичній протоці лімфа надходить у вени. До судинного апарата належить і селезінка, де виникають білі кров'яні тільця.

Поранення. У разі поранень порушується цілість судинних стінок і виникають кровотечі, в разі значної кровотечі і важких травм відбувається порушення кров'яного тиску. Різкий удар у грудну клітину може викликати розрив серця. При ударі в лівий бік можливий розрив селезінки.

Як відомо, кров в організмі людини циркулює по кровоносних судинах – артеріях, капілярах і венах, що є у всіх органах і тканинах. При ушкодженні будь-якого органа або тканини людини завжди певною мірою пошкоджуються кровоносні судини.

Виходження (витікання) крові з кровоносної судини називають *кровотечею*.

Причини кровотеч надзвичайно різноманітні. Найчастішою є пряма травма (укол, розтин, удар, розтяг, розтрощення). Інтенсивність кровотечі залежить від кількості ушкоджених судин, їхнього калібру, характеру ушкоджень (повне переривання судини, пристінні ушкодження, розтрощення та ін.) і виду ушкодженої судини (артерія, вена, капіляр). На інтенсивність кровотечі впливають також рівень артеріального тиску, здатність крові скипатися. Крім того, має значення, куди зливається кров: назовні, у велику або малу за обсягом замкнуту порожнину (плевральна, черевна порожнина, порожнина колінного суглоба), м'які тканини (підшкірна клітковина, м'язи і між м'язові ділянки).

Судини, уражені атеросклеротичним процесом, можуть руйнуватися за великого артеріального тиску.

Класифікація:

а) за причинами виникнення – механічні, ерозивні, діapedезні, порушення хімічного складу крові;

б) за видом судини, що кровоточить: артеріальні, артеріовенозні, венозні, капілярні, паренхіматозні;

в) відносно зовнішнього середовища: зовнішні, внутрішні, сховані.

Характер кровотечі визначається видом ушкодженої судини.

При *артеріальній кровотечі* червоного кольору кров б'є пульсуючим струменем. Чим крупніша судина, тим сильніше струмінь, а обсяг крові, що втрачається за одиницю часу, більше.

При *венозній кровотечі* витікання крові постійне, лише при розташуванні ушкодженої вени поруч зі значною артерією можлива передатна пульсація і струм крові буде переривчастим.

Лише за високого венозного тиску, наприклад, у разі розірвання варикозно розширених вен стравоходу, відбувається стрімке витікання крові. Венозна кров темного кольору.

Капілярна кровотеча змішана, вона обумовлена ушкодженням капілярів, дрібних артерій і вен. При такому виді ушкоджень судин кровоточить уся поверхня рани. Після видалення крові, що вилілась, поверхня знову покривається крапельками крові.

Паренхіматозна кровотеча має місце у разі ушкодження внутрішніх паренхіматозних органів: печінки, селезінки, нирок, легких та ін. Вона є, по суті своїй, капілярною, але буває більш масивною, важко припиняється і більш небезпечна через анатомічні особливості штучної вентиляції легень і судин цих органів.

Залежно від того, куди виливається кров з ушкодженої судини, розрізняють кровотечі зовнішні і внутрішні.

Зовнішні кровотечі характеризуються надходженнями крові безпосередньо на поверхню тіла через рану шкіри. Кровотечі в проміжок порожнього органа (шлунок, кишечник, сечовий міхур, трахея) називаються *зовнішніми схованими*, тому що виділення крові назовні відбувається через визначений період часу, іноді через кілька годин.

Внутрішні кровотечі мають місце у разі наскрізних поранень, закритих ушкоджень (при розірваннях внутрішніх органів без ушкодження шкірних покривів у результаті сильного удару, падіння з висоти, здавлення), а також при захворюваннях внутрішніх органів (виразка, рак, туберкульоз, аневризми судин). При внутрішніх кровотечах кров надходить у якусь порожнину.

Внутрішні кровотечі в замкнуті порожнини (плевральна, черевна, порожнина черепа) особливо небезпечні. Ці кровотечі протікають приховано, діагностика їх украй важка і вони можуть бути нерозпізнані за недостатньо уважного спостереження.

У плевральній або черевній порожнині може легко поміститися вся кров, що циркулює в організмі, тому така кровотеча часто буває причиною смерті.

У деяких випадках кровотеча може стати небезпечною не через кількість крові, що злилася, а в результаті того, що кров, що зливається, викликає здавлення життєво важливих органів. Значна кровотрата можлива при крововиливі в між

тканинних ділянках, у тканини, при цьому утворюються гематоми, синці.

ВИСНОВКИ З ТРЕТЬОГО ПИТАННЯ:

Таким чином, Кровотеча — це виливання через пошкоджену тканину лімфи та крові. У залежності від того, куди виливається кров, кровотечі бувають зовнішніми або внутрішніми. За походженням кровотечі бувають травматичними, викликаними пошкодженням судин, та нетравматичними, пов'язаними з їхнім руйнуванням яким-небудь патологічним процесом або підвищеною проникністю судинної стінки. У залежності від того, які судини були пошкоджені, та методів зупинки, кровотечі поділяють на: артеріальну; венозну; капілярну; паренхіматозну; комбіновану.

Також кровотечі поділяють за швидкістю крововтрати: незначна, середня, тяжка, профузна; та за об'ємом уже втраченої крові

4. ОБРОБКА РАНИ

Рана – механічне порушення цілісності шкіри, слизових оболонок або тканин, що глибше лежать, і внутрішніх органів за одночасного порушення цілісності зовнішніх покровів. Порожнина, що утворилася між тканинами в результаті проникнення предмета, що раниць у глибину тіла, називається раневим каналом. Розрізняють поверхневі і глибокі рани. Поверхневі характеризуються ушкодженням шкіри і слизоватих оболонок. Глибокі рани можуть супроводжуватися ушкодженням судин, нервів, кісток, сухожилля, внутрішніх органів.

Усі рани, крім ран, які наносяться стерильним інструментом під час операції слід вважати інфікованими. Рани, що піддалися дії ще яких-небудь фізичних або біологічних чинників (отрута, радіація) – ускладнені.

Залежно від характеру предмета, що раниць, розрізняють рани колоті, різані, рубані, забиті, рвані, вогнепальні, укушені. Рани, нанесені тупим предметом, завжди мають значні ушкодження країв, супроводжуються сильними болями, що нерідко веде до розвитку шоку.

За будь-якого поранення виникає ряд небезпек, що погрожує життю постраждалого. Поранення, як і всякі травми, можуть викликати загальну реакцію організму – непритомність, шок, термінальний стан. Ці явища розвиваються не тільки в результаті болючого подразнення, але навіть частіше внаслідок кровотечі з рани і крововтрати. Отже, найбільшу небезпеку при пораненнях становить кровотеча. Не менш небезпечна в пізнішому періоді інфекція, що потрапила в рану і через неї може проникнути в організм.

Основа *першої допомоги* при пораненнях – початкове опрацювання рани. У перший момент після поранення найбільш грізну небезпеку дає кровотеча. Причиною більшості смертельних наслідків після поранення є гостра крововтрата, тому перші заходи повинні бути спрямовані на припинення кровотечі будь-яким можливим засобом. Не менш важливе завдання першої допомоги – захист рани від забруднення та інфікування. Правильна обробка рани перешкоджає розвитку

ускладнень у рані і майже втричі скорочує час її загоєння. Обробку рани слід проводити чистими, краще продезінфікованими руками. Накладаючи асептичну пов'язку, не можна торкатися руками тих шарів марлі, що будуть безпосередньо стикатися з раною.

За відсутності антисептичних речовин рана може бути захищена простим накладенням асептичної пов'язки (бинт, індивідуальний пакет, косинка). За наявності дезінфікуючих засобів (перекис водню, розчин фурациліну, спиртовий розчин йоду, бензин та ін.) перед тим, як накласти асептичну пов'язку, необхідно шкіру навколо рани 2-3 рази протерти шматочком марлі або вати, змоченої антисептичною речовиною, намагаючись видалити при цьому з поверхні шкіри бруд, шматки одягу, землю. Це попереджує інфікування рани зі шкіри навколо після накладення пов'язки.

Рану не можна промивати водою – це сприяє інфікуванню. Не можна допускати попадання припікальних антисептичних речовин на поверхню рани. Спирт, спиртовий розчин йоду, бензин викликає загибель клітин, що сприяє нагноєнню рани і різкому посиленню болю, що також не бажано. Не слід видаляти сторонні тіла і бруд із глибоких шарів рани, тому що це веде до ще більшого інфікування рани і може викликати ускладнення (кровотеча, ушкодження органів).

Дрібні сторонні тіла, що попали в шкіру (занози, колючки, осколки скла), викликають біль, вносять у тканину інфекцію і можуть служити причиною розвитку важких запальних процесів.

Бруд, пісок, землю із саден легше всього видалити, промивши садна перекисом водню. Занози, колючки та інші сторонні тіла витягають за допомогою пінцета, голки, можна пальцями. Після видалення стороннього тіла ранку необхідно обробити будь-яким антисептичним розчином. Сторонні тіла з великих ран може видаляти тільки лікар під час первинної хірургічної обробки.

Рану не можна засипати порошками, накладати на неї мазь, не можна безпосередньо до раненої поверхні прикладати вату – все це сприяє розвитку інфекції в рані.

Іноді в рану живота можуть випадати внутрішні органи. При опрацюванні такої рани не можна занурювати органи, що випали, усередину рани, пов'язку накладають поверх органів, що випали.

При великих пораненнях кінцівок слід іммобілізувати їх. Поранених транспортують у положенні лежачи на спині.

ВИСНОВКИ З ЧЕТВЕРТОГО ПИТАННЯ

Таким чином, рану не можна промивати водою – це сприяє інфікуванню. Не можна допускати попадання припікальних антисептичних речовин на поверхню рани. Спирт, спиртовий розчин йоду, бензин викликає загибель клітин, що сприяє нагноєнню рани і різкому посиленню болю, що також не бажано. Не слід видаляти сторонні тіла і бруд із глибоких шарів рани, тому що це веде до ще більшого інфікування рани і може викликати ускладнення (кровотеча, ушкодження органів). Рану не можна засипати порошками, накладати на неї мазь, не можна безпосередньо до раненої поверхні прикладати вату – все це сприяє розвитку

інфекції в рані.

5. ЗАСОБИ ТИМЧАСОВОГО ЗУПИНЕННЯ КРОВОТЕЧІ

В умовах надання першої допомоги можливе тільки тимчасове або попереднє припинення кровотечі на період, необхідний для доставки постраждалого в лікарню.

До засобів тимчасового припинення кровотечі належать:

- 1) надання ушкодженій частині тіла піднятого положення стосовно тіла;
- 2) затиснення судини, що кровоточить, у місці ушкодження за допомогою пов'язки, що здавлює;
- 3) притиснення артерії;
- 4) припинення кровотечі фіксуванням кінцівки у положенні максимального згинання або розгинання в суглобі;
- 5) кругове здавлення кінцівки джгутом;
- 6) припинення кровотечі затискачем, що накладається на судину, яка кровоточить, у рані.

Капілярна кровотеча легко припиняється накладенням звичайної пов'язки на рану. Для зменшення кровотечі на період готування перев'язувального матеріалу достатньо підняти ушкоджену кінцівку вище рівня тіла. При цьому різко зменшується приток крові до кінцівки; знижується тиск у судинах, що забезпечує швидке утворення згустку крові в разі закриття судини і припинення кровотечі.

При *венозній кровотечі* надійне тимчасове припинення кровотечі здійснюється накладенням пов'язки, що здавлює. Поверх рани накладають декілька шарів марлі, щільна грудка вати і туго бинтують. Придушені пов'язкою кровоносні судини швидко тромбуються, тому даний засіб тимчасового припинення кровотечі може стати остаточним. При сильній венозній кровотечі на період підготування пов'язки, що здавлює, кровотечу з вени можна тимчасово припинити, притиснувши рану пальцями і піднявши нагору кінцівку.

Артеріальну кровотечу з невеличкої артерії можна з успіхом припинити за допомогою пов'язки, що давить. У разі кровотечі зі значної артерії для негайного припинення кровотечі використовують прийом притиснення артерії в рані пальцем на період підготування засобів, необхідних для більш надійного припинення кровотечі. Різновидами припинення кровотечі в рані є покладання кровоспинного затискача на зяючу кровоносну судину і туга тампонада рани стерильною серветкою, бинтом та ін. Накладений затискач необхідно міцно фіксувати і забезпечити його нерухомість на період транспортування постраждалого.

Для екстреного припинення артеріальної кровотечі широко застосовують метод притиснення артерій до кісток. Цей засіб притиснення заснований на тому, що деякі артерії легко доступні для пальпації і можуть бути цілком перекриті притисненням їх до підлягаючих кісткових утворень. Тривале припинення *кровотечі* пальцевим притисненням артерії неможливе, тому що це потребує великої фізичної сили; вона стомлива для того, хто надає допомогу, і практично виключає можливість транспортування постраждалого в стаціонар. Засіб, що

забезпечує припинення кровотечі, повинен бути таким, що не інфікує рану і дозволяє виграти час для приготування всього необхідного для застосування більш зручного засобу припинення кровотечі: накладення пов'язки, що давить, закрутки, джгута. Притиснути артерію можна великим пальцем, долонею. Особливо легко можуть бути придавлені стегнова і плечова артерії, сузужніше притиснути сонну й особливо підключичну артерію.

Це вдасться, якщо зігнуті в ліктях руки максимально відвести й міцно фіксувати на рівні ліктьових суглобів. Підколінну артерію можна передавити фіксуванням ноги з максимальним згинанням у колінному суглобі. Стегнова артерія може бути передавлена максимальним приведенням стегна до живота. Плечову артерію в ділянці ліктьового суглоба вдасться перекрити максимальним згинанням руки в ліктьовому суглобі. Даний прийом більш ефективний, якщо в зону згинання кінцівки закласти марлевий або ватяний валик.

Надійно зупиняє кровотечі з артеріями туге кругове притискання кінцівки, що забезпечує притискання всіх судин вище місця поранення. Найбільш легко це зробити за допомогою спеціального гумового джгута.

Техніка накладення джгута. Для накладення джгута на верхню кінцівку найбільш зручним місцем є верхня третина плеча, на нижню – середня третина стегна.

Накладення джгута допускається лише при сильній кровотечі з артерій:

- на рівні плеча або стегна;
- при ампутації кінцівки на будь-якому рівні;
- при відкритому переломі;

У всіх інших випадках застосовувати його не рекомендується.

Для попередження пошкодження шкіри підкладають рушник, одяг пораненого і т.д. Кінцівку трохи піднімають вгору, рушник підводять під кінцівку, розтягують і декілька разів обгортають навколо кінцівки до припинення кровотечі. Смужки джгута повинні лягати поруч одна з одною (або черепицеподібно), не чіпляючи шкіри. Найбільш тугою повинна бути перша смужка, другу накладають із меншим натягом. Кінці джгута фіксують за допомогою ланцюжка і гачка поверх усіх смужок. Тканини повинні здавлюватися лише до припинення кровотечі.

Критерії правильного накладення джгута:

- 1) артеріальна кровотеча негайно припиняється;
- 2) кінцівка блідне;
- 3) пульсація судин нижче накладеного джгута припиняється.

Неправильне:

- 1) надмірне затягування джгута може викликати розтрощення м'яких тканин (м'язи, нерви, судини) і стати причиною розвитку паралічів кінцівок;
- 2) слабо затягнутий джгут кровотечі не зупиняє, а навпаки, створює венозний застій (кінцівка не блідне, а набуває синюшного кольору) і посилює венозну кровотечу.

Помилками при накладенні джгута є:

- 1) відсутність показань, тобто накладення його при венозній і капілярній

кровотечі;

- 2) накладення на голе тіло;
- 3) далеко від рани;
- 4) слабкий натяг;
- 5) надмірне затягування;
- 6) погане закріплення кінців;
- 7) не зазначений в записці час (під джгут).

Протипоказання: запальний процес у місці накладення джгута.

Джгут на кінцівки можна накладати не більш ніж на 1,5-2 години. Тривале здавлення судин призводить до відмирання всієї кінцівки. У зв'язку з цим категорично забороняється поверх джгута накладати пов'язки, косинки. Якщо остаточне припинення кровотечі не відбувається, то необхідно на 10-15 хв. джгут зняти (кровотечу попереджують здавлюванням пальців) і накласти знову вище або нижче.

За відсутності джгута кругове перетягування може бути здійснено гумовою трубкою, ременем, хусткою, шматком матерії.

Кругове перетягування кінцівки шляхом скручування підсобних засобів. Пристосований для закручування предмет вільно зав'язують на потрібному рівні. В утворену петлю проводять палицю або дощечку і, повертаючи її, закручують петлю до повного припинення кровотечі, після чого палицю фіксують на кінцівці. Накладення закрутки досить болісна процедура, тому необхідно під закрутку, особливо під вузол, що-небудь підкласти. Небезпека й ускладнення, що має місце при накладенні джгута, є результатом неправильного його накладення.

Кровотеча може виникнути не тільки при пораненні, але також у результаті захворювань і тупих травм. Носова кровотеча може бути значною і вимагати невідкладної допомоги. Причини носових кровотеч різноманітні. При носовій кровотечі кров надходить не тільки назвні, через носові отвори, але й у глотку, і в порожнину рота. Це викликає – кашель, нерідко блювоту. Хворий стає неспокійним, що посилює кровотечу. Той, хто надає допомогу, повинен насамперед усунути всі причини, що посилюють кровотечу. Треба заспокоїти хворого, переконати його в тому, що різкі рухи, кашель, розмова, напруга посилюють кровотечу.

Перша допомога при носовій кровотечі. Хворого слід посадити, надати йому положення, за якого можливість надходження крові в носоглотку буде меншою, покласти на ділянку носа і перенісся пузир із льодом, загорнений у хустку клубок снігу, змочені холодною водою хустку, бинт, клубок вати. Крім місцевих впливів, необхідно забезпечити достатній притік свіжого повітря; якщо кровотеча виникнула від перегрівання, перекласти хворого в тінь, покласти холодні компреси на голову і груди.

Якщо кровотеча не припиняється, можна спробувати її зупинити сильним притисненням обох половинок носа до носової перегородки. При цьому голову хворого нахилиють дещо вперед і якомога вище, із силою стискаючи ніс. Дихати хворий повинен через рот. Стискати ніс потрібно протягом 3-5 хв. і більше. Кров, що потрапила в рот, хворий повинен випльовувати.

У місце притиснення можна провести тампонаду носових отворів сухою

грудкою вати або грудкою вати, змоченою розчином перекису водню. У носові отвори вводять ватяні кульки, голову хворого нахиляють уперед. На ваті кров досить швидко згортається і кровотеча припиняється.

Кровотеча після видалення зуба. Після видалення зуба може виникнути значна кровотеча, яку зупиняють заповненням прогалини в яснах клубком вати і щільним притисненням її до зубів.

Кровотеча при ушкодженні слухового проходу і внутрішньої структури вуха (удар, подряпини, перелом кісток черепа). Її зупиняють уведенням у зовнішній слуховий прохід марлі, складеної у вигляді лійки, яку утримують марлевою пов'язкою на вусі.

Легенева кровотеча: у хворого з мокротою при кашлі починає виділятися червона піниста кров.

Медична допомога:

- звільнити від одягу, що утруднює дихання;
- негайно надати положення напівсидячи;
- заспокоїти хворого, створити повний спокій;
- рекомендувати хворому глибоко дихати і стримувати кашель;
- на груди покласти пляшку із льодом.

Транспортування: в положенні напівсидячи.

Шлунково-кишкова кровотеча. Симптоми: блідість, слабкість, пітливість, блювота "кавовою гущею", часте рідке випорожнення чорного кольору.

Медична допомога: горизонтальне положення, надати хворому спокій, холод на живіт; заборонити вживання їжі і рідини.

ВИСНОВКИ ДО П'ЯТОГО ПИТАННЯ:

Таким чином розрізняють три види кровотечі, кожний з яких має свої особливості: капілярна кровотеча легко припиняється накладенням звичайної пов'язки на рану. Для зменшення кровотечі на період готування перев'язувального матеріалу достатньо підняти ушкоджену кінцівку вище рівня тіла. При цьому різко зменшується притік крові до кінцівки; знижується тиск у судинах, що забезпечує швидке утворення згустку крові в разі закриття судини і припинення кровотечі.

При венозній кровотечі надійне тимчасове припинення кровотечі здійснюється накладенням пов'язки, що здавлює. Поверх рани накладають декілька шарів марлі, щільна грудка вати і туго бинтують. Придушені пов'язкою кровоносні судини швидко тромбуються, тому даний засіб тимчасового припинення кровотечі може стати остаточним. При сильній венозній кровотечі на період підготування пов'язки, що здавлює, кровотечу з вени можна тимчасово припинити, притиснувши рану пальцями і піднявши нагору кінцівку.

Артеріальну кровотечу з невеличкої артерії можна з успіхом припинити за допомогою пов'язки, що давить. У разі кровотечі зі значної артерії для негайного припинення кровотечі використовують прийом притиснення артерії в рані пальцем на період підготування засобів, необхідних для більш надійного припинення кровотечі. Різновидами припинення кровотечі в рані є покладання кровоспинного затискача на зяючу кровоносну судину і туга тампонада рани

стерильною серветкою, бинтом та ін. Накладений затискач необхідно міцно фіксувати і забезпечити його нерухомість на період транспортування постраждалого.

ВИСНОВКИ З ТЕМИ

Таким чином, ми розглянули питання щодо визначення видів та надання долікарської допомоги при кровотечах. Після усього сказаного ще раз треба зрозуміти, що для того, щоб надати необхідну медичну допомогу у повному обсязі треба на самперед правильно виставити діагноз що можливо після повного збирання анамнезу (де важливе місце займають той чи інший механізм, анатомічні особливості органу і т.і.); та правильно проведеного об'єктивного огляду постраждалого. Необхідно не забувати про правила поведження з постраждалими (вміти правильно зняти одяг, підняти, перенести на інше місце і т. і.). треба пам'ятати, що ускладнювати будь-яку травму може травматичний шок – загрозливий для життя стан, що виникає в результаті дії на організм надмірних подразників. Таким чином, одним з елементів надання першої допомоги є припинення кровотечі.

МЕТОДИЧНІ ПОРАДИ ЩОДО ПІДГОТОВКИ ДО ДАНОЇ ТЕМИ

Під час лекції розглядаються лише базові, основоположні теоретичні поняття та методи долікарської допомоги як комплексної науки, її загальної структури, предмету.

При підготовці теми, студентам слід враховувати різнобічні наукові підходи до визначення, класифікації та розуміння деяких питань.

Серед них слід виділити: основні засоби та методи долікарської допомоги, зокрема, - пізнавальну, евристичну, прогностичну, організаційно-практичну, ідеологічну.

Для вдалого засвоєння цієї теми, студентам рекомендується звернутись не лише до базового (обов'язкового) списку літератури, а й до інших наукових джерел, які можна знайти у бібліотеці університету.

Так, під час розгляду теми, слід, також, використовувати наукові праці як українських, так і зарубіжних вчених.

Однак, опрацьовувати додаткову літературу слід з урахуванням національної доктрини.

ТЕМА № 2

**Поняття та види травматизму. Черепно-мозкова травма. Ушкодження грудної клітини (живота). Ушкодження кісток та суглобів
(2 години)**

ПЛАН ЛЕКЦІЇ:

1. Травми (поняття, класифікація, ускладнення).
2. Особливості клінічного обстеження травматологічних хворих
3. Закрите ушкодження м'яких тканин
4. Травматичне ушкодження голови
5. Травматичні ушкодження грудної клітини і живота
6. Ушкодження кісток і суглобів

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА:

1. Апанасенко Б.Г.. Перша медична допомога. Київ, 2009 р.
2. Буянов В.М.. Первая медицинская помощь. Москва, 1987 г.
3. Краткая медицинская энциклопедия. М., 1990 г.
4. Мудрий С.П., Крук З.В. Перша допомога потерпілому при автомобільній катастрофі. Київ, "Здоров'я", 2006 р.
5. Общепрактическая семейная медицина. Минск, 1997 г.
6. Справочник терапевта. М., 1996 г.
7. Синельников Р.Д. Атлас анатомии человека. М., 1997 г.
8. Великорецький А.М. Перша долікарська допомога. Київ, "Здоров'я", 2014 р.
9. Я. Юнас. Атлас первой медицинской помощи. 1974 г.

Додаткова література

Електронні українські видання

1. Адвокатура: <http://advocatura.kiev.ua>
2. Вісник НАДУ: <http://www.academy.kiev.ua/visnadu.html/>
3. Вісник прокуратури:
<http://www.gpu.gov.ua/control/uk/publish/article/infoartid/>
4. Іменем закону: <http://www.imzak.org.ua/index.php/presentation/>
5. Інтернет-адвокат: <http://www.ia.org.ua/>
6. Криминал експрес: <http://www.crim.delovoy.com/>

МЕТА ЛЕКЦІЇ:

Головною метою лекції є опанування студентами навичок та вмінь щодо визначення виду травми та профілактичних дій. Студенти повинні вміти розрізняти фактори, які визначають тяжкість ушкодження і їх наслідки. Вирізняти стан травматичного шоку. Ідентифікувати закриті ушкодження м'яких тканин, травматичні ушкодження голови, грудної клітини і живота також оволодіння знаннями щодо діагностики переломів черепа, закритих травм мозку, клінічних проявів закритих травм живота, переломів ребер та грудної клітини та вмітнуть надавати першу медичну допомогу при даних видах травм.

ВСТУП

З необхідністю надання само та взаємодопомоги людина зіткнулася дуже давно. Результати лікування переломів кісток стали відомі завдяки

археологічним знахідкам у різноманітних кутках земної кулі. При вивченні скелетів доісторичних людей із тими або іншими ушкодженнями встановлено, що в лікуванні переломів існував відомий «ортопедичний підхід», доказом чого є гарне зрощення переломів при правильному зіставленні відломків. Про мистецтво лікування переломів свідчать також знахідка мумій: за 2500 років до н.е. переломи лікували, дотримуючи принципи іммобілізації відломків.

У IV в. до н.е. свої знання по медицині виклав Гіппократ. У трактатах докладно викладаються симптоми і методи лікування вивихів і переломів. Методи управління вивихів по Гіппократові не втратили своєї цінності дотепер.

1. ТРАВМИ (ПОНЯТТЯ, КЛАСИФІКАЦІЯ, УСКЛАДНЕННЯ)

Травмою називають раптовий одномоментовий вплив на організм зовнішніх чинників (механічних, термічних, електричних, променевих, психічних і ін.). Травма може викликати анатомічні або функціональні порушення в органах і тканинах, що супроводжуються загальною і місцевою реакцією організму.

Травматологія - наука про ушкодження людського тіла, що вивчає загальні і місцеві процеси і стани організму, що виникають під впливом різноманітних чинників, що порушують цілісність і функцію тканин і органів, а також розробляє методи профілактики і лікування ушкоджень і їхніх ускладнень. У минулому травматологія вважалась значним розділом загальної хірургії. В даний час вона являє собою поняття зведене і складається з численних поділів, що є частиною окремих фахів.

Травматичні ушкодження займають третє місце в загальній захворюваності (12,7%), поступаючи грипу й ГРВІ, а також серцево-судинним захворюванням. У чоловіків травми зустрічаються в 2 рази частіше, ніж у жінок. У чоловіків у віці 15-29 років травми займають перше місце в загальній захворюваності. Від 5,5-8,5% хворих із травмами перебувають у госпіталізації.

За умовами виникнення травми можна розділити на 3 групи: виробничі, невиробничі і військові.

Виробничі: а) промислові; б) сільськогосподарські.

Невиробничі: а) транспортні; б) вуличні; в) дитячі; г) побутові; д) спортивні; е) навмисні.

Військові: а) вогнепальні ушкодження; б) закриті ушкодження.

За **видом ушкодження** бувають: 1) механічні; 2) хімічні; 3) термічні; 4) променеві; 5) вогнепальні; 6) комбіновані.

Види механічних травм:

✓ Закриті травми - при якій шкіра і слизоці оболонки залишаються непошкодженими.

✓ Відкриті травми - супроводжуються ушкодженням слизових оболонок і шкірних покривів, що різко збільшує небезпеку інфікування ушкоджених тканин і призводить до ускладнень часом дуже важких (правець, остеомієліт, газова гангрена).

Розрізняють неускладнені й ускладнені ушкодження; за часом розвитку ускладнення можуть бути безпосередніми, що виникають у момент ушкодження або в перші часи після нього (шок, кровотеча, ушкодження життєво важливих органів). Ускладнення, що виникають у різноманітні терміни (від часів до тижнів), причиною яких є хірургічна інфекція - нагноєння рани, перитоніт, плеврит, і т.д. - найближчі. Пізні ускладнення з'являються у віддалені терміни після ушкодження і пов'язані з розвитком хронічної гнійної хірургічної інфекції (хр. остеомієліт, свищі й ін.).

У залежності від **характеру ушкодження** травми можуть бути простими, слідством яких є ушкодження одного органа або частини його (перелом стегна) і комбіновані, при яких сполучаються різноманітна локалізація ушкодження і різноманітні чинники, що травмують, (перелом стегна і відмороження стоп).

У залежності від ушкодження органів розрізняють травми, що проникають у порожнину і не проникають.

Виділяють також травми прямі, виникаючі безпосередньо на місці додатки чинника, що травмує, і непрямі, що виникають в області віддаленої від місця додатка сили, що травмує, (перелом хребта при падінні на сідничні бугри).

Вага ушкоджень і їхніх наслідків визначається декількома чинниками.

1. Механізм травми і зовнішній чинник, що викликав ушкодження: важкі і тверді предмети викликають більш важкі ушкодження тканин, чим легкі м'які предмети; гострі предмети частіше викликають відкриті ушкодження, а тупі - закриті. Має значення термічний і хімічний стан агента, що травмує. Велику роль грають напрямок сили, що травмує, кут її дії, швидкість і тривалість. При визначеному механізмі травми звичайно виникають типові ушкодження (так при падінні на долоню витягнутої руки - перелом променевої кістки, гвинтоподібний перелом кісток гомілки на слизькій дорозі і т.д.)

2. Анатомо-фізіологічні особливості органу. Органи малостійкі і підтверджуються при впливі навіть невеликої сили (розриви внутрішніх органів). Істотне значення має фізіологічний стан органа: вогнепальні поранення шлунка, кишки, коли вони переповнені їжею, призводять до великого розірвання, що необхідно враховувати також при тупій травмі живота.

У старих і людей похилого віку фізіологічні зміни кісткової тканини в силу великої тендітності і м'якості кісток частіше призводять до ушкодження навіть при незначній травмі.

3. Патологічні зміни органів і тканин роблять їх менше стійкими до травми: для їхнього ушкодження достатньо невеличкого зусилля (остеомієліт, авітамінози і т.д.)

4. Несприятливі умови зовнішнього середовища можуть значно ускладнити вплив ушкодження: травма на холоді часто ускладнюється важким шоком; відмороження, переохолодження в сполученні з переломом можуть ускладнитися пневмонією; жару і забруднення рани землею - інфікування рани - гнійні ускладнення.

5. Ослаблення імунітету, алергічні реакції, алкоголь, наркотики, що отруюють речовини знижують стійкість до травми - впливає шок, інфекційні ускладнення.

ВИСНОВКИ З ПЕРШОГО ПИТАННЯ:

Таким чином, не тільки по механізму травми можна судити про характер тілесних пошкоджень але й навпаки по характеру тілесних пошкоджень можна припустити той чи інший механізм травми, що може бути використано в діяльності працівників правоохоронних органів.

2. ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ОБСТЕЖЕННЯ ТРАВМАТОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ

Анамнез. При травматичних ушкодженнях дуже важливо з'ясувати механізм їх виникнення, тому що це відіграє роль як у встановленні діагнозу, так і профілактиці виробничого травматизму.

Огляд хворого і місця травми навіть без спеціальних апаратів може дати цінну інформацію для діагнозу, можна припустити локалізацію і характер ушкодження. Обов'язково проводять порівняльний огляд здорової і травмованої кінцівки. При огляді постраждалого або органу, який травмований, розрізняють три основних положення: пасивне, активне і змушене.

Пасивне положення всього тіла характерно для важких ушкоджень при несвідомому стані постраждалого, при ушкодженні головного або спинного мозку з наявністю паралічів. Пасивне положення кінцівки можливо при переломі (наприклад, при переломі шийки стегнової кістки ушкоджена кінцівка пасивно ротована; при ушкодженні великих нервів можливо пасивне положення кінцівок і відсутність активних рухів). Змушене положення кінцівок спостерігається при вивихах і переломах.

При огляді шкіри і слизових оболонок звертають увагу на блідість або гіперемію шкіри, вологість шкіряних покровів (суха, гаряча шкіра, холодний липкий піт, наявність саден, синців, локалізація, розмір, колір).

Відхилення кінцівки від осі (пряма лінія, що з'єднує верхню підвздошню ость та перший палець стопи). Огляд дозволяє виявити зміну ушкодженого органа - сглаженість контуру суглоба при гемартрозі, припухлість при гематомі м'яких тканин, деформація кінцівки при переломі.

Пальпація. При обмацуванні місця додатка травми визначають наявність хворобливості, припухлості, здавлення тканин. Пальпація дозволяє визначити дефект тканин у виді западання (при розірванні м'язи, сухожилля). Перелом ключиці характеризується ступенеобразною деформацією її; при нарузі ікроного м'яза визначається западення в області п'яткового (ахілова) сухожилля при його розірванні.

Аускультация - має велике значення при ушкодженні органів грудної і черевної порожнини, дозволяє виявити зміни, що виникають унаслідок травми (відсутність перистальтики та дихання).

Визначення рухів у суглобі починають із з'ясування можливості активних рухів, вироблених самим хворим. Пасивні рухи визначає лікар.

Всі інші методи спеціалізовані.

Для оцінки стана постраждалого при **важкій травмі** відразу ж необхідно з'ясувати таке:

1. Можливість контакту з хворим - відповіді на питання, виконання найпростіших дій.
2. Прхідність дихальних шляхів:
3. Стан подиху: частота, глибина.
4. Стан ССС: ЧСС, ритм, наповнення.
5. Наявність глазних симптомів (анізотропія, широкі зіниці).
6. Наявність виділень крові (сукровиці) із носа, вух.

Шок – загрозовий для життя стан, що виникає в результаті дії на організм надмірних подразників. Характеризується прогресуючим порушенням основних життєвих функцій, передусім гемодінаміки і метаболізму.

У розвитку травматичного шоку при пасивних ушкодженнях м'яких тканин, при травматичному тисикозі, переломах кісток, розірваннях і т.д. відіграють роль болючий чинник, крововтрата, вплив токсичних продуктів розпаду тканин.

Надання першої допомоги 1) припинення кровотечі; 2) забезпечення прохідності дихальних шляхів і адекватної вентиляції легень; 3) знеболювання; 4) замісна терапія; 5) іммобілізація; 6) адекватне транспортування, що щадить, постраждалого - повернути голову постраждалого набік при транспортуванні (на животі при ушкодженні і кровотечі з носа) тепло укрити; горілка, вино (в невеликій кількості до 50-100 мл.); гарячий чай.

ВИСНОВКИ З ДРУГОГО ПИТАННЯ:

Таким чином, при наданні першої допомоги необхідно додержуватися заданої послідовності, яка потребує швидкої і правильної оцінки. Необхідно уявити в собі обставини, при яких була отримана травма і котрі вплинули на її виникнення і характер. Це особливо важливо у тих випадках коли постраждалий знепритомлений.

3. ЗАКРИТЕ УШКОДЖЕННЯ М'ЯКИХ ТКАНИН

До закритих ушкоджень відносяться механічні ушкодження м'яких тканин (ушиб, здавлення, розтяги і розірвання) без порушень цілісності шкіряного покриву.

Ушиб - закрите механічне ушкодження м'яких тканин і органів без видимого порушення їхньої анатомічної цілісності (на відміну від підшкірних розірвань). Ушиб звичайно виникає в результаті падіння або удару, нанесеного тупим предметом, що володіє малою кінетичною енергією (камінь, деталь виробу, інструмент і т.д.). Забиті місця м'яких тканин можуть бути самостійним ушкодженням або спостерігаються одночасно при переломах, нанесених тупим предметом забитих ранах. Частіше усього зустрічаються зовнішні (поверхневі) забиті місця кінечностей і голови. Вони можуть супроводжуватися забитим місцем і іншими ушкодженнями (струс, розриви) внутрішніх органів грудної клітини, живота, головного мозку. Клінічними ознаками забитого місця є: 1) біль; 2) припухлість; 3) крововилив; 4) порушення функції.

Біль - перший симптом забитого місця - виявляється відразу в момент травми і буває значної. Особливо сильний біль буває при забитому місці окістя. Потім біль декілька зменшується або носить помірний характер, а через 1-3

години після травми відновляється або значно посилюється. Зміна характеру болю, збільшення її інтенсивності обумовлені посиленням травматичного набряку, крововиливи (просочування тканин кров'ю) або наростанням гематоми.

При ушибі кінцівки руху в суглобі спочатку збережені, а в міру наростання крововиливу і набряку вони стають неможливими, особливо при гемартрозі. Таким розладом функції забиті місця відрізняються від переломів і вивихів, при яких активні і пасивні рухи стають неможливими відразу після травми.

Припухлість в області забитого місця з'являється швидко. При огляді вона має вид хворобливого ущільнення, що без чітких меж переходить у здорові тканини. Найбільша хворобливість при пальпації відзначається при забитому місці окістя, утворенні гематоми. Припухлість, як правило, наростає в перші часи або добу після травми, що обумовлено розвитком травматичного набряку і запальних змін.

Для забитих місць характерно розвиток синця, що обумовлено просочуванням шкіри і підшкірної клітковини кров'ю, що вилілась. При ушибі шкіри і підшкірної клітковини він з'являється відразу ж у перші хвилини або часи. При забитому місці м'язів окістя синці з'являються на 2-3 добу й іноді удалині від місця забитого місця. Поява пізніх синців, особливо удалині від місця забитого місця, є серйозним симптомом і потребує додаткового дослідження (виняток переломи, тріщини кістки). Як приклад можна привести симптом "очок" - синці в області орбіт, що з'являються через кілька годин і навіть на другу добу після забитого місця голови. Поява цього симптому є грізною ознакою травми черепа - перелом його підстави.

Колір синця піддається визначеним змінам унаслідок розпаду гемоглобіну. Свіжий синець червоного кольору, через 5-6 днів він стає зеленим, а потім - жовтим. По кольору синця можна судити про давнину травми.

При наданні допомоги на місце ушибу накладають давлячу пов'язку. Протягом першої доби для зменшення крововиливу до місця прикладають пухир із льодом, через кожні 2 години роблять перерви на 30-40 хвилин. При ушибах кінцівок, що супроводжуються гемартрозом, необхідно створити спочинок - підняте положення; накласти давлячу пов'язку на суглоб. Починаючи з 2-3 доби для прискорення розсмоктування крововиливу застосовують теплові процедури - грілки і т.д.

Великі гематоми пунктирують через 5-7 днів, видаляють кров і накладають давлячу пов'язку.

При обстеженні хворого з забитим місцем кінцівок необхідно визначити пульсацію периферичних артерій, порівняти шкірну температуру обох кінцівок, досліджувати чутливість на периферичних ділянках, тому що забиті місця можуть супроводжуватися ушкодженням або здавленням гематомою судинно-нервового пучка.

Травматичний токсикоз - синдром тривалого роздавлювання - своєрідний патологічний стан, обумовлений тривалим (4-8 ч.) роздавлюванням м'яких тканин кінцівок в основі якого лежать ішемічний некроз м'язів, інтоксикація продуктами некроза з розвитком печінково-ниркової недостатності. Виникає синдром після

звільнення кінцівки від здавлення, витяги постраждалого з-під уламків зруйнованих будинків, ґрунту.

У клінічному перебігові синдрому тривалого роздавлювання виділяються три періоди: 1) ранній, розвивається після звільнення потерпілого з-під руїн (перші 2-3 дні); 2) проміжний (з 3-4-го по 8-12 день) - період гострої недостатності нирок період; 3) період видужання.

Відразу ж після усунення компресії загальний стан у більшості потерпілих задовільний, скарги на біль, обмеження рухів в ушкоджених частинах тіла. При огляді ушкодженої кінцівки звертають на себе увагу блідість шкіри, ціаноз, деформація в ділянках найбільшого роздавлювання тканин. Пульсація судин кінцівки ослаблена. У найближчі години наростає набряк кінцівки і вона набуває дерев'янистої твердості. Набряк поширюється за межі травмованих тканин. У місцях найбільшого роздавлювання з'являються пухирі із серозним або серозно-геморагічним вмістом. Кінцівка стає холодною, пульсація не визначається, чутливість знижується. Загальний стан хворих погіршується.

Невідкладна допомога: 1) накладення джгута вище від місця роздавлювання на вільну проксимальну частину кінцівки до її звільнення; 2) звільнення кінцівки від здавлення; 3) туге бинтування кінцівки звичайним або еластичним бинтом до місця накладення джгута, транспортна іммобілізація кінцівки; 4) Обкладання кінцівки льодом, продовжувати 2-3 дні, через кожні 3-5 год. наймати на 1,5-2 часу; 5) зняття джгута.

Розтяг і розриви

При різкому і раптовому сильному прямуванні, що переходить межі еластичності зв'язок сухожилля і м'язів, але зі збереженням їхньої анатомічної цілісності, настає розтяг, а при переході бар'єра еластичності з порушенням анатомічної цілісності орган і розірванням тканин відбувається розірвання. Частіше усього зустрічається розтяг зв'язок гомілко-ступневого суглоба при підгортанні стопи, рідше - колінного суглоба. Клінічні прояви розтягу аналогічні забитому місцю тканин: локалізована хворобливість, припухлість, набряк тканин, хворобливі прямування в суглобі. Допомога: спочинок, давляча пов'язка, холод у першу добу, потім теплові процедури для розсмоктування крововиливу. Відразу після травми використовують заморожування хлоретилем.

Розриви м'язів спостерігаються при надмірній їхній напрузі. Найбільше часто пошкоджуються двухоловий м'яз плеча, чотирьохголовий м'яз стегна і ікроножна м'яз. Клініка досить типова: у момент розірвання хворий відчуває сильний біль (удар електричним током), функція м'язів цілком виключається. На місці розірвання визначається западина і гематома. При неповному розірванні м'язи кінцівку іммобілізують гіпсовою лонгетой, надавши м'язу положення повного розслаблення. Іммобілізація продовжується 2-3 тижня, потім застосовують масаж, лікувальну фізкультуру. При повному розірванні м'язів лікування тільки оперативне.

ВИСНОВКИ З ТРЕТЬОГО ПИТАННЯ:

Таким чином, закриті ушкодження м'язових тканин є найбільш розповсюдженим видом травм, котрі, як правило, мають відносно легкий перебіг і у більшості своїй благоприємні для одужання (за винятком здавлення м'язових

тканин). Загальними принципами надання першої медичної допомоги вище сказаних пошкоджень є:

1. створити спочинок;
2. іммобілізувати кінцівку;
3. локальне охолодження.

4. ТРАВМАТИЧНЕ УШКОДЖЕННЯ ГОЛОВИ

До закритих травм черепа відносяться черепно-мозкові ушкодження без порушення цілісності шкірних покривів голови або травматичні ушкодження мозку при пораненні м'яких тканин, але без ушкодження кісток черепа.

Закрите ушкодження м'яких тканин голови можуть бути у виді забитих місць, сдавлень, крововиливів, гематом. Виявляються вони так само, як і ушкодження м'яких тканин інших локалізацій.

Переломи черепа можуть бути у виді тріщин, оскольчатих і втиснених переломів, локалізованих у склепінні або підставі черепа. Втиснені переломи черепа можуть супроводжуватися ушкодженнями мозку у виді забитого місця або сдавлення. При переломах підстави черепа часто спостерігається витікання цереброспинальної рідини з носа (при дефекті твердої мозкової оболонки в області пластинки гратчастої кістки або в місці перелому клиновидної кістки), або слухового проходу (при перелому піраміди).

Для переломів підстави черепа характерні крововиливи в м'які тканини голови з відповідною локалізацією: крововилив в області орбіт (симптом очок) характерний для переломів кісток передньої черепної ямки; при переломі кісток в області задньої черепної ямки крововилив локалізується в області потилиці або задньої поверхні; при переломі кісток в області середньої черепної ямки крововилив локалізується в області соцеєвидного відростку.

Закриті травми мозку

До закритих черепно-мозкових травм належать ушкодження мозку без порушення цілісності шкірного покриву: ***струс головного мозку, удар головного мозку, здавлення головного мозку.***

Загальними мозковими симптомами у разі травми головного мозку є розлади свідомості: пригнічення або втрата до 30 хвилин, головний біль, блювота. Залежно від локалізації ушкодження мозку можливі осередкові неврологічні симптоми – порушення руху, втрата чутливості. Можливі ознаки подразнення мозкових оболонок.

Струс мозку: зустрічається частіше за інші ушкодження мозку. Грубих анатомічних змін мозкової речовини при цьому не відзначається, а спостерігаються крапкові крововиливи, порушення мікроциркуляції, набряк мозку. Характерна короткочасна втрата свідомості (до 30 хвилин), ретроградна амнезія, нудота. Блювота виникає найближчим часом після травми. Скарги на головний біль, шум у вухах, запаморочення, підвищена пітливість, серцебиття. ***Об'єктивно***: у перші години (навіть хвилини) може визначатися горизонтальний, рідко вертикальний ністагм, зниження рогівкових рефлексів, реакції зіниць на світло, легка асиметрія шкірних і сухожильних рефлексів, виражені вегетативні

розлади (лабільність пульсу й артеріального тиску, мерзлякуватість, пітливість).

Удар головного мозку супроводжується анатомічним ушкодженням мозкової тканини, отже, більш важкою клінічною картиною. При цьому визначається не тільки загально мозкова, але й осередкова симптоматика, менінгеальні симптоми. Для удару мозку другого ступеня характерний перелом кісток черепа. *Об'єктивно*: непритомність від 30 хвилин до 3-х діб і більше, парези (відсутність рухів) і паралічі кінцівок, виділення крові зі слухових проходів і т. д.

Здавлення головного мозку: при травматичних ушкодженнях визначається механічним зменшенням черепної коробки за рахунок кісткових уламків при втиснених переломах черепа; за рахунок зростаючої внутрішньочерепної гематоми, за рахунок збільшення обсягу мозку внаслідок його травматичного набряку.

Для розвитку клінічних симптомів здавлення мозку достатньо невеличких кількостей крові – 30-40 мл. При цьому швидко розвивається мозкова симптоматика з важкими порушеннями серцево-судинної і дихальної діяльності, менінгеальними симптомами, сильною лихоманкою.

Симптоми здавлення мозку виявляються не одразу, а через кілька годин або днів після травми – світлий проміжок, характерний для крововиливу під мозкову оболонку.

При відкритій черепно-мозковій травмі – клінічна картина залежить від характеру і локалізації ушкодження. Проникаючі поранення можуть супроводжуватися травматичним і геморагічним шоком, набряком мозку.

Перша медична допомога: припинити кровотечу; накласти асептичну пов'язку на рану, створити спокій, прикласти холод до голови. Транспортувати на носилках у положенні лежачи, а за відсутності свідомості – із повернутою вбік головою (для попередження потрапляння блювотних мас у дихальні шляхи).

ВИСНОВКИ З ЧЕРТВЕРТОГО ПИТАННЯ:

Закриті ушкодження м'яких тканин голови можуть бути у вигляді удару, здавлення, крововиливів, гематом. Виявляються вони так само, як і ушкодження м'яких тканин інших локалізацій.

При переломах основи черепа часто спостерігається витікання спинномозкової рідини з носа (за наявності дефекту твердої мозкової оболонки в ділянці пластики гратчастої кістки або в місці перелому клиноподібної кістки) або слухового проходу (при переломі піраміди).

При відкритій черепно-мозковій травмі – клінічна картина залежить від характеру і локалізації ушкодження. Проникаючі поранення можуть супроводжуватися травматичним і геморагічним шоком, набряком мозку.

5. ТРАВМАТИЧНІ УШКОДЖЕННЯ ГРУДНОЇ КЛІТИНИ І ЖИВОТА

Закриті ушкодження грудної клітини та її органів

Закриті травматичні ушкодження грудної стінки можливі у виді забитих місць, здавлення й ушкодження внутрішніх органів - легких, бронхів, серця, судин. Забиті місця і здавлення грудної стінки можуть супроводжуватися

переломом ребер, крововиливами в м'які тканини, розірванням судин грудної стінки. Клінічні ознаки таких ушкоджень такі ж, як і закритих ушкоджень м'яких тканин інших локалізацій. Ушкодження внутрішніх органів виявляються: 1) травмою плеври і легкого; 2) забитим місцем серця; 3) розірванням внутрішніх судин.

При здавленні грудної клітини, як це має місце при обвалах у шахтах, землетрусах, транспортних травмах, розвивається синдром травматичної асфіксії. У основі ушкоджень, що спостерігаються, лежить струс, здавлення внутрігрудних органів, у тому числі і серця. Синдром виявляється відразу після травми. Стан хворого важкий: виражена задишка - подих частий і поверхневий, холодний липкий піт, шкіра і слизуваті оболонки бліді, синюшні, у внутрішніх органах множинні крапкові крововиливи, пульс частий, слабкого наповнення, артеріальне тиск знижений.

При розірванні легень, бронхів спостерігається закритий пневмоторакс, коли повітря внаслідок розірвання легкого надходить у плевральну порожнину. При клаптевому розірванні легкого утворюються клапанний пневмоторакс, повітря при вдиху надходить у плевральну порожнину, а при видиху не може її покинути, тому що шматок, що утворився, закриває отвір у легкому або бронху. Повітря швидко накопичується в плевральній порожнині, здавлює легке, зміщає середостіння (серце і значні судини) у здорову сторону, утвориться напружений пневмоторокс. Пневмоторокс розвивається частіше усього безпосередньо після травми. Стан хворих при цьому важкий: виражена задишка, занепокоєння, біль у груді, шкірні покрови бліді із синюшним відтінком, пульс частий, слабкого наповнення, артеріальне тиск знижений. При огляді грудної клітини уражена половина її відстає в акті подиху, міжреберні проміжки згладжені. Для уточнення діагнозу застосовують плевральну пункцію, при якій одержують повітря, він виходить через голку із шумом. Поміч - дренажувати плевральну порожнину. Транспортують на носилках у положенні напівсидячи.

Переломи ребер і грудини

Розрізняють одиночний перелом і множинний: одно- і двосторонній, вікончастий.

Клініка: біль у місці перелому, який посилюється при вдосі і тому завжди супроводиться порушенням дихання (зниження глибини, порушення ритму). При переломі ребер нерідко виявляються крепітація відламків і їх зміщення, а в разі ушкодження легень - підшкірна емфізема. Як правило, ушкоджена половина грудної клітки відстає при диханні. При множинному, і особливо вікончастому переломі, характерні западання грудної стінки і її парадоксальне рух. Нерідко в області перелому визначена припухла гематома.

Поміч: обезболювання (анальгін) при переломі одного-двох ребер у місце перелому вводять новокаїн 5-10 %, а при множинному переломі ребер паравертебральну блокаду.

Транспортування на носилках у положенні напівсидячі.

Перелом грудини - виникає при здавленні грудної клітини. Локалізується у місці з'єднання рукоятки і тіла грудини. Симптоми: біль, інтенсивність якого

наростає при зміні положення тіла, припухлість у місці перелому, деформація грудини.

Поміч: знеболювання, лід, транспортування на носилках (у положенні напівсидячи).

Закриті ушкодження живота

Причиною закритих ушкоджень органів черевної порожнини служить тупа травма живота або нижніх відділів грудної клітини, що виникає при транспортних (автомобільних, залізничних) подіях, падінні, ударі в живіт, завалах у шахтах і землетрусах. Відіграють роль сила агента, що травмує, і стан черевної стінки в момент травми, а також наповнення порожнистих органів, наприклад, розривши шлунка, сечового пухиря більш ймовірний при наповнених органах.

Клінічні прояви в ранні терміни після закритої травми живота пов'язані з внутрішньочеревною кровотечею, що супроводжує ушкодження паренхіматозних органів (печінки, селезінки), а також розвитком запалення очеревини, характерним для ушкодження порожнистих органів.

Підшкірні ушкодження черевної стінки можуть бути у вигляді ушибу її тканин або супроводитися розривом м'язів з порушенням цілості судин і утворенням гематом.

Клініка: при ушкодженнях черевної стінки відзначається біль, однак інтенсивність її значно менше, ніж при травмі з ушкодженням органів черевної порожнини. При утворенні гематоми у м'язах черевної стінки можна виявити асиметричне болюче випинання твердоеластичної консистенції. Під час активної напруження м'язів передньої черевної стінки (спроба піднятися на ліктях), цей пухлиноподібний утвір залишається нерухомим, на відміну від пухлини в черевній порожнині. Живіт залишається м'яким, ознак подразнення очеревини немає. Однак при ушкодженні м'язів, яке супроводиться значним крововиливом у їх товщу, можуть спостерігатись явища шоку зі зниженням артеріального тиску, частим пульсом слабого наповнення, блідістю шкіри, нудотою, блюванням.

Ушкодження порожнистих органів при закритій травмі мають тяжкий перебіг і нерідко призводять до розвитку шоку. Характерний різкий біль у животі, блідість шкіри, зниження артеріального тиску, частий пульс слабого наповнення. При пальпації відзначають різку болючість і напруження м'язів передньої черевної стінки, позитивний с-м Щоткіна-Блюмберга. При ушкодженні порожнистого органу перкуторно можна визначити зникнення печінкової тупості.

Стан хворого прогресивно погіршується. При ушкодженні паренхіматозних органів у клінічній картині важливе місце займають ознаки внутрішньої кровотечі: блідість шкіри, тахікардія, низький артеріальний тиск. Для ушкодження печінки характерний біль у правому підребер'ї, що іррадіює у праве плече, напруження м'язів черевної стінки. При ушкодженні селезінки до вище зазначеного додається позитивний симптом Розанова (іваньця-киваньця - намагання хворого зайняти положення на лівому бокові з приведеними до живота ногами).

Можна холод, зручне для хворого положення. Анальгетики не застосовують до встановлення точного діагнозу.

Рани

Рана - механічне порушення цілості шкіри або слизових оболонок, нерідко з ушкодженням тканин, що знаходяться глибше, і внутрішніх органів, при одночасному порушенні цілісності зовнішніх покривів. Порожнина, що утворилася між тканинами в результаті проникнення предмета, що раниць, у глибину тіла, називається раневим каналом. Розрізняють поверхневі і глибокі рани. Поверхневі характеризуються ушкодженням шкіри і слизових оболонок. Глибокі рани можуть супроводжуватися ушкодженням судин, нервів, кісток, сухожиль, внутрішніх органів.

Всі рани, крім ран, наносиних стерильним інструментом під час операції варто вважати інфікованими. Рани, що подверглись дії ще яких-небудь фізичних або біологічних чинників (отрута, що отруюють речовини, радіація) - ускладнені.

У залежності від характеру предмета, що раниць, розрізняють рани колоті, різанні, рубані, забиті, рвані, вогнепальні, укушені. Рани, нанесені тупим предметом, завжди мають значні ушкодження країв, супроводжуються сильними болями, що нерідко веде до розвитку шоку.

При будь-якому пораненні виникає ряд небезпек, що несуть погрозу життя постраждалому. Поранення, як і всякі травми, можуть викликати загальну реакцію організму - непритомність, шок, термінальний стан. Ці явища розвиваються не тільки в результаті болючого подразнення, але навіть частіше внаслідок кровотечі з рани і крововтрати. Отже, найбільшу небезпеку при пораненнях подає кровотеча. Не менше небезпечна в більш пізньому періоді інфекція, що потрапила в рану і через її може проникнути в організм.

Основа першої помочі при пораненнях - початкове опрацювання рани. У перший момент після поранення найбільше грізну небезпеку подає кровотеча. Причиною більшості смертельних виходів після поранення є гостра крововтрата, тому перші заходи повинні бути спрямовані на припинення кровотечі будь-яким можливим засобом. Не менше важлива задача першої помочі - захист рани від забруднення і інфікування. Правильне опрацювання рани перешкоджає розвитку ускладнень у рані і майже в трьох разу скорочують час її загоєння. Опрацювання рани варто проводити чистими, краще продезинфікованими руками. Накладуючи асептичну пов'язку, не варто стосуватися руками тих прошарків марлі, що будуть безпосередньо стикатися з ранюю.

При відсутності антисептичних речовин рана може бути захищена простим накладенням асептичної пов'язки (бинт, індивідуальний пакет, косинка). При наявності дезінфікуючих засобів (перекис водню, р-н фурациліна, спиртовий р-н йоду, бензин і ін.), колись, чим накласти асептичну пов'язку, необхідно шкіру навколо рани 2-3 рази протерти шматочком марлі або вати, змоченої антисептичною речовиною, намагаючись видалити при цьому з поверхні шкіри бруд, шматки одягу, землю. Це попереджує інфікування рани з навколишньої шкіри після накладення пов'язки.

Рану не можна промивати водою - це сприяє інфікуванню. Не можна припускати влучення припікальних антисептичних речовин у раневу поверхню. Спирт, спиртовий р-н йоду, бензин, викликає загибель клітин, що сприяє нагноєнню рани і різкого посилення хворій, що також небажано. Не варто

видаляти сторонні тіла і бруд із глибоких прошарків рани, тому що це веде до ще більшому інфікуванню рани і може викликати ускладнення (кровотеча, ушкодження органів).

Дрібні сторонні тіла, що впровадилися в шкіру (занози, колючки, осколки скла), викликають біль, вносять у тканину інфекцію і можуть служити причиною розвитку важких запальних процесів.

Бруд, пісок, землю із саден легше усього видалити, промивши садна перекисом водню. Занози, колючки й інші сторонні тіла витягають за допомогою пінцета, голки, можна пальцями. Після видалення стороннього тіла ранку необхідно опрацювати будь-яким антисептичним розчином. Сторонні тіла з великих ран може видаляти тільки лікар при виробництві первинного хірургічного опрацювання.

Рану не можна засипати порошками, накладати на її мазь, не можна безпосередньо до раневої поверхні прикладати вату, усе це сприяє розвитку інфекції в рані.

Іноді в рану можуть випадати внутрішні органи. При опрацюванні такої рани не можна занурювати органи, що випали, усередину рани, пов'язку накладають поверх органів, що випали.

При великих пораненнях кінечностей варто зробити іммобілізацію їх. Усіх ранених транспортують у положенні лежачи на спині.

Проникаючі поранення грудної клітини

Вони надзвичайно небезпечні тим, що при них можуть бути ушкоджені серце, аорта, легени й інші життєво важливі органи, поранення яких ведуть до важкої внутрішньої кровотечі і швидкої смерті, крім того, при пораненні в плевральну порожнину проникає повітря і розвивається пневмоторакс, впливає спадіння легень, зміщення середостіння і здавлення здорової легені, плевропульмональний шок. Надаючий першу поміч повинний знати, що герметичне закриття такої рани може попередити розвиток цього грізного ускладнення або значно зменшити його. Надійно закрити рану грудної клітини можна за допомогою липкого пластиру, що накладається у виді черепиці. При відсутності пластиру рану варто закрити прогумованою обгорткою від індивідуального пакета і туго перебинтувати її. Можна накласти пов'язку за допомогою марлі, просоченої вазеліном, плівки і т.д., накладених по типі пов'язки, що давить. Потім провести протишокові заходи. Транспортувати потрібно в напівсидячому положенні.

Проникаючі поранення живота

Поранення живота надзвичайно небезпечні, навіть невеличкі рани можуть бути проникаючими, при котрих можливо ушкодження органів черевної порожнини. Це спричиняє за собою надзвичайно грізні ускладнення, що потребують негайної операції: внутрішня кровотеча і витікання вмісту кишечника в черевну порожнину викликає каловий перитоніт.

При наданні помочі рану передньої черевної стінки опрацюють по загальних правилах опрацювання ран. При великих ранах через отвір у черевній стінці можуть випадати органи черевної порожнини, іноді ушкоджені. Така рана повинна бути закрита асептичною пов'язкою. Органи, що випали, не можна

вправляти в черевну порожнину - це призведе до перитоніту. Після опрацювання шкіри навколо рани на органи, що випали, накладають стерильну марлю, поверх марлі і з боків від органів - товстий прошарок вати і все це закривають циркулярною бинтовою пов'язкою. Можна закрити рушником, простиралом, пришивши краю ниткою. У ранених із випадінням органів черевної порожнини дуже швидко розвивається шок, тому необхідно проводити протишокові заходи, крім уведення рідин через рот.

У зв'язку з тим, що при будь-яких пораненнях у живіт можливо ушкодження внутрішніх органів, забороняється постраждалого годувати, напувати, давати через рот ліків. При проникаючих пораненнях кишечника це прискорює розвиток перитоніту. Транспортувати потрібно в положенні лежачи з піднятою верхньою частиною тулуба і зігнутими в колінах ногами. Таке положення зменшує біль і попереджене поширення запального процесу у усі відділи живота.

ВИСНОВКИ З ПЯТОГО ПИТАННЯ:

Таким чином долікарська допомога при будь-яких ушкодженнях або пораненнях має свої особливості, а саме: **закриті ушкодження голови** - створити спочинок, прикласти холод до голови, накладення асептичної пов'язки на рану. Звільнення дихальних шляхів. Припинення кровотечі.

Закриті ушкодження грудної клітини та її органів - дренувати плевральну порожнину. Транспортують на носилках у положенні напівсидячи.

Переломи ребер і грудини - знеболювання, лід, транспортування на носилках (у положенні напівсидячи).

Закриті ушкодження живота - можна холод, зручне для хворого положення. Анальгетики не застосовують до встановлення точного діагнозу.

Рани - захист рани від забруднення і інфікування

Проникаючі поранення грудної клітини - накласти пов'язку за допомогою марлі, просоченої вазеліном, плівки і т.д., накладених по типі пов'язки, що давить. Потім провести протишокові заходи. Транспортувати потрібно в напівсидячому положенні.

Проникаючі поранення живота - при будь-яких пораненнях у живіт можливо ушкодження внутрішніх органів, забороняється постраждалого годувати, напувати, давати через рот ліків. При проникаючих пораненнях кишечника це прискорює розвиток перитоніту. Транспортувати потрібно в положенні лежачи з піднятою верхньою частиною тулуба і зігнутими в колінах ногами. Таке положення зменшує біль і попереджене поширення запального процесу у усі відділи живота.

6. УШКОДЖЕННЯ КІСТОК І СУГЛОБІВ

Переломи кісток

Переломи – це порушення цілості кісток, викликане механічним впливом (травма) або впливом патологічного процесу в кістці (пухлина, запалення). Якщо при цьому поверхня зламу не проходить через весь попереk кістки, такий вид

називається неповним переломом, тобто коли є тріщина або надлам кістки (за типом "зеленої гілочки" при переломах у дітей). Травматичні переломи поділяють на закриті (без ушкодження шкіри) і відкриті, при яких є ушкодження шкіри в зоні перелому. Відкриті переломи є більш небезпечними, ніж закриті, тому що існує дуже велика можливість інфікування відламків і розвитку, що значно утруднює зростання кісткових відламків.

Переломи бувають найрізноманітнішої форми: *поперечні, косі, спіральні, уламкові переломи, коли кістка розбита на окремі частини*. Цей вид частіше зустрічається при вогнепальних пораненнях. Перелом, що виникає від стиску або сплющування, називається *компресним*.

Більшість переломів супроводжується зсувом відламків, що зумовлено, з одного боку, напрямком механічної сили, яка викликала перелом, з іншої – тягою м'язів, що прикріплюються до кістки, внаслідок їхнього скорочення після травми. Для перелому характерні: різкий біль, що посилюється при будь-якому русі та навантаженні на кінцівки, зміна положення і форми, порушення її функції – (неможливість поворушити кінцівкою), поява набряклості і синця в зоні перелому, укорочення кінцівки, патологічна рухливість кістки. При обмацуванні місця перелому хворий відчуває різкий біль; при цьому вдається визначити нерівність кістки, гострі краї відламків і хрускіт при легкому надавлюванні. Проводити обмацування кістки треба обережно, двома руками, намагаючись не заподіювати біль і не викликати ускладнень. У разі відкритого перелому проводити обмацування і дослідження ділянки перелому забороняється.

Головними заходами першої допомоги при переломах кісток є: створення нерухомості кісток в ділянці перелому, міри, спрямовані на боротьбу із шоком або його попередження, організація швидкої доставки постраждалого в лікувальний заклад.

Швидке створення нерухомості кісток в ділянці перелому – іммобілізація – зменшує біль і є головним моментом у попередженні шоку.

Основну масу переломів складають переломи кісток кінцівок. Правильно проведена іммобілізація кінцівок попереджує зміщення відламків, зменшує погрозу можливого поранення магістральних судин, нервів і м'язів гострими краями кістки і виключає можливість ушкодження шкіри відламками.

Розпізнавання переломів засноване на даних аналізу, об'єктивного і R-дослідження. Основними симптомами перелому є: біль, порушення функції, деформація, іноді укорочення кінцівки, рухливість у незвичайному місці і як непостійна ознака – крепітація.

1. Біль виникає в момент перелому. У стані спокою біль зменшується, але при найменшій спробі руху різко підсилюється. Для точної діагностики місця перелому одним чи декількома пальцями роблять ковзний рух у напрямку осі ушкодженої кістки. Коли палець досягає місця перелому, хворий відчуває різкий біль. Такий же сильний біль з'являється при натисканні чи легкому ударі уздовж осі кінцівки. Наприклад, при переломі стегна відзначається біль при ударі по п'яті. Такий біль характерний для переломів і відрізняє їх від інших ушкоджень.

2. Порушення функції не є абсолютною ознакою перелому. Така ознака найбільш характерна для переломів кісток нижніх кінцівок, коли хворий не може

встати на ушкоджену ногу. Це стосується і повних переломів в інших ділянках тіла. При деяких переломах ця ознака може бути відсутня. Наприклад, при вбитих переломах шийки плеча функція верхньої кінцівки іноді незначно обмежена.

3. Деформація звичайно виражена на місці повних переломів. При неповних і вбитих переломах деформація може бути відсутня. Деформація кінцівок залежить головним чином від ступеня зсуву відламків, але іноді вона зумовлена не переломом, а ушкодженням тільки м'яких тканин і великою гематомою. При зсуві відламків кістки по довжині настає укорочення кінцівки. Тому завжди треба порівнювати довжину здорової й ушкодженої кінцівок шляхом їхнього виміру сантиметровою стрічкою. Для визначення довжини плеча роблять вимір від акроміального відростка до внутрішнього чи зовнішнього мищелка плечової кістки, для визначення довжини передпліччя – від ліктьового до шилоподібного відростка ліктьової чи кістки від голівки променевої кістки до її шилоподібного відростка. На нижній кінцівці звичайно вимірюють відстань від великого вертела до зовнішнього мищелка чи стегна зовнішньої щиколотки.

4. Рухливість у незвичайному місці є цілком достовірною ознакою перелому. Ця ознака найбільш характерна для переломів діафізів кістки. У разі біля- і внутрішньосуглобних переломів, а також при вбитих переломах рухливість може бути і не виражена. Для визначення рухливості відламків лівою рукою щільно фіксують центральний відрізок постраждалої кінцівки, правою рукою обережно піднімають її периферичний відділ. Якщо кінцівка прогинається де-небудь уздовж кістки, то це свідчить про наявність перелому.

Ушкодження хребта

Перелом остистих і поперечних відростків, дуг хребців – характерний біль у ділянці перелому, обмеження рухів хребта, різка болючість при пальпації.

Невідкладна допомога – госпіталізація потерпілого в травматологічне відділення. Транспортування на щиті або носилках.

Перелом тіл хребців, як правило, рідко виникає внаслідок прямого діяння агента, що травмує, на хребет. Непряма травма призводить до компресії хребта по осі найчастіше в поєднанні з надмірним вгинанням, рідше – розгинанням хребта. Як наслідок – роздавлювання передньої частини тіла хребця і його клиноподібна деформація.

Якщо сила механічної дії невелика, і травма не супроводжується повним розривом зв'язкового апарата хребта, то здатність хребта витримувати незначні навантаження зберігається, і такі переломи називають стабільними. Коли в результаті травми настає повний розрив названих анатомічних утворень з виникненням підвивиху або вивиху суглобів відростків і знищення тіл хребців, хребет утрачає здатність витримувати будь-які навантаження – нестабільний перелом (ушкодження корінців спинного мозку, удар і повне переривання останнього).

Потерпілі скаржаться на різкий біль у ділянці ушкодженого хребця, який посилюється при найменшому навантаженні. Об'єктивно виявляють значне напруження м'язів спини, випинання остистого відростка хребця, різку болючість при пальпації.

При ушкодженні задніх корінців спинного мозку відповідно до рівня іннервації настають розлади поверхневої чутливості у вигляді гіперестезії, рідше – анестезії.

При ударі спинного мозку відразу після травми виникають паралічі, парези.

Для повного переривання спинного мозку, що нерідко спостерігається при переломовивихах, характерні паралічі рук і ніг, порушення чутливості та функцій тазових органів.

Невідкладна допомога: введення знеболюючих засобів, правильне укладання потерпілого на щиті або носилках.

Перелом кісток таза

Розрізняють такі види перелому кісток тазу: ізольований перелом без порушення цілості тазового кільця, перелом таза з порушенням цілості тазового кільця, перелом вертлюжної западини.

При множинному переломі кісток тазу, особливо з порушенням цілості тазового кільця внаслідок утворення великих внутрішньотканинних гематом, часто розвивається клініка гострої крововтрати і геморагічного шоку. При цьому загальний об'єм крововтрати нерідко становить 1,5-2,5 літрів крові. Клінічно перелом кісток тазу проявляється болем у ділянці перелому, який різко посилюється при здавлюванні тазового кільця. Можуть виявлятися ознаки ушкодження сечового міхура, прямої кишки, сечовивідного каналу.

Для ушкодження сечового міхура характерний біль у нижній половині живота, затримка сечовипускання, відсутність сечоміхурової тупості над лобком. Ушкодження сечовивідного каналу проявляється болючими позивами до сечовипускання і неможливістю здійснити його. При натужуванні із зовнішнього отвору каналу з'являється кілька краплин крові.

Невідкладна допомога: знеболювальне, накладення асептичної пов'язки на рану, правильне виконання іммобілізації й укладення потерпілого на носилки, боротьба з гострою крововтратою і травматичним шоком. Термінова госпіталізація у найближчий хірургічний стаціонар.

Вивих – повне зміщення суглобних кінців кісток відносно один одного. Часткове зміщення – підвивих. Вивихи супроводжуються розірванням капсули суглоба і зв'язочного апарата з виходженням через розірвання капсули однієї із суглобних поверхонь. Найчастіше спостерігаються вивихи в суглобах верхньої кінцівки (у плечовому – 55% випадків, ліктьовому – 25%, суглобах пензля і пальців – 9%).

Розрізняють вивих неускладнених і ускладнених. Для останнього характерно ушкодження значних судин, нервів, перелом кістки.

Відсутність повного анатомічного відновлення суглобної сумки після грубого вправлення або неправильного лікування може призвести до повторного, звичного вивиху, що виникає при незначній травмі, різкому русі кінцівки, падінні. Якщо вивих повторився двічі, він вважається звичним.

У разі вивиху хворі скаржаться на різкий біль в ділянці суглоба і неможливе виконання активних і пасивних рухів у ньому (спроби викликають різке посилення болю). При з'ясуванні анамнезу захворювання вдасться встановити механізм травми: падіння на кінцівку, різке перерозгинання кінцівки

в суглобі, прямий удар в ділянку суглоба тощо.

Під час огляду хворого відзначається деформація в ділянці суглоба і незвичне, змушене для кожного суглоба положення кінцівки. Активні рухи неможливі, визначаються укорочення, рідше подовження і зміна осі кінцівки. При пальпації – хворобливість в ділянці суглоба, іноді вдається прощупати суглоб (наприклад, голівку плечової кістки) не на своєму звичайному місці. На місці знаходження голівки плеча визначається западання – суглоб "порожній".

Пасивні рухи різко обмежені і хворобливі. При спробі змінити незвичне положення кінцівки відчувається пружний опір: як тільки кінцівку опускають, вона повертається у початкове положення (симптом пружної фіксації). При вивиху акроміального кінця ключиці надавлювання на виступаючий кінець приводить його в нормальне положення: як тільки припиняють тиск, він знову повертається у вихідне положення (синдром клавіші).

Під час обстеження хворого з вивихом необхідно визначити пульсацію периферичних судин, чутливість і активність рухів у пальцях, тому що при вивиху можливо ушкодження судин. Розрізняють вивихи свіжі (від 3 діб до 2-3 тижнів) і застарілі, коли з моменту травми пройшло більше 2-3 тижнів. Чим більше часу пройшло з моменту травми, тим більш виражені зміни відбулися в суглобі і навколишніх тканинах. Вправлення несвіжого вивиху значно утруднюється. Застарілі вивихи, як правило, удасться вправити лише відкритим (оперативним) засобом. Отже, вивихи повинні бути вправлені якомога раніше.

Допомога: вправляти самостійно вивих не можна, хворого негайно транспортують у лікарню, попередньо зафіксувавши кінцівку (прибинтовують до грудної клітини або фіксують на косинці).

Перелом ребер і грудини

Розрізняють одиночний перелом і множинний: одно- і двосторонній, вікончастий.

Клініка: біль у місці перелому, що посилюється при вдиху, завжди супроводжується порушенням дихання (зниження глибини, порушення ритму). При переломі ребер нерідко виявляються крепітація відламків та їх зміщення. У разі ушкодження легені – підшкірна емфізема (скупчення повітря під шкірою). Як правило, уражена половина грудної клітини відстає при диханні. При множинному переломі, а особливо при вікончастому, характерні западання грудної стінки та її парадоксальний рух (розширення грудної клітини на видиху). Нерідко в ділянці перелому визначена припухла гематома.

Допомога: анальгін; при переломі одного-двох ребер у місце перелому вводять новокаїн 5-10-1%; фіксуюча пов'язка на глибині видиху. Транспортування на носилках у положенні напівсидячи.

Перелом грудини виникає при здавленні грудної клітки. Локалізується в місці з'єднання рукоятки і тіла грудини. Симптоми: біль, інтенсивність якого збільшується (збільшується) при зміні положення тіла, припухлість у місці перелому, деформація грудини.

Допомога: знеболювання, пов'язка на глибині видиху, транспортування на носилках у положенні напівсидячи.

ВИСНОВКИ З ШОСТОГО ПИТАННЯ:

Більшість переломів супроводжується зсувом відламків, що зумовлено, з одного боку, напрямком механічної сили, яка викликала перелом, з іншої – тягою м'язів, що прикріплюються до кістки, внаслідок їхнього скорочення після травми. Для перелому характерні: різкий біль, що посилюється при будь-якому русі та навантаженні на кінцівки, зміна положення і форми, порушення її функції – (неможливість поворушити кінцівкою), поява набряклості і синця в зоні перелому, укорочення кінцівки, патологічна рухливість кістки. Головними заходами першої допомоги при переломах кісток є: створення нерухомості кісток в ділянці перелому, міри, спрямовані на боротьбу із шоком або його попередження, організація швидкої доставки постраждалого в лікувальний заклад.

Перелом остистих і поперечних відростків, дуг хребців – характерний біль у ділянці перелому, обмеження рухів хребта, різка болючість при пальпації. Невідкладна допомога – госпіталізація потерпілого в травматологічне відділення. Транспортування на щиті або носилках.

При множинному переломі кісток тазу, особливо з порушенням цілості тазового кільця внаслідок утворення великих внутрішньотканинних гематом, часто розвивається клініка гострої крововтрати і геморагічного шоку.

У разі вивиху хворі скаржаться на різкий біль в ділянці суглоба і неможливе виконання активних і пасивних рухів у ньому (спроби викликають різке посилення болю).

При переломі ребер нерідко виявляються крепітація відламків та їх зміщення. У разі ушкодження легені – підшкірна емфізема (скупчення повітря під шкірою). Як правило, уражена половина грудної клітини відстає при диханні. При множинному переломі, а особливо при вікончастому, характерні западання грудної стінки та її парадоксальний рух (розширення грудної клітини на видиху). Нерідко в ділянці перелому визначена припухла гематома.

ВИСНОВКИ З ТЕМИ:

Таким чином, ми розглянули питання такі як: черепно-мозкова травма, ушкодження грудної клітини (живота), кісток та суглобів є поширеними видами травм, що вимагає від правоохоронців належних знань щодо надання першої медичної допомоги при їх виникненні. Оскільки кваліфікована допомога до приїзду карети швидкої медичної допомоги визначає ступінь больових страждань особи, подальший проміжок часу одужання, стан здоров'я. У свою чергу відсутність належної допомоги, відсутність елементарних знань долікарської допомоги може призвести до погіршення стану постраждалого та можливої смерті.

Після усього сказаного ще раз треба зрозуміти, що для того, щоб надати необхідну медичну допомогу у повному обсязі треба на сам перед правильно виставити діагноз що можливо після повного збирання анамнезу (де важливе місце займають той чи інший механізм, анатомічні особливості органу і т.і.); та правильно проведеного об'єктивного огляду постраждалого (зглаженість контуру суглобу при гемартрозі, деформація кінцівки при переломі). Необхідно не

забувати про правила поводження з постраждалими (вміти правильно зняти одяг, припідняти, перенести на інше місце і т. і.). треба пам'ятати, що ускладнювати будь-яку травму може травматичний шок – загрозливий для життя стан, що виникає в результаті дії на організм надмірних подразників. Таким чином, одним з елементів надання першої допомоги є обезболювання.

МЕТОДИЧНІ ПОРАДИ ЩОДО ПІДГОТОВКИ ДО ДАНОЇ ТЕМИ

Під час лекції розглядаються лише базові, основоположні теоретичні поняття та методи долікарської допомоги як комплексної науки, її загальної структури, предмету.

При підготовці теми, студентам слід враховувати різнобічні наукові підходи до визначення, класифікації та розуміння деяких питань.

Серед них слід виділити: основні засоби та методи долікарської допомоги, зокрема, - пізнавальну, евристичну, прогностичну, організаційно-практичну, ідеологічну.

Для вдалого засвоєння цієї теми, студентам рекомендується звернутись не лише до базового (обов'язкового) списку літератури, а й до інших наукових джерел, які можна знайти у бібліотеці університету.

Так, під час розгляду теми, слід, також, використовувати наукові праці як українських, так і зарубіжних вчених.

Однак, опрацьовувати додаткову літературу слід з урахуванням національної доктрини.

ТЕМА № 3
ДОЛІКАРСЬКА ДОПОМОГА ПРИ ОТРУЄННЯХ, ТЕПЛОВОМУ ТА
СОНЯЧНОМУ УДАРАХ, ОПІКАХ, УРАЖЕННЯХ ЕЛЕКТРИЧНИМ
СТРУМОМ.

План лекції:

1. Отруйні речовини та їх токсична дія
2. Діагностика отруєння та його симптоми
3. Особливості невідкладної медичної допомоги при отруєннях
4. Долікарська допомога при тепловому ударі
5. Перегрівання організму. Опіки
6. Відмороження. Охолодження організму
7. Перша допомога при ураженнях електричним струмом

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА:

1. Апанасенко Б.Г. Первая медицинская помощь. – К., 1992.
2. Буянов В.М. Первая медицинская помощь. – М., 1987.
3. Великорецький А.М. Перша долікарська допомога. – К., 1974.
4. Векерн Д. Медицинский справочник на все случаи жизни. – Санкт-Петербург, 1998.
5. Краткая медицинская энциклопедия. – М., 1990.
6. Марчук А.І. Долікарська допомога: Підручник/ А.І.Марчук, В.М.Солодкий, М.В.Чорний.- К.: НАВСУ. - "Правові джерела", 2000.- 464с.
7. Общепрактическая семейная медицина. – Минск, 1997.
8. Синельников Р.Д. Атлас анатомии человека. – М., 1997.
9. Справочник терапевта. – М., 1996.
10. Юнас Я. Атлас первой медицинской помощи. – 1974.
11. Чуприна, О. В., Гищак Т. В., Долинна, О. В. Основи медичних знань: долікарська допомога та медико-санітарна підготовка : навч. посіб. / О. В. Чуприна, Т. В. Гищак, О. В. Долинна. – К.: Вид. Паливода А. В., 2006. – 216 с.: іл. – Бібліогр.: 215 с.

МЕТА ЛЕКЦІЇ:

Головна мета лекції, полягає у засвоєнні студентами теоретичних знань щодо надання долікарської допомоги при отруєннях різними речовинами, грибами, недоброякісними харчовими продуктами, тепловому та сонячному ударах, опіках, ураженнях електричним струмом.

Дії правоохоронців щодо особливостей діагностики при отруєннях, тепловому та сонячному ударах, опіках, ураженнях електричним струмом та їх симптомів. Надання кваліфікованої допомоги сприятимуть покращенню стану людини та швидкому одужанню.

ВСТУП

Організм людини є єдиною складною системою взаємопов'язаних органів, зміна в яких впливає на організм у цілому. Інтенсивний обмін речовин всередині організму, а також постійний обмін його із зовнішнім середовищем – необхідна умова підтримання життя. В обміні речовин між навколишнім середовищем та організмом беруть участь органи дихання і травлення, через які в організм потрапляють кисень і поживні речовини, та органи виділення, що виводять із організму людини шлаки.

Потрапляючи в організм, шкідливі речовини переносяться кров'ю до всіх органів та тканин. Тому порушення процесів обміну в будь-якому органі призводить, як правило, до порушення інших функцій організму.

Зміна складу певних речовин, що беруть участь у нормальних процесах обміну здорової людини, не може не впливати на обмін речовин у будь-якому органі, тому і на нормальне функціонування організму в цілому. Залежно від ділянки в ланцюгу обміну речовин, в якому під дією тієї чи іншої токсичної сполуки відбувається порушення нормальних процесів, ступінь її токсичності буває більшим або меншим. Найбільш токсичними є ті хімічні сполуки, які впливають на найважливіші ферментні системи організму. Велика кількість захворювань, а також отруєнь виникає із проникненням токсичних речовин в організм людини, головним чином, через органи дихання. Цей шлях дуже небезпечний, тому що шкідливі речовини безпосередньо потрапляють у кров і розносяться по всьому організму. Знання працівниками правоохоронних органів, щодо особливостей діагностики отруєння та його симптомів, та надання кваліфікованої допомоги сприятимуть покращенню стану людини та швидкому одужанню.

1. ОТРУЙНІ РЕЧОВИНИ ТА ЇХ ТОКСИЧНА ДІЯ

У процесі життєдіяльності людина постійно стикається з великою кількістю шкідливих речовин, які можуть викликати різні види захворювання, розлади здоров'я, а також травматизм як у процесі контакту, так і через певний проміжок часу. На сьогодні відомо близько 7 млн. хімічних речовин та сполук, із яких 60 тис. використовуються у діяльності людини. На міжнародному ринку кожного року з'являється від 500 до 1 000 нових хімічних сполук та сумішей.

Залежно від практичного використання хімічні речовини можна поділити на:

- промислові отрути, які використовуються у виробництві (органічні розчинники, барвники) і є джерелом небезпеки гострих і хронічних інтоксикацій при порушенні правил техніки безпеки (наприклад, ртуть, свинець, ароматичні сполуки тощо);

- отрутохімікати, що використовуються у сільському господарстві для боротьби з бур'янами, гризунами, комахами (гербіциди, пестициди, інсектициди);

- лікарські препарати;

- побутові хімічні речовини, які використовуються у якості харчових добавок, засобів санітарії, особистої гігієни, косметичних засобів;

- біологічні отрути: рослинні та тваринні, які містяться у рослинах і грибах, тваринах і комах;

- отруйні речовини: зарин, іприт, фосген та ін.

Шкідливими називають речовини, які при контакті з організмом людини можуть викликати травми, захворювання або відхилення у стані здоров'я.

Більша частина хімічних речовин являють собою відходи різних виробництв і надходять у навколишнє середовище у вигляді газів, рідин, твердих хімічних сполук. Вони вступають у взаємодію з компонентами навколишнього середовища, потрапляють в організм людини і можуть викликати різні отруєння.

Шляхи проникнення шкідливих речовин в організм людини: через органи дихання, шкіру, рани, шлунково-кишковий тракт. Вплив шкідливих речовин на організм людини залежить від кількості речовини, що потрапила в нього, її токсичності, тривалості надходження і механізму взаємодії. Крім того, він залежить від статі, віку, індивідуальних особливостей організму, метеорологічних умов навколишнього середовища, хімічної структури і фізичних властивостей речовини.

Токсичність – це ступінь фізіологічної активності шкідливої речовини. Фізіологічну активність шкідливих речовин вивчає наука токсикологія, яка є однією з галузей медицини. Токсикологія називає шкідливими такі речовини, які в умовах різної діяльності людини можуть викликати погіршення здоров'я або смерть.

Дія шкідливих речовин проявляється у вигляді гострих та хронічних отруєнь.

Гострі отруєння характеризуються короткочасною дією відносно великої кількості шкідливих речовин і яскравим проявом безпосередньо в момент дії через невеликий проміжок часу.

Хронічні отруєння виникають при тривалій дії шкідливих речовин, що проникають в організм у відносно невеликій кількості.

Залежно від характеру дії на організм людини хімічні шкідливі речовини поділяються на загальнотоксичні, подразнюючі, мутагенні, канцерогенні, задушливої дії та ті, що впливають на репродуктивну функцію, сенсibilізатори.

Загальні токсичні речовини – це речовини, що викликають отруєння усього організму людини або впливають на його окремі системи (наприклад, кровотворення, ЦНС). Ці речовини можуть викликати патологічні зміни певних органів, наприклад, нирок, печінки. До таких речовин належать такі сполуки, як чадний газ, селітра, концентровані розчини кислот чи лугів тощо.

Подразнюючі речовини викликають подразнення слизових оболонок, дихальних шляхів, очей, легень, шкіри (наприклад, хлорацетофенон, адамсит, хлор, фтор і азотомісткі сполуки).

Мутагенні речовини призводять до порушення генетичного коду, зміни спадкової інформації (свинець, радіоактивні речовини тощо).

Канцерогенні речовини – викликають, як правило, злоякісні новоутворення – пухлини (ароматичні вуглеводні, циклічні аміни, азбест, нікель, хром тощо).

Речовини задушливої дії призводять до токсичного набрякання легень (оксид азоту, отруйні речовини).

Прикладом речовин, що впливають на репродуктивну (народжувальну) функцію, можуть бути радіоактивні ізотопи, ртуть, свинець тощо.

Сенсибілізатори – речовини, що діють як алергени. Це, наприклад, розчинники, формалін, лаки на основі нітро- та нітрозосполук тощо.

Серед небезпечних хімічних речовин виділяється особлива група речовин, що є найбільш небезпечними для людей у випадку потрапляння в навколишнє середовище. Речовини цієї групи називаються **сильнодіючими отруйними речовинами (СДОР)**.

ВИСНОВКИ ДО ПЕРШОГО ПИТАННЯ:

Таким чином, підсумовуючи вищезазначене, доходимо висновку, що людина постійно стикається з великою кількістю шкідливих речовин, які можуть викликати різні види захворювання, розлади здоров'я, а також травматизм як у процесі контакту, так і через певний проміжок часу. Шляхи проникнення шкідливих речовин в організм людини: через органи дихання, шкіру, рани, шлунково-кишковий тракт. Вплив шкідливих речовин на організм людини залежить від кількості речовини, що потрапила в нього, її токсичності, тривалості надходження і механізму взаємодії. Крім того, він залежить від статі, віку, індивідуальних особливостей організму, метеорологічних умов навколишнього середовища, хімічної структури і фізичних властивостей речовини.

2. ДІАГНОСТИКА ОТРУЄННЯ ТА ЙОГО СИМПТОМИ

Гострі отруєння займають четверте місце серед усіх нещасних випадків (після вуличної травми, опіку, втоплення). Це тяжкий вид патології, що розвивається внаслідок впливу на організм певної хімічної речовини, що має токсичні властивості. У переважній більшості випадків (92%) відмічаються побутові отруєння, які можна розділити на алкогольні інтоксикації, нещасні побутові випадки і суїцидальні отруєння, зроблені навмисне з метою самогубства психічно неврівноваженими людьми.

Випадкові отруєння бувають викликані помилковим прийомом усередину побутових хімікаліїв, медикаментів зовнішнього застосування та інших хімічних препаратів при їх неправильному використанні або зберіганні в посуді з-під алкогольних та інших напоїв. Особливе місце займають отруєння у дітей, частіше у віці до п'яти років. Зростання числа гострих отруєнь у дітей пов'язане з випуском великої кількості нових лікарських речовин і зберіганням їх в домашніх умовах у місцях, доступних дітям. Увагу дітей привертають яскрава упаковка і форма пігулок. Перебіг гострих отруєнь у дітей відбувається дуже своєрідно,

оскільки внаслідок анатоμο-фізіологічних особливостей нервової і серцево-судинної систем отрута швидше проникає в організм дитини.

Надходження токсичної речовини в організм можливе через рот (пероральні отруєння), через незахищені шкірні покриви (перкутанні отруєння), після ін'єкції токсичних доз лікарських препаратів (ін'єкційні отруєння) або при введенні токсичних речовин в різні порожнини організму - пряму кишку, піхву та ін..

Причиною отруєння може стати проста випадковість: Ви щось проковтнули або вдихнули. Це можуть бути медичні препарати (наприклад, надмірна доза аспірину), пральні порошки та інша продукція, газ, надмірна доза наркотиків (випадково або навмисно), зіпсована їжа, алкоголь і т.д. Визначити, від чого саме відбулося отруєння, складно: деякі отруйні речовини розширюють зіниці, у той час як інші скорочують їх. Деякі призводять до надмірного виділення слини, інші викликають сухість слизової оболонки. Одні прискорюють роботу серця, у той час як інші її сповільнюють; пришвидшують або сповільнюють подих. Одні види отрут заподіюють пекучий біль, у той час як реакція на інші проходить безболісно. Людина може отруїтися, але ознаки отруєння з'являться тільки через кілька годин, днів або місяців.

До основних симптомів і ознак отруєння відносять:

- біль у животі, втрата апетиту;
- посинілі губи, кашель;
- неприємний запах із рота;
- нудота, блювота, пронос;
- утруднення подиху й серцебиття;
- запаморочення й головний біль, шум у вухах;
- сонливість, зниження чутливості;
- лихоманка, жар, слабкість;
- дратівливість.

Нерідко огляд хворого, його колір шкіри та слизових оболонок можуть навести на правильний висновок. Наприклад, яскраво-червоні слизові оболонки рота, губ бувають при отруєнні окисом вуглецю або ціанідами, останнє можна пізнати по запаху гіркою мигдалю. Почервоніння шкіри обличчя може бути і при отруєнні атропіном, у такому випадку шкіра суха, зіниці розширені (мідріаз). При отруєнні блекотою, дурманом та іншими рослинами, які містять атропін, захворювання супроводжується різким збудженням, найчастіше страждають діти, скуштувавши ягоди блекоти за формою та кольором нагадують яфину (чорницю).

Різко виражена ціанотичність може бути при отруєнні нітритами і отруйними грибами. При отруєнні грибами відмічаються різко виражена слинотеча, потовиділення, болі у череві, різке звуження зіниць (міоз). Шкіра обличчя і всього тіла може стати блідою при отруєнні миш'яковистими сполуками, кокаїном, морфіном. Характерні зміни з боку інших систем дозволяють розрізнити їх. Так, при отруєнні миш'яком і його препаратами шкіра вкривається холодним потом, обличчя швидко набуває характерного вигляду: риси його загострюються внаслідок "паралічу" судин внутрішніх органів, при цьому відбувається "кровотеча у власні судини" черевної порожнини, розвивається колапс.

При отруєнні кокаїном зіниці розширені, а при отруєнні морфіном - звужені (якщо ще не настала асфіксія).

Помітна пітливість може настати як при отруєнні мухоморами, так і лікарськими речовинами (М-холіноміметиками, антихолінестеразними та жарознижувальними засобами).

Опіки слизових оболонок губ і ротової порожнини, шкіри можуть бути при отруєнні кислотами (коагуляційний), а при опіках лугами (колікваційний некроз).

Із зовнішніх проявів, які можуть привернути увагу лікаря, це положення хворого: сильні болі у череві змушують хворого прийняти таке положення, за якого б можна зменшити деякою мірою інтенсивність болю. Так, при свинцевій кільці або отруєнні розчинними солями барію потерпілий притискає коліна до живота, намагаючись зменшити біль.

Отруєння мухоморами викликає спазм бронхів. Це змушує потерпілого приймати положення, яке сприяє розширенню грудної клітки.

Зміни в органах відчуття.

Розлади слуху з порушенням вестибулярного апарату і VIII пари черепно-мозкових нервів можуть статися при тривалому лікуванні аміноглікозидними антибіотиками (стрептоміцин, мономіцин, гентаміцин та інші), що призводить до пригнічення слуху. Навпаки, загострення слуху та інших органів відчуття настає при отруєнні стрихніном, секуриніном. Хворі скаржаться, що лякає найменший шерех, а це свідчить про загострення спинномозкових рефлексів.

Послаблення зору може викликати отруєння метиловим спиртом, хініном.

Зіниці ока різко звужуються при отруєнні морфіном, пілокарпіном, прозерином та іншими антихолінестеразними засобами.

Розширення зіниць відбувається при отруєнні блекотою, дурманом, атропіном, кокаїном, адреналіном, гангліоблокаторами.

Хворий може перебувати в стані запаморочення, отруївшись кокаїном, чадним газом або ціанідами. Але у першому випадку хворий блідий, у другому - слизові оболонки губ, шкіра обличчя набувають яскраво-червоного кольору внаслідок утворення карбоксигемоглобіну (при отруєнні CO) або блокади цитохромоксидази тканинного дихального ферменту ціанідами.

Коматозний стан може настати при порушенні серцево-судинної системи, найчастіше - викликаній отруєнням інсуліном (гіпоглікемічна кома), при важкому отруєнні морфіном із різким пригніченням дихання. Коматозний стан може бути при цукровому діабеті (гіперглікемічна кома), при уремії (уремічна кома). Додаткові відомості повинні допомогти лікарю правильно визначити діагноз, що важливо для вибору заходів лікарської допомоги.

Може звернути на себе увагу моторне або словесне збудження. Так, при отруєнні блекотою або атропіном спостерігається загальне збудження, малозмістовна мова, недоладні рухи кінцівок, розширення зіниць, суха і червона шкіра обличчя. Загальне збудження і відчуття страху, розширення зіниць і різка блідість шкіри свідчать про можливість отруєння судинозвужувальними засобами (адреналін).

Інколи визначити діагноз допомагає огляд блювотних мас, сечі, випорожнень. При отруєнні мідним купоросом блювотні маси зеленувато-синього кольору, сульфатом цинку - білуваті, а пізніше - кров'яністі.

При отруєнні деякими речовинами необхідно звернути увагу на випорожнення кишечника. Так, при отруєнні миш'яком і сурмою випорожнення мають вигляд "рисового відвару"; піняві, надмірні, з неприємним запахом - при отруєнні грибами; кров'янисто-водяні - при отруєнні препаратами ртуті (сулема). Чорнуватий відтінок свідчить про отруєння азотнокислим вісмутом.

У деяких випадках змінюється колір сечі. Так, при отруєнні фосфором він зеленувато-бурий, сантоніном - зеленуватий, толокнянкою і фенолом - чорний.

Порушення сечовидільної функції нирок аж до повної відсутності сечі (анурія) зустрічається при отруєнні препаратами ртуті. Затримка сечі може настати внаслідок паралічу сфінктера сечового міхура при отруєнні снодійними, жарознижувальними засобами або внаслідок спазму сфінктера сечового міхура при отруєнні морфіном.

У діагностиці отруєнь допомагають симптоми, пов'язані переважно з місцевою або резорбтивною дією отрут.

Переважно місцеву дію мають кислоти (коагуляційний некроз), луги (колікваційний некроз).

Порушення серцевої діяльності з перевагою бради- або тахікардії може спричинити отруєння серцевими глікозидами, хініном, саліцилатами.

Зміна судинного тонуусу може спостерігатися при отруєнні гістаміном, нітритами, гангліоблокаторами - зниження артеріального тиску; розчинні солі барію, адреноміметики - підвищують артеріальний тиск.

Пригнічення активності центральної нервової системи відбувається при дії наркотичних, наркозних засобів, алкоголю, снодійних, заспокійливих засобів, нейролептиків, транквілізаторів.

Збудження центральної нервової системи з підвищенням тонуусу скелетної мускулатури спостерігається при отруєнні стрихніном, коразолом, кофеїном, адреналіном, глюкокортикоїдами.

Зміни складу крові можуть розвиватися внаслідок дії ряду лікарських речовин.

1. Лікарські речовини, які викликають метгемоглобіноутворення (амілінітрил, нітрит натрію, левоміцетин).

2. Речовини, які зв'язують гемоглобін і таким чином виключають його з окислювальних процесів як носія кисню (чадний газ перетворює гемоглобін у карбоксигемоглобін).

3. Речовини, які спричиняють гемоліз крові - гемолітичні отрути (граміцидин при внутрішньовенному введенні, мідний купорос, миш'яковистий водень).

Порушення тканинного дихання спостерігається внаслідок кисневого голодування у тканинах, при отруєнні ціаністими сполуками, сірководнем. Порушення легеневого дихання спостерігається при отруєнні міорелаксантами внаслідок блокади нервово-м'язового синапсу скелетних м'язів; морфіном - порушення дихання внаслідок зниження збудливості дихального центру.

Порушення тонузу гладкої мускулатури - підвищення тонузу гладких м'язів - зазначається при передозуванні М-холіноміметиками, антихолінестеразними засобами. При отруєнні розчинними солями барію підвищується тонуз гладкої мускулатури кишечника і судин (особливо коронарних і брижових). Кокаїн і адреналін викликають, головним чином, спазм мозкових і поверхневих судин шкіри та слизових оболонок.

ВИСНОВКИ ДО ДРУГО ПИТАННЯ

Таким чином, слід зазначити, що причиною отруєння може стати проста випадковість: особа щось проковтнула або вдихнула. Це можуть бути медичні препарати (наприклад, надмірна доза аспірину), пральні порошки та інша продукція, газ, надмірна доза наркотиків (випадково або навмисно), зіпсована їжа, алкоголь і т.д. Визначити, від чого саме відбулося отруєння, складно: деякі отруйні речовини розширюють зіниці, у той час як інші скорочують їх. Деякі призводять до надмірного виділення слини, інші викликають сухість слизової оболонки. Одні прискорюють роботу серця, у той час як інші її сповільнюють; пришвидшують або сповільнюють подих. Одні види отруту заподіюють пекучий біль, у той час як реакція на інші проходить безболісно. Людина може отруїтися, але ознаки отруєння з'являться тільки через кілька годин, днів або місяців.

3. ОСОБЛИВОСТІ НЕВІДКЛАДНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ ОТРУЄННЯХ

Незалежно від характеру та умов, за яких відбулось отруєння, заходи першої допомоги зводяться до ряду основних принципів.

1. Видалення отрути з місця її потрапляння в організм (промивання шкіри, слизових оболонок).
2. Попередження всмоктування отрути призначенням протиотруту, знешкодження отрути до резорбції або видалення її із шлунка (адсорбуючі, осаджувальні, обволікувальні, в'язучі, проносні засоби).
3. Знешкодження всмоктаної отрути (введення протиотруту різного характеру - глюкоза, тіосульфат натрію та інші антидоти).
4. Прискорення видалення отрути із організму або підвищення дезінтоксикаційної функції печінки (зменшення концентрації отрути у крові і тканинах завдяки посиленому введенню рідини в організм).
5. Боротьба з наслідками отруєння, призначення симптоматичної терапії (регуляція життєво важливих функцій організму, які порушуються внаслідок потрапляння отрути в організм).

Заходи боротьби з невсмоктаною отрутою

При потрапленні подразнювальних або опікаючих речовин на шкіру та слизові оболонки, їх необхідно змити великою кількістю чистої води.

Якщо отруєння пов'язано з прийомом отрути всередину, то необхідно якнайшвидше видалити її із шлунка. Це можна здійснити за допомогою використання блювотних засобів, промивання шлунка водою з додаванням до неї

адсорбуючих речовин (активоване вугілля). При отруєнні розчинними солями барію необхідно перетворити цю речовину в нерозчинну сполуку. Для цього потерпілому дають випити розчин сульфату магнію або натрію, потім утворений осад - сірчаноокислий барій - видаляють промиванням.

При отруєнні азотнокислим сріблом для промивання шлунка використовують розчин хлориду натрію, тоді утворюється осад хлористого срібла, який видаляють промиванням.

При отруєнні деякими алкалоїдами (морфін, стрихнін та інші) шлунок промивають розчином калію перманганату (1:2000). Калію перманганат здатний окислювати алкалоїди і перетворювати їх у нетоксичні сполуки. При отруєнні іншими алкалоїдами використовують дубильні речовини (0,5% розчин таніну, міцний чай), які осаджують алкалоїди.

Попередити всмоктування можна призначенням адсорбуючих речовин (активоване вугілля), що служать для адсорбції алкоголю, фенолу, миш'яку, стрихніну, солей важких металів.

При отруєнні солями важких металів застосовують також спеціальні протиотрути (антидоти). Антидоти важких металів (антидот Стржижевського) - стабілізована сірководнева вода. Для стабілізації сірководню в розчин додають солі натрію і магнію. Через 10 хвилин після прийому цього антидоту промивають шлунок.

Для попередження всмоктування отрути може бути використаний хімічний антагонізм. Так, при отруєнні кислотами шлунок промивають слабким розчином лугу (окис магнію, гідрокарбонат натрію). При отруєнні лугами - слабкими розчинами органічних кислот (оцтова, лимонна, янтарна).

Невсмоктаної отрути можна позбутися викликаючи блювання.

Після видалення отрути із шлунка необхідно вжити заходів для виведення її із кишечника. Призначають сольові проносні засоби (сульфат магнію або натрію).

Заходи боротьби із всмоктаною отрутою

Для нейтралізації отрути в організмі використовують антагонізм.

Розрізняють фізіологічний або функціональний антагонізм між отрутою і лікарською речовиною, відновлюючи функції тканин, органів і систем (відновлення ритму серцевої діяльності атропіном при отруєнні мускарином, зняття стрихнінових судом вдиханням ефіру).

Приклад конкурентного антагонізму між речовинами подібної будови але протилежної дії - ацетилхолін і тубокурарин. Тубокурарин пригнічує ацетилхоліновий ефект. Оскільки блокує нервово-м'язовий синапс. Ацетилхолін, його накопичення в нервово-м'язовому синапсі при призначенні антихолінестеразних засобів (прозерин) відновлює скорочення скелетної мускулатури.

Таким чином, в організмі потрібно зробити такий субстрат, який би утворював з отрутою більш міцну і менш дисоційовану сполуку, ніж між отрутою та біохімічною системою організму, тканин. При отруєнні препаратами ртуті, вісмуту, миш'яку відбувається зв'язування отрути з тіоловими ферментами білків, чим досягається їх блокування. При лікуванні отруєнь цими речовинами використовують унітіол. Замість унітіолу можна використати також тіосульфат

натрію. Обидві речовини мають лабільні сульфгідрильні групи, які взаємодіють з солями важких металів, звільняючи тіолові групи ферментів, що приводить до покращення стану хворого.

Глюкоза сприяє знешкодженню отрут у печінці. Після окислення глюкози у тканинах звільняється велика кількість енергії, тканини збагачуються макроергічними сполуками. Ці сполуки постачають енергію для синтетичних процесів, які відбуваються в печінці. Гіпертонічний розчин глюкози викликає осмотичну дію, при цьому підвищується надходження рідких частин із тканин, внаслідок чого підсилюється діяльність серця, прискорюється плин крові, що приводить до підвищення лімфоутворення і лімфоплину. Знижується зворотне всмоктування води в ниркових каналцях; як наслідок - підсилення діурезу. Глюкоза сприяє розслабленню мускулатури судин і внутрішніх органів а повному спалюванню жирів, завдяки чому прискорюється виведення недоокислених продуктів обміну

Отруєння грибами й медичними препаратами **відносять до гострих отруєнь:** в організм людини потрапляє хімічна речовина в кількості, яка може викликати порушення важливих функцій і створити загрозу для життя. Розвиток ускладнень при гострому отруєнні багато в чому залежить від надання своєчасної першої допомоги. Потрапляння токсичних речовин в організм можливе через рот, шкіру, при введенні токсичних речовин у різні порожнини організму. Дуже часто отруєння медичними препаратами виникає при самолікуванні снодійними препаратами, їх неправильному вживанні; дітей часто приваблює яскрава упаковка й солодке покриття деяких препаратів. Якщо потерпілий проковтнув отруту, постарайтеся витягти залишки з рота. Для діагностики виду отруєння важливо розпитати родичів хворого й знайти упаковку від прийнятих медикаментів — візьміть її обов'язково з собою в лікарню. Це дозволить медичним працівникам швидше знайти протитотруту.

Лікування хворих полягає в очищенні шлунково-кишкового тракту, промиванні шлунку, кишечника, хворому необхідно дати проносний препарат, інколи дозу необхідно повторити. Допоможіть потерпілому прилягти й забезпечте йому спокій. Викличте лікаря. При отруєнні хімічними речовинами хворому необхідно промити шлунок. З цією метою йому дають випити до одного літра теплої води й викликають блювоту. Промивання продовжують, не дивлячись на появу промивної води, змішаною із кров'ю. Промивати шлунок необхідно 2-3 рази. При яких-небудь хімічних отруєннях бажано давати білки яєць або молоко, з обов'язковим видаленням речовин зі шлунка шляхом викликання блювотного рефлексу.

При отруєнні грибами симптоми гострого отруєння проявляються через 4-8 годин після вживання грибів. Особливо важко переносять отруєння грибами діти й люди похилого віку. З'являються сильні спазми- болі в животі, нудота, що супроводжується блювотою, пронос (іноді із кров'ю), головний біль, шум у вухах, холодний піт, виділення слини. При отруєнні грибами діяльність серця порушується, знижується артеріальний тиск, шкіра стає жовтуватого кольору. Хворі стають повільні й байдужі до навколишніх. При наданні першої допомоги

дуже важливо швидко вивести токсини з організму. Для цього шлунково-кишковий тракт промивають водою кімнатної температури (10-12 л), викликають блювоту. Для хімічного зв'язування отрути хворому дають активоване вугілля, 5 таблеток з водою, в'язкі речовини, наприклад, крохмал.

При запальних процесах органів черевної порожнини, про що свідчить біль у животі з нудотою й блювотою, потрібно покласти холодний компрес на живіт. Не можна прикладати до живота теплі компреси, грілки, якщо причина болю в животі не відома. Тепло викликає рефлекторне розширення судин, що у свою чергу прискорить запальний процес або викличе внутрішню кровотечу. У будь-якому разі, після надання першої медичної допомоги потерпілого повинен оглянути лікар.

Після приймання спиртних напоїв, **алкоголь** із кишково-шлункового тракту всмоктується в кров, печінку, проникає в центральну нервову систему, потім у кору головного мозку, де зберігається найдовше. Алкоголь у малих дозах має збуджуючу дію, у більших дозах алкоголь гальмує не тільки роботу головного мозку, але кровообіг і роботу дихальної системи. Це і стає основними причинами смерті при важкому алкогольному отруєнні.

Поширена помилкова думка про те, що алкоголь діє на організм зігріваюче. Це не так: у стадії алкогольного сп'яніння порушується терморегуляція, тепловиділення збільшується, тому що відбувається розширення капілярів. Сильне тепловиділення приводить до зниження температури тіла, але людина продовжує відчувати тепло. До симптомів отруєння алкоголем відносять сонливість, відсутність реакції на подразники, нудота, зниження температури тіла. Дихання стає слабким і поверхневим, порушується пульс. Хворий може знепритомніти. При наданні першої допомоги дуже важливо зупинити подальше всмоктування алкоголю в організм. З цією метою промивають шлунок слабким розчином K_2CO_3 або $NaHCO_3$. Робити це потрібно часто, але поступово, невеликими порціями. Викличте швидко допомогу й залишайтеся із хворим: нудота може перерости в блювоту. Ваша допомога йому просто необхідна.

Як запобігти харчовому отруєнню.

Перед готуванням їжі переконайтеся в тому, що Ваші руки чисті, якщо є ушкодження або ранки, використовуйте рукавички. Для того, щоб запобігти харчовому отруєнню, під час готування їжі простежте за тим, щоб заморожене м'ясо повністю розморозилося. Ретельно проварюйте м'ясо і яйця для того, щоб знищити всі небезпечні бактерії. Не зберігайте м'ясо, яке пройшло термічну обробку, дуже довго в холодильнику (воно стає сприятливим середовищем для розмноження бактерій).

Працюючи на городі, переконайтеся в тому, що отруйні речовини заховані від дітей якнайдалі. Не споживайте дикі рослини, ягоди або коріння. Аптечка з медичними препаратами повинна перебувати поза досяжністю дітей або закрита на ключ. Поясніть маленьким дітям, яку шкоду може нанести навіть проста гра, наприклад, із засобом для миття посуду або пральним порошком.

ВИСНОВОК ДО ТРЕТЬОГО ПИТАННЯ

Підсумовуючи вище викладене, слід зазначити, що незалежно від характеру та умов, за яких відбулось отруєння, заходи першої допомоги зводяться до ряду основних дій, а саме:

1. Видалення отрути з місця її потрапляння в організм (промивання шкіри, слизових оболонок).
2. Попередження всмоктування отрути призначенням протиотрут, знешкодження отрути до резорбції або видалення її із шлунка (адсорбуючі, осаджувальні, обволікувальні, в'язучі, проносні засоби).
3. Знешкодження всмоктаної отрути (введення протиотрут різного характеру - глюкоза, тіосульфат натрію та інші антидоти).
4. Прискорення видалення отрути із організму або підвищення дезінтоксикаційної функції печінки (зменшення концентрації отрути у крові і тканинах завдяки посиленому введенню рідини в організм).
5. Боротьба з наслідками отруєння, призначення симптоматичної терапії (регуляція життєво важливих функцій організму, які порушуються внаслідок потрапляння отрути в організм).

4. ДОЛІКАРСЬКА ДОПОМОГА ПРИ ТЕПЛОВОМУ УДАРІ

За міжнародною статистичною класифікацією хвороб, травм і причин смерті (1986) до теплових уражень відносяться:

- тепловий удар
- тепловий колапс
- теплові судоми

Тепловий удар — патологічний стан, що виникає раптово і зумовлений розладами терморегуляції організму при тривалому впливі на нього високої температури повітря або інфрачервоного (теплого) випромінювання.

Тепловий удар легкого ступеня. Потерпілі скаржаться на головний біль і запаморочення, відчуття гарячки, з'являються втомлюваність, слабкість, пригнічення. Турбує нудота, інколи блювання. Температура тіла нормальна, субфебрильна. Шкіра волога. Незначне прискорення пульсу.

Тепловий удар середньої тяжкості.

У потерпілих скарги на загальну слабкість, пульсуючий головний біль, запаморочення, нудоту, блювання. Температура тіла підвищується до 40-41 °С. Шкіра гіперемована, волога, посилене потовиділення. Психічні розлади — підвищена дратівливість і спалахи гніву. З'являються гіперрефлексія, розлади координації рухів. Частота дихань не змінена або незначно збільшена. Тахікардія досягає 110-130 уд./хв. Артеріальний тиск у фізіологічних межах або незначно змінений.

Тепловий удар тяжкого ступеня.

Виникає раптово або поступово. Нестерпний головний біль, запаморочення, зниження зору, багаторазове блювання. Спостерігається психомоторне збудження і дезорієнтація, розлади свідомості. Зіниці вузькі, слабка реакція на світло. Гіперрефлексія, гіпертонус м'язів, тонічні і клонічні судоми,

поява патологічних рефлексів, парезів і паралічів. Шкіра гіперемована і ціанотична, температура тіла в межах 40-42°C. Прогресує розлад кровообігу: тахікардія до 120-140 уд./хв, з'являється аритмія, прогресуюча гіпотонія. Тахіпноє до 30-36 в 1 хв. Патологічне дихання.

За тяжкої форми теплового удару спостерігається раптове припинення потовиділення ("виснаження потових залоз"). Шкіра стає блідою, швидко наростає гіпертермія до 42-45°C. Очні яблука мутніють. Зіниці вузькі, реакції на світло немає. Розвивається кома з тяжкою гемодинамічною і дихальною недостатністю, гіперрефлексією, м'язовою гіпотонією.

Перегрівання організму (тепловий, сонячний удар)

Стан, що настає під впливом високої температури навколишнього середовища і факторів, які утруднюють тепловіддачу: перегрівання призводить до підвищення тепловмісту організму.

Надлишок теплової енергії видаляється з організму двома способами: випаровуванням вологи: з поверхні тіла і через дихальні шляхи. При гіпертермії, як правило, відбувається не первинне порушення терморегуляції, а надмірне накопичення тепла в результаті утрудненої тепловіддачі. Такі ситуації виникають у разі тривалої важкої фізичної роботи в приміщенні з високою температурою навколишнього повітря, у разі перебування в умовах жаркого клімату в одязі, який утруднює тепловіддачу, за прямої дії сонячного проміння на голову або під час зловживання сонячними ваннами.

Виникнення теплового (сонячного) удару звичайно гостре у період максимальної дії тепла, іноді характерна для цього стану картина розвивається під час виходу із зони перегрівання або через 6-8 год. після прямої дії сонячного проміння.

За тяжкістю клінічного протікання виділяють три форми теплового (сонячного) удару. При *легкій формі* настає адинамія, кволість, небажання працювати і рухатись. Турбує головний біль, нудота. Шкіра волога, температура тіла нормальна або субфебрильна. Спостерігається тахікардія і тахіпно. Зіниці помірно розширені. Для протікання удару *середньої тяжкості* характерна повна нерухомість, апатія, різкий головний біль, що супроводжується нудотою і блюванням. Періодично розвивається сопорозний стан. Шкіра волога, гіперемійована, температура підвищена до 39-40°C. Пульс слабкого наповнення, прискорений, тахіпно. Зіниці помірно розширені.

За тяжкої форми початок раптовий, стрімко наростає неврологічна симптоматика, психомоторне збудження, маячня, галюцинації, судороги тонічного і клонічного характеру, кома. Дихання прискорене, аритмічне, пульс ниткоподібний, 140 за I хв. Шкіра суха, гаряча. Температура тіла вище 41°C. Летальність 30%.

Допомога: потерпілого треба швидко перенести у прохолодне приміщення, тинь, зняти одяг, який утруднює потовиділення. Для зниження температури тіла використовують будь-який спосіб – змочування обличчя холодною водою, укутування потерпілого в холодний вологий рушник або простиралло, обдування вентилятором, прикладання пузирів з льодом на ділянку великих судинно-

нервових пучків (шия, пахові ділянки). При порушенні дихання застосовують допоміжне дихання або штучну вентиляцію з інтубацією трахеї. Після опритомнення потерпілому дають випити холодної води, вводять кардіостимулятор, протисудорожні препарати.

ВИСНОВКИ З ЧЕТВЕРТОГО ПИТАННЯ:

Таким чином, до теплових уражень відносяться: тепловий удар; тепловий колапс; теплові судоми. Розрізняються також три ступеня тяжкості теплових ударів. Основним та найдієвішими засобами допомоги, є: потерпілого треба швидко перенести у прохолодне приміщення, тінь, зняти одяг, який утруднює потовиділення. Для зниження температури тіла використовують будь-який спосіб – змочування обличчя холодною водою, укутування потерпілого в холодний вологий рушник або простирадло, обдування вентилятором, прикладання пузирів з льодом на ділянку великих судинно-нервових пучків (шия, пахові ділянки). При порушенні дихання застосовують допоміжне дихання або штучну вентиляцію з інтубацією трахеї. Після опритомнення потерпілому дають випити холодної води, вводять кардіостимулятор, протисудорожні препарати.

5. ПЕРЕГРІВАННЯ ОРГАНІЗМУ. ОПІКИ.

Опіки – ушкодження організму в результаті впливу термічних факторів, хімічних речовин, електричного струму, іонізуючого випромінювання.

Термічні опіки виникають під впливом полум'я, розжарених предметів, гарячих рідин, сонячного проміння.

За глибиною ушкодження тканини розрізняють чотири ступеня опіків:

- 1) наявність еритеми (почервоніння і припухлість шкіри);
- 2) утворення пухирів з прозорою рідиною;
- 3) – ступінь А – частковий некроз шкіри зі збереженням камбіальних елементів дерми (товстостінні пузири і поверхневий струп світло-коричневого кольору),

– ступінь Б – некроз усіх шарів шкіри (густий сухий струп коричневого кольору);

- 4) некроз шкіри і більш глибоких тканин (чорний опіковий струп).

Опіки I, II, III-A – належать до поверхневих, при них регенерація шкіри настає самостійно.

Опіки III-B, IV ступеня – глибокі, в цьому випадку потрібна шкірна пластика. Тяжкість стану хворих визначається *площею і глибиною ураження* шкіри і більш глибоких тканин, а також віком, наявністю супровідних захворювань, одночасного опіку дихальних шляхів, отруєння продуктами неповного згорання.

Опік верхніх дихальних шляхів виникає під впливом полум'я, гарячого повітря або пари і супроводжується набряком гортані.

Визначаючи площу опіку, можна скористатися правилом *долоні*, яке полягає в тому, що долоня дорослої людини становить 1% поверхні тіла, або правилом дев'яток Уоллеса, згідно з яким окремі частини тіла дорослої людини мають площу поверхні, що дорівнює або кратна 9% загальної поверхні тіла, а саме:

голова і шия – 9%, руки – 9%, нога – 18%, задня і передня поверхня тулуба – по 18%.

Поверхневі опіки площею до 10-12% або глибокі – до 5-6% поверхні протікають як місцеве ураження. Більш великі опіки характеризуються розвитком специфічних патофізіологічних реакцій організму, сукупність яких розглядають як *опікову хворобу*.

Опіковий шок розвивається за будь-якого опіку площею понад 10-15% і глибиною – понад 8-10% загальної поверхні тіла.

Щоб спрогнозувати протікання опікової хвороби, використовують умовний показник, що являє собою суму загальної площі опіку (у %) і віку. Якщо цей показник наближається або перевищує 100 – прогноз несприятливий.

Невідкладна допомога.

1. Передусім треба зняти обгорілий одяг з потерпілого (частини одягу, що прилипли до обпаленої поверхні не відривають, а обрізають навколо).

2. На місце опіку накладають асептичну пов'язку, краще контурну, в разі великих опіків загортають потерпілого в стерильне простирадло.

3. Для знеболювання вводять промедол, у тяжких випадках застосовують інгаляційний наркоз. Охолодження опікової поверхні 10-15 хвилин.

4. При глибоких опіках кінцівок здійснюють транспортну іммобілізацію.

5. При опіку верхніх дихальних шляхів і гострому набряку гортані може виникнути потреба в терміновій інкубації трахеї або трахеостонії. Для зняття бронхоспазму використовують спазмолітики.

Хімічні опіки виникають при потраплянні на шкіру або вживанні всередину сильних неорганічних кислот (сірчана, азотна, фтороводнева), лугів (каустична сода, їдкий калій і їдкий натр, негашене вапно), солей важких металів.

Опіки кислотою призводять до коагуляції і дегідратації тканин з розвитком сухого некрозу. Луги спричиняють вологий некроз тканин внаслідок взаємодії з білками, утворення лужних альбумінатів.

За глибиною ураження тканин хімічні опіки так само, як і термічні, поділяють на чотири ступеня, проте, на відміну від останніх, при хімічних опіках II ступеня пухирі не утворюються, ділянка ураження має чіткі межі, по периферії його видно сліди розтікання хімічної речовини. Опікова хвороба розвивається рідко. Тяжкість опіку визначається силою хімічного агента і тривалістю його дії.

Невідкладна допомога полягає в негайному видаленні і нейтралізації ушкоджувальної речовини. Передусім слід обмити уражену шкіру і слизові оболонки великою кількістю холодної проточної води, при попаданні речовини у стравохідний канал – промити шлунок. Промивання проточною водою треба робити не менш як 10-15 хв., якщо допомогу подають із запізненням – не менш 1 год., а при ураженні фтороводневою кислотою – не менш як 2-3 год. Якщо опік спричинено органічними сполуками алюмінію, уражену ділянку шкіри протирають гасом, етиловим спиртом або бензином, тому що при протиранні водою ці речовини спалахують. Також не можна змивати водою негашене вапно. Для цього використовують олію або тваринне масло, механічне видалення шматочків вапна. При опіках фосфором уражену ділянку слід занурити під воду і

механічно видалити частинки речовини. Це потрібно тому, що на повітрі фосфор самозаймається і може спричинити, крім хімічного, ще й термічне ураження. Остаточне видалення роблять у темному приміщенні, оскільки на світлі частинок фосфору, що залишилися у рані, не видно.

Слідом за промиванням опікової поверхні приступають до хімічного агента. Обмивання опікової поверхні і нейтралізацію хімічного агента треба робити під прикриттям адекватної знеболюючої терапії із застосуванням тих самих засобів, що й при термічних опіках.

ВИСНОВКИ З ПЯТОГО ПИТАННЯ:

Опіки – ушкодження організму в результаті впливу термічних факторів, хімічних речовин, електричного струму, іонізуючого випромінювання. Надання допомоги при кожному з цих видів має свої особливості. При впливі термічних факторів: передусім треба зняти обгорілий одяг з потерпілого (частини одягу, що прилипли до обпаленої поверхні не відривають, а обрізають навколо); на місце опіку накладають асептичну пов'язку, краще контурну, в разі великих опіків загортають потерпілого в стерильне простирадло; для знеболювання вводять промедол, у тяжких випадках застосовують інгаляційний наркоз; охолодження опікової поверхні 10-15 хвилин; при глибоких опіках кінцівок здійснюють транспортну іммобілізацію; при опіку верхніх дихальних шляхів і гострому набряку гортані може виникнути потреба в терміновій інкубації трахеї або трахеостомії. Для зняття бронхоспазму використовують спазмолітики.

6. ОХОЛОДЖЕННЯ ОРГАНІЗМУ. ВІДМОРОЖЕННЯ.

Переохолодження. Розвивається внаслідок порушення процесів терморегуляції при дії на організм низьких температур і розладу функцій життєво важливих систем, який настає при цьому. Погіршенню самопочуття сприяє втому, малорухомість.

Ознаки. На початковому етапі потерпілого морозить, прискорюються дихання і пульс, підвищується артеріальний тиск, потім настає переохолодження, рідшає пульс та дихання, знижується температура тіла. Після припинення дихання серце може ще деякий час (від 5 до 45 хвилин) скорочуватися. При зниженні температури тіла від 34 до 32 °С затьмарюється свідомість, припиняється довільне дихання, мова стає неусвідомленою.

Допомога. При легкому ступені переохолодження розігрівають тіло розтиранням, дають випити кілька склянок теплої рідини.

При середньому і тяжкому ступені енергійно розтирають тіло шерстяною тканиною до почервоніння шкіри, дають багато гарячого пиття, молоко з цукром, від 100 до 150 г 40%-ного спирту-ректифікату. Якщо потерпілий слабо дихає, треба розпочати штучне дихання. Після зігрівання потерпілого і відновлення життєвих функцій створюють спокій, закутують у теплий одяг.

Відмороження – місцеве ушкодження тканин, спричинене впливом на них низької температури. Охолодження організму у поєднанні з іншими

несприятливими факторами призводить до замерзання.

У протіканні відмороження виділяють два періоди: дореактивний (прихований) і реактивний. У дореактивному періоді розпізнати глибину ураження важко. Місцеве визначення – це збліднення шкіри, зниження чутливості і шкірної температури. Розрізняють 4 ступеня відмороження. Для відмороження I ступеня характерне збліднення шкіри в ділянці ураження. Після зігрівання шкіра стає набряклого і синюшного, з'являється колючий, пекучий біль. При відмороженні II ступеня утворюються пухирці з прозорою, жовтуватого кольору рідиною. Відмороження III ступеня супроводжується утворенням пухирців, наповнених геморагічним ексудатом. При відмороженні IV ступеня настає змертвіння всіх шарів м'яких тканин, а іноді й кістки.

Допомога. Розтирання і зігрівання на місці події. Бажано помістити потерпілого біля джерела тепла (наприклад, біля вогнища) і тут продовжувати розтирання. Краще розтирати відморожену частину спиртом, горілкою, одеколоном, а якщо їх немає, то м'якою рукавицею, хутровим комірком. Не можна розтирати снігом. Після порожевіння відморожене місце витирають досуха, змочують спиртом, горілкою або одеколоном і утеплюють ватою або тканиною. Необхідно пам'ятати, що одяг і взуття з відморожених частин тіла знімати треба дуже акуратно, якщо ж це зробити не вдається, треба розпороти ножом ту частину одягу або взуття, які утруднюють доступ до ушкоджених ділянок тіла.

Замерзання настає при охолодженні усього організму. Температура в прямій кишці нижче $36,3^{\circ}\text{C}$. Частіше замерзають люди, які перебувають у стані алкогольного сп'яніння. При замерзанні спочатку з'являється почуття втомленості, сонливості. Під час зниження температури тіла на декілька градусів виникає непритомність. При загальному замерзанні пригнічуються важливі функції організму дихання, кровообіг і обмінні процеси, виникає анемія мозку і тяжка гіпоксія. Потерпілого перш за все необхідно перенести в тепле приміщення, а потім приступити до поступового зігрівання. Краще всього зігрівати у ванні з водою кімнатної температури. Проводити послідовний обережний масаж усіх частин тіла, воду поступово нагрівають до 36°C . З появою рожевого кольору шкіри та зникнення одубіння кінцівок, постраждалого переносять до ліжка, тепло вкривають, дають гарячий чай, молоко, госпіталізація обов'язкова.

ВИСНОВКИ З ШОСТОГО ПИТАННЯ:

Таким чином, переохолодження розвивається внаслідок порушення процесів терморегуляції при дії на організм низьких температур і розладу функцій життєво важливих систем, який настає при цьому. Погіршенню самопочуття сприяє втома, малорухомість. Відмороження – місцеве ушкодження тканин, спричинене впливом на них низької температури. Охолодження організму у поєднанні з іншими несприятливими факторами призводить до замерзання.

7. ПЕРША ДОПОМОГА ПРИ УРАЖЕННЯХ ЕЛЕКТРИЧНИМ СТРУМОМ

Електричний струм, проходячи через тіло людини, зумовлює перетворення поглинутої організмом електричної енергії в інші види і спричиняє термічну, електролітичну, механічну і біологічну дію. Найбільш складною є біологічна дія, яка притаманна тільки живим організмам. Термічний і електролітичний вплив властиві будь-яким провідникам. Термічний вплив електричного струму характеризується нагріванням тканин аж до опіків.

Статистика свідчить, що більше половини всіх електротравм становлять опіки. Вони важко піддаються лікуванню, тому що глибоко проникають у тканини організму.

Опіки можливі при проходженні через тіло людини струму більше 1А. Тільки при великому струмі тканини, які уражаються, нагріваються до температури 60-700С і вище, при якій згортається білок і з'являються опіки. Майже у всіх випадках включення людини в електричний ланцюг на її тілі і в місцях дотикання спостерігаються "електричні знаки" сіро-жовтого кольору круглої або овальної форми.

При опіках від впливу електричної дуги можлива металізація шкіри частками металу дугової плазми. Уражена ділянка шкіри стає твердою, набуває кольору солей металу, які потрапили в шкіру.

Електролітична дія струму виявляється у розкладанні органічної рідини, в тому числі крові, яка є електролітом, та в порушенні її фізико-хімічного складу.

Біологічна дія струму виявляється через подразнення і збудження живих тканин організму, а також порушення внутрішніх біологічних процесів.

Механічна дія струму призводить до розриву тканин організму внаслідок електродинамічного ефекту, а також миттєвого вибухоподібного утворення пари з тканинної рідини і крові.

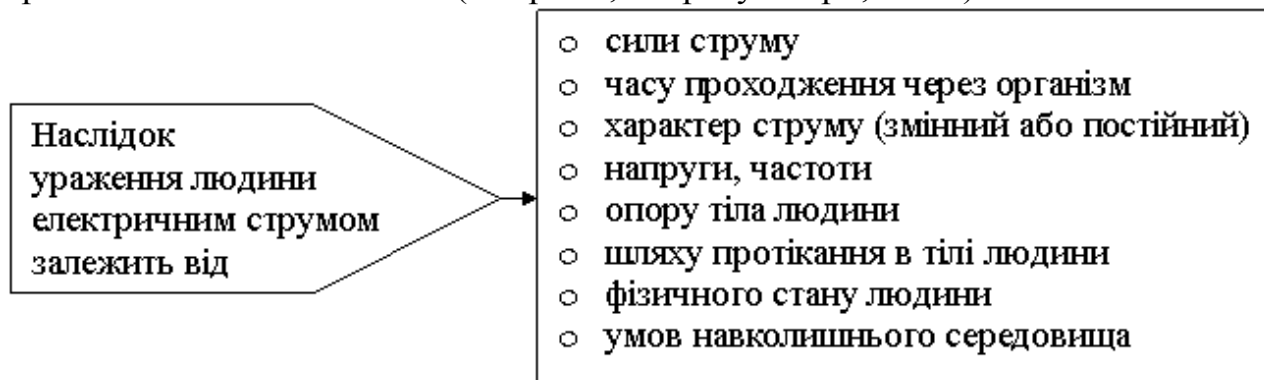
Внаслідок дії електричного струму або електричної дуги виникає електротравма. Електротравми умовно поділяють на загальні і місцеві. До місцевих травм належать опіки, електричні знаки, електрометалізація шкіри, механічні пошкодження, а також електрофтальмія (запалення очей внаслідок впливу ультрафіолетових променів електричної дуги).

Загальні електротравми називають також електричними ударами. Вони є найбільш небезпечним видом електротравм. При електричних ударах виникає збудження живих тканин, судомне скорочення м'язів, параліч м'язів опорно-рухового апарату, м'язів грудної клітки (дихальних), м'язів шлуночків серця.

Ступінь тяжкості ушкоджень, що виникають при електротравмі, залежить від параметрів електричного струму: сили, напруги, виду (постійний, змінний), а також від шляху проходження струму, тривалості його дії, електропровідності шкіри, фізіологічного стану організму, характеру навколишнього середовища (сухе, вологе). При напрузі до 450-500 В більш небезпечним є змінний струм, з підвищенням напруги небезпека ушкоджень стає однаковою. Найтяжчі наслідки виникають, якщо петля струму проходить через серце, легені, центральну нервову систему. Мокрий одяг, взуття, волога, ушкоджена шкіра створюють мінімальний опір струму, й небезпека ураження різко зростає. Чим сильніший опір шкіри, тим слабша загальна дія струму, але значно глибші місцеві зміни.

Електричний струм спричиняє термічне, механічне й хімічне ушкодження

тканин. Термічна дія виражається в появі неспецифічних опіків і специфічних міток (знаків) струму на шкірі. Останні мають вигляд цяток або кратероподібних ум'ятин жовто-сірого кольору діаметром до 1-3 см з валкоподібними стовщеними краями без ознак запалення (гіперемії, набряку шкіри, болю).



За характером виникаючих порушень виділяють чотири ступені електротравми:

перша – судорожне скорочення м'язів без непритомності, потерпілий переляканий, блідий, судорожно кричить;

друга – судорожне скорочення м'язів, із втратою і швидким відновленням притомності, блідість шкіри, різкий переляканий крик про допомогу, самостійне звільнення від дії струму неможливе;

третья – судорожне скорочення м'язів з непритомністю, дихання утруднене, тони серця глухі, брадикардія або фібриляція шлуночків, голосові зв'язки спазмовані, потерпілий не може кричати навіть після того, як опритомніть:

четверта – клінічна смерть, зупинення дихання.

Після ураження блискавкою загальні явища виражені значніше. Характерний розвиток паралічів, глухота, зупинення дихання.

Невідкладна допомога. Якомога швидше припинення дії електричного струму. Для цього треба вимкнути рубильник або відвести від потерпілого провід за допомогою сухої палиці, дошки.

Якщо ураження сталося від високовольтної мережі, то підходити до потерпілого треба маленькими кроками, щоб уникнути потрапляння під "крокову напругу".

Після звільнення потерпілого від дії струму оцінюють його стан. У разі непритомності, відсутності дихання, пульсації на магістральних судинах приступають до негайного етапу серцево-судинної реанімації з більш раннім переходом до спеціалізованого етапу.

При ушкодженнях, що супроводжуються легкими загальними явищами (непритомність, тимчасова втрата свідомості тощо), перша допомога полягає в утворенні спокою і доставці хворого у лікувальний заклад. Необхідно пам'ятати, що загальний стан потерпілого може різко і миттєво погіршитись у найближчий час після травми, тому всі особи з електротравмами підлягають госпіталізації.

Як першу допомогу можна дати беззаспокійливе, серцеві засоби, заспокійливе.

Транспортувати до стаціонару на ношах у положенні лежачи і тепло

вкритим.

ВИСНОВКИ З ШОСТОГО ПИТАННЯ

Електричний струм, проходячи через тіло людини, зумовлює перетворення поглинутої організмом електричної енергії в інші види і спричиняє термічну, електролітичну, механічну і біологічну дію. Найбільш складною є біологічна дія, яка притаманна тільки живим організмам. Термічний і електролітичний вплив властиві будь-яким провідникам. Термічний вплив електричного струму характеризується нагріванням тканин аж до опіків.

ВИСНОВКИ З ТЕМИ

Таким чином, доходимо висновку, що людина постійно стикається з великою кількістю шкідливих речовин, які можуть викликати різні види захворювання, розлади здоров'я, а також травматизм як у процесі контакту, так і через певний проміжок часу. Шляхи проникнення шкідливих речовин в організм людини: через органи дихання, шкіру, рани, шлунково-кишковий тракт. Вплив шкідливих речовин на організм людини залежить від кількості речовини, що потрапила в нього, її токсичності, тривалості надходження і механізму взаємодії. Крім того, він залежить від статі, віку, індивідуальних особливостей організму, метеорологічних умов навколишнього середовища, хімічної структури і фізичних властивостей речовини. Причиною отруєння може стати проста випадковість: особа щось проковтнула або вдихнула. Визначити, від чого саме відбулося отруєння, складно, але ознаки отруєння з'являться тільки через кілька годин, днів або місяців. До основних симптомів і ознак отруєння відносять: біль у животі, втрата апетиту; посинілі губи, кашель; неприємний запах із рота; нудота, блювота, пронос; утруднення подиху й серцебиття; запаморочення й головний біль, шум у вухах; сонливість, зниження чутливості; лихоманка, жар, слабкість; дратівливість.

Підсумовуючи вище викладене, слід зазначити, що незалежно від характеру та умов, за яких відбулось отруєння, заходи першої допомоги зводяться до ряду основних дій, а саме:

1. Видалення отрути з місця її потрапляння в організм (промивання шкіри, слизових оболонок).
2. Попередження всмоктування отрути призначенням протиотрут, знешкодження отрути до резорбції або видалення її із шлунка (адсорбуючі, осаджувальні, обволікувальні, в'язучі, проносні засоби).
3. Знешкодження всмоктаної отрути (введення протиотрут різного характеру - глюкоза, тіосульфат натрію та інші антидоти).
4. Прискорення видалення отрути із організму або підвищення дезінтоксикаційної функції печінки (зменшення концентрації отрути у крові і тканинах завдяки посиленому введенню рідини в організм).
5. Боротьба з наслідками отруєння, призначення симптоматичної терапії (регуляція життєво важливих функцій організму, які порушуються внаслідок потрапляння отрути в організм).

Надання долікарської допомоги при тепловому ударі, опіках: термічних та

хімічних, відмороженнях, охолодженнях організму, при ураженнях електричним струмом має свої особливості, а саме: до теплових уражень відносяться: тепловий удар; тепловий колапс; теплові судоми. Основним та найдієвішими засобами допомоги, є: потерпілого треба швидко перенести у прохолодне приміщення, тінь, зняти одяг, який утруднює потовиділення. Для зниження температури тіла використовують будь-який спосіб – змочування обличчя холодною водою, укутування потерпілого в холодний вологий рушник або простирadlo, обдування вентилятором, прикладання пузирів з льодом на ділянку великих судинно-нервових пучків (шия, пахові ділянки). При порушенні дихання застосовують допоміжне дихання або штучну вентиляцію з інтубацією трахеї. Після опритомнення потерпілому дають випити холодної води, вводять кардіостимулятор, протисудорожні препарати.

Ушкодження організму в результаті впливу термічних факторів, хімічних речовин, електричного струму, іонізуючого випромінювання. Надання допомоги при кожному з цих видів має свої особливості. При впливі термічних факторів: передусім треба зняти обгорілий одяг з потерпілого (частини одягу, що прилипли до обпаленої поверхні не відривають, а обрізають навколо); на місце опіку накладають асептичну пов'язку, краще контурну, в разі великих опіків загортають потерпілого в стерильне простирadlo; для знеболювання вводять промедол, у тяжких випадках застосовують інгаляційний наркоз; охолодження опікової поверхні 10-15 хвилин; при глибоких опіках кінцівок здійснюють транспортну іммобілізацію; при опіку верхніх дихальних шляхів і гострому набряку гортані може виникнути потреба в терміновій інкубації трахеї або трахеостонії. Для зняття бронхоспазму використовують спазмолітики.

При опіках хімічними речовинами, невідкладна допомога полягає в негайному видаленні і нейтралізації ушкоджувальної речовини. Передусім слід обмити уражену шкіру і слизові оболонки великою кількістю холодної проточної води, при попаданні речовини у стравохідний канал – промити шлунок. Промивання проточною водою треба робити не менш як 10-15 хв., якщо допомогу подають із запізненням – не менш 1 год., а при ураженні фтороводневою кислотою – не менш як 2-3 год. Якщо опік спричинено органічними сполуками алюмінію, уражену ділянку шкіри протирають гасом, етиловим спиртом або бензином, тому що при протиранні водою ці речовини спалахують. Також не можна змивати водою негашене вапно. Для цього використовують олію або тваринне масло, механічне видалення шматочків вапна. При опіках фосфором уражену ділянку слід занурити під воду і механічно видалити частинки речовини. Це потрібно тому, що на повітрі фосфор самозаймається і може спричинити, крім хімічного, ще й термічне ураження. Остаточне видалення роблять у темному приміщенні, оскільки на світлі частинок фосфору, що залишилися у рані, не видно.

Слідом за промиванням опікової поверхні приступають до хімічного агента. Обмивання опікової поверхні і нейтралізацію хімічного агента треба робити під прикриттям адекватної знеболюючої терапії із застосуванням тих самих засобів, що й при термічних опіках.

Таким чином, переохолодження розвивається внаслідок порушення процесів терморегуляції при дії на організм низьких температур і розладу функцій життєво важливих систем, який настає при цьому. Погіршенню самопочуття сприяє втому, малорухомість. Відмороження – місцеве ушкодження тканин, спричинене впливом на них низької температури. Охолодження організму у поєднанні з іншими несприятливими факторами призводить до замерзання. Замерзання настає при охолодженні усього організму. Температура в прямій кишці нижче 36,3°C. Надання допомоги при всіх зазначених вида має свої особливості, але основним є зігрівання потерпілого.

Електричний струм, проходячи через тіло людини, зумовлює перетворення поглинутої організмом електричної енергії в інші види і спричиняє термічну, електролітичну, механічну і біологічну дію. Найбільш складною є біологічна дія, яка притаманна тільки живим організмам. Термічний і електролітичний вплив властиві будь-яким провідникам. Термічний вплив електричного струму характеризується нагріванням тканин аж до опіків.

До засобів невідкладної допомоги відносяться, якомога швидше припинення дії електричного струму. Для цього треба вимкнути рубильник або відвести від потерпілого провід за допомогою сухої палиці, дошки. Якщо ураження сталося від високовольтної мережі, то підходити до потерпілого треба маленькими кроками, щоб уникнути потрапляння під "крокову напругу".

МЕТОДИЧНІ ПОРАДИ ЩОДО ПІДГОТОВКИ ДО ДАНОЇ ТЕМИ

Під час лекції розглядаються лише базові, основоположні теоретичні поняття та методи долікарської допомоги як комплексної науки, її загальної структури, предмету.

При підготовці теми, студентам слід враховувати різнобічні наукові підходи до визначення, класифікації та розуміння деяких питань.

Серед них слід виділити: основні засоби та методи долікарської допомоги, зокрема, - пізнавальну, евристичну, прогностичну, організаційно-практичну, ідеологічну.

Для вдалого засвоєння цієї теми, студентам рекомендується звернутись не лише до базового (обов'язкового) списку літератури, а й до інших наукових джерел, які можна знайти у бібліотеці університету.

Так, під час розгляду теми, слід, також, використовувати наукові праці як українських, так і зарубіжних вчених.

Однак, опрацьовувати додаткову літературу слід з урахуванням національної доктрини.

ТЕМА № 4

ДОЛІКАРСЬКА ДОПОМОГА ПРИ ПОТРАПЛЯННІ В ОРГАНІЗМ ЛЮДИНИ СТОРОННІХ ТІЛ ТА РЕЧОВИН ПРИ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДАХ ТА ГОСТРИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ

ПЛАН ЛЕКЦІЇ:

1. Сторонні тіла їх види та шляхи їх потрапляння до організму людини
2. Долікарська допомога та лікування при потраплянні сторонніх тіл в організм людини.
3. Невідкладна допомога при потраплянні в дихальні шляхи людини сторонніх тіл та речовин
4. Перша медична допомога при невідкладних станах серцево-судинної системи.

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА:

10. Апанасенко Б.Г. Первая медицинская помощь. – К., 1992.
11. Джигирей В.С., Житецький В.Ц. Безпека життєдіяльності. Навчальний посібник. – Вид. 3-тє. – Львів, 2000.
12. Марчук А.І. Долікарська допомога: Підручник/ А.І.Марчук, В.М.Солодкий, М.В.Чорний.- К.: НАВСУ. - "Правові джерела", 2000.– 464с.
13. Великорецький А.М. Перша долікарська допомога. Київ, “Здоров’я”, 1974 р.
14. Чуприна, О. В., Гищак Т. В., Долинна, О. В. Основи медичних знань: долікарська допомога та медико-санітарна підготовка : навч. посіб. / О. В. Чуприна, Т. В. Гищак, О. В. Долинна. – К.: Вид. Паливода А.В., 2006. – 216 с.: іл. – Бібліогр.: 215 с.
15. Буянов В.М. Первая медицинская помощь. – М., 1987.
16. Буянов В.М., Нестеренко Ю.А. Первая медицинская помощь. Учебник для учащихся мед. училищ й колледжей. - М.: Медицина, 2000.
17. Викерн Д. Медицинский справочник на все случаи жизни. - Санкт-Петербург, 1998 г.
18. Валиченко В.М., Юмашев Г.С. Первая доврачебная помощь. - М., 1990.
19. Галинская Л.А., Романовский В.Е. Первая помощь в ожидании врача. – Ростов-н-Д.: Феникс, 2000, (Медицина для вас).
20. Цимбал Н.М., Берегова О.Д. Практикум з валеології. Основи долікарської допомоги. – Тернопіль, 1997.

ВСТУП

Організм людини складається з величезної кількості клітин, різних за формою, розмірами, масою і функціями, але всі вони мають деякі спільні риси будови. Основні частини клітин - цитоплазма і ядро. У ядрі містяться хромосоми — носії спадкових задатків організму. Клітина вкрита мембраною, що забезпечує вибірну проникність речовин. Обмін речовин та енергії, розмноження, ріст, відновлення структур, подразливість і саморегуляція - основні властивості клітин. До складу клітин входять різні хімічні сполуки: неорганічні та органічні. До

неорганічних належать вода і мінеральні солі. Серед органічних сполук найбільше значення мають білки, жири, вуглеводи, нуклеїнові кислоти. Сукупність клітин і міжклітинної речовини, подібних за походженням, будовою і функціями, називають тканиною. У організмі людини виділяють такі тканини: епітеліальну, сполучну, м'язову та нервову. Епітеліальна тканина утворює покриви тіла, залози і вистилає порожнини внутрішніх органів. Сполучна тканина (кісткова й хрящова) забезпечує опору органів, виконує трофічну та пластичну функції. Кров і лімфа утворюють внутрішнє середовище організму і виконують захисну функцію. М'язова тканина — основна тканина скелетних м'язів та багатьох внутрішніх органів. З м'язовою тканиною пов'язана функція руху. Нервова тканина (становить масу головного і спинного мозку) забезпечує регуляцію діяльності органів і зв'язок організму із зовнішнім середовищем. Із тканин формуються органи. Орган - частина тіла, що має певну форму, будову, місце і виконує одну чи кілька специфічних функцій. Рука, серце, нирки, печінка, шлунок, легені - це органи. Органи, що разом виконують спільні функції, становлять фізіологічні системи (нервова, ендокринна, опорна-рухова, кровоносна, дихальна, травна, сечостатева, сенсорна). Різні фізіологічні системи у поєднанні з певними органами утворюють функціональні системи. Зрозуміло, що потрапляння в організм людини сторонніх тіл та речовин завдає непоправної шкоди організму людини в цілому, та функціональним системам зокрема. Грамотне надання долікарської допомоги в таких випадках зменшує шкідливий вплив та знижує ступінь загрози життю постраждалого.

1. СТОРОННІ ТІЛА ЇХ ВИДИ ТА ШЛЯХИ ЇХ ПОТРАПЛЯННЯ ДО ОРГАНІЗМУ ЛЮДИНИ

Сторонніми тілами називають усі предмети чи їх частини, або ж утворення органічного або неорганічного походження, що потрапляють в організм і які не повинні бути там у нормі. Сторонні тіла потрапляють в організм за різних умов та різними шляхами, а саме: під час механічної травми (вогнепальна і невогнепальна, операційна) через рани на шкірі та слизовій оболонці; при деяких фізіологічних актах (ковтання та дихання, під час яких сторонні тіла потрапляють у травний канал та дихальні шляхи); при пустошах, хуліганських вчинках або статевих збоченнях сторонні тіла можуть потрапляти через природні отвори та канали тіла всередину (в пряму кишку, сечовий міхур).

Структура, розмір та форма сторонніх тіл різноманітні. Найчастіше це металеві, дерев'яні, скляні та кам'яні предмети, але можуть бути й органічні тіла (кістки риб та тварин, кісточка ягід та фруктів; трихо- та фітобестоари, тобто утворення з волосся та рослинних залишків у шлунку, а також колоски злаків тощо).

Паразити в тканинах та органах тіла, каміння, що утворюються в сечових та жовчних шляхах, а також ксенопротези і ксеноматеріали, які вводять у організм з лікувальними цілями, не вважаються за сторонні тіла.

Патологічний вплив стороннього тіла на організм людини залежить від численних чинників, зокрема його характеру (структури), розмірів, форми, шляхів проникнення, локалізації, інфекованності його, виду мікрофлори та ін. Виявити

ранні прояви патології сторонніх тіл, які потрапляють у тканини та органи через шкіру та слизові оболонки переважно при сліпій травмі, майже неможливо, оскільки вони маскуються місцевими та загальними симптомами травми (біль, кровотеча, запалення з нагноєнням чи без нього, набряк тканин, порушення функції органа). Лише після загоєння рани без хірургічної обробки або, навпаки, через затримку останнього навіть після обробки рани, якщо стороннє тіло не було видалено, можна скаржитися на хворобу та порушення пов'язати повністю чи частково з перебуванням у тканинах або органах стороннього тіла. У разі проникнення стороннього тіла в організм через його природні отвори та канали воно спричинює обтурацію каналу чи порожнини (повну чи часткову) з порушенням прохідності їх, що супроводжується відповідним синдромом — асфіксією або ателектазом легень, непрохідністю стравоходу чи кишечника тощо. Проте гостру симптоматику сторонні тіла, що потрапляють через отвори та канали тіла, зумовлюють лише за певних умов (значні, достатні для обтурації каналу розміри, гостра форма, через що травмується слизова оболонка порожнини). У інших випадках стороннє тіло в порожнині може бути навіть досить довго, аж поки не спричинить якесь ускладнення з боку органів (запалення, пролежень з кровотечею чи тяжкою інфекцією або розвитком фістули). Найчастіше спостерігаються **сторонні тіла м'яких тканин тіла**, що потрапляють під час травми. У період війни це бувають осколки снарядів, мін та авіабомб, рідше — куль. Крім поверхневих м'яко тканинних сторонніх тіл вогнепального походження в роки війни спостерігається багато сторонніх тіл у паренхіматозних органах (легені, печінка) та глибоких тканинах, зокрема в кістках. Дуже часто такі сторонні тіла бувають численні, особливо у разі поранення внаслідок вибухів мін. Сторонні тіла м'яких тканин при травмах невогнепального характеру — це голки, осколки металу чи каміння, що відокремлюються від оброблюваного матеріалу під ударом молотка або іншого інструмента, а також дерев'яні тріски та частки скла, що проникають у м'які тканини через шкіру. Сторонні тіла м'яких тканин, особливо гострі та невеликі за розмірами, в ранній період супроводжуються болем та запальним процесом. Останній частіше має серозний характер, через кілька днів затихає, і рана гоїться первинним натягом. Навколо стороннього тіла розростається сполучна тканина (внаслідок подразнення її стороннім тілом), утворюючи щільну оболонку (тіло інкапсулюється). Часто сторонні тіла поверхневих м'яких тканин (особливо негострі, дуже забруднені мікрофлорою — кам'яні та металеві осколки, тріски тощо) супроводжуються розвитком навколо них та в рані гнійної інфекції (абсцес, флегмона), яка може рецидивувати, коли не видалити стороннє тіло. Сторонні тіла м'яких тканин, що проникають через шкіру (рану), незалежно від того, спричинюють вони чи не спричинюють нагноєння рани та тканин навколо себе, можуть ускладнювати гострою специфічною інфекцією — правцем, а також анаеробною клостридіальною інфекцією. Ці види гострої інфекції особливо небезпечні при сторонніх тілах м'яких тканин нижніх кінцівок та сідниць. Поряд із інфекцією, запальними ускладненнями сторонні тіла м'яких тканин можуть зумовити пролежень стінки судини та ерозивну кровотечу, а у разі локалізації на нервовому стовбурі — тиск на нього та травматичний неврит. Іноді навколо стороннього тіла в м'яких тканинах так інтенсивно

розростається сполучна тканина, що утворюється пухлиноподібна гранульома — гранульома стороннього тіла. Незважаючи на інкапсуляцію стороннього тіла в м'яких тканинах, у зоні його локалізації дуже часто, навіть через багато років, може активізуватися гнійна інфекція і спричинити абсцес чи флегмону та мимовільне виділення через отвір стороннього тіла. Якщо ж стороннє тіло не вийшло, інфекція рецидивує.

Сторонні тіла внутрішніх паренхіматозних органів (легені, печінка тощо), які майже завжди мають вогнепальне походження, частіше ускладнюються інфекцією, особливо осколкові. Інкапсулюються вони переважно при кульових сліпих пораненнях, тобто тоді, коли стороннім тілом стає сама куля. Це пояснюється попереднім контактом осколків снарядів та мін з землею і більшою мікробною контамінацією їх порівняно з кулями. Інкапсульовані сторонні тіла внутрішніх органів набагато частіше, ніж тіла в поверхневих м'яких тканинах, з часом ускладнюються інфекцією або кровотечею з арозованої кровоносної судини. Треба зазначити, що сторонні тіла вогнепального походження, особливо осколкові, можуть бути як первинними (осколок, куля), так і вторинними (часточки землі, одягу, гудзиків тощо). Комбінація таких сторонніх тіл, як правило, ускладнюється тяжкими формами гнійної інфекції і нерідко — анаеробною та специфічною.

Значна кількість різних за характером **сторонніх тіл потрапляє в організм через природні отвори та канали тіла**. Це пов'язано з великим функціональним навантаженням на ці канали, анатомо-фізіологічними особливостями травного та дихального шляхів, зокрема відсутністю анатомічної ізоляції між ними на рівні носоглотки, а також іншими чинниками (допитливість дітей, психічні хвороби тощо). Особливостями клініки сторонніх тіл, що потрапляють у природні анатомічні канали людини, є можливе гостре порушення функцій дихання (асфіксія), ковтання, психічний шок та технічні складнощі під час надання допомоги з відновлення прохідності цих каналів. Найчастіше сторонні тіла потрапляють у травний канал. Це буває у дітей віком до 5 років, які все куштують, та у психічно хворих, які нерідко ковтають різні предмети. Проковтнуті предмети переважно потрапляють у шлунок, рідше застрягають у стравоході. Останнє буває або у разі ковтання гострих та великих неправильної форми предметів (голки, цвяхи, зубні протези тощо), або за звуження чи недостатності пропульсивної функції стравоходу. Поява сторонніх тіл у стравоході супроводжується болем у ньому, порушенням прохідності, а в інших випадках — запаленням чи перфорацією стінок стравоходу і гострим медіастинітом.

Сторонні тіла дихальних шляхів також спостерігаються переважно у дітей віком до 5 років, які через недостатній догляд за ними беруть у рот різні дрібні речі (монети, гудзики, намистини, камінці тощо); рідше — у дорослих, що перебувають у стані алкогольного сп'яніння, та у літніх людей (зубні протези, розхитані зуби та ін.) або у людей з порушеною функцією верхньогортанного нерва. Сторонні тіла можуть потрапляти в дихальні шляхи тих осіб, які мають професійну звичку тримати в зубах різні предмети (голки, гвіздки), а також у тих, хто багато говорить та сміється під час їди. Застрягання в дихальних шляхах предметів, що закривають просвіт трахеї чи гортані, спричинює асфіксію і за

кілька хвилин може зумовити смерть хворого. Невеликі сторонні тіла, що не закупорюють гортань чи трахею, проходять в бронхи і спричинюють обтурацію останніх та розвиток аспіраційних абсцесів легень.

Сторонні тіла сечових шляхів (сечового міхура), які потрапляють у організм під час дитячих пустощів чи при онанізмі, спостерігаються нечасто. Хворий може й не знати про наявність сторонніх тіл у його тканинах. Тому нагноєння в рані, що погано гоїться, наявність у ній надмірних грануляцій або тривале відчуття болю в рані, що загоїлася, чи нагноєння в зоні рубця після травми повинно викликати підозру щодо стороннього тіла в тканинах.

Сторонні тіла, що потрапляють у м'які тканини та паренхіматозні органи, звичайно не зміщуються. У м'язах, які скорочуються, вони можуть дещо зміщуватись, особливо гострі тіла. У разі попадання у великі судини гострі сторонні тіла (голки чи їх фрагменти) переміщуються кров'ю на різну відстань. Негострі сторонні тіла як у підшкірній основі, так і в органах, якщо вони супроводжуються нагноєнням (абсцесом чи флегмоною, особливо рецидивуючою), можуть зміщуватись на деяку відстань під дією гравітації в гнійній порожнині в каудальному чи дорсальному напрямку.

Сторонні тіла в порожнистих органах, зокрема в травному каналі, переміщуються під час скорочення гладеньких м'язів шлунку та кишки доти, поки не вийдуть природним шляхом, або не застрянуть у вузькому місці чи не зачепляться гострим кінцем за стінку органа (голки, риб'ячі чи курячі кістки тощо). Звичайно це закінчується перфорацією стінки кишки та виходом стороннього тіла у черевну порожнину з розвитком перитоніту або у сусідній орган, який прилипає до цього місця кишки внаслідок запалення останньої. Таким органом найчастіше буває великий сальник.

ВИСНОВКИ ДО ПЕРШОГО ПИТАННЯ:

Таким чином, підсумовуючи вище зазначене доходимо висновків, що клінічні прояви перебування в тканинах чи порожнинах сторонніх тіл залежать від структури та локалізації тіл, їх величини, форми та характеру тих ускладнень, які вони зумовлюють. Це можуть бути абсцес поверхневих тканин, абсцес легень, асфіксія, порушення ковтання, непрохідність кишечника, перитоніт, медіастиніт, порушення діяльності серця, фістули та наявність навколо них гіпергрануляцій тощо. Діагностика сторонніх тіл здійснюється на підставі даних анамнезу, результатів фізичного огляду ділянки проникнення в тканини стороннього тіла, пальпації поверхневих тканин та органів. Металеві, кам'яні, кісткові, деякі скляні (рентгеноконтрастні) сторонні тіла виявляють за допомогою рентгенографії у двох проекціях. Важливу роль у діагностиці тіл, що мають зовнішній гнійний хід, відіграє фістулографія (введення рентгеноконтрастної речовини в уражений орган з подальшим виконанням знімка). Для діагностики сторонніх тіл дихальних шляхів, стравоходу, шлунку, прямої кишки, сечового міхура та інших порожнистих органів високоефективним є ендоскопічне дослідження — бронхо- та езофаго-, гастро- та цистоскопія. Великого поширення в діагностиці сторонніх тіл порожнини та паренхіматозних органів набули ультразвукове дослідження та комп'ютерна томографія. Лапароскопія та торакокопія мають значення лише в

разі ускладнень, спричинених сторонніми тілами черевної та плевральної порожнин (перитоніт, плеврит).

2. ДОЛІКАРСЬКА ДОПОМОГА ТА ЛІКУВАННЯ ПРИ ПОТРАПЛЯННІ СТОРОННІХ ТІЛ В ОРГАНІЗМ ЛЮДИНИ

Лікування сторонніх тіл полягає у видаленні їх, за винятком тих, які через свою чисельність, невеликі розміри та відсутність болю і функціональних порушень органів не підлягають видаленню. Видаленню не підлягають і деякі невеликі поодинокі сторонні тіла в органах, які не призводять до розладів функції цих органів та видалення яких супроводжується великим ризиком щодо життя хворого (металеві осколки в глибині мозку, печінки тощо). Більшість сторонніх тіл м'яких тканин, органів та всі тіла дихальних шляхів, стравоходу й травного каналу, сечовивідних шляхів та порожнин тіла підлягають видаленню.

Хворих із сторонніми тілами в шлунку та кишечнику (крім малих з гладенькою поверхнею) госпіталізують у хірургічний стаціонар, де за ними спостерігають (контроль за переміщенням тіла за допомогою рентгеноскопії та рентгенографії, огляд випорожнень). У цей період хворим дають їжу, що багата на клітковину (каші, хліб, картоплю). У разі тривалої затримки (1—2 доби) стороннього тіла, яке рухалось кишечником, навіть якщо воно не зумовлює гострих проявів, його видаляють хірургічним шляхом (лапаротомія та ентеротомія). Якщо ж стороннє тіло спричинило гострі явища, хворого оперують негайно, незалежно від положення цього тіла.

Деякі сторонні тіла, один кінець яких входить глибоко в тканини, а другий виступає на поверхні шкіри (ніж, стамески, великі цвяхи чи дерев'яні палиці, наприклад, лижні, що протикають наскрізь тіло лижника), **не треба видаляти з тіла під час надання першої допомоги** (можна лише обрізати кінці палиці для полегшення транспортування потерпілого), оскільки такі сторонні тіла можуть бути "пробками", що стримують кровотечу з камери серця чи з судини. Видаляють їх лише в спеціально обладнаній операційній. Для видалення стороннього тіла, зокрема з м'яких тканин, розтинають шкіру та підлеглі тканини над проекцією його залягання. Гострі сторонні тіла, зокрема голки, з деяких частин тіла, наприклад, з молочної залози, іноді можуть бути видалені шляхом стискання залози між пальцями: при цьому вістря голки проникає через шкіру назовні і може бути захоплене затискачем. Інкапсульовані у тканинах сторонні тіла треба видаляти разом із капсулою та проводити протиправцеву імунізацію. Це пов'язано з тим, що на сторонньому тілі та капсулі може зберігатись правцева паличка.

Багато сторонніх тіл, зокрема з трахеї та бронхів, стравоходу, шлунку, прямої кишки, видаляють ендоскопічним шляхом. Деякі сторонні тіла, зокрема металеві осколки в м'яких тканинах, з очей та інших ділянок можуть бути видалені за допомогою зондів з магнітами.

Особливо небезпечними є сторонні тіла в дихальних шляхах, оскільки вони часто призводять до асфіксії. Невеликі за розмірами тіла, які не можуть спричинити механічну обтурацію гортані чи трахеї, зумовлюють різку первинну реакцію у вигляді приступу кашлю, задишки та часто — ларингоспазм і асфіксію.

Якщо такі тіла просуваються у бронхи, розвиваються ателектази в легенях, абсцес та пневмонія. Такі самі ускладнення розвиваються у разі попадання в дихальні шляхи частинок їжі та шлункового соку (синдром Мендельсона). Великі сторонні тіла, наприклад, зуби та зубні протези, монети, гудзики тощо, потрапляючи в гортань чи трахею, спричинюють раптову асфіксію, яка часто призводить до смерті потерпілого уже через кілька хвилин. У цьому разі життя зберегти може лише трахеостомія. Виконати останню може лише лікар за певних умов. Через відсутність таких умов треба скористатись прийомами консервативного виштовхування стороннього тіла. Одним із них є запропонований американським лікарем Н. Heinlich прийом, відомий як маневр Хеймліча. Його виконують так: хворого, якщо він стоїть, обіймають руками упоперек на рівні талії, стоячи за ним. Пальці правої руки складають у кулак так, аби великий палець ліг на поверхню зігнутих чотирьох і був спрямований уздовж осі передпліччя. Зігнутий кулак кладуть на живіт хворого посередині лінії вище від пупка і дещо нижче від реберної дуги мечовидного відростка, а зверху на кулак кладуть кисть лівої руки і обома руками швидко роблять поштовх у живіт у напрямку назад та вгору. Внаслідок різкого руху підіймається діафрагма і стискаються легені, поштовхом повітря з них виштовхується стороннє тіло з дихальних шляхів. Якщо потрібно, цей прийом повторюють кілька разів. Якщо пацієнт лежить, то такий прийом можна зробити, ставши над ним на коліна і пропустивши його ноги між своїми. Дітям це роблять вказівними пальцями, стоячи спереду над ним. Хворий, що обізнаний з цим прийомом, може виконувати його сам.

Чужорідне тіло, що потрапило в око, викликає часом сильні больові відчуття, оскільки очі – дуже важливий і крихкий орган людського тіла, який вимагає до себе дбайливого відношення. Взагалі кажучи, різні сторонні тіла потрапляють нам в очі практично щодня: дрібні частинки пилу, смітинки, комахи, навіть власна вія. Проте, слід відрізнити моменти, коли ситуація є менш критичною, а коли потрібно перша допомога, можливо медична. Причому саме попадання якогось предмета може не нести такої небезпеки, як неправильне витяг стороннього тіла з ока, слід знати, як правильно проводити першу допомогу в цьому випадку. Око забезпечено своїми власними засобами, що дозволяють не допустити потрапляння стороннього тіла чи позбутися такого. Наприклад, повіку і вії служать захистом очі від різного роду сміття, а сльозовиділення і можливість мигання здатні відкинути потрапило чужорідне тіло в око. Однак іноді потрапив предмет розташовується настільки невдало або глибоко, що вилучення чужорідного тіла з власного ока доводиться довіряти стороннім і навіть не хтувати допомогою лікарів. Симптоми знаходження в оці стороннього тіла. Такі можуть проявляти себе як легким дискомфортом, так і різкою, нестерпним болем. Залежно від того, як саме розташовується чужорідний предмет в оці, а також від його розмірів, ступінь болючих відчуттів може бути різною. Найчастіше трапляється так, що сторонній предмет не приносить ніяких неприємних відчуттів через свої незначні розміри і непомітно покидає око природним шляхом. Однак якщо ви точно знаєте про те, що щось перебуває у вашому оку, але болу ви все одно не відчуваєте, вилучення стороннього тіла з вашого очі не варто відкладати: зверніться до лікаря. Крім цього, біль, печіння, різь можуть викликати чужорідні

тіла, які володіють якимись фізичними або хімічними властивостями, які є агресивними по відношенню до поверхні органів зору. Наприклад, шматочок вапна або іржі може дратувати очей при попаданні в нього і привести до запалення. Крім перерахованого вище, основними симптомами потрапляння стороннього предмета в око є: підвищене сльозовиділення, почервоніння, невелика пухлина повік, світлобоязнь, зниження зору (часом значне), неможливість відкрити очей. Вилучення чужорідного тіла з ока потерпілого. Для правильної оцінки стану слід оглянути очей, в яку потрапило щось стороннє. Якщо нікого немає поруч, і вам доводиться надавати допомогу собі самому, потрібно постаратися знайти дзеркало, після чого відтягнути повіки ураженого ока. Найчастіше смітинка розташовується під верхнім або нижнім століттям. Те ж саме потрібно зробити, якщо ви допомагаєте сторонній – це набагато зручніше, оскільки при наданні допомоги собі очі рефлекторно закриваються, сильно сльозяться, що ускладнює проведення вилучення стороннього тіла. Для того щоб завжди бути напоготові і в разі потреби допомогти собі чи близьким, в домашній аптечці слід мати альбуцид – сульфацил натрію у вигляді очних крапель. Вони добре допомагають в даному випадку і витяг стороннього тіла з власного ока, або очі іншої людини значно спрощується. Слід закапати по одній краплі альбуциду в уражене око – це спровокує підвищення сльозовиділення, крім того, даний препарат має непоганий дезінфікуючим властивістю. Закапувати очні краплі потрібно правильно, для цього відтягніть нижню повіку і капніть одну-дві краплі альбуциду безпосередньо всередину. Проте трапляється, що очних крапель немає під рукою, тоді непоганий ефект може бути досягнутий за допомогою промивання ураженого ока водою, неодмінно холодною. Якщо вжиті дії не приносять результату, слід взяти ватний тампон, який можна зробити самому: досить намотати шматочок ватки на сірник, але не щільно, так, щоб кінчик залишався м'яким. У самому крайньому випадку допускається використовувати чисту хустку або рушник, куточком якого можна спробувати витягти смітинку. Для цього ватяний тампон або куточок носової хустки слід змочити чистою водою, після чого відтягнути віко і обережними неквапливими рухами витягти сторонній предмет з під нього.

Після того, як вилучення стороннього тіла було успішно зроблено і з ока були вилучені всі його частки і бруд, слід все ж знайти очні краплі і обробити очі з метою дезінфекції.

Особливу групу складають **сторонні тіла, що випадково потрапили в тканини чи порожнини тіла (забуті) під час хірургічних операцій, тобто сторонні тіла ятрогенного походження**. Серед них — марлеві серветки та кульки, дренажі та інструменти — кровоспинні затискачі, ножиці, навіть корнцанги та ін. Залишені в рані чи порожнині сторонні тіла спричиняють гостре чи хронічне інфекційне запалення в них, зокрема абсцеси, флегмони, перитоніт чи плеврит або гостру чи хронічну кишкову непрохідність, перфорацію кишок, пролежні великих судин та масивну кровотечу тощо. Складність своєчасної діагностики забутих сторонніх тіл полягає в тому, що клініка їх у перші дні маскується загальними післяопераційними змінами в організмі. Це призводить до запізненого оперативного втручання і тяжких наслідків. У разі появи ускладнень

лапаротомії завжди треба пам'ятати про можливість їх зв'язку із стороннім тілом. Для діагностики останніх повинні бути використані рентгеноскопія та рентгенографія, ультразвукове дослідження, а для лікування ускладнень — своєчасна релапаротомія.

ВИСНОВОК ДО ДРУГОГО ПИТАННЯ

Профілактика потрапляння в організм сторонніх тіл розроблена ще недостатньо через її складність, безліч різноманітних причин цього явища. Проте деякі напрямки профілактики можна назвати. Ми вже говорили про профілактику ятрогенних сторонніх тіл. Для запобігання травмам виробничого походження треба суворо дотримувати техніки безпеки на виробництві. Зниження частоти сторонніх тіл у дихальних шляхах та в стравоході у дітей можна досягти шляхом належного догляду за дітьми. Суворий нагляд за психічно хворими також може запобігти ковтанню ними різних сторонніх тіл. Різностямована боротьба з травматизмом різних видів, у тому числі з побутовим, профілактика останнього є одночасно й профілактикою проникнення в тканини сторонніх тіл. Боротьба з алкоголізмом, хуліганством, правильне статеве виховання — усе це заходи, що потенційно спрямовані на запобігання потраплянню сторонніх тіл у організм.

3. НЕВІДКЛАДНА ДОПОМОГА ПРИ ПОТРАПЛЯННІ В ДИХАЛЬНІ ШЛЯХИ ЛЮДИНИ СТОРОННІХ ТІЛ ТА РЕЧОВИН

Джерелом енергії в організмі служать поживні речовини. Основною біохімічною реакцією, що звільняє енергію цих речовин, є окислення, яке супроводжується витрачанням кисню та утворенням вуглекислого газу. В організмі людини немає запасів кисню, тому його безперервне надходження життєво необхідне. Припинення доступу кисню в клітини організму призводить до їх загибелі. Утворений при окисленні речовин вуглекислий газ повинен бути видалений з організму, тому що його накопичення в значній кількості небезпечно для життя. Обмін кисню і вуглекислого газу між організмом і навколишнім середовищем називається диханням. У людини процес дихання здійснюється в наступній послідовності: обмін повітря між атмосферою і альвеолами легень, обмін газів між альвеолами легень і кров'ю (зовнішнє дихання), транспорт газів кров'ю, обмін газів між кров'ю і тканинами (внутрішнє, тканинне дихання). Значна кількість різних за характером сторонніх тіл потрапляє в організм через природні отвори та канали тіла. Це пов'язано з великим функціональним навантаженням на ці канали, анатомо-фізіологічними особливостями травного та дихального шляхів, зокрема відсутністю анатомічної ізоляції між ними на рівні носоглотки, а також іншими чинниками (допитливість дітей, психічні хвороби тощо). Особливостями клініки сторонніх тіл, що потрапляють у природні анатомічні канали людини, є можливе гостре порушення функцій дихання (асфіксія), ковтання, психічний шок та технічні складнощі під час надання допомоги з відновлення прохідності цих каналів.

Для підтримки життя, поряд з іншими умовами, організму необхідно достатня кількість кисню. Зміни у зовнішньому середовищі чи в самому організмі, які призводять до нестачі кисню (гіпоксія), можуть викликати розлади здоров'я чи

призвести до швидкої смерті. **Дихання** — сукупність реакцій біологічного окиснення органічних енергомісних речовин з виділенням енергії, необхідної для підтримання життєдіяльності організму. Складається з трьох послідовних етапів: зовнішнього дихання, транспорту газів кров'ю, внутрішнього дихання. Дихання людей через ніс та через ротову порожнину. Людина без дихання може прожити до 5 — 7 хвилин, а то і менше. Після такого проміжку часу відмирають невідновлювані клітини мозку.

Дихання людини складається з таких процесів:

1. Зовнішнє дихання (вентиляція легень) — надходження повітря в повітряносні шляхи і газообмін між альвеолами та зовнішнім середовищем. До цього процесу належать дихальні рухи — вдих і видих, спрямовані на надходження повітря в дихальні шляхи, а з них — до легенів і в зворотному напрямі.
2. Дифузія газів між альвеолами і кров'ю.
3. Транспортування газів кров'ю. Він полягає в рознесенні кисню до клітин усього організму та перенесенні вуглекислого газу, що утворюється в клітинах, до легенів.
4. Дифузія газів між кров'ю і тканинами в тканинних капілярах.
5. Внутрішнє (тканинне) — споживання кисню клітинами і виділення вуглекислого газу.

Значення дихання для людини

- Газообмін між організмом і зовнішнім середовищем (надходження O_2 до клітин організму, а також виведення CO_2 з організму).
- Терморегуляція — легені витрачають теплову енергію:
 - зігріваючи вдихуване повітря,
 - під час випаровування води з легень.
- Функції виділення — через органи дихання з організму виводяться: вуглекислий газ, вода, аміак, пил, мікроорганізми, сечовина, сечова кислота, іони мінеральних солей.
- У носовій порожнині знаходиться орган нюху людини.
- Участь у створенні звуків, спілкуванні людей (голосовий апарат — гортань).

Процеси дихання та їх регуляція

Легені не мають власних м'язів і тому не можуть активно скорочуватися чи розтягуватися. Свій об'єм вони змінюють пасивно, слідом за змінами об'єму грудної порожнини. Дихальні рухи — вдих і видих відбуваються внаслідок ритмічного скорочення та розслаблення дихальних м'язів — міжреберних, діафрагми і м'язів передньої черевної стінки. Дихальні рухи регулюються дихальним центром, що розміщений в довгастому мозку, з двома вузлами — центром вдиху та центром видиху.

Приблизно кожні 4 секунди в дихальному центрі виникають збудження, які у спинному мозку проводяться до міжреберних дихальних м'язів і діафрагми. Зовнішні міжреберні м'язи скорочуються і піднімають ребра. При скороченні діафрагми, її купол, випнутий у бік грудної порожнини, стає плоскішим і опускається донизу. Завдяки цьому об'єм грудної порожнини збільшується. В

плевральній щілині тиск завжди трохи нижчий від атмосферного, тому при збільшенні об'єму грудної порожнини легені немов присмоктуються до стінок грудної клітки і розтягуються. Легені заповнюються повітрям — відбувається вдих. При цьому нервові імпульси від м'язів та легень ідуть до дихального центру і включають його видихову частину.

При збудженні центру видиху одночасно гальмується центр вдиху і дихальні м'язи (міжреберні і діафрагма) розслаблюються, ребра опускаються донизу, а органи черевної порожнини випинають діафрагму куполом догори. Внаслідок цього об'єм грудної порожнини зменшується і відбувається спокійний пасивний видих без участі м'язів.

При глибокому вдиху відбувається одночасне скорочення міжреберних м'язів, діафрагми, а також деяких м'язів грудної клітини і плечового поясу, що піднімають ребра вище, ніж при спокійному вдихові. Глибокий видих зумовлюється, крім розслаблення зовнішніх міжреберних м'язів і діафрагми, скороченням внутрішніх міжреберних м'язів, а також м'язів черевної стінки, що призводить до сильнішого випинання діафрагми вбік грудної порожнини. Об'єм зменшується у вертикальному напрямі.

Розрізняють черевний і грудний типи дихання, залежно від того які м'язи переважають в акті видиху (діафрагма чи міжреберні). Ефективнішим вважають черевний тип, бо він забезпечує глибшу вентиляцію легень. Тип дихання залежить від статі (у чоловіків переважає черевний), професії, віку.

Звичайно ритм дихальних рухів підтримується імпульсами, які надходять в нервову систему (довгастий мозок) із рецепторів легень і дихальних м'язів. Під час вдиху збуджуються нервові імпульси, які гальмують видих. При активному видиху виникають імпульси, які гальмують вдих. Видих є рефлексом на подразнення викликане вдихом і навпаки.

На частоту і глибину дихальних рухів впливають різні подразники зовнішнього середовища, що діють на рецептори шкіри, слуху, зору, нюху, смаку. Процес збудження потрапляє в різні ділянки головного мозку, а звідти збудження досягає дихального центру. Звідти через відцентрові нерви збудження йде до дихальних м'язів. Внаслідок цього відбуваються прискорення і посилення, або сповільнення й послаблення дихальних рухів. Психічні подразники (страх, радість) також впливають на дихальний центр.

Існують і захисні рефлекси (кашель, чхання). Це своєрідно змінені різкі видихи, за допомогою яких видаляються сторонні частинки, що потрапили в дихальні шляхи.

Найбільш тривожний і небезпечний симптом розладу дихання - це його зупинка, яка визначається по відсутності дихальних рухів грудної клітини і діафрагми, відсутності дихальних шумів і рухів повітря, зростає посиніння обличчя. В разі сумніву (чи є дихання, чи його нема) необхідно вважати, що дихання відсутнє. Ознаками розладу дихання є також задишка, часте і поверхневе, або навпаки рідке дихання (5-8 подихів в 1 хв.), затруднене дихання з тривалим вдихом або видихом, почуттям ядухи і психомоторним збудженням. Важливими ознаками розладу дихання є наростаюче посиніння губ, обличчя, кінчиків пальців, сплутаність свідомості (коматозний стан).

Методи звільнення дихальних шляхів

Небезпечні розлади дихання виникають при попаданні в дихальні шляхи чужорідних предметів, наприклад, погано розжованої м'ясної їжі. Харчова грудка, що застрягла у носоглотці, призведе до здавлювання надгорлянки, закриття входу до гортані. У потерпілого зупиняється дихання, відсутній голос, він не може кашляти, оскільки неможливо зробити вдих. Потім настає ядуха, губиться свідомість, з'являються судоми, може наступити смерть. Така людина потребує негайної допомоги.

Метод 1. Для видалення харчової грудки з ротоглотки застосовують наступний засіб: потерпілому, в стоячому положенні, злегка нахиленому, наносять сильний удар основою долоні поміж лопаток. При цьому з'являється сильний, штучно викликаний кашлевий поштовх, який після 2-3 ударів сприяє спочатку зміщенню, а потім і видаленню харчової грудки. Якщо цей засіб виявився неефективним, можна використати наступний метод.

Метод 2. Той, хто рятує, стає позаду потерпілого, захвачує його правою рукою так, щоб долоня, стиснута в кулак, розміщувалась в підлощечній області: лівою захвачує свою праву руку і енергійним рухом здавлює тулуб потерпілого знизу догори. Підвищений тиск, який таким чином створюється у верхньому відділі живота і повітряно-носних шляхах, передається поштовхами до місця перешкоди і сприяє викиданню чужорідного предмета.

Метод 3. Трахеотомія. Хворого кладуть на спину, під плечі підкладають валик, голова закинута назад. Таке положення дозволяє максимально наблизити гортань і трахею до передньої поверхні шиї. В екстремальних умовах оперують без анестезії. Обробити спиртом шию, ніж (один з гострим кінцем і два з закругленим), трубочку, приготовлену для введення в трахею, руки людини, що робить допомогу. Ножом з гострим кінцем по середній лінії шиї виконують розріз шкіри і підшкірної клітковини від нижнього краю щитовидного хряща до поглиблення внизу шиї. Двома ножами з тупими кінцями розсовують м'язи й оголюють перешийок щитовидної залози і трахею. Трахею необхідно розкривати між першим-другим чи другим-третьім хрящем щодо щитовидної залози, але не дуже близько до грудної кістки, тому що низький розріз трахеї, виконаний при розігнутій шиї, може опуститися за грудину. Поперечний розріз між хрящами трахеї небажаний, тому що введена в нього трубочка може викликати деформацію трахеї. Трубочку обв'язують марлевою стрічкою, вводять у розріз трахеї і фіксують на шиї хворого.

Метод 4. При утопленні. Залежно від того, чи наповнились легені потерпілого водою чи ні, розрізняють два види утоплення - мокре і сухе. При мокрому утопленні рідина обов'язково потрапляє в легені (75-95% випадків). При рефлекторному звуженні голосової щілини вода не потрапляє в легені і людина гине від механічної асфіксії (5-25%). Трапляються утоплення від зупинки серця, дихання внаслідок травми, температурного шоку, при тривалому пірнанні від нехватки кисню для головного мозку. При сухому утопленні посиніння шкіри виражене менше ніж при мокрому і відсутнє витікання пінистої рідини рожевого забарвлення з рота і носа. При мокрому утопленні, необхідно надати потерпілому положення головою донизу, переверсивши його тіло через праве коліно

рятувальника. Лівою рукою відгинають голову максимально назад, а долонею правої руки наносять 3-5 ударів по спині. Повітряний поштовх, який створюється при цьому, і сила тяжіння сприяють витоку рідини з дихальних шляхів. Стискування тіла у ділянці шлунку під вагою тіла потерпілого сприяє відтоку рідини з шлунку, що створює сприятливі умови для подальшого оживлення. Якщо рятувальник не має достатньої фізичної сили, то в таких випадках можна повернути потерпілого на правий бік, закинути його голову назад і правою долонею нанести 4-5 ударів між лопатками. Помилкою є спроби видалити усю рідину з легень та шлунку, тому важливо знати, що на цю операцію не треба тратити часу більше ніж 10-15 сек, а як можливо швидше очистити ротову порожнину і почати штучне дихання легень і масаж серця.

При попаданні твердих чужорідних предметів в дихальні шляхи дитини, її необхідно положити вниз обличчям на свою ліву руку і ліве стегно, зігнуте в коліні, і притиснувши ніжки плечем і передпліччям до тулуба, нагнути донизу головою. Правою рукою нанести по спинці декілька легеньких ударів. Якщо чужорідний предмет вільно переміщується в дихальних шляхах від сили тяжіння, воно опуститься до голосових зв'язок. Під час вдиху або в період нанесення легких ударів, чужорідний предмет може вискочити з дихальних шляхів .

ВИСНОВОК ДО ТРЕТЬОГО ПИТАННЯ

Таким чином при розгляді третього питання доходимо висновку, що існує певна кількість методів надання долікарської допомоги при потрапленні в дихальні людини сторонніх тіл та речовин. Кожен з методів має певні особливості застосування у залежності від видів та способів потраплення в організм. Визначення способу потраплення сторонніх тіл в дихальні шляхи людини, є запорукою вибору найбільш доцільного методу надання долікарської допомоги потерпілій особі.

4. ПЕРША МЕДИЧНА ДОПОМОГА ПРИ НЕВІДКЛАДНИХ СТАНАХ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ.

Основними ознаками захворювання органів серцево-судинної системи є зміна частоти серцевих скорочень, порушення ритму скорочень (аритмія), підвищення або зниження артеріального тиску, що стискають за грудінною болу, що віддають під ліві лопатку, плече і нижню щелепу, задишка в спокої, що супроводжується набряком ніг і синюшністю (ціанозом).

Гостра судинна недостатність завжди супроводжується різким падінням артеріального тиску до 60-70/40 мм.рт.ст., що веде до недостатнього постачання мозку киснем та порушень свідомості. Проявляється в різних клінічних варіантах.

Коланс - різке зниження артеріального тиску, може і не супроводжуватися втратою свідомості.

Непритомність - короткочасна втрата свідомості без тривалого падіння артеріального тиску.

Ці стани можуть виникати у страждаючих хронічними захворюваннями і практично здорових людей, що реагують на несприятливі умови навколишнього середовища, у всіх випадках внутрішньої кровотечі, при різкій болу, при

зневодненні організму, голодуванні, при сильному емоційному порушенні, переляку, при перевтомі, роботі в задушливому приміщенні, швидкому переході з положення лежачи в положення сидячи або стоячи, тривалому стоянні на ногах.

Симптоми: порушення свідомості аж до його повної втрати. Провісниками є відчуття «нудоти», дзвін у вухах, запаморочення, слабкість, потемніння в очах, нудота. Людина блідне, втрачає рівновагу і падає. Пульс на променевій артерії не вище 40 ударів на хвилину. Триває це стан не більше однієї хвилини у дорослих і до 10 хвилин - у дітей. Якщо за цей час людина не приходить у себе, то підозрюють колапс. Колапс може тривати набагато довше.

Перша медична допомога: втратив (що втрачає) свідомість укласти на спину без подушки, ноги підняти. Відкрити вікно, забезпечити приплив свіжого повітря, звільнити шию, груди і живіт від одягу, що стискує, піднести до носа вату, просочену нашатирним спиртом, можна збризнути обличчя холодною водою. Якщо протягом 3-х хвилин людина не приходить до тями, його слід повернути на живіт і викликати «швидку допомогу». Якщо при цьому буде відсутній пульс на сонній артерії, необхідно терміново приступити до реанімації.

Шок - стан глибокого пригнічення всіх функцій організму з явищами гострої судинної недостатності. Причинами можуть бути: травми, операції, рани, опіки, викликають сильний біль, переливання іншої групи крові, психічна травма.

Симптоми: глибока апатія, крайня блідість, пульс ледь прощупується або не визначається, різко падає.

Невідкладна допомога: фізичний і психічний спокій; при кровотечі накласти джгут і тиснуть пов'язки, що зупиняють протягом крові; укласти з піднятими ногами; зігріти (грілки до рук і ніг); напоїти гарячим чаєм; дати 50-100 мл алкоголю; викликати «швидку допомогу».

Госпіталізація та лікування основного захворювання обов'язкові.

Кома - крайня ступінь шоку з повною втратою свідомості, з якого хворого не можуть вивести ніякі подразники. Розрізняють три стадії коматозного стану.

Поверхнева кома I характеризується гіпертонусом скелетної мускулатури. Зіниці звужені. На вдихання парів нашатирного спирту хворі відповідають вираженою мімічною реакцією.

Поверхнева кома II відрізняється вираженою м'язовою гіпотонією при збережених рефlekсах. Мімічна реакція на нашатирний спирт слабка. Ці хворі підлягають госпіталізації.

Глибока кома характеризується м'язовою гіпотонією і повною відсутністю рефлекторної діяльності. Больова чутливість і реакція на інгаляційне роздратування нашатирним спиртом відсутні.

Виникає під впливом отрут, алкоголю, снодійних ліків, високої температури і т.д. Основною причиною виникнення коматозного стану є порушення кровопостачання мозку. Вивести з цього стану без лікарської допомоги неможливо. Тому єдино, що можна зробити до приїзду «швидкої допомоги» - перевернути хворого на живіт, щоб він не загинув від удушення власним язиком.

Заколювання - хворобливий стан, що виникає під час хитавиці на морі (морська хвороба), у повітрі (повітряна хвороба), при їзді на автомобілі, при їзді по залізниці, при ходьбі по пересіченій місцевості. Причиною є підвищена

чутливість на роздратування вестибулярного апарату. У більшій мірі схильні збудливі люди з ознаками неврастенії - жінки.

Симптоми: блідість шкіри, пітливість, зміна дихання, пульсу, нудота, блювання, непритомний стан, депресія.

Невідкладна допомога: сісти по ходу руху в транспорті; на судні слід лягти на спину з закинutoю назад головою ближче до центру судна; закрити очі, усунути яскраве світло; сильні запахи; приймати препарат аерон (знижує збудливість ЦНС).

Перша медична допомога при гіпертонічному кризі. *Гіпертонія* - це підвищення артеріального тиску при різних станах і хворобах. При гіпертонії підвищується тонус судин, судини звужуються, тиск крові в них підвищується. Короткочасне підвищення артеріального тиску є нормальною реакцією здорової людини на фізичне навантаження або емоційний стрес і не супроводжується погіршенням самопочуття. **Гіпертонічна хвороба** - хронічне захворювання, яке протікає з підвищенням як максимального, так і мінімального артеріального тиску, при цьому відбуваються зміни в серці, головному мозку та нирках.

Гіпертонічний криз - виникає при різкому підйомі артеріального тиску і проявляється загостренням симптомів гіпертонічної хвороби. Хворий скаржиться на головний біль, частіше в області потилиці, запаморочення, шум у вухах, нудоту, блювоту. Обличчя червоніє, а руки і ноги холонуть. Ускладненнями гіпертонічної кризи є розриви мозкових судин з крововиливом у мозок (мозковий інсульт), інфаркт міокарда, набряк легень.

Перша медична допомога. Хворого посадити, до підшви прикласти грілку або опустити їх у миску з гарячою водою, це підсилить відтік крові від головного мозку. З цією ж метою необхідно докласти гірчичник до задньої поверхні шиї, а до голови холод. Хворий може прийняти ліки, що знижує артеріальний тиск, якщо воно було раніше прописано лікарем.

Перша медична допомога при нападі стенокардії. *Стенокардія* - виникає при звуженні просвіту коронарних судин. Напад може виникнути при фізичному навантаженні - стенокардія напруги, або ж у спокійному стані, частіше в нічний час - стенокардія спокою. Симптомами нападу стенокардії є гостра стискаючий біль за грудиною (в області серця), в лівій половині грудної клітки, вона поширюється в ліве плече, ліву лопатку, іноді в ліву половину нижньої щелепи. Приступ триває від декількох хвилин до півгодини.

Перша медична допомога. Укласти хворого, дати хворому під язик таблетку нітрогліцерину або валідолу. Якщо інтенсивність болю не знижується через 5 хвилин, то необхідно викликати «швидку допомогу», так як спостережувані симптоми можуть бути симптомами інфаркту.

Перша медична допомога при інфаркті. *Інфаркт міокарда* - омертвіння (некроз) ділянки серцевого м'яза в результаті порушення її кровопостачання через звужених судин серця або тромбу в них. Ознаки: локалізація болю така ж, як і при стенокардії, але інтенсивність болю значно більше. Іноді спостерігається шлункова форма інфаркту, при якій сильні болі з'являються в області шлунку, живіт здувається, спостерігається нудота і блювота.

Перша медична допомога. Терміново викликати «швидку допомогу», до її прибуття забезпечити абсолютний спокій, дати нітрогліцерин під язик. При відсутності ефекту прийом нітрогліцерину повторити в поєднанні з болезаспокійливими засобами.

ВИСНОВКИ З ТЕМИ

Таким чином, підсумовуючи вищезазначене, доходимо висновку, що людина постійно стикається з великою кількістю чужорідних тіл та потрапляння в організм. Шляхи проникнення шкідливих речовин в організм людини: через органи дихання, шкіру, рани, шлунково-кишковий тракт. Вплив чужорідних тіл та шкідливих речовин на організм людини залежить від кількості речовини, що потрапила в нього, її токсичності, тривалості надходження і механізму взаємодії. Крім того, він залежить від статі, віку, індивідуальних особливостей організму, метеорологічних умов навколишнього середовища, хімічної структури і фізичних властивостей речовини. Важливо зазначити, що незалежно від характеру та умов, за яких відбулось потрапляння в організм сторонніх тіл та речовин основним заходом як долікарської допомоги, так і лікування в цілому – є видалення, за винятком тих, які через свою чисельність, невеликі розміри та відсутність болю і функціональних порушень органів не підлягають видаленню. Видаленню не підлягають і деякі невеликі поодинокі сторонні тіла в органах, які не призводять до розладів функції цих органів та видалення яких супроводжується великим ризиком щодо життя хворого (металеві осколки в глибині мозку, печінки тощо). Більшість сторонніх тіл м'яких тканин, органів та всі тіла дихальних шляхів, стравоходу й травного каналу, сечовивідних шляхів та порожнин тіла підлягають видаленню. Цей процес, в залежності від ступеню складності може відбутися як на стадії долікарської допомоги, так і в складних випадках на етапі лікування потерпілого.

МЕТОДИЧНІ ПОРАДИ ЩОДО ПІДГОТОВКИ ДО ДАНОЇ ТЕМИ

Під час лекції розглядаються лише базові, основоположні теоретичні поняття та методи долікарської допомоги як комплексної науки, її загальної структури, предмету.

При підготовці теми, студентам слід враховувати різнобічні наукові підходи до визначення, класифікації та розуміння деяких питань.

Серед них слід виділити: основні засоби та методи долікарської допомоги, зокрема, - пізнавальну, евристичну, прогностичну, організаційно-практичну, ідеологічну.

Для вдалого засвоєння цієї теми, студентам рекомендується звернутись не лише до базового (обов'язкового) списку літератури, а й до інших наукових джерел, які можна знайти у бібліотеці університету.

Так, під час розгляду теми, слід, також, використовувати наукові праці як українських, так і зарубіжних вчених.

Однак, опрацьовувати додаткову літературу слід з урахуванням національної доктрини.