

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Кафедра медицини катастроф та військової медицини

**ПОРЯДОК НАДАННЯ НЕВІДКЛАДНОЇ
МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПОСТРАЖДАЛИМ ТА
ХВОРИМ НА ДОГОСПІТАЛЬНОМУ ЕТАПІ.
ПЕРВИННЕ ТА ПЕРВИННЕ ОБСТЕЖЕННЯ**
ЛЕКЦІЯ 2

Доцент кафедри
к.псих. наук
Шевчук А.М.



ПЕРВИННИЙ ОГЛЯД

- проводиться для негайного визначення загрозливих для життя станів – виявленні загрози повинні бути усунуті негайно, одразу після їх виявлення
- Деякі загрозливі для життя стани не проявляються візуально:
- Внутрішня кровотеча
- Черепно-мозкова травма (ЧМТ)



Алгоритм проведення первинного огляду на догоспітальному етапі

DRABCS+DE

D – (danger) – огляд місця події

R – (responce) – визначення рівня свідомості

A - (airway) прохідність дихальних шляхів

B – (breathing) дихання

C – (circulation) кровообіг

D -(неврологічний огляд);

E-(додаткове обстеження, оцінка всього іншого).



АВСС'

AIRWAYS- (прохідність дихальних шляхів)

BREATHING - (дихання)

CIRCULATION - (кровообіг)

CERVICAL SPINE - (стан шийного хребта).



D R (C) A B C



БРИГАДА ШВИДКОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

- Інформація від диспетчера:
 - Де сталась надзвичайна ситуація, де саме знаходиться постраждалий
 - Який саме інцидент, причина виникнення
 - Отримана інформація: наявні та потенційні загрози, кількість постраждалих
 - Служби що приймають участь у ліквідації надзвичайної ситуації
- Оцінка починається з цієї інформації

Дії бригади швидкої медичної допомоги на місці пригоди

Бригада швидкої медичної допомоги, яка прибула на місце пригоди, повинна:

1. Ретельно оглянути місце події.
2. Визначити "що сталося?"
3. Визначити "коли це сталося?"
4. Встановити кількість постраждалих та при необхідності провести медичне сортування.

Бригада швидкої медичної допомоги завжди має приділяти увагу особистій безпеці та дотримуватися правила: ***"Швидка допомога не повинна привозити на місце події нових жертв"***.



Прибувши на місце автошляхової пригоди, старший лікарської бригади визначає місце збору потерпілих. На первинний огляд потерпілого лікар може витратити не більше 40-60 сек., для чого він може використати певний алгоритм огляду, котрий включає такі маніпуляції:

- встановлення мовного контакту з потерпілим, а також перевірка наявності або відсутності активних і пасивних рухів кінцівок;

- оцінка стану органів чуття, перш за все органу зору. Ступінь важкості стану можна визначити по тому, у відповідь на що відкриває очі обстежуваний: по команді або при больових подразненнях, або зовсім не реагує на зовнішні дії;

- визначення прохідності верхніх дихальних шляхів з одночасним видаленням сторонніх предметів і відновленням функції зовнішнього дихання:

- визначення дихання у потерпілого;

- оцінка стану серцево-судинної системи шляхом визначення пульсу на сонній артерії. огляд зовнішніх ушкоджень, цілісності судин, зупинка артеріальної зовнішньої кровотечі.

Власна безпека та доступ до постраждалого

АСПЕКТИ:

- ФІЗИЧНИЙ** (травми, поранення, отруєння, транспорт, електрика, газ, вода тощо); -
- БІОЛОГІЧНИЙ** (гепатит, ВІЛ, туберкульоз) – усіх постраждалих слід вважати потенційно інфікованими на вірусні гепатити й ВІЛ;
- ЮРИДИЧНИЙ** (нормативно-правова обґрунтованість дій рятувника, постійне інформування постраждалого та його оточення про ці дії, дотримання правил гендерної політики та повага до релігійних особливостей осіб).

D – (danger-
НЕБЕЗПЕКА



ОГЛЯД МІСЦЯ ПОДІЇ

МІСЦЕ БЕЗПЕЧНЕ?

- Озирніться довкола, щоб знайти можливий чинник небезпеки
- Не забувайте обережно переходити дорогу
- При наближенні до постраждалого огляньте місцевість навколо нього. Підходьте обережно
- Нахилитися до постраждалого потрібно з боку голови, щоб бачити руки і вчасно зреагувати на його рухи

Огляд місця події



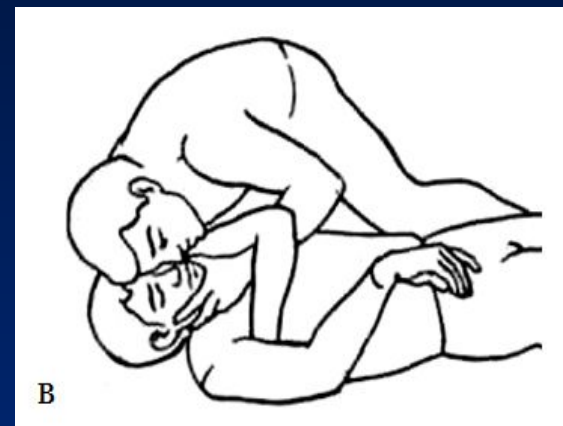
НЕБЕЗПЕКИ





Техніка витягування потерпілого із транспортного засобу одним рятувником

- відкрити двері салону автомобіля;
- переконатися, що водій та пасажир живі, і вступають в контакт, якщо один водій не вступає в контакт, визначити пульс на сонній артерії (голову водія не повертати) та інші ознаки життя (реакцію зіниць, температуру тіла на дотик, наявність кровотечі тощо);
 - звільнити ремені безпеки;
 - накласти шийний комірцець;
 - максимально відхилити спинку сидіння водія назад, притримуючи голову і тулуб на одній осі, якщо є ушкодження кінцівок з артеріальною кровотечею із магістральних судин, накласти джгут, переконатися, що нижні кінцівки не ушкоджені та не зачеплені за педалі.



Мал. 1. **ВИВІЛЬНЕННЯ ПОСТРАЖДАЛОГО ІЗ ТРАНСПОРТНОГО ЗАСОБУ ОДНИМ РЯТУВАЛЬНИКОМ:**

- а – фіксація голови потерпілого за щелепу до – правого плеча (надпліччя) рятувальника,
- б – підтягування потерпілого до прорізу дверей
- в – укладання потерпілого на землю

Одночасно помічник рятувальника відкриває протилежні двері, звільняє нижні кінцівки і обережно (одночасно) повертають потерпілого, кладучи ноги на сидіння.

Для того, щоб покласти потерпілого на носі, рятувальник стає на коліна одночасно підтримує тулуб в області шиї правою рукою, а нижню щелепу – лівою і легенько вирівнює тулуб, а після кінцівки (мал. 1 в).

R – (response)- визначення рівня свідомості



1. Обережно візьміться за плече
2. Запитайте: «З вами все в порядку?»
3. Якщо є відповідь-дізнайтесь, що сталося

A

A (alert = притомний) – постраждалий знаходиться в ясній свідомості

V

V (voice = голос) – свідомість порушена, але відповідає на голосові команди.

P

P (pain = біль) – постраждалий реагує на біль, але не на голосові команди.

U

U (unresponsive = непритомний) – постраждалий непритомний, не реагує на накази та біль.

Шкала AVPU переводиться у шкалу коми Глазго

A – притомний — 15

V – реакція на голос — 12

P – реакція на біль — 8

U – не реагує – 3.



**A - (airway) - ВІДНОВЛЕННЯ ПРОХІДНОСТІ
ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ**


ЗАПРОКИДУВАННЯ ГОЛОВИ



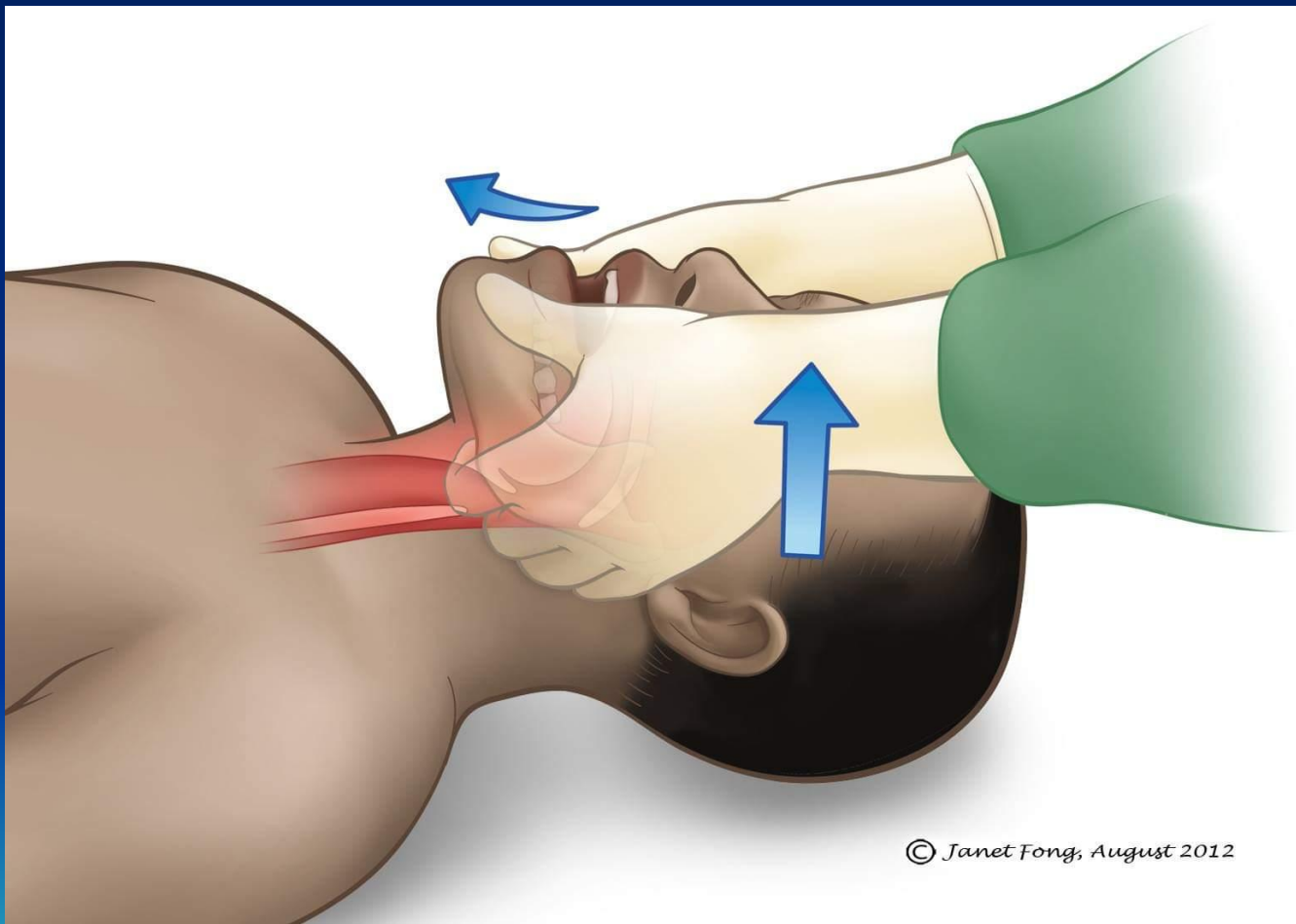
6-В

У разі підозри на ушкодження шийного відділу хребта рухати головою постраждалого заборонено. На це вказує так зване правило шести «В»: «водій» (дорожньо-транспортна пригода), «вода» (пірнання), «висота» (падіння з висоти), «вибух», «вішальник», «враження струмом».

У такому разі слід лише **вивести донизу його нижню щелепу**.



Виведення нижньої щелепи



A - (airway) прохідність дихальних шляхів

- 1-ий етап – A (air), забезпечення прохідності дихальних шляхів :
- а) розгинання шиї та максимальне закидання голови назад;
- б) виведення нижньої щелепи вперед, завдяки чому повністю відновлюється прохідність дихальних шляхів
- в). відкриття та огляд ротової порожнини;

НАЯВНІСТЬ ДИХАННЯ- *БАЧУ, ЧУЮ, ВІДЧУВАЮ*



Параметри дихання

- а) задишка;
- б) патологічна ЧД та/або характер дихання;
- в) використання додаткових м'язів в акті дихання;
- г) якість газообміну, включно з глибиною та якістю дихальних шумів;
- ґ) свист, сухі хрипи, хрипи або стридор;
- д) кашель;
- е) патологічний колір шкіри (ціаноз або блідість);
- є) порушення психічного стану;
- ж) ознаки гіпоксемії;

2-3 ВДИХИ ЗА 10 СЕКУНД ВІДНОВЛЮВАЛЬНЕ положення



European Resuscitation Council



© E.R.C.



© E.R.C.



© E.R.C.



© E.R.C.

1. БЕЗ СВІДОМОСТІ

2. НЕ ДИХАЄ

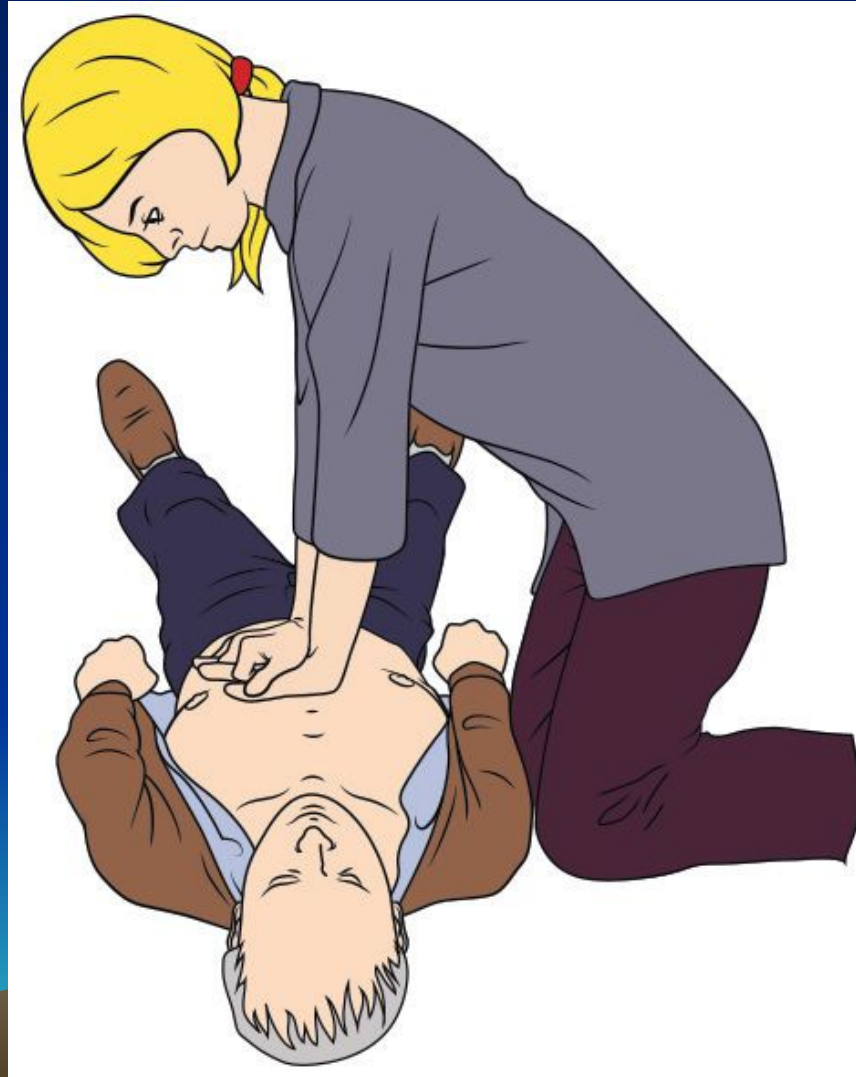
АБО 1 ДИХАННЯ ЗА 10 С

СЛР !



НЕПРЯМИЙ МАСАЖ СЕРЦЯ

30 натискань



ШТУЧНА ВЕНТИЛЯЦІЯ ЛЕГЕНЬ

2 вдихи



С (циркуляція та кровотеча)



С – кровообіг (circulation)

Визначається пульс на магістральних судинах (сонна артерія, плечова, стегнова артерія) і встановлюється його частота. Проводиться тест наповнення капілярів: при натисканні на нігтьову пластинку її рожевий колір повинен відновитися не менш ніж за 2 с., визначається колір шкіри та видимих слизових оболонок.

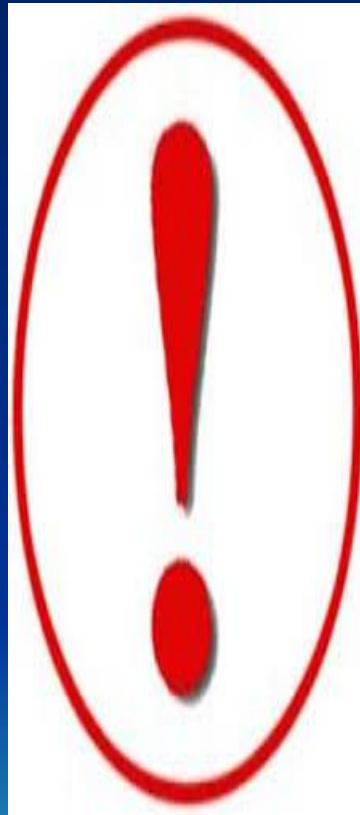
- В подальшому здійснюється пошук джерел критичної кровотечі. Як правило критична кровотеча виникає при пошкодженні артерій середнього і великого діаметру (магістральних судин). Кровотеча при травматичній ампутації кінцівок завжди є критичною.

D (неврологічний огляд);

- а) оцініть неврологічний статус - застосуйте шкалу AVPU;
- б) оцініть загальну моторну та сенсорну функцію на кожній кінцівці;
- в) виміряйте рівень глюкози в крові у пацієнтів з порушенням свідомості;
- г) у випадку підозри на інсульт – див. настанову «Підозра на інсульт/Транзиторна ішемічна атака».



- Е (додаткове обстеження, оцінка всього іншого).



ВТОРИННИЙ ОГЛЯД ПОСТТРАЖДАЛОГО

Мета вторинного огляду: виявлення решту, тобто травм які не є загрозливими для життя та надання допомоги

є виявлення травм та пошкоджень, які не були помічені при проведенні первинного огляду.


NB! Не можна починати вторинний огляд, перш ніж коректно та успішно не завершено первинний огляд.

До огляду переходять тільки після стабілізації стану постраждалого, тобто після того як відновлені прохідність дихальних

ВТОРИННИЙ ОГЛЯД СКЛАДАЄТЬСЯ З ТРЬОХ ЕТАПІВ:

1. Опитування постраждалого та оточуючих.
2. Перевірка ознак життя.
3. Проведення загального огляду постраждалого (тільки у тому випадку, коли існує підозра на наявність травми).

Вторинний огляд необхідно проводити в наступній послідовності:

- огляд голови та шиї;
 - огляд грудної клітки;
 - огляд спини;
 - огляд живота;
 - огляд таза;
 - огляд геніталій;
 - огляд ніг і рук.
- 

Принципи вторинного огляду

- Зверху вниз!
- Спереду назад!
- Пальці в кожен отвір!



ЗВЕРХУ ВНИЗ

- **Голова, шия**
 - Кровотечі або зовнішні пошкодження
 - Можливе витікання ліквору з вух і з носа
 - Окулярна гематома
 - Пошкодження щелепи
- **Грудна клітка**
 - Зовнішні пошкодження
 - Больові відчуття при дотику
 - Крепитація



Принципи обстеження

- **1. ПОБАЧИТИ, А НЕ ПРОСТО ДИВИТИСЬ:**
 - 1.1. Огляньте шкірні покриви кожної анатомічної області.
 - 1.2. Будьте уважними до ознак зовнішньої кровотечі та проявів внутрішньої кровотечі (напруження живота; набряк кінцівок; гематоми, що збільшуються).
 - 1.3. Зверніть увагу та занотуйте всі пошкодження м'яких тканин: подряпини, опіки, забої, гематоми, порізи тощо.
 - 1.4. Занотуйте всі місця набряку або деформації кісток.
 - 1.5. Занотуйте всі деформації та зміну кольору шкіри.
 - 1.6. Занотуйте все, що виглядає «недобре».



2. Почути, а не просто слухати

- 2.1. Занотуйте всі незвичайні звуки, коли постраждалий вдихає чи видихає повітря.
- 2.2. Занотуйте кожен незвичайний звук, коли проводите аускультацию легень.
- 2.3. Перевірте, чи легеневі шуми симетричні.
- 2.4. Проведіть аускультацию над сонними артеріями та іншими великими судинами.
- 2.5. Занотуйте будь-який незвичайний звук над судинами – це може означати пошкодження судин.



3. Відчути, а не просто пальпувати.

- 3.1. Обережно обстежте кожну кістку в анатомічній області. Занотуйте будь-яку ознаку крепітації, болі або незвичайного руху.
- 3.2. Належним чином здійсніть пальпацію всіх анатомічних областей тіла. Звертайте увагу, чи щось рухається, коли не повинно рухатись, чи десь «хлюпає», чи є напруження, чи присутній всюди пульс, де повинен бути і чи є місця, де відчувається пульс, однак його там не повинно бути.



ЖИТТЄВІ ОЗНАКИ

Характеристики пульсу, дихання та інші показники, що визначались під час первинного огляду, повинні бути визначені повторно, оскільки може спостерігатись їх зміна, при чому досить швидко. Точні характеристики ознак життя, моторну та сенсорну чутливість у всіх кінцівках необхідно визначити якомога швидше, оскільки ці моменти могли не виконуватись під час первинного огляду, що не є помилкою. Залежно від ситуації, поки один з медиків проводить первинний огляд, інший може визначати конкретні показники життєвих ознак. Однак точне число ЧСС, ЧД та АТ не є критично принциповим при первинному огляді у постраждалого з множинними пошкодженнями. Повний набір визначення життєвих ознак включає: АТ, ЧСС, ЧДР включно з аускультацією, визначенням коліру шкіри та температури тіла. У критичних травмованих ці показники слід визначати та перевіряти кожні 3-5 хвилини, а також якомога швидше при виникненні будь-яких змін в стані постраждалого. Пам'ятайте: навіть якщо доступний автоматичний пристрій для вимірювання АТ, – перше визначення повинно проводитись мануальним способом SAMPLE.

ПАЛЬЦІ В КОЖЕН ОТВІР

- **Контроль рота**

- При станах свідомості постраждалого V, P не слід проводити оральну пальпацію
- **Вибиті зуби**
- Контроль верхньої та нижньої щелепи – можливі виступи

- **Ректальна пальпація**

- Контроль тону́су сфінктера
- Виявлення можливих внутрішніх кровотеч



ОБСТЕЖЕННЯ

ОКРЕМИХ АНАТОМІЧНИХ ДІЛЯНОК

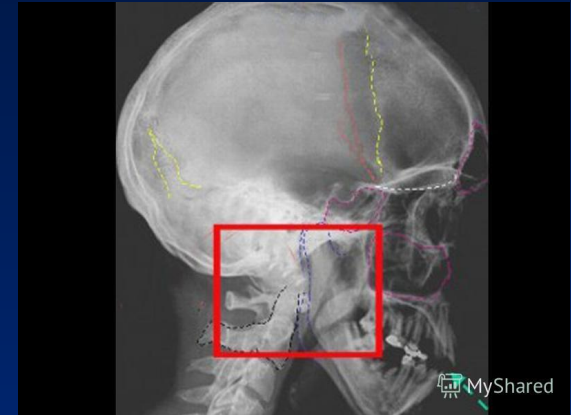
Голова. Візуальний огляд голови та обличчя може виявити забої, порізи, асиметрію кісток, рани очей тощо. Наступним кроком є обстеження:

1. Огляньте волосисту частину голови на наявність ран.
2. Перевірте зіниці на предмет їх симетричності, округлості та реакції на світло.
3. Обережно пропальпуйте кістки черепа та обличчя на предмет крепітації, деформації, вдавнення або патологічної мобільності. Дане обстеження є надзвичайно важливим для виявлення черепно-мозкової травми.
4. Дуже обережно слід проводити обстеження у випадку, коли ви оглядаєте та перевіряєте очі у постраждалого без свідомості, у якого є ознаки травми обличчя (навіть незначний тиск на око може в подальшому призвести до втрати зору при його існуючому пошкодженні). Переломи кісток середньої частини обличчя дуже часто асоційовані з переломом кісток основи черепа. Також пам'ятайте, що при травмі середньої частини обличчя (між верхньою губою та орбітами), не слід виконувати маніпуляції через ніс (наприклад, введення шлункового зонду).



ПЕРЕЛОМ ОСНОВИ ЧЕРЕПА

- характеризується переломом однієї або одночасно декількох кісток;
- часто супроводжується пошкодженням оболонок головного мозку.



КЛІНІЧНІ ОЗНАКИ:

- втрата свідомості,
- носова кровотеча,
- витікання ліквору з вух,
- крововилив у навколоочні ділянки (**симптом окулярів**),
- послаблення слуху,
- асиметрія обличчя.

Шия.

Візуальний огляд дає можливість виявити рани, гематоми, деформації, наповнення судин шиї.

При пальпації слід звернути увагу на наявність підшкірної емфіземи. Крепітація при пальпації гортані, хрипота та наявність підшкірної емфіземи є тріадою при переломах гортані.

Слід пам'ятати, що пальпацію шийного відділу хребта слід проводити обережно, при одночасній фіксації голови та шиї, які повинні знаходитись у нейтральній позиції на одній лінії.

Відсутність неврологічної картини не виключає відсутності травми шийного відділу хребта. Також слід звернути увагу, чи немає зміщення трахеї та чи не збільшуються гематоми, якщо вони були виявлені під час первинного обстеження.

Грудна клітка

- . Огляд грудної клітки на предмет деформації, парадоксальної рухливості та забоїв,
 - необхідно проводити для ідентифікації травм.

Інші ознаки, які можна виявити під час огляду:

-неоднакові рухи (екскурсії) частин грудної клітки, міжреберні проміжки, надключичний проміжок, надгрудинний проміжок, тощо .

-Окрім огляду та пальпації,

— використання стетоскопу для аускультатції є дуже важливим інструментом на догоспітальному етапі.

-. Дуже важливо визначити наявність нормальних дихальних шумів в цій позиції та їх симетричність. Так, наприклад:

- - різке ослаблення або відсутність дихальних шумів може свідчити про розвиток (наявність) пневмотораксу або гемотораксу;

- - потріскування в латеральних та задніх частинах може свідчить про контузію легень; - порушення серцевих шумів (приглушення) може свідчити про наявність тампонади серця.

- Звертаємо увагу на деяки приклади:

-- наявність забою в області грудини може свідчити про травму серцевого м'язу;

-- наявність колото-різаної рани в області грудини може свідчити про наявність тампонади перикарду;

-- наявність проникаючих ран, що знаходяться нижче лінії проходження діафрагми при повному видиху (лінії, проведеної через IV міжребер'я спереду, VI латерально та VIII ззаду), може свідчити про наявність поранення як грудної, так і черевної порожнини Слід пам'ятати, що навіть

ГРУДНА КЛІТКА

Звертаємо увагу на деяки приклади:

- наявність забою в області грудини може свідчити про травму серцевого м'язу;

- наявність колото-різаної рани в області грудини може свідчити про наявність тампонади перикарду;

- наявність проникаючих ран, що знаходяться нижче лінії проходження діафрагми при повному видиху (лінії, проведеної через IV міжребер'я спереду, VI латерально та VIII ззаду), може свідчити про наявність поранення як грудної, так і черевної порожнини

Слід пам'ятати, що навіть невеликі за площею переломи ребер можуть свідчити про контузію легень. Будь-який компресійний тип травми легень може призвести до виникнення пневмотораксу. Також пальпація грудної клітки проводиться на предмет наявності підшкірної емфіземи.

Пальпація грудної клітки



Зверху вниз

● Живіт

- Пальпувати в чотирьох секторах
- Біль
- Напруженість м'язів живота

● Таз

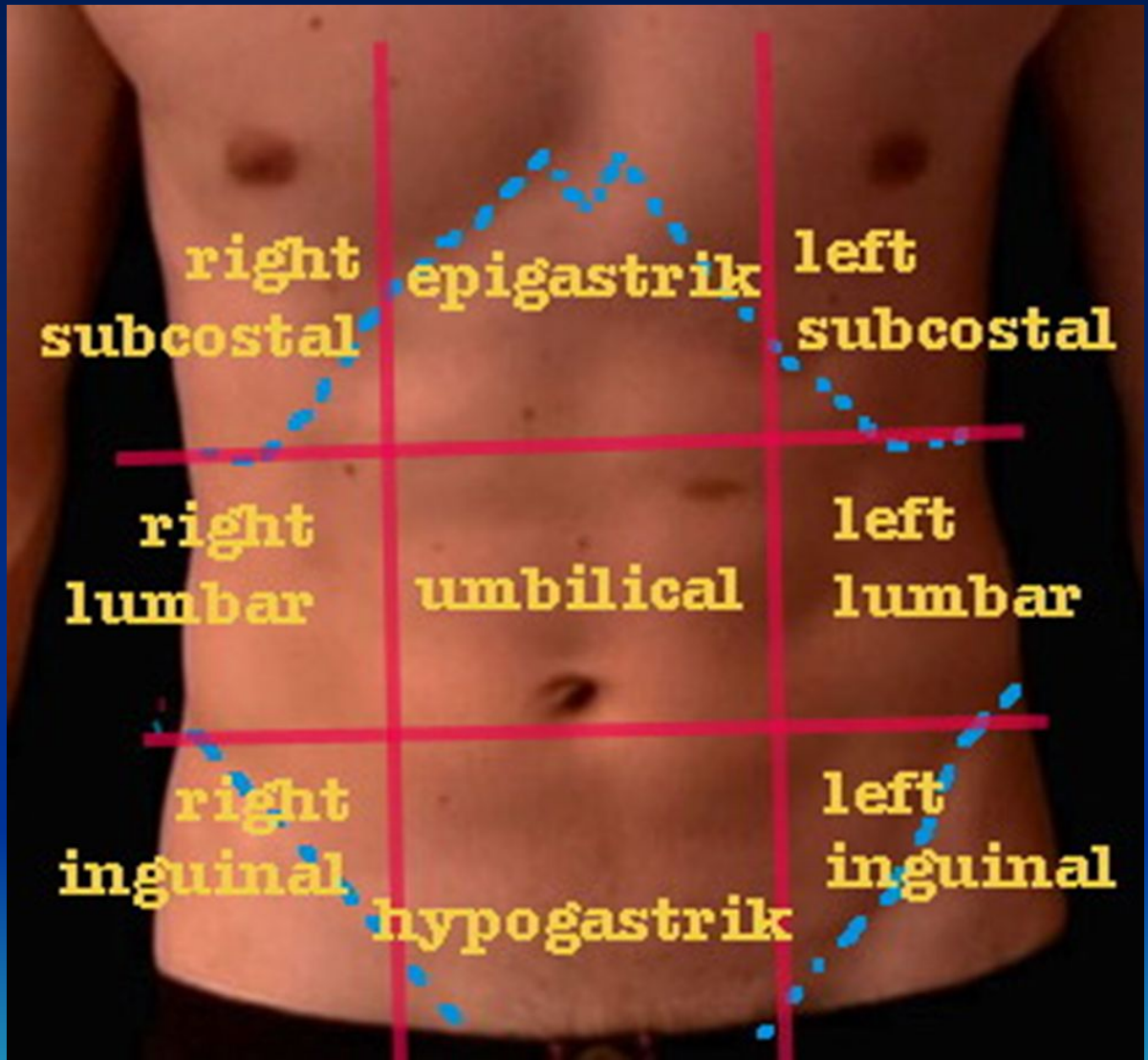
- Можлива нестабільність тазу, що може супроводжуватися гострою крововтратою
 - Використовується зовнішній фіксатор тазу

● Кінцівки

- Крововтрата при множинних переломах
 - Правильне накладання шин на переломи

Живіт

- **ОБСТЕЖЕННЯ ЖИВОТА ПОЧИНАЄТЬСЯ З ОГЛЯДУ.**
- **ЗВЕРНУТИ ОСОБЛИВУ УВАГУ НА НАЯВНІСТЬ РАН ТА ЗАБОЇВ.** Вони можуть свідчити про наявність серйозних травм органів черевної порожнини. Слід пам'ятати, що неправильне використання паска безпеки може призвести до травми органів черевної порожнини, яка проявляється ззовні характерними синцями. Також з цим може бути пов'язана травма грудного відділу хребта.
- **ПАЛЬПАЦІЯ ЖИВОТА:** послідовно обстежити кожен квадрант, звертати увагу на напруження передньої черевної стінки, біль.
- Результати пальпації необхідно співставляти з іншими даними дослідження, оскільки черевна порожнина може вмістити достатньо великий об'єм крові, який не призведе до його значного візуального збільшення, до того ж кров в черевній порожнині «не викликає больових відчуттів». Пам'ятайте, що ЧМТ, інтоксикація алкоголем чи наркотиками може вплинути на результати обстеження постраждалого.
- **Таз.** Таз слід оглядати та пальпувати. Потрібно звернути увагу на наявність ран, деформацій, гематом, відкритих переломів. Переломи кісток тазу можуть супроводжуватись масивною кровотечею, та як наслідок – швидким погіршенням стану постраждалого. Під час пальпації необхідно провести обережне обстеження на стабільність кісток тазу. Пам'ятайте, що таке дослідження слід проводити лише один раз, оскільки повторне обстеження при нестабільних переломах може призвести до порушення згустку та відновлення кровотечі. Обережно здійснюйте стиснення кісток тазу в передньо-задньому та боковому напрямку, натискаючи при цьому на симфіз та потім на крила здухвинної кістки.



Таз

Таз слід оглядати та пальпувати.

ЗВЕРНУТИ УВАГУ НА НАЯВНІСТЬ РАН, ДЕФОРМАЦІЙ, ГЕМАТОМ, ВІДКРИТИХ ПЕРЕЛОМІВ. Переломи кісток тазу можуть супроводжуватись масивною кровотечею, та як наслідок – швидким погіршенням стану постраждалого.

ПІД ЧАС ПАЛЬПАЦІЇ НЕОБХІДНО ПРОВЕСТИ ОБЕРЕЖНЕ ОБСТЕЖЕННЯ НА СТАБІЛЬНІСТЬ КІСТОК ТАЗУ. Пам'ятайте, що таке дослідження слід проводити лише один раз, оскільки повторне обстеження при нестабільних переломах може призвести до порушення згустку та відновлення кровотечі. Обережно здійснюйте стиснення кісток тазу в передньо-задньому та боковому напрямку, натискаючи при цьому на симфіз та потім на крила здухвинної кістки.

СПЕРЕДУ НАЗАД

- **Контроль спини**
 - По можливості повертати пораненого на живітслід вчотирьох
 - Можливі кровотечі
 - Контроль хребта
 - Послідовно обмацати кожен хребець. Не потрібно через одягу погладжувати спину!
 - ВАВТ!
 - Якщо огляд здійснюється самотужки, слід пропустити руку під спину
- **Контроль сідниць та промежини**



СТАТЕВІ ОРГАНИ

. Загалом огляд статевих органів рутинно не проводиться на догоспітальному етапі, однак при огляді можна виявити кровотечу з уретри чи амніотичну рідину при внутрішніх травмах у вагітних.

СПИНА.

Спина повинна бути оглянута на предмет наявності травм. Найкраще проводити огляд спини, коли відбувається перекладання постраждалого на довгу транспортувальну дошку. Крім візуального огляду, – слід провести швидке пальпаторне обстеження. Також необхідно звернути увагу на біль та чутливість в області хребта.

КІНЦІВКИ

Огляд кінцівок починається з обстеження ключиць (для верхніх кінцівок) та тазу (для нижніх кінцівок). **Повинна проводитись пальпація з одночасним візуальним оглядом кожної кістки та суглобу.**

Звертати увагу на ознаки закритих та відкритих переломів та вивихів. **Кожна підозріла «знахідка» повинна бути іммобілізована до моменту рентгенологічного обстеження.**

Обов'язково має бути перевірена моторна та сенсорна чутливість на кожній кінцівці, а також циркуляція (визначення дистального пульсу).

Якщо кінцівка іммобілізована – пульс, рухи та сенсорна чутливість повинні бути обстежені повторно після іммобілізації.

D (Disability)


- (Неврологічний Огляд)

- а) оцініть неврологічний статус - застосуйте шкалу AVPU;
- б) оцініть загальну моторну та сенсорну функцію на кожній кінцівці;
- в) виміряйте рівень глюкози в крові у пацієнтів з порушенням свідомості;
- г) у випадку підозри на інсульт – див. настанову «Підозра на інсульт/Транзиторна ішемічна атака».



НЕВРОЛОГІЧНЕ ОБСТЕЖЕННЯ.

Неврологічне обстеження при вторинному огляді має набагато більше складових ніж при первинному (визначення кількості балів за шкалою ком Глазго, визначення моторної та сенсорної функції, дослідження зіниць).

Особливе значення надати обстеженню зіниць,  необхідно пам'ятати, що у незначній кількості населення анізокорія (різний розмір зіниць) є нормою. Однак навіть у таких людей зіниці будуть реагувати на світло однаково. Неоднакові зіниці у постраждалого без свідомості свідчать про набряк головного мозку або швидко наростаючий внутрішньочерепний тиск. Також неправильні зіниці можуть бути при травмі очей.

Основним індикатором тяжкості черепно-мозкової травми та критерієм його прогнозу є **ступінь пригнічення свідомості**



Шкала КОМ Глазго

Відкривання очей	Бали	Рухові реакції	Бали	Вербальні реакції	Бали
Довільне	4	По команді	6	Спонтанна мова	5
На звук	3	Локалізація болю	5	Окремі фрази	4
На біль	2	Нормальне згинання	4	Вимова окремих слів	3
Відсутнє	1	Патологічне згинання	3	Невизначні звуки	2
		Патологічне розгинання	2	Відсутність звуків	1
		Відсутні	1		

СУМАРНА ОЦІНКА:

Свідомість ясна – 15, оглушення (легка ЧМТ) – 13-14, сопор (середньої тяжкості ЧМТ) – 9-12, кома (тяжка ЧМТ) – 4-8, смерть мозку – 3

ПІДГОТОВКА ДО ТРАНСПОРТУВАННЯ!

Як раніше обговорювалось, травма хребта повинна підозрюватись у кожного травмованого.

Тому, коли є показання, іммобілізація хребта повинна бути обов'язковим компонентом,

– слід іммобілізувати хребет по всій довжині, ґрунтуючись на даних об'єктивного обстеження та механізмі травми.





ПРИЙОМ «РЯТУВАЛЬНОГО ЗАХОПЛЕННЯ»



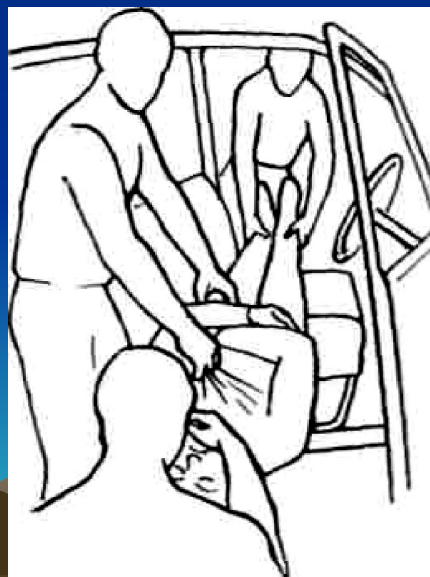
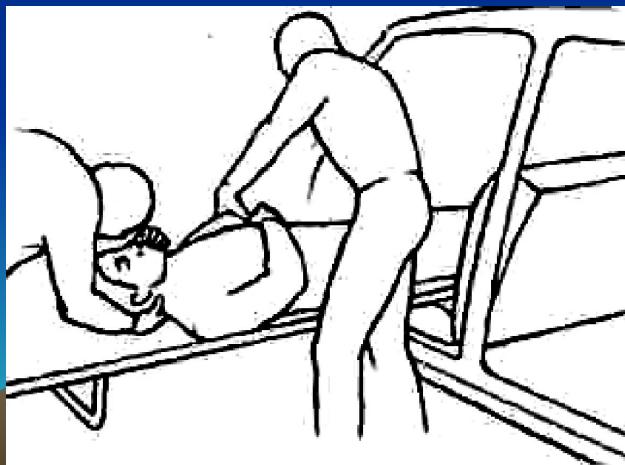
Техніка витягування потерпілого із транспортного засобу двома (трьома) рятувальниками

Найбільш безпечно вивільнення потерпілого може проводитися двома і більше рятувальниками з точною координацією всіх рухів. Виймання і підтримка здійснюється за голову і ноги. Потерпілого одночасно повертають два рятувальники таким чином, щоб перенести кінцівки на сидіння пасажира. А тулуб спрямувати спиною до рятувальника (дверей водія). Підвісивши ноші (транспортувальну дошку) до сидіння водія, потерпілого ложать на ноші, підтримуючи голову в області потилиці і нижньої щелепи (мал. 2).

Інші рятувальники піднімають пацієнта за скручений одяг або підводять свої передпліччя під грудну клітку, поперек, нижні кінцівки. По команді всі троє, беручи за ноги, тулуб та фіксовану голову просувають на ношах вперед в напрямку голови потерпілого за 3-4 рази.



Вивільнення постраждалого з транспортного засобу двома рятувальниками

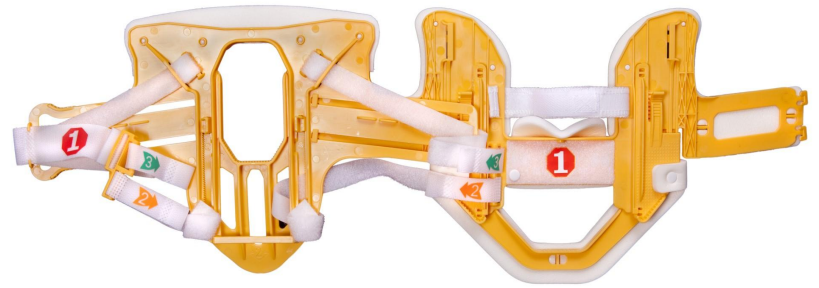


Вивільнення постраждалого з транспортного засобу трьома рятувальниками

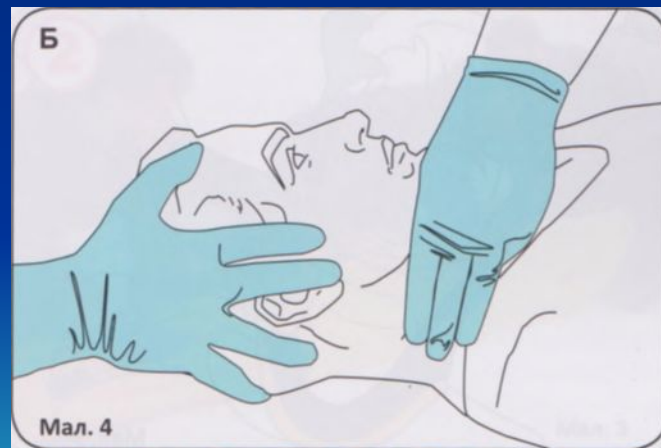
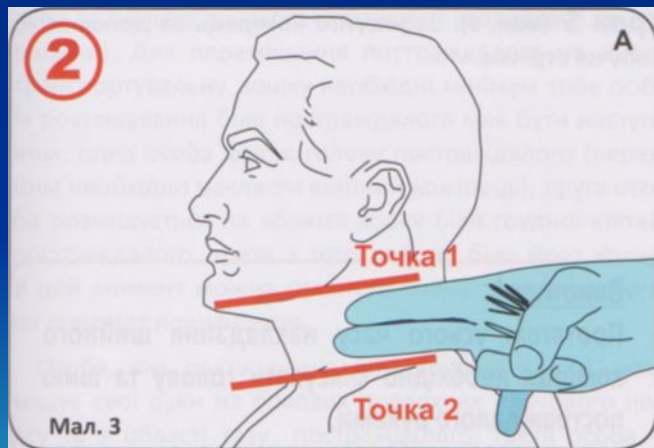
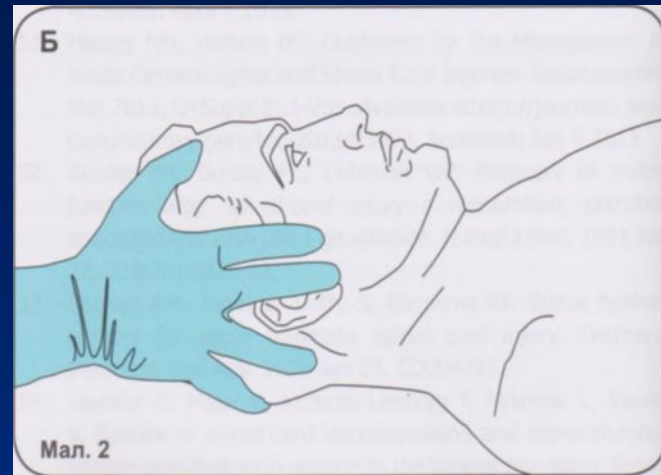
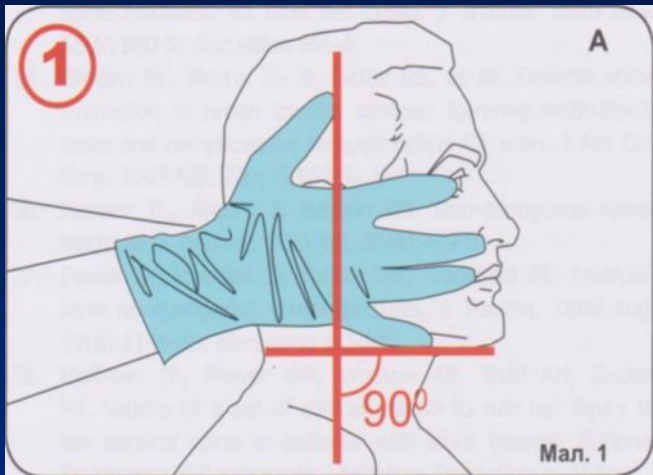
Стабілізація шийного відділу

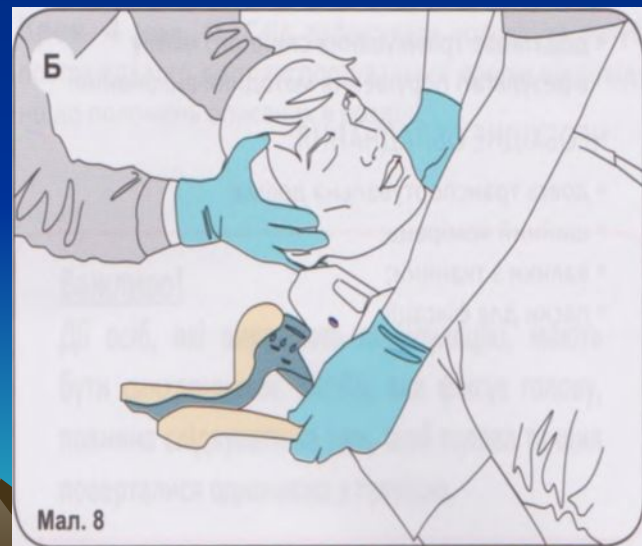
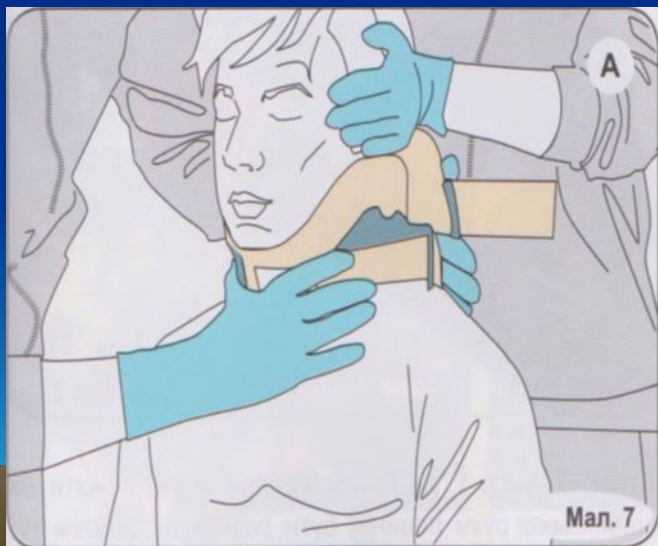
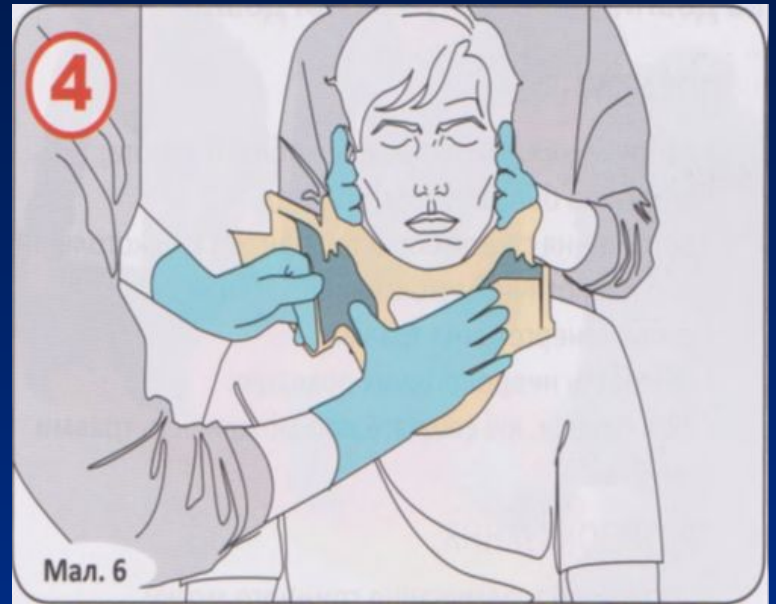
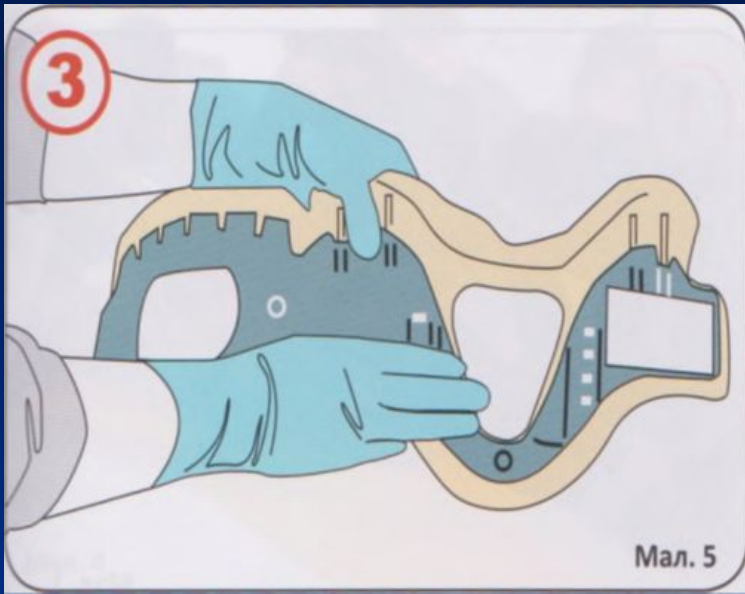














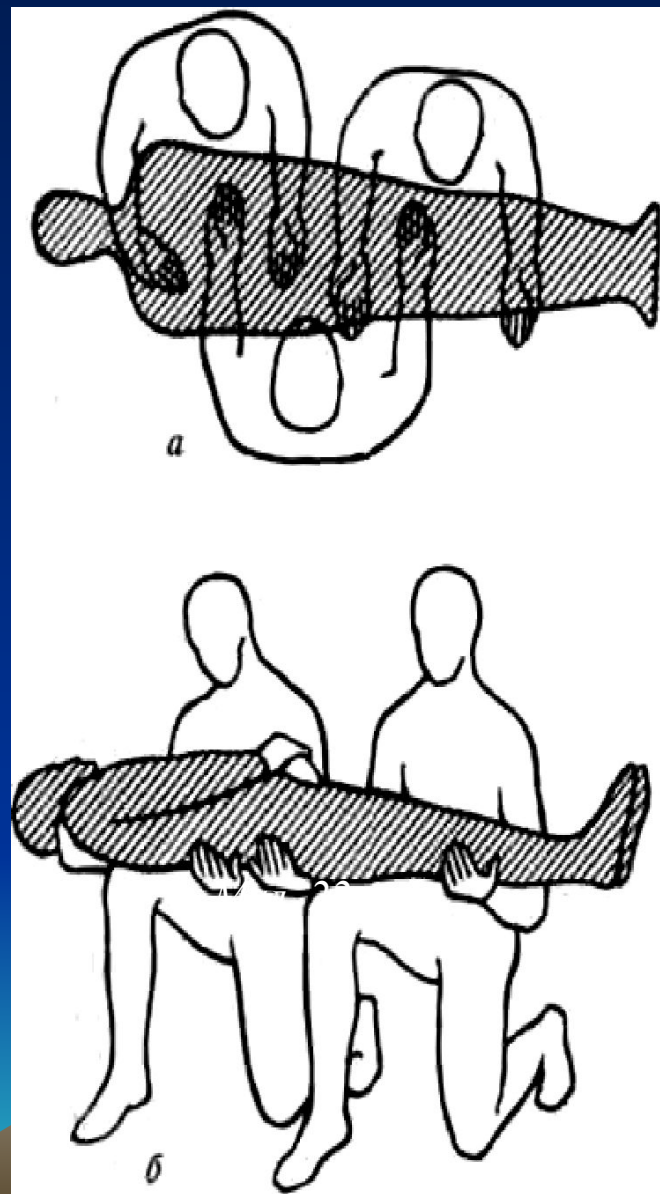
Мал. 9

ПІДНЯТТЯ ТА ПЕРЕНЕСЕННЯ ПАЦІЄНТІВ ЯКІ ЗНАХОДЯТЬСЯ У КРИТИЧНОМУ СТАНІ

Спроби підняття, перенесення транспортування пацієнтів які знаходяться у критичному стані часто здійснюються випадковими людьми або бригадою швидкої допомоги з одним-двома рятувальниками. Завдання полягає в тому, щоб покласти пацієнта на носі або пристосовані засоби без його активної участі, щоб уникнути погіршення стану. Від того, як проводиться підбирання і перевезення пацієнта, може залежати його життя. Підняття пацієнта із землі: носі повинні бути приготовлені завчасно. Маніпуляції повинні виконуватися після розпорядження, наприклад: «Обережно підняли!», «Піднімайте!». Потрібно дотримуватися принципу осі голова - шия – тулуб - горизонтальне положення. Укладання пацієнта на носі виконується за загальними правилами. Носі підводять під пацієнта або ставлять боком біля нього. При відсутності підозри на травму хребта спосіб перенесення залежить від кількості членів бригади і топографії місця події.

СПОСІБ 3 ТРЬОМА ЧЛЕНАМИ БРИГАДИ – доступ із двох сторін (2+1)

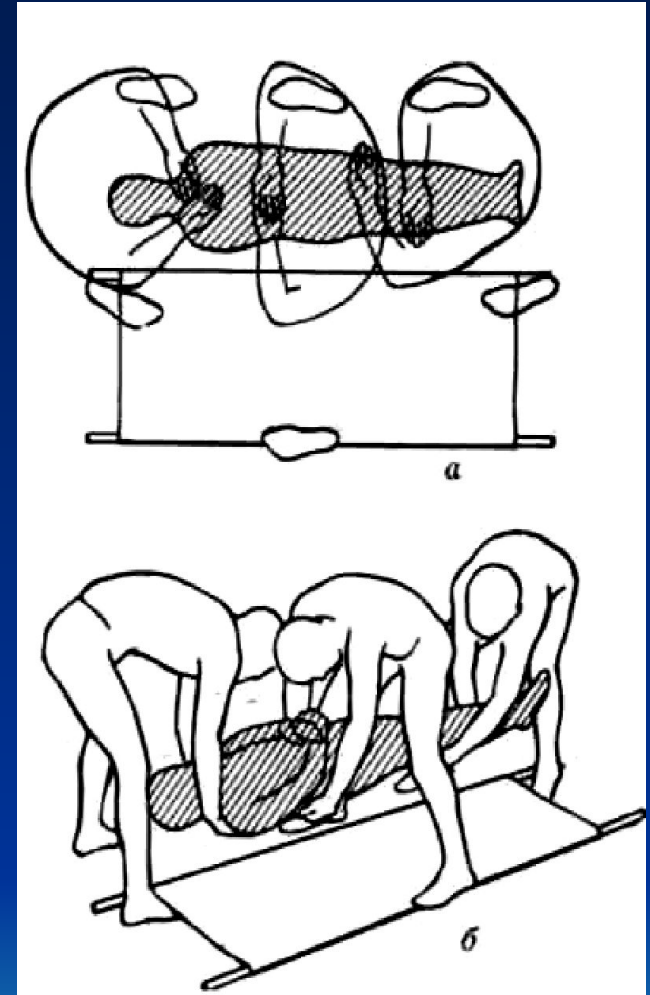
Два члени бригади стають поруч із потерпілим на одне коліно, друге зігнуте під прямим кутом, третій - з протилежної сторони. По команді: «Приготуватися!» передпліччя підводять під пацієнта на такому рівні, щоб найбільша несуча площа перебувала нижче тазу і відповідають: «Готові!». По команді «Піднімайте!» пацієнта піднімають і укладають на передпліччя й коліна перших двох членів бригади, а третій укладає носилки і допомагає укласти пацієнта. Після команди: «Увага!», «Кладіть!» пацієнта укладають на носилки боковому положенні.



СПОСІБ «НІДЕРЛАНДСЬКИЙ МІСТ»)

При цьому необхідний широкий доступ до пацієнта, хоч би з однієї сторони. Ноші кладуть збоку, рятувальники стають над пацієнтом, положення їхніх нижніх кінцівок однакове при будь-якому положенні останнього коліна зігнуті, спина прямі. Рятувальники, що стоять по краях, фіксують щиколотками ніг ручки ноші, а рятувальник в центрі – ставить ногу на віддалене ратище нош.

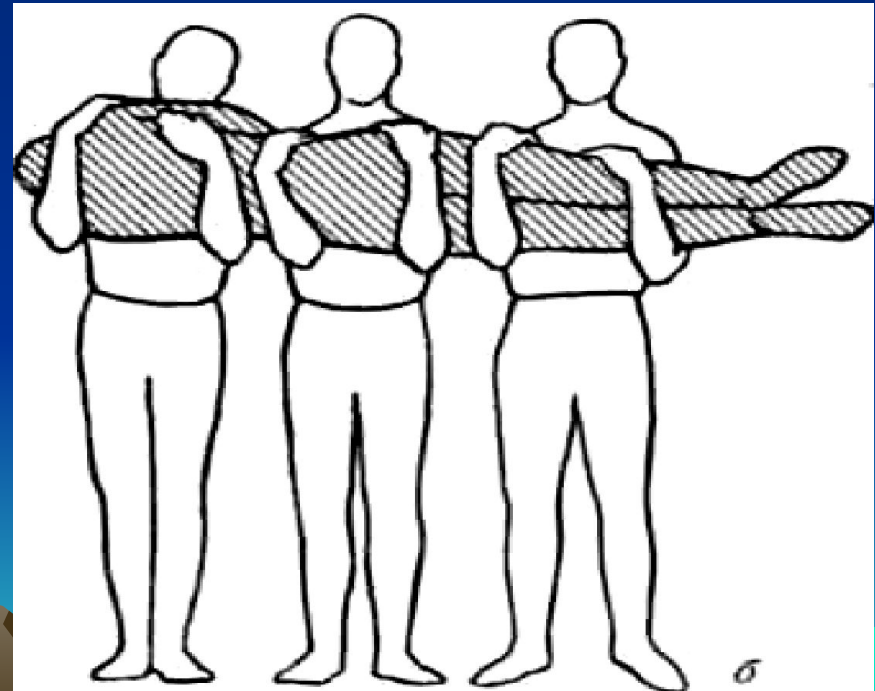
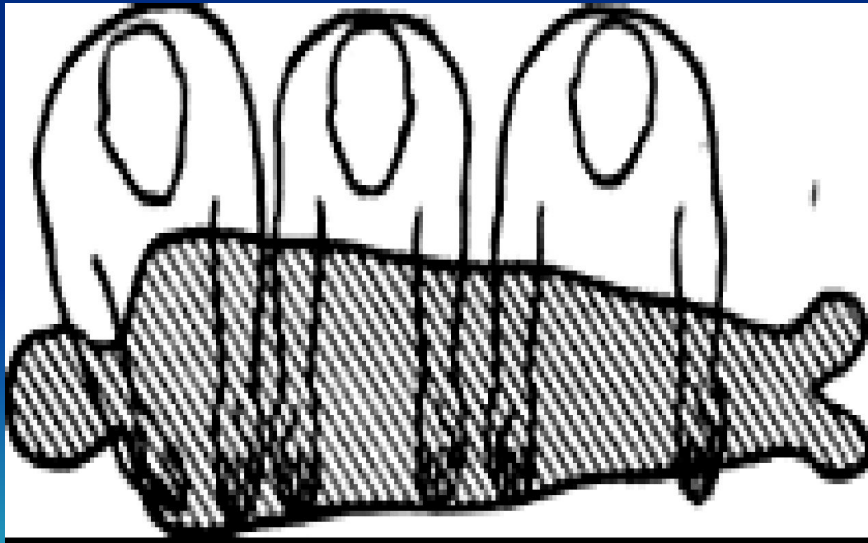
Рятувальники підводять передпліччя під потилицю, спину, талію і нижні кінцівки пацієнта. По команді «Підготуватися!», «Підняти!» піднімають усього пацієнта й переміщують боком над носилками. Принцип підняття такий же, як і у випадку, коли пацієнт перебуває у стабільному боковому положенні. Рятувальник в центрі, може використати скручений одяг для підняття постраждалого.



СПОСІБ «ЛОЖКА»

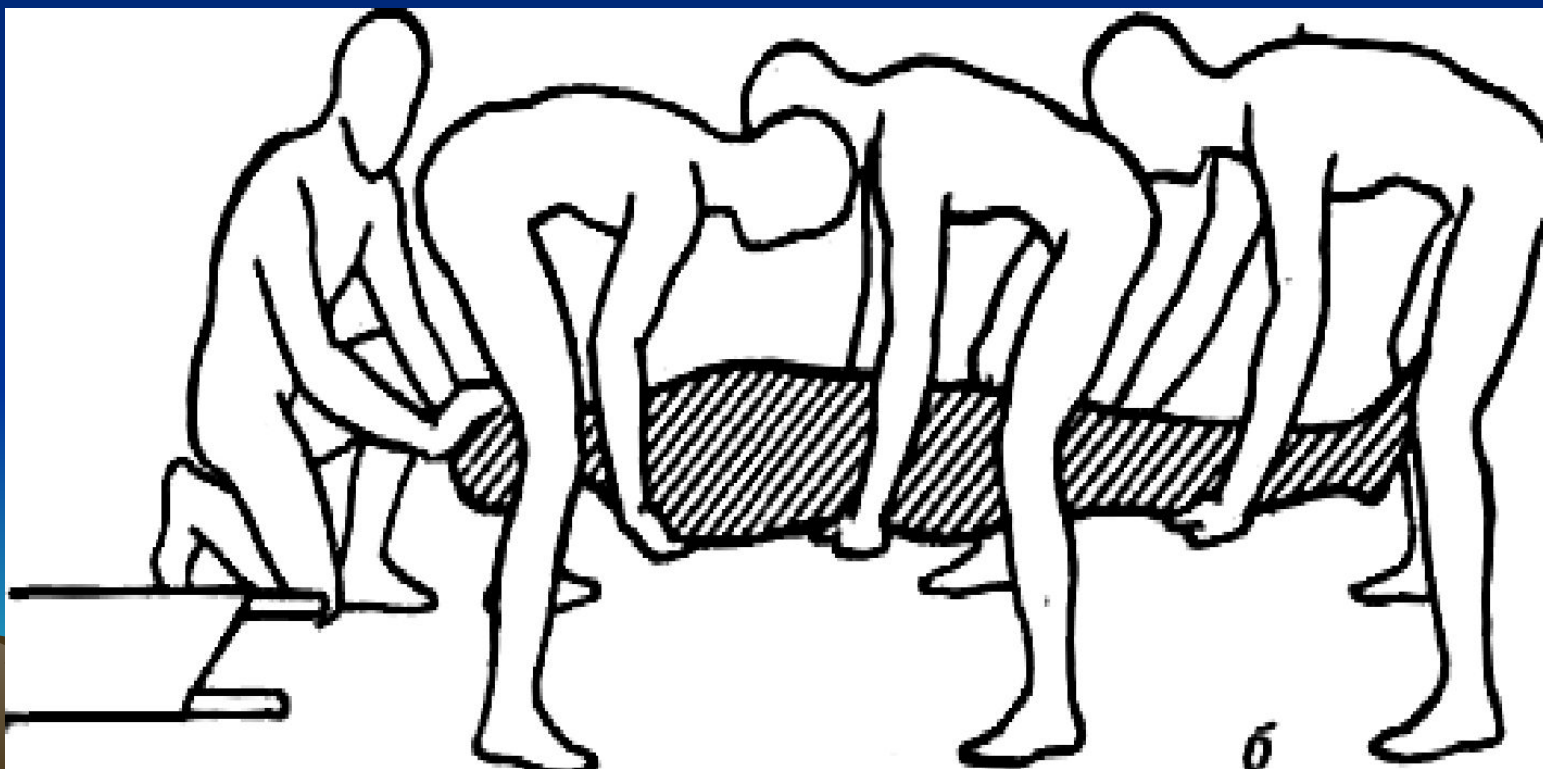
Цей спосіб може бути застосований у тому випадку, коли підхід до пацієнта можливий тільки з одного боку, і вимагає трьох рятувальників.

Всі троє стають поруч із пацієнтом на одне коліно, інше згинають під прямим кутом. Послідовність рухів зводиться до того, щоб по команді: «Увага для підйому!», «Піднімаємо!», покласти пацієнта на коліна рятувальників. Потім по команді «Притискайте!», пригорнути його до грудей. Потім по команді «Піднімайтеся!», піднятися і перенести на ноші, розташовані якнайближче до пацієнта. При укладанні на ноші рухи діють у зворотному порядку.



СПОСОБИ «МІСТ» АБО «ПОЛПШЕНИЙ МІСТ»

Ці способи вимагають широкого доступу до пацієнта. Ноші кладуть з головного кінця, рятувальники з розсунутими ногами стають над пацієнтом. Рятувальник біля голови розміщує одну руку під потилицю, другу - між лопатками. Рятувальник у центрі підводить передпліччя під поперек і зчіплює пальці. Останній рятувальник підводить передпліччя під верхню частину стегон і ікри. Коли всі рятувальники готові, відповідають: «Готові!» і чекають наказу: «Увага для підняття!», «Піднімайте!». Вони піднімають пацієнта на кілька сантиметрів, а четвертий рятувальник підводить ноші під пацієнта..



При підозрі на травму хребта цей спосіб може бути змінений. При цьому рятувальники, що перебувають біля голови і ніг, повинні забезпечувати ви тяжіння.



В загальному підняття пацієнта із землі не викликає труднощів у досвідченої бригади. Проте необхідно дотримуватися деяких основних правил:

- рухи повинні бути координовані, відповідати команді й засвоєні всіма членами бригади по наданню допомоги;
- між головою й тазом розташовують максимальну кількість рук;
- правильне положення рятувальників, коли коліна зігнуті, а спина пряма;
- запобігати різких рухів;
- підтримувати постійне горизонтальне положення пацієнта;
- проводити витяжіння при підозрі на травму хребта;
- при будь-якому переміщенні пацієнта з підключеними до нього трубками (перфузія, штучна вентиляція, т.п.) вони повинні бути виведеними за межі ніг рятувальників;
- при проведенні штучної вентиляції легенів, під час переміщення пацієнта, її можна припинити на кілька секунд (не більше 30), а потім продовжити.



Дякую за увагу!

