

**МІНІСТЕРСТВО ВНУТРІШНІХ СПРАВ УКРАЇНИ  
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ВНУТРІШНІХ  
СПРАВ**

**Кафедра кримінального процесу, криміналістики та експертології  
факультету № 6**

**ТЕКСТ ЛЕКЦІЇ**

**з навчальної дисципліни  
«Домедична підготовка»  
обов'язкових компонент освітньої програми першого (бакалаврського)  
рівня вищої освіти**

**Спеціальність: 262 «Правоохоронна діяльність»**

**Тема 3**

**Організація першої медичної допомоги при критичних для життя  
людини станах: синдром тривалого стиснення, кровотеча,  
крововтрата**

**Харків 2023 рік**

**ЗАТВЕРДЖЕНО**

Науково-методичною радою  
Харківського національного  
університету внутрішніх справ  
Протокол від 25.09.2023 р. № 8

**СХВАЛЕНО**

Вченою радою факультету № 6  
Протокол від 21.09.2023 р. № 8

**ПОГОДЖЕНО**

Секцією науково-методичної ради  
ХНУВС з юридичних дисциплін  
Протокол від 22.09.2023 р. № 8

Розглянуто на засіданні кафедри кримінального процесу, криміналістики та експертології факультету № 6 ХНУВС (протокол № 8 від 17.09.2023 року)

**Розробник:**

Лозова С.М. – доцент кафедри кримінального процесу, криміналістики та експертології факультету № 6, кандидат психологічних наук, доцент

Дорошенко Ю.К. – викладач кафедри кримінального процесу, криміналістики та експертології факультету № 6

**Рецензенти:**

Степанюк Р.Л. - професор кафедри криміналістики, судової експертології та домедичної підготовки факультету № 1 Харківського національного університету внутрішніх справ, доктор юридичних наук, професор;.

Бондаренко В.В. – доцент кафедри судової медицини та медичного правознавства ім. Засл проф.. М.С. Бокаріуса Харківського національного медичного університету.

### План лекції

1. Причини виникнення синдрому тривалого стиснення (СТС) та клінічні прояви. Надання першої допомоги при СТС.
2. Особливості надання медичної допомоги постраждалим із кровотокою.
3. Особливості надання медичної допомоги постраждалим із крововтратою
4. Особливості надання медичної допомоги постраждалим із гострими судинними захворюваннями.
5. Особливості надання медичної допомоги постраждалим із розладами психіки при психічних розладах і психічних захворюваннях.

### Рекомендована література:

1. Білоус Т.Л. Долікарська допомога: навч. посіб. Суми: Мрія. 2020. 148 с.  
URL: [http://dspace.univd.edu.ua/xmlui/bitstream/handle/123456789/8235/Dolikarska%20Dopomoha\\_Bilous\\_2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://dspace.univd.edu.ua/xmlui/bitstream/handle/123456789/8235/Dolikarska%20Dopomoha_Bilous_2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
2. Вайда Т. С. Долікарська допомога: навч. посіб. Херсон: ОЛДІ-ПЛЮС, 2019. 874 с. URL: <file:///D:/2%20%D0%9C%D0%B5%D1%82%D0%BE%D0%B4%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F%20%D0%BF%D1%80%D0%BE%D0%B4%D1%83%D0%BA%D1%86%D0%B8%D1%8F%202021/%D0%94%D0%BE%D0%BC%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D1%87%D0%BD%D0%B0%20%D0%B4%D0%BE%D0%BF%D0%BE%D0%BC%D0%BE%D0%B3%D0%B0/%D0%9F%D0%BE%D1%81%D1%96%D0%B1%D0%BD%D0%B8%D0%BA%D0%B8/%D0%92%D0%B0%D0%B9%D0%B4%D0%B0%20%D0%94%D0%BE%D0%BC%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D1%87%D0%BD%D0%B0%20%D0%B4%D0%BE%D0%BF%D0%BE%D0%BC%D0%BE%D0%B3%D0%B0.pdf>
3. Домедична допомога на місці події : практичний посібник / за заг ред. д. н. держ. упр., професора П. Б. Волянського та д. мед. н., професора С. О.Гур'єва. Херсон : Видавничий дім «Гельветика», 2020. 224 с.  
URL: <https://dsns.gov.ua/upload/9/5/7/9/2020-5-19-112-posibnik.pdf>
4. Домедична підготовка : навч. посіб. / кол. авт.: В. В. Кікінчук, С. О. Книженко, Т. І. Савчук та ін. ; МВС України, Харків. нац. ун-т внутр. справ. – Харків : ХНУВС, 2021. – 176 с. URL: [http://dspace.univd.edu.ua/xmlui/bitstream/handle/123456789/10716/Domedyc%20hna%20pidhotovka\\_navchalnyi%20posibnyk\\_KhNUVS\\_2021.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://dspace.univd.edu.ua/xmlui/bitstream/handle/123456789/10716/Domedyc%20hna%20pidhotovka_navchalnyi%20posibnyk_KhNUVS_2021.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
5. Домедична допомога (алгоритми, маніпуляції): посібник /В.О. Крилюкта та ін. Київ: НВП Інтерсервіс, 2014. 84 с. URL: <file:///D:/2%20%D0%9C%D0%B5%D1%82%D0%BE%D0%B4%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F%20%D0%BF%D1%80%D0%BE%D0%B4%D1%83%D0%BA%D1%86%D0%B8%D1%8F%202021/%D0%94%D0%BE%D0%BC%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D1%87%D0%BD%D0%B0%20%D0%B4%D0%BE%D0%BF%D0%BE%D0%BC%D0%BE%D0%B3%D0%B0.pdf>

[%D0%BD%D0%B0%20%D0%B4%D0%BE%D0%BF%D0%BE%D0%BC%D0%BE%D0%B3%D0%B0/%D0%9F%D0%BE%D1%81%D1%96%D0%B1%D0%BD%D0%B8%D0%BA%D0%B8/%D0%94%D0%BE%D0%BC%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D1%87%D0%BD%D0%B0%20%D0%B4%D0%BE%D0%BF%D0%BE%D0%BC%D0%BE%D0%B3%D0%B0.pdf](#)

## **1. Причини виникнення синдрому тривалого стиснення (СТС) та клінічні прояви. Надання першої допомоги при СТС**

Синдром тривалого стиснення – це стан, який розвивається в постраждалого внаслідок тривалого (4-8 годин і більше) стискання або розчавлення м'яких тканин тіла. Причинами його виникнення є тривале здавлення частин тіла (переважно кінцівок), зазвичай уламками зруйнованих споруд, масивами ґрунту, накладеним із метою зупинки кровотечі джгутом, тривалим позиційним стисканням кінцівки масою власного тіла внаслідок тяжких отруєнь, які супроводжуються втратою свідомості.

Пусковим механізмом є припинення у перетиснутих тканинах кровообігу та відтоку лімфи. Внаслідок чого швидко виснажуються можливості тканинного дихання, як наслідок – накопичення проміжних продуктів обміну та вазоактивних речовин, що розширюють судинне русло та збільшують капілярну проникність. Надалі виникають плазмовтрата в прилеглі тканини, руйнування еритроцитів, аутоліз м'язової тканини. Саме в цей період відмічаються поява у потерпілого агресії, яка зумовлена відчуттям жаху, приреченості, болем, виснаженням стрес – потенціалу та антистресових механізмів. Після звільнення кінцівки кров із магістральних судин починає заповнювати різко розширене судинне русло пошкодженої кінцівки, та, оскільки стінка судини пошкоджена, відбувається проникнення крові за її межі. Виникають гіповолемія та подальша типова реакція централізації кровообігу. В ушкодженій ділянці настає некроз м'язів, приєднуються інфекційні ускладнення.

У клінічному перебігу виділяють наступні періоди: період компресії; ранній післякомпресійний період (1-3 доби); проміжний період (4-18 доби); пізній період (після 18 –ї доби);

### **Схема надання першої допомоги:**

- обкласти кінцівки, що придавлені, пакетами з льодом, снігом або пляшками з холодною водою;

- дати знеболювальне (2-3 таблетки анальгіну);
- викликати швидку допомогу;
- накласти джгути на кінцівки, до їх вивільнення, вище місця здавлювання;
- відразу ж після вивільнення кінцівок туго забинтувати їх і зафіксувати шиною (з будь – якого підручного матеріалу);
- запропонувати постраждалому багато теплого пиття;
- повторно прикласти холод до пошкоджених кінцівок.

### **Забороняється:**

- вивільняти кінцівку, що здавлена, без попереднього накладення джгутів та прийому постраждалим великої кількості рідини;
- зігрівати здавлені кінцівки

## **2. Особливості надання медичної допомоги постраждалим із кровотечею**

Кровоносна система – сукупність органів, що забезпечують кровообіг в організмі. Є замкнутою трубчастою системою. Кровоносна система забезпечує обмін речовин в організмі. Переносить кисень, котрий зв'язується з гемоглобіном в легенях, гормони, медіатори, виводить продукти обміну – вуглекислий газ, водні розчини азотистих шлаків крізь нирки.

Кровотеча – витікання крові з просвіту кровоносних судин внаслідок їх пошкодження або порушення проникності їх стінки. Виділяють власне кровотечу, крововилив і гематому.

При кровотечи кров активно надходить з судини в зовнішнє середовище, порожнистий орган, внутрішні порожнини організму.

При крововиливі кров, виходячи з просвіту судини, просочує навколишні тканини.

Гематома – штучна порожнина, утворена в результаті розшарування тканини кров'ю, що витекла.

У дорослої людини в залежності від маси і поверхні тіла є близько 4-5 літрів крові (5-7% маси тіла). Близько 60% її маси циркулює по кровоносних судинах, а 40% знаходиться в депо крові (печінка, селезінка, кістковий мозок та ін.).

Тривала кровотеча – головна причина загибелі людей на догоспітальному етапі. В 60% випадків масивна крововтрата є безпосередньою причиною смерті. Гостра втрата 2-2.5 л крові є смертельною у зв'язку з гіпоксичними у всіх органах і тканинах.

Причинами кровотеч можуть бути:

1. Механічні ушкодження судинної стінки. Ці ушкодження можуть бути відкритими, коли рановий канал проникає через шкіру з розвитком зовнішньої кровотечі, або закритими, що приводять до розвитку внутрішньої кровотечі (поранення судин уламками кісток при закритих переломах, травматичних розривах м'язів і внутрішніх органів).

2. Патологічні зміни судинної стінки, які спостерігаються при атеросклерозі, гнійному запаленні, некрозі, пухлині, що призводить до поступового її руйнування. Крім того, при деяких патологічних станах організму (авітаміноз, інтоксикація, сепсис) порушується проникнення судинної стінки, що призводить до кровотеч.

3. Порушення системи згортання крові при спадкових (гемофілія) і придбаних (лейкоз) захворюваннях.

Класифікація кровотеч:

1. Залежно від анатомо – фізіологічних особливостей пошкодження судин:

*Артеріальна кровотеча.* Спостерігається при пошкодженні великих, середніх по діаметру артерій. Артеріальна кровотеча може викликати гостру анемію і навіть стати причиною смерті. Артеріальна кровотеча самостійно зупиняється рідко.

*Венозна кровотеча.* Розвивається при пошкодженні венозної стінки. Якщо пошкоджені великі вени або є венозний застій, венозна кровотеча може

бути сильною і небезпечною. При кровотечі з вен шиї потрібно пам'ятати про небезпеку повітряної емболії.

*Капілярна кровотеча.* Обумовлена пошкодженням капілярів, дрібних артерій і вен.

*Паренхіматозна кровотеча.* Спостерігається при ушкодженні печінки, нирок, легенів. По суті своїй є капілярною кровотечею, але небезпечна значною крововтратою.

Класифікація залежно від того, куди виливається кров.

Розрізняють:

- зовнішню кровотечу, яка характеризується витіканням крові в зовнішнє середовище (безпосередньо, або через природні отвори в організмі людини);
- внутрішню кровотечу, яка відбувається в порожнині органи або в порожнини (черевну, грудну), міжтканинні простори.

Наступна класифікація в залежності від швидкості кровотечі і об'єму крововтрати говорять про гостру і хронічну кровотечі. Особливо небезпечна гостра кровотеча, при якій хворий може загинути від гострого недокрів'я, оскільки організм не встигає пристосуватися до раптової втрати крові. При хронічній кровотечі кількість крові зменшується повільно і поступово, організм при цьому встигає компенсувати крововтрату і пристосовується до нових умов. Тому наслідки швидкої втрати невеликої кількості крові можуть бути набагато небезпечнішими, ніж поступова втрата великої кількості крові. Гостра кровотеча стає небезпечною при втраті понад 30% гемоглобіну, в той час як хворі з хронічною кровотечею, навіть втративши 75-80%, гемоглобіну, можуть перебувати у відносно задовільному стані.

Класифікація в залежності від часу виникнення:

*Первинна кровотеча* обумовлена пошкодженням судини в момент або відразу після травми, операції.

*Рання вторинна кровотеча* спостерігається в перші години після пошкодження кровоносної судини. Його причиною може бути недостатня



зупинка кровотечі, підвищення артеріального тиску, а також відрив або лізис тромбу в кровоносній судині.

*Пізня вторинна кровотеча* виявляється пізніше на 7-10 – й день, є наслідком ускладнень рани – гнійного розплавлення тромбу або стінки судини, розриву аневризми, пролежнів.

### **Клінічні прояви кровотечі**

Визначення загальних симптомів при кровотечі особливо необхідно для діагностики внутрішньої кровотечі, коли стан хворого страждає, а причина цього неясна, а також для оцінки ступеня тяжкості (об'єму) крововтрати, що вкрай важливо для визначення тактики лікування.

**Скарги:** слабкість, запаморочення, особливо при підйомі голови, «потемніння в очах», «мушки» перед очима, неспокій, задишка, нудота.

При об'єктивному дослідженні: блідні шкірні покриви, холодний піт, тахікардія, ниткоподібний пульс, зниження артеріального тиску.

При зовнішній кровотечі кров виливається назовні, в навколишнє середовище. Необхідно з'ясувати, чи є кровотеча артеріально, венозною або змішаною.

При артеріальній кровотечі кров яскраво – червона, витікає швидко, під тиском, часто пульсуючим струменем.

Для венозної кровотечі характерно темний колір крові, яка тече рівномірно і повільно. Якщо пошкоджені великі вени або є венозний застій, венозна кровотеча може бути сильною і небезпечною. При кровотечі з вен шиї потрібно пам'ятати про небезпеку повітряної емболії.

При капілярній кровотечі, як правило, кровоточить вся ранова поверхня, яка після просушування знову покривається кров'ю. Зазвичай не супроводжується значною крововтратою.

Зупинка кровотечі – це один із комплексів дій, що належить до невідкладної допомоги. Постраждали з кровотечею входять до категорії осіб, які яким у першу чергу приділяється увага рятівника, поліцейського та будь – якої іншої особи, яка володіє елементарними навичками домедичної підготовки.

Зупинити кровотечу може безпосередньо сам постраждалий або будь – який немедичний працівник. Дії повинні бути швидкими, обережними і впевненими.

Підходячи до постраждалого, поліцейського має розпізнати ознаки кровотечі, визначити її вид, швидко підібрати метод та засоби для її зупинки.

На наявність небезпечних для життя (масивних) кровотеч можуть вказувати наступні ознаки:

- кров з рани пульсує або швидко витікає;
- на одязі швидко розповзається пляма крові;
- під постраждалим наповнюється калюжа крові;
- у постраждалого ампутовано кінцівку;
- є відкриті переломи кісток.

У разі наявності будь – якої з указаних ознак слід терміново накладати давляючу пов'язку.

Застосовуються наступні методи попередньої зупинки зовнішньої кровотечі:

1. Піднімання ушкодженої кінцівки. Місце кровотечі необхідно розташувати вище від рівня серця. Такі дії, якщо не зупинять, то значно зменшать інтенсивність кровотечі. Цей метод обов'язково застосовують у разі поранення кінцівки при відсутності в ній ознак перелому кісток. Його поєднують з іншими зазначеними нижче методами.

2. Максимальне згинання і притискання кінцівки в суглобі. Цей метод зупинення кровотечі потрібно застосувати в разі поранення підколінної, стегнової та плечової артерій. Згинання кінцівки здійснюють у колінному, кульшовому, ліктьовому та плечовому суглобах. Метод полягає в щільному згинанні кінцівки в суглобі вище від рани (таким чином згинають магістральну судину), надалі кінцівку фіксують у цьому положенні бинтом, паском або іншими підручним матеріалом. У згин суглоба попередньо підкладають валик із бинта чи іншого матеріалу (можна використати згорнутий рукав або штанину).

3. Притиснення судини до кістки. Цей метод застосовують при найбільш небезпечній для життя кровотечі – артеріальній, коли кров фонтанує з рани і має яскравий червоний колір. Артерію при цьому притискають до кістки в анатомічно зручних для цієї маніпуляції місцях – там, де вона проходить недалеко від кістки та доступна для притискання. Для ефективного застосування даного методу необхідно знати місця у яких необхідно притискати відповідну артерію. Це дозволить швидко зупинити артеріальну кровотечу та виграти час для застосування більш надійного методу.

4. Притискання судини в рані, за якого ушкоджену судину щільно стискають навколишніми тканинами шляхом натискання безпосередньо в рані. Цю маніпуляцію виконують після накладення на рану серветок, бинта або чистої носової хустини, натискаючи на них долонею. Цей метод не можна застосувати в разі відкритого перелому та за наявності в рані стороннього предмета.

5. Накладання давячої (стискаючої) пов'язки, що посилює тиск тканини і стискає порожнину ушкодженої судини. Найчастіше цим методом послуговуються вже після того, як кровотечу було зупинено будь – яким іншим способом. Стискаючу пов'язку накладають за допомогою бинта, серветок і предмета, який тисне. Бинтом або косинкою на рані туго фіксують перев'язувальний матеріал. Якщо пов'язка швидко намокає від крові, міняти її не можна. Дозволено лише підбинтувати зверху, посилюючи її тиск. За допомогою стискаючої пов'язки можна зупинити практично будь – яку кровотечу.

6. Накладання джгута. Цей метод можна використовувати тільки у крайніх випадках, якщо кровотечу неможливо зупинити іншими методами. Наприклад, у разі травматичної ампутації кінцівки у місці розташування великої артерії.

Накладання джгута є непростим і вкрай небезпечним методом зупинки кровотечі. Затягнутий гумовий джгут стискає променевий нерв і викликає його стійкий парез (зниження сили, параліч), наслідком якого є порушення функцій

стопи або кисті руки та пальців. Крім того, в місцях накладення джгута вже через декілька хвилин виникає нестерпний біль, і постраждалі самотужки намагаються його зняти або послабити. Накладання джгута також нерідко призводить до розвитку некрозу розташованих нижче накладання джгута тканин. Унаслідок таких дій постраждалий може позбавитися кінцівки взагалі. Саме тому цей метод дозволено застосовувати у разі крайньої потреби, коли існує реальна загроза життю постраждалого від значної кровотечі.

Джгут категорично заборонено застосовувати для зупинки критичної кровотечі у разі поранення ший, пахової ділянки, таза та дальніх сегментів кінцівок. У такому разі слід застосовувати інший спосіб – притискання суди в рані. Однак цей метод потребує значної витримки та фізичної підготовки того, хто надає домедичну допомогу в таких тактичних умовах, оскільки необхідно безперервно інтенсивно притискати судину до приїзду швидкої допомоги.

### **3. Особливості надання медичної допомоги постраждалим із крововтратою**

**Крововтрата** – це стан організму, що виникає слідом за кровотечею і характеризується розвитком ряду пристосувальних і патологічних реакцій, визначається калібром судини і характером ушкодження.

Розрізняють 4 ступеня крововтрати:

- легкі (10-20%);
- середні (25-35%);
- важкі (35-50%);
- масивні (більше 50%).

При крововтраті легкого ступеня – втрата 10-15 %, спостерігається збільшення частоти пульсу до 100 уд./хв, слабкість, блідість шкірних покривів, зниження систологічного артеріального тиску до 100 мм рт. ст.

Крововтрата середнього ступеня – це втрата 15-20 %. Швидка крововтрата 20% (1000-1200 мл) супроводжується появою холодного поту,

почуттям слабкості, спраги і тахікардії до 100-120 уд./хв. Систолічний АТ знижується до 90-100 мм.рт.ст.

Крововтрата тяжкого ступеня – це втрата більше 30%. Гостра крововтрата від 30% (1500-1750 мл) проявляється руховим занепокоєнням, блідістю шкіри і слизових, анемією, тахікардією (120-140 уд/хв), слабким пульсом, падінням систолічного артеріального тиску до 70-90 мм.рт.ст.

При крововтраті близько 35-40% (1750-2000 мл) стан тяжкий, риси обличчя загострені, рясний холодний піт, похолодіння кінцівок, падіння температури тіла, байдужість, стан дезорієнтації, сонливість, розширені зіниці, може відбуватися самовільна дефекація і сечовипускання, втрата свідомості, тахікардія 140-160 уд./хв, систолічний АТ падає нижче 70 мм.рт.ст.

Раптова втрата протягом короткого часу більше 50% (2500 мл.) призводить на фоні задишки, до різкого падіння артеріального тиску (воно не визначається), різкої тахікардії – понад 160 уд/хв, яка переходить в тріпотіння шлуночків або асистолію і протягом декількох хвилин веде до смерті.

Для зупинки кровотечі при наданні ПДД застосовуються методи тимчасової зупинки кровотечі серед яких

- пальцеве притискання судин;
- накладання стискаючої пов'язки;
- накладання кровоупинного джгута;
- зупинка кровотечі за рахунок максимального згинання кінцівок в суглобах;
- туга тампонада рани;
- застосування холоду.

#### **4. Особливості надання медичної допомоги постраждалим із гострими судинними захворюваннями.**

Серцево - судинні захворювання – це захворювання серця та кровоносних судин, які є основною причиною смертності дорослого населення України.

Серцево – судинні захворювання включають у себе стенокардію, інфаркт міокарда, гіпертонію та інсульт.

Причини серцево – судинних захворювань. Такі захворювання розвиваються в міру того, як холестерин та інші речовини відкладаються в стінках артерій. Цей стан, що називається атеросклерозом, спричиняє звуження артерій. Людині, яка надає допомогу не обов'язково знати різницю між стенокардією та інфарктом міокарда, тому що можуть бути присутні одні й ті самі ознаки та симптоми, що потребують ужиття одних однакових заходів.

Стенокардія. Розвиток стенокардії відбувається, коли серце отримує менше кисню, ніж йому необхідно для нормального функціонування. Якщо коронарні артерії звужені, а серцю необхідно більше кисню, наприклад, при фізичному навантаженні, емоційному стресі або перепадах температури, то серце не отримує достатньої кількості кисню, що і викликає біль. Цей біль з'являється, проходить та повертається знову через деякий час.

Інфаркт міокарда. Якщо приплив крові до серця недостатній, тканини починають відмирати. При значному відмиранні частини серцевих тканин серце стає не в змозі ефективно скорочуватися. Раптова закупорка коронарної артерії викликає порушення кровообігу і в результаті відмирання серцевого м'яза. Вона також може призвести до порушення серцевого ритму та кровообігу. Хворий може опинитися в небезпечному для життя становищі.

Ознаки та симптоми стенокардії та інфаркту міокарда:

- біль: давлячий, стискуючий, ниючий, відчуття незручності або тяжкість у грудях. Біль, звичайно, за грудиною, відчувається усередині грудної клітини. Він може віддавати в плече, руку, шию, нижню щелепу або спину;

- утруднене дихання;
- прискорений, уповільнений або нерегулярний пульс;
- бліда або синюшна шкіра;
- пітливість;
- нудота або блювання.

Перша допомога при стенокардії та інфаркті міокарда:

а) при стенокардії:

- допоможіть хворому прийняти 1 таблетку нітрогліцерину, який він має при собі;

- через 5 хвилин, якщо біль не пройшов, хворий може прийняти другу таблетку нітрогліцерину;

- викличте «швидку медичну допомогу».

б) при інфаркті міокарда:

- хворий повинен припинити будь – яку фізичну діяльність;

- допоможіть хворому прийняти зручне положення;

- послабте краватку та ремінь;

- допоможіть хворому прийняти 1 таблетку нітрогліцерину, який він має при собі;

- через 5 хвилин, якщо біль не пройшов, хворий може прийняти другу таблетку нітрогліцерину;

- викличте «швидку медичну допомогу».

Хворі, обізнані про свій стан, звичайно мають при собі призначені ліки для зняття больового нападу, наприклад нітрогліцерин. За проханням хворого допоможіть йому прийняти ці ліки.

Послідовність дій при наданні домедичної допомоги постраждалим при серцевому нападі:

- a. викликати бригаду екстреної (швидкої) допомоги;

- b. перемістити постраждалого на спину чи забезпечити зручне для нього положення;

- c. розстібнути одяг у постраждалого;

- d. забезпечити надходження свіжого повітря в приміщення;

- e. запитати у постраждалого про прийом фармакологічних препаратів, які рекомендовані його лікуючим лікарем. У випадку їх наявності допомогти прийняти постраждалому ліки;

- f. при втраті свідомості здійснювати послідовність дій передбачених Порядком надання домедичної допомоги постраждалим при раптовій зупинці

серця, затвердженим наказом Міністерства охорони здоров'я від 16 червня 2014 року № 398.

Інсульт. Інсульт, або апоплексичний удар, - наслідок порушення припливу крові до будь – якої ділянки мозку, що є досить серйозним станом, який може призвести до пошкодження тканин мозку. Інсульт може бути викликаний закупоркою або кровотечею з пошкодженої артерії мозку.

Ознаки та симптоми інсульту:

- раптова слабкість або оніміння обличчя, руки або ноги, звичайно з одного боку;
- утруднена мова або її невиразність;
- раптовий сильний головний біль;
- запаморочення;
- непритомний стан;
- зіниці різного розміру.

Перша домедична допомога при інсульті:

- покладіть постраждалого в стабільне положення паралізованою частиною доверху для забезпечення виходу рідини з рота. Можливо, вам доведеться використати маніпуляції пальцем для видалення з рота слини та блювотних мас;
- знаходьтеся із хворим , поки не прибуде «швидка допомога».
- інсульт може викликати у потерпілого неспокій та страх, намагайтесь заспокоїти та підбадьорити його.

Непритомність – це найпоширеніший і найлегший прояв гострої судинної недостатності, який настає внаслідок раптового короткочасного недокрів'я головного мозку.

Рефлекторне падіння судинного тонуусу може виникнути як при різних захворюваннях серцево-судинної системи, крововтратах, так і при різних зовнішніх подразниках (гострий біль або страх перед болючою процедурою, вигляд крові, сильне хвилюванням, духота в приміщенні тощо).



Частіше непритомність виникає у людей втомлених чи голодних, а також у тих, які перехворіли на інфекційні захворювання. У осіб, схильних до непритомності, приступи виникають повторно в різних ситуаціях, зокрема при переході з горизонтального положення у вертикальне.

Втраті свідомості при непритомності передують раптова слабкість, запаморочення, потемніння в очах, оніміння рук та інше.

Часто приступ обмежується цими відчуттями і людина свідомості повністю не втрачає. Об'єктивними симптомами непритомності є різка блідість обличчя, холодні кінцівки, прискорене неглибоке дихання, слабкий частий пульс, знижений артеріальний тиск, розслаблення м'язів, спалі периферичні вени. Іноді хворий "закочує" очі, зіниці звужені, реакція на світло збережена. Через декілька хвилин хворий приходить до тями, відкриває очі і починає реагувати на навколишнє середовище, ставить запитання тощо. Поступово обличчя набуває нормального кольору. Однак слабкість, головний біль можуть залишатися протягом кількох годин.

Непритомність може знову повторитись, якщо хворий спробує занадто різко підвестися або сісти.

Істинну непритомність необхідно відрізнити від приступу слабкості, а також від епілептичного припадку, гострої внутрішньої кровотечі, інфаркту міокарда, порушення мозкового кровообігу та інше.

При епілепсії хворий раптово непритомніє і падає, часто з криком. Одночасно починаються судоми, при яких м'язи тулуба і кінцівок напружуються, голова повертається набік, на 10-30 с зупиняється дихання. Обличчя хворого на початку припадку блідне, потім стає червоно-синім. Далі починається посмикування м'язів обличчя, згинання і розгинання рук і ніг. Із рота витікає піниста слина. Часто під час приступу хворі прикушують язик, може бути мимовільне сечовипускання.

В осіб, які вживають засоби, що знижують артеріальний тиск, непритомність може розвиватися при переході з горизонтального положення у

вертикальне, особливо якщо вони страждають варикозним розширенням вен нижніх кінцівок.

Долікарська допомога при непритомності. Непритомність проходить переважно самотійно, але для прискорення цього процесу необхідно покласти потерпілого в горизонтальне положення, трохи підняти ноги на висоту до 15 см, щоб збільшити приток крові до головного мозку, звільнити від тісного одягу, розстібнути комір, послабити ремінь, забезпечити доступ свіжого повітря. Доцільно скропити обличчя і груди потерпілого холодною водою, дати йому понюхати ватку, змочену нашатирним спиртом, зігріти ноги грілками або розтерти рушником.

Не потрібно поспішати піднімати хворого. Якщо дозволяють умови, йому дають випити гарячого чаю чи кави. Після цього допомагають сісти і за умови задовільного самопочуття – встати. Якщо ці заходи не допомагають, потерпілому додатково дають серцеві краплі (кордіамін, валокордин).

Необхідно пам'ятати що непритомність може бути проявом важкого, у тому числі й гострого захворювання, при якому потерпілий потребує термінової кваліфікованої допомоги. Ці хворі потребують термінової госпіталізації. Транспортувати таких хворих слід у положенні лежачи.

У деяких людей непритомність повторюється часто. Для їх попередження потрібно надягати еластичні панчохи перед вставанням з ліжка. Жінкам не можна носити еластичних поясів, що стискають тіло, зменшуючи відтік венозної крові від нижніх кінцівок. Особи, які схильні до непритомності не повинні приймати гарячих ванн, через те, що після них кров відтікає в розширені судини нижніх кінцівок.

Колапс – важка форма судинної недостатності, що характеризується падінням судинного тону, ознаками гіпоксії головного мозку і пригніченням життєвоважливих функцій організму. На відміну від непритомності, він характеризується важкими-проявами і перебігом. Колапс розвивається гостро на фоні інфекційних захворювань, при інтоксикаціях, кровотечах, інфаркті міокарда та ін.

При інфекційних захворюваннях (харчова токсикоінфекція, крупозна пневмонія тощо) колапсу, як правило, передує, критичне падіння температури тіла, іноді до субфебрильної. Основними симптомами захворювання є різка блідість шкірних покривів, часто вкритих холодним липким потом, загострені риси обличчя, глибоко запалі очі, розширення зіниць. Тіні навколо очей, дихання прискорене, неглибоке, пульс частий, слабкого наповнення, частіше ниткоподібний, низький артеріальний тиск, тони серця глухі, може бути блювання. Хворий лежить нерухомо, байдужий до всього, що відбувається довкола, відповіді на запитання неохочі, ледве чутні, відчуває сильну слабкість і озноб. Кінцівки холодні на дотик, шкіра з синім відтінком. Вени пусті, спалі. Вираженість описаних симптомів залежить від характеру основного захворювання.

Долікарська допомога при колапсі. Необхідно покласти хворого з трохи опущеною головою, нижні кінцівки обкласти теплими грілками і накрити теплою ковдрою. Якщо можливо, хворому дають випити гарячого чаю чи кави.

До приходу лікаря необхідно дати серцеві засоби, госпіталізація можлива лише після виведення хворого зі стану колапсу і спеціалізованою машиною "швидкої допомоги", в якій продовжують необхідні лікувальні заходи.

Оскільки причини колапсу можуть бути різні, необхідно провести патогенетичну терапію.

Так, при харчовій токсикоінфекції – промивання шлунка, клізми. При травматичних ушкодженнях і зовнішній кровотечі – знеболюючі, вживання заходів для зупинки кровотечі тощо. Хворий має перебувати в добре провітрюваному приміщенні, зовнішні подразники (яскраве світло, шум) усувають.

## **5. Особливості надання медичної допомоги постраждалим із розладами психіки при психічних розладах і психічних захворюваннях.**

Психічні стани – це психологічна характеристика особистості, що показує відносно статичні та перманентні моменти її душевних переживань. Людське життя супроводжує ціла гама тих чи інших психічних станів. Прикладом можуть бути емоційні стани (настрій, афект, пристрасть, смуток, тривога, натхнення). Різні внутрішні і зовнішні подразники, діючи на людину, обумовлюють її психічний стан, який може мати як позитивне, так і негативне забарвлення (втома, настрій, страх, стрес, афект, тривога, гнів, хвилювання, сором і радість). Вживання психоактивних речовин викликає різні наслідки для психічного здоров'я, тяжкість яких може варіювати від простого сп'яніння до формування синдрому залежності і виникнення психозів і деменції. Це залежить від виду вживаної речовини, тривалості і масивності його прийому, біологічних, спадкових та інших факторів. Психоактивними речовинами є будь-які хімічні сполуки (алкоголь, наркотики, токсичні речовини), які при одноразовому прийомі можуть викликати бажані для споживача зміни психічного стану (ейфорія, зниження тривоги, приплив сил тощо). Гостра інтоксикація психоактивними речовинами – це мінущий стан, що виникає при прийомі будь-якої психоактивної речовини, що призводить до розладу свідомості, сприйняття, емоцій, когнітивних процесів, поведінки, а також психофізіологічних функцій (зміна частоти серцевих скорочень, підвищення або зниження артеріального тиску, зміна кольору шкірних покривів, звуження або розширення зіниць, порушення координації рухів та ін.). Знання зазначених фізіологічних ознак необхідно для попередньої діагностики стану сп'яніння.

Виділяються три стадії (ступеня) гострої алкогольної інтоксикації: легка, середня і важка. Концентрація алкоголю в крові від 0,5 до 1,5 проміле (1 проміле = 0,1%) свідчить про легкий ступінь алкогольного сп'яніння, що зазвичай проявляється підвищеним настроєм, прискоренням асоціацій, моторною розгальмованістю, багатослівністю, емоційною лабільністю.

Відзначаються гіперемія (почервоніння) обличчя, почастищення пульсу, порушення координації. Сп'яніння середнього ступеня виникає при вмісті алкоголю в крові від 1,5 до 2,5 проміле. При цьому психічні процеси сповільнюються, мова стає невиразною, знижується рівень суджень. Спостерігаються образливість, дратівливість, переважає похмурий настрій, байдужість до оточення. Обличчя блідне або набуває синюшного відтінку. Відзначаються порушення координації рухів, хиткість ходи, нечіткість мови, зниження больової чутливості. Можуть виникати нудота і блювання. Важкий ступінь алкогольного сп'яніння (вміст алкоголю в крові від 2,5 до 4 проміле) характеризується пригніченням свідомості в діапазоні від легкого оглушення до коми, з втратою реакцій на зовнішні подразники. Можуть відзначатися хаотичні рухи, зіниці звужені, в'яло реагують на світло. При подальшому підвищенні концентрації алкоголю в крові може настати смерть від паралічу дихального центру. Гранична концентрація алкоголю в крові коливається в досить широкому діапазоні. Для осіб, які не вживають спиртні напої, вміст алкоголю від 4 до 5 проміле може стати смертельною дозою.

Хворі на алкоголізм можуть зберігати здатність реагувати на зовнішні подразники і навіть підтримувати мовний контакт при вмісті алкоголю в крові 6 проміле і більше. Передозування опіоїдами – це погіршення фізичного та психічного здоров'я, що становить пряму та невідворотну загрозу життю та здоров'ю людини і виникає унаслідок використання опіоїдів. Препарати опію застосовуються шляхом куріння, вдихання всередину, а також внутрішньовенно. Інтоксикація різними препаратами опію має спільні ознаки і характеризується станом ейфорії. При прийомі опіатів внутрішньовенно ейфорія має дві фази. Перша фаза виникає безпосередньо після введення препарату і може тривати до декількох хвилин, коли су'єкт відчуває теплу хвилю, що піднімається від живота до голови. В голові відчувається легкий приємний безболісний поштовх або удар. Ця фаза супроводжується приємним свербінням кінчика носа, підборіддя, лоба, пальців рук і ніг. Відзначається

переживання стану радості, блаженства, веселого піднесеного настрою, легкості плину думок.

При інгаляційному, пероральному або внутрішньом'язовому прийомі ця частина сп'яніння зазвичай відсутня. Потім настає друга фаза сп'яніння (на жаргоні наркоманів – «кайф») – стан, який пацієнти описують як «радість, захоплення». Неприємні думки зникають, всі життєві проблеми «перестають існувати». Перебіг думок прискорюється, виникає почуття спокою, розслабленості, швидка зміна приємних уявлень, мрії, які швидко змінюють одна одну. Надалі на 2–3 години настає сон. Для гострої опійної інтоксикації характерні вузькі (майже точкові) зіниці, блідість, сухість шкірних покривів, підвищення, а потім зниження артеріального тиску, пригнічення дихання, придушення кашльового рефлексу, підвищення больового порогу, зниження моторної активності кишечника. При передозуванні препаратів опіатів сон може переходити в кому, смерть настає від паралічу дихального центру і набряку легенів.

Дії, які необхідно виконати під час надання домедичної допомоги постраждалому:

- 1) переконатись у відсутності небезпеки для себе, оточення та постраждалого;
- 2) провести огляд постраждалого, визначити, притомний він чи непритомний;
- 3) викликати бригаду екстреної медичної допомоги;
- 4) за потреби, зафіксувати постраждалого у стабільному положенні;
- 5) якщо постраждалий непритомний, забезпечити прохідність верхніх дихальних шляхів; за наявності блювання судом або порушеного дихання повернути постраждалого на бік та за потреби очистити дихальні шляхи від блювотних мас або сторонніх тіл;
- 6) перевірити наявність дихання за допомогою прийому «чути, бачити, відчувати» (наявність дихання визначати протягом 10 секунд). Якщо виникли

сумніви щодо наявності дихання, вважати, що його немає, та розпочати проведення серцево-легеневої реанімації;

7) установити, чи є постраждалий особою з підвищеним ризиком передозування опіоїдами.

Особами з підвищеним ризиком передозування опіоїдами є:

– особи, які залежні від опіоїдів, зокрема ті, що мають досвід передозування та/або знижену толерантність (після детоксикації, звільнення від ув'язнення, припинення лікування);

– особи, які застосовують опіоїди за призначенням, зокрема застосування у підвищених дозах;

– особи, які застосовують опіоїди в комбінації зі снодійними та седативними речовинами;

– особи, які застосовують опіоїди та мають інші тяжкі захворювання (вірус імунодефіциту людини (ВІЛ), захворювання печінки або легень, депресія);

– особи, які вживають наркотичні засоби шляхом ін'єкцій, особливо при першому їх використанні;

– особи, які спільно проживають з особами, залежними від опіоїдів;

8) за можливості уточнити, що саме та в якій кількості приймав постраждалий;

9) установити, чи є у особи ознаки, які вказують на передозування опіоїдами.

Ознаками, які вказують на передозування опіоїдами, є:

– ускладнене/пригнічене дихання (дихання менш як 10–12 вдихів за хвилину) або зупинка дихання;

– ослаблення або зникнення пульсу;

– зниження рівня або втрата свідомості;

– суттєве звуження очної зіниці (діаметр менш як 2 мм);

– бліді шкірні покриви, ціаноз губ та кінчиків пальців;

10) у разі виявлення зазначених вище ознак у осіб з підвищеним ризиком передозування опіоїдами застосовується антидот «Налоксон».

Особи, які зобов'язані надавати домедичну допомогу відповідно до статті 12 Закону України «Про екстрену медичну допомогу» (рятувальники аварійно-рятувальних служб, працівники державної пожежної охорони, поліцейські, фармацевтичні працівники, провідники пасажирських вагонів, бортпровідники та інші особи, які не мають медичної освіти, але за своїми службовими обов'язками повинні володіти практичними навичками надання домедичної допомоги), можуть застосовувати антидот «Налоксон» за умови, якщо вони пройшли відповідне навчання, а також якщо антидот «Налоксон» входить до складу аптечки.

Особи, які надають постраждалим необхідну допомогу, можуть вводити антидот «Налоксон» у дозуванні від 0,4 мг до 2 мг внутрішньом'язово при використанні ін'єкційної форми або 2 мг в носову порожнину при використанні інтраназальної форми (розпилювання 1 мл антидоту «Налоксону» у дозі 1 мг/мл у кожную ніздрю). Оптимальним методом введення антидоту «Налоксону» особами, які не є медичними працівниками, є інтраназальне введення (в порожнину носа без порушення цілісності шкірних покривів) для розпилення на слизову оболонку. У разі використання розчину для ін'єкцій внутрішньом'язову ін'єкцію слід робити у зовнішню поверхню плеча або стегна;

11) після введення антидоту «Налоксону» продовжувати проводити серцево-легеневу реанімацію до відновлення самостійного дихання або прибуття медичних працівників;

12) якщо дихання та свідомість не відновилися протягом 3–5 хвилин, повторно ввести антидот «Налоксон»;

13) забезпечити постійний нагляд за постраждалим до приїзду бригади екстреної медичної допомоги.

Вживання алкоголю, наркотичних речовин, потрапляння в надзвичайні ситуації тощо викликає різні види розладів психіки та поведінки. При всіх



розладах психіки і поведінки насамперед за можливості слід усунути контакт особи з причиною захворювання – психотравмуючою ситуацією. Афективно-шоківі реакції через короткий час зазвичай або закінчуються, або переходять в інший реактивний стан, перш ніж потерпілий потрапляє до лікаря. При реактивних розладах психотичного рівня – депресіях, параноїдах, галюцинозах, дисоціативно-конверсійних розладах – потерпілим необхідна госпіталізація.