

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 9

Перша медична допомога при травматичних ураженнях

Харків 2023

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. Поняття і класифікація травм опорно – рухового апарату.
2. Клінічні прояви перелому кісток. Класифікація переломів кісток.
3. Клінічна картина вивиху суглобів.
4. Симптоматика розтягування і розриву зв'язок.
5. Алгоритм надання домедичної допомоги при травмах опорно-рухового апарату.
6. Види шин для проведення транспортної іммобілізації. Правила накладання шин.
7. Поняття і класифікація травм голови. Симптоми травм голови.
8. Ранні та пізні ускладнення травм голови. Особливості надання першої допомоги при травмах голови.
9. Алгоритм надання домедичної допомоги при тяжких травмах голови.

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/Dolika_rska%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/Domedychna%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/%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>

[%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%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. Поняття і класифікація травм опорно – рухового апарату

Травмою (пошкодженням) прийнято називати анатомічні та функціональні порушення органів та тканин. До найрозповсюдженіших видів травм опорно-рухового апарату відносять переломи, вивихи, розтягнення зв'язок та забої. Кожна із цих травм має свої особливості, але для усіх них характерні такі симптоми: біль постійний та зростаючий при дотиках до місця травми; припухлість; зміна кольору шкіри. Стереотипною думкою є те, що такі травми характерні для людей небезпечних професій (вантажники, будівельники) чи з певними захопленнями (професійний спорт, танці) тощо. Шанс отримати пошкодження залежить не лише від «професійних» факторів. Важливу роль грають кліматичні умови, рельєф місцевості, генетичні особливості, харчування, дотримання заходів безпеки у певні періоди тощо.

Види травм

Перелом – порушення цілісності кістки. Розрізняють переломи закритого (без пошкодження шкірних покривів) та відкритого типу (наявна відкрита рана з виходом назовні фрагментів зламаних кісток). Відкритий перелом несе більшу небезпеку, оскільки з'являється ризик проникнення інфекції через рану або можливість значних крововтрат при пошкодженні артерій та вен гострими кінцями кісток.

При переломах ключовим моментом в лікуванні є своєчасність надання першої медичної допомоги. Це допоможе попередити розвиток важких ускладнень, а в деяких випадках – врятувати життя. Для діагностики та підтвердження діагнозу лікар здійснює огляд з застосуванням рентгенографії. Саме цей метод є найдоступнішим та дає змогу оцінити складність перелому, визначити розміщення відокремлених часток кістки. У лікуванні переломів в більшості випадків надають перевагу гіпсовим пов'язкам. В деяких ситуаціях може знадобитись хірургічне втручання. Все залежить від місця та складності травми.

Вивих – травматичне пошкодження суглоба, причиною якого є зміщення краю кістки поза межі суглобової сумки. Головною ознакою вивиху є розміщення суглоба в незвичайному положенні, його деформація. Діагностика даних пошкоджень проводиться лікарем-травматологом з використанням рентгенографії.

Для лікування вивихів лікар застосовує певні методики відновлення анатомічно нормального положення кістки в суглобовій сумці та накладає шину. Самостійно вправити кістку не варто й намагатись, адже такі маніпуляції має проводити лише спеціаліст.

Забій – пошкодження м'яких тканин чи органів без порушення цілісності шкіри й слизових. Зазвичай, забої трапляються при падінні на тверду поверхню або від удару предметом по тій чи іншій ділянці тіла. Основними ознаками такої травми є біль, внутрішній крововилив, припухлість та порушення функцій пошкодженого органу. При такому виді травм опорно-рухового апарату рекомендують проводити рентгенографію ушкодженого місця (особливо кінцівок та грудної клітки) для виключення можливих переломів.

Залежно від складності та місця забою визначається спосіб лікування. Зазвичай, для пошкодження кінцівок особливого лікування непотрібно, лише застосування тиснучих пов'язок. При значних травмах органів грудної клітини, черевної порожнини чи тазу може виникнути потреба в госпіталізації та медикаментозному лікуванні.

Розтягнення зв'язок – часткове пошкодження з мікророзривами окремих волокон зв'язкового апарату, з яким досить часто доводиться стикатись в повсякденному житті. Характерними ознаками є довготривалий біль в області суглобу та відсутність зовнішніх проявів.

Для такого роду травм лікар може порекомендувати використання протягом тривалого часу спеціальних бандажів, ортезів для знерухомлення тої чи іншої частини тіла як при вивихах.

2. Клінічні прояви перелому кісток. Класифікація переломів кісток

Основними ознаками перелому є:

сильний біль

набряк

синець

крепітація уламків (хрускіт)

патологічна рухливість

вкорочення сегменту

несправжній суглоб у віддаленому періоді

деформація кістки (кінцівки)

порушення функцій кістки (кінцівки)

Класифікація переломів

1. За сполученням із зовнішнім середовищем: Відкритий перелом – ділянка перелому сполучається з навколишнім середовищем. У таких випадках висока ймовірність мікробного забруднення ділянки перелому і розвитку інфекції. Тяжкий різновид відкритих переломів - вогнепальні, які часто бувають багатоуламковими з дефектом тканин, кровотечею та розвитком інфекційних ускладнень.

Закритий перелом – ділянка перелому не сполучається з навколишнім середовищем. При цьому зміщення уламків може відбуватися під час перекладання потерпілого та його транспортуванні і шкіра може ушкоджуватися із середини. Такі переломи називаються вторинно відкритими.

2. За походженням:

Вроджені – на ґрунті патологічних змін кісток плоду або внутрішньоутробного травмування.

Набуті – травматичні, акушерські (переломи – при проходженні плоду через родові шляхи матері), патологічні (на ґрунті остеомієліту, пухлини, туберкульозу, сифілісу кісток).

3. За ступенем ушкодження:

Повний перелом – порушення цілісності кістки з повним порушенням анатомічного зв'язку між відламками.

Неповний перелом (тріщина) – порушення цілісності кістки з частковим порушенням анатомічного зв'язку між відламками; надлом – підокістний перелом зі збереженням цілісності окістя (перелом у дітей за типом "зеленої гілки").

4. За ушкодженнями внаслідок перелому та стану оточуючих органів і тканин:

Неускладнені.

Ускладнені – відкриті переломи, коли ушкоджена шкіра або слизова оболонка, що сприяє проникненню мікрофлори та розвитку інфекції, переломи, що супроводжуються ушкодженням великих судин, нервових стовбурів, внутрішніх органів (легень, органів тазу, головного та спинного мозку, суглобів).

5. За локалізацією – діафізарні, епіфізарні та метафізарні.

6. За відношенням лінії перелому до поздовжньої осі кістки – поперечні, косі та гвинтоподібні (спіральні).

7. За положенням кісткових уламків по відношенню один до одного – без зміщення та зі зміщенням (по ширині, довжині, осі, периферії) уламків. За кількістю уламків: одинарні, множинні, багатоуламкові.

3. Клінічна картина вивиху суглобів

Вивих — різновид травм, що характеризується як порушення конфігурації суглобових поверхонь.

Вивих — вид травми, за якої суглобовий кінець однієї кістки зміщується за межі суглобової поверхні іншої, котра разом із першою утворює суглобову «пару».

Вивих — травматичне пошкодження суглоба, унаслідок якого поверхні кісток зміщуються та повністю втрачають дотикання, а суглобова сумка

розривається. Якщо суглобові поверхні на певній ділянці дотикаються, то говорять про підвивих.

Також термін «вивих» і «підвивих» застосовують до деяких уражень кришталика ока. Коли відбувається повний розрив зонулярних волокон, а кришталік в результаті цього розміщений за межами зіниці — іде мова про вивих кришталика. Як відбувається частковий розрив зонулярних волокон, а кришталік децентралізований, але частково розміщений у межах зіниці, то тоді це трактують як підвивих кришталика.

Класифікація вивихів

За часом:

свіжі — до 3-х діб після травми;

несвіжі — від 3-х діб до 3-х тижнів;

застарілі — більше 3-х тижнів.

Особливі види вивихів

Звичний вивих — це багаторазові вивихи без надмірних фізичних зусиль.

Невправний вивих — це, як правило, свіжий вивих, який через різні причини не вдається усунути. Причиною може бути інтерпозиція капсули, зв'язок, сухожилків.

Клінічні прояви

Сильний біль у ділянці вивихнутого суглоба, який посилюється при спробі ворухнути, відсутність руху у ньому. При огляді відзначають деформацію у ділянці суглоба, помітну при порівнянні його зі здоровим суглобом. При пальпації виявляють, що голівка суглоба знаходиться не на місці, а зміщена в сторону. Спроби провести пасивні рухи викликають сильний біль. Діагноз ставлять за допомогою рентгенологічного дослідження.

4. Симптоматика розтягування і розриву зв'язок

Розрив і розтягування зв'язок — ушкодження цілісності (частковий надрид або повний розрив) сполучних волокон, що мають функцію з'єднувати кістки з

м'язами й утримувати суглоб на місці. Зв'язки забезпечують рух у заданому напрямку тіла людини. Порушення цілості зв'язок обумовлює значні обмеження у русі людини, неможливість виконувати певні дії (водити автомобіль, швидко ходити та інше), а також больові відчуття. Відновлення цілості зв'язок потребує значного періоду часу (декілька місяців), фіксації ділянки тіла та значних обмежень у побуті.

Симптоми розтягнення зв'язок:

у момент травми з'являється сильний біль в області суглоба. Рухи в суглобі можливі, але різко обмежені із-за посилення болю. При огляді спостерігаються припухлість і згладжування контурів суглоба.

Найчастіше зустрічається розтягнення зв'язок гомілковоступневого суглоба. Розтягнення відбувається головним чином при підкрученні стопи на нерівностях ґрунту або при падінні убік, якщо стопа фіксована і не може обернутися услід за гомілкою.

Розрив зв'язок суглобів виникає в тих же ситуаціях, що і розтягнення, але сила невластивих для суглобів рухів при цьому докладається значно більша. Розрив зв'язок може виникнути також і при дії значно меншої сили спрямованої на раніше розтягнені, але недоліковані зв'язки.

Симптоми розриву зв'язок:

дуже сильний біль, порушення рухів, крововилив у м'які тканини, іноді в порожнину суглоба (гемартроз), набряк та припухлість суглобів.

Перша допомога при розтягненнях та розривах зв'язок:

При незначному розтягненні зв'язок достатнім буде накладення тугої вісімкоподібної або черепащачої пов'язки еластичним бинтом та створення спокою травмованому суглобу.

Розтягнення, що супроводжуються сильним болем, припухлістю суглобу в момент заподіяння травми важко відрізнити від розриву зв'язки. Але ситуацію полегшує те, що перша допомога в обох випадках надається однаково:

Дайте або введіть постраждалому знеболювальне. Постраждалого обов'язково треба показати лікарю, якщо є підозра на розрив зв'язки, при надмірному болю та набряку.

5. Алгоритм надання домедичної допомоги при травмах опорно-рухового апарату

При розтягненні виникає набряк, болючість в області суглоба, можливий крововилив.

Першу допомогу при розтягах потрібно надати якнайшвидше. До ушкодженого місця прикладають міхур з льодом або змочений холодною водою рушник. Місцеве охолодження полегшує біль, попереджає розвиток набряку, зменшує внутрішню кровотечу. При розтягах зв'язок необхідно накласти тугу фіксуючу пов'язку.

При сильнішому впливі на суглоб може статися вивих — суглобова головка виходить із суглобової западини.

Пошкоджений суглоб набрякає, виникає сильний біль. Іноді з'являється крововилив.

Перша допомога: зробити холодний компрес і туго забинтувати місце травми (щоб послабити біль і зменшити рухливість суглоба) і обережно доставити до лікаря. Витягати, смикати або нагрівати пошкоджену кінцівку не можна. Після отримання першої допомоги потерпілому потрібно звернутися до лікаря.

Перелом кістки

При пораненнях, сильних ударах, падіннях кістки можуть ламатися, тобто можуть відбутися переломи кісток. Найчастіше відбуваються переломи кісток кінцівок. Якщо при переломі не ушкоджені шкіра і м'язи, то такий перелом називають закритими. При відкритому переломі, виникають рани, і може відбутися потрапляння хвороботворних мікроорганізмів у організм.

На місце перелому кісток кінцівок накладають шину — рейки, трубки або дощечки з якогось негнучкого матеріалу. Їх туго прибинтовують до ушкодженої кінцівки таким чином, щоб зламані кістки не змістилися (щоб забезпечити нерухомість суглоба вище і нижче перелому). Для того, щоб шина не тиснула на місце перелому, під неї слід підкласти м'яку прокладку. Якщо на місці події неможливо знайти матеріал для шини, рекомендується зламану ногу прибинтувати до здорової ноги, а руку — до тулуба. Після чого потерпілого необхідно швидко доставити до лікаря.

При відкритих переломах спочатку потрібно зупинити кровотечу і обробити рану. Самостійно намагатися повернути зламану кістку в початкове положення не можна, оскільки при цьому гострі кінці у місці перелому можуть пошкодити м'язи і судини. **При переломі ребер** накладення шини є неможливим, а перша допомога спрямована на те, щоб зменшити рух ребер. Для цього потерпілому пропонують зробити глибокий видих і грудну клітку туго перев'язують рушником. Після такої перетяжки дихання має бути спокійним. **При травмах черепа** постраждалого вкладають на спину, голову злегка піднімають, щоб уникнути внутрішньо черепних крововиливів і негайно викликають лікаря. При транспортуванні хворого намагаються забезпечити нерухомість голови. **При пошкодженні хребта** постраждалого вкладають на рівну тверду поверхню (щит) обличчям донизу і викликають швидку допомогу. Перевозять потерпілого виключно у лежачому положенні, оскільки при перевезенні у сидячому положенні хребці можуть зрушитися і пошкодити спинний мозок.

6. Види шин для проведення транспортної іммобілізації. Правила накладання шин

Засоби транспортної іммобілізації Основними засобами транспортної іммобілізації є шини. За принципом дії їх поділяють на фіксуєчі та дистракційні (тобто витягуючі). Розрізняють такі засоби транспортної

(тимчасової) іммобілізації: стандартні, нестандартні та імпровізовані або примітивні (з підручних матеріалів).

Стандартні транспортні шини – це засоби іммобілізації, виготовлені в промислових умовах для забезпечення медичних закладів, бригад швидкої допомоги та медичних пунктів. Найбільш поширені стандартні шини, що використовуються в медичних закладах України, це дротові шини (Крамера), фанерні, distraкційні шини Дітеріхса, шини пластмасові плащоподібні. До сучасних стандартних транспортних шин відносять шини медичні пневматичні, шини пластмасові, носії іммобілізувальні, вакуумні. Нестандартні транспортні шини – це шини та апарати, що застосовуються в окремих медичних закладах, але не виготовляються медичною промисловістю й не входять до набору стандартних шин (наприклад, шина Єланського, Петрухова тощо).

Імпровізовані шини виготовляються на місці події з підручних матеріалів за типом фіксаційних шин.

Види стандартних транспортних шин Драбинчаста шина Крамера – це металева рамка у вигляді прямокутника з дроту 4–5 мм у діаметрі, на яку в поперечному напрямку у вигляді драбини з проміжком 2–3 см натягнутий більш тонкий дріт 2 мм у діаметрі. Довжина шини Крамера варіюється від 120 до 60 см, вона легко моделюється в будь-якому напрямку. В кожному окремому випадку шину моделюють індивідуально залежно від пошкодженого сегмента, виду та величини зміщення.

Шина Дітеріхса використовується для іммобілізації нижньої кінцівки при переломах стегна, пошкодженні кульшового, колінного суглобів та верхньої частини гомілки. Шина складається з двох дерев'яних милиць (бранш), підшви та закрутки з тасьмою. Верхні частини бранш закінчуються упорами для пахвової западини та промежини.

Пневматичні шини – один із найбільш сучасних методів транспортної іммобілізації. Під час надування повітрям шина автоматично ідеально моделюється по травмованій кінцівці, тиск на тканини розподіляється рівномірно, що запобігає розвитку пролежнів. Проте за допомогою

пневматичних шин неможливо провести іммобілізацію плечового та кульшового суглобів. Вакуумні засоби іммобілізації складаються з камери, заповненої синтетичними гранулами, та захисного чохла. Для використання відкачують повітря з шини, внаслідок чого вона набуває анатомічної форми пошкодженої частини тіла та забезпечує необхідну фіксаційну пружність. За допомогою вакуумних шин можна ефективно іммобілізувати шийний відділ хребта, верхні та нижні кінцівки. Для іммобілізації грудного та поперекового відділів хребта, при переломах кісток таза та стегна на сучасному етапі надання невідкладної медичної допомоги рекомендовано використовувати вакуумний іммобілізувальний матрац типу "Кокон", дошки типу "Spineboard" або носилки ковшові рознімні. Для досягнення повної іммобілізації у ділянках голова– шия– тулуб застосовують спеціальні корсети. Вони дозволяють іммобілізувати та переносити постраждалого в потрібному положенні та забезпечують надійну фіксацію при поєднаних і множинних травмах.

Правила накладання шин:

- шину не можна накладати на голе тіло;
- шина повинна бути достатньо міцною, щоб не зламатися;
- шина повинна бути надійно закріплена на кінцівці, щоб якісно зафіксувати місце перелому;
- довжина транспортної шини повинна відповідати довжині травмованої кінцівки;
- шина накладається без зміни положення ушкодженої ділянки тіла у фізичному положенні;
- шина повинна захоплювати як ділянку ушкодження так і суглоби, які розташовані вище і нижче місця пошкодженої ділянки;
- до і після накладання шини необхідно перевіряти кровообіг у пошкодженій частині тіла (слідкувати за кольором нігтів та температурою кінцівки при необхідності корегувати силу закріплення шини).

7. Поняття і класифікація травм голови. Симптоми травм голови

Черепно-мозкова травма — стан, що виникає внаслідок травматичного ушкодження головного мозку, його оболонок, судин, кісток черепа і зовнішніх покривів голови. До тяжкої черепно-мозкової травми відносять забиття та стиснення головного мозку, внутрішньочерепні крововиливи.

Види черепно-мозкових травм

ЧМТ поділяють на первинні (внаслідок травми) та вторинні (внаслідок внутрішніх ускладнень); за локалізацією — вогнищеві та дифузні; за характером пошкодження та глибиною — закриті, відкриті та проникаючі, непроникаючі; за ступенем важкості.

Струс мозку

Найпоширеніший (до 75 % у структурі всіх ЧМТ) вид травматичного ушкодження головного мозку. Характеризується короточасною втратою свідомості, головним болем, нудотою, блювотою, запамороченням. Виявляються нестійкі вогнищеві симптоми (ністагм), коливання АТ.

Забиття мозку

Більш тяжкий ступінь ушкодження, ніж струс. Загальномозкові симптоми поєднуються із вираженими вогнищевими порушеннями (парези, афазія) внаслідок розм'якшення мозкової речовини.

Стискання мозку

Виникає при кровотечі з внутрішньочерепних судин. Можливе субарахноїдальний крововилив, епі- та субдуральний. Субарахноїдальний крововилив характеризується розвитком відразу ж після травми менінгеального синдрому та наявності крові у спинномозковій рідині. Для епідуральної гематоми характерний «світлий» проміжок, тобто погіршення стану визначається через декілька годин після травми. Важливим діагностичним симптомом є розширення зіниці з боку гематоми, поява локальних судом або парезу у протилежних кінцівках. При субдуральній гематомі загальномозкові та

вогнищеві симптоми виникають через декілька днів. Лікування гематом оперативне. Нерівне розширення зіниць є ознакою тяжкої черепно-мозкової травми.

Ознаки черепно-мозкової травми:

- рани,
- синці в області голови та обличчя;
- сонливість;
- сплутаність або втрата свідомості;
- сильний біль або відчуття тиску в голові, шиї;
- поколювання або втрата чутливості в пальцях рук та ніг;
- втрата рухових функцій кінцівок;
- деформація в області голови;
- судоми;
- утруднене дихання;
- порушення зору;
- нудота;
- блювота;
- стійкий головний біль;
- втрата рівноваги;
- виділення крові та/або ліквору (прозора рідина) з ротової та/або

носової порожнини та вуха.

8. Ранні та пізні ускладнення травм голови. Особливості надання першої допомоги при травмах голови

Черепно-мозкова травма виникає внаслідок удару по голові (предметом або забій через падіння). ЧМТ зачіпає м'які тканини голови, кістки черепа, речовину головного мозку, нерви і судини. Залежно від виду пошкодження виділяють травми:

1. Закриті: без пошкодження цілісності черепної коробки.

2. Відкриті: з переломами черепа і проникненням осколків кістки в речовину мозку, або без проникнення, але так, що стає видно головний мозок (такі травми часто супроводжуються зараженням і абсцесом або менінгітом).

3. Вогнищеві: найпоширеніший вид ЧМТ, проявляється в ударах і струсах мозку, здавленні (в тому числі і гематомою).

4. Дифузні (дифузне аксональне пошкодження мозку): найтяжчий варіант, нерідко супроводжується комою і має негативний прогноз (хворий може назавжди залишитися у вегетативному стані).

Черепно-мозкові травми можуть бути легкого, середнього і тяжкого ступеня. Залежно від складності варіюють симптоми, прогноз, тривалість лікування і реабілітації постраждалого.

Симптоми черепно-мозкової травми

При травмах голови можуть реєструватися такі симптоми:

- головний біль,
- запаморочення,
- нудота і блювання,
- втрата свідомості,
- помутніння свідомості,
- дзвін у вухах,
- галюцинації, марення,
- амнезія (часткова або повна),
- кровотечі з носа або вух,
- садна, забої голови, набряки і гематоми, відкриті переломи,
- напруженість шийних м'язів,
- при переломах шиї і основи черепа через вуха може витікати ліквор.

Наслідки чмт

Велика частина травм голови легкого ступеня залишаються недіагностованими, адже люди зазвичай вважають, що легкий удар головою не має ніяких наслідків. Проте серед наслідків ЧМТ часто зустрічаються:

- порушення координації рухів, ходи, дисфункція верхніх кінцівок,
- порушення сну, стомлюваність,
- безпричинне занепокоєння, апатія, дратівливість,
- порушення уваги і пам'яті, зниження розумових здібностей,
- порушення роботи органів чуття (зору, слуху, тактильної чутливості),
- медичні ускладнення: набута епілепсія, набряк або водянка головного мозку тощо.

Лікування ЧМТ ділиться на два етапи: гострий (зняття симптомів, які супроводжують безпосередньо травму, може знадобитися хірургічне втручання) та реабілітаційний (включає в себе медикаментозне відновлення після травми і реабілітацію втрачених функцій через сильне пошкодження мозку). В ефективності реабілітації велику роль відіграє час: реабілітаційні заходи треба починати не пізніше 1 місяця після травми (залежно від ступеня ураження). Наступні 1,5–2 роки також дають хороші результати, а далі ефективність відновлювальних заходів істотно знижується.

9. Алгоритм надання домедичної допомоги при тяжких травмах голови

Ознаки черепно-мозкової травми: рани, синці в області голови та обличчя; сонливість; сплутаність або втрата свідомості; сильний біль або відчуття тиску в голові, шийі; поколювання або втрата чутливості в пальцях рук та ніг; втрата рухових функцій кінцівок; деформація в області голови; судоми; утруднене дихання; порушення зору; нудота; блювота; стійкий головний біль; втрата рівноваги; виділення крові та/або ліквору (прозора рідина) з ротової та/або носової порожнини та вуха.

Травму голови слід підозрювати за таких обставин: падіння з висоти; стрибки у воду; сильний удар по голові або тулубу; дорожньо-транспортні пригоди; ураження блискавкою; ураження електричним струмом; вибух.

Послідовність дій при наданні домедичної допомоги постраждалим при підозрі на травму голови (черепно-мозкова травма) не медичними працівниками:

- 1) переконатися у відсутності небезпеки;
- 2) зафіксувати шийний відділ хребта (шийний комірець, м'яка шина, фіксація руками);
- 3) провести огляд постраждалого, визначити наявність свідомості, дихання;
- 4) викликати бригаду екстреної (швидкої) медичної допомоги;
- 5) якщо у постраждалого відсутнє дихання, розпочати проведення серцево-легеневої реанімації;
- 6) якщо у постраждалого відсутні рани в області голови та інші пошкодження:
 - а) вкрити постраждалого термопокривалом/ковдрою;
 - б) підтримати постраждалого психологічно;
 - в) забезпечити постійний нагляд за постраждалим до прибуття бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги;
 - г) при погіршенні стану постраждалого зателефонувати до диспетчера екстреної медичної допомоги, дотримуватись його рекомендацій;
- г) за наявності небезпеки евакуювати постраждалого на довгій транспортувальній дошці;
- 7) якщо у постраждалого наявні рани в області голови та інші пошкодження:
 - а) накласти пов'язки на рани;
 - б) вкрити постраждалого термопокривалом/ковдрою;
 - в) підтримати постраждалого психологічно;
 - г) забезпечити постійний нагляд за постраждалим до прибуття бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги;
 - г) при погіршенні стану постраждалого зателефонувати до диспетчера екстреної медичної допомоги, дотримуватись його рекомендацій;

д) за наявності небезпеки евакуювати постраждалого на довгій транспортувальній дошці.