**ТЕМА 7. Розбір типових ситуацій**

***Мета вивчення теми:*** усвідомити сутність понятть «» та «», засвоїти інформацію про зміст цих понять та їх різницю, розглянути основи, закономірності виникнення та їх розвитку, проаналізувати, ознайомитися з основними алгоритмами дій при наданні медичної допомоги працівниками правоохоронних органів.

**ПЛАН**

* Епілептичний напад
* Гостре порушення мозкового кровообігу (інсульт)
* Погіршення стану, спричинене болем у серці (стенокардія, інфаркт)
* Травми при дорожньо-транспортних пригодах (ДТП)
* Ураження електричним струмом
* Гіпотермія та опіки. Перегрівання. Переохолодження/відмороження
* Шокові стани
* Підозрі на гостре отруєння невідомою речовиною
* Утоплення
* Укуси тварин та комах
* Надання психологічної підтримки постраждалим при надзвичайній ситуації

***Терміни та поняття:*** епілепсія, інсульт, стенокардія, інфаркт, ураження електричним струмом, гіпотермія, опіки, отруєння, утоплення, реанімаційні заходи, транспортний засіб, чотири ступені відмороження, термопокривало, рятувальний засіб.

**1. Епілептичний напад.** *Епілепсія* – це розлад мозкової діяльності, що характеризується стійкою схильністю до виникнення епілептичних нападів, а також нейробіологічними, когнітивними, психологічними і соціальними наслідками цього стану.

Визначення (діагноз) епілепсії потребує появи щонайменше одного епілептичного нападу. Епілепсія проявляється у вигляді судомних нападів, нападів, пов'язаних з порушенням сприйняття зовнішнього світу (зору, запаху, слуху), реактивних (мова) і рухових (неконтрольовані, непослідовні жести, оніміння кінцівок або тіла) можливостей. Також можлива втрата свідомості (як раптовий напад або наслідок кількох нападів у короткий проміжок часу). Епілепсія не завжди починається відразу з тоніко-клонічних нападів (крики, судомні здригання, відкидання голови, незрозумілі звуки) .

Напад судом відбувається у два етапи:

1. Під час *першого етапу* присутня м’язова діяльність; відбувається втрата свідомості, виникають судоми всіх м'язів тіла. Під час цієї фази є ризик травмування голови та кінцівок. Загрози для дихальних шляхів немає або вона мінімальна.

2. *Другий етап*: після судом пацієнт засинає – так званий постепілептичний сон, після чого хворий може не пам’ятати обставини нападу і факт самого нападу. Можливе мимовільне виділення сечі і калу. Великий ризик для перекриття прохідності верхніх дихальних шляхів через ймовірне западання кореня язика, потрапляння слини, чужорідних тіл, блювотних мас у дихальні шляхи.

Якщо є підозра на початок нападу, необхідно зробити таке:

- приберіть навколо всі предмети, які можуть бути небезпечними в разі складного нападу (гострі предмети, електричні прилади);

- постарайтеся забезпечити хворому фізичний і психологічний комфорт;

- задайте прості питання для перевірки реактивної можливості;

- звільніть шию від стягуючого одягу (краватка, сорочка);

- підкладіть під голову щось м'яке;

- забезпечте приміщення достатньою кількістю повітря .

При перших симптомах епілепсії дуже важливо дотримуватися певних правил:

1. Зніміть або послабте тісний одяг (краватка, кофта або штани, тугий ремінь).

2. Спробуйте повернути голову людини набік (без докладання значних фізичних зусиль!). Притримуйте голову, по можливості (щоб слина і язик не заважали диханню).

3. Не намагайтеся силою утримувати епілептика в певному положенні, ви зможете завдати йому шкоди.

4. Якщо у епілептика зімкнуті щелепи, не розмикайте їх. Від даної дії немає сенсу, та й навряд чи у вас це вийде зробити.

5. Не давайте йому пити.

6. Підкладіть що-небудь м'яке під голову.

7. Якщо рот відкритий, вставте в нього будь-який не дуже твердий предмет, наприклад згорнуту хустку.

8. Якщо дихання зупинилося – це тимчасове явище, однак перевірте пульс.

9. У разі мимовільного сечовипускання прикрийте пацієнта нижче пояса якимсь одягом або поліетиленом (щоб запах не став додатковим подразником).

10. Якщо місце нападу є безпечним для життя епілептика, не переміщайте його. Однак за потреби обов'язково перенесіть хворого, взявши його під пахви і схопивши його за верхню частину торса.

11. Не намагайтеся дати ліки, все одно вони подіють мінімум через півгодини.

Що робити *після епілептичного нападу*:

Постарайтеся покласти розслаблене тіло хворого набік (щоб корінь язика не запав). Ввічливо попросіть розійтися присутніх людей (для психологічного комфорту). Із хворим залишаються ті, хто може допомогти в разі повторного нападу або до приїзду лікаря. Іноді, коли ще спостерігається дрібне тремтіння тіла або кінцівок, людина намагається встати: постарайтеся підтримувати його при ходьбі. Якщо ви перебуваєте в місцевості підвищеного ризику, спробуйте зберегти лежаче положення епілептика до повного припинення судом і повернення свідомості. Зазвичай для абсолютної нормалізації стану треба 10–15 хвилин.

Після повернення свідомості людина сама може вирішити, чи потрібна їй медична допомога. Деякі люди досконально знають особливості свого захворювання і в курсі, що їм робити. Не намагайтеся дати потерпілому медикаменти. Після нападу бажано уникати прийому кофеїновмісних напоїв, гострих приправ, маринадів, солоних страв – дані продукти провокують збудливість нервової системи. Дуже часто після перенесення нападу епілептика хилить у сон. Забезпечте всі необхідні умови.

Послідовність дій при наданні домедичної допомоги постраждалим при судомах (епілепсії) не медичними працівниками:

1) переконатися у відсутності небезпеки;

2) викликати бригаду екстреної (швидкої) медичної допомоги;

3) надавати домедичну допомогу на місці випадку, крім ситуацій, коли місце є небезпечним;

4) не намагатись насильно стримувати судомні рухи постраждалого;

5) вкласти постраждалого на рівну поверхню, підкласти під його голову м’які речі з метою попередження травм голови;

6) розстебнути одяг постраждалого;

7) повернути постраждалого на бік для попередження потрапляння до верхніх дихальних шляхів слини, крові тощо;

8) не слід розкривати рот у постраждалого за допомогою підручних засобів;

9) не потрібно силоміць вливати рідину та будь-які ліки до рота постраждалого під час судом;

10) після припинення судом оглянути постраждалого, визначити наявність свідомості та дихання. За відсутності дихання розпочати серцево-легеневу реанімацію;

11) забезпечити постійний нагляд за постраждалим до приїзду бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги;

12) при погіршенні стану постраждалого до приїзду бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги повторно зателефонувати диспетчеру екстреної медичної допомоги.

**2. Гостре порушення мозкового кровообігу (інсульт)**

Таке медичне поняття, як *інсульт* – це порушення функцій головного мозку, що має швидкоплинний характер. Причиною цього є порушення кровопостачання внаслідок ішемії, закупорки судин, наявності тромбів або атеросклеротичних бляшок. А результатом інсульту стає відмирання клітин. Уражена ділянка не може нормально функціонувати, тому одна із сторін тіла людини може виявитися паралізованою. Перед наданням першої допомоги при інсульті потрібно за характерними ознаками визначити вид цього стану. Небезпечним є не тільки інсульт, але й стан, який йому передує. Відсутність першої допомоги навіть у такому випадку часто тягне за собою наслідки, які призводять до таких самих проблем зі здоров’ям.

Перша медична допомога при інсульті залежить від його виду. Це захворювання може бути:

1. *Ішемічним*. Виникає у 75 % випадків і називається ще інфарктом мозку. Причиною є порушення проходження крові по артеріях через звуження стінок або їх закупорку. Після цього інсульту спостерігаються паралічі, що важко піддаються лікуванню.

2. *Геморагічним*. Являє собою крововилив у мозок. Спостерігається при розриві кровоносної судини. Причиною часто стає фізична або емоційна перевтома. Ознаки ішемічного інсульту наростають поступово і навіть можуть з’явитися за кілька днів.

Людина при цьому послідовно починає відчувати:

* запаморочення;
* слабкість і нездужання в одній стороні тіла;
* напади головного болю;
* помутніння в очах;
* порушення мови;
* судоми;
* поступове оніміння кінцівок;
* помутніння розуму;
* нудоту і блювоту.

Інакше проявляє себе геморагічний інсульт. Він проявляється раптово внаслідок розриву стінок судин при високому тиску на них. Часто хворий починає відчувати головний біль, який супроводжується нудотою, сприйманням навколишніх предметів у червонуватому світлі.

Крім цих самих перших симптомів інсульту, у людини можуть спостерігатися:

* втрата орієнтації;
* спотворення мови;
* рідкісний і напружений пульс;
* посилене слиновиділення;
* різке підвищення температури і тиску;
* поява поту на лобі;
* стан легкого оглушення;
* різка втрата свідомості;
* гучне дихання з хрипами;
* блювання;
* параліч з однієї сторони тіла;
* мимовільний рух здорових кінцівок;
* сильний пульс на шиї;
* відхилення очей у бік ураження .

Оцінка інсульту за алгоритмом FAST (Face, Arms, Speech, Time):

• Посміхнись – асиметрія міміки (м’язів обличчя) (Face). Попросіть людину посміхнутися – при інсульті постраждалий не зможе цього зробити. Кут губ опущений, обличчя перекошене. «Посмішка» асиметрична.

• Підніми руки (Arms) – попросіть хворого підняти обидві руки: асиметрія рухів кінцівок.

• Поговори зі мною (Speech) – ставте питання, на які потрібна зв’язна відповідь: яка його адреса, що трапилося. "П'яне мовлення": нерозбірливе, уповільнене.

• Подзвонити у швидку (Time) – швидкість надання медичної допомоги. Окремим і ефективним методом першої допомоги в разі інсульту є кровопускання: проколи на пальцях або якщо є скривлення рота, то на мочках вух, попередньо помасажувавши їх до почервоніння. Робити це можна після основних заходів першої допомоги, якщо потерпілий непритомний.

Послідовність дій кровопускання:

а) продезінфікуйте голку, потримавши її над полум’ям;

б) зробіть 10 проколів на кінчиках пальців навколо нігтів на руках;

в) стисніть палець, якщо кров не потекла;

г) дочекайтеся, поки кров піде з усіх пальців.

Послідовність дій при наданні домедичної допомоги постраждалим при підозрі на інсульт *не медичними працівниками*:

1) викликати бригаду екстреної (швидкої) медичної допомоги, пояснити диспетчеру причину виклику;

2) надати постраждалому горизонтального положення, підвести голову та плечі;

3) якщо постраждалий перебуває без свідомості, але дихає нормально, перевести постраждалого в безпечне положення;

4) не давати постраждалому їсти та пити;

5) забезпечити постійний нагляд за постраждалим до приїзду бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги;

6) при відсутності у постраждалого дихання розпочати серцево-легеневу реанімацію;

7) при погіршенні стану постраждалого до приїзду бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги повторно зателефонувати диспетчеру екстреної медичної допомоги.

**3. Погіршення стану, спричинене болем у серці (стенокардія, інфаркт)**

Біль у грудній клітці свідчить про підозру на інфаркт:

• раптовий сильний біль у грудній клітці: пекучий, тиснучий, іррадіює в ліве плече, щелепу, спину;

• відчуття страху, паніки;

• відчуття нестачі повітря, задухи;

• інколи хворий відчуває порушення серцевого ритму.

Алгоритм домедичної допомоги при підозрі на інфаркт.

1. Забезпечити постраждалому абсолютний фізичний спокій, не дозволяти рухатися.

2. Надати напівсидяче положення.

3. Звільнити грудну клітку від тісної одежі.

4. Забезпечити доступ до свіжого повітря.

5. Дати лише ті ліки, які раніше постраждалий приймав (нітрогліцерин, аспірин). Самостійно жодних пігулок постраждалому не давати.

6. Обов’язково викликати 103 з причиною «біль у грудній клітці».

7. Не залишати постраждалого на самоті та бути готовим до можливих ускладнень: втрати свідомості, блювання, зупинки серця.

8. Реанімаційні заходи за потреби .

Послідовність дій при наданні домедичної допомоги постраждалим при серцевому нападі не медичними працівниками:

1) викликати бригаду екстреної (швидкої) медичної допомоги, пояснити диспетчеру причину виклику;

2) перемістити постраждалого на спину чи надати зручне для нього положення;

3) розстібнути одяг у постраждалого;

4) забезпечити надходження свіжого повітря в приміщення;

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

6) при можливості дати постраждалому розжувати таблетку аспірину (незалежно від прийому інших препаратів) за умови відсутності у нього алергічної реакції;

7) забезпечити постійний нагляд за постраждалим;

8) при втраті свідомості здійснювати послідовність дій, передбачених Порядком надання домедичної допомоги постраждалим при раптовій зупинці серця.

**4. Травми при дорожньо-транспортних пригодах (ДТП)**

Головним правилом надання невідкладної допомоги постраждалим від ДТП є залишення їх у транспортному засобі, якщо є така можливість. Необхідність витягати постраждалих із транспортного засобу виникає лише у разі прямої загрози життю.

Наприклад, транспортний засіб горить, хитається над прірвою, застряг серед переїзду, потерпілий непритомний і не дихає.

*Алгоритм надання домедичної допомоги при ДТП*:

1) робимо зону умовно безпечною;

2) одягаємо рукавички;

3) готуємо аптечку;

4) встановлюємо голосовий контакт, просимо не рухати головою, зберігати нерухомість та спокій;

5) питаємо скільки було людей у транспортному засобі;

6) вимикаємо запалення, ставимо авто на ручне гальмо;

7) викликаємо 103 та рятівників МНС, вказуючи характер травм;

8) фіксуємо шиї постраждалих за допомогою шийних комірів або рук;

9) постійно тримаємо голосовий контакт і підтримуємо постраждалих;

10) дізнаємося про їх пошкодження візуально та з їх відповідей, опитуємо свідків події: заповнюємо карти постраждалих.

Основною вимогою до транспортування потерпілого до лікувальної установи є забезпечення спокою. При транспортуванні необхідно враховувати стан здоров’я постраждалого. Якщо він задовільний – можна перевозити на попутному транспорті (за виключенням вантажного, адже поштовхи можуть заподіяти додаткову травму).

При черепномозковій травмі постраждалого можна транспортувати тільки автомобілем «швидкої медичної допомоги» і в лежачому положенні. Бажано навколо голови розмістити валик з рушника, згорнутого колом. Потерпілому забороняється самостійно пересуватися.

При травмі грудної клітини потерпілого слід транспортувати в напівсидячому положенні; при переломі ключиці – в сидячому положенні; при закритій травмі живота – в положенні лежачи на спині з холодом на животі; при травмі щелеп – у положенні лежачи з поверненою на бік головою; при травмі поперекового відділу хребта – в положенні лежачи на животі на твердій основі; при закритій черепно-мозковій травмі – в положенні лежачи на спині з поверненою на бік головою; при травмі таза потерпілого слід транспортувати в положенні «жаби». Якщо потерпілий у стані шоку чи непритомності, його транспортують лежачи в положенні «складаного ножа» : ноги підняті, але не більше ніж на 15-20˚.

Послідовність дій при наданні домедичної допомоги постраждалим при дорожньо-транспортних пригодах не медичними працівниками:

1) переконатися у відсутності небезпеки;

2) викликати бригаду екстреної (швидкої) медичної допомоги;

3) при можливості заблокувати проїзд дорогою за допомогою свого автомобіля або попереджувальних знаків, наприклад, аварійного трикутника (позаду автомобіля на відстані 50 метрів);

4) якщо автомобіль стоїть під ухилом, заблокувати колеса (каміння, дошки), щоб попередити його рух;

5) якщо двигун продовжує працювати, вимкнути його;

6) залучити оточуючих до надання домедичної допомоги;

7) вважати, що у всіх постраждалих внаслідок дорожньо-транспортних пригод є травма шийного відділу хребта;

8) забезпечити нерухомість голови, шиї та хребта постраждалого за допомогою шийного комірця або руками;

9) вияснити у свідків чи постраждалих (якщо це можливо) причини та деталі аварії;

10) надати домедичну допомогу постраждалому відповідно до наявних пошкоджень;

11) забезпечити постійний нагляд за постраждалим до приїзду бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги;

2) при погіршенні стану постраждалого до приїзду бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги повторно зателефонувати диспетчеру екстреної медичної допомоги.

**5. Ураження електричним струмом**

Основні причини смерті при ударі струмом – це зупинка дихання і зупинка серця. Після сильного удару струмом, якщо людина виживе, можливий розвиток ускладнень з боку серцево-судинної, центральної нервової систем, порушення зору, слуху тощо.

Найчастіше причинами є недотримання правил техніки безпеки при користуванні електроприладами або обірвані дроти високовольтних ліній, ураження блискавкою. Ступінь ураження організму людини залежить від способу проходження струму по тілу, від сили і напруги струму, часу впливу, стану здоров’я, віку, а також своєчасності надання потерпілому першої допомоги.

*Види поразки електрикою*:

електричний удар (шок) – вплив на весь організм, він не викликає опіків, а призводить до паралічу дихання і / або серця;

електрична травма – поразка зовнішніх частин тіла: електричні знаки, опіки, металізація шкіри.

Симптоми ураження електричним струмом:

1. Несподіване падіння людини на вулиці або неприродне відкидання від джерела струму невидимою силою.

2. Втрата свідомості, судоми, запаморочення і головний біль.

3. Виражені скорочення м’язів мимовільного характеру.

4. Втрата пам’яті, порушення мови та зору, порушення орієнтації в просторі, зміна шкірної чутливості, реакції зіниці на світло.

5. Фібриляція шлуночків і зупинка дихання – нерівний пульс і нерівне дихання.

6. Опіки на тілі з різко окресленими межами, порушення терморегуляції.

7. Мерехтіння в очах, порушення зору. Струм високої напруги призводить до глибоких порушень діяльності ЦНС, гальмування центру дихання і регуляції серцевої діяльності.

*Алгоритм надання першої допомоги при ураженні електрострумом*.

1. Викликати швидку медичну допомогу (103) або доставити людину до медичного закладу. Смерть від ураження струмом може наступити і через кілька годин. Зовнішня картина не відображає внутрішніх ушкоджень після поразки електричним струмом.

2. Якнайшвидше припинити контакт потерпілого з провідником струму. Наближатися до потерпілого можна в гумовому взутті або по сухих дошках, одягнувши на руки гумові рукавички. Вимкнути струм, відтягнути потерпілого від джерела струму за допомогою предметів, що не проводять струм, і не торкаючись тіла: дерев’яними палицями, дерев’яним стільцем, мотузкою, волоком на відстань не менше 10 м.

3. Оцінити стан дихальної, серцево-судинної систем і свідомості. Первинна реанімація постраждалого (при відсутності пульсу та дихання).

Тривалість реанімаційних заходів – до приїзду швидкої або до появи ознак життя (порожевіння шкіри, поява пульсу та дихання). Постраждалого в такому випадку повертають на бік і чекають швидку допомогу. Максимальна тривалість – 30 хвилин, подальші дії недоцільні, за винятком тих пацієнтів, які перебувають в умовах холодних температур.

Первинна обробка опіків полягає в накладенні сухої марлевої пов’язки. При збереженні свідомості до приїзду швидкої допомоги людині можна дати знеболююче і заспокійливі медикаменти. Транспортування потерпілого в лікарню здійснюється в лежачому положенні і укритою теплою ковдрою.

Послідовність дій при наданні домедичної допомоги постраждалим при ураженні електричним струмом та блискавкою не медичними працівниками:

1) переконатися у відсутності небезпеки;

2) якщо постраждалий перебуває під дією електричного струму, при можливості припинити його дію: вимкнути джерело струму, відкинути електричний провід за допомогою сухої дерев’яної палиці чи іншого електронепровідного засобу;

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 постраждалий без свідомості, але дихання збережене, надати постраждалому стабільного положення;

7) накласти на місця опіку чисті, стерильні пов’язки;

8) забезпечити постійний нагляд за постраждалим до приїзду бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги;

9) при погіршенні стану постраждалого до приїзду бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги повторно зателефонувати диспетчеру екстреної медичної допомоги.

**6. Гіпотермія та опіки. Перегрівання. Переохолодження/відмороження**

Опіками називають ушкодження тканин, що виникають внаслідок дії термічних, фізичних і хімічних агентів.

При наданні домедичної допомоги розрізняють опіки чотирьох ступенів:

1) I ступінь (еритема) — почервоніння шкіри, набряклість і біль;

2) II ступінь (утворення пухирів) — сильний біль із інтенсивним почервонінням, відшаруванням епідермісу з утворенням міхурів, наповнених прозорою або каламутною рідиною;

3) III ступінь: некроз всієї товщі шкіри з утворенням щільного струпу, під яким перебувають ушкоджені тканини;

4) IV ступінь (обвуглення): виникає при впливі на тканини дуже високих температур (полум’я, розплавлений метал тощо); частіше при пожежах та аваріях на автотранспорті (ДТП), в літаках, нещасні випадки на шахтах; результат таких опіків — ушкодження м’язів, сухожиль, кісток.

За етіологічним фактором опіки поділяються на *термічні, електротермічні, хімічні, радіаційні, комбіновані ураження та опіки займистими сумішами*.

Внаслідок дії термічних факторів, виділяють опіки полум’ям, парою, гарячою рідиною, розпеченим металом, від світлового випромінювання.

Причинами електротермічних опіків є спалах електричної дуги – контактні електричні опіки; хімічних опіків – кислоти, луги; радіаційних опіків – радіаційне випромінювання; опіків займистими сумішами, займисті рідини комбінованих уражень – термомеханічні, радіаційнотермічні, радіаційно-термомеханічні фактори.

Хімічні опіки спричиняють агресивні речовини, що здатні протягом невеликого проміжку часу викликати змертвіння тканин. Такими властивостями володіють міцні неорганічні кислоти, луги, солі важких металів. Дуже важливим є ретельний огляд опікової рани.

Симптоми, що застосовуються для визначення глибини ураження, доцільно розділити на три групи:

* зовнішні ознаки змертвіння тканин;
* ознаки порушення кровообігу;
* рівень больової та температурної чутливості.

Домедична допомога при опіках складається з виконання таких основних заходів:

1) гасіння палаючого одягу і займистої суміші, що потрапила на відкриті ділянки тіла, з метою припинення дії високої температури на потерпілого, підручними матеріалами, щільно вкриваючи палаючу ділянку тіла;

2) накладення асептичних пов’язок на обпечену поверхню тіла, не знімаючи залишків одягу, що прилипли;

3) введення знеболюючих засобів, іммобілізація кінцівок при глибоких опіках, прийом усередину антибактеріального засобу з аптечки, зігрівання потерпілого.

Послідовність дій при наданні домедичної допомоги постраждалим з опіками не медичними працівниками:

1) переконатися у відсутності небезпеки;

2) провести огляд постраждалого, визначити наявність свідомості, дихання;

3) викликати бригаду екстреної (швидкої) медичної допомоги;

4) якщо у постраждалого відсутнє дихання, розпочати проведення серцево-легеневої реанімації;

5) якщо у постраждалого опіки першого і/або другого ступеня:

а) охолодити місце опіку прохолодною водою;

б) після охолодження накрити пошкоджену ділянку чистою вологою серветкою;

в) не слід спеціально проколювати пухирі; якщо пухирі розірвались, накласти чисту, стерильну пов’язку;

6) якщо у постраждалого опіки третього і/або четвертого ступеня:

а) накрити місце опіку чистою, стерильною серветкою;

б) за наявності ознак шоку надати постраждалому протишокове положення;

7) не використовувати при опіках мазі, гелі та інші засоби до прибуття бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги;

8) при опіках, викликаних хімічними речовинами, місце враження постійно промивати чистою водою кімнатної температури до прибуття бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги;

9) забезпечити постійний нагляд за постраждалим до приїзду бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги;

10) при погіршенні стану постраждалого до приїзду бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги повторно зателефонувати диспетчеру екстреної медичної допомоги.

Функціональні та морфологічні зміни у тканинах організму внаслідок дії низьких температур отримали назву *обмороження* (місцево) або замерзання (на весь організм).

При наданні домедичної допомоги розрізняють чотири ступені відмороження:

1) I ступінь — шкіра постраждалого блідого кольору, незначно набрякла, чутливість знижена або повністю відсутня;

2) II ступінь — у ділянці відмороження утворюються пухирі, наповнені прозорою або білою рідиною; характерні підвищення температури тіла, охолодження;

3) III ступінь — омертвіння шкіри: з’являються пухирі, наповнені рідиною темно-червоного або темно-бурого кольору; навколо омертвілої ділянки розвивається запальний вал (демаркаційна лінія); характерний розвиток інтоксикації — охолодження, потовиділення, значне погіршення самопочуття, апатія;

4) IV ступінь — поява пухирів, наповнених чорною рідиною. У постраждалого присутні ознаки шоку.

Виникненню обморожень сприяють: вітер, вологе та тісне взуття, вологий одяг, вимушене нерухоме положення тіла, поранення та крововтрата, втома та недоїдання, раніше перенесені обмороження. У розвитку обморожень розрізняють три періоди: прихований (дореактивний); період тканинної гіпоксії; реактивний (після зігрівання тканин).

У дореактивний період ушкоджені ділянки тіла (вушні раковини, кінчик носа, пальці рук, ніг) набувають білого кольору, холодні на дотик, больове та тактильне відчуття різко знижене або відсутнє. Ознакою початку реактивного періоду, поряд з підвищенням температури тканин, є поява та наростання набряку на ділянках обмороження. Місцеві ознаки, за якими можна говорити про відмирання тканин, з’являються лише через 3–5–10 днів.

За глибиною ураження тканин розрізняють чотири ступеня обмороження.

*Замерзання* – це загальне патологічне переохолодження організму, зумовлене прогресуючим падінням температури тіла під впливом охолоджуючої дії зовнішнього середовища, коли захисні терморегулюючі властивості організму виявляються недостатніми.

В основі замерзання лежить порушення терморегуляції організму. Загальна гіпотермія викликає зниження усіх видів обміну, в результаті чого створюються умови, за яких тепловіддача значно перевищує теплоутворення.

Єдиною раціональною домедичною допомогою є найшвидша нормалізація температури в осіб з переохолодженням, відновлення у них кровообігу. Для цього перш за все необхідно: закутати потерпілого, дати йому гарячі напої, змінити вологий одяг та взуття, перенести потерпілого в тепле приміщення.

При обмороженні вушних раковин, кінчика носа та щік необхідно обробити їх спиртом та змастити стерильним вазеліновим маслом або будь-якою антисептичною маззю на жировій основі. Зігрівання кінцівки у приміщенні можна досягти занурюванням її в теплу воду (37–38° С). Категорично забороняється обморожені ділянки розтирати снігом, зігрівати біля пічки та вогнища.

Послідовність дій при наданні домедичної допомоги постраждалим з переохолодженням/відмороженням не медичними працівниками:

1) переконатися у відсутності небезпеки;

2) провести огляд постраждалого, визначити наявність свідомості, дихання;

3) викликати бригаду екстреної (швидкої) медичної допомоги;

4) якщо у постраждалого відсутнє дихання, розпочати проведення серцево-легеневої реанімації;

5) при можливості усунути дію холоду: перемістити постраждалого в тепле приміщення, зняти мокрий одяг. Взуття та одяг знімати обережно, без зусиль, щоб не ушкодити вражені ділянки тіла (краще розрізати взуття та одяг);

6) якщо постраждалий у свідомості, зігріти його: проводити загальне зігрівання постраждалого, з цією метою слід давати постраждалому безалкогольні гарячі напої. Не рекомендується інтенсивне розтирання і масаж відмороженої частини тіла;

7) накласти на ушкоджену ділянку чисту пов’язку;

8) забезпечити нерухомість переохолоджених пальців, кистей і стоп. При необхідності виконати іммобілізацію за допомогою імпровізованих або стандартних шин;

9) якщо постраждалий без свідомості, але у нього збережене нормальне дихання, перевести у стабільне положення;

10) накрити постраждалого термопокривалом/ковдрою;

11) забезпечити постійний нагляд за постраждалим до приїзду бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги;

12) при погіршенні стану постраждалого до приїзду бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги повторно зателефонувати диспетчеру екстреної медичної допомоги.

**7. Шокові стани**

Слово шок (“choc” французькою і “shock” англійською) перекладається як удар, потрясіння. Цим терміном у часи середньовіччя позначався стан закованих у лати лицарів, яких оглушив удар при зіткненні із супротивником або удар списом.

Вперше слово «шок» як медичний термін застосував французький військовий хірург Ле Дран у 1741 році, а широко запровадив його у практику Джеймс Латта в 1743 році.

*Шок* – це важка загальна реакція організму у відповідь на дуже сильні, особливо больові, подразники, що характеризуються розладом життєво важливих функцій нервової та ендокринної систем, системи кровообігу, дихання і обміну речовин.

Розрізняють: шок від крововтрати, опіковий, алергічний, інфекційно-токсичний і, що найчастіше буває, травматичний.

Шок практично завжди розвивається при множинних ушкодженнях голови, грудей, живота, таза, нижніх кінцівок, при великих опіках. У початковій фазі хворий збуджений, блідий, погляд неспокійний, думки плутані, не усвідомлює важкості свого стану.

Пізніше його стан пригнічується, виникає повна байдужість до оточуючих, відсутність больових реакцій. Шкіра холодна на дотик, бліда, температура тіла помітно знижена, тіло зазвичай вкрите холодним потом. Хворий відчуває виражену спрагу. Пульс прискорений – так само як і дихання, що має поверхневий характер.

У першій фазі розвитку шоку (компенсований шок) активуються процеси компенсації, розвивається гіпердинамічна реакція кровообігу. Звуження судин виникає вже через 30–60 секунд після травми. Клініка шоку великою мірою залежить від причин, які викликають шок, та локалізації травми.

Черепно-мозкова травма часто маскує клініку шоку, значні розлади гемодинаміки можуть призводити до порушення свідомості. Пошкодження грудної клітки, порушення її каркасності, гемопневмоторакс, забій серця призводять до важких розладів гемодинаміки та гіпоксії.

Травми органів черевної порожнини також можуть призводити до значної крововтрати. Без хірургічних методів лікування та стабілізація стану цих хворих неможлива.

Тактика лікування геморагічного та травматичного шоків. При шоку необхідно в першу чергу виявити конкретну причину важкості стану і проводити необхідне лікування разом з відповідними спеціалістами.

Невідкладні хірургічні втручання, зокрема зупинку кровотечі, дренування напруженого пневмотораксу, ліквідацію тампонади серця проводять негайно, на фоні інтенсивної терапії.

При лікуванні хворих з будь-якими шоками необхідно дотримуватися принципу “трьох катетерів” – катетер у вену, кисневі назальні катетери або киснева маска, катетер у сечовий міхур. Доцільним є також введення назогастрального зонду. До прибуття медиків слід усунути дію небезпечних факторів (полум'я на одязі, звільнити з-під завалу), зупинити кровотечу, зробити іммобілізацію кінцівок, якщо вони ушкоджені (переломи). Якщо виникне необхідність, зробити штучне дихання, непрямий масаж серця і напоїти.

Послідовність дій при наданні домедичної допомоги постраждалим при підозрі на шок не медичними працівниками:

1) переконатися у відсутності небезпеки;

2) провести огляд постраждалого, визначити наявність свідомості, дихання;

3) викликати бригаду екстреної (швидкої) медичної допомоги;

4) якщо у постраждалого відсутнє дихання, розпочати проведення серцево-легеневої реанімації;

5) усунути причину виникнення шокового стану: зупинити кровотечу, іммобілізувати перелом тощо;

6) надати постраждалому протишокове положення:

а) перевести постраждалого в горизонтальне положення;

б) покласти під ноги постраждалого ящик, валик з одягу тощо таким чином, щоб ступні ніг знаходились на рівні його підборіддя;

в) підкласти під голову постраждалого одяг/подушку;

г) вкрити постраждалого термопокривалом/покривалом;

7) забезпечити постійний нагляд за постраждалим до приїзду бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги;

8) при погіршенні стану постраждалого до приїзду бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги повторно зателефонувати диспетчеру екстреної медичної допомоги.

**8. Підозрі на гостре отруєння невідомою речовиною**

Порядок визначає механізм надання домедичної допомоги постраждалим при підозрі на гостре отруєння невідомою речовиною не медичними працівниками.

Термін «гостре отруєння» вживається у такому значенні — це швидке порушення функцій чи ушкодження органів внаслідок дії отрути чи токсинів, що проникли в організм або утворилися в ньому.

Токсичні речовини можуть потрапити в організм постраждалих такими шляхами:

1) шлунково-кишковий тракт: при вживанні їжі або при контакті отруйних речовин зі слизовою оболонкою ротової порожнини (ліки, припікаючі речовини, мийні засоби, пестициди, гриби, рослини та інші різноманітні хімічні речовини);

2) дихальні шляхи: вдихання отруйних газів, парів та аерозолів (чадний газ; окис азоту; пари хлору, аміаку, клею, барвників, органічних розчинників тощо);

3) шкіра та слизові оболонки: при потраплянні на шкіру та в очі отруйних речовин у вигляді рідини, аерозолю (розчинники, пестициди тощо);

4) ін’єкції: укуси комах, тварин або змій. Під час ін’єкційного введення ліків або наркотичних речовин.

*Ознаки, які вказують на гостре отруєння*: відчуття «піску» або різь в очах, світлобоязнь; опіки на губах, на язиці або шкірі; біль у роті, горлі, грудях або животі, яка посилюється при ковтанні та диханні; підвищене слиновиділення, нудота, блювота (зі специфічним запахом, залишками отруйних речовин, кров’ю); порушення дихання (задуха, гучне дихання, зміна тембру голосу, кашель); пітливість, діарея, незвичайна поведінка постраждалого (збудження, марення); м’язові посмикування, судоми, втрата свідомості; незвичайний колір шкіри (бліда, малинова, синюшна).

Послідовність дій при наданні домедичної допомоги постраждалим при підозрі на гостре отруєння невідомою речовиною не медичними працівниками:

1) переконатися у відсутності небезпеки;

2) при огляді місця події звернути увагу на ознаки, які можуть свідчити про гостре отруєння: неприємний різкий запах, полум’я, дим, відкриті чи перекинуті ємності, ємності з-під ліків та алкогольних напоїв, відкрита аптечка, використані шприци тощо;

3) уточнити, що саме та в якій кількості приймав постраждалий;

4) провести огляд постраждалого, визначити наявність свідомості, дихання;

5) викликати бригаду екстреної (швидкої) медичної допомоги;

6) якщо у постраждалого відсутнє дихання, розпочати проведення серцево-легеневої реанімації;

7) якщо постраждалий без свідомості, але у нього збережене нормальне дихання, перевести постраждалого в стабільне положення. Забезпечити постійний нагляд за постраждалим до приїзду бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги;

8) якщо постраждалий перебуває в свідомості та відомо, що отрута була прийнята перорально (через рот), промити шлунок «ресторанним» або блювотним методом до отримання чистих промивних вод: дорослому необхідно випити 500–700 мл (2–3 стакани) чистої, холодної (18 °C) води, потім необхідно викликати блювоту; повторювати промивання до отримання чистих промивних вод;

9) після промивання шлунка дати постраждалому ентеросорбент (наприклад, до 50 грам активованого вугілля) та проносне (дорослим — 50 мл вазелінового масла). Однак, при отруєнні припікаючими речовинами (наприклад, бензином) та порушенні/відсутності свідомості забороняється викликати блювоту у постраждалого;

10) при потраплянні отруйної речовини в очі та/або на шкіру промити уражену ділянку великою кількістю чистої, холодної (18 °C) води. За наявності хімічних опіків (після промивання водою) накласти стерильну пов’язку на місце опіку;

11) забезпечити постійний нагляд за постраждалим до приїзду бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги;

12) при погіршенні стану постраждалого до приїзду бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги повторно зателефонувати диспетчеру екстреної медичної допомоги.

**9. Утоплення**

Термін «*утоплення*» вживається у такому значенні — це гострий патологічний стан, що розвивається при випадковому або навмисному зануренні у воду чи інші рідини, з подальшим розвитком ознак дихальної недостатності, причиною виникнення якої є попадання рідини в дихальні шляхи.

Послідовність дій при наданні домедичної допомоги постраждалим при утопленні не медичними працівниками:

1) переконатися у відсутності небезпеки;

2) якщо постраждалий у воді:

а) кинути рятувальний засіб (рятувальний круг, м’яч тощо);

б) підпливаючи до постраждалого, користуватись рятувальним жилетом або іншими засобами, що дозволять утримуватись на воді (рятувальний круг, надувний матрац тощо). Підпливати до постраждалого зі спини. При наближенні до постраждалого попросити його заспокоїтись та пояснити, що Ви в змозі надати допомогу;

в) якщо постраждалий без свідомості та перебуває у воді, перевернути його на спину, перевірити наявність дихання;

г) якщо постраждалий дихає, транспортувати його до берега.

При витягуванні постраждалого з води при можливості залучати 2–3 особи, фіксувати шийний відділ хребта;

3) на березі у постраждалого без свідомості перевірити наявність дихання;

4) викликати бригаду екстреної (швидкої) медичної допомоги;

5) якщо у постраждалого відсутнє дихання, розпочати проведення серцево-легеневої реанімації;

6) якщо постраждалий дихає, до прибуття бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги фіксувати шийний відділ хребта, забезпечити прохідність дихальних шляхів;

7) якщо постраждалий не дихає, не видаляти воду з легень, розпочати серцево-легеневу реанімацію. При наявності автоматичного зовнішнього дефібрилятора — наклеїти електроди, попередньо витерти шкіру грудної клітки;

8) якщо постраждалий у воді і не дихає, швидко транспортувати до берега, натиснення на грудну клітку у воді не ефективне;

9) забезпечити постійний нагляд за постраждалим до приїзду бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги;

10) при погіршенні стану постраждалого до приїзду бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги повторно зателефонувати диспетчеру екстреної медичної допомоги.

**10.Укуси тварин та комах**

Порядок визначає механізм надання домедичної допомоги постраждалим при укусах тварин та комах не медичними працівниками.

Послідовність дій при наданні домедичної допомоги постраждалим при укусах тварин та комах не медичними працівниками:

1. при укусах домашніх тварин:

а) переконатися у відсутності небезпеки;

б) при можливості ізолювати тварину;

в) провести огляд постраждалого;

г) викликати бригаду екстреної (швидкої) медичної допомоги;

ґ) за наявності рани без кровотечі промити рану мильним розчином та накласти чисту, стерильну пов’язку;

д) за наявності рани та інтенсивної кровотечі зупинити кровотечу та накласти на рану чисту, стерильну пов’язку;

е) забезпечити постійний нагляд за постраждалим до приїзду бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги;

є) при погіршенні стану постраждалого до приїзду бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги повторно зателефонувати диспетчеру екстреної медичної допомоги;

2. при укусах диких тварин:

а) переконатися у відсутності небезпеки;

б) запам’ятати вид тварини, при можливості сфотографувати;

в) провести огляд постраждалого; г) викликати бригаду екстреної (швидкої) медичної допомоги;

ґ) за наявності рани без кровотечі промити рану мильним розчином та накласти чисту, стерильну пов’язку;

д) за наявності рани та інтенсивної кровотечі зупинити кровотечу та накласти на рану чисту, стерильну пов’язку;

е) забезпечити постійний нагляд за постраждалим до приїзду бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги;

є) при погіршенні стану постраждалого до приїзду бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги повторно зателефонувати диспетчеру екстреної медичної допомоги;

3. при укусах отруйних змій:

а) переконатися у відсутності небезпеки;

б) при можливості запам’ятати вигляд змії, що вкусила (колір, розміри, візерунок на її спині тощо);

в) забезпечити постраждалому спокій та положення лежачи;

г) при укусах в область кінцівки знерухомити її;

ґ) дати постраждалому випити багато рідини (вода, чай тощо);

д) накласти на місце укусу чисту, стерильну пов’язку;

е) не намагатися видалити отруту шляхом розрізання та припалювання місця укусу, не накладати на місце укусу холодний компрес;

є) якщо впевнені, що дія отрути нейротоксична (викликає параліч м’язів), накласти пов’язку, що тисне, вище місця укусу;

ж) при можливості терміново транспортувати постраждалого до лікувального закладу;

з) забезпечити постійний нагляд за постраждалим до приїзду бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги чи при транспортуванні до лікарні;

и) при погіршенні стану постраждалого до приїзду бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги повторно зателефонувати диспетчеру екстреної медичної допомоги;

4. при укусах отруйних павуків необхідно здійснювати послідовність дій, передбачених пунктом 3 цього Порядку.

**11. Надання психологічної підтримки постраждалим при надзвичайній ситуації**

Вироблено механізм надання психологічної підтримки постраждалим при надзвичайній ситуації не медичними працівниками.

Термін «*надзвичайна ситуація*» вживається у такому значенні — це обстановка на окремій території чи суб’єкті господарювання на ній або водному об’єкті, яка характеризується порушенням нормальних умов життєдіяльності населення, спричинена катастрофою, аварією, пожежею, стихійним лихом, епідемією, епізоотією, епіфітотією, застосуванням засобів ураження або іншою небезпечною подією, що призвела (може призвести) до виникнення загрози життю або здоров’ю населення, великої кількості загиблих і постраждалих, завдання значних матеріальних збитків, а також до неможливості проживання населення на такій території чи об’єкті, провадження на ній господарської діяльності.

Послідовність дій при наданні психологічної підтримки постраждалим при надзвичайній ситуації не медичними працівниками:

1) надавати психологічну підтримку в безпечному місці;

2) характерні ознаки психологічних розладів: втрата фізичної сили; безглуздий і хаотичний руховий неспокій; відчуття виснаженості та нереальності; емоційна віддаленість від оточення, рідних; почуття провини; ворожі дії до оточуючих;

3) вивести постраждалого за межі місця пригоди та ізолювати його від надлишкової уваги оточуючих;

4) заспокоїти постраждалого, сказати, що Ви прийшли, щоб надати допомогу, що будете поруч та не залишите його до прибуття бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги;

5) постійно підтримувати візуальний контакт з постраждалим;

6) спілкуватись з постраждалим спокійно, адекватно оцінюючи його побажання та дії;

7) при розмові уникати слів, які можуть викликати відчуття провини у постраждалого;

8) відволікати його від негативних думок та намірів;

9) переконати постраждалого, що необхідна допомога буде надана вчасно та професійно;

10) при можливості накрити постраждалого ковдрою;

11) забезпечити постійний нагляд за постраждалим до приїзду бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги;

12) при погіршенні стану постраждалого до приїзду бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги повторно зателефонувати диспетчеру екстреної медичної допомоги.

Примітка. Порядок надання домедичної допомоги постраждалим наведено згідно з наказом МОЗ України «Про затвердження порядків надання домедичної допомоги особам при невідкладних станах» від 16.06.2014 № 398.