

Часто на страницах книги «Стресс без дистресса» можно встретить цитаты французского писателя и философа эпохи Возрождения Мишель де Монтеня, очевидно, мысли одного мудрого философа были близки и созвучны мыслям другого мыслителя и учёного, мыслям Ганса Селье.

Прочитуємо його і ми: *«Могут сказати, що в цій книзі я лише склав букет із чужих квіток, а моя тут тільки стрічка, яка зв'язує їх».*

### Література

1. Бим-Бад Б. М. Педагогический энциклопедический словарь. – М.: Большая энциклопедия, 2008. – 528 с.
2. Большой экономический словарь: 26500 терминов / сост. А. Н. Азрилиян. – 7-е изд., доп. – М.: Институт новой экономики, 2007. – 1472 с.
3. Рубцов В. С. Адаптация кадровых военнослужащих и конверсия военных объектов – К.: Издательство, 2009. – 372 с.
4. Каменюкин А. Г. Антистресс-тренинг. / А. Г. Каменюкин, Д. В. Ковпак. – СПб.: Питер, 2004. – 192 с.
5. Моница Г. Б. Тренинг «Ресурси стрессостійкості» / Г. Б. Моница, Н. В. Раннала – СПб.: Реч, 2009. – 250 с.
6. Селье Г. Стресс без дистресса. – М.: Прогресс, 1979. – 124с.
7. Яромиц С. А. Менеджмент переговорів: Стратегія і тактика: учеб. посіб. / С. А. Яромиц, Н. Л. Кусик, П. А. Петриченко. – Одеса, 2001. – 140 с.
8. Holmes T. H., Rahe R. H. The Social Readjustment Rating Scale // Journal of Psychosomatic Research. 1967. Vol. 11. – P. 213-218.
9. Rahe R. H., Arthur R. H. Life change and illness studies // Journal of Human Stress. – 1978. 4(1). – P. 3-15.

**Бобро О.В.**

*кандидат медичних наук, доцент  
кафедри біології та основ здоров'я*

**Тронько С.П.**

*проректор з адміністративно-господарської діяльності  
та науково-педагогічної роботи, кандидат історичних наук, доцент*

## АЛГОРИТМ НАДАВАННЯ НЕВІДКЛАДНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ ВИПАДКАХ ТРАВМУВАННЯ НА МАЛИХ ТА СЕРЕДНІХ ПІДПРИЄМСТВАХ

Ефективність та безпечність праці безпосередньо залежить від виробничих умов на робочому місці. Керівництво підприємства несе відповідальність за забезпечення охорони праці та здоров'я своїх підлеглих. Раптове ушкодження організму людини, втрата часткової або повної працездатності (яка пов'язана з порушенням умов праці під час знаходження на робочому місці) є виробничою травмою.

Виробничі травми поділяються по важкості: легкі (забій, тощо); середньої тяжкості (переломи кісток); важкі (поєднані травмування).

По кількості постраждалих: поодинокі, групові.

В залежності від обставин: під час знаходження на виробництві, у період робочого часу (за умов виконання робочих обов'язків), травмування у побуті.

Незалежно від класифікації виробничої травми існує певний алгоритм надання невідкладної допомоги при травмуванні.

**Основними завданнями надання невідкладної допомоги є:**

- припинення дії травмуючого фактора;
- швидке визначення ознак, що загрожують життю;

- підтримання життєво важливих функцій (передусім кровообігу і дихання);
- зупинка зовнішньої кровотечі, обезболювання;
- закриття рани асептичними пов'язками;
- іммобілізація;
- транспортування у лікарню.

Незалежно від умов, в яких доводиться подавати допомогу, обстеження постраждалого має здійснюватись у певному порядку:

по-перше, припинити дію травмую чого фактора;

по-друге, з'ясувати в самого потерпілого, а при неможливості контакту з ним – в оточуючих обставини травми;

по-третє, оцінити тяжкість загального стану, вираженість порушення свідомості, дихання, гемодинаміки.

А також зробити дослідження, спрямовані на з'ясування характеру ушкоджень. Треба системно обстежити всі частини тіла, які могли потерпіти при травмі. Особливо старанно обстежують хворих, які непритомні, в стані шоку або алкогольного сп'яніння. Хворого слід роздягти (в приміщенні). Спочатку одяг знімають із здорових, а потім – з ушкоджених частин тіла. Якщо одяг зняти неможливо, його розрізують по швах, додержуючи особливої обережності, щоб не посилити біль, оскільки це може призвести до розвитку шоку.

### **Принципи обстеження при наявності підозри травмування**

Обстеження потерпілих, особливо непритомних, починають з огляду і пальпації волосистої частини голови та лицьового скелета. Наявність припухлості (підшкірна гематома), саден є першою ознакою ушкодження. Кровотеча з носових ходів і зовнішніх слухових проходів може вказувати на перелом основи черепа. Порушення черепної іннервації, паралічі підтверджують припущення про черепно-мозкову травму.

При обстеженні ділянки лиця виявляють локалізацію синців, саден, ран, визначають наявність болючості, патологічної посиленої рухомості кісток, порушення змикання зубних рядів.

У ділянці шиї слід виключити травму великих судин, гортані, трахеї. Ці ушкодження проявляються порушенням дихання, кашлем, кровохарканням. Різкий біль при рухах у шийному відділі хребта свідчить про вивих або перелом у цій ділянці.

Обстеження грудної клітини має бути особливо старанним, коли є підозра на закриту травму грудей. Слід звернути увагу на конфігурацію грудної клітини, обмеження її рухомості при диханні. Перелом ребер, його локалізацію визначають пальпаторно: у ділянці перелому відчувається різка болючість, нерідко крепітація і рухомість уламків кісток.

При закритій травмі живота звертають на себе увагу обмеження дихальних рухів певних ділянок передньої черевної стінки, болючість її при пальпації, нерідко виявляється напруження її м'язів.

При травмі живота з ушкодженням порожнистих органів розвивається картина гострого розлитого перитоніту, для якого характерні різкий біль у животі, загальні слабкість, мимовільне напруження м'язів передньої черевної стінки. Обличчя потерпілого бліде або сіруватого кольору, риси обличчя загострені.

При обстеженні потерпілих з ушкодженням таза та його органів, як правило, виявляються ознаки гострої крововтрати і травматичного шоку. Місцево при пальпації тазового кільця у взаємно перпендикулярних напрямках виявляється різкий біль. Слід пам'ятати, що при цьому можуть ушкоджуватися сечовий міхур, пряма кишка, сечовипускний канал.

У процесі обстеження хребта визначають положення потерпілого, звертають увагу на наявність деформації фізіологічних вигинів хребта та лінії остистих відростків хребців, локального болю, напруження м'язів спини, установлюють можливість активних рухів рук і ніг.

Обстеження кінцівок. При огляді передусім звертають увагу на положення кінцівки, стан шкіри, локалізацію синців, гематом, наявність деформації осі кінцівки та її сегментів, змін конфігурації суглобів. Цінні дані дає дослідження активних і пасивних рухів. Відсутність активних рухів характерна для вивиху і перелому. При забої, розтягненні активні рухи збережені, хоч обмежені та болючі.

Більшість потерпілих потребують амбулаторного лікування. Якщо ж є травми черепа, голови, грудей, живота, хребта і таза, особливо з ушкодженнями внутрішніх органів, а також при вивиху і переломі великих сегментів кінцівок уже під час обстеження і встановлення діагнозу потерпілим подають допомогу із здійсненням невідкладних лікувальних заходів.

### **Механізм формування множинної травми**

На відміну від ізольованих ушкоджень, існують множинні і поєднані травми – так звані політравми. Найчастіше політравми трапляються на виробництві, при дорожньо-транспортних подіях, виконанні будівельних і сільськогосподарських робіт; значно рідше – під час занять спортом, у побуті. У цілому серед причин політравм на виробництві переважають падіння з висоти (кататравми). Політравми характеризуються тяжким перебігом, високими показниками інвалідності. Ці ушкодження частіше, ніж ізольовані травми, ускладнюються травматичним шоком.

До недавніх пір множинні і поєднані травми розглядалися як більш тяжкий різновид звичайних ізольованих ушкоджень. Проте останніми роками цей вид патології прийнято вважати якісно новим з властивими йому специфічними змінами в усіх системах організму і розвитком тривалої травматичної хвороби. Якщо при множинних і поєднаних травмах проаналізувати кожне ушкодження зокрема, то багато які з них можуть вважатися не небезпечними для життя, але в поєднанні вони нерідко призводять до різкого порушення функцій життєво важливих органів і систем організму та загибелі потерпілого. Отже, вважати множинну і поєднану травму сумою кількох простих травм є грубою помилкою.

Політравма – це складний патологічний процес, зумовлений ушкодженням кількох анатомічних ділянок з вираженим проявом синдрому взаємного обтяження, що характеризується глибоким порушенням усіх видів обміну речовин, змінами в центральній нервовій, серцево-судинній, дихальній та ендокринній системах.

Подання медичної допомоги на місці події не в повному обсязі, транспортування потерпілих на стандартних носилках без іммобілізації призводить до того, що понад 50% потерпілих з множинними і поєднаними травмами доставляють у лікувальні заклади в тяжкому й критичному стані, а більш ніж у 60% із них реєструється травматичний шок різного ступеня тяжкості. Надалі стан таких пацієнтів довго залишається тяжким, нерідко виникає потреба проведення їм повторних коригуючих операцій, збільшується час перебування їх у стаціонарі, частіше настає інвалідність.

Однією з класифікацій політравм є наступна:

I. Множинні переломи кісток (відкриті і закриті) без порушення цілості порожнин тіла та органів, що містяться в них.

II. Поєднані ушкодження:

1. закриті або відкриті ушкодження черепа і головного мозку в поєднанні з відкритими або закритими травмами інших ділянок (однієї або кількох) – грудей, живота, хребта, таза, кінцівок

2. закриті або відкриті ушкодження грудей у поєднанні з відкритими або закритими травмами інших ділянок (однієї або кількох) – черепа і головного мозку, хребта, таза, кінцівок;

3. закриті або відкриті ушкодження живота в поєднанні з відкритими або закритими травмами інших ділянок (однієї або кількох) – черепа і головного мозку, грудей, хребта, таза, кінцівок;

4. закриті або відкриті ушкодження хребта в поєднанні з відкритими або закритими травмами інших ділянок (однієї або кількох) – черепа і головного мозку, грудей, живота, таза, кінцівок;

5. закриті або відкриті ушкодження таза в поєднанні з відкритими або закритими травмами інших ділянок (однієї або кількох) – черепа і головного мозку, грудей, живота, кінцівок.

Беручи до уваги особливий характер політравми, наявність при ній кількох ушкоджень, у тому числі домінуючого, що становить загрозу для життя потерпілого, діагностику й подання екстреної медичної допомоги треба робити поетапно:

– припинення дії травмуючого фактора;

- тимчасове припинення зовнішньої кровотечі;
- коли є ознаки клінічної смерті або при підозрі на неї – негайне проведення непрямого масажу серця і штучної вентиляції легень;
- визначення стану свідомості;
- визначення глибини і частоти дихання, обстеження верхніх дихальних шляхів;
- визначення частоти пульсу;
- знеболення;
- закриття ран асептичними пов'язками;
- екстрене доправлення до медичного закладу.

Доправлення до медичного закладу теж має свої правила. Так при ушкодженнях опіках, переломах кісток заборонено різке переміщення, перевертання постраждалого – все те, що може привести до посилення болю та погіршити загальний стан хворого. Якщо потрібно перекласти постраждалого на носі необхідно робити це удвох, синхронно, акуратно підтримуючи хворого знизу за неушкожені ділянки тіла.

При переломах кісток, вивихах, пораненнях м'яких тканин та опіках необхідно провести іммобілізацію, щоб зменшити загрозу розвитку ускладнень, наприклад ушкодження кровопостачальних судин уламками кісток. Іммобілізація – це утворення ушкодженої частини тіла нерухомою за допомогою спеціальних або підручних засобів, наприклад гнучких еластичних транспортних шин типу "SAM SPLINT", які можливо моделювати, завдяки тому що вони подібні на гнучку металеву стрічку. Шини цієї конструкції використовують для фіксації кінцівок, суглобів, при необхідності шиї.

Якщо необхідно звільнити ушкоджену ділянку тіла від одягу, то, як правило її не знімають, а розрізають. При опіках категорично заборонено одягу зривати, щоби не збільшити ранову поверхню – її обережно зрізують, а пов'язку накладають поверх частин одягу що залишились на опіковій рані. За допомогою вірно виконаної іммобілізації зменшується біль у постраждалого.

Після іммобілізації можна приступити до транспортування постраждалого, яке, в першу чергу, має бути безпечним. Вибір виду транспортування залежить від умов травми, виду травмування та наявності спеціалізованих транспортних засобів. Транспортування за

допомогою медичних носей здійснюється за правилами:

- по-перше, при перемішені по рівній поверхні постраждалого у нетяжкому стані несуть ногами вперед. Якщо хворий знаходиться у непритомному стані переноска відбувається навпаки (вперед головою) для того, щоб контролювати стан непритомного. Контроль здійснює той, хто іде позаду носей та бачить обличчя хворого;

- по-друге, люди що здійснюють транспортування мають переміщатися короткими кроками, не в ногу (щоб не було резонансу та розгойдування носей). Той, хто вище за інших має нести ніжній кінець носей;

- по-третє, при підйомі по сходах постраждалого несуть ногами уперед. При проходженні сходів носі мають бути у горизонтальному положенні. Це відбувається завдяки деяким прийомам: той, хто знаходиться на нижніх сходинках підіймає носі до рівня плечей (рис. 1).

Якщо немає можливості створити носі, або розмір приміщення не дозволяє їх розташувати здійснюють переноску

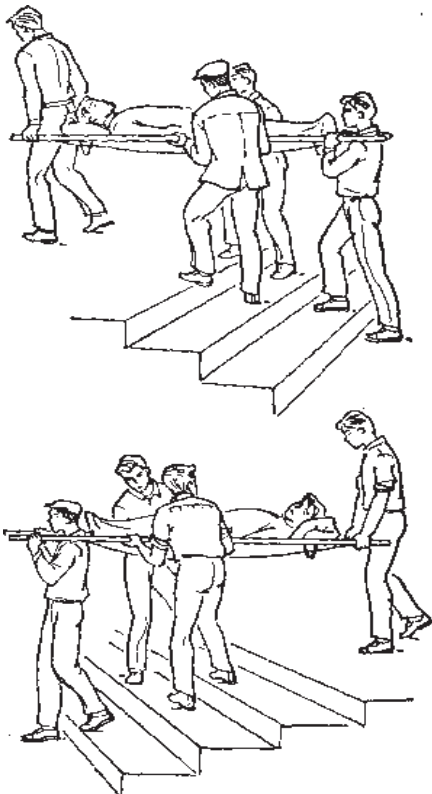


Рис. 1. Переноска постраждалого по сходах

постраждалого на руках. Оптимальний варіант, коли переноску проводять дві людини, що дозволяє рівномірно розподілити вагу хворого, та забезпечити спокій у травмованих частинах тіла.

У випадку, коли хворий непритомний, то його переміщують засобом «друг за другом»: попереду йде людина, яка несе нижню частину тіла постраждалого; позаду людина яка притримує постраждалого під пахви, або за тулуб (рис. 2). Якщо постраждалий при свідомості найкраще його переносити за допомогою сидіння, зробленого за принципом «замка з чотирьох рук». Значно полегшує переноску наявність «носильної лямки» за допомогою якої вагу постраждалого можливо розподілити більш рівномірно на плечах у людей, що переносять: наприклад, носильники становляться з обох боків хворого одягають лямку на себе – той, що стоїть з правого боку на своє праве плече; той, що стоїть зліва на своє ліве плече – посередині розташовують постраждалого.

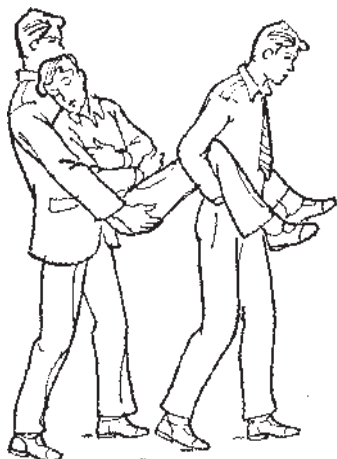


Рис. 2

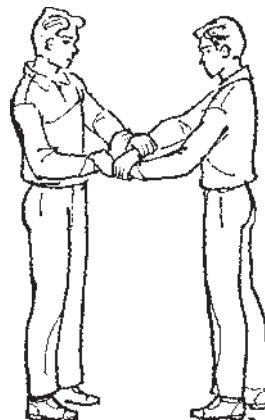


Рис. 3

У ситуації, коли першу допомогу надає одна людина, транспортування здійснюють волоком за допомогою імпровізованого човна, зробленого з брезенту, щільної тканини, плащ-палатки, куртки, тощо.

Таким чином, своєчасне обстеження постраждалого для розпізнавання виду ушкодження, надання невідкладної допомоги та вибір вірного способу транспортування у медичний заклад сприяють скорішому одужанню.

### Література

1. Богоявленский В.Ф. Диагностика и доврачебная помощь при неотложных состояниях / В.Ф. Богоявленский, И.Ф. Богоявленский. – Л.: Медицина, 1985. – 352 с.
2. Бубнов В.Г. Доврачебная помощь в чрезвычайных ситуациях / В.Г. Бубнов, Н.В. Бубнова. – М.: Из-во НЦ ЭНАС, 2000. – 48 с.
3. Верткин А.П. Руководство по скорой медицинской помощи / А.П. Верткин, С.Ф. Багненко. – М.: ГОЭТАР Медиа, 2006. – 820 с.
4. Маслов В.И. Транспортная иммобилизация и обезболивание при травмах: Практическое руководство / В.И. Маслов, В.Р. Ермолаев, Б.Р. Остер. – Изд-во Сарат. унив-та, 1984. – 80 с.
5. Неотложные состояния и экстренная медицинская помощь; под ред. Е.И. Чазова. – М.: Медицина, 1988. – 604 с.
6. Серов В.В. Общепатологические подходы к познанию болезни / В.В. Серов. – М.: Медицина, 1999. – 304с.
7. Цитовская Л.В. Руководство к практическим занятиям по хирургии / Л.В. Цитовская. – К.: Вища школа, 1988. – 352 с.
8. Швидка медична допомога: навч. посіб.; за ред. Б.Г. Апанасенка, Л.П. Чепкого. – К.: Вища школа, 1992. – 311 с.