

*Шейдак С. В.*

**ПРОБЛЕМЫ ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ НЕОТЛОЖНОЙ  
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ЧМТ**

*Научный руководитель ст. преп., п/п-к м/с Савчанчик С. А.*

*Кафедра организации медицинского обеспечения войск и экстремальной медицины  
Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

Черепно-мозговая травма (ЧМТ) является ведущей причиной смертности и инвалидности среди людей молодого возраста. Распространенность ЧМТ в последние десятилетия резко возросла, главным образом из-за увеличивающегося использования автотранспортных средств в развивающихся странах. Ежегодно в мире свыше 10 млн человек умирает или госпитализируется в связи с ЧМТ. Финансовое бремя ЧМТ в США оценивается более чем в \$60 млрд в год. По данным мировой статистики, около 60 % ЧМТ являются следствием дорожно-транспортных происшествий, 20–30 % обусловлены падениями, около 10 % — насилием, 10 % — это производственные и спортивные травмы.

Целью исследования являлось изучить основные проблемы оказания первой и неотложной медицинской помощи.

В ходе исследования были проанализированы доступные отечественные и зарубежные литературные источники.

В результате исследования установлено, что в последние годы изменилась структура травматизма в боевых условиях, что объясняется широким внедрением бронезилов. При этом боевая ЧМТ стала доминировать, поскольку голова осталась наименее защищенной от поражения частью тела. Значительно увеличилось количество минно-взрывных повреждений по сравнению с огнестрельными.

По биомеханике различают ЧМТ: 1) ударно-противоударную; 2) ускорения-замедления; 3) сочетанную.

Выделяют 5 градаций степени тяжести при ЧМТ: 1) удовлетворительное состояние, 2) состояние средней тяжести, 3) тяжелое, 4) крайне тяжелое, 5) терминальное состояние.

При оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе на месте происшествия и при транспортировке нужно оценить состояние: А) ЦНС: 1) определить нарушение сознания по шкале комы Глазго; 2) в неврологическом статусе обратить внимание на наличие парезов, параличей; 3) изменения: размеров, расположения и реакции на свет, зрачков; 4) при наличии психомоторного возбуждения или судорожного синдрома провести седативную терапию; 5) клиника отека и набухания головного мозга, развитии дислокационного синдрома: анизокория, парез взора, вверх расходящееся косоглазие, тошнота, рвота, брадикардия, артериальная гипертензия. Б) Органов дыхания: 1) обеспечить проходимость верхних дыхательных; 2) при нарушении дыхания центрального генеза перевод на ИВЛ с увлажненным O<sub>2</sub>; 3) при транспортировке проводить мониторинг: адекватности дыхания. В) Гемодинамики: 1) коррекция гемодинамики; 2) стабилизация пульса; 3) проводить мониторинг гемодинамики каждые 3-5 мин.

В ходе работы были сделаны следующие выводы: в зависимости от степени тяжести и характера повреждения при ЧМТ, пациентам необходима различная первая медицинская помощь на догоспитальном этапе. Нужно уметь быстро и четко определить степень нарушения ЦНС на догоспитальном этапе. При наличии навыков и специального оборудования необходимо оперативно приступить к восстановлению и поддержанию состояния ЦНС.