

«Надання першої медичної допомоги»

Перша медична допомога (first medical care) - це комплекс заходів, скерованих на відновлення та збереження життя та здоров'я потерпілого, здійснюваних немедичними працівниками (взаємодопомога) або самим потерпілим (самодопомога).

Одним з найважливіших положень надання першої допомоги є її терміновість: чим швидше вона надана, тим більше сподівань на сприятливий наслідок. Тому таку допомогу своєчасно може і повинен надати той, хто знаходиться поряд з потерпілим.

При наданні першої долікарської допомоги треба керуватися такими принципами:

1. правильність і доцільність;
2. швидкість;
3. продуманість, рішучість, спокій.

Послідовність надання першої допомоги:

- усунути дію на організм небезпечних факторів, які загрожують здоров'ю та життю потерпілого (звільнити від дії електричного струму, винести із зараженої атмосфери, погасити одяг, який горить, витягнути з води тощо), оцінити стан потерпілого;
- визначити характер та важкість травми. Визначити найбільшу загрозу для життя потерпілого та послідовність заходів щодо його врятування;
- здійснити необхідні заходи щодо врятування потерпілого за терміновістю (відновити прохідність дихальних шляхів; виконати штучне дихання; зовнішній масаж серця; зупинити кровотечу; іммобілізувати місце перелому; накласти пов'язку тощо);
- підтримати основні життєві функції потерпілого до прибуття медичного працівника;
- викликати швидку медичну допомогу або лікаря, або ж вжити заходів щодо транспортування потерпілого до найближчого лікарняного закладу.

Перша допомога потерпілому, яка надається немедичними працівниками, не повинна замінити допомогу з боку медичного персоналу і повинна надаватися лише до прибуття лікаря; ця допомога повинна обмежуватися лише певними видами (заходи щодо оживлення, тимчасова зупинка кровотечі, перев'язування рани, опіку або обмороження, іммобілізація перелому, перенесення та перевезення потерпілого).

Зомління (знепритомнення, непритомність, ослаблення, рос. обморок) це короткочасна втрата свідомості в зв'язку з недостатнім припливом крові до мозку.

Зомління настає внаслідок психічної травми та негативних емоцій, при сильному больовому подразненні, при довгому перебуванні в душному приміщенні, при вигляді крові, при перевтомі, при різкій зміні положення тіла, при перебуванні у положенні стоячи протягом тривалого часу, голодуванні. Зомління частіше буває у жінок, молодих людей з підвищеною нервовою збудливістю, у людей з нестійким артеріальним тиском чи тенденцією до його зниження. Якщо зомління настає в положенні лежачи, це майже завжди свідчить про захворювання серця - порушення ритму, інфаркт міокарда, тощо. Втраті свідомості при зомлінні передують раптова слабкість, млість, запаморочення, потемніння або мерехтіння в очах, затерпання ніг та рук. При непритомності відзначають блідість обличчя та губ, похолодання кінцівок, краплі поту на обличчі, частий слабкий пульс, знижений тиск, поверхневе дихання, розширені зіниці (можуть бути звужені) реагують на світло.

Допомога при знепритомненні:

- Покласти постраждалого на тверду рівну поверхню (земля, стіл, стільці)
- Звільнити дихальні шляхи від одягу. Дати доступ повітря.
- Закинути голову так, щоб підборіддя було на рівні грудей.
- Підняти ноги вище рівня голови.
- До носа постраждалого піднести ватку з нашатирним спиртом.
- Побризкати водою на обличчя, легенько похлопати долонями.

Застереження:

- Постраждалого нікуди не вести (погіршується стан)
- Не давати пити води (буде рвота або може захлинутися водою)
- Не давати нюхати нашатирний спирт із флакона (опік слизових оболонок та параліч м'язів)

Клінічна смерть - це період з моменту припинення дихання і кровообігу до розвитку незворотних змін найбільш чутливих до гіпоксії клітин центральної нервової системи (ЦНС).

Основними ознаками клінічної смерті є:

- відсутність пульсації над магістральними артеріями (сонною та стегною),
- відсутність пульсу на периферійних артеріях (наприклад, променевої) не є ознакою клінічної смерті, так як при вираженому спазмі периферійних артерій або при гіпотезі, пульс може не промацуватися.
- стійке розширення зіниць з відсутністю фотореакції,
- відсутність самостійного дихання (припинення зовнішнього дихання. Визначається за відсутністю екскурсії грудної клітини)

Важливим фактором, що впливає на тривалість клінічної смерті є температура оточуючого середовища. При раптовій зупинці серця клінічна смерть в умовах нормотермії триває до 5 хвилин, при мінусових температурах - до 10 і більше хвилин.

На етапі елементарного підтримання життя виконуються дії для відновлення життєво важливих функцій організму - серця й дихання. При цьому заходи та їх послідовність визначають аббревіатурою з трьох англійських букв - "ABC", яка добре запам'ятовується.

A - (англ. airway open - "відкриття дихальних шляхів") - звільнення ротової порожнини та дихальних шляхів від сторонніх тіл.

B - (англ. breath for victim - "дихання для жертви") - штучна вентиляція легень.

C - (англ. circulation his blood - забезпечення його кровообігу) - непрямий масаж серця.

Перший етап реанімації - забезпечення прохідності дихальних шляхів
Реаніматор здійснює потрійний засіб (за П. Сафаром) :

а) відкриває рот постраждалому та пальцем, огорнутим хустинкою (марлевою салфеткою на затискачі) звільняє його від наявних сторонніх тіл та рідин (блювотних мас, харкотиння, водоростей, вставних щелеп, згустків крові тощо),

б) відхиляє голову максимально до заду, підклавши під шию імпровізований валик (напр., власне передпліччя). При цьому в більшості постраждалих верхні дихальні шляхи вивільнюються від язика та його кореня, стаючи прохідними,

в) виводить нижню щелепу до переду. Прохідність верхніх дихальних шляхів відновлюється у решти випадків.

Другий етап реанімації - проведення штучної вентиляції легень "рот до рота". Накривши постраждалому рот бинтом (носовою хустинкою), реаніматор щільно охоплює губами його рот та здійснює форсований видих.

Обов'язкова умова - відхилена до заду голова постраждалого, його ніздрі затиснуті великим та вказівним пальцями (щоб повітря не верталось назад), об'єм видиху для дорослих повинен становити 800 - 1000 мл. Під час вдихання повітря реаніматор краєм ока слідкує за рухами грудної клітки постраждалого. При правильному проведенні вентиляції відбувається її безшумна екскурсія. Здійснивши 2 видихів, рятівник проводить наступний етап реанімації.

Третій етап реанімації - закритий масаж серця. Знаходячись збоку від постраждалого, реаніматор кладе китицю однієї руки на нижню третину грудини, строго посередині, так, щоб пальці були підняті вгору та розміщувались паралельно до ребер. Зверху він накладає китицю другої руки і, ритмічно натискаючи, зміщує грудину в сагітальному напрямку на глибину 5 см. Частота натискань - 100-120 у хвилину. Обов'язкова умова: при

натискуванні пальці китиці слід підняти вгору для попередження перелому ребер, руки випрямити у ліктьових суглобах. Масаж серця, таким чином, здійснюється масою тулуба реаніматора.

При проведенні реанімаційних заходів одною особою, використовується співвідношення між роздуванням і натискуванням на грудну клітку -2:30, аргументуючи це тим, що частіше натискування на грудну клітку ефективніше сприяє відновленню серцевого кровотоку і внутрішніх органів. При проведенні реанімаційних заходів двома рятувальниками, штучну вентиляцію легень та закритий масаж серця здійснюють одночасно.

Комплекс невідкладних заходів, що здійснюються хворим в стані клінічної смерті та направлений на відновлення життєдіяльності організму і попередження незворотніх порушень його органів та систем, називається реанімацією.

Реанімаційні заходи проводяться до тих пір доки не буде ознак життя або ознак біологічної смерті

Біологічна смерть - виникає внаслідок незворотніх змін в організмі, повернення до життя неможливе. Ознаками біологічної смерті є:

Котяче око.

Трупні п'ятна.

Трупне залякання.

Трупне розкладання.

ПЕРША ДОПОМОГА ПРИ КРОВОТЕЧАХ

Кровотеча виникає при порушенні цілості кровоносних судин. Вона може бути небезпечною для життя, бо зі зменшенням кількості циркулюючої крові порушується постачання киснем життєво важливих органів - мозку, серця, печінки, нирок.

В залежності від виду пошкоджених судин розрізняють артеріальну, венозну, капілярну і паренхіматозну кровотечу.

Найбільш небезпечна артеріальна кровотеча. Вона виникає при пошкодженні артеріальних судин, кров у цьому випадку яскраво-червоного кольору і тече з рани сильним пульсуючим струмком (іноді фонтаном).

Існує декілька засобів зупинки артеріальної кровотечі. Для зупинки кровотечі застосовують засіб притискування судин пальцем у відповідному місці. Найкраще, якщо вдається притиснути цю судину до кістки.

При небезпечній для життя кровотечі, якщо неможливо застосувати джгут, необхідно накрити рану стерильною серветкою та притиснути пальцем судину, яка кровоточить. Але слід пам'ятати, що найбільш безпечний засіб притискування судини не в самій рані, а за її межами.

При артеріальній кровотечі судину притискують вище місця її пошкодження, а при кровотечі з вени - нижче. Для цього необхідно знати схему магістральних артеріальних судин і місця притискувань їх пальцем .

Після того, як кровотеча зупинена притискуванням пальцем артерії, на рану накладають щільну стерильну пов'язку.

Для того, щоб накласти кровозупиняючий джгут, використовують наступні правила:

1. Джгут накладають при пошкодженні великих артеріальних судин кінцівок.
2. При кровотечі з артерій верхніх кінцівок джгут найкраще розташовувати на верхній третині плеча, при кровотечі з артерій нижніх кінцівок - на середній третині стегна.
3. Джгут накладають на піднесену кінцівку: підводять його під місце припущеного розташування, енергійно розтягують (якщо він гумовий) і підклавши під нього м'яку підкладку (бинт, одяг та ін), закручують декілька раз (до повної зупинки кровотечі) так, щоб витки лягли впритул один до одного і щоб між ними не попадали складки шкіри. Кінці джгута надійно зав'язують або з'єднують за допомогою ланцюжка і гачка .
4. Джгут повинен накладатися туго, але не слід надмірно стискувати тканини кінцівок, так як можливі важкі ускладнення, до джгута обов'язково прикріплюють аркуш паперу з поміткою часу його накладання.

Джгут накладають не більш як на 1-1,5 години, а взимку - не більше як на 1 годину. Якщо по закінченню вказаного терміну потерпілого не вдалося доставити в медичну установу, джгут на короткий час необхідно зняти. Роблять це вдвох - один здійснює пальцевий тиск на артерію вище джгута,

другий повільно, щоб тиск крові не виштовхнув утворений в артерії тромб, відпускає джгут на 3-5 хвилин. Трохи вище попереднього місця джгут накладають знову.

Якщо нема гумового джгута, використовують підручні матеріали - хустку, шматки тканини або одягу, шарфи. Мотузка і дрiт не підходять, тому що можуть пошкодити шкіру, м'язи і особливо нерви. Кінці джгута зв'язують вище рани і накладають під нього невеликий валик з тканини. В утворену петлю вставляють паличку, олівець або ручку і закручують джгут до нової зупинки кровотечі. Паличку прибинтовують до кінцівки .

Для тимчасової зупинки кровотечі з судин кінцівок можна використовувати метод максимального згинання кінцівок в суглобах. При кровотечі з судин плеча руку заводять за спину і фіксують її пов'язкою. Якщо кровотеча з судин передпліччя, руку згинають в ліктьовому суглобі. При кровотечі з ран гомілки або ступні ногу згинають максимально в колінному суглобі і, надавши кінцівці таке положення, її надійно прибинтовують.

Для венозної кровотечі характерний темно-червоний колір і витікає вона безперервним струмочком. Для зупинки кровотечі на рану накладають стерильну серветку, а потім здавлюючу пов'язку.

При капілярній кровотечі кров виділяється по всій поверхні пошкодженої тканини. У такому випадку накладають пов'язку, а поверх неї на місце пошкодження - кульку з льодом.

Носова кровотеча.

Допомога:

Постраждалого посадити, ледь нахиливши тулуб вперед, голову нахилити вперед (не закидати голову догори) . У ніс покласти тампон, змочений перекисем водню, затиснути ніс і трохи почекати.

Паренхіматозна кровотеча спостерігається при порушеннях внутрішніх органів – печінки, нирок, селезінки і т. і. По суті це неначе змішана кровотеча з артерій, вен та капілярів. При цьому, кров тече сильно і безперервно зі всієї пораненої поверхні органу.

Виникає у людей. Які мають які-небудь внутрішні хвороби або мали травму.

Ознаки:

Бліда шкіра, зниження температури шкіри, запаморочення, мерехтіння перед очима.

Транспортувати терміново в лікарню.

Перша допомога при обмороженні та переохолодженні

Дії при наданні першої медичної допомоги відрізняються в залежності від ступеню обмороження, стану загального охолодження організму людини, його віку та наявних хвороб.

При наданні першої допомоги необхідно припинити дію охолодження, зігріти кінцівки для відновлення кровообігу в уражених холодом тканинах із метою попередження розвитку інфекційних ускладнень.

У першу чергу слід направити постраждалого до найближчого теплого приміщення, зняти з нього взуття, верхній одяг, шкарпетки та рукавички. Одночасно з проведенням заходів першої черги треба викликати швидку медичну допомогу для проведення кваліфікованих заходів щодо рятування постраждалого.

При **обмороженні I ступеню**, ділянки тіла, що охолоджені, необхідно зігріти до почервоніння теплими руками, легким масажем, розтиранням тканиною з вовни, диханням, а потім накласти ватно-марлеву пов'язку.

При **обмороженні II-IV ступеню** швидке зігрівання, масаж або розтирання не робіть. Слід накласти на уражену поверхню ізолюючу пов'язку (шар марлі, товстий шар вати, знов шар марлі, а зверху клейонку або прогумовану тканину). Уражені кінцівки зафіксуйте за допомогою підручних засобів (шматок, дошки або фанери, щільний картон), які накладаються та фіксуються зверху пов'язки. Для теплоізоляції можна використовувати ватники, куфайки, вовняну тканину тощо. Ураженим дають пити теплу рідину, гарячу їжу, невелику кількість алкоголю, таблетку аспірину або анальгіну, по 2 таблетки „Но-шпи» або папаверину. Не потрібно розтирати уражених снігом, тому що кровоносні судини верхніх та нижніх кінцівок можуть постраждати. Не можна застосовувати швидке зігрівання обморожених кінцівок біля багаття, безконтрольно застосовувати грілки та інші джерела тепла тому що це погіршує перебіг обмороження.

Не рекомендується, як неефективний, варіант першої допомоги – застосування олій та жирів, розтирання кінцівок спиртом при глибокому обмороженні.

При загальному охолодженні організму людини легкого ступеню достатньо ефективним методом лікування є зігрівання постраждалого в теплій ванній при початковій температурі води 24 С, поступово температуру води збільшують до нормальної температури тіла людини.

В разі наявності у постраждалого середнього або важкого ступеню охолодження, з порушенням дихання та кровообігу, людину необхідно швидко відвезти до лікувального закладу.

Надання першої медичної допомоги при опіках

Термічні опіки

Однією з найбільш часто трапляються різновидів травматичних ушкоджень є **термічні опіки**. Вони виникають внаслідок попадання на тіло гарячої рідини, полум'я або дотику шкіри з розпеченими предметами. У залежності від температури і тривалості його впливу на шкіру утворюються опіки різного ступеня.

Опік I ступеня (еритема) проявляється гіперемією, набряком та болем на ділянці

ураження. Пошкоджений поверхневий шар епідермісу.

При **опіку II ступеня** пошкоджується вся товща епідермісу до паросткової зони. Його ознаки: почервоніння, різкий біль, набряк, утворення пухирів з жовтуватим ексудатом. Під епідермісом, що легко знімається, знаходиться яскраво-рожева хвороблива ранова поверхня.

Допомога:

Занурити кінцівку в холодну воду або поставити під струм холодної води

Застереження:

Ні в якому разі не змащувати місця опіків олією, жирами, кремами, мазями, сметаною, яйцем, зубною пастою. Не прикладати капусту, картоплю. Не посипати солю, содою. Пухирці не проколувати, не зривати (може занести інфекцію і на місці опіку утвориться шрам)

Опіки III ступеню (виразкова форма) характеризуються омертвінням всього епідермісу і поверхневих шарів дерми, м'язів.

Опіки IV ступеня (обвуглювання) супроводжуються загибеллю тканин, розташованих під власною фасцією (м'язи, сухожилля, кістки). Струп товстий, щільний, іноді з ознаками обвуглювання.

Допомога:

Накрити стерильною серветкою. Дати пити багато води нормальної температури і знеболювальне. Потерпілого транспортувати в лікарню.

Одяг з опіків не зривати , а обрізати максимально близько до місця де прилип одяг.

Хімічні опіки виникають в результаті дії на шкіру і слизові оболонки концентрованих неорганічних та органічних кислот, лугів, фосфору. Деякі хімічні сполуки на повітрі, при зіткненні з вологою або іншими хімічними речовинами легко спалахують або вибухають, викликають **термохімічні опіки**. Чистий фосфор самозаймається на повітрі, легко прилипає до шкіри і викликає також термохімічні опіки. Бензин, гас, скипидар, етиловий спирт, ефір часто бувають причиною опіків шкіри. Хімічні опіки викликаються і деякими рослинами (жовтцем, дурманом, проліском та 8н.), що

використовуються в якості компресів для лікування радикулітів, артритів, поліартритів, особливо в період цвітіння цих рослин.

Завдяки своєчасному і правильному наданню першої допомоги постраждалому на місці події ліквідуються або попереджаються глибокі ураження тканин, розвиток загального отруєння.

Допомога:

- одяг, просочений хімічною сполукою, необхідно швидко зняти, розрізати прямо на місці події самому потерпілому або його оточуючим.

На шкірі хімічні речовини слід змити великою кількістю води з-під водопровідного крана протягом 30-40 хвилин до зникнення специфічного запаху речовини, тим самим, запобігаючи його вплив на тканини організму. Не можна змивати хімічні сполуки, які спалахують або вибухають при зіткненні з водою.

Вапно не можна змивати водою. Максимально струсити за напрямком вітру, тільки після того змити великою кількістю води.

При потраплянні вапна в око, сухою серветкою вичистити око. Після того промити око очними краплями або кип'яченою водою.

- Ні в якому разі не можна обробляти уражену шкіру змоченими водою тампонами, серветками, тому що при цьому хімічні сполуки ще більше втираються в шкіру.

На пошкоджені ділянки шкіри накладається чиста і суха пов'язка. Мазеві (вазелінові, жирові, масляні) пов'язки тільки прискорюють проникнення в організм через шкіру багатьох жиророзчинних хімічних речовин (наприклад, фосфору).

- Знеболюючі засіби (анальгін, пенталгін 1-2 таблетки).

Дії населення у випадку раптового виникнення хімічної небезпеки:

Одержавши повідомлення (по радіо або з інших джерел) про викид (розлив) в атмосферу СДОР та про небезпеку хімічного зараження, необхідно виконати наступні заходи:

- по можливості негайно залишити зону хімічного забруднення;

- виходити із зони зараження у бік, протилежний напрямку вітру, при цьому обходити тунелі, яри, лощини (в низинах може бути висока концентрація СДОР);

- надягнути засоби індивідуального захисту органів дихання та найпростіші засоби захисту шкіри;

- якщо засобів індивідуального захисту немає і вийти з району аварії неможливо, залишитися у приміщенні, але негайно та надійно герметизувати приміщення, зменшивши можливість проникнення СДОР (парів, аерозолів);

- при підозрі на ураження СДОР необхідно уникати будь-яких фізичних навантажень, вживати велику кількість рідини (чай, молоко, сік, вода);

- вийшовши із зони зараження, зняти верхній одяг, ретельно вимити очі, ніс та рот, по можливості прийняти душ.

ПЕРША ДОПОМОГА ПРИ ПЕРЕЛОМАХ

Переломи бувають відкриті і закриті.

Переломи відкриті мають рану, розірвані шарі шкіри, кровотечу. З рани візуально видно уламки кісток.

Допомога:

Нічого ніколи з рани не забирати.

Обробити рану

Накласти пов'язку

Імобілізувати кінцівку максимально в тому стані як вона була вломана.

Закриті переломи

Кінцівка не рухається, болить сильно при мінімальному русі.

Деформація, набряк.

1. Попросити постраждалого витягнути руку вперед, зробити кругові рухи (при переломі не зробити)
2. Витягнути кінцівку вперед и легесенько вдарити по кінчикам пальців. Якщо перелам буде дуже сильний біль)

Для іммобілізації використовувати шини, палиці, стільниця, двері, косинка.

Постраждалому дати знеболювальне, транспортувати в лікарню.

