

РОЗДІЛ II

Т Е М А 1.

ПОРЯДОК І ПРАВИЛА НАДАННЯ ПЕРШОЇ ДОПОМОГИ ПРИ РІЗНИХ ТИПАХ УШКОДЖЕНЬ.

Навчальна ціль:

Вивчити:

Основні правила надання першої допомоги в невідкладних ситуаціях.

Порядок проведення первинного огляду потерпілого. Способи виклику екстреної медичної допомоги.

Ознаки порушення дихання. Забезпечення прохідності дихальних шляхів. Порядок проведення штучного дихання.

Ознаки зупинки роботи серця. Порядок проведення непрямого масажу серця.

Порядок проведення першої допомоги при ранах і кровотечах. Способи зупинки кровотеч. Правила та прийоми накладання пов'язок на рани.

Порядок проведення першої допомоги при переломах. Прийоми та способи іммобілізації із застосуванням табельних або підручних засобів.

Вид навчальних занять – групове заняття.

Тривалість – 1 година.

Метод проведення занять – бесіда, розповідь, показ.

Форма навчання – курсове навчання.

Місце проведення заняття – за місцем роботи працюючого персоналу.

Навчальні питання:

1. Основні правила надання першої допомоги в невідкладних ситуаціях. Проведення первинного огляду потерпілого. Способи виклику екстреної медичної допомоги.

2. Ознаки порушення дихання. Забезпечення прохідності дихальних шляхів. Проведення штучного дихання. Ознаки зупинки роботи серця. Проведення непрямого масажу серця.

3. Перша допомога при ранах і кровотечах. Способи зупинки кровотеч. Правила та прийоми накладання пов'язок на рани.

4. Перша допомога при переломах. Прийоми та способи іммобілізації із застосуванням табельних або підручних засобів.

Навчальна література і посібники:

1. Кодекс Цивільного захисту України. № 5403-VI від 02.10.2012 р., Київ
2. Само- і взаємодопомога при НС, Медвидав, Москва, 1970р.
3. Перша допомога: Підручник для населення. – 1999 Товариство Червоного Хреста України. - К.: Видавничий дім "Скарби", 1999.
4. Перша долікарська допомога. За ред. Василюка М.Д. – Івано-Франківськ: 2005.

ПЕРЕДМОВА

Стихійні лиха, аварії і катастрофи можуть викликати масові ураження. Унаслідок цього можливі різні травми – струси, переломи, стискання окремих частин тіла, поранення живота, грудної клітини, голови тощо. Пожежі можуть викликати опіки всіх ступенів разом з травмами. Аварії на хімічно і радіаційно небезпечних об'єктах можуть призвести до ураження великої кількості населення, що проживає поблизу цих об'єктів, якщо не будуть вжиті термінові заходи захисту, а також місцеве ураження шкіри і слизових оболонок.

Ураження людей може бути викликане уламками зруйнованих ударною хвилею споруд, осколками скла, грудками землі, а також пожежами, що виникають. У більшості випадків ураження людей можуть бути комбінованими – поєднанням поранень, переломів, опіків.

Органи охорони здоров'я і медична служба цивільного захисту будуть прагнути наблизити до місць надзвичайних ситуацій свої формування і старатися надати потерпілим першу медичну допомогу і евакуювати уражених у медичні заклади. Але щоб ця допомога була ефективною багато залежить не тільки від медичних формувань ЦЗ, а також від дії та умінь особового складу формувань ЦЗ загального призначення, від кожного громадянина надати само- і взаємодопомогу при ураженнях внаслідок надзвичайних ситуацій та нещасних випадків.

Перша допомога – найпростіші, термінові і доцільні міри для порятунку життя людини і попередження ускладнень при надзвичайних ситуаціях, нещасливому випадку, ушкодженні, раптовому захворюванні; проводяться до прибуття медичного працівника або доставки постраждалого в лікувальний заклад.

Перша допомога, здійснювана самим постраждалим, зветься **самодопомога**, наприклад самостійне накладення пов'язки при пораненні, промивання шлунку шляхом викликом блювотних прямих.

Взаємодопомога – перша допомога, що робиться іншими людьми, як правило, у більшому обсязі.

Запам'ятайте! Своєчасне і правильне виконання найпростіших прийомів медичної допомоги при травматичних пошкодженнях, опіках, обмороженнях і нещасних випадках, радіоактивному опромінюванні, отруєнні сильнодіючими отруйними речовинами та зараженню бактеріологічними засобами дозволить зберегти здоров'я та життя потерпілому.

Від ваших знань і навичок щодо надання само- і взаємодопомоги у НС залежить не тільки ваше здоров'я і життя, але і членів сім'ї та оточуючих.

ПЕРШЕ НАВЧАЛЬНЕ ПИТАННЯ:

ОСНОВНІ ПРАВИЛА НАДАННЯ ПЕРШОЇ ДОПОМОГИ В НЕВІДКЛАДНИХ СИТУАЦІЯХ. ПРОВЕДЕННЯ ПЕРВИННОГО ОГЛЯДУ ПОТЕРПІЛОГО. СПОСОБИ ВИКЛИКУ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ.

Перша медична допомога – це оперативна допомога потерпілому при отриманні ушкодження або раптовому приступі захворювання, яка надається переважно в порядку само- і взаємодопомоги та надається доти, поки не буде можливим одержання більш кваліфікованого медичного втручання.

Основна вимога, що ставиться до першої медичної допомоги – своєчасність і правильність її надання. При недодержанні цієї вимоги захисні сили організму ураженого можуть вичерпатись, після чого навіть кваліфікована медична допомога може виявитись марною. Фактор часу при організації першої допомоги відіграє основну роль, так як приблизно у середньому, кожний третій уражений буде знаходитись у важкому стані і для

його врятування буде потрібна негайна допомога. Чим швидше буде надана така допомога, тим більше буде врятовано людей.

Той хто надає першу допомогу, повинен самостійно швидко вирішити, що треба робити для врятування життя ураженого. У першу чергу має бути усунута та причина, яка є найбільш загрозливою або небезпечною для життя ураженого.

При наданні першої допомоги ураженим:

- здійснюють тимчасову зупинку кровотечі, накладення пов'язок при пораненнях і опіках, іммобілізацію при переломах кісток, штучне дихання;
- на уражених, що знаходяться на заражених радіоактивними речовинами або бактеріальними засобами ділянках місцевості при необхідності, надягають зволожені ватно-марлеві пов'язки, протипилові тканинні маски, респіратори або протигази (при зараженні території отруйними речовинами – обов'язково протигази), проводять часткову санітарну обробку, дезактивацію, дегазацію і дезінфекцію;
- дають протиотруту (антидот) при ураженні отруйними речовинами, а при ураженні бактеріальними засобами-засоби екстреної профілактики;
- виносять (вивозять) уражених у лікувальні установи, що збереглися, або загопи першої медичної допомоги.

Послідовність проведення цих заходів залежить від характеру, ступеня зараження і від конкретних умов, що склалися.

В першу чергу медичну допомогу надають ураженим, таким, що мають небезпечну для життя артеріальну кровотечу, знаходяться в стані шоку, при зупинці серцевої діяльності і дихання, наявності важких комбінованих травм і уражених електричним струмом.

Не менше значення має і правильне визначення черговості виконання прийомів надання першої медичної допомоги, особливо при важкій комбінованій травмі:

- артеріальною кровотечею, поки вона не зупинена, не введений протибольовий засіб, а рана не закрита стерильною пов'язкою;
- не допустимо проводити штучне дихання і непрямий масаж серця ураженому, у якого не звільнені верхні дихальні шляхи, і якщо він неправильно лежить.

В першу чергу треба провести ті заходи щодо надання першої медичної допомоги, від яких залежить збереження життя ураженого, а також ті, без яких не можуть бути виконані подальші прийоми.

Якщо життю ураженого загрожує небезпека, то першу медичну допомогу йому надають на місці, де він виявлений.

Людина, яка надає першу допомогу, повинна знати основні ознаки порушення життєво важливих функцій організму людини, загальні принципи надання першої долікарської допомоги і її прийоми стосовно характеру отриманих потерпілим пошкоджень.

Людина, яка надає першу допомогу, повинна вміти:

- оцінити стан потерпілого і визначити, якої допомоги насамперед той потребує;
- забезпечити вільну прохідність верхніх дихальних шляхів;
- виконати штучне дихання «із рота в рот» або «із рота в ніс» та зовнішній масаж серця і оцінити їх ефективність;
- зупинити кровотечу накладанням джгута, стисної пов'язки або пальцевим притискуванням судин;
- накласти пов'язку при пошкодженні (пораненні, опіку, відмороженні, забої);
- іммобілізувати пошкоджену частину тіла при переломі кісток, важкому забої, термічному ураженні;
- надати допомогу при тепловому і сонячному ударах, утопленні, отруєнні, блюванні, втраті свідомості;
- використати підручні засоби при перенесенні, навантаженні і транспортуванні потерпілого;

- визначити необхідність вивезення потерпілого машиною швидкої допомоги чи попутним транспортом;
- користуватися аптечкою швидкої допомоги.

Загальні принципи надання першої медичної допомоги.

Оптимальний термін надання першої медичної допомоги – до 30 хв. Після отримання ушкодження. При зупинці дихання цей час скорочується до 5-10 хвилин.

Існує *чотири основних правила* надання першої медичної допомоги потерпілим в умовах надзвичайних, несприятливих побутових та нестандартних ситуаціях:

- огляд місця події;
- первинний огляд постраждалого;
- виклик «швидкої медичної допомоги»;
- вторинний огляд потерпілого.

Огляд місця події.

При огляді місця події потрібно звернути увагу на те, що може загрожувати вашому життю, життю постраждалого й інших людей. Це перш за все: оголені електричні проводи, падіння уламків, інтенсивний дорожній рух, пожежа, дим, шкідливі випари, несприятливі погодні умови, глибина водойми і багато чого іншого. Якщо вам загрожує будь-яка небезпека, не наближайтеся до потерпілого. негайно викличте швидку медичну допомогу або оперативно-рятувальну службу.

Намагайтеся визначити характер події. Зверніть увагу на деталі, які могли б вам підказати характер отриманих ушкоджень. Вони особливо важливі, якщо потерпілий перебуває без свідомості. З'ясуйте, чи нема на місці події інших потерпілих.

Наблизившись до потерпілого, намагайтеся заспокоїти його. Знаходьтеся на рівні його очей, розмовляйте спокійно, запитайте: «Хто Ви?», запропонуйте йому допомогу, проінформуйте про те, що збираєтеся робити. Перш ніж приступати до надання першої медичної допомоги, по можливості, отримайте на це дозвіл потерпілого.

Первинний огляд потерпілого.

У процесі первинного огляду визначаються ознаки клінічної смерті.

Як відомо, процес вмирання людини має деяку тривалість, що обмежується 5-7 хвилинами. Це час так званої клінічної смерті, коли процеси, що відбуваються в організмі, зворотні й людині можна допомогти.

Лікарі виділяють *чотири ознаки клінічної смерті*, які дуже просто визначаються, причому для цього не потрібно мати спеціальних знань, це насамперед:

1. Відсутність свідомості (будь-яка людина, що у стані говорити або видати звук, перебуває у свідомості).
2. Відсутність дихання (відсутність рухів грудної клітки та руху повітря через ніс і рот).
3. Відсутність реакції зіниці на світло.
4. Відсутність пульсу на сонній артерії.

Визначення ознак дихання.

Якщо потерпілий знаходиться у несвідомому стані, зверніть увагу на груди, які при диханні повинні підніматися й опускатися. Для цього покладіть свою руку на груди потерпілого й візуально спостерігайте за рухами грудної клітки.

Визначення пульсу.

Намацайте сонну артерію на його шиї з боку, що перебуває ближче до вас. Для виявлення сонної артерії знайдіть «адамове яблуко» (кадик) і зруште пальці (вказівний, середній й безіменний) у поглиблення між трахеєю й довгою бічною лінією шиї. При вповільненому або слабкому серцевитті пульс буває важко визначити, тому пальці треба прикласти до шкіри з дуже-дуже слабким тиском. Якщо вам не вдалося намацати пульс із першого разу, повторіть знову з кадика, пересуваючи пальці на бічну поверхню шиї.

Зазначені визначення слід робити дуже швидко, затративши на все це не більше 10-15 секунд.

Алгоритм визначення життєдіяльності організму людини

Свідомість	Дихання	Пульс	Загальний стан	Ваші дії
наявна	наявне	наявний	постраждалий реагує на Вас, але його стан може погіршитись	контроль стану постраждалого
відсутня	наявне	наявний	реакції немає	– вторинний огляд; – стабільне положення; – дзвонить 103.
відсутня	відсутнє	наявний	реакції немає	– штучна вентиляція легень (протягом 1 хвилини, якщо Ви один) – дзвонить 103; – продовжуйте штучну вентиляцію легень.
відсутня	відсутнє	відсутній	реакції немає	– серцево-легенева реанімація (протягом 1 хв., якщо Ви один); – дзвонить 103; – продовжуйте серцево-легеневу реанімацію.
З'ясуйте наявність ознак біологічної смерті. При їх відсутності приступіть до серцево-легеневої реанімації				– серцево-легенева реанімація (протягом 1 хв., якщо Ви один); – дзвонить 103; – продовжуйте серцево-легеневу реанімацію.

До приїзду бригади слід провести *вторинний огляд*, який полягає у виявленні проблем, що безпосередньо не загрожують життю постраждалого, але можуть мати серйозні наслідки, якщо їх залишити без уваги та надання першої допомоги.

Насамперед, слід з'ясувати загальний стан постраждалого як задовільного, середнього ступеня тяжкості чи тяжкого.

Критерії оцінки стану постраждалого

Критерії	Стан постраждалого		
	легкого ступеня тяжкості	середнього ступеня тяжкості	тяжкий
Реакція органів зору	розплющування очей постраждалого за словесною командою	розплющування очей у відповідь на больові подразнення	неможливість їх самостійного розплющення зовсім
Мовний контакт	Говорить вільно	говорить з затрудненням	не говорить зовсім

Критерії	Стан постраждалого		
	легкого ступеня тяжкості	середнього ступеня тяжкості	тяжкий
Свідомість	ясна	затьмарена	відсутня

Виклик швидкої медичної допомоги.

Швидка медична допомога повинна викликатися в будь-якій ситуації. Особливо у випадках:

- несвідомого стану або проблем з диханням (утруднене дихання або його відсутність);
- болі серця, що не припиняються, або відчуття тиску в грудях;
- відсутності пульсу;
- сильної кровотечі;
- сильного болю в животі;
- блювоти із кров'ю або кров'янистими виділеннями (із сечею, мокротинням тощо);
- отруєння;
- судом;
- сильному головному болю або невиразній мові;
- травмі голови, шиї або спини;
- імовірності перелому костей;
- раптово виниклих порушеннях руху.

При виклику *швидкої медичної допомоги* слід повідомити диспетчеру наступну інформацію:

- точне знаходження місця події, її адресу або місце розташування;
- назву населеного пункту або найближчих пересічних вулиць (перехресть або доріг);
- орієнтири;
- свої прізвище, ім'я, по батькові;
- що відбулося (ДТП, пожежа тощо);
- число потерпілих;
- характер ушкоджень (болі в грудині, утруднене дихання, відсутність пульсу, кровотеча тощо).

Перебуваючи один на один з постраждалим, гучним голосом покличете на допомогу. Лемент може привернути увагу перехожих, які могли б викликати швидку медичну допомогу. Якщо ніхто на це не відгукується, постарайтеся самі якнайшвидше викликати швидку медичну допомогу.

ДРУГЕ НАВЧАЛЬНЕ ПИТАННЯ:

ОЗНАКИ ПОРУШЕННЯ ДИХАННЯ. ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРОХІДНОСТІ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ. ПРОВЕДЕННЯ ШТУЧНОГО ДИХАННЯ. ОЗНАКИ ЗУПИНКИ РОБОТИ СЕРЦЯ. ПРОВЕДЕННЯ НЕПРЯМОГО МАСАЖУ СЕРЦЯ.

При наявності ознак клінічної смерті, перш за все, відсутності дихання (ознаки описані вище) й припиненні серцевої діяльності (за показниками відсутності пульсу) проводяться *реанімаційні заходи*, вони спрямовані на відновлення цих важливих функцій організму й включають у себе проведення непрямого масажу серця та штучної вентиляції легенів. Якщо ці заходи розпочаті в першу хвилину, імовірність виживання постраждалого становить більше 90 %, через 3 хвилини – не більше 50 %.



Штучне дихання методом рот у рот:

- а – положення голови потерпілого;
- б – вдихання повітря через рот

Штучна вентиляція легенів (штучне дихання.) виконується у двох випадках:

- коли відсутнє серцебиття й дихання, тобто людина перебуває в стані клінічної смерті;
- тоді, коли збережене серцебиття, а самостійне дихання відсутнє, або частота дихальних рухів не перевищує 10 разів у хвилину.

Проводиться шляхом дихання "ртом до рота" чи "ртом до носа".

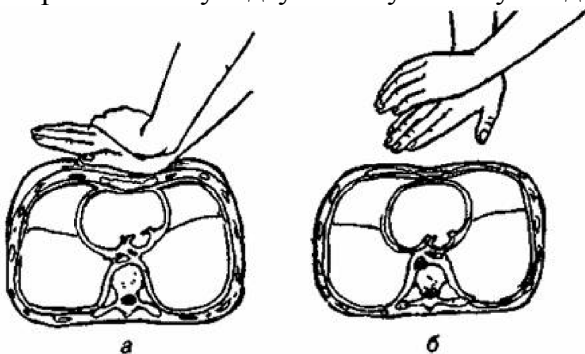
Пам'ятайте! Перш ніж проводити штучну вентиляцію легенів у потерпілого, який перебуває без свідомості, необхідно переконатися в *прохідності* його *дихальних шляхів*. Для цього закиньте його голову трохи назад і підніміть підборіддя. При цьому язик перестає закривати задню частину горла, пропускаючи повітря в легені. Якщо в його дихальні шляхи потрапили сторонні предмети, їх слід видалити вказівними і середніми пальцями, які перед цим обертають чистою носовою хусткою або марлею, швидко очищають ротову порожнину від сторонніх предметів – крові, слизу і т.п.

Увага! Перед тим, як закинути голову постраждалого, необхідно обов'язково з'ясувати можливість ушкодження в нього шийного відділу хребта, шляхом дуже обережного прощупування пальцями шийного відділу хребта.

При виконанні штучної вентиляції легенів слід переконатися, що грудна клітка потерпілого на ваш видих в його легені реагує, робить рух – піднімається. Якщо цього не відбувається, дихальні шляхи непрохідні й повітря в легені потерпілого не надходить, отже, всі зусилля будуть марні. У цьому випадку потрібне повторне очищення дихальних шляхів потерпілого і зміна положення його голови.

Непрямий масаж серця.

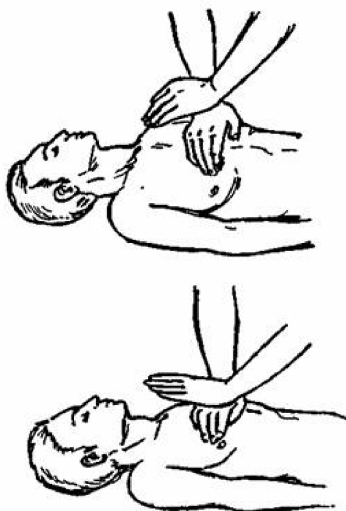
Увага! Перед тим, як приступити до непрямого масажу серця потерпілого, необхідно переконатися у відсутності у нього ушкодження хребта.



Механізм зовнішнього масажу серця:

- а – штучна систола (скорочення серця);
- б – диастола серця (розслаблення і заповнення шлуночків кров'ю)

Правильне розташування рук при зовнішньому масажі серця



Непрямий масаж серця (прямий масаж роблять хірурги, що оперують на відкритому серці) починають відразу ж після визначення ознак клінічної смерті або зупинки серця.

Техніка непрямого масажу серця:

- покласти постраждалого на тверду поверхню й стати на коліна з лівої від нього сторони. У якості рівної й твердої поверхні можуть бути використані стіл, стільці, підлога або будь-які інші предмети (дошки, зняті з петель двері тощо). Виконання цієї умови обов'язкове, тому що непрямий масаж серця полягає у тому, щоб через грудну клітку здавити серце, розташоване між грудиною (центральною частиною грудної клітки) і хребтом. При цьому кров із

шлуночків серця видавлюється в аорту й артерії, а після припинення тиску знову заповнює серце через вени;

- на місце проекції серця на грудині покласти долоню однієї руки, а зверху іншу долоню (долоні одна надругій), пальці тримати піднятими, великі пальці повинні дивитися в різні сторони;

- давити на грудину необхідно тільки прямими руками, при цьому використовуючи масу тіла (плечового поясу, спини й верхньої половини тулуба). При проведенні непрямого масажу серця у дитини можна використовувати одну руку, а в немовляти – один великий палець;

- долоні не повинні відриватися від грудини постраждалого і кожний наступний рух

необхідно робити тільки після того, як грудна клітка повернеться у вихідне положення;

- ритмічні натиснення на грудину необхідно робити з такою силою, щоб грудна клітка здавлювалася в дорослої людини на 5 см, у підлітка – на 3 см, в однорічної дитини – на 1 сантиметр;

- ритм натиснень на грудну клітку повинен відповідати частоті серцевих скорочень у стані спокою, приблизно 1 раз у секунду, кожне правильно виконане натиснення на грудину відповідає одному серцевому скороченню;

- мінімальний час проведення непрямого масажу серця, навіть при відсутності ознак його ефективності, повинен бути не менше 15-20 хвилин.

Ефективність непрямого масажу серця в сполученні зі штучною вентиляцією легенів може спостерігатися вже через 1-2 хвилини:

- шкіра потерпілого поступово набуває нормального кольору;

- з'являється реакція зіниць на світло (вони звужуються);

- визначається пульсація на сонній артерії.

Ефективність реанімаційних заходів.

Ефективність реанімаційних заходів залежить не тільки від точності виконання техніки непрямого масажу серця й штучної вентиляції легенів, але й від їхнього співвідношення в процесі дій. Якщо ви проводите реанімацію один, то треба робити приблизно 60 натискань у хвилину. На кожні 10 натиснень на грудину проводять два видихи (для дітей дошкільного віку інтенсивність натискань при штучній вентиляції легенів повинна бути 100 разів у хв.; на кожні п'ять натиснень робити вдих).

Звичайно краще проводити реанімацію вдох або втрех. При цьому на п'ять надавлювань – роблять один вдих, а один з учасників створює досить сильний тиск на живіт потерпілого, оскільки при цьому із кровообігу виключається значний обсяг крові (малий таз і нижні кінцівки) і створюються кращі умови для повноцінного кровопостачання головного мозку.

Якщо ваші зусилля, в результаті проведення реанімаційних заходів, увінчалися успіхом і в потерпілого, що перебуває без свідомості, стали визначатися дихання і пульс, не залишайте його лежати на спині, за винятком травми шиї або спини, переверніть потерпілого на бік, щоб його дихальні шляхи були відкриті. У цьому положенні язик не закриває дихальні шляхи. Крім того, у цій позі блювотні маси, виділення й кров можуть вільно виходити з ротової порожнини, не закриваючи дихальних шляхів.

ТРЕТЄ НАВЧАЛЬНЕ ПИТАННЯ:

ПЕРША ДОПОМОГА ПРИ РАНАХ І КРОВОТЕЧАХ. СПОСОБИ ЗУПИНКИ КРОВОТЕЧ. ПРАВИЛА ТА ПРИЙОМИ НАКЛАДАННЯ ПОВ'ЯЗОК НА РАНИ.

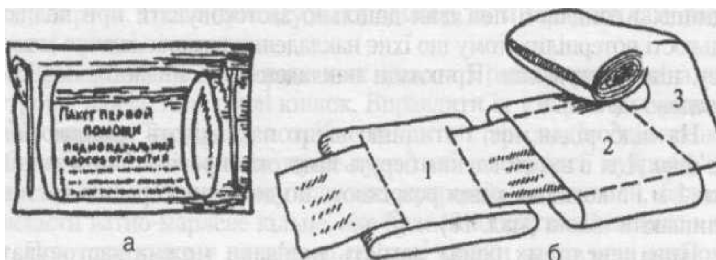
Серед травм, які виникають в осередках ураження надзвичайних ситуацій, може бути велика кількість ран – ударів, розтрошчувань, різаних, колотих, рваних та інших.

Раною називають всяке порушення цілості шкірних і слизових оболонок організму людини, при цьому найбільше ушкоджуються м'язи, кістки внутрішні органи.

Признаками рани є: вхідні шляхи для попадання в організм людини мікроорганізмів збудників інфекцій і, крім того, постійне джерело роздратувань, які спричиняють пагубну дію на пораненого.

Для захисту рани від можливого ураження бактеріями, отруйними або радіоактивними речовинами на неї накладають пов'язку; пов'язка також сприяє зупинці кровотечі і утримує пошкоджений орган в зручному спокійному стані.

На рану звичайно кладуть кусок стерильної марлі або бинта, потім шар вати і закріплюють пов'язку за допомогою бинта. Бинт, як правило, розмотують зліва направо так, щоби кожний шар щільно лягав один на другий і прикривав половину ширини попереднього шару. Щоби бинт не сповзав і не розмотувався, бинтування проводять від найбільш вузької частини тіла до більш широкої (знизу вверху); щоби не було кишень, при бинтуванні кінцівок роблять перегинання бинта після одного або декількох шарів.



Пакет перев'язувальний індивідуальний:

а – в упаковці;

б – розгорнутий для використання:

1,2 – ватно-марлеві подушечки;

3 – бинт.

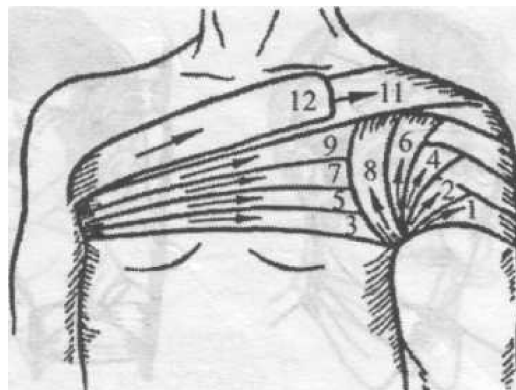
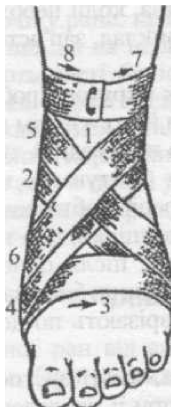
Для накладання пов'язок зручно користуватися *індивідуальним перев'язувальним пакетом*, який складається із бинта, двох ватно-марлевих подушечок, чохла і булавки.

Розкривши пакет, виймають бинт і подушечки так, щоби не торкатися їх внутрішньої поверхні руками; подушечки накладають внутрішньою поверхнею на рану, а при наскрізних пораненнях – нерухому на вхідний отвір, рухому – на вихідний, і потім прибинтовують їх; кінець бинта закріплюють булавкою.

Для накладання пов'язок, закруток і створення покою пошкодженої кінцівки може бути також використана косинка.

Якщо відсутня зовнішня кровотеча, а потерпілий відчуває різку слабкість, запаморочення, втрачає свідомість, шкіряні покрови у нього бліді, то це свідчить про можливу внутрішню кровотечу. При такій кровотечі необхідна термінова лікарняна допомога, для забезпечення її проводиться термінова доставка потерпілого в медичний заклад. Щоби не допустити при цьому знекровлення мозку потерпілого, рекомендується покласти його на носі з піднятими вгору кінцівками.

При наданні першої медичної допомоги в осередку ураження не дозволяється промивати рану, видаляти із неї чужорідні тіла і торкатися руками, оскільки цим можна ускладнити пошкодження і викликати зараження рани. З метою боротьби з інфекцією пораненим дають протибактеріальний засіб.



*Вісімкаподібна пов'язка на
п'яточно-гомілковий суглоб*

*Бинтування ділянки плечового суглоба
(колосоподібна пов'язка)*

При бинтуванні суглобів стопи і кисті використовують вісімка-подібні пов'язки (називаються так тому, що при їх накладанні бинт весь час немов обрамує цифру «8»).

При пораненні плечового суглоба потрібно застосовувати колосоподібну пов'язку.



*Пов'язка на
тазостегновий суглоб*



*Пов'язка на колінний
суглоб*



*Вісімкаподібна пов'язка на
кисть*

Косинчасті пов'язки:



На голову



На сідничну ділянку

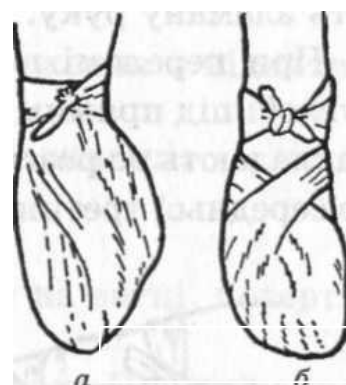


На ділянку ліктьового суглоба

Пов'язки у вигляді косинки використовуються при пораненні голови, сідничної ділянки чи ліктьового суглоба.



На підборіддя, ніс, потилицю і лоб накладають пов'язку подібну на пращу (пращоподібні пов'язки).

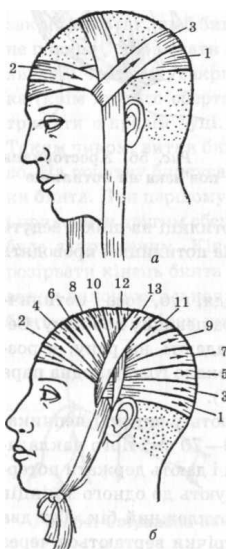


Підвішування
руки на косинці (а, б)

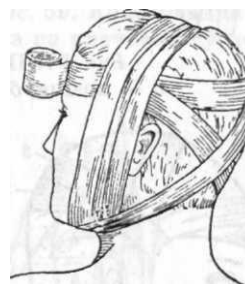
Косиначна пов'язка на
плече

Косиначні пов'язки на:
а — кисть; б — стопу

Для її виготовлення беруть кусок широкого бинта довжиною біля 1 м і з кожного кінця розрізають по довжині, середню частину залишають цілою. При невеликих ранах замість пов'язок можна використовувати наклейки.

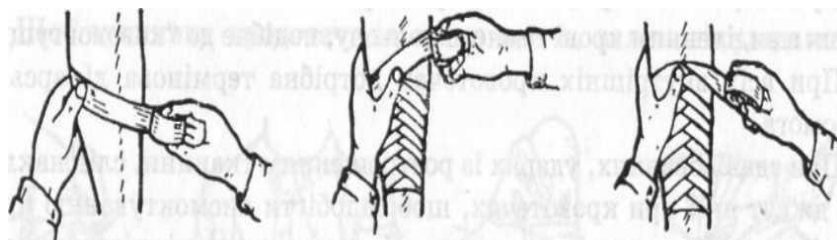


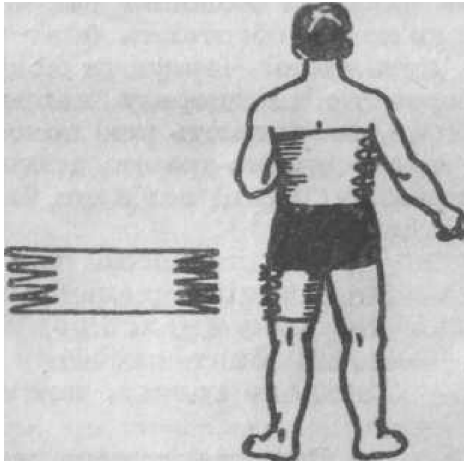
Якщо поранено волосисту частину голови, то накладають пов'язку «чепець», закріплюючи її смужкою бинта (зав'язкою) за нижню щелепу. Від бинта відрізають шматок завдовжки до 1 м, кладуть його середню частину на тім'я поверх стерильної серветки, що закриває рану, кінці опускають вертикально донизу попереду вух і утримують в натягнутому стані. Навколо голови роблять коловий закріплюючий хід, дійшовши до зав'язки, обертають бинт навколо неї і ведуть косо на потилицю. Чергуючи ходи бинта через потилицю і через лоб і щоразу направляючи його більш вертикально, закривають усю волосисту частину голови. Після цього двома трьома коловими ходами закріплюють пов'язку. Кінці зав'язки бантом зав'язують під підборіддям.



Пов'язка на око

Хрестова пов'язка на потилицю





Якщо табельних перев'язувальних матеріалів недостатньо чи немає зовсім, використовують підручні засоби.

Особливо зручні економні пов'язки за Маштафаровим. Для них користуються шматками тканини (з простирадла, сорочки тощо) різної величини, надрізавши їх кінці для шворок. Спочатку на рану накладають стерильний бинт або серветку (якщо необхідно, то і вату), а потім шматком тканини зі шворками закріплюють пов'язку.

Схема надання першої допомоги:

- обережно зняти бруд зі шкіри навколо рани, в напрямку від рани;
- очищену ділянку шкіри обробити йодом;
- накрити рану стерильною або будь-якою чистою серветкою повністю прикривши краї рани;
- накласти стисну пов'язку;
- дати знеболювальне (1-2 таблетки анальгін);
- викликати лікаря або терміново доставити постраждалого до лікарні.

Неприпустимо:

- накладати джгут при венозній кровотечі;
- промивати рану водою;
- лити у рану спиртові або будь-які інші розчини;
- обробляти йодом саму рану;
- прикладати вату безпосередньо до рани;
- не звернутися до лікаря, якщо:
 - 1) рана розміром більше 1,0-1,5 см;
 - 2) велика кровотеча з рани;
 - 3) у потерпілого немає щеплення проти правця;
 - 4) рана розташована на пальцях кисті або стопи;
 - 5) рана сильно болить;
 - 6) виникло почервоніння і набряк шкіри навколо рани, підвищилася температура тіла;
- 7) при будь-яких укушених або забруднених землею ранах.

При накладанні пов'язки потерпілого слід посадити або положити, тому що навіть при невеликих пошкодженнях, під впливом нервового збудження, болю може наступити короточасна втрата свідомості – памороки.

Накладання пов'язок при проникаючих ранах живота і грудей мають деякі особливості.

Так, при проникаючій рані живота із рани можуть випадати нутрощі. Вправляти їх заборонено, це може зробити тільки хірург при операції. Таку рану слід закрити стерильною марлевою серветкою і забинтувати живіт, але не сильно, щоби не здавити нутрощі, які випали.

При проникаючій рані грудної клітки, повітря зі свистом засмоктується в рану, а при видиху – з шумом виходить із неї. Таку рану необхідно закрити якнайшвидше. Для цього на рану кладуть декілька шарів марлі, товстий шар вати і закривають її куском клейонки, компресним папером, прогумованою оболонкою індивідуального пакету або іншим матеріалом, який не пропускає повітря, після чого туго забинтовують.

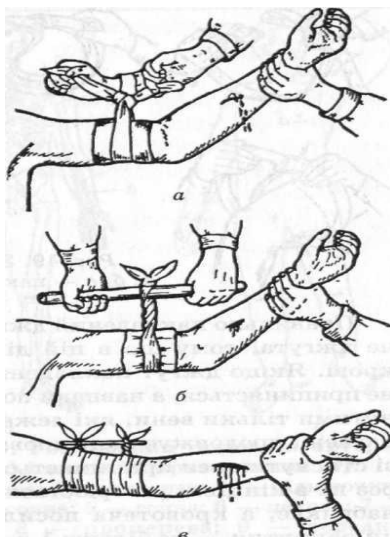
Кровотечі.

За характером кровотечі завжди можна визначити, які судини пошкоджені.

Капілярна кровотеча, коли кров повільно сочиться із пошкоджених судин, зупиняється накладанням давлучої пов'язки.

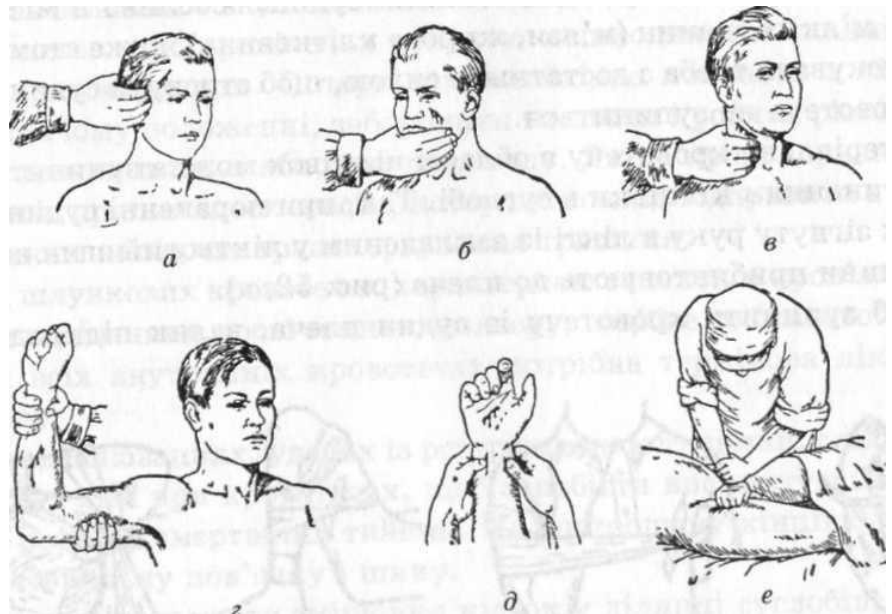
Венозна кровотеча, коли із рани витікає безперервно струмінь темно-червоної крові, зупиняють його шляхом придання підвищеного стану пошкодженій частини тіла і накладання тугої давлучої пов'язки; при пошкодженні великих вен кровотечу зупиняють накладанням джгута.

Артеріальна кровотеча, коли із рани витікає яскраво-червона кров; зупиняють її пальцевим притискуванням, накладанням давлучої пов'язки, джгута або закрутки. Кровотеча із малих артерій може бути зупинена накладанням давлучої пов'язки: на рану накладають декілька шарів стерильної марлі або бинта, потім шар вати, і все це щільно прибинтовують.



Зупинка кровотечі за допомогою закрутки:

- а) утворення вузла;
- б) закручування;
- в) закріплення палички

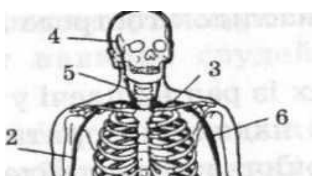


при кровотечі

Найбільш швидко зупинити кровотечу можна за допомогою пальцевого притискування кровоносної судини до прилеглої кістки; особливо цей спосіб придатний при ранах голови, обличчя та ший.

При кровотечах із ран голови притискують скроневу артерію попереду вуха, на рівні брови; при кровотечах із ран обличчя або губ притискують нижню щелепну артерію по середині нижньої щелепи напроти малого корінного зуба; кровотечу із ран голови і обличчя можна зупинити, крім того, шляхом притискування одної із сонних артерій, збоку від гортані, до шийних хребців.

Кровотечу із плечової артерії можна зупинити, вдавленням тугого валика із вати у підпахову впадину.

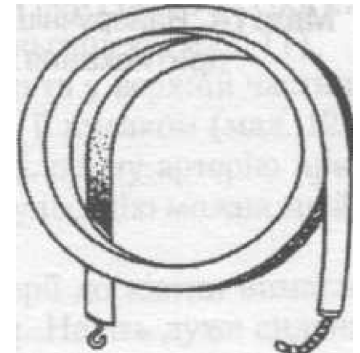


Розміщення головних артерій людини:

- 1 – стегнова;
- 2 – плечова;
- 3 – підключична;
- 4 – височна;
- 5 – сонна;
- 6 – пахова;
- 7 – ліктьова;
- 8 – променева;
- 9 – передня високогомілкова

Кровотечу із ран на нозі зупиняють шляхом притискування стегнової артерії всередині пахового згину.

Сильну артеріальну і венозну кровотечу тимчасово зупиняють за допомогою джгута або закрутки. Джгут на кінцівку накладається тоді, коли туга пов'язка не дає ефекту або потрібно швидко зупинити сильну кровотечу із великих судин.



Накладання джгута:

- 1) на гомілку; 2) на стегно; 3) на передпліччя; 4) на плече;
- 5) на плече високо з прикріпленням до тулуба; 6) на стегно високо з прикріпленням до тулуба

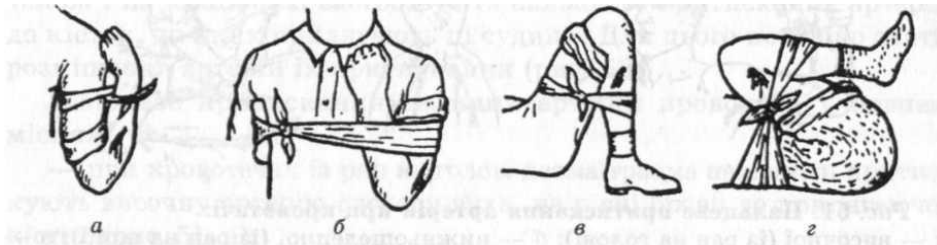
Гумовий джгут

Спеціальні кровоспинні джгути виготовляють із гуми або тканини. Гумовий джгут являє собою товсту еластичну гумову трубку або стрічку довжиною до 1,5 м з ланцюжком і крючком на кінцях або без них. Перед накладанням такого джгута під нього обов'язково підкладається прокладка із тканини, вати або марлі. Джгут беруть за середину, злегка розтягують і обертають ним кінцівку так, щоби наступні оберти розташувалися поруч з першими і з'являлася широка давлюча поверхня; кінці джгута скріплюють за допомогою крючка і ланцюжка, при їх відсутності – зав'язують.

Важливо правильно накладати джгут і закрутку. При правильному їх накладанні кінцівка нижче коліна біліє, пульс пропадає і зупиняється кровотеча. Недостатньо туго накладений джгут (закрутка) не зупиняє кровотечу; від здавлювання вен створюється застій крові, від чого кінцівка синіє і набрякає, а кровотеча збільшується. Однак неможливо джгут (закрутку) накладати надто туго: сильне перетягування кінцівки викликає стійке порушення чутливості і руху кінцівок одразу після накладання його і може привести до омертвіння кінцівки.

Необхідно особливо підкреслити те, що джгут або закрутка накладається не більш ніж на 1,5-2 з, а у холодний час і при променевих (радіаційних) ураженнях – не більше як на 1 з, інакше може виникнути омертвіння кінцівки. Час накладання джгута або закрутки обов'язково повинен бути відмічений на папірці, який підкладають під джгут (закрутку), або на самій пов'язці.

Якщо з моменту накладання джгута або закрутки пройшло більше 1-2 години, то необхідно послабити джгут (закрутку) – до появи рожевого кольору і відновлення чутливості. Роблять це повільно, з тим щоби у випадку відновлення кровотечі тік крові не виштовхнув кров'яний згусток, який уворився у рані. Опісля 5-10 хв. після повного розслаблення джгута (закрутки) і не відновлення кровотечі можна вважати її зупиненою. При цьому, розслаблений джгут (закрутку) не знімають. При відновленні кровотечі використовують пальцеве притискання судини або підняття кінцівки; можна також використати знову джгут (закрутку), але накладати його слід на нове місце.



Зупинка кровотечі максимальним згинанням кінцівок у суглобах і фіксації їх в цьому положенні



Тимчасова зупинка кровотечі з підключичної артерії відведеним рук назад

Зупинка кровотечі із ран кінцівок їх згинанням у суглобах з наступною фіксацією є другим надійним способом. В область суглобного згинання попередньо кладуть валик із марлі або вати.

Метод згинання кінцівок у суглобах не можна застосовувати при внутрішньо-суглобових переломах та інших пошкодженнях суглобів.

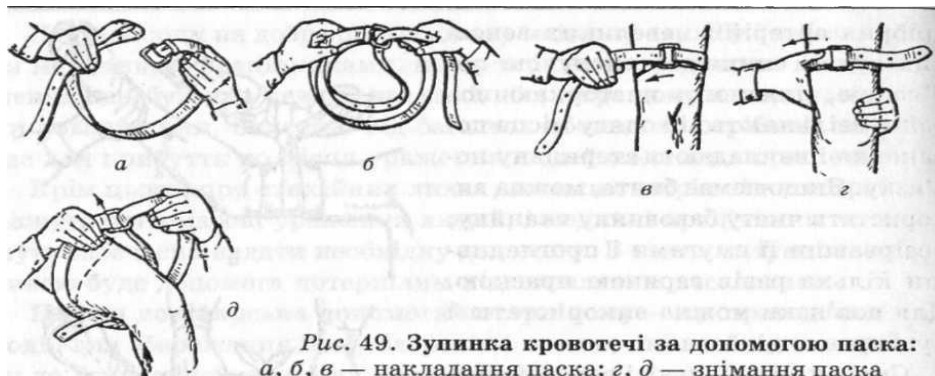


Рис. 49. Зупинка кровотечі за допомогою паска: а, б, в — накладання паска; з, д — знімання паска

Схема надання першої допомоги:

- притиснути артерію пальцями або кулаком вище місця поранення (кінцівки) або нижче (шия);
- до накладення джгута тримати кінцівку у піднятому положенні;
- завести джгут за кінцівку (підклавши під джгут серветку, хустинку) і розтягнути з максимальним зусиллям;
- зробити перший виток джгута і перевірити пульс (його не повинно бути на тій кінцівці, на яку накладають джгут);
- накласти наступні витки джгута з меншим зусиллям;
- закріпити джгут і вкласти записку із зазначенням часу накладення джгута.

Непринустимо:

- гаяти час на звільнення постраждалої кінцівки від одягу;
- маскувати джгут під одяг (джгут повинен бути добре помітним!);
- негайно не накласти джгут правильно у разі посиніння кінцівки та появи набряку;

- при переломах кінцівки зупиняти кровотечу на ній максимальним фіксованим згинанням;
- у холодну пору року не вкрити кінцівку, на яку накладено джгут, для запобігання відмороження.

Транспортувати хворих з зупиненою кровотечею необхідно обережно без поштовхів і різких рухів щоб не викликати наступну кровотечу.

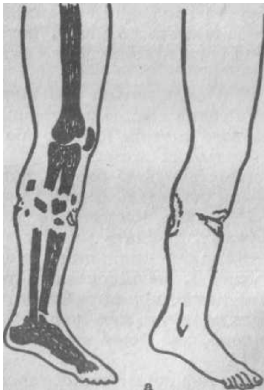
ЧЕТВЕРТЕ НАВЧАЛЬНЕ ПИТАННЯ:

ПЕРША ДОПОМОГА ПРИ ПЕРЕЛОМАХ. ПРИЙОМИ ТА СПОСОБИ ІММОБІЛІЗАЦІЇ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ ТАБЕЛЬНИХ АБО ПІДРУЧНИХ ЗАСОБІВ.

Унаслідок сильного удару, падіння тощо може статися перелом кісток.

Перелом – це порушення цілісності кістки. Розрізняють закриті переломи, коли не відбувається пошкодження шкіри, та відкриті, коли зламана кістка виходить назовні.

Ознаки: біль постійний чи такий, що виникає в разі навантаження на ушкоджену кінцівку або при обмацуванні області перелому, неможливість рухів в ушкодженій області, зміна форми частини тіла (кінцівки) в області перелому, крововиливи, ненормальна рухомість кістки в області перелому.



Переломи:

- а) відкритий (гомілки);
- б) закритий (передпліччя)

Загальний стан потерпілого залежить від характеру перелому і може бути досить тяжким (особливо в разі переломів кісток черепа, таза, стегна тощо), часто підвищується температура тіла.

Слід пам'ятати, що деякі з перелічених ознак іноді можуть бути відсутні. Тому, коли є підозра на перелом, пошкодження слід розцінювати як перелом і надавати

потерпілому відповідну допомогу.

Основне правило надання першої медичної допомоги при переломах – здійснення в першу чергу тих заходів, від яких залежить збереження життя потерпілого, а саме:

- зупинка артеріальної кровотечі;
- попередження травматичного шоку;
- накладання стерильної пов'язки на рану;
- проведення іммобілізації табельними чи підручними засобами.

При закритому переломі шини накладають поверх одягу.

Схема надання першої допомоги при закритому переломі:

- знедвижити місце перелому;
- накласти шину;
- дати постраждалому знеболювальне (1-2 таблетки анальгіну);
- на місце перелому прикласти холод для зменшення болю;
- викликати швидку допомогу або доставити постраждалого до лікувального

закладу.

Неприпустимо:

- дозволяти постраждалому рухати ушкодженою кінцівкою;
- знімати одяг із зламаної кінцівки;
- прикладати тепло до місця перелому;
- транспортувати потерпілого не наклавши шини.

При відкритому переломі кінцівки варто розрізати штанину чи рукав по швах, зупинити кровотечу, накласти на рану пов'язку і почати накладення шини.

Схема надання допомоги при відкритому переломі:

- перевірте наявність пульсу та дихання;
- у разі необхідності очистіть дихальні шляхи постраждалого;
- забезпечте нерухомість зламаної кінцівки;
- розріжте одяг на місці рани таким чином, щоб можна було накласти пов'язку;
- зупинить кровотечу (обробіть краї рани і накладіть стерильну пов'язку);
- накладіть шину.

Непринципово:

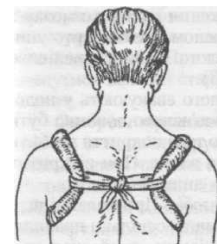
- не зупинити кровотечу;
- накладати шину на оголену кінцівку або безпосередньо на рану;
- дозволяти постраждалому рухати пошкодженою кінцівкою;
- торкатися рани, вправляти або видаляти уламки кісток та чужорідні тіла.

При переломах потерпілому необхідно забезпечити *імобілізацію* (нерухомість) пошкодженої ділянки тіла. Це зменшує біль і запобігає подальшому зсуву кісткових уламків та повторному пораненню ними кровоносних судин і м'яких тканин.

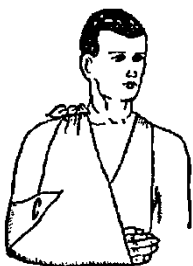
Імобілізація – це забезпечення нерухомості кісток у місці перелому; вона зменшує біль, що дає змогу уникнути травматичного шоку. Проводячи імобілізацію, необхідно щадити потерпілого. Нерухомість у місці перелому досягається накладанням спеціальних шин або підручних засобів і фіксацією двох найближчих суглобів (вище і нижче місця перелому). Така імобілізація називається транспортною.



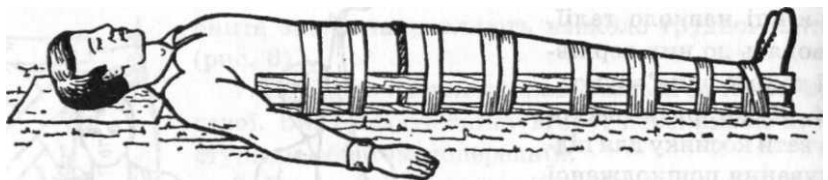
*Імобілізація передпліччя
накладення шини*



*Імобілізація перелому
ключиці за допомогою
ватно-марлевих кілець*



*Імобілізація в разі
перелому ключиці*



*Приклади імобілізації при переломі за допомогою дощечок
передпліччя; гомілки; стегна.*

Шини найкраще накладати на оголене тіло, але якщо зняття одягу завдає біль чи створює інші проблеми, можна накласти шину поверх одягу. У випадку накладання на оголену частину тіла шину потрібно обгорнути ватою чи тканиною, особливо там, де вона прилягає до виступів кісток. Шина повинна щільно прилягати до пошкодженої частини тіла.



При переломі шийної частини хребта голову у потерпілого, який лежить долі, фіксують ватною пов'язкою у вигляді

нашийника або великої підкови довкола голови, а потім кладуть його на ноші.

*Використання ватно-марлевого кільця
для фіксації голови*

При транспортуванні потерпілих з *ушкодженнями голови* під голову їм підкладають ватно-марлеве кільце. Це застерігає голову від струсів.

Ознакою важких переломів є поза постраждалого «жаба», коли постраждалий не може змінити положення ніг. Стопи його розгорнуті назовні, коліна трохи підняті, розведені назовні.

У такому випадку вірогідні ушкодження кульшового суглобу, стегнових кісток, ушкодження хребта.

Схема надання першої допомоги при ушкодженні хребта:

- перевірте наявність ознак життя;
- зупинить зовнішню кровотечу у разі її наявності;
- обережно (вдвох або втрох) покладіть постраждалого на спину на тверду поверхню (можна використати щит, дверне полотно), іммобілізувавши голову постраждалого руками з двох боків у тому положенні, в якому ви його знайшли;
- під шию покладіть щільний валик з одягу;
- слідкуйте за наявністю свідомості та дихання;
- підтримуйте нормальну температуру тіла постраждалого.

Переломи кісток тазу виникають від сильного стискання тазу, наприклад, між стіною та транспортним засобом, що рухається, а також під час падіння з висоти.

Переломи нерідко супроводжуються пошкодженням тазових органів (сечового міхура, прямої кишки та інших).

Ознаки. Потерпілий не може стояти, ходити, а лежачи – не може підняти витягнуту ногу; в місці перелому з'являється припухлість, сильні болі, крововиливи в пахову ділянку та порожнину. Як правило, потерпілий лежить в позі «жабки», на спині з розведеними напівзігнутими ногами. Такі переломи здатні викликати дуже тяжкий загальний стан (шок).

Допомога. Покласти потерпілого на жорсткі ноші обличчям догори, його ногам надати положення «жаби», для чого під коліна підкласти товсті валики. Широким рушником чи простирадлом стягнути таз та верхні частини стегон і терміново доставити потерпілого в медичний заклад.

Схема надання першої допомоги при ушкодженні тазових кісток:

- перевірте наявність ознак життя;
- зупинить зовнішню кровотечу у разі її наявності;
- обережно покладіть постраждалого на спину на тверду поверхню, іммобілізувавши його тіло з двох боків у тому положенні, в якому ви його знайшли та утримуючи його тіло у горизонтальному положенні;
- під коліна покладіть валик з одягу, ковдр, подушки (у такому положенні постраждалий повинен перебувати до приїзду лікаря);
- викличте швидку допомогу;
- слідкуйте за наявністю свідомості та дихання;
- підтримуйте нормальну температуру тіла постраждалого.

Неприпустимо:

- використовувати шини, якщо потерпілий лежить у позі "жаби";
- робити штучне дихання із розгинанням голови у разі травми шийного відділу хребта;
- транспортувати постраждалого на спині на м'яких ношах.

Перелом кісток черепа, як правило, супроводжується пошкодженням м'яких тканин голови та головного мозку.

Допомога. Потерпілого з будь-якою травмою черепа, яка супроводжується загальним розладом, необхідно обережно доставити в медичний заклад. Непритомність потерпілого не є перешкодою для транспортування.

Заключна частина:

Керівник заняття ставить 2-3 запитання, щодо визначення повноти засвоєння матеріалу і при необхідності робить додаткові пояснення.

Після підводить підсумки та ставить завдання на підготовку до наступного заняття.

Керівник заняття

(підпис)

(ім'я та прізвище)