

Тема 14. Надання домедичної допомоги потерпілим при нещасних випадках

- 1. ПЕРША ДОЛІКАРСЬКА ДОПОМОГА.**
- 2. ПЕРША ДОЛІКАРСЬКА ДОПОМОГА ПРИ КРОВОТЕЧАХ.**
- 3. РЕАНІМАЦІЙНІ ЗАХОДИ.**
- 4. ПЕРША ДОЛІКАРСЬКА ДОПОМОГА ПРИ УРАЖЕННІ ЕЛЕКТРИЧНИМ СТРУМОМ.**
- 5. ПЕРША ДОЛІКАРСЬКА ДОПОМОГА ПРИ ПЕРЕЛОМАХ, ВИВИХАХ, ЗАБИТТЯХ І РОЗТЯГАХ ЗВ'ЯЗОК.**
- 6. ПЕРША ДОЛІКАРСЬКА ДОПОМОГА ПРИ ОПІКАХ, ТЕПЛОВОМУ І СОНЯЧНОМУ УДАРАХ, ОБМОРОЖЕННІ.**
- 7. ПЕРША ДОЛІКАРСЬКА ДОПОМОГА ПРИ ОТРУЄННІ.**
- 8. ТРАНСПОРТУВАННЯ ПОСТРАЖДАЛИХ.**

Перша долікарська допомога та її відповідність.

Перша долікарська допомога — це комплекс заходів, спрямованих на поновлення або збереження життя (здоров'я) потерпілого, що здійснюється особою, яка перебуває поруч з потерпілим (взаємодопомога) або самим потерпілим (самопомога) до прибуття медичного працівника.

Від того, наскільки вміло і швидко надано першу долікарську допомогу, залежить життя потерпілого та результат подальшого лікування.

Загальна послідовність дій при наданні першої долікарської допомоги:

1. усунути вплив на організм факторів, які загрожують здоров'ю або життю потерпілого (звільнити від дії електричного струму, винести із зараженої атмосфери, загасити палаючий одяг тощо);
2. оцінити стан потерпілого, визначити характер і тяжкість травми;
3. виконати необхідні дії щодо рятування потерпілого у передбаченому порядку (відновити прохідність дихальних шляхів, провести штучне дихання, зовнішній масаж серця, зупинити кровотечу, іммобілізувати місце перелому, накладити пов'язку тощо);
- 4 підтримувати основні життєві функції потерпілого до прибуття медичного працівника;
5. викликати швидку медичну допомогу або вжити заходів щодо транспортування потерпілого до найближчого медичного закладу.

Кожна виробнича дільниця або місце постійного чергування персоналу мають бути забезпечені засобами надання першої долікарської допомоги, зокрема, такими:

1. медична аптечка з набором необхідних медикаментів та засобів для надання допомоги;
2. носії для перенесення потерпілого, інвентарні шини (наприклад, фанерні) для закріплення кінцівок при переломах та вивихах;
3. плакати з правилами надання першої долікарської допомоги, інформаційні стенди та інша наочна агітація, яка вивішується на видних місцях.

Склад медичної аптечки :

1. таблетки валідолу або нітроглицерину (1 тубик) — при болю в області серця (під язик 1-2 таблетки);
2. настоянка валеріани (1 флакон) як заспокійливий засіб при нервовому збудженні, неврозах серця — приймати по 20–30 крапель з водою;
3. таблетки ацетилсаліцилової кислоти як протизапальний засіб при невралгії, мігрені, пропасниці — приймати по 1–2 таблетці 3–4 рази на день;
4. таблетки амідопірину та анальгін у як жарознижуючі, знеболювальні та протизапальні засоби при болях різного походження (головний біль, невралгія, пропасниця тощо) — приймати по 1 таблетці 2–3 рази на день;
5. харчова сода або гідрокарбонат натрію (1 пакет) — нейтралізує дію кислоти;

6. шлункові таблетки та інші засоби знеболювальної дії при захворюваннях органів травлення — приймати по 1 таблетці 3 рази на день;
7. марганцевокислий калій або перманганат калію (1 трубка) — використовується у вигляді водного розчину світло-рожевого кольору для промивання ран, полоскання гортані при ларингітах та промиванні шлунку при харчових отруєннях (нейтралізує дію лугу);
8. кислота борна у порошку (1 коробка) — для полоскання рота і промивання очей (1 чайна ложка на склянку теплої води);
9. розчин йоду 2–5% спиртовий (1 флакон) як антисептичний засіб для оброблення ран (для зовнішнього використання);
10. розчин аміаку (нашатирий спирт) в ампулах (1 коробка) як подразнюючий та відволікаючий засіб для вдихання при запамороченнях, угарах;
11. вазелін борний (1 туба) як антисептичний засіб та для пом'якшення шкіри;
12. таблетки від кашлю (1 упаковка);
13. вата гігроскопічна побутова 25г (1–2 пачки);
14. бинт стерильний 5м x 5см (1 шт.) і 5м x 10см (2 шт.) — для перев'язок;
15. пакет перев'язочний першої допомоги (1 шт.);
16. лейкопластир бактерицидний 25м x 1см (1 коробка) — для лікування та запобігання забруднення порізів, забійних та інших невеликих ран;
17. термометр (1 шт.);
18. джгут кровоспинний гумовий (1 шт.);
19. стаканчик для приймання ліків (1 шт.);
20. шина медична фіксуюча (1 шт.);
21. ножиці хірургічні (1 шт.);
22. косинка або хустка для пов'язок (1 шт.);
23. ванночка для промивання очей (1 шт.).

ПЕРША ДОЛІКАРСЬКА ДОПОМОГА ПРИ КРОВОТЕЧАХ

Для надання першої допомоги при пораненні слід використовувати стерильний перев'язочний матеріал (перев'язочний пакет, бинт).

Якщо перев'язочний пакет відсутній, то для перев'язки слід використовувати чисті носову хустинку, полотняну ганчірку тощо. На те місце пов'язки, що приходиться безпосередньо на рану, бажано накапати декілька крапель розчину йоду, щоб одержати пляму розміром більше рани, а після цього накласти пов'язку на рану. Особливо важливо застосовувати таким чином розчин йоду при забруднених ранах.

Кровотечу, за якої кров тече з рани або природних отворів назовні, називають зовнішньою. Кровотечу, за якої кров накопичується у порожнині тіла, — внутрішньою.

Кровотечу зупиняють такими способами:

- накладання пов'язки або джгута;
- згинання кінцівки в суглобі;
- притиснення пальцями судину, що кровоточить, — артерію, вену (*Мал. 1*).

Мал. 1. Місця притиснення артеріальної зупинки кровотечі

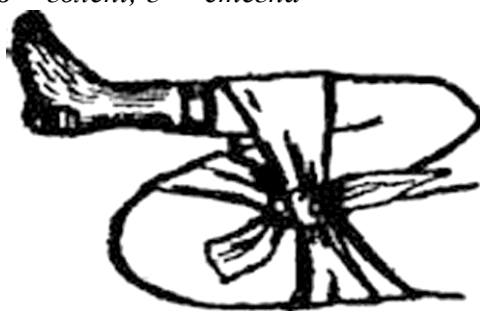


Найбільш надійний спосіб тимчасової зупинки кровотечі — накладання джгута. За відсутності спеціального джгута використовується будь-який підручний матеріал: ремінь, мотузка, гумова трубка, рушник, шматок відірваної сорочки тощо.

Для зупинки кровотечі необхідно:

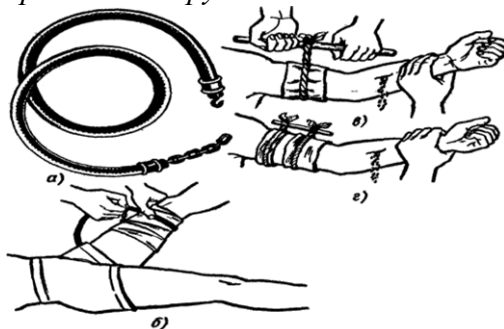
1. підняти поранену кінцівку вгору;
2. закрити кровоточиву рану перев'язочним матеріалом (із перев'язочного пакета), придавити її зверху, не торкаючись самої рани, потримати протягом 4–5 хвилин. Якщо кровотеча зупинилася, то, не знімаючи накладеного матеріалу, поверх нього покласти подушечку зі шматка вати (іншого перев'язочного пакета) і забинтувати поранене місце (з деяким натиском);
3. притиснути кровоносні судини, які живлять поранене місце, за допомогою згинання кінцівок в суглобах (Мал.2), або пальцями, джгутом чи закрутою (Мал.3). За умови сильної кровотечі, яку не можна зупинити пов'язкою, слід негайно викликати медичного працівника.

Мал.2. Зупинка кровотечі згинанням кінцівки при пораненні:
а — передпліччя; б — плеча; в — голені; г — стегна



Джгут накладають вище місця кровотечі, зробивши 2–3 оберти навколо кінцівки, на час, що не перевищує 1–2 години. Щоб проконтролювати це під накладений джгут необхідно покласти записку або написати на кінцівці точний час, коли було покладено джгут.

Мал. 3. Зупинка кровотечі джгутом та закрутою:
а — джгут; б — накладання джгута; в, г — прийоми накладання і закріплення закрутки



Якщо є підозра на внутрішню кровотечу, на місце кровотечі необхідно накласти холодний компрес, використовуючи холодну воду або сніг, грілку з льодом, і якнайшвидше доставити потерпілого до медичного закладу.

Після припинення кровотечі шкіру навкруги рани змащують йодом або зеленкою, а потім накладають стерильну пов'язку.

Реанімаційні заходи під час зупинки кровообігу і дихання.

Коли потерпілий перебуває в стані клінічної смерті, треба одночасно робити непрямий масаж серця і штучне дихання (серцеволегеневу реанімацію): - виконати 30 натискань на грудну клітину глибиною не менше 5 см (не більше 6 см), з частотою 100 натискань (не більше 120) за хвилину; - виконати 2 вдихи з використанням маски-клапану, дихальної маски тощо. При відсутності захисних засобів можна не виконувати штучне

дихання, а проводити тільки натискання на грудну клітку. Виконання двох вдихів повинно тривати не більше 5 секунд; - після двох вдихів продовжити натискання на грудну клітку відповідно до наведеної схеми; - змінювати особу, що проводить натискання на грудну клітку, кожні 2 хвилини. Реанімаційні заходи потрібно робити до відновлення стійкого, самостійного дихання і діяльності серця або до передачі потерпілого медичному персоналу, оскільки, якщо в клітині організму надходить кисень, період клінічної смерті може тривати 2-4 години.

ПЕРША ДОЛІКАРСЬКА ДОПОМОГА ПРИ УРАЖЕННІ ЕЛЕКТРИЧНИМ СТРУМОМ

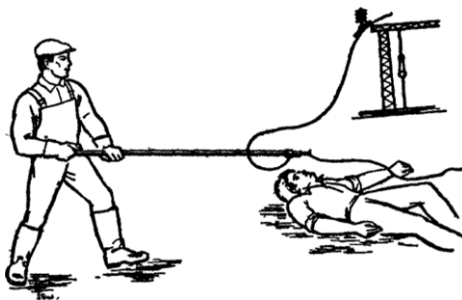
Небезпечним для людини вважається електричний струм силою понад 0,1 А напругою до 1000 В. Якщо не надати допомогу потерпілому протягом 2 хвилин, може наступити клінічна смерть, а якщо допомогти негайно, то потерпілого можна врятувати протягом 3–10 хвилин.

При ураженні електричним струмом у потерпілого може настати судома, втрата свідомості, послаблення серцевої діяльності, зупинка дихання або смерть. Наслідок травми залежить від площі ураження і місця дотику. На місці дотику до електричних проводів та інших предметів (пристроїв, інструменту), що перебувають під напругою, можуть виникати опіки.

При ураженні електричним струмом у першу чергу необхідно негайно звільнити потерпілого від дії електричного струму, відключивши електроустановку від джерела живлення. Відключення електроустановки виконується за допомогою вимикачів, рубильника, а також шляхом роз'єднання контактної мережі живлення (вилка, запобіжник тощо).

У разі неможливості відключення електроустановки, слід відтягнути потерпілого від струмоведучих частин, якщо одяг сухий та відстає від тіла (уникаючи дотику до оточуючих металевих предметів та частин тіла), або застосувати підручний ізоляційний матеріал (наприклад, стати на суху дошку, згорток сухого спецодягу) або діелектричні рукавиці (за наявності). При цьому сухою палицею або іншим предметом із ізоляційного матеріалу відкинути від потерпілого провід, що перебуває під напругою (Мал. 4).

Мал.4. Визволення потерпілого від дії струму в електроустановках понад 1000 В ізолюючою штангою



Якщо потерпілий внаслідок судоми обхватив електричний провід, що перебуває під напругою, слід розчепити його руки, відриваючи від проводу послідовним відгинанням пальців. Надаючи допомогу, необхідно стати на підручний ізоляційний матеріал та користуватися діелектричними рукавицями.

Якщо у потерпілого є дихання і пульс, його необхідно обережно віднести від місця ураження і покласти на рівне місце; підкласти під нього сухий одяг; розстібнути комір одягу; зняти пасок (пояс); звільнити (за необхідності) його рот від сторонніх предметів (їжі, слини, вставленої щелепи); дати понюхати нашатирний спирт і збризкати обличчя водою. При цьому слід звернути увагу на зіниці — розширені зіниці свідчать про різке погіршення кровообігу мозку. Навіть нормальний стан потерпілого (після ураження струмом) не виключає небезпеки погіршення його стану пізніше, тому потерпілий має перебувати у

повному спокої, йому не можна дозволяти продовжувати працювати. Дозволити продовжити роботу може лише медичний працівник.

Заборонено транспортувати потерпілого (після його звільнення від дії електричного струму) у непритомному стані за відсутності у нього дихання і пульсу. Слід негайно почати оживлення, попередньо викликавши швидку медичну допомогу. Необхідно провести потерпілому штучне дихання і зовнішній (непрямий) масаж серця на місці, поки він не опритомніє. Штучне дихання проводиться у разі відсутності ознак пошкодження груднини методом «з рота в рот» або «з рота в ніс». При цьому не слід надавлювати на верхню частину груднини, ребра, м'які тканини, печінку, оскільки можна їх пошкодити.

Порядок проведення штучного дихання (Мал.5):

встати зліва від потерпілого, підкласти під його голову ліву руку, а правою надавити на його лоб, для того, щоб закинути голову і забезпечити вільну прохідність гортані;

покласти під лопатки потерпілого згорток одягу, вивести з рота слиз або сторонні предмети (їжу, вставну щелепу), перевірити положення язика;

зробити 2–3 глибоких вдихи та вдути крізь спеціальну трубку, марлю або хустинку повітря з свого рота до рота або носа потерпілого. При вдуванні через рот— закрити потерпілому ніс, при вдуванні через ніс— прикрити рот.

частота вдування до рота або носа потерпілого має бути не більша ніж 15–16 разів на хвилину;

після припинення штучного дихання, рот або ніс потерпілого звільнюють, щоб не заважати вільному видиху;

при відсутності роботи серця у потерпілого разом із штучним диханням застосовується масаж серця.

Мал. 5. Прийоми штучного дихання способом « з рота в рот»:

а — закидання голови руками; б — закидання голови за допомогою валика; в — вдування повітря.



Порядок проведення зовнішнього (непрямого) масажу серця, коли потерпілий лежить на спині (Мал. 6):

підкласти під спину валик (згорток одягу);

звільнити якнайшвидше грудну клітину потерпілого від стискуючого одягу;

покласти свою руку на грудну клітину потерпілого таким чином, щоб великі пальці розташовувались біля нижнього кінця груднини;

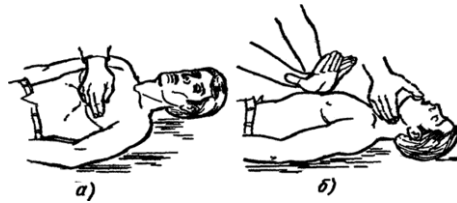
натискати на грудну клітину з силою, що дозволяє посунути грудну клітину на 3–4 см;

швидко прибирати руки від грудної клітини після кожного натискування, щоб не заважати вільному її розправленню;

викликати дихання ритмічними надавлюваннями на грудну клітину 15–20 разів на хвилину;

зробити перерву на 2–3 секунди (на час видиху і початок вдиху) після 3–4 натискувань, після чого повторити масаж.

Мал. 6. Прийоми зовнішнього (непрямого) масажу серця: а — місце надавлювання на грудну клітину; б — положення рук при проведенні масажу серця і визначення пульсу на сонній артерії.



Порядок проведення зовнішнього (непрямого) масажу серця, коли потерпілий лежить на животі:

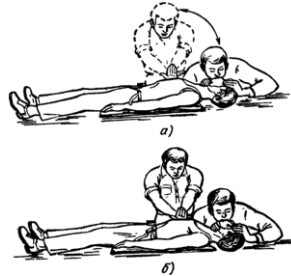
витагнути руки потерпілого вперед;

стати на коліна, так щоб ноги потерпілого знаходились між колінами особи, що виконує масаж серця;

надавлювати на спину потерпілого по обидва боки хребта та відводити руки з періодичністю 15–20 разів на хвилину, викликаючи дихання.

При відсутності у потерпілого роботи серця паралельно із штучним диханням застосовується масаж серця, для чого після 2–3 штучних видихів роблять 4–6 натискань на грудну клітину. Проведення одночасно штучного дихання і зовнішнього масажу серця може виконувати як одна, так і дві особи (Мал.7).

Мал.7. Проведення одночасно штучного дихання і зовнішнього масажу серця:



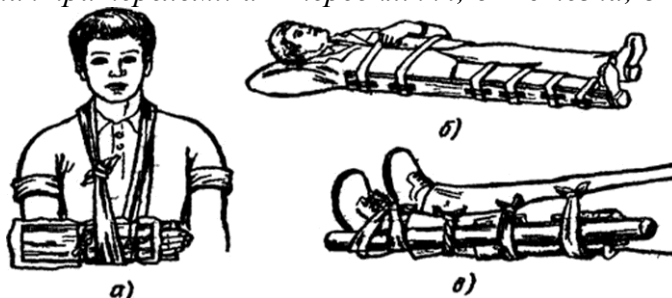
Перші ознаки того, що потерпілий опритомнює: зіниці звужуються, з'являється самостійне дихання, зменшується синюшність шкіри і з'являється пульс (бувають випадки, що за наявності вказаних ознак довгий час не з'являється пульс, що вказує на наявність у потерпілого фібриляції серця, тому неможна припиняти надання допомоги до прибуття медичних працівників).

Констатувати смерть має право лише медичний працівник.

ПЕРША ДОЛІКАРСЬКА ДОПОМОГА ПРИ ПЕРЕЛОМАХ, ВИВИХАХ, ЗАБИТТЯХ І РОЗТЯГАХ ЗВ'ЯЗОК

При наданні допомоги як при відкритому переломі (після зупинки кровотечі і накладанні стерильної пов'язки), так і при закритому переломі необхідно забезпечити нерухомість ушкодженої кінцівки. При переломах і вивихах пошкоджену кінцівку слід укріпити шиною (фанерною пластинкою) або дошкою, палицею чи іншим предметом таким чином, щоб шина захопила два найближчі суглоби і зробила їх нерухомими. Пошкоджену руку треба підвісити за допомогою перев'язки або хустки до шиї і прибинтувати до тулуба. При переломі стегна необхідно забезпечити нерухомість трьох суглобів — стегнового, колінного, гомілковостопного, а при переломі плечової кістки — плечового, ліктьового і променезап'ястного (Мал.8)

Мал. 8. Накладання шин при переломі: а— передпліччя; б— стегна; в— гомілки



Удари в ділянці голови часто супроводжуються струсом мозку або крововиливом у мозок. Ці ускладнення можуть проявитись через декілька годин або днів після травмування. Тому при імовірному переломі черепа (непритомний стан після удару голови, кровотеча з вух або роту) потерпілого слід покласти на спину з трохи піднятою головою, накласти на голову тугу пов'язку (за наявності рани — стерильну) та прикласти до голови холодний предмет (грілку з холодною водою, льодом або снігом) або зробити холодну примочку. При ушкодженні голови слід забезпечити повний спокій потерпілого до прибуття медичного працівника.

За підозри перелому хребта потерпілого треба покласти на дошку, не підіймаючи його, або повернути на живіт обличчям униз, пильнуючи при цьому, щоб тулуб не перегинався для уникнення ушкодження спинного мозку.

За підозри перелому ребер, ознакою якого є біль при диханні, кашлю, чханні, рухах, слід туго забинтувати грудину або стягнути її пов'язкою під час видиху.

При вивихах або забиттях з'являється болісність та зміна форми суглобу. До місця вивиху (забиття) потрібно прикласти холодний компрес, а потім накласти тугу пов'язку (за наявності рани — стерильну) та направити потерпілого до медичного закладу для виправлення вивиху.

При розтягненні зв'язок суглоба з'являється гострий біль і припухлість. У цьому випадку допомогою є туге бинтування, забезпечення спокою ушкодженої ділянки, прикладання холодного компресу. Ушкоджена ділянка має бути піднята (ушкоджена рука — підвішена, наприклад, на хустці).



ПЕРША ДОЛІКАРСЬКА ДОПОМОГА ПРИ ОПІКАХ, ТЕПЛОВОМУ І СОНЯЧНОМУ УДАРАХ, ОБМОРОЖЕННІ

Опіки бувають:

- термічні — викликані дією температури (теплом або холодом);
- хімічні — викликані хімічними речовинами та сполуками (кислотами або лугами);
- електричні — викликані дією електричного струму або електричної дуги.

Після надання першої долікарської допомоги при опіках потерпілого необхідно доставити до медичного закладу.

Надання першої долікарської допомоги **при теплових термічних опіках:**

при опіках вогнем, парою, гарячими предметами не слід змочувати обпечене місце водою та ні в якому разі не відкривати пухирі;

при опіках I ступеня (почервоніння) обпечене місце обробляють антисептичними засобами та етиловим спиртом;

при опіках II ступеня (пухирі) обпечене місце обробляють спиртом або 3% марганцевим розчином;

при опіках III ступеня (ушкодження шкіряної тканини) рану накривають стерильною пов'язкою та викликають медичного працівника.

При тепловому або сонячному ударах відбувається приплив крові до мозку, потерпілий відчуває раптову слабкість, головний біль, блювотний позив, нестачу повітря, потемніння в очах, важке дихання та може знепритомніти. Потерпілого слід:

вивести (винести) з жаркого приміщення або перенести від сонця у тінь, прохолодне місце;
забезпечити приплив свіжого повітря;
покласти так, щоб голова була вище тулуба;
розстібнути стискуючий дихання одяг;
покласти на голову холодний предмет, лице і груди змочити холодною водою;
дати понюхати нашатирний спирт.

Якщо потерпілий притомний, дати йому випити 15–20 крапель настоянки валер'янки (на одну третину склянки води).

Обмороження — це термічне ураження тканин організму, що виникає через дію холоду. Основною причиною такого пошкодження є спазм капілярів шкіри, який є реакцією на охолодження — організм таким чином намагається зберегти тепло, енергію.

Обмороження посилюють тісне взуття та одяг, що ускладнюють кровообіг, стан алкогольного та наркотичного сп'яніння. Перші ознаки обмороження спостерігаються на незахищених частинах тіла. Спочатку з'являється блідість ділянок шкіри, поколювання, незначний біль, а потім настає оніміння цих ділянок шкіри. Заходами попередження обмороження є змащення відкритих частин тіла жиром або кремом, що затримує у шкірі тепло.

Існує 4 ступеня обмороження:

I ступень — після зігрівання на ділянках обмороження виникає набряк, шкіра має синюшний відтінок;

II ступень — на ділянках ураження формуються білі пухирі, наповнені прозорою рідиною;

III ступень — пухирі містять кров'яну рідину; через добу-дві на їх місці формуються місця некрозу (омертвіння), які пізніше відділяються і заміщуються рубцями;

IV ступень — уражаються, крім шкіри, ще й сухожилля, м'язи, кістки; процес загоювання може тривати тижні й місяці.

Надання першої долікарської допомоги **при обмороженні**:

розтирати збілілі ділянки шкіри до почервоніння і появи відчуття поколювання. Можна розтирати сухою фланелевою або м'якою шерстяною тканиною. Уражене місце можна змастити лікувальними засобами (наприклад, мазями «Пантенол», «Рятівник»). Неможна проколувати пухирі;

у разі обмороження кінцівок необхідно віднести потерпілого у тепле приміщення, зняти верхній одяг та взуття. Якщо взуття не знімається — його слід розрізати. Надалі вжити заходів щодо загального зігрівання потерпілого (наприклад, накрити теплою ковдрою);

кінцівки потерпілого слід помістити у посудину з теплою водою температурою до 36–37°C. Поступово додаючи гарячу воду, протягом 20 хвилин доводити температуру води у посудині до 39–40°C та в подальшому підтримувати її на такому рівні. Після того як температура тіла і пульс нормалізуються, обморожені ділянки необхідно протерти насухо. Бажано зробити масаж обморожених ділянок та дати потерпілому випити теплу рідину (наприклад, чай);

потерпілому не рекомендовано вживати спиртні напої, оскільки вони сприяють різкому розширенню спазмованих капілярів, що може призвести до їх розриву. Якщо потерпілий відчуває біль, то можна дати йому знеболювальні таблетки. У подальшому — направити потерпілого до медичного закладу.

При електричних опіках для зняття болю слід дати потерпілому знеболювальне (наприклад, амідопірин (0,5 г) чи анальгін (0,5–1 г)). Уникаючи травмування обпеченої ділянки тіла, на уражену ділянку слід накласти суху антисептичну пов'язку. Не дозволяється промивання опіку етиловим спиртом та самостійне зняття залишків горілого одягу.

При опіку очей електричною дугою необхідно накласти холодну примочку із розчином борної кислоти.

У випадку опікового шоку потерпілого слід зігріти. Не можна зривати пухирі, видаляти з обпеченого місця мастику, канифоль та інші смолисті речовини (за їх наявності),

оскільки під час їх видалення можна здерти обпечену шкіру, що може призвести до зараження рани.

При хімічних опіках важливо якнайшвидше зменшити концентрацію хімічної речовини та час її дії на потерпілого. При потраплянні кислоти або лугу на шкіру, ушкоджені ділянки шкіри слід промивати проточною водою з-під крана, гумового шланга або відра протягом 15–20 хвилин, після цього пошкоджену кислотою поверхню обмити 5% розчином питної соди, а обпечену лугом — 3% розчином борної кислоти або розчином оцтової кислоти. Якщо кислота або луг потрапили на шкіру через одяг, то спочатку слід змити їх водою з одягу, потім обережно розрізати і зняти з потерпілого мокрий одяг, після чого промити шкіру.

У разі потрапляння на слизову оболонку очей кислоти або лугу очі необхідно промивати цівкою води протягом 15–20 хвилин, після цього промити 2% розчином питної соди, а при ураженні очей лугом — 2% розчином борної кислоти.

При опіках порожнини рота лугом необхідно полоскати рот 3% розчином оцтової кислоти або 3% розчином борної кислоти, а при опіках кислотою — 5% розчином питної соди.

При потраплянні кислоти в дихальні шляхи необхідно дихати розпиленням за допомогою пульверизатора 10% розчином питної соди, при потраплянні лугу — розпиленням 3% розчином борної кислоти.

При потраплянні на шкіру сірчаної кислоти або лугу у вигляді твердої речовини слід обтерти її сухою ватою або тканиною, а уражене місце промити водою. Після промивання уражене місце треба обробити нейтралізуючим розчином у вигляді примочок (пов'язок). При опіках шкіри кислотою слід зробити примочки розчином питної соди (одна чайна ложка на склянку води). Далі допомога при хімічних опіках надається аналогічно, як і при термічних.

ПЕРША ДОЛІКАРСЬКА ДОПОМОГА ПРИ ОТРУЄННІ

При отруєнні перш за все необхідно не допустити подальшого поширення дії отрути.

При отруєннях газами виникає головний біль, стукіт у скронях, дзвін у вухах, загальна ослабленість, запаморочення, посилене серцебиття, нудота, блювання. При сильному отруєнні може наступити сонливість, апатія або навпаки — збуджений стан з безладними рухами, втрата або затримка дихання, розширення зіниць. Багато газів викликають подразнення дихальних шляхів, що проявляється кашлем, ядухою, печією у носі та горлі. Деякі гази здатні викликати біль у животі та кишкові розлади (ацетон, ртутні сполуки та ін.), відчуття сп'яніння (пари бензину, ацетону та ін.).

При отруєнні газами слід негайно вивести (винести) потерпілого з зони ураження, розстібнути стискуючий дихання одяг, забезпечити приплив свіжого повітря, покласти потерпілого, припідняти ноги, вкрити теплими речами, дати понюхати нашатирний спирт. Якщо отруєння несильне, то через 10–12 хвилин потерпілий має прийти до нормального стану. Якщо потерпілий знепритомнів, необхідно викликати швидку допомогу або відвезти його до медичного закладу.

При отруєнні етилованим бензином існують три шляхи проникнення тетраетилсвинцю у внутрішні органи людини:

- через органи дихання (пари бензину) — при цьому отруєння людини супроводжується збудженим, схожим на сп'яніння (ейфорія), запамороченням, головним болем, блюванням, а у важких випадках можуть настати судоми скелетних м'язів, ослаблення дихання;

- через шкіру — бензин швидко всмоктується у кров і може спричинити важке отруєння;

- через шлунково-кишковий тракт — у разі випадкового ковтання або вживання продуктів, до яких входить бензин; при цьому виникають болі у підгрудинній частині, нудота, блювання, а у важких випадках можна знепритомніти.

При отруєнні парами бензину потерпілого слід вивести із зони ураження. Зі шкіри бензин слід змивати водою з милом. При отруєнні потерпілого через шлунково-кишковий тракт — промити шлунок чистою водою або іншою нейтральною рідиною. Для цього треба

дати потерпілому випити не менше двох літрів води, допомогти йому якомога нижче нахилитися, сильно натиснути на черевну стінку, глибоко застромити до рота два пальці і викликати блювання.

Отруєння антифризом настає при вживанні його всередину. Смертельна доза такої рідини — приблизно 100–200г. Після вживання антифризу настає сп'яніння, що супроводжується збудженням (ейфорією). Потім, після нетривалого періоду (2–6 годин), цей стан змінюється депресією, сонливістю. Обличчя потерпілого стає одутим, червоним, зіниці — розширені або звужені, реакція на світло млява чи взагалі відсутня. Пульс — напружений, а незадовго до смерті частішає, ледь уловлюється. Під час надання першої допомоги треба якомога швидше промити шлунок потерпілого, дати йому сольовий або проносний засіб та терміново відправити до медичного закладу.

При отруєнні хлором подразнюються слизові оболонки дихальних шляхів та очей. Симптомами легкого отруєння хлором є подрапування, сухість у горлі, почуття стискання в грудях, сухий кашель, хрипіння, чмихання, нежить, ускладнене дихання. Симптоми важкого отруєння — важкий загальний стан, синюшність обличчя, задишка, підвищення температури, блювота, нестерпний кашель, який може перейти у клекотливе дихання з великим виділенням піни. При ураженні очей — сльозоточивість, почервоніння, кон'юнктивіти, спазми повік, а при потраплянні хлорної води всередину організму — нудота, блювання, біль у животі.

Основні заходи першої допомоги при отруєнні хлором:

вивести (винести) потерпілого із зони ураження;

звільнити потерпілого від стискуючого дихання одягу, забезпечити повний спокій та прикрити ковдрою; при легкому отруєнні напоїти потерпілого теплою водою (з содою) та за можливості провести інгаляцію 2–3% розчином соди протягом 10–20 хвилин;

при потраплянні хлору в очі промити їх 2% розчином соди або водою;

при потраплянні всередину організму потерпілого хлорної води, промити шлунок 2% розчином гіпосульфиту натрію¹ (дати йому випити 4–5 склянок води та викликати блювання надавлюванням пальцями на корінь язика), а потім дати 10–15 крапель нашатирного спирту з водою.

При отруєнні хлором робити штучне дихання не дозволяється.

ТРАНСПОРТУВАННЯ ПОСТРАЖДАЛИХ

Транспортування постраждалих може виконуватися ручним методом або транспортним.

Спосіб транспортування і переносу постраждалого залежить від характеру і місця пошкодження, його загального стану, а також від кількості людей які надають допомогу та їх фізичних можливостей.

Ручне транспортування застосовується частіше за всього при нещасних випадках або катастрофах з метою винесення постраждалого зі зони ураження. Перенос постраждалого однією людиною виконується тоді, коли немає іншої, або там де цього вимагають умови місцевості, коли до постраждалого може дістатися лише одна людина (Мал.9).

Частіше за всього постраждалого переносять дві людини. В залежності від конкретних умов постраждалого можна переносити на імпровізованих ношах, а при їх відсутності різноманітними імпровізованими методами такими як:

- – на руках;
- – за допомогою лямок, виготовлених зі шматка брезенту довжиною 2 м и шириною до 10 см Розташовувати постраждалого на ношах слід дуже обережно, а положення повинно відповідати його стану, щоб під час переносу не спричинити йому додаткових страждань або травм.

Постраждалого який знаходиться в свідомості, в основному кладуть на спину. Постраждалого з потьмаренням, або при гострому знекровленні треба покласти трохи вище.

¹ Розчин гіпосульфиту натрію може бути додатково введений до складу аптечки.

При травмах голови постраждалого треба покласти на спину трохи підняти верхню частину тулуба, а під голову покласти валик, або згорнутий одяг. Постраждалого з пошкодженням потиличної ділянки кладуть на бік.

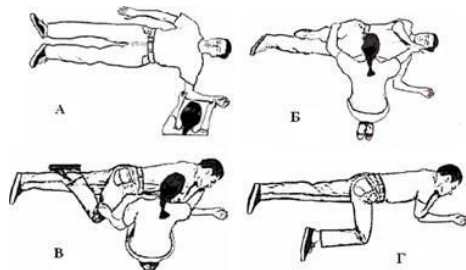
Постраждалого з пошкодженням черепа, який знаходиться без свідомості, а також при блюванні, треба класти на бік, голову треба відхилити назад, а обличчя до низу. Аналогічно розташовують постраждалих

З травмою обличчя та щелеп, для попередження затікання крові у верхні дихальні шляхи.



Мал. 9. Транспортування постраждалого.

Типове положення постраждалого в стані непритомності – на боці. Техніка укладання постраждалого на бік. Ліву руку відводять від тулуба і згинають в ліктьовому суглобі під кутом 90° долонею до гори (Мал.10), далі одночасно праву руку підводять під ліву щоку і згинають в колінному суглобі праву ногу підтягуючи її до себе (Мал.10), наступний етап – поворот постраждалого на бік (Мал. 10в). Остаточне положення (Мал. 10г) дозволяє зберегти самостійне дихання, не дозволить перевернутися на спину або живіт.



Мал. 10. Етапи перевертання постраждалого на бік (пояснення в тексті)

При пошкодженні передньої частини шиї, постраждалого, який знаходиться в свідомості розташовують напівсидячи, голова зігнута в перед так, щоб підборіддя торкалося грудної клітини.

При пошкодженні грудної клітки з проявами ядухи, постраждалий повинен знаходитися в положенні напівсидячи або лежати на пошкодженому боці.

Постраждалого з травмою живота треба покласти на спину. Тулуб трохи піднятий, нижні кінцівки зігнути в колінних і кульшових суглобах. Під коліна підкладають валик або згорнутий одяг. Постраждалий з травмою живота не може лежати на спині, тому що в такому положенні розтягуються м'язи живота, що спричиняє біль.

При пошкодженні хребта постраждалий повин бути розташований горизонтально на твердій поверхні. З обох боків викладають згорнутий одяг або ковдри для обмеження рухів.

При переломі кісток тазу постраждалого кладуть на носі з валиком під коліна. Постраждалого з травмою спини або сідниць розташовують на здоровому боці.

Способи іммобілізації і переноски постраждалого при травмах різної локалізації.

Місце травми	Спосіб іммобілізації	Положення постраждалого при транспортуванні	Спосіб переноски
Голова, шия	З боку голови покласти згорнутий одяг, фіксований до носилок	На спині; при непритомності – лежачі на боку	Стандартні або імпровізовані носилки
Грудна клітка	Не треба	Напівсидячи	Стандартні або імпровізовані носилки з валиком з одягу під верхню частину тулуба
Живіт	Не треба	Лежачі або сидячі в залежності від стану постраждалого та умов місцевості; холод на живіт; валик з одягу під коліні	Стандартні або імпровізовані носилки
Таз	Ноги зв'язані між собою; під коліні підкласти згорнутий одяг	На спині	Стандартні або імпровізовані носилки
Хребет	Не треба	На спині або на животі	Стандартні або імпровізовані носилки; при переносці на спині обов'язково жорсткий (дерев'яний) щит, при переносці на животі – валик з одягу під грудь.
Плече	Фіксувати променево-зап'ястний, ліктювий и плечовий суглоби.	Позиція вільна; при загальної слабкості – сидячі або лежачі	Самостійне пересування; при загальної слабкості – сидячі на руках або лямках
Передпліччя	Шину накласти від пальців по тильний поверхні руки, зігнутої під кутом 90°, и фіксувати бинтом або косинкою	Теж саме	Теж саме
Кисть	Шину наложить по	Самостійне	

	<p>долонної поверхні кисті и передпліччя від кінчиків пальців до ліктьового суглоба; під пальці підкласти невеликий м'який валик</p>	пересування	
Стегно	<p>Фіксувати за допомогою двох шин: 1-а по внутрішній поверхні стопи, гомілки и стегна; 2-а – по зовнішньої поверхні нижньої кінцівки і тулуба від стопи до під пахвової западини. Ноги зв'язані між собою</p>	На спині	Стандартні або імпровізовані носилки
Гомілка	<p>Наложить дві шини (передню и задню) від верхній третини стегна до п'ятки</p>	Сидячі, при загальній слабкості – лежачі	Лежачі – на стандартних або імпровізованих ношах, сидячі – на руках або лямках
Стопа	<p>Накласти шину по підошвенної поверхні стопи и задній поверхні гомілки від кінчиків пальців до верхній третини гомілки; стопа до гомілки повинна бути під кутом 90°</p>	Позиція вільна	Самостійне пересування за допомогою імпровізованих костилів; сидячі – на руках або лямках