

Оказание первой помощи

Первая помощь представляет собой комплекс срочных мер, проводимых при травмах, ранениях или внезапных заболеваниях в целях устранения угрожающих жизни явлений, предотвращение возможных осложнений, облегчение страданий и подготовки пострадавшего к транспортировке в лечебное учреждение.

Действия (этапы) при оказании первой помощи:

1. Прекращение воздействия травмирующего фактора.
2. Устранение состояния, угрожающего жизни и здоровью пострадавшего.
3. Правильная транспортировка пострадавшего.

Раны

Рана – это повреждение тканей организма вследствие механического воздействия, сопровождающегося нарушением целостности кожи, слизистых оболочек и глубоких полостей.

Раны бывают резаные, колотые, рубленые, огнестрельные и рваные.

При оказании первой медицинской помощи в случае ранения необходимо соблюдать следующий порядок – остановка кровотечения, обеззараживание раны, наложение повязки.

При обработке огнестрельной раны желательно использовать спирт и 5% раствор йода.

В случае ранения в голову при наличии артериального кровотечения требуется рану и область вокруг нее не трогать (не удалять из раны инородные тела, не выстригать волосы вокруг раны), наложить ватно-марлевую повязку и обеспечить госпитализацию пострадавшего. При травмах и ранениях черепа и головного мозга введение наркотических средств противопоказано, так как это приводит к угнетению дыхания и маскирует истинную степень нарушения сознания.

Раненых в челюсть укладывают лицом вниз во избежание затекания крови в дыхательные пути, под лоб подкладывают согнутую в локте руку

пострадавшего, верхнюю одежду или другие предметы. Также, лицом вниз осуществляется транспортировка пострадавшего находящегося в бессознательном состоянии (при травмах брюшной полости на боку).

Первая помощь при ранении груди заключается в наложении на рану асептической, герметизирующей (окклюзионной) повязки, чтобы закрыть доступ внешнему воздуху в плевральную полость. Огнестрельное ранение в грудную клетку опасно доступом воздуха в плевральную полость. Необходимо помнить, что при сквозных ранениях грудной клетки возможно наличие одновременно двух зияющих присасывающих ран. Герметичная повязка должна заходить далеко за края раны и надежно фиксироваться к грудной клетке. Для обеспечения лучшей герметизации можно использовать прорезиненную оболочку индивидуального перевязочного пакета. На рану груди сначала накладывают оболочку индивидуального перевязочного пакета внутренней стороной, а затем ватно-марлевую подушечку и всю повязку плотно прибинтовывают. Кроме того, можно применить с этой целью полоски липкого пластыря, наложенные черепицеобразно. При эвакуации раненым придают полусидячее положение.

Признаками проникающего ранения в брюшную полость являются выпадения сальника или органов брюшной полости в рану. При ранении в живот необходимо не трогать выпавший сальник или внутренности, накрыть рану стерильной салфеткой. В летнее время выпавшие внутренности для предохранения от высыхания накрывают влажными, смоченными стерильным раствором марлевыми салфетками, а затем уже поверх них повязкой. В холодное время выпавшие внутренности дополнительно укрывают слоем ваты. Обязательное правило при ранении в брюшную полость жидкость для питья не давать. При ранении в живот пострадавших кладут на спину, ноги сгибают в коленях, под колени кладут валик из одежды.

Первая медицинская помощь при огнестрельных ранениях

Для оказания первой помощи необходимо:

- Верно оценить характер и серьезность ранения.
- Зная характер ранения, совершить правильные действия по оказанию первой помощи.

Пуля, проникая в тело, наносит последнему повреждения. Эти повреждения имеют определенные отличия от других повреждений тела, которые стоит учитывать при оказании первой помощи.

- раны обычно глубокие, а ранящий предмет часто остается внутри тела.
 - рана часто загрязнена фрагментами тканей, снаряда и осколками костей.
- Эти особенности огнестрельного ранения стоит учитывать при оказании пострадавшему первой помощи.

Тяжесть ранения оценивать следует по месту и виду входного отверстия, поведению пострадавшего и другим признакам. Для этого НЕОБХОДИМО знать азы анатомии, а именно:

- расположение крупных сосудов,
- строение скелета и черепа,
- расположение внутренних органов.

Внутренние органы расположены в полостях (грудная и брюшная). Органы грудной полости защищены каркасом ребер. Поэтому, ранения грудной клетки часто осложняются переломами ребер. К органам грудной клетки относят сердце и легкие. К органам брюшной полости относят печень, почки, желудок, кишечник. Питание органов кровью осуществляется крупными артериями. Поэтому ранения внутренних органов почти всегда сопровождаются обильной потерей крови и геморрагическим шоком. Крупные артерии также ведут к голове, ногам и рукам. Проекция артерий идущих к конечностям — по внутренней стороне бедра и плеча. Сонные артерии идущие к голове разветвляются на большое количество более мелких сосудов, поэтому ранения лица часто сопровождаются большой потерей крови. Кровоточащие раны лица зажимаются стерильным тампоном. Раны черепной коробки просто накрываются стерильными салфетками.

Первая медицинская помощь при огнестрельных ранениях конечностей

Первое, на что следует обратить внимание при оказании первой помощи при ранении конечностей — наличие кровотечения. При разрушении артерий бедра или плеча смерть от кровопотери может наступить в течении секунд! Так, при ранении в руку (и повреждении артерии), смерть от кровопотери может наступить в течении 90 секунд, а потеря сознания в течении 15 секунд. По цвету крови определяем венозное кровотечение или артериальное. Венозная кровь темная, а артериальная — алая и выбивается из раны интенсивно (фонтанчик крови из раны). Кровотечение останавливается давящей повязкой, жгутом или тампонадой раны. При наложении жгута венозное кровотечение останавливается ниже раны, а артериальное — выше раны. Накладывать жгут более, чем на два часа не рекомендуется. Этого

времени должно хватить для доставки пострадавшего в медицинское учреждение. При венозном кровотечении желательнее накладывать давящую повязку, а не жгут. Давящая повязка накладывается на рану. Тампонада раны при ранениях конечностей производится редко. Для тампонады раны можно при помощи длинного, узкого предмета плотно набить рану стерильным бинтом. Чем выше задета артерия, тем быстрее происходит кровопотеря. Артерии конечностей проецируются на внутреннюю сторону бедра и плеча (те области, где кожа труднее загорает).

В результате обильной кровопотери развивается геморрагический шок. Боль может быть настолько сильной, что вызвать болевой шок.

Коротко о противошоковых мероприятиях при кровопотере:

- Незамедлительная остановка кровотечения.
- Придание пострадавшему такого положения тела, при котором конечности будут несколько приподняты.
- Немедленное восполнение недостатка крови кровезамещающими растворами.
- Противошоковые средства, обезболивающие.
- Обеспечение тепла.

Второе, чем следует заняться — возможные переломы костей. При переломах конечность надо обездвижить. Лучше не пытаться двигать конечность вообще, т.к. сломанные кости имеют острые края, которые могут повредить сосуды, связки и мышцы. Рану следует накрыть стерильным бинтом. Возможна самостоятельная транспортировка пострадавшего.

Первая медицинская помощь при огнестрельных ранениях головы

Огнестрельное ранение в голову не всегда вызывает мгновенную смерть. Приблизительно 15% раненых выживают. Ранения в лицо обычно сопровождаются обилием крови из-за большого количества сосудов расположенных в лицевой части черепа. При ранении головы следует подозревать сотрясение мозга. Пострадавший может потерять сознание из-за рауша и не подавать признаков жизни, однако мозг может не пострадать. При наличии огнестрельного ранения в голову, пострадавшего укладывают горизонтально, обеспечивают покой. Рану головы (исключая ранения лица) лучше не трогать (накрыть стерильной салфеткой), и незамедлительно вызвать скорую. При остановке дыхания и сердца сделать искусственное дыхание и массаж сердца. Лицевые ранения с обильным выделением крови: рану зажимаем стерильным тампоном. Самостоятельная транспортировка не рекомендуется или производится с всеми предосторожностями.

Первая помощь при огнестрельных ранениях позвоночника

При огнестрельных ранениях позвоночника может наблюдаться кратковременная потеря сознания. Пострадавшего иммобилизуют (укладывают). При кровотечении накладывают повязку. При ранениях головы и позвоночника, доврачебная помощь ограничивается иммобилизацией пострадавшего и остановкой возможного кровотечения. В случае остановки дыхания и сердца производится непрямой массаж сердца и искусственное дыхание. Самостоятельная транспортировка — не рекомендуется.

Первая помощь при огнестрельных ранениях шеи

Огнестрельные ранения в шею могут осложняться повреждением гортани и повреждениями позвоночника, а также сонных артерий. В первом случае пострадавшего иммобилизуют, а во втором незамедлительно производят остановку кровотечения. Смерть от кровопотери при ранении сонной артерии может наступить в течении 10-12 секунд. Артерию пережимают пальцами, а рану немедленно туго тампонируют стерильным бинтом. Щадящая транспортировка.

Первая медицинская помощь при огнестрельных ранениях груди

Все органы расположенные в человеческом теле разделены на три отдела: плевральную полость, брюшную полость и органы малого таза. Органы расположенные в плевральной полости отделены от органов расположенных в брюшной полости диафрагмой, а органы брюшной полости отделены от органов малого таза брюшиной. При ранении внутренних органов, кровь не всегда изливается наружу, а скапливается в этих полостях. Поэтому не всегда легко судить о том задеты ли крупные артерии и вены при таких ранениях. Остановка кровотечения затруднительна.

Ранения органов плевральной полости могут осложняться внутренними кровотечениями, пневмотораксом, гемотораксом или пневмогемотораксом.

- пневмоторакс — попадание воздуха через раневое отверстие в плевральную полость. Случается при ножевых и огнестрельных ранениях грудной клетки, а также при открытых переломах ребер. Объем грудной клетки ограничен. Когда туда попадает воздух, он мешает дыханию и работе сердца т.к. занимает объем используемый этими органами.
- гемоторакс — попадание крови в плевральную полость. Случается при ножевых и огнестрельных ранениях грудной клетки, а также при открытых переломах ребер. Объем грудной клетки ограничен. Когда

туда попадает кровь, она мешает дыханию и работе сердца т.к. занимает объем используемый этими органами.

- пневмогемоторакс — попадание и крови и воздуха в плевральную полость.

Для предотвращения попадания воздуха в плевральную полость необходимо наложить на рану воздухо непроницаемую повязку — марлевую салфетку обмазанную борной мазью или вазелином, кусок полиэтилена, на крайний случай — плотно зажать рану ладонью. Пострадавшего усаживают в полусидячее положение. Остановка кровотечения затруднена. Транспортировка — щадящая.

При наличии раны в области сердца предполагается худшее. Определить ранение сердца помогают внешние признаки такие, как быстрое (мгновенное) ухудшение состояния пострадавшего, землистый цвет лица, быстрая потеря сознания. Следует заметить, что смерть в результате острой сердечной недостаточности (при ранении сердца) возникает не всегда. Иногда наблюдается постепенное угасание деятельности организма в результате наполнения перикарда кровью и, как следствие — затруднение работы сердца. Помощь в таких случаях должна оказываться специалистом (дренирование перикарда, ушивание раны сердца), которых следует вызвать немедленно. Перикард — полость, в которой располагается сердце. При ранениях сердца в эту полость может попасть кровь и сдавливать сердце, мешая его нормальной работе.

Первая помощь при огнестрельных ранениях живота

При ранениях органов брюшной полости пострадавшего усаживают в полусидячее положение. При сильной кровопотере — противошоковая терапия. Предупреждение раневой инфекции (продезинфицировать края раны, наложить стерильную салфетку)

Первая помощь при огнестрельных ранениях органов малого таза

Ранения органов малого таза могут осложняться переломами костей таза, разрывами артерий и вен, повреждением нервов. Неотложная помощь при ранениях в область таза — противошоковые мероприятия и предупреждение раневой инфекции. При ранениях в ягодичную область может наблюдаться обильное кровотечение, которое останавливается тугим тампонадой входного отверстия пули. При переломах тазовых костей и тазобедренного сустава пострадавшего иммобилизуют. Щадящая транспортировка. Самостоятельная транспортировка нежелательна.

Кровотечения

Всякое ранение сопровождается повреждением кровеносных сосудов – артерий, вен, капилляров.

Кровотечения бывает следующих видов – артериальное, венозное, капиллярное и паренхиматозное.

Способы временной остановки кровотечения: пальцевое прижатие, максимальное сгибание конечности, наложение жгута (закрутки), наложение давящей повязки.

Артериальное кровотечение.

Первые признаки артериального кровотечения:

1. кровь выходит из раны фонтанирующим потоком;
2. цвет крови ярко-алый;
3. пульсация крови и сердца совпадают.

Первая помощь при артериальном кровотечении.

1. Пережатие кровотока выше места кровотечения

Чтобы быстро остановить кровотечение необходимо прижать артерию к кости пальцами (бедренная артерия пережимается кулаком!).

2. Наложение жгута

Как накладывать жгут:

- Участок поврежденной конечности необходимо обернуть марлей (тканью) до места кровотечения.
- Поврежденная конечность приподнимается.
- Жгут слегка растягивается и оборачивается вокруг конечности 2-3 раза.
- Жгут должен быть наложен туго, однако не стоит допускать излишнего передавливания конечностей.
- Концы жгута закрепляются или завязываются.

Правила наложения жгута:

- Жгут накладывают только при повреждении крупных артериальных сосудов. При небольших кровотечениях достаточно плотно прибинтовать тугой валик или пачку стерильного бинта к месту ранения.

- Жгут можно накладывать лишь на непродолжительное время – не более чем на 1,5 часа летом и не более, чем на полчаса зимой. Под жгут обязательно кладется записка с информацией о времени наложения повязки!
- Жгут может быть самодельным (подойдет толстая веревка, ремень, связанная в несколько слоев ткань).

О правильном наложении жгута будет свидетельствовать полное прекращение кровотечения и отсутствие пульсирования в месте, расположенном ниже жгута.

После наложения жгута пациента следует госпитализировать, при этом часть тела, на которую наложен жгут, не должна прикрываться одеждой.

Если артериальное кровотечение не сопровождается переломом, то можно использовать способ форсированного сгибания конечностей. При этом поврежденная конечность сгибается и фиксируется с помощью бинта.

После оказания первой помощи обязательно доставьте пострадавшего как можно скорее в ближайший медицинский пункт!

При артериальном кровотечении кровь алого цвета вытекает из раны пульсирующей струей. При повреждении крупных сосудов (аорта, подключичная, бедренная артерия и др.) в течение нескольких минут может произойти кровопотеря, несовместимая с жизнью.

При артериальном кровотечении из сосудов верхних и нижних конечностей необходимо прижать артерию выше места ранения и наложить жгут. Жгут накладывают выше места ранения и поверх одежды (повязки). Время наложения жгута указывается в записке, которую прикрепляют к одежде пострадавшего. При наложении жгута в течение длительного времени, его периодически необходимо ослаблять и затем перенести выше прежнего места наложения. Жгут необходимо переносить на новое место максимум через каждые 1 час летом и 30 минут зимой.

Для остановки кровотечения из артерии кисти или стопы обязательное наложение жгута не требуется, достаточно к месту ранения прибинтовать пачку стерильного бинта или тугой валик стерильных салфеток и придать конечности возвышенное положение.

Венозное кровотечение. Возникает при повреждении вены. При венозном кровотечении кровь темно-вишневого цвета вытекает медленно, равномерной и непрерывной струей.

Для остановки кровотечения необходимо прижать вену пальцами ниже места ранения, после чего накладывается давящая повязка, где на рану накладывают несколько слоев марли, а сверху плотный ком ваты и туго бинтуют.

Конечность следует уложить в приподнятом положении, поверх повязки положить пузырь со льдом (холодной водой) и умеренный груз – мешочки с песком. Сдавленные повязкой поврежденные сосуды могут тромбироваться, и поэтому данный способ временной остановки кровотечения может стать окончательным.

Если давящая повязка на ране промокла, снимать ее не следует, лучше очередную стерильную повязку наложить поверх старой.

Капиллярное кровотечение. Возникает при поверхностных ранах. Кровь из раны вытекает медленно, по каплям. Оказывая помощь, в первую очередь следует промыть рану 3% раствором перекиси водорода, обработать кожу вокруг раны йодной настойкой, после чего на рану наложить стерильную повязку.

Паренхиматозное кровотечение. Возникает при поражении внутренних органов (почки, селезенка и т.д.). Признаками повреждения органов брюшной полости в большинстве случаев является постоянная боль, нарастающая с течением времени. Боль усиливается при толчках и ощупывании живота. При продолжающемся кровотечении в брюшную полость нарастают симптомы острой кровопотери: бледность кожных покровов и слизистых оболочек, учащение пульса и дыхания, снижение артериального давления.

Помощь при внутреннем кровотечении основана на создании условий, которые способствуют снижению интенсивности кровотечения или его остановке; быстрой, но «щадящей» транспортировке; поддержании в организме компенсаторных реакций.

Первая помощь при внутреннем кровотечении

- 1) создание абсолютного покоя больному;
- 2) наложение холода на область источника кровотечения. В качестве холода может быть использована холодная вода, замороженные продукты, пузырь со льдом или снегом;
- 3) введение веществ, которые способствуют тому, чтобы кровотечение остановилось, если условия позволяют сделать. К таким веществам относятся гемофилин, хлорид кальция, витамин С, викасол, желатин, эпсилон-аминокапроновая кислота;
- 4) максимально быстрая транспортировка пострадавшего в медицинское учреждение.

Человека после значительной потери крови, можно спасти при принятии срочных мер по остановке внутреннего кровотечения. Даже если кровотечение прекратилось, все равно на рану рекомендуется наложить давящую повязку. После чего нужно расстегнуть воротник, платье пострадавшему. Если он находится в сознании и нет ранений пищеварительного тракта, то можно напоить больного чаем. Не рекомендуется давать черный кофе. Затем пострадавшего нужно положить на спину, несколько опустить голову, приподнять руки и ноги или даже подвесить их. Находясь в таком положении, мозг наполняется кровью, следовательно, его деятельность поддерживается. После проведения таких мероприятий пострадавшего нужно доставить в лечебное учреждение.

Данный вид кровотечения признается самым опасным для жизни человека, так как оказать помощь пострадавшему можно только в медицинском учреждении.

Определение признаков смерти

Смерть наступает при прекращении работы сердца и остановке дыхания. Она подразделяется на *клиническую* и *биологическую* фазы.

Клиническая смерть длится от 5-7 минут после остановки сердца. Факт клинической смерти, когда еще возможно вернуть человека к жизни, устанавливается на основании трех признаков:

- отсутствие дыхательных движений грудной клетки;
- широкие зрачки, не реагирующие сужением на свет;
- отсутствие пульсаций крупных артерий (сонной, бедренной).

В этот период необратимые явления в организме еще не проявились и человека можно оживить.

По истечении 8-10 минут наступает *биологическая смерть*, когда спасти жизнь уже не возможно.

Первые признаки необратимой смерти:

- деформация зрачков при сдавливании;
- помутнение и высыхание роговицы глаза;
- появление сине-фиолетовых трупных пятен;
- окоченение.

Реакция зрачка пострадавшего на свет свидетельствует о наличии сознания.

Приемы искусственного дыхания

Оживление

Оживление состоит из двух основных действий – *искусственного дыхания* и *непрямого массажа сердца*.

Сущность искусственного дыхания состоит в насильственном введении воздуха в легкие пострадавшего. Искусственное дыхание выполняется двумя способами: **«Рот в рот»** или **«способом Сильвестра»**.

Искусственное дыхание *«Рот в рот»* проводится следующим образом:

- голова пострадавшего запрокинута назад и удерживается в этом положении одной рукой, другой – поддерживается полуоткрытым его рот;
- под плечи пострадавшего подкладывается валик из одежды;
- оказывающий помощь делает глубокий вдох, плотно прижимает свой рот ко рту пострадавшего и медленно, с некоторым усилием, вдвухает воздух изо рта в рот, зажимая нос пострадавшего пальцами. Искусственное дыхание осуществляется через марлю или носовой платок, наложенные на рот пострадавшего. Воздух вдвухается с частотой 8-10 раз в минуту для взрослых, 12-20 для детей. Особенности проведения ИВЛ (искусственной

вентиляции легких) детям увеличивается частота вдуваний воздуха с обязательным уменьшением объема вдуваемого воздуха.

При проведении искусственной вентиляции легких методом *«рот в нос»* необходимо: свободной рукой плотно удерживать нижнюю челюсть пострадавшего, чтобы его рот был закрыт.

В случае, если нельзя провести искусственное дыхание «Рот в рот», можно применить другой способ – *«способ Сильвестра»*. Этот способ отличается тем, что вдох вызывается отведением рук пострадавшего в стороны, выдох – сдавливанием грудной клетки пострадавшего опусканием его рук к груди.

Наружный массаж сердца заключается в ритмичном сдавливании сердца между передней стенкой грудной клетки и позвоночником. В момент сдавливания кровь из правого желудочка поступает по легочным сосудам в легкие, а по мере прекращения сдавливания полости сердца наполняются кровью.

Для проведения наружного массажа сердца пострадавшего укладывают на спину на твердую поверхность. Оказывающий помощь становится сбоку от пострадавшего, нащупывает грудину. Руки располагает на 2 см выше мечевидного отростка: одну кисть - перпендикулярно к груди, другую – сверху параллельно груди. Руки не должны быть согнуты в локтевых суставах, чтобы оказывать давление всей тяжестью плечевого пояса. Реаниматор толчкообразно нажимает на грудину по направлению к позвоночнику. Грудину продавливают не более чем на 4-5 см. После каждого толчкообразного движения быстро расслабляют руки, не отрывая их от грудины. Таких движений должно быть не менее 60 в 1 минуту.

У детей массаж сердца следует проводить лишь одной рукой, а у детей грудного возраста – кончиками двух пальцев с частотой 100-120 надавливаний в минуту. Точка приложения пальцев у детей до 1 года – у нижнего конца грудины.

Наружный массаж сердца необходимо сочетать с искусственной вентиляцией легких. Если реанимацию производит один человек, то через каждые 15 сдавливаний грудины с интервалом в 1 с он должен, прекратив массаж, произвести 2 сильных вдоха по методу «рот в рот».

При участии в реанимации двух человек следует производить одно раздувание легких после каждых 5 сдавливаний грудины.

Эффективность массажа сердца оценивается по следующим признакам:

- 1) появление пульса;
- 2) сужение зрачков и появление реакции на свет;
- 3) исчезновение синюшной окраски и «мертвецкой» бледности;
- 4) последующее восстановление самостоятельного дыхания.

Если через 30-40 минут от начала массажа сердца, искусственного дыхания сердечная деятельность не восстанавливается, зрачки остаются широкими, без реакции на свет, можно считать, что в организме наступили необратимые изменения и гибель мозга, и реанимацию целесообразно прекратить. При появлении явных признаков смерти реанимация может быть прекращена раньше.

Повреждения и способы иммобилизации

Травма – анатомическое или физиологическое нарушение организма, вызванное воздействием внешнего фактора. В зависимости от него травмы подразделяются на механические, физические, химические, биологические, психические.

Механические травмы бывают открытыми с нарушением кожных или слизистых покровов (ссадины, раны) и закрытыми – без их повреждения. К закрытым повреждениям относятся ушибы, разрывы внутренних органов и повреждения скелета: вывихи, растяжения и разрывы связок. Переломы могут быть как открытыми, так и закрытыми.

Физические повреждения возникают при воздействии высоких или низких температур (ожоги, тепловой удар, обморожения), электрического тока (электротравма, поражения молнией) и лучевой энергии (солнечные ожоги, лучевая болезнь).

Широко используется лечение травм холодом. При охлаждении повышается порог возбуждения мышечного волокна, интенсивность обменных процессов понижается. Уменьшается спазм, который сопровождает травматические повреждения.

Охлаждение применяется в виде холодных компрессов, погружения травмированной конечности в ледяную воду, наложения компрессов со льдом и пр.

Ссадины возникают в результате повреждения кожного покрова при падениях или столкновениях. Их необходимо обработать перекисью водорода, подсушить ватой или стерильной салфеткой и смазать раствором йода или зеленкой.

Ушибы характеризуются припухлостью в месте повреждения. Пораженный участок необходимо охладить, после чего на место повреждения накладывается давящая повязка. Через 2-3 дня можно применять теплые ванночки температурой 35-37 градусов. Парить место ушиба не рекомендуется так как это может привести к кровоизлиянию.

Вывихи, растяжения и разрывы связок происходят в результате резких и быстрых движений, превышающих физиологическую подвижность суставов. Признаками таких повреждений являются резкая болезненность в поврежденном суставе при движении, припухлость, кровоподтек. В этих случаях необходимо прежде всего обеспечить полную неподвижность поврежденной конечности и наложить фиксирующую повязку. Чтобы уменьшить боль, охладите поврежденное место. Вправлять вывих самостоятельно нельзя, так как неумелые действия могут привести к непредсказуемым последствиям. Пострадавшего необходимо срочно направить в травмпункт.

Переломы возможны во время проведения болевых приемов и при падениях. При переломах следует обеспечить полную неподвижность соответствующего участка тела путем фиксации не менее двух суставов.

При переломе предплечья фиксирующую повязку накладывают на локтевой и лучезапястный суставы, согнув руку в локте и развернув ее ладонью к животу.

Поврежденное плечо также фиксируют путем обхвата двух суставов - плечевого и локтевого.

Сломанную ключицу фиксируют косынкой или шарфом. Первая помощь заключается в подвешивании руки на косынку, либо прибинтовывании ее к туловищу при сгибании до 90 градусов в локтевом суставе. Больного

доставляют в ближайшее лечебное учреждение для проведения репозиции отломков.

При переломе голени шину накладывают также с захватом двух суставов (выше и ниже места перелома).

При повреждении бедра иммобилизуют три сустава: тазобедренный, коленный и голеностопный. Это делается при помощи подручных средств: шины, палки, доски.

При переломе ребер грудную клетку перевязывают бинтом, полотенцем или шарфом. При этом пострадавшего необходимо положить в наиболее удобную для него позу.

При повреждении костей таза пострадавшего укладывают на ровную поверхность, сгибая ноги пострадавшего в коленях и несколько разводя их в стороны. Под колени подкладывают валик из одежды и срочно вызывают врача.

При переломе позвоночника категорически запрещается поднимать пострадавшего, заставляя его двигаться. Необходимо положить под него доски или щит или положить на пол и вызвать врача.

Лечение переломов – дело медиков. Нельзя самостоятельно проверять подвижность суставов, пытаться вправить их на место. Правильно иммобилизованный перелом на месте происшествия перелом срастается в два раза быстрее, чем перелом, обработанный без иммобилизации. Транспортировка при вывихах и переломах проводится по единым правилам.

Первая помощь при ожогах

Ожогом называется изменение состояния тканей организма, происшедшее под влиянием высокой температуры, химических веществ, радиоизлучения. Степени ожогов Существует четыре степени: Первая – кожа на месте поражения краснеет, Вторая – появляется волдырь, Третья – погибают и более глубокие слои кожи, Четвертая – пораженное место обугливается. На степень повреждения влияет объем пораженных тканей, а также то, насколько вглубь организма прошел повреждающий фактор. Площадь поражения в медицинской среде измеряют в процентах от общей площади кожи. Тело в месте ожога при тяжелых степенях поражения становится нечувствительным, могут выделяться вены. Нередко действительную глубину термического воздействия можно выявить только через пять – семь

суток после происшествия. Это связано с тем, что к уже разрушенным тканям присоединяются новые, страдающие от нехватки питания. В том случае, если поражено больше 10 – 15% поверхности тела, у пациента развивается ожоговая болезнь. Тяжесть ее течения зависит от того, затронуты ли органы дыхания, а также каково общее состояние пациента, его возраста. Если же поражено больше 15% площади тела, развивается ожоговый шок.

При оказании первой помощи необходимо:

- быстро погасить воспламенившуюся одежду водой или накинуть на пострадавшего одеяло, пальто, пиджак и другие ткани для прекращения доступа кислорода;

- освободить обожженную часть тела от одежды. Если одежда пристала к месту ожога, ее не отрывают, а обрезают вокруг пораженного участка;

- наложить на место ожога сухую асептическую повязку. Можно использовать чистые простыни, полотенца, рубашки. Небольшие ожоги в домашней обстановке можно лечить следующим образом: поместить обожженное место на 15 минут в холодную воду или положить на это место компресс из салфеток, смоченных водой, спиртом, водкой, одеколоном;

- пострадавшему давать пить горячий чай или кофе, а также подсоленную воду (добавив на 1 л воды 1 ч. ложку соли или 0,5 ч. ложки пищевой соды);

- если пострадавший находится без сознания, обеспечить приток свежего воздуха и принять меры к приведению его в чувство;

- при обширных ожогах пострадавшего завернуть в простыню и укутать в одеяло, затем организовать срочную доставку в лечебное учреждение. Обеспечить во время транспортировки такое положение обожженных участков тела, при котором кожа будет находиться в максимально возможном растянутом положении.

Запрещается:

- производить промывание области ожога;

- прикасаться руками к обожженному месту;

- производить прокалывание и снятие пузырей;
- отрывать прилипшие к местам ожога части одежды;
- смазывать ожоговую поверхность каким-либо жиром или присыпать порошками;
- пользоваться растворами марганцево-кислого калия, ляписа и другими красящими веществами.

Первая помощь при химическом ожоге

Химические ожоги: причины их возникновения, признаки и симптомы, меры первой помощи и комплексная терапия Практически все химические вещества наделены необходимой силой, которая способна оказывать разрушающее воздействие на ткани человеческого организма. Особенно сильными в этом плане являются щелочи и концентрированные кислоты. Как только они начинают воздействовать на организм человека, тут же возникают химические ожоги. Первая помощь при таких ожогах предусматривает, прежде всего, тщательное промывание пораженного участка проточной водой, так как только таким образом можно избавиться от агрессивного компонента. После этого рекомендуется наложить на пораженный участок стерильную повязку. В случае если химический компонент попал в глаза либо человек его проглотил, тогда в самую первую очередь следует промыть глаз либо желудок, после чего получить консультацию врачей скорой помощи. Химический ожог представляет собой повреждение тканей, являющееся следствием воздействия на них солей тяжелых металлов, кислот, едких жидкостей, щелочей или каких-либо других химически активных компонентов. Возникают данного рода ожоги вследствие нарушений техники безопасности, из-за несчастных бытовых случаев, в результате производных травм либо попыток самоубийства. Существуют и другие факторы, способствующие их развитию. Степень тяжести, а также глубина таких ожогов напрямую зависит от следующих факторов: концентрации и количества химического вещества механизма воздействия и силы химического вещества степени проникновения и длительности воздействия химического вещества По глубине, а также тяжести поражения тканей различают четыре степени химических ожогов: Первая степень (поражение верхнего слоя кожного покрова, эпидермиса). В данном случае отмечается незначительный отек, покраснение, а также несильные болевые ощущения в месте поражения. Вторая степень

(поражение более глубоких слоев кожного покрова). В данном случае возникают покраснение и отечность, а также пузырьки, заполненные прозрачной жидкостью. Третья степень (поражение более глубоких слоев кожного покрова, достигающих до подкожной жировой ткани) сопровождается возникновением пузырей, которые заполнены мутноватой жидкостью либо кровянистым содержимым. При этом отмечается нарушение чувствительности, то есть человек не испытывает боли в области пораженного участка. Четвертая степень (поражение всех тканей: кожного покрова, мышц, сухожилий). В большинстве случаев химические ожоги бывают третьей и четвертой степени. В случае если ожог возник под воздействием щелочей и кислот, тогда в месте поражения возникает так называемый струп или корка. Корка, возникающая после воздействия щелочами, является рыхлой, беловатой, мягкой и не выделяется среди целой ткани какими-либо границами. Если сравнивать щелочные жидкости с кислотными жидкостями, то сразу же стоит отметить, что первым свойственно проникать в ткани намного глубже, следовательно, они наносят более значительный вред. В случае ожогов кислотами корка является твердой и сухой. Помимо этого ей присущи четко очерченные границы, выделяющие ее среди здоровых участков кожного покрова. Плюс ко всему, кислотные ожоги чаще всего являются поверхностными. Цвет пораженного участка кожи в случае химического ожога определяется видом химического вещества. Если кожа подверглась воздействию серной кислоты, тогда первоначально она приобретает белый цвет, а уж потом становится коричневой либо серой. В случае если кожа была обожжена азотной кислотой, тогда пораженный участок приобретает желто-коричневый или светло-желто-зеленый оттенок. Соляной кислоте свойственно оставлять ожоги желтоватого цвета, а вот уксусной – грязно-белого цвета. При ожогах карболовой кислотой пораженный участок поначалу становится белым, а уж потом бурым. В случае ожога концентрированной перекисью водорода пораженный участок приобретает серый оттенок. Следует отметить, что ткань кожи продолжает разрушаться даже после того, как химический компонент перестает с ней соприкасаться и все потому, что процесс всасывания химического вещества в данном случае прекращается не сразу. В результате, установить точную степень ожога в течение первых часов либо дней после случившегося просто-напросто невозможно. Поставить точный диагноз можно будет только через семь – десять дней, а именно тогда, когда начнется процесс нагноения возникшей корки. Опасность и тяжесть данного рода ожогов определяется как его площадью, так и глубиной. Чем обширнее площадь поражения, тем опаснее ожог для жизни больного. Первая помощь

при химических ожогах кожного покрова Первая помощь в таких случаях предусматривает: как можно более быстрое удаление химического компонента с области поражения, уменьшение концентрации его остатков на кожном покрове посредством тщательного промывания водой, а также охлаждение области поражения с целью уменьшения болевых ощущений. В случае химического ожога кожи следует предпринять следующие меры: Тут же следует снять одежду либо украшения, на которых присутствуют химические компоненты. Чтобы избавиться от причин ожога, необходимо смыть химические вещества с кожного покрова, при этом подержав пораженный участок под холодной проточной водой как минимум четверть часа. В случае если своевременно промыть пораженный участок не удалось, тогда время промывания увеличивают до тридцати – сорока минут. Не стоит пытаться избавиться от химических веществ посредством тампонов либо салфеток, смоченных водой, так как таким образом произойдет еще более сильное их проникновение в кожный покров. В случае если химический компонент наделен порошкообразной формой, тогда для начала нужно удалить его остатки с кожи и только после этого приступить к промыванию пораженного участка. Исключениями из правил являются случаи, когда отмечается категорическое противопоказание взаимодействия химического компонента с водой. Это касается, например, алюминия, так как органическим соединениям данного вещества свойственно воспламеняться при контакте с водой. В случае если после первого промывания человек начинает испытывать еще более сильное чувство жжения, тогда рекомендуется еще раз промыть пораженный участок проточной водой в течение пяти – шести минут. Как только пораженный участок будет промыт, следует перейти к нейтрализации химических компонентов. В случае ожога кислотой стоит воспользоваться помощью мыльной воды либо двухпроцентного раствора пищевой соды. Такой раствор приготовить несложно: следует взять два с половиной стакана воды и растворить в ней одну чайную ложку пищевой соды. При ожоге щелочью на помощь придет слабый раствор уксуса либо лимонной кислоты. Химические компоненты извести можно нейтрализовать посредством двухпроцентного раствора сахара. Карболовая кислота поддается нейтрализации известковым молоком и глицерином. Уменьшить болевые ощущения можно посредством холодной влажной ткани либо полотенца, которые следует приложить к пораженному участку. После этого накладываем на пораженную поверхность свободную повязку, изготовленную из чистой сухой ткани либо сухого стерильного бинта. Если ожог несильный, тогда он заживает без каких-либо лекарственных препаратов. При химическом ожоге срочная медицинская

помощь нужна в следующих случаях: Если у человека наблюдаются такие признаки шока как побледнение кожных покровов, потеря сознания, а также поверхностное дыхание. Если диаметр ожога составляет более семи с половиной сантиметров, и он также проник глубже первого слоя кожного покрова. Химическое поражение затронуло область паха, ноги, глаза, ягодицы, лицо, руки либо крупные суставы, а также пищевод и ротовую полость. Человек испытывает очень сильные болевые ощущения, от которых невозможно избавиться посредством обезболивающих средств типа ибупрофена либо ацетаминофена. Если Вы все-таки решились получить консультацию специалиста, тогда не забудьте взять с собой посуду с химическим веществом, вызвавшим ожог, либо его подробное описание. Это даст возможность намного быстрее его нейтрализовать, что порой не удастся сделать в обычных домашних условиях. Химические ожоги глаз Химические ожоги глаз являются следствием попадания в данную область извести, кислот, нашатырного спирта, щелочей либо других химических компонентов на производстве либо в домашних условиях. На самом деле ожоги данной области являются крайне опасными, именно поэтому требуют своевременного обращения к врачу-специалисту. Тяжесть химических ожогов глаз определяется концентрацией, температурой, химическим составом, а также количеством вещества, которое спровоцировало ожог. Помимо этого в учет берут также общую реактивность организма больного, состояние его глаз, а также качество и своевременность оказания первой помощи. В большинстве случаев при таких ожогах у больного наблюдаются следующие субъективные ощущения: слезотечение, боязнь света, режущие боли в области глаз. В очень тяжелых случаях больной может вовсе лишиться зрения. Отметим сразу же, что при таких ожогах поражаются не только глаза, но еще и кожный покров вокруг них. Очень важно своевременно оказать человеку первую помощь. В самую первую очередь ему нужно как можно быстрее промыть глаза большим количеством проточной воды. Раздвигаем веки и промываем глаз в течение десяти – пятнадцати минут. В данном случае вода является основным нейтрализатором химических компонентов. Если ожог является следствием воздействия щелочи, тогда вместо воды можно воспользоваться помощью молока. Как только глаз будет тщательно промыт, берем кусок марли либо бинта и накладываем сухую повязку. Как только это будет сделано, немедленно везите больного к врачу.

Первая помощь при обморожениях

Обморожение - это повреждение тканей тела, вызванное воздействием низких температур. Чаще всего от обморожения страдают уши, нос, щеки пальцы рук и ног.

В большинстве случаев данное состояние возникает зимой, так как именно это время года характеризуется температурой воздуха ниже минус десять – двадцать градусов, а также повышенной влажностью. Вполне возможно развитие данного состояния и весной либо летом. В эти времена года оно может возникнуть из-за таких условий как: влажная и тесная обувь, кровопотеря, продолжительное воздействие ветра и холода, неподвижное положение, плохое общее состояние человека, к примеру, заболевание, чрезмерное курение, алкогольное опьянение, истощение организма. Особенно часто обморожению подвергаются уши, пальцы ног и рук, стопы, кисти, нос. При развитии данного состояния поначалу пострадавший испытывает чувство холода, которое впоследствии замещается онемением. Первоначально притупляется боль, после чего исчезает чувствительность. При низкой температуре воздуха вполне возможно развитие не только отморожения, но и общего переохлаждения всего организма. При общем переохлаждении человек чувствует себя намного хуже. Первая помощь в таких случаях предусматривает не резкое, а постепенное отогревание тех или иных участков тела. В случае переохлаждения всего организма больного следует немедленно показать врачу. Если брать в учет глубину и тяжесть данного состояния, тогда можно выделить четыре степени обморожения:

Степени обморожения

- I степень – обмороженный участок сначала бледный, а при нагревании – покрасневший или багрово-красного оттенка с отечностью. Омертвения клеток нет. Через 7 дней может проявиться шелушение. Признаки обморожения кожи первой степени: покалывание, онемение, чувство жжения, незначительные, но резкие зуд и боль.
- II степень – участок бледнеет, холодеет, теряет чувствительность, в первые дни после обморожения образуются пузырьки с прозрачным содержимым, более сильные зуд и боль. Восстановление требует от 7 до 14 дней.
- III степень – пузырьки на участке обморожения наполнены кровянистым содержимым с сине-багровым дном, с нечувствительностью, еще более сильными болями впоследствии. Элементы кожи гибнут, образуются рубцы. Ногтевая пластина может не вырасти либо вырасти деформированной. Отмершие ткани

отторгаются спустя 2-3 недели, в течение месяца происходит рубцевание.

- IV степень – участок обморожения синюшный с мраморной окраской. После согревания сразу проявляется сильная отечность без пузырей, теряется чувствительность. Происходит некроз всех слоев мягких тканей, поражаются суставы, кости.

Отморожение первой степени является результатом кратковременного воздействия низкой температуры воздуха. В данном случае у пострадавшего отмечается бледность кожного покрова, отечность пораженного участка, а также снижение его чувствительности либо полное ее отсутствие. Как только кожа согреется, она тут же приобретет сине-багровый цвет. Помимо этого наблюдается увеличение отечности, а также тупые болевые ощущения, жжение и зуд. Все эти неприятные симптомы исчезают примерно через пять – семь дней, однако вполне возможно, что еще на протяжении многих лет человек будет наблюдать чрезмерную чувствительность пораженных участков к холоду. Отморожение второй степени является следствием более длительного воздействия низких температур. Первоначально отмечается побледнение кожного покрова, потеря чувствительности участка отморожения, а также его похолодание. Как только кожа начнет отогреваться, она тут же приобретет сине-багровый цвет. Помимо этого у пострадавшего наблюдается очень быстрое возникновение отечности, которая выходит далеко за рамки зоны обморожения. Явным признаком отморожения второй степени принято считать возникновение в области пораженного участка пузырей, которые появляются в течение первых дней после травмы. Данные пузыри содержат в себе прозрачную жидкость. Для восстановления целостности кожи в данном конкретном случае понадобится не менее одной – двух недель. Следует отметить, что рубцы от таких пузырей чаще всего не остаются. В случае массивных обморожений у больного могут отмечаться такие признаки как: нарушенный сон, повышение температуры тела, плохой аппетит и озноб. Отморожение третьей степени сопровождается омертвением кожного покрова с возникновением пузырей, которые наполнены темно-бурой либо темно-красной жидкостью. Пораженные участки в данном случае являются не только холодными на ощупь, но еще и бледными. Раны практически не болят. Отторжение погибших тканей происходит на второй – третьей неделе, после этого начинается процесс рубцевания, продолжающийся на протяжении целого месяца. В месте отмороженного кожного покрова формируются весьма грубые рубцы.

Отморожение четвертой степени сопровождается омертвением всех тканей, в том числе и костей. Пораженный участок становится синюшным, порой он наделен мраморным оттенком. Как только участок согревается, тут же начинает распространяться сильнейшая отечность. Температура, отмечающаяся в отмороженном участке намного ниже, чем на других участках кожи. Явным признаком данного отморожения принято считать полное отсутствие чувствительности. В случае продолжительного нахождения при низкой температуре окружающей среды вполне возможно развитие не только отморожения тканей, но еще и общего переохлаждения организма человека. Общим переохлаждением организма именуют состояние, которое возникает в результате продолжительного понижения температуры тела человека ниже тридцати четырех градусов. К причинам, способствующим развитию данного состояния, можно причислить те же факторы, что и в случае с обморожениями. Это как физическое переутомление, так и высокая влажность воздуха, недавно перенесенные травмы либо заболевания, которые снизили способность организма бороться с холодом, мокрая одежда, сильный ветер и так далее. На сегодняшний день выделяют три степени общего переохлаждения организма, а именно легкую, среднюю и тяжелую. Легкая степень переохлаждения сопровождается снижением температуры тела пострадавшего до тридцати двух – тридцати четырех градусов. В данном случае кожа в области пораженного участка является слегка бледной либо синюшной. Возникает так называемая «гусиная кожа», а также затруднения речи и озноб. Помимо этого отмечается также замедление пульса до шестидесяти – шестидесяти шести ударов в минуту, слегка повышенное либо нормальное артериальное давление. Процесс респирации не нарушается. При данной степени переохлаждения могут наблюдаться отморожения как первой, так и второй степени тех или иных участков тела. Средняя степень переохлаждения сопровождается снижением температуры тела до двадцати девяти – тридцати двух градусов. При этом у пострадавшего наблюдается чрезмерная сонливость, однако, спать ему не нужно, так как процесс сна может стать причиной его гибели. Объясняется это тем, что во время сна отмечается более низкая выработка энергии. Кожный покров при таком переохлаждении является синюшным, бледным и холодным. Порой он приобретает мраморный оттенок. Отмечается снижение пульса до пятидесяти – шестидесяти ударов в минуту, значительное снижение артериального давления, редкое поверхностное дыхание до восьми – двенадцати вдохов в минуту. В таких случаях вполне возможно развитие отморожения конечностей и лица, как первой, так и четвертой степени. Тяжелая степень переохлаждения сопровождается снижением температуры

тела ниже тридцати одного градуса. В таких случаях люди теряют сознание, у них также может развиваться рвота и судорожные состояния. Кожный покров при таком переохлаждении очень бледный, синюшный и холодный.

Отмечается замедление пульса до тридцати шести ударов в минуту, а также поверхностное и очень редкое дыхание до трех – четырех вдохов в минуту.

При таких состояниях отмечаются очень сложные и весьма распространенные отморожения вплоть до того, что человек весь леденеет.

Первая помощь при обморожении:

- поместить пострадавшего в теплое сухое помещение;
- освободить от мокрой одежды и обуви;
- согреть при помощи грелки или массажа отмороженную часть тела, для конечностей – ванна с постепенно повышающейся температурой воды (за полчаса с 18 до 37 С). Согревание и массаж проводятся до восстановления кровообращения и чувствительности;
- напоить горячим чаем или кофе;
- на отмороженном участке произвести растирание спиртом, водкой, одеколоном.

Категорически запрещается:

- растирать место обморожения снегом;
- применять мазовые повязки, так как это усложняет хирургическую обработку места обморожения;
- использовать горячие ванны для согревания отмороженных участков тела.

Первая помощь при поражении электрическим током.

Электротравма – поражение электрическим током, влекущее за собой болезненные расстройства человеческого организма или смерть. Различают поражения, вызываемые техническим током и действием атмосферного электричества – молнией. Большое практическое значение имеют первые, поскольку электрический ток широко используется на заводах и фабриках, шахтах и рудниках, железных дорогах, в сельском хозяйстве, в быту и пр.

Ток, проходя через организм, вызывает нарушение деятельности центральной нервной системы, органов кровообращения, дыхания и др. Степень этих нарушений и тяжесть поражения зависят от различных факторов: напряжения и силы тока, продолжительности его действия на организм, величины сопротивления ему тканей организма, физического и психического состояния человека. Болезненное состояние, опьянение, общая слабость, юный или престарелый возраст пострадавшего снижают сопротивляемость действию электрического тока.

Проходя через тело, ток действует двояко: во-первых, встречая сопротивление тканей, он превращается в тепло, которое тем больше, чем больше сопротивление. Наиболее велико сопротивление кожи, вследствие чего возникают её ожоги (от незначительных местных изменений до тяжёлых ожогов вплоть до обугливания отдельных участков тела); во-вторых, ток приводит мышцы, в частности, дыхательные и сердечные, в состояние длительного сокращения, что может вызвать остановку дыхания и прекращение сердцебиения. Проходя через головной и спинной мозг, ток вызывает нарушение их деятельности.

Нередко пострадавший гибнет на месте травмы.

Симптомы поражения электрическим током: судорожное сокращение мышц, спазм голосовой щели, головокружение, тошнота, бледность, цианоз губ, холодный липкий пот, потеря сознания, нарушение или отсутствие дыхания, падение сердечной деятельности. Может быстро наступить мнимая смерть (остановка дыхания и сердца), но её нельзя рассматривать как истинную смерть. Общее действие электрического тока на организм может сказаться или сразу, или через несколько часов, даже через несколько дней. Поэтому во всех случаях после оказания первой медицинской помощи пострадавшего необходимо направлять в медицинское учреждение.

Первая и неотложная помощь при поражении электрическим током. Пострадавшего нужно немедленно освободить от действия тока. Самым лучшим является быстрое его выключение. Однако в условиях больших промышленных предприятий это не всегда возможно. Тогда необходимо перерезать или перерубить провод или кабель топором с сухой деревянной ручкой, либо оттащить пострадавшего от источника тока.

При этом необходимо соблюдать меры личной предосторожности: использовать резиновые перчатки, сапоги, галоши, резиновые коврики, подстилки из сухого дерева, деревянные сухие палки и т.п. При оттаскивании пострадавшего от кабеля, проводов и т.п. следует брать за его одежду (если она сухая!), а не за тело, которое в это время является проводником электричества.

Меры по оказанию помощи пострадавшему от электрического тока определяются характером нарушения функций организма: если действие тока не вызвало потери сознания, необходимо после освобождения от тока уложить пострадавшего на носилки, тепло укрыть, дать 20-25 капель валериановой настойки, тёплый чай или кофе и немедленно транспортировать в лечебное учреждение.

Если поражённый электрическим током потерял сознание, но дыхание и пульс сохранены, необходимо после освобождения от действия тока на месте поражения освободить стесняющую одежду (расстегнуть ворот, пояс и т.п.), обеспечить приток свежего воздуха, выбрать соответственно удобное для оказания первой помощи место с твёрдой поверхностью – подложить доски, фанеру и т.п., подстелив предварительно под спину одеяло. Важно предохранять пострадавшего от охлаждения (грелки). Необходимо осмотреть полость рта; если стиснуты зубы, не следует прибегать к физической силе – раскрывать его рот роторасширителем, а надо сначала несколько раз кряду дать ему понюхать на ватке нашатырный спирт, растереть им виски, обрызгать лицо и грудь водой с ладони. Одновременно следует ввести подкожно 0,5 мл 1% раствора лобелина или цититона, 1 мл 10% раствора кофеина, 1 мл кордиамина. При открытии полости рта необходимо удалить из неё слизь, инородные предметы, если есть – зубные протезы, вытянуть язык и повернуть голову на бок, чтобы он не западал. Затем пострадавшему дают вдыхать кислород. Если поражённые пришёл в сознание, ему нужно обеспечить полный покой, уложить на носилки и поступать далее так, как указано выше в первом случае.

Но бывает и так, что состояние больного ухудшается – появляются сердечная недостаточность, частое прерывистое дыхание, бледность кожных покровов, цианоз видимых слизистых оболочек, а затем терминальное состояние и клиническая смерть. В таких случаях, если помощь оказывает один человек, он должен тут же приступить к производству искусственного

дыхания «изо рта в рот» и одновременно осуществлять непрямой массаж сердца.

Участки тела, обожжённые электрическим током, лечат в стационаре как термические ожоги.

Некоторые правила оказания первой помощи

При пищевом отравлении дать пострадавшему выпить 5-6 стаканов теплой воды или слабого раствора пищевой соды, вызвать рвоту, повторить несколько раз.

При химических отравлениях взрослого человека для эффективного промывания желудка необходимо дать выпить не менее 10-12 литров воды.

При стенокардии боли носят характер постоянных ноющих в левой половине грудной клетки. При возникновении болей в области сердца в первую очередь необходимо дать таблетку валидола или нитроглицерина.

В случае **обморока** наибольшая эффективность оказания помощи при выведении пострадавшего из этого состояния достигается путём поднесения ватки, смоченной нашатырным спиртом (при отсутствии нашатыря – при нажатии на точку в центре носогубного треугольника).

Помощь при поражении слезоточивым газом

При поражении слезоточивыми газами до оказания помощи пострадавшему необходимо вывести его из насыщенной газами зоны.

В случае попадания слезоточивого газа в лицо необходимо протереть у глаз влажным тампоном, смоченным 2%-ным раствором борной кислоты и питьевой воды, после чего вымыть лицо и руки с мылом. В тяжелых случаях поражения необходимо обратиться в медицинское учреждение.

Первая помощь при несчастных случаях

Утопление

Утопление происходит за счет проникновения в дыхательные пути воды, ила, песка и перекрытия их. Смерть при утоплении наступает через 2-3 минуты из-за недостатка кислорода в организме.

Первая помощь при утоплении

- вытащить утонувшего из воды и освободить дыхательные пути от грязи, ила, песка;
- положить утонувшего на живот и, приподняв руками туловище, потрясти его для освобождения дыхательных путей и желудка от проникшей туда воды;
- начать делать искусственное дыхание.

Действия по помощи пострадавшему при попадании инородного тела в дыхательные пути:

Нагнуть туловище пострадавшего вперед, нанести несколько интенсивных ударов между лопаток, при отсутствии эффекта – обхватить пострадавшего сзади, надавить 4-5 раз на верхнюю часть живота.