



Головне управління охорони здоров'я
та медичного забезпечення м. Києва

Київський міський Центр здоров'я

ПЕРША ДОПОМОГА

при дорожньо-
транспортному
травматизмі



Київ - 2008

Зміст

Виймання потерпілого з транспортного засобу і його перенесення	7
Укладання потерпілого	8
Комплектація дорожньої аптечки	11
Правила накладання пов'язок	11
Перша допомога при переломах	14
Пошкодження голови і обличчя	16
Пошкодження грудей і живота	16
Переломи хребта і кісток тазу	17
Кровотеча з ран	18
Опіки	20
Травматичний шок	21
Реанімація (оживлення)	22
Перша допомога при травмах і опіках очей	24

У брошурі представлені основні принципи надання першої медичної допомоги - заходів рятування життя і здоров'я потерпілих при нещасних випадках. Такі заходи не потребують спеціальної медичної кваліфікації і складної апаратури. Матеріал призначений для водіїв-автомобілістів та широкого кола читачів.

Затверджено методичною радою
Київського міського Центру здоров'я
протокол № 3 від 25.02.2003 р.

Матеріал підготували: *к.м.н. Лозинський В.С., Кицман Р.Я.*

Відповідальний за випуск: *О. О. Стойка*

Редагування: *Вовчик - Блакитна О.О., Когут Н.М., Макаренко А.М.*

Комп'ютерний набір та верстка: *Корецька Т. П.*

Аналіз причин смерті у мирний час на підприємствах, в дорозі і вдома показує, що загибель потерпілих можна було б попередити, якби люди, які знаходились поряд, могли правильно надати першу допомогу.

В цих випадках перша допомога надається безпосередньо на місці враження самим потерпілим (самопоміг) чи його товаришем (взаємодопоміг населення).

Зростання кількості автотранспорту відбувається стрімкими темпами, що призводить до збільшення чисельності аварій. З жалем приходиться констатувати, що рівень дорожньо-транспортного травматизму залишається високим.

Причини дорожньо-транспортних пригод різноманітні. За даними статистики, близько 70% їх відбувається з вини водіїв. Це стосується зіткнення автомобілів і їх перевертання; наїздів на пішоходів, на різні перешкоди, випадання пасажирів з транспортних засобів, які рухаються. Майже в 30% автодорожніх пригод винні пішоходи, які через свою недисциплінованість, неуважність чи нетверезий стан порушують правила переходу через дорогу.

Численні спостереження показують, що вживання водієм алкогольних напоїв різко знижує увагу, працездатність, спостережливість. Встановлено, що і малі концентрації алкоголю в крові супроводжуються погіршенням орієнтування водія в швидкості руху автомобіля. Наприклад, при вживанні близько 100 мл горілки рухова реакція уповільнюється вдвічі, а при управлінні автомобілем важливу роль відіграють навіть десятки долі секунди, які необхідні для прийняття термінових дій - зокрема, для гальмування автомобіля при появі перешкоди. Навіть випитий кухоль пива, знижуючи реакцію водія, може призвести до катастрофи. Спеціалісти підкреслюють, що загальна кількість дорожньо-транспортних пригод з вини водіїв у третині випадків відбувається з причини алкогольного сп'яніння.

Однією з особливостей дорожньо-транспортних травм є те, що перша допомога потерпілим не завжди надається своєчасно. Між тим, своєчасне і кваліфіковане її надання у багатьох випадках визначає успіх лікування потерпілого, а часом від цього залежить і його життя.

Дуже важливо, щоб водії, учасники руху і працівники ДАІ вміли в разі необхідності надавати своєчасно і кваліфіковано першу допомогу.

Мета першої медичної допомоги - попередити подальші пошкодження під час транспортування, зняти біль для попередження розвитку больового шоку і своєчасно транспортувати потерпілого до лікувального закладу. Цього можна досягти, якщо перша допомога надана правильно і ефективно.

Невігластво і незнання прийомів першої медичної допомоги нерідко призводить до фатальних наслідків. Знання цих прийомів набуває особливого значення тоді, коли через стихійне лихо або катастрофу дороги стають несподівано непрохідними і немає умов для прибуття на місце аварії санітарного транспорту. Також важливе володіння прийомами першої медичної допомоги і в тих випадках, коли своєчасно забезпечити кваліфікованою медичною допомогою всіх потерпілих неможливо.

При аварії можуть виникати ситуації, коли вдавнення всередину дверей чи інших частин автомобіля перешкоджає вийманню потерпілих із автомобіля. В таких випадках необхідно користуватись тросами, прикріпленими

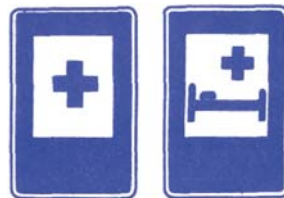
до механічної тяги, для витягування вдавнених дверей чи стінок автомобіля. При здавленні частин тіла потерпілого - наприклад, стегна або гомілки між кермом, арматурою і сидінням для звільнення травмованої людини часом доводиться використовувати навіть зварювальний апарат.

Завдання водія, який опинився на місці пригоди, полягає не в найшвидшому відправленні потерпілого будь-яким транспортом, а в наданні йому першої медичної допомоги на місці і виклику будь-яким способом машини швидкої допомоги для транспортування потерпілого в лікувальний заклад. Можливе перевезення і будь-яким іншим транспортом, якщо виклик машини швидкої допомоги потребує великої затрати часу чи неможливий.

На дорогах встановлюються дорожні знаки «6.1» і «6.2» (мал. 1), за якими водій орієнтується щодо місця знаходження медичного закладу. Це може бути як багатогалузева лікарня (знак «6.2»), так і фельдшерський пункт («6.1»).

мал. 1. Дорожні знаки

6.1. - пункт першої медичної допомоги;
6.2. - лікарня.



Якщо на автодорозі неподалік від місця аварії знаходиться населений пункт, де є лікарня з хірургічним чи травматологічним відділенням, туди швидко доставляють потерпілого після надання першої медичної допомоги. В тих випадках, коли до лікарні далеко, потерпілого транспортують до фельдшерського пункту. Там медичний працівник сприяє виведенню потерпілого з важкого стану (шок та ін.), готує його до подальшого транспортування до стаціонару санітарною машиною, в супроводі медичного працівника.

Вибір місця транспортування потерпілого в лікувальний заклад вирішується в залежності від ряду факторів: відстані, якості дороги, характеру пошкоджень у потерпілого, стану транспортного засобу та ін.

Важкі пошкодження бувають при переломах довгих трубчатих кісток (стегно, плече), кісток тазу, кровотечі з ран, пошкодженні грудної клітки, черепно-мозковій травмі.

Організація медичної допомоги при автодорожніх травмах ділиться на три етапи. Для водія автотранспорту особливу цінність становить її перший етап - надання допомоги на місці події.

Другий етап медичної допомоги - допомога під час транспортування в лікувальний заклад, куди найчастіше всього потерпілого доставляють. Вона може бути раціонально надана при транспортуванні потерпілого санітарною машиною.

Третій етап - надання медичної допомоги в лікувальному закладі. Вона надається в повному обсязі в хірургічному або травматологічному стаціонарі.

ВИЙМАННЯ ПОТЕРПІЛОГО З ТРАНСПОРТНОГО ЗАСОБУ І ЙОГО ПЕРЕНЕСЕННЯ

У відповідності з правилами дорожнього руху водій і пасажир легкових автомобілів повинні зафіксуватись перед початком руху ременями безпеки. Користування ними зменшує небезпеку отримання важких травм при автокатастрофах.

Відомі численні випадки, коли життям потерпілі були зобов'язані тільки ременям безпеки.

Вийманню потерпілого надається велика увага тому, що під час аварій автомашини зазвичай деформується, двері можуть заклинитися і вдавнитися всередину, що ускладнює виймання людей з машини. Перш за все необхідно усунути причину, яка заважає цьому. Виймати потерпілого треба обережно, за доступні і непошкоджені частини тіла.

Добре, якщо це роблять дві або три людини. Доцільно виймати потерпілого з машини, притримуючи його попід руки чи підводячи свої руки під пахви рук потерпілого і захопивши ними передпліччя непошкодженої руки потерпілого (мал. 2).



мал. 2. Виймання потерпілого з автомобіля

Для встановлення тяжкості стану потерпілого необхідно перевірити наявність:

- а) пульсу (на судинах шиї, над променево-зап'ясним суглобом зі сторони долоні вище основи великого пальця, в середній третині плеча на внутрішній його поверхні, в середній третині стегна з внутрішньої його сторони та в інших місцях);

- б) дихання, яке може бути слабким і частим (зазвичай здорова людина робить 16-20 дихальних рухів у хвилину);

- в) кровотечі з ран.

При значній кровотечі одяг просякає кров'ю, інколи дуже швидко, в місці поранення.

При автомобільних катастрофах часто відбувається пошкодження голови або грудної клітки. Відкриті переломи черепа можуть супроводжуватись сильною кровотечею або випаданням мозку. При важких травмах черепа бувають кровотечі з вух і носа. При важкій травмі грудної клітки спостерігається неспокій, збільшення частоти пульсу, інколи кровохаркання, задуха, посиніння шкіри обличчя, різкий біль в грудях. Закрита травма живота

супроводжується болем, напруженням черевної стінки, нудотою і блювотою. Для пошкодження хребта характерний біль в місці локалізації травми, який посилюється при спробі постраждалого рухатися. Інколи при пошкодженні спинного мозку розвивається параліч ніг з втратою чутливості. При переломах кісток тазу спостерігається біль в місці перелому, неможливо сісти і встати. Потерпілий часто приймає положення з напіврозведеними і напівзігнутими ногами.

мал. 3. Звільнення пошкодженої руки від одягу



Для уточнення локалізації травми і надання першої медичної допомоги необхідно зняти частину одягу. Зимом потерпілого не роздягають, а розривають чи розрізають одяг навколо того місця, де знаходиться рана або передбачаються ушкодження. Спочатку знімають одяг зі здорової руки, потім з пошкодженої (мал.3). Знімають при необхідності і взуття.

УКЛАДАННЯ ПОТЕРПІЛОГО

Укладання потерпілого на будь-яку площину після виймання його з автомобіля для надання першої медичної допомоги відіграє значну роль. Правильно проведене укладання сприяє усуненню болю, створює умови для покращення дихальної функції і серцевої діяльності. Положення потерпілого після укладання залежить від його стану і пошкоджень.

У разі непритомності бажано покласти потерпілого на бік з напівзігнутою ногою (мал.4).

мал. 4. Укладання потерпілого на бік з напівзігнутою ногою



мал. 5. Положення потерпілого напівсидячи

Положення хворого на спині в цих випадках небезпечне, оскільки вміст шлунка може потрапити у верхні дихальні шляхи (трахею, бронхи).

Одностороннє ушкодження грудної клітки характеризується болем на відповідній стороні, який посилюється при дотику і супроводжується обмеженням руху цієї сторони грудної клітки при диханні. Потерпілого кладуть на ушкоджений бік, оскільки в такому положенні здорова половина грудної клітки вільно курсує і дихає.

При двохсторонньому пошкодженні грудної клітки названі вище симптоми проявляються з обох сторін. При цьому для потерпілого найзручніше положення напівсидячи (мал.5).

Якщо виникає підозра щодо наявності перелому хребта, то потерпілого кладуть на спину чи живіт на рівну жорстку поверхню (дошка).

За умов розвитку блідості (в зв'язку з крововтратою) та відсутності пульсу потерпілого кладуть так, щоб його голова була трохи нижче ніг (мал.6).

Виявивши пошкодження черевної порожнини, потерпілого укладають в горизонтальне положення з підкладеним під ноги валиком.

Перенесення і укладання потерпілого при важкій травмі має суттєве значення як перший етап надання медичної допомоги. На мал. 7-14 показані способи перенесення і укладання важко потерпілих.



мал. 6. Положення потерпілого з припіднятими ногами



мал. 7. Перенесення потерпілого на спині



мал. 8. Перенесення потерпілого «на замку» на двох руках



мал. 9. Перенесення тяжко хворого на плечі



мал. 10. Перенесення потерпілого на «замку» з трьох або чотирьох рук



мал. 11. Перенесення потерпілого на руках



мал. 12. Підтримка потерпілого при русі



мал. 13. Перенесення потерпілого спереду себе



мал. 14. Припіднімання та усаджування потерпілого

КОМПЛЕКТАЦІЯ ДОРОЖНЬОЇ АПТЕЧКИ

Для надання першої допомоги під час автодорожніх травм всі автомобілі повинні бути оснащені стандартними аптечками. До аптечки автомобіля, який здійснює рейси в умовах міста, крім засобів, необхідних для надання першої медичної допомоги при несподіваних захворюваннях, входять спиртовий розчин йоду 5% - 10мл; бинт марлевий стерильний шириною 10 см і довжиною 4м; мазь борна 2,5г; ванночка для промивання очей, вата гігроскопічна - 50г; джгут кровоспинний, лейкопластир бактерицидний 6x10 см.; напалечники гумові - 2 шт.; пакет перев'язочний першої медичної допомоги з однією подушечкою (індивідуальний пакет); склянка з поліетилену для прийому ліків; питна сода.

На замських автострадах, де на швидке прибуття машини швидкої допомоги не завжди можна розраховувати, доцільно аптечку доповнити індивідуальним пакетом з двома подушечками, двома широкими бинтами і двома фанерними шинами.

ПРАВИЛА НАКЛАДАННЯ ПОВ'ЯЗОК

Для захисту рани від інфікування та зовнішніх впливів необхідно накласти на ушкоджену ділянку стерильну або просто якомога чистішу пов'язку. Перед її накладанням необхідно шкіру навколо рани змастити йодом. Доцільно накласти на рану індивідуальний пакет, який складається з марлевого бинта шириною 7 см і має одну чи дві ватно-марлевих подушечки, з яких одна нерухомо закріплена на кінці бинта, а друга вільно рухається по бинту. Пакет стерильний, загорнутий в парафінований папір разом з булавкою. Поверх парафінованого паперу натягнута прогумована оболонка з підрізаним краєм, при надриві якого вдається дістати пакет, не забруднивши його (мал. 15).

Розгортаючи папір, не можна торкатися руками тієї сторони ватно-марлевої подушечки, якою вона буде накладена на рану. Останню закривають ватно-марлевою подушечкою і бинтують. При наскрізній рані на вхідний і вихідний отвори накладають по одній подушечці індивідуального пакета.

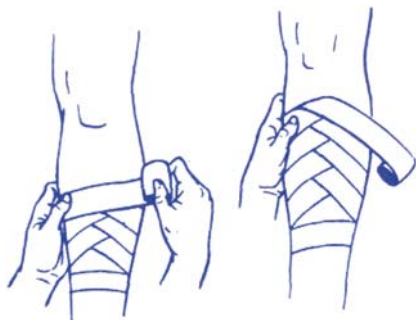
Якщо є лише одна подушечка, її накладають на вхідний отвір, а вихідний закривають частиною стерильного бинта. На малюнках 16-20 показані види пов'язок, які накладаються на рани кінцівок, голови, живота і таза.



мал. 15. Індивідуальний пакет

Для накладання кругової пов'язки необхідно притиснути кінець бинта великим пальцем лівої руки до місця пошкодження, а правою рукою, розгортаючи бинт, робити кругові оберти, при яких витки бинта кладуться один на другий і фіксують перший тур.

Для кращого прилягання і утримання пов'язки на частинах тіла, які мають неоднакову на всьому протязі товщину (гомілка, стегно, передпліччя) доцільно накладати спіральну пов'язку з перегинами (мал. 16).



мал. 16. Спіральна пов'язка з перегинами



мал. 17. Хрестоподібна пов'язка на ступню

Хрестоподібні пов'язки накладаються на грудну клітку, ліктьовий суглоб, кисть, колінний суглоб і ступню (мал.17). Цей тип пов'язок зручний і застосовується під час бинтування частин тіла з складною конфігурацією.

На ушкоджене підборіддя накладають нескладні пращеподібні пов'язки (мал.18).

При пораненнях живота, грудної клітки, шиї, вуха можна накласти спеціальну пов'язку (мал. 19). Починають пов'язку з кругових ходів бинта, потім вони, ідучи спіралько, частково прикривають попередні ходи.



мал. 18. Пращеподібні пов'язки

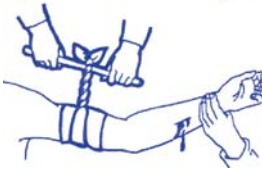
мал. 19. Спіральна пов'язка при пораненні вуха



мал. 20. Зупинка кровотечі за допомогою закрутки



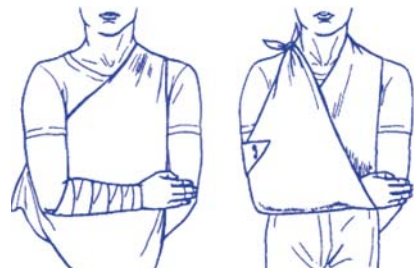
1. зав'язування вузла;



2. закручування за допомогою палички;



3. закріплення попички.

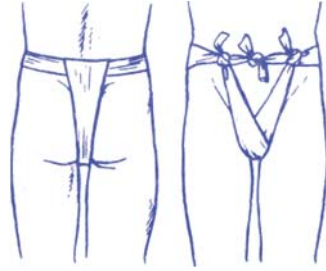


мал. 21. Косинкова пов'язка на руку



мал. 22. Пов'язка через шию, що фіксує руку

мал. 23. Т - подібна пов'язка на пах

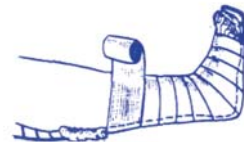


На ушкоджені кисті і пальці накладають циркулярні і хрестоподібні пов'язки. У випадку сильної кровотечі з рани при відсутності джгута доцільно накласти закрутку на плече (мал.20). На мал. 21-23 показано накладання хустинкових пов'язок на руку і Т-подібної пов'язки на пах.

ПЕРША ДОПОМОГА ПРИ ПЕРЕЛОМАХ

Переломи бувають закриті, без ушкодження шкіри, та відкриті, що супроводжуються розривом шкіри, кровотечею, утворенням раньової поверхні. Відкриті переломи становлять більшу небезпеку, оскільки рана може забруднюватись, а це, в свою чергу, може викликати нагноєння м'яких тканин і гнійне запалення кісток (остеомиєліт).

Переломи кісток кінцівок (трубчастих кісток) характеризуються болем, порушенням форми кінцівки, рухливістю уламків кісток в місці перелому, (тобто там, де її не повинно бути), хрускотом, набряком, порушенням рухів. При відкритих переломах спостерігається кровотеча з рани, нерідко зміщення відламків.



мал. 24. Шина Крамера

Перша медична допомога при переломах полягає в забезпеченні нерухомості і спокою пошкодженої кінцівки, що вкрай необхідно для транспортування потерпілого.

Запідозривши наявність перелому, бажано (якщо є можливість), на ушкоджену частину тіла накласти дротяну шину Крамера (мал.24), обгорнуту



мал. 25. Накладання шини з дошки при переломі стегна

ватою і марлевими бинтами, а при відсутності її - шини з підручних матеріалів і засобів: парасольки, палки, дошки і т. п. (мал.25).

Принцип створення нерухомості шинами полягає у фіксації двох суглобів, які знаходяться вище і нижче місця перелому. Але при переломі плеча (а) і стегна (б) треба зафіксувати три суглоби: а) плечовий, ліктьовий, променево-зап'ясний або б) тазо-стегновий, колінний і гомілково-ступневий відповідно.



мал. 26. Накладання шини з шматків фанери при переломі кісток передпліччя

мал. 27. Накладання шини з шматків фанери при переломі кісток гомілки



На мал.26, 27 показано накладення шин на кінцівки при переломах трубчастих кісток. За відсутності шин забезпечити нерухомість ноги можна фіксацією її до здорової ноги чи валика зі скатаної ковдри і т.п. (мал. 28). Руку можна фіксувати до тулуба.

Нерухомість ключиці, плеча і передпліччя забезпечується за допомогою хусточки або шини.

Під час вивиху відбувається розрив суглобової сумки і кістка виходить з порожнини суглобу. При цьому змінюється форма суглобу, вивихнута кінцівка фіксується у незвичному положенні, майже повністю втрачається її рухомість.

мал. 28. Фіксація пошкодженої ноги за допомогою здорової ноги або ковдри



Перша медична допомога у цьому випадку полягає у накладенні шини або хустки. Потерпілого направляють до лікувального закладу.

Підвертання ступні може призвести до розтягнення або часткового розриву зв'язок гомілково-ступневого суглобу, що супроводжується болем та набряком в місці ушкодження. Перша допомога полягає в тугому бинтуванні суглоба та прикладанні холоду.

ПОШКОДЖЕННЯ ГОЛОВИ І ОБЛИЧЧЯ

При пораненнях голови і обличчя часто спостерігається сильна кровотеча. В таких випадках накладають тугу, стискаючу пов'язку з марлевих серветок, вати і бинта чи індивідуального пакета на поверхневій судині, які несуть кров до обличчя і голови.

При ударі голови під час сильного поштовху в автомашині у потерпілого нерідко виникає закрита черепно-мозкова травма. Характерними у цьому випадку є скарги на головний біль, шум у вухах, запаморочення і нудоту; спостерігається в'ялість і сонливість, інколи втрата свідомості в момент травми, блювота.

Приходячи до тями, хворий може не пам'ятати подій, пов'язаних з травмою. В разі життєво небезпечного перелому кісток основи черепа спостерігається кровотеча з вух, носа і рота. При черепно - мозковій травмі необхідно перш за все очистити ротову порожнину від блювотних мас; потім, поклавши на голову лід чи холодний компрес, створити спокій для голови під час транспортування потерпілого фіксацією її дощечками, фанерою, підкладеною під потилицю і шию, чи широкою м'якою пов'язкою на голову і шию.

При підозрі на перелом нижньої щелепи накладають стискаючу пращеподібну пов'язку.

ПОШКОДЖЕННЯ ГРУДЕЙ І ЖИВОТА

Ушкодження грудної клітки може супроводжуватися такими тяжкими ускладненнями, як пневмоторакс, що розвивається при травмуванні уламками зламаних ребер плевральної порожнини. Особливо важким для

потерпілого є відкритий пневмоторакс, при якому через рану повітря при диханні вільно входить в плевральну порожнину, здавлюючи легеню. Стан хворого тяжкий, спостерігається синюшний колір шкіри, прискорений і слабкий пульс, при дихальних рухах чути шум повітря, яке вдихається і видихається.



мал. 29. Лейкопластирна черепицеподібна пов'язка

У таких випадках необхідно накласти на рану герметичну пов'язку для припинення надходження повітря через рану до грудної порожнини. Для цього використовується прогумована оболонка індивідуального пакета або пластир з аптечки, якими потрібно повністю закрити рану. Зверху накладають подушечки індивідуального пакета, які фіксують бинтом навколо грудної клітки. При цьому в місці травми відчувається біль, який посилюється від дотику. Необхідне кругове бинтування бинтом, рушником, при наявності лейкопластира можна накласти черепицеподібну пов'язку (мал.29). З цією ж метою може бути використана хустинка з булавками чи без них.

При травмі черевної стінки, яка супроводжується пошкодженнями органів черевної порожнини, для зменшення болю хворий приймає положення на спині, на боці чи напівсидячи з зігнутими і притягнутими до живота ногами. Пульс прискорений і слабого наповнення (в нормі пульс 70 - 72 удари в хвилину), язик сухий. Можуть бути нудота і блювота. При наявності рани черевної стінки інколи спостерігається випадання внутрішніх органів, їх не можна вправляти, а необхідно прикрити пов'язкою з індивідуального пакета. Поїти і годувати потерпілого в таких випадках не можна. Необхідно якнайшвидше (бажано на санітарному транспорті в положенні лежачи) відправити потерпілого до лікарні.

ПЕРЕЛОМИ ХРЕБТА І КІСТОК ТАЗУ

Якщо у потерпілого спостерігається сильний біль і підшкірний крововилив у ділянці шийного, грудного чи поперекового відділу хребта, то варто подумати про перелом хребців. В хребтовому каналі знаходиться спинний мозок, при пошкодженні якого можуть розвинутися паралічі рук (травмований шийний відділ), паралічі ніг і порушення функції тазових органів (грудний або поперековий відділ).

Підіймати, садовити чи ставити на ноги потерпілого з такими пошкодженнями не можна: це загрожує його життю, ускладненнями з боку



мал. 30. Пов'язка з вати та марлі при транспортуванні потерпілого з переломом шийних хребців



мал. 31. Положення потерпілого з переломом кісток тазу при транспортуванні

спинного мозку. Хворий повинен бути укладений спиною або животом на тверду поверхню (дошка, фанера). Для забезпечення нерухомого положення краще його прибинтувати до носилок або щита. При відсутності твердої основи хворого вкладають і транспортують тільки на животі.

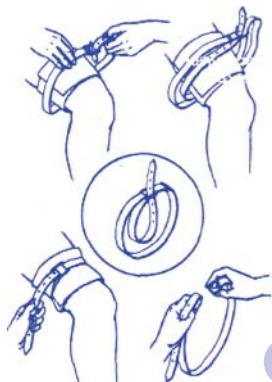
При підозрі на перелом у шийному відділі хребта необхідно накласти масивну пов'язку на шию з вати і закріпити її бинтом («комір») (мал.30).

Перелом кісток тазу можна запідозрити в тому випадку, коли потерпілий, відчуваючи різкий біль, не може ні сісти, ні встати, а для зменшення сильного болю він лежить на спині з напівзігнутими та напіврозведеними ногами і не може підняти витягнуту ногу. Транспортувати такого хворого треба зберігаючи таке положення на носилках або у кузові вантажної автомашини (мал.31). Перед транспортуванням рекомендується стягнути таз широким бинтом або рушником, під колінні суглоби підкласти валик або подушку.

КРОВОТЕЧА З РАН

Кровотеча буває: артеріальна, венозна і капілярна. Артеріальна кровотеча відрізняється тим, що кров б'є струмком яскраво-червоного кольору, виникає при пошкодженні судин, якими кров рухається від серця до периферії тіла. Венозна кровотеча виникає при пораненні судин, по яких кров тече від периферії до серця. В цьому випадку кров витікає з пошкодженої судини рівною темною цівкою. Капілярна кровотеча виникає при пошкодженні багатьох дрібних кровоносних судин при шкірно-м'язевих ранах, що мають значну поверхню.

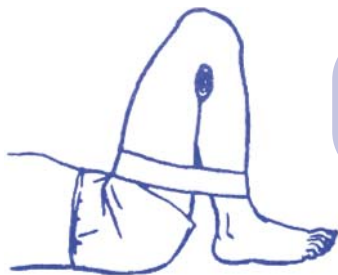
На місці події проводиться тимчасова зупинка кровотечі. Артеріальна і венозна кровотеча з судин кінцівок потребує негайного накладення джгута вище місця поранення. Небажано накладати джгут в середній третині плеча, а також на зап'ястя і над щиколоткою. При пораненні кисті джгут накладають на передпліччі, а при пошкодженні ступні - на гомілці. Кровоспинний джгут накладають поверх одягу, рушника, хустинки чи декількох шарів марлі, поранену кінцівку бажано підняти для зменшення кровотечі.



мал. 32. Накладання кровозупиняючого джгута

При накладенні першого оберту джгут натягують, інші оберти накладають з меншим зусиллям. Кінці джгута закріплюють за допомогою гачка і ланцюжка. При відсутності спеціального джгута можна скористатись поясным паском (мал. 32), або зробити закрутку з будь-якої м'якої тканини за допомогою палички (мал. 20). Затягнути джгут треба таким чином, щоб припинилася кровотеча і не визначався пульс на периферичній по відношенню до джгута артерії. Джгут не повинен залишатися на кінцівці більше ніж 1,5-2 години, тому що може статися змертвіння знекровлених тканин. Щоб уникнути цього, на самому помітному місці одягу на кінцівці прикріплюють папірець з відміткою про час накладення джгута. Якщо потерпілого з накладеним джгутом неможливо відправити до лікувального закладу, то через кожні 1-1,5 год. послаблюють джгут на хвилину до появи пульсу у кінцівці, а потім, у випадку продовження кровотечі, знову затягують джгут.

Кровотечу з ран гомілки і передпліччя можна зупинити згинанням і фіксацією кінцівки, підклавши попередньо в підколінну область чи ліктьовий згин ватно-марлеву подушечку або валик (мал.33). Після накладення джгута необхідно негайно накласти стерильну пов'язку на рану.



мал. 33. Зупинка кровотечі з ран передпліччя і гомілки згинанням і фіксацією кінцівки

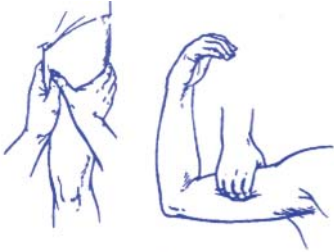


До накладення джгута з метою зменшити кровотечу застосовують тимчасове притиснення судини, яка кровоточить, пальцем вище місця поранення. На мал.34-36 вказані місця найефективнішого пальцевого притискання судин для тимчасової зупинки кровотечі. Це особливо зручно,

мал. 34. Місця притискання судин при кровотечі



мал. 35. Притискання судин, що кровоточать на голові і шиї



мал. 36. Притискання судин, що кровоточать на кінцівках

коли допомогу потерпілому надають дві людини: хтось притискає судину пальцем, хтось накладає джгут.

ОПІКИ

Під час автомобільної аварії водій і пасажир можуть отримати термічні (від дії на організм високих температур внаслідок горіння) опіки. В цьому випадку треба вийняти потерпілого з автомашини і загасити одяг, який горить.

Для цього накладають на потерпілого ковдру чи брезент для перешкодження доступу повітря і припинення горіння; закидають одяг, що горить, землею або снігом. Влітку обгорілий одяг знімають чи зрізають, а взимку, не знімаючи з потерпілого одягу, аби не викликати переохолодження, звільняють опікову поверхню і накладають асептичну пов'язку.

Якщо порожнини рота і носа потерпілого забиті попелом або сажею, їх негайно очищують пальцями, обгнуртими мокрою тканиною.

Якщо потерпілий знепритомнів, необхідно вдатися до термінових заходів, які попереджують западання кореня язика. В цьому випадку треба відтягнути нижню щелепу вперед, пальцями захопити язик і закріпити його металевою булавкою до шкіри підборіддя. Цієї маніпуляції не потрібно боятися: зазвичай вона проходить без ускладнень, ранки на язиці і підборідді швидко і без сліду загояться; наслідки ж від западання язика можуть бути дуже тяжкими (смерть від задухи!).

Найбільш доступний засіб для боротьби з опіковим шоком, який розвивається внаслідок поєднання сильного болю та випаровування значної кількості рідини з опеченої поверхні тіла - дати випити потерпілому до 5 літрів теплої води (не зважаючи на блювоту, відразу до рідини, відчуття переповнення в шлунку. Потрібно розчинити в кожному літрі по 1 столовій ложці солі та 1 чайній ложці питної соди і напувати потерпілого цим розчином кожних 5-10 хв. Звичайно, це роблять в тому випадку, якщо немає ніяких ознак пошкодження внутрішніх органів живота, а особа, що потерпіла, не втратила свідомості.

Корисно разом з рідиною дати хворому 2 таблетки анальгіну чи аспірину, бутадіону і одну таблетку димедролу, а також 20 крапель корвалолу або валокордину чи кордіаміну, настоянки валеріани чи таблетку валідолу під язик. Ці засоби знімуть біль і підтримають діяльність серця.

Якщо дозволяють умови, а опік не дуже розповсюджений, опечену ділянку промивають протягом 15 хвилин струменем холодної води з водогону. Це дає знеболюючий і протишоковий ефект, який може до деякої міри «оживити» опечені тканини. Струмінь холодної води допоможе також відмочити одяг, який пристав до тіла. Після просушування пошкодженої поверхні тіла стерильними серветками чи добре випрасуваною тканиною з льону чи бавовни на опік накладають суху асептичну пов'язку. Мазеві пов'язки при наданні першої допомоги не застосовуються!

ТРАВМАТИЧНИЙ ШОК



мал. 37. Способи вкладання потерпілого при блюванні: голова чи сам хворий повернуті на бік



На важку травму організм реагує різким розладом всіх життєвих процесів. В результаті втрати крові і надмірного подразнення центральної нервової системи больовими відчуттями внаслідок отримання травми у потерпілого падає тиск крові; розвивається шок. Його розвитку сприяють небережне перевезення потерпілого, переохолодження організму, недостатня фіксація зламаних кісток та ін. Шок - частий супутник важких автодорожніх травм, які супроводжуються руйнуванням м'яких тканин, пошкодженням великих суглобів, судин, нервових стовбурів, органів грудної і черевної порожнини, переломами кісток, а часом і відривом кінцівок.

Під час шоку свідомість потерпілого збережена, але він не реагує на оточуючі події, не скаржиться на біль, на запитання відповідає зі значною затримкою. Лице бліде, з застиглим виразом страждання. Очі запалі, зіниці розширені. Шкіра покрита холодним, липким потом. Дихання прискорене, поверхневе. Пульс стає швидким і слабкого наповнення. У хворого з'являється спрага. Спостерігається нудота, інколи блювота. Чим важчий шок, тим більша частота пульсу (140 ударів за хвилину і більше).

Виймання потерпілого в стані шоку з автомобіля необхідно робити дуже обережно вказаними вище способами. Вклавши його, як зазначалось вище, потерпілого треба обгорнути і по можливості зігріти. При блюванні необхідно повернути його голову набік(мал.37).

Перша допомога потребує зупинки кровотечі, накладення джгута, стискуючої пов'язки на рану. При переломі кінцівку фіксують шиною. Якщо немає підозри на пошкодження органів черевної порожнини, можна дати хворому пити, бажано щось тепле. Для евакуації потерпілого у стані шоку вкрай важливо викликати машину швидкої медичної допомоги.

РЕАНІМАЦІЯ (ОЖИВЛЕННЯ)

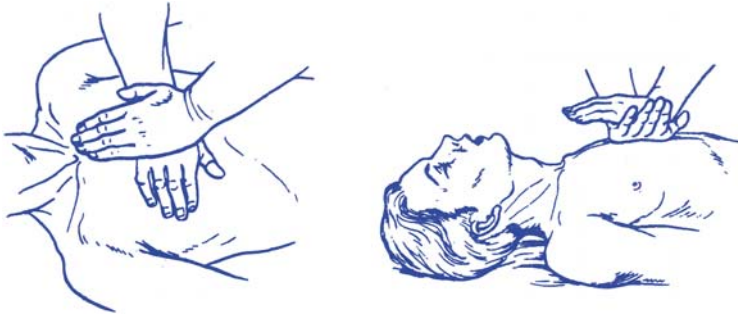


мал. 38. Захилення назад голови потерпілого при його несвідомому стані



мал. 39. Штучне дихання «рот в рот»

При зупинці дихання і припиненні серцевої діяльності необхідно якомога швидше відновити нормальну роботу серця і легенів, що зумовить належну життєдіяльність органів та тканин. У випадку нетривалої, протягом 4 - 5 хв.,



мал. 40. Зовнішній масаж серця

відсутності дихання і пульсу потерпілий знаходиться в стані клінічної смерті, коли серце і легені не функціонують. Відбувається зупинка дихання, з'являються симптоми кисневого голодування: шкіра набуває синюшного відтінку, починаються судоми, у деяких хворих відбувається мимовільне виділення сечі і калу. Приблизно через 5 хвилин відбувається зупинка серця. Якщо в цей час не вжити термінових заходів для відновлення кровообігу, в клітинах мозку відбуваються незворотні зміни, що призводять до біологічної смерті.

Негайні дії: штучне дихання, зовнішній масаж серця, зупинка кровотечі можуть врятувати потерпілого, не допустити переходу клінічної, зворотної смерті в смерть біологічну, незворотну. Дії, що спрямовані на відновлення життєво важливих функцій хворого, який знаходиться в стані клінічної смерті, називаються реанімацією.

У першу чергу необхідно вжити заходів, спрямованих на врятування життя хворого, а потім вже надавати першу медичну допомогу для усунення змін у тканинах і органах потерпілого. Перед тим, як здійснювати реанімаційні заходи, хворого кладуть на спину, на рівну поверхню (землю чи дошки, покриті м'якою підстилкою).

Обличчя і груди потерпілого звільняють від одягу; пальцем, обгорнутим марлею, очищують рот, глотку хворого від блювотних мас і слизу, тим самим відновлюючи прохідність верхніх дихальних шляхів. Голову особи, яку реанімують, захиляють назад (мал.38).

Особа, яка рятує, проводить глибокий вдих і притиснувши свої губи до рота хворого, робить сильний видих. При цьому в легені потерпілого потрапляє близько 2 літрів повітря, легені роздуваються (мал.39). Після 3-5 вдювань повітря, проведених таким способом, перевіряють у хворого пульс на сонній артерії. Одночасно з штучним диханням (12 вдювань повітря на хвилину) здійснюють масаж серця з розрахунку 60 здавлювань грудної клітки за 1 хв. Інакше кажучи, на одне вдювання повітря в легені здійснюють 5 здавлювань грудної клітки. Для виконання зовнішнього масажу серця треба встати збоку від хворого, покласти кисть однієї руки на нижню третину грудини, а кисть другої зверху правої. Пальці обох рук трохи піднімають, натискання проводять долонями. Натискання повинні бути енергійними (мал.40).



мал. 41. Визначення пульсу

Якщо першу медичну допомогу надають двоє, то один здійснює штучне дихання, другий – масаж серця з виконанням вказаних частоти і інтервалів.

Можна проводити штучне дихання по методу «рот в ніс». При цьому губи особи, яка надає допомогу притискаються до шкіри навколо носа, не здавлюючи його.

Реанімація здійснюється до відновлення самостійного пульсу і дихання потерпілого. Наявність пульсу краще всього визначати на шиї, на сонній артерії або на променевої артерії в нижній третині передпліччя з боку долонь, орієнтуючись на великий палець (мал.41).

Наостанок хочеться ще раз нагадати водіям про необхідність правильно вибирати швидкість руху, враховуючи обставини на автодорозі, гамувати прагнення до швидкої їзди, уважно стежити за діями водіїв інших транспортних засобів і поведінкою пішоходів, уміти передбачати їх наміри. Маневруючи, не забувайте завчасно подавати відповідні сигнали. Під час руху дотримуйтесь безпечної дистанції і інтервалів. Виїздіть на трасу тільки тверезим і здоровим, вчасно відпочивайте перед поїздкою. Найменша неухважність за кермом може призвести до катастрофи.

***Нехай у всіх поїздках Вас супроводжують гарний настрій і успіх.
Щасливої дороги!***

ПЕРША ДОПОМОГА ПРИ ТРАВМАХ І ОПІКАХ ОЧЕЙ

Внаслідок анатомічних і функціональних особливостей, високої чутливості очі при не щасних випадках страждають значно частіше і небезпечніше, ніж будь - які інші органи. Навіть незначні пошкодження очей можуть призвести до різкого зниження чи повної втрати зору.

Травми очей виникають за різних обставин - на виробництві, в домашніх умовах, при заняттях спортом і т.д. Також різноманітні і причини травми: термічні, хімічні, променеві фактори, які викликають опіки очей, або механічні фактори (ріжучі, колючі, тупі предмети і уламки) і т.д., які призводять до поранень та контузій очного яблука.

Де б не виникло пошкодження очей, і чим би воно не було викликане, важливо пам'ятати, що результат лікування часто залежить від того, наскільки своєчасною і раціональною була перша медична допомога. Якщо потерпілий не може надати цю допомогу сам собі, то це може зробити товариш, що знаходиться поруч, чи медик будь-якої спеціальності. Разом з тим потерпілий не в змозі об'єктивно оцінити тяжкість пошкодження, тому після надання першої допомоги потерпілого треба негайно показати ліка-

рю-окулісту в найближчій поліклініці, а той вже вирішить всі питання подальшої спеціалізованої допомоги. Хворих з легкими формами пошкодження очей залишають під наглядом лікаря - окуліста за місцем проживання, а з пошкодженням середньої тяжкості направляють в очний травмоцентр. Очні травмоцентри забезпечені сучасним мікрохірургічним інструментарієм, шовним матеріалом, операційними мікроскальпелями, їх штат укомплектований кваліфікованими спеціалістами. Але для того, щоб ця допомога була дієвою, важливо, щоб потерпілі своєчасно звертались до лікаря.

Можна навести багато прикладів, коли люди недооцінюють всю серйозність отриманої травми. Частіше всього це буває при пораненні ока металевим уламком під час різноманітних ремонтних робіт. Людина відчуває момент поранення, короткочасний біль, але оскільки цей біль нетривалий, за допомогою звертається тільки через 1-2 дні, коли вже настають серйозні ускладнення, які нерідко призводять до втрати зору, а іноді і ока.

Часто трапляються випадки пошкодження очей у стані алкогольного сп'яніння і щоб приховати цей стан від лікаря, потерпілі звертаються за допомогою через добу і більше, тобто з запізненням.

Наслідки бувають часто тяжкими і можуть призвести до втрати професійної працездатності.

Вид чи об'єм першої само-, взаємо- чи медичної допомоги залежить від характеру пошкодження ока.

При проривних пораненнях повік, слізного апарату або очниці необхідно змазати шкіру навколо рани 1% спиртовим розчином зеленки і накласти на рану стерильну пов'язку, а при контузях до повік прикласти холодну примочку чи пакет з льодом.

При пораненнях очного яблука необхідно закапати в око дезінфікуючий розчин (30%-ний розчин сульфацилу натрію (альбуцид) чи 0,2% - ний розчин левоміцетину) і накласти на око стерильну пов'язку. Якщо першу допомогу надає медпрацівник, то потерпілому рекомендується ввести протиправцеву сироватку і разову дозу антибіотика широкого спектру дії. Дуже важливо якнайшвидше показати потерпілого окулісту чи відвезти до очного стаціонару, де буде встановлений точний діагноз і надана кваліфікована допомога.

При опіках очей вид першої допомоги залежить від характеру опікового агента, але в першу чергу треба якомога швидше його видалити чи нейтралізувати.

Частинки твердих агресивно діючих речовин (вапно, цемент і т.п.), речовин, які мають властивості кислот або лугів, розплавлений метал спочатку видаляють за допомогою згорнутих ватних, марлевих тампонів та пінцета, а потім, коли частинки будуть повністю видалені з-під повік, починають промивання.

Якщо в око або на повіки потрапила рідка кислота або луг, промивання необхідно зробити негайно. При хімічних опіках швидкість і повнота видалення агресивної речовини відіграє вирішальну роль для подальшої долі очей. Дуже шкідливі концентровані розчини кислот і лугів, але особливо шкідливі луги, оскільки вони швидко поширюються вглиб ока і тому пошкодження очей від опіків лугами бувають особливо тяжкими. Людина, яка зазнала хімічного опіку, зразу не відчуває особливих неприємностей, але в наступні дні стан ока може різко погіршитися.

Промивати око краще проточною водою - під краном або над фонтанчиком, за допомогою гумового балончика, шприца або кружки, у ванночці і т. п., але обов'язково рясно, не менше 10 хвилин, до повного вимивання хімічної речовини. Значно легше проводити промивання, якщо є можливість попередньо знеболити око 0,25%-ним розчином дикаїну або 2%-ним розчином новокаїну.

Після промивання необхідно закапати в око дезінфікуючий розчин (30%-ний розчин альбуциду, 0,2%-ний розчин левоміцетину та ін.), закласти за повіки будь-яку очну антибактеріальну мазь (2%-ну стрептоцидову; 1 %-ну тетрациклінову, або 1 %-ну лінкоміцинову емульсію та ін.) і накласти стерильну пов'язку. Якщо обпечені повіки, накладають мазеву пов'язку.

При важких опіках рекомендована ін'єкція протиправцевої сироватки і разової дози антибіотика. Після цього потерпілого потрібно доставити до окуліста.

Під час опіку ультракороткими променями (напр., від електрозварки, кварцевої лампи, тривалого перебування на яскраво освітлених снігових схилах тощо), виникає «сніжна сліпота», яка проявляється різким болем в очах, слъозотечею, тимчасовою втратою зору. Заходами допомоги у таких випадках можуть бути холодні примочки, захист очей від світла, закапування знеболюючих засобів: 0,25%-ного розчину дикаїну або 1 %-ного розчину новокаїну, тримекаїну, накладання пов'язки.

Наведених вище методів першої долікарської чи медичної допомоги при пораненнях або опіках очей нерідко буває достатньо, аби уникнути небезпечних для зору людини наслідків. Але кожен повинен пам'ятати, що найкраща гарантія від нещасного випадку - це уважне ставлення до свого здоров'я, користування захисними окулярами і масками, ретельне дотримання правил техніки безпеки.

Список літератури

- Буянов В.М.* Первая медицинская помощь. - М.: Медицина, 1986.
Померанцев В.П. Уход за больными на дому. - М.: Медицина, 1984.
Нейко Є.М. Долікарська допомога на дому. - К.: Здоров'я, 1984.
Рожинский М.М., Катковский Г.Б. Оказание доврачебной помощи. - М.: Медицина, 1981.