

- 3) Мечевидный отросток надо обязательно прикрыть двумя пальцами, чтобы уберечь его от удара. Он легко отламывается от грудной кости и может травмировать печень.
- 4) Нанести удар. Удар наносится ребром сжатой в кулак ладони немного выше прикрытого пальцами мечевидного отростка. Выглядит это так: двумя пальцами одной руки вы прикрываете мечевидный отросток, а кулаком другой руки наносите удар. При этом локоть руки, которой наносится удар, направлен вдоль тела пострадавшего. Если проводить аналогию, то удар по грудице похож на удар по столу, про который говорят: «Грохнул по столу кулаком». Не забывайте, что цель удара – не проломить грудную клетку, а сотрясти её.

Детям до семи лет прекардиальные удары наносить нельзя!

- 5) После удара проверьте пульс на сонной артерии. Если пульс не появился, значит, оживление не произошло и надо начинать легочно-сердечную реанимацию.

Первая помощь при ДТП

Поскольку у нас очень высок уровень травматизма на дорогах, рассмотрим в первую очередь основные методы оказания первой помощи при дорожно-транспортных происшествиях, приведших, например, к столкновению автомобилей. **Не извлекайте пострадавшего из автомобиля!!!** Извлекать пострадавшего из автомобиля можно только в крайнем случае - если ему необходимо проводить сердечно-легочную реанимацию, либо пострадавшему угрожает опасность. Поскольку чаще всего в этом случае из-за множественных повреждений человек находится в состоянии болевого шока, извлечение необходимо производить с крайней осторожностью (рис. 9). Для определения объема и характера первой помощи необходимо оцепить состояние пострадавшего. **Действуйте строго по алгоритму оказания первой помощи!** Если у пострадавшего отсутствуют дыхание и сердечная деятельность, необходимо немедленно произвести действия по оживлению организма. Если вы обнаружили наружное кровотечение, следует как можно быстрее остановить его, а при наличии переломов - обеспечить обездвиживание или иммобилизацию поврежденной конечности.



Рис. 10. Техника извлечения пострадавшего из автомобиля одним спасателем.

При автомобильной травме часто бывают невидимые глазом повреждения, разрывы внутренних органов, сопровождающиеся внутренним кровотечением. Эти повреждения смертельно опасны и скорейшее прибытие скорой помощи необходимо.

Доставка таких пострадавших в лечебный стационар собственными силами запрещена во избежание смерти пострадавшего в машине при транспортировке.

Шок

Шок - общая реакция организма на воздействие сверхсильных травмирующих раздражителей, которая проявляется расстройством и угнетением основных систем жизнеобеспечения организма (кровообращения, дыхания, нервной, эндокринной). В большинстве случаев шок представляет серьезную опасность для жизни. В зависимости от причин, вызвавших это состояние, различают следующие виды шока: травматический, кардиогенный (осложнение при проявлении инфаркта миокарда), анафилактический (реакция на прием непереносимого организмом лекарства) и другие.

Проявления:

Проявления шока носят стадийный или фазный характер. При травматическом шоке пострадавший возбужден в начальной фазе, бледен, повышена его двигательная активность. В последующем наступает угнетение сознания, лицо приобретает заострившиеся черты, пульс на запястье может не прослушиваться. Дыхание становится частым и поверхностным, пострадавший испытывает жажду, иногда появляется рвота. Если шок возник на фоне травмы, сопровождавшейся кровотечением, неизбежно снижается артериальное давление и нарушается снабжение кровью головного мозга и сердечной мышцы.

Первая помощь:

Действуйте по алгоритму оказания первой помощи!!

При шоке первая медицинская помощь начинается с устранения воздействия на человека травмирующих факторов: необходимо освободить пострадавшего из под завала, при переохлаждении - защитить от воздействия низких температур и т. д. После этого следует остановить, если оно есть, наружное кровотечение. При переломе конечности необходимо создать покой поврежденному сегменту наложением шины или при помощи подручных материалов.

Запрещается давать воду пострадавшим с травмой живота!

Если пострадавшего требуется транспортировать (невозможность подъезда скорой помощи, несчастный случай в горах и т.д.), то до транспортировки пострадавшего нужно уложить на спину так, чтобы у него была опущена голова и приподняты ноги (рис. 11).

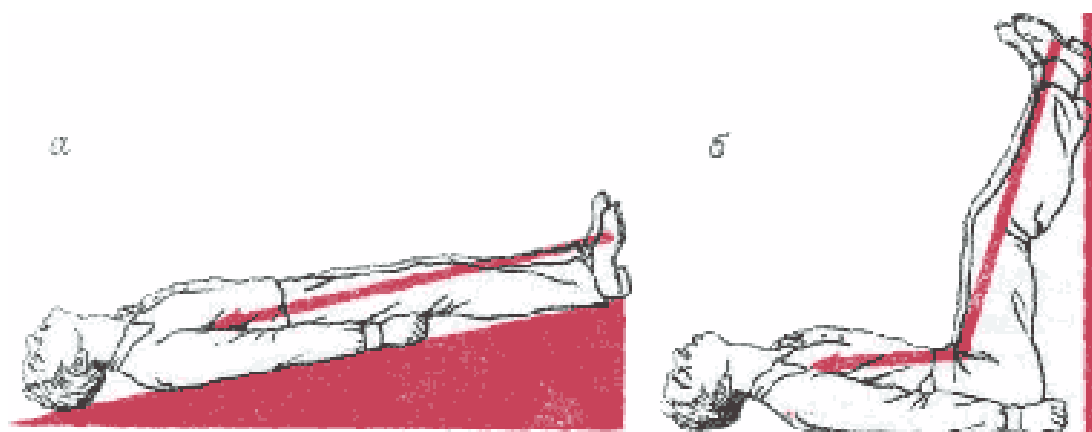


Рис. 11. Положения раненых при шоке, оптимально обеспечивающие кровоснабжение головного мозга:

а- с опущенной головой; б- с приподнятыми ногам

Кровотечения

Кровотечение - излияние крови из кровеносных сосудов при нарушении целостности их стенки. В зависимости от вида поврежденных сосудов кровотечения бывают артериальные, венозные, капиллярные и смешанные. Особую опасность для жизни представляют артериальные кровотечения, когда под большим давлением кровь изливается или наружу, или в полости тела при внутреннем кровотечении. Уменьшение объема циркулирующей крови (в норме у человека примерно 5 л) приводит при этом к ухудшению снабжения кислородом сердца, легких, печени, почек, головного мозга.

Признаки наружных кровотечений:

- артериальное: кровь ярко-красного цвета, изливается пульсирующей струей;
- венозное: кровь темно-красного цвета, вытекает равномерной струей;
- капиллярное: кровь выделяется по всей поверхности раны.

Главная задача при кровотечении - как можно скорее его остановить!

Для этого необходимо:

- прижать артерию выше уровня повреждения (рис. 12 в). Расположение артерий и места их прижатия в случае возникновения кровотечения показаны на рис. 12 б, в.
 - наложить давящую повязку для временной остановки кровотечения (венозного, капиллярного, а также из небольших артерий).
- Учитывая, что у детей артерии более эластичные, а артериальное давление ниже, чем у взрослых, давящей повязкой у них может быть остановлено даже артериальное кровотечение!

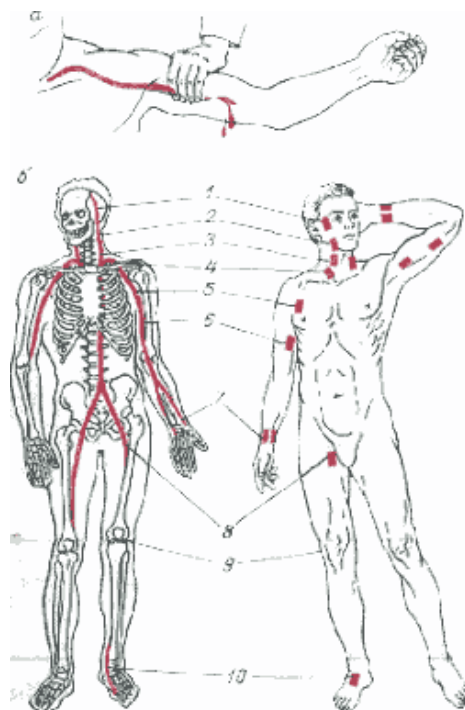


Рис. 12. Схема артериальной сети человека и точки пальцевого прижатия артерий для остановки кровотечений.

Техника наложения давящей повязки: на рану накладывают чистую, желательна стерильную, марлевую салфетку, поверх нее – валик бинта либо плотно свернутый комок ваты, после чего туго бинтуют круговыми ходами бинта.

Применение кровоостанавливающего жгута показано при повреждении крупных артерий конечностей.

Нельзя накладывать жгут на кожу!

Место наложения жгута прикрывается одеждой или бинтом. Жгут должен располагаться выше раны и как можно ближе к ней. Жгут растягивают и в таком виде прикладывают к конечности (рис. 13 а). Не ослабляя натяжение, обертывают его несколько раз так (рис. 13 б), чтобы витки жгута ложились один к другому (рис. 13 в.). Концы жгута скрепляют с помощью цепочки и крючка. Жгут затягивают до остановки кровотечения.

В зависимости от модели жгута принцип его наложения может несколько различаться.

Сила наложения жгута должна быть не максимальна, а достаточна лишь настолько, чтобы практически полностью остановить кровотечение.

Важно запомнить, что максимальные **сроки наложения жгута как в летнее, так и в зимнее время- 30 минут**, после чего может наступить омертвление нервных окончаний ниже места наложения жгута. Для предупреждения этого опасного осложнения необходимо обозначить время наложения жгута. У человека без сознания время наложения можно обозначить на его лбу кровью или любым пишущим предметом. Худший вариант- к жгуту прикрепляют лист бумаги (рис. 13 г) с указанием времени наложения. Необходимо постоянное наблюдение за пострадавшим, так как в случае ослабления жгута кровотечение может возобновиться. Необходимо помнить, что наложение жгута - мера временная, предварительный этап перед окончательной остановкой кровотечения в условиях стационара.

При отсутствии жгута на месте происшествия используют различные подручные материалы (носовой платок, брючный ремень, галстук и др.).

По прошествии 30 минут жгут необходимо переложить. Его несколько ослабляют и перекладывают выше предыдущего места наложения, затянув настолько, чтобы остановить кровотечение. После переложения жгута время его наложения сокращается на 10 минут. Если требуется многократное переложение жгута, его накладывают каждый раз на 10 минут, постоянно меняя место наложения.

Применение тонких предметов типа проволоки или веревки не рекомендуется из-за опасности грубого дополнительного повреждения тканей, особенно нервов!

Временная остановка кровотечения может быть достигнута сгибанием конечности.



Рис. 13. Техника наложения резинового жгута:
 а - растягивание жгута; б - наложение жгута с постоянным его растяжением; в - витки жгута ложатся один к другому; г - записка с указанием времени наложения.

При любом виде кровотечения раненной конечности необходимо придать возвышенное положение и обеспечить покой.

Переломы костей

Различают закрытые переломы, когда не нарушена целостность кожи, и открытые, сопровождающиеся повреждениями покрывающих кости мягких тканей.

Признаки:

- интенсивная боль в месте повреждения;
- нарушение формы и длины конечности по сравнению со здоровой;
- невозможность движения конечностью;
- патологическая подвижность (там, где ее не должно быть) в месте перелома.

Первая помощь:

Прежде всего необходимо предотвратить попадание инфекции в рану и одновременно обездвижить поврежденную конечность. Это сделает менее болезненной последующую доставку пострадавшего в лечебное учреждение, а также уменьшит вероятность смещения отломков.

Запрещается исправлять деформацию конечности, так как это может усилить страдания больного, вызвать у него развитие шока!

При открытом переломе требуется наложить стерильную повязку, после чего приступить к иммобилизации. Транспортную (временную) иммобилизацию на месте происшествия чаще всего приходится осуществлять с помощью имеющихся под рукой средств (кусок фанеры, доска, картон и т.п.), которые могут обеспечить неподвижность поврежденной конечности. При этом следует придерживаться следующих принципов:

- как можно быстрее обездвижить конечность;
- шину из подручного материала накладывают поверх обуви и одежды, чтобы не причинить дополнительной боли и не усугубить травму;
- шину фиксируют бинтом, но не слишком туго, чтобы не нарушить кровоснабжение конечности. Если пострадавший жалуется на онемение, а при осмотре пальцы поврежденной конечности имеют синюшную окраску, необходимо ослабить повязку;
- в холодное время года для предупреждения отморожения поврежденную конечность поверх шины необходимо накрыть теплой одеждой.

При иммобилизации необходимо фиксировать не менее двух суставов, расположенных выше и ниже области перелома, чтобы исключить подвижность поврежденного сегмента конечности!

Так, при переломе предплечья необходимо зафиксировать два смежных сустава - лучезапястный и локтевой (рис. 14), чтобы добиться полноценного обездвиживания поврежденного сегмента конечности.

При отсутствии шины и подручного материала руку прибинтовывают к туловищу (рис. 14 а), а ногу - к здоровой ноге (рис. 14 б).

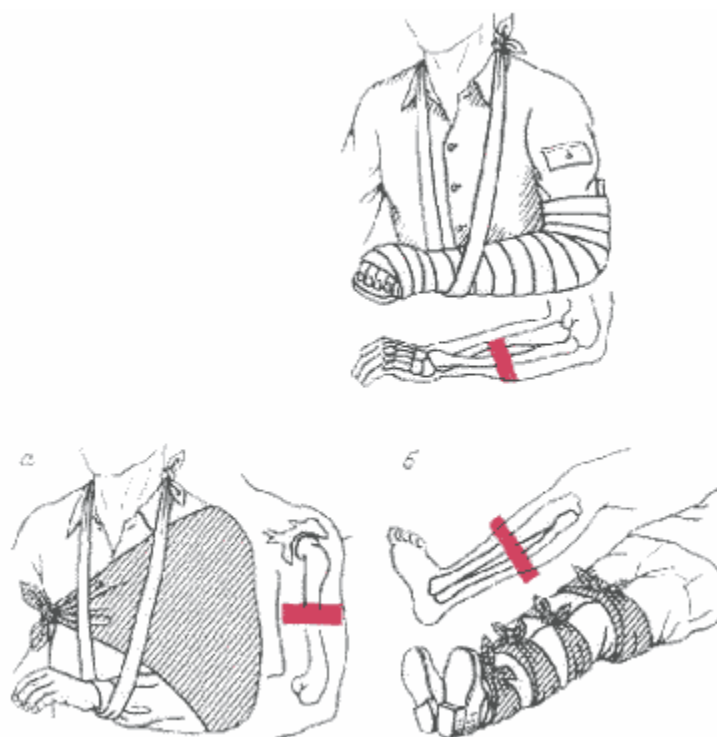


Рис. 14. Фиксация двух смежных суставов - лучезапястного и локтевого при переломе костей предплечья:

- а - обездвиживание поврежденной руки посредством фиксации косынкой к туловищу;*
- б - иммобилизация поврежденной конечности привязыванием к здоровой ноге.*

При необходимости фиксировать кисть, в ладонь вкладывают ватно-марлевый валик и прибинтовывают предплечье и кисть к шине (рис.15).

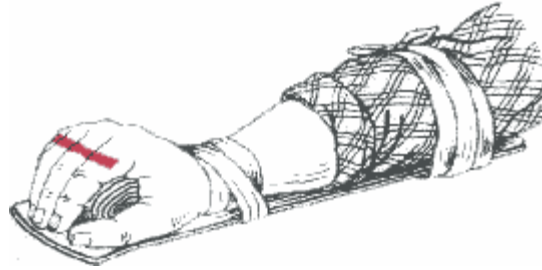


Рис. 15. Обездвиживание руки при переломе пальцев.

Иммобилизацию при переломах таза или позвоночника производят фиксацией пострадавшего на доске, подложив под его колени валик (рис. 16).



Рис. 16. Иммобилизация к доске при переломе позвоночника.

При переломе бедра неподвижность всей конечности осуществляется длинной шиной - от стопы до подмышечной впадины.

Перенос и транспортировка пострадавших с переломами без иммобилизации недопустимы даже на короткие расстояния!

Щадящая транспортировка при переломах имеет первостепенное значение. Большинство больных с переломами перевозят в положении лежа. Как правило, пострадавшие с переломами нижних конечностей не могут самостоятельно добраться до транспорта.

Раны

Нарушения целостности кожи и глубже лежащих тканей в результате механического или иного воздействия называются открытыми повреждениями или ранами.

Раны могут быть поверхностными, когда повреждаются лишь кожа или слизистые оболочки, и глубокими, с повреждением сосудов, нервов, внутренних органов.

Наибольшую опасность для жизни представляют глубокие проникающие раны, когда повреждаются внутренние оболочки и органы различных полостей, прежде всего брюшной и грудной!

В зависимости от характера ранящего предмета различают следующие виды ран:

- колотые - с небольшим наружным отверстием, большой глубиной и возможностью повреждения внутренних органов;
- резаные - наносимые острым режущим предметом (нож, бритва, стекло) и имеющие ровные, неповрежденные края;
- рубленые, возникающие при воздействии острого, но массивного предмета (например, топор), вследствие чего рана имеет большие размеры и сочетается с повреждением костей;
- ушибленные - в результате воздействия тупого предмета; края таких ран размозжены, неровны, пропитаны кровью;
- огнестрельные - вследствие повреждающего воздействия снаряда из огнестрельного оружия (среди них различаются пулевые, осколочные и т. д.).

Все раны, кроме операционных, следует считать инфицированными, то есть имеющими микробное загрязнение!

Особую опасность представляют раны от укусов животных в связи с возможностью передачи со слюной животного тяжелых инфекционных заболеваний, в том числе бешенства.

Ранения часто сопровождаются общей реакцией организма в виде шока, обусловленного интенсивной болью и кровотечением. Непосредственно после ранения наиболее опасными для жизни являются кровотечения, а в более поздние сроки - развивающаяся в ране инфекция вплоть до развития грозных осложнений - сепсиса или столбняка.

Первая помощь:

При ранениях первая помощь заключается, прежде всего, в остановке кровотечения любым возможным способом.

Причиной большинства смертельных исходов при ранении является острая кровопотеря!

Вторая задача - защита раны от загрязнения и инфицирования.

Правильная обработка раны предохраняет ее от осложнений, более чем в два раза ускоряет ее заживление!

При наложении повязки на рану необходимо в первую очередь:

- обработать кожу вокруг раны марлей или ватой, смоченными антисептическим веществом (раствор перекиси водорода).

Не допускать попадания прижигающих веществ на рану!

Различают повязки укрепляющие, давящие, и иммобилизирующие (обездвиживающие). Из укрепляющих повязок наиболее распространены бинтовые, пластырные и клеевые. Все шире входят в употребление сетчатые, контурные и специально подготовленные матерчатые повязки. В бытовых условиях наиболее часто применяются укрепляющие бинтовые повязки. Основная их цель - защитить рану от внешних воздействий и удержать перевязочный материал.

Правила бинтования:

- придать больному наиболее удобное положение, при котором не усиливается боль;

Во время бинтования следить за выражением лица пострадавшего!

- при наложении стерильной повязки нельзя касаться тех слоев марли, которые будут непосредственно соприкасаться с раной;

- бинтовать следует двумя руками, осуществляя вращение головки бинта вокруг бинтуемой части тела. При этом бинт необходимо разворачивать слева направо (Рис.17);



Рис. 17. Правильное положение бинта при наложении повязки.

- каждый последующий виток бинта должен закрывать половину или две трети ширины предыдущего;
- бинтуемая часть тела, особенно конечности, должна находиться в том положении, в котором она будет находиться после наложения повязки. Например, повязка, наложенная на коленный сустав в согнутом положении, будет непригодна, если больной после этого начнет ходить;
- завязывать конец бинта или фиксировать его булавкой следует над здоровой частью тела.

Наложённая повязка не должна нарушать кровообращение конечности!

При появлении онемения, усилении болей, увеличении отека или синюшности кожи ниже повязки необходимо расслабить ее или заменить новой.

На кисть и область лучезапястного сустава рекомендуется накладывать восьмиобразную повязку (рис. 18 а), а при наличии обширных повреждений - возвращающуюся (рис. 18 б). Повязки на один палец кисти начинают с лучезапястного сустава (рис. 18 в). Затем бинт проводят по тылу кисти до конца пальца, после чего круговыми витками выходят на основание пальца и далее, через тыл кисти, на предплечье.

Неумение правильно наложить повязку не должно останавливать спасателя при оказании первой помощи. Главная задача - наложить повязку так, как у вас это получится. Прибывшие врачи скорой все равно снимут все ваши повязки и наложат новые!!

Предплечье лучше закрывать спиральной повязкой (рис. 18 з). Чтобы фиксировать повязку в области плечевого сустава, необходимо витки бинта проводить через грудь (рис. 18 д).

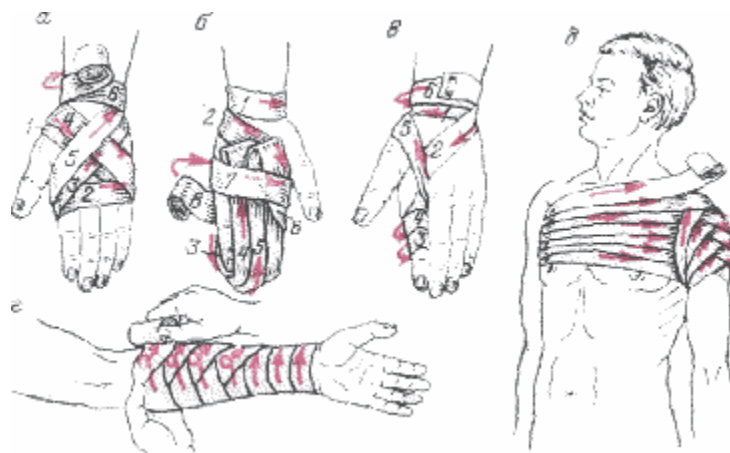


Рис. 18. Техника наложения повязок на верхнюю конечность и грудную клетку:

а-на кисть и лучезапястный сустав (восьмиобразная);

б - возвращающаяся на кисть; в - на второй палец; г - спиральная с перегибами на предплечье; д - колосовидная на плечевой сустав и грудную клетку.

На стопе отдельно бинтуют только один палец (рис. 14 я). Повязку начинают с укрепления бинта у лодыжек. Далее бинт проводится по тылу стопы до конца пальца, после чего по спирали перемещается до основания пальца, а затем, через межпальцевой промежуток на тыл стопы с фиксацией в области голеностопного сустава. На коленный сустав лучше всего накладывать расширяющуюся повязку (рис. 19).

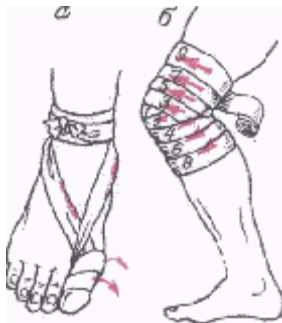


Рис. 19 Техника наложения повязок на нижнюю конечность

Если повязка намочла от крови, не снимайте ее. Новую повязку наложите поверх старой!

Травма головного мозга

Травматические повреждения головного мозга могут быть открытыми и закрытыми. Наиболее часто встречаются закрытые травмы, которые, в свою очередь, делятся на сотрясение головного мозга, ушибы головного мозга и сдавление головного мозга.

Проявления:

- утрата сознания различной длительности и глубины в зависимости от тяжести повреждения;
- общемозговые симптомы - в виде головной боли, тошноты, рвоты, головокружения;
- очаговые симптомы - в виде двигательных, чувствительных и координаторных расстройств.

Сотрясение головного мозга характеризуется кратковременной утратой сознания, головной болью, головокружением, тошнотой, рвотой. Нередко наблюдаются вегетативные расстройства в виде бледности кожных покровов, учащения пульса, колебаний артериального давления.

Ушиб головного мозга бывает легкой, средней, тяжелой степени и характеризуется более длительной утратой сознания, по выходе из которой отмечается выпадение памяти на событие, предшествовавшее травме. При тяжелой степени ушиба выявляются нарушения двигательной функции конечностей, расстройство речи. Возможны психомоторное возбуждение, эпилептические припадки, расстройства деятельности сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Характерны также рвота, различный диаметр зрачков.

Сдавление головного мозга может быть обусловлено излившейся из поврежденных сосудов кровью, а также костными отломками при вдавленных переломах черепа. При сдавлении характерны те же проявления, что и при сотрясении и ушибе мозга, только нарастающие с течением времени.

Первая помощь:

Действуйте по алгоритму оказания первой помощи!!!

До приезда машины скорой помощи необходимо освободить пострадавшего от стесняющей одежды, создать для него полный покой. Транспортировать (при крайней необходимости) только в лежачем положении. В домашних условиях - положить холод на голову. При рвоте - повернуть голову

пострадавшего в сторону для предупреждения попадания рвотных масс в дыхательные пути. В случае остановки дыхания и сердечной деятельности немедленно начать проведение сердечно-легочной реанимации. При психомоторном возбуждении, если для спасающего это не представляет угрозы, необходимо фиксировать пострадавшего до прибытия врача.

Повреждения глаз

Воздействие на орган зрения различных повреждающих факторов может вызвать нарушение его функции вплоть до потери зрения. Такие неблагоприятные воздействия на глаза в быту и на производстве разделяются на механические, термические и химические.

Инородные тела - попавшие в глаз поверхностно лежащие мелкие предметы (песчинки, соринки, насекомые) - могут стать причиной сильных болевых ощущений, вызывают слезотечение, непроизвольное смыкание век, их покраснение, нарушение зрения. Инородные тела необходимо по возможности быстрее удалить. Тереть глаз при этом не следует, так как это усиливает повреждение тканей. Располагаются мелкие инородные тела (предметы, насекомые), как правило, под нижним или под верхним веком. Удаление производится плотным ватным тампоном. Осмотр слизистой нижнего века производится после его оттягивания книзу при направлении взора кверху (рис. 20 а). Для удаления инородного тела из-под верхнего века необходимо его вывернуть, для чего направить взор пострадавшего книзу, потом захватить двумя пальцами ресничный край века, оттянуть его вниз и вперед и надавить на веко стеклянной палочкой (спичкой или указательным пальцем другой руки, (рис. 20 б).



Рис. 20. Удаление инородного тела из глаза:
а - из-под нижнего века; б - из-под верхнего века.

Эту манипуляцию лучше производить не самому пострадавшему, а помогающему ему человеку. После удаления инородного тела в глаз (за нижнее веко) закапывают 2- 3 капли 30% раствора сульфацида натрия (альбуцида).

Не подлежат самостоятельному удалению инородные тела, лежащие на роговой оболочке глаза!

Инородные тела, обладающие высокой энергией, могут нанести прободные ранения, повреждающие оболочку глаза. Главным признаком прободного ранения является наличие зияющей раны глаза, зачастую с ущемившимися в ней внутренними оболочками или нанесшим травму осколком.

Запрещается пытаться удалить инородное тело, ущемленное в ране, так как это может вызвать дополнительную травму и выпадение содержимого глаза!

При любых ранениях одного глаза накладывается бинокулярная повязка (повязка на два глаза) (рис. 20).



Рис. 20. Бинокулярная повязка при повреждении глаз.

Рис. 21. Промывание глаза при химическом ожоге.

После оказания первой помощи пострадавший транспортируется в лежачем положении в глазной травматологический пункт.

Термические ожоги глаз и век могут быть вызваны пламенем, паром, горячей жидкостью (водой, маслом), расплавленным металлом. Необходимо в первую очередь как можно быстрее прекратить действие повреждающего фактора. Затем госпитализировать больного.

Попавшие в глаз химические вещества необходимо как можно быстрее удалить обильным промыванием глаз водой. При этом можно использовать струю из под крана, чайника, фляжки (рис. 21), резиновой груши, а также использовать смоченную в воде вату или марлю.

Твердые частицы химического вещества удаляются влажным ватным тампоном. Повязка на глаз не накладывается. Пострадавший должен немедленно обратиться в глазной травматологический пункт. Повреждение глаз может быть не прямым, а опосредованным, вызванным приемом внутрь метилового спирта за счет выраженного токсического действия на зрительный нерв. Лечение заключается в удалении метилового спирта из организма путем промывания желудка (в стационаре), дачей слабительных средств, а также приема внутрь небольших количеств этилового спирта (или водки), который обладает нейтрализующим действием в отношении этого яда. После оказания первой помощи пострадавший, независимо от состояния, должен быть немедленно доставлен в лечебное учреждение.

Поражение глаз ультрафиолетовым излучением может произойти в случае нарушения техники безопасности при электросварке, использовании кварцевых ламп, а также при воздействии на глаз атмосферного ультрафиолета в яркий солнечный день, в горах, или на заснеженных равнинах. Проявляется поражение через несколько часов в виде болей в глазных яблоках, покраснении, светобоязни и слезотечении.

Первая помощь:

Первая помощь заключается в применении холодных примочек, ношении очков с темными светофильтрами или дырчатых очков. Дырчатые очки можно изготовить самостоятельно из картона таким образом, чтобы бумага закрывала глаза, а напротив зрачков в картоне были проделаны отверстия диаметром 5 мм.

Повреждение глаз инфракрасным светом приводит к ожогу глазного дна. Оно может возникнуть при наблюдении незащищенными глазами солнечного диска в течение нескольких десятков секунд.

Чаще такие ожоги возникают при солнечных затмениях, когда опасность наблюдения солнца недооценивается.

Не рекомендуется смотреть на солнце незащищенными глазами более 2-3 секунд!

Есть определенный перечень проявлений со стороны глаз, которые связаны с серьезными глазными болезнями. При их появлении необходимо немедленно обратиться к специалисту.

Это:

- внезапное снижение остроты зрения;
- появление в поле зрения темного пятна в центре или ограничение поля зрения с периферии в виде появившейся занавеси;
- острые боли в глазном яблоке, зачастую сочетающиеся с головными болями на той же стороне;
- появление радужных кругов, лучей при рассматривании светящихся объектов;
- боли за глазом, усиливающиеся при его движении.

Ожоги

Ожоги - повреждение тканей организма в результате воздействия высокой температуры, химических веществ, электрического тока.

Признаки:

Признаками ожога первой степени являются покраснение кожных покровов, сильная жгучая боль в месте ожога, припухлость тканей. При ожоге второй степени образуются пузыри. Это - следствие отслоения поверхностного слоя кожи - эпидермиса. При ожогах 3-й и 4-й степеней образуются участки плотного струпа.

Первая помощь:

При термических поражениях первая помощь заключается в следующем:

- как можно скорее погасить горящую одежду водой или путем прекращения доступа к ней воздуха, после чего осторожно, стараясь не причинить лишней боли, освободить пострадавшего от тлеющей одежды;

При термическом ожоге следует немедленно начать охлаждение места ожога водой из-под крана в течение 15-20 мин!

- для предотвращения инфицирования ожоговой раны наложить повязку, желательно стерильную;
- при наличии обширного ожога, а таковым считается площадь ожога, превышающая 10% кожного покрова, и при задержке транспортировки обожженного в лечебное учреждение необходимо давать пострадавшему обильное питье из щелочно-солевой смеси. Для этого в один литр воды добавить 2 г пищевой соды и 4 г поваренной соли.

Жажда не должна удовлетворяться бессолевыми жидкостями из-за опасности тяжелых нарушений водного обмена организма!

Чтобы определить процент обожженной поверхности тела, пользуются исходным ориентиром: площадь ладони равна примерно одному проценту поверхности тела человека.

При попадании на кожу повреждающих химических веществ необходимо немедленно промыть

область ожога большим количеством воды, наложить повязку, и возможно скорее направить пострадавшего в больницу.

Отморожение

Отморожение - повреждение тканей тела под воздействием холода. Отморожению более подвержены пальцы рук и ног, нос, ушные раковины и лицо. Тяжесть отморожения зависит от продолжительности действия холода, а также от состояния организма.

При алкогольном опьянении нарушается терморегуляция организма, и вероятность отморожения увеличивается!

Признаки:

- резкое побледнение кожи и потеря ее чувствительности.

Первая помощь:

Основной задачей первой помощи является прекращение воздействия холода и как можно более быстрое восстановление нормальной температуры охлажденных тканей.

Согревание должно идти изнутри, а не снаружи!!!

Запрещено:

- погружать отмороженные участки тела в теплую или холодную воду;
- делать растирания отмороженных кожных покровов снегом;
- давать алкоголь.

Необходимо:

- обернуть отмороженную часть тела толстым слоем ваты, замотать ее бинтом. Далее, на этот бинт снова наложить слой ваты, и так далее. Это требуется для того, чтобы внешнее тепло не могло повлиять на согревание отмороженного участка, так как сосуды при внешнем обогреве могут быть повреждены необратимо.

Для предупреждения инфицирования на отмороженные участки кожи накладываются стерильные повязки. При появлении болей, отека тканей, пузырей, длительного отсутствия чувствительности необходимо обратиться за врачебной помощью.

Общее замерзание

Переохлаждение организма наступает при недостаточной защите человека от холода, ветра и сырости. Наиболее часто переохлаждение наблюдается при длительном пребывании в воде, у людей, заблудившихся и выбившихся из сил, одетых не по сезону. Быстрее замерзают в состоянии алкогольного опьянения, истощенные и ослабленные.

При появлении первых признаков переохлаждения рекомендуется, если есть возможность, укрыться в защищенном от снега, дождя и ветра помещении, сменить одежду.