

Общие принципы оказания первой медицинской помощи

Сущность первой помощи заключается в прекращении дальнейшего воздействия травмирующих факторов, проведении простейших мероприятий и в обеспечении скорейшей транспортировки пострадавшего в лечебное учреждение. Ее задача заключается в предупреждении опасных последствий травм, кровотечений, инфекций и шока.

При оказании медицинской помощи следует придерживаться следующих принципов:

- Все действия оказывающего помощь должны быть целесообразными, обдуманными, решительными, быстрыми и спокойными.
- Прежде всего нужно оценить обстановку и принять меры к прекращению воздействия повреждающих моментов (удалить из горящего помещения, погасить горящую одежду, удалить из зоны, где скопились отравляющие или раздражающие газы, и т. д.).
- Быстро и правильно оценить состояние пострадавшего. При осмотре пострадавшего быстро устанавливают, жив он или мертв, определяют вид и тяжесть травмы, наличие кровотечения.
- Оказать первую медицинскую помощь и подготовить пострадавшего к транспортировке.
- Организовать транспортировку пострадавшего в лечебное учреждение.
- Оказывающий помощь должен четко и быстро отличить потерю сознания от смерти.
- При обнаружении признаков жизни необходимо немедленно приступить к оказанию первой помощи и прежде всего к оживлению.

Признаками жизни являются:

- Наличие сердцебиения. Сердцебиение определяют рукой или ухом на грудной клетке в области левого соска;
- Наличие пульса на артериях. Пульс определяется на шее (сонная артерия), в области лучезапястного сустава (лучевая артерия), в паху (бедренная артерия).
- Наличие дыхания. Дыхание определяют по движению грудной клетки и живота, увлажнению зеркала, приложенного к носу и рту пострадавшего, движению кусочка бинта и ваты, поднесенного к носовым отверстиям.
- Наличие реакции зрачков на свет. При освещении глаза пучком света, например фонариком, наблюдается положительная реакция зрачка. При дневном свете эту реакцию можно проверить так: на некоторое время закрывают глаз рукой, затем быстро отводят руку в сторону, при этом будет заметно сужение зрачка.
- Следует помнить, что отсутствие сердцебиения, пульса, дыхания и реакции зрачков на свет не свидетельствует о том, что пострадавший мертв.
- Оказание первой помощи бессмысленно при явных признаках смерти:
- Помутнение и высыхание роговицы глаза.

- Наличие симптомов «кошачий глаз» – при сдавливании глаза зрачок деформируется и напоминает кошачий глаз.
- Похолодание тела и появление трупных пятен. Эти сине-фиолетовые пятна выступают на коже. При положении трупа на спине они появляются в области лопаток, поясницы, ягодиц, а при положении на животе – на лице, шее, груди, животе.
- Трупное окоченение. Этот бесспорный признак возникает через 2-4 часа после смерти.

Первая медицинская помощь при кровотечениях и травматическом шоке.

Виды кровотечений.

Различают артериальное, венозное, капиллярное и паренхиматозное кровотечение.

Артериальное кровотечение - кровотечение из поврежденных артерий. Изливающаяся кровь ярко-красного цвета, выбрасывается сильной пульсирующей струей.

Венозное кровотечение возникает при повреждении вен. Давление в венах значительно ниже, чем в артериях, поэтому кровь вытекает медленно, равномерной и неравномерной струей. Кровь при таком кровотечении темно-вишневого цвета.

Капиллярное кровотечение возникает при повреждении мельчайших кровеносных сосудов - капилляров.

Печень, селезенка, почки и другие паренхиматозные органы имеют очень развитую сеть артериальных, венозных сосудов и капилляров.

Различают кровотечения наружные и внутренние. Наружные кровотечения характеризуются поступлением крови непосредственно на поверхность тела через рану кожи. При внутренних кровотечениях кровь поступает в какую-нибудь полость.

Первая помощь при кровотечениях.

К способам временной остановки кровотечения относятся:

- придание поврежденной части тела возвышенного положения по отношению к туловищу
- прижатие кровоточащего сосуда в месте повреждения при помощи давящей повязки
- остановка кровотечения фиксированием конечности в положении максимального сгибания или разгибания в суставе
- круговое сдавливание конечности жгутом
- остановка кровотечения наложением зажима на кровоточащий сосуд в ране.

Капиллярное кровотечение легко останавливается наложением обычной повязки на рану. При венозном кровотечении надежная временная остановка кровотечения осуществляется наложением давящей повязки. Артериальное кровотечение из небольшой артерии можно с успехом остановить при помощи давящей повязки. Для экстренной остановки артериального кровотечения широко применяется способ прижатия артерий на протяжении. Прижать артерию можно большим пальцем, ладонью, кулаком. Прижатие артерий фиксацией конечности в определенном положении применяют во время транспортировки больного в стационар. Надежно останавливает кровотечение из артерий тугое круговое перетягивание конечности, обеспечивающее пережатие всех сосудов выше места ранения. Наиболее легко это выполняется с помощью специального резинового жгута. Наложение жгута показано лишь при сильном кровотечении из артерий конечности. Для предупреждения защемления кожи под жгут подкладывают полотенце, одежду раненого и т. д. Конечность несколько поднимают вверх, жгут подводят под конечность, растягивают и несколько раз обортывают вокруг конечности до прекращения кровотечения. Туры жгута должны ложиться рядом друг с другом, не ущемляя кожи. Наиболее тугим должен быть первый тур, второй накладывают с меньшим натяжением, а остальные - с минимальным. Концы жгута фиксируют при помощи цепочки и крючка поверх всех туров. Ткани должны сдавливаться лишь до остановки кровотечения. При правильно наложенном жгуте артериальное кровотечение немедленно прекращается, конечность бледнеет, пульсация сосудов ниже наложенного жгута прекращается.

Жгут на конечности накладывается не более чем на 1. 5-2 ч. Если окончательная остановка кровотечения по каким-либо причинам затягивается, то необходимо на 15-20 мин жгут снять (артериальное кровотечение в этот период предупреждают пальцевым прижатием артерии) и наложить вновь несколько выше или ниже. При отсутствии специального жгута круговое перетягивание конечности может быть осуществлено резиновой трубкой, ремнем, платком, куском материи. Необходимо помнить, что грубые жесткие предметы могут легко вызвать повреждение нервов.

Первая помощь при некоторых внешних и внутренних кровотечениях.

Носовое кровотечение.

При носовом кровотечении кровь поступает не только наружу, через носовые отверстия, но и в глотку и в полость рта. Прежде всего, нужно устранить все причины, усиливающие кровотечение. Надо успокоить больного, убедить его в том, что резкие движения, кашель, разговор, сморкание, напряжение усиливают кровотечение. Больного следует усадить, придать ему положение, при котором меньше возможности для поступления крови в носоглотку, положить на область носа и переносицы пузырь со льдом, завернутый в платок комочек снега, смоченный холодной водой платок, бинт, комочек ваты и др. Обеспечить достаточный приток свежего воздуха. Можно попытаться остановить кровотечение сильным прижатием обеих половинок носа к носовой перегородке. При этом голову больного наклоняют несколько вперед и возможно выше, с силой сжимают нос. Вместо прижатия можно провести тампонаду носовых ходов сухим комочком ваты, смоченной раствором перекиси водорода. В носовые ходы вводят ватные шарики, голову больного наклоняют вперед.

Кровотечение в грудную полость.

Вследствие кровопотери и выключения легкого из акта дыхания состояние больного быстро ухудшается: резко ухудшается и затрудняется дыхание, кожные покровы становятся бледными, с синюшным оттенком. Помощь заключается в придании больному полусидящего положения. К грудной клетке прикладывается пузырь со льдом.

Кровотечение в брюшную полость.

Кровотечение в брюшную полость проявляется сильными болями в животе. Кожные покровы бледные, пульс частый. При значительном кровотечении возможна потеря сознания. Больного следует уложить, на живот положить пузырь со льдом, запрещается прием пищи и воды.

Острое малокровие.

Развивается при значительной потере крови. Одномоментная потеря крови (2-2,5 л) является смертельной. Потеря 1-1,5 л крови очень опасна и проявляется развитием тяжелой картины острого малокровия, выражающегося нарушением кровообращения и развитием кислородного голодания. Больной жалуется на нарастающую слабость, головокружение, шум в ушах, потемнение и мелькание мушек в глазах, жажду, тошноту, рвоту. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки становятся бледными, черты лица заостряются. Больной заторможен, иногда, наоборот, возбужден, дыхание частое, пульс слабого наполнения или совсем не определяется, артериальное давление низкое. В дальнейшем в результате потери крови может наблюдаться потеря сознания, обусловленная обескровливанием мозга, исчезает пульс, не определяется давление, появляются судороги, непроизвольное отделение кала и мочи. Если экстренно не принять соответствующих мер, наступает смерть. Пострадавшего следует уложить на ровную поверхность для предупреждения анемизации головного мозга. При значительной кровопотере, вызвавшей обморок, шок, больного (раненого) укладывают в положение, при котором голова находится ниже туловища.

Группы крови.

В крови могут находиться различные белки (агглютиногены и агглютинины), комбинацией (наличием или отсутствием) которых и образуются четыре группы крови. Каждой группе дано условное обозначение: 0 (I), A (II), B (III), AB (IV). Травматический шок.

Наиболее часто шок возникает в результате тяжелых обширных повреждений, сопровождающихся кровопотерей. Предрасполагающими моментами к развитию травматического шока являются нервное и физическое переутомление, охлаждения, радиационные поражения. Травматический шок может возникнуть при повреждениях, не сопровождающихся большим кровотечением, особенно если травмированы наиболее чувствительные, так называемые рефлексогенные зоны (грудная полость, череп, брюшная полость, промежность).

Шок I степени (легкий).

Пострадавший бледен, сознание, как правило, ясное, иногда легкая заторможенность, рефлексы снижены, одышка. Пульс учащен, 90-100 ударов в минуту.

Шок II степени (средней тяжести). Выраженная заторможенность, вялость. Пульс 120-140 ударов в минуту.

Шок III степени(тяжелый). Сознание сохранено, но окружающее он не воспринимает. Кожные покровы землисто-серого цвета покрыты холодным липким потом, выражена синюшность губ, носа и кончиков пальцев. Пульс 140-160 ударов в минуту.

Шок IV степени (предагония или агония). Сознание отсутствует. Пульс не определяется.

Первая помощь при шоке.

При шоке первая помощь тем эффективней, чем раньше она оказана. Она должна быть направлена на устранение причин шока (снятие или уменьшение болей, остановка кровотечения, проведение мероприятий, обеспечивающих улучшение дыхания и сердечной деятельности и предупреждающих общее охлаждение). Уменьшение болей достигается приданием больному или поврежденной конечности положения, при котором меньше условий для усиления болей, поведением надежной иммобилизации поврежденной части тела, дачей обезболивающих. При отсутствии обезболивающих пострадавшему можно дать выпить немного(20-30 мл) спирта, водки. Борьба с шоком при неостановленном кровотечении неэффективна, поэтому необходимо быстрее остановить кровотечение - наложить жгут, давящую повязку и др. Следующей важнейшей задачей первой помощи является организация скорейшей транспортировки пострадавшего в стационар. Лучше всего транспортировать в специальной реанимационной машине, в которой можно проводить эффективные мероприятия. Следует помнить, что шок легче предупредить, чем лечить, поэтому при оказании первой помощи получившему травму необходимо выполнять 5 принципов профилактики шока: уменьшение болей, дача внутрь жидкости, согревание, создание покоя и тишины вокруг пострадавшего, бережная транспортировка в лечебное учреждение.

Первая помощь при переломах.

Самую многочисленную группу травм, получаемых в результате катастроф, аварий, стихийных бедствий, при выполнении производственных задач, составляют переломы. В зависимости от того, как проходит линия перелома по отношению к кости, различают поперечные, косые, продольные, спиральные переломы. Они могут быть закрытыми или открытыми, если имеется повреждение кожи.

Признаки перелома: резкая боль, усиливающаяся при любом движении и нагрузке на конечность, нарушение её функции, изменение формы и длины, появление отёчности и кровоподтёка, укорочение и патологическая подвижность костей.

В отличие от ушиба, функция конечности нарушается немедленно - с момента травмы. Паралич - наиболее наглядный признак перелома позвоночника.

Виды переломов:

- Закрытый перелом костей предплечья
- Открытый перелом костей голени
- Открытый оскольчатый перелом костей голени

Обнаружить перелом можно при наружном осмотре повреждённой части тела. Если необходимо, то прощупывают место предполагаемого перелома. При переломе наблюдается неровности кости, острые края отломков и характерный хруст при лёгком надавливании. Ощупывать, особенно для определения подвижности кости вне области сустава, нужно крайне осторожно, двумя руками, стараясь не причинить дополнительной боли и травмы пострадавшему.

Перелом всегда сопровождается повреждением мягких тканей, степень нарушения которых зависит от вида перелома и характера смещения отломков кости. Особенно опасны повреждения крупных сосудов и нервных стволов, грозными спутниками которых являются острая кровопотеря и травматический шок. В случае открытого перелома возникает опасность инфицирования раны.

Оказывая первую медицинскую помощь при переломах, необходимо выполнить в первую очередь те приёмы, от которых зависит жизнь пострадавшего, а именно:

- остановить артериальное кровотечение;
- предупредить травматический шок;
- наложив затем повязку на рану, создать неподвижность конечности с помощью шин и подручных материалов, в исключительных случаях допускается транспортная иммобилизация путём прибинтования поврежденной конечности к здоровой части тела: верхней - к туловищу, нижней - к здоровой ноге.

Чего нельзя делать при оказании помощи:

- нельзя сопоставлять отломки кости или исправлять дефект конечности;
- нельзя вправлять в рану вышедшие из неё отломки кости;
- нельзя снимать одежду и причинять дополнительные боли, одежду и обувь разрезают, особенно при открытых переломах.

Хорошо и вовремя выполненная иммобилизация защитит пострадавшего от смещения отломков, уменьшит болезненность при перевозке и предупредит возникновение травматического шока.

Приёмы иммобилизации должны быть щадящими. Неподвижность в месте перелома обеспечивает фиксация шинами два близлежащих сустава выше и ниже места перелома. Под шину, обёрнутую бинтом или каким либо мягким материалом, в местах костных выступов подкладывают вату или мягкую ткань для предупреждения сильного с давлением и боли.

Оказание помощи в зависимости от вида перелома.

Переломы костей черепа нередко сопровождаются травмой или повреждением головного мозга. Пострадавший иногда находится без сознания, поэтому необходимо соблюдать особую осторожность. Пострадавшего укладывают на носилки животом вниз, под голову (лицо) подкладывают мягкую подстилку с углублением или ватно-марлевый круг.

Повреждённые верхняя и нижняя челюсти фиксируются плащевидной повязкой. В тех случаях, когда зубы не смыкаются, между челюстями вводят полоску фанеры или кусочек линейки и

прижимают её к верхней челюсти. В избежание западения языка голову пострадавшего поворачивают набок или фиксируют язык и удерживают его.

При переломах ключицы на надплечья накладывают два ватно-марлевых кольца и связывают их на спине. Руку подвешивают на косынке. Транспортировать пострадавшего нужно в положении сидя, слегка откинувшись назад. Не рекомендуется наклоняться вперед, садясь в машину, так как при этом возможно дополнительное смещение отломков кости.

При переломе рёбер, на грудную клетку в состоянии выдоха накладывают тугую бинтовую повязку или стягивают её полотенцем, простыней, а затем их зашивают.

Если у пострадавшего имеется открытый пневмоторакс, сначала на рану накладывают стерильную ватно-марлевую подушечку или салфетку. Поверх них, по типу компрессов накладывают непроницаемый для воздуха материал из плёнки, пакета. Герметизирующий материал укрепляют бинтовой повязкой. Транспортировать пострадавшего необходимо в положении полусидя.

При переломе костей таза пострадавшего укладывают спиной на твёрдый щит, широкую доску, двери или лист фанеры, под колени подкладывают скатанное пальто или одеяло так, чтобы нижние конечности были согнуты в коленных суставах и слегка разведены в стороны. В таком положении конечности фиксируют с помощью распорки и бинтов.

Перелом позвоночника является наиболее тяжелой и болезненной травмой. Судьба пострадавшего в этих случаях в решающей степени зависит от правильности оказания первой медицинской помощи и способа транспортировки. Нельзя без нужды трогать, поворачивать и поднимать голову и тело пострадавшего. Сначала необходимо дать обезболивающее средство, затем уложить на ровный щит или доски, положенные на носилки, аккуратно и бережно прибинтовать его к щиту, доске, листу фанеры. При отсутствии щита, пострадавшего укладывают лёжа на живот на обычные носилки, подложив под плечи и голову подушки или валики. Необходимо помнить, что такие пострадавшие совершенно не переносят перекалывание обычным способом с земли на щит. Необходимо осторожно уложить их набок, положить рядом щит и перекалывать на него.

При открытых переломах фаланг пальцев и костей кисти на рану накладывают стерильную повязку, в ладонь вложат плотный комок ваты, обмотанный марлей или чистой тряпкой или же маленький мячик для придания пальцам полусогнутое положение, а потом фиксируют кисть с помощью бинтов к куску фанеры или доски. Поврежденную руку можно подвесить на косынке, при этом локтевой сустав фиксируется в согнутом до 90° градусов положении.

При травме предплечья шину (доску) накладывают от пальцев кисти до локтевого сустава или середины плеча. При отсутствии шин, руку сгибают в локте, поворачивают ладонью к животу и прибинтовывают к туловищу или подвешивают её с помощью косынки или полы одежды.

Переломы бедренной кости, особенно открытые, нередко приводят к кровотечению и шоку. Сначала останавливают кровотечение, на рану накладывают стерильную повязку. После чего по бокам бедра прикладывают шины или другие подручные материалы (доски, обломки лыж, палки) и фиксируют их к конечности и туловищу широким бинтом, поясным ремнём, полотенцем таким образом, чтобы обеспечить неподвижность всей конечности - в тазобедренном, коленном и голеностопном суставах. На костные выступы в области суставов, а также в подмышечную впадину и паховую область вкладывают валик из ваты. Стопу устанавливают под углом 90 градусов.

При переломах голени создают неподвижность в голеностопном и коленном суставах, для чего шины или подручные средства укладывают по наружной и внутренней поверхности ноги от стопы до верхней трети бедра. Чтобы зафиксировать кости стопы, применяют две полуметровые шины или обрезки фанеры, которые также прибинтовывают по боковым поверхностям конечности от стопы до верхней трети голени. Третью шину прибинтовывают к подошвенной поверхности стопы.

Оказание первой помощи 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.

Во-первых, раны обычно глубокие, а ранящий предмет часто остается внутри тела.

Во-вторых, 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.

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.
- Вызов скорой помощи.

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.

Ранения 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 течение 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 гемморагический шок.

Боль может быть настолько сильной, что вызвать болевой шок.

Огнестрельное ранение головы.

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 подразумевать 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.

Ранения 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.

Ранения шеи.

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.

Ранения в грудь и живот.

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 полусидящее 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 попадать кровь и сдавливать сердце, мешая его нормальной работе.

Ранения органов брюшной полости.

При ранениях органов брюшной полости пострадавшего усаживаю в полусидящее положение. Предупреждение раневой инфекции. При сильной кровопотери - противошоковая терапия.

Предупреждение раневой инфекции.

Продезинфицировать края раны

Наложить стерильную салфетку

Ранения 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 тугой тампонадой входного отверстия пули. При переломах тазовых костей и тазобедренного сустава пострадавшего иммобилизуют. Щадящая транспортировка. Самостоятельная транспортировка нежелательна.

Полезные советы.

При оказании первой помощи всегда необходим перевязочный материал. Когда его нет под рукой, приходится использовать носовой платок, части одежды; но если Вы нашли место для хранения пистолета, то, может быть и стерильный пакет уместится в кармане. В машине обязательна аптечка. Дома желательно иметь аптечку не хуже, чем автомобильную. Самая необходимая вещь при кровопотере - кровезамещающие растворы, продаются в аптеках без рецепта вместе с аппаратом внутривенной инъекции.

Не забывайте, что определенную консультацию можно получить по телефону во время вызова скорой помощи. Лучше, если к моменту вызова скорой помощи Вами будет правильно определено ранение и состояние пострадавшего. Помните, что не редки случаи, когда пострадавшего не удавалось спасти из-за того, что на основании сообщения вызвавших скорую, оператор направлял к месту происшествия врача другого профиля.

В некоторых случаях, самостоятельная доставка пострадавшего в больницу предпочтительнее (быстрее). Городские больницы дежурят по очереди. Адрес дежурной больницы можно узнать по телефону скорой помощи. Диспетчер может предупредить приемный покой больницы, куда Вы намереваетесь доставить раненого, о характере ранения с тем, чтобы медперсонал подготовился к приему пострадавшего.