**План:**

1. Перша медична допомога
2. Виклик Швидкої допомоги
3. Загальні принципи надання першої допомоги
4. Виявлення ознак життя
5. Забій
6. Переломи
7. Штучне дихання
8. Опіки
9. Сонячний удар
10. **Перша медична допомога**

Всі знають, що ігри можуть бути травматичними. Травматичними вони стають не із-за своєї назви чи сенсу гри, а з причин частіше з легковажності самих гравців. Гравець може просто не помітити ями чи відкритого люку, або уламок скла на землі чи випираючої зі стіни арматурини. Та й у будь-який момент, в житті людини може трапитись надзвичайна ситуація. Тому в цій статті я зібрав матеріал, що може стати Вам в нагоді при першій допомозі.

Перша медична допомога — комплекс нагальних медичних заходів, які проводяться людині, що раптово захворіла або постраждала, на місці пригоди та під час її доставки у медичний заклад.

1. **Виклик Швидкої допомоги**

*До виклику швидкої допомоги, зберіть важливу інформацію:*

* Викликати швидку можна з мобільного набравши 103 чи зі стаціонарного телефону
* Особи, які викликають Бригаду (хворий, постраждалий, родичі або інші особи), мають:
* Відповісти на всі запитання диспетчера
* Назвати точну адресу виклику , якщо місцезнаходження не має чіткої адреси, то відправити когось зустрічати швидку!
* Назвати прізвище, стать, вік потерпілого, якщо точні дані невідомі, то приблизно (Чоловік, 25 років)
* Описати скарги потерпілого;, що сталося, що болить
* Повідомити, хто і з якого номера телефону викликає Бригаду;
* За можливості забезпечити Бригаді безперешкодний доступ до хворого або постраждалого, необхідні умови для надання медичної допомоги;
* За можливості сприяти в транспортуванні хворого або постраждалого в санітарний автомобіль;
* У разі госпіталізації постраждалого до лікувально-профілактичного закладу бажано мати при собі будь-який документ, який засвідчує його особу.
* Пам'ятайте! Один потерпілий - одна бригада швидкої!

*Основні групи заходів*

Перша медична (долікарська) допомога включає наступні три групи заходів:

Негайне припинення впливу зовнішніх ушкоджуючих факторів (електричний струм, висока або низька температура, здавлення вагою) та видалення постраждалого з несприятливих умов, в які він потрапив (витягання з води, з палаючого приміщення, приміщення, де накопичились отруйні гази, тощо).

Надання першої медичної допомоги постраждалому у залежності від характеру та виду травми, нещасного випадку або раптового захворювання (зупинка кровотечі, накладання пов'язки на рану, штучне дихання, масаж серця, введення протиотрути та ін.).

Організація негайної доставки (транспортування) хворого або постраждалого у лікувальний заклад.

1. **ЗАГАЛЬНІ ПРИНЦИПИ НАДАННЯ ПЕРШОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ**

Перш ніж надавати першу допомогу - проконсультуйтесь у лікаря!

Нещасний випадок, раптове захворювання спостерігаються часто в умовах, коли немає необхідних медичних засобів, перев’язувального матеріалу, належної освітлюваності, помічників, відсутні засоби транспортної іммобілізації. У подібних випадках велике значення набуває зібранність та активність людини, що надає першу допомогу, щоб по мірі своїх можливостей зуміти виконати комплекс максимально доступних та доцільних заходів, спрямованих на врятування життя постраждалого або людини, яка раптово захворіла. Для цього необхідне знання ознак ушкоджень та хвороб, принципів надання першої медичної допомоги.

При наданні першої медичної допомоги слід дотримуватися наступних принципів:

Усі дії людини, що надає допомогу повинні бути доцільними, обміркованими, рішучіми, швидкими та зосередженими.

Перш за все потрібно оцінити обставини та здійснити заходи по усуненню дії ушкоджуючих факторів (витягти з води, палаючого приміщення, або приміщення, де скопичилися гази, погасити палаючий одяг і т.д.).

Швидко та правильно оцінити стан постраждалого. Сприятиме цьому прояснення обставин, в яких відбулося травмування або виникло раптове захворювання, часу та місця виникнення ушкодження. Це особливо важливо, якщо постраждалий непритомний. При огляді його встановлюють, живий він чи мертвий, визначають вид та тяжкість травми, наявність кровотечі.

На підставі огляду постраждалого визначають спосіб та послідовність надання першої медичної допомоги.

З’ясовують, які засоби необхідні для надання допомоги, виходячи з конкретних умов, обставин і можливостей, та забезпечують ними.

Надають першу медичну допомогу та готують постраждалого до транспортування.

Організують транспортування постраждалого у лікувальний заклад.

Доглядають за постраждалим або хворим до відправлення у лікувальний заклад.

Перша допомога у максимально доступному об’ємі повинна надаватися не тільки на місці пригоди, але й по дорозі до лікувального закладу.

1. **Виявлення ознак життя**

*Непритомність*

При тяжкій травмі, ураженні електричним струмом, утопленні, ядусі, отруєнні, ряді захворювань може розвинутися непритомність, тобто стан, коли постраждалий лежить нерухомо, не відповідає на запитання, не реагує на зовнішні подразники. Такий стан виникає внаслідок порушення діяльності ЦНС, а саме головного мозку.

*Порушення діяльності головного мозку можливе при:*

* прямому ушкодженні мозку (забиття, струс, розміжчення мозку, крововилив у мозок, електротравма), отруєнні, у тому числі алкоголем, та ін.;
* порушенні кровопостачання мозку (крововтрата, непритомність, зупинка серця або тяжке порушення його діяльності);
* припиненні постачання кисню до організму (ядуха, втоплення, здавлювання грудної клітки вагою);
* неспроможності крові збагачуватися киснем (отруєння, порушення обміну речовин, наприклад при діабеті, лихоманці);
* переохолодженні або перегріванні (охолодження, тепловий удар, гіпертермія при ряді захворювань).

*Ознаки життя*

Людина, що надає допомогу, повинна чітко відрізняти непритомність від смерті. При виявленні мінімальних ознак життя необхідно негайно розпочати оживляння та надання першої допомоги.

*Ознаками життя є:*

* наявність серцебиття. Серцебиття визначають рукою або вухом на грудній клітці у ділянці лівого соска.
* наявність пульсу на артеріях. Пульс визначають на шиї (сонна артерія), у ділянці променевозап’ясткового суглоба (променева артерія), паху (стегнова артерія);
* наявність дихання. Дихання визначають за рухами грудної клітки та живота, зволоженням дзеркала, яке прикладають до носа та рота постраждалого, рухами шматочка вати або бинта, які підносять до носових отворів;
* наявність реакції зениць на світло. Якщо освітити око пучком світла (наприклад, ліхтариком), то спостерігається звуження зениць - позитивна рекція зениці. При дневному освітленні цю реакцію можна перевірити так: на деякий час закривають око рукою, потім швидко відводять руку убік, при цьому буде помітно звуження зениці.
* Наявність ознак життя сигналізує про необхідність негайного проведення заходів по оживленню. Слід памятати, що відсутність серцебиття, пульсу, дихання та реакції зениць на світло не є свідченням того, що постраждалий помер. Такий комплекс симптомів може спостерігатися й при клінічній смерті, при якій необхідно надати постраждалому допомогу у повному обсязі.

*Підготовка до транспортування*

У випадку западання язика необхідно запрокинути голову назад та підняти підборіддя, щоб звільнити дихальні шляхи, піднявши язик).

Оцінивши стан постраждалого (хворого), розпочинають надання першої допомоги, характер якої залежить від характеру травмування, ступеню пошкодження та стан постраждалого

При наданні першої медичної допомоги важливо не тільки знати її методи, але й вміти поводитися правильно із постраждалим, щоб не спричинити йому додаткового травмування.

Для зупинки кровотечі, накладання пов’язки на рану, закриття опікової поверхні при термічних опіках та обробки шкіри при хімічних опіках та ін. виникає необхідність зняти з постраждалого одяг.

Необхідно вміти правильно зняти одяг з постраждалого. При пошкодженні верхніх кінцівок одяг знімають спочатку зі здорової руки. Потім, притримуючи ушоджену руку, обережно стягуючи рукав, знімають з неї одяг. Якщо постраждалий лежить на спині та посадити його неможливо, то одяг з верхньої половини тулуба та рук знімають у наступній послідосності. Обережно витягають задню частину сорочки (сукня, пальто та ін.) до шиї та через голову переводять на груди, потім витягують із рукава здорову руку. У останню чергу вивільняють ушкоджену руку, стягуючи (не вивертаючи) з одягу за рукав. З нижньої частини тіла одяг знімають у аналогічній послідовності. При сильних кровотечах та тяжких опіках одяг не знімають, а розрізають.

Необхідно знати, що при пораненнях, переломах, опіках усі різкі рухи, переміщення, перевертання постраждалого, особливо за зламані або вивіхнуті кінцівки, різко посилюють біль, що може значно погіршити стан, викликати шок, зупинку серця, дихання. Тому піднімати ушкоджену кінцівку або постраждалого слід обережно, підтримуючи знизу ушкоджені частини тіла.

1. **Забій**

Забій- закрите пошкодження тканин і органів без істотного порушення їх структури. Найчастіше пошкоджуються поверхнево розташовані тканини (шкіра, підшкірна клітковина, м'язи і окістя). Особливо страждають при сильному ударі м'які тканини, придавлюємо в момент травми до кісток.

*Перша допомога, якщо ви отримали забій*

При забитті треба накласти щось холодне, через тканину. Йодна сітка на забите місце накладається тільки через 24 години. Застосовувати місцево-подразнювальні засоби безпосередньо після травми не можна, це викличе ще більший набряк пошкоджених тканин.

1. **Переломи**

*Ознаки перелому*

Основними ознаками перелому є:

* сильний біль
* набряк
* синець
* крипітація кісток (хрускіт при пересуванні уламків кісток)
* неправдивий суглоб
* деформація кістки (кінцівки)
* порушення функцій кістки (кінцівки)

*Перша допомога при переломах*

При всіх видах переломів повинна бути проведена транспортна іммобілізація (знерухомлення). Фіксація проводиться готовими шинами або пов'язкою з використанням підручних матеріалів (палки, дошки та ін.). Фіксація створює максимальний спокій ділянки перелому, що попереджує подальшу травматизацію м'яких тканин гострими уламками кісток та вторинне зміщення уламків, а також зменшує біль та, відповідно, можливість поглиблення больового шоку.

Транспортна шина повинна фіксувати не менше двох суглобів, поєднаних з місцем перелому (вище та нижче).

При переломі плечової та стегнової кісток потрібна фіксація трьох суглобів (променевозап'ястковий суглоб при переломі плеча, гомілковий - при переломі гомілки). При транспортуванні постраждалому вводять морфін.

При відкритих переломах під час транспортної іммобілізації вправлення кісток не проводять. На рану накладають стерильну пов'язку. При атеріальній кровотечі накладають джгут.

У лікувальному закладі після обстеження постраждалого у першу чергу проводять репозицію (вправлення) уламків, а потім накладають відповідну гіпсову лонгету. Для лікування переломів застосовують різні лікувальні методи: шинні та гіпсові пов'язки, скелетне витягування, оперативне лікування за допомогою різних швів, цв'яхів, гвинтів, пластинок.

При відкритому переломі проводять первинну хірургічну обробку та лікування рани. Вводять протиправцеву сироватку.

Діагноз встановлюють за допомогою рентгенологічного дослідження.

*Іммобілізація*

Найчастішим та основним прийомом першої медичної допомоги є іммобілізація - створення нерухомості ушкодженої частини тіла. Іммобілізація заспокоює біль та є протишоковим засобом, особливо при переломах кісток та суглобів, попереджує зміщення країв рани та слугує захисним засобом від проникнення інфекції до рани. Іммобілізація втримує уламки кісток у стиканні одне з одним, що значно полегшує подальше хірургічне лікування. Найскорішому заживленню перелома сприяє правильна іммобілізація на період транспортування постраждалого у страціонар.

Іммобілізація зменшує небезпеку розвитку ускладнень - ушкодження гострими уламками кісток, кровеносних судин, нервів, м’язів.

*Транспортні шини*

Іммобілізація проводиться з використанням спеціальних предметів, які називаються шинами, що закріплюються до ушкодженої ділянки тіла бинтами, ременями, лямками та ін.

Існують різноманітні шини фабричного виготовлення: дерев’яні, дротяні, сітчасті, пластмасові. У останній час почали застосовувати пневматичні шини, які виготовляють з гуми та пластмаси. Усі машини швидкої допомоги оснащені стандартними транспортними шинами. Вони повинні бути і в наборах першої допомоги у медпунктах, амбулаторіях, аптеках.

При відсутності стандартних шин іммобілізацію слід проводити за допомогою імпровізованих шин, виготовлених з підручного твердого матеріалу: дошки, лижі, палиці, рушниці, парасольки, тощо.

При переламаному стегні кращою транспортною шиною є шина Дітеріхса, яка добре іммобілізує гомілковий, колінний та тазостегновий суглоби. Шина складається з двох дерев’яних шин, довжину яких можна легко змінити, та дерев’яної підошви із закруткою. Цю шину накладають зверху одягу та прибинтовують дерев’яну підошву до хворої ноги (взуття не знімають). Відповідно до росту постраждалого підганяють довжину шини: зовнішня частина шини (довша) повинна упиратися у пахву, а інший кінець повинен виходити на 12-15 см за підошву; внутрішня частина шини (коротка) милицею повинна упиратися у промежину та також виходити за підошву на 12-15 см. Бокові шини проводять спочатку через петлі дерев’яної підошви, потім встановлюють у пахву та пахову ділянку. За дерев’яною підошвою половинки шини з’єднують шарнірною дощічкою. Усю шину фіксують до грудей, живота, стегна та гомілки лямками, турами бинта та ін. Від дерев’яної підошви до з’єднувальної планки милиць проводять міцний подвійний шнур, закручуючи який, створюють деяке витягнення кінцівки.

З інших готових транспортних шин найрозповсюдніша дротяна драбинчаста шина Крамера. Довжина шини 1 м, ширина 10-15 см. Шині може бути надана будь-яка форма; якщо потрібно шина більшої довжини, скріплюють 2-3 шини. Для іммобілізації передпліччя, кисті, стопи застосовують сітчасту шину, зроблену з м’якого тонкого дроту, що дозволяє надавати їй будь-яку форму. Сітчасту шину часто використовують як додаткову до інших шин. Окрім цих шин, існують набори готових пластмасових, фанерних та картонних шин, лубків. Вони менш зручні ніж дротяні, але також можуть застосовуватися при іммобілізації передпліччя та кисті. Для попередження травмування тканин іммобілізованих частин тіла дротяні шини перед їхнім фіксуванням бажано зсередини викласти ватою.

Особливо зручні пневматичні шини, що являють собою двостінну камеру. Внутрішня стінка гумова, легко приймає форму кінцівок, а зовнішня - з твердих пластмас. Після накачування повітря кінцівка надійно іммобілізується.

1. **Штучне дихання**

*Техніка штучної вентиляції легень рот в рот або рот в ніс*

Для проведення штучного дихання необхідно покласти хворого на спину, розстебнути стискаючий грудну клітку одяг та забезпечити вільну прохідність дихальних шляхів. Якщо у ротовій порожнині або глотці є якийсь вміст, його потрібно швидко видалити пальцем, серветкою, хусткою або за допомогою будь-якого відсосу. З цією метою можна використати гумову спринцівку, відрізавши спочатку її тонкий кінчик. Для звільнення дихальних шляхів голову постраждалого слід відвести назад. Потрібно пам’ятати, що надмірне відведення голови може призвести до звуження дихальних шляхів. Для більш повного відкриття дихальних шляхів необхідно висунути нижню щелепу вперед. Якщо під рукою є один з видів повітроводів, то його слід ввести у глотку для попередження западання язика. При відсутності повітроводу під час проведення штучного дихання слід притримувати голову у відведеному положенні рукою, зміщуючи нижну щелепу вперед.

При проведенні дихання рот у рот голову постраждалого притримують у певному положенні. Людина, що проводить реанімацію, зробивши глибокий вдих та щільно притиснувши свій рот до рота хворого, вдуває до його легенів повітря. При цьому рукою, що знаходиться у лоба постраждалого, необхідно затиснути ніс. Видих здійснюється пасивно, за рахунок еластичних сил грудної клітки. Число видихів у хвилину повинно бути не менше 16-20. Вдування потрібно проводити швидко та різко (у дітей менш різко), щоб тривалість вдиху була у 2 рази менше часу видиху.

Необхідно слідкувати, щоб повітря, що вдихається, не призвело до надмірного розтягнення шлунка. У цьому випадку з’являється небезпека виділення харчових мас зі шлунку та потрапляння їх у бронхи. Зрозуміло, дихання рот у рот створює значні гігієнічні незручності. Уникнути безпосереднього доторкання до рота хворого можливо, вдуваючи повітря через марлеву серветку, хустку або будь-яку іншу нещільну матерію. При цьому методі вентиляції легень можна застосовувати повітроводи.

При використанні методу дихання рот у ніс вдування повітря відбувається через ніс. При цьому рот постраждалого повинен бути закритий рукою, якою одночасно зміщують щелепу доверху для попередження западання язика.

1. **Опіки**

*Класифікація опіків*

Опіки класифікуються за джерелом виникнення на:

* термічні — опіки, що виникають внаслідок дії джерел тепла (полум'я, розжарених металів, променевої енергії та ін.)
* хімічні — опіки, що спричинюються дією будь-якої хімічної речовини.
* термохімічні
* електричні (електроопіки) — опіки, які виникають при проходженні крізь тканини електричного струму.
* радіаційні
* світлові — термічні опіки, які виникають внаслідок інтенсивного світлового випромінювання.
* променеві — ураження, що виникають внаслідок місцевої дії на шкіру іонізуючого випромінювання.
* сонячні — опіки шкіри, які виникають внаслідок дії сонячного випромінювання.

*Ступені опіків*

Є 4 ступені опіків:

* ступінь I (легкий) — почервоніння і набряк шкіри
* ступінь IIa (середній) — утворення пухирів
* ступінь IIb (середній) — ушкодження шкіри і підшкірної клітковини
* ступінь III (важкий) — ушкодження шкіри і підшкірної клітковини (глибокий опік).
* ступінь IV (дуже важкий) — згоряння тіла аж до кісток і ушкодженння кістки (некроз).

*Перша допомога при опіках*

При опіках І і ІІ ст. слід негайно покласти на вражене місце мокру (вологу) пов'язку, змочену тільки водою, або слабким розчином марганцевокислого калію. Ні в якому разі не використовувати примочку зі спиртом, горілкою, одеколоном! Вода має бути чистою і прохолодною (ні в якому разі не льодяною). Після промивання можна застосувати пантенол і забинтувати уражене місце.

При ІІІ-IV ст. на вражені місця накладають стерильні пов’язки. При великих опіках використовують чисті, випрасувані простирадла.

1. **Сонячний удар**

*Сонячний удар* - хворобливий стан, розлад роботи головного мозку внаслідок тривалого впливу сонячного світла на непокриту поверхню голови. Це особлива форма теплового удару.

*Симптоми:*

* Легка ступінь
* загальна слабкість;
* головний біль;
* нудота;
* почастішання пульсу і дихання;
* розширення зіниць.

*Заходи:* винести з зони перегрівання, надати допомогу. При нудоті і блювоті позиціонувати хворого таким чином, щоб уникнути захлебиваніе блювотними масами.

*Середня ступінь*

* різка адинамія;(різкий занепад сил, м'язова слабкість, яка супроводжується значним зменшенням або повним припиненням рухової активності.)
* сильний головний біль з нудотою і блювотою;
* оглушення;
* невпевненість рухів;
* хитка хода;
* часом запаморочення;
* почастішання пульсу і дихання;
* підвищення температури тіла до 39 - 40 ° C.

Тяжка ступінь теплового удару розвивається раптово. Особа гіперемована, пізніше блідо-ціанотичний. Спостерігаються випадки зміни свідомості від легкого ступеня до коми, клонічні і тонічні судоми, марення, галюцинації, підвищення температури тіла до 41 - 42 ° C, випадки раптової смерті. Летальність 20 - 30%.

*перша допомога:*

* Постраждалого необхідно перенести в тінь, зробити холодний компрес. У важких випадках - штучне дихання. ТЕРМІНОВО! Усунути тепловий вплив:
* видалити постраждалого з зони перегрівання;
* укласти на відкритому майданчику в тіні;
* вдихання парів нашатирного спирту з ватки;
* освободить от верхней одежды;
* смачивание лица холодной водой, похлопывание по груди мокрым полотенцем;
* покласти на голову міхур з холодною водою;
* частое обмахивание;
* вызвать бригаду скорой помощи.

*Профілактика*

Щоб уникнути сонячних ударів, в жарку сонячну погоду рекомендується носити головні убори зі світлого матеріалу (менше поглинаючого сонячне світло).

**Література**

* Громадянська оборона / під ред. В. І. Зав 'ялова. - М: Медицина, 1999.
* Кузьменко В.В., Журавльов С.М. "Травматологічна та ортопедична допомога". - М: Медицина, 1996.
* Керівництво по медичній службі цивільної оборони / під ред. А. І. Бурназяна. - М: Медицина, 1993.
* Збірник кращих рефератів / Е. По-Великий, Т. І. Водолазська, О. В. Зав'язкіна, М. II. Ільяшеако, З 54 А. А. Ілляшенко, С. А. Мірошниченко. - Москва; Видавництво "БАО-ПРЕС, 2004. - 624с.
* Бедрій Я.І., Джигирей В.С., Кидисюк А.І. та ін. Безпека життєдіяльності - Львів, Афіша, 1999.
* Васильчук М.В., Медвідь М.К., Сачков Л.С., Збірник нормативних документів з безпеки життєдіяльності. Київ - 2000.
* Даценко І.І. Гігієна та екологія людини - Львів, Афіша, 2000.
* Депутат О.П., Коваленко І.В., Мужик І.С. Цивільна оборона, Львів, Афіша, 2000.
* Джигирей В.С., Жидецький В.Ц., Безпека життєдіяльності - Львів, Афіша, 2000.
* Дубицький А.Е. Медицина катастроф М. 1994.
* Навчальний посібник, Київ «Каравела» 2001, Львів, Новий світ, 2000.
* Жидецький В.Ц., Джигирей В.С. Основи охорони праці - Львів, Афіша, 2000. праці - Львів, Афіша, 2000.
* Заплатинський В.М. Безпека життєдіяльності - Київ, КДТЕУ, 1997.
* Захарченко М.В. Безпека життєдіяльності - Львів, За вільну Україну, 1997.
* Збірник документів з питань безпеки життєдіяльності в системі освіти - Львів, 1997.
* Катренко Л.А., Пістун І.П. Охорона праці в галузі освіти, Суми. Університецька книга, 2000.
* Лозниця В.С. Психологія та педагогіка - Київ, ЕксОб, 2000.
* Методичний посібник з цивільної оборони і надзвичайних ситуацій, Київ, 1997.