

Тема 4.1. Первая помощь при ДТП

При дорожно-транспортных происшествиях наиболее часты повреждения грудной клетки, травмы живота и тазового отдела от удара о рулевое колесо и рулевую колонку, травмы головы, шеи и позвоночника от удара о лобовое стекло.

При тяжелой травме грудной клетки наблюдается беспокойство, учащение пульса, иногда кровоотхаркивание, одышка, посинение кожи цвета лица, резкая боль в груди.

Закрытая травма живота сопровождается болезненностью, напряжением брюшной стенки, тошнотой, рвотой. При переломах костей таза наблюдается боль в местах перелома, невозможность сесть или встать; пострадавший часто пытается принять положение с полуразведенными или полусогнутыми ногами.

Травмы головы могут сопровождаться потерей сознания («мозговая кома») в связи с ушибом или сотрясением головного мозга, внутримозговым кровоизлиянием из поврежденных мозговых сосудов, повреждением тканей мозга обломками костей черепа.

При повреждении позвоночника также характерна боль в области травмы, усиливающаяся при попытке пострадавшего сделать движение головой.

При повреждении позвоночника также характерна боль в области травмы, усиливающаяся при движении, иногда развивается паралич рук или ног с потерей чувствительности.

Извлечению пострадавшего уделяется большое внимание потому, что при авариях автомашина обычно деформируется, двери могут заклинить и вдавиться внутрь, что затрудняет вынос людей из машины. Прежде всего, следует устранить причину, мешающую этому. Извлекать пострадавшего надо осторожно, за доступные и неповрежденные части тела. Хорошо, если это делают два или три человека. Целесообразно извлекать пострадавшего из машины, удерживая его под мышки или подведя свои руки под мышки пострадавшего и захватив ими предплечье неповрежденной руки извлекаемого.

В случае, когда оказывается невозможным достать пострадавшего из заблокированного автомобиля силами участников дорожного движения, необходимо вызвать сотрудников службы спасения, которые имеют необходимые инструменты и аппаратуру. Пренебрежение этим пунктом и продолжение бесполезных попыток достать пострадавшего может привести к его дополнительной травматизации. Кроме того, затягиваются сроки начала оказания помощи пострадавшему. Следует помнить, что у сотрудников ГИБДД и СМП нет специальных инструментов.

Правила транспортировки пострадавших

В случае если прибытие машины «Скорой помощи» затягивается более чем на 20 минут, нельзя поддаваться соблазну отправить пострадавшего в состоянии комы, а тем более с множественными повреждениями, на попутном, случайном, не приспособленном для перевозки больных, транспорте. Если его и довезут до больницы живым, то даже в реанимационном центре он, скорее всего, умрет от последствий неправильной транспортировки.

Немедленная транспортировка на попутном транспорте допускается только при сильном кровотечении, когда с каждой секундой теряется большое количество крови, а рассчитывать на полную остановку кровотечения с помощью жгута или сильного прижатия сосуда не приходится. Тогда спасение пострадавшего – только в скорости доставки его в операционную.

В остальных случаях при выборе автотранспорта следует отдать предпочтение автобусу, грузовику или фургону, т.е. такому виду транспорта, где можно не только положить пострадавшего на пол, но и дать ему одного - двух сопровождающих.

Транспортировка пострадавшего – самый сложный даже для профессионалов спасательных служб период при помощи на догоспитальном этапе. При транспортировке пострадавшего в состоянии комы на попутном транспорте сопровождающему необходимо каждые 5 минут очищать ротовую полость и носовые ходы от выделений, следить за характером дыхания и в любую минуту быть готовым к оказанию соответствующей помощи, если состояние пострадавшего начнет резко ухудшаться.

Организационно-правовой аспект оказания первой медицинской помощи пострадавшим при ДТП

В п.п. 2.5 Правил дорожного движения сказано, что «При дорожно-транспортном происшествии водитель, причастный к нему, обязан: ... принять возможные меры для оказания доврачебной медицинской помощи пострадавшим, вызвать «Скорую медицинскую помощь», а в экстренных случаях отправить пострадавших на попутном, а если это невозможно, доставить на своем транспортном средстве в ближайшее лечебное учреждение...»

Более того, статья 125 Уголовного кодекса РФ предупреждает, что заведомое оставление без помощи лица, находящегося в опасном для жизни или здоровья состоянии и лишенного возможности принять меры к самосохранению по малолетству, старости, болезни или вследствие своей беспомощности, в случаях, если виновный имел возможность оказать помощь этому лицу и был обязан иметь о нем заботу либо сам поставил его в опасное для жизни или здоровья состояние,

- Наказывается штрафом в размере от пятидесяти до ста минимальных размеров оплаты труда или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до одного месяца, либо обязательными работами на срок от ста двадцати до ста восьмидесяти часов, либо исправительными работами на срок до одного года, либо арестом на срок до трех месяцев.

Первая медицинская помощь – это оперативная помощь на месте ДТП и ее задачей является сохранение и поддержание жизненно важных функций организма пострадавшего до момента прибытия квалифицированной медицинской помощи.

Водитель может оказаться единственным человеком на месте происшествия, который способен оказать помощь. Эта помощь, своевременно и правильно предоставленная, зачастую определяет, будет ли жить пострадавший, выздоровеет он полностью или останется на всю жизнь инвалидом.

Разумеется, водителя может беспокоить вопрос о юридической ответственности, связанной с оказанием первой медицинской помощи. Особенно это касается помощи, при неотложных состояниях, связанных с комплексом реанимационных мероприятий – непрямой массаж сердца и искусственная вентиляция легких. Однако, при условии, что действия водителя будут целесообразны и осторожны, его не должны волновать правовые вопросы.

В соответствии с мнением специалистов в области первой помощи целесообразным являются следующие действия:

- вызов скорой медицинской помощи;
- проверка наличия пульса, сознания и дыхания;
- обеспечение проходимости дыхательных путей пострадавшего, начало реанимационных мероприятий;
- при наличии обильного внешнего артериального кровотечения
 - произвести его временную остановку, любым известным способом (сгибанием конечности, наложением жгута и т. п.);
- передвижение пострадавшего должно осуществляться лишь в том случае, если его жизни угрожает опасность;
- до прибытия скорой помощи не прекращать оказание первой помощи пострадавшему, если он находится в критическом состоянии.

Далее, следует помнить, что если пострадавший находится в сознании, необходимо сначала получить его разрешение на оказание первой медицинской помощи. Исключение делается лишь в случае с детьми, если рядом нет их родителей или сопровождающих. Если пострадавший отказался от помощи, не следует пытаться оказывать ее насильно. Если пострадавший находится без сознания или не в состоянии дать адекватный ответ из-за тяжелой травмы, стресса или шока, можно приступить к оказанию помощи.

При любых обстоятельствах следует руководствоваться здравым смыслом и полученными навыками, проявлять заботу и осторожность. От водителя-спасателя не требуется творить чудеса или подвергать свою жизнь опасности. Любая травма может вызвать у спасающего человека, не имеющего медицинского образования или навыков обращения с тяжелыми больными, очень неприятные ощущения из-за присутствия крови, рвотных масс, отталкивающих запахов. При необходимости следует отвернуться от пострадавшего на короткое время и сделать несколько глубоких вдохов.

Надо помнить, что если состояние пострадавшего критическое, то спасение его жизни исключительно в руках оказывающего первую помощь.

Спасателю надо постараться отнестись к пострадавшему также как он хотел бы, чтобы отнеслись к нему, случись с ним подобное несчастье.

Тема 4.2. Виды и формы поражения пострадавших при ДТП, приемы первой медицинской помощи

Экстренная помощь при кратковременной потере сознания (обмороке)

Первое, что нужно сделать, - это убедиться в наличии пульса на сонной артерии. При наличии пульса на сонной артерии требуется как можно быстрее увеличить приток крови к головному мозгу. Для этого больного кладут на спину и приподнимают ему ноги, подложив под голени валик, свернутую одежду, или сгибают ноги в коленях. Одновременно обязательно расслабляют поясной ремень, галстук и расстегивают сорочки, т.е. устраняют возможные препятствия быстрого притока крови к головному мозгу.

Следующие действия должны быть направлены на повышение тонуса сосудов, а точнее, необходимо спровоцировать централизацию кровообращения. Сделать это очень просто: достаточно поднести к носу больного ватку с нашатырным спиртом, результат не заставит себя долго ждать: веки мелко задрожат, человек глубоко вздохнет и придет в сознание.

Действие нашатырного спирта объясняется тем, что его пары сильно раздражают обонятельные рецепторы носа настолько, что вызывают сильнейшую боль, которая приводит к выбросу адреналина, а это провоцирует кратковременную централизацию кровообращения и очень быстро возвращает прекапиллярам нормальный тонус.

Подобного эффекта можно добиться, воздействуя и на так называемые болевые точки. Самая эффективная и доступная из них располагается в складке между перегородкой носа и верхней губой. При обмороке следует, как можно сильнее нажать на эту точку.

Запомните: если в течение трех минут больной не приходит в сознание, его следует повернуть на живот или на бок и приложить к голове холод.

Экстренная помощь при мозговой коме

Если человек при наличии пульса и дыхания не приходит в сознание более трех минут, на голове у него имеются следы ушиба, ссадины и т.п. это дает основание заподозрить у него черепно-мозговую травму – ушиб или сотрясение головного мозга, внутричерепное кровоизлияние из поврежденных мозговых сосудов или повреждение мозговой ткани обломками костей черепа.

Как правило, черепно-мозговая травма сопровождается потерей сознания, или так называемой мозговой комой.

Внешне кома напоминает глубокий сон. В зависимости от глубины комы резко снижается тонус подъязычных мышц и мягкого неба – вот главная опасность бессознательного состояния.

В положении лежа на спине происходит западание языка, который настолько плотно прилипает к задней стенке глотки, что полностью блокирует доступ воздуха в легкие. В подавляющем большинстве случаев пострадавшие погибают от удушения собственным языком.

Резко сниженный тонус мягкого неба и небной занавески заставляет их вибрировать при дыхании и издавать звуки знакомого всем храпа. Вот почему коме так часто сопутствует так называемое захрапывающее дыхание с различными по тембру хрипами и сипом на вдохе.

Подобный тип дыхания называют стридорозным. Именно при нахождении воздуха через ярко суженный просвет дыхательных путей: будь то западание языка, ларингоспазм (спазм голосовой щели) или попадание инородных тел.

Другая опасность коматозного состояния заключается в угнетении кашлевого и глотательного рефлексов, защищающих дыхательные пути от попадания инородных тел и слюны.

Если человек в состоянии комы лежит на спине, то слюна, мокрота, кровь из носа и разбитых губ, а также рвотные массы будут обязательно затекать в дыхательные пути.

Тема 4.3. Практическое занятие по оказанию первой медицинской помощи при ДТП

Использование медикаментов, находящихся в автомобильной аптечке.

При попадании в глаза инородных тел или химических веществ глаза необходимо срочно промыть водой. Особенно быстро нужно действовать при попадании агрессивных химических веществ. В этом случае приступить к промыванию глаз нужно немедленно, так как от этого часто зависит спасение зрения. После промывания с целью предотвращения развития инфекции необходимо закапать в глаза раствор сульфацила натрия (альбуцида). Для этого нужно положить больного, попросить его посмотреть вверх, оттянуть нижнее веко и капнуть две капли раствора. Нельзя касаться пипеткой или тюбиком-капельницей век и ресниц.

При возникновении болей в сердце используют валидол. Одну таблетку валидола кладут под язык и сосут до полного растворения. При сильных болях за грудиной необходимо использовать нитроглицерин. Таблетку или капсулу нитроглицерина кладут под язык до полного рассасывания. Необходимо помнить, что при приеме нитроглицерина возможно появление головных болей, стука в висках, шума в ушах. При сохраняющихся сильных болях за грудиной прием нитроглицерина необходимо повторять каждые 15 минут до прибытия врача или доставки больного в больницу. Эти действия могут предотвратить развитие инфаркта миокарда или значительно снизить размеры омертвевшего участка в сердце.

При обмороке больного необходимо уложить с приподнятыми ногами и дать понюхать раствор аммиака (нашатырный спирт) на ватке. Ватку, смоченную раствором аммиака, нельзя подносить слишком близко к носу больного, так как это может вызвать рефлекторную остановку дыхания.

При пищевых или других отравлениях необходимо удалить яд из желудка или не позволять ему всосаться в кровь. Для этого, прежде всего, необходимо промыть желудок, чтобы удалить его содержимое. Больному дают выпить большое количество (до 1 литра) жидкости. Для улучшения эффекта и облегчения рвоты лучше давать пить слабый

(бледно-розового цвета) раствор перманганата калия (марганцовки). После этого нажатием на корень языка необходимо вызвать рвоту. После промывания желудка ядовитые вещества, оставшиеся в желудке или прошедшие в кишечник, можно связать применением активированного угля или других энтеросорбентов (энтеродез, уголь ВАС, полифепан). Эти сорбенты более эффективны, но более дорогие. Поэтому для комплектования аптечек производители используют активированный уголь. Уголь или другие сорбенты нужно выпить, запив небольшим количеством воды.

При стрессовых ситуациях, возникших на дороге, особенно если необходимо продолжить движение, необходимо применить корвалол. Для этого 15-20 капель корвалола разводят в небольшом количестве воды, выпивают и запивают водой. Необходимо помнить, что корвалол наряду с успокаивающим действием может вызвать сонливость и снижение реакции. Поэтому необходимо соблюдать меры предосторожности при движении и при возможности – отдохнуть.

Помощь при кровотечении

Диагностика артериального, венозного, капиллярного и внутреннего кровотечений.

По источнику кровотечений делятся на:

1. *Артериальное*. (Кровь вытекает алой, пульсирующей струей).

Если пострадавшему немедленно не остановить кровотечение, то возможна быстрая гибель.

2. *Венозное*. (Кровь вытекает медленной струей темного цвета). Кровотечение часто бывает опасным при повреждении крупного сосуда.

3. *Капиллярное*. (Кровь, как правило, алая, вытекает диффузно из всей поверхности раны, крупные артерии и вены не повреждены).

По клиническим проявлениям кровотечение делится на:

1. *Наружное*. (Кровь изливается во внешнюю среду). Наблюдается при травмах с повреждением кожи и слизистых оболочек. Этот вид кровотечения сложностей в диагностике не представляет.

Среди наружных кровотечений выделяют группу скрытых кровотечений, когда кровь имеет сообщение с внешней средой, но попадает в нее не сразу. Например, при легочных, пищеводных, желудочных и кишечных кровотечениях. Эти кровотечения представляют определенные трудности для диагностики и могут быть определены по признакам кровопотери (дефицит объема циркулирующей крови).

2. *Внутреннее*. (Кровь изливается в полости или в ткани организма). При этих кровотечениях кровь чаще всего долго не сворачивается. Диагностика основана на признаках кровопотери (дефицит объема циркулирующей крови).

Признаки кровопотери: слабость или обморок, головокружение, мелькание мушек перед глазами, тошнота, бледная, влажная и холодная кожа, частый слабый пульс, отдышка, понижение артериального давления. При этих признаках необходимо заподозрить у больного внутреннее или скрытое кровотечение и срочно вызвать «скорую помощь» или доставить больного в больницу.

Все эти признаки могут быть как при продолжающемся, так и остановившемся кровотечении и свидетельствуют о кровопотере.

Для остановки кровотечения при оказании первой помощи применяются следующие методы:

Пальцевое прижатие артерии.

Самый быстрый по времени метод. Позволяет остановить кровотечение для того, чтобы оценить ситуацию, осмотреть рану, выбрать более подходящий метод остановки кровотечения. Пальцевое прижатие артерии производится либо в ране, либо на протяжении (выше раны в специальных точках). Как вариант возможно сдавление самой раны через салфетку или бинт с последующим тугим бинтованием.

Прижатие на протяжении производится в следующих точках: на шее – к позвоночнику в бороздке между кивательной мышцей и гортанью (кадыком). На верхней конечности – плечевая артерия прижимается к плечевой кости по внутренней поверхности между крупными мышцами (бицепсом и трицепсом), в верхней трети плеча. При этом большой палец находится снаружи, а остальные пальцы по внутренней поверхности прижимают артерию. На нижней конечности – бедренная артерия прижимается к бедренной кости ниже паховой связки. Больного для этого нужно уложить на твердую поверхность и производить прижатие кулаком. Рука оказывающего помощь при этом должна быть выпрямлена в локтевом суставе. При массивном кровотечении из нижних отделов живота или промежности – в этой ситуации необходимо попытаться прижать брюшную аорту к позвоночнику. Для этого больному, лежащему на спине, производится давление кулаком в области пупка.

Наложение жгута.

Жгут применяется только при артериальном кровотечении из крупных сосудов верхних и нижних конечностей.

При наложении жгута любой конструкции необходимо соблюдать следующие правила:

- жгут накладывается только при артериальном кровотечении из крупных артерий;
- жгут накладывается только выше раны и максимально ближе к ней;
- перед наложением жгута необходимо подложить тканевую подкладку (для избежания излишнего давления и защемления кожных складок);
- усилие наложенного жгута должно быть достаточным для остановки кровотечения, но не чрезмерным, чтобы не раздавить сосуды и нервы;
- после наложения жгута он должен быть надежно зафиксирован;
- жгут не должен быть закрыт повязкой или одеждой больного;
- после наложения жгута под него нужно поместить записку с указанием времени наложения;
- после наложения жгута конечность необходимо иммобилизовать (обездвижить) с целью снижения боли уменьшения потребления тканями конечности кислорода;
- конечность после наложения жгута необходимо термолизовать (укутать) для избежания переохлаждения в холодное время года;
- больному нужно дать обезболивающее средство.

Жгут может находиться на конечности не более 2 часов. Если за это время не удалось доставить больного в лечебное учреждение, то необходимо произвести пальцевое прижатие артерии выше раны и на 15-20 минут снять жгут. При этом по мелким артериям кровь попадает в конечность и принесет питательные вещества и кислород в ткани. После этого жгут накладывается заново, по возможности выше места, где он ранее был наложен.

Внимание! Нельзя накладывать жгут на среднюю треть плеча и нижнюю треть бедра, т.к. при этом очень высока опасность повреждения нервов. Поэтому жгут следует наложить выше этого уровня.

Наложение давящей повязки.

Давящая повязка применяется при капиллярном и венозном кровотечении из мелких артерий. Повязка должна оказывать достаточное давление для остановки кровотечения. Поэтому бинтование должно производиться туго. Для усиления давления в проекции магистральных сосудов или непосредственно на рану необходимо разместить плотную ватно-марлевую салфетку или не развернутый бинт. Перед бинтованием на рану необходимо наложить стерильную или антисептическую салфетку.

Тугая тампонада раны.

Тугая тампонада раны применяется при узких глубоких ранениях или там, где не может быть наложена эффективная давящая повязка (над- и подключичные области, ягодицы, спина, паховые области, шея и др.). Тампонада производится введением тугого стерильного тампона, бинта, марли или других перевязочных средств на всю глубину

раны, чтобы прижать все поврежденные сосуды. После тампонады поверх раны обязательно накладываете повязка. Нельзя делать тампонаду в межреберных промежутках, т.к. при этом можно повредить плевру.

Максимальное сгибание конечности в суставе.

При кровотечении из нижней конечности нога сгибается в коленном суставе или бедро прижимается к груди. Верхняя конечность сгибается в локтевом суставе или при кровотечении из плечевой артерии можно ввести в подмышечную ямку большой плотный тампон и сильно прижать плечо к туловищу.

После максимального сгибания конечность фиксируют.

Помощь при переломах и вывихах

Определение абсолютных и относительных признаков переломов и вывихов.

При оказании первой медицинской помощи при переломах и вывихах большое значение имеет нахождение признаков этой патологии. При сомнениях лучше считать, что перелом или вывих есть и оказывать помощь в полном объеме.

Признаки переломов и вывихов делятся на абсолютные и относительные.

Абсолютные признаки – это когда при наличии даже одного признака можно уверенно диагностировать перелом или вывих. К ним относятся:

- патологическая подвижность (неестественное движение вне суставов);
- деформация конечности (изменение формы конечности по длине, под углом или скручивание оси);
- торчащие из раны костные отломки при открытых переломах;
- костная крепитация (характерный хруст костных отломков, слышимый иногда при перекалывании больного). Нельзя пытаться специально добиваться этого хруста, двигая конечность;
- болезненность при нагрузке по оси (осторожное давление или легкое поколачивание по оси конечности вызывает боль не в месте давления, а в месте предполагаемого перелома).

Относительные признаки – это признаки, которые позволяют заподозрить наличие перелома или вывиха, однако при наличии даже нескольких относительных признаков этой патологии может и не быть. К ним относятся:

- боль в месте предполагаемого перелома или вывиха;
- припухлость;
- ссадины и синяки;
- нарушение функции;
- покраснение.

Проведение транспортной иммобилизации табельными и подручными средствами.

При подозрении на перелом или вывих совершенно недопустимо перетаскивать пострадавшего без предварительной иммобилизации (обездвиживания) из зоны повреждения; вынуждать его двигаться, самостоятельно снимать одежду, обувь. Целью транспортной иммобилизации является предупреждение дополнительных повреждений, создание покоя, уменьшение боли на этапе транспортировки и ожидания квалификационной помощи.

Транспортная иммобилизация, кроме переломов и вывихов, применяется при:

- наложении жгута,
- синдроме длительного сдавливания,
- обширных размозженных мягких тканей,
- обширных ожогах,
- обширных зонах воспаления,
- укусах ядовитых змей и насекомых,
- ранах, зараженных радиоактивными или ядовитыми веществами.

При наложении транспортной иммобилизации необходимо соблюдать следующие правила: обязательно фиксировать как минимум два сустава – один выше и один ниже перелома. При переломе плеча три сустава: плечевой, локтевой, лучезапястный; при переломе бедра также три сустава: тазобедренный, коленный, голеностопный. При наложении шины между ней и телом должны находиться мягкие прокладки или шина должна быть предварительно забинтована, обмотана тканью. Это необходимо для предупреждения травматизации тканей о шину. Для иммобилизации подручными средствами могут использоваться доски, фанера, плотный картон, сложенный в несколько слоев с созданием ребра жесткости, лыжи, хворост и др. При переломе позвоночника или таза больной должен находиться на щите (широкая доска, дверь и др.).

Помощь при ранениях, ожогах, обморожениях

Обработка ран.

Для предотвращения нагноения раны, края ее можно обработать йодом или раствором бриллиантовой зелени.

Внимание! Не допускайте попадания раствора йода или бриллиантовой зелени в рану. Они вызывают химический ожог тканей, и рана хуже заживает.

При наличии инородных тел в ране, удаление их в порядке оказания первой помощи нецелесообразно, поскольку это может привести к дополнительному повреждению и кровотечению.

На чистую рану необходимо наложить асептическую (не допускающую проникновения микробов) повязку. Производится она стерильным бинтом по общим правилам наложения повязок. Если рана загрязнена, то необходимо наложить антисептическую повязку (убивающую микробов). Для этого на рану накладывается антисептическая салфетка (с фурагином или с хлоргексидином) и прибинтовывается бинтом, можно не стерильным. Для фиксации салфеток (при отсутствии кровотечения) можно использовать сетчатый (трубчатый, ретеластовый) бинт. Для этого необходимо подобрать бинт нужного диаметра, чтобы он надежно фиксировал салфетку, растянуть его и прижать им салфетку. Антисептическую салфетку можно фиксировать также с помощью лейкопластыря.

Мелкие раны и ссадины можно заклеить бактерицидным лейкопластырем. Для этого нужно удалить с поверхности пластыря защитную пленку, наложить марлевый слой на рану или ссадину, приклеить пластырь. Кожа при приклеивании пластыря должна быть сухой.

С целью уменьшения боли в ране, отека, кровотечения и замедления развития в ране инфекции необходимо использовать местную гипотермию (охлаждение). Для этого к ране, ушибу, месту растяжения, воспаления после наложения повязки нужно приложить пузырь со льдом или гипотермический пакет.

Для использования гипотермического пакета необходимо, чтобы болевой состав растворился в воде. В настоящее время выпускаются пакеты двух конструкций. В первом типе вода находится в отдельном пластиковом контейнере внутри пакета с солью и для начала реакции необходимо разбить внутренний контейнер. Во втором случае пакеты с водой и солью разделены и для начала реакции нужно пересыпать соль в пакет с водой и зажать отжим. Приведение этого пакета в действие занимает несколько больше времени, но исключает самопроизвольное срабатывание при давлении и тряске и позволяет использовать пакет многократно, приобретая только солевой компонент.

При ожогах необходимо как можно быстрее охладить место ожога для уменьшения глубины поражения. Для этого лучше всего использовать проточную холодную воду. Охлаждать место ожога необходимо 10-15 минут. При отсутствии холодной воды для охлаждения нужно использовать гипотермический (охлаждающий) пакет. Нельзя удалять

прилипшие к коже инородные тела, одежду и др. После охлаждения на ожоговую поверхность нужно наложить повязку с антисептическими салфетками.

Наложение окклюзионной повязки при открытом пневмоторксе.

При ранениях грудной клетки иногда возникает очень опасная ситуация, когда плевральная полость через рану сообщается с атмосферой. При этом воздух подсасывается в плевральную полость через рану, нарушается процесс нормального дыхания, развивается дыхательная недостаточность. Это состояние требует срочной помощи – герметизации (окклюзии) плевральной полости для предотвращения попадания в нее воздуха. Для окклюзионной повязки может использоваться любой, желательно стерильный, воздухонепроницаемый материал (полиэтилен, клеенка, прорезиненная оболочка перевязочного пакета, смоченная плотная ткань и др.). Этот материал накладывается непосредственно на рану и плотно прибинтовывается. При отсутствии подобного материала в некоторых случаях можно герметизировать плевральную полость рукой больного, прижав ее к ране и надежно зафиксировать. После наложения окклюзионной повязки больного в полусидящем положении нужно срочно доставить в хирургический стационар.

При отморожении (признаки оледенения кожных покровов) нельзя растирать эти участки, пытаться разогнуть пальцы и т.п. Необходимо «механическое» щажение оледеневших участков из-за повышенной ломкости тканей. Кроме того, необходимо до начала согревания с помощью импровизированных утепляющих повязок теплоизолировать оледеневшие участки, чтобы процесс их согревания шел изнутри, т.е. через кровь.