

Лекція 1

Перша допомога, загальні поняття про першу допомогу.

План лекції:

1. Асептика і антисептика. Основні поняття.
2. Поняття про першу допомогу. Завдання та заходи першої допомоги.
3. Пов'язки та перев'язочний матеріал.
4. Імобілізація та транспортування потерпілих.

Література.

1. Бутилін Ю.П., Бутилін В.Ю., Бутилін Д.Ю. Це ви можете без лікаря. Посібник з першої медичної допомоги у невідкладних випадках – К.: Видавничий дім «Скарби», 2002 – 168 с.
2. Гишак Т.В., Долинна О.В. Основи медичних знань та медицини катастроф: Навчальний посібник. - К.: Вид.ПАЛИВОДА А.В.,2003. 144 с.
3. Дубицкий А.Е., Семенов И.А., Медицина катастроф.- Киев: Здоровье, 1993. -462 с.
4. Петриченко Т.В. Перша медична допомога: Підручник. – Київ: „Медицина, ” 2007. – 247с.

І хоча ще в сиву давнину найбільш спостережливі та проникливі лікарі вказували на значення чистоти рук, шкіри, одягу, білизни, приміщення, повітря, води тощо для загоєння ран і взагалі для одужання хворих і навіть застосовували для обробки ран спирт, оцет, вино, дьоготь, мідний купорос тощо, до другої половини ХІХ ст. нагноєння ран (випадкових і операційних) вважалось явищем природним, закономірним, невідворотним. Лише в поодиноких випадках у першій половині ХІХ ст. вбачали причину нагноєння ран, пологової гарячки в гіпотетичних "міазмах живої природи", що передавалися від хворої людини через руки, перев'язочний матеріал, інструменти, білизну тощо під час лікарських процедур та досліджень.

Серед тих, хто усвідомлював роль асептики, в першу чергу треба назвати угорського акушера-гінеколога Ігнаца Земмельвейса (1818—1865) та

великого російського хірурга, доля якого тісно пов'язана з Україною, М.І.Пирогова (1810—1881). М.І. Пирогов був другим, хто визнав, що причиною нагноєнь, піємії є "прилипливі міазми", які передаються від одного хворого до іншого через білизну, повітря, перев'язочний матеріал, руки хірургів і які розмножуються (тобто живі) і що "недалеко той час, коли детальне вивчення травматичних і госпітальних міазмів започаткує в хірургії новий напрямок". Цій цитаті бракує лише таких термінів, як "мікроб" та "інфекція".

Антисептика (лат. *anti* — проти, *sepsis* — гнити) — одна із складових частин єдиного асептичного методу, який забезпечує сьогодні профілактику раневої інфекції під час проведення хірургічних операцій та досліджень. Антисептика — комплекс засобів та заходів, спрямованих на знищення мікробів у рані, тканинах і порожнинах, що її оточують.

Сучасна антисептика, передусім, володіє значно ширшим колом засобів. Поряд із хімічними антисептиками вона користується механічними, фізичними, біологічними засобами, більше того, вона віддає пріоритет у профілактиці та лікуванні раневої інфекції не хімічним, а механічним засобам або їх поєднанню.

Проблема профілактики і лікування гнійних запальних процесів у сучасних умовах надзвичайно актуальна. Основними збудниками гнійних захворювань є стафілокок, кишкова паличка, протей, стрептокок, синьогнійна паличка, анаеробні бактерії та ін. У зв'язку зі змінами не лише видового складу, але й властивостей збудників, які визначаються високою вірулентністю і високою стійкістю до антимікробних засобів, нині асептику та антисептику слід розглядати у більш широкому значенні. При цьому необхідно передбачати не тільки засоби і методи запобігання інфікуванню ран і боротьби з мікробами, які потрапили в рану, але й методи запобігання гнійним ускладненням.

Розрізняють фізичні, механічні, хімічні та біологічні методи антисептики.

Головна мета фізичних методів антисептики полягає в створенні в рані несприятливих умов для розвитку бактерій і всмоктування токсинів та продуктів розпаду тканин.

Механічна антисептика включає ряд механічних прийомів, які спрямовані на якнайшвидше (в перші години) видалення з рани некротичних тканин, згустків крові, сторонніх тіл, а разом з ними і мікроорганізмів, що потрапили в рану.

Хімічна антисептика забезпечує знищення мікробів у рані за допомогою різних антисептичних засобів. Антисептичні засоби мають бути бактерицидними або бактеріостатичними і не завдавати шкоди тканинам організму.

Біологічні методи антисептики спрямовані на підвищення захисних сил організму і створення несприятливих умов для розвитку мікроорганізмів. До біологічних антисептичних засобів належать антибіотики, ферменти, імунні сироватки.

Асептикою називають комплекс заходів, спрямованих на запобігання проникненню мікробів у рану. В основу асептики покладене правило: все, що стикається з раною (руки медичного персоналу, інструменти, перев'язувальний і шовний матеріал, операційна білизна, повітря в операційній та перев'язочній), має бути стерильним.

Перша допомога - це комплекс найпростіших невідкладних доцільних заходів для врятування життя та здоров'я потерпілого, а також попередження ускладнень при нещасних випадках, ушкодженнях або раптових захворюваннях. Перша допомога надається - особами, обізнаними з об'ємом заходів першої допомоги до втручання медичних працівників. Заходи першої допомоги можуть здійснюватись: самим потерпілим (самодопомога) або іншою, сторонньою особою (взаємодопомога). Взаємодопомога, здійснюється; в ширшому об'ємі, ніж самодопомога.

За першою медичною допомогою необхідно звертатись в найближчу лікарню, поліклініку або - аптеку. Обов'язково необхідно здійснити виклик невідкладної медичної допомоги телефоном "103".

Від правильно наданої першої допомоги залежить: життя потерпілого, успіх подальшого лікування (здоров'я потерпілого).

Забезпечення умов транспортування, адекватних отриманій травмі.

ЗАХОДИ-ПЕРШОЇ ДОПОМОГИ в залежності від черговості їх виконання поділяються на наступні групи:

А. Негайне припинення дії зовнішнього ушкоджуючого чинника (звільнення потерпілого від електродроту при електротравмі, витягнення потерпілого з води при утопленні і. т.ін.).

Б. Надання першої допомоги в залежності від характеру ушкоджень. Саме тому ми обов'язково розглядаємо умови виникнення та симптоми найбільш поширених травм.

В. Припинення болю та забезпечення якісної транспортної- іммобілізації з метою -недопущення-ускладнень (травматичний шок, зміщення кісткових уламків та ін.).

Оскільки травми дуже часто супроводжуються пошкодженнями, які потребують накладання пов'язок, розглянемо вимоги до перев'язочного матеріалу та здійснимо класифікацію пов'язок.

Для пов'язок використовують різноманітний матеріал (липкий пластир, косинки та ін.). Найбільш поширений матеріал - це марля, з якої виготовляють - бинти, серветки, тампони, та вата.

ВИМОГИ ДО ПЕРЕВ'ЯЗОЧНОГО МАТЕРІАЛУ:

- 1) гігроскопічність (швидке всмоктування, рідини, крові, гною);
- 2) капілярність -(транспортування рідини з нижніх шарів пов'язки у верхні);
- 3) стерильність .(відсутність збудників, які можуть викликати запалення рани).

З метою надання перев'язочному матеріалові потрібних властивостей його спеціально обробляють.

На рану дозволяється накладати тільки стерильний матеріал. Вату припустимо накладати тільки зверху марлевої пов'язки. Категорично забороняється накладати вату безпосередньо на поверхню рани.

КЛАСИФІКАЦІЯ ПОВ'ЯЗОК

За терміном використання пов'язки можуть бути

- а) тимчасові;
- б) постійні.

За зовнішнім виглядом-та станом пов'язки поділяються на:

- а) м'які (з цією метою застосовуються бинтові пов'язки);
- б) тверді (гіпсові пов'язки);
- в) сухі (застосовуються для всмоктування рідини та очищені рани);
- д) вологі (просякнуті спеціальними лікувальними розчинами або мазями з лікувальною метою).

За призначенням пов'язки бувають:

- а) асептичні (захищають рану від проникнення інфекції);
- б) антисептичні (накладаються з метою боротьби з інфекцією в рані і недопущення поширення інфекції по організму);
- в) іммобілізуючі (накладаються з метою., знерухомлення кінцівки);
- г) стискаючі (.накладаються з метою зменшення просвіту судин);
- д) скріплюючі (накладаються з .метою утримання країв рани і недопущення їх від розходження).

Найчастіше застосовуються бинтові пов'язки. Неправильно зроблена пов'язка швидко ослаблюється, збивається або ж, навпаки, стискає тканини, порушує кровообіг та проведення нервових імпульсів, викликає біль або парестезії. Таким чином, при накладанні пов'язок необхідно дотримуватись певних правил.

Імобілізація - це створення нерухомості для кінцівки або іншої частини тіла при пошкодженнях, запаленнях, інших важких патологічних процесах, які вимагають забезпечення спокою ушкодженому або хворому місцю.

Види іммобілізації:

- а) тимчасова (транспортна);
- б) постійна (лікувальна).

Найчастіше постійна іммобілізація здійснюється гіпсовою пов'язкою, яку накладають в лікувальних закладах.

Транспортна іммобілізація застосовується на час транспортування потерпілого з місця нещасного випадку, до лікувального закладу. Перенесення та транспортування потерпілого без попередньої іммобілізації не припускається.

Завдання транспортної, іммобілізації - попередження імовірних ускладнень:

- 1) зміщення кісткових уламків;
- 2) додаткової травматизації м'яких тканин;
- 3) вторинних кровотеч;
- 4) нервів та розвитку травматичного шоку;
- 5) розвитку інфекції.

Засобами транспортної, іммобілізації є шини, які поділяються на:

- а) табельні, що є на озброєнні медслужби (шини Дітеріхса, Крамера, дротяні);
- б) імпровізовані, які виготовляються з підручних засобів безпосередньо на місці нещасного випадку.

Транспортування потерпілих Важливим завданням ПМД є організація якнайшвидшої і правильної доставки хворого (потерпілого) для надання першої лікарської допомоги і, при потребі, спеціалізованої допомоги. Транспортування повинно бути швидким, безпечним і таким, що не спричиняє додаткового травмування потерпілого. Посилення болю під час транспортування може призвести до порушення діяльності серця, посттравматичного шоку. При транспортуванні потерпілого необхідно враховувати , характер захворювання і вид травми. Потерпілого транспортують у найбільш безпечному для нього положенні. Наприклад, при переломах кісток - після проведення транспортної іммобілізації, при втраті свідомості і можливій блювоті - в положенні лежачи боком. Звичайно, найбільш безпечним є транспортування хворих (потерпілих) з допомогою спеціалізованого транспорту — "швидкої" допомоги (ШД). При його відсутності використовують будь-який засіб руху. Обов'язковим при цьому є

суворе дотримання правил транспортування з врахуванням виду пошкодження або захворювання. У великих населених пунктах транспортування потерпілого в лікарню краще проводити через станцію швидкої допомоги. В інших випадках, коли швидку допомогу викликати не можна, транспортування потерпілого здійснюють за допомогою будь-яких транспортних засобів або ж переносять на ношах, з допомогою ременів, на руках тощо. Під час транспортування потерпілий повинен знаходитись в певному положенні, відповідно до виду травми. Хворих з пораненням голови, пошкодженням кісток черепа і головного мозку треба переносити на ношах в положенні лежачи на спині. Щоб попередити додаткові пошкодження і струс головного мозку, проводять іммобілізацію за допомогою ватно-марлевого кола, або ж створення іммобілізуючого валика навколо голови з підручних матеріалів (одягу, соломи, трави тощо).

Потерпілих, які знаходяться у стані втрати свідомості транспортують в положенні на боці. Це попереджуватиме розвиток асфіксії від западання язика та аспірації блювотними масами. Хворих з носовою кровотечею необхідно транспортувати на ношах в напівсидячому положенні; поранених з пошкодженням щелеп - в положенні сидячи з нахилом голови вперед. Надзвичайно обережним повинно бути транспортування осіб з травмою хребта. Адже, навіть, невеликі зміщення хребців можуть призвести до порушень цілісності структур спинного мозку. Таких хворих необхідно перевозити (переносити) в суворо горизонтальному положенні на спині або на животі. При цьому хворий повинен лежати на жорсткій рівній поверхні (дошка, фанера тощо). Але й тут потрібно підкладати валик на рівні поперекового лордозу хребта (фізіологічного вигину хребта вперед) . Якщо потерпілий втратив свідомість, його транспортують лише на животі.

Особливо чутливі до транспортування хворі з легеневою кровотечею. Таких хворих бажано перевозити в лікарню спеціальним санітарним транспортом в напівсидячому положенні. Хворих з шлунковою кровотечею необхідно переносити з дещо піднятими вверх ношами з боку ніг. Це зменшуватиме

знекровлення головного мозку. Потерпілих з переломами ребер і ключиць транспортують у положенні сидячи. Якщо ж хворий не може сидіти, то його переносять на ношах у напівсидячому положенні. При переломах кісток тазу, з метою попередження зміщення уламків та пошкодження ними внутрішніх органів, потерпілих транспортують на спині, під коліна підкладають щільний валик (з одягу, ковдри тощо) висотою 25-30 см, стегна 51 дещо розводять в боки. Це сприяє максимальному розслабленню м'язів; щоб ноги не сповзали з валика на рівні колін їх зв'язують рушником чи простирадлом. При відкритих травмах із пошкодженням органів сечової дільної системи, потерпілих транспортують пошкодженою стороною вниз, щоб сеча, що виділяється не затримувалася в рані, а виходила (стікала) назовні. Хворих з пошкодженими верхніми кінцівками необхідно транспортувати в положенні сидячи, а тих, у кого пошкоджені ноги - в положенні лежачи на спині.

Черговість надання ПМД. Потерпілих розподіляють на групи щодо послідовності транспортування з врахуванням важкості пошкоджень. В групу осіб, які підлягають першочерговому транспортуванню відносять тих, що мають проникаючі рани грудної і черевної порожнин, знаходяться в шоківому стані, або втратили свідомість, з пораненнями голови, із внутрішніми кровотечами, ампутованими кінцівками, відкритими переломами, опіками. Група другої черги: потерпілі з закритими переломами кінцівок, поранені з значними але зупиненими кровотечами.