

**КОМАНДУВАННЯ ВИСОКОМОБІЛЬНИХ ДЕСАНТНИХ ВІЙСЬК**

**ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ**

***військово-медична служба***

***високомобільних десантних військ***

**ДОВІДНИК З НАДАННЯ ПЕРШОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ.**

Найшвидше надання **першої медичної допомоги** при пораненні в багатьох випадках попереджує тяжкі його наслідки, сприяє успішному лікуванню поранених і їх найшвидшому поверненню в стрій, що в кінцевому сприяє укріпленню боєздатності ЗСУ.

Перша медична допомога включає наступні три групи заходів:

* негайне припинення впливу зовнішніх подразнюючих факторів;
* надання першої медичної допомоги потерпілому в залежності від виду і характеру травми, нещасного випадку;
* організація термінової доставки потерпілого в лікувальний заклад.

Перша медична допомога на полі бою може бути надана самим пораненим (самодопомога), його товаришем (взаємодопомога), санітаром або санітарним інструктором роти. Обов’язок кожного військовослужбовця – добре знати і вміти здійснювати найпростіші методи надання першої допомоги в різних випадках:

1. Діставання пораненого з броньованих машин, танків, важкодоступних місць.
2. Гасіння палаючого обмундирування.
3. Тимчасова зупинка зовнішньої кровотечі.
4. Накладання асептичної пов’язки на рану, оклюзійної пов’язки при відкритому пневмотораксі.
5. Усунення асфіксії (слиз, кров, чужорідні тіла, блювотні маси), введення повітропроводу.
6. Введення антидотів при застосуванні отруйних речовин, знеболення для профілактики шоку, прийом антибіотиків, протиблювотних та інших засобів
7. Проведення іммобілізації табельними і підручними засобами.
8. Проведення реанімаційних заходів при клінічній смерті.
9. Зігрівання поранених і хворих.

**Перша медична допомога при пораненнях.**

Раною називається будь-яке порушення цілісності шкірних покривів або слизових оболонок. Рана супроводжується болем, зовнішньою або внутрішньою кровотечею, зіянням країв, пошкодженням внутрішніх органів, нерідко і переломами кісток. Рани підрозділяються на вогнепальні (кульові та уламкові) та рани, що нанесені холодною зброєю (різані, рубані, колоті, рвані, укушені, забиті). По характеру раньового каналу розрізняють рани наскрізні, сліпі та дотичні. По відношенню до порожнини тіла – проникаючі та непроникаючі. По виду пошкодження тканин – з пошкодженням великих судин, з пошкодженням кісток, з пошкодженням великих нервів.

Найбільш частим і грізним наслідком поранення є кровотеча, шок, а пізніше розвиток інфекційних ускладнень (нагноєння рани, газова гангрена, правець, сепсис) і інші. Перша медична допомога при пораненнях повинна забезпечити:

* зупинку зовнішньої кровотечі;
* попередження вторинного забруднення рани;
* іммобілізацію (знерухомлення) кінцівки при пошкодженні кісток;
* обезболення (профілактика шоку);
* укриття від вторинного ураження і зігрівання поранених;
* профілактику (попередження) інфекційних ускладнень рани.

Для надання першої медичної допомоги у кожного військовослужбовця є аптечка індивідуальна. Також можуть бути використані підручні засоби надання першої медичної допомоги. Рану не можна засипати порошками, накладати на неї мазь та прикладати вату, - все це сприяє розвитку інфекції в рані.

**Кровотеча** буває зовнішня і внутрішня (найбільш небезпечна внутрішня паренхіматозна), первинна і вторинна. Розрізняють 3 види зовнішньої кровотечі: артеріальна, венозна і капілярна. При артеріальній кровотечі кров яскраво-червоного кольору, витікає із рани сильним пульсуючим струменем. Венозна кровотеча характеризується більш повільним витіканням крові із рани темно-червоного кольору. Для тимчасової зупинки зовнішньої кровотечі існує 5 основних методів:

* притискання пальцем крупних артерій в місцях проекції їх на шкіру;
* накладання тугої пов’язки;
* накладання кровоспинного джгута.
* максимальне згинання кінцівки в розміщеному вище суглобі та фіксація в такому положенні ременем, косинкою і ін. (при відсутності переломів кісток).

**Пальцевим перетисканням** можна зупинити кровотечу із сонної, підключичної, зовнішньої щелепової, скроневої, плечової, пахвинної, ліктьової, променевої, стегнової, підколінної, задньої великогомілкової та артерій тилу стопи. Перетискання артерій відбувається після звільнення місця перетискання від одягу. Після тимчасової зупинки артеріальної кровотечі шляхом пальцевого перетискання судини вище місця її поранення необхідно накласти джгут.

При накладанні **джгута** необхідно виконувати наступні правила:

* джгут накладається вище (центральніше) місця поранення, якомога ближче до рани (крім нижньої третини передпліччя та гомілки);
* кінцівка перетискається джгутом до повної зупинки кровотечі;
* необхідно обов’язково вказати час накладання джгута в годинах і хвилинах;
* після накладання джгута на рану накладається пов’язка, вводяться знеболюючі, кінцівка іммобілізуються;
* час перетискання кінцівки не повинен перевищувати 2 години в теплу погоду і 1-1.5 годин зимою (кожні 30-40 хв. ослаблювати джгут на кілька хвилин з одночасним пальцевим пере тисканням, а потім знову затягувати, дещо вище попереднього місця);
* в зимовий період кінцівка надійно утеплюється;
* шини та пов’язка не повинні закривати джгут.

Для накладання **джгута-закрутки** використовуються підручні засоби: тасьма, ремінь, носовички, шарф, косинки, інше, а в якості закрутки – палки, гілки, металеві стержні (закрутку необхідно зафіксувати, під вузол підкласти тугий валик). Не можна застосовувати тонкі шнури, дріт , електропровід, тому що вони глибоко врізаються в м’які тканини. Погано як слабо накладений джгут (посилюється кровотеча), так і туго накладений (перетискаються нерви).

Зупинка кровотечі шляхом **максимального згинання кінцівки** в вище лежачому суглобі застосовується при сильних кровотечах із ран, що розташовані у основи кінцівки, коли накладання джгута утруднене або неможливе. В цих випадках при кровотечі із верхньої кінцівки руку фіксують в положенні максимально заведеною за спину, а при кровотечі із нижньої кінцівки – ногу закріпляють зігнутою і приведеною до живота. При згинанні кінцівки в ліктьовому або колінному суглобах на згинальну поверхню суглобу накладається щільний ватно-марлевий валик.

Помірна кровотеча (венозна або з невеликих артерій, розташованих близько до кістки) може бути зупинена накладанням **тугої пов’язки** (подушечками з ІПП) і припіднятим положенням кінцівки.

Стискання судин **на шиї** здійснюється за рахунок фіксації пов’язки бинтом через закинуту з протилежного боку руку чи шину (або джгутом до 15 хвилин). При цьому голову потрібно максимально повернути в здорову сторону.

При **кровотечі з носу** необхідно заспокоїти хворого, так як різкі рухи, кашель, розмова, шмаркання, напруження посилюють кровотечу. Хворого потрібно посадити, нахилити голову вперед, на ділянку носа прикласти холод, зробити стиснення обидвох половинок носа до перегородки або тампонаду носових проходів шматочками марлі, змоченими в розчині перекису водню.

**При кровотечі з дихальних шляхів** необхідно надати постраждалому півсидяче положення, спокій, холод на грудну клітку, накласти на верхні та нижні кінцівки джгути (щоб промацувався пульс) на 20-30 хв.

**При кровотечі з травного тракту** постраждалому надається півсидяче положення, спокій, прикладається міхур з льодом на проекцію шлунку,забороняється пиття та прийом їжі.

**При кровотечі з вуха** приймається горизонтальне положення, накладається асептична пов’язка.

Одним з основних засобів надання першої медичної допомоги є **накладання пов’язки**. Правильно і швидко накладена пов’язка в значному числі випадків дозволяє зупинити невелику кровотечу, зменшити біль, попередити вторинне забруднення рани, захистити її від дії несприятливих факторів зовнішнього середовища (вітру, вологи, сонячних променів), а також створити спокій пошкодженим тканинам і органам. Пов’язка, яку вперше накладають після поранення при наданні першої допомоги, називають первинною. При накладанні пов’язки на рану необхідно дотримуватись наступних правил:

* на промивати рану;
* не торкатись рани руками, не видаляти з неї потрапивших туди шматків одягу, уламків і інших чужорідних тіл;
* змазати краї й довкола рани розчином йоду, після чого накласти на неї асептичну пов’язку.

На постачанні в ЗСУ є перев’язувальний пакет індивідуальний (ППІ). Накладати пов’язку (бинт) потрібно тільки тією стороною, якою не торкались руками. Санітар повинен знаходитись обличчям до пораненого, тримаючи головку бинту в правій руці, а початок його – в лівій. Бинт розгортається в одному напрямку – зліва направо, знизу вверх. Кінцеву частину бинта укріплюють на здоровому боці в такому місці, де вузол не буде турбувати хворого. При накладанні пов’язки на рану нижньої кінцівки вона повинна бути у випрямленому положенні, рука – зігнутою або напівзігнутою в лікті і дещо відведеною від тулуба. Бинтування потрібно робити по часовій стрілці і починати з найменш об’ємистої частини бинтуємої ділянки, поступово переходячи на більш товстішу (на кінцівках в напрямку від кисті і стопи до тулуба). Пов’язка повинна щільно закривати рану, але не стискати тканини.

**При** **пораненнях голови** після накладання подушечок ППІ вони закріпляються круговими ходами бинту. При пораненнях одного ока подушечки обов’язково накладаються на обидва ока і закріплюються круговими і восьмиподібними ходами бинту, що проходять через лоб і потилицю. Аналогічним чином накладається пов’язка при пораненнях шиї. При потребі (відсутності свідомості) приймається стійке положення на боці.

**При проникаючих пораненнях** **грудей**, коли пошкоджуються легені і плевра, розвивається відкритий пневмоторакс, що порушує процес дихання. В цих випадках отвір в грудній клітці повинен бути закритий за допомогою прорезиненої оболонки ППІ, лейкопластиру, клейонки, поліетиленової плівки, вощеного паперу (оклюзійна пов’язка). Після зняття одягу через праве і ліве надпліччя перекидається окремий кусок бинту (1-1,5 м.), кінці якого проходять через передню і задню поверхню грудної клітки. Прорезинена оболонка, накладена на раньовий отвір при видиху, закривається подушечками пакету і туго закріплюється круговими ходами бинту. Вільні кінці бинту, раніше перекинуті по передній і задній поверхні грудної клітки і розміщені під пов’язкою, піднімаються і закріплюються на іншому надпліччі (для попередження зміщення пов’язки).

**При пораненнях живота**, що супроводжується випадінням внутрішніх органів, їх закривають (не вправляють) розгорнутими і зсунутими разом ватно-марлевими подушечками, які закріплюються круговими ходами бинту, після цього на живіт кладуть міхур з льодом або холодною водою. Давати воду або їжу пораненим з проникаючим пораненням живота і грудної клітки не можна (до губів прикласти марлеву салфетку, змочену водою).

**Переломом** називається пошкодження кістки з повним або частковим порушенням її цілісності; перелом може бути закритим і відкритим. Основними ознаками переломів є: кровотеча, сильний біль в місці перелому, зміна форми і положення кінцівки, поява рухомості в незвичному місці, набряклість оточуючих тканин (гематома), порушення функції ушкодженої кінцівки, кістковий хруст (крепітація). Переломи можуть супроводжуватись пошкодженням м’язів, судин, нервів, внутрішніх органів, а при пораненнях черепа – пошкодженням мозкової тканини. Головним в попередженні важких ускладнень при переломах кісток є забезпечення повного спокою в місці перелому, що досягається створенням нерухомості у 2-х суглобах – вище і нижче місця перелому. Нерухомість кінцівки може бути створена за допомогою стандартних транспортних **шин** або шин з підручних засобів (дошки, фанери, зброї, лопати, палки і ін.). Накладання шин на кінцівку здійснюється поверх одягу, при цьому потрібно слідкувати за тим, щоб під шиною не було складок. Перед накладанням шину потрібно обгорнути перев’язочним матеріалом. Пораненій кінцівці повинно бути надано найбільш зручне фізіологічне положення: нижня кінцівка випрямлена, верхня - зігнута в ліктьовому суглобі під прямим кутом, дещо відведена від тулуба або притиснена до нього.

**При переломах кісток кисті** після накладання пов’язки шина накладається на передпліччя (від ліктя до кінця кисті, пальці напівзігнуті і повернені вниз). В кисть вкладається ватно-марлевий валик і прибинтовується до неї. Зігнута в лікті під прямим кутом кінцівка підвішується до тулуба на ремені, за допомогою бинта, косинки.

**При переломах кісток передпліччя** фіксується ліктьовий і променевозап”ястний суглоби, кінцівка підвішується. При відсутності підручних засобів для шинирування кінцівку, зігнуту в лікті, прибинтовують до тулуба.

**При переломах стегнової кістки** необхідно створити нерухомість в кульшовому, колінному і гомілковоступневому суглобах. Шини повинні розміщуватись по обидві сторони пошкодженої кінцівки. Кінці обох шин повинні виступати за підошвенну поверхню стопи на 5-7 см. Коли немає потрібних підручних засобів, пошкоджена кінцівка прибинтовується в кількох місцях до здорової.

**При переломах гомілки** іммобілізуються колінний і гомілковоступневий суглоби (2-3 шини), а при переломах **стопи** – тільки гомілковоступневий (1 шина).

**Для іммобілізації хребта** використовують дошки, фанеру. Пораненого прибинтовують спиною до дошки чи фанери (в ділянці грудей, тазу, коліна і гомілки), під поперек підкладають валик. При пошкодженні шийного відділу хребта голову і шию знерухомлюють шинами або великою кількістю вати (ватно-марлевий комір Шанця), голову пораненого також необхідно прибинтовувати до щита. При відсутності шини пораненого необхідно вкласти на підлогу машини. В тих випадках, коли пошкодження хребта супроводжується значними пораненнями м’яких тканин спини, немає щита, або потерпілий знаходиться без свідомості, його необхідно вкласти на живіт, під лоб покласти валик. Піднімати і перекладати постраждалого необхідно дуже обережно і одночасно, по команді (як правило, це здійснює 4 чоловіки). Якщо першу медичну допомогу надає одна особа, то можна скористатись методом втягування на щит (за плечі).

**При переломах кісток тазу** поранений вкладається на імпровізовані носилки (щит) на спину (або на підлогу машини). Нижні кінцівки напівзігнуті в колінних і кульшових суглобах (поза жаби). Під колінні суглоби підкладається валик з одягу. Фіксація відбувається в ділянці грудей, тазу і гомілковоступневого суглобу.

**При переломах нижньої щелепи** поранений вкладається на носилки лицем донизу (для попередження западання язика, зупинки кровотечі і накладання пов’язки). Накладається пращевидна пов’язка (як і при пошкодженні підборіддя, носа).

**При розтягненні зв’язок, забоях** в перші дні необхідно накласти тугу пов’язку та застосувати холод (міхур з льодом, снігом чи холодною водою), пізніше (через добу) показані теплові процедури (компреси, зігріваючі мазі). Якщо на місці забою є садна, їх замащують йодом, після чого накладають тугу пов’язку, надають спокій і припідняте положення забійній частині тіла.

Порядок невідкладної допомоги **при відкритих переломах**: спочатку накладається джгут (зупинка кровотечі), потім пов’язка і пізніше шина.

**Поранення** розрізняють:

* вогнепальні (кульові, кулькові, відламкові, стріловидними елементами);
* мінно-вибухові;
* осколкові;

Їх також класифікують на проникаючі та непроникаючі, сліпі, дотичні та наскрізні, поєднані, комбіновані та політравму.

**Перша медична допомога при укусах отруйних тварин та комах.**

У нашому регіоні зустрічається гадюка звичайна. Вона любить узлісся, малинники, ожинники, а глухого лісу вони уникають. Кусають гадюки, як правило, тоді, коли на них наступили. У наших краях частіше зустрічається інша змія – мідянка. Виглядом вона схожа на гадюку, але має тонкий хвіст, кольорова, мідяного відтінку. Від укусу мідянки людина ніколи не помре. Ця змія має отруйні зуби, але вони розміщені так глибоко, що вона не може вкусити ними людину.

При укусі отруйних змій на місці укусу знаходять 2 великі точкові ранки від отруйних зубів. Тяжкість отруєння та прогноз залежать від виду змій, місця укусу, індивідуальної чутливості до отрути, стану організму. Невідкладна допомога:

* намагатись видалити з рани отруту, витискаючи її разом з кров’ю, або відсмоктуючи ротом на протязі 15 хвилин (якщо немає хворих зубів чи ясен), відразу спльовуючи;
* промити рану спиртом або водою, накласти тугу пов’язку (вище та нижче укусу), прикласти холод;
* зняти всі коштовності з ураженої кінцівки;
* накласти джгут вище місця укусу при укусах змій з нейротоксичною отрутою (аспідові змії, в т. ч. кобри, морські змії);
* пиття у великій кількості міцного чаю, води;
* негайна відправка в лікувальний заклад в лежачому положенні, провівши транспортну іммобілізацію та психотерапію;
* введення в/м налбуфіну;

При укусі бджоли необхідно видалити жало, прикласти марлю, змочену холодною водою.

**Перша допомога при ураженні електричним струмом, блискавкою.**

При ураженні електричним струмом виникають судомні скорочення м’язів, опіки („знаки” струму – вхідні і вихідні), можливе виникнення так званої „несправжньої смерті”. Необхідно:

* вивести ураженого із контакту з джерелом струму (виключити, перерубати саперною лопаткою, сокирою з дерев’яною ручкою); якщо не можна перерубати провід, відривають самого ураженого, ізолюючи руки та ноги;
* провести реанімаційні міроприємства у випадку зупинки серця та дихання; якщо свідомість відсутня при наявності серцебиття та дихання, піднести до носу нашатирний спирт, збризкати обличчя холодною водою (не можна закопувати в землю);
* зігріти хворого, обкласти грілками, на місце опіків накласти асептичну пов’язку, ввести знеболюючі.

**При непритомності** (триває від кількох секунд до кількох хвилин зі сприятливим прогнозом):

* надати постраждалому горизонтальне положення, забезпечити приплив свіжого повітря, розстібнути комір, послабити ремінь, можна припідняти нижні кінцівки на 15-20°;
* піднести до носа нашатирний спирт, збризнути обличчя холодною водою, нанести механічне подразнення;
* масажувати точку реанімації (ділянка носогубного трикутника);
* напоїти потерпілого гарячим чаєм.

**Реанімаційні міроприємства при гострій зупинці кровообігу (клінічній смерті).**

Основні ознаки клінічної смерті – це відсутність пульсу на сонній артерії, відсутність дихання, розширення зіниць. Реанімація (АВС) проводиться в перші 4-6 хвилин після зупинки кровообігу (зупинка дихання відбувається через 45 с. після зупинки кровообігу, а розширення зіниць через 1 хв.) до 30 хв. Довше 30 хвилин проводиться реанімація при утопленні в льодяній воді, передозуванні лікарських препаратів чи наркотиків, переохолодженні та електротравмі. Ознаками біологічної смерті, при яких не проводиться реанімація, є синдром „котячого” ока (збереження деформації зіниці при стисненні очного яблука між пальцями – з’являється через 30-40 хв.), сухість і помутніння рогівки очей (тусклий, оселедцевий блиск), похолодання тіла і поява трупних плям (через 1 годину) та трупного задубіння (в ділянці нижньої щелепи). Відсутність дихання перевіряється візуально за екскурсіями грудної клітки, прислухаючись і відчуваючи дихання на своїй щоці (до 10 сек.), або прикладенням долонь до грудей і живота, відсутність серцебиття – щільним прикладенням вуха або долоні до ділянки серця, відсутністю пульсу на сонній чи променевій артеріях, відсутність реакції зіниць на світло – ліхтариком чи долонями. Для проведення реанімації потрібно:

* вкласти хворого на тверду рівну поверхню (підлогу) на спину, підкласти валик під плечі, розігнути голову назад (щоб не западав язик !), одну руку розмістити на лобі постраждалого, відкрити рот (при необхідності провести форсоване відкривання рота методом схрещених пальців);
* провести туалет (ревізію) ротоглотки, забезпечити прохідність верхніх дихальних шляхів, підтягнути язик (при необхідності висунути нижню щелепу вперед), оцінити дихання потерпілого (при сумнівах слід діяти так, як якби дихання було відсутнє);
* провести дихання „рот в рот” (при застосуванні S-подібного повітроводу дихання „рот в повітровод”, об’єм вдиху – звичайний), закривши ніс хворого великим і вказівним пальцем руки, що лежить на лобі, через салфетку чи дихальну трубку (критерій ефективності – рух грудної клітки, живіт не надувається, пасивний видих); дихання „рот в ніс” проводиться при стиснутих або пошкоджених щелепах, дітям вдувають одночасно в рот і ніс;
* провести масаж серця з частотою біля 100 на хвилину (критерій ефективності – наявність пульсу на великих судинах); співвідношення – 2 вдихи на 30 натискань на грудну клітку (як для одного, так і для двох реаніматорів); стискаючи нижню третину грудини, руки не згинати, прогинання грудини у дорослих повинно бути 4-5 см; кожні 4 цикли робиться пауза на 5 с. для визначення пульсу на сонних артеріях.

Удар в ділянку серця (прекардіальний удар) наноситься в нижню половину грудини, ефективний в перші 10 с., застосовується у випадку, якщо реаніматор безпосередньо спостерігає зупинку кровообігу.

Звуження зіниць, зміна забарвлення шкіри, поява пульсу на сонній артерії у постраждалого незабаром після початку масажу серця вказує на відновлення мозкового кровообігу.