

ПЕРВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ТРАВМАХ И НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЯХ

В.Н. Яшин

Медицинское училище № 13, Москва

Представлены виды травм и способы оказания первой медицинской помощи при них.

Ключевые слова: несчастные случаи, внезапные заболевания, травма, первая помощь.

Первая медицинская помощь представляет собой комплекс срочных мероприятий, выполняемых при несчастных случаях и внезапных заболеваниях. Целями первой медицинской помощи являются прекращение действия повреждающего фактора, устранение явлений, угрожающих жизни, предотвращение возможных осложнений, облегчение страданий, подготовка пострадавшего к транспортировке в лечебное учреждение. Эти задачи решаются простыми приемами, для выполнения которых не требуется специальных знаний и навыков.

При травме угрожающие жизни явления возникают или в момент ее причинения (травмы, несовместимые с жизнью), или в первые часы после нее (кровотечение, шок и т. д.). В последнем случае явления, угрожающие жизни, обычно быстро нарастают, и промедление с оказанием помощи может стоить пострадавшему жизни. Поэтому первая медицинская помощь должна быть оказана немедленно.

Что делать при внезапной остановке сердца

Внезапная остановка сердца – самая частая непосредственная причина смерти. Она может произойти при нарушении коронарного кровообращения (стенокардия, расстройство сердечного ритма, инфаркт миокарда), возможна также при несчастных случаях (тяжелая травма, утопление, поражение электрическим током, тяжелое отравление). Состояние клинической смерти (прекращение сердечных сокращений и как следствие – отсутствие пульсовых волн на крупных сосудах, в том числе на шее, где проходят сонные артерии, расширение зрачков и отсутствие их реакции на свет) продолжается всего 4–5 мин. Только энергичные и правильно проведенные реанимационные мероприятия (непрямой массаж сердца и искусственное дыхание) могут спасти пострадавшего.

Непрямой массаж сердца и искусственное дыхание не следует проводить:

- если после остановки сердца прошло 10–15 мин (за исключением случаев, когда наступлению клинической смерти предшествовало постепенное и длительное охлаждение организма);
- если пострадавший без сознания, но у него присутствует дыхание и работает сердце.

Искусственное дыхание нельзя проводить при открытом повреждении грудной клетки или при подозрении на перелом ребер, так как можно травмировать сосуды и усилить кровотечение.

При наступлении клинической смерти пострадавшего укладывают на спину, под плечи подкладывают валик, что предотвращает западание языка, препятствующее проведению искусственного дыхания.

Человек, оказывающий помощь, занимает позицию слева от пострадавшего, кладет руки одна на другую на нижнюю треть грудной клетки и ритмично надавливает на нее (1 нажатие в секунду); при этом сердце пострадавшего сдавливается между грудной клеткой и позвоночником, а кровь из полостей сердца выталкивается в кровеносные сосуды.

Наружный массаж сердца даже при остановке сердечной деятельности восстанавливает кровообращение в жизненно важных органах (головном мозге, сердце). Однако эффективность такого массажа обеспечивается лишь в сочетании с искусственным дыханием. Массажные движения должны быть достаточно энергичными, но не грубыми.

Об эффективности массажа судят по изменению окраски кожных покровов лица, появлению пульса на сонной артерии, сужению зрачков. Прекращать наружный массаж сердца можно через каждые 2 мин лишь на 3–5 с, чтобы убедиться в восстановлении сердечной деятельности. Если после прекращения массажа пульс не определяется, а зрачки снова расширяются, массаж должен быть продолжен.

Приступая к искусственному дыханию, очищают (с помощью марли, платка и т.д.) полость рта от крови и инородных тел. Зажав пострадавшему нос, прижимают свой рот к его открытому рту и после глубокого вдоха делают сильный выдох в рот пострадавшего. Можно провести искусственное дыхание другим способом: зажав рот пострадавшему, вдуть воздух через нос. Об эффективности искусственного дыхания свидетельствует появление у пострадавшего дыхательных движений грудной клетки в такт с вдвухаемым воздухом. Искусственное дыхание можно делать через платок или несколько слоев марли.

Если около пострадавшего находится 1 человек, он производит искусственное дыхание и массаж в следующем порядке: 2–3 вдувания через рот или нос, 6–8 нажатий на грудную клетку и т.д. Если около пострадавшего находятся 2 человека, один из них производит непрямой массаж сердца, другой – искусственное дыхание в следующем ритме: 1 вдувание воздуха – 5 массажных движений.

Травма – это повреждение органа или ткани в результате внешнего воздействия. В зависимости от характера последней травмы подразделяют на механические, физические, химические и психические.

Механические травмы бывают открытыми (раны), которые сопровождаются нарушением кожных покровов, и закрытыми – без их повреждения. К закрытым повреждениям относятся ушибы, разрывы внутренних органов (селезенки, почек, печени) и повреждения скелета: переломы костей и вывихи.

Физические повреждения возникают при воздействии высоких и низких температур (ожоги, тепловой удар, отморожения), электрического тока (электротравмы).

Химические нарушения вызывают кислоты и щелочи.

Психические травмы возникают в результате рефлекторного раздражения центральной нервной системы сильными или неожиданными раздражителями (испуг).

Кровотечение

Кровотечением называют выход крови из поврежденного сосуда. Различают артериальное, венозное и капиллярное кровотечения.

Артериальное кровотечение возникает при повреждении артерий. При нем кровь истекает пульсирующей струей алого цвета. Оно – самое опасное, так как может быстро привести к большой потере крови и смерти. *Венозное кровотечение* – результат ранения вен, характеризуется медленной струей темно-вишневого цвета. *Капиллярное кровотечение* возникает при поверхностном ранении капилляров и мелких сосудов. Оно, как правило, останавливается самопроизвольно. Остановка кровотечения и ликвидация его последствий – первейшая и основная задача первой медицинской помощи при травмах.

Самый надежный метод временной остановки артериального кровотечения – наложение жгута. Если его нет, используют подручные средства, например ремень, веревку. Кровоостанавливающий жгут накладывается только на конечности выше места кровотечения. Чтобы исключить ущемление кожи, под него необходимо подложить бинт, мягкий материал, платок и т.д. Жгут накладывают на срок не более 2 ч, иначе возможно омертвление тканей. Каждые полчаса его необходимо на несколько минут ослаблять, а потом снова затягивать. На коже конечности выше наложенного жгута или на лбу больного обязательно делают запись о сроке наложения жгута (часы, минуты).

Небольшие кровотечения останавливают давящей повязкой. При этом кожу вокруг раны смазывают настоек йода, а саму рану накрывают несколькими стерильными марлевыми салфетками и туго прибинтовывают. После этого конечности целесообразно придать приподнятое положение.

При повреждении средних и крупных сосудов временную остановку кровотечения производят пальцевым прижатием. При артериальном кровотечении прижатие производится выше места ранения сосуда, а при венозном – ниже. Прижимать сосуд нужно несколькими пальцами.

Кровотечение из носа останавливают пальцевым прижатием или вводят в нос смоченный перекисью водорода ватный (марлевый) тампон, причем он должен плотно прилегать к стенкам носа.

Ушибы

Ушиб – закрытые повреждения мягких тканей и кровеносных сосудов с образованием кровоподтеков. Они возникают при ударе о твердый тупой предмет.

Признаки: боль, обычно небольшая, в момент удара или вскоре после него, однако при ушибе живота или яичек возможен даже болевой шок. Отек образуется вскоре после удара, он бывает ограниченным или разлитым (это зависит от свойств ткани и степени ее повреждения). Кровоподтек (синяк) появляется через несколько часов при поверхностном ушибе или через 2–3 дня при травме глубоких тканей.

Первая помощь направлена на уменьшение кровоизлияния и снятие боли. Для остановки внутреннего кровотечения накладывают давящую повязку, ушибленному органу придают возвышенное положение и охлаждают место ушиба. Для охлаждения используют пузырь со льдом, холодный компресс и другие доступные средства местного охлаждения (мокрая салфетка, холодный предмет и т. д.); при большом подкожном кровоизлиянии продолжительность действия холода следует ограничить, ввиду опасности омертвления кожи. Боли уменьшают путем придания ушибленному органу покоя – руку подвешивают на косынку, сустав фиксируют повязкой или наложением шины. При тяжелых ушибах, особенно – головы, груди и живота, пострадавшему необходимо до приезда «скорой помощи» обеспечить покой.

Вывихи

Вывихи – стойкое смещение концов костей, происходящее при разрыве суставной сумки. Вывихи возникают при падении, ударе, а иногда и при неловком движении в суставе.

Признаки вывиха – жалобы на резкую боль в момент травмы и интенсивную в первые часы после нее. Функция конечности нарушена; обычные движения в суставе невозможны. Отмечается вынужденное типичное положение конечности: вывихнутая в плече рука согнута в локте и слегка отведена от туловища; нога при вывихе в тазобедренном суставе согнута и повернута носком внутрь (редко – наружу).

Первая помощь направлена на уменьшение боли и задержку развития отека. На поврежденный сустав кладут холод и фиксируют конечность – руку подвешивают на косынку или прибинтовывают к груди, а ногу обкладывают мягкими предметами в том положении, в котором она оказалась. При наличии кровотечения на рану накладывают стерильную повязку. Эвакуация в больницу – срочная, причем при вывихе руки пострадавшего можно перевозить в сидячем положении, а при вывихе ноги – только лежа на хорошей мягкой подстилке с обложенной ногой. Нельзя пытаться вправлять вывихи самостоятельно!

Переломы

Перелом кости – насильственное нарушение ее целостности. Переломы бывают закрытыми – без нарушения кожных покровов – и открытыми с разрывом.

Признаки перелома: жалобы на боли в поврежденной конечности, усиливающиеся при попытке движения, и нарушение функции. Отмечается неестественная форма конечности – припухлость в месте перелома, изменение оси конечности и ее укорочение, подвижность

костных отломков в месте перелома. При открытых переломах всегда имеется рана, в которой иногда виден конец отломка кости.

Первая помощь при закрытых переломах направлена на прекращение дальнейшего смещения отломков, уменьшение травмирования мягких тканей их концами и ослабление болевых ощущений. Решаются эти задачи наложением неподвижной шинной повязки, фиксирующей отломки костей и суставы выше и ниже перелома. При переломах бедра и плеча фиксируют 3 сустава, во всех остальных случаях – 2. Цель первой помощи при открытых переломах – защитить раны от вторичного заражения. Кожу вокруг раны обрабатывают настойкой йода и накладывают стерильную повязку. Затем производится фиксация конечности шиной. Во избежание заноса инфекции в глубь тканей нельзя вправлять торчащие костные отломки и изменять положение конечности. Конечность фиксируют к шине в том положении, в котором она находится. Пострадавший с открытым переломом подлежит немедленной эвакуации в лечебное учреждение. Для облегчения страданий руку (если повреждена она) в шине укладывают на грудь и прибинтовывают или под нее подкладывают подушку. Телу придают наклон в здоровую сторону, поврежденную конечность следует поддерживать. Ногу в шине кладут на подушку или сложенное одеяло и т.п. Пострадавший лежит или на спине, или на больной стороне.

Иммобилизация (придание неподвижности) поврежденной конечности производится или стандартными шинами, или подручными средствами. Стандартные транспортные шины бывают металлическими (шина Крамера и сетчатые шины) и деревянными (шина Дитерихса и фанерные шины). Однако в качестве шины можно использовать любые подручные материалы: фанеру, доску, металлическую проволоку, лыжную палку. В крайнем случае, если надо доставить до больницы пострадавшего с переломом плеча, руку можно прибинтовать к туловищу. В случае перелома бедра, если нет иммобилизационных средств, больную ногу прибинтовывают к здоровой.

Техника наложения шины предусматривает общие мероприятия, которые относятся ко всем шинным повязкам: защита костных выступов конечности, ее надежная фиксация к шине и, конечно, соблюдение мер предосторожности при наложении последней. Для заполнения неровностей, возникающих на конечности, используют вату, паклю, куски одежды. Фиксируется конечность к шине марлевыми бинтами, косынками, платками, ремнями, бечевкой, полосками материи.

Во всех случаях переломов костей верхней конечности ей придается щадящее положение физиологического покоя: рука, незначительно отведенная в плечевом суставе, сгибается в локтевом суставе под прямым или острым углом. Ладонь должна быть обращена к животу, кисть несколько отведена к тылу, а полусогнутые пальцы охватывают мяч или ватно-марлевый шарик. Фиксировать пальцы в выпрямленном состоянии недопустимо!

После наложения шинной повязки руку подвешивают на косынку или перевязь. При переломе плеча в подмышечную область подкладывают ватный валик, который укрепляют бинтом через надплечье здоровой руки, а на заднюю часть шеи под шину кладут ватную подушечку или кусок мягкой ткани. Шина должна начинаться от пле-

чeveго сустава здоровой руки, лежать в подлопаточной области и спускаться на поврежденную руку по наружной поверхности плеча и предплечья. Заканчивается она у основания пальцев. Угол сгибания в локтевом суставе руки с переломом предплечья зависит от места перелома. Он острый, если перелом локализуется в нижней трети предплечья, или тупой (110–120°), если перелом – у локтевого сустава. При переломе кисти и пальцев шина накладывается с ладонной поверхности от локтевого сгиба до кончиков пальцев.

Во всех случаях наложения шинной повязки на нижнюю поверхность стопы последней нужно обязательно бинтовать под углом 90° к голени. Ногу с переломом бедра фиксируют шиной, имеющей 2 части: длинную, которая накладывается снаружи от подмышечной впадины до подошвы стопы, и внутреннюю, которая идет от паха до подошвы. Бинтуются они к туловищу и к ноге. Шина для костей голени также состоит из 2 частей, и они накладываются с наружной и внутренней стороны. Если нет специальных металлических шин, их можно заменить 2 фанерными или картонными.

Перелом ребер происходит при резком ударе или сдавливании. *Признаки перелома ребер* – жалобы на боль во время дыхания и надавливания в месте перелома, резкие, мучительные приступы кашля. Внешне отмечают вынужденное положение пострадавшего, поверхностное дыхание и напряжение мышц грудной клетки.

Первая помощь направлена на уменьшение движений грудной клетки, что достигается путем тугого бинтования с помощью лейкопластырной ленты, бинта или полотна и придания пострадавшему сидячего или полусидячего положения, если у него нет других повреждений. Внутрь дают болеутоляющее средство.

Перелом позвоночника вызывает сдавление спинного мозга в результате смещения костных отломков в просвет спинного канала или смещения тел позвонков.

Признаками перелома позвоночника являются жалобы на резкие боли в области травмы, усиливающиеся при движении. Внешне обычно отмечается выпячивание поврежденного позвонка. Ниже перелома развиваются паралич конечностей и потеря чувствительности, нарушаются функции тазовых органов – появляется задержка мочи и кала; переломы в спинном отделе сопровождаются обездвиживанием ног, в шейном – и рук. При переломах позвоночника часто отмечается шок.

Пострадавшего бережно выносят с места получения травмы и эвакуируют в больницу. Больной должен находиться только в лежачем положении, его нельзя поворачивать, нельзя разрешать ему садиться. Необходимо уложить его на твердую плоскую основу (доску) лицом вверх. Для перекалывания лучше использовать сильных натренированных людей, которые могут осторожно и дружно (по команде) поднять его. Внутрь дают болеутоляющие средства (анальгин). При болях в шейном отделе голову и шею фиксируют мягкими предметами. Пострадавшего нужно хорошо укутать. Транспортируют таких больных на носилках с подложенной под матрац доской, в положении на спине лицом вверх. Во избежание болезненных движений или случайного падения пострадавшего прибинтовывают к доске. Однако допускается использование и мягких носилок, в этом случае больного кладут на живот лицом вниз, а под голову и грудь подкладывают мягкую подстилку (из одежды).

К черепно-мозговым травмам относятся сотрясение головного мозга и переломы костей свода или основания черепа.

Сотрясение головного мозга – серьезное повреждение. Возникает при закрытых травмах черепа тупыми предметами и часто сочетается с ушибом головного мозга. Его признаки – головная боль, шум в ушах, головокружение и тошнота. Внешне отмечаются бледность кожных покровов, вялость и сонливость. На сотрясение мозга указывает 1 из следующих признаков: потеря сознания в момент травмы даже на несколько секунд, рвота – одно или многократная, потеря памяти о событиях, предшествующих травме.

Первая помощь направлена на предупреждение попадания рвотных масс в дыхательные пути. Пострадавшему обязательно придают лежачее положение, кладут холод на голову. При затемнении сознания, чтобы избежать возможного попадания рвотных масс в дыхательные пути, пострадавшего укладывают на бок, а при наличии переломов позвоночника или костей таза поворачивают набок его голову. Транспортировка в больницу производится в сопровождении медицинского работника.

Переломы костей черепа подразделяются на переломы костей основания черепа и свода черепа, а в зависимости от нарушения кожных покровов – на закрытые и открытые. Среди открытых переломов костей черепа в зависимости от повреждения твердой мозговой оболочки выделяют непроникающие и проникающие. Последние опасны возможностью инфицирования мозговой ткани с последующими осложнениями менингитом, абсцессом головного мозга и т.д.

Переломы свода черепа могут быть представлены вдавлениями, трещинами и их сочетанием с одновременным нарушением целостности 1 или нескольких костей. Целостность наружной пластинки кости не исключает переломов внутренней, а трещина наружной пластинки часто сопровождается обширными оскольчатыми переломами внутренней. Ее осколки сдавливают головной мозг, нарушают его целостность и повреждают мозговые кровеносные сосуды, а возникающее внутреннее кровотечение вызывает сдавление головного мозга.

Признаки перелома свода черепа – незначительная отечность или рана. Больной жалуется на нарастающую головную боль и потерю сознания в момент травмы. Отмечается замедление пульса, иногда – потеря речи, нарушение дыхания, паралич конечностей.

Перелом основания черепа. Это проникающее ранение черепа относится к весьма тяжелым и опасным повреждениям головного мозга, мозговых оболочек и черепно-мозговых нервов. Такая травма делает мозговую полость открытой для инфекции через ушную, носовую и ротовую полости.

Признаки: после травмы из ушей или носа выделяется кровь и светлая мозговая жидкость, появляются расстройство слуха и перекос лица в одну сторону. Через сутки вокруг глаз определяются кровоподтеки в виде «очков».

Первая помощь при всех переломах черепа направлена на защиту от инфекции и предупреждение возможной закупорки дыхательных путей кровью или рвотными массами. Больному обязательно придается лежачее положение. Если он без сознания, его укладывают на бок во избежание попадания крови и рвотных масс в дыхательные пути, а при наличии переломов поз-

воночника или костей таза голову поворачивают набок. На рану накладывают асептическую сухую повязку, производят иммобилизацию головы. При выделении крови и мозговой жидкости тампонаду и промывание делать нельзя. Транспортировка пострадавшего должна быть крайне бережной, в лежачем положении, с опущенным подголовником носилок, без подушки. Обязателен контроль за частотой пульса и дыхания. Голову фиксируют уложенным вокруг нее валиком из одеяла или одежды.

Ожоги

Ожоги возникают при воздействии на ткани высоких температур или химических веществ. В зависимости от действующего фактора различают ожоги: термические – возникающие под действием огня, горячих жидкостей, пара и т.д.; химические – от воздействия кислот, щелочей, а также фосфора, йода, паров бензина; лучевые – при избыточной дозе ультрафиолетового или ионизирующего излучения.

Признаки. В зависимости от глубины поражения тканей различают ожоги I, II, III и IV степеней.

При ожоге I степени страдает только наружный слой кожи, появляются его покраснение, отек, боль. При ожоге II степени образуются пузыри со светло-желтым содержимым, появляется резкая, сильная боль. При ожоге III степени поражена не только кожа, но и подкожные ткани. При ожоге IV степени наступает обугливание тканей.

При ожогах тепловых, электрических и химических (прижигающими жидкостями: кислотами, щелочами) в первую очередь устраняют повреждающий агент (при возгорании немедленно погасить пламя, сорвать с пострадавшего горящую одежду, накрыть его чем-либо, препятствующим доступу воздуха – одеялом, пледом, плащом; убрать тлеющие вещи) и принимают необходимые меры. При ожогах прижигающими жидкостями обильно промывают обожженное место чистой водой. При ожоге II степени удаляют одежду (прилипшие к коже части одежды обрезают как можно ближе к ране), место ожога закрывают сухой стерильной повязкой.

При ожогах II–IV степеней пострадавшего доставляют в лечебное учреждение для оказания квалифицированной помощи, дают ему обезболивающие препараты (2 таблетки анальгина), 2 таблетки ортофена, 1 таблетку димедрола, по 20 капель корвалола, валокордина или кордиамина, настойки валерианы, таблетку валидола под язык и большое количество теплой воды. При обширных ожогах пострадавшего заворачивают в чистую (желательно – только что проглаженную) простыню и срочно доставляют в ближайшую больницу.

Обморожение

Различают 4 степени обморожения. Обморожение I степени развивается после кратковременного действия холода – кожа бледнеет, теряет чувствительность; при II степени – те же признаки, но интенсивнее, через некоторое время образуются пузыри, наполненные светлой жидкостью. III степень – наступает омертвление кожи, образуются пузыри, наполненные кровянистой жидкостью. IV степень – омертвление мягких и костных тканей

При обморожении I степени пораженный участок растирают и смазывают вазелином. После отогревания кожа краснеет, могут появиться боль, отек, через 2–3 дня начинается шелушение обмороженного участка кожи.

При обморожениях II–IV степени пострадавшего вносят в теплое помещение, протирают пораженные участки спиртом (водкой) и растирают чистыми руками до покраснения кожи. При обморожении сравнительно большого участка конечностей делают теплую ванну из раствора марганцевокислого калия температурой 32–36°C.

В случае общего обморожения пострадавшего опускают в теплую ванну с температурой воды до 37°C. Если нет пузырей и язв, обмывают отмороженные участки мыльным раствором, дают горячий чай (кофе, спирт) и доставляют пострадавшего в лечебное учреждение.

Солнечные и тепловые удары

Солнечные и тепловые удары наступают при перегреве организма. Их признаки: вялость, головная боль, головокружение, боль в ушах, тошнота, частый пульс, горячая кожа, внезапная потеря сознания. Пострадавшего укладывают в тень, принимают меры к охлаждению организма: прикладывают холод к голове и на область сердца, обтирают кожу мокрым полотенцем. При жалобах на боли в сердце дают нитроглицерин или валидол и вызывают скорую помощь.

Электротравмы

В первую очередь пострадавшего освобождают от действия электрического тока. Необходимо пользоваться только изолирующими предметами (диэлектрическими перчатками, резиновыми ковриками, деревянной сухой доской). При отсутствии дыхания и сердцебиения немедленно начинают непрямой массаж сердца и искусственное дыхание. Эти мероприятия проводят до появления самостоятельного дыхания и сердцебиения или до приезда «скорой помощи».

Утопление

Объем первой помощи пострадавшему определяется его состоянием. Пострадавший в сознании, пульс и дыхание удовлетворительные, жалоб на затруднения дыхания нет. В этом случае пострадавшего раздевают, укладывают на жесткое покрытие так, чтобы голова оказалась запрокинутой, протирают сухим полотенцем, укрывают теплым одеялом и доставляют в лечебное учреждение.

Пострадавший без сознания, пульс – слабый, дыхание затруднено. Выдвигают нижнюю челюсть. Для предотвращения смыкания рта между зубами вставляют твердый предмет (в крайнем случае – скрутку бинта). При необходимости очищают полость рта и носа, освобождают легкие от воды и производят искусственное дыхание. Затем вызывают врача или доставляют пострадавшего в лечебное учреждение.

Пострадавший без сознания, дыхания нет, сердцебиение и пульс на крупных сосудах отсутствуют. Освобождают дыхательные пути от воды. Если жидкости в дыхательных путях нет, производят искусственное дыхание и непрямой массаж сердца до появления самостоятельных сердечных сокращений и дыхания или до прибытия врача. Пострадавшего срочно доставляют в лечебное учреждение.

Правила наложения повязок

При ранении одна из задач первой медицинской помощи – защита раны от инфекции, что достигается наложением повязки.

Основные требования к наложению повязки. После останки сильного кровотечения нужно приготовить все необходимое для перевязки. Если стерильного перевязочного материала недостаточно, рану лучше оставить открытой: вреда от этого будет меньше, чем от повязки из грязных платков, полотенца и тряпок.

Тщательно вымыв руки, обтирают кровь с кожи вокруг раны, края раны дважды смазывают настойкой йода или спиртом (их можно заменить одеколоном, водкой, эфиром, бензином). Небольшие раны полностью обрабатывают йодом.

Отломки ранящего предмета, обрывки одежды и комочки земли, свободно лежащие на поверхности раны, можно попытаться снять марлей, а затем эти участки смазать йодом. Однако предметы, внедрившиеся в ткань, извлекать не следует, так как это может усилить или вызвать кровотечение.

При наложении повязки совершенно недопустимо касаться руками раны, использовать нестерильный перевязочный материал и промывать рану даже дезинфицирующим раствором. Повязку накладывают снизу вверх обеими руками – левой удерживают ее и расправляют бинт, а правой разворачивают головку бинта, которая должна свободно распределяться по бинтуемой части тела, не отходя от нее. Бинт накладывают по отношению к бинтуемому чаще слева направо. Каждый оборот бинта перекрывает предыдущий на 1/2–2/3 его ширины. Конец бинта заправляют на здоровой стороне, чтобы узел не беспокоил больного.

Для бинтования каждой части тела разработаны типовые повязки, которые являются наиболее надежными и удобными. Наиболее простая круговая, или циркулярная повязка. Обороты бинта ложатся один на другой, прикрывая предыдущий. Такая повязка накладывается на лучезапястный сустав, нижнюю треть голени, лоб, шею и живот.

Спиральная повязка начинается как круговая (первые 2–3 оборота), а затем туры кладутся спирально, прикрывая предыдущий на 2/3 его ширины. Повязка называется восходящей, если бинтование производится снизу вверх, и нисходящей – при бинтовании сверху вниз. Спиральная повязка накладывается на части тела, имеющие одинаковую толщину: плечо, пальцы кисти и стопы, нижняя часть груди и верхняя часть живота.

Крестообразная повязка удобна при бинтовании головы и шеи, а также кисти. При ее наложении бинт укрепляют на голове круговыми турами по часовой стрелке. Затем позади правого уха бинт косо спускается на шею и обходит ее слева направо. На задней стороне шеи бинт косо поднимается на голову над левым ухом. Обойдя голову спереди, бинт позади правого уха идет снова вниз на шею и т. д. Разновидностью этой повязки является *колосовидная повязка*, которая бывает сходящейся и расходящейся. Первая накладывается на плечо, а вторая – на верхнюю треть бедра и тазобедренный сустав.

FIRST MEDICAL AID IN INJURIES AND ACCIDENTS

V.N. Yashin, Physician

The types of injuries and first medical aid in these conditions are presented.

Key words: accidents, sudden diseases, injury, first aid.