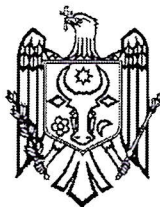


**Ministerul Educației și Cercetării
al Republicii Moldova**

MD-2033, Republica Moldova, mun. Chișinău,
Piața Marii Adunării Naționale 1,
tel:022-23-46-09



Instituția Publică

Centrul de Excelență în Construcții

MD-2028, Republica Moldova, mun. Chișinău,
str.Gh. Asachi 71
tel.:022- 72-12-34; fax:022-73-10-05
email: secretariat.ipcec@gmail.com



INSTRUCȚIUNEA
pentru acordarea primului ajutor medical accidentatului
Nr. 2

Criterii generale

Accidentele pot apărea oriunde. Acasă, pe stradă, în caz de avarii și calamități. Deseori moartea traumatului survine nu din cauza gravității traumatismului, ci din lipsa cunoștințelor elementare de acordare a primului ajutor medical a celor din jur, rudelor, cunoscuților sau prietenilor.

Principiile generale de acordare a primului ajutor medical.

Este un complex de cele mai simple proceduri medicale efectuate la locul accidentului, sub forma de autoajutor, sau ajutor reciproc, la fel de participanți la procesele de salvare cu folosirea echipamentului standard sau improvizat. Scopul principal este salvarea vieții omului, eliminarea factorului de agresiune și evacuarea rapidă sinistratului din zona afectată. Termenul optimal de acordare a primului ajutor medical e până la 30 min., după primirea traumei, și până la 10 min. În caz de otrăvire.

Reanimare

Reanimarea- reprezintă restabilirea funcțiilor vitale a organismului în primul rând a respirației și circulației sangvine. Posibilitatea reanimării este bazată pe aceea că moartea niciodată nu survine momentan, ea este precedată de o stare preterminală. Modificările ce au loc în organism în caz de deces nu sunt ireversibile deodată, și la acordarea ajutorului de urgență ele pot fi restabilite complet. În starea terminală se determină două stadii -agonia și moartea clinică.

Agonia-se caracterizează prin starea gravă a conștiinței, dereglare acută a activității cerebrale, căderea tensiunii arteriale, dereglări de respirație, lipsa pulsului. Pielea sinistratului este rece, palidă sau de culoare vineție. După agonia survine moartea clinică.

Moartea clinică -lipsa semnelor principale de viață – a respirației și bătăilor inimii. Durata ei este de 3-5 minute. Acest timp este necesar de folosit pentru reanimare. După survenirea morții biologice reanimarea nu are efect. Aprecierea stării sinistratului. **Semnele de viață:** 1) Prezența pulsului pe artera gâtului. 2) Prezența respirației de sine stătătoare. Se determină după mișcarea cutiei toracice. Reacția ochiului la lumină. Dacă ochiul deschis de acoperit cu palma, apoi de înlăturat palma brusc, pupila s-ar micșora.

Semnele morții: 1) Conjunctiva ochilor uscată și tulbure. 2) La presiunea laterală a ochiului pupila se îngustează și se aseamănă cu ochiul de pisică. Apariția petelor și rigidității cadaverice. Este necesar de cunoscut nu numai reguli de acordare a primului ajutor medical în diferite situații dar și ceea ce nu trebuie de efectuat pentru a nu trauma starea sinistratului.

Ține minte, ce nu se permite !!!

De a muta sinistratul în alt loc dacă nu este pericol de foc, dărmare a clădirii, dacă nu necesită respirația artificială și asistența medicală urgentă. Aplicând pansament sau șina nu pricinuiți dureri suplimentare ceea ce ar înrăutăți starea pacientului.

De a repune la loc organele ieșite în urma traumatismului cutiei toracice și mai ales a abdomenului.

De a da apă sau medicamente sinistratului fără cunoștință.

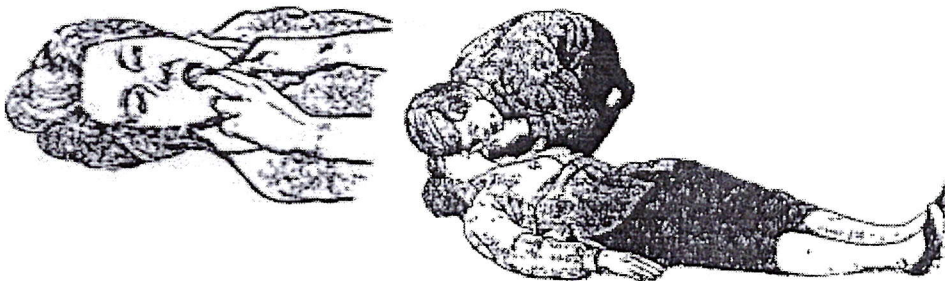
De a se atinge de plagă cu mânele sau alte obiecte nesterile.

De a elimina corpurile străine din plăgile abdomenului, cutiei toracice sau craniului. Lăsați-le pe loc chiar dacă ele sunt mari și ușor de îndepărtat. În caz de înlăturare poate să se înceapă hemoragie sau alte complicații. Până la sosirea asistentei de urgență acoperiți-le cu material de pansament și ușor bandajate.

De a lăsa pe spate pacientul fără cunoștință, mai ales în caz de vomă sau grețuri. În dependență de starea lui este necesar de a-l întoarce pe o parte sau a da numai capul pe o parte.

De a scoate hainele și încălțăminte sinistratului în stare gravă, este necesar numai de rupt sau de tăiat hainele.

Nu se permite sinistratului de a privi plăgile sale. Acordați ajutor liniștit, calm și încrezut. Liniștiți și calmați sinistratul.



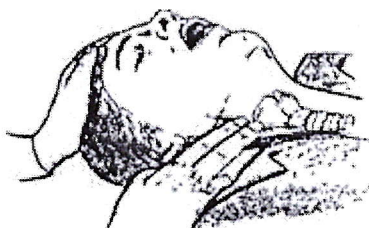
- A scoate sinistratul din foc, apă sau clădirea ce se dărîmă fără a lua măsuri de protecție individuale. Dacă trebuie de acordat asistența medicală de urgență, uitați-vă dacă nu sunt pericole de dărîmare, incendiu, explozie.

Străduiți-vă să vă protejați pe sine și pe sinistrat. Țineți-l la cald. Folosiți toate posibilitățile de a-l încălzi, în caz de lipsa de cearșafuri și termofoare, folosiți sticle cu apă caldă, pietre încălzite la foc. Dacă nu sunt afectate organele cavității abdominale a sinistratului și el este în cunoștință, dați-i cît mai mult lichid, mai ales apă cu adaos de sare (1 linguriță) la un litru de apă. În caz de lezare a organelor interne în loc de apă trebuie de aplicat pe limbă doar un tifon umezit bine.

Stabilirea criteriilor și pregătirea pacientului pentru reanimare

1. Se încearcă stabilirea contactului cu pacientul. Întrebăm, dacă ne aude. Dacă răspunde - întrebăm cum se simte și ce s-a întîmplat.
2. Dacă nu răspunde îl întoarcem cu fața în sus, pentru a verifica respirația. Respirația se ascultă timp de 10-15 secunde, cu urechea apropiată de gura și nasul bolnavului. Fața salvatorului trebuie să privească spre picioarele sinistratului, pentru a putea observa dacă se mișcă pieptul lui. Salvatorul trebuie să privească, să asculte și să simtă prezența respirației. Dacă respirația nu este prezentă - se dă capul sinistratului spre spate, maximal și neforțat (!). Acest lucru nu se face, dacă suspectăm fractura coloanei vertebrale în regiunea gîtului.
3. Deschidem gura sinistratului și privim pentru a vedea dacă nu sunt acolo corpi străini, mase vomitive, etc. Dacă observăm ceva - curățăm gura cu degetul învelit în tifon.
4. Apucăm mandibula (bărbia) pacientului, o deschidem și o ridicăm în sus (dinții de jos să fie înaintea dinților de sus).
5. Facem o respirație de control, pentru a verifica permeabilitatea (accesibilitatea) căilor respiratorii interne. Pentru aceasta, facem o inspirație adîncă, reținem pe cîteva secunde aerul și în acest timp cuprindem ermetic gura pacientului și facem o expirație deplină în plămîinii lui. În acest timp, cu o mînă ținem mandibula iar cu alta acoperim nasul pacientului, ca să nu iasă aerul prin nas. În scopul respectării igienei personale - înainte de a face respirația de control - punem pe gura pacientului o bucată de tifon sau o bășmăluță de buzunar curată.

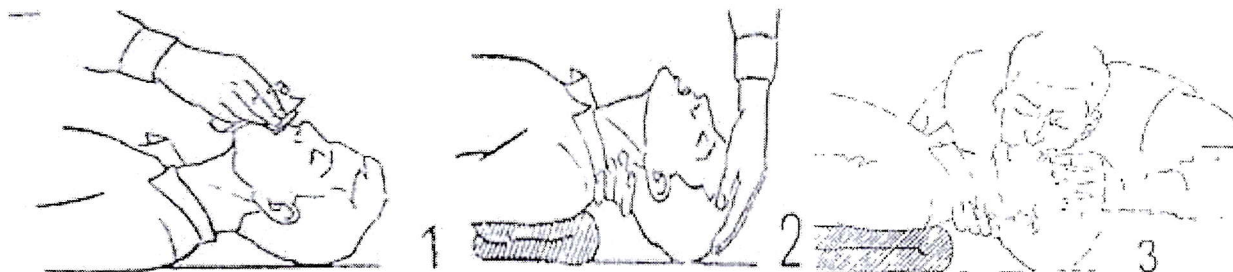
Dacă aerul a trecut ușor - mai departe controlăm pulsul. Dacă aerul nu trece - probabil căile respiratorii sunt obturate și este necesară dezobturarea lor - îndeplinirea Manevrei Heimlik (apăsare asupra cutiei toracice). Pentru a verifica prezența pulsului - aplicăm 2 degete lateral la gît (vezi imaginea) și timp de 10-15 secunde încercăm să stabilim prezența și caracteristica pulsului. (Pentru antrenament - este foarte folositor să stabiliți cum este pulsul la D-voastră la gît) Dacă pulsul lipsește - trebuie să facem masajul indirect al inimii, sau cu alte cuvinte - să facem reanimarea propriu-zisă.



Metodele de reanimare. Respirația artificială.

Sinistratul trebuie să fie culcat pe spate, pe o suprafață dură și netedă. Capul se dă maximal înapoi (spre spate) pentru deschiderea căilor respiratorii, cu degetele se apucă de marginea mandibulei și se trage în așa mod ca dinții inferiori să fie înaintea celor superiori. Sub partea superioară a corpului este necesar de a pune un rulon de haine sau mîna sinistratului sub gît.

Se controlează poziția limbii, la necesitate se curăță cavitatea bucală și nasul de corpi străini, resturi de mîncare sau mase vomitive, nisip. Dacă căile respiratorii sînt libere, iar respirația lipsește, se începe respirația artificială prin metoda "gură-în-gură" sau "gură-în-nas".



Pe gura sinistratului se pune o bucată de tifon umezit, se face o inspirație profundă, se aplică ermetic gura salvatorului pe gura sinistratului (nasul sinistratului este ermetic strîns cu degetele) și se face o expirație profundă. După aceasta, imediat capul se ferește într-o parte, ca aerul să poată ieși liber înapoi din plămîinii sinistratului. În caz de traumatism a maxilarelor, și pentru a nu pierde prea mult timp dacă sunt încheștați mușchii mandibulei, se recomandă efectuarea respirației artificiale gură-în-nas și se fixează strîns gura. Dacă cutia toracică a sinistratului s-a ridicat, s-a mărit în volum, atunci inspirația a fost efectuată corect și căile respiratorii sînt libere. În asemenea caz, de efectuat repede încă 2 inspirații. În continuare, dacă se îndeplinește numai respirația artificială fără de masajul indirect al inimii, respirațiile trebuie făcute cîte 1 peste pauze de 5-8 secunde, cu frecvența medie de 12-18 respirații pe minut.

La copii inspirațiile se efectuează simultan în nas și gura cu frecvența de 20 respirații pe minut, însă volumul aerului expirat nu trebuie să fie prea mare, ca să nu traumatizăm plămîinii. Pentru fiecare vîrstă se recomandă anumite criterii de măsurare a aerului expirat în plămîinii copilului sinistral: în primul an de viață se va sufla numai cantitatea de aer, care poate maximal să încapă în gura salvatorului; la 2-3 ani - o expirație, dar fără de inspirație profundă; la 5-8 ani - jumătate din expirația pentru maturi. La copiii mici pînă la 2 ani este necesar de a controla capul să nu fie dat prea tare înapoi.

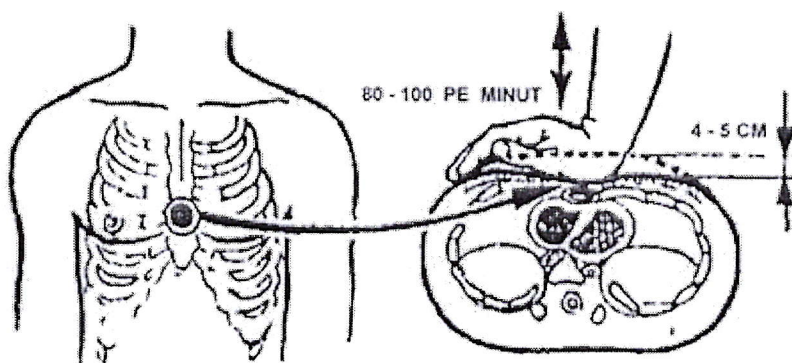
Dacă la efectuarea respirației de control aerul nu trece, verificăm poziția capului și repetăm încercarea. Dacă nu ne reușește - posibil căile respiratorii sînt obturate.

Eliberarea căilor respiratorii.

Dacă căile respiratorii sînt obturate este necesar de evacuat din cavitatea bucală corpuri străine. Pentru aceasta capul sinistralului trebuie pus pe o parte și deplasat în posterior. Cu ajutorul a 2 degete controlați cavitatea bucală, fiind atenți să nu împingeți corpul străin mai departe în laringe. După această procedură controlăm din nou respirația. Dacă aerul nu trece, trebuie de efectuat "manevra Heimlik": încălecam pe sinistral la nivelul șoldurilor, amplasăm ambele mîini pe centrul abdomenului și facem 4-5 apăsări puternice spre cutia toracică, spre diafragmă - (înainte și în jos - sub unghi de 45°), pentru a forța aerul din plămîni să iasă și să scoată corpul străin, ce obturează căile respiratorii. După dezobturarea reușită - facem respirație artificială, dacă pacientul nu respiră de sinestătător.

Masajul indirect al inimii.

După primele 2 respirații artificiale este necesar de a controla dacă este prezentă circulația sangvină - pulsul. În caz de lipsă a pulsului la artera carotidă (la gît - lateral) imediat trebuie de efectuat masajul închis al inimii. Trebuie să vă situați din partea laterală a pacientului. Dacă sunteți în genunchi, trebuie să fiți cît mai aproape de pacient. Pipăind partea de sus a abdomenului, trebuie de găsit repede arcul costal. De la el, pe linia centrală a corpului, cu 2 degete mai sus, pe osul stern, amplasați baza palmei unei mîni așa ca degetele să nu se atingă de cutia toracică, deasupra ei puneți cealaltă mîna și încrucișați degetele. Acesta este locul corect unde se vor face compresiile cardiace externe, la adîncimea de 4-5 cm (la maturi).



Umerii trebuie să fie deasupra sinistralului iar mîinile - perpendicular pe corpul lui. Neîndoind mîinile în coate, apăsați pe cutia toracică. Manipulația trebuie efectuată ritmic și lent, dar nu brusc. Pentru a aprecia viteza de comprimare, numărați apăsările. Dacă facem numai masajul indirect al inimii, frecvența compresiilor trebuie să fie de 80 - 100 apăsări pe minut. Pentru restabilirea funcției cardiace, deseori este suficientă o lovitură precordială (în locul unde trebuie să se facă compresiile la masajul indirect al inimii). Pentru aceasta palma unei mîni se situează pe 1/3 inferioară a sternului și se aplică peste ea o lovitură scurtă și bruscă cu pumnul celeilalte mîni. Se controlează pulsul pe artera carotidă și în caz de lipsă, se trece la masajul indirect al inimii. Este necesar de a fi foarte precauți la copii și pacienții în vîrstă, deoarece oasele sunt mai slabe, mai sensibile și pot avea loc fracturi de coaste sau stern.

Masajul inimii la copii (în dependență de vîrstă) se efectuează cu o putere mai mică și la o adîncitură mai mică.

La copiii pînă la 1 an - se face cu 2 degete (arătător și mijlociu), sau cu degetele mari ale ambelor mîini, cu frecvența de 140/minut la adîncimea de 1,5 - 2 cm; la copiii de 2 ani - la adîncimea 2,5 cm. La copiii de 5-8 ani, compresiile se fac cu palma unei singure mîni, frecvența 100-120/minut la adîncimea 3 - 3,5 cm. După 10 ani se pot folosi regulile pentru maturi, dar se ia în considerație constituția (mărimea corpului) copilului sinistral.

Atunci, cînd oprirea respirației este însoțită și de oprirea inimii, se face concomitent și respirația artificială și masajul indirect al inimii.

În acest caz, consecutivitatea procedurilor este următoarea:

- se pregătește pacientul pentru reanimare
- se verifică prezența respirației și a pulsului
- se face o respirație artificială de control
- se fac 2 respirații artificiale, urmate imediat de 5 compresii cardiace externe.
- peste fiecare 1-2 minute de reanimare se face o scurtă pauză pentru a verifica dacă s-au restabilit respirația și bătăile inimii.

În caz de restabilire a unei funcții - se continuă reanimarea pentru restabilirea celeilalte. În caz de insucces - reanimarea se face pînă la 30 minute, după care se oprește. La copiii mici, raportul dintre respirații și compresii este: la 1 an 1:3 și la 5 ani 1:5 sau 1:6. De la 10 ani în sus este 2:15, ca la maturi.

Eficacitatea metodelor de reanimare se determină pe baza apariției pulsului pe arterele mari, îngustarea pupilelor, apariția reacției la lumină, restabilirea respirației de sinestătătoare, schimbarea culorii tegumentelor. În caz de reanimare cu succes, pacientul poate fi încă fără cunoștință, trebuie culcat pe o parte pentru prevenirea asfixiei cu limba proprie sau cu vomitive posibile. Despre "căderea limbii" ne informează dereglarea bruscă a respirației, ce se aude ca un sforăit în timpul inspirației.

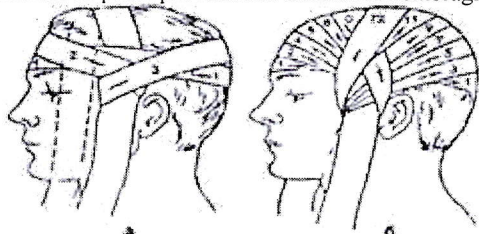
Primul ajutor medical în caz de traumatisme.

Pansamente

Plaga - este dereglarea integrității tesuturilor cutanate și mucoaselor ca rezultat al unei acțiuni mecanice. În dependență de mecanismul traumei și caracterul obiectului traumatizant deosebim următoarele tipuri de plăgi (răni): tăiate, împunse, zdrobite, mușcate, cauterizate, prin armă de foc. La fel ele pot fi penetrante (cu pătrundere în cavitatea) și nepenetrante. Pot penetra în cavitatea abdominală, toracală sau alte cavități, cu lezarea sau fără lezarea organelor interne și a oaselor. Plăgile sînt periculoase prin dereglări anatomice importante cît și prin infectare secundară, înpurare.

Simptomele răni: durere, plagă, hemoragie. În caz de acordare a primului ajutor medical este necesar de a cunoaște, că orice rană în afară de cele operatorii, indiferent de ce obiect a fost produsă, este predispusă spre infectare cu microbii ce pătrund cu obiectul traumatizant, cu resturi de haine, pămînt, aer, la atingerea cu mîinile murdare, cu dezvoltarea ulterioară a procesului inflamator, posibil a tetanosului sau gangrenei gazoase, etc.

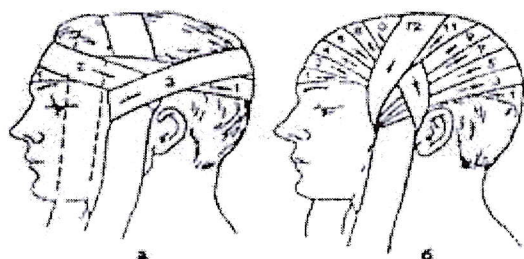
Reieșind din cele expuse mai sus, este necesar cît mai repede de aplicat pe rană pansamente sterile, ceea ce o va proteja de infectare și va stopa în cele mai multe cazuri hemoragia. Pînă la aplicarea pansamentului, pielea în jurul plăgii trebuie prelucrată cu soluție de iod, spirt, verde de briliant sau rachiou. Aceasta va preveni nimerirea microbilor din mediu. Pentru a avea acces la rană, hainele și încălțăminte trebuie scoase, iar în caz de necesitate deosebită - tăiate. Iar restul de haine și alte obiecte din plagă trebuie cu atenție de extras, neatingîndu-vă de plagă. Dacă corpii străini sînt adînc implantați în plagă, ei nu trebuie scoși, deoarece se poate provoca sau intensifica hemoragia ce poate duce la apariția stării de șoc și la decesul sinistralului. Pentru



pansament trebuie de folosit material steril, tifon, vată, pachete speciale pentru pansament, ce trebuie să fie în trusa medicală casnică sau în trusa din automobil. Pentru un pansament corect, în timpul desfacerii pachetului steril, nu vă atingeți cu mîinile de pernuța specială, care se va aplica imediat pe rană. Cu restul tifonului se face bandaj de susținere sau bandaj compresiv - tot o dată și pentru a opri hemoragia. În caz de lipsă a pachetului, pe plagă se aplică cîteva salfete sterile și apoi vată și tifonul. Dacă lipsesc materialele sterile pot fi folosite diferite materiale curate (e bine să fie calcate cu un fier de călcat rufe).

Reguli de aplicare a pansamentelor

- Pacientul ocupă o poziție comodă, cu acces bun la regiunea răni, fiind susținută în poziția care se va afla după pansament.



- În timpul acordării ajutorului, este necesar de observat permanent starea pacientului.

- De bandajat trebuie de la sînga la dreapta, după acele ceasornicului, de jos în sus și nu de depănat tifonul în aer.

- Tifonul se ține cu mîna dreaptă iar capătul liber - cu stînga. Se efectuează 2-3 ture de fixare, apoi fiecare tură se suprapune pe cealaltă în jumătate.

- Extremitățile (mîinile și picioarele) se bandajează de la periferie, lăsînd libere degetele neafectate.

- Se bandajează fără încrețituri, pliuri, cute și cu o tensionare medie. Legătura bandajului se efectuează mai sus sau mai jos de

plagă, dar pe partea sănătoasă.

- Dacă nu este necesitatea de a opri hemoragia, pansamentul nu necesită a fi aplicat foarte strîns, pentru a nu afecta circulația sangvină a membrului lezat, dar nici slabă, deoarece bandajul poate cădea.

Tehnica aplicării pansamentului la diferite segmente ale corpului

Pansament tip "Hipocrat"

Se aplică o bandă de tifon cu o lungime de aproximativ 1m pe cap, așa ca capetele să fie înaintea pavilionelor urechilor. Sinistralul sau ajutorul ține capetele tifonului în jos. Cu un alt tifon se efectuează 2-3 ture de fixare peste regiunea frontală-occipitală.

Ajungînd pînă la banda 1 de tifon, tensionat se face o tură în jurul ei și se îndreaptă tifonul 2 la regiunea opusă, pîna cînd se acoperă uniform tot capul. Capătul fișiei se fixează de banda de tifon terminată, iar capetele ținute în jos, se leagă sub bărbie. (vezi imaginea)

Pansamentul de tip "căpăstru"

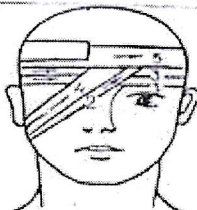
Se fac 2-3 ture de fixare în jurul capului cu tifonul, mandibulă. De la mandibulă se pansează în sus, parietală, se trece tifonul peste cap și coboară în jos regiunea occipitală, la spate.

tifonul revine la cap, făcînd din nou 2-3 ture orizontale 2-3 ori, sau pînă cînd nu se termina tifonul. (vezi

apoi se trece la regiunea occipitală, spre gît și vertical spre cap, pe lîngă ureche, regiunea spre mandibulă, trecînd pe sub ea înapoi spre

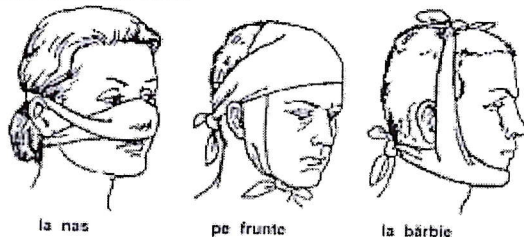
De la regiunea occipitală, pe la spatele urechii de fixare pe frunte. Toată procedura se repetă imaginea)

Se fac 2 ture de fixare în jurul capului, pe acelor de ceasornic (pentru ochiul drept). Din urechii peste obraz și ochiul drept. Apoi iar se



repetă turul precedent.

În caz de aplicare pe ochiul stîng direcția turelor este inversă - după acele de ceasornic. În caz de aplicare pe ambii ochi, se rînduiesc turele de pansament mai întîi pe ochiul drept apoi pe cel stîng. În caz de rănire a pleoapelor sau feții în regiunea ochiului, se poate aplica pansament pe un singur ochi. În caz de rănire a globului ocular (ochiului propriu-zis) este strict recomandată (în folosul bolnavului) să fie pansați ambii ochi și bolnavul să fie evacuat cu însoțitor. Cauza: ochii unui om sănătos se mișcă concomitent. Dacă la pansarea unui ochi omul va face mișcări cu ochiul sănătos - acest fapt va provoca intensificarea durerilor în ochiul lezat.



PANSAMENTELE SUB FORMĂ DE PRAȘTIE

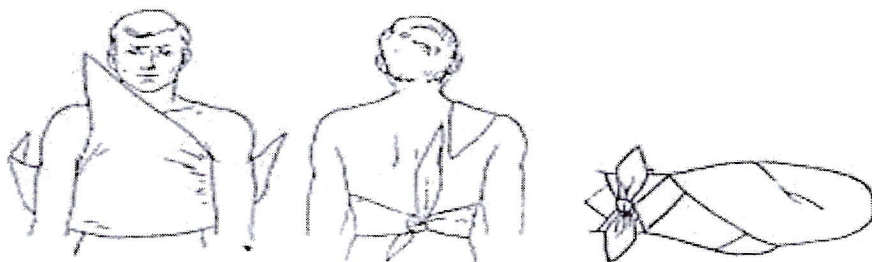
Aplicarea pansamentului pe nas, bărbie și toată fața, de tip "praștie": tifonul cu o lungime de 60-70 cm și o lățime ce acoperă toată suprafața necesară, se taie din ambele capete în lungime, prin mijloc, așa ca să rămînă la mijloc o bucată întreagă de 10-15 cm lungime, care se va aplica pe locul lezat. Pe plagă se aplică o fașă sterilă, se acoperă cu bucată netăiată de tifon și capetele de sus se leagă la spate la ceafă, iar capetele de jos - la spate pe vîrfurile capului, în așa mod ca să nu lunece în jos. (vezi imaginea)

Pansamentul în formă de spirală

Se folosește la traumatismele cutiei toracice, abdomenului, mînilor, picioarelor, degetelor. se începe cu 2-3 ture de fixare apoi sub formă de spirală, cu acoperirea turei precedente la 2/3. În caz de aplicare a pansamentului pe torace, se desfășoară 1m de tifon și se pune să ațîrne liber pe umărul stîng, cu trecere pe partea dreaptă a toracelui. Bandajul se începe din partea de jos a cutiei toracice de la stînga la dreapta în forma de spirală. Apoi de sub fașa auxiliară stîngă tifonul se bagă cu capătul liber peste umărul drept. O variantă a bandajului în spirală este pansamentul "în spic": pansament în spirală cu răsucirea tifonului și schimbarea relativă a direcției turei. Se aplică pe femur, pe degetul mare. (vezi desenul)

Pansamentul cu cornișor

Cornișorul reprezintă o bucată de tifon sau orice alt material sub formă de triunghi și se folosește la susținerea membrului superior traumatizat, la protejarea suprafețelor cu arsuri și răni mari. Pansamentul este util la bandajarea mînilor, picioarelor, corpului. (vezi imaginea)



Primul ajutor în caz de hemoragie

Hemoragie - este numită scurgerea sîngelui din vasele sangvine la lezarea integrității pereților lor.

În dependență de ce vas este afectat diferențiem hemoragia: arterială, venoasă, capilară și mixtă.

În caz de hemoragie externă, sîngele se revarsă în mediul extern. În caz de hemoragie internă - se revarsă în cavitățile organismului. Hemoragia arterială se caracterizează prin sînge de culoare roșu aprins, pulsativ, în ritmul bătăilor cardiace.

Hemoragia venoasă - sîngele are o culoare vișinie întunecată, se prelinge lent, fără semne de stopare de sine stătătoare. În caz de hemoragie dintr-o venă magistrală este posibilă pulsația în ritmul respirației. În caz de hemoragie capilară sîngele se elimină egal de pe toată suprafața plăgii.

Primul ajutor în caz de hemoragie depinde de caracterul ei și constă în oprirea provizorie și transportarea sinistratului la cea mai apropiată instituție medicală. În majoritatea cazurilor hemoragia poate fi oprită prin pansament obișnuit sau compresiv. Garoul se aplică numai în caz de hemoragie arterială masivă, atunci, cînd prin alte metode nu este posibilă stoparea. În caz de hemoragie masivă, pentru prevenirea pierderii mari de sînge, pînă la aplicarea garoului sau pansamentului este necesar de fixat artera la locurile prestabilite ale scheletului osos, acolo unde se palpează bine pulsul.



Punctele de compresie digitală pentru oprirea hemoragiei arteriale

Exemple de compresie digitală

Pentru comprimarea arterei brahiale se aplică pumnul în fosa axilară și se strânge mîna de torace, pentru arterele femurale, se apasă cu pumnul în partea internă a coapsei în treimea superioară. Unele artere pot fi comprimate prin îndoirea fixată a membrilor în articulații.

În caz de hemoragie din treimea inferioară a brațului, antebrațului sau mîinii propriu-zis:

- în fosa axilară se aplică o turundă din vată
- brațul se bandajează strîns de cutia toracică, în așa mod turunda va comprima artera humerală și va opri hemoragia.

În caz de hemoragie din antebraț sau mînă propriu-zis:

- în fosa axilară se aplică o turundă din vată
- antebrațul se bandajează strîns în flexie completă, în așa mod turunda va comprima artera humerală și va opri hemoragia.

În caz de hemoragie din treimea superioară a brațului sau fosa axilară:

- În fosa axilară se aplică o turundă din vată
- Se îndoaie mîinile în articulațiile cotului și se dau după spate
- Se fixează mîinile după spate cu o curea sau tifon

În caz de hemoragie din treimea inferioară a femurului, gambei sau labei piciorului:

- se culcă sinistratul pe spate
- se aplică turunda în fosa poplitee
- se îndoaie piciorul în articulația genunchiului și șoldului
- se bandajează strîns gamba de femur

Metodele de fixare forțată nu trebuie folosite în caz de suspjecție la fracturi ale oaselor extremităților sau în luxații.

Tehnica aplicării garoului

La posibilitate, de dat poziție ridicată membrului afectat. La mînă garoul se aplică numai mai sus de cot și la picior - numai mai sus de genunchi. Nerespectarea acestei reguli nu garantează oprirea hemoragiei. Mai superior de plagă, se aplică pe membrul afectat un ștergar, basma sau alt material moale. Garoul întins se aplică mai sus de plagă, pe materialul aplicat, în așa mod ca primele 1-2 ture să oprească hemoragia. Se fixează capătul garoului cu ajutorul clempușului special. Sub garou se pune o hîrtie cu timpul și data aplicării lui. Pe plagă se aplică pansament aseptice. Se controlează corectitudinea aplicării garoului: hemoragia s-a oprit, pulsația pe arterele periferice lipsește, pielea devine palidă. Pe timp friguros (iarna) membrul cu garoul trebuie învelit cu haine calde sau pătură.

Rețineți! garoul trebuie de aplicat pe o durată de timp nu mai mare de 1,5 ore pe timp cald și nu mai mare de 1 oră pe timp rece. În caz de aplicare mai îndelungată, țesuturile mai jos de garou încep a se necrotiza. Dacă este imposibil de transportat sinistratul la o instituție medicală, mai degrabă de 1,5 - 2 ore, garoul se va slăbi pe cîteva minute, pînă cînd pielea își va restabili culoarea roză și din nou se strînge, puțin mai sus sau mai jos de locul precedent.

Greșelile de aplicare a garoului

La aplicarea nestrînsă a garoului se comprimă numai venele și în rezultat se intensifică hemoragia arterială.

Aplicarea prea strînsă, mai ales pe braț, poate duce la traumatizarea nervilor și paralizia membrului.

Aplicarea direct pe piele, duce peste 40-60 minute la apariția unor dureri insuportabile.

În loc de garoul standard se poate folosi un garou improvizat: curea, basma, tifon, etc. (vezi imaginea.)

Hemoragia în regiunea capului, gîtului, toracelui și abdomenului se opresc prin tamponarea plăgii și pansament compresiv.

În caz de orice hemoragie se dă poziție ridicată regiunii afectate și repaus fizic. La apariția primelor semne de hemoragie internă (paliditate, răcirea extremităților, sudoare lipicioasă, întărirea pulsului, amețeli, gălăgie în urechi, respirație superficială și deasă) sinistratul necesită transportare urgentă la instituțiile medicale.

Dacă este posibil, la regiunea afectată (torace, abdomen, cap) se aplică o pungă cu gheață sau apă rece, sinistratul se culcă sau i se dă o poziție semișezîndă. În nici un caz nu se aplică termoforul!

Primul ajutor în caz de fracturi

Cea mai numeroasă grupă de traume în rezultatul calamităților, accidentelor, o constituie fracturile. În dependență de linia fracturii, deosebim: fracturi transversale, oblice, longitudinale, în spirală. De asemenea ele pot fi închise sau deschise - dacă sunt lezate

pielea și țesuturile moi în regiunea fracturii.

Simptomele fracturii

Durere vie ce se intensifică la orice mișcare sau forțare, dereglarea funcției, strîmbarea formei și lungimii edemhematommobilitate patologică crepitație osoasă. Spre deosebire de contuzie, funcția membrului fracturat se dereglează imediat din momentul traumei.

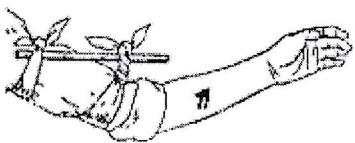
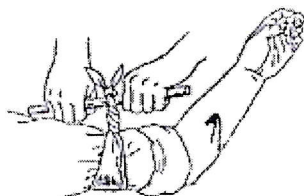
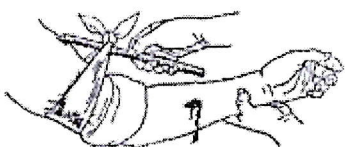
Paralizia - unul din simptomele cele mai evidente de fractură a coloanei vertebrale.

Tipurile de fracturi

- Fractură închisă
- Fractură deschisă
- Fractură deschisă cu așchii multiple

Depistarea fracturii se poate efectua la examenul extern.

La necesitate, se palpează locul unde se presupune fractura. În caz de fractură se observă neregulări osoase, margini ascuțite ale așchiilor, semnul de crepitație osoasă. Palpația trebuie efectuată cu atenție, mai ales în regiunile extraarticulare, cu ambele mîni, pentru a evita leziuni adăugătoare și de a nu pricinui durere sinistratului.



Fractura este însoțită totdeauna de leziunea țesuturilor moi, gradul căreia depinde de tipul fracturii și de modul de deplasare a fragmentelor osoase. Deosebit de periculoase sunt fracturile cu leziunea vaselor mari și a nervilor, ceea ce poate duce la hemoragie masivă și șoc traumatic.

În caz de fractură deschisă, există și pericolul de infectare a plăgii.

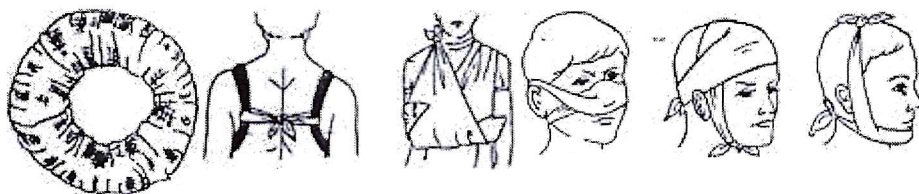
Este necesar de a face în primul rând: oprirea hemoragiei, prevenirea șocului traumatic, administrarea preparatelor analgetice sau narcotice, aplicarea pansamentului aseptice pe plagă, imobilizarea de transport cu mijloace standarde sau improvizate.

Rețineți ! Viața sinistratului depinde mai mult de corectitudinea acordării primului ajutor decât de urgența internării în spital.

Transportarea sinistratului se permite numai după acordarea corectă a ajutorului în focar !

Ce nu se permite de făcut:

nu se permite reducerea (îndreptarea) fragmentelor osoase sau corectarea defectului membrelor fracturate.

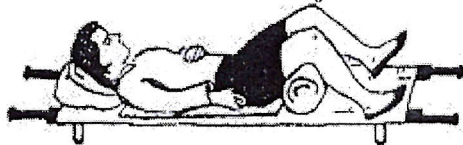


nu se permite introducerea în plagă a fragmentelor osoase ieșite

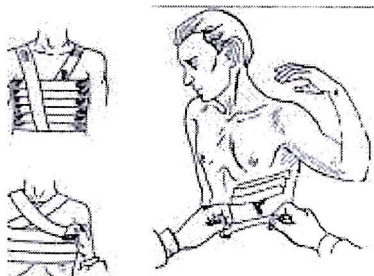
nu se permite scoaterea hainelor, ceea ce provoacă dureri suplimentare. hainele și încălțăminte se taie, mai ales în caz de fracturi deschise.

Imobilizarea făcută corect și la timp va proteja pacientul de deplasarea fragmentelor osoase, va micșora sindromul dureros în timpul transportării și va preveni apariția șocului traumatic. Imobilizarea trebuie efectuată cu atenție. Imobilizarea fracturii la mâini și picioare se face prin fixarea cu atele a 2 articulații învecinate fracturii - mai sus și mai jos de locul fracturii; sub atela se aplică bandaj moale de tifon (sau cu vată) pentru prevenirea lezării țesuturilor moi.

Ajutorul medical în dependență de tipul fracturii



1. Fracturile oaselor craniului des sînt însoțite de traume cerebrale și a SNC. Sinistratul adeseori este fără cunoștință, de aceea este necesar de a fi foarte precauți. Pacientul se culcă în jos, sub cap se aplică un colac din vată și tifon sau orice alt colac moale improvizat.

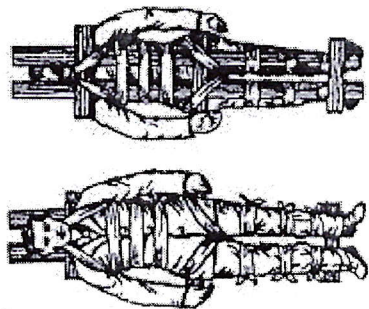


2. La afectarea maxilei sau mandibulei, se aplică fixarea cu pansament "praștie". Dacă dinții nu se apropie, se aplică o bucată de scîndurică între dinți și apoi se fixează. Pentru evitarea decăderii limbii, capul se dă pe o parte sau limba se fixează.

3. În caz de fractură a claviculei, pe umeri se aplică 2 inele din vată și tifon, și se unesc între ele la spate. Mîna se atîrnă pe o basma. Pacientul trebuie transportat în poziție șezîndă, puțin lăsat pe spate. Nu se recomandă aplecarea înainte (la așezarea în transport) deoarece aceasta poate duce la deplasarea fragmentelor osoase.

4. În caz de fractură a coastelor - pe torace, la expirație, se aplică un bandaj strîns sau se strînge cu un cearșaf cutia toracică și se fixează sau se coase. Dacă la sinistrat este pneumotorax deschis, mai întîi se aplică pansament steril ermetizant (cu supapa de ieșire) cu o mușama sterilă și se fixează cu bandaj. Transportarea se face în poziție semișezîndă.

5. În caz de fractură a oaselor bazinului - sinistratul se culcă pe o suprafață dură, sub genunchi se aplică o cuvertura sau o plapumă făcută val, în așa mod ca genunchii să fie îndoiți și picioarele date în părți. În așa poziție picioarele și tot corpul se fixează (cu tifon sau curele) de scîndură dură.



6. Fractura coloanei vertebrale - este una din cele mai grave leziuni. Soarta sinistratului în asemenea cazuri depinde mult de corectitudinea acordării primului ajutor și a imobilizării de transportare. Nu trebuie fără de necesitate de a palpa, mișca sau ridica capul și corpul sinistratului. Inițial este necesar de administrat analgetice, apoi de culcat pacientul pe o suprafață dură și de-l bandajat de ea. În lipsa suprafeței dure, pacientul se va culca cu fața în jos pe brancarda moale și sub cap și umeri se pune o plapumă. Este necesar de reținut, că asemenea bolnavi nu suportă schimbarea obișnuită de pe pămînt pe scîndură. Acest lucru se face în cîteva mișcări precise și concomitente: în cazul schimbării poziției: tot corpul pacientului se întoarce concomitent pe o parte, la spatele pacientului se pune scîndura (sau în fața se pune brancarda) și apoi se rostogolește foarte încet pacientul cu tot cu scut.

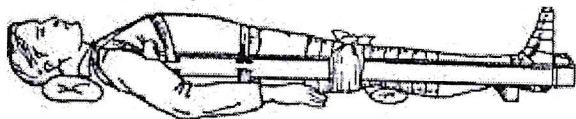
În cazul cînd pacientul este în poziția necesară: el se ridică concomitent (tot corpul) la o înălțime de 20-30 cm de la pămînt și altă persoană pune sub el scutul sau brancarda, după care sinistratul se lasă în jos. Cel mai important lucru în momentul schimbării este să nu se permită deplasarea (mișcarea) nici cît de mică a oaselor în locul fracturii. În caz de nerespectare a acestei reguli

poate avea (în cel mai "bun" caz) paralizia mâinilor sau picioarelor sau moartea spontană a pacientului.

7. În caz de fractură deschisă a degetelor sau oaselor mâinii - la necesitate se aplică pansament steril, sub degete se aplică un val mic de tifon sau improvizat, pentru ca degetele să fie îndoite și după aceasta toată mâna se fixează pe o scîndură, atela standard sau improvizată. Mîna în momentul transportării trebuie să fie îndoită în articulația cotului sub unghi drept și fixată cu tifon sau cu un cornișor triunghiular.

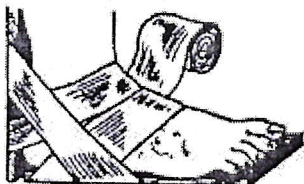
8. În caz de fractură a antebrăului, atela se fixează de la degete pînă la articulația cotului. În caz de lipsă a atelei, mîna se îndoiește sub unghi drept la cot, cu degetele spre abdomen și se fixează cu tifon lipită de corp sau se atîrnă cu un cornișor triunghiular.

9. Fracturile femurului, mai ales cele deschise, sînt însoțite de hemoragii și pot repede duce la apariția socului traumatic. Pentru acordarea ajutorului, trebuie de oprit hemoragia, de administrat analgetice, de aplicat pe rană un pansament steril și după aceasta, pe ambele părți laterale ale osului femural se aplică atele standarde sau improvizate (pe partea din afară - pînă la fosa axilară) și se fixează de corp cu tifon, curele, pînză, pentru a asigura nemișcarea totală a piciorului. În regiunea fosei axilare, regiunea inghinală și la proeminentele osoase, se aplică pernuțe moi de vată cu tifon pentru a nu leza țesuturile moi în timpul imobilizării și transportării.



10. În caz de fractură a gambei (osul mai jos de genunchi), trebuie de asigurat imobilizarea în articulația labei piciorului și a genunchiului. Pentru aceasta se folosesc atele, care se fixează lateral din ambele părți, de la laba piciorului pînă la partea (1/3) de sus a femurului.

11. În caz de fractură a oaselor labei piciorului, pentru imobilizare se folosesc 3 atele - 2 a câte 50 cm, care se fixează bilateral de osul gambei și o bucată de scîndură, ce se fixează de talpa fracturată. După aceasta, în poziția normală a tălpii (90°) se fixează cu tifon.



de sindrom de strivire

Traumele mecanice în caz de alunecări de teren, etc., pot avea pot să rămînă striviri (parțial) de pentru diferite durate de timp, necesare. În toate aceste cazuri, strivire, poate duce la

(scăderea bruscă a tensiunii arteriale, posibil hemoragie, pierderea cunoștinței, urinare involuntară) și la agravarea pronosticului general. Această stare a primit denumirea de "sindrom de strivire îndelungată" sau "kras-sindrom". Starea se explică prin eliberarea vaselor sangvine în timpul eliberării membrului strivit și pătrunderea în sînge a unei doze mari de toxine din țesuturile membrului strivit, ceea ce provoacă un șoc toxic pronunțat și insuficiență renală. Pacienții pot deceda în primele 7-10 zile după strivire. Pentru a evita acest șoc, trebuie de acordat corect ajutorul medical, care depinde totalmente de starea sinistratului și a membrului strivit. Ordinea procedurilor va fi următoarea:

- Înainte de eliberarea membrului strivit, se vor administra analgetice.
- Se va aplica garoul pe membrul strivit înainte de eliberarea lui.
- Dacă este cunoscut cu precizie timpul strivirii, acest fapt este decisiv în selectarea tacticii:
- Pentru un timp de strivire mai mic decît timpul permis pentru aplicarea garoului - garoul se va lăsa aplicat doar în caz de hemoragie, în alte cazuri - se scoate imediat.
- Pentru o durată a strivirii pînă la 6-8 ore - membrul strivit mai poate fi salvat.
- Pentru o durată mai mare - membrul probabil va fi amputat.
- Membrul nu poate fi salvat în cazul strivirii totale a oaselor (din cauza greutății mari a obiectului /beton, metal).
- În cazurile cînd membrul va fi salvat, după eliberare se face un pansament cu bint elastic și garoul se scoate. La necesitate se aplică pansament steril pe răni și membrul se imobilizează pentru transportare.
- În cazurile, cînd membrul nu poate fi salvat, garoul aplicat nu se scoate pînă la spital, dar imobilizarea de transport se va face în orice caz.
- Pentru a clarifica pronosticul membrului strivit (salvare sau amputare) - ne vom orienta și după gradul de ischemie (distrugere, necroză) a țesuturilor strivite.

Există 4 grade de ischemie:

1. Ischemie compensată - sinistratul poate mișca degetele (cel puțin unul), simte durerea și atingerea. Tegumentele sunt palide sau cianotice, la temperatura corpului. În acest caz garoul se va scoate după bandajarea elastică.
2. Ischemie decompensată - durerea și atingerea nu se simt, mișcări active nu sunt, dar salvatorul poate îndoii și dezdoi degetele sinistratului, mîna sau piciorul. Tegumentele sunt cianotice sau surii, cu temperatura mediului. Garoul la fel se va scoate după bandajare.
3. Ischemie ireversibilă - tegumentele surii / pămîntii, lipsa totală a durerii și sensibilității, lipsa mișcărilor, temperatura rece, înțepenirea mușchilor membrului strivit. Starea generală a pacientului este gravă. Garoul nu se va scoate. Nu este obligatoriu pansamentul steril, dar e obligatorie imobilizarea de transport.
4. Necroza membrului - tegumentele de culoare întunecată, reci. Înțepenire, strivire sau distrugere totală a membrului. Starea generală a pacientului foarte gravă. E posibilă oprirea respirației și a inimii. Garoul nu se va scoate.

După acordarea ajutorului primar - este necesară aplicarea pungii cu gheață pe membrul strivit și totodată încălzirea corpului sinistratului (și a membrilor sănătoase).

Se va da de băut lichid cald (nealcoolic) în cantități mari. Transportarea se va face în poziție culcată, obligator sub supravegherea lucrătorului medical.

Pentru salvatorii ce nu pot stabili gradul de ischemie și pronosticul membrului - tactica depinde de durata de timp necesară pentru transportare. Dacă pacientul va fi adus la spital în cîteva minute - garoul se aplică și nu se scoate pînă la spital. Dacă transportarea va dura mai mult de 10-15 minute - se recomandă un pansament elastic strîns și scoaterea garoului.

Ajutorul medical în caz de șoc.

Șocul este o reacție generală a organismului la acțiunea unei traume fizice (mecanice, termice sau chimice), a unei toxine sau a unei traume psihice în condiții extreme.

În starea de șoc se dereglează concomitent sau în lanț o mulțime de procese fiziologice în organism - respirația, circulația sîngelui, schimbul de substanțe în țesuturi și organe, dereglarea sistemului nervos și autoreglării hormonale, a termoreglării și dereglarea stării psihice. Cel mai des este întâlnit șocul traumatic, care apare în toate traumele grave și multiple - lezarea capului, cutiei toracice, abdomenului, organelor și oaselor bazinului și fracturarea oaselor mari cu hemoragie.

Semnele de șoc:

1. Prima fază, numită erectilă - pacientul își pierde autocontrolul, este agitat, poate să strige, să rîdă, să fugă, poate fi indiferent sau agresiv. Fața este palidă, pupilele dilatate, privirea arată neliniște, respirația și pulsul sunt înțepite. Treptat are loc liniștirea, care seamănă cu o "îmbunătățire falsă" - începe inhibiția.

2. Faza a doua, numită torpidă - pacientul devine indiferent, nemișcat, pasiv, nu vorbește activ (poate răspunde scurt, neclar, la întrebări). Tegumentele palide, acoperite de sudoare rece și lipicioasă, membrele sunt reci, conștiința e păstrată.

Respirația este deasă și superficială, pulsul slab, filiform, uneori cu greu se palpează. Apare setea, uneori vomă. Șocul poate apărea imediat după traumă sau peste un anumit timp. El poate fi condiționat de acordarea întârziată sau greșită a ajutorului medical, transportarea neglijentă a sinistratului.

Ordinea acordării ajutorului medical:

1. De lichidat cauza șocului - de oprit hemoragia, de stîns focul, de eliberat membrul strivit, de efectuat imobilizarea de transport.
2. Dacă sinistratul este în cunoștință - de administrat analgetice.
3. Dacă nu este rană abdominală - de dat ceai fierbinte.
4. De acordat o poziție crușătoare sinistratului, capul trebuie întors pe o parte, pentru evitarea asfixiei sau decăderii limbii.
5. Pe timp rece - de încălzit pacientul, pe timp de arșiță - de asigurat răcorirea.
6. În caz de necesitate - de făcut reanimarea cardio-pulmonară.
7. Nu lăsați pacientul fără supraveghere, nu-i permiteți să fumeze, să folosească alcool. Nu faceți abuz de termofoare, deoarece acest fapt atrage spre piele sîngele din organele cu importanță vitală.

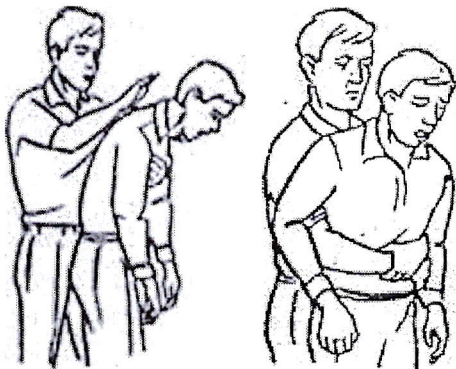
Ajutor medical în asfixie

Asfixia este o stare deosebit de gravă, ce se caracterizează prin stoparea pătrunderii de aer și oxigen (sau pătrunderea insuficientă) în plămîni, și prin urmare - la creier, inimă și alte organe vitale.

Cauzele asfixiei pot fi: trauma căilor respiratorii, obturarea lumenului, strangularea sau lipsa de oxigen în aer (lipsa totală sau înlocuirea lui cu alte gaze toxice).

Mecanismele de asfixiere:

- Obturarea căilor respiratorii prin căderea limbii, în deosebi la persoanele fără cunoștință.
- Obturarea cu produse alimentare (boluri sau lichide), cu mase vomitive, de regurgitație sau sînge, cu corpi străini.
- La înec - umplerea cu apă a căilor respiratorii.
- Obturarea prin spazm laringean din cauza excitării coardelor vocale cu corp străin.
- Edem laringean din cauza arsurii, reacției alergice după înțepătura de insecte, în boli infecțioase.
- Strangularea cauzată de spînzurare sau înădușire criminală.
- Imposibilitatea de a respira din cauza strivirii cutiei toracice cu pămînt, pietre, în gloată, etc.



- Răni deschise ale căilor respiratorii, ale plămînilor, pneumotoraxul, hemotoraxul.
- Convulsii și accese de natură psihiatrică sau neuropatologică.
- Anoxia - lipsă de oxigen în aerul respirat.
- Intoxicația - prezentă în aerul respirat a gazelor (sau vaporilor) toxice, care afectează respirația.

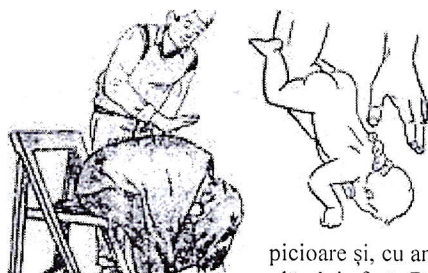
Simptomele de asfixie

- Respirație îngreuiată, creșterea frecvenței și adîncimii respirației.
- Respirația devine zgomotoasă, răgușită.
- E posibilă apariția spumei, umflarea venelor gîtului și a feței, fața încordată, nările participă în procesul respirației.
- Albăstrirea feței, buzelor, unghiilor, neliniște pronunțată.

- Sinistratul nu poate vorbi, se apucă involuntar cu mîinile de gît.
- Pierde cunoștința, cade. Se oprește respirația și apoi inima.

Ajutor urgent în asfixie

De lichidat urgent pricina, care a cauzat asfixia.



În caz de obturație sau strangulare:

- de restabilit accesibilitatea (permeabilitatea căilor respiratorii). Dacă e necesar - de curățit gura de resturi alimentare, mase vomitive, proteze, corpuri străine, ș.a.

- dacă pacientul este în cunoștință - îi recomandăm să tușească de câteva ori, să facă o expirație forțată.

- dacă nu poate - trebuie să îndeplinim o procedură, numită "manevra Heimlik": îmbrățișăm de la spate pacientul care se află în poziție șezîndă sau în picioare și, cu ambele mîini, îl strîngem brusc în regiunea abdomenului, pentru a forța aerul să iasă din plămîni afară. Dacă nu este efect - se repetă de 4-5 ori. Uneori este suficient de a face cîteva lovituri între omoplați, pacientul fiind aplecat cu capul în jos.

- dacă pacientul este fără cunoștință - îl întoarcem cu fața în sus, capul pe o parte; încălecăm pe el la nivelul șoldurilor, amplasăm ambele mâini pe centrul abdomenului și facem 4-5 apăsări puternice spre cutia toracică, spre diafragma - (înainte și în jos - sub unghi de 45°), la fel pentru a forța aerul din plămâni să iasă și să scoată corpul străin, ce obturează căile respiratorii.

- După dezobturarea reușită - facem respirație artificială, dacă pacientul nu respiră de sine stătător.

În caz de asfixie prin anoxie sau din cauza gazelor toxice:

- Evacuarea urgentă a salvatorului și victimei din zona dată, după care se verifică prezența respirației, accesibilitatea căilor respiratorii și se face reanimarea.

Specificul acordării ajutorului în caz de asfixie la copii

Tactica generală este aceeași ca și la maturi, dar forța fizică aplicată de salvator trebuie să corespundă vârstei copilului, pentru a nu-i provoca traume adăugătoare.

Pentru a dezobtura căile respiratorii la un copil de vîrsta mică, vă așezați pe un scaun, sau pe un genunchi. Culcați copilul cu fața în jos pe genunchiul D-voastră. Ținîndu-l cu o mîină pe piept, cu cealaltă loviți ușor dar brusc de 4-5 ori între omoplați. Dacă corpul străin n-a ieșit, îndepliniți manevra Heimlik. Dacă copilul a pierdut cunoștința - îl culcați pe o suprafață dură și îndepliniți manevra Heimlik în poziție culcată, dar cu o singură mîină.

Primul ajutor în caz de arsuri

Arsurile - sunt traumarea pielii și a țesuturilor moi cauzate de temperatura înaltă, de factori chimici, electricei sau radiație.

Gravitatea stării victimei depinde de coraportul adîncimii, suprafeței arsurii și localizare. Metoda orientativă, convențională de măsurare a suprafeței arsurii este regula "palmei", care constituie aproximativ 1% din toată suprafața corpului. În așa mod, la maturi, suprafețele corpului se vor stabili pe zone convenționale: o mîină = 9%, un picior = 18%, partea din față a corpului = 18% partea din spate = 18%, capul și gîtul = 9%, perineul = 1%.

Cele mai nefavorabile sunt arsurile feței, capului, palmelor și tălpilor, perineului și organelor genitale, arsurile căilor respiratorii și a tractului digestiv.

Primul ajutor:

În arsurile termice cu flăcără:

1. De stins urgent flacăra cu apă, zăpadă, sau prin acoperirea cu o plapumă sau haină, fără învelirea capului, pentru evitarea intoxicației cu oxid de carbon și evitarea arsurilor căilor respiratorii.

2. După posibilitate, de scos hainele arzînde sau de tăiat. O metodă de a stinge hainele arzînde este culcarea victimei pe pămînt. Nu se permite stingerea flăcărilor cu minile goale, cu palmele sau alergînd.

Suprafața arsă poate fi stropită timp de 15-20 minute cu apă curată, rece sau acoperirea cu zăpadă, pentru micșorarea durerii și prevenire a edemelor.

3. Pe suprafețele mari de arsură se aplică o fașă sterilă și urgent se internează.

4. Victimei i se administrează preparate analgetice și sedative (valeriană).

5. În nici un caz nu se vor sparge bulele formate. Pe suprafețele arse nu se aplică unguente, grăsimi, uleiuri, lactate sau alte lichide, nu se presară cu sodă de bucătărie sau amidon. Toate aceste substanțe pot serios dăuna pacientului, infectează rana, formează o peliculă densă, ce duce la supraîncălzirea locului dat și la agravarea arsurii și urmărilor ei. Nu se permite prelucrarea arsurii cu iod, cu verde de briliant, cu permanganat de kalium sau alte medicamente cu coloranți. Se permite numai udarea cu apă curată și rece și aplicarea medicamentelor destinate special pentru arsuri (de regulă - aerosoli). În cazuri aparte se permite aplicarea unor șervețele sterile, udate cu soluție slabă de alcool (pînă la 30°), care are efect analgezic și dezinfectant.

În arsurile termice cu aburi

1. Se stropște cu apă rece locul arsurii sau se scufundă în apă rece.

2. Haina nu se scoate în mod obișnuit. Este mai preferabilă tăierea ei. Suprafața arsurii este foarte sensibilă și ușor poate fi distrusă pielea sau bulele formate.

3. Nu se aplică pe arsuri nici o substanță la întîmplare, deoarece prin pielea traumatată de arsură absorbția oricăror substanțe are loc cu o viteză de multe ori mai mare decît prin pielea sănătoasă. În acest caz pot apărea alergii, intoxicații sau alte efecte nedorite.

În arsurile cu substanțe chimice

1. Se scoate sau se taie hainele îmbibate cu această substanță chimică.

2. Suprafața afectată se spală bine 15-20 minute sub apă curgătoare, pînă la dispariția mirosului specific al chimicului. Șuvoiul de apă trebuie îndreptat perpendicular suprafeței arse și nu de-a lungul ei, în așa mod ca suprafața de prelingere a apei să fie cît mai mică posibil, pentru a evita răspîndirea arsurii.

3. În caz de arsură cu acid sulfuric - suprafața nu se spală cu apă curată, deoarece ușor duce la lărgirea suprafeței arse. Spălarea se face cu soluție de săpun, cu soluție de sodă de mîncare (1 linguriță la 1 pahar de apă).

4. În caz de arsură cu acizi - după efectuarea spălăturii, pe suprafața arsurii se pot aplica șervețele udate cu soluții bazice - de sodă de mîncare.

5. În caz de arsuri cu baze - după spălare se aplică șervețele udate cu soluții acide - oțet de masă (1 la 1 cu apă), sare de lămîie sau suc natural de lămîie.

6. Soluțiile neutralizante nu se aplică înainte de a face spălătura cu apă, deoarece poate avea loc o reacție chimică puternică, ce poate duce la agravarea arsurii.

7. În caz de arsură cu var nestins, suprafața se absoarbe cu tifon uscat și nu se spală cu apă, deoarece la contactarea apei cu varul nestins are loc o reacție chimică cu eliminarea unei cantități mari de energie termică, ceea ce poate duce la agravarea arsurii. Spălarea se va face după eliminarea resturilor de var de pe piele. După spălare - se permite aplicarea unui strat subțire de ulei vegetal.

8. La nimerirea pe piele a amestecurilor de smoală - ele se curăță cu un tampon îmbibat cu gaz, petrol sau benzină. În acest caz trebuie de respectat tehnica securității antiincendiare.

După orice arsură, indiferent de adîncimea și suprafața lor, sau starea pacientului, pacientul trebuie examinat de un medic și de urmat toate prescripțiile primite !

Acordarea ajutorului în caz de traume sau arsuri ale ochilor

1. În caz de pătrundere în ochi a unui corp străin chimic activ - este necesar de a-l înlătura atent cu un colț de materie curată, udat cu apă curată, după care ochiul se spală abundant sub apă curgătoare, ținînd pleoapele deschise cu degetele.

2. În caz de arsură chimică a ochilor, fața se spală abundant sub apă curgătoare, mai întîi cu ochii închiși și peste cîteva minute se spală și ochii, ținînd pleoapele deschise cu degetele. Pansamente pe ochi nu se pun.

3. În caz de traumă (contuzie) a ochiului, deasupra pe pleoape se aplică un tampon mare, ud cu apă rece.
4. În caz de nimerire în ochi a unui corp străin, care nu se vede, nu poate fi scos - în mod urgent pacientul trebuie examinat de medic. În mod deosebit aceasta se referă la pătrunderea în ochi a unei așchii de sticlă !
5. Pentru transportare la spital, pacientul are nevoie de însoțitor, în special, dacă este necesitatea de a aplica pansament pe față și în regiunea ochiului.
6. În caz de lezare numai a pielii - pansamentul poate fi aplicat pe un ochi separat.
7. În caz de lezare a ochiului - se recomandă acoperirea ambilor ochi. Aceasta se explică prin faptul că ochii, în mod normal, se mișcă sincron (concomitent în aceeași direcție) și dacă ochiul sanatos se va mișca - aceasta va provoca durere suplimentară în ochiul afectat.
8. Pacientul trebuie examinat de medic în fiecare caz de afectare serioasă a ochilor, indiferent de natura traumei !

Acordarea ajutorului în electrotraume și traumare cu fulger

1. De întrerupt imediat accesul curentului electric către victima !
2. Dacă este posibil - de folosit în acest scop întrerupătoarele respective. Dacă nu sunt întrerupătoare în apropiere - sarma de curent electric trebuie îndepărtată de la victima cu orice obiect uscat nemetalic (lemn, plastic, cauciuc) sau cu orice obiect metalic, dar folosind mănuși de cauciuc pentru auto-protecție.
3. Dacă suprafața electrică de contact nu este o sarmă - încercați să deplasați victima de la sursa de curent - tragând de haina uscată sau folosind aceleași obiecte nemetalice.
4. Nu se permite atingerea de victima sau de sursa de curent cu minile goale !
5. Nu se permite apropierea de victima, fără de mijloacele necesare de auto-protecție, în caz de ploaie, gheață, zapadă !
6. Dacă victima este expusă unui curent electric de înaltă tensiune - apropierea de ea se face cu pași cât mai mici, trăgând picioarele de pământ (este posibilă electrocutarea salvatorului prin formarea unui arc electric).
7. Dacă victima se află la înălțime - se vor lua măsurile necesare de a evita traumatismul în caz de cadere.

După eliberarea victimei de sub curentul electric:

1. Se verifică imediat prezența respirației și a bătăilor inimii. În caz de necesitate se începe imediat reanimarea. Tipic pentru reanimarea pacienților cu electrotraume este faptul, că ei au mai multe șanse de supraviețuire, deoarece organismul este practic sănătos, neafectat de boli acute. În aceste cazuri se permite prelungirea duratei de reanimare până la 45 minute - 1 ora.
 2. Dacă respirația și pulsul sunt prezente - se examinează locurile de intrare și de ieșire a curentului electric (minile, picioarele, corpul) - acolo pot fi prezente arsuri de diferită adâncime și suprafață. În caz de depistare a arsurilor - tactica este aceeași ca la arsurile termice cu flacăra, se aplică pansamente sterile.
 3. În caz de necesitate se dau medicamente analgetice, calmante (valeriană) și cardiace (validol).
 4. Acordarea ajutorului în caz de traumare prin fulger este aceeași ca la electrocutare. Starea generală a victimei este mai gravă, mai des are loc oprirea respirației și inimii.
- Orice persoană care a suferit în urma electrotraumei, necesită internare la spital pentru observare, indiferent de starea victimei, acceptarea sau refuzul internării - există riscul de oprire bruscă a inimii și respirației peste un anumit timp după electrotrauma !!!

Acordarea ajutorului în caz de lipotimie

Lipotemia (lesinul) - este o stare de pierdere a conștiinței pe o durată scurtă de timp - de la câteva secunde până la câteva (4-5) minute. Pierderea conștiinței pe o perioadă mai mare este deja un semn de dereglări serioase în organism și necesită urgent asistență medicală specializată. Pierderea conștiinței, fără ca pacientul să-și revină, este numită stare de coma și prezintă pericol serios pentru viață.

Lipotemiile au loc adeseori în mod reflector - din cauza insuficienței de oxigen în aerul inspirat (aglomerare de oameni într-o încăpere închisă, neaerisită), din cauza unui stres puternic (psihic sau fizic), din cauza unei traume, lovituri dureroase, din cauza insolatiei, supraoboselii, din cauza încălcării regimului de alimentare.

Specific este faptul, că pacientul ar putea să-și revină și singur peste o anumită durată de timp. Dar totuși asistența persoanelor din jur este binevenită.

Pacientul trebuie scos într-un spațiu răcoros, bine aerisit, trebuie culcat cu fața în sus și capul pe o parte. Sub minile și picioarele se recomandă de a pune obiecte mari - dacă e posibil trebuie de asigurat o poziție în care minile și picioarele se află mai sus decât corpul, iar capul - mai jos decât corpul. Dacă este disponibil - se dă de mirosit un tampon cu amoniac, se stropește fața cu apă rece. Se descheie nasturii, se slăbește cravata, cureaua. Dacă pacientul nu-și revine - se solicită urgent ajutor medical !

Acordarea ajutorului în caz de intoxicații cu gaze

La depistarea unei victime într-o încăpere, unde se simte miros de gaz (de orice tip), trebuie:

- De evacuat urgent victima din încăperea dată.
- De verificat prezența respirației și a pulsului. În caz de necesitate - de făcut reanimare. Apelați la Salvare, sunând la 903.
- De oprit eliminarea gazului (dacă este posibil).
- De aerisit bine încăperea.

Simțind miros specific de la plită de gaz, formați imediat numărul 904 și anunțați dispecerul, indicând adresa precisă.

Pentru a evita explozia - nu va atingeți de aparatele electrice sau de întrerupătoare, nu va folosiți de telefon, sonerie, lanternă de buzunar, chibrite sau luminari ! În acest caz puteți suna numai de la telefonul unui vecin mai îndepărtat, unde n-a pătruns acest gaz !

Nerespectarea acestor cerințe vă poate pune viața proprie și viața victimei în pericol foarte serios !

Dacă explozia sau incendiul totuși au loc, anunțați la telefonul 91 (sau 112) serviciul antiincendiar.

Acordarea ajutorului în caz de insolatie sau soc termic

Catre insolatie sau soc termic pot predispuce următorii factori:

- Aflarea de lungă durată sub razele solare pe timp de arși.
- Temperatura înaltă a mediului ambiant în combinație cu umiditatea ridicată.
- Aflarea într-o încăpere închisă, unde temperatura aerului este înaltă și aerisirea e insuficientă.

- Lucrul fizic greu într-un mediu cald sau fierbinte, în deosebi, fiind îmbrăcat în uniforma de serviciu ce predispune la încălzire.

Un grad înalt de risc se observă la persoanele:

- Care suferă cronic sau acut de boli cardiovasculare
- Care suferă de obezitate, dereglări hormonale și de metabolism
- Care suferă de distonie vegeto-vasculară
- ; Care suferă mulți ani de boli cronice incurabile
- Nu sunt deprinse cu condițiile împrejurătoare prezente: locuiesc într-o altă zonă climatică, au altă profesie decât activitatea îndeplinită la moment,
- Copiii de vîrstă mică,
- Persoanele în vîrstă, persoanele cu supraoboseală.

Se determină trei trepte de supraîncălzire:

1. Treapta ușoară - slăbiciune generală, somnolență, vertij (amețeli), dureri de cap, greață.

2. Treapta medie - dureri pronunțate de cap, greață, vomă, necoordonarea mișcărilor, dereglări ușoare de conștiință, posibil lipotemie. Tegumentele sunt înroșite, adeseori - transpirații calde, temperatura corpului - 38° - 40°. Respirația și pulsul se întetesc.

3. Soc termic - dereglarea cunostințe, deliriu (aiureli), halucinații, pierderea cunostinței. Respirația este deasă, slabă și superficială, tegumentele palide, posibil cu nuanță albastrie. Pulsul este des - 120-140 bătăi pe minut. Pielea poate fi uscată sau acoperită cu sudoare lipicioasă. Există riscul de oprire a respirației din cauza decaderii limbii.

Ajutorul medical:

– la prima treaptă este suficientă evacuarea victimei într-o încăpere răcoasă și bine aerisită, stropirea cu apă rece, ventilarea. Se dau lichide de băut, mai bine apă minerală sau un pahar de apă rece cu 1 linguriță de sare de bucatărie.

– la treapta a doua de insolatie - toate măsurile recomandate la prima treaptă și suplimentar - se dezbracă pacientul și se înfășoară total într-un cearsaf udat bine cu apă rece. La cap se pune un servet cu apă rece sau chiar și o pungă cu gheață. Se aplică comprese reci la gât, subsoari și în regiunea inghinală. Nu se aplică pungă cu gheață în regiunea inimii !

– în caz de soc termic - toate cele recomandate mai sus și suplimentar: observarea permanentă pentru a evita asfixia din cauza caderii limbii. În caz de necesitate - reanimare. În caz de vomă - capul trebuie de întors pe o parte.

Ajutorul în caz de întepături de insecte

În cazul întepăturii de insecte (albini, viespe, bondar, s.a.) pot apărea atât reacții locale (alergice), cit și reacții generalizate (toxice). Pentru reacțiile locale sunt specifice: durere și mâncărime în locul întepăturii sau pe o suprafață mai mare, senzație de fierbinteală în locul dat, înroșire și edematiere. Reacția generalizată poate apărea dacă persoana a fost întepată de 5 și mai multe insecte sau are sensibilitate individuală la întepătura de insecte (fiind suficient o singură întepătura).

Reacția generală se poate manifesta brusc și la semnele locale se alătură durerea de cap, durere în abdomen, vomă, ridicarea temperaturii corpului, tremor și convulsii. Reacțiile alergice se manifestă în mediu la 1-2% din persoanele întepate de insecte.

Reacțiile pot fi întârziate sau fulgeratoare, pot continua cu apariția socului anafilactic și decesul pacientului.

Ajutorul :

- De scos acul (teapa) insectei cu o pincetă, ac sau cutit, dar fără strivirea ei pînă la extragere.
- Locul întepăturii se prelucrează cu apă oxigenată sau soluție alcoolică.
- Pe locul întepăturii se aplică pungă cu gheață pentru scăderea absorbției veninului în sange.
- Se dă victimei unul din preparatele antihistaminice (dimedrol, tavegil, suprastin, pipolfen, diazolin 1-2 tab / maturi), 20-25 picături de cordiamina.
- în caz de oprire a respirației și inimii - se face reanimare.
- Apelați la Salvare pentru a interna pacientul în spital.

! De reținut faptul, că dacă prima întepătura a trecut relativ ușor și fără complicații, întepăturile repetate pot forma în unele cazuri o imunitate, iar în altele - din contra - o sensibilizare a organismului, urmată de soc anafilactic și deces !

De aceea atitudinea față de o simplă întepătura de insectă nu trebuie să fie neglijentă !

Uneori neglijența va poate costa viața.

Ajutorul medical în intoxicațiile cu ciuperci

Intoxicațiile cu ciuperci pot avea loc numai din vina oamenilor, care le folosesc în alimentație fără a le putea deosebi pe cele comestibile de cele otrăvitoare, sau dacă sînt necompetenți și se încredințează unor oameni intamplatori.

Intoxicațiile se deosebesc după timpul apariției lor:

intoxicațiile "fulgeratoare" de la 15 minute pînă la 2 ore după ingerare, și intoxicații întârziate - de la 5 pînă la 72 ore.

Semnele de intoxicație cu ciuperci sînt:

- greață, vomă, dureri în burta, diaree, sete și uscăciune în gura,
- diaforeză (transpirație) și salivare abundentă
- slăbiciune generală, amețeli
- întetirea respirației și pulsului, scăderea tensiunii arteriale,
- ridicarea temperaturii corpului
- îngustarea pupilelor, dereglarea vederii.
- În intoxicațiile puternice sînt posibile:
- dereglări de conștiință, halucinații, aiureli,
- convulsii, excitație motorie, tremor
- pierderea cunostinței, colapsul, coma.

Acordarea ajutorului în caz de intoxicație

1. Mai întîi de toate se cheamă Salvarea, deoarece pacientul necesită internare urgentă în spital, indiferent de gravitatea intoxicației.

2. Pînă la venirea medicilor, se pregătește un vas mare cu apă (o caldare) potabilă la temperatura camerei și o cană mare, o musamă și un taz sau caldare pentru vomitare. Spălarea stomacului trebuie începută încă pînă la sosirea Salvării. Pacientul

trebuie sa bea cit mai multa apa (2-3 litri) si imediat sa o vomiteze. Procedura se repeta de cate ori este nevoie, pina nu iese din stomac apa curata. Dupa aceasta se va face o clizma si se vor da 4-5 tablete de carbune activat.

3. Se da de baut mult lichid rece - ceai, cafea, compot, suc, lapte.

4. Pacientul va fi culcat in pat, se interzice deplasarea desinestatatoare la spital pina la spalarea stomacului (spalarea va elimina toxinele, iar miscarea, alergarea sau mersul pe bicicleta vor intensifica absorbtia toxinelor in sange).

Urmările intoxicatiei pot fi usoare sau mortale. Acesta depinde de mai multi factori: tipul ciupercilor, cantitatea folosita, starea fizica a pacientului. Anume din acest motiv internarea este obligatorie.

Intoxicatiile cu elemente chimice

(mercur, clor, amoniac, substante fosfor-organice)

Reguli generale in caz de intoxicatii cu substante chimice:

- intreruperea contactului victimei cu substanta chimica, evacuarea din zona afectata, imbracarea costumelor speciale, a mastilor-antigaz sau a mastilor izolatoare (cu sursa autonoma de oxigen), a respiratoarelor si altor mijloace de protectie individuala.
- curatirea, dezactivarea resturilor de substante chimice ce pot prezenta pericol
- folosirea antidotilor existenti, corespunzator substantei chimice
- in afara zonei afectate - spalarea corpului sau a portiunilor afectate, prelucrarea ranilor, arsurilor.
- In caz de necesitate - efectuarea reanimarii.
- Instalarea carantinei teritoriale, pentru evitarea maririi numarului de sinistrati.
- Informarea serviciilor specializate (Salvare, Protectie Civila, pompieri, serviciul gaze, etc.)

Intoxicatia cu mercur

Mercurul se contine in multe aparate casnice (termometru medical, tonometru de tip vechi), in componenta unor vopseli, in procesele tehnologice industriale. Vaporii de mercur sint de 7 ori mai grei decit aerul. Intoxicatiile pot surveni la patrunderea vaporilor in organism cu aerul inspirat, prin tractul digestiv sau prin piele.

Semne de intoxicatie cu mercur:

Slabiciune generala, tremor, dureri de cap, dureri in abdomen, gretata, voma, dureri la deglutitie (inghitire), durere si sangerarea gingiilor ("stomatita mercurica").

In cazurile usoare de intoxicatie, dereglarile dispar in timp de 2-3 saptamani si se restabilesc toate functiile. In intoxicatiile grave survine moartea pacientului din cauza dereglarilor serioase in rinichi, splina, oase, inima, creier si alte organe.

La patrunderea mercurului in organism, peste 10 minute se raspandeste in tot corpul si se depune in organele susnumite, provocand schimbari ireversibile.

Primul ajutor in intoxicatiile cu mercur:

- De spalat imediat stomacul cu apa si carbune activat.
- De dat pacientului sa bea lapte, albus de ou amestecat cu apa.
- De apelat la Salvare si la Serviciul de Protectie Civila pentru infaptuirea demercurizarii (daca in mediul ambiant mai sunt vaporii de mercur sau este mercur varsat pe jos).
- Pacientul necesita internare in spital !

Este obligator de a informa organele locale de Protectie Civila despre toate cazurile de varsare a mercurului pe jos, despre defectarea serioasa a aparatelor ce contin cantitati mari de mercur (pentru o intoxicatie mortala sunt suficiente 2-5 grame de mercur !!!), cit si despre cazurile de depistare a unor obiecte sau aparate fara de stapan, care contin mercur ; aceste obiecte trebuie transmise reprezentantilor Protectiei Civile.

Intoxicatiile cu clor

Clorul este un gaz cu proprietati excitante active (de asfixiere), ce afecteaza caile respiratorii, plaminii, pielea, ochii si mucoasele, provocand chiar si arsuri puternice.

Semne de intoxicatie: dureri taietoare in ochi, usturime, dureri in piept, lacrimatie, tusa uscata chinuitoare, sufocare, voma, eliminarea unei spume albe din caile respiratorii, cu amestec de sange, necoordonarea miscarilor, dereglarea cunostintei, pina la pierderea cunostintei.

Ajutor: masca antigaz de tip "B", de culoare galbena, folosirea respiratoarelor umezite, evacuarea urgenta din zona afectata. Transportarea sinistratilor se face obligator pe targa. Inhalatii cu oxigen din perna sau balon, prin masca si inhalatii a vaporilor de alcool, pentru diminuarea spumei (edem pulmonar). Pielea si mucoasele trebuie spalate cu sol 2% de soda de mancare timp de 15 minute.

Intoxicatiile cu amoniac

Amoniacul este un gaz cu capacitati active de asfixiere si neuroparalitice.

Poate provoca edem pulmonar si dereglari serioase ale sistemului nervos.

Semne de intoxicatie: tusa, usturime in ochi, lacrimatie, sufocare, ragusire, voma, excitabilitate marita, arsuri chimice a pielii, mucoaselor si cailor respiratorii. Este posibila oprirea respiratiei si a inimii.

Ajutor: masca-antigaz de tip "KD", de culoare sura sau masca izolatoare, sau cel putin - folosirea unui respirator umezit cu solutie de acid citric (sare de lamaie). Evacuarea urgenta din focar. In ochi se picura sol. Albucid, cate 2 picaturi in ambii ochi.

Intoxicatiile cu substante fosfor-organice

La ele se refera majoritatea insecticidelor casnice - tiofos, clorofos, carbofos, dihlfos, metafos, karate, regent, si altele; sau in catastrofe tehnogene sau militare.

Intoxicatia poate avea loc la patrunderea intamplatoare (sau suicidala) a acestor substante pin stomac, prin caile respiratorii sau piele.

Mecanismul de afectare este explicat prin distrugerea selectiva de catre aceste substante a fermentului colinesteraza, care participa in transmiterea impulsurilor nervoase in tot corpul, ce in final duce la paralizie si chiar ineficienta reanimarii corect efectuate.

Simptoamele se pot manifesta peste un timp de pina la 2 ore:

ingustarea brusca a pupilelor, cu dereglarea vederii; hipersalivatie, transpiratie abundenta, spazmul cailor respiratorii cu sufocare, rarirea pulsului, diaree, convulsii. In formele mai grave sufocarea este urmata de oprirea respiratiei si a inimii, posibil pe fondul convulsiilor.

Ajutor: in focar se foloseste masca antigaz de tip B, culoare galbena sau oricare alta. La nimerirea in stomac - se va face urgent spalatura stomacala cu apa si se da carbune activat (3-4 linguri la 200 ml apa).

Internare de urgenta la spital, deoarece cel mai eficient ajutor este administrarea medicamentelor-antidot si observarea neintrerupta a pacientului de catre medici.

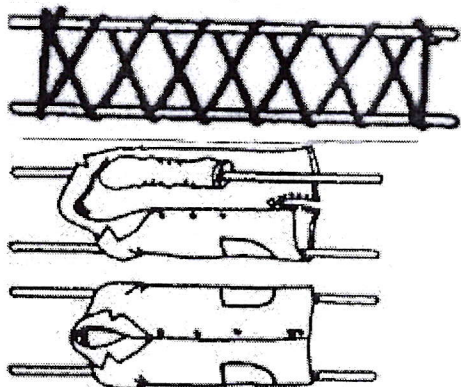
Reguli generale de transportare a sinistratilor si amplasare in transport pentru evacuare.

Transportarea pacientilor nu se face pina nu s-a acordat ajutorul minimal necesar: efectuarea reanimarii cardio-respiratorii, oprirea hemoragiei, imobilizarea de transport, bandajarea ranilor si a arsurilor, administrarea preparatelor analgetice.

Transportarea pacientilor nu se face pina nu s-a facut triajul (clasificarea) sinistratilor, pentru a stabili ordinea - cine si cind, cu ce transport va fi evacuat. Daca la transportarea pacientilor va avea loc un haos, cineva ar putea castiga putin, iar majoritatea sinistratilor ar putea sa-si piarda viata, neajungind pina la spital !

Ceea ce se pare a fi un lucru simplu si de o importanta mica - are din contra importanta destul de mare.

In folosul pacientului este ca acordarea ajutorului, cit si transportarea, sau imbarcarea in transport sa fie facuta de catre 3-4 sau mai multi salvatori; in timp ce triajul trebuie sa fie facut de cit mai putine persoane - 1-2 specialisti bine pregatiti in acest domeniu. De aceasta depinde mult viata si soarta sinistratilor.

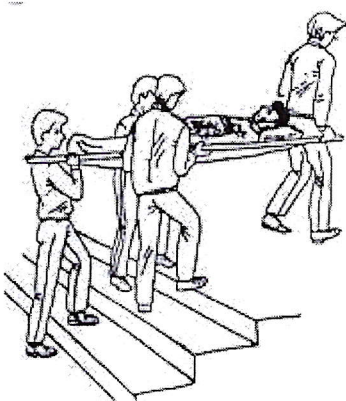


Pentru transportare trebuie folosite brancarde si scuturi (scinduri lungi) standarde, iar in caz de lipsa sau insuficienta a lor - pe brancarde improvizate. Sinistratii cei mai gravi se vor transporta pe brancardele (scuturile) standarde, iar cei mai usori - pe cele improvizate! Targile improvizate pot fi facute din diferite mijloace: bete, scinduri, haine de iarna sau de vara, schiuri si betele de la ele, cearsafuri mari sau alte bucati de panza, plapume, etc.

In unele cazuri, la distante scurte, la extragerea din masinile accidentate, din gropi, sinistratii pot fi transportati si pe mini de 1 sau 2 salvatori.

Schimbarea sinistratului de pe pamint pe o targa sau scut, mai ales atunci cind se presupun (sau la sigur sunt prezente) fracturi ale coloanei vertebrale, oaselor bazinului si a oaselor mari, se va face obligator de 4-5 salvatori (4 din ei vor schimba pacientul iar unul va manipula cu targa sau scutul sau va coordona miscarile concomitente ale celor 4 colegi).

Este deosebit de important de a limita sau evita deplin miscarile in locul fracturii !



Pozitia sinistratului pe targa trebuie sa fie crutatoare, sa previna aparitia complicatiilor posibile, asfixia cu mase vomitive sau sufocarea. In unele cazuri ii vom permite sinistratului sa ocupe singur pozitia confortabila pentru el.

Reguli generale de transportare

1. Pacientii cu traume cerebrale se vor transporta cu capul (sau si tot corpul) pe o parte pentru a evita asfixia cu mase vomitive.
2. pacientii cu traume abdominale se transporta cu fata in sus si picioarele indoite in genunchi.
3. pacientii cu traume ale spatelui se transporta culcati pe o parte sau cu fata in jos - cum le este mai usor sa se afle.
4. pacientii cu traume ale cutiei toracice, cu pneumotorax, emfizem, rupturi de coaste, se vor transporta in pozitie semisezinda, la spate li se pune un val mare din haine sau alte obiecte.
5. pacientii cu fracturi ale coloanei vertebrale sau o oaselor bazinului se transporta pe scut (scandura), brancarda fiind folosita doar in cazurile cind real nu poate fi gasit nici un scut.
6. pacientii fara cunostinta, care nu au fracturi, se vor transporta culcati pe o parte sau cu fata in jos, pentru a evita asfixia prin caderea limbii.
7. pe locurile drepte - usor-sinistratii pot fi transportati cu picioarele inainte, dar in cazurile, cind e necesar de a observa neintrerupt starea pacientului - transportarea se face cu capul inainte. Astfel persoana din urma poate privi permanent la sinistrat, poate reactiona la timp in caz de oprire a respiratiei, asfixie, schimbare a mimicii sau a culorii tegumentelor.
8. pe locurile inclinate, de panta, pe scari, targa trebuie sa se afle la fel in pozitie orizontala. Posibil unul sau doi din salvatori va trebui sa ridice targa pe umeri. In acest caz se permite capul sinistratului sa fie situat spre partea ridicata a terenului (salvatorii nu totdeauna reusesc sa tina targa in pozitie strict orizontala si atunci e mai bine ca picioarele sa fie mai jos si nu capul.)
9. in timpul deplasarii salvatorii nu trebuie sa mearga intr-un pas, ceea ce duce la clatinarea ritmica a brancardei si la ingeuiera transportarii.
10. in cazul transportarii la distante mari, este mai putin obositor, daca se folosesc cureli (standarde) de transport a sinistratilor sau funii.
11. Curelile pot fi folosite in transportarea sinistratilor fara de targa, cind acesta se permite (de exemplu - in trauma labei piciorului, dupa ce s-a facut corect imobilizarea). Cel mai des se foloseste aranjarea curelilor in forma cifrei 8, care se imbraca ca un ruciac. Inelele trebuie sa fie lasate in jos pina la nivelul minilor intinse. In asa mod se pot transporta si targile si sinistratii aparte. (vezi desenele respective)

Transportarea sinistraților pe mâni

1. Transportarea în brațe, ca pe un copil .Salvatorul ține pacientul în brațe sprijinind-o cu o mână de spate și cu alta – sub picioare.
2. Transportarea în spate -ca pe un ruczac. Pacientul îl cuprinde de la spate pe salvator, iar acesta îl ține pe pacient de sub picioare.
3. Transportarea pe umeri – este mai rațională în cazurile când sinistratul nu are traume, dar este fără cunoștință (de exemplu – în coma după intoxicație). Salvatorul ridică victima în spate, pe umeri, cu fața în jos. Capul îi atâră într-o parte și picioarele în alta.

Transportarea de către doi salvatori

1. Primul salvator se situează la spatele sinistratului și îl apucă de sub mână. Celălalt - fiind cu spatele la sinistrat – îl apucă de sub genunchi.
2. Transportarea pe mâinile fixe “în lăcată” - în așa mod pot fi transportați mai ușor sinistrații în cunoștință. Salvatorii se apucă reciproc de mâini, fiind față în față, apucând fiecare cu mîna sa mîna colegului mai sus de palmă. În mod imaginar, s-a format un scaun, sau fotoliu. Sinistratul se așează pe mâinile salvatorilor și îi cuprinde de umeri sau de gât pe ambii. Această poziție este cea mai ușoară, când nu sunt la dispoziție tărgi sau curele de transport.

Elaborat: Golea Rodica

Golea