

**«Экстренная медицинская помощь
пораженным в ЧС на догоспитальном
этапе при травмах. Травматический шок.
Синдром длительного сдавливания.»**

Классификация травм:

Монотравма - изолированное повреждение;

Осложнённая травма - повреждение опорно-двигательного аппарата, сопровождающееся травмой крупных сосудов и нервных стволов;

Множественная травма - повреждение двух или более органов или двух или более сегментов опорно-двигательного аппарата;

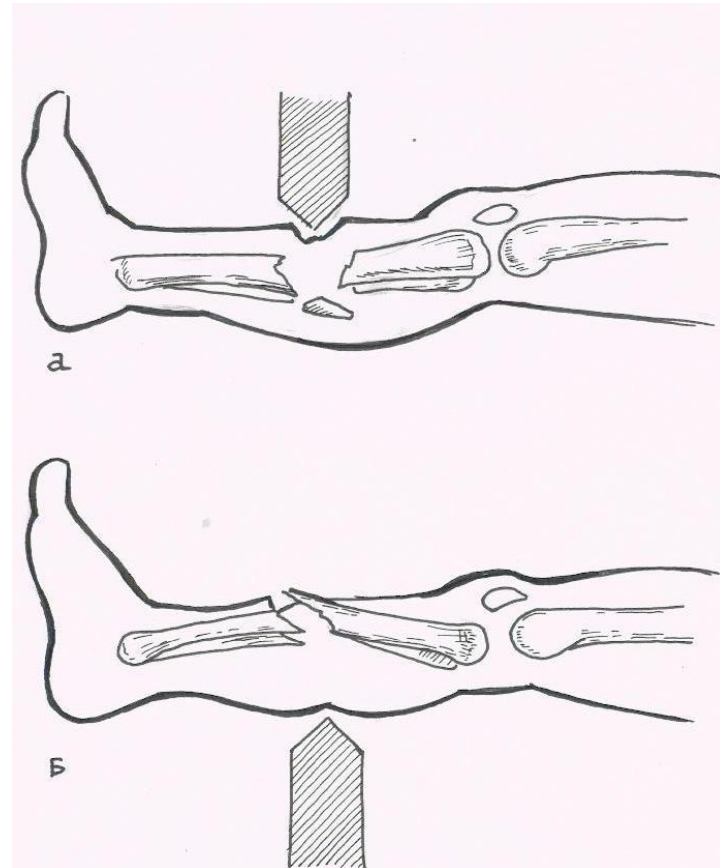
Сочетанная травма - повреждение внутреннего органа и сегмента опорно-двигательного аппарата

Комбинированная травма - повреждение, возникшее от различных травмирующих факторов;

Политравма - включает множественные, сочетанные и комбинированные механические повреждения

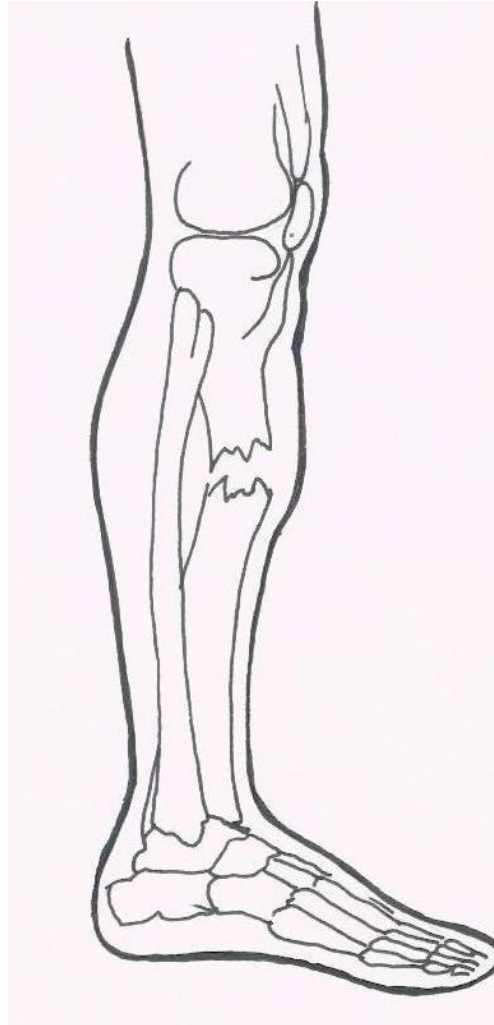
Перелом – это нарушение целостности костной ткани при механическом воздействии.

Открытые переломы – с повреждением целостности кожных покровов.



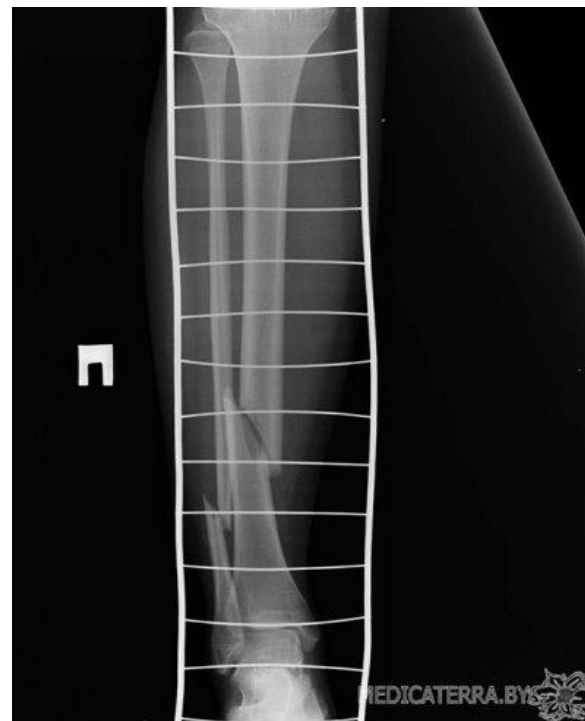
Первично открытый (а) и вторично открытый (б) переломы

Закрытые переломы – без повреждения
КОЖИ.



Опасность переломов заключается в том, что обломки костей повреждают мягкие ткани, кровеносные сосуды и нервы.

При открытых переломах в рану может попасть инфекция.



Признаки перелома костей конечностей

- боль в месте перелома, усиливающаяся при движении;
- патологическая подвижность в том месте, где физиологических движений быть не должно;
- ненормальная форма конечности – деформация;
- нарушение функции конечности;
- хруст обломков при попытке больного двигать конечностью, наложении повязки, шины.

Оказание помощи

Боль при переломе может стать пусковым механизмом развития шока, и поэтому при оказании помощи основные мероприятия направлены на снятие боли.

- Снять стресс и организовать получение медицинской помощи: уложить, успокоить пострадавшего, объяснить свои действия; вызвать «скорую помощь» или организовать доставку пострадавшего в больницу после оказания помощи на месте.
- Остановить кровотечение.
- Обработать рану: наложить стерильную повязку.
- Уменьшить боль: дать пострадавшему выпить две таблетки анальгина (**нельзя** при травме живота!).
- Создать покой пораженной конечности: наложить транспортную шину.
- Уменьшить кровоизлияние: приложить холод на место травмы поверх шины.
- Провести противошоковые мероприятия: согреть, напоить пострадавшего горячим сладким чаем (**нельзя** при травме живота!).
- Обеспечить безопасную транспортировку пострадавшего.
- Важным этапом оказания первой помощи является надежная иммобилизация поврежденной конечности с целью создания условий для безопасной транспортировки и уменьшения боли при случайном смещении отломков.

ТРАНСПОРТНАЯ ИММОБИЛИЗАЦИЯ

- Непосредственно на месте происшествия осуществляется транспортная иммобилизация – это создание неподвижности какой-либо части тела до момента доставки пострадавшего в лечебное учреждение.
- Цель иммобилизации – обездвижить отломки кости, предупредить вторичные повреждения сосудов, нервов, мягких тканей и тем самым уменьшить интенсивность боли при транспортировке.


Иммобилизацию можно проводить

- - подручными средствами, используя палки, лыжи, досочки, фанеру и т. д.

При любом способе иммобилизации следует придерживаться основных правил обеспечения транспортной иммобилизации.

Правила иммобилизации

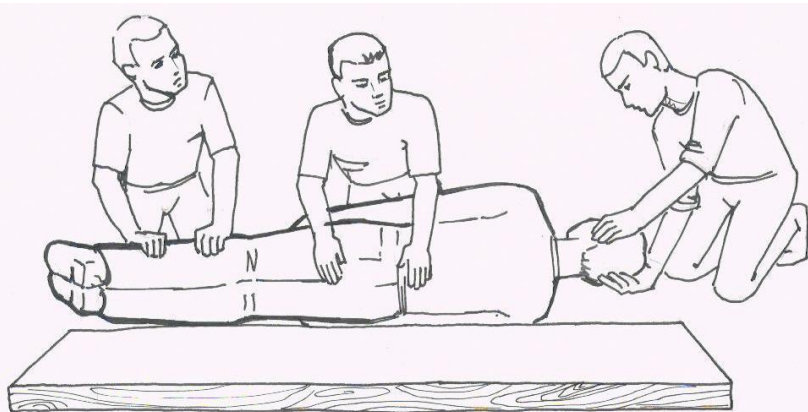
- Шина обязательно должна захватывать 2 соседних от места перелома сустава, а при переломах бедра и плеча – три сустава (все суставы конечности).
- Обязательно дать обезболивающие средства (анальгин, баралгин, пенталгин).
- Шину следует накладывать на месте происшествия прямо на одежду и обувь пострадавшего. Если на одежде пострадавшего присутствуют следы крови, то перед наложением шины следует разрезать одежду или обувь, осмотреть рану, остановить кровотечение и положить стерильную повязку.
- Перед положением шины осторожно придать конечности функционально выгодное положение. Перед наложением шину обортывают марлей или любой тканью. Костные выступы (мышцелки) защищают ватными прокладками.

- 
- Во время переключивания с носилок поврежденную конечность должен поддерживать помощник.
 - Неправильно выполненная иммобилизация может принести вред в результате дополнительной травматизации. Так, недостаточная иммобилизация закрытого перелома может превратить его в открытый и тем самым утяжелить травму и ухудшить исход.

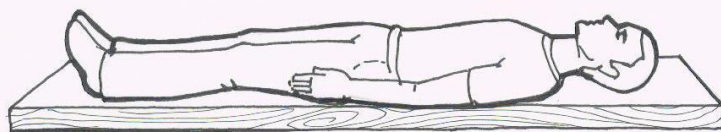
Особенности иммобилизации

При переломах позвоночника

Строго в положении лежа на спине на деревянном щите, жестких носилках. При использовании мягких носилок пострадавшего укладывают на живот, положив под плечи валик.

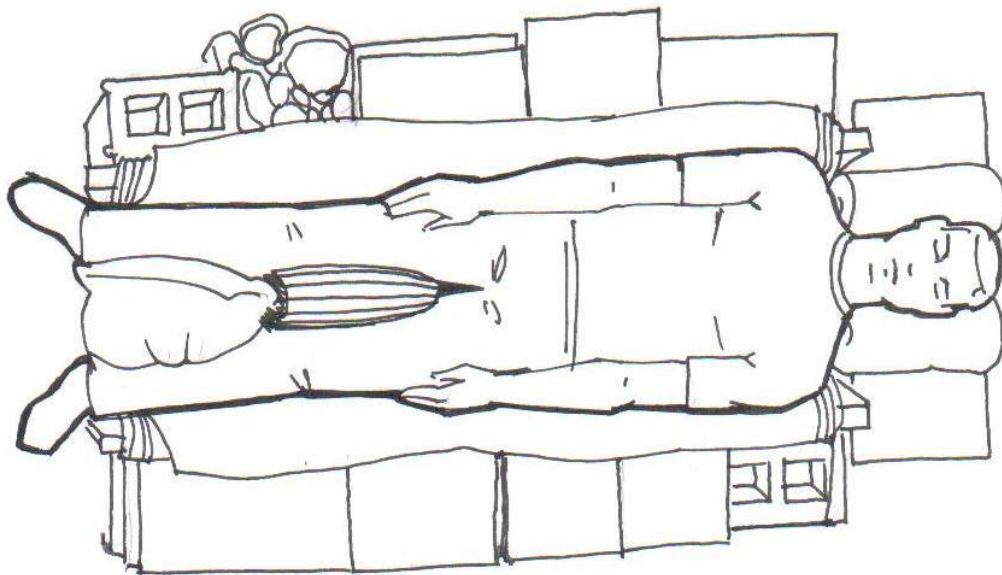


**Иммобилизации при переломах
позвоночника**




При переломах шейного отдела позвоночника.

Необходима дополнительная иммобилизация: под шею и плечи подкладывают свертки одежды.



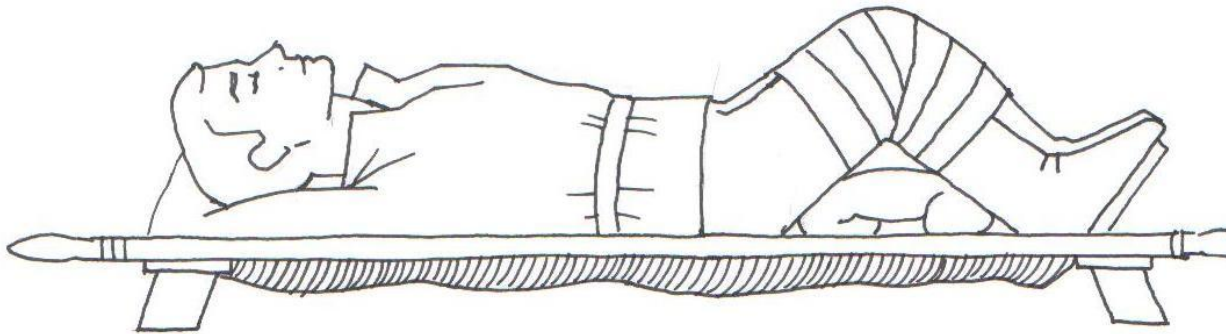
Подкладывание под шею и плечи
одежды при переломе
позвоночника



При изолированных переломах шейного отдела позвоночника движения головы ограничивают при помощи массивной ватно-марлевой повязки на шею (воротник Шанца).

При переломах костей таза.

Транспортную иммобилизацию осуществляют на стандартных носилках, связав колени между собой, и подложив под них импровизированный валик



Транспортная иммобилизация при переломе костей таза

При переломах ребер.

Иммобилизацию проводят наложением круговой или спиральной повязки на грудную клетку, а также подручными средствами.

При переломах костей черепа.

После остановки кровотечения и обработки раны пострадавшего укладывают на спину, под голову – ватно-марлевый круг или сложенную одежду. Голова должна быть фиксирована.





При переломах ключицы.

Иммобилизация косыночной повязкой.

Черепно-мозговая травма

Ранения черепа

Они возникают при ударах головой о твердые предметы, при падении, драках или дорожно-транспортных происшествиях и других катастрофах.

Симптомы:

- кровотечение;
- возможна потеря сознания, судороги;
- после травмы отмечаются головные боли, головокружение, тошнота, рвота;

При тяжелой ЧМТ – зрачки разной величины.

Первая помощь:

1. остановить кровотечение и обработать рану на голове, если пострадавший в сознании;
2. обезболить (две таблетки анальгина);
3. вызвать «скорую помощь» для осмотра и решения вопроса о госпитализации

ЗАКРЫТЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

Ушиб

Ушиб - это закрытое повреждение мягких тканей или органов без нарушения целостности кожных покровов. Чаще всего ушиб возникает от удара тупым предметом.

Симптомы: боль, кровоподтек (синяк), припухлость.



Первая помощь:

1. тугое бинтование - для уменьшения размеров кровоизлияния в тканях в месте ушиба, а также для снижения величины отека и создания покоя в поврежденной конечности;
2. придание конечности возвышенного положения, что способствует уменьшению размеров внутритканевых кровоизлияний, отека и остановке венозного кровотечения;
3. прикладывание на повязку в месте ушиба холода - способствует уменьшению боли, отека и остановке кровоизлияния. К месту ушиба можно прикладывать полиэтиленовый пакет, заполненный льдом или бутылку с холодной водой. Холод на месте ушиба можно держать до 2-х часов, делая каждые 15 мин короткие перерывы;
4. применение обезболивающих средств: пострадавшему можно дать 1-2 таблетки анальгина, 1 таблетку баралгина и др., реализуемых в аптечной сети без рецепта врача.



Если боль в течение 30-60 минут не утихает, или наоборот, усиливается, необходимо срочно обратиться к врачу или вызвать «скорую помощь», т.к. ушиб может сопровождаться переломами костей или повреждением сосудов, нервов или внутренних органов.

Внимание! При ушибах живота, даже при наличии сильных болей, давать пострадавшему обезболивающие средства категорически запрещено. В этом случае необходимо срочно вызвать «скорую помощь».

Вывих

Вывихом называется смещение суставных концов костей относительно друг друга вследствие воздействия, как правило, не прямой силы.

Травматический вывих сопровождается повреждением окружающих тканей, связочного аппарата, разрывом суставной сумки и кровоизлиянием в полость сустава. Вывих возникает обычно при падении на отведенную (отставленную) конечность или в результате нетипичного поворота конечности при выполнении каких-либо действий.

Симптомы:

- резкий «щелчок»;
- сильные боли;
- невозможность выполнения активных движений в суставе;
- деформация области сустава.



Среди всех возможных вывихов наиболее часто отмечается вывих плеча, при котором помимо перечисленных выше типичных признаков определяется западение мягких тканей в области верхней трети плечевой кости. Больной с данной травмой старается удержать здоровой рукой пострадавшую конечность и наклоняет туловище в сторону повреждения.

Первая помощь:

1. обезболить: анальгин, седалгин, пенталгин;
2. иммобилизовать травмированную конечность как при переломе;
3. срочная доставка в травматологический центр.

Запомните! Категорически запрещено самостоятельное вправление вывихов на доврачебном этапе оказания помощи, т.к. даже одно неверно выполненное движение может привести к дополнительной травматизации внутрисуставных анатомических образований и вызвать «шокирующий» болевой импульс.

Синдром длительного сдавливания (СДС)

Синдром длительного сдавливания - это разновидность закрытых повреждений, возникающих в результате продолжительного компрессионного воздействия на ткани, приводящего к прекращению в них кровотока и недостаточной обеспеченности кислородом.

Наиболее часто СДС возникает у пострадавших под завалами (стихийные бедствия, землетрясения, технологические катастрофы, аварии при подземных и строительных работах). При этом в локализации повреждений преобладает, как правило, сдавливание конечностей (60% всех случаев - сдавливание нижних конечностей, 20% - верхних).

Синдром длительного сдавливания обусловлен сдавливанием мягких тканей более 2 часов.

В развитии нарушений, вызываемых сдавливанием тканей, выделяют периоды компрессии и декомпрессии.

В период компрессии болевой фактор и стресс приводят к развитию у пострадавшего шокоподобного состояния. Одновременно в тканях, подвергшихся компрессии, нарастают явления кислородного голодания, связанные с нарушением кровотока и развивается некроз скелетной мускулатуры, сопровождающийся накоплением большого количества токсинов. Общее воздействие продуктов некротического распада на организм не проявляется, пока они не поступят в общий кровоток.

Начало **периода декомпрессии** связано с моментом восстановления кровообращения в сдавленном сегменте. При этом происходит «залповый» выброс накопившихся в тканях за время компрессии токсичных продуктов.

В ближайшие часы после освобождения конечность резко увеличивается в объеме, приобретает деревянистую плотность, становится холодной на ощупь; активные движения затруднены или невозможны, пассивные - вызывают резкую боль.

Пострадавший после непродолжительного возбуждения становится вялым, безразличным к окружающему, но сознание сохранено. Нарастает общая слабость, появляются головокружение, тошнота, температура тела снижается, АД падает, учащается и ослабляется пульс.

Без эффективного лечения пострадавший может умереть на 1-2 сутки, а в крайних случаях - и в первые часы после снятия груза. Основными причинами смерти в ранних фазах периода декомпрессии являются нарушения деятельности сердечно-сосудистой, дыхательной и нервной систем, вызванные «залповым» выбросом некротоксинов.

Основная задача — предотвращение «залпового» выброса токсических веществ в кровоток в первые минуты периода декомпрессии.

Первая помощь:

1. **еще до извлечения пострадавшего** необходимо дать обезболивающие препараты и щелочное питье (молоко, минеральную воду);
2. у корня сдавленной конечности наложить артериальный жгут;
3. конечность освободить от сдавливающего груза;
4. обработать раны и ссадины и наложить стерильную повязку;
5. тугое бинтование: мягкий (а лучше эластичный) бинт наложить, начиная от кончиков пальцев и заканчивая паховой областью на нижней конечности и подмышечной областью на верхней конечности. Эта повязка сдавливает поверхностные вены, что снижает скорость поступления токсических веществ в общий кровоток;
6. снять артериальный жгут;
7. иммобилизовать конечность, даже если у пострадавшего нет признаков переломов;
8. в теплое время года всю конечность охладить; это способствует снижению интенсивности обменных процессов и препятствует быстрому поступлению токсинов в общее кровяное русло;
9. госпитализировать лежа на носилках в максимально сжатые сроки, независимо от масштабов поражения.

Таким образом, при дальнейшей транспортировке жгут у пострадавшего не наложен. Исключением являются те случаи, когда жгут необходим для временной остановки наружного кровотечения. **Жгут не снимают, если пострадавшая конечность нежизнеспособна** (вопрос о жизнеспособности конечности решает врач).

Правила транспортировки пораженных с травмами:

- а) **в бессознательном состоянии** - в устойчивое положение на правом боку;
- б) **в состоянии клинической смерти** - на спину на жесткую основу;
- в) **при ранении грудной клетки** – полусидя;
- г) **при ранении живота** - на спину горизонтально;
- д) **в состоянии шока** - на спину с приподнятыми ногами и опущенной головой

Травматический ШОК



ШОК - ЭТО АКТИВНАЯ ЗАЩИТА ОРГАНИЗМА ОТ АГРЕССИИ СРЕДЫ

Пусковыми моментами шока являются сильная боль и страх смерти, психическое напряжение и стресс, которые неизбежны в момент нанесения травм и повреждений.

Экстремальная ситуация уже сама по себе провоцирует развитие шока. Когда человек сталкивается с угрозой смерти, – будь то несчастный случай или боевые действия, – его организм в состоянии стресса выделяет **огромное количество адреналина.**



Запомните! Колоссальный выброс адреналина вызывает резкий спазм прекапилляров кожи, почек, печени и кишечника.

ШОК - ЭТО КОМПЛЕКС ОТВЕТНЫХ РЕАКЦИЙ ОРГАНИЗМА, НАПРАВЛЕННЫХ НА ДОСТИЖЕНИЕ ОДНОЙ ЦЕЛИ - ВЫЖИТЬ!

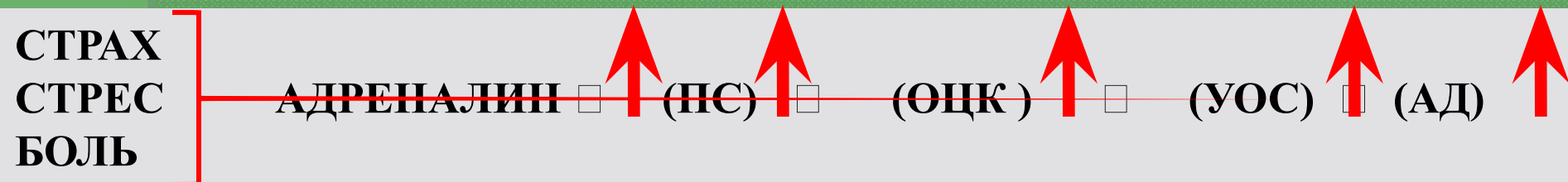
Каждый знает, как легко пугливая ящерица в минуту опасности расстаётся со своим хвостом, а из сохранившейся культи не выделяется ни единой капли крови - настолько сильно спазмированы сосуды при испуге.

Роль хвоста ящерицы в нашем организме играют кожа, почки, кишечник и т.п. В минуту смертельной опасности, когда нет настоящей необходимости в полном объеме их функций, эти органы приносятся в жертву.

*Только за счет спазма
сосудов кожи и ее
исключения из
кровообращения
компенсируется потеря
1,5-2 литров крови.*

СХЕМА ПЕРВЫХ МИНУТ РАЗВИТИЯ ШОКА (ЭРЕКТИЛЬНАЯ ФАЗА)

ЦЕНТРАЛИЗАЦИЯ КРОВООБРАЩЕНИЯ



ПС – периферическое
сопротивление
(тонус прекапилляров),
ОЦК – объем циркулирующей
крови
УОС – ударный объем сердца
АД – артериальное давление



ПЕРВЫЕ ПРИЗНАКИ ШОКА (ПАРАДОКСЫ ШОКА)

Резкое побледнение кожных покровов.

Эмоциональное и двигательное возбуждение.

Неадекватная оценка ситуации и своего состояния.

Отсутствие жалоб на боли даже при шокогенных повреждениях.

ПЕРВЫЙ ПАРАДОКС

В первые 10-15 минут после получения травмы приходится сталкиваться с клиническим парадоксом шока: человек с белым, как полотно лицом возбужден, много говорит и практически не обращает внимания на тяжесть полученной травмы. Более того, у пострадавшего отмечается выраженный подъем артериального давления. Резкая бледность кожных покровов никак не соответствует такому поведению и высокому уровню артериального давления. При том обескровленная, с множеством мелких пупырышков, как при ознобе, кожа (гусиная кожа) очень быстро покрывается липким холодным потом.

ВТОРОЙ ПАРАДОКС

Заключается в том, что из вен начинает течь алая артериальная кровь. Объясняется это просто: при ЦЕНТРАЛИЗАЦИИ КРОВООБРАЩЕНИЯ происходит так называемое шунтирование – сбрасывание артериальной крови в венозное русло. Богатая кислородом артериальная кровь, минуя капиллярную сеть многих органов, сразу поступает в вены. Появляется симптом «алой вены».

ТРЕТИЙ ПАРАДОКС

Феномен самообезболивания, когда раненый совершенно не ощущает боли, настолько загадочен и необычен, а его значение так велико в дальнейшем развитии событий, что есть смысл рассказать о нем подробнее.

ФЕНОМЕН САМООБЕЗБОЛИВАНИЯ

С незапамятных времен известны случаи, когда в пылу сражения воины не обращали внимания даже на тяжелые ранения. Веками слагались легенды об их мужестве и самоотверженности.

Однако и в повседневной жизни нередки такие страшные картины, когда в результате случайности, аварии, катастрофы человек получает тяжелейшие повреждения, вплоть до ампутации конечности, но какое-то время не замечает боли. Более того, в состоянии сильного возбуждения он будет суетлив и словоохотлив. Его порыв в достижении намеченной цели может быть так велик, что потребуются усилия, чтобы удержать пострадавшего на месте.

Пострадавший будет упорно отказываться от помощи, называя тяжелую травму пустяком. И все это может происходить с человеком, внешность которого весьма далека от облика супермена. Правда, хватает такого геройства не более чем на 10-15 минут.



ПОВРЕЖДЕНИЯ И ТРАВМЫ, ПРИВОДЯЩИЕ К РАЗВИТИЮ ШОКА (ШОКОГЕННЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ):

Отрыв или травматическая ампутация конечностей.

Открытые переломы костей конечностей.

Перелом костей таза и позвоночника.

**Проникающие ранения грудной клетки и брюшной
полости.**



**УМЕНИЕ ПРИНЯТЬ ЧУЖУЮ БОЛЬ И
ОБЛЕГЧИТЬ СТРАДАНИЯ – ЭТО И
ЕСТЬ ИСКУССТВО МИЛОСЕРДИЯ.
ОВЛАДЕТЬ ИМ МОЖЕТ КАЖДЫЙ,
ЧЬЯ ДУША ДОБРА, А СЕРДЦЕ
СПОСОБНО К СОСТРАДАНИЮ.**

ОТРИЦАТЕЛЬНЫЕ МОМЕНТЫ САМООБЕЗБОЛИВАНИЯ

Нередки случаи, когда пострадавшие во время катастроф или стихийных бедствий с переломами голеней, ребер и даже ранениями сердца обращались за помощью спустя несколько суток. Естественно, их состояние к этому времени значительно ухудшалось.



В СЛУЧАЕ КАТАСТРОФЫ С БОЛЬШИМ ЧИСЛОМ ПОСТРАДАВШИХ НЕОБХОДИМО ОБРАТИТЬ ВНИМАНИЕ И НА ТЕХ, КТО НЕ ПРЕДЪЯВЛЯЕТ НИКАКИХ ЖАЛОБ, НО ОЧЕНЬ БЛЕДЕН И ВОЗБУЖДЕН.

НЕДОПУСТИМО!

Извлекать из раны осколки или любые другие предметы.

Вправлять в рану выпавшие органы при проникающих ранениях.

Совмещать костные обломки при открытых переломах.

Немедленное и правильное обезболивание поможет избежать развития конечной стадии шока и предотвратить смерть.

СПОСОБЫ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОМ ШОКЕ

Наиболее эффективны для обезболивания – наркотические анальгетики: **ПРОМЕДОЛ, МОРФИН, ОМНОПОН, ФЕНТАНИЛ.**

Единственное, что никогда не следует забывать, – все они вызывают угнетение дыхательного центра. По этой причине их не назначают детям до 5 лет и с большой осторожностью применяют для обезболивания взрослых. Необходимо также учитывать и другое побочное действие наркотических анальгетиков – появление тошноты и многократной рвоты. Для устранения этих нежелательных осложнений подкожно вводят 0,5 мл 0,1%-ного раствора **АТРОПИНА.**

Достаточно эффективного обезболивания достигают, применяя большие дозы **АНАЛЬГИНА** (до четырех таблеток для взрослого человека).

Как крайнее средство можно рекомендовать алкоголь.



ПОНЯТИЕ О КОНЕЧНОЙ (ТОРПИДНОЙ) СТАДИИ ШОКА

Если в течение 30-40 минут пострадавший не получит медицинской помощи, то длительная **ЦЕНТРАЛИЗАЦИЯ КРОВООБРАЩЕНИЯ** приведет к грубым нарушениям микроциркуляции в почках, коже, кишечнике и других органах, исключенных из кровообращения.

Таким образом, то, что играло защитную роль на начальном этапе и давало шанс на спасение, через 30 минут станет причиной смерти.



Фактор времени в развитии и исходе шока имеет определяющее значение.



СХЕМА РАЗВИТИЯ НЕОБРАТИМОЙ СТАДИИ ШОКА

НЕКРОЗ

АЦИДОЗ

ГИПОКСИЯ



ПС – периферическое сопротивление (тонус прекапилляров),

ОЦК – объем циркулирующей крови,

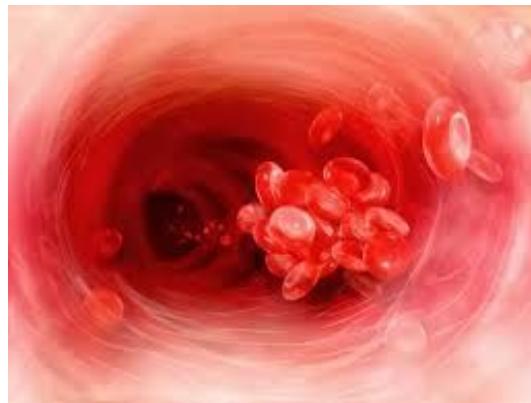
УОС – ударный объем сердца,

АД – артериальное давление.



ПРИЗНАКИ ТОРПИДНОЙ СТАДИИ ШОКА

Двигательное и эмоциональное возбуждение первой фазы шока уже через 30-40 минут сменяется апатией и равнодушием. Уровень артериального давления понижается до 30-60 мм рт. ст. Кожа приобретает землистый оттенок с характерными малиновыми и серовато-зеленоватыми разводами. Их причудливый рисунок настолько напоминает мрамор, что возник даже термин **МРАМОРНОСТЬ КОЖИ**. Этот рисунок наиболее ярко выражен на коже живота и передней поверхности бедер. Потеря жидкости с обильным потом и перераспределение плазмы из кровеносного русла в межклеточные пространства тканей вызывает значительное сгущение крови. Начинается процесс **ТРОМБООБРАЗОВАНИЯ**.



ПРИЗНАКИ ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНОЙ СТАДИИ ШОКА

Заторможенность и апатия.

Появление на коже мраморного рисунка.

Снижение температуры тела и артериального давления.

Заострение черт лица.

Полное прекращение выделения мочи.

ШОКОВОЕ ЛЕГКОЕ



Сброс венозной крови в артериальное русло, минуя альвеолярную сеть, без должного насыщения кислородом, приводит к изъятию из газообмена огромного числа альвеол – «легочных пузырьков».

Развивается состояние острой дыхательной недостаточности: появляются одышка, посинение губ и кончиков пальцев.

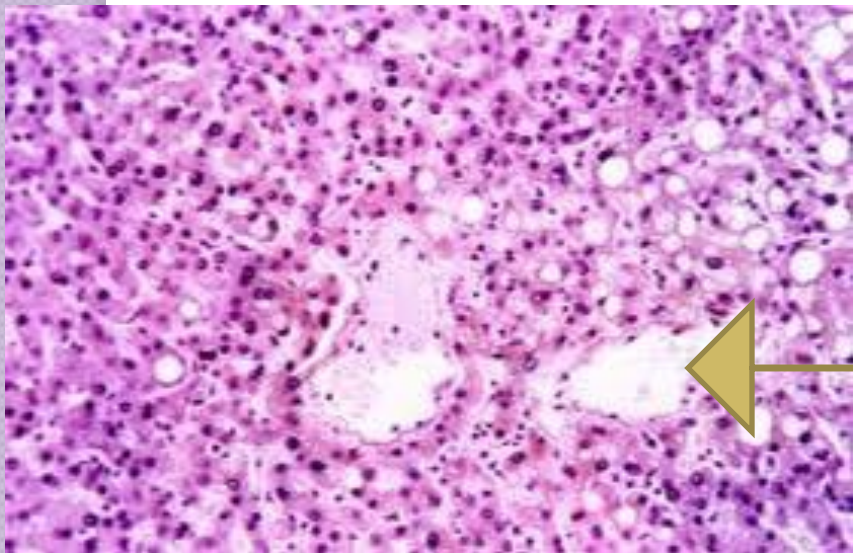
ШОКОВАЯ ПОЧКА

Длительное исключение капиллярной сети почек из кровообращения приводит к острой почечной недостаточности и накоплению в крови токсичных веществ, к уменьшению выделения мочи, вплоть до развития Анурии (полного прекращения выделения мочи).



ШОКОВАЯ ПЕЧЕНЬ

Поражение обескровленных тканей печени оборачивается грубым нарушением ее защитных функций, что обязательно вызовет острую печеночную недостаточность и быстрое накопление в крови крайне токсичных продуктов обмена.



Тяжёлый шок, при дальнейшем усугублении процесса переходит в **терминальные состояния**.

Формы терминальных состояний:

1. Предагональное состояние. Характеризуется спутанным сознанием, не определяющимся, как правило, АД., пульс нитевидный или не прощупывается, усиливается цианоз. Дыхание поверхностное, частое. Ритм сердечных сокращений и дыхания правильный.
2. Агональное состояние. Характеризуется отсутствием сознания, глазных рефлексов и реакций на внешние воздействия. Зрачки широкие. Отмечается брадиаритмия. Пульс ощутим только на крупных артериях. Дыхание редкое, судорожное.
3. Клиническая смерть. Характеризуется остановкой кровообращения и дыхания. Фактически, это время – 5-6 минут – пока клетки коры головного мозга сохраняют жизнеспособность. Клиническая смерть – это промежуточное состояние между жизнью и смертью.



**СПАСЕНИЕ ПОСТРАДАВШИХ
ВОЗМОЖНО
ТОЛЬКО В УСЛОВИЯХ
РЕАНИМАЦИОННОГО
ОТДЕЛЕНИЯ,
ГДЕ ПРИМЕНЯЮТ АППАРАТЫ
«ИСКУССТВЕННАЯ ПОЧКА»,
ИСКУССТВЕННОЙ
ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЁГКИХ
И МОНИТОРЫ ПОСТОЯННОГО
НАБЛЮДЕНИЯ
ЗА ФУНКЦИЯМИ ОРГАНИЗМА.**

СХЕМА ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОМ ШОКЕ

□ При кровотечении – немедленно наложить кровоостанавливающие жгуты или тугие давящие повязки

□ При переломах костей конечностей, таза и ребер, проникающих ранениях грудной клетки и брюшной полости тщательно обезболить пострадавшего.

□ Обработать раны и наложить стерильные повязки.

□ Наложить транспортные шины.

□ Вызвать «Скорую помощь».

АЛГОРИТМ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОМ ШОКЕ

- **Уложить на спину и обеспечить покой**
- **Наложить жгут при артериальном кровотечении**
- **Приподнять ноги при кровотечении или ранениях живота**
- **При переломах наложить шины**
- **Обезболить**
- **Наложить на раны повязки**
- **Начать ингаляцию кислорода**
- **Вызвать «Скорую помощь»**
- **Обязательно доставить в больницу**

ТРИ ЗАПОВЕДИ КАК НЕ НАВРЕДИТЬ ПОСТРАДАВШЕМУ В СОСТОЯНИИ ШОКА

ЗАПОВЕДЬ ПЕРВАЯ

НЕ ТРЕВОЖЬ ПОНАПРАСНУ ПОСТРАДАВШЕГО:
ЛЮБОЕ ДВИЖЕНИЕ ПРИЧИНЯЕТ ЕМУ МУЧИТЕЛЬНУЮ БОЛЬ
(ПЕРЕМЕЩАТЬ ПОСТРАДАВШЕГО МОЖНО ТОЛЬКО ПОСЛЕ
ИММОБИЛИЗАЦИИ

ПОВРЕЖДЕННЫХ КОНЕЧНОСТЕЙ И ОБЯЗАТЕЛЬНО НА НОСИЛКАХ.)

ЗАПОВЕДЬ ВТОРАЯ

ПРОЯВИ ВНИМАНИЕ К КАЖДОМУ ЧЕЛОВЕКУ, ПОСТРАДАВШЕМУ В
КАТАСТРОФЕ
ИЛИ ПРИ НЕСЧАСТНОМ СЛУЧАЕ.

(ТЕМ БОЛЕЕ ЕСЛИ У НЕГО БЛЕДНЫЙ ВИД, И ОН ЭМОЦИОНАЛЬНО
ВОЗБУЖДЕН.)

ЗАПОВЕДЬ ТРЕТЬЯ

НЕ МЕДЛИ С НАЛОЖЕНИЕМ
КРОВООСТАНАВЛИВАЮЩИХ ЖГУТОВ.

(ПОТЕРЯ КАЖДОЙ СЕКУНДЫ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К НЕВОСПОЛНИМОЙ
КРОВОПОТЕРЕ.)