

	<p>загоєння ран.</p> <p>4. Зніміть будь-який одяг або прикраси поблизу ділянки опіку. Але не чіпайте речей, які прилипли до ураженої шкіри.</p> <p>5. Прикрийте рану стерильною пов'язкою.</p> <p>6. Дайте потерпілому випити води, щоб зменшити інтоксикацію та уникнути зневоднення.</p> <p>7. Можна також дати знеболювальний лікарський засіб, наприклад парацетомол чи ібупрофен, які використовують для полегшення болю будь-якого типу та інтенсивності.</p> <p>8. Отпимальна поза для людини з опіком обличчя або очей - сидяча. Це допоможе зменшити набряк.</p> <p>9. За потреби телефонуйте 103.</p> <p>КОЛИ ПОТРІБНО ЗВЕРНУТИСЯ ДО ЛІКАРЯ</p> <p>Усе залежить від типу та ступеня опіку. Незначні опіки можна лікувати самостійно в домашніх умовах, головне – запобігати потраплянню бруду на уражену ділянку шкіри та не розривати пухирів, які можуть утворитися в цьому місці.</p> <p>У разі сильного опіку необхідно звернутися за професійною медичною допомогою. Наприклад, у разі ураження великої ділянки шкіри (якщо місце ураження є більшим, ніж ваша долоня) або виникнення глибокої рани, у разі опіку, що спричинює блідість або обвуглення шкіри та якщо уражена ділянка на обличчі, руках, ногах або статевих органах, внаслідок яких виникли пухирі.</p> <p>При будь-яких проявах інфікування, виникнення неприємного запаху з рани, гною чи посилення больового синдрому, негайно звертайтеся до лікаря.</p> <p>ПЕРША ДОПОМОГА</p>	
2	<p>ПЕРША ДОПОМОГА ПРИ ПОРАНЕННЯХ</p> <p>При будь-якому порушенні цілісності шкіри і глибоко розташованих тканин необхідно обробити шкіру навколо рани розчином йоду, спиртом тощо.</p> <p>Не рекомендується промивати рану водою або дезінфікуючим розчином.</p> <p>Після обробки рани необхідно накласти асептичну пов'язку. Пов'язка захищає рану від забруднення, інфікування, зменшує біль, а вигляд перев'язаної рани заспокоює хворого.</p> <p>Обробка рани потребує дотримання таких правил:</p> <p>перед обробкою рани необхідно помити руки (якщо поряд немає води, їх слід протерти спиртом або бензином);</p> <ul style="list-style-type: none"> • невеликі поранення, садна після обробки 	<p>Спеціальний миротворчий центр Національна академія внутрішніх справ</p> <p>За матеріалами: – офіційного вебсайту URL : https://smc.naiu.kiev.ua/persha-dopomoga-pri-poranennyax.html</p>

шкіри навколо них настійкою йоду або перекисом водню заклеюють лейкопластиром чи медичним клеєм БФ-6;

- не можна видаляти із ран сторонні тіла або бруд, тому що можна пошкодити судини і спричинити кровотечу;
- шкіру навколо рани протирають від країв до периферії шматочком марлі, бинта або вати, яка змочена спиртом, спиртовим розчином йоду чи бензином (не можна заливати рану йодом!);
- із бинта або індивідуального пакета зробити серветку такого розміру, щоб вона закривала усю рану, накласти її на ранову поверхню, забинтувати або приклеїти смужками лейкопластиру;
- якщо в рані видно внутрішні органи, мозок або сухожилля, потрібно обережно накласти стерильну пов'язку, щоб до рани не потрапила інфекція, або краще накрити рану стерильним матеріалом.

При проникаючих пораненнях перша допомога спрямована на запобігання інфікуванню рани.

Проникаючі поранення грудної клітки можуть супроводжуватись кровохарканням, проникненням повітря до підшкірної клітковини, що має вигляд набряку, але спричинює хруст при прощупуванні, накопиченням повітря у плевральній порожнині (пневмоторакс), накопиченням крові у плевральній порожнині (гемоторакс).

Пневмоторакс - це скупчення атмосферного повітря в плевральній порожнині, яке потрапляє через відкриту рану грудної клітки (відкритий пневмоторакс), або при ушкодженні легені чи бронха (закритий пневмоторакс).

При його виникненні можливе балотування органів середостіння, що супроводжується розладом кровообігу й дихання.

Перша допомога при проникаючих пораненнях грудної клітки має бути спрямована на ліквідацію пневмотораксу, запобігання шоку, захист рани від інфікування.

Необхідно надати потерпілому напівсидяче положення; накласти герметичну пов'язку, щоб зробити перепону для попадання повітря до плевральної порожнини.

Для цього після обробки рани її закривають смужками лейкопластиру, який накладають у вигляді черепиці.

Можна використовувати обгортку від індивідуального перев'язочного пакету, клейонку,

целофановий пакет, серветки, що оброблені вазеліном, які потім фіксують бинтовою пов'язкою до грудної клітки.

Перша допомога при проникаючих пораненнях органів черевної порожнини

Найчастіше – це вогнепальні і колото-різані рани. Для всіх поранень черевної порожнини характерними є різкий біль у животі, напруження м'язів черевної стінки (живіт, як "дошка") та симптоми внутрішньої кровотечі, шоку й колапсу.

Значна кровотеча спостерігається при ушкодженнях паренхіматозних органів (печінка, селезінка, нирки та ін.). Розвиваються характерні симптоми кровотечі: наростає слабкість, спостерігається загальна блідість, нудота, блювання, похолодіння кінцівок. Пульс частий і слабкий, артеріальний тиск падає.

Поранення органів шлунково-кишкового тракту супроводжується виходом у вільну черевну порожнину кишкового вмісту та інфікуванням її, внаслідок чого швидко розвивається запалення очеревини (перитоніт).

У всіх випадках проникаючих поранень черевної порожнини необхідно обробити рану і накласти асептичну пов'язку.

Петлі кишківника і сальник, які випали в рану, у черевну порожнину не вправляти.

Якщо не має абсолютних симптомів проникаючого поранення у живіт, знеболюючих засобів не призначати.

Прийом води і їжі категорично забороняється.

Пораненого у живіт необхідно негайно госпіталізувати, транспортувати його у положенні лежачи на носилках.

При проникаючих пораненнях черевної порожнини необхідна екстрена операція в перші години, поки не розвинулась інфекція і хворий не втратив багато крові.

3 ПЕРША ДОПОМОГА ПРИ КРОВОТЕЧІ

До способів зупинки кровотечі належать такі:

1. підвищене положення кінцівки;
2. максимальне згинання кінцівки в суглобі;
3. пальцеве притискування великих судин до кістки;
4. накладання стискуючої пов'язки;
5. накладання джгута;
6. притискування судини в рані.

Підвищене положення кінцівки дає можливість послабити кровонаповнення в ній, що сприяє

Спеціальний миротворчий центр
Національна академія внутрішніх справ

За матеріалами:

– офіційного вебсайту URL :

<https://smc.naiu.kiev.ua/persha-dopomoga-pri-krovotech%D1%96.html>

зменшенню кровотечі, і поєднується, звичайно, з накладанням пов'язки.

Максимальне згинання кінцівки в суглобах, розміщених поблизу ушкоджених судин, може дати тимчасовий ефект, поки хворий не буде доставлений у лікувальний заклад.

Цей метод зупинення кровотечі можна застосовувати при пораненні підколінної, стегнової, плечової і підключичної артерій. Відповідно згинають кінцівки в колінному, кульшовому, ліктьовому суглобах.

Кінцівки в зігнутому положенні прибинтовують.

При пораненні підключичної артерії обидва лікті із зігнутими передпліччями відводять назад і фіксують пов'язкою.

Стискаючу пов'язку накладають при венозних і капілярних кровотечах.

Дрібні судини притискають до м'яких тканин і швидко тромбують.

На місце, яке кровить, накладають кілька шарів стерильної марлі з ватою або пропрасованого полотна.

Потім цю пов'язку туго закріплюють бинтом.

При кровотечі з глибокої рани для тимчасової її зупинки можна зробити тампонаду рани марлею, яка утримується також тугою пов'язкою.

При кровотечах із крупних артерій для термінової зупинки кровотечі можна притиснути артерію вище від місця її ушкодження до найближче розташованої кістки.

Так, при ушкодженнях сонної артерії або крупних її відгалужень вона може бути притиснута по внутрішньому краю грудинно-ключично-соскового м'яза до поперечних паростків шийних хребців на рівні шостого шийного хребця.

Черевна аорта може бути притиснута кулаком до хребтового стовпа, пахова артерія - до головки плечової кістки по передній границі волосся пахової ямки при відведеній руці, підключична – до першого ребра в надключичній ділянці зовні від прикріплення грудинно-ключично-соскового м'яза; стегнову – до горизонтальної гілки лобкової кістки під пахвиною зв'язкою на середині її протягу; плечову артерію притискають до плечової кістки по внутрішньому боку біцепса.

Серед усіх способів тимчасової зупинки кровотечі з великих артеріальних судин кінцівок найбільш надійним є накладання джгута.

Його накладають поверх м'якої прокладки на стегно, плече, іноді на гомілку й передпліччя.

Якщо джгут накладений правильно, кровотеча

	<p>зупиняється і периферійний пульс зникає. Якщо кінцівка синякова, це свідчить про те, що передавлені тільки вени. При цьому порушується відтік крові - кровотеча посилюється. Негативним є таке накладання джгута, внаслідок чого стискаються не тільки судини, а й всі м'язи, нерви, інші тканини. Щоб запобігти ушкодженню джгутом, при його накладанні потрібно виконувати такі правила: не можна накладати джгут на оголену шкіру; на плече джгут треба накладати у верхній його третині, де можливість стиснення нервів є найменшою. ! При накладанні джгута можуть бути такі помилки:</p> <ul style="list-style-type: none"> • неповне стиснення артерії, • надмірне стиснення нервів з розвитком парезів і паралічів. <p>Для запобігання гангрені нижнього відділу кінцівки не слід тримати джгут на ній більше як дві години в літній період, а в зимовий період – не більше як одну годину. Протягом цього часу для нормалізації кровообігу в кінцівці джгут потрібно періодично розпускати на кілька секунд до відновлення природного кольору шкіри, що пов'язане з додатковою втратою крові.</p>	
4	<p style="text-align: center;">СПОСОБИ І ТЕХНІКА ОЖИВЛЕННЯ ЛЮДИНИ</p> <p>Реанімація – відновлення життєво важливих функцій організму (перш за все дихання і кровообігу).</p> <p>Реанімацію проводять тоді, коли відсутнє дихання і припинилась серцева діяльність чи ці функції пригнічені настільки, що практично і дихання і кровообіг не забезпечують потреб організму. Будь-яка критична ситуація, що закінчується раптовою смертю, є показанням до негайної реанімації. При цьому чим раніше її розпочато, тим імовірніший успіх. Кілька хвилин, які відділяють стан клінічної смерті від біологічної, не залишають часу на розмови, роздуми і вичікування: при термінальному стані – час мінімальний, але своєчасно надана допомога буває ефективнішою від найскладніших лікарських заходів, які надаються через тривалий час після клінічної смерті.</p> <p>Основними методами реанімації є штучне дихання і масаж серця.</p> <p>При тяжкій травмі, ураженні електричним струмом, утопленні, задушенні, отруєннях, низці захворювань</p>	<p>Спеціальний миротворчий центр Національна академія внутрішніх справ <i>За матеріалами:</i> – офіційного вебсайту URL : https://smc.naiu.kiev.ua/sposobi-%D1%96-texn%D1%96ka-ozhivlennya-lyudini.html</p>

може виникнути втрата свідомості, тобто стан, коли потерпілий лежить без рухів, не відповідає на запитання, не реагує на оточуючу обстановку.

Людина, яка надає допомогу, повинна вміти відрізнити втрату свідомості від смерті.

При виявленні мінімальних ознак життя необхідно негайно приступити до надання першої допомоги.

Ознаками життя є такі:

1. Наявність серцевих скорочень (їх визначають рукою, чи вухом на грудній клітці в області лівого соска).

2. Наявність пульсу на артеріях (його визначають на шиї – сонна артерія, в пахвині – стегнова артерія).

3. Наявність дихання (його визначають за рухами грудної клітки і живота, зволоженням дзеркала, яке прикладають до носа і рота потерпілого, рухами вати чи бинта, які підносять до ніздрів).

4. Наявність реакції зіниць на світло. Якщо освітити око пучком світла (наприклад ліхтариком), то спостерігається звуження зіниць – позитивна реакція зіниць. При денному світлі цю реакцію можна перевірити так: на деякий час закривають око рукою, потім швидко відводять руку в бік, при цьому помітно звуження зіниці.

Наявність ознак життя свідчить про необхідність негайного проведення реанімаційних заходів.

Слід пам'ятати, що відсутність серцебиття, пульсу, дихання і реакції зіниць на світло ще не означає, що потерпілий мертвий.

Подібний комплекс симптомів може спостерігатись і при клінічній смерті, коли потерпілому також необхідно надати допомогу в повному обсязі.

Одним з першочергових завдань при оживленні потерпілого та підтримання життєдіяльності травмованого організму є швидке відновлення рівня кисню, необхідного для роботи всіх органів. Досягається це шляхом негайного проведення штучної вентиляції легень і масажу серця.

Масаж серця проводять паралельно з штучною вентиляцією легень.

Техніка проведення (період підготовки):

- хворий перебуває в положенні лежачи на спині, на твердій основі (землі, підлозі, столі, на щиті тощо);
- під лопатки підкладають згорнутий одяг;
- людина, що надає допомогу, стає на коліна з лівого боку або стоїть (якщо хворий лежить на ліжку

із щитом, на столі, тапчані);

- розстібають одяг, що стискує грудну клітку;
- перевіряють, чи вільні дихальні шляхи (їх може закрити язик, сторонні предмети або слиз).

Голову потерпілого максимально закидають назад.

Підборіддя повинно бути майже на одній лінії з шиєю. При цьому корінь язика зміщується від задньої стінки гортані, дихальні шляхи розпрямляються і прохідність відновлюється, рот розкривається.

При наявності в ротовій порожнині слизу голову й плечі потерпілого необхідно повернути набік, носовою хустинкою або краєм сорочки, намотаними на вказівний палець, прочистити рот і гортань.

Після цих попередніх підготовчих дій можна приступити до штучної вентиляції легень і масажу серця.

Найефективнішою вважається штучна вентиляція легень за методом "рот в рот" або "рот в ніс".

При цьому в легені хворого вдувають до 1,5 л повітря, що за обсягом дорівнює одному глибокому вдику здорової людини. Легені розширюються, рефлекторно подразнюючи дихальний центр головного мозку. Це сприяє відновленню самостійних дихальних рухів та створює в організмі необхідні умови для газообміну.

Техніка проведення: правою рукою необхідно зафіксувати голову в закинutoму положенні. Лівою рукою захопити підборіддя, і підтягнувши його вперед і рухом донизу відкрити рот. Першим і другим пальцями лівої руки зажати ніс, зробити глибокий вдих.

Щільно, герметично захопити відкритим ротом губи потерпілого, які попередньо накривають куском бинта, марлі (але не хустинкою).

Зробити різкий сильний видих; середня тривалість видиху повинна бути 1 с.

Частота вдувань повітря – 12–15 за 1 хв.

При кожному вдуванні необхідно стежити за дихальними рухами передньої стінки грудної клітки.

Після вдування повітря негайно звільнити рот хворого.

Контролювати пасивний видих за спаданням передньої стінки грудної клітки і за звуком повітря, яке виходить.

Масаж серця зовнішній (непрямий).

Важливою складовою оживлення потерпілого є непрямий масаж серця.

У разі зупинки серця, що визначають за відсутністю пульсу на сонній артерії і розширенням зіниць, непрямий масаж необхідно проводити негайно.

Іноді при раптовій зупинці серця (внаслідок удару

	<p>блискавки, задушення тощо) масаж роблять одразу після кількох стискань грудної клітки в ритмі 60–70 за 1 хв. Внаслідок механічного подразнення серця відновлюється його робота, хоча й у мінімальному обсязі.</p> <p>У головному мозку та судинах серця починає циркулювати кров і організм за допомогою своїх компенсаторних механізмів здатний сам справитися із завданою йому травмою.</p> <p>Зупинка серцевої діяльності найчастіше спостерігається при травмах, хоча це можливе й при інших станах і захворюваннях (прямий удар у серце, крововтрата, опіки, замерзання, інфаркт міокарда отруєння газами, сонячний удар, утоплення тощо).</p> <p>Розрізняють два види штучного масажу серця: прямий (роблять на оголеному серці) і непрямий (стискання грудної клітки).</p> <p>Суть штучного непрямого масажу серця полягає в насильному стискуванні серця для стимуляції проходження крові по судинному руслу.</p>	
5	<p style="text-align: center;">ТЕХНІКА ПРОВЕДЕННЯ НЕПРЯМОГО МАСАЖУ СЕРЦЯ</p> <p>Рятівник, визначивши промацуванням місце натискання (воно має бути на два пальці вище від кінця груднини), кладе одну руку долонею вниз, а другу – навхрест поперек неї.</p> <p>Стисканням піддатливого в напрямі вперед-назад нижнього відділу грудної клітини сприяють знижений тонус м'язів у потерпілого, а також нахил корпусу рятівника.</p> <p>Сила тиску на груднину має бути такою, щоб еластична частина нижнього відділу грудної клітки змістилась у напрямі до хребта на 4–6 см. При цьому тиск передається на серце, переповнене кров'ю, від чого воно стискається між грудиною і хребтом. Кров проштовхується з порожнини серця в кров'яне русло.</p> <p>Натискання здійснюють протягом 0,5 с після чого руки розслаблюють, але не забирають з груднини.</p> <p>Після припинення натискування серце знову розтягується і наповнюється кров'ю.</p> <p>Повторювати натискування потрібно кожної секунди або й частіше, але не менше 60 натискувань за 1 хв.</p> <p>Не треба натискувати на верхню частину груднини, на закінчення нижніх ребер, щоб не пошкодити їх, та внутрішніх органів.</p> <p>Дорослим потерпілим натискування здійснюють корпусом, не згинаючи рук у ліктьових суглобах.</p> <p>Дітям у віці до 12 років непрямий масаж серця потрібно проводити однією рукою і робити при цьому 65–90 натискувань за 1 хв.</p>	<p>Спеціальний миротворчий центр Національна академія внутрішніх справ За матеріалами: – офіційного вебсайту URL : https://smc.naiu.kiev.ua/tehn%D1%96ka-provedennya-nepryamogo-masazhu-serczya.html</p>

	<p>Новонародженим і дітям до року для зовнішнього масажу серця достатньо сили двох пальців. Кількість натискувань – 100–120 за 1 хв. Якщо першу допомогу надає одна людина, то найдоцільніше після двох глибоких вдувань повітря в рот чи в ніс потерпілого робити 15 натискувань на грудну клітку, потім знову два глибоких вдування і 15 натискувань на ділянку серця і т. д. Пауза при цьому повинна бути мінімальною. За наявності помічника один (менш досвідчений) проводить штучну вентиляцію легенів, а інший масажує серце. Після одного глибокого вдування 5 разів натискують на грудну клітку. Якщо це робити дуже важко, можна після кожних двох глибоких вдувань провести 15 стискувань. У момент вдування серце масажувати не можна, бо повітря не буде надходити в легені. Рятівники міняються ролями через 5–10 хв. Для визначення пульсу на сонній артерії – через кожні 2 хв. На 2–3 с припиняють масаж серця. Поява пульсу в момент перерви свідчить про відновлення діяльності серця. Після цього штучну вентиляцію потрібно продовжувати до появи самостійного дихання. У разі відсутності пульсу необхідно негайно відновити масаж серця. Про поліпшення стану потерпілого свідчать звуження зіниць, зменшення синявості шкіри та слизових оболонок, підвищення артеріального тиску до 60–90 мм рт. ст. Для підвищення ефективності масажу серця рекомендують трохи підняти ноги потерпілого (на 0,5 м), щоб забезпечити кращий приплив крові у серце з вен нижньої частини тіла. Після відновлення діяльності серця у потерпілого з'являється регулярний пульс. Якщо через 30–40 хв від початку масажу серця та штучного дихання діяльність систем не відновлюється, зіниці залишаються широкими, без реакції на світло, можна вважати, що в організмі відбулися незворотні зміни і загибель мозку, тоді реанімацію можна припинити. З появою абсолютних ознак смерті реанімація може бути закінчена раніше.</p>	
6	<p>ПЕРША ДОПОМОГА: ГОСТРА СУДИННА НЕДОСТАТНІСТЬ, АНАФІЛАКТИЧНИЙ ШОК, КАРДІОГЕННИЙ ШОК, ОПКОВИЙ ШОК, УТОПЛЕННЯ Гостра судинна недостатність клінічно</p>	<p>Спеціальний миротворчий центр Національна академія внутрішніх справ <i>За матеріалами:</i> – офіційного вебсайту URL : https://smc.naiu.kiev.ua/persha-</p>

проявляється непритомністю, колапсом і шоком.

Вона характеризується раптовим зниженням артеріального тиску, різкою загальною слабкістю, порушенням свідомості з периферичними проявами (блідість шкірних покривів, похолодіння кінцівок, слабкий частий пульс тощо).

Допомога при непритомності

Непритомність проходить переважно самостійно, але для прискорення цього процесу необхідно покласти потерпілого в горизонтальне положення, трохи підняти ноги на висоту до 15 см, щоб збільшити приток крові до головного мозку, звільнити від тісного одягу, розстібнути комір, послабити ремінь, забезпечити доступ свіжого повітря.

! Доцільно скропити обличчя і груди потерпілого холодною водою, дати йому понюхати ватку, змочену нашатирним спиртом, зігріти ноги грілками або розтерти рушником.

! Не потрібно поспішати піднімати хворого.

Якщо дозволяють умови, йому дають випити гарячого чаю чи кави.

Після цього допомагають сісти і за умови задовільного самопочуття – встати.

Якщо ці заходи не допомагають, потерпілому додатково дають серцеві краплі (кордіамін, валокордин).

Перша допомога при анафілактичному шоку

При розвитку гострого алергічного стану або анафілактичного шоку необхідно припинити введення препарату, що діє як алерген.

Для поліпшення кровообігу хворого кладуть у горизонтальне положення або навіть з трохи опущеною головою або опускають край ліжка.

Щоб уникнути асфіксії блювотними масами, голову повертають на бік, висовують язик та фіксують нижню щелепу, щоб запобігти западанню язика; якщо є зубні протези, їх виймають.

Хворого тепло закутують і обкладають грілками, забезпечують доступ свіжого повітря.

Для зменшення всмоктування алергену до місця його введення прикладають мішечок з льодом.

Жало після укусу оси або бджоли видаляють. Дають протиалергенні засоби (димедрол, тавегіл, діазолін, хлористий кальцій).

При пероральному прийомі алергену хворому промивають шлунок.

При закапуванні алергенного препарату в ніс або кон'юнктивний мішок їх промивають проточною водою.

dopomoga-pri-gostr%D1%96j-sudinn%D1%96j-nedostatnost%D1%96.html

У разі потреби паралельно здійснюють реанімаційні заходи: непрямий масаж серця, штучну вентиляцію легень.

Кардіогенний шок

Надзвичайно важким ускладненням гострого інфаркту міокарда є кардіогенний шок.

Основними заходами першої допомоги є забезпечення повного фізичного і психічного спокою, положення лежачи з виключенням будь-яких рухів.

Коли у хворого є ознаки ядухи, його слід покласти на спину і трохи підняти верхню частину тіла. Саме таке положення поліпшує кровообіг дихання, зменшує навантаження на хворе серце.

Під язик хворому дають таблетку валідолу або нітрогліцерину, знеболюючі засоби (анальгін, пенталгін, баралгін).

Через деякий час знову дають валідол та нітрогліцерин. Накладають на ділянку серця гірчичники і грілки до ніг.

Викликають спеціалізовану кардіологічну бригаду "швидкої допомоги".

Опіковий шок

Перша допомога. При наданні допомоги насамперед необхідно погасити палаючий одяг, винести потерпілого із зони вогню.

При масивних опіках потерпілого доцільно загорнути в чисте простирадло або накласти стерильну пов'язку.

Обов'язково давати знеболюючі засоби, накрити теплою ковдрою і давати якомога більше теплої підсоленої рідини: води, чаю, кави, мінеральної води тощо.

Варто подбати також і про максимальний спокій потерпілого.

Утоплення – це один із видів механічної асфіксії, за якої механічним фактором, що спричинює це явище, є будь-яка рідина, яка потрапила в дихальні шляхи. Причому рідина може бути найрізноманітнішою: вода, нафта, вино тощо. Найчастіше утоплення відбувається у воді. Втопитися можна навіть у невеликій її кількості, достатньо, щоб у воду було занурено тільки обличчя. Трапляються випадки утоплення не тільки в річках, озерах, морях, басейнах тощо, а й у калюжі, діжці тощо.

При попаданні у воду людина спочатку затримує дихання (передасфіктичний період).

При спробах дихати вода надходить до рота і часто

утопаючий ковтає її. За кілька секунд, а інколи кілька хвилин (у разі великої витривалості й тренуваності) людина починає дихати у воді (період задишки).

При першому вдиху вода проникає до гортані і в результаті подразнення слизових оболонок настає кашель.

Внаслідок збовтування води, повітря й слизу в дихальних шляхах утворюється дрібнобульбашкова піна, яка постійно викидається з дихальних шляхів.

Після цього настає короткочасна зупинка дихання, потім термінальне дихання і зрештою – зупинка дихання. Тривалість утоплення – 4–5 хв.

Перша допомога

Рятуючи потопельника, треба бути дуже обережним. Під впливом природного страху у таких ситуаціях людина не контролює свою поведінку. Вона може схопити рятувальника за руки, шию, міцно стиснути і тим самим не лише обмежити рятувальні дії, а й створити небезпеку утоплення їх обох.

Тому підпливати до потерпілого необхідно ззаду, схопити його за волосся або під пахви, повернувши обличчям догори, пливати до берега.

Надавати першу допомогу починають негайно після того, як витягли потерпілого з води. Шматком матерії або пальцями видаляють з порожнини рота й глотки землю, пісок, водорості. Одночасно розстібають і знімають мокрий одяг, пояс, ремінь.

Щоб видалити воду з дихальних шляхів, той, хто надає допомогу, стає на одне коліно, кладе потопельника животом на стегно другої ноги так, щоб голова та плечі потерпілого були опущеними, і кілька разів ритмічно натискує руками на спину.

Коли з дихальних шляхів потерпілого витече вода і верхні дихальні шляхи стануть вільними, потерпілого кладуть обличчям догори і за відсутності дихання проводять штучну вентиляцію легень, а в разі зупинки серця - непрямий масаж серця.

Видалити воду з дихальних шляхів можна ще такими способами: правою рукою підняти потерпілого, що лежить на животі, за стегно догори, повернувши обличчя вбік, а лівою рукою ритмічно натискати йому на спину або підняти потерпілого за нижню частину тулуба так, щоб верхня частина і голова провисли.

Слід пам'ятати, що видалення води з верхніх дихальних шляхів і шлунка проводять лише у "синіх" потопельників.

У потерпілих з "блідою асфіксією" витратити час на видалення води, якої може і не бути в дихальних

шляхах, не варто, необхідно відразу приступити до проведення штучної вентиляції легень і продовжувати її доти, поки не з'явиться самостійне дихання.

Після відновлення дихання й серцевої діяльності потерпілого розтирають руками, перевдягають у суху білизну, дають випити чаю або кави.

Не можна відпускати потерпілого додому без супроводжуючого.