

**Заповед № РД 09-410 от 1994 г. за утвърждаване на правила за оказване на първа долекарска помощ при увреждане на здравето при работа**  
"Държавен вестник", бр. 89 от 28 октомври 1994 г.

1. Утвърдените на основание чл. 276, ал. 1 и 2 от Кодекса на труда Правила за оказване на първа долекарска помощ влизат в сила от 1.I.1995 г.
2. От същата дата да не се прилагат изискванията от разделите с тази тематика, включени в действащите правилници по безопасност на труда - единни и отраслови.
3. Правилата за оказване на първа долекарска помощ да бъдат отпечатани от Главната инспекция по труда при Министерството на труда и социалните грижи като издание в специализирания бюлетин \"Безопасност на труда\".

**ПРАВИЛА  
ЗА ОКАЗВАНЕ НА ПЪРВА ДОЛЕКАРСКА ПОМОЩ ПРИ УВРЕЖДАНЕ НА ЗДРАВЕТО  
ПРИ РАБОТА  
(ДВ, бр. 89 от 1994 г.)**

**Чл. 1.** Тези правила са предназначени за обучение на работниците и служителите за оказване на първа долекарска помощ при увреждане здравето на хора при трудовата дейност.

**Чл. 2.** Първата долекарска помощ е съвкупност от прости, но достатъчно целесъобразни и ефективни мерки за спасяване живота на пострадалите и предотвратяване развитието на евентуалните възможни рискове за здравето им.

**Чл. 3.** (1) Първа долекарска помощ се оказва от работниците и служителите.

(2) Обучението на работниците и служителите по правилата за оказване на първа долекарска помощ се прави в рамките на прилаганите форми за инструктаж и обучение на работещите по безопасните методи на труд, съобразно конкретните рискове за здравето.

**Чл. 4.** За ефективното оказване на първа долекарска помощ, работодателите осигуряват аптечки или аптечни чанти комплектовани с медикаменти в зависимост от рисковите фактори на съответната трудова дейност.

**ПРЕХОДНИ И ЗАКЛЮЧИТЕЛНИ РАЗПОРЕДБИ**

1. Настоящите правила влизат в сила от 01.01.1995 год., от която дата се отменя прилагането на разделите "Оказване първа медицинска помощ" от Правилниците по безопасността на труда.
2. Изменения, допълнения и указания по прилагане на Правилата за оказване на първа долекарска помощ при увреждания на здравето при работа се правят от Министерството на здравеопазването.

**СЪДЪРЖАНИЕ  
ПРАВИЛА ЗА ОКАЗВАНЕ НА ПЪРВА ДОЛЕКАРСКА  
ПОМОЩ ПРИ УВРЕЖДАНЕ НА ЗДРАВЕТО ПРИ РАБОТА**

- I. Първа долекарска помощ при наранявания и счупвания
- II. Първа долекарска помощ при кръвотечение
- III. Първа долекарска помощ при изгаряния /термични и химически/
- IV. Първа долекарска помощ при измръзване
- V. Първа долекарска помощ при слънчев и топлинен удар
- VI. Първа долекарска помощ при въздействие на електрически ток върху човека
- VII. Първа долекарска помощ при остри отравяния
- VIII. Първа долекарска помощ при ухапвания от змия, куче, насекомо
- IX. Първа долекарска помощ при попадане на чужди тела в окото
- X. Първа долекарска помощ при състояние на безсъзнание
- XI. Първа долекарска помощ при застрашаващи живота нарушения в дишането и кръвообращението
- XII. Първа долекарска помощ при спешни хирургически заболявания на органите на коремната кухина

### ХІІІ. Опис на съдържанието на аптечки или аптечни чанти

#### **I. ПЪРВА ДОЛЕКАРСКА ПОМОЩ ПРИ НАРАНЯВАНИЯ И СЧУПВАНИЯ**

В мирно време травмите нерядко възникват при работа в промишлеността, селското стопанство, при ремонт и експлоатация на различни видове транспорт. Те обикновено възникват случайно, поради което да се предвиди времето и мястото на нещастните случаи е практически невъзможно. Всичко това затруднява организацията на медицинското обезпечаване на пострадалите на местопроизшествието. Преди всичко се ограничава с оказването на само- и взаимопомощ, или помощ от среден медицински персонал. Първа помощ обикновено се оказва от този, който се намира най-близо до пострадалия. В повечето случаи първата помощ започва със сваляне на дрехите и обувките на пострадалия напълно или частично. При това, за да се избегнат допълнителни усложнения и нанасянето на допълнителни травми, е необходимо да се спазват следните

#### **ПРАВИЛА:**

1. Дрехите на пострадалия да се свалят, като се започне от здравата страна.
2. Ако дрехата е пристегната около раната, тя се изрязва около нея.
3. При силно кръвотечение с необходимо дрехата бързо да се разреже и разгъне, за да открие раненото място.
4. При травма на стъпалото или коляното обувката първо трябва да се разреже по задния шев и след това при събуването да се освободи петата.
5. При събличането на дрехите или свалянето на обувката от травмирания крайник той трябва внимателно да се придържа.
6. Разсъбличането на дрехите без особена нужда е нежелателно; освобождава се тази част от тялото, където трябва да се извършат необходимите манипулации.

#### **РАНАТА Е ОТКРИТА УВРЕДА, СЪПРОВОДЕНА ОТ НАРУШАВАНЕ ЦЕЛОСТТА НА КОЖАТА И ЛИГАВИЦИТЕ И ПОДЛЕЖАЩИТЕ ТЪКАНИ.**

ПРИ ОКАЗВАНЕТО НА ПЪРВА ПОМОЩ Е ДОСТАТЪЧНО ПОСТАВЯНЕТО НА ПРЕВРЪЗКА ВЪРХУ НЕЯ.

Основните предназначения на превръзката са:

- да се предпази раната от допълнително замърсяване;
- да окаже кръвоспиращо действие;
- да намали потока на болеви импулси от увредената зона на тялото.

ОКАЗВАЩИЯТ ПЪРВА ПОМОЩ ТРЯБВА ДА СЪБЛЮДАВА СЛЕДНИТЕ ПРАВИЛА ЗА ПРЕДОТВРАТЯВАНЕ ЗАМЪРСЯВАНЕТО НА РАНАТА ПРИ ПОСТАВЯНЕТО НА ПРЕВРЪЗКАТА:

1. Да не пипа раната с ръце, защото върху тяхната кожа има много микроби, способни да предизвикат инфекция.
2. Да не промива раната с вода или с други течности, за да не попадат замърсяващите материи, намиращи се около нея, вътре в самата рана.
3. Да не изчиства раната от замърсяване със спирт, йод или други дезинфекционни средства.
4. Да се постави стерилна превръзка върху раната, като се използва личния стерилен пакет, намиращ се в аптечката. В НИКАКЪВ СЛУЧАЙ НЕ СЕ ПОСТАВЯ ПАМУК ВЪРХУ РАНАТА. Ако стерилният превързочен пакет е недостатъчен, могат да се използват чисти кърпи, късове плат, бельо, но винаги трябва да се внимава за допълнително замърсяване.
5. При рани в областта на главата да не се промива раната с кислородна вода, поради опасност от попадане и трайно увреждане на очите от нея.

**ПЪРВАТА ПОМОЩ ПРИ СЧУПВАНЕ НА КОСТИ СЕ СЪСТОИ В ОБЕЗДВИЖВАНЕ НА УВРЕДЕНИЯ КРАЙНИК ИЛИ ЗАСЕГНАТА ЧАСТ НА ТЯЛОТО,** Така се постига:

- намаляване на болката в областта на счупването;

- предотвратяване допълнително разместване на счупените кости по време на транспорта;
- предпазване на околните меки тъкани, кръвоносни съдове и нерви от допълнително увреждане.

**ОБЕЗДВИЖВАНЕТО ИМА ЗНАЧЕНИЕ И КАТО ПРОФИЛАКТИЧНА МЯРКА ПРОТИВ ПРОЯВАТА НА ШОКОВО СЪСТОЯНИЕ.**

**ОБЕЗДВИЖВАНЕТО БИВА:**

1. Обездвижване, при което не се използват твърди обездвижващи средства - например горния крайник може да се прикрепи към гърдния кош, свит под прав ъгъл в пакетната става; долният увреден крайник може да се прикрепи към здравия с различни видове меки превръзки - колани, вратовръзки, носна кърпа. Този начин трябва да се прилага по-рядко, поради недостатъчния ефект на Обездвижване.

2. Обездвижване, при което като обездвижващи средства се използват подръчни материали: дъски, по-дебели клони или други подходящи в момента дървени, железни или пластмасови изделия.

3. Обездвижване, при което се използват стандартни шини тип "Крамер".

**При установено счупване В РАМКИТЕ НА ОБЕМА НА ПЪРВА ПОМОЩ В НИКАКЪВ СЛУЧАЙ НЕ СЕ ПРАВИ ОПИТ ЗА НАМЕСТВАНЕ НА СЧУПЕНИТЕ КОСТИ.** Когато се касае за открито счупване и в раната се показват костни фрагменти, не се прави опит за наместването им, а те се покриват само със стерилна превръзка.

Шините се поставят върху дрехите или предварително се подплатяват, за да не увредят кожата. При поставяне на шината е необходимо да се обхванат най-малко две съседни стави - под и над счупването.

Шините се прикрепват към крайниците стабилно с бинт или с триъгълна кърпа, или с други импровизирани прикрепващи превръзки.

При премазване на крайници с или без ампутация на части от тях те се шинират заедно с ампутираната част. Това има значение по-нататък за лечението на пострадалите.

След оказването на първа помощ е необходимо пострадалият да бъде транспортиран в лечебно заведение.

## **II. ПЪРВА ДОЛЕКАРСКА ПОМОЩ ПРИ КРЪВОТЕЧЕНИЕ**

Най-непосредствената опасност, която съществува при раните, е опасността от кръвотечение. То може да бъде различно по сила в зависимост от големината и вида на разкъсания кръвоносен съд, от характера на раната (порезна, прободна), от размера ѝ и т.н.

Ако кръвта вследствие нараняването, се излива навън, тогава кръвотечението се нарича външно. Кръвотечение в тъканите или в кухините (гърдна, коремна) се нарича вътрешно.

Кръвотечението в затворените кухини понякога остава скрито. За него може да се съди по косвени признаци (бледост, слабост, едва доловим и ускорен пулс).

Освен първично кръвотечение, което настъпва веднага след нараняването, понякога се наблюдават и последващи или вторични кръвотечения от раната. Те се явяват вследствие отстраняването на кръвния съсирек, който затваря отвора на разкъсания кръвоносен съд, или вследствие изхлузването на превръзката на разкъсания кръвоносен съд. Поради възможните вторични кръвоизливи е необходимо непрекъснато следене на пострадалите, особено в началото след нараняването им.

Човек може да загуби известно количество кръв, без това да окаже абсолютно никакво влияние върху състоянието му, но загубата на по-голямо количество кръв се понася тежко от организма. Колкото по-голямо количество се загубва, толкова състоянието на човека се влошава повече.

Количеството на кръвта в човешкия организъм варира в определени граници, което е в зависимост от теглото на човека. Обикновено при мъже кръвта е 70 мл на кг тегло, а при жени - 65 мл на кг телесно тегло. Пълните индивиди имат по-ниски стойности, а снажните и атлетичните индивиди имат по-високи стойности. Така един нормално развит мъж, който тежи 70 кг., трябва да има около 5 л кръв (70 мл x 70 кг = 4900 мл).

Опасността за живота на човек вследствие на кръвоизлив зависи преди всичко от количеството на изтеклата кръв и времето, за което е изтекла. Кръвоизлив от 200-400 мл не се отразява на общото състояние на здрав възрастен човек, но загубата на 1/3 от цялото количество кръв

(1500-1600 мл) представлява опасност за живота му. Голямо значение има бързината на, кръвоизлива, а също и възрастта, полът, общото състояние.

В зависимост от вида на наранения кръвоносен съд се различават няколко вида кръвотечения:

1. Артериални - когато е нарушена целостта на артериален кръвоносен съд. При тяхното разкъсване кръвта изтича на тласъци в съответствие с ударите на сърцето. Има яркочервен цвят поради наличието на повече кислород. При тях бързината на кръвоизлива е най-голяма, затова са и най-опасни,

2. Венозни - когато е нарушена целостта на вена. Изтичането на кръвта при разкъсване на вена става равномерно. Кръвта има тъмно червен цвят.

3. Капилярни - при нарушаване целостта на капилари, При тяхното нарушаване кръвта изтича на капки - тя "сълзи". Получават се при повърхностни наранявания

Основните признаци на кръвоизлив са; слабост, притъмняване пред очите, световъртеж, жажда, понякога прозяване, бледост, изстиване на крайниците, отслабване и ускоряване на пулса, замъгляване на съзнанието.

Кръвоизливите дават отражение преди всичко върху жизнено важните органи - сърцето и мозъка.

Кръвоизливи могат да настъпят при наранявания, но също и при някои заболявания: язва, хемороиди, разширени вени, заболявания на кръвотворните органи и др. В тези случаи кръвоизливите възникват по редица други признаци: черни изпражнения - при язви, кръв - при хемороиди, подкожни кръвоизливи - при някои заболявания на кръвотворните органи и други.

Първото нещо, което трябва да се направи при кръвоизлив, е да се пристъпи към кръвоспиране.

Кръвоспирането може да бъде временно или окончателно.

Временното кръвоспиране има за цел да спести на пострадалия загуба на кръв, докато дойде на мястото, където може да се направи окончателно кръвоспиране.

Един от способите за временно кръвоспиране е ръчният. Той се състои в това, че с длан или пръсти се притиска разкъсаният кръвоносен съд. Притискането може да се извърши по следните начини:

1. Над мястото на нараняването - на такова анатомично място, където кръвоносният съд е разположен по-повърхностно и над голяма кост.

2. С пръст в самата рана върху разкъсания кръвоносен съд, но в този случай съществува опасност от инфектиране на раната, което съзнателно се пренебрегва пред опасността за живота на пострадалия от кръвоизлива.

Има определени анатомични места, където може да се извърши кръвоспирането по ръчния способ. Най-подходящи анатомични места за ръчно притискане на различните артерии са:

При нараняване на главата и лицето кръвоизливът може да бъде спрял, като се притиска сънната артерия от страната на нараняването. Тя се притиска в шийната област върху шийните прешлени с пръстите, като палецът отива назад.

При нараняване в горната част на горния крайник или в областта на раменната става, където кръвотечението може да е по-силно, с пръсти се притиска подключичната артерия върху първото ребро, зад стената на ключицата.

При кръвотечение от рана в подмишницата се притиска подмишничната артерия в областта на мишницата.

При кръвотечение от дланта се притискат лъчевата или лакътната артерия.

При кръвотечение от долните крайници се притиска бедрената артерия. То се извършва под слабинната гънка, малко по-навътре от средата ѝ. Най-добре е притискането да става с юмрук.

Ръчният способ за кръвоспиране е спомагателен. Използва се за съвсем кратко време, докато се приложи друг начин за временно кръвоспиране: засуквачка, Есмархов бинт и други.

Малки кръвотечения, които се получават при разкъсване на малки кръвоносни съдове, могат да бъдат спирани, като върху тях се наложи компресивна (притискаща) превръзка. Това е обикновена превръзка, която се прави при спазване на всички правила за предпазване от инфекции, като при превързването се стяга повече от обикновено. По този начин разкъсаният кръвоносен съд се притиска и се стяга до спиране на кръвотечението. Под превръзката се поставя по-дебело парче марля или бинт, което хубаво да притисне разкъсаният кръвоносен съд.

Компресивната превръзка обикновено се прави, когато има малки кръвоизливи в областта на главата.

В някои случаи кръвотечението може да бъде спряно или значително да намалее при промяна в положението на крайника.

Ако се касае за кръвотечение от подключичната или подмишничната артерия, може да се извърши фиксиране на ръката, като бъде максимално отведена назад и притисната към гърба. Кръвоспиращ ефект при нараняване в горния крайник може да се постигне и при максимално свиване и притискане на предраменни-цата към раменната кост, а на долния - на подбедреницата към бедрото. При високи, недостъпни за поставяне на кръвоспиращи превръзки кръвотечения от бедрото кръвоспиращ ефект се постига чрез максимално притискане на крайника към корема. В такива случаи се препоръчва в ставната яма предварително да се постави марля, бинт или дреха, навити на руло и тогава крайникът да се сгъне, за да може да се притисне по-добре разкъсаният кръвоносен съд.

Намаляване на кръвотечението при малки кръвоизливи може да се постигне и чрез изстудяване в съседство с мястото на разкъсания кръвоносен съд, като поставим мехур с лед (кръвоспирането в случая става поради свиване на кръвоносните съдове от студа).

По-сигурна временна кръвоспираща превръзка се прави чрез пристягане на кървящия кръвоносен съд над мястото на нараняването (кървенето). Такова пристягане може да се направи със засуквачка, Есмархов бинт или с обикновени средства като колан, триъгълна кърпа и други, които могат да изиграят много добра роля при кръвоспирането. Съществуват няколко правила, които трябва да се знаят при поставянето на кръвоспиращите превръзки:

1. Правят се само при кръвотечение на крайниците.
2. Правят се централно над мястото на кръвотечението - при кръвотечение от горен крайник - над лакътната става, а при долен крайник - над коляното.
3. Винаги се правят върху подложка от плат, марля, триъгълна кърпа и други
4. Трябва да се пристяга до изчезване на периферния пулс или до спиране на кръвотечението.

Този момент трябва да се отчита правилно, защото при недобро притискане се получава венозен застой и вместо да спре, кръвотечението се засилва, а при венозен застой и пристягане по-силно от необходимото могат да се получат усложнения, даже парализиране на крайника.

Кръвоспиращата превръзка спира изцяло притока на кръв под мястото на поставянето ѝ, поради което по-продължителното ѝ оставяне може да доведе до умъртвяване на тъканта, намираща се периферно от нея. За да не се стигне до това, необходимо е такава превръзка да не остава повече от 1/2 - 2 часа. Ако се касае за хора, пострадали от радиация, това време трябва да бъде още по-кратко - 1/2 - 1 час.

За да се знае кога е направена кръвоспиращата превръзка, поставя се листче с часа и датата на правене на превръзката на видно място, най-добре закачено за самата превръзка.

Ако се наложи превръзката да остане по-дълго време от пределно допустимото, допуска се тя да се разхлаби за няколко минути, за да се даде възможност на кръвта в кръвоносните съдове да премине под превръзката и да подхрани тъканта периферно от нея. Отпускането не трябва да става изведнъж, а постепенно. Ако се касае за разкъсан голям кръвоносен съд, през време на отпускане на кръвоспиращата превръзка той може да бъде притиснат с пръст или в мястото на разкъсването, или централно от нея. Подхранването на тъканите се извършва от другите по-малки (т.н. колатерални) кръвоносни съдове.

Преди поставянето на кръвоспиращата превръзка крайникът трябва да се повдигне, за да се даде възможност на кръвта да се оттече, след което се поставя превръзката.

Не трябва кръвоспиращата превръзка да се поставя на голо.

Кръвоспирането чрез поставяне на кръвоспираща превръзка е сигурен и удобен начин, но не винаги приложим. Той може да се приложи при кръвотечение на крайниците и то в периферните им части.

Независимо от кръвоспиращата превръзка, раната трябва да се обработи при спазване на правилата за предпазване от инфекция.

Тъй като при кръвотеченията основната опасност е обезкървяването на жизнено важни органи - мозък и сърце, то трябва да се стремим да насочим останалото количество кръв главно към тях.

Това се постига чрез:

1. Поставяне на поразените в такова положение, че главата да бъде по-ниско в сравнение с краката.
  2. Чрез вдигане на краката нависоко.
  3. Чрез по-пристегнато бинтоваме на краката от периферията към основата им. По този начин става изцеждане на кръвта от тях.
- Ако направената превръзка е нагоена с кръв, не я снемайте, а направете друга върху нея.

## СПИРАНЕ НА КРЪВОТЕЧЕНИЯ ОТ РАЗЛИЧНИ МЕСТА

**Кръвотечение от носа.** Може да се получи при удар пряко върху носа или при счупване на основата на черепа. Може да се получи и при някои заболявания. Необходимо е:

1. Пострадалият да се постави да седне, но не да легне, за да бъде главата му високо.
2. Пострадалият да притисне с пръсти долната част на носа (ноздрите) в продължение на 10 минути.
3. Да се изясни от коя страна (от коя ноздра) изтича кръвта.
4. Да се постави студен компрес отвън на носа, от страна на кръвотечението.
5. В носа да се постави памук или марля, напоени с кислородна вода, или ноздрата да бъде хубаво тампонирана с марля или памук, макар и сухи. Тампонът може да остане до 48 часа, като снемането му трябва да стане внимателно, за да не се предизвика повторно кървене.
6. Да се внимава да не би тампоните да са поставени само в предната част на ноздрата, а кръвта да се спира зад тях и да се стича към гърлото на пострадалия.
7. Пострадалият да бъде в покой, да не извършва каквито и да било движения.
8. Няколко часа след кръвотечението пострадалият да не пипа и издухва носа си, за да не предизвика ново кървене.

Забележка: Поставянето на тампон в носа би трябвало да се извършва от медицинска лице.

**Кръвотечение от ухото.** Ако се касае за кръвотечение от външната част на ухото:

1. Да се притисне с пръст превръзката, която е сложена върху нараненото място.

Ако кръвотечението е от вътрешната част на ухото:

1. Да не се слага нищо в ухото.
2. Да не се запушва ухото с бинт.

Ако кръвотечението от носа или ухото е предшествано от удар по главата, това може да означава счупване в основата на черепа.

Поставете пострадалия да легне с леко повдигната глава: при кървящо ухо - на страната на нараненото ухо. В тези случаи следва:

- бързо изпращане в болнично заведение при внимателно транспортиране.

**Кръвохрачене.** Проявява се при нараняване на белия дроб, както и при някои заболявания - туберкулоза, рак на белите дробове и др. Необходимо е:

1. Пострадалият да се постави в полуседнало положение.
2. Пострадалият да не се движи,
3. Бързо да се повика лекар.

**Кръвоповръщане.** Явява се при нараняване или заболяване на хранопровода, стомаха или дванадесетопръстното черво. Необходимо е:

1. Пострадалият да се постави в полуседнало положение.
2. В областта на корема да се постави мехур с лед.
3. Бързо да се повика лекар.

Не трябва да му се дава да поема каквото и да било през устата.

**Вътрешен кръвоизлив.** Вътрешният кръвоизлив може да не се появява навън. Той се получава при:

1. Тежки наранявания, които подреждат големи кръвоносни съдове.
2. При някои болести, които могат да причинят внезапно кръвотечение е корема или гърдния кош. Признаци на такова кръвотечение са:
  1. Подуване в областта на кръвотечението.
  2. Силна болка в областта на кръвотечението.
  3. Развитие на шок.

Поведение при такива пострадали:

- пълен покой;
- бързо да се повика лекар.

### **III. ПЪРВА ДОЛЕКАРСКА ПОМОЩ ПРИ ИЗГАРЯНИЯ /ТЕРМИЧНИ И ХИМИЧЕСКИ/**

#### **7. Термични изгаряния**

Термичните изгаряния се получават от високи температури. При това, биологично високите температури, тези които могат да предизвикат изгаряне, значително се отличават от технически високите температури. В този смисъл високата температура е 70 °С, при която за 1 секунда се предизвиква изгаряне с мехур на кожата. Такива биологично високи температури има на много места в бита и производството. Термичните изгаряния биват пламъкови, изгаряния от нагорещени течности и пари, контактни изгаряния от допир до нагорещени повърхности, изгаряния при експлозии, при които се засягат и дихателните пътища от вдишаните газове. Тежестта на едно изгаряне се определя от дълбочината и площта на поражението. Според дълбочината на засягане на кожата различаваме четири степени на изгаряне. При първа степен имаме само зачервяване на кожата, съпроводено с болка. При втора степен се образуват силно болезнени мехури. При трета степен кожата е бледа до бяла или в зависимост от увреждащия агент - кафява до черна. Получава се умъртвяване на кожата (некроза), която отпада. При четвърта степен имаме овъгляване с некроза, както на кожата, така и на подлежащите тъкани. При изгарянията от трета степен обикновено се налага оперативно лечение със свободна кожна пластика, а при четвърта степен често и ампутация на крайника. Освен от дълбочината, прогнозата при изгаряне се определя и от площта на поражението на кожата. Тя се изразява в проценти спрямо телесната повърхност. Познати са много методи за измерването ѝ, но за сега най-пригоден е „методът на деветките“, който е удобен и бърз за ориентиране. Според този метод: главата и шията представляват 9 % от повърхността на тялото, всеки горен крайник - 9 %, предната повърхност на тялото - 18 %, задната повърхност на тялото - 18 %, всеки долен крайник - 18 % и кожата на половите органи - 1 %. При по-ограничени изгаряния обикновено се използва методът на дланта. Дланта на всеки човек представлява около 1 % от телесната му повърхност.

Прогнозата при едно изгаряне зависи не само от площта и дълбочината. От значение е: локализацията на изгарянето - изгарянията на лицето протичат по-тежко; възрастта - изгарянията при възрастни над 60 години имат по-сериозна прогноза; предшестващите заболявания.

Долекарската помощ при изгаряне започва с прекратяване действието на високата температура. Пострадалият трябва да бъде изведен от зоната на пожара. При запалване на дрехите, същите трябва да се загасят. Това може да стане с потапяне във вода или обливане с обилна струя, притискане запалената дреха към земята за прекратяване достъпа на въздух, засипване с пясък. Могат да се използват платнище или одеало за завиване пострадалия и угасяване на дрехите, но не трябва да се забравя, че при завиване „през глава“ има опасност от задушаване от пушечните газове. Понякога е по-лесно освобождаването и хвърлянето на дрехите. При обширни изгаряния пострадалият се транспортира в най-близкото лечебно заведение. Такива са изгарянията над 15 % у възрастни от II и III степен, при които настъпва шок и се развива усложнение и от вътрешните органи, които налагат задължително болнично лечение. Болните в термичен шок много бързо се охлаждат; често те са и с измокрено облекло в резултат от загасяването. Поради това, при продължителен транспорт до болницата, за предпазване от простудни заболявания е необходимо болните да бъдат добре завити.

Превръзката на едно обширно изгаряне е продължителна по време манипулация. Поради това не се прави. Достатъчно е покриване на раните със стерилна марля и укрепването ѝ с 1-2 бинтови намотки. Тъй като марля в такова количество не винаги е налице, в такива случаи пострадалият се покрива с чиста, изгладена кърпа или чаршаф и се транспортира към най-близкото хирургическо отделение. Против болката на пострадалия се дава аналгин. При ограничени изгаряния до 10 % от I и II степен с неразкъсани мехури и наличност на течаша вода е добре кожата да се охлади за 5-10 мин. преди превръзката. Това значително успокоява болката. Ако крайникът е замърсен едновременно се измива със сапун, превързва се с марля и бинт. и пострадалият се насочва към хирург.

Ако мехурите са разкъсани при такива изгаряния до 10 % I и II степен, това не е противопоказание за охлаждане на течаща вода, след което се покрива със стерилна марля, превързва се с бинт и се насочва за превръзка в хирургически кабинет. И в двата случая се дава аналгин против болката.

При ограничени изгаряния от I степен, при които има само зачервяване на кожата, след охлаждане на течаща вода и измиване със сапун кожата се намазва с мехлем - най-добре ДефламоЛ. При такива изгаряния добре действа напърскването с Пантенол шпрей, препарат който се използва и при слънчеви изгаряния. Това значително успокоява болките в зачервената кожа. Трябва да се знае, че често мехурите при изгаряне не се появяват веднага, а през първите 24 часа, т.е. изгарянето от I степен се превръща във II степен, което налага съответна превръзка и изпращане на хирург.

При изгаряне от I степен на лицето, след измиване със студена течаща вода и сапун и подсушаване, зачервената кожа се намазва с тънък слой ципообразуващ препарат - Нифуцин гел, Ривафилм. След изсъхване се образува тънка ципа, маска върху лицето, която пречатства развитието на оток.

## 2. Химическа изгаряния

Основните фактори, които определят тежестта на химическите изгаряния, са концентрацията и времето на действие на химическия агент.

Киселините предизвикват сухи, плътни, рязко ограничени некрози. При изгаряния от сярна киселина некрозите са кафяво-черни, при солна киселина - сивкави, при азотна киселина - жълти, при пикринова киселина - златисто жълти.

Основите разтварят белтъчините и осапуняват мазнините в дълбочина. Образуваните некрози са влажни, сивкаво-жълтеникави, рехави, фосфорът предизвиква изгаряне, като се samozапалва и причинява ограничени, но дълбоки изгаряния на кожата.

Долекарската помощ при химическите изгаряния цели прекратяване действието и намаляване концентрацията на химичния агент. Това се постига чрез обилно промиване с вода - под душ или струя. Локално киселините се неутрализират с 2-5 процентов разтвор на натриев бикарбонат, а основите с 1 процентов разтвор на оцетна киселина. Такива разтвори, предварително приготвени, трябва да има на всяко работно място, създаващо условия за химически изгаряния. При намокряне или накапване на дрехите от химическия агент, те не трябва да се обличат отново след извършеното промиване на поразената кожа с течаща вода и неутрализиране. Раните се превързват с марля и бинт, а пострадалия се насочва към най-близката медицинска служба.

При изгаряне с фосфор изгорялата повърхност се почиства механично от частиците му. Поставя се влажна превръзка с 5 процентов разтвор на меден сулфат или с разреден разтвор на калиев хиперманганат (1:5000) и болният се изпраща на лекар. Мазева превръзка при изгаряне с фосфор не се прави.

Оказването на първата долекарска помощ при различните видове изгаряния не е свързано с много и различни медикаменти. Основното тук е бързото прекратяване действието на увреждащия агент. Наред с това в аптечката на предприятието е необходимо да има бинтове 10x10 см и 5x5 см, антисептична марля, памук, туба с мехлема ДефламоЛ, туба с Нифуцингел или Ривафилм.

Ако в предприятието се работи с химикали задължително трябва да има разтвори за неутрализация - съответно 2-5 процентов разтвор на натриев бикарбонат, 1 процентов разтвор на оцетна киселина, 1:5000 разтвор на калиев хиперманганат. В аптечката трябва да има и обезболяващи медикаменти - аналгин.

## IV. ПЪРВА ДОЛЕКАРСКА ПОМОЩ ПРИ ИЗМРЪЗВАНЕ

Под действието на ниските температури се получава общо или локално увреждане на организма. Явление на общо охлаждане - т.е. „бяла смърт“, се наблюдава при въздействие на ниските температури върху целия организъм. То протича с нарушение на жизнените функции и се характеризира с понижаване на телесната температура под 35 °С. Пострадалият е вял, апатичен, отговаря бавно на зададените въпроси, има олюляваща се походка, пулсът и



дишането се забавят, при продължително изстудяване изпада в безсъзнание, пада в снега и ако не се окаже навреме помощ умира.

Долекарската помощ при общо охлаждане включва преди всичко прекратяване действието на студа. Измокрените дрехи по възможност се сменят. Пострадалият трябва да бъде завит и затоплен. Самостоятелното придвижване на пострадалия с общо охлаждане влошава състоянието му. Затова, в условията на планината, пострадалия с общо охлаждане се поставя в шейна и се завива с одеало. За затопляне на пострадалия се използват грейки, собствената температура на пострадалия с поставяне ръцете под мишниците, масаж с топла суха длан или със суха вълнена ръкавица, затопляне на пострадалия до тялото на спасителя. При невъзможност за придвижване може да се използва затопляне на място пред огън. На пострадалия се дават топли подсладени напитки (чай, кафе). След настаняването му в затоплено помещение трябва да се приложи отново масаж, а също така и затопляне в легло с грейка, хранене с топли храни и течности. При възможност, затопляне във вана с температура на водата 36 °С за 30-40 мин, като температурата се поддържа чрез доливане. Това задължително се извършва в затоплено помещение, когато няма възможност за евакуация към болнично заведение, поради метеорологични условия или липса на транспорт. При възможност пострадалия с общо охлаждане направо се транспортира в затоплен транспорт за болница.

Под действие на ниските температури настъпват и локални промени в тъканите - ИЗМРЪЗВАНЕ. Различаваме четири степени на измръзване. При първа степен кожата е бледа, пострадалия се оплаква от изтръпване, чувство за убождане с иглички, понякога болка. При втора степен измръзване се образуват мехури, изпълнени с жълтеникаво съдържание. Образуването на мехурите е съпроводено със значителна болка. При трета степен измръзване се уврежда цялата дебелина на кожата, която се умъртвява (некротизира). Това е съпроводено със силна болка, обикновено при размразяване. При четвърта степен тъканите некротизират в дълбочина заедно с кожата. Трета и четвърта степен измръзване най-често налагат оперативно лечение с ампутация, кожна пластика. Всички тези промени в тъканите, обуславящи различните степени измръзване, стават видни след размразяването. Оказващият първа помощ при измръзване трябва да знае, че съществува начален, т.н. скрит период, от началото на действието на студа до началото на размразяването. Тогава тъканите са все още непроменени, студени. Субективно пострадалия се оплаква от тежест в крайника, чувство за мравучкане, но болка все още няма. Тя настъпва при започване на размразяването. Ако долекарската помощ започне в скрития период, прогнозата при измръзването значително се подобрява. Затова всички лечебни процедури в скрития период се провеждат по спешност. Първото, което трябва да се направи е да се прекрати действието на студа. Широко разпространеното „затопляне“ чрез разтриване със сняг е вредно. Снежните кристалчета дават възможност за нараняване на кожата и последваща инфекция. Това по същество е изстудяване, защото продължава действието на студа върху тъканите. При полеви условия затопляне може да се осъществи край огън, използване заслони и др. При възможност мокрите дрехи, чорапи, ръкавици се сменят. При това, всяко затопляне при измръзванията трябва да се осъществява внимателно, защото измръзналите тъкани са безчувствени и лесно може да се предизвика изгаряне. От полза е извършеният със суха топла длан масаж на измръзналата област, след което се налага с марля и бинт добре подплатена с памук т.н. „топло-изолираща превръзка“. Такава трябва да се наложи и след затопляне в баня с температура на водата 36 °С, в която се поставя измръзвания крайник за 20-30 мин. Водата, в която се поставя вледения крайник бързо изстива, затова температурата на водата се поддържа чрез доливане. На пострадалия се дава да пие топли подсладени напитки. Малка тонизираща доза алкохол се дава, след прекратяване действието на студа - при настаняването в хижа или след постъпване в болница. Задържането на болния с измръзване за изясняване на степента е погрешно. При първа възможност той се насочва към най-близкото лечебно заведение.

## **V. ПЪРВА ДОЛЕКАРСКА ПОМОЩ ПРИ СЛЪНЧЕВ И ТОПЛИНЕН УДАР**

### **Слънчев удар**

Един от случаите, когато може да се стигне до нещастие, е слънчевият удар (слънчасване).

Получава се, когато човек дълго време се подлага на непосредственото действие на слънчевите

лъчи с открита глава. Неправилно е уеднаквяването на слънчевия удар с топлинния удар, защото последният се получава при прегряване на цялото тяло, и то в закрити помещения, докато при слънчевия удар на най-голямо прегряване се подлага непокритата глава.

При слънчевия удар силно се засяга централната нервна система и специално важни центрове в продълговатия мозък. За слънчевия удар съдействат плътната тъмно оцветена дреха, лошо пропускаща въздуха и водните пари, както и усилената физическа работа при висока влажност и отсъствие на движение на въздуха.

Слънчев удар може да се получи и при спокойно състояние, при продължително лежане, както и при сън на открито, непосредствено под слънчевите лъчи. Предразполагащи моменти в тези случаи са прекомерното прегряване, както и пъпният стомах след изхранване.

Предразполагащи моменти за слънчасване са и заболяванията на сърдечно-съдовата система, затлъстяване, изтощение.

Началните явления на слънчасването са:

- отпадналост;
- главоболие - по-силно или по-слабо изразено;
- разстройство в зрението - явяват се тъмни петна пред очите и шум в ушите;
- виене на свят;
- понякога се явяват разстройство в гълтането, гадене, повръщане.

Обективно се установява обща вялост, зачервяване на кожата на лицето, на главата, температурата се повишава, като в началото е по-малко повишена (38-38.5 °C), а по-късно се повишава повече; пулсът и дишането се учестяват.

Ако действието на слънчевите лъчи се прекрати и особено ако се вземат съответни мерки, тези явления постепенно изчезват и състоянието на пострадалия се подобрява. Ако действието на слънчевите лъчи продължи и след появата на тези признаци, тогава горепосочените явления се засилват и се появяват нови: обща отпуснатост, загуба на съзнанието, температурата стига високи стойности, в началото дишането е ускорено, но в последствие се забавя (това важи и за пулса); появяват се потрепвания на отделни мускулни групи, които могат да преминат в общ гърч.

Първата помощ се заключава във вземане на бързи мерки за да се предотвратят усложненията:

1. Пострадалият се отнася на сенчесто, хладно, проветриво място, или поне му се прави сянка, за да се избегне по-нататъшното непосредствено влияние на слънчевите лъчи.
2. Напръсква се със студена вода.
3. Дава му се да пие течност (по възможност студени).
4. Дрехите се разкопчават.
5. Ако дишането или кръвообращението спират, се прибегва до изкуствено дишане или непряк масаж върху сърцето.

След преминаване на първичните явления могат да останат различни общи разстройства: сънливост, разбитост, главоболие, жажда, болки в мускулите.

Срещат се и нервно-психични разстройства.

Предпазването от слънчев удар изисква:

1. Да се избягва ненужното стоене на слънце без шапка,
2. Облеклото в топли, слънчеви дни да бъде леко, светло.
3. В топли дни да се поемат повече течности.
4. Болни със сърдечни и бъбречни заболявания и високо кръвно налягане трябва да избягват продължителното стоене на слънце.

При най-малките признаци на слънчев удар е необходимо отстраняване на човека от работа и оказване на медицинска помощ. Леките случаи на слънчев удар минават бързо, без последствия, докато тежките могат да имат значителни последствия.

### **Топлинен удар**

Получава се, когато човек се намира под въздействие макар и не на много висока температура, но топлоотделянето е затруднено. Това става най-често във влажни помещения, при физическа работа с дебели дрехи, които пречат на топлоотделянето.

Топлинен удар може да се получи и на открито при облекло, при което топлоотделянето е затруднено.

Топлинен удар може да се получи и при не много висока температура. Значение има облеклото, което пречи на топлоотделянето и е основен предразполагащ фактор. Влажният въздух, физическата работа, умората, сърдечно-съдовите заболявания са също предразполагащи моменти.

Признаците на топлинен удар са:

- неспокойствие;
- отпадналост;
- общо изпотяване;
- виене на свят;
- повишаване на температурата;
- зачервяване на лицето;
- главоболие;
- повръщане;
- ускорен пулс;
- суха и гореща кожа;

В тежки случаи се появяват гърчове, загуба на съзнанието. Може да настъпи и смърт.

Първата долекарска помощ трябва да се оказва бързо, за да се избягват усложнения.

Необходимо е:

1. Бързо извеждане на хладно или проветриво място.
2. Пострадалият да се постави в хоризонтално положение (да легне).
3. Освобождава се от пристягащи дрехи.
4. Дават му се студени течности (по възможност).
5. Напръсква се със студена вода.
6. При спиране на дишането и кръвообращението се прави изкуствено дишане и непряк масаж върху сърцето.

За избягване на топлинен удар е необходимо да се вземат профилактични мерки:

1. Помещенията добре да се проветриват,
2. Работещите в топли, влажни помещения да работят с дрехи, които улесняват топлоотделянето.
3. Да се дават повече течности.
4. На работещите тежка физическа работа в такива помещения да се дават често почивки.
5. При поява на някои от признаците на топлинен удар, пострадалия веднага да се извежда от помещението.

Леките случаи на топлинен удар минават сравнително лесно и без последици, но тежките могат да имат сериозни последици.

## **VI. ПЪРВА ДОЛЕКАРСКА ПОМОЩ ПРИ ВЪЗДЕЙСТВИЕ НА ЕЛЕКТРИЧЕСКИ ТОК ВЪРХУ ЧОВЕКА**

Електрическите поражения могат да настъпят по следните причини:

- а/ преминаване на електрически ток през човека;
- б/ въздействие на електрическата дъга;
- в/ въздействие на електрически и магнитни полета, създадени от много високи напрежения и честоти;

Съществуват следните видове поражения от електрически ток:

- а/ електрически удар и изгаряния;
- б/ наранявания и счупвания;
- в/ заболявания от въздействието на електрическа дъга и електромагнитни полета.

Електрически удар е болестно въздействие на електрически ток при преминаването му през организма и се изразява в нарушаване на функциите на жизнено важни органи, като тези на дишането и сърдечната дейност. Степента на това въздействие зависи от силата на тока, неговия вид и честота, пътя през който той минава през тялото, времето на неговото протичане и състоянието на организма в момента на попадането му под напрежение.

Електрически удар може да се получи при докосване до тоководещи части, които са под напрежение (проводници, жици, кабели, клеми и други подобни), или при докосване до

проводими нетоководещи части (корпуси на двигатели, машини, табла и други подобни), които са попаднали под напрежение в резултат на дефекти в izolацията или конструкцията, и при които не е задействала съответната защита.

Първата помощ на пострадал от електрически ток се състои в:

1. Освобождаването на пострадалия, по възможния най-бърз начин от напрежението, под което е попаднал. При това:

а/ да се вземат необходимите мерки срещу попадане под напрежение на лицето, извършващо освобождаването на пострадалия. При напрежения до 1000 V, за целта трябва да се използват сухи нетокопроводни предмети. При напрежения над 1000 V трябва да се използват боти, ръкавици и щанги за съответното напрежение;

б/ при положение, че пострадалият се намира на височина и при освобождаването му от напрежение съществува възможност от падане и получаване на допълнителни травми, да се вземат мерки за предотвратяването им;

в/ да се предвиди възможност за допълнителни светлинни източници в случаите, когато изключването на напрежението може да доведе до спиране на осветлението.

2. Ако пострадалият има собствено дишане и пулс, той се оставя да лежи с разкопчани дрехи, като му се осигурява достъп на чист въздух, към носа му се поднася памук, напоен с амоняк, а лицето му се измива или напръсква със студена вода.

3. Ако пострадалият е в безсъзнание и дишането му е слабо и конвулсивно, или няма дишане и пулс, той не следва да се счита за мъртъв, а за изпаднал в състояние на клинична смърт, от която може да бъде съживен. За целта се извършва следното:

а/ освобождаване на тялото от всички стесняващи дрехи и разкопчаване на копчетата;

б/ разтваряне на устата чрез изместване напред на долната челюст;

в/ да се освободи устата на пострадалия от нечистотии, изкуствени челюсти и др. подобни;

г/ бързо да се осигури проходимост на горните дихателни пътища, като се изтегли и задържи езика напред, а главата се наведе назад в максимално възможно положение;

д/ да се пристъпи към изкуствено дишане, като най-ефикасните от съществуващите методи за това са „уста в уста“ и „уста в нос“;

е/ при липса на пулс на пострадалия, се пристъпва и към индиректен масаж на сърцето.

Начините на изкуствено дишане и индиректен масаж на сърцето по-подробно са разяснени в раздел XI от настоящите правила.

4. Персоналът, зает с експлоатацията на електрически уредби и съоръжения, трябва да бъде практически обучен за начините на изкуствено дишане и индиректен масаж на сърцето.

5. Долекарската помощ на пострадал от електрически удар, следва да продължава до пристигането на лекарски екип или по време на транспортирането на пострадалия до здравно заведение. До тогава той трябва да се счита, че е жив. Само компетентно медицинско лице може да констатира настъпила смърт, след което помощта се прекратява.

6. Строго се забранява заравянето на пострадалия в земя, или други действия, които биха затруднили дишането му.

7. При протичане на електрически ток през човешкото тяло или при развитие на волтова дъга могат да се получат и изгаряния. В тези случаи се оказва долекарска помощ, съгласно раздел III от настоящите правила.

8. Продължително лъчисто въздействие на електрическата дъга върху очите предизвиква заболяването епектроофтальмия. Изразява се във възпаление на ретината и роговицата на очите от ултравиолетовото излъчване на дъгата. От това заболяване най-застрашени са електрозаварчиците, които не ползват лични защитни средства или странични лица, които наблюдават тяхната работа. Долекарската помощ в тези случаи се изразява в поставянето на студени компреси от борова вода върху очите, а пострадалия незабавно се отправя на лекар.

9. При удар от мълния има същите признаци, както при поражение от електрически ток. В зависимост от вида и степента на увреждането се оказва съответстваща на по-гореизложената долекарска помощ.

## **VII. ПЪРВА ДОЛЕКАРСКА ПОМОЩ ПРИ ОСТРИ ОТРАВЯНИЯ**

Острите отравяния са заболявания, които започват често внезапно или в кратък период от време, протичат не рядко тежко и бързо. Те изискват още при започване на тяхната изява бързи лечебни мерки - преди да се дочака лекарска намеса. Острите отравяния се причиняват от много и разнообразни видове отрови. Едни от тях са токсичните газове, които проникват в организма през дихателната система, други са твърди и течни съединения и вещества, които проникват в организма през храносмилателната система, през кожата и повърхностните лигавици. Трети вид са отрови, които се отделят от определени животни - змии, риби и др. - при ухапване или убождане. Много голямо значение за преодоляването или по-благоприятното протичане на острото отравяне има извършването на следните действия: бързо отстраняване на отровата от входния участък, прилагане на средства и метода за нейното обезвреждане в организма, включване на средства и методи за преодоляване на нарушенията на дишането и функциите на сърдечно-съдовата система.

Средства и методи на долекарската помощ при остри отравяния.

I. При проникване на отровата през устата се извършват следните действия до идването на лекаря:

1. С бъркане с пръст в гърлото или дразнене на последното с дръжка на лъжица се предизвиква повръщане. Ако болният е приел отрова със силно химически изгарящи свойства (киселини, основи и други подобни вещества), преди предизвикване на повръщането да изпие 2 чаени чаши прясно мляко, по възможност примесени с белтъка на 1 или 2 яйца, размесени в емулсия с 2 чаени чаши вода. Тези течности ще образуват съединения с този вид отрови (албуминати) и при престоя им в стомаха и обратното повръщане няма да проявяват по-нататък тяхното изгарящо действие. При отравяне с мастноразтворими вещества като различни пестициди, органични разтворители и др., приемането на прясно мляко в противовес на широко разпространени съвети е противопоказно и опасно, понеже последното улеснява всмукването (резорбцията) на отровата в кръвта. Същият неблагоприятен ефект за посочените отрови се получава и при консумация на мазни храни непосредствено след тяхното приемане

2. След повръщането се изпиват последователно няколко чаши вода или при възможност смес на вода и медицински въглен (3 супени лъжици медицински въглен се смесват в 1 литър вода), след което повторно и бързо се предизвиква по описания по-горе начин повръщане.

3. След обилното повръщане, с което се отстранява отровата от стомаха, на болния се дава да изпие 1 чаша вода, смесена с 2 кафени лъжички медицински въглен; 15 мин. по-късно - 1 пакетче английска и глауберова сол, разтворена в 1 водна чаша топла вода. С последното се предизвиква бързо изхождане по голяма нужда и по-бързо отстраняване на отровата от червата и ограничение на нейното всмукване в кръвта.

II. При проникване на отровата през дихателната система се провеждат следните мероприятия:

1. Отровеният незабавно се извежда от обгазената обстановка. Спасителите трябва да бъдат с маски с кислородни апарати и предпазни облекла. В индустриалните предприятия до идване на лекаря спасителите са длъжни да подават с кислородни апарати на тежко пострадалите да вдишват кислородна смес.

2. Вън от обгазения район, ако болният е в съзнание, провежда бавно вдишване и издишване на чист въздух за намаление концентрацията на отровния газ в алвееларния въздух в белите дробове и по-бързо извеждане на последния навън. При отравяния с въглероден окис се провежда изкуствено дишане (виж по-долу). При отравяне с други газове, които увреждат дихателните пътища и белите дробове, не се провежда изкуствено дишане с двигателни процедури.

III. При контакт на отровата с кожата и достъпните лигавици на пострадалия се извършва следното:

1. Внимателно се свалят дрехите от пострадалия и опаковани се изпращат за химическо обезвреждане.

2. Контактните участъци или цялото тяло се измиват с вода и сапун - най-добре под душ.

3. При засягане на очите в първите минути на интоксикацията последните внимателно се подлагат тангенциално на умерено сипна водна струя и се измиват от отровата.

IV. При проникване на отровата през храносмилателната система, след провеждане на процедурите на почистването ѝ от отровата, при възможност за гълтане се извършва следното:

1. Приемат се през кратки интервали от време средно 15-30 мин по 1 чаша редки сиропести негазирани течности или леки чайове с цел да се увеличи количеството на отделената урина и заедно с нея да се изхвърли и част от проникналата в кръвта отрова. Тази процедура е противопоказна и не се извършва при нефрит (възпаление на бъбреците), високо кръвно налягане и болно сърце в период на декомпенсация, както и при отравяния с отрови, причиняващи химическо изгаряне на устната кухина и хранопровода.

2. При забавяне на лекарска помощ може да се направи очистителна клизма за ускоряване изхвърлянето на проникналата в червата отрова.

V. Като противоотрова в рамките на долекарска помощ се извършва следното:

1. Медицински въглен като универсален адсорбент. Същият се прилага при приемане през устата на всички видове отрови по описания по-горе метод (3 суп. лъжици в 1 л вода се размесват хубаво и получената смес се измива на няколко последователни приема, непосредствено след което се предизвиква повръщане).

2. Адсорган: приема се след извършване на стомашна промивка или повръщане. Дозата е следната: 2 пъти през интервал от 30 мин. се поставя в устата 1 кафена лъжичка от лекарството, след което се изпива последователно на глътки вода до окончателното поглъщане на препарата.

3. Прясно мляко -1/2 л се изпива бавно без прекъсване. Приема се при отравяне с корозивни отрови (вещества, причиняващи химическо изгаряне на устната кухина, стомаха и червата). Противопоказно е при отравяне с мастно-разтворими препарати и вещества.

4. Белтъчно-водна смес. Получава се като в 2 водни чаши вода (400 мл) се разбият белтъците на две яйца. Изпива се бавно без прекъсване. Прилага се при отравяне с корозивни отрови (като прясното мляко).

5. Разреден оцетен разтвор или лимонов сок. Получава се като 2 супени лъжици оцет или сока на 1 лимон се смесят с 1/2 л вода Изпиват се при отравяне със силно корозивни основни вещества (натриева основа, калиева основа, калциева основа и др. - непосредствено след отравянето). След изпиването се предизвиква повръщане, като преди това се прилага прясно мляко и водно белтъчна смес.

VI. Други процедури

До идването на лекаря при тежки отравяния с нарушение на дишането или кръвообращението се извършва следното:

1. При спиране на дишането - обдишване „уста в уста" и друга прийоми на изкуствено дишане.

2. При увреждане на кръвообращението на болния се дава да изпие 1 кафе или коразол 20 капки с малко вода. При спиране на сърдечната дейност може да се започне индиректен масаж на сърцето, ако има на близо човек, който го е усвоил тази процедура в санитарно просветни курсове или друга подходящи звена.

Другите лекарствени и лечебни методи ще се прилагат от квалифицирани медицински лица. При остро отравяне е необходимо с най-голяма бързина болните да се заведат на лекар.

## **VIII. ПЪРВА ДОЛЕКАРСКА ПОМОЩ ПРИ УХАПВАНИЯ ОТ ЗМИЯ, КУЧЕ, НАСЕКОМО**

Ухапвания от змии у нас, макар и срещащи се рядко, все пак има. Те са изключително лятно време. Предимно са на долните крайници.

При ухапване от змия има местни и общи признаци. Местните признаци на ухапването са:

- на мястото на ухапването се виждат две кървавочервени точки;

- болка в мястото на ухапването;

- оток (в началото около мястото на ухапването, а в последствие може да се обхване и целия крайник);

- подуване на лимфните жлези на ухапания крайник.

Общите признаци са: неспокойствие, световъртеж, отпадналост, гадене, повръщане, бледост. Тези явления могат да се дължат и на страх.

Първата помощ при ухапване от змия обхваща следните мерки:

1. Прави се пристегнатата превръзка над мястото на ухапването.

2. Внимателно се изтриват и измиват със сапунена вода капчиците отрова от и около ухапаното място и областта се измива обилно с вода.

3. Раната се превързва с чиста превръзка.
4. При силна болка - даване на обезболяващи /аналгин/.
5. Бързо транспортиране в лечебно заведение, където се поставя противозмийски серум, поддържа се сърдечно-съдовата система.

При ухапване от змия не бива да се изсмуква с уста отровата от ухапаното място.

Ухапване от куче. Раната при ухапване от куче прилича на разкъсана рана. Тя поначало не е много голяма. Рядко бива много дълбока. Главната опасност при нея идва от това, че кучето може да е бясно.

Първата помощ се състои в:

1. Намазване около раната с йод (внимава се да не се докосва раната).
2. Превързване със стерилна превръзка.
3. Бързо транспортиране към болничното заведение. Ухапване от насекомо. На мястото на ухапването има:

- болка;
- оток;
- зачервяване.

Могат да се появяват и общи признаци: отпадналост, световъртеж.

Първата помощ се състои в:

1. Изваждане на жилото, най-добре с инструмент (пинсет). То трябва да се хване по възможност близо до кожата, за да се избегне впръскването на отровата, останала в него.
2. Поставяне на памук или марля, напоени с разтвор на амоняк или спирт.
3. Даване на течности.
4. Даване на болкоуспокояващи средства.
5. По-късно се поставят студени компреси.

## **IX. ПЪРВА ДОЛЕКАРСКА ПОМОЩ ПРИ ПОПАДАНЕ НА ЧУЖДИ ТЕЛА В ОКОТО**

В окото могат да, попадат пясъчинки, влакна, метални стружки и др., които имат силно раздразващо действие, а ако са замърсени може да се получи и възпаление.

При попадане на чуждо тяло в окото пострадалият не трябва да го трие, за да не се наруши целостта на роговицата,

Необходимо е да примига няколко пъти във вода, за което се използват специални чашки за очна промивка или да се промие окото със струя чиста вода.

Ако чуждото тяло не се отстрани по този начин, окото се покрива със суха превръзка - марля или чиста кърпа и се търси помощта на лекар.

## **X. ПЪРВА ДОЛЕКАРСКА ПОМОЩ ПРИ СЪСТОЯНИЕ НА БЕЗСЪЗНАНИЕ**

Състоянието на безсъзнание е едно от най-опасните за живота промени в човешкия организъм.

То настъпва при различни заболявания. Болният в безсъзнание има вид на дълбоко заспал човек, който не може да бъде „събуден“ с никакви дразнещи въздействия върху него. В някои случаи, това състояние на пострадалия може да бъде съчетано с гърчове, повръщане и др. явления като движение на крайници, гримасничене и др. Независимо от причините, които са предизвикали безсъзнателното състояние, то довежда до нарушение на жизнено важни функции на организма като кръвообращение, дишане, обмяна на веществата. Нарушението на съзнание то представлява тежко нарушение на основни функции на мозъка. Следните данни, установени при болния в безсъзнание, могат да ни ориентират за вида на по-често срещаните форми на това заболяване:

- при наличност на празни опаковки на медикаменти около болния и в дрехите му се допуска безсъзнание (кома), причинено от отравяне с лекарства;
- при мирис на алкохол се приема, че се касае за алкохолна кома;
- при наличие на нараняване по главата се мисли за безсъзнание вследствие черепно-мозъчна травма;

- при болен с високо кръвно налягане или предхождащ порок и внезапно настъпила загуба на съзнанието се приема, че се касае за мозъчен удар със запушване на кръвоносен съд или кръвоизлив в мозъка;
- при намиране на пострадалия на силно огряно от слънце място и установяване на червено лице се предполага, че е настъпил слънчев удар;
- при установяване на контакт на пострадалия с електропроводник се приема, че съзнанието е нарушено вследствие електрически удар;
- при намиране на пострадалия в обгазена среда или при отоплително средство с непълно горене се мисли за безсъзнателно състояние вследствие отравяне с въглероден окис и др. отровни газове;
- при установяване на висока телесна температура най-вероятно безсъзнанието е в резултат на възпалителен процес в мозъка и др.

При болен в безсъзнание до идването на лекар е необходимо да се извършат следните процедури:

1. Бързо прекъсване действието на причина, която е довела до кома, ако това е известно и възможно. Така например, при остро отравяне с токсични газове пострадалият трябва незабавно да бъде изведен от обгазената среда. При въздействие от електрически ток да се прекъсне контакта с електропроводника, при слънчасване - да бъде преместен на сянка.
  2. Да се постави в легнало положение на гръб, с леко повдигната глава или странично легнало положение, за да не се запуши гърлото от отпускане на езика навътре в устната кухина към последното.
  3. При повръщане главата да се извива на една страна на равнището на тялото, за да се избегне преминаване на повърнатите материали в дихателните пътища.
  4. При повишена телесна температура на болния се поставят студени мокри кърпи на челото. С такива кърпи се обвиват и крайниците,
  5. При студено тяло и крайници и ниска температура болния се завива и леглото се затопля с шешета топла вода като се внимава да не се допусне изгаряне (шешетата се обвиват с кърпи), понеже болният е с изключена чувствителност и реакция на топлинни въздействия.
  6. При нарушение на дишането да се приложи обдишване „уста в уста“ (вж. съответната глава в правилата) и се приложат други прийоми на изкуствено дишане, усвоени в курсовете за помощ и взаимопомощ. Когато долекарската помощ се дава от медицинско лице (мед. сестра или мед. техник) тогава на болния се подава да диша кислород при наличие на такава възможност. При спиране на дишането от същия вид мед. лица може да се постави инжекция за усилване и възстановяване на същото (кардиамин, микорен и др.).
  7. При нарушение на кръвообращението и шок, когато долекарската помощ се осъществява от мед. лице. след измерване на кръвното налягане се поставя подкожна инжекция с коразоп, кофеин или ефортил до идване на лекар. При много високо кръвно налягане се поставят студени мокри кърпи на главата и се инжектира също от мед. лице една до две ампули папаверин подкожно или 1 амп. новфилин мускулно.
- Всеки болен в безсъзнателно състояние трябва в най-кратък срок да бъде прегледан от лекар.

## **XI. ПЪРВА ДОЛЕКАРСКА ПОМОЩ ПРИ ЗАСТРАШАВАЩИ ЖИВОТА НАРУШЕНИЯ В ДИШАНЕТО И КРЪВООБРАЩЕНИЕТО**

Острите нарушения в дишането и кръвообращението, застрашаващи живота на болния, настъпват обикновено внезапно в резултат на силно въздействащи вредни фактори върху организма. Обикновено това са болни или пострадали, изпаднали в критично състояние при пълно здраве или с достатъчно запазени компенсаторни възможности.

При тях мероприятията за подържане на дишането и кръвообращението и предотвратяването на клиничната смърт са от изключителна важност. Възможностите за спасяването на тези болни са толкова по-големи, колкото по-рано и правилно е започнато оказването на помощта. При настъпила клинична смърт шансовете за възстановяване се намаляват значително. Процентът на преживяване при клинична смърт според различните автори е различен и достига до 55 и повече.



Необходимо е съживителните мероприятия да започнат незабавно и да се извършват при строго установена последователност. Провеждането им след третата минута от началото на клиничната смърт води до невъзможност за възстановяването на жизнените функции или до частичното им възстановяване.

При някои особени обстоятелства, при които е настъпила клинична смърт, пълно възстановяване на жизнените функции може да се постигне и след по-дълъг интервал от момента на настъпване на клиничната смърт до момента на започване на съживяването. За медицинските лица не е необходимо да се определят тези срокове.

Основанията да се започне незабавно съживяването на пострадалия са:

1. Липса на съзнание.
2. Спиране на дишането (липса на дихателни движения на гръдния кош).
3. Липса на пулсации на коремните артерии - сънна и бедрена (опипването на пулсациите винаги се извършва с втория, третия и четвъртия пръст заедно, поставени по протежение на съответната артерия).

Мероприятията, които се извършват при клинична смърт по същество са едни и същи, независимо от мястото, където се провеждат. Тяхната цел е възстановяването на дишането и кръвообращението.

Ред и последователност на мероприятията:

1. Осигуряване на свободни дихателни пътища:

а) освобождаване на шията, гръдния кош и корема от дрехи, колани и други, кои го ограничават подвижността им;

б) почистване устата, носа и гърлото от чужди тела, повърнати материи и кръв. Устата се отваря с кръстосани палец и показалец на лявата ръка, а с показалеца на дясната ръка, увит в марля или парче плат по механичен начин се забърсва устната кухина, докдето може да достигне пръста. Тази манипулация може да се повтори, но е необходимо да се действа много бързо. Носът също се почиства механически с кърпа или парче плат;

в) главата се поставя максимално извита назад със затворена уста. Това положение на главата спомага за отваряне на дихателния път, който обикновено при клинична смърт е запушен от отпуснатия корен на езика. При съмнения за счупени шийни прешлени главата не се движи, а долната челюст се издърпва напред: или чрез изтегляне на брадата напред, или чрез избутване двата ъгъла на долната челюст напред.

Тези три действия могат да доведат до възстановяване на собственото дишане, ако спирането му се дължи само на механическо запушване на дихателните пътища при наличие на сърдечна дейност. Това означава, че осигуряването на собствени дихателни пътища се налага не само при клинична смърт, но и във всички случаи, когато има съмнения за тяхното запушване.

2. Незабавно започване на обдишване с издишан въздух от спасяващия. Това се осъществява чрез два способа - обдишване „уста в нос“ и „уста в уста“. Въпреки, че в широките немедицински среди е особено популярен метода „уста в уста“, данните от експерименталните и клинични изследвания на наши и чуждестранни специалисти показват, че метода „уста в нос“ е по-ефикасен и следва да е метод на избор. Обдишване „уста в уста“ се препоръчва само когато се установи, че носа е непроходим. Главното предимство на обдишването през носа е, че по този начин въздух не попада или много рядко попада в стомаха. Известно е, че вкарването на въздух в стомаха довежда до пасивното му изпразване през хранопровода и заливане на дихателните пътища, при което стомашно съдържимо попада в трахеята и бронхите, което още повече намалява шансовете за възстановяване на пострадалия.

Обдишването „уста в нос“ става по следния начин: главата е поставена в описаното по-горе положение с издърпана напред долна челюст, устата се поддържа плътно затворена със същата ръка, която поддържа челюстта. Върху носа се поставя марля или носна кърпа. Оказващият помощ поема дълбоко въздух с широко отворена уста, обхваща носа плътно и енергично издишва през носа на пострадалия, след което се отстранява и го оставя да издиша пасивно. Отначало се правят 5-6 бързи обдишвания, след което се започва ритмично обдишване - 12 до 16 пъти в минута. Ефикасността от обдишването се установява по движението на гръдния кош. Обдишването „уста в уста“ се извършва при същото положение на главата, устата на пострадалия се отваря леко. Оказващият помощ обхваща плътно устата на пострадалия (и тук е желателно да се постави марля или кърпа), като се стреми с бузата си да му запуши ноздрите.

Ако носът е непроходим, това не е необходимо. Издишването трябва да става по-плавно, с оглед да не се създаде много високо налягане в устата и носоглътката на обдишвания, тъй като в този случай част от въздуха попада в стомаха със съответните последици.

При оказване помощ от медицински лица вместо обдишване „уста в нос" и „уста в уста" се използва саморазгъващия балон „Амбу", чрез който може да се подава и кислород. Наличието на „Амбу" дава възможност и за използване крачния аспиратор за аспирация на секречия от дихателните пътища.

3. Възстановяване и подържане на кръвообращението.

Заедно със започване обдишването, без загуба на каквото и да е време, е необходимо да се започне външен или така нар. индиректен масаж на сърцето. Пострадалият се поставя по гръб върху твърда подложка. Оказващият помощ застава отстрани на пострадалия, прав или на колене, поставя едната си ръка с дланта по оста на гръдната кост в долната ѝ половина, като пръстите са повдигнати и не се допират до тялото на пострадалия. Другата ръка се поставя върху първата. С прави ръце се извършват енергични тласъци, при което се използва и тежестта на горната половина на тялото. Целта е гръдната кост да хлътне от 3-5см, при което сърцето се притиска между нея и гръбначния стълб и при това се изгласква кръвта от него. Пълненето на сърцето става пасивно. Необходимо е да се извършват 60-80 притискания в минута.

Обдишването и сърдечният масаж трябва да се синхронизират, като на едно обдишване да се извършват 5 притискания на сърцето.

При неправилно поставяне на ръката вместо на гръдната кост върху ребрата се получава счупване на последните, а понякога наранявания на вътрешни органи. Тези редки усложнения не бива да бъдат причина за отказване на помощ

Съживяването може да се извършва от едно или за предпочитане от две лица, като действията се синхронизират.

Съживителните действия трябва да се продължат до явяването на медицинско лице на местопроизшествието или до транспортиране на пострадалия в болнично заведение.

Преценката за прекратяване на съживяването е необходимо да се извърши от медицинско лице при налични убедителни данни за настъпване на биологична смърт.

## **ХІІ. ПЪРВА ДОЛЕКАРСКА ПОМОЩ ПРИ СПЕШНИ ХИРУРГИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ НА ОРГАНИТЕ НА КОРЕМНАТА КУХИНА**

Към острите хирургични заболявания на органите на коремната кухина отнасяме: остър апендицит, остър холецистит, перфорирала язва, остър панкреатит, остро запушване на съдовете на червата, инкарцерирани (заклещени) хернии, илеус (сплитане на червата) и перитонит, който в повечето случаи се явява като усложнение на някое от тези заболявания.

Независимо от големия брой и разнообразие на клиничните симптоми, острите хирургични заболявания имат някои общи черти, които позволяват да ги обединим в една група

Един от най-характерните признаци е болката, която възниква в коремната кухина. Тя е ранен и общ симптом за острите хирургични заболявания. Нейната интензивност зависи от фазата на заболяването.

При острия апендицит в повечето случаи болката започва по целия корем, като впоследствие се локализира в дясната долна половина на корема, т.е. в областта на апендикса. Тя носи постоянен характер и в първите часове е напълно търпима.

Острият холецистит се характеризира с болки в областта на жлъчния мехур, т.е. в областта на дясното подребрие, тя също носи постоянен характер, но в повечето случаи се разпространява към дясната лопатка и дясната надкпюична област. Най-силна и нетърпима е болката при перфорираната язва и при острия панкреатит. Болката се локализира в горната средна част на корема, а понякога в дясното или ляво подребрие. Тя носи остър характер и много често довежда до колапсно състояние и кратковременна загуба на съзнанието. Тук бързо нарастват симптомите на острия перитонит.

При илеуса болката носи периодичен характер, т.е. тя е присвиваща и отпускаща, като често в зависимост от илеусното състояние тя става твърде силна и нетърпима.

Запушването на чревните съдове е едно от най-страшните коремни заболявания, Болката постепенно нараства и се разпространява по целия корем.

Друг основен симптом при острите хирургични заболявания е повръщането. Ако при острия апендицит, при острия холецистит и перфориралата язва се наблюдава еднократно повръщане на стомашно-чревно съдържимо, то при острия панкреатит повръщанията са много чести, а понякога достигат до 10 и повече пъти. Болните повръщат отначало хранителни материи, а след това чист жлъчен сок.

При илеусните състояния болните повръщат чревно съдържимо, а при запушване на чревните съдове - черно-кафеникави материи.

Често пъти при острите хирургични заболявания се наблюдава подуване на корема. Най-характерен е този признак при илеусните състояния, заклещените хернии, запушванията на чревните съдове и общия перитонит.

Температурната реакция е също така общ признак за острите хирургични заболявания, в основата на които лежи възпалителната реакция. В началото на заболяването температурата е повишена до 37,2 °С, докато впоследствие достига до 38-39 °С.

За състоянието на болните с остри хирургични заболявания можем да съдим също така и по честотата на пулса. Докато в началото на заболяването той е нормален или леко учестен, впоследствие честотата му рязко нараства и достига до 100-200 удара в минута,

Това са някои от най-характерните и общи признаци на острите хирургични заболявания на коремната кухина.

Като се има предвид, че всяко остро хирургично заболяване застрашава живота на болния, то самолечението в домашни условия е опасно и противопоказно.

Категорично се забранява да се дава на болния храна и вода. да се употребяват аналгетици (обезболяващи) средства, а също така прилагането на електрически възглавници и топли грейки.

Всяка болка в коремната кухина сигнализира за някакво заболяване, което изисква консултация със съответния специалист.

При особено тежки състояния, болните трябва да бъдат транспортирани в легнало хоризонтално положение в най-близкото медицинско заведение.

### **ХІІІ. ОПИС НА ЛЕКАРСТВЕНИТЕ, ПРЕВЪРЗОЧНИТЕ СРЕДСТВА И ДРУГИ МАТЕРИАЛИ ЗА ОКОМПЛЕКТОВАНЕ НА АПТЕЧКИ ИЛИ АПТЕЧНИ ЧАНТИ, СЪОБРАЗНО РИСКОВИТЕ ФАКТОРИ НА ПРОИЗВОДСТВЕНАТА ДЕЙНОСТ**

№	Наименование на материалите	Мярка	Количество		Забележка
			еднократно	неснижаем запас	
1	2	3	4	5	6

I. Лекарствени средства				
1.	Аспирин таблетки	бр.	40	10
2.	Аналгин-хинин дражета	"	20	10
3.	Амидофен таблетки	"	20	10
4.	Аерон таблетки	"	20	10
5.	Аналгин таблетки	"	20	10
6.	Адсорган гранули оп. 80 г.	"	3	1
(карбоактиватус оп.50 гр. за замяна)				
7.	Амоняк разтвор	гр.	30	10
в стъкла с гумени запушалки (апмули с амоняк разтвор за замяна)				
8.	Кофенал таблетки	бр.	20	10
9.	Борова вода	гр.	100	30
10.	Валидол таблетки	бр.	20	10
(валерианови капки от 20 гр. в стъкло с капкомер)				
11.	Тинктура антихолерика (давилкови капки)	гр.	20	10
в стъкло с капкомер				
12.	Йод-бензин в тъмно стъкло с гумена запушалка	гр.	100	40
13.	Йодна тинктура в стъкло с гумена (пластмасова запушалка)	"	30	10
14.	Кислородна вода	"	100	40
в стъкло с гумена (пластмасова запушалка)				
15.	Рициново масло в капсули по 5 гр.	бр.	12	6
16.	Риванол – разтвор	гр.	100	40
17.	Натриев бикарбонат	гр.	100	50
18.	Калиев перманганикум разтваря се във вода до бледорозов цвят	гр.	20	5
19.	Небацетин пудра	гр.	10	5
20.	Оцетна киселина 1% разтвор стъкло с гумена (пластмасова запушалка)	гр.	50	20
21.	Антидот Долин шприцтуба	бр.	10	5
22.	Антидотни средства	"	20	10
видът и количеството на дозите допълнителни антидотни средства се определят от лекаря към съответното предприятие или фирма				
II. Превързочни средства				
1.	Бинтове марлени 5/5	бр.	4	2
2.	Бинтове марлени 10/8	"	4	2
3.	Превръзка аксептична готова- средна	"	4	2
4.	Кърпи марлени стерилни размери 14/16 33/35	"	2	1
5.	Памук медицински хигро- скопичен пак.х 50гр.	пак.	2	1
6.	Анкерпласт с размери 1 м/4 см.	"	2	1
	5 м/8 см.	"	2	1
7.	Триъгълни кърпи	бр.	2	1
8.	Лейкопласт 5/5 ролки	опак.	2	1
9.	Турникети	бр.	2	1
10.	Лични превързочни пакети	бр.	2	1
11.	Игли безопасни	"	2	1
12.	Шини крамерови	"	8	4
III. Други материали				

1.	Ножица права средна	бр.	1	1
2.	Пинсета анатом. 11-13 см.	"	1	1
3.	Ножче джобно среден разм.	"	1	1
4.	Термометър максимален об.	"	1	1
5.	Чаша за вода пластмасова	"	2	1
6.	Сапун за лице	"	1	1
7.	Салфетки за бърсане	"	4	1
8.	Съд за отпадъчни материали	"	1	
9.	Аптечно шкафче с ключ или катинар	"		1

OtgoVorgi.info