Навчально-практичний квест

**Знай! Умій! Допоможи!**

|  |
| --- |
| 1 етап  [**ПРОВЕДЕННЯ НЕГАЙНОЇ ШТУЧНОЇ ВЕНТИЛЯЦІЇ ЛЕГЕНЬ**](http://www.emergencymed.org.ua/index.php?option=com_content&view=article&id=1228:2009-11-12-12-37-41&catid=41:prakt&Itemid=72) |

|  |
| --- |
| **Методи:** • з рота до рота; • з рота в ніс; • з рота в рото- або носоглотковий повітровід; • через маску (з рота в маску) або в інтубаційну трубку (з рота в трубку); • за допомогою ручних дихальних апаратів, мішка Амбу; • з використанням автоматичних дихальних апаратів. В екстрених умовах найчастіше використовують штучне дихання способом з рота до рота або з рота в ніс. **Методика штучного дихання з рота до рота або з рота в ніс** передбачає: запрокидування голови (при підозрінні на перелом або вивих у шийному відділі хребта гіперекстензія не дозволяється), висування нижньої щелепи уперед, розтулювання рота - потрійний прийом Сафара відновлення прохідності верхніх дихальних шляхів.  Рис.1  При наявності сторонніх тіл у верхніх дихальних шляхах забезпечення прохідності їх усуненням досягають прямим способом (видалення пальцями стороннього тіла з ротової порожнини); або непрямим (опосередкованим) способом усунення сторонніх тіл з гортані: а) постукуванням основою долоні по хребту в міжлопатковій зоні; б) енергійним кількаразовим стисканням реаніматором, що знаходиться позаду потерпілого, руками його грудної клітки в прередньо-задньому напрямку на рівні нижньої третини грудини. Ефективність опосередкованих способів суперечлива. Рідини, які аспіровані у дихальні шляхи, усувають самопливом, надавши дренажну позицію потерпілому. Для проведення штучної вентиляції легень (ШВЛ) з рота до рота реа¬ні-матор, глибоко вдихнувши повітря і щільно обхопивши губами рот потерпілого (або ніздрі), вдмухує повітря в його легені, візуально контролюючи екскурсію грудної клітки і надчеревної ділянки (при цьому ніс пацієнта затиснений рукою). При ефективній ШВЛ грудна клітка потерпілого помітно розширюється під час вдування повітря. Видих проходить масивно, самостійно. ШВЛ з рота до рота значно полегшується, коли у ротову порожнину введено повітровід. При ШВЛ з рота до носа вдування роблять у носові ходи потерпілого, його рот при цьому закривають долонею або притискають нижню губу до верхньої пальцями. ШВЛ з рота в ніс проводиться:   • при ушкодженні губ, нижньої щелепи, язика; • коли неможливо досягнути герметизації під час дихання з рота до рота; • коли неможливо розсунути щелепи.    Рис.2  ШВЛ методом з рота до носа  **Застосування ручних дихальних апаратів (РДА), мішка Амбу**. Ефективність штучного дихання при їх застосуванні досягається щільно притиснутою маскою до обличчя потерпілого. При стисканні мішка повітря з нього нагнітається в дихальні шляхи потерпілого. Видих проходить через спеціальний клапан, при цьому балон (мішок) розправляється самостійно. *Частота ШВЛ:* 1) для дітей: • новонароджених - 40-60 разів на 1 хвилину; • молодшого віку - 30 разів на 1 хвилину; • старшого віку - 20-24 рази на 1 хвилину;  2) для дорослих: 12-20 разів на 1 хвилину. |

2 етап

ТИПИ КРОВОТЕЧ ТА СПОСОБИ ЇХ ЗУПИНКИ

**Кровотечі**

**Причини кровотечі.**Кровотеча виникає внаслідок порушення цілісності кровоносних судин через травму, поранення, пов'язаного як з механічним порушенням судинної стінки, так і з її патологічними змінами, які зустрічаються при деяких захворюваннях (гіпертонічній, виразковій, променевій хворобах). Кровотеча може бути при різноманітних гематологічних захворюваннях (гемофілії), тощо.

Сила, з якою кров витікає з кровоносної судини, залежить від виду судини (при артеріальній кровотечі сильніша, ніж при венозній) діаметру (чим крупніша судина, тим сильніша кровотеча), від виду пошкодженої тканини (при пошкодженні м'язів кровотеча сильніша, ніж при пошкодженні підшкірної жирової тканини), положення частини тіла, яка кровоточить. При опусканні руки кровотеча збільшується, а при піднятті зменшується.

**Види кровотечі:**в залежності від виду пошкодженої судини розрізняють - артеріальну, венозну, капілярну.

Найбільш небезпечною є ***артеріальна кровотеча.***Вона виникає при ушкодженні артеріальної судини, при цьому кров має яскраво-червоний колір (через насичення її киснем) і виштовхується з рани сильним пульсуючим струменем, іноді фонтаном, висота якого змінюється з кожною пульсовою хвилею.

При ***венозній кровотечі***кров має темно-червоний колір, внаслідок збіднення її киснем, тече повільно, постійно. Венозна кровотеча менш інтенсивна, ніж артеріальна. При пораненнях вен шиї та грудної клітки нерідко існує смертельна небезпека: внаслідок негативного тиску в цих венах, до них в момент вдиху потрапляє повітря. Повітряна куля (ембол) може викликати закупорку кровопостачальної судини - (повітряну емболію) і стати причиною блискавичної смерті.

***Капілярна кровотеча***виникає внаслідок пошкодження судин дрібного діаметру, при неглибоких пораненнях. Капілярна кров має яскраво-червоний колір і відрізняється тим, що окремих судин, що кровоточать, немає і кров рівномірно витікає з усієї площини пошкодженої тканини.

Кровотечі поділяються на зовнішні (з ран або природних отворів тіла) і внутрішні (кров збирається у порожнинах тіла (плевральній, черевній тощо) або в якомусь органі.

Внутрішня кровотеча може стати небезпечною, тому що її початок і інтенсивність важко визначати, діагностувати, а тому необхідна допомога може бути надана невчасно. До внутрішніх кровотеч відноситься паренхіматозна кровотеча.

**Паренхіматозна кровотеча**спостерігається при ушкодженні внутрішніх органів - печінки, нирок, селезінки, буває масивною і дуже небезпечною. Це немов змішана кровотеча з артерій, вен, капілярів. При цьому кров витікає з усієї поверхні рани органу. Для зупинки цієї кровотечі необхідне швидке хірургічне втручання.

**Долікарська допомога при зовнішній кровотечі**

Засоби зупинки кровотечі можна поділити на дві групи - попередні, або тимчасові, і остаточні. Для надання першої медичної допомоги користуються тимчасовими засобами зупинення кровотечі, а остаточна зупинка виконується у медичному закладі. При будь-якій кровотечі, особа, яка надає допомогу, повинна діяти швидко, рішуче й обережно. Її завдання полягає в тому, щоб якомога швидше, простіше і надійніше зупинити кровотечу, не погіршити при цьому стан здоров'я потерпілого. При наданні допомоги потерпілого не роздягають, а тільки звільняють від одягу ділянку, що кровоточить. Артеріальну кровотечу можна зупинити пальцевим притисненням артеріального стовбура, круговим перетягуванням кінцівки джгутом, максимальним згинанням її в суглобі.

При *артеріальній кровотечі* спочатку слід негайно притиснути артерії пальцем в певних анатомічних точках. При травмах голови, обличчя, кровотечу зупиняють ***пальцевим притисненням***загальної сонної, зовнішньої щелепної, скроневої артерій. При ушкодженні артеріальних судин верхньої та нижньої кінцівок кровотечу зупиняють пальцевим притисненням у відповідних місцях, де судини розташовані неглибоко і можуть бути притиснені до найближчої кістки.

Недоліком методу пальцевого притиснення є неможливість тривалої зупинки кровотечі і можливе інфікування рани.

Максимальне згинання кінцівок у суглобах

Для тимчасової зупинки кровотечі із судин кінцівок можна використати також метод максимального згинання кінцівок у суглобах. При кровотечі з підключичної або з плечової артерії руки заводять за спину та фіксують їх пов'язкою. При кровотечі зверхньої кінцівки використовують тугий валик розміром з кулак потерпілого, який підкладають у під пахвову ділянку, плече щільно фіксують до тулуба до повної зупинки кровотечі. Якщо кровоточать судини передпліччя, руку згинають у ліктьовому суглобі. При кровотечі із рани гомілки або ступні ногу згинають у колінному суглобі. Обов'язковою умовою є те, що необхідно підкладати валик перед тим, як максимально згинати кінцівку у суглобі.

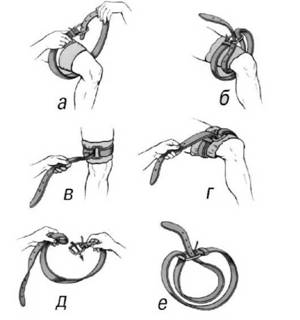
Перетягування кінцівок джгутом

Цей метод використовують тільки при артеріальній кровотечі із судин кінцівок, використовуючи кровоспинний джгут. На сьогодні випускається готовий гумовий джгут у вигляді стрічки, довжиною 1,5 м, яка має на одному кінці гачок, на другому - ланцюжок, а також тканинний джгут з механічною закруткою. В залежності від локалізації джерела крововиливу джгут накладається на верхню третину плеча або на середню частину стегна.

Джгут накладають при ушкодженні великих артеріальних стовбурів кінцівки.

1. Накладають джгут на рівну підкладку без складок.
2. При кровотечі з верхньої кінцівки джгут розташовується на верхній третині плеча; при кровотечі з артерій нижньої кінцівки -на середній третині стегна.
3. Джгут накладають на припідняту кінцівку: підводять його під місце, де він буде накладатись, енергійно розтягують і, підклавши під нього м'яку підкладку (бинт, одяг, тощо), накручують його декілька разів до повної зупинки кровотечі) так, щоб його тури лягали один до одного і щоб між ними не потрапили складки шкіри. Кінці джгута надійно зв'язують або щеплюють за допомогою петельки та гачка.
4. Правильність накладання джгута перевіряють по зупинці кровотечі та зникненню пульсу, кольору шкіри (при правильно накладеному джгуті шкіра бліда).
5. Після накладання джгута під нього підкладають записку про час його накладання у 24-годинному обчисленні, наприклад, "джгут накладався о 13 год. 20 хвилин".
6. Не можна ховати джгут під пов'язку або одяг, він повинен одразу впадати в очі.
7. Джгут може бути накладений не довше як на 1,5 години, а у дітей не довше 40 хвилин, в холодну пору року не довше 40 хв. у дорослих та 20-30 хв. у дітей.
8. Після накладання джгута необхідно обов'язково зробити іммобілізацію кінцівки стандартною або транспортною шиною, при її відсутності - за допомогою підручних засобів.
9. Транспортують потерпілого з джгутом до лікувального закладу у першу чергу.

При відсутності стандартного джгута артеріальна кровотеча може бути зупинена підручними засобами: за допомогою закрутки або поясного пасока (рис 4.8.1).



*Рис. 4.8.1. Зупинка артеріальної кровотечі за допомогою підручних засобів*

При пораненні судинного пучка шиї, щоб притиснути сонну артерію джгут накладають за методом Микуліча, за допомогою шини Крамера. Шина, яка накладена на здорову бокову сторону, упирається в голову та плече та служить каркасом, джгут накладають навколо шиї, підклавши під нього ватно-марлевий валик, при цьому він стискає судинний пучок тільки з одного боку. Якщо шина відсутня, використовують руку постраждалого. Для цього її кладуть на голову і плече використовують замість шини.

Помилки при накладанні артеріального джгута

1. Накладання джгута без потреби (відсутність артеріальної кровотечі).
2. Накладання джгута на оголене тіло.
3. Дуже сильне стиснення джгутом, що призводить до травмування нервових стовбурів і може стати причиною виникнень невритів, паралічу, омертвіння тканин.
4. Слабо накладений джгут, що не спиняє кровотечі.
5. Неправильний вибір місця накладання джгута.
6. Госпіталізація (евакуація) без записки про час накладання джгута або зі джгутом, схованим під одягом, може призвести до несвоєчасного надання медичної допомоги і омертвіння кінцівки.

Описані способи спинання кровотечі застосовуються тільки при артеріальній кровотечі. При венозній та капілярній кровотечах застосовують менш небезпечні, простіші способи.

***Венозну кровотечу***зупиняють накладанням давлючої пов'язки. Пов'язка накладається нижче місця травми. На рану кладуть стерильну серветку, на нею - щільну пов'язку.

Наклавши таку пов'язку, треба припідняти кінцівку. Невеликі кровотечі можуть зупинитися самі внаслідок закупорки тромбом, який утворився при зсіданні крові.

**Долікарська допомога при внутрішній кровотечі**

Ефективних засобів тимчасового підтримання гомеостазу при внутрішній кровотечі немає, але існують певні методи, які значною мірою можуть послабити її і дозволяють виграти час для направлення потерпілого в хірургічне відділення і екстреного втручання. Це забезпечення спокою, для чого хворого слід покласти на рівну поверхню, в напив сидячому положенні, заборонити вживання їжі та пиття, застосувати холод, наприклад, міхур з льодом на живіт. Транспортують хворого в положенні лежачи на ношах.

**Долікарська допомога при носовій кровотечі**

При носовій кровотечі голова має бути у вертикальному положенні злегка відхилена назад, на перенісся кладуть міхур з льодом або хустинку, змочену холодною водою, забезпечують достатній приток повітря. Часто вдається зупинити носову кровотечу сильним здавлюванням ніздрів протягом 3-5 хвилин. Хворого треба заспокоїти, пояснити, що різкі рухи і спроби очистити ніс посилюють кровотечу. При безрезультатності цих засобів проводять міні-тампонаду порожнини носа, для чого в ніздрі вводять тампони з вати, змочені 3% розчином перекису водню.

3 етап

ОПІКИ ТА ДОПОМОГА ПРИ НИХ

**Опік**

ушкодження тканин, що виникає під дією високої температури, електричного струму, кислот, лугів або іонізуючого випромінювання. Відповідно розрізняють термічні, електричні, хімічні і променеві опіки. Термічні опіки зустрічаються найбільш часто, на них припадає 90-95% всіх опіків.

Ступінь тяжкості опіку залежить від глибини ураження тканин і від площі його поширення.

При ураженні 10% площі тіла виникають важкі загальні явища, звані опіковим шоком і опікової хворобою. Больовий шок викликає зміни в центральній нервовій системі, а випаровування з поверхні опіку рідкої частини крові (плазми) і отруєння організму продуктами розпаду відмерлих тканин порушують функції внутрішніх органів.

Перша медична допомога. Опік 1-го ступеня: обробити опікову поверхню спиртом або горілкою, накрити стерильною серветкою і прикласти холод, дати болезаспокійливі ліки. Застосування холоду особливо ефективно в перші хвилини після опіку і в більшості випадків дозволяє уникнути опікового шоку. Опіки 2-4-го ступенів: міхури не розкривати, а розкрилися - не обрізати, а акуратно прикласти до рани. Можна обробити опікову поверхню піноутворюючими аерозолями, накрити стерильною серветкою і прикласти холод, дати болезаспокійливий засіб і рясне пиття до приїзду «швидкої допомоги».

На опікові рани наносять аерозоль «Пантенол» та ін. Постраждалим вводять наркотичні анальгетики.

Заборонено: 1) змащувати обпечену поверхню маслом, жиром, навіть лікувальним кремом (затримує віддачу тепла і сприяє розвитку інфекції); 2) посипати рану содою, крохмалем або борошном; 3) здирати з обпаленої поверхні залишки одягу; 4) обробляти спиртом опіки 2-4-го ступеня.

Для якнайшвидшого припинення дії потрапили на шкіру хімічних агентів уражену поверхню промивають проточною водою протягом 10-30 хв. Потім при опіках кислотами промивають розчином бікарбонату натрію, при опіках лугами - слабким розчином оцтової кислоти і накладають асептичну пов'язку. Вводять анальгетики в комбінації з антигістамінними препаратами: 2 мл 2% р-ну промедолу з 1 мл 1% р-ра димедролу. При сильних болях - масковий наркоз закисом азоту з киснем (2:1). Серцево-судинні засоби - за показаннями. Транспортують на носилках в стаціонар.

Категорично забороняється промивати якими б то не було рідинами місце опіку або змащувати його мазями і жирами, торкатися до нього руками, проколювати опікові бульбашки, а також відривати прилиплу до опіку одяг.

При великій площі опіків необхідно вжити заходів з попередження шоку. Для цього потерпілого необхідно укласти так, щоб його менше турбували болі, забезпечити йому тепло і рясне пиття. Можна дати гарячий чай або каву. При великих опіках хворого краще загорнути в чисте, пропрасовану простирадло і терміново госпіталізувати.

Опік стравоходу виникає внаслідок ненавмисного або навмисного прийому агресивної рідини (кислоти або лугу). Відразу після проковтування виникають пекучі болі по ходу стравоходу і в надчеревній ділянці, інтенсивна блювота. При супутньому опіку гортані і голосових зв'язок з'являється осиплість голосу, утруднення дихання, асфіксія. Постраждалі бліді, перелякані, дихання і серцебиття прискорені, ковтання неможливо. Не виключається розвиток шоку з симптомами опікової токсемії: гіпертермія, артеріальна гіпотензія, м'язові посмикування, поява збудження з маренням.

Невідкладна допомога. Очистити і промити ротову порожнину. При опіку кислотами дають випити 2% р-н гідрокарбонату натрію, паленої магнезії, алмагель; при опіку лугами - 1% р-р оцтової кислоти. Для запобігання шоку вводять наркотичні анальгетики, для зняття спазму стравоходу - атропін, папаверин, гангліоблокатори. Невідкладна госпіталізація.

Перша допомога при хімічних опіках. Перша допомога при опіках кислотою чи лугом полягає в негайному обмиванні ураженої поверхні струменем води для зменшення концентрації кислоти або лугу і припинення їх дії. Після обмивання водою необхідно приступити до нейтралізації залишків кислоти 2%-ним розчином питної соди, а при опіках лугом - 2%-ним розчином оцтової або лимонної кислоти.

Невідкладна допомога при сонячному і тепловому ударі повинна бути спрямована на якнайшвидше охолодження організму. З цією метою використовують як загальну (занурення у ванну з водою 18-20 °, змочування шкіри потерпілого водою кімнатної температури з обдуванням теплим повітрям), так і місцеву гіпотермію (лід на голову, пахвові та пахові області, обтирання губками, змоченими спиртом). При охолодженні у потерпілого часто виникає рухове і психічне збудження.

Невідкладна допомога: покласти потерпілого в тінь, в прохолодне місце в горизонтальному положенні: зняти одяг, звільнити дихання; забезпечити доступ свіжого повітря; дати випити розчин глюкози, газованої С02 або з додаванням кухонної солі: помістити в прохолодне місце; розстебнути одяг; поліпшити вентиляцію.

! Неприпустимо пити воду, оскільки це ще більше підсилить потовиділення і призведе до підйому температури тіла і почастішання пульсу.

При припиненні дихання або різкому його розладі необхідно приступити до ШВЛ. Коли пацієнт прийде в себе, дати йому прохолодне рясне пиття (міцно заварений холодний чай).

4 етап

МЕХАНІЧНІ ТРАВМИ ТА ДОПОМОГА ПРИ НИХ

**Удари** - це закриті серйозні пошкодження органів або тканин без великих порушень їх структури. Але в більшості випадків удари виникає в після удару важким тупим предметом під час падіння. Найбільш часто пошкоджуються поверхнево розташовані тканини, це підшкірна клітковина, шкіра, окістя і м'язи. Але особливо страждають м'які тканини при сильному ударі, які придавлюються на момент травми до кісток.  
Через забиття гомілки прямо в області передневнутренней поверхні суглоба, там, де підшкірна клітковина або шкіра прилягають до кістки, може відбутися омертвіння шкіри , А також її подальше відторгнення. Під час ударів по незахищеним м'яким тканинам утворюються досить болючі удари окістя, але потім її відшарування, а також можливі пошкодження кісток, це переломи і тріщини.

Найперша допомога при ударах

Завжди при наданні першої допомоги пацієнту з забоєм лікар визначає наявність найменшої підозри на найважчі травми, це може бути вивих , Перелом або пошкодження внутрішніх органів. При порушенні цілісності шкіри на постраждалу ділянку накладають стерильну пов'язку. Якщо відбулося відшарування шкіри , Є множинні забої, внутрішніх органів, забої суглобів або забої внутрішніх органів, то проводять транспортну іммобілізацію, а потім доставляють хворого в найближчу медустанову. Коли у потерпілого спостерігаються порушення серцевої діяльності та дихання, то лікар невідкладно прямо на місці робить масаж серця і навіть штучне дихання. В цей же час потерпілому викликають швидку допомогу. Щоб зменшити біль при незначних ударах м'яких тканин необхідно місцеве використання холоду, тобто на пошкоджену ділянку тіла направляють холодний струмінь води або прикладають міхур з льодом, також можна зробити холодні примочки.

**Розриви або розтягнення зв'язок,** перша допомога

Розриви або серйозні розтягнення зв'язок, м'язів або сухожиль є частими ушкодженнями для опорно-рухового апарату. А характерною ознакою розтягування або розриву зв'язок стає порушення рухових роботи суглобів, які зміцнюються відповідними зв'язками, якщо ж пошкоджується зв'язка або її сухожилля . Під час пошкодження зв'язок страждають ті кровоносні судини, які розташовані поруч з нею. У результаті утворюється крововилив в навколишні тканини. Завжди в першу допомогу при розриві або розтягуванні зв'язок входить те, що ушкодженому суглобу забезпечують повний спокій, накладають дуже тугу пов'язку, а для зменшення болю до потерпілого ділянці прикладають холодний компрес на 12-24 години, після цього потрібно прикладати щось тепле і використовувати зігріваючі компреси.

**Вивих** та перша допомога

Вивих - Це стійке зміщення суглобових країв кісток, що викликає порушення роботи суглоба. Зазвичай вивих стає важкою травмою, яка в деяких випадках загрожує життю людини. Наприклад, при вивиху хребта в шийному відділі через здавлювання спинного мозку може відбутися параліч ніг, м'язів рук, тулуба, може спостерігатися розлади серцевої діяльності і розлади дихання. Головні ознаки травматичних вивихів, це зміна форми суглоба, різкий біль, а також неможливість руху або обмеження в русі. У першу допомогу входить забезпечення повного спокою потерпілому, не можна вправляти вивих самостійно, так як це може викликати додаткові травми. Крім цього, слід прикласти до хворого місця холод, це холодну воду або лід. Якщо вивих відкритий, то на рану накладають стерильну пов'язку. Категорично забороняється використовувати зігріваючі компреси. Вправляти вивих повинен тільки лікар і якомога раніше.

**Переломи** і перша допомога

Переломи - це серйозні пошкодження кісток, які характеризуються порушенням цілісності кісток. При переломах одночасно порушується і цілісність м'яких навколишніх тканин, так як можуть травмуватися довколишні судини, м'язи, нерви. Якщо у хворого перелом і пошкодження шкіри , А також присутній рана, то це відкритий перелом. Якщо ж шкіра не пошкоджена, то перелом закритий.

Під час надання першої допомоги при переломі категорично забороняється самостійно вправляти уламки кістки або усувати зміна форми кінцівки. Не можна при закритому чи відкритому переломі пробувати самостійно вправляти кістки. Постраждалого необхідно в самі найкоротші терміни привезти в лікувальний заклад. Заздалегідь потрібно забезпечити хорошу транспортну іммобілізацію, але при відкритому переломі буде потрібно накласти на рану стерильну пов'язку. При сильній кровотечі необхідно застосовувати всі заходи щодо зупинення крові, наприклад, може бути використаний джгут для зупинки крові. Якщо це холодну пору року, то потерпілого слід утеплити таким чином, щоб пошкоджена кінцівка була закутана накинутою зверху теплим одягом. Якщо необхідно, то постраждалого потрібно роздягнути, але в цьому випадку не можна зачепити пошкоджену кінцівку. І для цього спочатку знімають одяг з тієї сторони, яка здорова, а вже потім з пошкодженої. Переносити потерпілого з переломом бажано на носилках і на невеликі відстані, щоб не погіршити стан його здоров'я.

5 етап

ДОМАШНЯ АПТЕЧКА

До складу домашньої аптечки повинні входити засоби із різних груп.

***Знезаражувальні або антисептичні***  
Обов'язково треба мати розчини йоду та брильянтового зеленого (зеленки). Розчин йоду застосовується для обробки ран, а розчин брильянтового зеленого при блефариті (запаленні повік) та при гнійничкових ушкодженнях шкіри. Перекис водню застосовується для очищення гнійних ран та як знезаражувальний і дезодоруючий засіб для промивань та полоскань при ангіні, стоматиті, гінеко­логічних захворюваннях. Слабкими розчинами калію пер­манганату (марганцівки) промивають рани, промивають рот та горло, змащують виразкові та опікові поверхні. І на­решті, етиловий спирт необхідний для компресів, обтирань, для ін'єкцій, а також для приготування настоянок, ек­страктів та лікарських форм для зовнішнього застосування.

***Знеболювальні***  
На першому місці тут парацетамол. "На його основі виробляється безліч дуже відомих імпортних дорогих ліків різних форм -ефералган, парацетамол, тайленол тощо. Крім знеболюваль­ної, парацетамол має ще протизапальну та жарознижувальну дію. Він входить також до складу препарату цитрамон-екстра.  
Великою популярністю користується анальгін. Проте слід пам'ятати про його негативний вплив на кровотворення, особливо при тривалому застосуванні. Баралгін -комбінований препарат анальгіну зі спазмолітиком. Кори­сними також будуть комбіновані препарати п цитрамон та свдальгін або пентальгін. Таблетки беластезину можна за­стосовувати при спазмах шлунка та кишечнику.

***Спазмолітичні***  
Безперечним лідером тут є но-шпа. Це хоч і не дешевий препарат, але він вартий того, щоб бути у вашій аптечці. Він ефективний при спазмах шлунка та кишечнику, нападах жовчо- та сечокам'яної хвороб, а також при спазмах пери­феричних судин. Трохи слабше, але ефективно і подібно до но-шпи діє папаверин. Схожу дію має і дібазол.

***Заспокійливі***  
Це такі відомі препарати, як настоянка або таблетки ва­леріани, настоянка кропиви собачої, валокордин, корвалол або корвалдин. Валокордин та корвалол мають однаковий склад, до складу корвалдину входить ще олія хмелю, але ва­локордин - імпортний препарат і тому в 5-6 разів дорожчий.

***Протиалергічні***  
До цієї групи входять діазолін, супрастин, тавегіл, ди­медрол тощо. Слід пам'ятати, що всі вони, за винятком діазоліну, викликають сонливість, тому їх не можна вжива­ти під час роботи водіям транспорту та іншим особам, про­фесія яких вимагає швидкої психічної та рухової реакції.

***Засоби від кашлю та нежитю***  
Сюди можуть входити термопсис, мукалтин, нафтизин, галазолін та інші.

***Інші***

Аспірин - це надійний та ефективний жарознижувальний засіб, який до того ж має протизапальні та знеболювальні властивості. Його застосовують при запальних процесах, лихо­манках, лікуванні тромбофлебітів та тромбозів, для профілактики інфаркту міокарда. Проте він негативно діє на слизову оболонку шлунка. Не можна застосовувати Його при виразковій хворобі, схильності до крововиливів, ушкодженнях нирок, при вагітності, лактації, при менструації, бронхіальній астмі- Кращі, але значно дорожчі його лікарські форми у ви­гляді розчинних таблеток. Не рекомендується вживати аспірин дітям до 15 років. Незалежно від форми випуску, його завжди потрібно вживати після їди, а для зменшення побічної дії рекомендується перед вживанням розтерти в порошок і розвести водою чи столовою ложкою молока.  
Обов'язково треба мати нашатирний спирт як засіб для виведення хворих із запаморочення та активоване вугілля, яке застосовується при різних отруєннях, здутті живота тощо.  
Крім того, потрібно мати бинти, вату, гірчичники, бакте­рицидний пластир, перцевий пластир, термометр, клізму.  
Взагалі ж треба намагатися приймати ліки тільки в найнеобхідніших випадках, оскільки всі вони не байдужі для вашо­го організму, а в окремих випадках викликають побічні дії.

**Бліц-опитування.**

1. Що таке серцево-легенева реанімація?
2. З якою частотою проводиться реанімація?
3. Коли припиняють робити непрямий масаж серця?
4. Які є види кровотеч?
5. Як правильно зупинити венозну кровотечу підручними засобами?
6. На який час накладається джгут?
7. Як діяти, якщо є травма живота, і є підозра на паренхіматозну кровотечу?
8. Яка перша дія при переломі кінцівки?
9. Яка перша дія при забої?
10. Що забороняється робити при вивихах?
11. Що найперше потрібно зробити при відкритому переломі?
12. Що забороняється робити при опіках?
13. Як діяти, якщо при опіку появились пухирі заповнені рідиною?
14. Опишіть алгоритм дій, якщо на руку попала невідома речовина яка спричинила опік?
15. Із наявних медикаментів скласти домашню аптечку.
16. Що можна використати з домашньої аптечки якщо порізав палець?
17. Що можна використати з домашньої аптечки якщо відчувається нудота?

За кожну правильну відповідь нараховується 1 бал.

Підведення підсумків та нагородження переможців.