



Муниципальное бюджетное образовательное учреждение
дополнительного профессионального образования
«Курсы гражданской обороны городского округа Тольятти»

Утверждаю
Директор МБОУ ДПО
«Курсы ГО г.о. Тольятти»

_____ В.А. Фетисов

« ____ » _____ 20 ____ г.

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА

Модуль 9. Порядок действий при чрезвычайной ситуации

Тема 6. Оказание первой помощи пострадавшим.

Наименование программ, в которых реализуется тема: 1. ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПРОГРАММА повышения квалификации работников структурных подразделений уполномоченных на решение задач в области гражданской обороны организаций, не отнесенных к категориям по гражданской обороне, а также организаций, продолжающих работу в военное время (лиц, назначенных распорядительным актом как сотрудников, осуществляющих функцию по подготовке работников в области гражданской обороны и защиты от чрезвычайных ситуаций).

Учебно-методическая разработка рассмотрена на педагогическом совете
МБОУ ДПО «Курсы ГО г. о. Тольятти»

Протокол № ____ от « ____ » _____ 20 ____ г.

Наименование темы:

Оказание первой помощи

Учебная цель:

- 1.Изучить особенности оказания первой помощи при различных травмах.
- 2.Изучить основные способы ухода за пострадавшими.
- 3.Отработать основные способы оказания первой помощи пострадавшим.

Метод проведения

лекция

Место проведение:

учебная аудитория

Материальное и методическое обеспечение занятия:

аудио-, видеоматериалы, КМИГЗ, жгут, бинты, шины, тренажер «Гоша», методические рекомендации, план проведения занятия, письменные принадлежности.

Литература:

1. Федеральный закон от 12.02.1998 N 28-ФЗ "О гражданской обороне" (с изменениями и дополнениями).
2. Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (с изменениями и дополнениями).
3. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 4 мая 2012 г. N 477н "Об утверждении перечня состояний, при которых оказывается первая помощь, и перечня мероприятий по оказанию первой помощи» (с изм. и дополнениями).
4. «Методические рекомендации по проведению занятий по базовой подготовке с личным составом НАСФ». ИРБ. Москва. 20015 г.
5. Практическое руководство МЧС «Оказание первой помощи» 2016 год.
6. «Обучение работающего населения в области ГО и защиты от ЧС». ИРБ. Москва. 2012 г.
7. Губченко П. «Медико-санитарное обеспечение в кризисных ситуациях.» 2015г
8. Атлас спасателя.2008 г.

Оказание первой помощи пострадавшим.

Вопрос 1. Перечень состояний, при которых оказывается первая помощь, и перечень мероприятий по оказанию первой помощи.

1.1. Перечень состояний, при которых оказывается первая помощь

В соответствии с частью 1 статьи 31 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 02.07.2021) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (далее - Федеральный закон от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ) первая помощь до оказания медицинской помощи оказывается гражданам при несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях и заболеваниях, угрожающих их жизни и здоровью, лицами, обязанными оказывать первую помощь в соответствии с федеральным законом или со специальным правилом и имеющими соответствующую подготовку, в том числе сотрудниками органов внутренних дел Российской Федерации, сотрудниками, военнослужащими и работниками Государственной противопожарной службы, спасателями аварийно-спасательных формирований и аварийно-спасательных служб. В соответствии с частью 4 статьи 31 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ водители транспортных средств и другие лица вправе оказывать первую помощь при наличии соответствующей подготовки и (или) навыков.

Перечень состояний, при которых оказывается первая помощь:

1. Отсутствие сознания.
2. Остановка дыхания и кровообращения.
3. Наружные кровотечения.
4. Инородные тела верхних дыхательных путей.
5. Травмы различных областей тела.
6. Ожоги, эффекты воздействия высоких температур, теплового излучения.
7. Отморожение и другие эффекты воздействия низких температур.
8. Отравления.

1.2. Перечень мероприятий по оказанию первой помощи

1. Мероприятия по оценке обстановки и обеспечению безопасных условий для оказания первой помощи:

- 1) определение угрожающих факторов для собственной жизни и здоровья;
- 2) определение угрожающих факторов для жизни и здоровья пострадавшего;
- 3) устранение угрожающих факторов для жизни и здоровья;
- 4) прекращение действия повреждающих факторов на пострадавшего;
- 5) оценка количества пострадавших;
- 6) извлечение пострадавшего из транспортного средства или других труднодоступных мест;
- 7) перемещение пострадавшего.

2. Вызов скорой медицинской помощи, других специальных служб, сотрудники которых обязаны оказывать первую помощь в соответствии с федеральным законом или со специальным правилом.

3. Определение наличия сознания у пострадавшего.

4. Мероприятия по восстановлению проходимости дыхательных путей и определению признаков жизни у пострадавшего:

- 1) запрокидывание головы с подъемом подбородка;
- 2) выдвигание нижней челюсти;
- 3) определение наличия дыхания с помощью слуха, зрения и осязания;
- 4) определение наличия кровообращения, проверка пульса на магистральных артериях.

5. Мероприятия по проведению сердечно-легочной реанимации до появления признаков жизни:

- 1) давление руками на грудину пострадавшего;
- 2) искусственное дыхание "Рот ко рту";

3) искусственное дыхание "Рот к носу";

4) искусственное дыхание с использованием устройства для искусственного дыхания.

** В соответствии с утвержденными требованиями к комплектации медицинскими изделиями аптек (укладок, наборов, комплектов) для оказания первой помощи. (Сноска в редакции, введенной в действие с 11 января 2013 года приказом Минздрава России от 7 ноября 2012 года N 586н.)*

6. Мероприятия по поддержанию проходимости дыхательных путей:

1) придание устойчивого бокового положения;

2) запрокидывание головы с подъемом подбородка;

3) выдвижение нижней челюсти.

7. Мероприятия по обзорному осмотру пострадавшего и временной остановке наружного кровотечения:

1) обзорный осмотр пострадавшего на наличие кровотечений;

2) пальцевое прижатие артерии;

3) наложение жгута;

4) максимальное сгибание конечности в суставе;

5) прямое давление на рану;

6) наложение давящей повязки.

8. Мероприятия по подробному осмотру пострадавшего в целях выявления признаков травм, отравлений и других состояний, угрожающих его жизни и здоровью, и по оказанию первой помощи в случае выявления указанных состояний:

1) проведение осмотра головы;

2) проведение осмотра шеи;

3) проведение осмотра груди;

4) проведение осмотра спины;

5) проведение осмотра живота и таза;

6) проведение осмотра конечностей;

7) наложение повязок при травмах различных областей тела, в том числе окклюзионной (герметизирующей) при ранении грудной клетки;

8) проведение иммобилизации (с помощью подручных средств, аутоиммобилизация, с использованием изделий медицинского назначения*);

** В соответствии с утвержденными требованиями к комплектации медицинскими изделиями аптек (укладок, наборов, комплектов) для оказания первой помощи. (Сноска в редакции, введенной в действие с 11 января 2013 года приказом Минздрава России от 7 ноября 2012 года N 586н.)*

9) фиксация шейного отдела позвоночника (вручную, подручными средствами, с использованием изделий медицинского назначения*);

** В соответствии с утвержденными требованиями к комплектации медицинскими изделиями аптек (укладок, наборов, комплектов) для оказания первой помощи.*

(Сноска в редакции, введенной в действие с 11 января 2013 года приказом Минздрава России от 7 ноября 2012 года N 586н.)

10) прекращение воздействия опасных химических веществ на пострадавшего (промывание желудка путем приема воды и вызывания рвоты, удаление с поврежденной поверхности и промывание поврежденной поверхности проточной водой);

11) местное охлаждение при травмах, термических ожогах и иных воздействиях высоких температур или теплового излучения;

12) термоизоляция при отморожениях и других эффектах воздействия низких температур.

9. Придание пострадавшему оптимального положения тела.

10. Контроль состояния пострадавшего (сознание, дыхание, кровообращение) и оказание психологической поддержки.

11. Передача пострадавшего бригаде скорой медицинской помощи, другим специальным службам, сотрудники которых обязаны оказывать первую помощь в соответствии с федеральным законом или со специальным правилом.

1.3. Основные правила первой помощи в неотложных состояниях.

При осмотре места происшествия обратить внимание на то, что может угрожать жизни пострадавшего, личной безопасности и безопасности окружающих: оголенные электрические провода, падение обломков, интенсивное дорожное движение, пожар, дым, вредные испарения, неблагоприятные

В условиях экстренной ситуации, когда нет уверенности в своих действиях, нужно быстрее вызвать «скорую помощь». Следует подчеркнуть, что в соответствии с мнением специалистов в области оказания первой помощи необходимо:

- ❖ передвигать пострадавшего только в том случае, если его жизни угрожает опасность;
- ❖ до оказания помощи обеспечить проходимость дыхательных путей пострадавшего, проверить у него наличие дыхания и пульса;
- ❖ обязательно вызвать «скорую помощь» для получения квалифицированной неотложной помощи;
- ❖ до прибытия «скорой помощи» не прекращать оказывать помощь пострадавшему, если он находится в критическом состоянии.

Если пострадавший находится в сознании, сначала нужно получить его разрешение на оказание первой помощи. Исключение делается только в случае с детьми, если рядом нет их родителей. Если пострадавший отказал в разрешении на помощь, не надо пытаться этого делать, однако следует по возможности находиться рядом, попросив кого-нибудь вызвать «скорую помощь». Если пострадавший находится без сознания или не в состоянии ответить по причине болезни или травмы, можно предположить, что согласие получено.

Первая неотложная помощь – это оперативная помощь пострадавшему при получении травмы или внезапном приступе заболевания, которая оказывается до тех пор, пока не будет возможно получение более квалифицированного медицинского содействия. Существует четыре основных правила оказания первой неотложной помощи при неотложных ситуациях:

- осмотр места происшествия;
- первичный осмотр пострадавшего;
- вызов «скорой помощи»;
- вторичный осмотр пострадавшего.

Осмотр места происшествия. погодные условия, глубина водоема или быстрое течение и многое другое. В случае, если оказывающему помощь угрожает какая-либо опасность, приближаться к пострадавшему не рекомендуется, а следует немедленно вызвать «скорую помощь» или службу спасения. В ситуации повышенной опасности помощь должна оказываться профессионалами, имеющими соответствующую подготовку и снаряжение.

Необходимо постараться определить характер происшествия, обратить внимание на детали, которые могут подсказать вид полученных травм. Они особенно важны, если пострадавший находится без сознания. Посмотреть, нет ли на месте происшествия других пострадавших.

Приблизившись к пострадавшему, постараться успокоить его. Находясь на уровне его глаз, говорить спокойно, спросить: «Кто Вы?», предложить помощь, проинформировать о том, что собираетесь делать. Прежде чем приступить к оказанию первой помощи по возможности получить на это разрешение пострадавшего.

Первичный осмотр пострадавшего.

В процессе первичного осмотра необходимо выяснить, в каком состоянии находится дыхательная и сердечно-сосудистая система.

Проверка дыхания. Если пострадавший в бессознательном состоянии, обратить внимание на наличие у него признаков дыхания. Грудь при дыхании должна подниматься и опускаться. Кроме того, необходимо почувствовать дыхание, чтобы убедиться, что человек действительно дышит. Для этого положить свою руку на грудь пострадавшего и визуально наблюдать за движением грудной клетки. Время, которое отводится для этого, не должно быть более 5 секунд. Если пострадавший не дышит, ему необходимо сделать искусственную вентиляцию легких.

Обеспечение проходимости дыхательных путей. Дыхательными путями являются воздухоносные проходы рта и носа к легким. Любой человек, который в состоянии говорить или издать звук, находится в сознании, и дыхательные пути у него открыты. Если же пострадавший находится без сознания, необходимо убедиться в проходимости его дыхательных путей. Для этого запрокинуть его голову немного назад и приподнять подбородок. При этом язык перестает закрывать заднюю часть горла, пропуская воздух в легкие. Если в дыхательные пути попало инородное тело, его следует удалить.

Внимание! Прежде чем запрокинуть голову пострадавшего, необходимо обязательно проверить, нет ли у него повреждения шейного отдела позвоночника. Для этого очень осторожно пальцами руки прощупать шейный отдел позвоночника.

Проверка пульса. Она включает определение пульса, выявление сильного кровотечения и признаков шокового состояния. Если дыхание отсутствует, следует определить пульс пострадавшего. Для этого нащупать сонную артерию на его шее со стороны, находящейся ближе к оказывающему помощь. Для обнаружения сонной артерии найти «адамово яблоко» (кадык) и сдвинуть пальцы (указательный, средний и безымянный) в углубление между трахеей и длинной боковой линией шеи. При замедленном или слабом сердцебиении пульс бывает трудно определить, поэтому пальцы надо приложить к коже с очень-очень слабым давлением. Если не удалось нащупать пульс с первого раза, начать снова с кадыка, передвигая пальцы на боковую поверхность шеи. При отсутствии пульса у пострадавшего необходимо проведение реанимационных мероприятий.

Далее у пострадавшего выявляют наличие сильного кровотечения, которое должно быть остановлено как можно быстрее. Иногда у пострадавшего может возникнуть внутреннее кровотечение. Внешнее и внутреннее кровотечения опасны усилением шокового состояния пострадавшего. Шок возникает при большой травме и потере крови; кожа пострадавшего при этом бледная и прохладная при прикосновении.

Если усилия увенчались успехом и у пострадавшего, который находится без сознания, стали определяться дыхание и пульс, следует перевернуть его на бок (за исключением травмы шеи или спины), чтобы дыхательные пути были открыты. В этом положении язык не закрывает дыхательные пути. Кроме того, в этой позе рвотные массы, выделения и кровь могут свободно выходить из ротовой полости, не вызывая закупорки дыхательных путей.

Вызов «скорой помощи».

«Скорая помощь» должна вызываться в любой ситуации, особенно в случаях: бессознательного состояния или с изменяющимся уровнем сознания; проблем с дыханием (затрудненное дыхание или его отсутствие); непрекращающихся болей или ощущения давления в груди; отсутствия пульса; сильного кровотечения; сильной боли в животе; рвоты с кровью или кровянистыми выделениями (с мочой, мокротой и т.д.); отравления; судорог; сильной головной боли или невнятной речи; травм головы, шеи или спины; вероятности перелома костей; внезапно возникших нарушений движения.

Звонящий должен сообщить диспетчеру «скорой помощи» следующую информацию: точное нахождение места происшествия, адрес или местоположение, названия населенного пункта или ближайших пересекающихся улиц (перекрестков или дорог), ориентиры; свои фамилию, имя, отчество; что произошло (ДТП, пожар и т.д.); число пострадавших; характер повреждений (боли в груди, затрудненное дыхание, отсутствие пульса, кровотечение и т.п.).

Находясь один на один с пострадавшим, громким голосом позвать на помощь. Крик может привлечь внимание прохожих, которые могли бы вызвать «скорую помощь». Если на крик никто не откликается, постараться самому как можно быстрее позвонить по телефону 03, после чего вернуться к пострадавшему и продолжать оказание первой неотложной помощи.

Вторичный осмотр пострадавшего.

После вызова «скорой помощи» и уверенности в том, что у пострадавшего нет состояний, угрожающих его жизни, переходят к проведению вторичного осмотра. Вновь опросить пострадавшего и присутствующих о случившемся, проверить у него признаки жизни и провести общий осмотр. К признакам жизни относятся: наличие пульса, дыхания, реакция зрачка на свет и уровень сознания. Важность вторичного осмотра заключается в обнаружении проблем, которые не представляют угрозы жизни пострадавшего непосредственно, но могут иметь серьезные последствия, если их оставить без внимания и оказания первой неотложной помощи.

При завершении вторичного осмотра пострадавшего и оказания первой неотложной помощи продолжать наблюдение за признаками жизни вплоть до прибытия «скорой помощи».

Вопрос 2. Первая помощь при кровотечениях, ранениях. Способы остановки кровотечения. Виды повязок. Правила и приёмы наложения повязок на раны. Практическое наложение повязок.

Кровотечение - излияние (вытекание) крови из кровеносных сосудов при нарушении целостности их стенок.

В зависимости от вида поврежденных сосудов, кровотечение бывает:

- артериальное – кровь ярко-красного цвета, выбрасывается пульсирующей струей, величина которой зависит от диаметра сосуда;
- венозное – кровь темно-вишневого цвета, изливается спокойно;
- капиллярное – наблюдается при неглубоких порезах кожи, ссадинах;
- смешанное – характеризуется признаками артериального и венозного кровотечений.

Различают также наружное и внутреннее кровотечения. Наружное происходит, когда острый предмет, например, нож или сломанная кость, прокалывает кожу и повреждает другие органы. Внутреннее кровотечение возникает при закрытой травме и при резком ударе, например, в случае автомобильной аварии, когда водителя бросает на рулевое колесо или когда человек падает с большой высоты.

Наружное кровотечение. Данный вид кровотечения вызывается повреждением кровеносного сосуда с выходом крови на поверхность кожи. При повреждении крупных кровеносных сосудов, или когда кровь вытекает слишком быстро, не успевая свертываться, кровотечение может представлять угрозу для жизни. Первая неотложная помощь при кровотечении зависит от его характера и заключается во временной его остановке и доставке пострадавшего в ближайшее лечебное учреждение.

Сильное артериальное кровотечение из сосудов верхних и нижних конечностей останавливают в два этапа: вначале прижимают артерию выше места повреждения к кости, чтобы прекратить поступление крови к месту ранения, а затем накладывают стандартный или импровизированный жгут. Прижимать артерии к костным выступам

лучше всего в определенных (наиболее удобных для этого) точках; именно в которых хорошо прощупывается пульс.

Височную артерию прижимают большим пальцем впереди и чуть выше ушной раковины на виске.

Сонную артерию следует прижимать слева или справа на боковой поверхности шеи. Давление пальцами надо производить по направлению к позвоночнику, при этом сонная артерия придавливается к позвоночнику.

Внимание! Прижимать сонную артерию допустимо только с одной стороны.

Подключичную артерию нужно прижимать к ямке над ключицей к первому ребру. Подмышечную артерию прижимают к головке плечевой кости по переднему краю роста волос в подмышечной впадине при кровотечении из раны в области плечевого сустава и надплечья.

Плечевую артерию прижимают к плечевой кости с внутренней стороны от двуглавой мышцы при кровотечении из ран средней и нижней трети плеча, предплечья и кисти.

Лучевую артерию прижимают к подлежащей кости в области запястья у большого пальца при кровотечении из ран кисти.

Бедренную артерию прижимают в области паховой складки в ее средней части при кровотечении из ран в области бедра. Прижатие производят в паховой области на середине расстояния между лобком и выступом подвздошной кости.

Подколенную артерию прижимают в области подколенной ямки при кровотечении из ран голени и стопы.

Артерии тыла стопы прижимают к подлежащей кости при кровотечении из раны на стопе.

Пальцевое прижатие дает возможность остановить кровотечение почти моментально. Но даже сильный человек не может проводить его более 10-15 мин, так как руки устают и прижатие ослабевает. В связи с этим такой прием важен главным образом потому, что он позволяет выиграть какое-то время для других способов остановки кровотечения.

При артериальных кровотечениях из сосудов верхних и нижних конечностей прижатие артерий можно осуществить другим способом: при кровотечении из артерии предплечья вложить пачку бинтов в локтевой сгиб и максимально согнуть руку в локтевом суставе; то же самое сделать для артерий голени и стопы – в подколенную область вложить две пачки бинтов, а ногу максимально согнуть в суставе.

После прижатия артерий следует наложить жгут. Его накладывают на одежду или специально подложенную под него ткань (полотенце, кусок марли, косынку). Жгут подводят под конечность выше места кровотечения и ближе к ране (не ближе 5-6 см), сильно растягивают и, не уменьшая натяжения, затягивают вокруг конечности и закрепляют концы. При правильном наложении жгута кровотечение прекращается, конечность ниже места наложения бледнеет, пульс на артерии исчезает. Под жгут подкладывают записку с указанием даты и времени (часы и минуты) его наложения. Конечность ниже места наложения жгута сохраняет жизнеспособность в течение 1-1,5-часов, через 1,5 часа жгут необходимо снять, а через несколько минут наложить на другое место. При этом пострадавший потеряет некоторое количество крови. Поэтому следует принять меры для доставки пострадавшего в ближайшее лечебное учреждение.

Ошибки при наложении жгута:

- слишком слабое затягивание вызывает сдавливание только вен, в результате чего артериальное кровотечение усиливается;
- слишком сильное затягивание, особенно на плече, приводит к повреждению нервных стволов и параличу конечности;
- наложение жгута непосредственно на кожу приводит, как правило, через 40-60 мин к сильным болям в месте его наложения.

При отсутствии жгута для остановки кровотечения используют ремень, платок, полосу прочной ткани. Ремень складывают в виде двойной петли, надевают на конечность и затягивают. Платок или другую ткань используют для наложения закрутки.

Внутреннее кровотечение.

При внутреннем кровотечении кровь из поврежденной артерии, вены или капилляра не выходит за пределы кожного покрова. Незначительное внутреннее капиллярное кровотечение вызывает образование под кожей синяков и не является серьезным. Однако более глубокое артериальное или венозное кровотечение может привести к большой потере крови.

Признаками внутреннего кровотечения являются: посинение кожи (образование синяка) в области повреждения; болезненность, опухание или отвердение мягких тканей; чувство волнения или беспокойства у пострадавшего; учащенный слабый пульс; частое дыхание; бледная или посиневшая кожа, прохладная или влажная на ощупь; тошнота и рвота; чувство неутолимой жажды; снижение уровня сознания; падение артериального давления.

При внутреннем кровотечении выполняют следующие рекомендации:

- прижать область кровотечения (приводит к его уменьшению или полной остановке);
- приподнять травмированную конечность (помогает уменьшить кровотечение);
- использовать холод (для облегчения боли и снятия припухлости); при использовании льда он заворачивается в марлю, полотенце или ткань прежде, чем прикладывать к поврежденной области; прикладывается на 15 мин каждый час;
- осмотреть пострадавшего (с целью определения у него травм внутренних органов);
- вызвать «скорую помощь», если пострадавший жалуется на сильную боль или не может пошевелить конечностью, а также если есть подозрение на то, что полученная травма слишком серьезна.

Наложение давящей повязки – еще один из простых и надежных способов остановки кровотечения, уменьшения боли и создания покоя поврежденной части тела. Повязку можно наложить на любую часть тела: голову, глаза, грудную клетку и живот, руку или ногу. Перед наложением повязки рану надо обработать перекисью водорода или марганцовкой (2-3 крупинки тщательно растворить в стакане желательно кипяченой воды). После этого на рану следует поместить стерильную салфетку или небольшой кусочек бинта. И только затем накладывать бинт.

Во всех случаях поверхностных ранений верхних или нижних конечностей одним из возможных способов остановки венозного кровотечения является придание возвышенного положения конечности. Это делается довольно просто. Поврежденную руку поднимают вверх немного выше головы. Под поврежденную ногу подкладывают небольшой валик, свернутый из какой-либо материи (можно использовать сумку, рюкзак, одеяло, подушку, охапку сена). Нога должна быть выше грудной клетки. При этом человеку следует лежать на спине.

Внимание! Для уменьшения риска передачи заболеваний в случаях оказания помощи при кровотечениях надо выполнять следующие правила предосторожности:

⇒ между рукой оказывающего помощь и раной поместить марлевую салфетку или другую чистую и сухую ткань, или использовать руку пострадавшего; в качестве защиты можно также использовать целлофановую обертку, резиновые или одноразовые перчатки;

⇒ непосредственно после оказания первой помощи руки тщательно моются с мылом, даже если они были в перчатках; не мыть руки вблизи пищевых продуктов;

⇒ избегать принимать пищу или пить во время оказания помощи; после этого руки тщательно вымыть.

Правила и приемы наложения повязок на раны

Повязка состоит из двух частей: внутренней, соприкасающейся с раной, и наружной, закрепляющей и удерживающей повязку на ране. Внутренняя часть повязки должна быть стерильной. Процесс наложения повязки на рану называется перевязкой.

В качестве перевязочного материала применяются марля, вата белая и серая, лигнин, косынки. Перевязочный материал должен быть гигроскопичным, хорошо впитывать из раны кровь и гной, быстро высыхать после стирки, легко стерилизоваться. Из марли производятся: пакеты перевязочные медицинские, бинты стерильные и нестерильные различных размеров, салфетки и повязки стерильные большие и малые. При наложении повязок стремиться не вызывать излишне боли.

Общие правила наложения повязок:

→ при наложении повязки необходимо стоять лицом к пострадавшему, чтобы видеть его состояние; если повязка очень тугая, надо ослабить ее или прекратить бинтование;

→ фиксируемая бинтом часть тела (чаще всего это рука или нога) должна занимать удобное положение, так как при этом мышцы расслаблены и боль во время бинтования будет меньше;

→ головку бинта надо держать в правой руке, а начало в левой; бинтуют слева направо (по отношению к бинтующему) и снизу вверх;

→ головка бинта должна как бы катиться по бинтуемой поверхности, не удаляясь от нее далеко;

→ любую повязку начинают с фиксирующих ходов, т.е. первый оборот (тур) надо обязательно закрепить, загнув кончик бинта и зафиксировав его вторым туром;

→ последующий тур бинта накладывают на половину предыдущего, благодаря чему получается двойной слой повязки;

→ повязку необходимо делать двумя руками одновременно (правая рука раскатывает головку бинта, левая поправляет бинт, разрывает затяжки);

→ начинают и заканчивают повязку на узкой части тела; завязывают на некотором расстоянии от повреждения, т.е. на здоровом, неповрежденном месте;

→ после наложения плоского бинта накладывают трубчатый соответствующего номера;

→ при значительном повреждении верхней конечности ее необходимо подвязать на косынке.

Верхнюю одежду в зависимости от характера раны, погодных и местных условий снимают или разрезают. Сначала снимают одежду со здоровой стороны, затем – с пораженной. В холодное время года во избежание охлаждения, а также в экстренных случаях у пораженных в тяжелом состоянии одежду в области раны разрезают. Нельзя отрывать от раны прилипшую одежду, ее надо осторожно обстричь ножницами и затем наложить повязку. Надевают снятую одежду в обратном порядке, т.е. сначала на пораженную, а затем на здоровую.

Повязку накладывают при ранениях, ушибах, растяжениях, переломах костей, вывихах. Существует несколько разновидностей повязок на различные участки тела человека: на голову, грудную клетку, живот и таз, руку и ногу. Особый вид повязки используют при ранении грудной клетки, когда оно проникает внутрь нее. Эта повязка очень плотная, и накладывают ее так, чтобы при вдохе воздух не попадал через рану в грудную клетку. При растяжении связок, заболевании вен применяют эластичные повязки. Они дают возможность обеспечить не только фиксацию поврежденной части тела, но и некоторую мягкость (подвижность).

Следует отдельно остановиться на *индивидуальном перевязочном пакете*. Он изготовлен из марлевого бинта шириной 9 см и одной или двух подушечек, заполненных ватой. Размер подушечек 15×15 см. одна подушечка пришита у начала бинта, другую

можно передвигать вдоль бинта на нужное расстояние. Индивидуальный перевязочный пакет с двумя головками используют, когда человек получает сквозное ранение. Одну подушечку прикладывают на входе раны, а другую – на выходе. Затем их фиксируют бинтом при помощи нескольких туров вокруг тела.

Медицинским повязкам, а именно их разнообразию, назначению, методам наложения и способам применения посвящен целый раздел медицины — десмургия. При внешней простоте медицинская повязка является мощным лечебным инструментом, который способен качественно повлиять на процесс выздоровления.

Когда и для чего используются повязки

Медицинские повязки применяют для достижения следующих целей:

- закрепление и удержание на ране лечебных компонентов;
- защита раны от воздействия окружающей среды и инфицирования;
- иммобилизация места перелома или вывиха;
- создание давления на внутренние органы, остановка кровотечения.

Классификация повязок

Повязки классифицируют по нескольким параметрам. В соответствии с целью применения различают следующие виды медицинских повязок:

- удерживающие;
- давящие;
- обездвиживающие;
- окклюзионные — для герметизации раны от воздействия воды и воздуха;
- асептические;
- лекарственные — для подачи лекарственных веществ к поврежденной поверхности;
- корригирующие — для коррекции деформаций.

Виды повязок различаются в зависимости от используемого материала:

- мягкие;
- отвердевающие (гипсовые и крахмальные);
- твердые (шины).



Основные правила наложения повязок

Умение накладывать простую повязку может пригодиться каждому, поэтому следует знать основные правила и приемы, применяемые при наложении разных видов повязок:

- ✚ не касаться раны руками;
- ✚ использовать стерильный перевязочный материал;
- ✚ выполнять перевязку лицом к пострадавшему, чтобы понимать, не причиняют ли манипуляцию излишнюю боль;
- ✚ бинтовать снизу вверх и от периферии к центру;
- ✚ раскатывать бинт без отрыва от тела;
- ✚ бинтовать конечность в удобном для пострадавшего положении: ноги — в выпрямленном, руки — в слегка согнутом.

При этом повязка должна быть умеренно тугой, чтобы она не препятствовала нормальному кровообращению и не съезжала.

Техники наложения в зависимости от вида используемой повязки и места ее применения

Техника наложения повязок для разных частей тела отличается и зависит от того, какой вид медицинской повязки используется.

При травмах головы

Какая повязка используется для оказания первой доврачебной помощи при ранении головы? Существует несколько разновидностей:

- уздечка накладывается на теменную и затылочную часть;
- чепец и шапочка Гиппократы закрывают всю волосистую часть головы;
- восьмиобразная монокулярная или бинокулярная повязка используются при ранениях глаз;
- пращевидную повязку применяют при травмах лицевой части головы.

При ранениях конечностей

При наложении повязок на конечности особенно важно придерживаться правила бинтования по направлению снизу вверх. Этот прием предотвратит скопление венозной крови в непереязанных частях конечности.

Для бинтования плечевого и бедренного суставов применяется надежная колосовидная повязка. На локтевой и коленный сустав накладывают восьмиобразную повязку. Голень, плечо, предплечье и бедро бинтуют спиралевидным или колосовидным способом.

Какая повязка используется, зависит от степени нагрузки.

Давящая повязка и жгут

Давящую повязку применяют при небольших кровотечениях капиллярного или венозного характера, а также при нарушении целостности небольших артерий. Ее можно оставлять на теле до момента поступления пострадавшего в медицинское учреждение.

Жгут используют при кровотечении из крупных артерий. Он не должен оставаться на теле дольше 1 часа в холодное время года и более 2 часов — в теплые месяцы.



Иммобилизационная шина

При наложении обездвиживающей шинной повязки на конечности следует придерживаться основного правила — захватывать суставы выше и ниже места повреждения, кроме случаев перелома бедра и плеча, когда фиксируется вся конечность в трех точках.

В местах костных выступов шина прокладывается мягким материалом, чтобы предотвратить образование пролежней и потертостей.

Гипсовые повязки

Являются надежным и удобным средством иммобилизации. Среди них особенно выделяются повязки Safix® plus («Сафикс плюс») от HARTMANN, которые отличаются высокой прочностью, плотностью и при этом не мешают делать рентген. Используются также в качестве циркулярных повязок. Бинты в упаковке имеют разную ширину и подходят для большинства видов переломов.

Компрессионные повязки

Находят широкое применение при болезнях вен нижних конечностей. При наложении такой повязки важно соблюдать правило постепенного снижения степени компрессии от стопы к колену. Онемения пальцев быть не должно. Пациент должен чувствовать эффект плотно сидящего сапога.

Защитные повязки

Асептические повязки предназначены для защиты ран от инфицирования. Не только защитными, но и ранозаживляющими свойствами обладают стерильные повязки и салфетки от «Хартманн», которые можно найти в нашем каталоге в разделе «Уход за ранами». Там же представлены несколько видов фиксирующих повязок.

Стерильные повязки HARTMANN не приклеиваются к ране, что делает процесс перевязки для больного более комфортным. Некоторые из них могут оставаться на ране до 7 дней.

Окклюзионные повязки

Обладают уникальными свойствами: ускоряют процесс эпителизации ран, улучшают грануляцию тканей даже в случае хронических язв, защищают кожу от воздействия окружающей среды. Нашли свое применение в военно-полевой хирургии при проникающих ранениях легкого, а также в дерматологии, где их используют для усиления действия лечебных препаратов.

Вопрос 3. Первая помощь при переломах. Приёмы и способы иммобилизации с применением табельных и подручных средств

Перелом - внезапное нарушение целостности кости. Переломы бывают открытыми и закрытыми.

Для перелома характерны резкая боль, усиливающаяся при любом движении и нагрузке на конечность, нарушение ее функций, изменение положения и формы конечности, появление отека и кровоподтека, укорочение и патологическая подвижность кости (появляется подвижность в необычном месте).

Обнаружить перелом можно при наружном осмотре поврежденной части тела. При необходимости прощупывают место перелома; почти всегда удается обнаружить неровности кости, острые края обломков и характерный хруст при легком надавливании. Ощупывать, особенно для определения подвижности кости вне области сустава, нужно осторожно, двумя руками, стараясь не причинить дополнительной боли и травмы пострадавшему.

Открытые переломы – это переломы, при которых имеется рана в зоне перелома, и область перелома сообщается с внешней средой. Они могут представлять собой опасность для жизни вследствие развития шока, кровопотери, инфицирования.

Общая схема оказания первой неотложной помощи:

(При открытом переломе):

- остановить кровотечение, обработать края раны;
- на рану наложить стерильную повязку;
- дать обезболивающее средство;
- провести иммобилизацию конечности.

При открытых переломах транспортирование пострадавшего в лечебное учреждение производится на носилках в положении лежа на спине.

Закрытые переломы – это переломы, при которых отсутствует рана в зоне перелома. Характерными внешними признаками закрытых переломов является нарушение прямолинейности и появление «ступеньки» в месте перелома. Отмечаются ненормальная подвижность, боль, хруст отломков, припухлость.

Общая схема оказания первой неотложной помощи:

- провести иммобилизацию;
- дать обезболивающее средство и наложить холод;
- доставить пострадавшего в медицинское учреждение.

В оказании помощи при переломах и повреждениях суставов главное – надежная и своевременная иммобилизация поврежденной части тела. Иммобилизацией достигается неподвижность поврежденной части тела, что приводит к уменьшению боли и предупреждает усиление травматического шока, устраняется опасность дополнительного повреждения и снижается возможность инфекционных осложнений. Временная иммобилизация проводится, как правило, с помощью различного рода шин и подручных материалов.

- **При отсутствии стандартных шин можно использовать подручные средства: доски, палки, фанеру, картон, свернутые журналы, весла, зонтики и другие предметы. В исключительных случаях допускается транспортная иммобилизация путем прибинтовывания поврежденной конечности к здоровой части тела: верхней – к туловищу, нижней - к здоровой ноге.**

Основными принципами транспортной иммобилизации являются:

- шина обязательно должна захватывать два (выше и ниже перелома), а иногда и три сустава (при переломах бедра, плеча);
- при иммобилизации конечности необходимо придать ей физиологическое положение, а если это невозможно, то такое положение, при котором конечность меньше всего травмируется;

- при открытых переломах вправление отломков не производят; накладывают стерильную повязку на место повреждения и конечность фиксируют в том положении, в каком она находится в момент повреждения;
- при закрытых переломах снимать одежду с пострадавшего не нужно;
- нельзя накладывать жесткую шину прямо на тело, под нее необходимо подложить мягкую прокладку (вата, полотенце);
- во время переключивания больного с носилок поврежденную конечность должен поддерживать помощник.

Неправильно выполненная иммобилизация может принести вред в результате дополнительной травматизации.

Нельзя привязывать шину слишком туго – это может нарушить кровообращение и вызвать боль.

Следует ослабить повязки, если:

- пальцы пострадавшего отекли и посинели; ими невозможно пошевелить;
- участок под шиной онемел и в нем чувствуется покалывание;
- под шиной не прощупывается пульс;
- ногти не принимают нормальный цвет через 2 с после нажатия.

Оказывая помощь при переломах, ни в коем случае не следует самим пытаться соединить отломки кости – устранить искривление конечности при закрытом переломе или вправить вышедшую наружу кость при открытом. Пострадавшего нужно как можно быстрее доставить в лечебное учреждение.

Вопрос 4. Первая помощь при ушибах, вывихах, химических и термических ожогах, отравлениях, обморожениях, обмороке, поражении электрическим током, тепловом и солнечном ударе.

Первая неотложная помощь при ушибах и вывихах

Ушиб - механическое нарушение мягких тканей без видимых повреждений кожи. В месте ушиба появляется боль, припухлость, кровоподтек, синяк. При ушибе грудной клетки нарушается дыхание. Ушиб живота может привести к разрыву печени, селезенки, кишечника, внутреннему кровотечению, а головы – к черепно-мозговой травме (ушиб или сотрясение головного мозга).

Большинство синяков и других повреждений в результате ушибов появляются после ударов тупым предметом. Хотя целостность кожного покрова сохраняется, а наружное кровотечение отсутствует, кровеносные сосуды и мельчайшие капилляры, расположенные близко к поверхности кожи, разрываются. Кровь изливается в окружающие ткани, образуется хорошо всем известное фиолетовое пятно. Врачи называют такие внутренние кровоизлияния гематомами.

Оказание первой неотложной помощи при ушибах:

- наложить холод на место ушиба;
- наложить на место ушиба тугую повязку;
- обеспечить покой поврежденной конечности;
- доставить пострадавшего в медицинское учреждение.

При кровоподтеке на руке или ноге конечность приподнять повыше. При этом кровоподтек располагается выше уровня сердца, ток крови к нему уменьшается и припухлость становится меньше. Если есть подозрение на повреждение позвоночника, ни в коем случае не следует менять положение рук и ног пострадавшего.

Использовать холод (вода, лед). Он является эффективным лечением кровоподтеков. Длительность воздействия холодом зависит от тяжести ушиба. Иногда достаточно прикладывать его к ушибленному месту в течение 15-20 мин, в других случаях в первый день получения ушиба нужно каждый час прикладывать холод на 5-10 мин. Если ушиблена рука или нога, следует подержать конечность под струей

холодной воды. Наполнить льдом пластиковый пакет, завернуть его в полотенце или материю и приложить к месту ушиба. Следует соблюдать осторожность и не перестараться с использованием холода. Нужно, чтобы ушибленное место слегка онемело и покраснело, но оно не должно побелеть, это признак слишком слабого притока крови. Холод нельзя использовать людям, страдающим нарушением кровообращения и диабетом.

Обеспечить поврежденному месту покой, так как при этом приток крови к пострадавшему месту уменьшается, что способствует прекращению распространения отечности. Уменьшается болезненность.

При ушибах нельзя прикладывать лед непосредственно к коже, это может привести к ее обморожению.

Вывих - нарушение целостности сустава со стойким смещением суставных концов костей. При вывихе обычно растягиваются или рвутся связки, может оказаться поврежденной суставная капсула, в которую заключен сустав. Лопаются мелкие кровеносные сосуды, что приводит к внутреннему кровотечению, образованию гематомы и опуханию. Давление на нервы в результате опухания вызывает боль.

Вывих не всегда легко отличить от перелома или растяжения. Кроме того, удар, способный вызвать смещение суставных концов костей, может также сломать кость, тогда будут присутствовать признаки и того, и другого повреждения. Не осложненные вывихи характеризуются следующими признаками: значительным опуханием сустава; деформацией и неестественной формой сустава; видимым укорочением или удлинением поврежденной конечности; сильной болью в области сустава, особенно при попытке сделать движение; побледнением кожи вокруг сустава; болезненностью при дотрагивании; тугоподвижностью или потерей функции поврежденного сустава.

Первая неотложная помощь при вывихах:

- дать пострадавшему обезболивающее средство;
- наложить тугую повязку; наложить холод;
- обеспечить покой поврежденной конечности; при вывихе коленного или голеностопного сустава поднять его выше, чтобы уменьшить опухание, устроить пострадавшего поудобнее;
- доставить пострадавшего в медицинское учреждение.

При вывихе не пытайтесь вправить кости сустава самостоятельно!

Первая неотложная помощь при ожогах

Ожог в большинстве случаев возникает вследствие воздействия на кожные покровы высокой температуры. Пламя, раскаленные предметы, горячая и горячая жидкости и т.п. вызывают термические ожоги. В результате воздействия кислот и щелочей могут случиться химические ожоги. К ожогам часто приводит действие на кожу солнечных лучей, электрического тока.

Термические ожоги

Различают три степени ожогов: легкую, среднюю и тяжелую. Для ожогов легкой степени характерны стойкое покраснение обожженной кожи, сильная боль. При ожогах более тяжелых степеней возникают пузыри; на фоне покраснения и пузырей могут появляться участки белой («свиной») кожи.

Обширные ожоги осложняются ожоговым шоком, во время которого пострадавший мечется от боли, стремится убежать, плохо ориентируется на месте и в обстановке. Возбуждение сменяется протрацией, заторможенностью.

Вдыхание горячего воздуха, пара, дыма может вызвать ожог дыхательных путей, отек гортани, нарушение дыхания. Это приводит к гипоксии (нарушению доставки кислорода к тканям организма).

При термических ожогах не допускается:

- ◆ удалять с поврежденной кожи остатки одежды и грязь;

♦ обрабатывать место ожога спиртом, йодом, жиром, присыпать крахмалом или мукой;

♦ накладывать тугие повязки.

Оказание первой неотложной помощи при термических ожогах:

а) при ограниченном ожоге:

- немедленно подставить обожженный участок кожи под холодную воду или приложить гипотермический пакет;
- наложить стерильную повязку;
- дать обезболивающее средство;
- при транспортировке пострадавшего в больницу наложить на место ожога чистую сухую ткань.

б) при обширных ожогах:

- наложить нетугую стерильную повязку;
- дать обезболивающее средство;
- дать выпить стакан щелочно-солевой смеси (1 чайная ложка поваренной соли и ½ чайной ложки пищевой соды, растворенные в двух стаканах воды);
- доставить пострадавшего в медицинское учреждение.

Химические ожоги

При химических ожогах редко возникают пузыри. Углублению и распространению ожога способствует пропитанная кислотой или щелочью одежда.

Оказание первой неотложной помощи при химических ожогах:

<i>При ожогах щелочью:</i>	<i>При ожогах кислотой:</i>
- промыть поврежденное место 1-2% раствором уксусной кислоты;	- промыть место повреждения слабым раствором пищевой соды (1 ст. л. на стакан воды);
- промыть кожу проточной водой;	- промыть кожу проточной водой;
- дать обезболивающее средство;	- дать обезболивающее средство;
- немедленно удалить одежду, пропитанную химикатом;	- немедленно удалить одежду, пропитанную химикатом;
- доставить пострадавшего в лечебное учреждение.	- доставить пострадавшего в лечебное учреждение.

Первая неотложная помощь при отморожении

Отморожение - повреждение тканей организма, вызванное действием низкой температуры. Отморожение может наступить при температуре воздуха ниже - 6°C. его тяжесть зависит от температуры окружающей среды, длительности пребывания на холоде, влажности воздуха. Чем они больше, тем тяжелее отморожение. При температурах ниже - 20°C могут возникать мгновенные контактные отморожения (при соприкосновении с металлическими предметами кожа «прилипает» к ним. Снижение внутренней температуры тела ниже 24°C приводит к гибели пострадавшего.

Определение степени отморожения возможно только после отогревания пострадавшей части тела. Степени отморожения и их признаки приведены ниже:

п е р в а я – кожа красновато-багровая, синюшная; на вторые-третьи сутки развивается шелушение кожи, незначительный отек; выздоровление наступает на семьдесятые сутки;

в т о р а я – на фоне изменений, характерных для первой степени, появляются пузыри, содержащие прозрачную желтоватую или незначительно окрашенную кровью жидкость;

т р е т ь я – происходит омертвление всех слоев кожи, возникают участки тканей черного цвета, кожные пузыри, наполненные темной жидкостью;

ч е т в е р т а я – происходит омертвление не только кожи, но и мышц, костей и сухожилий.

Оказание первой неотложной помощи при отморожении:

- согреть отмороженный участок тела и пострадавшего в целом;
- растереть замерзшую конечность от периферии к центру рукой или мягкой шерстяной тканью до появления розовой окраски кожи;
- на отмороженный участок тела наложить стерильную повязку;
- если нет возможности поместить пострадавшего в помещение, на отмороженный участок наложить толстую ватно-марлевую повязку;
- дать пострадавшему одну таблетку анальгина или аспирина;
- дать пострадавшему горячий чай или кофе.

Отморожения первой степени излечиваются самостоятельно. При отморожениях других степеней нужно обязательно обратиться к врачу.

Общее охлаждение наступает при длительном воздействии на организм пониженной температуры. Температура воздуха, близкая к 0°C, высокая влажность могут вызвать общее охлаждение в течение 12 ч. В воде это происходит за 30 мин; при этом температура тела падает до 35°C и ниже.

Оказание помощи при охлаждении сводится к общему или местному согреванию тела. Пострадавшего необходимо укутать и как можно быстрее доставить в медицинское учреждение.

Первая неотложная помощь при обмороке

Обморок – внезапно возникающая кратковременная утрата сознания. Признаки: резкая бледность кожи; глаза блуждают и закрываются; пострадавший падает; зрачки суживаются, потом расширяются, на свет не реагируют; конечности холодные на ощупь; кожа покрыта липким потом; пульс редкий, слабый; дыхание редкое, поверхностное. Приступ длится от нескольких секунд до 1-2 мин, затем следует быстрое и полное восстановление сознания. Возникает в результате сильного психического воздействия (испуг, страх, волнение), от сильной боли, иногда при тепловом и солнечном ударах и при резком переходе из горизонтального положения в вертикальное. Чаще всего обморок бывает у голодных, утомленных или перенесших инфекционное заболевание людей, а также при основных нарушениях деятельности сердца или центральной нервной системы.

Потере сознания при обмороке предшествуют потемнение или мелькание в глазах, шум в ушах, головокружение, слабость, онемение рук и ног. Достаточно часто приступ ограничивается этими ощущениями.

Первую медицинскую помощь при обмороке оказывают в следующем порядке:

- уложить пострадавшего на спину, запрокинув голову назад;
- обеспечить ему доступ свежего воздуха;
- обрызгать лицо холодной водой;
- придать ногам возвышенное положение.

Первая неотложная помощь при поражениях электрическим током

Электротравма – повреждение организма электрическим током, причинами которого являются нарушение техники безопасности при обращении с электроприборами в промышленности, в сельском хозяйстве, на транспорте и в быту, а также атмосферное электричество (молнии).

Электрический ток вызывает местные и общие нарушения в организме. Местные изменения проявляются в болевых ощущениях и ожогах тканей. Общие явления выражаются в расстройстве деятельности центральной нервной системы, органов дыхания и кровообращения.

У пораженных электрическим током наблюдаются обмороки, потеря сознания, судороги, нарушение дыхания, а в тяжелых случаях – шок и смерть.

Освобождение пострадавшего от действия электрического тока:

- а) освобождение пострадавшего отбрасыванием провода доской;
- б) оттаскивание пострадавшего диэлектрическими перчатками, шарфом, пиджаком, курткой и т.п.;
- г) оттаскивание пострадавшего за сухую одежду;
- д) освобождение пострадавшего перерубанием проводов.

Первая неотложная помощь при поражении электрическим током:

- прекратить действие электрического тока на пострадавшего;
- тщательно осмотреть пострадавшего;
- при обмороке, потере сознания и головокружении:
- обработать местные повреждения и закрыть повязкой как при ожогах;
- создать пострадавшему покой;
- доставить пострадавшего в лечебное учреждение;
- при остановке дыхания, развитии состояния клинической смерти:
- срочно вызвать «скорую помощь»;
- немедленно приступить к реанимационным мероприятиям.

При профилактике поражения электрическим током необходимо строго выполнять правила техники безопасности при обращении с электроприборами и электроустановками; ограничить доступ детей к электропроводам и электроприборам; во время грозы выключать радиоустановки и телевизоры с антенной; в лесу и поле не укрываться под отдельно стоящими деревьями, а также вблизи мачт и столбов.

Первая неотложная помощь при тепловом и солнечном ударах

Тепловой удар возникает в результате общего перегрева организма при длительном воздействии высокой температуры.

Признаками теплового удара являются сильная жажда, одышка, сердцебиение, головокружение. В дальнейшем температура тела повышается до 38 - 40°C, появляется рвота, может наступить потеря сознания. Если у пострадавшего прекратилось дыхание, до прибытия «скорой помощи» следует проводить искусственное дыхание.

Первая неотложная помощь при тепловом ударе:

- ✓ перенести пострадавшего в прохладное место;
- ✓ снять с него стесняющую одежду;
- ✓ положить холод на голову, сердце, позвоночник;
- ✓ дать пострадавшему понюхать нашатырный спирт;
- ✓ если возможно, дать ему подышать кислородом;
- ✓ дать пострадавшему подсоленную воду, холодный чай (75-100 мл);
- ✓ вызвать «скорую помощь».

Солнечный удар наступает при прямом действии солнечных лучей на непокрытую голову. Его симптомами являются головокружение, головная боль, учащение или замедление пульса, временное нарушение ориентирования в окружающей обстановке. Затем может последовать помутнение и потеря сознания. Помощь пострадавшему осуществляется в том же порядке, что и при тепловом ударе.

Для того чтобы избежать теплового и солнечного ударов, надо соблюдать правила работы и поведения в помещениях с повышенной температурой (горячие цеха, парные в банях) и на солнце. Употребляя некрепкий чай и квас, следует поддерживать в организме водно-солевое равновесие. В жарком климате часы работы должны приходиться на наименее опасное время суток.

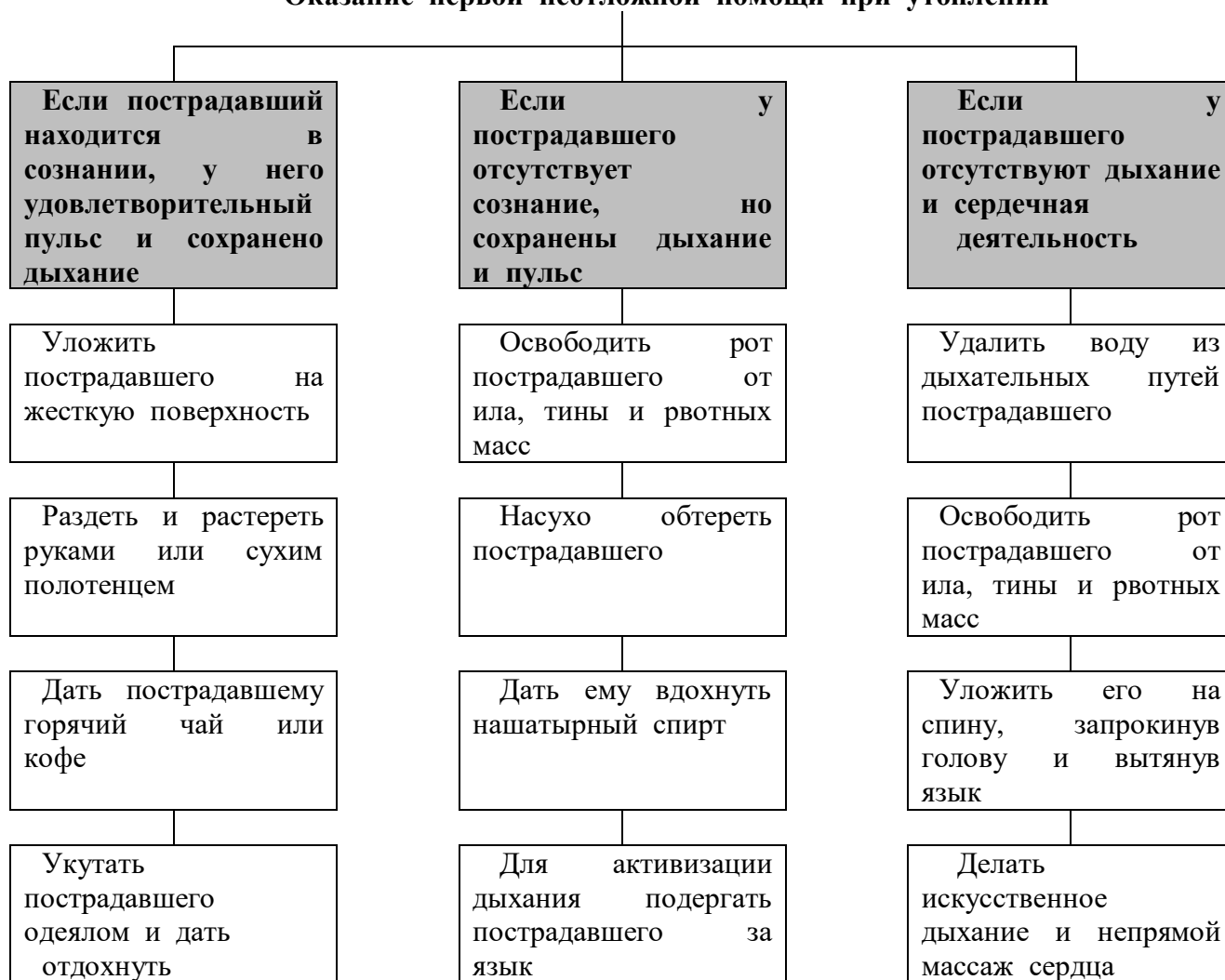
Употребление в жару алкогольных напитков резко нарушает терморегуляцию организма и может вызвать тепловой удар.

Вопрос 5. Правила оказания помощи утопающему

Утопление наступает в результате погружения человека в воду или в иную жидкость, под влиянием которой развиваются острые нарушения функций жизненно важных систем организма. Среди причин, ведущих к утоплению, главное место занимает эмоциональный фактор – страх, часто связанный не с реальной, а мнимой опасностью. Другими причинами утопления могут служить температура и большая скорость течения воды, водовороты, ключевые источники, штормы, неумение плавать, переутомление, болезненное состояние, травмы при прыжках в воду, нарушение сердечной деятельности при плавании под водой.

Спасать тонущего человека обычно приходится вплавь если он еще держится на поверхности, следует подплывать к нему сзади, чтобы избежать захвата с его стороны. В случае захвата лучше погрузиться с тонущим в воду. Он, пытаясь остаться на поверхности, как правило, отпускает спасателя. Если тонущий погрузился в воду, то надо нырнуть и стараться обнаружить его. Найдя тонущего, необходимо взять его за руку или за волосы и, оттолкнувшись от дна, всплыть на поверхность. Доставив пострадавшего на берег, приступают к оказанию первой неотложной помощи.

Оказание первой неотложной помощи при утоплении



Всем пострадавшим обязательно должна быть оказана неотложная помощь врачами «скорой помощи» или в лечебном учреждении, так как после спасения у утопавших высока вероятность развития отека легких.

Для предотвращения несчастных случаев следует соблюдать правила поведения на воде, запрещающие: прыгать в воду в незнакомом месте, особенно головой вниз; заплывать за пределы отведенных для купания мест; купаться после употребления

спиртных напитков, а также в состоянии психического и физического утомления; заходить в воду после сильного перегрева на солнце; оставлять без присмотра детей во время купания.

Вопрос 6. Правила и техника проведения искусственного дыхания и непрямого массажа сердца.

Процесс умирания человека имеет некоторую продолжительность, которая ограничивается 5 – 7 минутами. Это время так называемой клинической смерти, когда процессы, происходящие в организме, обратимы и человеку можно помочь.

Врачи определяют четыре процесса клинической смерти, которые очень просто определяются, причем для этого не нужно иметь каких-либо специальных знаний: отсутствие сознания, отсутствие дыхания, отсутствие реакции зрачка на свет и отсутствие пульса на сонной артерии. Делать это надо очень быстро, затратив не более 10 – 15 секунд.

При наличии признаков клинической смерти, отсутствии дыхания и прекращении сердечной деятельности проводится реанимация, т.е. восстановление жизненно важных функций организма. Если реанимация начата в первую минуту, вероятность оживления составляет более 90%, через 3 мин – не более 50%. Реанимационные мероприятия проводятся на месте происшествия, сразу же после травмы в следующей последовательности:

- ✓ положить пострадавшего на твердую ровную поверхность;
- ✓ приступить к непрямому массажу сердца;
- ✓ провести искусственную вентиляцию легких;
- ✓ срочно доставить пострадавшего в больницу.

Внимание! Перед тем, как приступить к непрямому массажу сердца, необходимо убедиться в отсутствии повреждения позвоночника.

В качестве ровной и твердой поверхности могут быть использованы стол, стулья, пол или какие-либо другие подходящие предметы (доски, дверь, снятая с петель, и т.д.). выполнение этого условия обязательно, так как непрямой массаж сердца заключается в том, чтобы через грудную клетку сдавить сердце, расположенное между грудиной (центральная часть грудной клетки) и позвоночником. При этом кровь из желудочков сердца выдавливается в аорту и артерии, а после прекращения давления вновь заполняет сердце через вены. Ритмичные надавливания на грудную клетку с частотой, соответствующей нормальной работе сердца, есть необходимое условие реанимации.

Непрямой массаж сердца.

Непрямой массаж сердца (прямой массаж делают хирурги, оперирующие на открытом сердце) начинают сразу же после определения признаков клинической смерти или остановки сердца. Эффективность данного метода во многом зависит от неукоснительного соблюдения следующих правил:

- ладони должны располагаться в строго определенном месте – в середине нижней трети грудины, руки в локтях - прямые;
- толчкообразные надавливания на грудную клетку необходимо проводить с такой силой, чтобы грудная клетка сдавливалась у взрослого человека на 5 см, у подростка – на 3, у годовалого ребенка – на 1 см;
- ритм надавливаний на грудную клетку должен соответствовать частоте сердечных сокращений в состоянии покоя, примерно один раз в секунду; каждое правильно выполненное надавливание на грудину отвечает одному сердечному сокращению;

- минимальное время проведения непрямого массажа сердца даже при отсутствии признаков его эффективности – не менее 15 – 20 мин.

Эффективность непрямого массажа сердца в сочетании с искусственной вентиляцией легких может наблюдаться уже через 1 – 2 мин: кожа лица постепенно приобретает нормальную окраску, появляется реакция зрачков на свет (они сужаются) и отмечается пульсация на сонной артерии.

Техника непрямого массажа сердца.

При непрямом массаже сердца необходимо выполнять следующие действия:

- положить человека на твердую поверхность, затем встать на колени и находиться с левой стороны от пострадавшего параллельно его продольной оси;
- в точку проекции сердца на грудине положить ладонь одной руки, а сверху другую ладонь (ладони одна на другой), пальцы держать приподнятыми, большие пальцы должны смотреть в разные стороны;
- давить на грудину необходимо только прямыми руками, используя при этом массу тела (плечевого пояса, спины и верхней половины туловища); при проведении непрямого массажа у ребенка можно использовать одну руку, а у новорожденного - один большой палец;
- ладони не должны отрываться от грудины пострадавшего, и каждое следующее движение необходимо производить только после того, как грудная клетка вернется в исходное положение.

Искусственная вентиляция легких.

Искусственная вентиляция легких проводится в двух случаях: когда отсутствует сердцебиение и дыхание, т.е. человек находится в состоянии клинической смерти, а также тогда, когда сохранено сердцебиение, а самостоятельное дыхание отсутствует, или частота дыхательных движений не превышает 10 раз в минуту.

Техника искусственной вентиляции легких.

При искусственной вентиляции легких необходимо:

- обеспечить проходимость верхних дыхательных путей; осуществляется указательным и средним пальцами, которые нужно обернуть чистым носовым платком или марлей; быстро очистить ротовую полость от инородных тел – крови, слизи; затем немного запрокинуть голову пострадавшего назад, подложив под его плечи небольшой плотный валик, сделанный из любого подручного материала;
- убедиться в том, что грудная клетка совершает движение (приподнимается) при выдохе оказывающего помощь в легкие пострадавшего; если этого не происходит – дыхательные пути непроходимы и воздух в легкие не поступает, следовательно, все усилия будут бесполезны; в этом случае требуется повторная очистка дыхательных путей и изменение положения головы пострадавшего.

Эффективность реанимации.

Все зависит не только от точности выполнения техники непрямого массажа сердца и искусственной вентиляции легких, но и от их соотношения в процессе действий. Если реанимация проводится одним человеком, то надо делать примерно 60 нажатий в минуту. на каждые 10 надавливаний проводят два выдоха (для детей дошкольного возраста интенсивность нажатий при искусственной вентиляции легких должна быть 100 раз в мин; на каждые пять надавливаний делать выдох.

Лучше проводить реанимацию вдвоем или втроем. При этом на пять надавливаний производят один выдох, а один из участников создает достаточно сильное давление на живот пострадавшего, так как при этом из кровообращения исключается значительный объем крови (малый таз и нижние конечности) и создаются хорошие условия для полноценного кровоснабжения головного мозга. Если эти действия увенчались успехом (у

пострадавшего восстановились самостоятельная деятельность сердца и легких, к нему вернулось сознание), необходимо срочно переправить его в больницу для оказания квалифицированной неотложной помощи.

Приложения.
Приложение 1.

Способы и правила транспортировки и переноски пострадавших.

Выбор способов и средств транспортировки зависит от конкретных условий: состояния пострадавшего, характера травмы или заболевания, наличия специальных и подручных средств эвакуации и расстояния транспортировки. Транспортировку пострадавшего могут осуществить один или несколько человек вручную или с использованием подручных средств. Когда подручных средств и времени на их изготовление нет, один человек может нести пострадавшего на руках, спине или плече.

Способы «друг за другом», «на руках» и «на плече» применяются в тех случаях, когда пострадавший без сознания или очень слаб. Значительно облегчает переноску пострадавшего на руках и на носилках использование носилочных лямок.

В ряде случаев, при отсутствии помощников, как правило, на короткие расстояния применяется транспортировка волоком.

Переноска пострадавшего в лечебное учреждение или к транспортному средству может быть осуществлена на медицинских или импровизированных носилках. Во время транспортировки пострадавший должен находиться в положении, которое соответствует его травме:

- сотрясение головного мозга	- на спине;
- травмы передне части головы и лица	- на спине;
- повреждение позвоночника	- на спине;
- переломы костей таза и нижних конечностей	- на спине;
- шоковое состояние	- на спине;
- травмы органов брюшной полости	- на спине;
- травмы груди	- на спине;
- ампутация нижних конечностей	- на спине с валиком под травмированной ногой;
- острые хирургические заболевания (аппендицит, острая прободная язва, ущемленная грыжа)	- на спине;
- кровопотеря	- на животе с валиком под грудью и головой;

- травмы спины	- на животе или правом боку;
- травмы затылочной части головы	- на животе;
- травмы шеи	- полусидячее положение со склоненной на грудь головой;
- ампутированная верхняя конечность	- сидя с поднятой вверх рукой;
- травмы глаза, груди, дыхательных путей	- сидя;
- травмы верхних конечностей	- сидя;
- ушибы, порезы, ссадины	- сидя;
- травмы спины, ягодиц, тыльной поверхности ног	- на животе;
- травмы плечевого пояса	- сидя.

В холодное время следует принять меры для предупреждения охлаждения пострадавшего. Особенно это касается находящихся в бессознательном состоянии, с наложенными кровоостанавливающими жгутами и с отморожениями. При транспортировке надо постоянно следить за дыханием, пульсом и поведением пострадавшего и при необходимости оказывать ему медицинскую помощь.

Приложение 2.

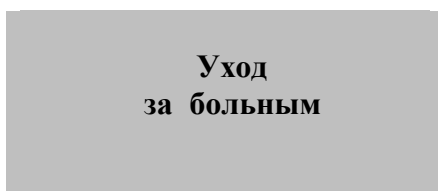
Основы ухода за больными.

Уход за больным – совокупность мероприятий, обеспечивающих всестороннее обслуживание больного, создание оптимальных условий и обстановки, способствующих благоприятному течению болезни, быстрейшему выздоровлению и предотвращению осложнений, выполнению врачебных назначений. Уход, как правило, включает в себя целый комплекс мероприятий (см. схему).

Поддержание санитарного порядка в помещении

Забота о постели, чистоте белья и одежды

Организация питания и помощь в приеме пищи



Помощь в туалете и физиологических отправлениях

Выполнение медицинских процедур и лекарственных назначений

Наблюдение за самочувствием и состоянием

Помещение, в котором находится больной, должно быть по возможности изолированным, защищенным от шума и хорошо освещенным. Температуру воздуха следует поддерживать в пределах 20 - 22° С, а относительную влажность – 30-60%. Обязательными условиями являются проветривание не реже 3-5 раз в сутки и влажная уборка не менее двух раз в день. Постель больного должна быть удобной, достаточно длинной и широкой, с ровной поверхностью. Поверх матраса кладут простыню, при необходимости под нее подкладывают клеенку.

В питании больного важны сбалансированность пищи (правильное соотношение белков, углеводов, жиров, минеральных веществ и витаминов) и рациональный режим.

Больного лучше кормить четыре раза в день с 3-4 часовыми промежутками в одни и те же часы.

Больному необходимы ежедневный утренний и вечерний туалет. Руки следует мыть с мылом; зубы и спинку языка чистить два раза в день, а после каждого приема пищи полоскать рот. При отсутствии показаний с разрешения врача больного моют под душем или в ванне не реже одного раза в неделю. Для отправления физиологических потребностей постельным больным подают вымытое и продезинфицированное судно. Всем больным следует измерять температуру тела с 7 до часов утра и вечером с 17 до 19 часов.

Важным элементом ухода является наблюдение за больным. Следует обращать внимание на его психическое состояние, изменение пигмента кожи, повышение или понижение температуры тела, появление высыпаний, зуда, изменение цвета мочи и кала, переносимость лекарств. Результаты наблюдений необходимо сообщать лечащему врачу.

Приложение 3.

Домашняя аптечка первой помощи

Нередко бывают случаи, когда от наличия под рукой того или иного медицинского препарата — можно сказать без преувеличения — зависят жизнь и здоровье. Правильно подобранная аптечка должна быть в каждом доме, а квалифицированно оказать доврачебную помощь в простой или экстренной ситуации должны уметь все.

Аптечка индивидуальная (домашняя аптечка первой помощи) — стандартный комплект средств, предназначенных для оказания первой неотложной помощи в домашних условиях.

За ее основу можно взять имеющийся в свободной продаже набор «Домашняя аптечка первой помощи».

Рекомендуемый состав домашней аптечки:

Лекарственные средства для приема внутрь.

Лекарственные средства для наружного применения.

Перевязочный материал, средства остановки кровотечения, прочее.

Лекарственные средства для приема внутрь:

Анальгин — в таблетках по 0,5 гр. (10 таблеток в упаковке) – применяется при болях различного происхождения (головная боль, невралгия, радикулиты, миозиты).

Аспирин (ацетилсалициловая кислота) — в таблетках по 0,25 и по 0,5 гр. (10 таблеток в упаковке) – применяется как противовоспалительное, жаропонижающее и болеутоляющее средство, принимают после еды. Поскольку сильно раздражает слизистую желудка, то при приеме его лучше разжевать и запить молоком. Не рекомендуется применять у детей первого года жизни.

Аэрон – в таблетках (10 таблеток в упаковке) – применяют для профилактики и лечения морской и воздушной болезни (укачивания).

Валидол — в таблетках по 0,06 гр. (10 таблеток в упаковке), в капсулах по – 0,05 и 0,1 гр. (20 капсул в упаковке) – применяют при легких приступах стенокардии, неврозах, истерии и как противорвотное средство при морской и воздушной болезни: капсулу или таблетку валидола размещают под языком и держат до полного рассасывания.

Валокордин (корвалол) – жидкий комбинированный препарат во флаконах (валокордин – по 20 мл, корвалол по 25 мл.) — применяется в качестве успокоительного средства при болях области сердца, сердцебиениях, спазмах кишечника, при возбуждении.

Нитроглицерин — в таблетках по 0,0005гр. (40 табл. в упаковке) или в капсулах по 0,0005 гр. (20 капсул в упаковке) – применяется при приступах стенокардии (болях в сердце); таблетку или капсулу нитроглицерина размещают под языком и держат там до полного рассасывания — для ускорения эффекта капсулу можно раздавить зубами.

Сода двууглекислая в порошке – применяется для полоскания и промывания в 0,5-2% водных растворах при заболеваниях глаз, ротоглотки, а также для промывания слизистых оболочек и кожи при попадании на них кислот.

Супрастин – в таблетках по 0,025 гр. (20 табл. в упаковке) — относится к классическим антигистаминным препаратам, главный смысл использования которых – предотвращение и (или) устранение симптомов аллергии — любой и на что угодно: респираторной (вдохнули что-то не то), пищевой (съели что-то не то), контактной (намазались чем-то не тем), фармакологической (лечились тем, что не подошло)..

Уголь активированный – в таблетках по 0,025 гр. и по 0,5 гр. (10 таблеток в упаковке) – применяют при пищевых отравлениях в количестве 4-6 шт. (1-1,5 гр.).

Лекарственные средства для наружного применения:

Горчичники – применяют при стенокардии: для этого 2-3 горчичники ставят на грудь в области сердца.

Йода спиртовой раствор 5% (или 1-2% спиртовой раствор бриллиантовой зелени) – применяют для обработки с целью дезинфекции мелких ранок или кожных краев больших ран.

Лейкопластырь бактерицидный — применяется для предохранения мелких ранок от попадания в них микробов и грязи.

Лейкопластырь (лента) — применяется для фиксации больших и плоских повязок (на груди, животе, спине и т. д.).

Учебно-методическую разработку составил:

ст. преподаватель МБОУ ДПО «Курсы ГО г.о. Тольятти»

В.Ф. Чорненький

