

УТВЕРЖДАЮ
Заведующий МБДОУ
«Детский сад № 65» г. Воркуты
_____ Л.А.Павленко
« ____ » _____ 20__

ИНСТРУКЦИЯ ПО ОКАЗАНИЮ ПЕРВОЙ ДОВРАЧЕБНОЙ ПОМОЩИ

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

1.1. Первая помощь оказывается пострадавшему до прибытия профессиональной медицинской помощи и призвана:

- спасти человеку жизнь;
- не допустить ухудшения его состояния;
- создать условия для его дальнейшего лечения и выздоровления.

*Первая помощь пострадавшим должна оказываться немедленно и профессионально. От этого зависят жизнь и последствия травм, ожогов, отравлений. Первая помощь пострадавшему не должна заменять помощи со стороны медицинского персонала и оказывается лишь до прибытия врача. Она должна ограничиваться строго определенными видами помощи (временная остановка кровотечения, перевязка раны, неподвижная повязка при переломах, искусственное дыхание и т. д.). Прежде, чем оказывать доврачебную помощь пострадавшему, необходимо **оценить ситуацию** и определить:*

- что произошло;
- что явилось причиной происшедшего;
- количество пострадавших;
- сохраняется ли опасность для вас и пострадавшего (пострадавших);
- можно ли кого-нибудь привлечь для оказания помощи;
- следует ли вызывать скорую помощь и как это сделать.

Оценивая ситуацию, особое внимание следует уделить вопросу, сохраняется ли опасность для вас и пострадавшего и насколько эта опасность велика. Важно выяснить, есть ли доступ к пострадавшему (пострадавшим) и что нужно сделать, если этот доступ затруднен. При оценке ситуации необходимо сохранять хладнокровие и здравый смысл, чтобы принятое решение не оказалось ошибкой. Во многих ситуациях быстрая и точная оценка может оказаться жизненно важной для пострадавшего. Если в ходе оценки ситуации установлено, что имеется опасность для вас и для пострадавшего, необходимо

а) Обеспечить безопасность на месте происшествия:

- устранить источники опасности;
- если устранить источники опасности самому не представляется возможным, позвать кого-либо на помощь;
- если устранить опасность нельзя, необходимо переместить пострадавшего в безопасное место. Делать это нужно крайне осторожно;
- не рискуйте собой — иначе вы не сможете оказать помощь пострадавшему.

б) Оценить состояние пострадавшего (пострадавших):

- если у пострадавшего несколько травм и повреждений, решить, какие из них представляют наибольшую опасность. В первую очередь требуют внимания повреждения, затрудняющие доступ кислорода в организм, особенно к головному мозгу;
- если пострадавших несколько, решить, кто из них нуждается в помощи в первую очередь.

Оперативное принятие верных решений предшествует началу оказания первой помощи.

1.2. Извлечение пострадавшего из транспортного средства или других труднодоступных мест;

Экстренное извлечение пострадавших из автомобиля или другого ограниченного пространства осуществляется методом Раутека 1 (если пострадавший находится в сознании; для этого руки участника оказания первой помощи проводятся под мышками пострадавшего,

фиксируют его предплечье, после чего пострадавший извлекается наружу), либо методом Раутека 2 (если пострадавший находится без сознания; при этом одна из рук участника оказания первой помощи фиксирует за нижнюю челюсть голову пострадавшего).

Пострадавший с подозрением на травму позвоночника, находящийся в сознании, должен располагаться на твердой ровной поверхности.

Пострадавший, у которого отсутствуют признаки сознания (но сохранены дыхание и кровообращение), должен находиться в ожидании прибытия скорой медицинской помощи и на этапе транспортировки в устойчивом боковом положении. Это положение придается для поддержания проходимости дыхательных путей и снижения риска их перекрытия слюной, кровью, рвотными массами или языком.

В случаях, если у пострадавшего подозревается травма живота и таза, предпочтительно, чтобы в ожидании медицинской помощи или на этапе транспортировки он находился в положении на спине с согнутыми в коленях и разведенными ногами. При этом под коленями должна находиться мягкая опора (свернутая валиком одежда и т.п.). В некоторых литературных источниках данная позиция называется «позой лягушки».

Пострадавшему с сильной кровопотерей (или с возможными признаками шока) следует придать положение на спине с приподнятыми ногами. Поддерживать ноги в приподнятом положении можно с помощью импровизированной опоры, либо с привлечением одного из участников оказания первой помощи.

Пострадавшему с травмой грудной клетки при транспортировке или ожидании медицинской помощи предпочтительно находиться в полусидячем положении (по возможности с наклоном в сторону пораженной половины груди).

1.3. Вызов скорой помощи, других специальных служб.

- назвать улицу и номер дома;
- назвать количество пострадавших;
- назвать фамилию, пол и возраст пострадавшего;
- назвать себя и сообщить свой номер телефона;
- по возможности организовать встречу бригады скорой медицинской помощи.

1.4. Определение наличия сознания у пострадавшего.

Потеря сознания - это состояние, при котором человек лежит без движения, не реагирует на вопросы и не воспринимает происходящего.

При потере сознания отключается часть мозга, ответственная за сознательное мышление. При этом отделы мозга, управляющие рефлексом, процессами дыхания и кровообращения (в частности, продолговатый мозг) - могут работать.

Потеря сознания происходит при:

- значительном недостатке кислорода в крови (или же недостатке крови)
- сотрясении мозга (ударе мозга об череп)
- сильной боли или нервном потрясении

Потерю сознания могут вызвать: переутомление, переохлаждение, перегревание, недостаток кислорода в воздухе, сильная боль, глубокое эмоциональное потрясение, обезвоживание организма (например вследствие тяжёлого поноса, рвоты), травма головы, кровоизлияние, удар током или отравление.

Как правило, потеря сознания не возникает внезапно. Чаще всего организм человека подает первые признаки в виде головокружения, тошноты, звона в ушах, резкой слабости, помутнения в глазах, холодного пота, а также чувства пустоты в области головы и онемение конечностей. Человек начинает бледнеть, его пульс ослабевает, артериальное давление снижается. После чего глаза закрываются, пропадает тонус мышц и человек падает.

Понять что у человека случился обморок можно по его цвету кожи, она приобретает пепельно-серый оттенок. При этом сам человек полностью покрывается липким потом, а его мышцы расслабляются. Конечности человека, находящегося в бессознательном состоянии неестественно холодные, а пульс практически не прощупывается. Дыхание становится поверхностным, зрачки сильно расширяются и вообще не реагируют на свет. Давление сильно снижается.

Средняя длительность обыкновенного обморока не превышает нескольких минут. И только в самых тяжелых случаях это состояние длится 5-6 мин.

В первую очередь необходимо обеспечить доступ кислорода (открыть форточку, развязать галстук, расстегнуть верхние пуговицы одежды)

- а) Уложить в горизонтальное положение
- б) Грудь и шею освободить от стесняющей дыхание одежды.
- в) Обрызгать и обтереть лицо холодной водой
- г) Похлопывание по щекам
- д) Растирание руками тела, конечностей затем согреть грелками.
- е) В более тяжелых случаях проводят искусственное дыхание.

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

- а) запрокидывание головы с подъемом подбородка;
- б) выдвижение нижней челюсти;
- в) определение наличия дыхания с помощью слуха, зрения и осязания;
- г) определение наличия кровообращения, проверка пульса на магистральных артериях;

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

- а) давление руками на грудину пострадавшего;
- б) искусственное дыхание «рот ко рту»;
- в) искусственное дыхание «рот к носу»;
- г) искусственное дыхание с использованием устройства для искусственного дыхания (в соответствии с утвержденными требованиями к комплектации медицинскими изделиями аптек для оказания первой помощи).

1.7. Мероприятия по поддержанию проходимости дыхательных путей:

- а) придание устойчивого бокового положения;
- б) запрокидывание головы с подъемом подбородка;
- в) выдвижение нижней челюсти.

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

- а) обзорный осмотр пострадавшего на наличие кровотечений;
- б) пальцевое прижатие артерии;
- в) наложение жгута;
- г) максимальное сгибание конечности в суставе;
- д) прямое давление на рану;
- е) наложение давящей повязки.

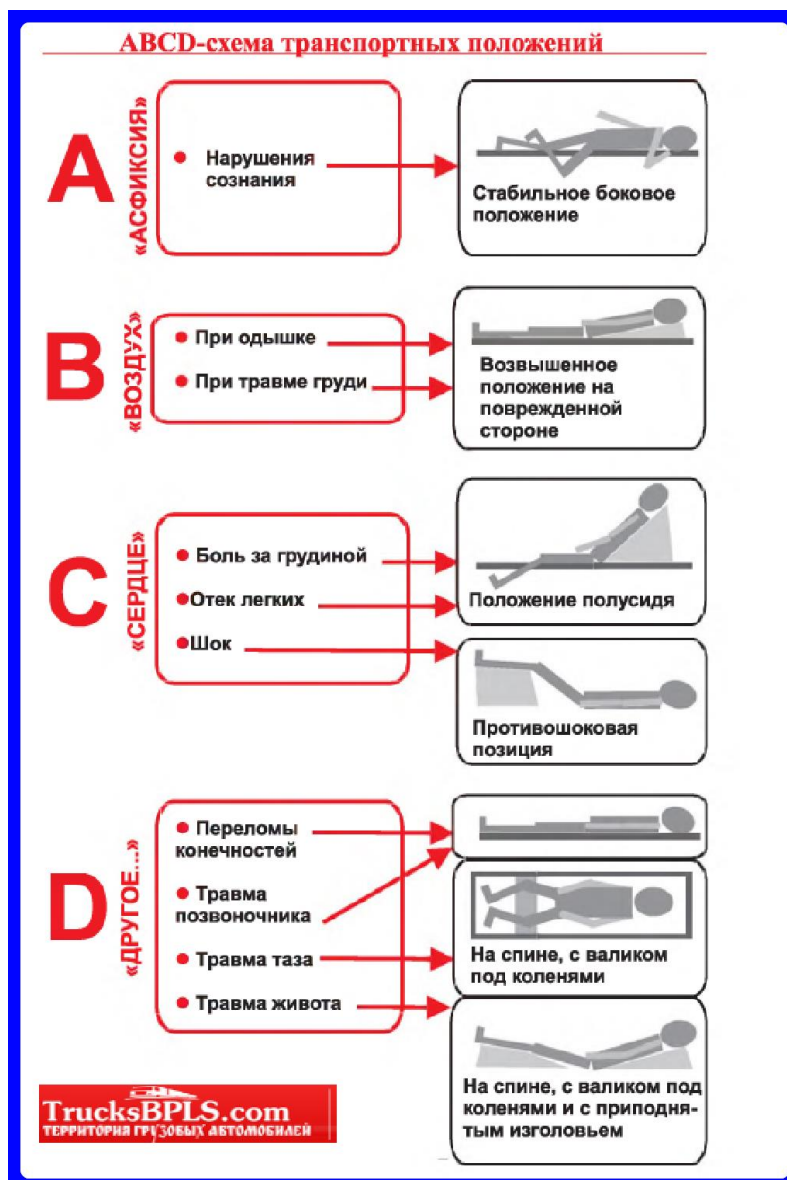
1.9. Мероприятия по подробному осмотру пострадавшего в целях выявления признаков травм, отравлений и других состояний, угрожающих его жизни и здоровью, и по оказанию первой помощи в случае указанных состояний:

- а) проведение осмотра головы;
- б) проведение осмотра шеи;
- в) проведение осмотра груди;
- г) проведение осмотра спины;
- д) проведение осмотра живота и таза;
- е) проведение осмотра конечностей;
- ж) наложение повязок при травмах различных областей тела, в том числе окклюзионной (герметизирующей) при ранении грудной клетки;
- з) проведение иммобилизации (с помощью подручных средств, аутоиммобилизация, с использованием изделий медицинского назначения)
- и) фиксация шейного отдела позвоночника (вручную, подручными средствами, с использованием изделий медицинского назначения);
- к) 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);
- л) местное охлаждение при травмах, термических ожогах и иных воздействиях высоких температур или теплового излучения;
- м) термоизоляция при отморожениях и других эффектах воздействия низких температур.

2.1. Придание пострадавшему оптимального положения тела.

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

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



КОМПЛЕКС РЕАНИМАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ

Если у пострадавшего отсутствуют сознание, дыхание, пульс, кожный покров синюшный, а зрачки расширенные, следует немедленно приступить к восстановлению жизненно важных функций организма путем проведения искусственного дыхания и наружного массажа сердца.

Требуется заметить время остановки дыхания и кровообращения у пострадавшего, время начала проведения искусственного дыхания и наружного массажа сердца, а также продолжительность реанимационных мероприятий и сообщить эти сведения прибывшему медицинскому персоналу.

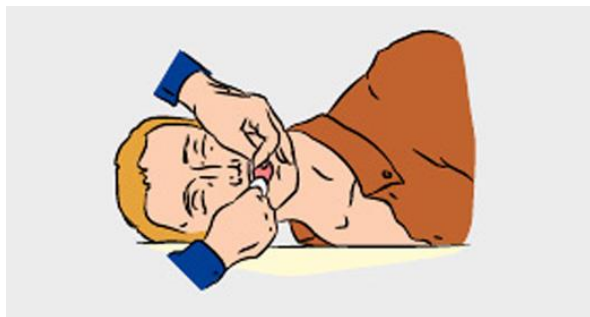
Одной из первоочередных задач при оживлении пострадавшего и поддержании жизнедеятельности травмированного организма является быстрое восстановление уровня кислорода, необходимого для работы всех органов.

Достигается это немедленной искусственной вентиляцией легких и параллельно массажем сердца. Различают следующие методы искусственной вентиляции легких: «рот в рот», «рот в нос», с помощью резиновой 8-образной трубки, способом Калистова и детям до 3-5 лет методом «изо рта в рот и нос»

1. Искусственное дыхание:

Искусственное дыхание проводится в тех случаях, когда пострадавший не дышит или дышит очень плохо (редко, судорожно, как бы со всхлипыванием), а также если его дыхание постоянно ухудшается независимо от того, чем это вызвано: поражением электрическим током, отравлением, утоплением и т. д.

Наиболее эффективным способом искусственного дыхания является способ «изо рта в рот» или «изо рта в нос», так как при этом обеспечивается поступление достаточного объема воздуха в легкие пострадавшего. Воздух можно вдуть через марлю, платок и т. п.



Для проведения искусственного дыхания пострадавшего следует уложить на спину, расстегнуть стесняющую дыхание одежду и обеспечить проходимость верхних дыхательных путей, которые в положении на спине при бессознательном состоянии закрыты запавшим языком. Кроме того, в полости рта может находиться инородное содержимое (рвотные массы, песок, ил, трава, и т. п.), которое необходимо удалить указательным пальцем, обернутым платком (тканью) или бинтом, повернув голову пострадавшего набок.



После этого оказывающий помощь располагается сбоку от головы пострадавшего, одну руку подсовывает под его шею, а ладонью другой руки надавливает на лоб, максимально запрокидывая голову. При этом корень языка поднимается и освобождает вход в гортань, а рот пострадавшего

открывается. Оказывающий помощь наклоняется к лицу пострадавшего, делает глубокий вдох открытым ртом, затем полностью плотно охватывает губами открытый рот пострадавшего и делает энергичный выдох, с некоторым усилием вдывая воздух в его рот; одновременно он закрывает нос пострадавшего щекой или пальцами руки, находящейся на лбу.

При этом обязательно следует наблюдать за грудной клеткой пострадавшего, которая должна подниматься. Как только грудная клетка поднялась, нагнетание воздуха приостанавливают, оказывающий помощь приподнимает свою голову, происходит пассивный выдох у пострадавшего. Для того чтобы выдох был более глубоким, можно несильным нажатием руки на грудную клетку помочь воздуху выйти из легких пострадавшего.



Если у пострадавшего хорошо определяется пульс и необходимо проводить только искусственное дыхание, то интервал между искусственными вдохами должен составлять 5 с, что соответствует частоте дыхания 12 раз в минуту.

Кроме расширения грудной клетки хорошим показателем эффективности искусственного дыхания может служить порозовение кожных покровов и слизистых оболочек, а также выхода пострадавшего из бессознательного состояния и появление у него самостоятельного дыхания.

При проведении искусственного дыхания оказывающий помощь должен следить за тем, чтобы вдываемый воздух попадал в легкие, а не в желудок пострадавшего. При попадании воздуха в желудок, о чем свидетельствует вздутие живота «под ложечкой», осторожно надавливают ладонью на живот между грудиной и пупком. При этом может возникнуть рвота, поэтому необходимо повернуть голову и плечи пострадавшего набок (лучше налево), чтобы очистить его рот и глотку.

Если челюсти пострадавшего плотно стиснуты и рот открыть не удастся, следует проводить искусственное дыхание по способу «изо рта в нос».

Прекращают искусственное дыхание после восстановления у пострадавшего достаточно глубокого и ритмичного самостоятельного дыхания.

Нельзя отказываться от оказания помощи пострадавшему и считать его умершим при отсутствии таких признаков жизни, как дыхание или пульс. Делать вывод о смерти пострадавшего имеет право только медицинский работник.

2. Наружный массаж сердца.

Показанием к проведению наружного массажа сердца является остановка сердечной деятельности, для которой характерно сочетание следующих признаков: бледность или синюшность кожных покровов, потеря сознания, отсутствие пульса на сонных артериях, прекращение дыхания или судорожные, неправильные вдохи. При остановке сердца, не теряя ни секунды, пострадавшего надо уложить на ровное жесткое основание: скамью, пол, в крайнем случае, подложить под спину доску.

Если помощь оказывает один человек, он располагается сбоку от пострадавшего и, наклонившись, делает два быстрых энергичных вдувания (по способу «изо рта в рот» или «изо рта в нос»), затем разгибается, оставаясь на этой же стороне от пострадавшего, ладонь одной руки кладет на нижнюю половину грудины (отступив на два пальца выше от ее нижнего края), а пальцы приподнимает. Ладонь второй руки он кладет поверх первой поперек или вдоль и надавливает, помогая наклоном своего корпуса. Руки при надавливании должны быть выпрямлены в локтевых суставах.



Найдите мечевидный отросток



Положение рук

Надавливает следует быстрыми толчками так, чтобы смещать грудину на 4—5 см, продолжительность надавливания не более 0,5 с, интервал между отдельными надавливаниями не более 0,5 с.

В паузах руки с грудины не снимают (если помощь оказывают два человека), пальцы остаются приподнятыми, руки полностью выпрямленными в локтевых суставах.

Если оживление производит один человек, то на каждые два глубоких вдувания (вдоха) он производит 15 надавливаний на грудину, затем снова делает два вдувания и опять повторяет 15 надавливаний и т. д. За минуту необходимо сделать не менее 60 надавливаний и 12 вдуваний, т. е. выполнить 72 манипуляции, поэтому темп реанимационных мероприятий должен быть высоким. Опыт показывает, что больше всего времени затрачивается на искусственное дыхание. Нельзя затягивать вдувание: как только грудная клетка пострадавшего расширилась, его надо прекращать.

При правильном выполнении наружного массажа сердца каждое надавливание на грудину вызывает появление пульса в артериях.

Оказывающие помощь должны периодически контролировать правильность и эффективность наружного массажа сердца по появлению пульса на сонных или бедренных артериях. При проведении реанимации одним человеком ему следует через каждые 2 мин прерывать массаж сердца на 2-3 с для определения пульса на сонной артерии. Если в реанимации участвуют два человека, то пульс на сонной артерии контролирует тот, кто проводит искусственное дыхание. Появление пульса во время перерыва массажа свидетельствует о восстановлении деятельности сердца (наличии кровообращения). При этом следует немедленно прекратить массаж сердца, но продолжать проведение искусственного дыхания до появления устойчивого самостоятельного дыхания. При отсутствии пульса необходимо продолжать делать массаж сердца.

Искусственное дыхание и наружный массаж сердца необходимо проводить до восстановления устойчивого самостоятельного дыхания и деятельности сердца у пострадавшего.

или до его передачи медицинскому персоналу.

Длительное отсутствие пульса при появлении других признаков оживления организма (самостоятельное дыхание, сужение зрачков, попытки пострадавшего двигать руками и ногами и др.) служит признаком фибрилляции сердца. В этих случаях необходимо продолжать делать искусственное дыхание и массаж сердца пострадавшему до передачи его медицинскому персоналу.

3. Первая помощь при наружных кровотечениях:

В условиях оказания первой помощи возможна только временная или предварительная остановка кровотечения в период, необходимый для доставки пострадавшего в лечебное учреждение.

К способам временной остановки кровотечения относятся:

- придание поврежденной части тела возвышенного положения по отношению к туловищу;
- прижатие кровоточащего сосуда в месте повреждения при помощи давящей повязки;
- прижатие конечности на протяжении;
- остановка кровотечения фиксированием конечности в положении максимального сгибания или разгибания в суставе;
- круговое сдавливание конечности жгутом;
- остановка кровотечения наложением зажима на кровоточащий сосуд в ране.

Капиллярное кровотечение легко останавливается наложением обычной повязки на рану.

Для уменьшения кровотечения на период приотворения перевязочного материала достаточно поднять поврежденную конечность выше уровня туловища. При этом резко уменьшается приток крови к конечности, снижается деление в сосудах, что обеспечивает быстрое образование сгустка крови в ране, закрытие сосуда и прекращения кровотечения.

При венозном кровотечении надежная временная остановка кровотечения осуществляется наложением давящей повязки.

Поверх раны накладывают несколько слоев марли, плотный комок ваты туго бинтуют. Сдавленные повязкой кровеносные сосуды быстро тромбируются, поэтому данный способ временной остановки кровотечения может стать окончательным. При сильном венозном кровотечении на период подготовки давящей повязки кровотечение из вены можно временно остановить, прижав кровоточащую рану пальцами. Если ранена конечность, кровотечение можно значительно уменьшить, подняв ее вверх.

Артериальное кровотечение из небольшой артерии можно с успехом остановить при помощи давящей повязки.

При кровотечении из крупной артерии для немедленной остановки кровотечения используют прием прижатия артерии в ране пальцами на период подготовки средств, необходимых для более надежного способа остановки кровотечения. Разновидностями остановки кровотечения в ране являются наложение кровоостанавливающего зажима на зияющий кровеносный сосуд и тугая тампонада раны стерильной салфеткой, бинтом и др.

Способ, обеспечивающий остановку кровотечения, не инфицирующий рану и позволяющий выиграть время для приготовления всего необходимого для применения более удобного способа остановки кровотечения: наложения давящей повязки, закрутки жгута.

Прижатие артерий фиксацией конечности в определенном положении применяют во время транспортировки больного в стационар.

При ранении подключичной артерии остановить кровотечение удастся, если согнутые в локтях руки максимально отвести назад и прочно фиксировать на уровне локтевых суставов. Подколенную артерию можно пережать фиксированием с максимальным приведением бедра к животу. Плечевую артерию в области локтевого сустава удастся перекрыть максимальным сгибанием руки в локтевом суставе.

Данный прием более эффективен, если в зону сгибания конечности заложить марлевый или ватный валик.

Надежно останавливает кровотечение из артерий тугое круговое перетягивание конечности, обеспечивающее пережатие всех сосудов выше места ранения. Наиболее легко это выполняется с помощью специального резинового жгута.

Техника наложения жгута.

Наложение жгута показано лишь при сильном кровотечении из артерий конечности, во всех остальных случаях применять не рекомендуется.

Для предупреждения ущемления кожи под жгут подкладывают полотенце, одежду раненого. Конечность несколько поднимают вверх, жгут подводят под конечность, растягивают и несколько раз обертывают вокруг конечности до прекращения кровотечения. Туры жгута должны ложиться рядом друг с другом, не ущемляя кожи. Наиболее тугим должен быть первый тур. Второй накладывают с меньшим натяжением, а остальные с минимальным. Концы жгута фиксируют при помощи цепочки и крючка поверх всех туров. Ткани должны сдавливаться лишь до остановки кровотечения.

При правильно наложенном жгуте артериальное кровотечение немедленно прекращается. Конечность бледнеет, пульсация сосудов ниже наложенного жгута прекращается.

Чрезмерное затягивание жгута может вызвать разрыв мягких тканей (мышцы, нервы, сосуды) и стать причиной развития паралича конечностей.

1. Височная
2. Челюстная
3. Сонная
4. Лучевая



5. Плечевая
6. Подмышечная
7. Бедренная
8. Большеберцовая

Слабо затянутый жгут кровотечение не останавливает, а наоборот создает венозную застой (конечность не бледнеет, а приобретает синюшную окраску) и усиливает венозное кровотечение. После наложения жгута следует провести иммобилизацию конечности.

Ошибками при наложении жгута является:

- отсутствие показаний, т.е. наложение его при венозном и капиллярном кровотечении;
- наложение на голое тело и далеко от раны;

- слабое или чрезмерное затягивание;
- плохое закрепление жгута.

Противопоказанием к наложению жгута служит воспалительный процесс в месте наложения жгута.

Жгут на конечности можно накладывать не более чем на 1 час. Продолжительное сдавливание сосудов приводит к омертвлению всей конечности. В связи с этим категорически поверх жгута накладывать повязки, косынки. Жгут должен лежать так, чтобы он бросался в глаза. Если окончательная остановка кровотечения по каким-либо причинам затягивается, то необходимо на 10-15 минут жгут снять и наложить вновь несколько выше или несколько ниже.

В качестве подручных средств для жгута могут быть использованы галстук, прочная ткань, скрученная в виде полосы шириной 2-3 см, неширокий брючный ремень.

Нельзя использовать слишком широкие жгуты- они не создают достаточное давление.

Нельзя использовать очень тонкие шнуры, струны, проволоку из-за опасности прорезания кожи вместе с еще не поврежденными сосудами.

Носовое кровотечение.

При носовом кровотечении пострадавшему необходимо усадить, слегка наклонив его голову вперед. Сжать крылья носа на 15-20 мин при этом пострадавший должен дышать ртом. Приложить к переносице холод (мокрый платок, лед, снег) не более чем на 15 мин. Рекомендуется пострадавшему сплевывать кровь (при попадании крови в желудок может развиваться рвота).

Если кровотечение в течение 15-20 минут не останавливается, вызвать скорую.

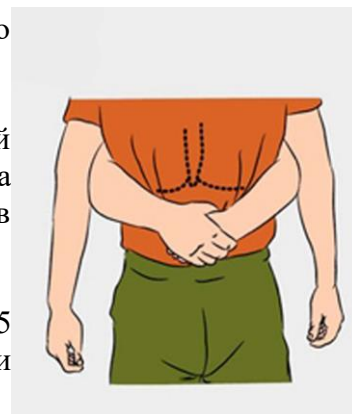
ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ.

Попадание инородных тел в верхние дыхательные пути приводят к закупорке **умеренной и тяжелой** степени.

При закупорке умеренной степени, пострадавший может говорить и кашлять. Предложить прокашляться и более ничего **не предпринимать!**

При закупорке тяжелой степени предпринять меры по удалению инородного тела:

- 1) встаньте сбоку и немного сзади пострадавшего;
- 2) придерживая грудную клетку пациента одной рукой, другой наклоните его вперед, чтобы в случае смещения инородного тела оно попало в рот пострадавшего, а не опустилось ниже в дыхательные пути.
- 3) нанесите 5 резких ударов между лопатками основанием ладони;
- 4) если после 5 ударов обструкция не устранена — сделайте 5 попыток надавливания на живот следующим образом (метод или маневр Геймлиха);



- встаньте позади пострадавшего. Обхватите его сзади обеими руками на уровне верхней половины живота;
- наклоните пострадавшего вперед;
- сожмите руку в кулак, поместите его посередине между пупком и мечевидным отростком грудины;
- обхватите кулак другой рукой и резко надавите на живот пострадавшего в направлении внутрь и вверх;
- повторите маневр 5 раз.



Если удалить инородное тело не удалось, продолжайте попытки его удаления, перемежая удары по спине с приемом Геймлиха.

ОКАЗАНИЕ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПРИ РАНЕНИЯХ РАЗЛИЧНЫХ ОБЛАСТЕЙ ТЕЛА

1. Травмы головы являются одним из наиболее тяжелых, которые могут получить пострадавшие.

Для черепно-мозговой травмы характерны потеря сознания, бледность, общая слабость, сонливость, головная боль, головокружение. Пострадавший может быть в сознании, но не помнить обстоятельств травмы и событий ей предшествующих. Более тяжелое повреждение мозга может сопровождаться длительной потерей сознания (комы), параличами конечностей. Переломы костей черепа могут сопровождаться, кроме того, следующими признаками: выделение бесцветной или кровянистой жидкости из ушей, носа, синяк вокруг глаз («симптом очков»).

Первая помощь:

- пострадавшего в сознании уложить на спину и постоянно контролировать его состояние. Если пострадавший без сознания, придать ему устойчивое боковое (дренажное) положение, которое уменьшает вероятность западения языка и сводит к минимуму возможность попадания рвотных масс или крови в дыхательные пути. Перед этим рекомендуется предварительно наложить иммобилизирующий воротник.
- при наличии раны наложить асептическую повязку;
- поверх повязки наложить гипотермический пакет;
- при судорогах – зафиксировать пострадавшего во избежание причинения самоповреждений;
- при грубых нарушениях дыхания провести сердечно – легочную реанимацию.

2. Травмы позвоночника.

Признаки травмы позвоночника (наличие хотя бы двух признаков говорит о травме позвоночника):

- жалобы на боли в области позвонков;
- рана или кровоподтеки в области позвоночника;
- нарушение самостоятельных движений ниже места травмы;
- нарушение чувствительности кожи ниже места травмы;
- нарастающая бледность кожи, холодный пот (шок).

Если есть необходимость перемещения пострадавшего необходимо стабилизация шеи рукой либо воротником, уложить на ровную твердую поверхность с приподнятым ножным концом, простейшие приемы обезболивания, тепло укрыть (даже летом), контроль сознания, дыхания, пульса.

3. Растяжение связок и мышц

Растяжение связок, растяжение мышц или сухожилий, присоединяющих мышцу к кости, - обычно происходит при перегрузке или резком движении.

Первая помощь при растяжениях.

- Наложить шину, ее можно сделать из подручных средств.

- Необходимо приложить к поврежденному месту лед или охлаждающий пакет с водой не более 15 мин.

После применения холода, наложить эластичный бинт. Это уменьшит отек, и пострадавшему будет удобнее двигаться. Накладывать бинт следует по спирали. Начинать бинтовать поврежденную конечность немного ниже места травмы, постепенно поднимаясь кверху по перекрывающимся виткам спирали. Пальцы следует оставлять свободными, чтобы по их цвету можно было определить, не слишком ли затянут бинт. Необходимо придать поврежденной конечности возвышенное положение, чтобы уменьшить приток крови к месту повреждения.

При растяжении мышц: - в первые 24 часа прикладывать лед к больному месту на 15 мин каждый час. Поврежденной конечности нужно дать покой и приподнять ее.

4. Ушибы, ссадины

При ушибе обычно повреждаются мягкие ткани и мелкие кровеносные сосуды. Первая помощь - приложить холод не более чем на 15-20 мин (пакет с холодной водой, пузырь со льдом или снегом). По мере согревания компресса его необходимо менять. Ушибленная часть тела должна быть в покое, а ушибленной конечности придать возвышенное положение.

Если на коже в месте ушиба образовались ссадины, то ушибленное место не следует мочить водой. Его необходимо перевязать стерильным бинтом, после этого положить на ушибленное место грелку с холодной водой или пузырь со льдом. После снятия боли на ушибленную руку или ногу накладывают тугую повязку, затем обеспечивают ушибленной конечности полный покой: руку подвешивают на перевязь, а ноге придают удобное горизонтальное положение.

При появлении признаков попадания инфекции в ссадину необходимо вызвать врача.

Первые признаки попадания инфекции в ссадину могут возникнуть через два дня после травмы (появления ссадины). Это: область вокруг ссадины припухает, краснеет и становится более теплой на ощупь. В этом месте пострадавший может испытывать пульсирующую боль

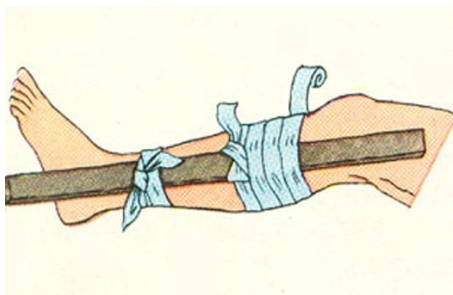
5. Вывихи

Вывих - это полное, стойкое смещение суставных поверхностей костей, с повреждением суставной капсулы вызывающий нарушение функций сустава. В большинстве случаев вывих не является тяжелой травмой, представляющей угрозу для жизни пострадавшего. Но при вывихе в шейном отделе позвоночника может возникнуть угроза для жизни вследствие сдавления спинного мозга при смещении с последующим параличом мышц конечностей, туловища, расстройством дыхания и сердечной деятельности.

Никогда не пытайтесь вправлять вывих, даже если вы обладаете навыками оказания первой помощи.

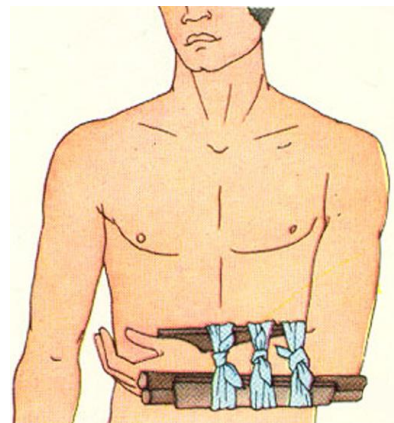
Зафиксировать поврежденную конечность в положении близком к физиологическому. Доставить пострадавшего в лечебное учреждение.

6. Переломы



Переломом называется нарушение целостности кости. Первая помощь заключается в обеспечении неподвижности места перелома. Это уменьшит боль и предотвратит смещение костных обломков. Неподвижность места перелома достигается наложением на

поврежденную конечность различного рода специальных шин, выполненных из проволоки, пластмассы или фанеры. Нередко при отсутствии табельных шин приходится делать их из подручных материалов: досок, фанеры, тростника, веток или коры деревьев.



Прежде чем шину наложить, ее обязательно нужно от моделировать, то есть подогнать по длине поврежденной конечности, росту и телосложению пострадавшего.

Главное правило при наложении шины – обеспечение неподвижности, по крайней мере, двух суставов: одного выше, другого ниже места перелома. Такую же помощь следует оказывать, если есть подозрение на перелом, а также при повреждении суставов и обширных ранениях мягких тканей конечностей. При закрытом переломе шины накладывают поверх одежды, а при открытом необходимо сначала остановить кровотечение, наложить повязку и уже после этого наложить шину.

Переносить пострадавшего нужно очень бережно, конечность и туловище следует поднимать одновременно, при этом удерживая на одном уровне.

Перелом бедра возникает, как правило, от прямого удара различными тяжелыми предметами или при падении с высоты.

Первая помощь: следует наложить две шины, однако эти шины должны быть достаточной длины. Наружная шина накладывается от подмышечной впадины на всю длину конечности, она должна несколько выступать от стопы. Вторая шина накладывается с внутренней стороны конечности до промежности.

Переломы позвоночника возникают при прямом и сильном ударе в шею или спину, при падении с высоты на ноги, при нырянии на мелководье в водоем, не редко повреждается шейный отдел позвоночника.

Первая помощь: при переломах позвоночника даже небольшие смещения позвонков приводят к травме спинного мозга. Учитывая это, категорически запрещено сажать и ставить на ноги пострадавшего с подозрением на перелом позвоночника. Его необходимо уложить на ровную твердую поверхность - деревянный щит, доски. При отсутствии этих средств можно транспортировать пострадавшего на носилках в положении лежа на спине с подложенными под плечи и голову подушками.

При переломе шейного отдела позвоночника транспортировку осуществляют на спине с иммобилизацией шеи (наложение шейного иммобилизирующего воротника или фиксация при помощи одежды, одеяла, путем создания из них валика вокруг головы). Перекладывание, погрузку, транспортировку должны проводить одновременно 3-4 человека.

Перелом костей таза возникает при падении с высоты, сдавлении, прямых сильных ударах. Травма костей таза часто сопровождается повреждением внутренних органов, осложняющихся шоком.

Первая помощь: - пострадавшего необходимо уложить на ровную, твердую поверхность, ноги согнуть в коленных и тазобедренных суставах, бедра несколько развести в сторону, под колени положить валик из одеяла или одежды высотой около 25-30 см; транспортировка - на твердом щите, на спине.

7. Ожоги

Ожоги (термические - пламя, горящие и горячие жидкости, раскаленные предметы, расплавленные металлы, пар). По глубине поражения различают четыре степени тяжести ожога.

Ожоги I- II степени: относятся к поверхностным ожогам. Однако обширные ожоги первых степеней могут привести к смерти из-за общей интоксикации и нарушения защитной функции кожи.

Ожог III - IV степени: - глубокие ожоги, требующие срочной госпитализации, лечение в стационаре, в последующем пересадки кожи.

Первая помощь: необходимо срочно прекратить действие температурного фактора на организм. Для этого нужно сбить пламя на пострадавшем, накинув на горящую одежду брезент, одеяло и т.д. Нельзя забрасывать горящую одежду землей! Затем немедленно снять с поверхности тела тлеющую, сильно нагретую одежду. Вслед за устранением термического агента, следует охладить обожженный участок струей холодной проточной воды, грелкой с холодной водой или пакетом со снегом. Рано начатое и длительное охлаждение в течение 10-20 минут пораженных тканей быстро снижает температуру, уменьшает отек и снимает боль.

Одежду лучше снимать путем разрезания, особенно там, где она прилипает к ожоговой поверхности. Отрывать одежду от кожи нельзя, ее обрезают вокруг ожога и накладывают сухую стерильную повязку поверх оставшейся части одежды. При отсутствии стерильного материала ожоговую поверхность закрывают чистой хлопчатобумажной тканью.

При обширных ожогах пострадавшего перед транспортировкой закутывают в стерильную или чистую простыню, а затем укрывают теплым одеялом. Пострадавшие с обширными ожогами, а также с ожогами II-IV степени любой локализации подлежат срочному направлению в медицинское учреждение. Транспортировать ожогового больного следует осторожно, в положении лежа, на той части тела, которая не поражена, создав максимальный покой. Следует оградить пострадавшего также от возможных травм и охлаждения. Если при транспортировке состояние пострадавшего ухудшается, необходимо продолжать давать ему водно-солевой раствор или чай.

8. Первая помощь при электрическом ожоге.

Поражение током может вызвать остановку сердца и множественные ожоговые раны. Во время электрического удара телом поглощается огромная энергия в виде тепла, которая способна вызвать ожоговые раны. Степень электрического ожога характеризуется величиной напряжения. Оказание первой помощи пострадавшему от ожогов электрическим током заключается в освобождении пострадавшего от источника тока. Для этого необходимо отключить рубильник или убрать пострадавшего от источника тока. Для этого необходимо отключить рубильник или убрать пострадавшего от источника тока предметом, не проводящим электрический ток (дерево, резина, пластмасса и др. диэлектрики).

9. Гипертермия

Гипертермия (гипертермический синдром) является патологическим состоянием, которое проявляется высоким подъемом температуры тела (более 40°C).

Первая помощь заключается в сочетании общего охлаждения организма (холод на область крупных сосудов, на голову, обтирание спиртовым раствором с целью увеличения теплоотдачи). Необходимо рекомендовать обильное питье минеральной воды насыщенной электролитами.

10. Тепловой удар

Тепловой удар - болезненное состояние, обусловленное общим перегреванием организма, которое возникает в результате воздействия внешних тепловых факторов.

Чрезмерное перегревание организма сопровождается нарушением водно-электролитного обмена, расстройствами микроциркуляции, отеком и мелкоочаговыми кровоизлияниями в мозг.

Первая помощь человеку, подвергнутому тепловому удару, как можно быстрее обеспечить охлаждение тела. Его необходимо срочно вынести в затененное и прохладное место, обеспечить доступ свежего воздуха, освободить от одежды, дать выпить прохладной воды, приложить холодный компресс на голову. В более тяжелых случаях показано обертывание простыней, смоченной холодной водой, обливание прохладной водой, лед на голову. По возможности положить человека в ванну с прохладной водой, после чего вызвать скорую медицинскую помощь.

При самостоятельной транспортировке в лечебное учреждение, пострадавшего необходимо завернуть в холодную мокрую простыню или одежду, с приподнятым головным концом.

11. Солнечный удар

Солнечный удар обычно поражает людей, при злоупотреблении солнечными ваннами на пляжах. Первая помощь: в большинстве случаев достаточно поместить пострадавшего в тень, освободить от стесняющей одежды, дать выпить холодной воды, положить холодный компресс на голову, обернуть простыней, смоченной холодной водой. При остановке дыхания прибегают к проведению искусственной вентиляции легких. В тяжелых случаях и при возникновении отека легких необходима срочная госпитализация в лечебное учреждение. При развитии отека легких необходимо перевести пострадавшего в сидячее положение, а плечи и бедра туго обернуть бинтами. Питье ограничить до минимума.

12. Замерзание (охлаждение)

Первая помощь: необходимо как можно быстрее устранить воздействие низкой температуры. При общем охлаждении пострадавшего необходимо согреть, укутать, обложить грелками, напоить горячим чаем с сахаром, дать шоколад, взрослому человеку можно дать немного алкоголя (50 г). При невозможности быстро доставить пострадавшего в стационар в состоянии общего переохлаждения, необходимо поместить его в теплую ванну с температурой +22°C - +24°C постепенно повышая её, но не выше 37°C. Если нет возможности согреть

пострадавшего подобным образом, необходимо после снятия мокрой и холодной одежды, укрыть теплым одеялом или другим материалом. Необходима срочная госпитализация.

13. Отморожения.

Первая помощь: находясь на открытой местности, необходимо начать мероприятия по отогреванию отмороженного участка. Проводят это с помощью надевания теплых вещей или дыхания. Отмороженные пальцы можно разместить в подмышках или зажать их между бедер. Отмороженные участки кожи нельзя растирать и энергично массировать. Категорически запрещено растирать отмороженные участки снегом, так как снег приведет к механическому повреждению эпидермиса и инфицированию кожи.

Необходимо дать горячее питье (чай, кофе), а если до теплого помещения недалеко, то взрослому человеку можно дать с горячим питьем немного алкоголя. После того, как пострадавшего доставляют в теплое помещение, необходимо снять обувь и перчатки. Если боль, возникающая при отогревании, быстро проходит, пальцы принимают обычный вид или немного отечны, чувствительность восстанавливается, то конечность вытирают насухо, и надевают сухие проглаженные носки, а сверху шерстяные носки (или перчатки, если отморожены кисти рук). После этого пострадавшему рекомендуют обратиться к врачу. Если отогревание сопровождается усиливающейся болью, пальцы остаются бледными и холодными, то это признак глубокого отморожения и пострадавшего следует срочно направить в лечебное учреждение.

14. Правила иммобилизации (обездвиживания).

В качестве иммобилизирующего средства можно использовать шины или плоские узкие предметы: палки. Доски, линейки, прутья, фанеру, картон. Острые края и углы шин из подручных средств должны быть обмотаны бинтом. После наложения шину необходимо зафиксировать бинтами и пластырем. При переломах шину накладывают поверх одежды и обуви.

При открытых переломах нельзя прикладывать шину к местам где выступают наружу костные обломки. Шину на всем протяжении (исключая уровень перелома) плотно прикрепить к конечности бинтом, но не туго, чтобы не нарушалось кровообращение. При переломе нижней конечности шины накладываются с двух сторон.

При отсутствии шин или подручных средств поврежденную ногу можно иммобилизовать, прибинтовав ее к здоровой ноге, а руку к туловищу.

Защитить пострадавшего от переохлаждения, дать обильное теплое сладкое питье.

ПРИ ОТРАВЛЕНИИ

1. оксидом углерода (СО). При легких и средних отравлениях СО появляются: головная боль (главным образом в висках), головокружение, тошнота, рвота, слабость в руках и ногах, учащенное сердцебиение, возбужденное состояние, потеря сознания. Во всех случаях отравления нужно немедленно вызвать скорую медицинскую помощь. До прибытия врача необходимо:

а) немедленно вывести или вынести пострадавшего из загазованного помещения или загазованной зоны на улицу (в теплое время года) или в теплое помещение с чистым воздухом (в холодное время года). Положить на спину, расстегнуть одежду для облегчения дыхания и укрыть пальто, одеялом, обложить грелками.

б) если пострадавший в сознании, напоить горячим крепким чаем или кофе

в) следить за тем, чтобы пострадавший не уснул, так как в состоянии сна уменьшается дыхание, а, следовательно, поступление кислорода в организм и пострадавший может погибнуть (водить и сильно тормозить пострадавшего запрещается, так как увеличение физической нагрузки может привести к смерти)

г) при остановке дыхания пострадавшему необходимо на свежем воздухе или в проветриваемом помещении делать искусственное дыхание до появления естественного дыхания или до прихода врача

д) очистить от рвотных масс и слизи

е) Дать пострадавшему большое количество чистой воды. Если пострадавший без сознания, необходимо повернуть его голову набок (налево или направо) и следить за проходимость дыхательных путей;

2. При отравлении кислотами и щелочами выпить 4-5 стаканов воды срочно вызвать скорую помощь.

3. При пищевом отравлении выпить 4-5 стаканов теплой воды и вызвать рвоту. После этого сделать промывание желудка чистой теплой водой. Общий объем жидкости не менее 3 л. После промывания принять 1-2 таблетки активированного угля

ТРАНСПОРТИРОВКА ПОСТРАДАВШИХ

Транспортировка пострадавшего должна быть по возможности быстрой, безопасной и щадящей. В зависимости от вида травмы и имеющихся средств (табельные, подручные) транспортировка пострадавших может осуществляться разными способами, поддержание, вынос на руках, перевозка транспортом. Транспортировать раненого вниз или вверх следует всегда головой вверх. Укладывать пострадавшего на носилки необходимо со стороны, противоположной травмированной части тела.

При транспортировке на носилках необходимо:

- следить, чтобы пострадавший был в правильном и удобном положении;
- чтобы при переноске на руках оказывающие помощь шли «не в ногу»;
- поднимать и класть травмированного на носилки согласованно (по команде);
- при переломах и тяжелых травмах не нести пострадавшего к носилкам на руках, а подставлять носилки под пострадавшего (место перелома необходимо поддерживать).

Правильные положения пострадавших при транспортировке:

- положение «лежа на спине» (пострадавший в сознании), рекомендовано при ранениях головы, позвоночника, конечностей;
- положение «лежа на спине с согнутыми в коленях ногами» (подложить под колени валик), рекомендовано при открытых ранениях брюшной полости, при переломах костей таза;
- положение «лежа на спине с приподнятыми нижними конечностями и опущенной вниз головой», рекомендовано при значительных кровопотерях и шоке;
- положение «лежа на животе», рекомендовано при ранениях позвоночника (в бессознательном состоянии);
- «полусидячее положение с вытянутыми ногами», при ранениях шеи и значительных ранениях верхних конечностей;
- «полусидячее положение с согнутыми ногами» (под колени подложить валик), при ранениях мочеполовых органов, кишечной непроходимости и других внезапных заболеваниях, травмах брюшной полости и ранениях грудной клетки;
- положение «на боку», рекомендовано при тяжелых ранениях, когда пострадавшие находятся в бессознательном состоянии;
- «сидячее положение», рекомендовано при легких ранениях лица и верхних конечностей.