

И Н С Т Р У К Ц И Я ПО ОКАЗАНИЮ ПЕРВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

ИТБ - 22

Первая медицинская 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 медицинской помощи при неотложных ситуациях: осмотр места происшествия, первичный осмотр пострадавшего, вызов «скорой помощи», вторичный осмотр пострадавшего.

Осмотр места происшествия. При осмотре места происшествия обратите внимание на то, что может угрожать жизни пострадавшего, Вашей безопасности и безопасности окружающих: оголенные электрические провода, падение обломков, интенсивное дорожное движение, пожар, дым, вредные испарения, неблагоприятные погодные условия, глубина водоема или быстрое течение и многое другое. Если Вам угрожает какая-либо опасность, не приближайтесь к пострадавшему. *Немедленно вызовите «скорую помощь» или службу спасения.*

Постарайтесь определить характер происшествия. Посмотрите, нет ли на месте происшествия других пострадавших. Приблизившись к пострадавшему, постарайтесь успокоить его. Прежде чем приступить к оказанию первой помощи по возможности получите 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, обратите внимание на наличие у него признаков дыхания. Грудь при дыхании должна опускаться и подниматься. Чтобы убедиться, что человек действительно дышит, положите свою руку на грудь пострадавшего и визуально наблюдайте за движениями грудной клетки. Время, которое отводится для этого, не должно быть более 5 сек.. Если пострадавший не дышит, Вы обязаны сделать искусственную вентиляцию легких.

Обеспечение проходимости дыхательных путей. Если пострадавший находится без сознания, необходимо убедиться в проходимости его дыхательных путей. Для этого запрокиньте его голову немного назад и

приподнимите подбородок. При этом язык перестает закрывать заднюю часть горла, пропуская воздух в легкие. Если в дыхательные пути пострадавшего попало инородное тело, его следует удалить.

Прежде чем запрокинуть голову пострадавшего, необходимо обязательно проверить, нет ли у него повреждения шейного отдела позвоночника. Для этого очень осторожно пальцами прощупайте 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 нащупайте сонную артерию на его шее со стороны, находящейся ближе к вам. Для обнаружения сонной артерии найдите «адамово яблоко» (кадык) и сдвиньте 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 вам не удалось нащупать пульс с первого раза, начните 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 ваши усилия увенчались успехом, и у пострадавшего, который находится без сознания, стали определяться дыхание и пульс, не оставляйте его лежать на спине, за исключением травмы шеи или спины. Переверните пострадавшего на бок, чтобы его дыхательные пути были открыты. При 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; проблем с дыханием (затрудненное дыхание или его отсутствие); отсутствие 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 месторасположение, название населенного пункта или ближайших

пересекающихся улиц (перекрестков или дорог), ориентиры; свою фамилию, имя, отчество; что произошло (ДТП, пожар и т.д.); число пострадавших; характер повреждения (боли в груди, затрудненное дыхание, отсутствие пульса, кровотечение и т.п.).

Находясь один на один с пострадавшим, громким голосом позовите на помощь. Если никто не откликается на ваш крик, постарайтесь сами как можно быстрее позвонить по телефону «03». После этого возвратитесь к пострадавшему, продолжите оказание первой медицинской 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 опросите пострадавшего и присутствующих о случившемся. Проверьте у него признаки жизни и проведите 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 угрозу жизни пострадавшего непосредственно, но могут иметь серьезные последствия, если их оставить без внимания и оказания первой медицинской помощи.

По завершении вторичного осмотра пострадавшего и оказания первой медицинской помощи продолжайте наблюдать за признаками жизни вплоть до прибытия «скорой помощи».

Экстренная реанимационная помощь

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

Врачи выделяют четыре признака клинической смерти:

- отсутствие сознания
- отсутствие дыхания
- отсутствие реакции зрачка на свет
- отсутствие пульса на сонной артерии.

При наличии признаков клинической смерти проводится реанимация, т.е. восстановление жизненно важных функций организма. Реанимационные мероприятия проводятся на месте происшествия, сразу же после травмы в следующей последовательности:

1. Положить пострадавшего на твердую ровную поверхность.
2. Приступить к непрямому массажу сердца.
3. Проводить искусственную вентиляцию легких.
4. Срочно доставить пострадавшего в больницу.

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

Непрямой массаж сердца. Непрямой массаж сердца 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 быть прямыми;
- толчкообразные надавливания на грудную клетку необходимо проводить с такой силой, чтобы грудная клетка сдавливалась у взрослого человека на 5 см, у подростков – на 3 см, у годовалого ребенка – на 1 см;
- ритм надавливаний на грудную клетку должен соответствовать частоте сердечных сокращений в состоянии покоя, примерно 1 раз в сек., 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.

1. Положить человека на твердую поверхность, затем встать на колени и находиться с левой стороны от пострадавшего параллельно его продольной оси
2. 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
3. Давить на грудину необходимо только прямыми руками, при этом используя 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
4. 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. 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, положив под его плечи небольшой плотный валик, сделанный из любого подручного материала;

- Убедиться в том, что грудная клетка совершает движение (приподнимается) при вашем выдохе 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. Если вы проводите реанимацию один, то надо делать примерно 60 нажатий в минуту. На каждые 10 надавливаний на грудину проводят два выдоха. Конечно, лучше проводить реанимацию вдвоем или втроем. При этом на пять надавливаний производят один вдох, 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.

Первая медицинская помощь при кровотечениях и ранениях. Способы остановки кровотечения

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

В зависимости от видов 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 при травмировании кожи и повреждении других органов острыми предметами. Внутреннее кровотечение возникает при закрытой травме и при резком ударе.

Наружное кровотечение. 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.

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.

Прижимать сонную артерию допустимо только с одной стороны.

Подключичную артерию нужно прижимать в 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.

При артериальных кровотечениях из сосудов верхних и нижних конечностей прижатие артерий можно осуществлять иным 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 1,5-2 часов. Через 2 часа жгут необходимо снять, а через несколько минут наложить на другое место. При этом пострадавший может потерять 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, полоску прочной ткани. Ремень складывают в виде двойной петли, надевают на конечность и затягивают. Платок или другую ткань используют

для наложения закрутки.

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.

Внутреннее кровотечение. 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 заверните его в марлю, полотенце или ткань прежде, чем прикладывать к поврежденной области; прикладывайте холод 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 вы считаете, что полученная травма достаточно серьезная.

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. Всего их насчитывается более двадцати пяти. 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.

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

- *между вашей рукой и раной положите марлевую салфетку или другую чистую и сухую ткань, или используйте руку пострадавшего; в качестве защиты можно также использовать целлофановую обертку, резиновые или одноразовые перчатки;*
- *непосредственно после оказания первой помощи тщательно вымойте руки с мылом, даже если они были в перчатках; не мойте руки вблизи пищевых продуктов;*
- *избегайте принимать пищу или пить во время оказания помощи; после этого тщательно вымойте руки.*

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. При наложении повязок необходимо стремиться не вызывать излишней боли.

Общие правила наложения повязок таковы:

- при наложении повязки необходимо стать 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;
- голову 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 перерезают. 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 сторону.

Повязку накладывают при ранениях, ушибах, растяжениях, разрывах, переломах костей, вывихах. Существует несколько видов повязок на различные участки тела человека: на голову, грудную клетку, живот и таз, руку и ногу. Особый вид повязки используют при проникающем ранении грудной клетки. Эта повязка очень плотная, и накладывают ее так, чтобы воздух при вдохе 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).

Первая медицинская помощь при переломах

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 (в нехарактерном 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 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.

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

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

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, устраняет опасность дополнительного повреждения и снижает 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 по возможности придать ей физиологическое положение, а если это невозможно, то такое положение, при котором конечность меньше всего травмируется;
- при открытых переломах отломков не производят, накладывают стерильную повязку на место повреждения, и конечность фиксируют в том положении, в котором 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 перекладывания больного с носилок поврежденную конечность должен поддерживать помощник.

Неправильно выполненная иммобилизация может принести вред в результате дополнительной травматизации.

Не привязывайте шину слишком туго – это может нарушить кровообращение и вызвать боль. Ослабьте 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 приобретают 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.

Способы транспортировки 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 специальных приспособлений и подручных средств. Когда нет подручных средств и времени для их изготовления, один человек может нести пострадавшего на руках, спине и плече.

Способ «друг за другом», «на руках», и «на плече» применяются в случаях, когда пострадавший без сознания или очень слаб.

В ряде случаев при отсутствии помощников, как правило, на короткое расстояние 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 передней 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, прободная язва, ущемленная грыжа)..... на спине

Кровопотеря..... на животе с валиком под грудью и головой

Травма 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 поясасидя

В холодное время года 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.

Первая медицинская 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 мозга).

Основные правила оказания первой 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 приподнимите конечность 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.

Используйте холод (вода, лед). Он является эффективным лечением кровоподтеков. Длительность воздействия холодом зависит от тяжести ушиба. Если ушиблена рука или нога, подержите конечность под струей холодной воды. Наполните льдом пластиковый пакет, заверните его в полотенце или материю и приложите к месту ушиба. Нужно, чтобы ушибленное место слегка онемело и покраснело, но оно не должно побелеть, это признак слишком слабого притока крови. Холод нельзя использовать людям, страдающим нарушениями кровообращения и диабетом.

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 от 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 медицинская помощь пострадавшему при вывихах оказывается в определенной последовательности. Пострадавшему дают обезболивающее средство, иммобилизуют сустав с помощью шины или косыночной повязки, по возможности не меняя его начального положения. Делают холодный компресс на область вывиха, пользуясь водой, льдом, снегом (поместить в целлофановый пакет). При вывихе коленного или голеностопного сустава поднимите его выше, чтобы уменьшить опухание, устройте пострадавшего поудобнее и постарайтесь успокоить его. После этого вызывают «скорую помощь».

При вывихе не пытайтесь вправить кости сустава на место.

Первая медицинская помощь при ожогах

Ожег в большинстве случаев возникает вследствие воздействия на кожные покровы высокой температуры. 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 появиться участки белой («свиной») кожи.

Оказание первой медицинской помощи при термических ожогах:

При ограниченном ожоге

немедленно подставить обожженный участок кожи под холодную воду или приложить гипотермический пакет

наложить стерильную повязку

дать обезболивающее средство

если вы отвозите пострадавшего в больницу, наложите на место ожога чистую сухую ткань.

При обширных ожогах.

наложить не тугую стерильную повязку

дать обезболивающее средство

дать выпить стакан щелочно-солевой смеси (1 чайная ложка поваренной соли и ½ чайной ложки пищевой соды, растворенные в 2 стаканах воды)

доставить пострадавшего в медицинское учреждение.

При термических ожогах не допускается:

удалять с поврежденной кожи остатки одежды и грязь;

обрабатывать место ожога спиртом, йодом, жиром, посыпать крахмалом или мукой;

накладывать тугие повязки.

Оказание первой медицинской помощи при химических ожогах

Немедленно удалить одежду, пропитанную химикатом.

Промыть кожу проточной водой

При ожогах щелочью промыть поврежденное место слабым раствором (1-2%) уксусной кислоты.

При ожогах кислотой промыть место повреждения слабым раствором питьевой соды (1 ст. л. на стакан воды).

Дать обезболивающее средство.

Доставить пострадавшего в лечебное учреждение.

Первая медицинская помощь при отморожении

Отморожение – повреждение тканей организма, вызванное действием низкой температуры. Отморожение может наступить при температуре воздуха ниже -6°C . 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.

СТЕПЕНИ ОТМОРОЖЕНИЯ:

ПЕРВАЯ – кожа красновато-багровая, синюшная; на вторые-третьи сутки развивается шелушение кожи, незначительный отек, выздоровление наступает на седьмые-десятые сутки;

ВТОРАЯ – на фоне изменений, характерных для первой степени, появляются пузыри, содержащие прозрачную желтоватую или незначительно окрашенную кровью жидкость;

ТРЕТЬЯ – происходит омертвление всех слоев кожи, возникают участки тканей черного цвета, кожные пузыри, наполненные темной жидкостью;

ЧЕТВЕРТАЯ - происходит омертвление не только кожи, но и мышц, костей, сухожилий.

ОКАЗАНИЕ ПЕРВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ 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 тела наложить толстую ватно-марлевую повязку.

Дать пострадавшему одну таблетку аспирина или анальгина.

Дать пострадавшему горячий чай или кофе.

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

Первая медицинская 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 минут, 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 обморок возникает у голодных, утомленных или перенесших инфекционное заболевание людей, а также при острых нарушениях деятельности сердца или центральной нервной системы.

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

ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОБМОРОКЕ.

Уложить пострадавшего на спину, запрокинув голову назад.

Обеспечить ему доступ свежего воздуха.

Обрызгать лицо холодной водой.

Придать ногам возвышенное положение.

Первая медицинская помощь при поражениях электрическим током

Электротравма – повреждение организма электрическим током, причинами которого являются нарушение техники безопасности при обращении с электроприборами в промышленности, 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.

ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ПОРАЖЕНИЯХ ЭЛЕКТРИЧЕСКИМ ТОКОМ

Прекратить действие электрического тока на пострадавшего.

Тщательно осмотреть пострадавшего.

При обмороке, потере сознания и головокружения:

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.

Первая медицинская 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.

ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ 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 (по 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.

Первая медицинская помощь утопающему

Утопление наступает в результате погружения человека в воду или 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 с 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 подплыть 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

тонуший погрузился в воду, 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 медицинской помощи.

ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ УТОПЛЕНИИ

Если пострадавший находится в сознании, у него удовлетворительный пульс и сохранено дыхание:

- уложить пострадавшего на жесткую поверхность;
- раздеть его и растереть руками или сухим полотенцем
- дать пострадавшему горячий чай или кофе
- укутать пострадавшего одеялом и дать отдохнуть.

Если у пострадавшего отсутствует сознание, но сохранены дыхание и пульс:

- освободить рот пострадавшего от ила, тины, рвотных масс;
- насухо обтереть пострадавшего;
- дать ему вдохнуть нашатырный спирт;
- для активизации дыхания подергать пострадавшего за язык.

Если у пострадавшего отсутствуют дыхание и сердечная деятельность:

- удалить воду из дыхательных путей пострадавшего;
- освободить рот пострадавшего от ила, тины и рвотных масс;
- уложить его на спину, запрокинув голову и вытянув язык;
- делать искусственное дыхание и непрямой массаж сердца.

Всем пострадавшим обязательно должна быть оказана квалифицированная медицинская помощь врачами «скорой помощи» или в лечебном учреждении, так как после спасения у утопающих 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.