

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

**Оказание первой помощи
при несчастных случаях,
травмах, отравлениях,
других состояниях и
заболеваниях,
угрожающих жизни и
здоровью**

*Методическое пособие для
домовых хозяйств*



ВОЛГОГРАД, 2012

Оценка обстановки

Вызов скорой медицинской помощи

1. Оценить масштаб происшествия.
2. Определить число пострадавших, наличие погибших.
3. Выявить, существуют ли дополнительные опасности (нахождение пострадавших и оказывающих первую помощь на проезжей части дороги, неустойчивость автомобиля при ДТП, прижатие, возможность падения с высоты, наличие завалов, риск попадания под действие электрического тока, утечка горючего вещества, возгорание и др.).
4. Вызвать помощь: скорую медицинскую, спасателей, спасателей-пожарных, технические службы – решить по ситуации.
5. Обеспечить безопасные условия спасательных работ.
6. Принять меры по прекращению действия вторичных повреждающих факторов (тушение очагов возгорания, устранение задымления, устранение сдавливания пострадавшего ремнем безопасности и т.д.).
7. Оценить тяжесть состояния пострадавших.
8. Решить, каким пострадавшим помощь нужна по жизненным показаниям.
9. Начать мероприятия по спасению и поддержанию жизни пострадавших

Помнить о правиле «золотого часа» при оказании помощи!

«Золотой час» - время, в течение которого пострадавший должен быть доставлен на операционный стол бригадой скорой медицинской помощи (рис. 1).

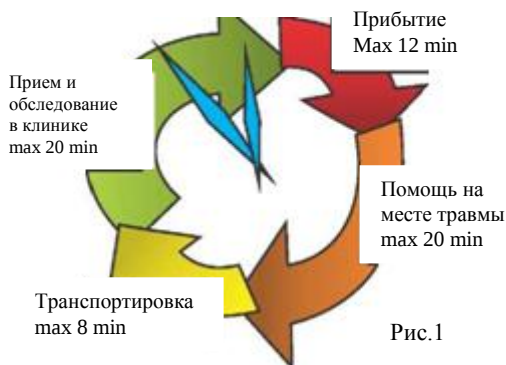


Рис. 1

Время ожидания вызванной бригады скорой медицинской помощи - самое драгоценное время для спасения жизни человека; **10 – 12 минут** - если в эти минуты не проводятся мероприятия первой помощи, то угроза для жизни пострадавшего многократно возрастает!

Чтобы оптимально использовать это ценное время, нужно учитывать и косвенную информацию, помогающую выявить наиболее тяжелых пострадавших:

1. Повреждения автомобиля:

- на стороне водителя или пассажира, спереди или сзади (наиболее

тяжелые травмы характерны для лиц, находящихся рядом с деформированной частью автомобиля);

- дистанция между автомобилем и пострадавшим пешеходом (чем больше расстояние - тем тяжелее травмы).

2. При отсутствии видимой причины аварии:

- помнить о внутренних причинах, которые могут привести водителя к потере способности управлять автомобилем: острая боль в области груди (инфаркт миокарда?), внезапная потеря сознания (обморок, инсульт?), судорожный припадок (эпилепсия?), острая сердечная смерть.

3. Внешний вид пострадавших:

- загрязнения и разрывы одежды, следы волочения;
- кровь на одежде или возле пострадавшего (много или мало?);
- видимые раны, следы копоты, электрометки.

Порядок вызова скорой медицинской помощи

- Назвать улицу и номер дома, ближайшего к месту ДТП. За городом - общеизвестные ориентиры места происшествия и пути подъезда к нему.
- Указать время ДТП или время обнаружения последствий ДТП.
- Обязательно сообщить об имеющихся дополнительных опасностях, особенно если речь идет о ДТП с перевозчиками опасных грузов.
- Назвать количество пострадавших.
- Есть ли среди них дети и беременные.
- Назвать фамилии, пол и возраст пострадавших, у неизвестных - пол и примерный возраст.
- Назвать себя и сообщить свой номер телефона.
- По возможности организовать встречу бригады скорой медицинской помощи

Запомните!

Номер единой диспетчерской службы с мобильного телефона

30 или 112

Определение признаков жизни

- Есть ли явные признаки биологической (давно наступившей) смерти:
 - ✓ трупные пятна; окоченение мышц; холодная кожа; тусклые, сухие глазные яблоки.
- Есть ли признаки клинической (только что наступившей) смерти:
 - ✓ отсутствие видимого дыхания; отсутствие движений; отсутствие реакции на внешние раздражители.
- Есть ли острые нарушения дыхания и кровообращения, видимые на расстоянии:

очень частое дыхание (более 40 в минуту), очень редкие вдохи (менее 6 в минуту), продолжающееся сильное кровотечение или обильное пропитывание одежды кровью или лужа крови под пострадавшим,

признаки перенесенной кровопотери (шок) - резкая бледность кожи. **Этот беглый осмотр места происшествия может занимать лишь несколько секунд, но при этом он дает возможность получить максимум начальной информации для сообщения диспетчеру службы скорой медицинской помощи.**

ПРИЗНАКИ ЖИЗНИ



Рис. 2

Определение сердцебиения рукой или же на слух слева, ниже соска, является первым явным признаком того, что пострадавший еще жив. Пульс определяется на шее, где проходит самая крупная - сонная - артерия, или же на внутренней части предплечья. Дыхание устанавливается по движениям грудной клетки, по

увлажнению зеркала, приложенного к носу пострадавшего, или же по движению ваты, поднесенной к носовым отверстиям. При резком освещении глаз карманным фонариком наблюдается сужение зрачков; подобная реакция проявляется и в том случае, если открытый глаз пострадавшего заслонить рукой, а затем руку быстро отвести в сторону. Однако надо знать, что реакция на свет отсутствует при глубокой потере сознания. Признаки жизни являются безошибочным доказательством того, что немедленное оказание помощи еще может принести успех.

Извлечение пострадавшего из транспортного средства и его перемещение

Когда НУЖНО извлекать пострадавшего:

стойкий запах бензина в автомобиле, задымление транспортного средства, пламя на капоте автомобиля, характер травм и тяжесть состояния пострадавшего не позволяет оказывать помощь в салоне автомобиля, погодные условия не позволяют оставлять пострадавшего в автомобиле (холод, нет возможности согревания). *Извлекать пострадавшего из аварийного транспортного средства можно лишь при соблюдении следующих условий: нет опасности для собственной жизни; нет опасности причинить дополнительные травмы при извлечении; нет зажатия пострадавшего при деформации автомобиля; транспортное средство устойчиво.*

Когда НЕЛЬЗЯ извлекать пострадавшего из аварийного

автомобиля: если при извлечении из автомобиля можно нанести пострадавшему тяжелую дополнительную травму. *Например: автомобилю не грозит взрыв или загорание, пострадавший в сознании и с нормальным пульсом на запястье, но у него есть явные признаки повреждения шеи или позвоночника, а спасающий пытается вытащить его без помощников, в одиночку!*

Прием извлечения пострадавшего из автомобиля одним спасающим



Фото 3

Извлечение без фиксации шеи рукой

- Слегка развернуть пострадавшего спиной к себе, держась за брючный ремень или пояс.
- Просунуть свои руки подмышки, ухватиться за предплечье одной (менее травмированной) руки пострадавшего.

пострадавшего.

- Вытащить пострадавшего из автомобиля.



Фото 4

Извлечение с фиксацией шеи рукой

- Выполнить описанные выше приемы.
- Той рукой, что ближе к локтю пострадавшего, захватить его подбородок (не шею!).
- Зафиксировать голову пострадавшего, прижав ее к своей груди

- Вытащить пострадавшего из автомобиля.



Фото 5

Извлеченного из транспортного средства пострадавшего нужно оттащить в безопасное место.

Извлечение пострадавшего через заднюю дверь автомобиля

Если через боковые двери извлечь пострадавшего невозможно, его извлекают через заднюю дверь или окно.

Для этого требуется привлечь помощников:

1. Открыть заднюю дверь или выбить заднее стекло.
2. Вращением рукоятки откинуть назад спинку.
3. Убрать подголовник.
4. Между спинкой сидения и спиной пострадавшего аккуратно завести доску или щит.
5. Бережно втащить пострадавшего на доску (щит).

На доске (щите) вынести его через заднюю дверь или разбитое стекло.



Рис. 6



Рис. 7

Извлечение пострадавшего через боковую дверь автомобиля

- Зафиксировать голову и шею воротником, изготовленным из подручных материалов.
- Осторожно повернуть пострадавшего спиной к открытой (незаклинённой) дверце.
- Подвести под спину доску или щит.
- Уложить пострадавшего на щит, фиксируя его голову и шею руками, даже при наличии воротника.



Рис. 8

- Спасающий чуть-чуть приподнимает пострадавшего за

одежду, следя, чтоб его туловище сохраняло горизонтальное положение; помощник продвигает щит дальше под пострадавшего; другой помощник продолжает удерживать шею. Вынести на импровизированных носилках пострадавшего (рис.8). При отсутствии подручных средств извлекать пострадавшего следует крайне бережно, слегка приподнимая туловище за одежду и осторожно подавая его к двери. **Не забывайте о фиксации головы и шейного отдела позвоночника. При первой возможности уложите пострадавшего на спину на ровную жесткую поверхность.**

Восстановление и поддержание проходимости верхних дыхательных путей . Проведение сердечно-лёгочной реанимации

Восстановление проходимости дыхательных путей

Потеря сознания при остановке сердца ведет к снижению тонуса мышц верхних дыхательных путей, западению языка и надгортанника - это препятствует вентиляции легких и эффективной реанимации.

Способы восстановления проходимости дыхательных путей

Рекомендуется проводить восстановление проходимости дыхательных путей



Фото 9

давлением руки на лоб с одновременным выдвиганием нижней челюсти, которую захватывают за

подбородочную ямку пальцами другой руки. Голова пострадавшего при этом должна запрокидываться кзади (рис. 9)

Восстановление проходимости дыхательных путей

Запрокидывание головы может быть опасно при травме шейного отдела позвоночника или черепно-мозговой травме. Тогда лучше применить «тройной приём», который может проводиться как с запрокидыванием головы (нет травмы шеи), так и без него с небольшим отведением головы (есть травма шеи или её нельзя исключить).



Фото 10

Тройной прием

Зафиксировав голову пострадавшего ладонями, его подбородок выдвигают вперед пальцами обеих рук за углы нижней челюсти, а большими пальцами приоткрывают рот (фото 10).

Искусственное дыхание (искусственная вентиляция лёгких)

Если при правильно проведённых приёмах восстановления проходимости дыхательных путей не удаётся вдохнуть воздух в лёгкие пострадавшего, следует думать о наличии инородного тела в дыхательных путях.

По современным международным рекомендациям удалять инородное тело можно только под контролем зрения. Какое-либо исследование полости глотки вслепую запрещено! Исключение: достоверно известная обструкция верхних дыхательных путей твердым инородным телом.

Техника искусственной вентиляции легких «рот ко рту»



Фото 11

Освобождая дыхательные пути, вы запрокинули голову пострадавшего назад. Большим и указательным пальцами руки, лежащей на лбу пострадавшего, зажмите его нос, другой рукой продолжайте удерживать подбородок (фото 11).

Вдохнув, широко и плотно обхватите губами рот пострадавшего и в течение одной секунды вдуйте воздух в его дыхательные пути.

Следите за грудной клеткой: она должна приподниматься под давлением вдываемого воздуха. Объем вдываемого воздуха составляет от 0,5 до 0,6 литра - это соответствует вашему спокойному выдоху.

Если грудная клетка пострадавшего не приподнимается, и вы встречаете сопротивление, то это значит, что проходимость дыхательных путей недостаточна: нужно изменить положение головы пострадавшего или выдвинуть его нижнюю челюсть (использовать «тройной прием»).

Техника ИВЛ «рот к носу»

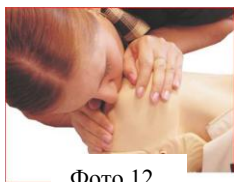


Фото 12

Голова пострадавшего запрокинута назад. Рукой, лежащей на лбу, сохраняйте это положение, другой рукой удерживайте его подбородок так, чтобы закрылся рот. Вдувайте воздух в носовые отверстия пострадавшего, плотно обхватив их губами.

Длительность вдувания – одна секунда, затем следует пассивный выдох пострадавшего. Объем вдываемого воздуха и испытываемое сопротивление такие же, как и при дыхании «рот-в-рот» (фото 12).

Непрямой массаж сердца



Фото 13

Точка для проведения непрямого массажа сердца у взрослых - 2 поперечных пальца выше основания мечевидного отростка грудины (фото 13).

Упрощенный вариант для всех пострадавших - **центр грудной клетки**. Положите основание ладони («пятку на ладонь») на эту точку, а другой рукой зафиксируйте первую. Руки должны быть прямыми и не сгибаться в локтевых суставах во время массажного толчка.

Короткими толчками, действуя всей массой вашего тела, сдавливайте грудную клетку пострадавшего так, чтобы она прогибалась на 4-5 см. Частота сдавлений – 100 в одну минуту (фото 14).



Не отрывайте рук от груди пострадавшего и не смещайте их в стороны. **Массаж сердца будет эффективным только тогда, когда пострадавший лежит на твёрдой поверхности.**

Порядок выполнения реанимационных мероприятий по рекомендациям Европейского Реанимационного Совета 2005 года.

При обнаружении лежащего неподвижно человека, прежде всего, убедитесь в собственной безопасности:

- отсутствие оголенных электропроводов;
- нет разлития горячих или взрывоопасных жидкостей;
- пригодная для дыхания атмосфера;
- нет грозящих падением деталей строительных конструкций;
- устойчивость аварийного транспортного средства.

Встряхните пострадавшего за плечи и громко окликните его: «Что с вами?»

Рекомендуется сделать это дважды.

Если пострадавший **не реагирует** на оклик и встряхивание - немедленно позовите на помощь кого-либо из окружающих: просто попросите пока остаться с вами.

Для того чтобы проверить, дышит пострадавший или нет, наклонитесь щекой к его лицу так, чтобы можно было видеть его грудь.

В течение **10 секунд** попытайтесь увидеть дыхательные движения грудной клетки; **услышать** шум дыхания; **почувствовать** тепло выдыхаемого воздуха своей щекой, иначе говоря, определить

«признаки жизни». Если дыхание **ЕСТЬ**, переведите пострадавшего в «стабильное боковое положение», **вызовите скорую медицинскую помощь**. Если дыхание отсутствует, немедленно попросите помощника вызвать скорую медицинскую помощь, обязательно указав при этом на отсутствие дыхания и сознания. Немедленно приступайте к проведению **30 массажных толчков** подряд. *Не забывайте о темпе массажа -100 в минуту! Не забывайте о глубине массажных толчков: 4-5 см! Сделайте два искусственных вдоха, по возможности, используя средства защиты органов дыхания. Не забывайте о постоянном поддержании проходимости дыхательных путей!* Чередуйте серии массажных толчков с искусственными вдохами в соотношении 30 толчков: 2 вдоха: 30 толчков: 2 вдоха и так далее до прибытия скорой медицинской помощи.

Если пострадавший начал дышать сам, но остается без сознания, переведите его в стабильное боковое положение:



Фото 15

ближнюю к вам руку пострадавшего отведите под углом к телу и слегка согните в локте ладонью вверх (фото 15);



Фото 16

той вашей рукой, что ближе к голове пострадавшего, возьмите его другую руку в замок, ладонь к ладони и приложите ладонь пострадавшего к его щеке, фиксируя своими пальцами голову пострадавшего; другой рукой согните дальше от вас колено пострадавшего, подтянув его вверх (фото 16)



Фото 17

давлением руки на колено бережно поверните пострадавшего на себя, удерживая его голову на своей ладони так, чтобы она поворачивалась одновременно с туловищем; бережно уложите его так, как показано на фото 17; еще раз проверьте дыхание и пульс.

Реанимация детей до года. Восстановление проходимости дыхательных путей.



Фото 18

Избегать чрезмерного запрокидывания головы!

Искусственное дыхание

Искусственное дыхание «рот в рот и нос» не менее 20 в 1 минуту под контролем приподнимания грудной клетки объемом воздуха за раздутыми щеками реаниматора (фото 19). Если грудь ребенка не приподнимается – проверить положение головы, подумать о возможном вдыхании инородных тел. Точка массажа на палец ниже сосковой линии (ф. 20). Массажные толчки проводить двумя пальцами на глубину 2,5 см в темпе 100 в минуту.



Фото 19



Фото 20

Рекомендуется после начальных пяти вдохов выполнить 30 массажных толчков, далее реанимация в соотношении 2 вдоха к 30 толчкам. Если реаниматор действует в одиночку. Для двух и более спасающих соотношение также равно 30:2

Реанимация у детей от 1 года до 8 лет Восстановление проходимости дыхательных путей.

1. Восстановление проходимости дыхательных путей проводится так же, как и взрослым - запрокидыванием головы с одновременным выдвиганием подбородка пальцами другой руки.

2. Искусственное дыхание под контролем приподнимания грудной клетки с частотой **20** в 1 минуту способами «рот ко рту» или «рот к носу».

3. Точка проведения массажа сердца на 1 палец выше мечевидного отростка грудины; альтернативный вариант - центр груди. Массаж проводится основанием ладони одной руки на глубину **2,5-4** см в темпе **100** в минуту. В настоящее время разрешено проводить массаж и одной, и двумя руками, главное - нужная глубина и темп сдавливания грудины. Соотношение дыхания и массажа равно **30:2**.

Типичные ошибки при проведении непрямого массажа сердца

- Нет жесткой основы для проведения массажа сердца.
- Резкие, рывкообразные и поэтому слишком короткие массажные толчки.
- Не вертикальное направление массажного толчка.
- Паузы более 5 секунд при переходе от массажа к ИВЛ и обратно.
- Сдавление груди в проекции мечевидного отростка, а не нижней половины грудины - опасность повреждения печени при переломе мечевидного отростка грудины.
- Смещение массажной площадки в стороны от средней линии - опасность множественных переломов ребер вплоть до «разбитой грудной клетки» и неэффективной фазой декомпрессии.
- Руки отрываются от грудины и резко ставятся на нее снова - опасность повреждений ребер.
- Спасающий забывает регулярно контролировать эффективность своих действий.

Как долго проводить реанимацию

При правильном выполнении (грудная клетка приподнимается в такт вдуваниям воздуха, розовеют кожные покровы и т.д.) реанимацию нужно проводить до прибытия специализированной бригады скорой медицинской помощи.

Реанимацию можно прекратить

1. Если прощупывается самостоятельный пульс на сонной артерии, а грудная клетка поднимается и опускается, то есть пострадавший дышит сам.
2. Если реанимационные мероприятия берет на себя прибывшая бригада скорой медицинской помощи.

3. Если врач отдает приказ о ее прекращении ввиду неэффективности (констатировал смерть).
4. При неэффективности реанимационных мероприятий, направленных на восстановление жизненно важных функций в течение 30 минут.

Когда реанимация не проводится

1. Реанимация не проводится при наступлении клинической смерти на фоне неизлечимых последствий острой травмы, несовместимой с жизнью (это решает только врач).
2. Реанимацию можно не начинать, если совершенно точно известно, что с момента остановки кровообращения прошло более 30 минут, или при явных признаках биологической смерти.

Признаки биологической смерти

- Трупные пятна. После остановки сердца кровь начинает спускаться в нижележащие отделы тела, где просвечивает через кожу, образуя так называемые трупные пятна, которые появляются обычно через 2-4 ч после смерти.
- Трупное окоченение. Спустя 2-4 ч после смерти мышцы трупа начинают уплотняться, что препятствует сгибанию-разгибанию в суставах.
- Понижение температуры тела. Прекращение обменных процессов приводит к постепенному охлаждению тела. Через 1 час ощущается похолодание кистей рук, через 2-3 часа - кожи лица.
- Симптом «кошачьего зрачка». При сдавливании с боков глазного яблока через 10-15 мин после смерти, зрачок приобретает стойкую овальную форму. **Признак используется чаще при судебно-медицинской экспертизе.**
- Трупное высыхание. Высыхание глаз (тусклый блеск «рыбьей чешуи»), красной каймы губ, других слизистых оболочек.

Остановка кровотечения и наложение повязок.

Виды кровотечений:

Артериальные кровотечения, характеризующиеся алой струей крови, пульсирующим «фонтаном» бьющей из раны.

Венозные кровотечения - кровь темная, вишневого цвета, не пульсирует в ране, а стекает с ее краев.

Капиллярные кровотечения из мельчайших сосудов кожи, опасная потеря крови бывает редко.

Паренхиматозные кровотечения (из таких органов, как печень, почки и селезенка) - они относятся к **внутренним кровотечениям** и могут привести к опасной потере крови.

Внутреннее кровотечение, когда кровь скапливается в тканях и полостях тела.

Наружное кровотечение, когда кровь вытекает из ран или естественных отверстий тела человека.

Общие признаки кровопотери:

- наличие раны или закрытой травмы; видимое кровотечение, кровоподтёки, ссадины;
- наличие крови на одежде; жажда, частый слабый пульс, поверхностное дыхание;
- бледная, прохладная, липкая кожа (постепенное развитие шока).

Общие признаки шока, говорящие о тяжелой кровопотере

Беспокойство; бледность или синюшность кожи; нарушения сознания вплоть до его отсутствия; подкожная венозная сеть не определяется (спавшиеся вены); озноб, холодные конечности, холодный пот; при надавливании на ноготь его окраска восстанавливается более чем через 2 секунды; снижение артериального давления; пульс частый, едва прощупывается.

Главное в оказании помощи при острой кровопотере - максимально быстрая и эффективная остановка кровотечения. От этого в большинстве случаев зависит жизнь пострадавшего. На этапе первой помощи проводится **временная** остановка кровотечения, окончательная возможна лишь в лечебном учреждении. Из способов временной остановки кровотечения применяются:

Максимальное сгибание конечности в суставе.

Этим способом пользуются при кровотечениях из ран предплечья - сгибание руки в локтевом суставе, голени - сгибание

в коленном суставе, бедра - сгибание в тазобедренном суставе. Часто этот прием интуитивно выполняет сам пострадавший тотчас после повреждения, в порядке «самопомощи» (фото 21, 22).



Фото 21, 22

Пальцевое прижатие артерий

Артерия прижимается пальцем или кулаком к находящейся под ней кости. Например, при сдавлении височной артерии она прижимается к височной кости черепа (фото 23/А), подчелюстная - к углу нижней челюсти (фото 23/Б), сонная артерия - к поперечным отросткам V шейного позвонка (фото 23/ В), подключичная артерия - к первому ребру в надключичной ямке (ф о т о 2 3 / Г) , подмышечная артерия - к головке плечевой кости в подмышечной впадине (фото 23/Д), плечевая артерия - к плечевой кости по

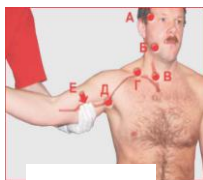


Фото 23



Фото 24

внутреннему краю бицепса (фото 23 /Е), бедренная артерия сильно сдавливается кулаком в паховой складке (фото24).

Недостатки: силы пальцевого прижатия хватает не более чем на 10 минут. При этом способе остановки кровотечения пострадавшего невозможно перекладывать и переносить. При сильном кровотечении волнение мешает вспомнить ранее заученные «точки прижатия», поэтому в настоящее время часто рекомендуется простой способ «прямого давления на рану».



Фото 25

Прямое давление на рану

Кровоточащий сосуд сдавливается через стерильную салфетку или с помощью тугого марлевого тампона прямо в ране или по её верхнему краю. В исключительных случаях

допускается сдавление ладонью или кулаком. **Недостаток:** нельзя применять при открытых переломах, так как в глубине раны сломанная кость!



Фото 26.



Фото 27

Наложение жгута

Остановка кровотечения из ран конечностей чаще всего выполняется наложением эластичного резинового жгута или импровизированного жгута из

подручных средств. Классический «кровоостанавливающий жгут Эсмарха» представляет собой ленту из прочной резины длиной 140 см, шириной 2,5 см и толщиной не менее 2 мм.

Классические места наложения жгута следующие: раны предплечья - на нижнюю треть плеча (фото 26); раны плеча - на верхнюю часть плеча, ближе к подмышечной впадине; раны голени - на среднюю часть бедра (фото 27); раны коленного сустава - на среднюю часть бедра (фото 27); раны бедра - на основание бедра, ближе к паху. Жгут накладывается на конечность только выше раны. Жгут накладывают на одежду или подложенную ткань (исключение - отсутствие упомянутой одежды или ткани). Жгут с силой натягивается в руках, чтобы остановить кровь первым, самым тугим, витком (фото 28). Остальные витки накладываются вплотную и с меньшей силой, после чего жгут застегивается (завязывается) (фото 29). Время наложения жгута обязательно отмечается на записке, засунутой под него, или на самом жгуте, на коже выше раны, на лбу или щеке пострадавшего (фото 30).

Время нахождения жгута на конечности - **не более одного часа!** За это время пострадавший должен быть обеспечен **медицинской** помощью, так как **окончательно** снимать жгут имеет право только врач.



Фото 28



Фото 29



Фото 30

Наложение импровизированного жгута



Фото 31



Фото 32



Фото 33



Фото 34

В качестве импровизированных жгутов могут быть использованы галстук, ремень или прочная ткань, скрученная в виде полосы шириной 2-3 см. Нельзя использовать слишком широкие полосы ткани - они не создают достаточного давления. Нельзя также применять шнуры, струны, проволоку из-за опасности прорезания кожи вместе с ещё не повреждёнными сосудами.

Давящая повязка

Давящая повязка обычно применяется для остановки венозных и несильных артериальных кровотечений. Закрыть рану стерильной салфеткой. Наложить поверх салфетки туго скрученный тампон, изготовленный из бинта или куска подручной ткани и по размерам соответствующий ране. С силой вдавливать тампон в рану в течение 7-10 минут, следя за тем, чтобы кровотечение прекратилось. Туго прибинтовать тампон к конечности. Выполнить иммобилизацию раненой конечности или придать пострадавшему удобное положение.

Преимущества: неповрежденные артерии продолжают функционировать; не сдавливаются нервы и мышцы.

Недостатки: тампонирующая рана болезненна в момент его выполнения; тампон может ослабевать и пропитываться кровью; метод неприменим при открытых переломах. *Отчасти устранить эти недостатки можно, комбинируя наложение жгута с наложением давящей повязки:* быстро остановить кровотечение жгутом; туго тампонировать и забинтовать рану, ослабить жгут, не снимая его; если со временем тампон пропитывается кровью - вновь затянуть ослабленный жгут.

Тугое бинтование



Фото 35

Тугое бинтование раны обычно применяется при венозных и капиллярных кровотечениях, так как давление в венах и капиллярах ниже, чем в артериях, и расположены они неглубоко. Для остановки большинства венозных кровотечений достаточно тугой перевязки раны (фото 35), если эффект не достигнут - действовать как при артериальных кровотечениях (жгут, давящая повязка).

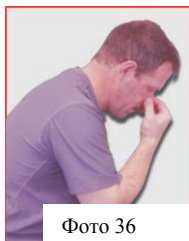


Фото 36

Носовое кровотечение

- Причины: высокое артериальное давление, травма,
- простуда, энергичное сморкание, нарушения свертывания
- крови.
- **Признаки:** жалобы на стекание крови по задней стенке
- глотки; интенсивное выделение крови из одной или
- обеих ноздрей; наличие засохшей крови в носовых

ходах.

Первая помощь.

Крепко сжать пострадавшему ноздри. Если нет подозрения на перелом костей носа, то сжимать следует всю нижнюю часть носа, а не только его кончик. Убедить пострадавшего наклонить, а не запрокидывать голову (фото 36). Убедить его сплевывать, а не глотать кровь. Холодный компресс к носу. Убедить его дышать только ртом в течение часа после остановки кровотечения. Вызвать скорую медицинскую помощь.

Противошоковые мероприятия

Задачи противошоковых мероприятий

Повысить возврат венозной крови к сердцу. Увеличить объем циркулирующей жидкости. Снизить потери тепла. Снизить интенсивность боли, чтобы сохранить запас адреналина для работы сердца. Избежать вторичной травматизации при извлечении пострадавшего из автомобиля или его перекладывании.



Фото 37

Первая помощь при шоке

Бережно извлечь пострадавшего из аварийного автомобиля или эвакуировать из места получения травмы - только, если там невозможно оказать помощь или опасно находиться. Оказать помощь в соответствии с

найденными травмами. Уложить пострадавшего в «противошоковую позицию» (фото 37). Хорошо укутать, даже в теплое время года, следя, чтобы жгут или отметка о времени его наложения были хорошо заметны. Обезболить простейшими способами: иммобилизовать конечность при

переломе или глубоком ранении; приложить холод к месту травмы; придать правильное транспортное положение.

Не кормить, не поить кроме случаев, когда медицинская помощь недоступна и нет противопоказаний к приему жидкости внутрь (таких как отсутствие сознания или травма живота).

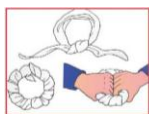
Способы переноски пострадавшего



Рис. 38

На руках, сомкнутых в «замок».

Недостаток: спасающим трудно быстро освободить хотя бы одну руку при возникновении на пути непредвиденного препятствия (рис 38).



С помощью кольца, скрученного из любой подручной ткани.

Преимущество: кольцо можно держать двумя, тремя, четырьмя руками; менять руку при усталости; освобождать любую руку, маневрируя на пересечённой местности (рис.39).

Оказание первой помощи при сердечном приступе

При инфаркте происходит гибель участка сердечной мышцы, возникающая вследствие ухудшения или полного прекращения кровоснабжения мышцы сердца. Смерть при инфаркте миокарда может наступить в первые часы заболевания. **Признаки инфаркта миокарда.** Боль за грудиной – интенсивная, сжимающая, давящая, раздирающая, жгучая. Обычно боль отдает в левое плечо, руку, лопатку. Могут быть нарушения сознания, дыхания, нарушения ритма сердца.

Первая помощь

- Вызвать скорую медицинскую помощь. Для снятия эмоционального напряжения, сопровождающего приступ или являющегося его причиной, большое значение имеет чуткое и доброжелательное отношение к больному.
- Придать пострадавшему то положение, при котором он чувствует себя наиболее комфортно: удобно усадить, если ему трудно дышать в положении «лежа» (рис. 40) или уложить в «противошоковое положение», если больной бледен, испытывает слабость, головокружение, плохо прощупывается пульс на запястье (рис 41).
- Обеспечить доступ воздуха, расстегнуть стесняющую одежду. Не оставлять больного одного, следить за общим состоянием, пульсом, дыханием.
- Быть готовым к проведению сердечно-лёгочной реанимации.



Рис. 40

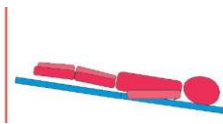


Рис. 41

Больной стенокардией по рекомендации лечащего врача обычно имеет при себе нитроглицерин. Помогите ему принять препарат следующим образом: дать 1 таблетку нитроглицерина под язык, если боль сохраняется, через 5 минут повторный прием 1 таблетки нитроглицерина под язык.

Проведение осмотра пострадавшего

Осмотр пострадавшего осуществляется для определения его состояния, наличия и расположения возможных повреждений. К основным показателям состояния пострадавшего относятся: сознание, дыхание, кровообращение. Для оценки сознания пострадавшего необходимо взять его за плечи, аккуратно встряхнуть и громко спросить: «Что с Вами? Помощь нужна?». При наличии сознания пострадавший сможет ответить на эти вопросы. Если пострадавший находится в сознании, следует перейти к его осмотру на наличие травм. В случае отсутствия признаков сознания у пострадавшего необходимо проверить у него наличие дыхания.

Для проверки дыхания следует открыть дыхательные пути путем запрокидывания головы и подъема подбородка (для этого одну ладонь кладут на лоб пострадавшего, двумя пальцами другой поднимают подбородок, запрокидывая голову назад и выдвигая нижнюю челюсть вперед и вверх), после чего необходимо наклониться ко рту и носу пострадавшего и в течение 10 секунд попытаться услышать дыхание, почувствовать выдыхаемый воздух щекой, увидеть движение грудной клетки. При наличии дыхания участник оказания первой помощи услышит нормальные вдохи-выдохи пострадавшего, почувствует выдыхаемый воздух на своей щеке, увидит дыхательные движения грудной клетки.

Для оценки кровообращения возможно определение пульса на сонной артерии. Определять пульс следует подушечками 4 пальцев руки не более 10 секунд.

Осмотр пострадавшего выполняется следующим образом:

1. Вначале осуществляется обзорный осмотр пострадавшего на наличие кровотечений. При этом лицу, оказывающему первую помощь, необходимо, прежде всего, обратить внимание на наличие признаков сильного артериального или смешанного кровотечения. При наличии этих признаков необходимо осуществить временную остановку кровотечения доступными способами.

2. При отсутствии явных признаков кровотечения следует продолжить осмотр пострадавшего, что осуществляется в следующей последовательности: проведение осмотра головы, проведение осмотра шеи,

проведение осмотра груди, проведение осмотра живота и таза, проведение осмотра конечностей.



Фото 42

Голова. Осмотрите голову пострадавшего: нет ли деформации, кровотечения (следов крови), кровоподтеков. Бережно, кончиками пальцев, ощупайте волосистую часть головы: нет ли припухлостей, болезненных участков. Обратите внимание на симметричность лица, наличие ран, кровоподтеков или следов крови. Посмотрите, нет ли ран век или глазных яблок, инородных тел, крови или кровоизлияний. Оцените ширину зрачков, способен ли пострадавший фиксировать взгляд или его глазные яблоки «плавают».

Посмотрите, нет ли деформации носа, ран носа или ушных раковин. Нет ли носового кровотечения или сгустков крови в ноздрях пострадавшего. Обратите особое внимание на такие признаки как истечение крови или прозрачной жидкости из слуховых проходов - это симптомы перелома основания черепа! Может ли пострадавший открыть (закрыть) рот, болезненны ли эти движения, нет ли деформации челюсти? Обратите внимание на отсутствие зубов, наличие ран языка и слизистой оболочки полости рта.



Фото 43

Шея и шейный отдел позвоночника. После осмотра этих отделов обязательно наденьте шейный воротник, если он у Вас есть, или постарайтесь не перемещать без явной необходимости голову пострадавшего.



Фото 44

Грудь. При так называемой «разбитой грудной клетке», когда есть множественные переломы ребер по нескольким линиям груди, самостоятельное дыхание становится невозможным и может потребоваться искусственное дыхание!



Фото 45

Живот. Обратите внимание, нет ли кровоподтеков; ран, особенно с инородными предметами или с выпадением внутренних органов. Бережно, кончиками пальцев, ощупайте живот: мягкий он или твердый, болезненный или нет? Ощупайте кости таза, несильно надавите на подвздошные кости: нет ли при этом боли, отдающей в крестец или промежность?



Фото 46

Бёдра, голени, стопы. Нет ли ран, кровотечения, деформации? Может ли пострадавший сгибать-разгибать конечности?

Плечи, предплечья, кисти. Осмотрите их также, избегайте грубых манипуляций. **Спину** обследовать только тогда, если она доступна для осмотра (пострадавший лежит на боку или на животе).

Всегда помните о соблюдении общих принципов оказания первой помощи:

- убедиться в отсутствии дополнительной опасности для себя и пострадавшего;
- вызвать скорую медицинскую помощь;
- провести при необходимости жизнеспасающие мероприятия (сердечно-легочная реанимация, остановка кровотечения);
- осмотреть пострадавшего для выявления других, менее опасных повреждений;
- оказать помощь в зависимости от характера найденных травм;
- придать пострадавшему правильное транспортное положение;
- наблюдать за его состоянием до прибытия скорой медицинской помощи.



Рис 47.

Герметизация раны при ранении грудной клетки

Признаки: наличие раны грудной клетки, через которую с каждым дыхательным движением в грудную клетку входит и выходит воздух, дыхание частое, поверхностное, кожа бледная, синюшная. **Причины возникновения:** травма груди.

Оказание помощи

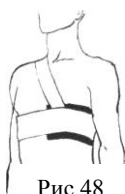


Рис.48

1. очистить и промыть рану, обработать кожу вокруг раны раствором йода 2. наложить герметизирующую (окклюзионную) повязку. Герметизирующую повязку накладывают для того, чтобы предотвратить дальнейшее попадание воздуха в плевральную полость. Перед наложением повязки края раны смазывают любым жиром (вазелин, крем, растительный жир и т.п.), желательно стерильным. Затем на рану и на кожу вокруг нее накладывают непроницаемый для воздуха материал (резина, полиэтиленовая пленка, клеенка и т.п.), а поверх обычную тугую бинтовую повязку, витки которой идут вокруг грудной клетки. Для этого бинт размером около 1 м кладут на левое плечо, чтобы один конец висел на спине, другой на груди. Спиральными круговыми ходами, накладывающимися друг на друга, бинтуют грудную клетку снизу вверх до подмышечных впадин и здесь завязывают или фиксируют английской булавкой. Свободно висящую часть бинта перекидывают через правое плечо и связывают с концом, висящим на спине. Для повязки можно использовать полотенце, простыню, которыми обматывают грудную клетку пострадавшего и туго завязывают на здоровой стороне. При отсутствии жира и воздухонепроницаемой ткани непосредственно на рану грудной клетки наклеивают большое количество полосок липкого пластыря, так, чтобы края их накладывались друг на друга (в виде черепицы).
3. дать пострадавшему обезболивающее средство. Дать больному любое обезболивающее. Можно давать воду, чай, кофе (300-400 мл). Положить холод поверх повязки в проекции раны.
4. срочно доставить пострадавшего к врачу в полусидячем положении.

Меры предосторожности

При проникающем ранении грудной клетки категорически запрещается удалять предмет из раны. Этим займется сам врач-травматолог. Категорически запрещается употребление алкоголя.

Наложение окклюзионной (герметизирующей) повязки при травме груди.

Вначале рану на груди следует закрыть воздухонепроницаемым материалом (оболочкой от бинта)

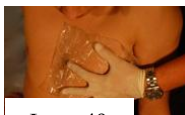


Фото 49

Затем закрепить этот материал бинтом

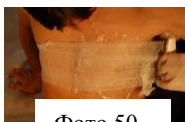


Фото 50

Зафиксировать бинт



Фото 51

Возможна фиксация воздухонепроницаемого материала лейкопластырем

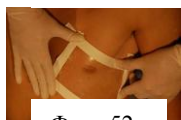


Фото 52

Фиксация шейного отдела позвоночника

Перелом «палача» возникает при резком торможении с ударом головой о лобовое стекло. **Переломы нижних шейных позвонков** чаще всего происходят при резком сгибании шеи. **Хлыстообразный перелом** - при резком разгибании головы за спинку кресла во время заднего удара. Пострадавший жалуется на боли в затылке, при повороте головы, ограничение движений головы и шеи, болезненность поврежденного позвонка, напряжение мышц шеи.

Первая помощь

Если не требуется извлечение пострадавшего из автомобиля до прибытия скорой медицинской помощи, обязательно стабилизировать шею воротником или удерживать руками. При необходимости извлечения из автомобиля, по возможности, сделать это на щите или доске. При необходимости быстрого извлечения применить захват с обязательной фиксацией шеи.



Фото 53



Фото 54

При отсутствии сознания освободить дыхательные пути «тройным приёмом», голову не запрокидывать. Иммобилизация шеи импровизированным воротником (фото 55). Перекладывание с 4-5 помощниками, не меняя начального положения тела, если это возможно (фото 56). Лучшее положение - на спине, на твердой поверхности. Если пострадавшего нужно повернуть на спину, плотно прижмите к ней щит и поверните пострадавшего вместе со щитом. Не допускать переохлаждения, тепло укройте даже при комнатной температуре. В исключительных случаях (нет щита, досок) допускается переноска пострадавшего на животе.



Фото 55



Фото 56

Проведение иммобилизации



Фото 57

В основе помощи лежит **транспортная иммобилизация** – придание неподвижности поврежденной конечности. Иммобилизация

применяется не только при переломах костей и повреждениях суставов, но и обширных повреждениях мягких тканей, воспалительных процессах конечностей, ранении крупных сосудов, обширных ожогах.

Транспортная иммобилизация - временная мера, которая выполняется только для доставки пострадавшего в больницу, она имеет большое значение для жизни пострадавшего и для исхода травмы. Транспортная иммобилизация проводится шинами или подручными средствами (доска, картон). При отсутствии шин можно выполнить **аутоиммобилизацию**, прочно прибинтовав травмированную руку к туловищу, а ногу – к здоровой ноге (фото 57).

Основные правила иммобилизации

- Шина должна фиксировать суставы выше и ниже места перелома: при переломе бедра - голеностопный, коленный и тазобедренный суставы; при переломе плеча - локтевой и оба плечевых сустава.
- Конечность должна быть в наименее болезненном положении.
- Шину следует, по возможности, обернуть мягкой тканью или наложить на одежду.
- При перекладывании поврежденную конечность должен поддерживать помощник.
- Длину и форму шины моделируют по здоровой конечности.

Иммобилизация при отдельных видах переломов

Перелом плечевой кости, плечевого, локтевого суставов



Фото 58



Фото 59

1. Оказание первой помощи по общим правилам.

2. Транспортная иммобилизация.

- Моделируется П-образная шина, которая проходит по надплечью здоровой руки, далее по задненаружной поверхности плеча и предплечья повреждённой руки, захватывая кисть.
- Ватномарлевый валик (или любая ткань) укладывается в подмышечную впадину на стороне травмы. Предплечье и плечо образуют прямой угол.
- Забинтованная конечность подвешивается на косынку и/или привязывается к туловищу.

Транспортное положение - сидя или лёжа в зависимости от тяжести общего состояния пострадавшего.

Переломы предплечья, лучезапястного сустава, кисти

А. Оказание первой помощи по общим правилам.

Б. Транспортная иммобилизация.

- Шина начинается от верхней трети плеча, проходит по задней поверхности плеча и предплечья, захватывает кисть.
- Предплечье согнуто под углом 90°.
- Валик под кисть (расслабляются мышцы предплечья).
- Шинированная конечность фиксируется подвешивающей косынкой.

В. Транспортное положение - сидя или лёжа в зависимости от тяжести общего состояния пострадавшего. При переломах кисти шину обязательно продлять до верхней трети плеча. При переломах плеча и предплечья, в случае отсутствия шин, сломанную конечность можно фиксировать к туловищу.



Фото 60



Фото 61

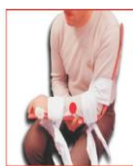


фото 62



Фото 63

Переломы бедренной кости, травмы тазобедренного или коленного сустава

А. Оказание первой помощи по общим правилам.

Б. Транспортная иммобилизация.



Фото 64

Фиксация трёх суставов.

Лучшая иммобилизация достигается наложением трёх шин:

нижняя (задняя) шина – на неё укладывается нога. Длина шины – от

пятки до поясницы.

- **Наружная боковая шина.** Накладывается по наружной поверхности конечности. Длина её – от пятки до подмышечной впадины.

- **Внутренняя боковая шина.** Накладывается по внутренней поверхности конечности. Длина – от пятки до паховой области. Если используются лестничные шины, то нижнюю и наружную шины следует загнуть на стопу. Фиксировать нужно все три шины вместе, не менее чем в шести местах. В подмышечную впадину и паховую область необходимо перед наложением шин поместить какой-либо мягкий материал. Допустимо использовать упрощённую схему иммобилизации бедра - накладывать только наружную и внутреннюю шины.

В. Транспортное положение – лёжа на спине (рис. 64).



Фото 65

Переломы костей голени,

голеностопного сустава, стопы

А. Оказание первой помощи по общим правилам.

Б. Транспортная иммобилизация.

Фиксация двух суставов. Лучшая иммобилизация достигается наложением двух шин: нижняя (задняя) шина; наружная боковая шина. Длина обеих шин - от пятки до верхней трети бедра. Если используются лестничные шины, то желательно их загибать на стопу

В. Транспортное положение – лёжа или сидя (фото 65).

Переломы ключицы и лопатки

А. Оказание первой помощи по общим правилам.

Б. Транспортная иммобилизация.

Простейшая иммобилизация достигается прочной фиксацией руки на стороне травмы: прибинтовать согнутую в локте руку к туловищу; зафиксировать руку подвешивающей косынкой.

В. Транспортное положение – сидя.



Фото 66

Придание оптимального положения

Основные транспортные положения при травмах

1.Черепно-мозговая травма



Рис.67

Возвышенное положение, голову не запрокидывать (рис. 67)

2.Травма позвоночника



По возможности сохранить то положение, в каком обнаружен пострадавший. Фиксировать шею импровизированным воротником. Уложить на ровную поверхность (рис. 68).

3. Травма груди



Рис. 69

Возвышенное положение.

По возможности на поврежденной стороне.

4. Травма живота



Рис. 70

Положение на спине.

Валик под полусогнутыми коленями.

Валик под голову и плечи.

5. Травма конечностей



Рис. 71

Иммобилизация. Положение на спине или

положение, наименее болезненное для пострадавшего. **Подумать о противошоковой позиции, если пульс на запястье определяется с трудом.**

6. Травма таза

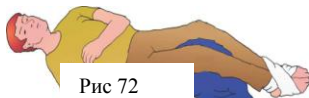


Рис 72

Положение на спине. Колени слегка разведены.

Валик под коленями. **Подумать о противошоковой позиции, если пульс плохо определяется**

II. Транспортные положения при отсутствии сознания

1. Стабильное боковое положение

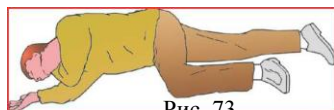


Рис. 73

Положение на боку с опорой на колено

полусогнутой ноги.

Модификации стабильного бокового положения при травмах

2. Черепно-мозговая травма

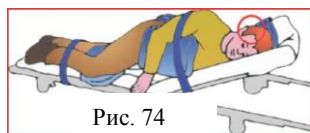


Рис. 74

Голову не запрокидывать. Стабильное боковое положение с приподнятой верхней частью туловища. Положение на **неповреждённой** стороне.

3. Травматический шок (острая кровопотеря)

Стабильное боковое положение. Ножной конец щита поднят под углом 15° .

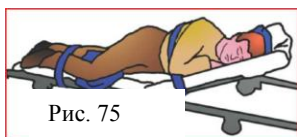


Рис. 75

4. Травма грудной клетки

Стабильное боковое положение с приподнятой верхней частью туловища.

Положение на поврежденной стороне.



Рис. 76

5. Травма позвоночника

Положение на спине, на твердой поверхности.

Прямое положение головы, голову не запрокидывать. Восстановление проходимости дыхательных путей тройным приемом.

Импровизированный шейный воротник.

III. Положения при нарушениях кровообращения

1. Шок вследствие острой кровопотери (пульс на запястье не определяется)



Рис. 77

Поднять ноги на 30 - 45 см или ножной конец импровизированных носилок поднять под углом 15° .

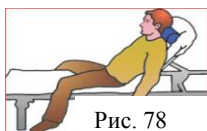


Рис. 78

2. Острая боль в сердце.

Возвышенное положение с опущенными ногами.

IV. Положения при нарушениях дыхания

1. Одышка

Возвышенное положение верхней половины туловища.

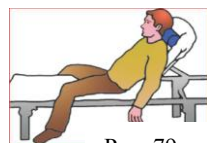


Рис. 79

2. Клокочущее дыхание, кашель с пенистой мокротой (отек легких)

Сидячее положение. Конечности опущены вниз.

Первая помощь при термических ожогах

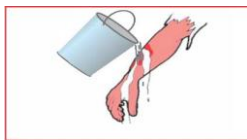


Рис. 80

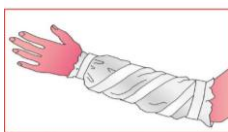


Рис. 81

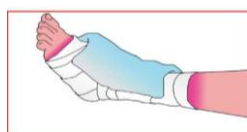


Рис. 82

Спасение пострадавшего из очага пожара, тушение одежды.

Раннее охлаждение ожога водой с температурой $8-20^{\circ}\text{C}$ в течение 20-30 мин или до прибытия скорой медицинской помощи (рис.80)

Наложение на рану широкой стерильной повязки, которая фиксируется «ползучей» бинтовой повязкой (рис 81). Обширные ожоги допускается закрывать чистой тканью (простыни, пеленки), чистыми частями одежды (рубашка, платье), в крайних случаях оставлять рану незакрытой. Обездвижить пострадавшую руку поддерживающей косынкой, если пострадавший может передвигаться сам. Если пострадавший не может передвигаться, придать ему положение, при котором испытывается наименьшая боль. При отсутствии сознания - стабильное боковое положение. Поить только при ясном сознании и отсутствии травмы живота: 1 чайная ложка соли и 0,5 ложки соды на 1 литр воды. В холодное время года тепло укрыть пострадавшего. **При глубоких (III степени) ожогах не допускать охлаждения неповрежденной кожи - холод через повязку! (рис. 82)**

Запрещается

Прикладывать к поверхности ожога масло, маргарин, мази и бальзамы, обрабатывать ожоги спиртом, йодом, зеленкой, прокалывать, надрезать, удалять пузыри, производить любые манипуляции в ожоговой ране, удалять отслаивающуюся кожу или остатки одежды из раны, откладывать вызов скорой медицинской помощи, применяя домашние средства, пытаться поить пострадавшего, если он без сознания.

Первая помощь при ожогах дыхательных путей

Полусидячее положение, если пострадавший в сознании, если пострадавший без сознания - стабильное боковое положение с возвышенной верхней половиной туловища, транспортировка с сопровождающим, постоянный контроль сознания и дыхания, постоянная готовность к проведению искусственного дыхания.

Первая помощь при гипертермии.

Признаки: повышение температуры, головная боль, слабость, ослабление или отсутствие пульса, нерегулярное неритмичное дыхание вплоть до его остановки (паралич дыхательного центра). Тошнота, рвота, прекращение потоотделения, судороги, горячая сухая кожа, помрачение сознания вплоть до его потери. **При отсутствии сознания более 2 часов, несмотря на лечение, прогноз неблагоприятный.**

Первая помощь:

Остановите транспортное средство, переместите пострадавшего в прохладное место, в случае необходимости сделайте импровизированный тент, снимите лишнюю верхнюю одежду и ослабьте воротник и пояс, уложите пострадавшего или придайте ему удобное положение. Приложите прохладные мокрые компрессы, поместив их в паховую область, в подмышечные впадины и на шею, постоянно обтирайте тело пострадавшего любой влажной тканью; часто, но понемногу давайте пить воду. Если пострадавший обильно потеет или испытывает судороги, добавляйте к воде соль и сахар (по 0,5 чайной ложки на литр). Следите за состоянием пострадавшего. В случае отказа от воды, рвоты и изменяющегося уровня сознания, немедленно вызывайте скорую медицинскую помощь. Будьте готовы к проведению искусственного дыхания или реанимационных мероприятий!

При судорогах от перенапряжения мышц в условиях перегрева:

- осторожно выпрямите сведенную судорогой конечность;
- избегайте дальнейшего напряжения мышц.

Запрещается: давать пострадавшему алкоголь; втирать в кожу спирт, так как он приводит к закрытию пор и препятствует выходу тепла; массировать пораженные судорогой мышцы.

Первая помощь при отморожениях.

Первая помощь: Поместить пострадавшего в теплое помещение. Снять промерзшую обувь, носки, перчатки. Согревание пораженной конечности в ванночке с водой при температуре 20°C, постепенно повышая температуру воды до 40°C в течение 30 минут. Наложить на пораженную конечность теплоизолирующую повязку (укутать шарфом, шерстяной тканью, свитером). Иммобилизация конечности при глубоких отморожениях. Горячее питье, горячая пища. Обратиться за медицинской помощью.

Запрещается: массировать обмороженные конечности; растирать их снегом; отогревать горячей водой, у горящего огня; прокалывать пузыри; натирать пораженные конечности маслом, жиром.

Первая помощь при гипотермии (общем обморожении)

Признаки гипотермии

I степень (легкое переохлаждение или защитная фаза)

Температура тела 36-34° С, беспокойство, повышение расхода энергии, озноб, мышечная дрожь, боли в руках и ногах, частый пульс, бледно-синюшная кожа и слизистые, «гусиная» кожа.

II степень (среднее переохлаждение или фаза истощения)

Температура тела 34 - 30° С, прекращение мышечной дрожи, нарастающее мышечное окоченение, кожа холодная, с мраморным оттенком, отморожения

конечностей, поверхностное, нерегулярное, редкое дыхание, замедление сердечного ритма (**50 - 30 в 1 мин**), пульс слабый, едва прощупывается, падение артериального давления, нарастающая сонливость.

III степень (тяжелое переохлаждение или коматозная фаза)

Температура тела 30 - 27° С, сознание отсутствует, дыхание очень редкое (**4 в 1 мин**), поверхностное, пульс **<30 в 1 мин** лишь на сонной артерии, артериальное давление не определяется, возможны судороги, рвота, выраженное ооченение конечностей и челюстей, отморожения и оледенение конечностей, отморожения лица.

Первая помощь

Для всех пострадавших: Перенести в теплое помещение или, по крайней мере, укрыть от ветра. Сменить одежду на сухую и теплую или, по крайней мере, снять влажную одежду. Уложить горизонтально и запретить двигаться. Не массировать и не растирать. Возвышенное положение отмороженных конечностей. Контроль температуры и частоты пульса для определения степени гипотермии.

В зависимости от температуры тела (степени гипотермии)

Легкая гипотермия (36-34°): допускается активное внешнее согревание любыми способами Горячее, очень сладкое питье (горячая пища). Алкоголь только как обезболивающее и успокаивающее средство: **только взрослым; только в теплом помещении; не более 50 мл** чистого алкоголя; не давать пострадавшим, уже находящимся в алкогольном опьянении, не давать повторно.

Средняя гипотермия (34-30°): Активное внешнее согревание **только туловища**. Теплоизолирующие повязки на конечности (укутать). Горячее, очень сладкое питье (при сохранном сознании и возможности глотать жидкость). **Алкоголь не предлагать.**

Тяжелая гипотермия (< 30°): Бережные манипуляции (перекладывание, смена одежды). Контроль частоты пульса и дыхания. Постоянная готовность к проведению реанимации.

Первая помощь при обмороке.

Первая помощь

- Убедитесь, что это не остановка сердца! Проверьте наличие дыхания, при его отсутствии в течение 10 секунд - немедленное начало реанимации.
- Запрокиньте голову пострадавшего назад, чтобы не нарушалась проходимость дыхательных путей.
- Расстегните стесняющую одежду, особенно, если она сдавливает шею и обеспечьте доступ свежего воздуха.
- Поднимите ноги пострадавшего на 30 - 45 см для улучшения притока крови к мозгу

Избегайте пользоваться нашатырным спиртом!

Немедленно вызывайте скорую медицинскую помощь, если: у пострадавшего ранее были обмороки; в течение 5 минут не восстанавливается сознание; возраст более 40 лет.

Первая помощь при эпилепсии

- Вызвать скорую медицинскую помощь, точно описав картину приступа.
- Профилактика черепно-мозговой травмы - мягкое удержание головы пострадавшего при судорогах.
- Нельзя грубо удерживать больного, нельзя разжимать его челюсти какими-либо предметами - травмы зубов от этого бывают чаще, чем прикусывание языка!
- Обеспечить доступ свежего воздуха, расстегнуть стесняющую одежду.
- После приступа придать больному устойчивое боковое положение, чтобы избежать вдыхания слюны, рвотных масс.

Основные принципы первой помощи при любых видах отравлений

1. Вызов скорой медицинской помощи

2. Предупреждение дальнейшего попадания яда в организм:

вынести пострадавшего из опасного места при ингаляционном отравлении; снять одежду, пропитанную ядом; по возможности дать активированный уголь (30 г) при полостных отравлениях.

3. Удаление невсосавшегося в кровь яда:

промыть кожные покровы и глаза пострадавшего водой при чрескожных отравлениях; промыть желудок водой «ресторанным» способом* при полостных отравлениях, **если нет противопоказаний**;* повторно дать активированный уголь или другие сорбенты, **если нет противопоказаний**.

Общие мероприятия первой помощи по симптомам отравления:

- **придать правильное транспортное положение;**
- **обеспечить доступ свежего воздуха;**
- **сердечно-легочная реанимация при остановке кровообращения (исчезновении «признаков жизни»);**
- контроль сознания, дыхания и кровообращения до приезда скорой медицинской помощи.

«Ресторанный» способ промывания желудка - напоить больного водой комнатной температуры, вызвать рвоту, повторить несколько раз.

«Ресторанный» способ противопоказан:

1. при нарушениях сознания,
2. при отравлении веществами «прижигающего» действия (кислоты, щелочи, нашатырный спирт, бензин).

ОГЛАВЛЕНИЕ

1. Оценка обстановки.	
Вызов скорой медицинской помощи -----	1
2. Определение признаков жизни-----	3
3. Извлечение пострадавшего из транспортного средства и его перемещение-----	4
4. Восстановление и поддержка проходимости верхних дыхательных путей. Проведение сердечно-лёгочной реанимации-----	7
5. Остановка кровотечения и наложение повязок-----	13
6. Способы переноски пострадавшего-----	18
7. Первая помощь при сердечном приступе-----	19
8. Проведение осмотра пострадавшего-----	19
9. Герметизация раны при ранении грудной клетки-----	22
10. Фиксация шейного отдела позвоночника-----	23
11. Иммобилизация-----	24
12. Придание оптимального положения-----	26
13. Первая помощь при термических ожогах-----	28
14. Первая помощь при гипертермии-----	29
15. Первая помощь при отморожениях-----	30
16. Первая помощь при гипотермии-----	30
17. Первая помощь при обмороке-----	31
18. Первая помощь при эпилепсии-----	32
19. Первая помощь при отравлениях-----	32

