

ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЯХ

Первая помощь при клинической смерти

Предположить у пострадавшего наступление клинической смерти можно при наличии следующих симптомов: отсутствие признаков сердечной деятельности (пульс на артериях шеи не определяется), остановка дыхания (отсутствие потока воздуха из носа или рта пострадавшего) и потеря сознания. Иногда в момент наступления клинической смерти могут наблюдаться судорожные подергивания конечностей.

При выявлении указанных симптомов необходимо сразу же вызвать скорую медицинскую помощь и немедленно приступить к выполнению реанимационных мероприятий.

Для этого пострадавшего укладывают на спину на ровную и жесткую поверхность. Открыв ему рот, убеждаются в отсутствии или наличии в нем инородных предметов, слизи, рвотных масс, зубных протезов. В этом случае необходимо удалить все инородные тела из полости рта. Затем осторожно запрокидывают голову пострадавшего назад, положив одну руку под шею, а другую на лоб так, чтобы подбородок оказался на одной линии с шеей (положение максимального разгибания). При таком положении головы просвет глотки и верхних дыхательных путей значительно расширяется и обеспечивается их полная проходимость, что является основным условием для эффективного искусственного дыхания.

Начинать реанимационные мероприятия необходимо с выполнения двух вдохов пострадавшему, затем приступать к наружному массажу сердца.

При вдувании воздуха оказывающий помощь плотно прижимает свой рот ко рту пострадавшего. Одна рука спасателя находится под шеей, а другая зажимает нос пострадавшего. Объем вдыхаемого воздуха не должен быть чрезмерно большим, поскольку это может привести к разрыву легких пострадавшего. После прекращения вдоха рот и нос пострадавшего освобождаются и происходит пассивный выдох.

При невозможности полного охвата рта пострадавшего вдувать воздух в его легкие следует через нос, плотно закрыв при этом рот пострадавшего. У маленьких детей воздух вдувают одновременно в рот и в нос, охватывая своим ртом рот и нос пострадавшего.

Вдувание воздуха в рот или нос нужно производить через марлю, салфетку или носовой платок, следя за тем, чтобы при каждом вдувании происходило расширение грудной клетки пострадавшего. Увеличение размеров живота во время выполнения искусственного дыхания указывает на то, что воздух поступает не в легкие, а в желудок пострадавшего. В этом случае необходимо повторно выполнить прием по восстановлению проходимости дыхательных путей и возобновить искусственное дыхание.

Для проведения наружного массажа сердца оказывающий помощь должен встать с правой или с левой стороны от пострадавшего и занять такое положение, при котором возможен более или менее значительный наклон над пострадавшим. Оптимальным является положение, при котором пострадавший лежит на полу, а спасатель находится возле него на коленях.

Наружный (непрямой) массаж сердца производится путем ритмичных надавливаний на нижнюю треть грудины (на линии, соединяющей соски пострадавшего). При этом руки спасателя должны оставаться прямыми и после прекращения нажатия не отрывать от грудины. Число нажатий на грудину - 80 - 90 в минуту.

Нажатие следует производить быстрым толчком так, чтобы грудина прогибалась на 3 - 4 сантиметра, а у детей - на 5 - 6 сантиметров. Следует избегать надавливания на ребра, так как это может привести к их перелому. Ни в коем случае нельзя надавливать ниже

края грудной клетки (на мягкие ткани), так как можно повредить расположенные здесь органы, в первую очередь печень.

Необходимо соблюдать соотношение вдохов и нажатий на грудную клетку. Если помощь оказывает один человек, то после каждого двух искусственных вдохов выполняется 15 нажатий на грудину. При выполнении реанимационных мероприятий двумя спасателями после каждого вдоха выполняется 5 нажатий на грудину.

О восстановлении деятельности сердца у пострадавшего судят по появлению у него собственного, не поддерживаемого массажем регулярного пульса. Для проверки пульса прерывают массаж на 2 - 3 секунды, и если пульс сохраняется, то это указывает на восстановление сердечной деятельности. При отсутствии пульса необходимо немедленно возобновить массаж.

После восстановления сердечной деятельности продолжают искусственное дыхание до восстановления самостоятельного дыхания либо до момента подключения аппарата искусственной вентиляции легких.

Первая помощь при поражении электрическим током

Во всех случаях поражения электрическим током вызов врача является обязательным независимо от состояния пострадавшего.

Если пострадавший находится в сознании, но до этого была кратковременная потеря сознания, его следует уложить в удобное положение (подстелить под него и накрыть его сверху чем-либо из одежды) и до прибытия врача обеспечить полный покой, непрерывно наблюдая за дыханием и пульсом. Ни в коем случае нельзя позволять пострадавшему двигаться, а тем более продолжать работу, так как отсутствие тяжелых симптомов после поражения электрическим током не исключает возможности последующего ухудшения состояния пострадавшего.

В случае отсутствия возможности быстро вызвать врача необходимо срочно доставить пострадавшего в лечебное учреждение, обеспечив для этого необходимые транспортные средства или носилки.

Если пострадавший находится в бессознательном состоянии, но с сохранившимся устойчивым дыханием и пульсом, его следует ровно и удобно уложить, расстегнуть одежду, создать приток свежего воздуха, давать нюхать нашатырный спирт, обрызгивать его водой и обеспечить полный покой. Одновременно следует срочно вызвать врача.

Если пострадавший дышит очень редко и судорожно (как умирающий), необходимо начинать искусственное дыхание и массаж сердца.

Искусственное дыхание следует производить непрерывно как до, так и после прибытия врача. Вопрос о целесообразности или бесцельности дальнейшего проведения искусственного дыхания решается врачом.

Первую помощь следует оказывать немедленно и по возможности на месте происшествия. Переносить пострадавшего в другое место следует только в тех случаях, когда ему или лицу, оказывающему помощь, угрожает опасность либо оказание помощи на месте невозможно.

Первая помощь при травмах и ранениях

Травма - это нарушение целостности и функции тканей, вызванное внешним воздействием. В зависимости от вида повреждающего фактора выделяют механические (воздействие физического фактора), химические, термические, комбинированные (несколько повреждающих факторов) травмы.

При травмах возникает ряд последствий, которые могут представлять угрозу для жизни пострадавшего либо непосредственно в момент получения травмы (кровотечение,

коллапс, шок, повреждения жизненно важных органов), либо спустя несколько часов или дней (нагноение раны, перитонит, плеврит, сепсис, газовая гангрена, столбняк).

Механические травмы могут быть открытыми и закрытыми. При закрытых травмах целостность кожных покровов не нарушена. К травмам относят ушибы, вывихи, растяжения и разрывы связок, переломы костей, раны.

Ушибы - это повреждение тканей и органов без нарушения целостности кожи и костей. Они чаще всего возникают в результате воздействия тупых предметов на мягкие ткани, при падении или ударе о твердые предметы.

Признаки ушибов: боль и припухлость в области воздействия травмирующего предмета, кровоизлияние в поврежденные ткани, что в последующем проявляется в виде синяка или обширного кровоподтека. При обширных ушибах постепенно может нарушиться функция поврежденного органа.

Вывих - это смещение концов костей в суставах относительно друг друга с нарушением суставной сумки. При этом возможно повреждение суставной сумки с травмой кровеносных сосудов и нервных стволов. Вывихи возникают вследствие чрезмерной нагрузки на суставы. Наиболее часто встречаются вывихи плечевого, локтевого, тазобедренного и голеностопного суставов в результате неудачного падения или ушиба. Вывих характеризуется неподвижностью сустава или ненормальными движениями в нем, изменением его обычной формы, смещением костей сустава, болью в области сустава, его отеком, изменением длины конечности. При ощупывании суставной сумки ощущается "запустение".

Растяжения и разрывы связок суставов возникают в результате резких и быстрых движений, которые превышают физиологическую подвижность суставов. Чаще всего страдают голеностопный, лучезапястный, коленный суставы, суставы пальцев рук. Отмечаются резкая болезненность в суставе при движении, отечность, при разрыве связок - кровоподтек.

Переломом называется частичное или полное нарушение целостности кости в результате удара, сжатия, сдавливания, перегиба.

Переломы бывают закрытыми, если кожа над ними не повреждена, и открытыми (при нарушении целостности кожных покровов).

Характерными общими признаками переломов костей следует считать сильную боль в момент травмы и после нее, изменение формы и укорочение конечности, появление деформации и патологической подвижности в месте повреждения. В отличие от ушиба функция конечности нарушается в момент получения травмы. Перелом иногда сопровождается повреждением крупных сосудов или нервов, что ведет к образованию обширной гематомы мягких тканей, побледнению, похолоданию кисти или стопы, потере их чувствительности.

Рана - это повреждение кожных покровов тела или слизистых оболочек в результате механического воздействия. Признаки ранения: боль, расходящиеся края раны и кровотечение.

Выбор способов первой помощи зависит от вида, локализации и тяжести повреждения.

Ушибленной конечности создается полный покой, придается возвышенное положение, на место ушиба накладывается тугая давящая повязка, можно положить холодный компресс или пузырь со льдом. Внутри для уменьшения боли назначаются обезболивающие средства (например, анальгин по 1 таблетке 2 - 3 раза в день).

Очень серьезен по своим последствиям ушиб головы, так как он может привести к тяжелой черепно-мозговой травме (далее - ЧМТ). К признакам ЧМТ относятся потеря сознания различной продолжительности, сильная головная боль, возможны тошнота и рвота, замедление пульса. Если выявляются подобные симптомы, пострадавшему создают полный покой, к голове прикладывают холодный компресс или лед. Больной как можно скорее должен быть направлен в лечебное учреждение. Для перевозки его кладут спиной

на щит, а голову - на мягкую подушку. Для уменьшения отека головного мозга головной конец пострадавшего должен быть приподнят под углом 20 - 30 градусов. Если ушиб головы сопровождается ранением кожных покровов, то на рану накладываются различные типы повязок в виде "чепца" или "пращи".

Ушибы грудной клетки чаще всего встречаются при автомобильных авариях и катастрофах, при падениях во время землетрясений, бурь, ураганов и других событий. Они могут сопровождаться переломами ребер. В области травмы помимо боли, отека и кровоподтеков при осмотре могут выявляться переломы ребер, которые могут ранить кожный покров и повредить легкие (это будет сопровождаться усилением боли при дыхании, кровохарканьем, одышкой), не исключено развитие пневмоторакса. Пострадавшему надо придать полусидячее положение, положить на выдохе круговую повязку бинтом или полотенцем, чтобы фиксировать обломки ребер. При открытом пневмотораксе накладывается герметичная повязка.

Ушибы суставов характеризуются резкой болезненностью, припухлостью, движение в поврежденном суставе ограничено. Накладывается тугая давящая повязка, и пострадавший должен быть направлен в лечебное учреждение для исключения более серьезного повреждения.

При вывихах не следует самостоятельно вправлять конечность или придавать ей естественное положение. Зафиксируйте поврежденные конечность и сустав в том положении, в котором они находятся. При вывихах суставов руки подвесьте ее на повязке по типу "косынки". При вывихах суставов ног положите больного в горизонтальное положение.

Если после полученной травмы сустав отекает или посинел, им трудно пошевелить, а при ощупывании боль становится просто невыносимой - это скорее всего растяжение или разрыв связок (хотя возможен и перелом). В этом случае на поврежденный сустав накладывают повязку, которая будет ограничивать его движения, сверху прикладывают лед или холодный компресс. Пострадавшей конечности придают возвышенное положение.

При переломах во время оказания первой помощи необходимо как можно меньше шевелить сломанную ногу или руку, следует обеспечить покой конечности путем наложения шины табельной или изготовленной из подручного материала. Для шины подойдут любые твердые материалы: доски, фанера, палки, ветки и пр. Шинирование конечности только тогда принесет пользу, если будут обездвижены как минимум два сустава, расположенных вблизи места перелома.

При переломе бедра для создания покоя поврежденной ноге снаружи от стопы до подмышечной впадины прибинтовываются шины, а по внутренней поверхности - от стопы до промежности. Если под рукой ничего нет, можно прибинтовать поврежденную конечность к здоровой.

Шинирование верхних конечностей при переломах плеча и костей предплечья делается следующим образом: согнув поврежденную руку в локтевом суставе и подвернув ладонью к груди, накладывают шину от пальцев до противоположного плечевого сустава на спине.

Если под рукой шин не имеется, то можно прибинтовать поврежденную руку к туловищу или подвесить ее на косынке, на поднятую полу пиджака.

Все виды шин накладываются на одежду, но они предварительно должны быть обложены ватой или покрыты мягкой тканью.

При открытых переломах и кровотечении сначала необходимо наложить жгут или закрутку для остановки кровотечения, на рану - стерильную повязку и после этого можно накладывать шину.

При переломах костей позвоночника и таза появляется сильная боль, исчезает чувствительность, появляется паралич ног. На мягких носилках такого больного перевозить нельзя, можно только на твердой гладкой поверхности. Для этой цели

используется щит (широкая доска, лист толстой фанеры, дверь, снятая с петель, и пр.), который укладывается на носилки. Очень осторожно больного поднимают несколько человек в один прием, взявшись за одежду по команде.

Больного на щите укладывают на спину, несколько разведя ноги в стороны, подложив под колени плотный валик из сложенного одеяла или плотной одежды ("поза лягушки").

Человека с переломом шейного отдела позвоночника перевозят на спине с валиком под лопатками. Голову и шею следует закрепить, обложив их по бокам мягкими предметами.

При ранениях не следует удалять из раны глубоко погруженные инородные тела. Инородное тело с помощью повязки фиксируют в ране и при необходимости иммобилизируют шиной. При сильном кровотечении его необходимо остановить, пережав поврежденный сосуд выше места ранения, наложив тугую повязку или жгут. В теплое время года жгут можно не снимать в течение одного часа, а в холодное - 30 минут. По истечении указанного времени жгут нужно ослабить на 5 минут, предварительно прижав пальцем поврежденный сосуд выше раны, а затем снова затянуть. Края раны очищают стерильной марлей или ватным шариком, смоченным перекисью водорода или спирта (водкой, одеколоном). Тщательно протирают кожу вокруг раны, чтобы в нее не попала грязь. После этого смазывают края йодом, не касаясь самой раны, и накладывают сухую чистую повязку. Легкие ссадины и царапины можно целиком протереть перекисью или спиртовым раствором и смазать йодом, а потом наложить повязку.

Первая помощь при кровотечениях

Кровотечением называется истечение крови из кровеносного русла. Кровотечения могут быть обусловлены механическими травмами (ранениями) или патологическими процессами, приводящими к образованию дефекта сосудистой стенки либо к повышению сосудистой проницаемости вследствие сепсиса, интоксикации, авитаминоза, нарушения свертывающей системы крови и иным последствиям.

По виду кровоточащего сосуда различают артериальные, венозные и капиллярные (паренхиматозные) кровотечения.

Артериальные кровотечения характеризуются обильным истечением сильной пульсирующей струей крови ярко-красного цвета из поврежденной артерии.

Венозное кровотечение проявляется истечением крови темно-вишневого цвета медленной непрерывной струей.

При капиллярном кровотечении кровь медленно, каплями сочится из поверхностных ссадин, царапин.

Выделяют также наружные и внутренние кровотечения. При внутренних кровотечениях кровь истекает в полости организма (брюшную, плевральную, забрюшинное пространство) или в просвет полых органов (желудка, кишечника, бронхов и иных органов).

Принципы неотложной помощи при наружных кровотечениях.

Основная задача оказывающего помощь пострадавшему при кровотечении - в максимально ранние сроки остановить кровотечение и обеспечить доставку пострадавшего в лечебное учреждение.

На догоспитальном уровне возможна лишь временная или предварительная остановка кровотечения, позволяющая предотвратить дальнейшую кровопотерю, представляющую непосредственную угрозу жизни пострадавшего.

Способы временной остановки кровотечения:

1. Придание поврежденной части тела возвышенного положения по отношению к туловищу.

2. Прижатие кровотока в месте повреждения.

3. Прижатие поврежденной артерии на протяжении (то есть точка, позволяющая максимально сжать поврежденный сосуд, может быть на значительном расстоянии от места повреждения).

4. Остановка кровотечения путем фиксации конечности в положении максимального сгибания или разгибания.

5. Наложение кровоостанавливающего жгута.

6. Наложение кровоостанавливающего зажима на поврежденный сосуд.

Капиллярное кровотечение останавливается с помощью обычной повязки на рану. Уменьшить интенсивность такого кровотечения можно поднятием раненой конечности выше туловища и наложением холода на рану.

Остановка венозного кровотечения производится путем наложения давящей повязки. Для уменьшения интенсивности кровотечения, пока готовится повязка, достаточно прижать вену дистальнее (ниже) раны или приподнять конечность выше туловища.

Артериальное кровотечение из артерии небольшого калибра можно остановить давящей повязкой. Однако при повреждении крупной артерии этого можно добиться либо наложением жгута, либо фиксацией конечности в определенном положении. При невозможности наложения жгута и для временного прекращения кровотечения прибегают к пальцевому прижатию артерий на протяжении в определенных точках:

1. сонная артерия;
2. подключичная артерия;
3. локтевая артерия;
4. плечевая артерия;
5. бедренная артерия;
6. подколенная артерия;
7. берцовая артерия.

Правила наложения кровоостанавливающего жгута.

Жгут накладывается только при артериальном кровотечении поверх одежды или на несколько слоев бинта проксимальнее (выше) места кровотечения и как можно ближе к ране. Наложённый жгут должен быть хорошо виден, его нельзя закрывать одеждой или повязкой. Жгут затягивается до тех пор, пока не исчезнет пульс ниже места его наложения и не прекратится кровотечение. Через каждый час жгут снимают на 10 - 15 минут для восстановления кровообращения в пережатой конечности (при этом поврежденная артерия прижимается пальцем), а затем вновь накладывают его несколько выше, чем ранее. В холодное время года жгут рекомендуется распускать каждые 30 минут. Необходимо сообщить пострадавшему время, когда был наложен жгут, или прикрепить к жгуту записку с указанием времени его наложения.

При отсутствии жгута можно использовать закрутку из полоски ткани, веревки, куска мягкой проволоки. При этом придерживаются указанных выше правил наложения жгута.

Если после снятия жгута или закрутки кровотечение не возобновилось, их снимают и на рану накладывают давящую повязку. Во всех случаях ранений крупных сосудов конечностей необходима транспортная иммобилизация для создания покоя поврежденной конечности.

Кровотечения из небольших порезов или ссадин способствуют очищению раны и обычно прекращаются самостоятельно. Ускорить остановку кровотечения позволит прижатие ранки кусочком чистой ткани. После того как кровотечение остановилось, необходимо чистой марлей или кусочком ваты очистить кожу вокруг ранки в направлении от ее краев с применением какого-либо антисептика (спирт, водка). Саму ранку очищать не следует. Чтобы края ранки не расходились, их стягивают полосками лейкопластыря.

Неотложная помощь при носовом кровотечении.



Первая помощь при ожогах

Ожог – разновидность травмы, полученной в результате воздействия высокой температуры, химических веществ, электрического тока или ионизирующего излучения. Различают три степени ожога при местных повреждениях		
I Покраснение, отек, боль	II IIa Покраснение, образование пузырьков, боль (повреждение поверхностных слоев кожи) IIб Образование пузырей, боль, кожа анемична (повреждение глубоких слоев кожи)	III Некроз, серая, белая или черная кожа, боль отсутствует
Прекращение воздействия повреждающих агентов		
Быстрое и продолжительное (до исчезновения боли) охлаждение пораженных тканей проточной холодной водой 12–18 °С (помнить об опасности переохлаждения) в течение 10–15 мин		
Удаление всех не соприкасающихся с участком ожога частей одежды		
Стерильная сухая повязка (накладка) на открытые раны		
Обезболивание: кеторолак 3%-й – 1 мл в/м Амбулаторное лечение	Положение: на спине; при потере сознания – стабильное положение на боку; при ингаляционной травме – с возвышенным головным концом; во всех остальных случаях – с приподнятым ножным концом	
Ингаляционный ожог	Шок (при площади ожога около 15 % возникает угроза шока)	Электроожог
Выполнение всех предыдущих пунктов алгоритма		
Обеспечение жизненно важных функций организма		
Санация верхних дыхательных путей		
Оксигенотерапия – 4–6 литров O ₂ /мин 100%-м кислородом		
При необходимости своевременная интубация и ИВЛ		
Постоянный контроль ЧСС и АД		
При невозможности интубации трахеи (при ингаляционном поражении дыхательных путей) – коникотомия		
Венозный доступ – 0,9%-й раствор натрия хлорида со скоростью 2 л/час		
Седация: диазепам 5–10 мг (0,5%-й – 1–2 мл) в/в		
Обезболивание: кеторолак 3%-й – 1 мл в/м, тримеперидин 2%-й – 1 мл в/в, морфин 1%-й – 1 мл в/в		
Аминофиллин 2,4%-й – 10 мл в/в; дексаметазон 4–8 мг в/в; преднизолон 60–120 мг в/в	Противошоковая терапия	Транспортная иммобилизация (при вывихах, переломах, разрывах мышц)
Доставка в стационар по профилю основного заболевания: – больные с ожогами II–III степени поражения более 10 % поверхности тела, дети или пожилые пациенты с поражением 5–10 % поверхности тела; – ожоги лица, кистей, стоп и гениталий; – ингаляционный ожог; – ожоги электрическим током; – химические ожоги; – больные с дополнительными травмами; – пациенты без сознания		

Первая помощь при отморожении

Растирать снегом замерзшие части тела не рекомендуется, так как в снегу часто попадают мелкие льдинки, могущие расцарапать обмороженную кожу и вызвать нагноение. Для растирания замерзших частей тела следует применять сухие теплые перчатки или суконки. В помещении отмороженную конечность можно погрузить в таз или ведро с водой обычной комнатной температуры. Постепенно воду следует заменять более теплой, доводя ее до температуры тела (37 град. С). После того как отмороженное место покраснеет, его следует смазать жиром (маслом, салом, борной мазью) и завязать теплой повязкой (шерстяной, суконной или иной теплой тканью).

После перевязки отмороженную руку или ногу следует держать приподнятой, что облегчает боль.

Первая помощь при попадании инородных тел

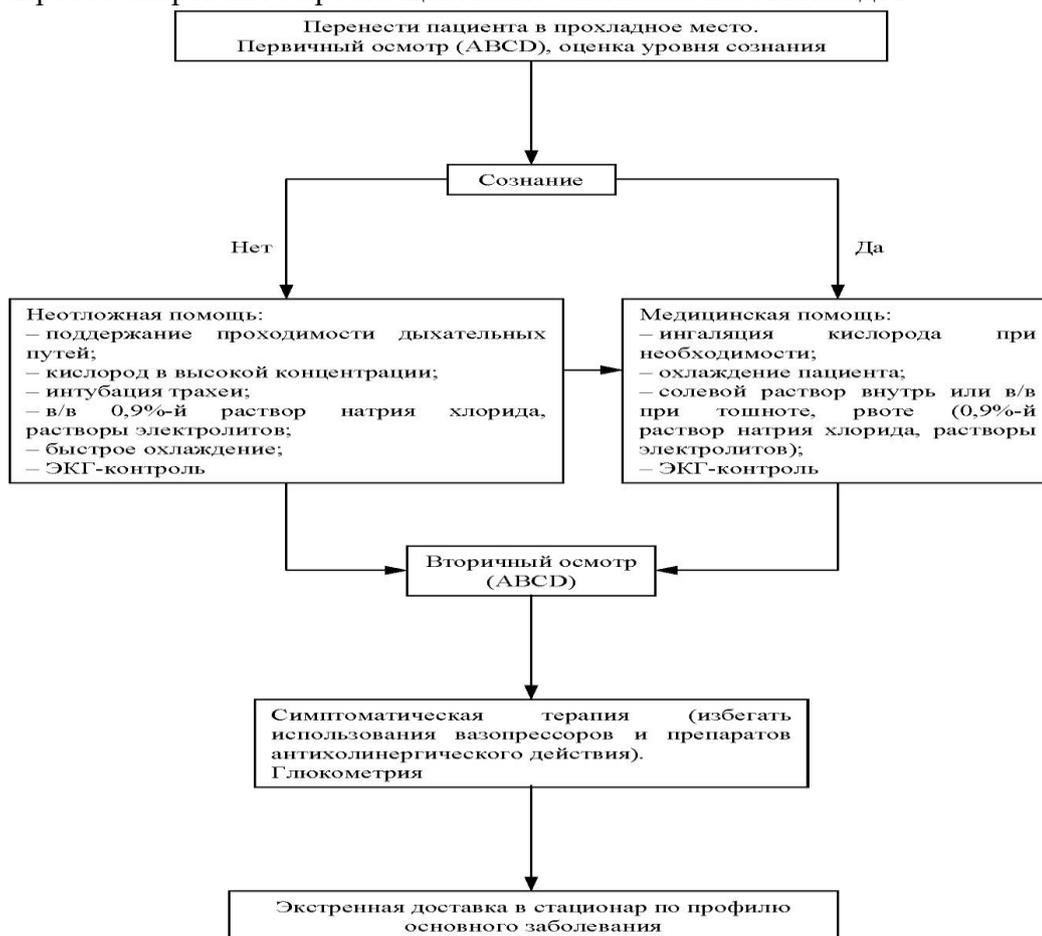
При попадании инородного тела под кожу или под ноготь удалить его можно лишь в том случае, если имеется уверенность, что это будет сделано легко и полностью. При малейшем затруднении следует обратиться к врачу. После удаления инородного тела необходимо смазать место ранения йодной настойкой и наложить повязку.

Инородные тела, попавшие в глаз, лучше всего удалять промыванием струей чистой воды. Промывание следует производить, положив пострадавшего на здоровую сторону и направляя струю от наружного угла глаза (от виска) к внутреннему (к носу). Тереть глаз нельзя.

Инородные тела в дыхательном горле или пищеводе без врача удалять не следует.

Первая помощь при обмороке, тепловом и солнечном ударах

При обморочном состоянии (головокружение, тошнота, стеснение в груди, недостаток воздуха, потемнение в глазах) следует поместить пациента в прохладное место с доступом свежего воздуха, расстегнуть тесную одежду или сдавливающие аксессуары (ремень, ворот, корсет, бюстгальтер, галстук), побрызгать на лицо холодной водой, придать ногам возвышенное положение. Поворачивают голову пострадавшего на бок с целью профилактики западания языка (это допускается только при уверенности в отсутствии поражения подключичных, сонных и позвоночных артерий). Болевые раздражители, как правило, не применяют - пациент быстро приходит в сознание. В затянувшихся случаях ускорить возвращение сознания может ингаляция паров нашатырного спирта либо просто щекотание слизистой носовых ходов.



Материал взят из Интернета.