

ПЛАН-КОНСПЕКТ

проведения лекции по гражданской обороне и защите от чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера с сотрудниками МБОУ СОШ п. Де-Кастри

ТЕМА № 8: Правила и порядок оказания первой помощи себе и пострадавшим при несчастных случаях, травмах, отравлениях и ЧС. Основы ухода за больными.

УЧЕБНЫЕ ЦЕЛИ:

1. Закрепить и углубить знания обучаемых по оказанию помощи в неотложных ситуациях.
2. Сформировать первичные навыки обучаемых по уходу за больными.
3. Воспитывать уверенность в эффективности мероприятий гражданской обороны и психологическую устойчивость сотрудников школы.

УЧЕБНЫЕ ВОПРОСЫ:

1. Основные правила оказания первой помощи в неотложных ситуациях:
 - при кровотечениях и ранениях;
 - при ушибах, вывихах, ожогах, обморожениях, тепловом и солнечном ударах, утопающему.
2. Основы ухода за больными. Возможный состав домашней медицинской аптечки.

МЕТОД ПРОВЕДЕНИЯ: Лекция

ВРЕМЯ: 2 часа

1-й учебный вопрос: Основные правила оказания первой помощи в неотложных ситуациях:

- при кровотечениях и ранениях;
- при ушибах, вывихах, ожогах, обморожениях, тепловом и солнечном ударах, утопающему.

В чрезвычайных ситуациях вероятно возникновение сложных условий обстановки, которые будут определяющим образом влиять на организацию и проведение мероприятий здравоохранения по оказанию медицинской помощи и лечению пострадавших. Основными из этих условий являются:

- массовость, одномоментность (в короткий период времени) возникновение потерь среди населения, разнообразный характер и тяжесть поражения; - нарушение работоспособности медицинских учреждений;
- возможное заражение обширных районов местности, продовольствия, воды РВ, ОВ, бактериальными средствами, сильнодействующими и ядовитыми веществами;
- сложность санитарно-эпидемиологической обстановки в очагах массового поражения и в районах размещения населения в ходе эвакуационных мероприятий гражданской обороны;
- несоответствие потребности в силах и средствах здравоохранения их наличию;
- сложность управления силами и средствами при ликвидации последствий нападения противника.

Вместе с тем каждая область (край, республика) имеет свои, только ей свойственные особенности условий, которые также могут оказать влияние на организацию и проведение мероприятий здравоохранения в очагах массового поражения и районах стихийных бедствий.

Организовать медицинское обеспечение населения в таких весьма сложных условиях, используя существующую сеть медицинских учреждений здравоохранения мирного времени крайне затруднительно. Это обусловило создание в системе здравоохранения специальной организации - медицинской службы гражданской обороны (МС ГО) и разработку соответствующих форм и методов работы ее формирований, учреждений и органов управления.

Организация неотложной медицинской помощи населению при чрезвычайных ситуациях

Медицинские мероприятия по защите населения представляют собой комплекс организационных, лечебно-профилактических, санитарно-гигиенических и противоэпидемических, направленных на предотвращение или ослабление поражающих воздействий чрезвычайных ситуаций на людей, оказание пострадавшим медицинской помощи, а также на обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия в районах ЧС и в местах размещения эвакуированного населения.

Они являются составной частью медико-санитарного обеспечения населения и личного состава спасательных формирований в зоне чрезвычайной ситуации, планируются и осуществляются в зависимости от режима функционирования РСЧС с привлечением сил и средств министерств и ведомств, непосредственно решающих задачи защиты жизни и здоровья людей, а также специализированных функциональных подсистем РСЧС: экстренной медицинской помощи, санитарно-эпидемиологического надзора, путем создания и развертывания формирований и учреждений Всероссийской службы медицины катастроф. Организационно-методическое руководство и координацию деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации, органов местного самоуправления, предприятий, учреждений и организаций в данной области осуществляют специалисты соответствующих органов управления ГОЧС. На территориальном уровне эти задачи выполняют структурные подразделения медицинской защиты федеральных органов исполнительной власти, органов управления ГОЧС субъектов Российской Федерации.

Оказание медицинской помощи населению в ходе ликвидации чрезвычайной ситуации организуется и материально обеспечивается государством. Для этого в зависимости от обстановки могут привлекаться силы и средства регионального и федерального уровня.

К медицинским мероприятиям, проводимым в очаге чрезвычайной ситуации, относятся: медицинская разведка места стихийного бедствия; розыск и спасение пострадавших, их медицинская сортировка; оказание первой медицинской и первой врачебной помощи пораженным и больным; осуществление эвакуации в лечебные учреждения и лечение.

Непосредственно в очаге поражения организуется оказание пораженным первой медицинской и первой врачебной помощи, а в расположенных за пределами очага лечебных учреждениях оказывается квалифицированная и специализированная медицинская помощь. Первая медицинская помощь оказывается на месте поражения в порядке само- и взаимопомощи самими пострадавшими, прибывающими командами спасателей.

В медицинских формированиях, развертываемых при массовых поражениях населения в зоне чрезвычайной ситуации, организуется:

- прием и медицинская сортировка поступающих пораженных, оказание им первой врачебной помощи (если не была оказана ранее) и неотложная квалифицированная медицинская помощь;
- временная госпитализация пораженных и изоляция инфекционных больных и лиц с нарушением психики;
- подготовка пораженных к эвакуации в стационарные лечебные учреждения для продолжения лечения в них до исхода поражения (заболевания).

Организация и осуществление медицинской помощи пораженным строится с учетом общей и медицинской обстановки, размеров и структуры санитарных потерь, общих принципов этапного и лечебно-эвакуационного обеспечения.

Сущность системы этапного лечения состоит в своевременном, последовательном и преемственном оказании медицинской помощи в зоне чрезвычайной ситуации и на этапах медицинской эвакуации в сочетании с эвакуацией пораженных (больных) до лечебного учреждения, где может быть оказана исчерпывающая медицинская помощь в соответствии с имеющимся поражением.

Медицинская служба гражданской обороны

МС ГО - это специальная организация в системе здравоохранения, предназначенная для медицинского обеспечения населения в условиях чрезвычайных ситуаций.

Эта служба является функциональной системой в здравоохранении для решения задач в особых условиях, возникших в стране или отдельных её районах.

МС ГО страны создает Министерство здравоохранения РФ, она является общегосударственной службой в системе гражданской обороны.

На местах её создают территориальные органы управления. На предприятиях, учреждениях, организациях начальник МС ГО - главный врач медико-санитарной части (здравпункта, поликлиники). Начальники МС ГО подчиняются соответствующим начальникам гражданской обороны республики (области, края и др.), а по специальности - вышестоящему начальнику МС ГО.

Кроме сил и средств территориального здравоохранения для медицинского обеспечения населения используются силы и средства медицинской службы других министерств и ведомств, а также широко привлекается местное население.

На МС ГО возлагаются следующие основные задачи:

- быстрое восстановление здоровья пострадавшего населения, возвращение его к труду, снижение инвалидности и летальности;
- предупреждение возникновения и распространения массовых инфекционных заболеваний; - обеспечение санитарного благополучия населения, устранения неблагоприятных санитарных последствий чрезвычайных ситуаций, охрана здоровья личного состава учреждений гражданской обороны.

Выполнение этих задач обеспечивается проведением комплекса мероприятий (подготовка сил и средств службы, поддержание их в постоянной готовности, проведение лечебноэвакуационных, санитарно-гигиенических, противоэпидемических и других мероприятий). Характер, организация и порядок осуществления этих мероприятий имеет свои особенности, обусловленные содержанием каждой из основных задач МС ГО.

Успешное выполнение **первой основной задачи** МС ГО - быстрое восстановление здоровья пострадавшего населения, возвращение его к труду, снижение инвалидности и летальности - в условиях чрезвычайной ситуации может быть достигнуто при правильной организации и проведении комплекса следующих научно обоснованных мероприятий.

1. Подготовка сил и средств МС ГО, поддержание их в готовности для медицинского обеспечения населения при проведении мероприятий гражданской обороны и правильная организация их работы. Важное место среди них занимает подготовка необходимого количества формирований, учреждений и органов управления ими. Учитывая крайне высокую потребность врачебных кадров для выполнения первой основной задачи, важно обеспечить готовность среднего медицинского персонала взять на себя проведение ряда довольно сложных медицинских мероприятий, освободив от них врача (переливание крови и кровезаменителей, выполнение новокаиновых блокад, подготовка операционного поля и др.). Большое значение приобретает также использование современных достижений медицинской науки и техники, повышение производительности труда медицинского персонала с тем, чтобы минимальными силами и средствами выполнять большой объем работы, используя прогрессивные методы организации труда (бригадные методы работы и др.), осуществляя

рациональный манёвр объемом медицинской помощи, а также имеющимися силами и средствами с учетом складывающейся медико-тактической обстановки.

Особое место отводится своевременному и качественному оказанию медицинской помощи и последующему лечению пораженных. Важное значение приобретают мероприятия по подготовке населения, личного состава формирований гражданской обороны к оказанию первой медицинской помощи в очагах массового поражения. Большое значение имеет также специальная подготовка медицинского состава формирований и учреждений МС ГО по вопросам патогенеза, клиники и лечения пострадавших от оружия массового поражения; умение врачей нехирургических специальностей оказывать медицинскую помощь при неотложных состояниях у пораженных (шок, кровотечение и др.).

1. Проведение комплекса мероприятий МС ГО по защите населения от оружия массового поражения (использование средств, предупреждающих или ослабляющих поражение населения радиоактивным излучением, ОВ, БС, сильнодействующими ядовитыми веществами) .
2. Организаций взаимодействия сил и средств МС ГО с другими службами гражданской обороны, а также ведомственными медицинскими службами.

Вторая основная задача МС ГО - предупреждение возникновения и распространения массовых инфекционных заболеваний. Успешное её выполнение потребует проведения следующего научно обоснованного комплекса мероприятий.

1. Проведение мероприятий противобактериологической защиты населения в первую очередь на случай аэрогенного инфицирования (бактериологической разведки, экстренной профилактики зараженных БС, своевременного использования индивидуальных и коллективных средств защиты, организации карантина и др.).
2. Выявление заболевших, их изоляция и госпитализация, развертывание инфекционных стационаров, перепрофилирование больниц МС ГО в инфекционные стационары, обеспечение противэпидемического режима работы во всех лечебных учреждениях и др.
3. Усиление контроля за проведением санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий среди населения.
4. Организация и проведение дезинфекционных мероприятий в бактериологических очагах.
5. Подготовка сил и средств МС ГО для выполнения всех перечисленных мероприятий противобактериологической защиты.

Выполнение **третьей задачи** МС ГО - обеспечение санитарного благополучия населения, устранения неблагоприятных санитарных последствий чрезвычайных ситуаций, охрана здоровья личного состава учреждений гражданской обороны - требует участия не только сил МС ГО, но и здравоохранения в целом, а также ряда служб гражданской обороны. Среди мероприятий, направленных на выполнение этой задачи, важное значение приобретают следующие.

1. Лабораторный контроль заражения питьевой воды и продуктов РВ, ОВ и БС.
2. Санитарно-гигиенический контроль за условиями размещения населения, за санитарной обработкой людей, а также за уборкой и захоронением трупов людей и животных в очагах массового поражения.
3. Участие в разработке соответствующих рекомендаций по режиму работы и жизни населения на территории, зараженной РВ, ОВ и БС.
4. Проведение массовой санитарно-просветительной работы среди населения и др.

Таким образом, выполнение основных задач МС ГО потребует планомерного проведения сложного комплекса лечебно-эвакуационных, противоэпидемических и санитарногигиенических мероприятий. Эти мероприятия составляют содержание понятия "медицинская защита населения" в системе гражданской обороны.

Сущность системы лечебно-эвакуационного обеспечения поражённых

Под лечебно-эвакуационным обеспечением поражённых принято понимать систему научно обоснованных мероприятий по оказанию поражённому населению медицинской помощи и его лечению, связанному с эвакуацией за пределы очагов массового поражения. Оно является одним из важнейших видов деятельности МС ГО, направленным на выполнение её первой основной задачи. В системе лечебно-эвакуационного обеспечения поражённых предусматривается оказание трёх видов оказания медицинской помощи: первая медицинская помощь, первая врачебная и специализированная медицинская помощь.

Первая медицинская помощь

Первая медицинская помощь оказывается непосредственно на месте поражения или вблизи от него с использованием табельных и подручных средств оказания помощи. Своевременно и правильно оказанная первая медицинская помощь спасает жизнь пораженному и предупреждает развитие неблагоприятных исходов. Она выполняется самим пораженным (самопомощь) или другим лицом (взаимопомощь). В связи с тем, что формированиям гражданской обороны для выдвижения в очаг требуется определенное время, своевременность оказания первой медицинской помощи пораженным может быть обеспечено в порядке само- и взаимопомощи.

При организации первой медицинской помощи особое внимание необходимо обращать на своевременность ее оказания при травмах, сопровождающихся кровотечением, шоком, асфиксией, потерей сознания, отравлением окисью углерода, на уменьшение или полное прекращение воздействия на пострадавшего поражающих факторов РВ, ОВ и др., а также в подготовке пораженных к эвакуации.

В объеме первой медицинской помощи особое значение приобретает выполнение таких мероприятий, как остановка наружного кровотечения посредством тампонады раны подушечками перевязочного пакета, давящей повязки,

наложения жгута (закрутка из подручных средств), введение обезболивающих средств, устранение асфиксии, проведение искусственного дыхания, непрямой массаж сердца с целью восстановления сердечной деятельности, закрытие раневой поверхности повязкой и др.

Учитывая сказанное, первая медицинская помощь должна быть оказана как можно раньше в порядке само- и взаимопомощи и личным составом гражданской обороны.

Для оказания первой медицинской помощи пораженным в составе спасательных (сводных) отрядов (команд) объектов гражданской обороны в очаг вводятся санитарные дружины. Командир отряда ставит им задачу, определяя место и время выполнения работы по оказанию пораженным первой медицинской помощи, выделяет из отряда носильщиков для выноса пораженных до места их погрузки на транспорт и осуществления погрузки.

Непосредственное руководство санитарной дружиной по вопросам оказания медицинской помощи осуществляет начальник МС ГО пострадавшего объекта через начальника медицинского пункта спасательного (сводного) отряда. Помощь им в этом осуществляет заместитель начальника отряда первой медицинской помощи (ОПМ) по массовым формированиям, который обеспечивает также пополнение санитарных дружин средствами оказания медицинской помощи.

Первая врачебная помощь - комплекс лечебно-профилактических мероприятий, выполняемых врачами на первом этапе медицинской эвакуации с целью устранения последствий поражения, непосредственно угрожающих жизни пораженного, предупреждения развития в дальнейшем раневой инфекции и подготовки пораженных к эвакуации. Ее оказывают врачи, имеющие общеврачебную подготовку, и врачи-хирурги общего профиля.

Оказание пострадавшим первым врачебной помощи в ближайшие часы с момента поражения в прибывших в очаг отрядах первой медицинской помощи, сохранившихся в очаге лечебно-профилактических учреждений, обеспечит эффективную борьбу за спасение жизни большинству из них. Они явятся первым этапом медицинской эвакуации на пути выноса и вывоза пораженных за пределы очага массовых потерь, обеспечивающим первую врачебную помощь с выполнением хирургических вмешательств по неотложным жизненным показателям (окончательная остановка сердца и др.) Наряду с оказанием пораженным медицинской помощи по жизненным показателям им обеспечивается проведение мероприятий по подготовке к эвакуации (исправление дефектов повязок, средств иммобилизации, введение обезболивающих и других лекарственных средств), а также по профилактике раневой инфекции (введение антибиотиков, противостолбнячной, противостолбнячной сыворотки и др.). Первичную хирургическую обработку ран при отсутствии жизненных показателей целесообразно отсрочить под прикрытием антибиотиков, Местное применение антибиотиков в виде аэрозоля при лечении ран в 2,5 раза уменьшает вероятность возникновения раневой инфекции.

Первая врачебная медицинская помощь должна быть оказана как можно раньше с момента поражения.

Общие принципы первой медицинской помощи

Первая медицинская помощь - это комплекс простейших медицинских мероприятий, выполняемых на месте получения повреждения в порядке само- и взаимопомощи, а также участниками спасательных работ с использованием табельных и подручных средств. Основная цель первой медицинской помощи - спасение жизни пострадавшего, устранение продолжающего воздействия поражающего фактора и быстрейшая эвакуация его из зоны поражения.

Оптимальный срок оказания первой медицинской помощи - до 30 мин. после получения травмы, при отравлении - до 10 мин. При остановке дыхания это время сокращается до 5 - 7 мин. Важность фактора времени подчёркивается хотя бы тем, что среди лиц, получивших первую медицинскую помощь в течение 30 мин. после травмы, осложнения возникают в два раза реже, чем у лиц, которым помощь была оказана позже этого срока.

Каждые 20 из 100 погибших могли быть спасены, если бы помощь оказывалась своевременно и правильно на месте происшествия.

Отсутствие же помощи в течение 1 часа после травмы увеличивает количество летальных исходов среди тяжело пораженных на 30 %, до 3-х часов - на 60 % и до 6-ти часов - на 90 %, то есть, количество погибших возрастает почти вдвое.

Время от момента травмы, отравления и других несчастных случаев до момента получения помощи должно предельно сокращено.

Прежде всего, необходимо прекратить действие повреждающих факторов: извлечь из-под завалов или воды, потушить горящую одежду, вынести из горящего помещения или зоны заражения ядовитыми веществами, извлечь из машины и т. д.

Важно уметь быстро и правильно оценить состояние пострадавшего. При осмотре сначала установить, жив он или мёртв, затем определить тяжесть поражения, состояния, продолжается ли кровотечение.

Признаки жизни:

- Наличие пульса на сонной артерии.
- Наличие самостоятельного дыхания. Устанавливается по движению грудной клетки, по дыхательному шуму.
- Реакция зрачка на свет. Если открытый глаз пострадавшего закрыть рукой, а затем быстро отвести её в сторону, то зрачок сузится.

Признаки смерти:

- Отсутствие пульса на центральных артериях.
- Отсутствие реакции зрачка на свет.
- Помутнение и высыхание роговицы глаз.

- При сдавливании глаза с боков пальцами зрачок сужается и напоминает кошачий глаз.

- Появление трупных пятен и трупного окоченения.

Необходимо знать не только правила оказания первой медицинской помощи при различных повреждениях, но и то, чего делать нельзя, чтобы не ухудшить состояние пострадавшего.

Помните, что нельзя:

- Трогать и перетаскивать пострадавшего на другое место, если ему не угрожает огонь, обвал здания, если ему не требуется делать искусственное дыхание и оказывать срочную медицинскую помощь. Накладывая повязку, шину, не делайте того, что причинит дополнительную боль, ухудшит самочувствие пострадавшего.

- Вправлять выпавшие органы при повреждении грудной и особенно брюшной полостей.

- Давать воду или лекарство для приёма внутрь пострадавшему без сознания.

- Прикасаться к ране руками или какими-либо предметами.

- Удалять видимые инородные тела из раны брюшной, грудной или черепной полостей. Оставьте их на месте, даже если они значительных размеров и легко могут быть удалены. При попытке их удаления возможны значительные кровотечения или другие осложнения. До прибытия скорой помощи накройте перевязочным материалом и осторожно забинтуйте.

- Оставлять на спине пострадавшего без сознания, особенно при ноте и рвоте. В зависимости от состояния его нужно повернуть на бок или, в крайнем случае, повернуть вбок его голову. - Снимать одежду и обувь у пострадавшего в тяжёлом состоянии, следует лишь разорвать или разрезать их.

- Позволять пострадавшему смотреть на свою рану. Не усугубляйте его состояние вашим озабоченным видом, оказывайте помощь спокойно и уверенно, успокаивая и подбадривая его.

- Пытаться вытащить потерпевшего из огня, воды, здания, грозящего обвалом, не приняв должных мер для собственной защиты. Перед тем как оказывать первую медицинскую помощь, осмотритесь, чтобы вовремя заметить возможный источник опасности - угрозу обвала, пожар, взрыв, разрушение сооружений и газо - водо - канализации, подъём воды, начало движения снежных масс, грунта и т. д.

Постарайтесь обезопасить себя и пострадавшего. Держите его в тепле, используйте все возможности для его согревания, при отсутствии одеял и грелок, применяйте бутылки с горячей водой, кирпичи и камни, нагретые на костре. Если у пострадавшего не повреждены брюшные органы и он в сознании, давайте ему как можно больше питья, лучше всего воды с добавлением соли (одна чайная ложка) и питьевой соды (половина чайной ложки) на 1 литр воды.

При повреждениях брюшной полости вместо питья следует прикладывать к губам смоченные водой салфетки, носовые платки, губки.

Специализированная медицинская помощь

Специализированная медицинская помощь - комплекс лечебно-профилактических мероприятий, выполняемых врачами-специалистами в лечебных учреждениях МС ГО загородной зоны с использованием специального медицинского оснащения и оборудования. Она является высшим видом медицинской помощи и ее оказанием завершается полный объем медицинской помощи, т.е. она носит исчерпывающий характер с последующим лечением пораженных до окончательного исхода.

Специализированная медицинская помощь в принятой системе лечебно-эвакуационного обеспечения организуется за пределами очага массового поражения в больницах МС ГО загородной зоны, развертываемых на базе лечебно-профилактических учреждений сельской местности и эвакуированных из города.

Этап медицинской помощи пострадавшему населению дополняется этапом медицинской эвакуации пораженных из очага чрезвычайной ситуации. Этапы медицинской помощи и этап медицинской эвакуации составляют лечебно-эвакуационные мероприятия медицинской защиты населения при чрезвычайной ситуации.

Медицинская эвакуация - это система мероприятий по эвакуации из районов (очагов) возникновения санитарных потерь пораженных (больных), нуждающихся в медицинской помощи и лечении за их пределами.

Медицинская эвакуация начинается с организованного вывоза и выноса пораженных с объектов (участков) поражений, из районов стихийных бедствий и крупных аварий, где обеспечивается оказание им первой медицинской помощи, и завершается с поступлением их в лечебные учреждения, оказывающие полный объем медицинской помощи и обеспечивающие окончательное лечение. Быстрая доставка пораженных на конечные этапы медицинской эвакуации является одним из главных средств достижения своевременности в оказании медицинской помощи и объединения рассредоточенных на местности во времени лечебно-эвакуационных мероприятий в одно целое. Наряду с этим эвакуация обеспечивает высвобождение от пострадавших работающих в очаге поражения медицинских формирований. В то же время любая транспортировка неблагоприятно влияет на состояние пораженных и течение патологического процесса.

В зависимости от условий для эвакуации пораженных используется специальный, приспособленный и неприспособленный автомобильный, железнодорожный, водный и авиационный транспорт, выделенный для этого начальниками гражданской обороны объектов народного хозяйства, районов, областей, краев, республик.

Санитарно-гигиенические и противоэпидемические мероприятия в комплексе медицинской защиты населения при чрезвычайных ситуациях

Разрушения, большое количество пострадавших, осуществление в полном объеме эвакуационных мероприятий при чрезвычайных ситуациях приводит к скоплению больших масс населения в загородных зонах. В местах рассредоточения рабочих и служащих предприятий и размещения эвакуированного городского населения складываются неблагоприятные санитарно-бытовые условия, вследствие чего создаются предпосылки для возникновения желудочно-кишечных и других инфекционных заболеваний среди населения, особенно в летнее время.

Основные мероприятия по обеспечению санитарного и эпидемического благополучия в этих условиях проводят СЭС. Они осуществляют гигиеническую оценку санитарной обстановки и дают рекомендации по оптимальному поведению населения, участвуют в проведении мероприятий по защите и предотвращению распространения инфекционных заболеваний.

Для проведения санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий используются также:

- инфекционные больницы (отделения);
- медицинские работники санитарно-гигиенического и противоэпидемического профиля, работающие в медицинских и других учреждениях;
- дезинфекционные (стационарные и передвижные) камеры и санитарные пропускники независимо от ведомственной принадлежности, бани, прачечные и другие коммунальные учреждения;
- гидрометеорологические станции, ветеринарные агрохимические лаборатории.

При организации противоэпидемических мероприятий среди населения особое внимание уделяется следующим вопросам:

- проведению непрерывной противоэпидемической разведки с целью обнаружения в возможно ранние сроки инфекционных больных;
- организации выборочного бактериологического контроля за водой и продуктами, поступающими на снабжение населения;
- активному выявлению и изоляции (госпитализации) инфекционных больных подозрительных на эти заболевания лиц;
- организации и проведении профилактической и текущей дезинфекции, а также дезинфекции в эпидемических очагах с привлечением к этой работе личного состава санитарных дружин и населения.

Чрезвычайные ситуации, как правило, затрагивают большие массы населения на обширных территориях, и велика вероятность появления большого числа пораженных, нуждающихся в экстренной помощи. В этой ситуации предотвращению жертв может способствовать только комплекс мероприятий по медицинской защите населения, включающий в себя лечебноэвакуационные, санитарно-гигиенические и противоэпидемические мероприятия.

При этом эти мероприятия должны выполняться в максимально сжатые сроки и специальными, профессионально подготовленными формированиями, которыми и являются формирования медицинской службы гражданской обороны. Но кроме этого большую роль в оказании помощи пострадавшим играет само население пораженных территорий (само- и взаимопомощь), поэтому возрастает необходимость в обучении населения основам гражданской обороны.

Беда может случиться где угодно: дома, на улице, на дороге, при авариях и катастрофах. Очень часто смерть пострадавшего наступает не из-за тяжести травм, а из-за отсутствия элементарных знаний по вопросам первой медицинской помощи у оказавшихся рядом людей, иногда близких родственников, знакомых или друзей.

а) при кровотечениях и ранениях;

Кровотечение — истечение крови из кровеносных сосудов при нарушении целостности их стенки. Кровотечение называют наружным, если кровь поступает во внешнюю среду, и внутренним, если она поступает во внутренние полости организма или полые органы. По происхождению кровотечения бывают травматическими, вызванными повреждением сосудов, и нетравматическими, связанными с их разрушением каким-либо патологическим процессом или с повышенной проницаемостью сосудистой стенки. Критическая потеря крови составляет примерно 20 процентов - это 1,5 л.

В зависимости от того, какой сосуд кровоточит, кровотечение может быть капиллярным, венозным, смешанным и артериальным. (рис. 1). **Артериальное кровотечение.**

При наружном артериальном кровотечении изливающаяся кровь имеет ярко-красный (алый) цвет, из центральной части сосуда кровь бьет сильной прерывистой струей (пульсирует). Кровотечение из периферической части сосуда менее выражено и недлительное: выбросы крови соответствуют ритму сердечных сокращений.

Венозное кровотечение.

При венозном кровотечении кровь имеет темно-вишневую окраску, вытекает ровной струей без пульсации из периферической части сосуда. В случае повреждения крупной вены может отмечаться пульсирование струи крови в ритме дыхания.

Капиллярное кровотечение.

При кровотечении из капилляров и мелких сосудов кровь менее темная, чем при кровотечении из вен, выделяется равномерно из всей ее неглубокой раны или ссадины (как из губки).

Смешанное кровотечение

Имеет признаки как артериального, так и венозного кровотечения.

Опасность любого кровотечения состоит в том, что в результате него падает количество циркулирующей крови, ухудшаются сердечная деятельность и обеспечение тканей (особенно головного мозга), печени и почек кислородом. При обширной и длительной кровопотере развивается малокровие (анемия). Очень опасна кровопотеря у детей и лиц пожилого возраста, организм которых плохо приспосабливается к быстро уменьшающемуся объему циркулирующей крови. Большое значение имеет то, из сосуда какого калибра истекает кровь. Так, при повреждении мелких сосудов образующиеся кровяные сгустки (тромбы) закрывают их просвет, и кровотечение останавливается самостоятельно. Если же нарушена целостность крупного сосуда, например артерии, то кровь бьет струей, истекает быстро, что может привести к смертельному исходу буквально за несколько минут. Хотя при очень тяжелых травмах, например отрыве конечности, кровотечение может быть небольшим, т.к. возникает спазм сосудов.

Внутренние кровотечения.

Выделение крови через рот может быть связано с кровотечением из легких, верхних дыхательных путей, глотки, пищевода и желудка. Выделение пенистой алой крови изо рта характерно для легочного кровотечения, возникшего, например, при туберкулезе легких. «Кровавая» рвота часто возникает на почве язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, если язвенный процесс разрушил кровеносный сосуд. Иногда желудочное кровотечение может осложнять течение острого гастрита, опухолей желудка. Вполне достоверным признаком кровотечения из желудка и двенадцатиперстной кишки является рвота содержимым, напоминающим кофейную гущу, возможна рвота свежей и свернувшейся кровью. Через некоторое время появляется дегтеобразный стул со зловонным запахом. Наличие крови в моче свидетельствует о кровотечении из почек, мочеточников, мочевого пузыря.

Внутренние скрытые кровотечения, т. е. кровотечение в замкнутые полости тела, возникают главным образом в результате повреждения внутренних органов (печени, легкого и др.), и кровь при этом не выделяется наружу. Такое кровотечение можно заподозрить лишь по изменениям общего состояния пострадавшего и по симптомам скопления жидкости в той или иной полости. Кровотечение в брюшную полость проявляется бледностью, слабым частым пульсом, жаждой, сонливостью, потемнением в глазах, обмороком. При кровотечении в грудную полость эти симптомы сочетаются с одышкой. При кровотечении в полость черепа на первый план выступают признаки сдавления головного мозга — головная боль, нарушение сознания, расстройства дыхания, параличи и др.

Первая помощь.

Первая помощь при наружном кровотечении зависит от его характера. Так, при небольшом капиллярном или венозном кровотечении из раны на руке или ноге, достаточно наложить стерильную повязку и потуже ее прибинтовать (давящая повязка) или хорошо притянуть ватно-марлевый тампон к ране с помощью лейкопластыря. Повязка должна состоять из нескольких слоев ваты и марли. Нужно следить за тем, чтобы не перетянуть конечность слишком сильно (до посинения кожи ниже повязки). Давящая повязка позволяет остановить кровотечение из небольших артерий. Однако, при сильном артериальном или смешанном кровотечении этого недостаточно. В подобных случаях могут быть использованы другие способы: пальцевое прижатие артерии, наложение кровоостанавливающего жгута или форсированное сгибание конечности. Самым доступным из них является прижатие выше раны артерии, из которой истекает кровь. Для этого необходимо знать точки, в которых артерии могут быть прижаты к кости (рис. 2). Как правило, в них удается прощупать пульсацию артерий. Прижатие артерии пальцем или кулаком обеспечивает почти мгновенную остановку кровотечения. Однако даже очень хорошо физически развитый человек не может достаточно долго продолжать прижатие, т.к. уже через 10—15 мин руки начинают уставать, и давление ослабевает. В связи с этим сразу же после прижатия артерии нужно предпринять попытку остановки кровотечения другим способом. Чаще для этой цели используется жгут кровоостанавливающий. После наложения жгута кровотечение должно остановиться, но если оно продолжается, то жгут нужно снять, предварительно возобновив пальцевое прижатие артерии, и наложить вновь, но уже с большим натяжением. При отсутствии фабричного жгута его можно заменить импровизированным — резиновой трубкой, галстуком, ремнем, поясом, платком, бинтом и т.п. (рис. 3), но не следует использовать проволоку. Для остановки кровотечения с помощью подручных средств используют так называемую закрутку, которую затем фиксируют отдельным бинтом.

Остановка кровотечения из сосудов конечностей возможна при форсированном их сгибании (рис. 4). Чаще этот способ применяется для остановки кровотечения из сосудов руки. Его рационально применять при интенсивном кровотечении из ран, расположенных у основания конечностей. Максимальное сгибание конечности производят в суставе выше раны и фиксируют конечность бинтами в таком положении. Так, при остановке кровотечения из ран предплечья и кисти на сгибательную поверхность локтевого сустава укладывают ватно-марлевый валик (его можно заменить небольшим валиком из материи), затем руку максимально сгибают в локте, притягивая с помощью бинта или ремня предплечье к плечу до исчезновения пульса на запястье, прекращения истечения крови из раны. В таком положении руку фиксируют бинтом (ремнем). При кровотечениях из верхней части плеча и подключичной области, которое может быть смертельным, заводят оба плеча за спину со сгибанием в локтевых суставах, после чего их связывают с помощью бинта (ремня и т.п.). В этом случае сдавливаются артерии с обеих сторон. При остановке кровотечений из ран ниже колена пострадавшего укладывают на спину, в подколенную область помещают ватно-марлевый валик, бедро приводят к животу, а голень сгибают и фиксируют к бедру бинтом или ремнем. Кровотечение из бедренной артерии останавливают сгибанием нижней конечности в тазобедренном суставе, предварительно поместив в паховую область валик. После остановки кровотечения бедро фиксируют ремнем к туловищу. Однако далеко не во всех случаях удается полностью остановить кровотечение при форсированном сгибании конечностей, в ряде случаев этот способ нельзя использовать, например при переломах.

При любом кровотечении поврежденной части тела придают возвышенное положение и обеспечивают покой (транспортная иммобилизация). Окончательная остановка кровотечения проводится в лечебном учреждении, в которое немедленно должен быть доставлен пострадавший.

Желудочно-кишечное кровотечение. Первая помощь направлена на создание условий, способствующих снижению интенсивности кровотечения вплоть до его остановки. Показаны абсолютный покой, местно применяют холод (пузырь со льдом, с холодной водой) на область предполагаемого кровотечения, можно давать проглатывать мелкие кусочки льда. Больного необходимо быстро доставить в лечебное учреждение (транспортировка на носилках).

Кровохарканье. Первая помощь при кровотечении заключается в том, чтобы придать больному возвышенное, полусидячее положение, успокоить его, запретить двигаться и разговаривать, положить на грудь пузырь со льдом. Больной нуждается в срочной врачебной помощи для выяснения причин К. и лечения.

Носовое кровотечение. Первая помощь. При носовом кровотечении больного следует уложить в постель, приподняв верхнюю половину туловища, и попытаться остановить кровотечение, вводя в передний отдел носа марлю или вату, смоченную перекисью водорода, что может сделать и сам больной; на переносицу кладут платок, смоченный холодной водой; при продолжающемся кровотечении к затылку прикладывают пузырь со льдом. Не следует запрокидывать голову больного, т.к. кровь в этом положении будет незаметно стекать по стенке глотки. После остановки кровотечения больному следует полежать и в ближайшие дни избегать резких движений, не сморкаться, не принимать горячей пищи. Если остановить кровотечение не удастся, необходимо вызвать врача. Поскольку часто повторяющиеся носовые кровотечения, как правило, являются симптомом какого-либо местного или общего заболевания, необходимо обследование **Правила наложения кровоостанавливающего жгута или закрутки:**

- 1) Применять только при артериальном кровотечении.
- 2) Накладывать выше раны (ближе к туловищу).
- 3) Накладывать на одежду или на подкладку, чтобы не ущемить кожу.
- 4) Затягивать до полной остановки кровотечения, продолжение кровотечения – признак слабого затягивания жгута.
- 5) Под жгут положить записку, на которой указать время и дату наложения. Если нет бумаги, можно написать на коже или ткани.
- 6) После укрепления жгута или закрутки на рану накладывается стерильная повязка.

Техника наложения резинового жгута:

- 1) Жгут растянуть и, обведя 2-3 раза вокруг конечности, сцепить или связать концы. Круги жгута должны находиться рядом друг с другом.
- 2) Закрутку можно сделать из носового платка, веревки или оторванной от рубашки полоски.
- 3) Связать концы и затянуть палочкой так, чтобы остановилось кровотечение.
- 4) Конец палки-закрутки обязательно привязать к конечности отдельным шнуром. Техника наложения жгута закрутки

ПОМНИТЕ! Жгут или закрутка может находиться на конечности не более 2 часов, а зимой – не более 1,5 часов.

Не забывайте делать отметки о времени наложения жгута (в т.ч. и о времени, когда распускали для восстановления кровотока).

Во время доставки пострадавшего в больницу через 1-1,5 часа следует распустить жгут или закрутку на 10-15 минут для восстановления кровотока. На это время необходимо сделать пальцевое прижатие! После этого – наложить жгут или закрутку снова, но выше предыдущего положения.

Не забывайте, жгут накладывают лишь при сильном артериальном кровотечении, а во всех остальных случаях применять его не рекомендуется. Для предупреждения травмирования кожных покровов под жгут обязательно подкладывают мягкий материал (салфетка, бинт или любая имеющаяся ткань). Конечность следует несколько поднять вверх. Жгут берут двумя руками, используя его среднюю часть, подводят под конечность, растягивают и делают несколько туров (рядом друг с другом и не ущемляя кожи) вокруг конечности до прекращения кровотечения. Наиболее тугим должен быть первый тур, с небольшим натяжением, препятствующим расслаблению первого тура, - последующие. Концы жгута закрепляют цепочной и крючком поверх всех туров. При правильно наложенном жгуте артериальное кровотечение сразу прекращается, конечность бледнеет, пульсация сосудов ниже жгута не определяется. При слишком сильном сдавлении тканей в большей степени травмируются нервные стволы конечности и быстро появляются сильнейшие боли в области жгута, иногда приносящие большие страдания пораженному, чем сами повреждения. Слабо наложенный жгут кровотечения не останавливает, а создает венозный застой (конечность приобретает синюшную окраску) и венозное кровотечение усиливается. Время наложения жгута (с указанием даты, часа и минут) указывают в записке, которую подкладывают под жгут. Жгут на конечность накладывают в летнее время не более чем на 1,5-2 часа, в зимнее – на 1-1,5 часа. Если указанное время истекло, то жгут следует на 10-15 мин ослабить (артериальное кровотечение в это время предупреждается пальцевым прижатием артерии), а затем снова наложить на 1 см выше или ниже предыдущего места. Если возникает необходимость, то это повторяют неоднократно, через 1 час в теплое время и 0,5 часа – в холодное, при этом каждый раз делают отметку в записке. Жгут должен лежать так, чтобы он был виден.

Ошибки при наложении жгута: а) слишком слабое затягивание вызывает сдавливание только вен, в результате чего кровотечение усиливается; б) слишком сильное затягивание, особенно на плече, приводит к повреждению нервных стволов и параличу конечности; в) наложение жгута непосредственно на кожу приводит, как правило, через 40 — 60 минут к сильным болям в месте его наложения.

Закрутка.

Платок, косынку, галстук или другие предметы используют для наложения закрутки.

Закрутка – широко применяемый метод временной остановки артериального кровотечения подручными средствами. На конечность выше места ранения циркулярно накладывают продольно свернутую косынку (платок или бинт); концы косынки завязывают. Под узел подводят палку (шипок) длиной как обычный карандаш и закручивают ее до тех пор, пока не прекратится кровотечение. При каждом новом повороте шпока узел надо оттягивать от кожи или подкладывать под него прокладку из картона или фанеры. Чтобы закрутка не распустилась, конец палки фиксируют к конечности отдельно.

Давящая повязка

Давящая повязка обычно применяется для остановки кровотечения из поврежденных вен, а также из относительно небольших артерий на голове, лице, в ягодичной области, когда кровь вытекает из небольших сосудов под невысоким давлением. Для давящей повязки применяют платок, бинт, полосы бельевой ткани.

Для временной остановки кровотечения из артерий кисти и стопы не обязательно накладывать жгут. Как правило, бывает достаточно прибинтовать тугий валик из стерильных салфеток или подручных средств к месту ранения и придать конечности возвышенное положение. Жгут применяют только при обширных множественных ранениях кисти или стопы. Кровотечение из пальцевых артерий останавливают тугой давящей повязкой.

Артериальное кровотечение в области волосистой части головы, на шее и туловище останавливают путем тугой тампонады раны стерильными салфетками. Поверх салфеток можно положить неразвернутый бинт из стерильной упаковки и максимально плотно прибинтовать его.

При небольшом венозном кровотечении из раны на руке или ноге достаточно наложить стерильную повязку на поврежденное место и потуже ее забинтовать (давящая повязка) или хорошо притянуть ватно-марлевый тампон к ране с помощью лейкопластыря. Повязка должна состоять из нескольких слоев ваты и марли. Нужно следить за тем, чтобы не пережать конечность слишком сильно (до посинения кожи ниже повязки).

При кровотечении из капилляров и других мелких сосудов необходимо обработать края раны 5 процентным раствором йода, закрыть рану стерильным бинтом. Первая медицинская помощь оказывается на месте поражения, а ее вид определяется характером повреждений, состоянием пострадавшего и конкретной обстановкой в зоне чрезвычайной ситуации. Прежде всего необходимо знать, как обнаружить признаки жизни. Пульс определяется на шее, где проходит сонная артерия или на внутренней части предплечья.

ПРАВИЛА И ТЕХНИКА ПРОВЕДЕНИЯ ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ И РАНЕНИЯХ

Рана — это повреждение целостности кожных покровов тела, слизистых оболочек в результате механического воздействия.

Признаки ранения всегда налицо: боль, расходящиеся края раны и кровотечение. Любая рана должна быть закрыта, так как через неё проникают различные микроорганизмы, способные вызвать гнойные осложнения кожи и нижележащих тканей, внутренних органов. Лечение ссадин, уколов, мелких порезов заключается в смазывании поражённого места 5%-м раствором йода или 2%-м раствором бриллиантовой зелени и наложением стерильной повязки. Мелкие раны, царапины, уколы, порезы можно смачивать клеем БФ, обладающим дезинфицирующим свойством. Загрязнённую кожу следует очистить кусочками марли, смоченной одеколоном, спиртом или бензином. Нужно хорошо помнить, что ни в коем случае нельзя промывать саму рану.

Для наложения повязок используются как табельные средства, серийно выпускаемые промышленностью (бинты и салфетки стерильные и нестерильные в упаковках, перевязочные пакеты индивидуальные), так и из подручных материалов (чистые хлопчатобумажные ткани и изделия из них).

Лечение более глубоких и обширных ран в принципе такое же, но они обычно сопровождаются кровотечением. В зависимости от того, какой ранится кровеносный сосуд, различают три вида кровотечений: артериальное, венозное и капиллярное.

При артериальном кровотечении кровь алого цвета, из раны бьёт фонтанчиком. При венозном кровотечении кровь тёмного цвета, из раны вытекает маленькой струёй. Капиллярное кровотечение характеризуется тем, что кровь просачивается мелкими каплями из повреждённых тканей. В зависимости от вида кровотечения применяются различные способы его остановки.

Способы остановки кровотечений

Различаются временные и постоянные способы остановки кровотечения. Первые применяются на месте происшествия в порядке взаимопомощи, вторые — в лечебных учреждениях. Необходимо хорошо знать временные способы остановок кровотечений, к которым относятся: прижатие пальцем кровоточащего сосуда к кости выше места ранения, максимальное сгибание конечности в суставе и наложение жгута или закрутки.

Способ пальцевого прижатия кровоточащего сосуда к кости применяется на короткое время, необходимое для приготовления жгута или давящей повязки. Наиболее легко это сделать там, где артерия проходит вблизи кости или над нею.

Кровотечение из раны головы можно остановить или уменьшить, прижав на стороне ранения височную артерию, которая проходит в 1-1,5 см впереди ушной раковины, где можно легко обнаружить её пульсацию. При кровотечении из раны, расположенной на шее, прижимают сонную артерию на стороне ранения ниже раны: пульсацию этой артерии можно обнаружить сбоку от трахеи (дыхательного горла). При расположении раны высоко на плече, вблизи плечевого сустава или в подмышечной области остановить кровотечение можно прижатием подключичной артерии в ямке над ключицей. В случае кровотечения из средней части плеча сдавливается плечевая артерия, для чего кулак оказывающего помощь помещается в подмышечной впадине и там плотно фиксируется прижатием плеча поражённого к туловищу. При кровотечении из раны в области предплечья плечевую артерию прижимают к плечевой кости у внутренней поверхности двуглавой мышцы четырьмя пальцами руки. Эффективность прижатия проверяют по пульсации лучевой артерии. Кровотечение

из кисти следует остановить прижатием лучевой или локтевой артерии. Остановить кровотечение при ранении бедра можно прижатием бедренной артерии, находящейся в верхней части бедра. При кровотечении из голени следует прижать подколенную артерию обеими руками. Большие пальцы кладут на переднюю поверхность коленного сустава, а остальными пальцами нащупывают артерию в подколенной ямке и прижимают к кости. Следует иметь в виду, что прижатие артерии к кости требует значительных усилий, и пальцы быстро устают. Даже физически очень сильный человек не может это делать более 15—20 минут.

Виды повязок. Правила и приёмы наложения повязок на раны

На мелкие кровоточащие артерии и вены накладывается давящая повязка: рана закрывается несколькими слоями стерильной марли, бинта или подушечками из индивидуального перевязочного пакета. Поверх стерильной марли кладётся слой ваты и накладывается круговая повязка, причём перевязочный материал, плотно прижатый к ране, сдавливает кровеносные сосуды и способствует остановке кровотечения.

Однако при сильном кровотечении для его остановки следует наложить жгут. Наложение жгута применяется в основном для крупных сосудов конечностей.

Методика его наложения сводится к следующему:

- придать (по возможности) повреждённой конечности возвышенное положение;
- на обнажённую часть конечности, выше раны, наложить салфетку, сделать несколько ходов бинта или использовать любую другую прокладку (одежду пострадавшего, платок и пр.); - сильно растянутый жгут наложить на конечность выше раны на прокладку так, чтобы первые 1-2 оборота жгута остановили кровотечение; - закрепить конец жгута с помощью крючка и цепочки;
- поместить под жгут записку, в которой отметить дату и время наложения жгута;
- на рану наложить асептическую повязку;
- проверить правильность наложения жгута (по прекращению кровотечения, отсутствию пульса на периферических артериях, бледному цвету кожи);
- в зимнее время конечности с наложенным жгутом обернуть ватой, одеждой.

Вместо табельного резинового жгута, который далеко не всегда может быть под рукой, может быть использован кусок тряпки, бинта, брючный ремень.

Методика наложения жгута-закрутки такая же, как при наложении жгута. Закрутку накладывают выше раны, её концы завязывают узлом с петлёй, в петлю вставляют палочку, с помощью которой закрутку затягивают до прекращения кровотечения и закрепляют бинтом. В случаях, если под рукой ничего нет, то временную остановку кровотечения можно осуществить максимальным сгибанием конечности в суставе.

Необходимо помнить, что жгут может быть использован на срок не более 2 часов, так как в противном случае конечность омертвеет. При первой же возможности жгут снимают. Если нет такой возможности, то через 1,5-2 часа следует немного отпустить жгут на 1-2 мин. до покраснения кожи и снова затянуть его.

Венозное и капиллярное кровотечение достаточно успешно останавливается наложением давящей повязки.

После остановки кровотечения кожа вокруг раны обрабатывается раствором йода, бриллиантовой зелени, спиртом, водой или, в крайнем случае, одеколоном. Ватным или марлевым тампоном, смоченным одной из этих жидкостей, кожу смазывают от края раны. Не следует заливать их в рану, так как это, во-первых, усилит боль, во-вторых, повредит ткани внутри раны и замедлит процесс заживления. Если в ране находится инородное тело, ни в коем случае не следует его извлекать.

После завершения всех манипуляций рана закрывается стерильной повязкой. Стерильная повязка (индивидуальный перевязочный пакет, стерильный бинт, чистый платок, кусок белья, проглаженный горячим утюгом с двух сторон) накладывается, не прикасаясь руками, непосредственно на рану и место, прилегающее к ней.

Мелкие повреждения кожи можно заклеить кусочком бактерицидного липкого пластыря, а поверх его положить еще кусочек лейкопластыря, на 0,5 см шире прежнего с каждой стороны. Такая повязка герметична и хорошо обеспечивает заживление ранки.

После наложения повязки и временной остановки кровотечения пострадавший обязательно направляется в больницу для первичной хирургической обработки раны и окончательной остановки кровотечения.

б) при ушибах, переломах, вывихах, ожогах, обморожениях, тепловом и солнечном ударах

Ушиб — наиболее распространенный вид повреждения мягких тканей, когда не нарушается целостность кожного покрова.

Ушибы возникают в результате воздействия на мягкие ткани тупых предметов, при падении или ударе о твердые предметы. Для ушибов характерны сильная боль в момент получения и в первые часы после травмы, сохранение в течение определенного времени болезненности и затруднения движения в области травмированной части тела, а также появление на месте ушиба припухлости и кровоподтека (синяка). При ушибах могут повреждаться поверхностно расположенные ткани и внутренние органы. При оказании первой помощи пострадавшему накладывают давящую повязку, придают возвышенное положение пострадавшей части тела, применяют холод на месте ушиба (лед или холодную воду в пузыре, холодную примочку), создают покой.

Иногда в результате ушиба возникает носовое кровотечение. В этом случае пострадавшего следует усадить, немного наклонив туловище вперед. В кровоточащую ноздрю засунуть ватный тампон, смоченный 3-процентным раствором перекиси водорода или просто холодной водой, зажать ноздрю пальцами и держать так примерно 5 мин. На область носа можно положить пузырь со льдом или кусочек ткани, смоченной холодной водой. Не следует класть пострадавшего горизонтально или сильно закидывать голову назад, так как кровь, попадая в глотку, может вызвать рвоту. Если кровь идет сильно и, несмотря на все усилия, не останавливается необходимо вызвать скорую медицинскую помощь.

При травмах головы возможен ушиб или сотрясение головного мозга. Признаками ушиба головного мозга являются головные боли, подташнивание, иногда рвота, сознание у пострадавшего сохранено. Сотрясение головного мозга сопровождается потерей сознания, тошнотой и рвотой, сильными головными болями, головокружением. Первая помощь при ушибе и сотрясении головного мозга заключается в создании полного покоя пораженному и применении холода на голову.

Сильные ушибы груди или живота могут сопровождаться повреждением внутренних органов и внутренним кровотечением. В этом случае на место ушиба необходимо положить холод и срочно доставить пораженного в медицинское учреждение.

Для транспортировки пораженного применяются санитарные носилки (рис. 63). При их отсутствии носилки можно изготовить из подручных материалов: из двух жердей, соединенных деревянными распорами и переплетенных лямками (веревкой, ремнями), из тюфячной наволочки и двух жердей, из двух мешков и двух жердей и т. п. Можно переносить пораженного на спине, на плече, на руках с использованием и без использования подручных средств (лямок, ремней и др.).

Перелом

Перелом — это полное или частичное нарушение целостности кости, возникшее при внешнем механическом воздействии.

Переломы могут быть закрытыми и открытыми. При закрытых переломах не нарушается целостность кожных покровов, при открытых — в месте перелома имеется рана. Наиболее опасны открытые переломы.

Основные признаки переломов: боль, припухлость, кровоподтек, ненормальная подвижность в месте перелома, нарушение функции конечности. При открытых переломах в ране могут быть видны обломки костей.

При открытом переломе края открытой раны (по ее окружности) обработайте так же, как и в случае ранения.

При переломе (открытом или закрытом) конечности исключите возможность ее движения. Неподвижность (иммобилизация) в месте перелома обеспечивают наложением специальных шин или подручными средствами путем фиксации двух близлежащих суставов (выше и ниже перелома). Предварительно шину следует выстелить ватой, мхом, тряпкой и т. п. Основные виды шин: металлические лестничные и сетчатые, фанерные, специальная деревянная Дигерихса. Подручными средствами для изготовления шин могут служить полоски фанеры, палки, тонкие доски, различные бытовые предметы, используя которые можно обеспечить неподвижность в месте перелома.

При переломе костей черепа пораженного укладывают на носилки животом вниз, под голову (лицо) подкладывают мягкую подстилку с углублением или используют ватно-марлевый круг.

Поврежденные верхнюю и нижнюю челюсти фиксируют пращевидной повязкой, при этом голову поворачивают набок во избежание западения языка, который может закрыть дыхательное горло и вызвать удушье.

При переломах ключицы на область надплечий накладывают два ватно-марлевых кольца, которые связывают на спине, руку подвешивают на косынке.

При переломах ребер на грудную клетку в состоянии выдоха накладывают тугую бинтовую повязку или стягивают грудную клетку полотенцем и зашивают его.

При переломах костей таза пораженного укладывают на спину на твердый щит (фанеру, доски), под колени подкладывают скатанное пальто или одеяло, так, чтобы нижние конечности были полусогнуты в коленных суставах и слегка разведены в стороны.

При переломах позвоночника в грудном и поясничном отделах пострадавшего укладывают на твердый щит животом вниз, а при переломах в шейном отделе — на спину.

Главной опасностью при переломах может оказаться травматический шок, основной причиной которого являются болевые ощущения. Особенно часто развивается шок при открытых переломах с артериальным кровотечением.

Травматический шок — опасное для жизни осложнение тяжелых поражений, которое характеризуется расстройством деятельности центральной нервной системы, кровообращения, обмена веществ и других жизненно важных функций.

Причиной шока могут быть однократные или повторные тяжелые травмы. Особенно часто шок наступает при больших кровотечениях, в зимнее время — при охлаждении раненого. В зависимости от времени появления признаков шока, он может быть первичным и вторичным.

Первичный шок появляется в момент нанесения травмы или вскоре после нее. Вторичный шок может возникать после оказания помощи пораженному вследствие небрежной его транспортировки.

В развитии травматического шока различают две фазы — возбуждение и торможение. Фаза возбуждения развивается сразу же после травмы как ответная реакция организма на сильнейшие болевые раздражители. При этом пораженный проявляет беспокойство, мечется от боли, кричит, просит о помощи. Эта фаза кратковременная (10-20 мин) и не всегда может быть обнаружена при оказании первой медицинской помощи. Вслед за ней наступает торможение: при полном сознании пораженный не просит о помощи, заторможен, безучастен к окружающему, все жизненно важные функции угнетены, тело холодное, лицо бледное, пульс слабый, дыхание едва заметное.

В зависимости от тяжести течения различают четыре степени травматического шока: легкую, средней тяжести, тяжелое шоковое состояние, крайне тяжелое шоковое состояние. Основные виды профилактики шока: устранение или ослабление

боли после получения травмы, остановка кровотечения, исключение переохлаждения, бережное выполнение приемов первой медицинской помощи и щадящая транспортировка. При оказании первой медицинской помощи пораженному в состоянии шока необходимо остановить опасное для жизни кровотечение, ввести шприц-тюбиком противоболевое средство, защитить от холода, при наличии переломов провести транспортную иммобилизацию.

В тех случаях, когда шприц-тюбик с противоболевым средством отсутствует, пораженному в состоянии шока, если нет проникающего ранения живота, можно дать алкоголь (вино, водку, разведенный спирт), горячий чай, кофе. Пораженного укрывают одеялом и как можно быстрее бережно на носилках транспортируют в медицинское учреждение.

Важно также помнить, что при наличии перелома кровоостанавливающий жгут можно накладывать на самые минимальные сроки.

Переломы не всегда легко распознать, поэтому в сомнительных случаях первую медицинскую помощь оказывают так же, как при переломах.

Основное правило оказания первой медицинской помощи при переломах — выполнение в первую очередь тех приемов, от которых зависит сохранение жизни пораженного: остановка артериального кровотечения, предупреждение травматического шока, а затем наложение стерильной повязки на рану и проведение иммобилизации табельными или подручными средствами.

Основная цель иммобилизации — достижение неподвижности костей в месте перелома. При этом уменьшаются боли, что способствует предупреждению травматического шока. Приемы проведения иммобилизации должны быть щадящими.

Способы и очередность выполнения приемов первой медицинской помощи при переломах определяется тяжестью и локализацией (местом) перелома, наличием кровотечения или шока. При наложении повязки на рану и проведении иммобилизации нельзя допустить смещения обломков костей и превращения закрытого перелома в открытый. **Вывих**

Вывихи — смещение суставной поверхности костей одна относительно другой.

Вывих характеризуется припухлостью, изменение конфигурации сустава, сильные боли при малейшем движении. Поэтому первая помощь при вывихе должна быть направлена, прежде всего, на уменьшение боли — холодные примочки и лед на пострадавшее место, а при наличии — применение обезболивающих средств (анальгина, амидопирина). Затем следует зафиксировать конечность в том положении, которое она приняла после травмы и обратиться к врачу. Недопустимо «вправлять» вывих самостоятельно.

Растяжение связок

Растяжения связок чаще всего бывают в голеностопном и кистевом суставах.

Признаками растяжения являются резкая боль, быстро проявляющаяся припухлость, кровоподтек, болезненность движений в суставе. При растяжении необходимо придание возвышенного положения пострадавшей части тела, применение холода и обезболивающих средств, а также тугая повязка на сустав и обеспечение покоя и неподвижности.

В условиях длительного сдавливания мягких тканей отдельных частей тела, нижних или верхних конечностей при падении человека в завал может развиваться очень тяжелое поражение, получившее название синдрома длительного сдавливания конечностей или травматического токсикоза. Оно обусловлено всасыванием в кровь токсических веществ, являющихся продуктами распада размозженных мягких тканей.

Пораженные с травматическим токсикозом жалуются на боли в поврежденной части тела, тошноту, головную боль, жажду. На поврежденной части видны ссадины и вмятины, повторяющиеся очертания выступающих частей давивших предметов. Кожа бледная, местами синюшная, холодная на ощупь. Поврежденная конечность через 30–40 мин после освобождения ее начинает быстро отекает.

В течение травматического токсикоза различают 3 периода: ранний, промежуточный и поздний. В раннем периоде сразу же после травмы и в течение двух часов пораженный возбужден, сознание сохранено, он пытается освободиться из завала, просит о помощи. После пребывания в завале в течение двух часов наступает промежуточный период. В организме нарастают токсические явления. Возбуждение проходит, пораженный становится относительно спокойным, подает о себе сигналы, отвечает на вопросы, периодически может впадать в дремотное состояние, отмечается сухость во рту, жажда, общая слабость. В поздний период общее состояние пострадавшего резко ухудшается: появляется возбуждение, неадекватная реакция на окружающее, сознание нарушается, возникает бред, озноб, рвота, зрачки сначала сильно суживаются, а затем расширяются, пульс слабый и частый. В тяжелых случаях наступает смерть.

При оказании первой медицинской помощи при синдроме длительного сдавливания после извлечения пострадавшего из завала на раны и ссадины накладывают стерильную повязку. Если у пораженного холодные, синюшного цвета, сильно поврежденные конечности, на них накладывают выше места сдавливания жгут. Это приостанавливает всасывание токсических веществ из раздавленных мягких тканей в кровеносное русло. Жгут надо накладывать не очень туго, чтобы полностью не нарушить притока крови к поврежденным конечностям. В случаях, когда конечности теплые на ощупь и повреждены не сильно, на них накладывают тугую бинтовую повязку. После наложения жгута или тугой бинтовой повязки поврежденные конечности обкладывают пузырями со льдом или тканью, смоченной холодной водой, а самому пораженному вводят противоболевое средство, а при его отсутствии ему дают алкоголь, горячий чай, кофе и тепло укрывают. Поврежденные конечности, даже при отсутствии переломов, иммобилизуют шинами или с помощью подручных средств, и как можно скорее доставляют пораженного в медицинское учреждение.

Необходимость срочно оказать первую помощь своим близким, а нередко и совершенно незнакомым людям возникает при несчастных случаях, внезапных заболеваниях и болезненных состояниях. Как правильно поступать в этих ситуациях? Как быстро и реально помочь попавшему в беду человеку и при этом не причинить ему дополнительную травму своими неумелыми действиями?

В большинстве своем случайные травмы и повреждения бывают нетяжелыми, и лечение их сводится к оказанию простейших приемов первой помощи. Однако каждый человек должен быть готов к более серьезным происшествиям, при которых могут потребоваться меры по спасению жизни и даже проведение реанимации, как, например, при остановке дыхания. В подобных случаях все решает точная и быстрая оценка необходимых действий, что требует не только присутствия духа, но и здравого смысла.

Первая медицинская помощь при ожогах

Массовые термические ожоги возникают у населения в очагах ядерного поражения от воздействия светового излучения и вследствие пожаров. Нередки ожоги и при стихийных бедствиях, крупных производственных авариях, сопровождающихся пожарами, а также в быту.

Тяжесть термических ожогов зависит от глубины поражения кожи и подлежащих тканей, площади ожога и его локализации. В очагах сплошных пожаров возможны ожоги верхних дыхательных путей раскаленным воздухом, а также отравлением людей угарным газом. Световое излучение ядерного взрыва вызывает у незащищенных людей "профильные" ожоги, т.е. ожоги на той части и поверхности тела, которая обращена к месту взрыва, и на более значительных расстояниях - поражение сетчатки глаза или временное ослепление.

В быту наблюдаются ожоги кипятком, паром, солнечной радиацией. В зависимости от глубины поражения кожи и подлежащих тканей ожоги делятся на 4-е степени: легкую (1-ая), средней тяжести (2-я), тяжелую (3-я) и крайне тяжелую (4-ю).

Ожоги вызывают общее поражение организма: нарушение функций центральной нервной системы, изменения состава крови, отклонения в работе внутренних органов. Чем глубже поражение кожи и подлежащих тканей и больше площадь ожога, тем тяжелее общее состояние пораженного.

Первая помощь состоит в прекращении действия поражающего фактора. При ожогах пламенем следует потушить горящую одежду, вынести пострадавшего из зоны пожара; при ожогах горячими жидкостями или расплавленным металлом – быстро удалить одежду с области ожогов. Для прекращения воздействия температурного фактора необходимо быстрое охлаждение пораженного участка тела путем погружения в холодную воду, под струю холодной воды или орошением хлорэтилом. Нельзя тушить пламя руками, сбивать его каким-либо предметом. Пострадавшего надо облить водой, а при отсутствии воды положить его и накрыть одеялом, одеждой, плотной тканью, чтобы прекратить доступ кислорода к горящей одежде. Тлеющую одежду надо снять или обстричь, при этом стараться не допустить нарушения целостности ожоговой поверхности. Не рекомендуется совсем раздевать пораженного, особенно в холодное время года. Прилипшую к ожогу одежду обрезают. Нельзя прокалывать пузыри, смазывать поверхность ожога жиром, различными мазями, присыпать порошком, прикасаться к ожогу руками. На ожоговую поверхность накладывают стерильную повязку, пораженному придают удобное положение, при котором его меньше беспокоят боли. При обширных ожогах средней, тяжелой и крайне тяжелой степени, если есть возможность, следует ввести пострадавшему противобололевое средство шприц-тюбиком, напоить его горячим чаем, тепло укрыть. В домашних условиях пораженного с обширными ожогами туловища или конечностей нужно завернуть в проглаженную утюгом простыню. При этом необходимо проследить, чтобы обожженные поверхности на сгибах суставов и в других местах не соприкасались. Пораженный нуждается в бережной транспортировке.

Отморожение

Отморожение это повреждение тканей в результате воздействия низкой температуры. Отморожению чаще всего подвергаются периферические или плохо защищенные от холода участки тела. Наиболее часто встречается отморожение пальцев ног, носа, щек, ушей, отморожение пальцев рук. Ошибочно считается, что отморожение может наступить только при минусовой температуре, при наличии мороза. На самом деле высокой влажности и холодном ветре отморожение может наступить и при нулевой температуре, и даже чуть выше.

Факторы, способствующие отморожению

Главным механизмом отморожения является нарушение кровообращения, вызванное спазмом сосудов микроциркуляторного русла. Соответственно, все те факторы, которые ухудшают кровообращение, способствуют возникновению отморожения. К таким повреждающим факторам, помимо холода, относятся:

- тесная, сдавливающая обувь или одежда;
- длительное напряжение мышц (например, сжимание рукой руля и т.п.);
- воздействие алкоголя;
- сахарный диабет, атеросклероз и другие заболевания, при которых нарушается проходимость сосудов;
- кровопотеря;
- общая ослабленность организма.

Признаки отморожения

Особенность отморожения и его главная опасность в том, что признаки отморожения проявляются в полной мере лишь спустя сутки после того, как оно произошло. Поэтому, находясь на холоде, необходимо обращать внимание на признаки нарушения кровообращения, и при их появлении принимать срочные меры.

Первыми признаками отморожения является побеление тканей. На щеках появляются белые пятна, которые замечаются чаще всего. Белеют также уши и нос, но это может остаться незамеченным, а побеление пальцев на ногах вообще невозможно определить, так как они скрыты обувью. В случае обморожения пальцев ориентироваться нужно на потерю чувствительности. Боль в периоде спазма (замерзания) не относится к характерным признакам отморожения, она возникает лишь в следующей фазе – фазе паралитического расширения сосудов. Во время замерзания возможны болевые ощущения, но, как правило, они весьма незначительны.

Повреждение тканей происходит в фазе расширения сосудов, называемой реактивным периодом отморожения. Реакция наступает после прекращения воздействия холода. Поэтому в полной мере признаки отморожения, как уже упоминалось, проявляются спустя 24 часа после того, как человек подвергся замерзанию. До окончания реактивного периода составить мнение о глубине отморожения невозможно.

Степени отморожения

В зависимости от глубины поражения, выделяют четыре степени отморожения тканей. Однако в дореактивной фазе они не имеют различий в проявлении, все признаки отморожения касаются фазы реакции:

Первая степень отморожения. Кожа багрово-красного или синего цвета, впоследствии на отмороженных участках наблюдается шелушение. Пораженные участки восстанавливаются полностью, остается только их повышенная чувствительность к холоду;

Вторая степень отморожения. Поверхностные участки дермы погибают, в результате чего образуются пузыри, сходные с таковыми при ожогах. В отличие от ожоговых пузырей, пузыри при отморожении содержат жидкость с примесью крови (геморрагическое содержимое). В последующем пораженные ткани также восстанавливаются полностью, и как при первой степени отморожения, навсегда сохраняют повышенную чувствительность к холоду;

Третья степень отморожения. Гибнет не только кожа, но и подкожная клетчатка. Вначале также возможно образование пузырей с геморрагическим содержимым, затем на их месте остаются участки омертвевших тканей. Заживление довольно долгое, на месте поражения образуется рубцовая ткань, навсегда остается косметический дефект;

Четвертая, самая тяжелая степень отморожения. Происходит гибель не только поверхностных, но иногда и глубоких тканей – кожи, подкожной клетчатки, мышц и даже костей. Омертвевшие ткани удаляются или отторгаются самостоятельно, при этом образуются грубые дефекты, деформация тканей, а иногда, особенно при отморожении пальцев, утрата части конечности. Заживление отморожений четвертой степени очень длительное, может происходить в течение нескольких месяцев.

Первая помощь при отморожении

Первая помощь при отморожении состоит в как можно более быстром прекращении воздействия холода. Пострадавшего необходимо отвести в теплое место. При этом следует помнить, что основные повреждения происходят в реактивный период, поэтому согревание, особенно после длительного пребывания на холоде, должно быть постепенным, чтобы по возможности снизить интенсивность реакции.

Лучшим способом согреть пострадавшего во время оказания первой помощи при отморожении, является теплая ванна, температуру которой повышают постепенно, начиная с 20°C и доводя до 40°C. Затем поврежденный участок тела необходимо вымыть с мылом, во избежание инфицирования, и растереть мягким полотенцем. Нельзя производить грубые растирания снегом, шерстяной тканью и т.п., чтобы не нанести дополнительные повреждения и без того пострадавшей коже.

Если нет возможности принять согревающую ванну в случае отморожения, первая помощь состоит в растирании поврежденных участков спиртом, теплой влажной тканью, или хотя бы просто энергичном массаже их для восстановления кровообращения. При наступившем отморожении пальцев необходимо массировать их довольно длительно, так как это периферический участок тела, и кровоснабжение здесь восстанавливается в последнюю очередь. Показателем того, что все делается правильно, является восстановление чувствительности, в том числе и болевой. Поэтому первая помощь при отморожении включает в себя прием обезболивающих средств.

Также первая помощь при отморожении состоит в приеме согревающего внутрь. Это могут быть горячие напитки (чай, молоко, какао), горячая пища, допустимо небольшое количество спиртного – но только тогда, когда пострадавший уже находится в тепле.

Помните, что в дореактивной фазе спиртное может значительно усугубить проблему. **Лечение отморожения**

Лечение отморожения состоит в как можно более быстром восстановлении кровообращения в поврежденных тканях, профилактике присоединения вторичной инфекции, создании условий для лучшего заживления поврежденных отморожением тканей и борьбе с интоксикацией, которая наступает при поступлении продуктов распада погибших тканей в кровь. Тактика лечения отморожения зависит от стадии.

Лечение отморожения первой и второй стадий состоит в обработке поверхностных повреждений противовоспалительными мазями и закрытии их асептической повязкой. В стадии заживления активно используют физиотерапию для регенерации тканей.

Лечение отморожения третьей и четвертой степени требует хирургического вмешательства для удаления обширных участков некроза. Хирургическое лечение отморожения проводят тогда, когда погибшие ткани ограничиваются от здоровых – на 8-14 день. Затем применяют медикаментозную терапию, направленную на борьбу с воспалением, поддержание нормального кровообращения, восстановление сил и функций организма.

Первая медицинская помощь при обморожениях

Причиной возникновения обморожений является воздействие низких температур, а при определенных условиях (мокрая и тесная обувь, неподвижное положение на холодном воздухе, алкогольное опьянение, и кровопотеря) обморожение может быть и при температуре выше 0С. Чаще подвергаются обморожению уши, нос, кисти (пальцы) рук, стопы ног. При отморожении вначале ощущаются чувство холода и жжения, затем появляется онемение. Кожа становится бледной, чувствительность утрачивается.

В дальнейшем действие холода не ощущается. Установить степень обморожения можно только после отогревания пострадавшего, иногда через несколько дней.

Первая медицинская помощь при обморожении заключается в защите от воздействия низких температур, немедленном постепенном согревании пострадавшего. Прежде всего необходимо восстановить кровообращение в обмороженной части тела. Нельзя допускать быстрого согревания поверхностного слоя кожи на поврежденном участке, так как прогревание глубоких слоев происходит медленнее, в них слабо восстанавливается кровоток, а следовательно, не нормализуется питание верхних слоев кожи и они погибают. Поэтому противопоказано применение при отморожении горячих ванн, горячего воздуха. Переохлажденные участки тела нужно оградить от воздействия тепла, наложив на них теплоизолирующие повязки (шерстяные, ватно-марлевые материалы). Повязка должна покрывать только измененные участки кожи и до тех пор, пока появится в поврежденной части чувство ощутимого тепла. В целях восполнения тепла в организме и улучшения кровообращения пострадавшему дают горячий сладкий чай. Поврежденным участкам тела необходим покой.

При длительном воздействии низких температур на весь организм возможны замерзание и смерть. Особенно способствует замерзанию алкогольное опьянение. При замерзании человек ощущает сначала усталость, сонливость, безразличие, а при дальнейшем охлаждении организма возникает обморочное состояние (потеря сознания, расстройство дыхания и кровообращения). При явлениях прекращения дыхания и остановки сердечной деятельности наступает смерть.

Первая помощь при поражении электрическим током

Действие электрического тока на организм человека имеет сложный характер, однако наиболее опасно для жизни поражение внутренних органов и, прежде всего, воздействие на сердечную мышцу. Степень поражения зависит от силы и напряжения тока, времени воздействия тока на человека, индивидуальной чувствительности организма к данному поражающему фактору.

Первая помощь. Одним из главных моментов при оказании первой помощи является немедленное прекращение действия электрического тока. Это достигается выключением тока (поворотом рубильника, выключателя, пробки, обрывом проводов), отведением электрических проводов от пострадавшего (сухой веревкой, палкой), заземлением или шунтированием проводов (соединить между собой два токоведущих провода). Прикосновение к пострадавшему незащищенными руками при не отключенном электрическом токе опасно. Отделив пострадавшего от проводов (рис.1.), необходимо тщательно осмотреть его. Местные повреждения следует обработать и закрыть повязкой, как при ожогах.

При повреждениях, сопровождающихся легкими общими явлениями (обморок, кратковременная потеря сознания, головокружение, головная боль, боли в области сердца), первая помощь заключается в создании покоя и доставке больного в лечебное учреждение. Необходимо

помнить, что общее состояние пострадавшего может резко и внезапно ухудшиться в ближайшие часы после травмы: возникают нарушения кровоснабжения мышцы сердца, явления вторичного шока и т.д. Подобные состояния иногда наблюдаются даже у пораженного с самыми легкими общими проявлениями (головная боль, общая слабость); поэтому все лица, получившие электротравму, подлежат госпитализации. В качестве первой помощи могут быть даны болеутоляющие (0,25 г амидопирина, 0,25 г анальгина), успокаивающие (микстура Бехтерева, настойка валерианы), сердечные средства (капли Зеленина и др.).



При тяжелых общих явлениях, сопровождающихся расстройством или остановкой дыхания, развитием состояния "мнимой смерти", единственно действенной мерой первой помощи является немедленное проведение искусственного дыхания, иногда в течение нескольких часов подряд. При работающем сердце искусственное дыхание быстро улучшает состояние больного, кожный покров приобретает естественную окраску, появляется пульс, начинает определяться артериальное давление. Наиболее эффективно искусственное дыхание рот в рот (16-20 вдохов в минуту).

После того как к пострадавшему вернется сознание, его необходимо напоить (вода, чай, компот, но не алкогольные напитки и кофе), тепло укрыть.

В случаях, когда неосторожный контакт с электропроводом произошел в труднодоступном месте - на вышке электропередачи, на столбе - необходимо начать оказание помощи с искусственного дыхания, а при остановке сердца - нанести 1-2 удара по груди в область сердца и принять меры для скорейшего опускания пострадавшего на землю, где можно проводить эффективную реанимацию.

Первая помощь при остановке сердца должна быть начата как можно раньше, т. е. в первые 5 мин, когда еще продолжают жить клетки головного и спинного мозга.

Помощь заключается в одновременном проведении искусственного дыхания и наружного массажа сердца. Массаж сердца и искусственное дыхание рекомендуется продолжать до полного восстановления их функций или появления явных признаков смерти. По возможности массаж сердца следует сочетать с введением сердечных средств.

Пострадавшего транспортируют в положении лежа. Во время транспортировки следует обеспечить внимательное наблюдение за таким больным, т.к. в любое время у него может произойти остановка дыхания или сердечной деятельности, и надо быть готовым в пути оказать быструю и эффективную помощь. При транспортировке в лечебное учреждение пострадавших, находящихся в бессознательном состоянии или с не полностью восстановленным самостоятельным дыханием, прекращать искусственное дыхание нельзя.

Зарывать в землю пораженного молнией категорически запрещается! Закапывание в землю создает дополнительные неблагоприятные условия: ухудшает дыхание пострадавшего (если оно имелось), вызывает охлаждение, затрудняет кровообращение и, что особенно важно, затягивает время оказания действенной помощи.

Пострадавшие, у которых после удара молнией не наступила остановка сердца, имеют хорошие шансы на выживание. При одновременном поражении молнией нескольких человек, помощь необходимо оказывать вначале пострадавшим, находящимся в состоянии клинической смерти, а уж затем другим, у которых признаки жизни сохранились.

Профилактика поражения молнией: при сильной грозе отключить телевизор, радио, прекратить телефонные разговоры, закрыть окна. Нельзя находиться на открытой местности или укрываться под одиноко стоящими деревьями, стоять вблизи мачт, столбов.

Первая помощь при тепловом (солнечном) ударе

Признаки: слабость, сонливость, жажда, тошнота, головная боль; возможны учащение дыхания и повышение температуры, потеря сознания. Перенеси пострадавшего в прохладное, проветриваемое место (в тень, к открытому окну). Уложи пострадавшего. Расстегни воротник, ослабь ремень, сними обувь. Определи наличие пульса на сонных артериях, самостоятельного дыхания, реакции зрачков на свет. При отсутствии указанных признаков приступай к сердечнолегочной реанимации. Положи на голову, шею и паховые области смоченные в холодной воде полотенца (салфетки). При потере сознания более чем на 3–4 минуты переверни пострадавшего в устойчивое боковое положение. При судорогах удерживай голову и туловище пострадавшего, оберегая от травм. При восстановлении сознания напои пострадавшего прохладной минеральной или обычной, слегка подсоленной водой. Вызови (самостоятельно или с помощью окружающих) «скорую помощь».

Первая медицинская помощь при утоплении, удушении

Удушье (утопление, удушение, заваливание землей и другие случаи). Может возникнуть в результате сдавливания (руками, петлей), чаще гортани, трахеи (удушение), заполнения воздухоносных путей водой (утопление), слизью, рвотными массами, землей, закрытия входа в гортань инородным телом или запавшим языком, при отеке гортани вследствие инфекционных заболеваний (дифтерия, грипп, ангина), параличе дыхательного центра, по ряду других причин.

Первая помощь утопающему. При извлечении его из воды необходимо быть осторожным, подплывать следует сзади. Схватив за волосы или под мышки, перевернуть утопающего вверх лицом и плыть к берегу, не давая ему захватить себя. После извлечения из воды пострадавшего кладут на живот на согнутое колено, таким образом, чтобы голова была ниже грудной клетки и любым куском материала удаляют изо рта и глотки воду и рвотные массы. Затем энергичными движениями сдавливают грудную клетку, чтобы удалить воду из трахеи и бронхов. При утоплении паралич дыхательного центра наступает через 4–5 минут, а сердечная деятельность может сохраняться 15 минут. После освобождения воздухоносных путей от воды пострадавшего укладывают на ровную поверхность и приступают к искусственному дыханию. При необходимости - наружный массаж сердца. Реанимацию осуществляют длительно в течение нескольких часов, пока не восстановится самостоятельное дыхание или же не появятся несомненные признаки биологической смерти.

Первая помощь при удушении оказывается аналогично. Ликвидируется причина, в результате которой сдавливаются воздухоносные пути и приступают к искусственному дыханию.

При отеке гортани отмечается шумное затрудненное дыхание, кожные покровы синеют. Необходимо положить холодный компресс на наружную поверхность шеи, ноги заболевшего спустить в горячую ванну. Если есть возможность, вводят подкожно 1 мл 1% раствора димедрола. Необходимо как можно быстрее доставить больного в лечебное учреждение.

Заваливание землей. Может сопровождаться тяжелыми повреждениями, разрывами мелких вен лица и шеи. Необходимо, прежде всего, восстановить проходимость дыхательных путей, очистить рот и глотку от земли и начать реанимационные мероприятия - искусственное дыхание, массаж сердца. Только после выведения из клинической смерти приступают к осмотру повреждений, наложению жгутов на конечности при их травме, введению обезболивающих средств. Во всех случаях при оказании помощи извлеченному из воды или из-под завала землей очень важно не допустить даже временного охлаждения. Для согревания можно использовать сухие растирания щетками, суконками, шерстяной перчаткой, применять камфорный спирт, уксус, водку, нашатырный спирт и др. раздражающие кожу средства. Согревать грелками или бутылками с теплой водой нельзя, так как это может вызвать нежелательные последствия (перераспределение крови, ожоги).

В любых ситуациях методы оказания первой помощи направлены на сохранение жизни человека, предотвращение повреждений или условий, в которых может наступить ухудшение состояния, а также на обеспечение выздоровления.

Важно точно представлять, что нужно делать в первую очередь и каков последующий порядок неотложных действий.

Оказывая первую помощь, важно, прежде всего, выяснить, что произошло (причем без риска для пострадавшего и собственной жизни), обеспечить пострадавшему дальнейшую безопасность, оказать необходимую помощь при травме или других происшествиях, а также решить вопрос о транспортировке домой или при необходимости в медицинское учреждение.

Чем больше мы узнаём сейчас, тем эффективнее будет польза, которую можно будет оказать в экстремальной ситуации.

ЭЛЕКТРОТРАВМА

ЭЛЕКТРОТРАВМА возникает при непосредственном или косвенном контакте человека с источником электроэнергии. Под влиянием тепла (джоулево тепло), образующегося при прохождении электрического тока по тканям тела, возникают ожоги. Электрический ток обычно вызывает глубокие ожоги. Все патологические нарушения, вызванные электротравмой, можно объяснить непосредственным воздействием электрического тока при прохождении его через ткани организма; побочными явлениями, вызываемыми при прохождении тока в окружающей среде вне организма.

ПРИЗНАКИ. В результате непосредственного воздействия тока на организм возникают общие явления (расстройство деятельности центральной нервной, сердечно-сосудистой, дыхательной систем и др.).

Побочные явления в окружающей среде (тепло, свет, звук) могут вызвать изменения в организме (ослепление и ожоги вольтовой дугой, повреждение органов слуха и др.).

При оказании ПЕРВОЙ ПОМОЩИ пораженным необходимо быстро освободить пораженного от действия электрического тока, используя подручные средства (сухую палку, веревку, доску и др. или умело перерубив (перерезав) подходящий к нему провод лопатой или топором, отключив сеть и др. Оказывающий помощь в целях самозащиты должен обмотать руки прорезиненной материей, сухой тканью, надеть резиновые перчатки, встать на сухую доску, деревянный щит и т.п. Пораженного следует брать за те части одежды, которые не прилегают непосредственно к телу (подол платья, полы пиджака, плаща, пальто).

РЕАНИМАЦИОННЫЕ ПОСОБИЯ заключаются в:

- проведении искусственного дыхания изо рта в рот или изо рта в нос; - осуществлении закрытого массажа сердца.

Для снятия (уменьшения) боли пострадавшему вводят (дают) обезболивающий препарат.

На область электрических ожогов накладывают асептическую повязку.

ИСКУССТВЕННОЕ ДЫХАНИЕ

ИСКУССТВЕННОЕ ДЫХАНИЕ – неотложная мера первой помощи при утоплении, удушении, поражении электрическим током, тепловом и солнечном ударах. Осуществляется до тех пор, пока у пострадавшего не восстановится дыхание.

МЕХАНИЗМ ИСКУССТВЕННОГО ДЫХАНИЯ следующий:

- пострадавшего положить на горизонтальную поверхность;
- очистить рот и глотку пострадавшего от слюны, слизи, земли и других посторонних предметов, если челюсти плотно сжаты – раздвинуть их;
- запрокинуть голову пострадавшего назад, положив одну руку на лоб, а другую на затылок; - сделать глубокий вдох, нагнувшись к пострадавшему, герметизировать своими губами область его рта и сделать выдох. Выдох должен длиться около 1 секунды и способствовать подъему грудной клетки пострадавшего. При этом ноздри пострадавшего должны быть закрыты, а рот накрыт марлей или носовым платком, из соображений гигиены;
- частота искусственного дыхания – 16-18 раз в минуту;
- периодически освобождать желудок пострадавшего от воздуха, надавливая на подложечную область.

МАССАЖ СЕРДЦА

МАССАЖ СЕРДЦА – механическое воздействие на сердце после его остановки с целью восстановления деятельности и поддержания непрерывного кровотока, до возобновления работы сердца.

ПРИЗНАКИ ВНЕЗАПНОЙ ОСТАНОВКИ СЕРДЦА – потеря сознания, резкая бледность, исчезновение пульса, прекращение дыхания или появление редких судорожных вдохов, расширение зрачков.

МЕХАНИЗМ НАРУЖНОГО МАССАЖА СЕРДЦА заключается в следующем: при резком толчкообразном надавливании на грудную клетку происходит смещение ее на 3 – 5 см, этому способствует расслабление мышц у пострадавшего, находящегося в состоянии агонии. Указанное движение приводит к сдавливанию сердца и оно может начать выполнять свою насосную функцию – выталкивает кровь в аорту и легочную артерию при сдавливании, а при расправлении всасывает венозную кровь. При проведении наружного массажа сердца пострадавшего укладывают на спину, на ровную и твердую поверхность (пол, стол, землю и т.п.), расстегивают ремень и ворот одежды.

Оказывающий помощь, стоя с левой стороны, накладывает ладонь кисти на нижнюю треть грудины, вторую ладонь кладет крестообразно сверху и производит сильное дозированное давление по направлению к позвоночнику. Надавливания производят в виде толчков, не менее 60 в 1 мин. При проведении массажа у взрослого необходимо значительное усилие не только рук, но и всего корпуса тела. У детей массаж производят одной рукой, а у грудных и новорожденных – кончиками указательного и среднего пальцев, с частотой 100-110 толчков в минуту. Смещение грудины у детей должно производиться в пределах 1,5-2 см.

Эффективность непрямого массажа сердца обеспечивается только в сочетании с искусственным дыханием. Их удобнее проводить двум лицам. При этом первый делает одно вдувание воздуха в легкие, затем второй производит пять надавливаний на грудную клетку. Если у пострадавшего сердечная деятельность восстановилась, определяется пульс, лицо порозовело, то массаж сердца прекращают, а искусственное дыхание продолжают в том же ритме до восстановления самостоятельного дыхания. Вопрос о прекращении мероприятий по оказанию помощи пострадавшему решает врач, вызванный к месту происшествия.

2 учебный вопрос: Основы ухода за больными. Возможный состав домашней медицинской аптечки.

В жизни может все случиться и от несчастья и болезней не застрахован ни один человек. Так больному, который прикован к кровати, будет нужна постоянная помощь. И любые процедуры, которые пропишет лечащий врач, нужно неотложно и в точности исполнять. Уход за больным может осуществлять его семья, друзья или медицинские работники, нанятые на эту работу. Следить за больным, не имея нужных медицинских знаний, тяжелая задача для его родных и близких людей. Намного проще нанять специального человека по уходу за больным. Так квалифицированная сиделка

больному сможет оказать должную помощь и уход. Ваша задача создать комфортабельные условия для больного. Нужно следить за правильным положением тела больного, рук и ног, чтобы его суставы и позвоночник не подверглись деформации. Если больной пытается помогать вам в уходе за ним и ему можно двигаться, не отказывайтесь, это придаст ему силы и уверенность в быстром выздоровлении. Как можно чаще меняйте постельное белье, поддерживайте чистоту пациента и его комнаты. Для людей, которые вследствие болезни ведут лежачий образ жизни, имеются две основные проблемы. Так, проблема номер один у всех лежачих больных – пролежни. И вторая опасность - это из-за малоподвижности кровь застаивается в венах, ухудшается свертываемость крови, может образоваться кровяной сгусток, который может спровоцировать у пациента инсульт. Применяя комплекс мер по борьбе с этими негативными проявлениями, можно их избежать. Хороший уход и лечение, а также ваше позитивное настроение помогут больному быстро пойти на поправку и поскорей подняться на ноги.

Уход за больными заключается в создании и поддержании санитарно-гигиенической обстановки в помещении, где он содержится, устройстве удобной постели и поддержании её в чистоте, оказании больному помощи во время туалета, при приёме пищи, в поддержании у больного бодрого настроения и организации его досуга.

Роль правильного и заботливого ухода в выздоровлении больных чрезвычайно велика. При некоторых заболеваниях уход за ними приобретает даже большее значение, чем лечение. Недаром часто вместо обычного «вылечили» говорят о больном, что его «выходили».

Объём санитарной обработки больных определяет врач после осмотра. В ходе её в первую очередь осматривают волосы и, при необходимости, производят их стрижку. Ногти на ногах и руках стригут коротко. В зависимости от состояния больного обмывание тела производится под душем или в ванне. Тяжелобольным делают обтирания.

Помещение, в котором находится больной, должно постоянно обогреваться (20-22°C), иметь хорошее дневное и вечернее освещение, вентиляцию и форточку для проветривания. В помещении должно быть как можно больше свободного пространства.

Кровать больного лучше поставить перпендикулярно к стене так, чтобы к ней можно было подойти с трёх сторон. Поверхность матраца должна быть ровной. На кровать нужно положить простыню, две подушки и одеяло с пододеяльником. При недержании мочи и кала на простыню кладут клеёнку и сверху закрывают её простыжкой, меняемой чаще, чем простыня. Для придания телу больного полусидячего положения в постели под переднюю четверть матраца кладут свернутый вдвое тюфяк, толстое одеяло, под полусогнутые колени подкладывают валик или подушку, а для ног делают упор из доски или ящика, чтобы тело больного не сползло. Под кровать ставят судно и мочеприёмник. На столике (табурете) возле кровати размещают самые необходимые вещи: настольную лампу, стакан, поильник.

Комнату больного нужно систематически проветривать. Длительность проветривания зависит от сезона, но даже зимой она должна быть не менее 30 мин. 3-4 раза в сутки. На время проветривания зимой больного нужно хорошо укрыть. Уборка комнаты должна быть влажной.

Особого ухода требуют кожа на спине, ягодицах, крестце, бёдрах и на локтях тяжелобольных, где вследствие длительного лежания нарушается кровообращение и появляются пролежни - изъязвления, с трудом поддающиеся лечению. Для предотвращения появления пролежней надо устранять складки на простыне и чаще менять положение больного - переворачивать его на бок, стараясь, чтобы спина и ягодицы меньше соприкасались с постелью.

Лицо, ухаживающее за больным, должно правильно осуществлять наблюдение за ним, то есть, уметь подсчитать пульс, измерить температуру, определить частоту дыхания.

Температуру больному измеряют дважды в день по 10 мин.: утром и вечером до еды или через 2 часа после еды. Показания температуры заносятся в температурный лист.

Знание основ оказания первой медицинской помощи, своевременное и правильное оказание её пострадавшим позволит сохранить жизнь и здоровье вашим сослуживцам как в мирное, так и в военное время.

Основы общего ухода заключаются в создании гигиенической обстановки и соответствующего режима в лечебном учреждении, непосредственном индивидуальном уходе за больным, правильной организации питания и четком выполнении лечебных назначений, постоянном наблюдении за состоянием больных. Уход за больными начинается с правильной и быстрой организации необходимой помощи в приемном отделении лечебного учреждения.

Медсестра помогает тяжелобольным раздеваться, при необходимости, очень осторожно разрезает одежду и обувь. Одежду складывают в специальный мешок. После санитарной обработки больному надевают больничную одежду и переводят в палату в сопровождении санитарки. Тяжелобольных перевозят на каталках или креслах в сопровождении медсестры. В приемном отделении медсестра зачастую помогает в оказании неотложной помощи. Перевозят тяжелобольных внутри лечебного учреждения, соблюдая общие правила, максимально быстро и осторожно, избегая толчков. Носилки с больными несут 2 или 4 человека, шагая «не в ногу», короткими шагами. При подъеме на лестницу больного несут головой вперед, при спуске с лестницы — ногами вперед, в обоих случаях приподнимают ножной конец носилок. Переноску и перекладывание больного на руках могут делать 1, 2 или 3 человека. Если больного переносит 1 человек, то он подводит одну руку под лопатки, другую под бедра больного, при этом больной держит несущего руками за шею. В переноске и перекладывании резко ослабленных и тяжелобольных обязательно участвует медсестра. При перекладывании тяжелобольных с носилок на постель носилки ставят под прямым углом к кровати так, чтобы ножной конец носилок был ближе к головному концу кровати (или наоборот). Медсестры должны хорошо усвоить правила переноски больных, чтобы иметь возможность при необходимости инструктировать младший медперсонал. В палате медсестра проверяет готовность кровати, прикроватные принадлежности, индивидуальные предметы ухода и сигнализацию. Для тяжелобольного необходимы подкладная клеенка, мочеприёмник, резиновый круг, прикроватные приставки. Ознакомление больного с распорядком дня и режимом больницы следует сделать сразу при поступлении. Режим отделения и индивидуальный режим больного требует строгого соблюдения распорядка дня и правильного поведения больных и медперсонала.

В зависимости от характера и тяжести заболевания больным могут назначить строгий постельный режим (не разрешается сидеть), постельный режим (можно двигаться в постели, не покидая ее), полупостельный режим (можно ходить по палате и в туалетную комнату) и так называемый общий режим, который существенно не ограничивает двигательную активность больного. Медсестра, палатная или постовая, следит за тем, чтобы больные аккуратно выполняли правила внутреннего распорядка и предписанный режим. Выполнение манипуляций и выдача лекарств не должны совпадать с часами приема пищи, сна и отдыха больных, за исключением оказания неотложной помощи или почасового выполнения врачебных назначений. Нужно следить, чтобы в отделении не возникало шума: разговаривать следует вполголоса, передвигать мебель тихо, работа медицинской аппаратуры, передвижение каталок должны быть бесшумными и т. д.

Гигиеническая обстановка достигается тщательным соблюдением чистоты помещений. Уборку палат делают влажным способом 2 раза в день: утром после подъема больных и вечером перед сном. Стены, оконные рамы, двери, мебель вытирают влажной тряпкой; пол моют или протирают щеткой, обернутой влажной тряпкой. Ежедневно проверяют содержание прикроватных столиков, не допуская скопления продуктов и лишних вещей. Скоропортящиеся продукты должны храниться в холодильнике в целлофановых мешках, к которым прикрепляется записка с фамилией больного. Содержимое холодильника контролируется не реже одного раза в неделю старшей медсестрой. Воздух в палатах всегда должен быть свежим, что обеспечивается приточно-вытяжной вентиляцией и проветриванием (зимой открывают фрамуги 3—4 раза в сутки на 10—15 мин., летом окна могут быть открыты круглосуточно). Зимой при проветривании нужно тепло укрыть больного одеялом, голову прикрыть полотенцем, лицо оставить открытым, за исключением тех случаев, когда приток холодного воздуха вызывает раздражение верхних дыхательных путей. Температура в помещении должна быть постоянной, в пределах 18—20°, влажность воздуха — 30—60%. Для повышения влажности в палатах ставят открытые сосуды с водой, для ее уменьшения усиливают проветривание. Электрические лампы должны быть прикрыты матовыми абажурами, ночью зажигают лампочки низкого накала (ночник).

Окружающие должны создать вокруг больного благоприятный эмоциональный климат. Обеспечивая уход за больным, нужно все время поощрять его подвижность и самостоятельность, отмечать похвалой каждое мелкое достижение, не давать ему раскисать и залеживаться. Здесь мы поговорим об уходе за больным инсультом, главным образом, об основах гигиены, питания и двигательной активизации пациента.

ГИГИЕНА

Постель больного регулярно должна перестилаться (расправляются простыня, одеяло, взбиваются подушки). Застилать кровать надо с особой тщательностью, разглаживая все складки и неровности, поскольку они могут вызвать у больного раздражение кожи и даже пролежни.

Для смены постельного белья тяжелобольного надо повернуть на бок и сместить к краю постели. Если нужно, обтереть ему спину и крестец. Убрать подушку из-под головы. Грязную простыню скатать в рулон вдоль тела. Тщательно вытереть клеенку. Чистую простыню скатать в рулон и застелить ею освободившуюся половину кровати. Больного перекачать через оба рулона на чистую сторону. С грязной стороны убрать грязную простыню, чисто вытереть клеенку и раскатать чистую простыню, тщательно расправить складки.

Лежачего больного необходимо содержать в строгой чистоте. По утрам сначала нужно подать судно. Туалет промежности делают утром, вечером и после каждой дефекации (стула). Если больной подвижен в постели, нужно помочь ему умыться, а также почистить зубы. Если он этого сделать не может, следует протереть ему лицо, шею, за ушами, складки кожи марлевой салфеткой или ватой, смоченной в теплой воде. Чтобы не намочить постель и нательное белье, вокруг лица и шеи больного накладывают полотенце или клеенку. Необходимо тщательно очищать ротовую полость больного, если больной не может сам почистить зубы. Для этого можно использовать чайную ложку, обернув ее черенком марлей и смочив ее водой. Зубные протезы у больного вынимают на ночь, тщательно моют мылом и щеткой, кладут в стакан с кипяченой водой до утра и вставляют после гигиены ротовой полости. Больному с нарушенным сознанием зубные протезы вставлять нельзя.

Больному промывают глаза во время утреннего и вечернего туалета. Если имеются выделения, склеивающие ресницы, глаза промывают с помощью марлевого тампона, смоченного теплым крепким чаем. Каждый глаз промывают отдельно.

Во время ежедневного утреннего туалета больному надо обязательно мыть уши или протирать их влажной ватой, а затем вытирать насухо.

Во время утреннего туалета необходимо освободить носовые ходы от слизи и корочек. Для очистки носовых ходов в них попеременно вводят ватную турунду, смоченную вазелиновым маслом, глицерином или другим масляным раствором.

При смене нательного белья тяжелобольному, находящемуся на строгом постельном режиме, следует соблюдать некоторые правила. При смене рубашки захватывают ее края, собирают ее сверху и осторожно снимают через голову и затем освобождают руки. Надевают чистую рубашку в обратном порядке: нужно сначала вдеть в рукава обе руки, а потом, наклоня голову вперед, продеть ее в вырез рубашки, затем тщательно расправить рубашку на теле, чтобы не было складок. Если у больного парализована рука или нога, то снимать белье нужно сначала со здоровой ноги или руки, а потом с больной. Надевать нужно наоборот: сначала на больную конечность, а потом на здоровую.

Необходимо следить за любыми изменениями на поверхности кожи больного (опрелости, трещины, шелушение и т. д.). У ослабленных или парализованных больных от долгого лежания на спине нарушается кровообращение в мягких тканях и коже, особенно на тех местах, которые наиболее плотно прижаты к кровати: крестце, лопатках, локтях и пятках. Образование пролежней может быть обусловлено также плохим гигиеническим уходом за кожными покровами, неудобной постелью, смятым бельем. Поэтому парализованного больного нужно каждые 2-3 часа поворачивать и оставлять в новом положении на некоторое время, необходимо протирать кожу спины камфорным спиртом, затем вытирать насухо и

слегка массировать до появления розового цвета, который служит признаком восстановления кровообращения в коже. Пострадавшие участки кожи следует обмыть холодной водой с детским мылом, протереть спиртом, припудрить тальком или смазать раствором перманганата калия (марганцовки) или бриллиантового зеленого и наложить сухую повязку.

Повязку меняют 2—3 раза в день. В тяжелых случаях используют мазевые повязки.

Оправдано использование противопролежневых матрасов.

ПИТАНИЕ

Тяжелобольного следует кормить негорячей жидкой манной кашей, киселем, кефиром, протертым жидким овощным пюре и другой пищей с помощью чайной ложки, положив на грудь салфетку или полотенце. Для измельчения пищи удобно пользоваться блендером. Пищу подают небольшими порциями, чтобы больной успел ее прожевать и не поперхнулся.

В случаях невозможности самостоятельного глотания, используют тонкий назогастральный зонд, который вводят в желудок через нос или рот. Если во время кормления появляется рвота, голову больного следует повернуть в сторону и прекратить кормление. После кормления зонд промывают кипяченой водой и закрывают его наружный конец на 1,5–2 часа. При необходимости затем можно открыть наружный конец зонда, чтобы дать возможность выйти непереваренным за это время остаткам пищи.

Кормить больного, находящегося в тяжелом состоянии, следует 4—5 раз в сутки (по 300—400 мг на порцию). Общий объем жидкой пищи должен составлять 1,5—2 л в сутки.

Пища должна быть достаточно калорийной.

ДВИГАТЕЛЬНАЯ АКТИВИЗАЦИЯ

Когда больной лежит на спине, парализованную руку нужно отводить под углом на 40—60° от тела или класть на живот в полусогнутом виде. Если больной лежит на парализованной стороне, руку нужно укладывать впереди туловища, чтобы она не попадала на бок больного, если на здоровом — руку выпрямляют вперед и подкладывают под нее подушку.

Когда у больного полностью восстановится сознание, а возможно, и речь, режим нужно изменить. После разрешения врача больного начинают сажать в постели, вначале приподнимая его и подкладывая под спину подушки, а затем больной приподнимается самостоятельно. Первое время, конечно, нужно помогать ему садиться и снова укладываться в постель, но сразу рекомендуется привязать к ножному концу кровати прочную веревку с петлей на конце, чтобы он мог за эту петлю здоровой рукой подтягиваться и садиться сам. Больных, которые в состоянии самостоятельно сидеть в постели, учат (при поддержке) присаживаться на стоящий рядом с кроватью устойчивый стул. Если больной легко переносит сидячее положение (нет головокружения, слабости, страха), ему предлагают встать около кровати и постоять, держась за спинку кровати или другую опору. После того, как больной научился вставать, его начинают обучать ходьбе, сначала с помощью специальной опорной трости с четырьмя ножками, потом с обыкновенной тростью. Около спинки кровати больной и делает свои первые шаги. Пусть идет, как может, подводя ногу и лишь слегка опираясь на нее. Это не беда, постепенно мышцы ноги будут становиться все сильнее, и походка улучшится.

Когда больной будет много времени проводить сидя, у него могут появиться боли в плечевом суставе парализованной конечности. Больному на шею нужно подвязать косынку и в нее вкладывать парализованную руку на то время, пока он сидит или использовать специальный бандаж.

Нужно ежедневно тренироваться, не пропуская ни дня. Больной в этот период уже может и сам прорабатывать движения в суставах руки и, особенно, в пальцах кисти. Утром все занятия нужно проводить, как и раньше. Для укрепления мышц предплечья и кисти дайте больному ручной эспандер или маленький мячик, чтобы он несколько раз в день сжимал и разжимал пальцы по 10 минут. Одновременно следует обучать больного выполнению бытовых движений: брать ложку и удерживать ее во время еды, застегивать и расстегивать пуговицу, завязывать шнурок ботинка, писать авторучкой.

Весь период восстановления движений занимает примерно полгода, и все это время каждый день нужно проводить массаж и занятия лечебной физкультурой. Тогда можно быть уверенным, что восстановилось все, что было способно восстановиться.

Уход за больными гриппом в домашних условиях

Во время пандемии для очень большого числа пациентов, обращающихся в медицинские учреждения, потребуется лечение в домашних условиях.

Больным людям без тяжелых симптомов и признаков гриппа необходимо оставаться дома, соблюдать «респираторный этикет» (закрывать салфеткой рот и нос при кашле и чихании, кашлять/чихать в рукав) и гигиену рук, а также, по возможности, ограничивать тесные контакты (в пределах примерно 1 м) с другими людьми.

Изолировать больных людей в стесненных домашних условиях может быть затруднительно. Тем не менее, необходимо максимально ограничить контакты больного с другими людьми. Чтобы избежать распространения инфекции, наблюдение за пациентом в домашних условиях должен обеспечивать, по возможности, только один человек.

Пациентов и лиц, осуществляющих уход за ними, следует обучить использованию и утилизации масок в течение инфекционного периода пациента. При ограниченных запасах важно, чтобы в домашних условиях маску, в первую очередь, надевал пациент, а не человек, ухаживающий за ним.

Нет необходимости носить маску весь день, ее следует надевать только при ожидаемом тесном контакте (в пределах примерно 1 м) с человеком, осуществляющим уход, или другими людьми. Маски, мокрые от выделений, необходимо безопасно утилизировать. При отсутствии масок можно использовать плотно прилегающие к лицу шарфы или

маски многократного пользования из ткани, закрывающие рот и нос. Их необходимо менять, как только они становятся мокрыми, и стирать в воде с мылом. При наличии достаточного количества масок лица, осуществляющие уход, также должны использовать их с тем, чтобы закрывать рот и нос при тесных контактах с больными людьми. После контакта с пациентом человек, осуществляющий уход за ним, должен всегда мыть руки.

Лицам, осуществляющим уход, необходимо оказать общую поддержку и дать советы в отношении использования лекарств, снижающих температуру (следует избегать использования ацетилсалициловой кислоты среди детей), оральных жидкостей, питания и постельного режима.

Необходимо иметь под рукой инструкции о том, как применять антибиотики (для борьбы с бактериальными осложнениями гриппа) в случае их назначения. Необходимо также иметь инструкции по уходу за больным в случае ухудшения его состояния (то есть, при появлении симптомов тяжелой болезни или обезвоживания).

Выздоровевшие люди больше не являются заразными и могут считаться невосприимчивыми к болезни (обычно, через 2-3 недели после появления первых симптомов болезни).

Всем членам семьи необходимо соблюдать надлежащий «респираторный этикет» и гигиену рук. Держать окна открытыми и обеспечивать проветривание помещений/палат. Поверхности в домах необходимо регулярно мыть водой с мылом или дезинфицирующим средством.

Когда необходима госпитализация ?

В большинстве случаев уход за больными людьми можно осуществлять в домашних условиях. Однако в случае ухудшения состояния или появления симптомов тяжелой болезни пациентам может потребоваться госпитализация. Симптомы тяжелого заболевания:

- слабость/неспособность встать;
- сонливость;
- бессознательное состояние;
- судороги;
- крайне затрудненное дыхание или дыхательная недостаточность; • неспособность пить жидкости и обезвоживание; • высокая температура.

Состав домашней медицинской аптечки

Составим список домашней аптечки: что именно должно быть в каждой квартире? Естественно, состав будет приблизительным. Если члены семьи имеют особенные хронические заболевания, следует включать в аптечку те препараты, которые прописаны именно им. Например, если в квартире живет сердечник, то в аптечке обязательно должны присутствовать такие препараты, как корвалол, валидол или их аналоги. Болезнь астма? В аптечке должны быть прописанные врачом лекарства. Список можно продолжать бесконечно, но логика понятна. Для больных с каким-то определенным диагнозом в доме всегда должны быть лекарства.

Что касается общих для всех средств и препаратов, то в аптечке должны быть:

1. Материалы для перевязки ран и порезов, остановки кровотечения, смазывания синяков и ожогов: бинты (несколько видов: стерильный и нестерильный, разных по ширине), медицинская вата, эластичный резиновый жгут, лейкопластырь обычный и бактерицидный, йод, зеленка, медицинский спирт и перекись водорода;
2. Средства от ожогов, могут выпускаться в виде мази: (пантенол или бепантен) или спрея.
3. Жаропонижающие средства для взрослых и детей: (В идеале детская аптечка должна укомплектовываться и храниться отдельно): парацетомол, нурофен, аспирин и др.;
4. Препараты, рекомендуемые при сердечных приступах: корвалол, валидол, нитроглицерин и др.;
5. Обезболивающие: но-шпа, баралгин, темпалгин и др. Существуют также мази для снятия мышечных болей;
6. От желудочно-кишечных расстройств: смекта, фестал, мезим и пр.;
7. Средства, необходимые при отравлениях: активированный уголь, марганцовка.
8. Травяные сборы: ромашка, шалфей, мята перечная и др.
9. Антигистаминные препараты: супрастин, фенистил или им подобные
10. Лекарства от гриппа и простуды: парацетамол, терафлю или иные аналоги

Не помешают в домашней аптечке и такие вещи, как тонометр и пинцет.

Если составление домашней аптечки кажется слишком хлопотным делом, можно приобрести в аптеке уже готовый стандартный комплект лекарств. Но при этом необходимо обязательно дополнить его лекарствами, которые прописаны именно вам или членам вашей семьи.

Если в доме есть дети или подростки, то следует объяснить им, как пользоваться домашней аптечкой. А ещё лучше положить туда листочек, на котором будет написано какое лекарство и в каком случае применяется. Обязательно

необходимо указать дозировку для взрослого и для ребенка. Благодаря этому дети всегда будут подготовлены к любой неприятности со здоровьем и смогут правильно на неё отреагировать.

ПЛАН-КОНСПЕКТ

проведения практического занятия по гражданской обороне и защите от чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера с сотрудниками МБОУ СОШ п. Де-Кастри

ТЕМА № 8: Правила и порядок оказания первой помощи себе и пострадавшим при несчастных случаях, травмах, отравлениях и ЧС. Основы ухода за больными.

УЧЕБНЫЕ ЦЕЛИ:

1. Закрепить и углубить знания обучаемых по оказанию помощи в неотложных ситуациях.
2. Сформировать первичные навыки обучаемых по уходу за больными.
3. Воспитывать уверенность в эффективности мероприятий гражданской обороны и психологическую устойчивость сотрудников школы.

МЕТОД ПРОВЕДЕНИЯ: Практическое занятие

ВРЕМЯ: 1 час

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ:

Плакатная и стендовая продукция по вопросам гражданской обороны и защиты населения от чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера.

Электронные издания по вопросам гражданской обороны и защиты населения от чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера.

Учебные видеофильмы по вопросам гражданской обороны и защиты населения от чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера.

ХОД ПРОВЕДЕНИЯ ЗАНЯТИЯ:

№ п/п	Время	Учебные вопросы	Действия обучаемых	Примечание
1	3 минуты	Вводная часть: проверка наличия обучаемых, материального обеспечения занятия; доведение темы, учебных вопросов и учебных целей; доведение порядка проведения занятия.	Проверяют наличие материального обеспечения занятия	
2	15 минут	1-ый вопрос: Правила и приёмы наложения повязок на раны. Способы и правила транспортировки и переноски пострадавших.	Практическое наложение повязок на раны. Знакомство со способами и правилами транспортировки и переноски раненых.	
3	15 минут	2-ой вопрос: Правила оказания помощи утопающему. Правила и техника проведения искусственного дыхания и непрямого массажа сердца.	Знакомство с правилами оказания помощи утопающему. Практическое проведение искусственного дыхания и непрямого массажа сердца.	
4	10 минут	3-ий вопрос: Состав домашней медицинской аптечки.	Изложение состава домашней медицинской аптечки.	
5	2 минуты	Заключение	Слушают разбор занятия	