

Правила поведения и действия населения при происшествиях бытового характера

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ

Первая помощь до оказания медицинской помощи оказывается гражданам при несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях и заболеваниях, угрожающих их жизни и здоровью, лицами, обязанными оказывать первую помощь в соответствии с федеральным законом или со специальным правилом и имеющими соответствующую подготовку, в том числе сотрудниками органов внутренних дел Российской Федерации, сотрудниками, военнослужащими и работниками Государственной противопожарной службы, спасателями аварийно-спасательных формирований и аварийно-спасательных служб.

Водители транспортных средств и другие лица вправе оказывать первую помощь при наличии соответствующей подготовки и (или) навыков.

ПЕРЕЧЕНЬ

состояний, при которых оказывается первая помощь:

1. Отсутствие сознания.
2. Остановка дыхания и кровообращения.
3. Наружные кровотечения.
4. Инородные тела верхних дыхательных путей.
5. Травмы различных областей тела.
6. Ожоги, эффекты воздействия высоких температур, теплового излучения.
7. Отморожение и другие эффекты воздействия низких температур.
8. Отравления.

ПЕРЕЧЕНЬ

мероприятий по оказанию первой помощи

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

- 1) определение угрожающих факторов для собственной жизни и здоровья;
- 2) определение угрожающих факторов для жизни и здоровья пострадавшего;
- 3) устранение угрожающих факторов для жизни и здоровья;
- 4) прекращение действия повреждающих факторов на пострадавшего;
- 5) оценка количества пострадавших;
- 6) извлечение пострадавшего из транспортного средства или других труднодоступных мест;
- 7) перемещение пострадавшего.

2. Вызов скорой медицинской помощи, других специальных служб, сотрудники которых обязаны оказывать первую помощь в соответствии с федеральным законом или со специальным правилом.

3. Определение наличия сознания у пострадавшего.

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

- 1) запрокидывание головы с подъемом подбородка;
- 2) выдвигание нижней челюсти;
- 3) определение наличия дыхания с помощью слуха, зрения и осязания;
- 4) определение наличия кровообращения, проверка пульса на магистральных артериях.

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

- 1) давление руками на грудину пострадавшего;
- 2) искусственное дыхание "Рот ко рту";
- 3) искусственное дыхание "Рот к носу";
- 4) искусственное дыхание с использованием устройства для искусственного дыхания.

Правила поведения и действия населения при происшествиях бытового характера

6. Мероприятия по поддержанию проходимости дыхательных путей:

- 1) придание устойчивого бокового положения;
- 2) запрокидывание головы с подъемом подбородка;
- 3) выдвижение нижней челюсти.

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

- 1) обзорный осмотр пострадавшего на наличие кровотечений;
- 2) пальцевое прижатие артерии;
- 3) наложение жгута;
- 4) максимальное сгибание конечности в суставе;
- 5) прямое давление на рану;
- 6) наложение давящей повязки.

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

- 1) проведение осмотра головы;
- 2) проведение осмотра шеи;
- 3) проведение осмотра груди;
- 4) проведение осмотра спины;
- 5) проведение осмотра живота и таза;
- 6) проведение осмотра конечностей;
- 7) наложение повязок при травмах различных областей тела, в том числе окклюзионной (герметизирующей) при ранении грудной клетки;
- 8) проведение иммобилизации (с помощью подручных средств, аутоиммобилизация, с использованием изделий медицинского назначения);
- 9) фиксация шейного отдела позвоночника (вручную, подручными средствами, с использованием изделий медицинского назначения);
- 10) прекращение воздействия опасных химических веществ на пострадавшего (промывание желудка путем приема воды и вызывания рвоты, удаление с поврежденной поверхности и промывание поврежденной поверхности проточной водой);
- 11) местное охлаждение при травмах, термических ожогах и иных воздействиях высоких температур или теплового излучения;
- 12) термоизоляция при отморожениях и других эффектах воздействия низких температур.

9. Придание пострадавшему оптимального положения тела.

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

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

НЕКОТОРЫЕ ПРАВИЛА ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ (НАЖАТЬ ССЫЛКУ):

- [При кровотечениях.](#)
- [При инфаркте миокарда.](#)
- [При инсульте.](#)
- [При синдроме длительного сдавливания.](#)
- [При переломах.](#)
- [При поражениях электрическим током.](#)
- [Первая помощь человеку, который подавился.](#)

Правила поведения и действия населения при происшествиях бытового характера

КРОВОТЕЧЕНИЯ

Количество крови в организме человека зависит от возраста, половой принадлежности, массы тела, роста и объема мышечной массы. Объем крови у человека, активно занимающегося спортом, больше, чем у того, кто ведет малоактивный образ жизни.

В организме человека постоянно циркулирует примерно **5,5 литров крови**.

В теле ребенка ее объем значительно меньше, чем у взрослого, и зависит от веса и возраста.

Кровотечение – прижизненное истечение крови из кровеносного сосуда при повреждении или нарушении проницаемости его стенки, излитие крови во внешнюю среду, естественные полости тела, органы и ткани.

Механические кровотечения – кровотечения, вызванные нарушением целостности сосудов при травме, в том числе при боевом повреждении или хирургической операции.

Основные виды кровотечений по виду кровоточащего сосуда:

- 1) **артериальные кровотечения** – кровотечения из поврежденной артерии;
- 2) **венозные кровотечения** – кровотечения из поврежденной вены;
- 3) **капиллярные кровотечения** – кровотечения из капилляров, при которых кровь равномерно сочится по всей поверхности поврежденных тканей;
- 4) **смешанные кровотечения** – кровотечения, происходящие одновременно из артерий, вен и капилляров.



Классификация кровотечений по отношению к внешней среде:

- 1) **наружные кровотечения** – кровотечения из раны или язвы непосредственно на поверхность тела;
- 2) **внутренние кровотечения** – кровотечения в ткани, органы или полости тела;
- 3) **скрытые кровотечения** – кровотечения, не имеющие ярко выраженных клинических проявлений.

Уровни тяжести кровотечений:

1) **Малая кровопотеря** (менее 0,5 л) 0,5-10% объема циркулирующей крови (ОЦК). Такая кровопотеря переносится здоровым организмом без последствий и проявления каких-то клинических симптомов. Гиповолемии нет, артериальное давление (АД) не снижено, пульс в пределах нормы, небольшая усталость, кожа тёплая и влажная, имеет нормальный оттенок, сознание ясное.

2) **Средняя** (0,5-1,0 л) 11-20 % ОЦК. Лёгкая степень гиповолемии, АД снижено на 10%, умеренная тахикардия, бледность кожных покровов, похолодание конечностей, пульс незначительно учащён, дыхание учащено без нарушения ритма, тошнота, головокружение, сухость во рту, возможны обмороки, подёргивания отдельных мышц, выраженная слабость, адинамия, замедленная реакция на окружающие.

3) **Большая кровопотеря** (1,0-2,0 л) 21-40% ОЦК. Средняя степень тяжести гиповолемии, АД снижено до 100-90 мм рт. ст., выраженная тахикардия до 120 уд/мин, дыхание сильно учащено с нарушениями ритма, резкая прогрессирующая бледность кожных покровов и видимых слизистых, нос заострён, холодный липкий пот, акроцианоз, олигурия, сознание затемнено,

Правила поведения и действия населения при происшествиях бытового характера

мучительная жажда, тошнота и рвота, апатия, безучастность, патологическая сонливость, появление зевоты (признак кислородного голодания), пульс – частый, малого наполнения, ослабление зрения, мелькание мушек и потемнение в глазах, помутнение роговицы, тремор рук.

4) **Массивная кровопотеря** (2,0-3,5 л) 41-70% ОЦК. Тяжёлая степень гиповолемии, АД снижено до 60 мм рт.ст., резкая тахикардия до 140-160 уд/мин, пульс нитевидный до 150 уд/мин, на периферических сосудах не прощупывается, на магистральных артериях определяется значительно дольше, абсолютное безразличие пострадавшего к окружающей обстановке, бред, сознание отсутствует или спутано, резкая мертвенная бледность, иногда синевато-серый оттенок кожи, «гусиная кожа», холодный пот, анурия, могут наблюдаться судороги, лицо осунувшееся, черты его заострённые, запавшие тусклые глаза, взгляд безучастный.

5) **Смертельная кровопотеря** (более 3,5 л) более 70% ОЦК.

Такая кровопотеря для **мужчин**, как правило, смертельна. Терминальное состояние (предагония или агония), коматозное состояние, АД ниже 60 мм рт. ст., может не определяться вовсе, дыхание агонального типа, поверхностное, едва заметное, кожа сухая, холодная, характерная «мраморность» кожи, исчезновение пульса, судороги, непроизвольное выделение мочи и кала, расширение зрачков, в дальнейшем развивается агония и смерть.

Для **женщин**, в силу особенностей организма, потеря такого объёма кровяной массы может быть не летальной. Поэтому, при других равных условиях, мужчинам первая помощь оказывается в первую очередь (исключение – беременность женщины, то есть под угрозой смерти находятся 2 жизни).

Кровоизлияние – скопление крови, излившейся из сосуда, в тканях или полостях организма.

Кровоподтек – кровоизлияние в толщу кожи или слизистой оболочки.

Гематома – ограниченное скопление крови в тканях с образованием в них полости, содержащей жидкую или свернувшуюся кровь.

Факторы, определяющие объем кровопотери и исход кровотечений:

1. **Объем и скорость кровопотери** – играют решающую роль в исходе кровотечения, зависят от характера и вида поврежденного сосуда.

2. **Общее состояние организма** – легче переносят кровопотерю здоровые люди, устойчивость организма к кровопотере снижают травма, анемия, голодание, психическая и физическая перегрузка, длительные операции, сердечная недостаточность, нарушение свертываемости крови.

3. **Эффективность механизмов адаптации к кровопотере** – быстрее адаптируются к кровопотере женщины и доноры, так как потеря крови при менструации или постоянное донорство создают благоприятные условия для развития компенсаторных реакций, необходимых для адаптации организма к острой анемии.

4. **Пол и возраст** - играют значительную роль в исходе кровопотери. Женщины легче переносят кровопотерю, чем мужчины. В силу анатомо-физиологических особенностей организма, а также функционального состояния сердечно-сосудистой системы, дети и старики тяжело переносят кровопотерю.

5. **Роль органа, в который произошло кровоизлияние** - незначительное кровоизлияние в вещество головного мозга, в пространства черепа, в сердечную сумку ведет к сдавлению жизненно важного органа (мозг, сердце, легкое и др.) и нарушению его функции, что создает прямую угрозу для жизни пострадавшего.

6. **Неблагоприятные факторы внешней среды** - переохлаждение и перегревание отрицательно сказываются на приспособляемости организма к кровопотере.

ОСТРАЯ КРОВОПОТЕРЯ

Острая кровопотеря – это быстрая безвозвратная потеря крови организмом в результате кровотечения через стенки поврежденных сосудов.

Правила поведения и действия населения при происшествиях бытового характера

Острая кровопотеря вызывает внезапное уменьшение объема циркулирующей крови (ОЦК), что влечет за собой потерю жизненно важного соответствия объема циркулирующей крови (ОЦК) и сосудистой емкости. Степень снижения артериального давления при острой кровопотере находится в прямой зависимости от дефицита объема циркулирующей крови (ОЦК).

Снижение скорости кровотока и его шунтирование ведет к нарушению снабжения тканей кислородом, создаются предпосылки для серьезных нарушений кислородного обмена, ткани организма испытывают кислородное голодание.

Лишь потеря не более 25% объема циркулирующей крови (ОЦК) может быть компенсирована организмом за счет защитно-приспособительных механизмов.

СИМПТОМЫ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Общие симптомы кровотечений одинаковы для всех видов кровотечений, проявляются при значительной кровопотере и выражаются в появлении признаков острой анемии:

- слабость;
- головокружение;
- шум в голове;
- звон в ушах;
- головная боль;
- боль в области сердца;
- тошнота;
- мелькание мушек перед глазами;
- холодный липкий пот;
- учащение дыхания;
- частый и малый пульс;
- снижение артериального и центрального венозного давления;
- олигурия и анурия;
- потеря сознания.

Местные симптомы кровотечений различны. Повреждения магистральных кровеносных сосудов относятся к категории наиболее драматических по интенсивности и скорости развивающихся последствий.

НЕТ ДРУГОЙ ТРАВМЫ, ГДЕ БЫЛА БЫ ТАК НЕОБХОДИМА ЭКСТРЕННАЯ ПОМОЩЬ И ГДЕ БЫ ОНА НЕ СПАСАЛА ЖИЗНЬ С ТАКОЙ ОЧЕВИДНОСТЬЮ, КАК ПРИ АРТЕРИАЛЬНОМ ИЛИ ВЕНОЗНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ

К местным признакам повреждения магистральных сосудов относятся:

- рана в проекции кровеносного сосуда;
- кровотечение из раны;
- снижение или отсутствие пульсации артерии дистальнее места ранения;
- наличие пульсирующей гематомы в области раны;
- бледность кожи и похолодание конечности дистальнее раны;
- развитие парестезий, парезов, ишемической контрактуры;
- абсолютный признак повреждения магистральной артерии - ишемическая гангрена конечности.

Скопление крови в брюшной полости – связано с открытой и закрытой травмой органов

Скопление крови в плевральной полости – отмечается при открытой и закрытой травме груди.

Скопление крови в полости перикарда (околосердечной сумки) – обусловлено кровотечением при открытой и закрытой травме сердца и перикарда, реже при разрыве аневризмы сердца, остром инфаркте миокарда и др.

Скопление крови в полости сустава – возникает при открытых и закрытых травмах суставов.

Правила поведения и действия населения при происшествиях бытового характера

Скопление крови в полости черепа – наблюдается чаще всего при черепно-мозговой травме и ведет к сдавлению головного мозга вследствие образования гематом. Смерть пострадавшего наступает от сдавления, отека мозга и паралича дыхательного и сосудодвигательного центров.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

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

К способам временной остановки кровотечения относятся:

- 1) пальцевое прижатие артерии на протяжении;
- 2) круговое сдавление конечности жгутом;
- 3) остановка кровотечения фиксированием конечности в положении максимального сгибания или разгибания в суставе;
- 4) прижатие кровоточащего сосуда в месте повреждения при помощи давящей повязки;
- 5) придание поврежденной части тела возвышенного положения по отношению к туловищу;

Капиллярное кровотечение легко останавливается наложением обычной повязки на рану. Для уменьшения кровотечения на период приготовления перевязочного материала достаточно поднять поврежденную конечность выше уровня туловища. При этом резко уменьшается приток крови к конечности, снижается давление в сосудах, что обеспечивает быстрое образование сгустка крови в ране, закрытие сосуда и прекращение кровотечения.

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

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

При кровотечении из крупной артерии для немедленной остановки кровотечения используют прием прижатия артерии в ране пальцами на период подготовки средств, необходимых для более надежного способа остановки кровотечения.

Для экстренной остановки артериального кровотечения широко применяют *способ прижатия артерий на протяжении*. Этот способ основан на том, что ряд артерий легко доступен для пальпации и может быть полностью перекрыт прижатием артерий к подлежащим костным образованиям. Длительная остановка кровотечения пальцевым прижатием артерии невозможна, так как это требует большой физической силы; она утомительна для оказывающего помощь и практически исключает возможность транспортировки пострадавшего в стационар. Способ обеспечивает остановку кровотечения, не инфицируя раны, и позволяет выиграть время для применения более удобного способа остановки кровотечения: наложения давящей повязки, закрутки, жгута. Прижать артерию можно большим пальцем, ладонью, кулаком. Особенно легко могут быть прижаты бедренная и плечевая артерии, труднее прижать сонную и особенно подключичную артерии.

Прижатие артерий фиксацией конечности в определенном положении применяют во время транспортировки пострадавшего в стационар. При ранении подключичной артерии остановить кровотечение удастся, если согнутые в локтях руки максимально отвести назад и прочно фиксировать на уровне локтевых суставов. Подколенную артерию можно пережать при

Правила поведения и действия населения при происшествиях бытового характера

фиксировании ноги с максимальным сгибанием в коленном суставе. Бедренная артерия может быть пережата максимальным приведением бедра к животу. Плечевую артерию в области локтевого сустава удается перекрыть максимальным сгибанием руки в локтевом суставе. Данный прием более эффективен, если в место сгибания конечности заложить марлевый или ватный тампон.



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

ОСОБЕННОСТИ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПРИ НЕКОТОРЫХ ВНЕШНИХ И ВНУТРЕННИХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

Кровотечение может возникнуть не только при ранении, но также в результате заболеваний и тупых травм.

НОСОВОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ

Кровотечение из носа иногда может быть очень значительным и потребовать неотложной помощи. Причины носовых кровотечений разнообразны. Кровотечения возникают как результат местных изменений (травмы, расчесы, язвы перегородки носа, при сильном сморкании, переломах черепа), а также при различных заболеваниях: болезнях крови, пороках сердца, инфекционных заболеваниях (скарлатина, грипп и т. д.), гипертонической болезни. При носовом кровотечении кровь поступает не только наружу, через носовые отверстия, но и в глотку, и в полость рта. Это вызывает кашель, нередко рвоту. Пострадавший становится беспокойным, что усиливает кровотечение.

Оказывающий помощь должен, прежде всего, устранить все причины, усиливающие кровотечение. Надо успокоить пострадавшего, убедить его в том, что резкие движения, кашель, разговор, сморкание, напряжение усиливают кровотечение.

Пострадавшего следует усадить, придать ему положение, при котором меньше возможности для поступления крови в носоглотку, положить на область носа и переносицы пузырь со льдом, завернутый в платок комочек снега, смоченный холодной водой платок, бинт, комочек ваты и др.

Помимо местных воздействий, необходимо обеспечить достаточный приток свежего воздуха. Если кровотечение возникло от перегревания, перевести пострадавшего в тень, наложить холодные компрессы на голову, грудь.

Правила поведения и действия населения при происшествиях бытового характера

Если кровотечение не прекращается, можно попытаться его остановить сильным прижатием обеих половинок носа к носовой перегородке. При этом голову пострадавшего наклоняют несколько вперед и как можно выше, и с силой сжимают нос. Дышать пострадавший должен через рот. Сжимать нос нужно в течение 3-5 мин и более. Кровь, попавшую в рот, пострадавший должен выплевывать.

Наиболее эффективный и быстродействующий способ по оказанию помощи при носовой кровотечении - провести тампонаду носовых ходов стерильным сухим комочком ваты или комочком ваты, смоченным раствором перекиси водорода. В носовые ходы вводят ватные шарики, голову пострадавшего наклоняют вперед. На вате кровь довольно быстро свертывается и кровотечение прекращается. Обычно проведение этих мероприятий позволяет остановить кровотечение; в противном случае пострадавшего надо немедленно доставить в больницу.

Народный способ оказания помощи при носовом кровотечении – сидящему пострадавшему опустить голову вниз (подбородок должен упираться в грудную клетку) и положить достаточно увесистый металлический предмет (большой железный ключ, железную столовую ложку или др.) на шею, между 2-ым и 3-им шейным позвонком (примерно на расстоянии 2-х см (2-х пальцев) от основания черепа).

КРОВОТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЗУБА

После удаления зуба могут возникнуть значительные кровотечения. Останавливают кровотечение путем заполнения дефекта в десне комочком ваты и плотного прижатия его зубами.

КРОВОТЕЧЕНИЕ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ СЛУХОВОГО ПРОХОДА И ВНУТРЕННИХ СТРУКТУР УША (УДАР, ЦАРАПИНЫ, ПЕРЕЛОМ КОСТЕЙ ЧЕРЕПА)

Его останавливают введением в наружный слуховой проход марли, сложенной в виде воронки, которую удерживают марлевой повязкой на ухо.

ЛЕГОЧНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ

При повреждениях легких (сильный удар в грудь, перелом ребер), ряде заболеваний легких и сердца (туберкулез легких, рак легкого, абсцесс легкого, митральный порок сердца и др.) возможно развитие легочного кровотечения. У пострадавшего с мокротой и при кашле начинает выделяться алая пенная кровь – кровохарканье. Иногда легочные кровотечения бывают очень сильными.

При появлении крови в мокроте необходимо освободить одежду, затрудняющую дыхание, пострадавшему немедленно следует придать полусидячее положение. Пострадавшего по возможности надо успокоить, убедить, что ему нужен для лечения полный покой. В помещении, где находится пострадавший, должно быть много свежего воздуха. Лучше, если воздух будет холодным. Пострадавшего запрещают двигаться, разговаривать, рекомендуют глубоко дышать и сдерживать кашель. На грудь целесообразно положить пузырь со льдом. Из лекарственных средств назначают таблетки против кашля.

Всякое легочное кровотечение – грозный симптом какого-либо тяжелого заболевания, поэтому задачей первой помощи является скорейшая доставка пострадавшего в лечебное учреждение.

Пострадавшие с подозрением на легочное кровотечение чрезвычайно чувствительны к перевозке. Доставка таких пострадавших из дома в лечебное учреждение должна осуществляться специальным санитарным транспортом в полусидячем положении, при этом необходимо соблюдать особую осторожность, избегая тряски и резких движений, что может усилить кашель и кровотечение.

КРОВОТЕЧЕНИЕ В ГРУДНУЮ ПОЛОСТЬ

При ударе в грудь, переломах ребер и некоторых заболеваниях легких возможно повреждение сосудов и заполнение одной или обеих плевральных полостей кровью. Скапливающаяся кровь сдавливает легкое, что вызывает нарушение дыхания. Вследствие кровопотери и выключения легкого из дыхания состояние пострадавшего быстро ухудшается:

Правила поведения и действия населения при происшествиях бытового характера

резко учащается и затрудняется дыхание, кожные покровы становятся бледными, с синюшным оттенком.

Пострадавший подлежит экстренной транспортировке в лечебное учреждение. Помощь заключается в придании пострадавшему полусидячего положения. К грудной клетке прикладывают пузырь со льдом.

ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ

Кровотечение в полость желудка и кишечника является осложнением ряда заболеваний (язвенная болезнь, рак желудка, варикозное расширение вен пищевода и др.) и травм (инородное тело, ожог и др.). Оно может быть значительным и привести к смерти.

Симптомами желудочного кровотечения наряду с общими симптомами острого малокровия (бледность, слабость, потливость) являются кровавая рвота или рвота содержимым цвета кофейной гущи, частый жидкий стул и окрашивание кала в черный цвет (дегтеобразный кал).

Для улучшения состояния пострадавшего и уменьшения кровотечения необходимо создать пострадавшему покой, придать ему горизонтальное положение, на живот положить пузырь со льдом, полностью запретить прием пищи и жидкости.

Основная задача первой помощи – организация немедленной доставки пострадавшего в лечебное учреждение. Пострадавших с желудочно-кишечным кровотечением нужно транспортировать в положении лежа с приподнятым ножным концом носилок – это предупреждает обескровливание головного мозга.

КРОВОТЕЧЕНИЕ В БРЮШНУЮ ПОЛОСТЬ

Возникает при тупой травме живота, чаще всего вследствие разрывов печени, селезенки. Причиной внутрибрюшного кровотечения могут быть некоторые заболевания печени и селезенки.

Кровотечение в брюшную полость проявляется сильными болями в животе. Кожные покровы бледные, пульс частый. При значительном кровотечении возможна потеря сознания. Пострадавшего следует уложить, на живот положить пузырь со льдом (холодный компресс), запрещается прием пищи и воды. Таких пострадавших надлежит немедленно транспортировать в больницу в положении лежа на спине.

ОСТРОЕ МАЛОКРОВИЕ

Развивается при значительной потере крови. Потерю крови пострадавшие переносят по-разному. **Наиболее чувствительны к кровопотере дети и пожилые.** Плохо переносят потерю крови длительно болевшие, голодные, усталые, находящиеся в состоянии страха люди.

Взрослый человек может почти совсем не ощущать потери 300-400 мл крови, а **для ребенка такой объём кровопотери, как правило, будет смертельным.**

Симптомы острого малокровия очень характерны и не зависят от того, имеется ли у пострадавшего наружное или внутреннее кровотечение. Пострадавший жалуется на нарастающую слабость, головокружение, шум в ушах, потемнение и мелькание мушек в глазах, жажду, тошноту, рвоту. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки становятся бледными, черты лица заостряются. Пострадавший заторможен, иногда, наоборот, возбужден, дыхание частое, пульс слабого наполнения или совсем не определяется, артериальное давление низкое.

В результате обильного кровотечения может наблюдаться потеря сознания, обусловленная обескровливанием мозга, исчезает пульс, не определяется давление, появляются судороги, непроизвольное отделение кала и мочи. Если экстренно не принять соответствующих мер, наступает смерть.

При большой кровопотере и низком давлении может прекратиться кровотечение. Тем не менее, при оказании первой помощи необходимо наложить на рану давящую повязку, после чего начать проведение противошоковых мероприятий.

Пострадавшего следует уложить на ровную поверхность.

При значительной кровопотере, вызвавшей обморок, шок, пострадавшего укладывают в положение, при котором голова находится ниже туловища.

Правила поведения и действия населения при происшествиях бытового характера

В отдельных случаях полезно произвести «самопереливание крови» — лежащему пострадавшему поднимают все конечности, чем достигается временное увеличение количества циркулирующей крови в легких, мозге, почках и других жизненно важных органах.

При сохранным сознании и отсутствии повреждений органов брюшной полости, пострадавшего можно напоить горячим чаем, минеральной или простой водой.

При терминальных состояниях и остановке сердца проводят оживление.

Основным методом лечения острого малокровия является срочное переливание донорской крови, поэтому пострадавшего необходимо как можно скорее доставить в лечебное учреждение.

ОБРАБОТКА РАН

Основа первой помощи при ранениях – первоначальная обработка раны. В первый момент после ранения наиболее грозную опасность представляет кровотечение.

ПРИЧИНОЙ БОЛЬШИНСТВА СМЕРТЕЛЬНЫХ ИСХОДОВ ПОСЛЕ РАНЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ОСТРАЯ КРОВОПОТЕРЯ

Первые мероприятия по оказанию первой помощи должны быть направлены на остановку кровотечения любым возможным способом (пальцевое прижатие сосуда, наложение жгута, давящая повязка и др.).

Не менее важная задача первой помощи – защита раны от загрязнения и инфицирования. Правильная обработка раны препятствует развитию осложнений в ране и почти в 3 раза сокращает время ее заживления. Обработку раны следует проводить чистыми, лучше продезинфицированными, руками. Накладывая асептическую повязку, не следует касаться руками тех слоев марли, которые будут непосредственно соприкасаться с раной. При отсутствии антисептических веществ рана может быть защищена простым наложением асептической повязки (бинта, индивидуального перевязочного пакета, косынка). При наличии дезинфицирующих средств (перекись водорода, раствор фурацилина, спиртовой раствор йода, бензин и др.), прежде чем наложить асептическую повязку, необходимо кожу вокруг раны 2-3 раза протереть кусочком марли или ваты, смоченной антисептическим веществом, стараясь удалить при этом с поверхности кожи грязь, обрывки одежды, землю. Это предупреждает инфицирование раны с окружающей кожи после наложения повязки.

Рану нельзя промывать водой – это способствует инфицированию. Нельзя допускать попадания прижигающих антисептических веществ в раневую поверхность. Спирт, спиртовой раствор йода, бензин вызывают гибель клеток, что способствует нагноению раны и резкому усилению боли, что также нежелательно. Не следует удалять инородные тела и грязь из глубоких слоев раны, так как это ведет к еще большему инфицированию раны, и может вызвать осложнения (кровотечение, повреждение органов).

Мелкие инородные тела, внедрившиеся в кожу (занозы, колючки, осколки стекла, и металлов), вызывают боль, вносят в ткань инфекцию и могут служить причиной развития тяжелых воспалительных процессов (флегмона, панариций). Поэтому при оказании первой помощи целесообразно удалить также инородные тела.

Грязь, песок, землю из ссадин легче всего удалить, промыв ссадины перекисью водорода. Занозы, колючки и другие мелкие инородные тела извлекают с помощью пинцета, иглы, можно пальцами. После удаления инородного тела ранку необходимо обработать любым антисептическим раствором. Инородные тела из больших ран может удалять только врач при производстве первичной хирургической обработки.

Рану нельзя засыпать порошками, накладывать на нее мазь, нельзя непосредственно к раневой поверхности прикладывать вату – все это способствует развитию инфекции в ране.

Иногда в рану могут выпадать внутренние органы (мозг, кишки, сухожилие). При обработке такой раны нельзя погружать выпавшие органы вглубь раны, повязку накладывают поверх выпавших органов.

При обширных ранениях конечностей следует произвести их иммобилизацию.

Важнейшей задачей первой помощи пострадавшим является скорейшая доставка их в лечебное учреждение (правило «золотого часа»). Чем раньше пострадавший получит врачебную

Правила поведения и действия населения при происшествиях бытового характера

помощь, тем эффективнее лечение. Необходимо помнить, что скорейшая доставка не должна идти в ущерб правильной транспортировке.

Перевозить пострадавших следует в положении, при котором максимально исключены вредные воздействия, сотрясения и учтены характер ранения, его локализация и степень кровопотери. Всех пострадавших, у которых травма сопровождалась шоком, а также значительной кровопотерей, необходимо транспортировать только в положении лежа на спине.

ПАЛЬЦЕВОЕ ПРИЖАТИЕ КРОВЕНОСНЫХ СОСУДОВ

Не всегда под рукой могут оказаться необходимые материалы для остановки кровотечения. Если поврежден крупный артериальный сосуд, неоказание помощи угрожает пострадавшему большой кровопотерей, даже смертельным исходом.

Поэтому пальцевое прижатие артерий является самым быстроедейственным и эффективным способом остановки кровотечения, хотя и временным, пока не подоспеет медицинская помощь.

Места прижатия основных артерий

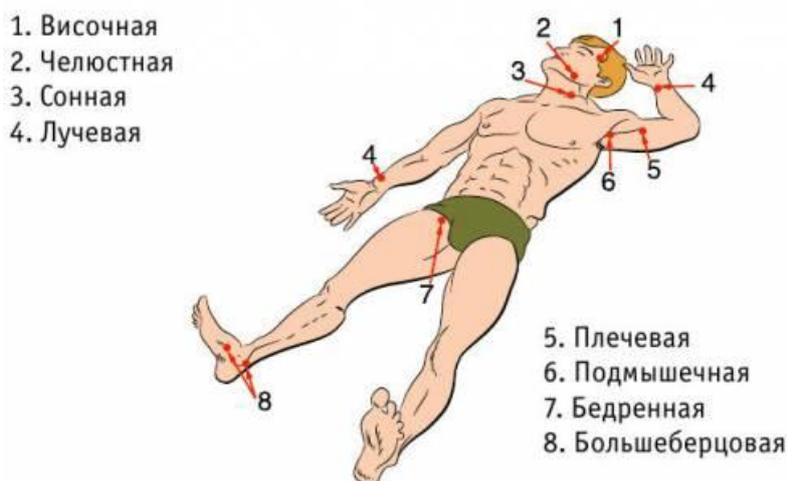


Рис. Места прижатия основных артерий

Что нужно знать для проведения прижатия

Сдавить сосуд между пальцами невозможно, поскольку:

- его вообще не видно в кровоточащей ране;
- одновременно окружать место поражения могут загрязненные обрывки одежды, костные обломки.

Поэтому при артериальном кровотечении пережимается основной приводящий (магистральный) сосуд не в ране, а выше ее – «на протяжении». Это позволяет уменьшить приток крови к месту травмы. Не все хорошо знают анатомию. Оказывающий помощь должен быть знаком только с расположением основных точек прижатия.

Они выбраны не произвольно, а в соответствии с направлением сосудов и ближайшими анатомическими костными образованиями. Чтобы придавливание было эффективным, артерия должна быть зажата с двух сторон.

Способ совершенно не применим при переломе кости в точке предполагаемого сдавления.

Поскольку кровотечение требует неотложной помощи, следует соблюдать правила:

- промедление опасно для жизни пострадавшего, поэтому оценка состояния проводится мгновенно (вид пульсирующей раны);
- если необходимо, можно разорвать или разрезать часть одежды пострадавшего, это все равно придется сделать для осмотра раны;

Правила поведения и действия населения при происшествиях бытового характера

➤ способы сдавления кровеносного сосуда (артерии) рекомендуются либо только большими пальцами, либо охватом руки, чтобы большой палец располагался на нужной точке, однако через 10 минут у спасателя возможны судороги и боли в руках, поэтому на практике приходится приспосабливаться и давить кулаком;

➤ если неясно происхождение кровотечения, то разрешается давить ладонями на саму рану, до выяснения локализации повреждения (так поступают при ранениях в живот);

➤ осуществлять прижатие кровеносного сосуда (артерии) необходимо до момента наложения давящей повязки, если после этого кровотечение усиливается, то давление на кровеносный сосуд (артерию) следует повторить.

КОНКРЕТНЫЕ МЕСТА ПРИЖАТИЯ АРТЕРИЙ

ПЛЕЧЕВАЯ АРТЕРИЯ

Ближайшая точка лежит между мышцами плеча.

- 1) Руку пострадавшего следует поднять или заложить за голову.
- 2) Удобнее находиться позади пациента.
- 3) Зажатие сосуда проводится четырьмя пальцами руки снаружи или при обхвате изнутри.
- 4) Нащупывается углубление между мышцами ниже плечевого сустава на 1/3 плеча и сильно придавливается это место к кости.

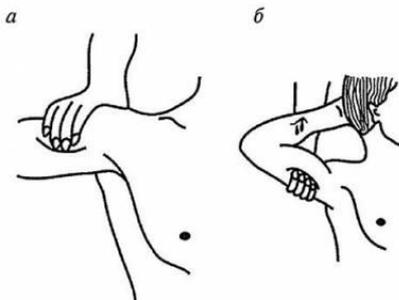


Рис. Прижатие плечевой артерии из положения спереди (а) и сзади (б)

БЕДРЕННАЯ АРТЕРИЯ

Точка прижатия расположена в паховой зоне, примерно посредине складки. Здесь артерия прижимается к бедренной кости.

Оказывающий помощь должен разместиться со стороны поврежденной ноги в удобной для него позе.

Обоими первыми пальцами кистей рук нужно надавить на точку в паху, при этом другие пальцы охватывают бедро.

Давить необходимо всем весом тела.



Рис. Прижатие бедренной артерии

СОННАЯ АРТЕРИЯ

Прижатие сонной артерии требуется при кровотечениях из сосудов головы, подчелюстной области, верхней части шеи. Положение осложняется невозможностью наложения круговой давящей повязки на шею, потому что пострадавший задохнется.

Правила поведения и действия населения при происшествиих бытового характера

Поэтому прижатие проводится на стороне ранения (сонные артерии располагаются по обе стороны шеи – справа и слева) большим пальцем руки, когда остальные располагаются на затылке пострадавшего, или четырьмя пальцами при подходе сзади. Важно учитывать направление крови по сонной артерии: ее пережимают ниже места повреждения.

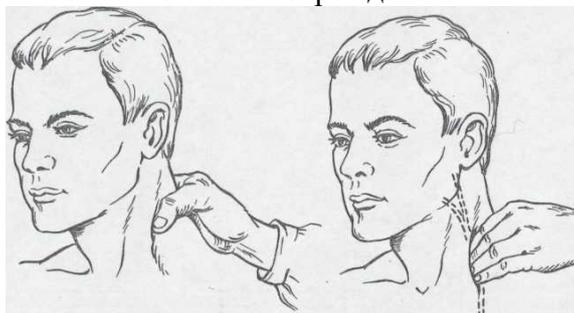


Рис. Способы пальцевого прижатия сонной артерии

Нужная точка находится посредине передней поверхности шейной мышцы. Поверните голову пострадавшего в противоположную сторону и ее будет хорошо видно. Артерия придавливается к остистым отросткам позвонков.

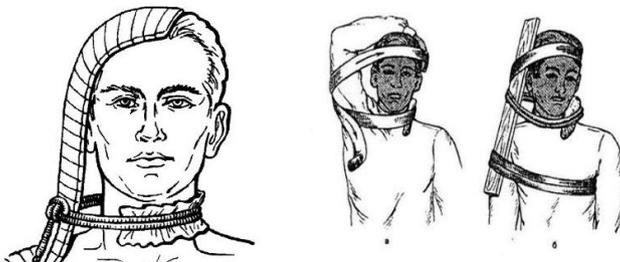


Рис. Методы пережатия сонной артерии при кровотечении:

1) с использованием шины; 2) запрокидывание руки; 3) с использованием подручных средств

ЧЕЛЮСТНАЯ И ВИСОЧНАЯ АРТЕРИИ

Ранения и повреждения лица сопровождаются сильным кровотечением из-за массивного кровоснабжения этой зоны.

В нижней части лица требует остановки кровотечения челюстная артерия. Ее прижимают пальцем к нижней челюсти.

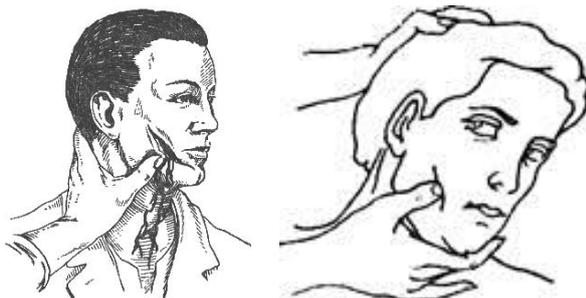


Рис. Способы пережатия челюстной артерии

Височную артерию прижимают впереди ушной раковины.



Рис. Способы пережатия височной артерии

Правила поведения и действия населения при происшествиях бытового характера

КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ КИСТИ ИЛИ СТОПЫ

Обычно кровотечения из сосудов кисти и стопы не бывают опасными для жизни. Но для сокращения кровопотери и на время подготовки давящей повязки можно применить пальцевое прижатие. Конечность следует приподнять. Рука сдавливается круговым захватом в области средней трети предплечья. На стопе необходимо прижать сосуды с тыльной стороны.



Рис. Способы остановки кровотечения из сосудов: а) стопы; б) кисти.

Прижатие артерии требует силы от лица, оказывающего первую помощь, поэтому нужно постараться привлечь внимание окружающих и вызвать дежурную бригаду службы скорой медицинской помощи. При этом не нужно думать о соблюдении правил асептики и антисептики, мытье рук, обеззараживании кожи. Потеря времени утяжеляет состояние пострадавшего.

Спасатель, оказывая помощь без перчаток, подвергает себя риску заражения от пострадавшего инфекциями, передающимися через кровь (вирусный гепатит, СПИД). С этим нужно считаться и регулярно проходить лабораторные тесты в поликлинике.

ПРАВИЛА НАЛОЖЕНИЯ ЖГУТА

Техника наложения жгута.

Жгут – средство временной остановки кровотечения из крупных кровеносных сосудов, представляет собой прочную, относительно узкую и длинную полоску какого-либо материала, накладываемую с целью прижатия сосуда к костным выступам, уменьшения его просвета, и, как следствие, прекращения или значительного уменьшения кровотечения.

Импровизированный жгут может быть изготовлен из любых подручных средств: ремня, верёвки и т.п. Специализированные жгуты изготавливаются из резины, простейшие представляют собой полоску резины с отверстиями для фиксатора, современные модели могут обладать способностью к самозатягиванию (например – на «липучках»).

Для наложения жгута на верхней конечности **наиболее удобным местом является** верхняя треть плеча, на нижней – средняя треть бедра. Наложение жгута показано лишь при сильном артериальном кровотечении из артерии конечности, во всех остальных случаях применять способ **не рекомендуется**.

Для **предупреждения ущемления кожи** под жгут подкладывают полотенце, одежду пострадавшего и т. д. Конечность несколько поднимают вверх, жгут подводят под конечность, растягивают и несколько раз обертывают вокруг конечности до прекращения кровотечения. Туры жгута должны ложиться рядом друг с другом, не ущемляя кожи. Наиболее тугим должен быть первый тур, второй тур накладывают с меньшим натяжением, а остальные – с минимальным. Концы жгута надёжно фиксируют. Мягкие ткани тела пострадавшего должны стягиваться лишь до остановки кровотечения. При правильном наложении жгута артериальное кровотечение немедленно прекращается, конечность бледнеет, пульсация сосудов ниже места наложения жгута прекращается.

Чрезмерное затягивание жгута может вызвать размозжение мягких тканей (мышц, нервов, сосудов) и стать причиной развития паралича конечности.

Слабо затянутый жгут кровотечения не останавливает, а, наоборот, создает венозный застой (конечность не бледнеет, а приобретает синюшную окраску) и усиливает венозное кровотечение.

Правила поведения и действия населения при происшествиях бытового характера

После наложения жгута следует провести иммобилизацию конечности.

Ошибками при наложении жгута являются: отсутствие показаний, т. е. наложение его при венозном и капиллярном кровотечении, наложение на голое тело и далеко от раны, слабое или чрезмерное затягивание, плохое закрепление концов жгута.

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

Непрерывное максимальное время наложения жгута летом составляет 45 минут, зимой 30 минут, после чего нужно ослабить жгут на 5 минут и обратно зафиксировать.

При периодическом ослаблении жгута осуществляется пальцевое пережатие артерии.

В зимнее (холодное) время года необходимо не забывать о возможности обморожения пострадавшей конечности, поэтому нужно утеплить место, оголенное для наложения жгута.

Для обеспечения контроля за превышением максимального времени наложения жгута используют записку с указанной датой, временем наложения (с точностью до минуты) и фамилией наложившего жгут человека. Чтобы записка не потерялась, ее помещают непосредственно под повязку.



Рис. Записка с указанием даты и времени (час и минуты) наложения жгута

При отсутствии специального жгута круговое перетягивание конечности может быть осуществлено подручными средствами (резиновой трубкой, ремнем, платком, куском материи и др.), при этом необходимо помнить, что грубые жесткие предметы могут легко вызвать повреждение нервов.

Круговое перетягивание конечности путем скручивания подсобных средств. Применяемый для закрутки предмет свободно завязывают на нужном уровне. В образованную петлю поводят палку или дощечку и, вращая ее, закручивают петлю до полной остановки кровотечения, после чего палку фиксируют к конечности. Наложение закрутки – довольно болезненная процедура, поэтому необходимо под закрутку, особенно под узел, что-либо подложить. Все ошибки, опасности и осложнения, наблюдаемые при наложении жгута, полностью относятся и к закрутке.

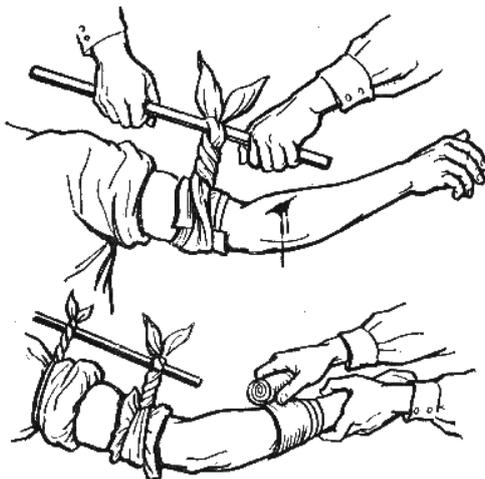


Рис. Остановка кровотечения методом наложения закрутки

Правила поведения и действия населения при происшествиях бытового характера

ОБЩИЕ ПРАВИЛА НАЛОЖЕНИЯ ПОВЯЗОК

Повязкой принято считать медицинские или подручные средства, предназначенные для:

- закрепления на ране материала для перевязки;
- увеличения давления на сосуды при кровотечениях;
- фиксации рук, ног и иных частей для обеспечить их неподвижности;
- предупреждения вторичного инфицирования раневой поверхности, защиты ее от неблагоприятного воздействия окружающей среды;
- предупреждения отеков.

В медицине существует несколько основных правил, которые должны быть применены при наложении любого вида повязки:

1) Перед процедурой необходимо очистить раневую поверхность от посторонних предметов: пыли, осколков стекла, металла, земли и прочего. Для этого можно использовать пинцет, марлевые тампоны, перекись водорода или иную дезинфицирующую жидкость, не содержащую спирт.

2) Накладываемая повязка должна полностью изолировать рану от окружающей среды, то есть закрыть всю её площадь.

3) Приспособление не должно слишком сильно сдавливать ткани или быть слишком слабым. Части тела, расположенные ниже забинтованной области, не должны бледнеть и терять чувствительность.

4) Конечности необходимо бинтовать, направляя витки перевязочного материала от тонкой части к толстой: от стопы к бедру, от кисти руки к плечу.

5) Каждый последующий виток накладываемого на рану приспособления должен наполовину перекрывать предыдущий.

6) Если используется ватная повязка, важно изолировать открытые раневые ткани от контакта с волокном салфеткой из марли.

Эти пункты следует неукоснительно соблюдать при наложении любого вида повязки, иначе у пострадавшего может развиваться некроз тканей или раневая инфекция.

Правила поведения и действия населения при происшествиях бытового характера

ИНФАРКТ МИОКАРДА

Инфаркт миокарда (сердечный приступ) – форма болезни сердца, протекающая с развитием некроза участка миокарда, обусловленного абсолютной или относительной недостаточностью его кровоснабжения.

Инфаркт миокарда чаще всего развивается у мужчин в возрасте от 40 до 60 лет.

У женщин симптомы инфаркта встречаются примерно в 1,5-2 раза реже.

Риск смерти вследствие инфаркта миокарда наиболее вероятен в первые 2 часа от его начала, если не будет своевременно оказана специализированная медицинская помощь.

Инфаркт миокарда, первая помощь при котором должна быть оказана в первые же минуты проявления симптомов, указывающих на данное состояние, может впоследствии определить положительный исход для этого заболевания.

НА СЕГОДНЯШНИЙ ДЕНЬ ИНФАРКТ МИОКАРДА ОСТАЕТСЯ ОДНОЙ ИЗ ОСНОВНЫХ ПРИЧИН СМЕРТНОСТИ ОТ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.

ПРИЧИНЫ ИНФАРКТА МИОКАРДА

Факторы, способствующие появлению инфаркта:

- стрессы, депрессии и неврозы;
- неправильное питание, переедание;
- малоподвижный образ жизни, лишний вес;
- вредные привычки (курение, в том числе – пассивное курение, алкоголизм, наркомания);
- повышенный уровень холестерина в крови;
- сахарный диабет;
- гипертоническая болезнь;
- гормональные нарушения (в частности, недостаток гормонов щитовидной железы);
- стафилококковые и стрептококковые инфекции;
- ревматизм сердца;
- чрезмерные физические нагрузки.

СИМПТОМЫ (ПРИЗНАКИ) ИНФАРКТА МИОКАРДА

Признаки, свидетельствующие о сердечной недостаточности, способной привести к инфаркту:

- храп, апноэ;
- отеки ног, ступней и кистей рук;
- кровоточивость десен, пародонтоз;
- аритмии;
- боли в левом плече;
- одышка, особенно после физических нагрузок;
- частые головные боли;
- частые ночные мочеиспускания.

Первые основные признаки инфаркта:

1) **Колющая боль за грудной клеткой** является одним из первых признаков инфаркта. Эта боль очень резкая и похожа на удар ножа (кинжала). Может длиться более 30 минут, иногда часами. Боль способна отдавать в челюсть, шею, руку, спину и область лопаток. Она может быть не только постоянной, но и перемежающейся.

Правила поведения и действия населения при происшествиях бытового характера

2) **Страх смерти.** Это неприятное ощущение на самом деле не такой плохой признак, так как свидетельствует о нормальном тоне центральной нервной системы.

3) **Одышка, бледность (вплоть до землистого цвета лица и синюшности губ), обморочное состояние, холодный липкий пот.**

4) **Отсутствие уменьшения или прекращения боли** в состоянии покоя или при приеме нитроглицерина (даже повторном).

Далеко не всегда болезнь проявляется такой классической картиной.

Нетипичные симптомы инфаркта миокарда:

➤ вместо болей в груди человек может ощущать простой дискомфорт и перебои в работе сердца;

➤ боль может отсутствовать вообще, зато может присутствовать боль в животе, симптомы изжоги и затруднённое дыхание (одышка).

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

При наличии признаков инфаркта миокарда:

1) пострадавшего следует уложить таким образом, чтобы верхняя часть туловища была немного выше нижней, что позволит снизить нагрузку на сердце. Следует расстегнуть или снять стесняющую одежду и обеспечить приток свежего воздуха, чтобы избежать приступов удушья;

2) при появлении острых болевых ощущений в области сердца пострадавший непринуждённо затаивает дыхание, что в данной ситуации губительно. Пострадавшего необходимо убедить дышать в учащённом режиме;

3) срочно вызвать дежурную бригаду службы скорой медицинской помощи;

4) до ее приезда пострадавшему принять таблетки нитроглицерина в дозировке 0,5 мг с 15-минутным интервалом, но не более трех раз (во избежание резкого падения давления). Нитроглицерин можно принимать только при нормальных показателях давления, при низком артериальном давлении он противопоказан;

5) стоит разжевать таблетку аспирина дозировкой 150-250 мг;

6) рекомендуется принять седативные средства – валидол или корвалол;

7) рекомендуется тёплое подслащённое необильное питьё.

При отсутствии пульса, дыхания и сознания пострадавшего следует уложить на пол и приступать к искусственной вентиляции лёгких (искусственное дыхание).

ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА НЕПРЯМОЙ МАССАЖ СЕРДЦА – КАТЕГОРИЧЕСКИ ПРОТИВОПОКАЗАН

ПРОФИЛАКТИКА ИНФАРКТА МИОКАРДА

Строго соблюдать режим труда и отдыха, рекомендуются умеренные физические нагрузки.

Избегать длительных стрессовых состояний, быть по жизни оптимистом.

Следует отказаться от курения, наркотиков, чрезмерного употребления алкоголя. Например, курильщики умирают от сердечных приступов в два раза чаще.

Если обнаружится, что холестерин выше нормы, то лучше ограничить животные жиры, которых много в сливочном масле, яичном желтке, сыре, сале, печени.

Отдавать предпочтение овощам и фруктам, молочным продуктам. Очень полезны рыба и морепродукты.

Систематически следить за уровнем артериального давления, так как превышение его уровня над рабочим способствует развитию инфаркта (уровень рабочего давления у каждого человека индивидуален), борясь с гипертонией, можно предупредить инфаркт.

Избыточный вес увеличивает нагрузку на сердце.

Правила поведения и действия населения при происшествиях бытового характера

ИНСУЛЬТ

Сосудистые заболевания мозга занимают второе место в структуре смертности от заболеваний системы кровообращения после ишемической болезни сердца.

Инсульт (лат. «наскок, нападение, удар») – острое нарушение кровоснабжения головного мозга (острое нарушение мозгового кровообращения), характеризующееся внезапным (в течение нескольких минут, часов) появлением очаговой и/или общемозговой неврологической симптоматики, которая сохраняется более 24 часов или приводит к смерти пострадавшего в более короткий промежуток времени.

ПРИЧИНЫ ИНСУЛЬТА

Основной причиной инсульта является повышенное давление. Сбивать давление можно и нужно, но это не лечит саму болезнь.

Характерные специфические причины инсульта все еще не выделены специалистами. Существует лишь перечень факторов, присутствие которых способствует нарушению важных процессов в тканях всего тела, в том числе, органов центральной нервной системы.

Провокаторы инсульта головного мозга:

- гипертония;
- гипертрофия тканей левого желудочка сердца;
- превышение нормальных показателей холестерина в крови;
- сахарный диабет сопровождается раздражением кровеносных сосудов молекулами глюкозы, что может привести к инсульту;
- курение вызывает структурные изменения сосудистых стенок, сужая их просвет и снижая прочность тканей.

ПРИЗНАКИ ИНСУЛЬТА

Основные признаки приближающегося ИНСУЛЬТА:

- 1) **сильная и стойкая головная боль** без четкой локализации, которая не снимается обезболивающими препаратами или уходит под их влиянием только на время;
- 2) **головокружения**, которые начинаются в состоянии покоя, а при движении усиливаются;
- 3) постоянный или преходящий **шум в ушах** (временный, недолговечный шум, который скоро проходит);
- 4) **проблемы с памятью** в отношении информации, относящейся к настоящему времени;
- 5) **нарушение координации** на фоне онемения конечностей;
- 6) **снижение качества сна, утомляемость, ухудшение работоспособности.**

Нетипичные признаки надвигающегося ИНСУЛЬТА:

- 1) усиленное сердцебиение;
- 2) одышка;
- 3) сухость слизистой рта;
- 4) болезненные ощущения в одной половине тела;
- 5) нарушения психического состояния в виде дезориентации и расстройства сознания.

Тест на наличие ИНСУЛЬТА:

- 1) **пусть человек улыбнется.** При поражении мозга одна половина лица останется бездвижной;
- 2) **пусть человек поднимет руки вперед.** В случае инсульта поднимется только одна рука, а во второй будет очевидна мышечная слабость;
- 3) **пусть человек произнесет простую фразу.** Сложности с артикуляцией указывают на нарушение мозгового кровообращения;
- 4) **пусть человек высунет язык.** При патологии его кончик будет отклоняться в сторону – по направлению к очагу поражения тканей в мозге.

Если хотя бы один из тестов не был пройден, то высока вероятность того, что у человека инсульт. С момента появления первых очевидных симптомов есть 3-4 часа, в которые пострадавшему должна быть

Правила поведения и действия населения при происшествии бытового характера

оказана неотложная помощь. Это повышает вероятность того, что удастся избежать перманентных патологических изменений в результате кровоизлияния в мозг или нарушения тока крови в его тканях.

Первые признаки МИКРОИНСУЛЬТА:

- 1) снижение мышечной активности ног или рук с одной стороны, иногда страдает одна конечность;
- 2) повышенный тонус мышечных волокон;
- 3) судороги;
- 4) ухудшение качества походки;
- 5) неконтролируемые приступы веселья или ярости;
- 6) потеря зрения или обоняния;
- 7) застывший взгляд.

Признаки ТЯЖЁЛОГО ИНСУЛЬТА:

- 1) головная боль, рвота, состояние отрешенности или кома. Иногда отмечается сильное напряжение мышц в задней части шеи, возникают судороги. Может развиваться лихорадка.
- 2) лицо ассиметрично, взгляд повернут в сторону парализованной половины тела. Симптомы инсульта в сознании дополняются проблемами с речью, пониманием ситуации, нарушением ориентации;
- 3) потерпевший теряет сознание, у него начинаются судороги, выделяется пена изо рта, отмечаются расстройства глазодвигательных функций – зрачки расширены и не реагируют на свет;
- 4) дыхание учащается и становится поверхностным, может совсем остановиться. В тяжелых случаях первые симптомы инсульта сопровождаются резким падением артериального давления, учащением пульса, непроизвольными мочеиспусканием и дефекацией.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ИНСУЛЬТЕ

АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЙ ПО ОКАЗАНИЮ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПРИ ИНСУЛЬТЕ

Где бы не случился и каким бы не был инсульт – и сам пострадавший (если позволяет состояние), и окружающие **должны действовать согласно четкому алгоритму:**

- 1) **Постарайтесь сохранить самообладание!!!**
- 2) Оцените общее состояние пострадавшего: сознание, дыхание, сердцебиение, давление.
- 3) Определите явные признаки инсульта: односторонний паралич руки и ноги, перекошенное лицо, нарушение речи, отсутствие сознания, судороги.
- 4) Вызовите дежурную бригаду службы скорой медицинской помощи по телефонам: «112», «03» или «103»!
- 5) Выясните обстоятельства болезни (по возможности, кратко).
- 6) Проведите реанимационные мероприятия (искусственное дыхание, непрямой массаж сердца), но только в том случае, если в них есть необходимость (отсутствие дыхания, сердцебиения и широкие зрачки).
- 7) Правильно уложите пострадавшего – на спину или набок, либо со слегка приподнятыми головой и туловищем, либо строго горизонтально, при этом не рекомендуются любые манипуляции с областью головы и тела, показан абсолютный покой.

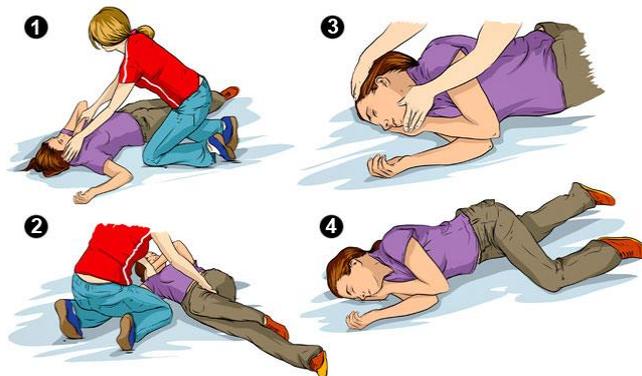


Рис. Безопасное положение пострадавшего при инсульте

**ЗАПРЕЩЕНО ПОВОРАЧИВАТЬ ЧЕЛОВЕКА НА ЖИВОТ
ИЛИ ОПУСКАТЬ ГОЛОВУ НИЖЕ ПОЛОЖЕНИЯ ТЕЛА!**

Правила поведения и действия населения при происшествиях бытового характера

8) Обеспечьте условия для хорошего доступа кислорода к легким и кровообращения во всем организме. Обратите особое внимание на наличие рвотных масс в ротовой полости, при их наличии постарайтесь извлечь пальцами рук рвотные массы и придать пострадавшему правильное положение, со слегка приподнятым головным отделом.

9) Следите за состоянием пострадавшего.

10) Организуйте транспортировку в ближайшую больницу.

САМОПОМОЩЬ ПРИ ИНСУЛЬТЕ

Возможность оказания помощи при инсульте самому себе ограничена. В 80–85% инсульт случается внезапно, проявляясь резким ухудшением состояния или потерей сознания. Поэтому пострадавшие не могут помочь себе. Если вы ощущаете симптомы, напоминающие инсульт:

- 1) примите горизонтальное положение с приподнятым головным концом;
- 2) сообщите кому-либо, что Вам плохо;
- 3) вызовите дежурную бригаду службы скорой медицинской помощи (телефоны: 112, 03 или 103);
- 4) придерживайтесь строгого постельного режима, не волнуйтесь и излишне не двигайтесь;
- 5) освободите грудную клетку и шею от сдавливающих предметов.

ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ НА УЛИЦЕ



Рис. Безопасное положение пострадавшего при инсульте

Если инсульт случился на улице, оказание первой помощи имеет такие особенности:

1) Привлеките к оказанию помощи несколько человек. Организуйте действия каждого из них, четко распределив обязанности (кто-то вызывает дежурную бригаду службы скорой медицинской помощи, кто-то оценивает общее состояние и т. д.).

2) Уложив в нужное положение пострадавшего, освободите шею и грудную клетку, чтобы ему было легче дышать (снимите галстук, расстегните пуговицы, расслабьте поясной ремень).

3) Укутайте конечности, накройте человека теплыми вещами (в холодное время), массируйте и растирайте их.

4) Если есть мобильный телефон или контакты с родственниками, сообщите им о случившемся.

НЕТРАДИЦИОННЫЙ АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЙ ПО ОКАЗАНИЮ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПРИ ИНСУЛЬТЕ (рекомендации китайской традиционной медицины, имеющей тысячелетний опыт)

Для данных действий Вам понадобится шприц для инъекций, если нет, то любая иглолка или булавка.

1) Выполнить действия АЛГОРИТМА по оказанию первой помощи при инсульте.

2) Прозеинфицируйте иглу над огнем, если у Вас не оказалось шприца. Можно протереть спиртом (водкой) пальцы и иглу.

3) Уколите мочку каждого уха два раза, так чтобы капельки крови вышли из каждой мочки.

4) Проколите иглой кончики всех пальцев на руках. При этом не ищите никаких конкретных акупунктурных точек, просто уколите центры подушечек пальцев. Уколоть нужно до появления крови. Если кровь не начала капать, сожмите проколотый палец вашими пальцами.

5) После этих процедур состояние человека должно уллучшиться.

Правила поведения и действия населения при происшествиях бытового характера

СИНДРОМ ДЛИТЕЛЬНОГО СДАВЛЕНИЯ (СДС)

Синдром длительного сдавления (краш-синдром, СДС) – жизнеугрожающее состояние, которое возникает в связи с длительным сдавлением любой части тела и последующим её высвобождением, вызывающее травматический шок и часто приводящее к смерти.

Проявляется болью, ухудшением состояния, отеком пораженных отделов тела, острой почечной недостаточностью.

Без медицинской помощи пострадавшие погибают от острой почечной недостаточности, нарастающей интоксикации, легочной или сердечно-сосудистой недостаточности.

Возникновению данного синдрома способствуют два условия:

- 1) массивный объём сдавленных тканей;
- 2) длительный период сдавления (от 40 минут и более).

В зоне сдавления образуются токсические продукты (свободный миоглобин, креатинин, калий, фосфор), которые не «размываются» жидкостью, скопившейся из-за механического препятствия циркуляции её тока. В связи с этим после устранения причины сдавления возникает системная реакция организма – продукты разрушенных тканей попадают в кровоток. Так происходит отравление организма – токсемия.

Обычно синдром длительного сдавления (СДС) возникает у пострадавших во время оползней, землетрясений, обвалов в шахтах, строительных работ, дорожных аварий, заготовки леса, при взрывах и разрушениях зданий и сооружений.

ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ СИНДРОМА ДЛИТЕЛЬНОГО СДАВЛЕНИЯ

Синдром длительного сдавления мягких, преимущественно мышечных тканей, развивается в результате сочетания трех обязательных элементов:

- 1) потеря жидкой части крови по причине травматизации сосудов и иных тканей;
- 2) развитие болевого синдрома, возможно, шоковых состояний;
- 3) отравление организма некротическими тканями и другими токсичными продуктами, образованными при тканевом распаде.

ПРИЗНАКИ СИНДРОМА ДЛИТЕЛЬНОГО СДАВЛЕНИЯ

Состояние человека на момент обнаружения может быть вполне удовлетворительным, а может быть крайне тяжелым:

1) *Если с момента начала компрессии прошло немного времени*, то конечность будет отечной, кожа бледной и холодной на ощупь, периферическая пульсация будет снижена или полностью отсутствовать.

2) *Если пострадавший находился под завалом длительное время (4-6 часов и более)*, то пораженные участки тела могут быть красно-синюшного цвета, сильно отечными, пульсация сосудов отсутствует, движение конечностями невозможно, попытки пошевелить ими вызывают сильнейшую боль.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ СИНДРОМЕ ДЛИТЕЛЬНОГО СДАВЛЕНИЯ

При обнаружении пострадавших, находившихся под какими-либо сдавливающими предметами, категорически нельзя освобождать передавленные конечности сразу. Принцип оказания помощи – не допустить залпового выброса токсинов, то есть «запереть» их в освобожденной от груза конечности, чередуя наложение жгута, снятие груза и тугое бинтование одновременно с оказанием помощи при сопутствующих повреждениях и общими противошоковыми мероприятиями.

В первую очередь, необходимо наложить жгут выше места повреждения, и только после этого осторожно убрать предметы, под которыми оказался человек. Если убрать их сразу, не накладывая жгут, токсичные продукты, образовавшиеся при массивном разрушении мышечной ткани, попадут в общий кровоток. Это вызовет повреждение почек, развитие острой почечной

Правила поведения и действия населения при происшествиях бытового характера

недостаточности, что может привести к гибели пострадавшего до того, как удастся доставить его в медицинское учреждение.

Пострадавшую конечность необходимо туго забинтовать, максимально охладить и иммобилизовать, предварительно сняв с нее одежду и обувь, если речь идет о нижних конечностях.

Открытые раны (ссадины, порезы) при возможности следует обработать.

Если есть возможность, **дать пострадавшему обезболивающие препараты**, учитывая при этом возможную аллергическую реакцию организма пострадавшего.

Если пострадавший находится в сознании и нет подозрения на травму живота, то ему **можно давать питье**.

Пострадавшего нужно в кратчайшие сроки доставить в медицинское учреждение для оказания квалифицированной помощи. Следует отметить, что к жгуту обязательно прикрепляется записка, в которой будет указано время наложения.

Если время трагедии неизвестно, оказывают стандартную первую помощь, особенностью которой является отказ от быстрого освобождения от давящего груза.

Правила поведения и действия населения при происшествиях бытового характера

ПЕРЕЛОМЫ

Перелом кости – полное или частичное нарушение целостности кости при нагрузке, превышающей прочность травмируемого участка скелета.

Травматический перелом – это повреждение структуры костной ткани под воздействием внешней силы, превышающей стандартные прочностные характеристики повреждённого элемента скелета. Данный тип переломов наиболее распространён в настоящее время. Возникать он может по множеству причин, начиная от падения с высоты и заканчивая огнестрельными ранениями.

Наиболее тяжёлыми считаются **сочетанные и комбинированные переломы** – переломы нескольких костей или их сочетание с другими повреждениями, например, ранами или ожогами.

Множественные переломы часто сопровождаются шоком.

Классификация переломов:

- 1) открытые переломы;
- 2) закрытые переломы.

ПРИЗНАКИ ПЕРЕЛОМА КОСТИ

Основные признаки случившегося перелома:

- 1) интенсивная боль;
- 2) отек, возможное кровотечение;
- 3) патологическая (нехарактерная) подвижность в травмированной области;
- 4) укорочение конечности по сравнению со здоровой.

При этом сам пострадавший во время травмы может ощутить крепитацию.

Например, при переломе бедра услышать такой звук будет сложно. Боль будет усиливаться при движении. В некоторых случаях возможно полное обездвижение пострадавшей конечности.

При открытом переломе данный участок начинает быстро опухать и обретать красноватый оттенок (появляется кровотечение). Может наступить шоковое состояние – самый опасный признак, способный вызвать нарушение деятельности центральной нервной системы (ЦНС). Наиболее характерные признаки нарушения деятельности ЦНС – вялость, апатия, активность пострадавшего или, наоборот, «приторможенность». Может быть нарушено кровообращение, вследствие чего лицо пострадавшего становится бледным и появляется повышенная потливость.

При подозрении на перелом обязательно следует пройти обследование в специализированном медицинском учреждении.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ КОСТИ

ОБЩИЕ ПРАВИЛА ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ КОСТИ

Целями первой помощи при переломах костей являются:

- обеспечение покоя (иммобилизация) травмированной области, чтобы не допустить повреждения мышц и сухожилий;
- контроль состояния пострадавшего (сознание, дыхание, кровообращение) и оказание психологической поддержки;
- самое главное, скорейшая доставка пострадавшего в лечебное учреждение для оказания квалифицированной медицинской помощи.

Иммобилизация (лат. immobilis неподвижный) – создание неподвижности (покоя) какой-либо части тела при некоторых повреждениях (ушибах, ранах, вывихах и др.) и заболеваниях.

Транспортная иммобилизация – временное обездвижение пораженного участка тела на период транспортировки пострадавшего (обычно до лечебного учреждения).

Правила поведения и действия населения при происшествиях бытового характера

При переломах костей транспортная иммобилизация предупреждает вторичное смещение костных фрагментов и перфорацию ими кожи. Обеспечивая неподвижность костных отломков и уменьшая травматизацию мягких тканей в области перелома, она позволяет избежать усиления боли и предотвратить развитие травматического шока.

Кроме того, транспортная иммобилизация служит для профилактики повреждения кровеносных сосудов и, следовательно, кровотечения, травмы нервных стволов, жировой эмболии, а также развития и распространения инфекции в ране.

При обширных повреждениях мягких тканей и глубоких ожогах, а также при острых воспалительных процессах на конечностях, транспортная иммобилизация уменьшает боль, предупреждает развитие травматического шока и распространение инфекции. При повреждениях крупных кровеносных сосудов она уменьшает опасность тромбоэмболии и повторного кровотечения.

Последовательность действий при оказании первой помощи:

- 1) Остановка кровотечения при открытом повреждении кости.
- 2) Определение локализации перелома и степени тяжести состояния пострадавшего.
- 3) Перемещение человека с места происшествия (из автомобиля при аварии, с проезжей части или с тротуара) на удобный участок. Такое действие можно выполнять в тех случаях, когда пострадавший повредил конечность, нос, челюсть. Но при травмировании позвоночника, особенно его шейного отдела, пострадавшего человека до прибытия специалистов переносить нельзя.
- 4) Контроль состояния пострадавшего (сознание, дыхание, кровообращение) и оказание психологической поддержки.

5) Соблюдение общих правил иммобилизации:

- не нужно пытаться придать травмированной кости правильную форму. Это может привести к болевому шоку, а также к дополнительной (вторичной) травме мягких и твердых тканей;
- если перелом открытый и видны отломанные участки кости, не следует пытаться «вдвинуть» их внутрь мягких тканей. При оскольчатых переломах не нужно пытаться ни удалять, ни вправлять осколки. Производить иммобилизацию нужно в таком положении, в котором находится пострадавший участок на момент оказания первой помощи;
- нельзя транспортировать пострадавшего с множественными травмами, в том числе множественными переломами, а также с переломами позвоночника и таза. Первая помощь при переломах такого типа оказывается на месте, а доставкой в больницу занимается скорая помощь;
- при интенсивном болевом синдроме можно дать пострадавшему обезболивающее средство, с учётом индивидуальной переносимости применяемого препарата (подойдет любое обезболивающее безрецептурного отпуска) или приложить к месту повреждения холодный компресс (бутылку с холодной водой, лёд и др.);
- в холодное время года необходимо следить, чтобы не произошло общее переохлаждение организма пострадавшего, при этом травмированную область тела укрыть теплой одеждой или одеялом, пострадавшему, при наличии возможности, дать тёплое питьё.

ПРАВИЛА ИММОБИЛИЗАЦИИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ПЕРЕЛОМАХ

Перед транспортировкой пострадавшего в больницу пораженную область необходимо зафиксировать, чтобы движения в этом участке не усугубили травму.

Иммобилизация ПРИ ПЕРЕЛОМЕ КИСТИ РУКИ

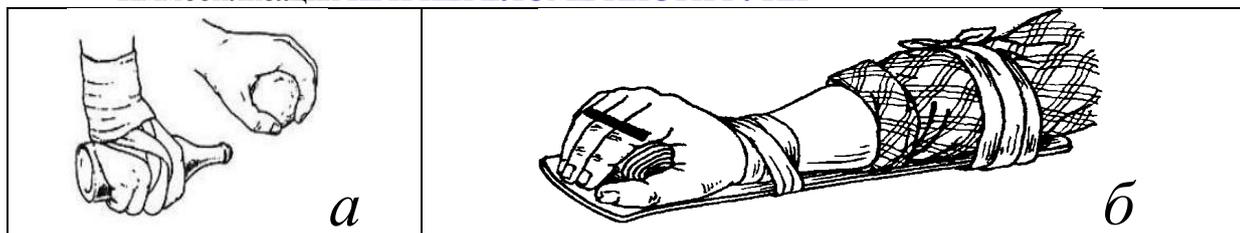


Рис. Иммобилизация пальцев кисти руки:

а) с помощью пластиковой бутылки или мячика; б) с помощью ватно-марлевого (матерчатого) валика

Правила поведения и действия населения при происшествиях бытового характера

Иммобилизация ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ПАЛЬЦА

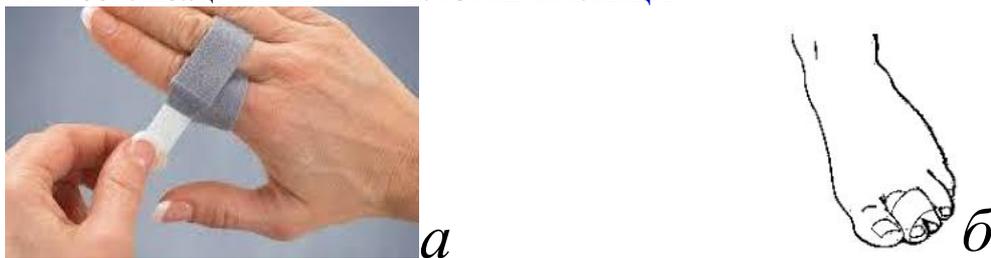


Рис. Иммобилизация сломанного пальца к здоровому: а) кисти рука; б) стопы ноги.

Правила иммобилизации ПРИ ПЕРЕЛОМАХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Накладывать шину необходимо, соблюдая следующие правила:

- 1) Шина устанавливается таким образом, чтобы зафиксировать не менее двух суставов, расположенных выше и ниже места перелома.
- 2) Между шиной и кожей обязательно должна быть тканевая прослойка.
- 3) Шина должна быть прочно зафиксирована, недопустимо, чтобы она болталась, т.к. в этом случае вместо средства иммобилизации она превращается в дополнительный травмирующий фактор.

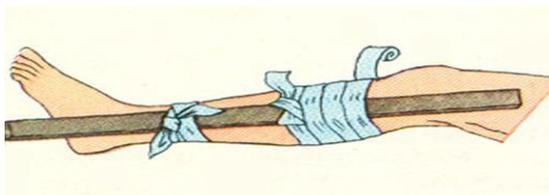


Рис. Иммобилизация голени с помощью подручных средств

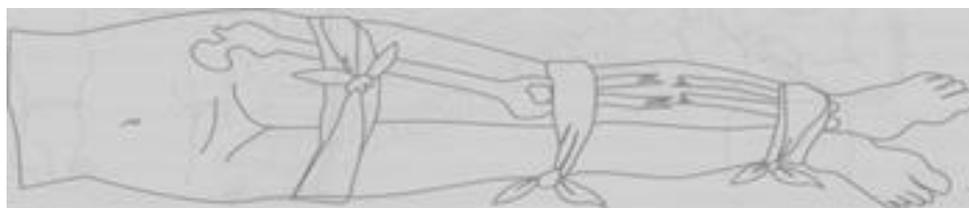


Рис. Аутоиммобилизация способом «нога к ноге»

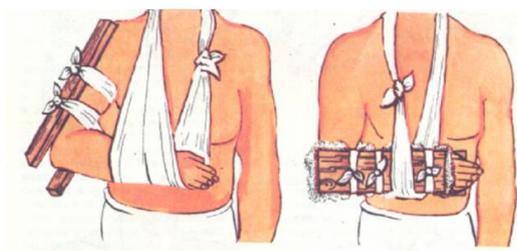


Рис. Транспортная иммобилизация при переломе плеча и предплечья

Правила иммобилизации ПРИ ПЕРЕЛОМАХ РЕБЕР

Признаками перелома ребер является боль при движениях, кашле, дыхании или чихании.

При переломах ребер пострадавшему нужно наложить корсет (обмотать грудную клетку куском материи – простыней, полотенцем, покрывалом и т.п.). Корсет должен оказывать достаточное давление на грудную клетку для того, чтобы человек дышал в большей степени за счет мышц живота, то есть необходимо заменить грудное дыхание на брюшное (цель – фиксация грудной клетки и уменьшение боли). При этом не следует разговаривать с пострадавшим, поскольку речь также приводит к движению грудной клетки и усилению боли.

Правила поведения и действия населения при происшествиях бытового характера

Правила иммобилизации ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ПОЗВОНОЧНИКА И ТАЗА

Перелом позвоночника относится к одной из самых опасных травм, поскольку в результате него может пострадать спинной мозг, что приводит к развитию паралича конечностей.

Симптомами перелома позвоночника является острая боль в позвоночнике и невозможность повернуться или согнуть спину.

При переломах позвоночника и таза, а также множественных переломах, пострадавшего не следует перемещать, делать это должны люди, обладающие достаточной квалификацией.

Однако, если такая возможность отсутствует, чтобы оказать первую помощь при переломах подобного типа, необходимо изготовить носилки с твердым основанием, и, соблюдая максимальную предосторожность, переложить пострадавшего на них. Под колени необходимо положить валик из ткани (можно использовать свернутую одежду), после чего зафиксировать пострадавшего на носилках при помощи широких бинтов или заменяющей их тканей. Транспортировать пострадавшего необходимо без резких движений.

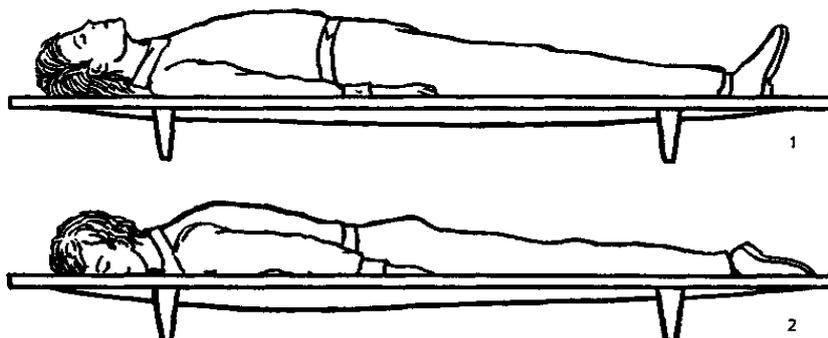


Рис. Иммобилизация позвоночника:
1 — грудного отдела позвоночника;
2 — поясничного отдела позвоночника.

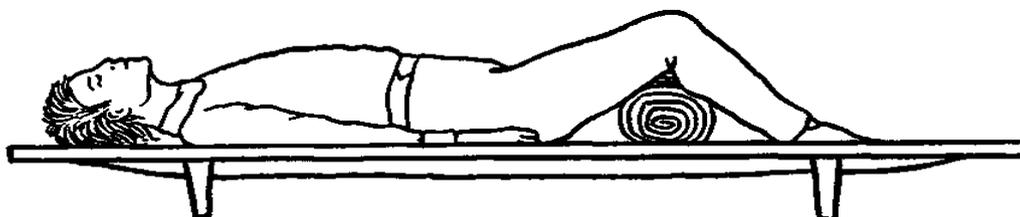


Рис. Иммобилизация таза

Первая помощь ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Неотложная помощь при переломе шейного отдела позвоночника заключается в недопущении никаких резких движений пострадавшим. При этом, человека ни в коем случае нельзя поднимать, поворачивать или поддерживать ему голову руками или же другими подручными средствами.



Рис. Иммобилизация при переломе шейного отдела позвоночника

Правила поведения и действия населения при происшествиях бытового характера

Первая помощь ПРИБ ОТКРЫТЫХ ПЕРЕЛОМАХ

Первая помощь при открытых переломах в целом состоит из тех же мер, что и при закрытых, однако в этом случае необходимо остановить кровотечение, поскольку *большая кровопотеря опаснее, чем самый сложный перелом*.

Для остановки кровотечения следует наложить повязку, а в случае необходимости – жгут (см. «Первая помощь при кровотечениях»).

Поверхность раны желателъно обработать антисептиком (например: перекись водорода, гексорал, мирамистин – обработка раневых поверхностей; спирт, зелёнка, йод – поверхность вокруг ран), но не следует удалять из раны обрывки ткани, осколки и т.п.

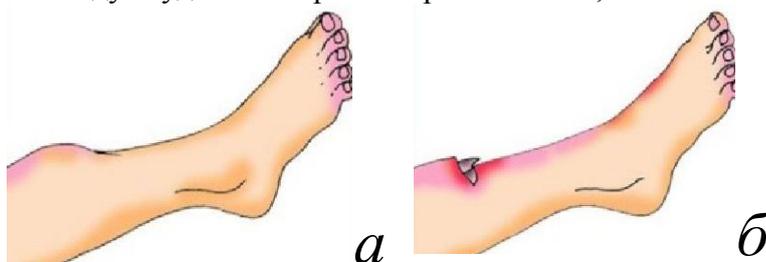


Рис. Переломы костей: а) закрытый перелом; б) открытый перелом.

Первая помощь ПРИБ ПЕРЕЛОМАХ ЧЕЛЮСТИ

Общие и основные симптомы перелома верхней челюсти:

- острая боль при закрывании рта;
- смещение линии зубов, изменение прикуса;
- трансформация середины лица (необычный контур лицевой части);
- неестественное движение челюсти при давлении;
- кровотечение изо рта, ушей или носа, отек лица;
- гематомы.

Учитывая тот факт, что травма верхней челюсти носит опасный характер и часто характеризуется выступающими за анатомические пределы кости повреждениями, пострадавшему требуется покой. Первая помощь, оказываемая ему, отличается от общепринятых действий при переломах костей скелета:

- остановка потери крови;
- пристальное наблюдение за работой органов дыхания;
- прикладывание к месту гематом холода;
- закрепление повязкой обеих челюстей;
- обязательная доставка пострадавшего в лечебное учреждение, при этом поврежденную челюсть следует придерживать ладонями, сложенными лодочкой.

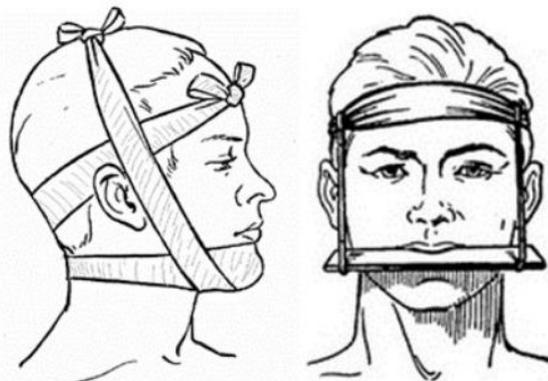


Рис. Имобилизация челюсти при переломе

Первая помощь ПРИБ ПЕРЕЛОМЕ КЛЮЧИЦЫ

Признаками перелома ключицы является острая боль в ее области и явно выраженная припухлость.

Правила поведения и действия населения при происшествиях бытового характера

Для оказания первой помощи следует в подмышечную впадину положить небольшой комок марли, ваты или какого-либо мягкого материала и прибинтовать согнутую в локте под прямым углом руку к туловищу (повязка Дезо).

Пострадавшему человеку повязка Дезо помогает обездвижить конечность после травмы или перелома. Основным показанием к ее применению является нетяжелый перелом ключицы или плеча.

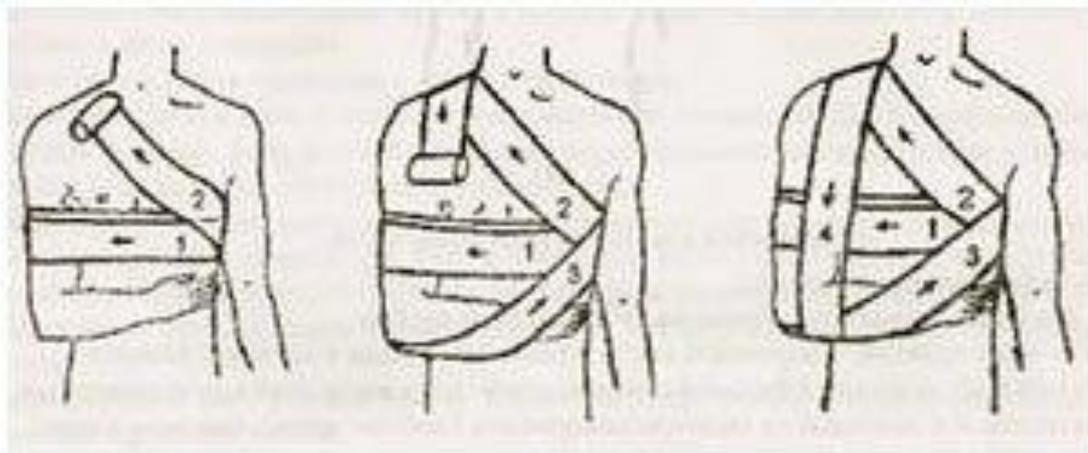


Рис. Схема наложения повязки Дезо при переломе ключицы

На область повреждения можно положить лед или смоченное в холодной воде полотенце.

ПРАВИЛА ТРАНСПОРТИРОВКИ

Общие правила транспортировки

Транспортировка пострадавших в лечебное учреждение должна быть быстрой, безопасной, щадящей, что предотвращает развитие осложнений: нарушение деятельности сердца, легких. Выбор способа транспортировки зависит от состояния пострадавшего, характера травмы и возможностей, которыми располагает оказывающий первую помощь.

Перед транспортировкой пострадавшего необходимо:

- 1) Определить способ перемещения пострадавшего.
- 2) Подготовить пострадавшего и средства транспортировки к перемещению.
- 3) Выбрать наиболее удобный маршрут.
- 4) Обеспечить безопасность пострадавшему.
- 5) Осуществлять постоянный контроль за функционированием жизненно важных систем и органов пострадавшего.
- 6) Выбрать метод погрузки пострадавшего в транспортное средство.

Положение пострадавшего при транспортировке.

Пострадавшего следует перевозить в определенном положении соответственно виду травмы.

Способы транспортировки пострадавших

ЕСЛИ ЕСТЬ ПОДОЗРЕНИЕ НА ТРАВМУ ГОЛОВЫ И/ИЛИ ПОЗВОНОЧНИКА, САМОСТОЯТЕЛЬНО ПЕРЕМЕЩАТЬ ПОСТРАДАВШЕГО МОЖНО ТОЛЬКО В ЭКСТРЕННЫХ СИТУАЦИЯХ!

ЕСЛИ БЕЗ ТРАНСПОРТИРОВКИ ОБОЙТИСЬ НЕЛЬЗЯ, ПОСТАРАЙТЕСЬ БЕРЕЖНО ОТНЕСТИ ПОСТРАДАВШЕГО В МАШИНУ В ТОЙ ПОЗЕ, В КОТОРОЙ ОН НАХОДИЛСЯ РАНЕЕ!

Правила поведения и действия населения при происшествиях бытового характера

В положении лежа на спине транспортируют пострадавших с ранениями головы, позвоночника, переломами костей таза и нижних конечностей. В этом же положении необходимо транспортировать пострадавших, у которых травма сопровождается развитием шока, значительной кровопотерей или бессознательным состоянием.

При повреждении таза рекомендуется положение на спине с приподнятыми ногами (на подушке).

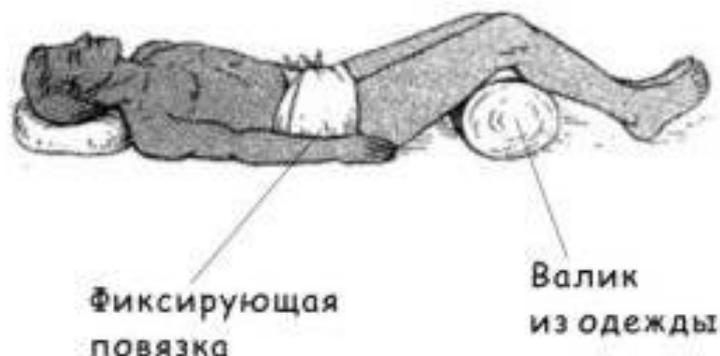


Рис. Положение на спине с приподнятыми ногами (на подушке)

При травмах головы пострадавшего кладут также на спину, но с приподнятой верхней частью туловища.

Транспортировка пострадавших с травмами головы проводится в положении лежа на боку только в 3 случаях:

- травма (ранение) находится в области затылка;
- у пострадавшего открылась рвота;
- пострадавший без сознания.

В положении сидя или полусидя располагают пострадавших со следующими травмами (ранениями):

- травма (ранение) шеи;
- повреждения грудной клетки;
- переломы рук или ключицы.

Положение пострадавшего на спине, с ногами, согнутыми в коленных суставах или слегка приподнятыми, используется в следующих случаях:

- повреждение брюшины;
- подозрение на возможное кровоизлияние внутренних органов;
- при значительной потере крови.



Рис. Перекладывание пострадавшего с травмой позвоночника на носилки

Правила поведения и действия населения при происшествиях бытового характера



Рис. Переноска пострадавшего одним носильщиком: а - на руках; б - на спине; в - на плече.

Подъём пострадавшего вверх (спуск вниз) по лестничному пролету, порядок вноса в транспортное средство (выноса из транспортного средства):

1) Если пострадавшего нужно поднять вверх по лестничному пролету или внести его в машину, носилки располагают так, чтобы голова пострадавшего находилась впереди.

2) При спуске по лестнице и выносе из автомобиля положение носилок меняют: ноги пострадавшего должны быть впереди.



Рис. Подъём пострадавшего вверх (спуск вниз) по лестничному пролету.



Рис. Порядок вноса в транспортное средство (выноса из транспортного средства)

При этом спасатели (лица, оказывающие первую помощь) располагаются по два человека на каждый край носилок. Те, кто идут впереди, следят за дорогой и предупреждают о препятствиях на ней. Один из помощников, который должен нести ножной конец носилок, контролирует состояние пострадавшего и сообщает о его изменениях и необходимости остановки.

ВО ВРЕМЯ ТРАНСПОРТИРОВКИ И ПОДГОТОВКИ К НЕЙ НУЖНО ВСЕ ВРЕМЯ СЛЕДИТЬ ЗА ПОСТРАДАВШИМ

В случае ухудшения самочувствия пострадавшего транспортировку прекращают, останавливаются и оценивают работу жизненно важных систем: проверяют пульс и дыхание. Если они отсутствуют, начинают действия реанимационного характера до приезда медицинского работника или восстановления жизнедеятельности пострадавшего.

Правила поведения и действия населения при происшествиях бытового характера

ПОРАЖЕНИЕ ЭЛЕКТРИЧЕСКИМ ТОКОМ

Основные причины смерти при ударе током:

- 1) остановка дыхания;
- 2) остановка сердца.

После сильного удара током, если человек выживет, возможно развитие осложнений со стороны сердечно-сосудистой, центральной нервной системы, нарушение зрения, слуха и пр.

Поражение электрическим током возникает при соприкосновении с электрической цепью, в которой присутствуют источники напряжения и/или источники тока, способные вызвать протекание тока по попавшей под напряжение части тела.

Чаще всего удары током происходят:

- при незнании или несоблюдении правил техники безопасности при пользовании электроприборами;
- при неисправности бытовых приборов в домашних условиях, неисправности электрооборудования в организациях;
- при обрыве проводов высоковольтных линий.

Виды поражения электрическим током:

- **электрический удар (шок)** – воздействие на весь организм, он не вызывает ожогов, а приводит к параличу дыхания и/или сердца
- **электрическая травма** – поражение внешних частей тела: электрические знаки, ожоги, металлизация кожи.



Рис. Электрические знаки на теле

Наиболее опасные пути тока по организму («петли тока»)

Самые опасные варианты – полная петля, включающая 2 руки и 2 ноги, рука-рука, поскольку ток протекает через сердце.

Не менее опасный – рука-голова, когда ток проходит через головной мозг.

Почему часты случаи смерти в ванне при контакте с бытовыми приборами?

Роковую роль играет влажная и мокрая кожа. Такая кожа имеет меньшее сопротивление к электрической энергии и, соответственно, поражающее действие всегда сильнее даже при действии приборов с, казалось бы, невысоким напряжением в 110 В, например, от фена или радио. К тому же, мокрое тело практически гарантирует формирование наиболее опасной петли тока через жизненно важные органы.

Симптомы поражения электрическим током:

- 1) Неожиданное падение человека на улице или неестественное отбрасывание от источника тока невидимой силой.
- 2) Потеря сознания, судороги.
- 3) Выраженные сокращения мышц непроизвольного характера.

Правила поведения и действия населения при происшествиях бытового характера

- 4) Нарушение неврологических функций – потеря памяти, нарушение понимания речи и зрения, нарушение ориентации в пространстве, изменение кожной чувствительности, отсутствие реакции зрачков на свет.
- 5) Фибрилляция сердца и остановка дыхания – неровный пульс и неровное дыхание.
- 6) Ожоги на теле с резко очерченными границами.

ПРАВИЛА БЕЗОПАСНОСТИ ПРИ УГРОЗЕ ПОРАЖЕНИЯ ЭЛЕКТРИЧЕСКИМ ТОКОМ

1) Никогда не пытайтесь поднять, убрать с дороги провода, лежащие на земле. Не прикасайтесь на улице: со столбов:

- к проводам, провисшим низко над землей, свисающим со столбов, деревьев и лежащим на земле;
- к проводам, торчащим из земли;
- к проводам, подходящим к трансформаторным установкам;
- к деревьям, постройкам, машинам, которых касается оборванный провод.

Вблизи от упавшего рабочего провода или кабеля может возникнуть так называемое «шаговое напряжение», которое растекается по поверхности земли и создаёт опасный потенциал между двумя точками, на расстоянии одного шага человека (обычный шаг взрослого мужчины около 80 см). В зависимости от напряжения в оборванном кабеле (проводе), расстояния от точки контакта кабеля (провода) до места нахождения человека, эта величина может достигать от десяти до нескольких тысяч вольт на один шаг.

Максимальный радиус поражения шагового напряжения при напряжении выше 1000 вольт в месте обрыва составляет **8 метров, при напряжении менее 1000 вольт – **5 метров**. В то же время, начиная с 380 вольт и выше, напряжение считается опасным, т.к. способно вызвать опасное для жизни и здоровья человека шаговое напряжение.**

2) Чтобы покинуть опасную зону (не менее 8 метров от точки касания провода земли – примерно длина автобуса) не нужно быстро бежать, делая длинные шаги. Шаговое напряжение увеличивается при увеличении длины шага, и наоборот. Пока ноги рядом, угрозы для жизни не возникнет.

Выходить из зоны высокого электрического потенциала нужно, переступая с ноги на ногу, делая небольшой шаг в пределах размера ступни (такое перемещение еще называют «гусиным шагом»). Не теряйте равновесие и не касайтесь других предметов, людей, земли.

Ни в коем случае не пробуйте выпрыгнуть из зоны поражения на одной ноге. Такой способ выхода, конечно, действенный, но, если Вы упадете на руки либо локти, возникнет шаговое напряжение более высокой величины, что может сразу же привести к летальному исходу.

3) Если Вы видите пострадавшего рядом с оборвавшимся проводом, оказывать помощь можно только после отключения высоковольтного напряжения, поэтому вызовите помощь и не приближайтесь к пострадавшему. Попытаться освободить пострадавшего от воздействия электрического тока можно лишь при 100% уверенности, что провод низкого (до 1000 В) напряжения электрического тока и только используя средства электрозащиты.

Если Ваш спутник впереди внезапно упал, не стоит бросаться к нему бегом. Нужно оценить ситуацию, возможно, он попал в зону растекания шагового напряжения. Это можно определить по произвольным сокращениям мышц ног. В этом случае подходить к нему необходимо мелкими шагами («гусиным шагом»). Оттянуть пострадавшего из зоны поражения можно обмотав руки сухой одеждой или используя подручные средства, не проводящие электрический ток.

Под шаговое напряжение можно попасть и дома, прикоснувшись к включенному в сеть неисправному электроприбору, образовав таким образом электрическую цепь. Для исключения таких несчастных случаев в квартирном щитке необходимо установить устройство защитного отключения (УЗО), либо организовывать систему заземления вместе с системой уравнивания потенциалов.

4) Не использовать неисправные электроприборы. Вытаскивая вилку бытового электроприбора из розетки, всегда проверяйте её нагрев касанием пальцев руки (она может быть очень горячей, поэтому – легким касанием). Если вилка горячая, неисправен либо электроприбор, либо электрическая розетка.

Правила поведения и действия населения при происшествиях бытового характера

5) Не включать приборы в сеть мокрыми руками. Дистиллированная вода является диэлектриком, то есть не является проводником тока. Но в бытовых условиях и на производстве в подавляющем числе случаев используется вода, представляющая собой минеральный раствор той или иной концентрации, которая является проводником электрического тока.

6) Соблюдать правила безопасности при обращении с электрическими приборами.

7) При необходимости работы с электроприборами использовать средства защиты.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПОРАЖЕНИИ ЭЛЕКТРИЧЕСКИМ ТОКОМ

КАКОВО БЫ НЕ БЫЛО СОСТОЯНИЕ ПОСТРАДАВШЕГО, СЛЕДУЕТ НЕЗАМЕДЛИТЕЛЬНО ВЫЗВАТЬ ДЕЖУРНУЮ БРИГАДУ СЛУЖБЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ИЛИ ДОСТАВИТЬ ПОСТРАДАВШЕГО В ЛЕЧЕБНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ

Смерть от удара током может наступить и через несколько часов. Внешняя картина не отражает внутренних повреждений после удара электрическим током.

Алгоритм оказания первой помощи при ударе током

1) Как можно быстрее прекратить контакт пострадавшего с проводником тока:

➤ приближаться к пострадавшему можно в резиновой обуви или подкладывая под ноги резиновый коврик, сухие доски, строго по сухой поверхности, одев на руки резиновые перчатки. Данные меры более оправданы при напряжении тока более 1000 вольт, но оценить напряжение в электрической цепи навскидку невозможно, лучше перестраховаться, чтобы не пострадать самому;

➤ размокнуть электрическую цепь (выдернуть вилку прибора из розетки) при помощи непроводящих электрический ток предметов (деревянной палкой, стулом, верёвкой и т.п.);

➤ оттянуть пострадавшего волоком, не касаясь тела, на расстояние не менее 10 м от источника тока при помощи предметов, не проводящих ток (деревянными палками, деревянным стулом, веревкой и т.п.).

2) **Оценить** состояние дыхательной и сердечно-сосудистой систем, проверить наличие сознания человека

3) Первичная реанимация пострадавшего (при отсутствии пульса и дыхания)

➤ **непрямой массаж сердца** – наиболее эффективен в течение 3 первых минут после остановки сердца. Пострадавший лежит на спине на ровной поверхности, выпрямленные в локтях руки спасающего располагаются посередине грудной клетки между сосками. Производят по 100 ритмичных нажатий в течение 1 минуты на грудную клетку с амплитудой нажатий 5-6 см и до полного расправления грудной клетки после нажатия;

➤ **дыхание рот в рот** – по два полных выдоха через каждые 30 нажатий на проекцию сердца. При невозможности данного способа допустимо использовать только непрямой массаж сердца;

➤ **продолжительность реанимационных мероприятий** – до приезда скорой или до появления признаков жизни (порозовение кожи, появление пульса и дыхания). Пострадавшего в таком случае поворачивают на бок и ожидают дежурную бригаду службы скорой медицинской помощи;

➤ **первичная обработка ожогов** – ожоговую поверхность **не следует** покрывать ватно-марлевыми материалами, так как в их структуре имеются микроворсинки, которые прилипают к ожоговой поверхности и впоследствии вызывают нагноения и некроз тканей. Целесообразнее применять специализированную противоожоговую плёнку, при её отсутствии – «бытовой целлофан»;

➤ **обезболивающие средства** – при сохранении сознания до приезда дежурной бригады службы скорой медицинской помощи человеку можно дать обезболивающие и успокаивающие препараты, с учётом индивидуальной переносимости применяемых препаратов;

➤ **транспортировка пострадавшего в лечебное учреждение** осуществляется в лежачем положении. При транспортировке пострадавшего с ожогами необходимо утеплить его тёплой одеждой или одеялом, в т.ч. и в тёплый период года, так как кожа выполняет, кроме защитной функции, функцию терморегуляции организма, и транспортировка пострадавшего без утепления может привести к переохлаждению, шоковому состоянию, вплоть до летального исхода.

Правила поведения и действия населения при происшествиях бытового характера

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ЧЕЛОВЕКУ, КОТОРЫЙ ПОДАВИЛСЯ

Если какой-либо предмет застревает в верхней части трахеи, человек может задохнуться, потерять сознание и умереть. Особенно опасно это состояние для маленьких детей.

Кто чаще всего может подавиться?

Риск подавиться выше всего у следующих групп населения:

- дети в возрасте до пяти лет;
- люди старшего возраста;
- люди, страдающие неврологическими заболеваниями;
- люди, страдающие хроническим кислотным рефлюксом (изжогой);
- люди, страдающие острыми респираторными заболеваниями;
- люди с травмами и анатомическими аномалиями, которые влияют на процесс глотания (например, с «заячьей губой»);
- люди в состоянии алкогольного или наркотического опьянения.

Некоторые пищевые привычки увеличивают вероятность того, что человек может подавиться:

- слишком быстрое поглощение пищи, проглатывание крупных фрагментов пищи;
- прием пищи стоя, сидя в неудобной позе или лежа;
- плохое пережевывание пищи;
- употребление слишком сухой и твердой пищи.

У детей до пяти лет повышен риск удушья из-за застрявшей в горле пищи или инородного тела. Малыши не способны оценить, какие объекты они могут проглотить без риска. Особенно опасен период роста зубов, во время которого дети исследуют все предметы при помощи рта.

Какие предметы наиболее опасны для детей?

Резиновые и латексные шарики, сосательные конфеты (леденцы) – ведущие причины удушья у детей до пяти лет. Кроме того, для них опасны:

- яйца;
- стеклянные шарики;
- монеты;
- батарейки;
- маленькие игрушки;
- колпачки от маркеров и ручек;
- булавки;
- пуговицы;

Какая пища наиболее опасна для детей?

Эту еду не рекомендуется давать не только маленьким детям, но и людям старшего возраста, а также всем, кто испытывает затруднение с глотанием или пережевыванием пищи:

- сосиски;
- сосательные конфеты и карамель;
- виноград;
- алыча;
- сливовые, абрикосовые и другие достаточно крупные косточки фруктов;
- орехи;
- сырая морковь, нарезанная кружочками;
- целые яблоки;
- зефир;
- попкорн.

Как правильно есть, чтобы не подавиться

Откусывайте меньше, пережёвывайте тщательнее. В этом случае риск подавиться значительно снижается.

Не разговаривайте во время еды. «Когда я ем, я глух и нем» - очень полезное правило.

Держите рядом напиток: сок, молоко, холодный чай, чтобы запить еду.

Правила поведения и действия населения при происшествиях бытового характера

И самое главное – не торопитесь. Не перекусывайте на ходу: это может привести к тому, что вы отвлечётесь и подавитесь даже небольшим кусочком еды. Если чувствуете, что начинаете торопиться, сделайте глубокий вдох и продолжайте в более спокойном темпе.

Неспешное наслаждение вкусной едой - хороший способ обезопасить себя от неприятностей.

Как помочь подавившемуся?

Если человек подавился и откашливается, это означает, что его дыхательные пути не перекрыты. **Не надо помогать ему при помощи ударов по спине** – дайте человеку избавиться от застрявшего предмета самостоятельно. В противном случае ваша попытка помочь может привести к тому, что застрявший предмет проскользнет еще глубже.

Если самостоятельно откашляться не получается, помогите человеку принять более удобную позу – наклоните его вперед и вниз, предложите сделать медленный аккуратный вдох и резкий выдох, побуждая к откашливанию.

Крупный предмет, застрявший в пищеводе, вызывает не только дискомфорт, но и повышенный риск повреждения этого отдела желудочно-кишечного тракта. В таком состоянии требуется срочное обращение к врачу.

Если человек задыхается, не в состоянии кашлять или говорить – это означает, что инородное тело попало в дыхательные пути. В таком случае нужно срочно вызвать дежурную бригаду службы скорой медицинской помощи и попытаться самостоятельно помочь пострадавшему. Для этого применяется так называемый **метод Геймлиха (Heimlich – Хаймлика)**:

1) Обхватите пострадавшего двумя руками сзади – положите обе руки между пупком и нижней частью ребер.

2) Сожмите одну руку в кулак, положите ее на живот, обхватите ее сверху второй рукой.

3) Резко согнув обе руки в локтях, резко нажмите кулаком на живот пострадавшего.

Повторяйте эту процедуру до тех пор, пока его дыхательные пути не освободятся.



Рис. Метод Геймлиха (Heimlich – Хаймлика)

Если подавился грудной ребенок (возраст - до 1 года)

1) Вызовите дежурную бригаду службы скорой медицинской помощи.

2) Держа ребёнка одной рукой за ноги головой вниз, другой рукой прижимаем тело ребёнка к себе, при этом указательным и средним пальцами держим область ключицы, а мизинцем приоткрываем ротовую область. Для удаления инородного тела осуществим резкие приседания с резким торможением, используя для этого инерционную силу торможения и земного притяжения.

Правила поведения и действия населения при происшествиях бытового характера



а



б

Рис. Удаление инородного тела:

- а) держа ребёнка одной рукой за ноги головой вниз, другой рукой прижимаем тело ребёнка к себе, при этом указательным и средним пальцами держим область ключицы, а мизинцем приоткрываем ротовую область;
- б) для удаления инородного тела осуществляет резкие приседания с резким торможением, используя для этого инерционную силу торможения и земного притяжения.

НИКОГДА НЕ ПЫТАЙТЕСЬ ИЗВЛЕЧЬ ИНОРОДНОЕ ТЕЛО ИЗ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ МАЛЫША ПРИ ПОМОЩИ ПАЛЬЦА – ВЫ ПРОТОЛКНЕТЕ ЕГО ЕЩЕ ГЛУБЖЕ

Что делать, если Вы подавились, а рядом никого нет?

Что делать, если Вы поперхнулись

- 1) Главное – не паниковать и чётко осознавать, что нужно делать.
- 2) Попробуйте кашлять как можно интенсивнее: это основной защитный механизм, придуманный природой. Чтобы усилить кашель, можно согнуться пополам. В этом случае помогут мышцы брюшного пресса. Ни в коем случае не пытайтесь подавить кашель. Это только ухудшит ситуацию.
- 3) Если рядом есть зеркало, воспользуйтесь им: откройте рот, прижмите язык вниз к челюсти пальцами, потяните челюсть вверх и выдвиньте немного вперёд. Это улучшит обзор. Если вы увидите инородное тело, попробуйте сдвинуть его с места скользящим движением пальца, а затем удалить.

Не стоит пытаться схватить то, что застряло в горле, двумя пальцами. Так вы можете случайно протолкнуть его дальше и ухудшить своё состояние.

Что делать, если Вы подавились (задыхаетесь)

В этом случае у человека есть не более полутора минут, чтобы помочь себе. После этого большинство людей теряет сознание и шанс на спасение.

1 способ

Для оказания самопомощи используйте жёсткий узкий предмет. Это может быть спинка стула (но не на колёсиках), край ванны и так далее. Главное – чтобы можно было навалиться на него.

Наклонитесь так, чтобы верхняя часть живота находилась точно над жёстким ребром выбранного предмета. Расслабив ноги, резко навалитесь на предмет. Давление в животе передастся через диафрагму в лёгкие. Это позволит вытолкнуть инородное тело наружу. Этот способ в практике спасателей считается наиболее действенным.



Рис. Самопомощь

Правила поведения и действия населения при происшествиях бытового характера

2 способ.

Используйте приём Геймлиха (Heimlich – Хаймлика). Одну руку сожмите в кулак. Прижмите её на 2-3 сантиметра выше пупка большим пальцем к животу. Обхватите кулак другой рукой и выполните пять резких надавливаний на себя и вверх.

Из-за неудобной точки приложения силы и возможной физической слабости вследствие нехватки кислорода, этот способ считается не очень надёжным. Гораздо эффективнее, когда приём Геймлиха использует кто-то, находящийся рядом.



Рис. Самопомощь

3 способ. Удар телом о пол

Этот способ считается больше теоретическим: попробовать можно, но поможет ли – неизвестно. Его разработал Джефф Рехман, фельдшер из Колорадо, США, более 20 лет работающий инструктором по выживанию.

Описание способа: Становимся на четвереньки, упираемся обеими руками о пол, переносим на них вес тела. А затем резким движением выбрасываем руки вперед, а голову запрокидываем назад. Тело со всего размаху бьётся животом и грудной клеткой о пол, что будет идентично сильному удару по диафрагме по методу Геймлиха. В нормальном состоянии из-за этого перехватит дыхание, но, если вы уже задыхаетесь, такой удар разблокирует дыхательные пути (Удар должен повысить давление в лёгких, инородное тело может вылететь из дыхательных путей).



Рис. Исходное положение



Рис. Конечное положение