



**МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ
(МИНОБРАЗОВАНИЯ НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ)**

ПРИКАЗ

18 АПР 2019

№ 943

г. Новосибирск

**Об утверждении инструкции по оказанию первой доврачебной помощи
в министерстве образования Новосибирской области**

В соответствии со статьей 212 Трудового кодекса Российской Федерации, Порядком обучения по охране труда и проверки знаний требований охраны труда работников организаций, утверждённым постановлением Министерства труда Российской Федерации и Министерства образования Российской Федерации от 13.01.2003 № 1/29 «Об утверждении Порядка обучения по охране труда и проверки знаний требований охраны труда работников организаций», приказом министерства образования Новосибирской области от 02.04.2019 № 771 «Об утверждении инструкции по охране труда в министерстве образования Новосибирской области» **п р и к а з ы в а ю:**

1. Утвердить прилагаемую инструкцию по оказанию первой доврачебной помощи в министерстве образования Новосибирской области (далее – инструкция).

2. Организационно-правовому управлению министерства образования Новосибирской области (Тарасик Т.М.) обеспечить предоставление под подпись копий настоящей инструкции руководителям структурных подразделений министерства образования Новосибирской области для проведения инструктажа на рабочем месте.

3. Руководителям структурных подразделений министерства образования Новосибирской области, ответственным за проведение инструктажей на рабочем месте, обеспечить проведение инструктажа с государственными гражданскими служащими структурных подразделений и работниками структурных подразделений, замещающими должности, не являющиеся должностями государственной гражданской службы, с занесением записи в журнал регистрации инструктажей на рабочем месте.

4. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

Министр

С.В. Федорчук

ИНСТРУКЦИЯ
по оказанию первой доврачебной помощи
в министерстве образования Новосибирской области

I. ВВЕДЕНИЕ

1. Первая доврачебная помощь – это простейшие срочные меры, необходимые для спасения жизни и здоровья пострадавшим при повреждениях, несчастных случаях и внезапных заболеваниях. Она оказывается на месте происшествия до прибытия врача или доставки пострадавшего в больницу.

Для ее оказания используются медицинские (при наличии) и подручные средства.

Оптимальным считается срок оказания первой доврачебной помощи в течение 30 минут после травмы.

Оказание первой помощи не может заменить действий врача и только позволяет дождаться квалифицированной медицинской помощи.

II. ПРАВИЛА ОБРАЩЕНИЯ С ПОСТРАДАВШИМ

2. Перед оказанием пострадавшему первой помощи необходимо:

1) устранить причины: удалить пострадавшего из помещения, наполненного угарным газом, перенести в прохладное помещение, при этом следует помнить о собственной безопасности;

2) устранить факторы, которые могут ухудшить состояние пострадавшего или нанести дополнительную травму; переместить пострадавшего за пределы опасной зоны, приступить к оказанию первой помощи и вызову спасательных служб;

3) оценить его общее состояние и предотвратить в первую очередь наибольшую угрозу для жизни и здоровья (остановить кровотечение при повреждении крупных артерий, начать проводить искусственное дыхание и непрямой массаж сердца при остановке дыхания и нарушении сердечной деятельности).

3. При оказании первой помощи необходимо:

1) при наличии нескольких пострадавших в первую очередь оказать помощь лицам с большей угрозой для жизни и здоровья;

2) при отсутствии угрозы жизни и здоровью не перемещать пострадавшего;

3) поддерживать основные жизненные функции пострадавшего до прибытия медицинского работника;

4) вызвать медицинских работников, либо принять меры для транспортировки пострадавшего в ближайшее лечебное учреждение;

5) не оставлять человека, находящегося без сознания, лежать на спине, особенно при позывах на рвоту; его нужно перевернуть на бок или повернуть набок его голову;

б) если требуется, аккуратно снять с пострадавшего одежду, при невозможности снять - на месте раны разрезать и отвернуть в стороны;

7) укрыть пострадавшего от холода и осадков, согреть доступным способом, учитывая, что перегрев также вреден;

8) уметь пользоваться стандартными и подручными средствами оказания первой помощи.

4. При оказании помощи одним человеком сначала оказывается помощь пострадавшему, затем вызывается бригада скорой помощи.

При нескольких - один вызывает бригаду скорой помощи, остальные приступают к оказанию первой помощи. После вызова бригады скорой помощи вызывающий присоединяется к оказанию первой помощи.

Вызов бригады «Скорой помощи» осуществляется:

а) по городскому (стационарному) телефону **03, 112** (единая служба спасения);

б) с сотовых операторов – по бесплатным номерам **030, 103, 112** (единая служба спасения).

После вызова бригады скорой помощи необходимо **сообщить о данном вызове дежурному службы охраны здания, в котором находится пострадавший.**

Дежурному службы охраны сообщить, куда направить машину скорой помощи или медицинского работника. По возможности обеспечить встречу машины скорой помощи и сопроводить медицинскую бригаду к пострадавшему.

III. ОБЩАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ПОСТРАДАВШЕГО

5. Оказывающий помощь должен знать:

1) основные признаки нарушения жизненно важных функций организма человека;

2) общие принципы оказания первой помощи и ее приемы;

3) основные способы переноски и перевозки пострадавшего.

6. Состояния пострадавшего оценивается по следующим признакам:

1) сознание - ясное, отсутствует, нарушено (это можно узнать, задавая человеку простые вопросы);

2) цвет кожных покровов и видимых слизистых - розовые, синюшные, бледные (глаз, носа, полости рта);

3) дыхание – нормальное, отсутствует, нарушено (15-18 вдохов в минуту у нормального взрослого человека, у ребенка чаще);

4) пульс на сонных артериях, запястьях – хорошо определяется, плохо определяется, отсутствует (нормальный пульс 70-80 ударов в минуту);

5) зрачки – расширенные, суженные (определяется по площади радужки, которую занимают зрачки).

вещества. Пострадавший бледен, лоб покрыт липким холодным потом, сознание сохранено, но он безучастно относится к окружающей обстановке. Пульс вначале может быть замедлен, а затем учащен, слабого наполнения, едва прощупывается. Дыхание неровное, поверхностное и учащенное.

Сначала нужно устранить или ослабить причину шока: при ранении останавливают кровотечение и перевязывают рану, при переломах костей и обширных повреждениях мягких тканей накладывают шины.

Для облегчения дыхания одежду расстегивают, обеспечивают приток свежего воздуха, пострадавшего укладывают в горизонтальное положение, поднимают ноги чуть выше головы, согревают, укутывая в одеяло, теплую и сухую одежду. Если нет ранения живота и повреждения органов брюшной полости, дают горячий чай, воду, в которую желательнее добавить поваренную соль и питьевую соду (1 чайная ложка соли и 0,5 чайной ложки соды на 1 л воды).

IV. МЕРОПРИЯТИЯ ПО ОКАЗАНИЮ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ

8. Отсутствие (потеря) сознания:

1) потеря сознания – состояние, при котором организм не реагирует на внешние раздражители и не осознает окружающую реальность. Причины потери сознания связаны с поражением мозга.

Повреждение мозга может возникнуть в результате прямого воздействия:

- а) травмы головы, кровоизлияния, электротравмы, отравления (в том числе и алкоголем);
- б) удушья, и непрямого - недостаточного притока крови из-за кровотечения;
- в) обморока, шока, сердечных заболеваний;
- г) при нарушении обмена веществ (например, лихорадка, диабет);
- д) при тепловом ударе, замерзании и т.д.

При потере сознания необходимо устранить все негативные факторы, т.е. вынести из помещения, наполненного газом, в случае духоты и высокой температуры в помещении - открыть окна, двери и т.д.

Реакция зрачков на свет определяется следующим образом: верхнее веко приподнять; заметить размер зрачка (он расширен); веко опустить и повторно сразу же приподнять. Если утрачена реакция на свет, то после повторного приподнимания века зрачок не сузится;

2) обморок – это внезапная, кратковременная потеря сознания (от нескольких секунд до нескольких минут) из-за внезапного отлива крови от мозга.

Обмороку обычно предшествуют головокружение, потемнение в глазах, звон в ушах, иногда тошнота и рвота. Обморок может быть следствием испуга, сильной боли, кровотечения, резкой смены положения тела из горизонтального в вертикальное.

При обмороке у пострадавшего выступает обильный пот, холодеют конечности, пульс становится редким, дыхание поверхностным, кожные покровы бледными.

Независимо от причины потери сознания необходимо:

- а) определить пульс на сонной артерии;

б) уложить пострадавшего, ноги расположить чуть выше головы, лицо сбрызнуть холодной водой, растереть щеки, уши, дать понюхать смоченную нашатырным спиртом или уксусом ватку, слегка похлопать по щекам;

в) обеспечить приток свежего воздуха: расслабить поясной ремень, галстук, расстегнуть ворот;

г) при потере сознания более 2-3 минут пострадавшего перевернуть на бок.

Запрещается класть на голову холодные примочки и лед.

В предобморочном состоянии пострадавшему рекомендуется присесть, выпить воды или горячего чая.

При остановке дыхания и прекращении сердечной деятельности приступить к сердечно-легочной реанимации.

После восстановления дыхания и ритмической деятельности сердца пострадавшего возвращают в положение на боку до приезда врачей либо доставляют в лечебное учреждение.

9. Остановка дыхания и кровообращения (работа сердца).

Система реанимации проводится, когда пострадавший не дышит или дышит очень плохо, не прощупывается пульс на сонной артерии. Система реанимации включает в себя искусственную вентиляцию легких (далее - ИВЛ) и непрямой (закрытый) массаж сердца.

10. Клиническая смерть - обратимый этап умирания.

На данном этапе прекращается деятельность сердца и процесс дыхания, полностью исчезают все внешние признаки жизнедеятельности организма. Данный период терминального состояния в среднем продолжается не более 3-4 минут, максимум 5-6 минут. Возможно выживание.

Признаки клинической смерти: отсутствие пульса и дыхания, потеря сознания и утрата реакции зрачков на свет, бледно-синюшный или серовато-землистый цвет кожных покровов.

Для проверки пульса учитывайте, что пульс прощупывается только на сонной артерии, которая находится на боковой стороне шеи - в углублении между большой мышцей шеи и дыхательным горлом.

Отсутствие дыхания проверяется несколькими способами:

а) по визуально фиксируемым движениям грудной клетки - поднятие-опускание при вдохе-выдохе, а также по шуму дыхания при прикладывании уха к грудной клетке человека;

б) по движению выдыхаемого воздуха, которое можно почувствовать при приближении щеки ко рту пострадавшего;

в) при поднесении к губам человека зеркала, стекла очков или циферблата наручных часов.

При отсутствии пульса и дыхания (проверяется в течение не более 15 секунд) немедленно приступить к оказанию первой помощи – проведению ИВЛ и непрямого массажа сердца.

11. Проведение искусственной вентиляции легких и непрямого массажа сердца (сердечно-легочной реанимации):

1) состоит из трех этапов:

а) обеспечение проходимости дыхательных путей;

б) ИВЛ;

в) поддержание кровообращения путем непрямого (закрытого) массажа сердца;

2) проводится немедленно, сразу же после установления факта клинической смерти. Исключения составляют случаи, когда невозможность оживления очевидна – это видимые несовместимые с жизнью травмы, наличие выраженных признаков биологической смерти (высыхание роговицы глаза, охлаждение тела, трупные пятна и трупное окоченение, симптом «кошачьего зрачка» - при легком сжатии глазного яблока зрачок сжимается в щелочку).

12. Правила обеспечения проходимости дыхательных путей.

Проходимость дыхательных путей обеспечивается в 2 этапа:

1) этап 1 (должен занимать минимум времени):

а) пострадавшего уложить на спину в горизонтальное положение на ровной жесткой поверхности;

б) освободить от стесняющей дыхание одежды - расстегнуть ворот, развязать галстук или шарф, расстегнуть брюки и т.п.;

в) запрокинуть голову пострадавшего двумя руками: одна рука давит на лоб, вторая располагается под шеей, при этом рот пострадавшего открывается, а корень языка приподымается и освобождает вход в гортань; для более сильного запрокидывания можно положить валик под плечи; при осуществлении непрямого массажа сердца валик из-под плеч убрать;

г) выдвинуть нижнюю челюсть вперед за подбородок и углы челюсти, удалить изо рта пострадавшего посторонние предметы: обернуть носовым платком, салфеткой, кусочком ткани указательный палец и, двигаясь вдоль одной щеки до задней стенки глотки, затем вдоль второй щеки, удалить зубной протез, обломки зубов, кровь, слизь.

Запрещается запрокидывать голову при подозрении на перелом шейного отдела позвоночника!

2) на 2 этапе необходимо удостовериться, что дыхательные пути проходимы. Для этого необходимо осуществить пробный диагностический выдох, т.е. 2-3 раза попытаться вдохнуть воздух в дыхательные пути пострадавшего, почувствовав проходимость дыхательных путей для струи воздуха (нет сопротивления при вдохе) и визуально проконтролировав подъем грудной клетки.

13. Правила ИВЛ способом «рот ко рту»:

1) обхватить подбородок так, чтобы пальцы, расположенные на нижней челюсти и щеках пострадавшего, смогли разжать и раздвинуть его губы; нет необходимости разжимать челюсти, так как зубы не препятствуют прохождению воздуха;

2) обязательно зажать нос, чтобы воздух при вдохе не выходил наружу;

3) проведение ИВЛ может представлять угрозу заражения для здоровья спасателя, поэтому используют специальную защитную маску (рисунок 1) или специальное устройство для искусственного дыхания (рисунок 2); если защитная маска или специальное устройство для искусственного дыхания отсутствует - воспользоваться подручными средствами: салфеткой, платком, чистым кусочком ткани, марлей и т.п.;

4) расположить защитную маску на лице пострадавшего или вставить устройство для искусственного дыхания в рот пострадавшего;

5) плотно прижаться губами к клапану защитной маски или устройства для искусственного дыхания и сделать в него выдох:

а) если под пальцами почувствуется раздувание щек, значит попытка вдоха ИВЛ неэффективна;

б) если первая попытка вдоха ИВЛ оказалась неудачной, возможно причина в недостаточном запрокидывании головы пострадавшего - увеличить угол запрокидывания головы, зажать нос пострадавшего и сделать повторную попытку;

в) первые 5-10 выдохов должны быть быстрыми (за 20-30 секунд), затем 12-15 выдохов в минуту.

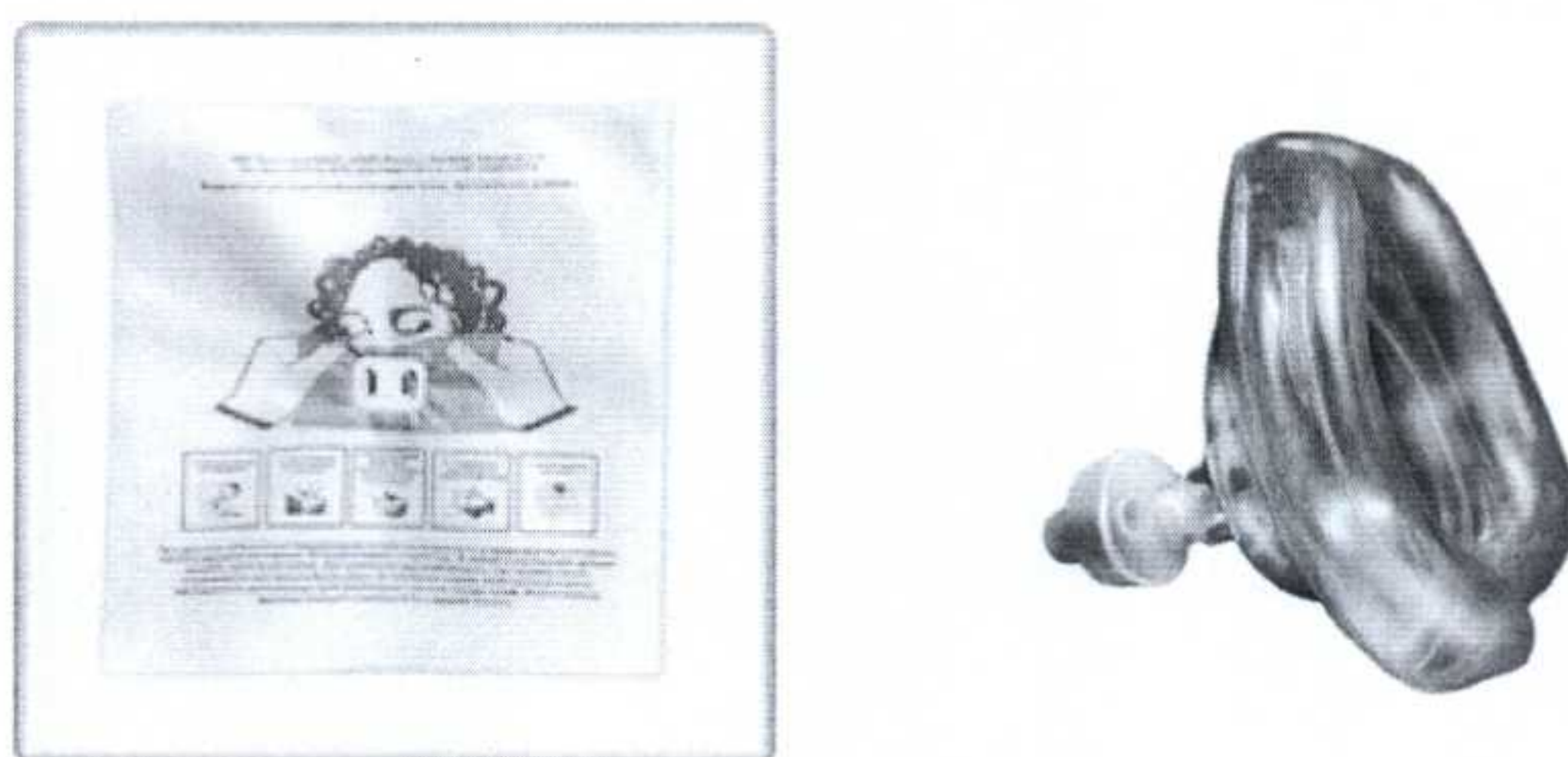


Рисунок 1 - Защитные маски



Рисунок 2 - Устройство для искусственного дыхания

14. При способе ИВЛ «рот в нос» одной рукой оттягивают голову пострадавшего назад, а другой за нижнюю челюсть сжимают рот и его губы и, делая глубокие вдохи, вдыхают воздух в нос пострадавшего.

Запрещается проводить непрямой массаж сердца при наличии пульса!

15. Правила проведения непрямого массажа сердца:

1) уложить пострадавшего на плоскую твердую поверхность (на мягких поверхностях непрямой массаж сердца проводить запрещено);

2) расположить руки одна на другой (в виде бабочки) выше мечевидного отростка так, чтобы большой палец был направлен на подбородок или живот пострадавшего;

3) переместить центр тяжести на грудину пострадавшего и проводить непрямой массаж сердца прямыми руками, это позволит сохранить силы на максимально длительное время (рисунок 3);



Рисунок 3 - Непрямой массаж сердца

4) произвести быстрым толчком надавливание, так чтобы продвинуть нижнюю часть грудины вниз в сторону позвоночника на 3 - 4 см.; усилие при надавливании концентрировать на нижнюю часть грудины; надавливание на грудину повторять 100-110 раз в минуту;

5) начинать очередное надавливание на грудную клетку только после её полного возвращения в исходное положение.

Запрещено надавливать на верхнюю часть грудины (при надавливании может переломиться)!

Избегать надавливания на окончания нижних ребер (может привести к их перелому)!

Запрещено надавливать ниже края грудной клетки (на мягкие ткани), так как можно повредить внутренние органы!

Запрещено отрывать руки от грудной клетки при надавливаниях!

Если не дожидаться, пока грудина вернется в исходное положение и оторвать руки от грудной клетки, то следующий толчок превратится в сильный удар. В случаях перелома ребер, продолжать непрямой массаж сердца, но уменьшить частоту нажатий, чтобы дать возможность грудной клетке вернуться в исходное положение, обязательно сохранить прежнюю глубину нажатий.

Если одновременно с закрытым массажем сердца проводится ИВЛ, то каждые два вдоха чередуются с 30 надавливаниями на грудную клетку (за 1 минуту 2 цикла).

Запрещено во время вдыхания воздуха надавливать на грудную клетку!

16. Реанимационные действия проводят в течение 30 минут – если нет признаков эффективности. Если появляются признаки оживления – время проведения реанимации не ограничено.

Признаки оживления:

- 1) улучшение цвета лица, порозовение слизистых и кожи;
- 2) появление реакции зрачков на свет;
- 3) восстановление сердечной деятельности и дыхания.

О восстановлении деятельности сердца у пострадавшего судят по появлению у него собственного, не поддерживаемого массажем, регулярного пульса. Для проверки пульса прерывают массаж на 2 - 3 секунды, если пульс сохраняется, это указывает на самостоятельную работу сердца. При отсутствии пульса во время перерыва немедленно возобновить массаж. Даже кратковременное прекращение оживляющих мероприятий (1 минута и менее) может привести к необратимым последствиям.

17. Попадание инородного тела в верхние дыхательные пути и мягкие ткани.

При попадании инородного тела в глотку, пищевод и дыхательные пути возникают боли, затруднения в дыхании, приступ кашля и даже удушье.

Признаки закупоривания дыхательных путей:

- 1) отсутствие полноценного дыхания; если дыхательное горло закупорено не полностью, человек кашляет, если полностью - держится за горло;
- 2) неспособность говорить;
- 3) посинение кожи лица, набухание сосудов шеи.

Первый способ оказания первой помощи:

- 1) если пострадавший в сознании и стоит на ногах, встать позади него;
- 2) обхватить пострадавшего обеими руками;
- 3) сжать одну руку в кулак и большим пальцем придавить место живота потерпевшего между пупком и рёбрами;
- 4) ладонь другой руки положить сверху кулака и толкающим движением вверх вдавливаем его в живот; следить за тем, чтобы ваши руки сгибались в локтях, но при этом грудь пострадавшего не передавливалась;
- 5) повторять действия до полного освобождения дыхательных путей поперхнувшегося человека.

Второй способ оказания первой помощи:

- 1) перегнуть пострадавшего через бедро оказывающего помощь;
- 2) раскрытой ладонью резко ударить между лопатками 4-5 раз; если пострадавший потерял сознание, уложить его набок и нанести удары по спине.

18. Инородные тела, попавшие в мягкие ткани (под кожу, под ноготь и т.п.), опасны тем, что могут вызвать воспалительный процесс. Самостоятельно удалять инородное тело из мягких тканей можно в случае, если есть уверенность, что это можно сделать легко и полностью. При малейшем затруднении обратиться к врачу. После удаления инородного тела место его внедрения продезинфицировать и наложить стерильную повязку.

19. Наружные и внутренние кровотечения. Виды кровотечений.

Кровотечение - это истечение крови из кровеносных сосудов при нарушении целостности или проницаемости их стенок.

Виды кровотечений:

1) наружные - это кровотечения, при которых кровь вытекает из раны или естественных отверстий тела наружу;

2) внутренние - это кровотечения, при которых кровь скапливается в полостях тела.

Первая помощь пострадавшим с наружным кровотечением заключается в немедленной остановке кровотечения.

В зависимости от характера поврежденного сосуда кровотечения делятся на артериальные, венозные, капиллярные, паренхиматозные и внутритканевые (гематома).

Артериальное кровотечение возникает при повреждении артерии. Наиболее опасно, так как в короткие сроки может излиться значительное количество крови. Признаками артериального кровотечения являются алая окраска крови и вытекание пульсирующей струей.

Крупные артерии: сонная артерия; височная артерия; наружная челюстная артерия; подключичная артерия; подмышечная артерия; плечевая артерия; бедренная артерия; артерия предплечья.

Первая помощь при артериальном кровотечении:

1) при оказании первой помощи при кровотечении из крупной артерии остановить приток крови к поврежденному участку, придавив артерию одним или несколькими пальцами выше места ранения (рисунок 4). Артерию прижимать до тех пор, пока не будет наложена давящая повязка или жгут. Проще всего это сделать там, где артерия проходит вблизи кости или над ней;

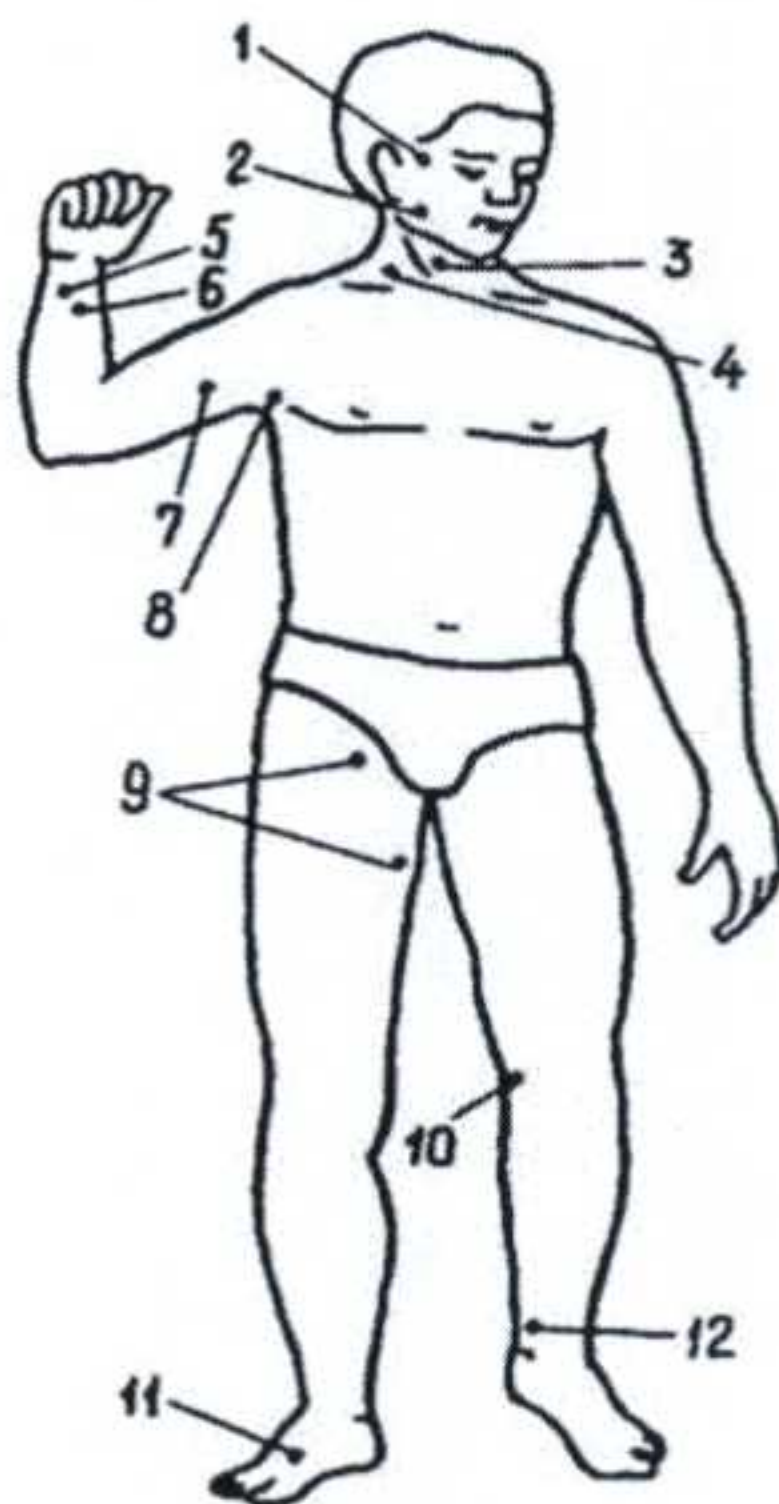


Рисунок 4 - Точки пальцевого прижатия для остановки артериального кровотечения: 1 - височной, 2 - нижнечелюстной, 3 - сонной, 4 - подключичной, 5 - локтевой, 6 - лучевой, 7 - плечевой, 8 - подмышечной, 9 - бедренной, 10 - подколенной, 11 - тыла стопы, 12 - задней большеберцовой.

2) **сонную артерию** прижимают ниже (ближе к сердцу) ее повреждения к шейным позвонкам; затем накладывают давящую повязку, под которую на поврежденную артерию подкладывают плотный валик из бинта, салфеток или ваты;

3) **нижнечелюстную артерию** прижимают большим пальцем к углу нижней челюсти при кровотечениях из ран, расположенных на лице;

4) **височную артерию** прижимают большим пальцем к височной кости впереди ушной раковины на 1-1,5 см от нее при кровоточащих ранах головы;

5) **подключичную артерию** прижимают к I ребру в ямке над ключицей, когда кровоточащая рана расположена высоко на плече, в области плечевого сустава или подмышечной впадине;

6) **плечевую артерию** прижимают к плечевой кости с внутренней стороны плеча, рукой поддерживают поврежденную конечность, а большим пальцем другой руки сдавливают артерию, опираясь остальными пальцами на наружную поверхность плеча;

7) **бедренную артерию** прижимать в паховой области к лобковой кости таза большими пальцами, лучше сжатым кулаком (это делается при повреждении бедренной артерии в средней и нижней трети);

8) **лучевую артерию** прижимать к подлежащей кости в области запястья у большого пальца при повреждении артерий кисти.

При артериальном кровотечении из раны, расположенной в области голени или стопы, прижимать подколенную артерию в области подколенной ямки. Большие пальцы кладут на переднюю поверхность коленного сустава, а остальными прижимают артерию к кости.

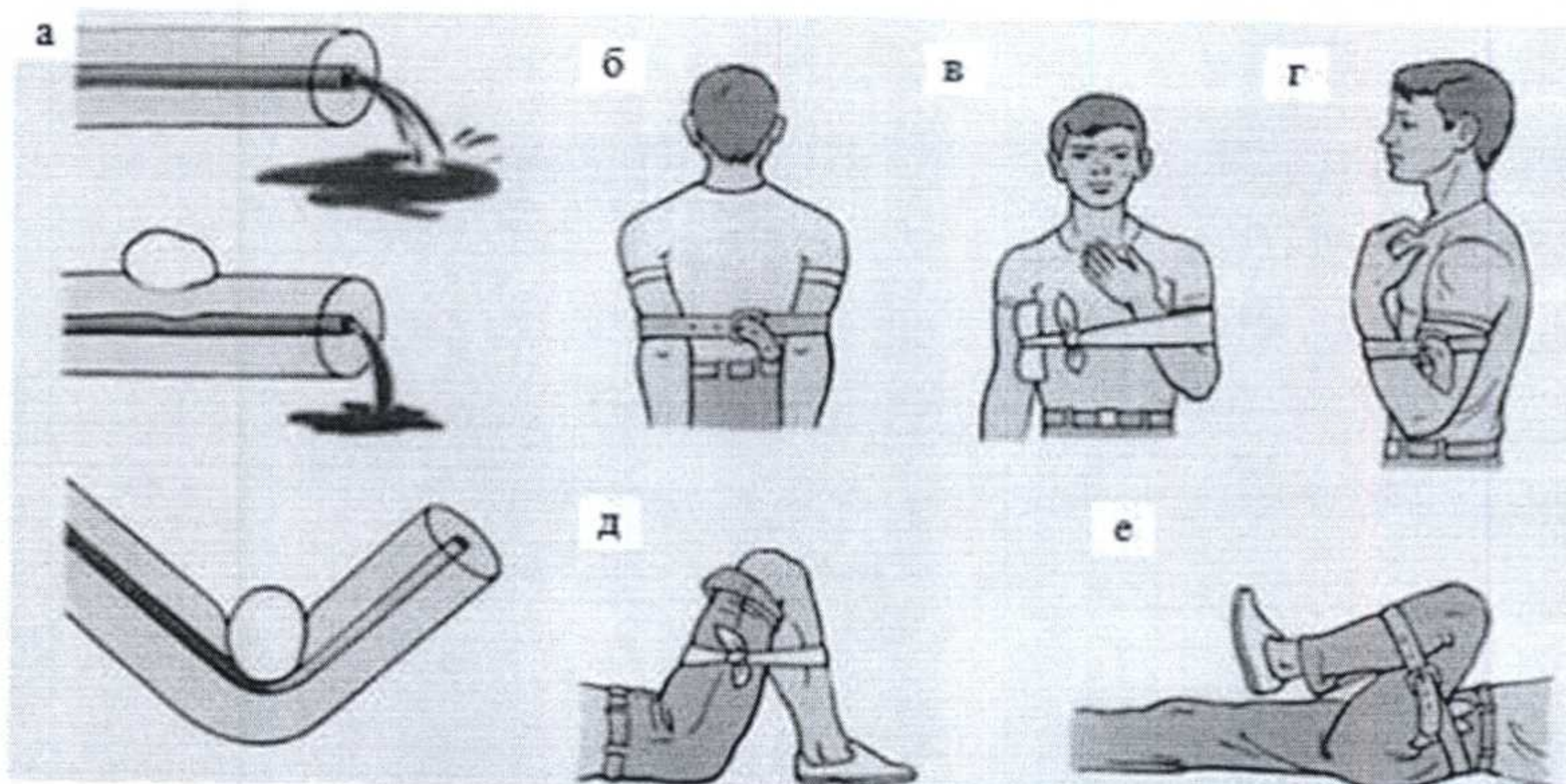
На стопе можно прижать к подлежащим костям артерии тыла стопы, наложить на нее давящую повязку, а при сильных артериальных кровотечениях - жгут на область голени.

В некоторых случаях можно воспользоваться максимальным сгибанием конечностей (метод исключается при переломах).

При кровотечении из верхней конечности руку сгибать в локтевом суставе и предплечье туго привязать к плечу.

При кровотечении из нижней конечности ногу согнуть в коленном суставе, голень туго привязать к бедру, или ногу согнуть в тазобедренном суставе и бедро привязать к туловищу.

При кровотечениях из верхней части плеча и подключичной области, которое может быть смертельным, завести оба плеча за спину со сгибанием в локтевых суставах, связать их с помощью бинта, ремня и т.п. (рисунок 5).



а – ватно-марлевый валик в локтевой ямке для пережатия артерий предплечья; б – метод максимального разведения рук для пережатия подключичных артерий; в, г – методы для остановки кровотечения из сосудов предплечья; д – метод для остановки кровотечения из сосудов голени; е – метод для остановки кровотечения из бедренной артерии

Рисунок 5 - Сгибание и фиксация конечностей при кровотечении

Пальцевое прижатие артерий требует значительных усилий. Поэтому, сделав пальцевое прижатие сосуда, быстро наложить жгут, закрутку и стерильную повязку на рану. Это применяют на время транспортировки больного в медицинское учреждение.

Венозное кровотечение происходит из поврежденной вены. Истечение крови более медленное, кровь темно-красного цвета, явной струи не бывает. Опасно значительным объемом потерянной крови. А также, при ранениях вен, особенно шейных, может произойти всасывание воздуха в сосуды через поврежденные места. Воздух может попасть в сердце и в мозг, итогом будет смерть.

При венозном кровотечении давящая повязка накладывается в следующем порядке:

- 1) сблизить края раны и сдавить ткани;
- 2) на рану наложить стерильную салфетку, поверх нее вдоль оси конечности плотный валик из материи;
- 3) бинт, немного растянув, наложить на валик и сделать закрепляющие ходы; при ранении шеи сдавливающую повязку герметизировать клеенкой или полиэтиленом.

Если повязка значительно пропитывается кровью и кровотечение не останавливается, скорее всего повреждены глубокие вены.

До приезда «Скорой помощи» возможно применить наложение жгута ниже места повреждения как можно ближе к ране. Правильность наложения жгута при повреждении вен определяется отсутствием кровотечения, но сохранением

пульсации на артериях (лучевой (в районе запястья) или тыльной артерии стопы).

Венозное кровотечение также останавливается при помощи максимального сгибания конечностей (рисунок 5).

Капиллярное кровотечение возникает при травмах мелких сосудов мягких тканей туловища, при этом кровоточит вся поверхность раны.

Поверхность раны обработать перекисью водорода, затем края раны обработать йодом и наложить давящую повязку.

При кровотечении из носа пострадавшего усадить, положить холодный компресс на основание носа и по бокам. Сжать пальцами ноздри на время 2 – 20 минут. Запрещено запрокидывать голову вверх, укладывать пострадавшего, чтобы не допустить накопления крови из носоглотки в гортани, т.к. оттуда она попадет в дыхательные пути или в желудок и может вызвать рвоту.

При зияющей обширной ране поясницы, ягодиц (смешанное кровотечение) применять тугую тампонаду раны, удерживать кулаком.

При поверхностном ранении живота без нарушения целостности брюшной полости наложить обычную повязку.

Проникающие ранения живота наносят предметы с острыми краями. Часто вызывают шок, сильное кровотечение, при нарушении целостности брюшной стенки – выпадение внутренних органов.

Пострадавшего уложить на спину на носилки. Колени слегка согнуть и подложить валик из одежды. Запрещено выпавшие внутренние органы трогать руками и пытаться вправлять. Органы прикрыть стерильной марлевой салфеткой. Поверх всей раны положить большую марлевую салфетку (чистое полотенце), вокруг валик из ткани. Нельзя промывать рану и давать пить. Пострадавшего как можно скорее на носилках транспортируют в медицинское учреждение.

При проникающих ранениях грудной клетки возможны опасные для жизни повреждения легких, сердца, внутриполостные кровотечения. Наружный воздух попадает в плевральную полость, сдавливает легкое, резко затрудняет дыхание.

Запрещено извлекать из раны инородные предметы!

Предмет зафиксировать между двумя скатками бинта и прикрепить лейкопластырем или скотчем к коже.

Смазать кожу вокруг раны настойкой йода, наложить герметичную повязку, чтобы не дать воздуху проникнуть внутрь. Для этого на рану положить марлевую салфетку с тонким слоем ваты поверх нее. Повязку покрыть какой-либо прорезиненной оболочкой или клеенкой (упаковкой от бинта), рану туго забинтовать при положении грудной клетки на выдохе.

Пострадавшему придать полусидячую позу с наклоном туловища в сторону ранения. В таком положении или лежа, согнувшись на боку, транспортировать в медицинское учреждение на носилках.

20. Ранение глаз.

На поврежденные глаза наложить чистую повязку и направить пострадавшего в медицинское учреждение.

Даже при ранении одного глаза повязку наложить на оба, чтобы исключить движение глазных яблок!

21. При повреждении ладони согнуть пальцы, чтобы сошлись сухожилия, при ранении тыльной стороны кисти - распрямить ладонь и отвести пальцы как можно дальше назад.

При порезах смазать рану антисептиком и наложить стерильный бинт, при сильном кровотечении наложить давящую повязку и отправить пострадавшего в больницу.

Капиллярное кровотечение из поврежденных внутренних органов (печени, селезенки, почек) называется паренхиматозным.

Внутренние кровотечения - это кровотечения, возникающие при травмах головы, груди, живота, при язвенной болезни желудка, кишечника.

Симптомы имеют общий характер:

а) головокружение, нарастающая слабость, сонливость, шум в ушах, жажда, одышка, потемнение и мелькание «мушек» перед глазами, потеря сознания и т. п.;

б) кожа, слизистые бледные с восковидным оттенком, выступает липкий холодный пот, черты лица заостряются;

в) слабый пульс, но частый, артериальное давление понижено, температура тела падает.

Из-за отсутствия характерных признаков внутренние кровотечения гораздо труднее диагностируются. При внутреннем кровотечении в первую очередь вызвать «Скорую помощь».

22. Правила наложения жгута.

Кровоостанавливающий жгут - полоса плоской эластичной резины шириной 1,5-2 см с крепежом.

Жгут накладывается выше места ранения сосуда на верхнюю треть плеча или на любой участок бедра. Запрещено накладывать на среднюю треть из-за близости крупного нерва, может привести к параличу. Давление жгута должно быть достаточным для остановки кровотечения. Пульс на периферии поврежденной конечности должен отсутствовать, конечность ниже наложения жгута должна побледнеть. Если конечность немеет и опухает - жгут наложен неверно.

Максимальное время наложения жгута на конечности в летнее время не более 1 часа, в зимнее - 30 минут. Через каждые 15 минут жгут распускать на 15 минут для восстановления кровообращения (на это время сосуд выше жгута пережимается пальцем). След от жгута помассировать, затем жгут снова наложить чуть выше или ниже прежнего положения.

Правила наложения жгута (рисунок б):

1) запрещено накладывать жгут на голое тело (наложить повязку из бинта или ткани, на одежду);

2) перед наложением жгут растягивают;

3) первый виток жгута фиксируется, потом накладывается 3-4 витка; каждый последующий виток полосы жгута накладывается на предыдущий со смещением (нахлестом) на $2/3$, конец жгута закрепляется с помощью крепления;

4) запрещено перетягивать жгут, иначе гибнут ткани и мышцы; чем больше площадь наложения жгута, тем лучше;

5) в холодное время года конечность, на которую наложен жгут, должна быть утеплена (обложена ватой, грелками);

6) указать время и дату наложения жгута с учетом 24 часового формата времени (на листке бумаги, а листок подложен под жгут или приколот булавкой к одежде пострадавшего на видном месте, возможно написать время наложения жгута на видном месте на теле пострадавшего (лбу, конечности и т.п.);

7) запрещено поверх жгута накладывать повязки, косынки, закрывать его одеждой; жгут должен быть хорошо виден и бросаться в глаза;

8) запрещено применение жгута при воспалительном процессе в месте наложения жгута.

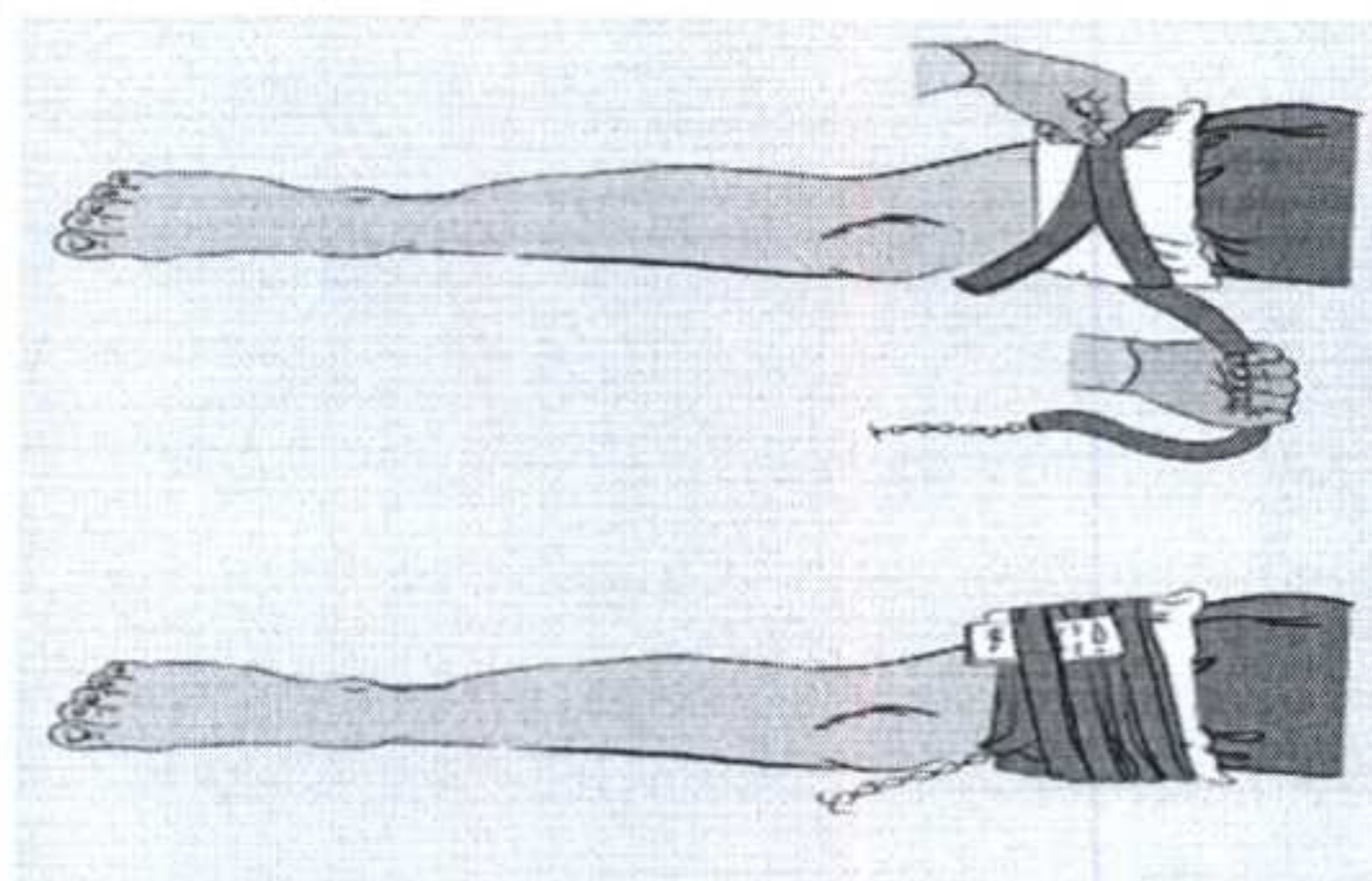
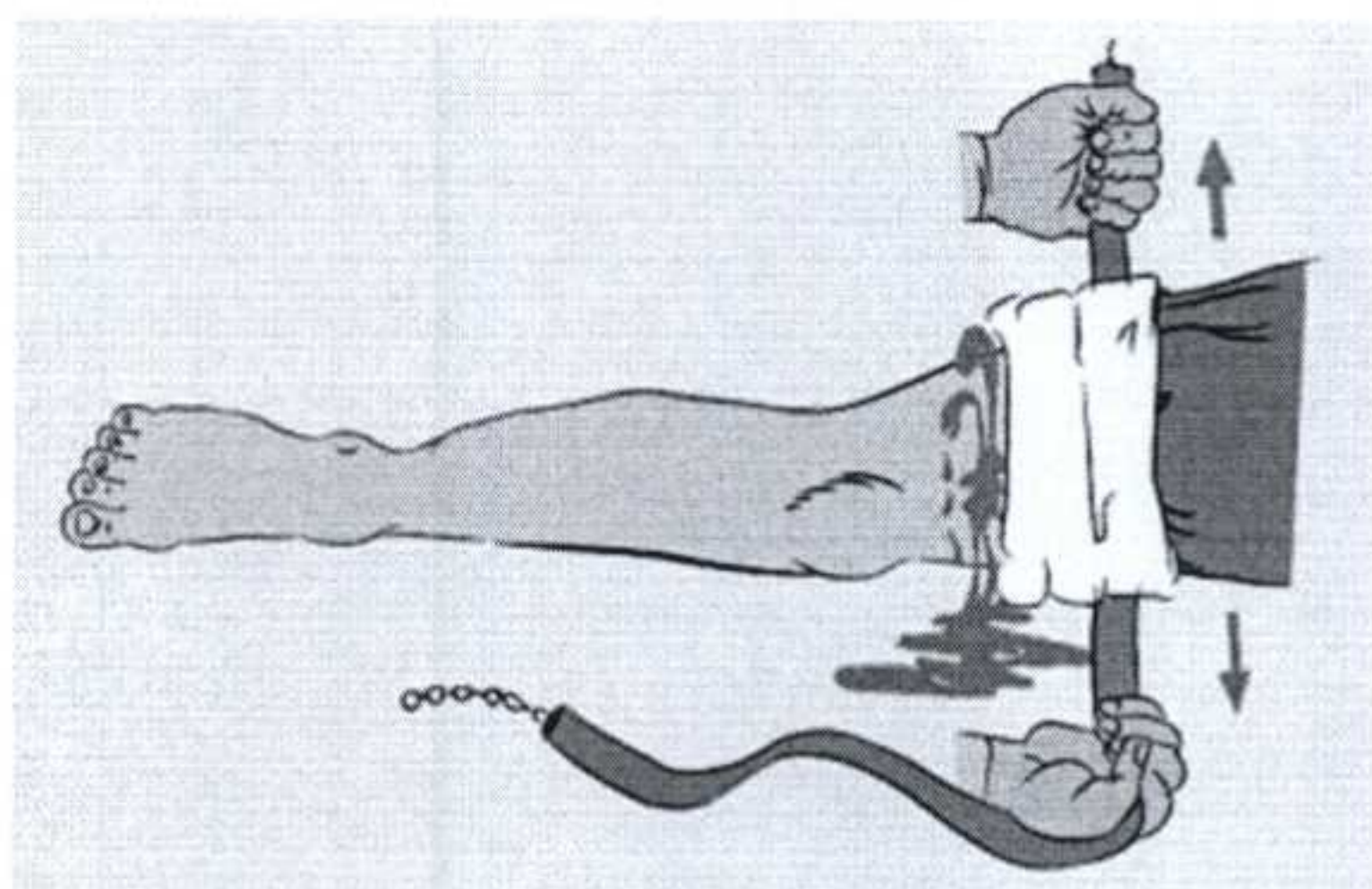


Рисунок 6 - Наложение жгута

При отсутствии специального жгута круговое перетягивание конечности осуществлять ремнем, платком, куском материи, галстуком. Помнить, что грубые жесткие предметы могут вызвать повреждение нервов. Жгут из подручных средств называется закруткой. Примененный для закрутки предмет свободно завязывают на нужном уровне. В образованную петлю провести палку и, вращая ее, закрутить петлю до полной остановки кровотечения, палку зафиксировать к конечности.

Под узел что-либо подложить, т.к. наложение закрутки - довольно болезненная процедура. Все ошибки, опасности и осложнения при наложении жгута относятся и к закрутке.

При кровотечении из главной шейной артерии - сонной - сдавить рану пальцами или кулаком до тех пор, пока не будет подготовлен жгут. К ране прижать скатку бинта. Зафиксировать бинт к ране с помощью жгута, который с другой стороны от раны перетянуть через поднятую и закинутую за голову руку пострадавшего. Вместо руки пострадавшего можно использовать подручные средства (кусок доски или палки) (рисунок 7).



Рисунок 7 - Наложение жгута при кровотечении из сонной артерии

Наложение жгута (закрутки) предполагает немедленную иммобилизацию и транспортировку пострадавшего в медицинское учреждение!

23. Травмы различных областей тела.

Переломы - это нарушение целостности кости. Переломы делятся на закрытые (без повреждения кожи) и открытые, при которых имеется повреждение кожи в зоне перелома.

Открытые переломы опаснее закрытых, так как велика возможность инфицирования. При открытых переломах нарушены кожные покровы.

Признаки перелома кости:

- 1) боль в области перелома при нагрузке по оси конечности;
- 2) припухлость или кровоподтек в области перелома;
- 3) ненормальная подвижность в месте перелома;
- 4) нарушение функции конечности;
- 5) деформация конечности, необычное положение конечности, хруст костных отломков.

Запрещено при открытом переломе проводить ощупывание и исследование области перелома!

Иммобилизация – обеспечение неподвижности костей в месте перелома и уменьшения риска травмы близлежащих тканей. При этом уменьшаются боли, что способствует предупреждению травматического шока. Неподвижность в месте перелома достигается наложением специальных шин или подручными средствами путем фиксации двух близлежащих суставов (выше и ниже перелома). Такая иммобилизация называется транспортной.

При проведении транспортной иммобилизации необходимо соблюдать следующие правила:

- 1) шины, используемые для иммобилизации, должны быть надежно закреплены и хорошо фиксировать область перелома;

2) запрещено накладывать шину на обнаженную конечность; она предварительно должна быть обложена чем-то мягким (ватой, тканью, одеждой и т.п.);

3) чтобы создать неподвижность в зоне перелома произвести фиксацию двух суставов выше и ниже перелома (например, при переломе голени фиксировать голеностопный и коленный суставы; при переломах бедра фиксировать все суставы нижней конечности (коленный, голеностопный, тазобедренный));

4) приложить холод и дать обильное питье.

При отсутствии подсобного материала иммобилизацию провести путем прибинтовывания поврежденной конечности к здоровой части тела: верхней конечности – к туловищу, нижней – к здоровой ноге.

При кровотечении сначала накладывается жгут (закрутка), повязка, потом шина! Жгут должен быть виден, с возможностью его распустить!

24. Перелом верхних и нижних конечностей.

При переломе бедра шина накладывается от ступни (включая ступню) до лопаток. Вторая шина накладывается от паха до ступни. Третья от ступни до подмышечной впадины. Этим достигается полный покой всей нижней конечности. Шины крепко прибинтовываются к конечности в 2 - 3 местах, но не рядом и не в месте перелома. По возможности шину накладывать, не приподнимая ноги. Проталкивать бинт чем-либо (например, небольшой палкой) под поясницей, коленом или пяткой. К месту повреждения приложить холодный предмет. Если подходящего подручного материала для шины нет, прибинтовать переломленную ногу к здоровой. Для этого положить между коленками и лодыжками мягкую ткань, связать ноги в области коленок, лодыжек, бедер (рисунок 8). В области перелома связывают сначала ниже перелома, а затем выше.

Запрещено исправлять деформацию в месте перелома. Придать ноге естественное положение (чуть согнутое в колене и тазобедренном суставе, стопа под прямым углом).

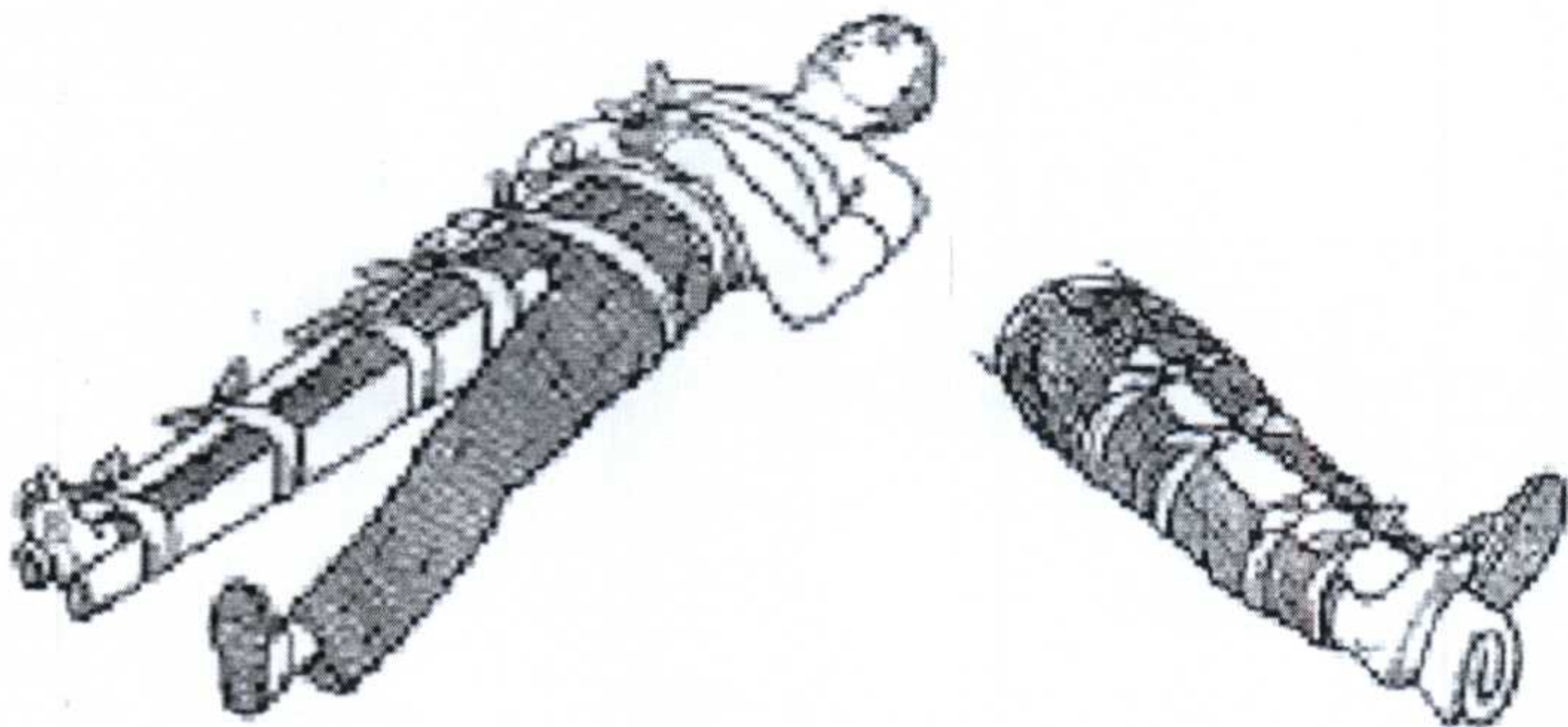


Рисунок 8 - Иммобилизация нижней конечности при переломе

25. Перелом костей кисти и пальцев рук.

При открытых переломах фаланг пальцев и костей кисти после наложения стерильной повязки на рану в ладонь вложить плотный комок ваты, обмотанный марлей, чтобы придать пальцам полусогнутое положение. На предплечье, кисть и пальцы накладывают шину. Руку подвесить на косынке.

26. Перелом костей рук.

При переломе костей предплечья шину (дощечку, фанеру, картон, свернутый журнал) накладывают от локтевого сустава до пальцев кисти, предплечье руки подвешивают на косынку или бинт (локтевой сустав под прямым углом).

При переломах локтевого сустава и лопатки плечевой кости иммобилизацию производят шиной или подручными средствами в трех суставах. Шину смоделировать таким образом, чтобы ее можно было наложить на поврежденную руку, согнутую в локтевом суставе под прямым углом, от здоровой лопатки через надплечье поврежденной конечности на плечо и предплечье до основания пальцев. Руку подвесить на косынке.

27. Перелом ключицы.

При переломах ключицы помощь оказывается при помощи мягкой повязки, которая создает неподвижность отломков (рисунок 9):

1) положить в подмышечную впадину поврежденной стороны небольшой валик ваты, марли или какой-либо материи;

2) руку ниже локтя подвязать косынкой к шее;

3) руку, согнутую в локте под прямым углом, прибинтовать к туловищу, бинтовать следует в направлении от больной руки к спине.

Пострадавшего с переломом ключицы перевозят сидя, если он не может идти самостоятельно.



Рисунок 9 - Фиксация руки, согнутой в локте под прямым углом, к туловищу.

28. Перелом костей стопы, голени и голеностопного сустава.

При переломах костей стопы и голеностопного сустава для иммобилизации использовать шину или подручные средства. Шину согнуть таким образом,

чтобы ее можно было положить на подошву стопы и заднюю поверхность голени до ее верхней трети. Для пятки сделать углубление, положить в него вату, чтобы не было давления на пяточную кость. Шину приложить к конечности и закрепить, начиная восьмиобразными ходами бинта через нижнюю треть голени и стопу, закончить круговыми ходами бинта на голени в ее верхней трети. Стопа должна быть зафиксирована под прямым углом к голени.

При переломе костей голени иммобилизация производится так же, как при повреждении голеностопного сустава. Обеспечивается неподвижность в двух суставах: голеностопном и коленном. Шину или подручные средства наложить от стопы до верхней трети бедра. Если нет подручных средств иммобилизации, поврежденную конечность прибинтовать к здоровой.

29. Переломы челюсти.

Помощь при переломах нижней и верхней челюсти оказывается путем фиксации плотной повязкой к голове: сначала приложить к нижней челюсти, затем прибинтовать к голове (рисунок 10)

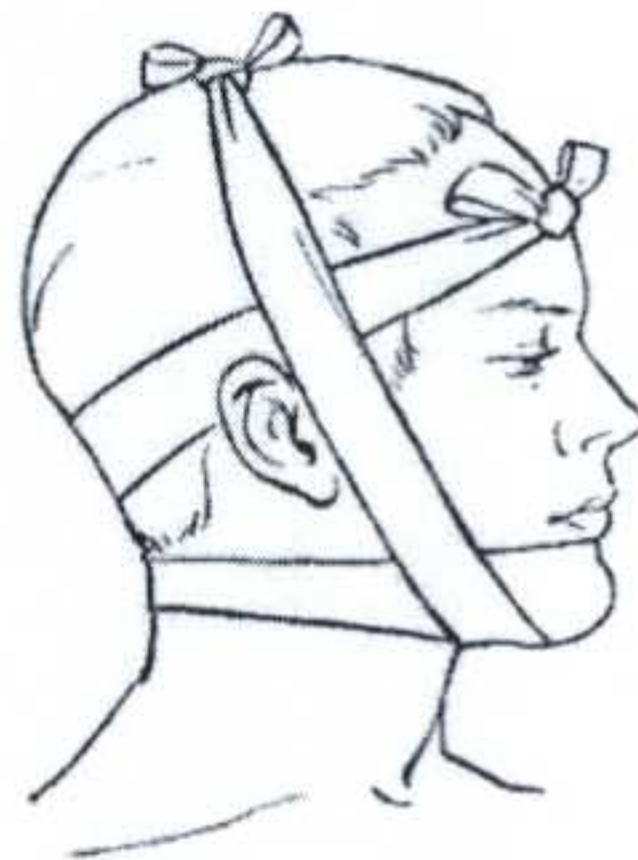


Рисунок 10- Фиксация при переломах челюсти

30. Перелом черепа.

При падении на голову или при ударе по голове, вызвавшем бессознательное состояние, кровотечение из ушей или рта, возможен перелом черепа.

Первая помощь:

1) если пострадавший находится в сознании, уложить его на спину (без подушки), обездвижить и зафиксировать голову и верхнюю часть тела, на рану наложить антисептическую повязку;

2) если пострадавший находится без сознания, повернуть его на бок. Чтобы пострадавший не перевернулся, под спину положить опору, это может быть валик из одежды, подушки;

3) приложить к месту травмы холодные предметы (резиновый пузырь со льдом или холодной водой, холодные примочки и т.п.);

4) при ранении наложить фиксирующую повязку (запрещено накладывать давящую повязку);

5) вызвать «Скорую помощь».

31. Перелом ребер.

При переломах ребер пострадавшего усадить или поставить на ноги (при множественных переломах рекомендуется придать ему полусидячие положение). Туго забинтовать грудную клетку. При отсутствии бинта использовать полотенце, простыню, свернутую в несколько слоев. Края полотенца или простыни после окончания бинтования хорошо закрепить. Чтобы повязка не соскочила, бинтование проводится при выдохе пострадавшего. До медицинского учреждения доставлять в положении сидя.

32. Перелом позвоночника.

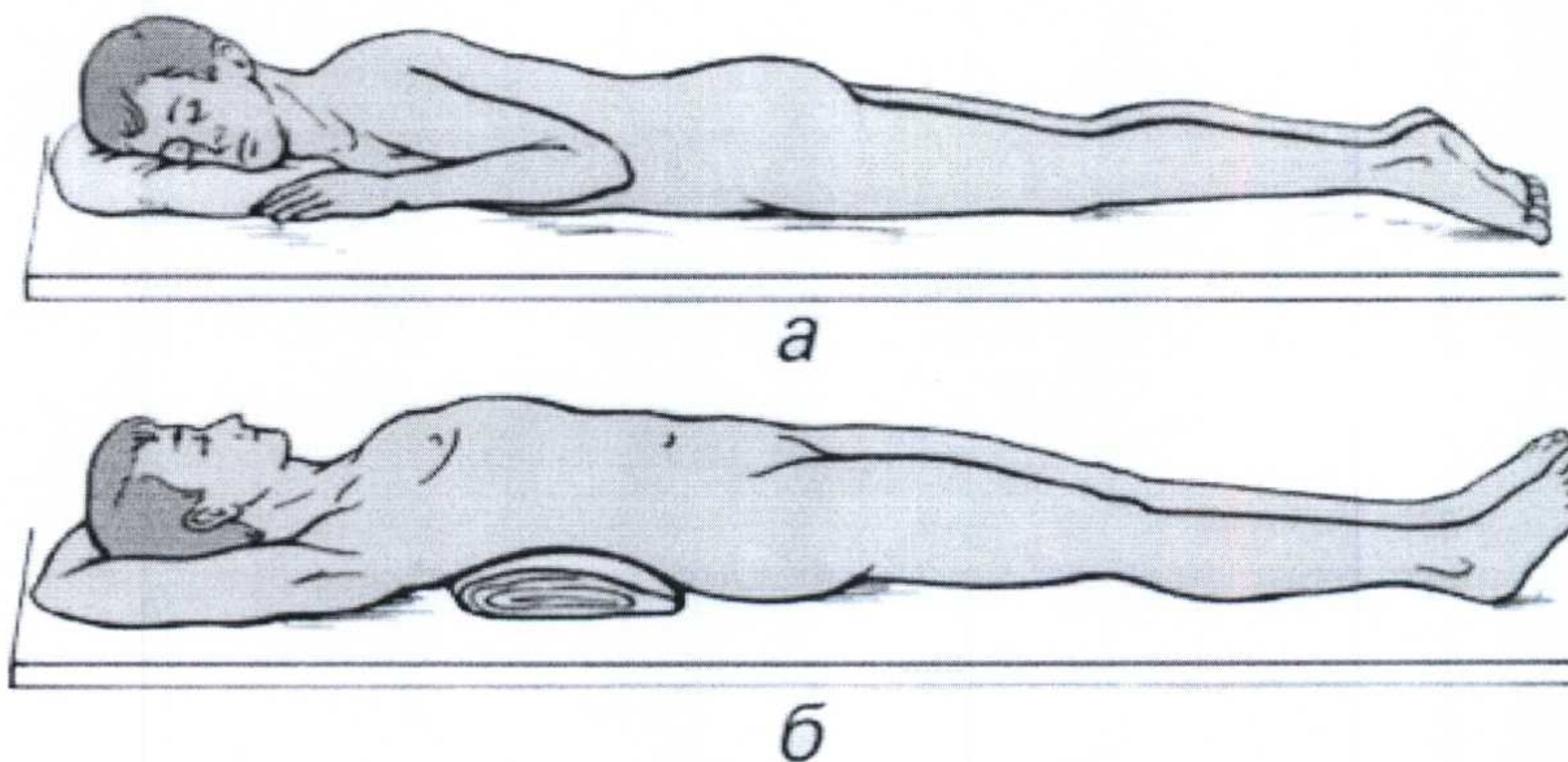
При оказании первой помощи помнить, что движение позвоночника, особенно сгибание, может привести к еще большему повреждению позвоночника и спинного мозга.

Если пострадавшему ничего не угрожает, обеспечить полный покой, исключить любое перемещение и изменение положения тела до приезда «Скорой помощи».

При необходимости перемещения пострадавшего транспортировать на носилках со щитом, исключающих сгибание позвоночника. При транспортировке пострадавшего на спине в поясничную полость подложить валик из одежды или подушку (рисунок 11).

Перенос пострадавшего при переломе позвоночника осуществляется не менее 3-4 человеками!

Если нет твердых носилок и подобных им щитов и досок, использовать обычные или мягкие носилки, расположить пострадавшего на животе лицом вниз и подложить под голову подушку (рисунок 11).



Транспортировка пострадавшего с переломом позвоночника:
а — положение на животе; б — положение на спине (с валиком под поясницей)

Рисунок 11 - Транспортировка пострадавшего с переломом позвоночника

Следить, чтобы при поворачивании или поднимании пострадавшего туловище его не перегибалось (во избежание повреждения спинного мозга).

Запрещено усаживать человека, тянуть его за руки и ноги при перекладывании!

Переложив пострадавшего на носилки, все отделы позвоночника (обязательно шейный и ноги) зафиксировать при помощи бинтов, веревок и т.д.

При подозрении на повреждение шейного отдела позвоночника обездвижить голову и шею. Для этого используют шины. При отсутствии шины изготовить простейший шейный корсет из картона и марли или подложить под голову валик в форме «баранки».

Запрещено оставлять пострадавшего одного!

Запрещено давать питье и лекарства, в том числе обезболивающие таблетки!

33. Перелом костей таза.

При переломе тазовых костей могут повреждаться органы таза.

Если пострадавший лежит в позе «лягушки» т.е. ноги согнуты в коленях и стопы развернуты кнаружи; запрещается пытаться выпрямить ноги и придавать естественную позу. Под колени подложить валик. Приложить холод к животу. Запрещается прикладывать к животу грелки и давать обильное питье.

Обеспечить пострадавшему полный покой, исключить любое перемещение и изменение положения тела до приезда «Скорой помощи».

При крайней необходимости транспортировать пострадавшего с переломом костей таза только на жестких носилках или щите с подложенным под колени валиком.

34. Ушибы, растяжения, разрывы и вывихи.

К месту ушиба приложить холодный предмет, чтобы избежать появления кровоподтека (синяка).

При ушибах живота, наличии обморочного состояния, резкой бледности лица и сильных болях вызвать скорую помощь для направления пострадавшего в больницу (возможны разрывы внутренних органов с последующим внутренним кровотечением). Так же следует поступать при тяжелых ушибах всего тела вследствие падения с высоты.

Черепно-мозговая травма. К черепно-мозговой травме относятся сотрясение и ушиб мозга, перелом костей черепа (см. выше). Признаки сотрясения мозга: кратковременная потеря сознания, головная боль, головокружение, тошнота, общая слабость.

Первая помощь – положение лежа, транспортировка в положении лежа. При ушибе мозга возможны потеря сознания, рвота и бессознательное состояние с попаданием рвотных масс в дыхательные пути, западание языка, что затрудняет дыхание.

При растяжении и разрыве связок, например, при подворачивании стопы, признаком является резкая боль в суставе, припухлость, ограничение движений.

Первая помощь:

1) тугое бинтование;

- 2) покой поврежденной конечности;
- 3) прикладывание холода;
- 4) обращение в медицинское учреждение.

Вывихи – ненормальное стойкое смещение суставных концов костей и возможное нарушение целостности капсулы сустава и связок.

Признаки вывиха: боль в суставе, нарушение его формы, укорочение конечности, невозможность движений в поврежденном суставе, пружинящее сопротивление.

Первая помощь:

1) фиксирование конечности (верхнюю часть подвешивают на косынке, нижнюю - иммобилизуют с помощью шин или подручных средств);

2) прикладывание холода.

Запрещено пытаться вправить вывих!

Вправление вывиха – врачебная процедура, следует как можно скорее обратиться в медицинское учреждение.

35. Сдавление мягких тканей.

Если пострадавший придавлен обломками зданий или засыпан землей, может развиваться тяжелое состояние, вызванное длительным раздавливанием (сдавливанием) мягких тканей при сохранении целостности скелета.

Устранить сдавливающие предметы (глыбы земли, обломков зданий, бревна и т.д.), извлечь пострадавшего.

Пострадавший, оказавшийся под обломками, может попробовать освободиться самостоятельно.

Перед освобождением конечностей от обломков или сразу после их устранения на придавленную руку или ногу выше сдавленного места наложить жгут или тугую закрутку, чтобы ядовитые вещества из раздавленных тканей не поступали в общий круг кровообращения. Если в конечности есть движение, то ниже жгута до пальцев провести умеренное тугое бинтование, жгут снять.

Независимо от наличия или отсутствия перелома костей на освобожденную конечность наложить шину или прибинтовывают руку к туловищу, а поврежденную ногу - к другой ноге.

Придавленную конечность охладить, пострадавшего согреть, дать обильное щелочное питье (1 чайная ложка соли, 1 чайная ложка соды на 1 литр воды) и доставить на жестких носилках или щите в медицинское учреждение.

36. Ожоги, виды и степени ожогов.

Ожог - повреждение тканей под воздействием высокой температуры (термический ожог), химических веществ (химический ожог), рентгеновских лучей или светового излучения при взрыве ядерных бомб (лучевой ожог), электрического тока (электрический ожог).

Различают четыре степени ожога:

1) I степень - покраснение кожи, боль, отечность; через 3-5 дней наступает шелушение кожи и выздоровление;

2) II степень - образование пузырей, резкая боль; пузыри наполнены прозрачной желтоватой жидкостью; повреждений глубоких слоев кожи нет, поэтому если не происходит инфицирования ожоговой поверхности, то через

неделю восстанавливаются все слои кожи без образования рубца; полное выздоровление через 10-15 дней;

3) III степень - образование крупных пузырей с кровянистой жидкостью, омертвление слоев кожи (серые или желтоватые струпья);

4) IV степень - коричневые или черные плотные струпья, обугливание кожи, мышц, сухожилий, костей (ожог IV степени площадью 50% и более - смертелен).

Заживление ожогов III и IV степени происходит медленно и нередко закрыть ожоговые поверхности можно только с помощью пересадки кожи.

37. Термический ожог.

Термические ожоги возникают от непосредственного воздействия на тело пламени, кипятка, горящих и горячих жидкостей и газов, раскаленных и расплавленных металлов и т.д.

Первая помощь направлена на прекращение воздействия высокой температуры – погасить горящую одежду, удалить пострадавшего из зоны высокой температуры, удалить с поверхности тела тлеющую одежду. Охваченную пламенем одежду погасить путем закутывания пострадавшего в мокрую плотную ткань, чем прекращается доступ воздуха к огню и пламя гаснет. Запрещено удалять одежду, прилипшую к поврежденной области. При первой и второй степени ожога охлаждать водой 5-10 минут, в остальных случаях накладывается чистая влажная ткань.

Запрещено касаться руками обожженного участка кожи, смазывать его какими-либо мазями, маслами или растворами, вскрывать пузыри.

Обожженную поверхность покрыть стерилизованным материалом и закрепить бинтом. Обеспечить пострадавшего обильным теплым питьем и создать полный покой. Вызвать «Скорую помощь» или доставить пострадавшего в лечебное учреждение.

38. Химический ожог.

При любой степени ожога вызвать «скорую помощь»!

При обширных ожогах до прибытия «скорой помощи» пострадавшему дают теплый чай с добавлением чайной ложки поваренной соли на 1 литр жидкости, т.к. кровь в результате ожога сгущается из-за потери жидкости через обожженную поверхность.

Снять (разрезать) одежду с пораженной части тела, т.к. она может вызвать распространение вещества на другие участки.

При химических ожогах глубина повреждения тканей зависит от длительности воздействия химического вещества, т.к. проникают кислоты и щёлочи вглубь ткани очень быстро.

Главное - прекратить действие повреждающего фактора.

При попадании кислоты или щелочи на кожу в жидком состоянии промыть область ожога большим количеством прохладной проточной водой (без сильного напора) в течение 15-20 минут. Если промывание не сняло сильную боль и жжение продолжается или не было возможности сделать промывание сразу после инцидента, увеличить время промывания до 30-45 минут. Менее стойки к воздействию химических веществ слизистые оболочки, кожные покровы промежности и шеи, более стойки подошвенные поверхности стоп и ладони.

Запрещено протирать поражённые места ватой или салфетками, смоченными водой!

Подобные действия помогают проникновению вещества в кожу (водный раствор быстрее всасывается, а втирания усугубляют процесс).

При попадании на кожу концентрированной кислоты или щелочи в виде твердого вещества удалить ее сухой ватой или кусочком ткани, пораженное место тщательно промыть большим количеством воды.

Ожоги негашеной известью запрещено обрабатывать водой, удаление извести и обработку ожога производят маслом (животное, растительное). Удалить все кусочки извести, рану накрыть мазевой повязкой.

Применение нейтрализующих растворов в виде примочек (повязок), возможно в случае, если известно какое вещество привело к образованию ожога!

Хороший эффект (после промывания водой (без сильного напора) в течение 15-20 минут) при ожоге кислотами дает обмывание растворами щелочей (мыльная вода, раствор соды – 1 чайная ложка на стакан воды), при ожогах щелочами-обработка слабым раствором уксусной кислоты (1 чайная ложка столового уксуса на стакан воды).

Запрещено применять нейтрализующий раствор при химическом ожоге глаз!

39. Электрический ожог.

Электрический ожог - это повреждения поверхности тела или внутренних органов под действием электрической дуги или больших токов, проходящих через тело человека.

Ожоги бывают двух видов: токовый (контактный) и дуговой.

Токовый (контактный) ожог образуется в результате прохождения тока непосредственно через тело человека при прикосновении к токоведущей части. Токовый ожог является ожогом кожи.

Дуговой ожог образуется под действием на тело электрической дуги, обладающей высокой температурой и большой энергией. Такой ожог возникает при работе в электроустановках высокого напряжения и носит тяжелый характер - III или IV степени.

Первая помощь - прекращение действия электрического тока на пострадавшего. Погасить горящую одежду, удалить пострадавшего из зоны действия тока, удалить с поверхности тела тлеющую одежду. Если одежда прилипла к поврежденной области, удалять ее запрещено.

Запрещено касаться руками обожженного участка кожи, смазывать его какими-либо мазями, маслами или растворами, вскрывать пузыри.

Обожженную поверхность покрыть стерилизованным материалом и закрепить бинтом. Обеспечить пострадавшего обильным теплым питьем и создать полный покой. Вызвать «Скорую помощь» или доставить пострадавшего в лечебное учреждение.

40. Ожог глаз.

При любых ожогах глаз:

а) обмотать пальцы стерильным бинтом и максимально раскрыть веки пострадавшему;

б) провести процесс охлаждения или промывания под проточной водой (12-18 °С) в течение 15-20 минут. Для охлаждения, промывания можно опустить лицо в емкость с прохладной водой и периодически моргать.

При любых ожогах глаз немедленно обратиться к врачу, так как ожог может грозить полной потерей зрения!

41. Тепловой и солнечный удары.

Тепловой удар - перегрев всего организма при длительном воздействии высокой температуры окружающего воздуха (30-40 °С), вызывающий тяжелое повреждение центральной нервной системы.

К перегреванию тела ведут три основных фактора:

- 1) высокая внешняя температура;
- 2) плотная одежда, задерживающая испарения кожи;
- 3) усиленная физическая работа.

Тепловые удары происходят в жаркую погоду, а также в теплых, душных помещениях, горячих цехах, при длительных походах и маршах. Тепловой удар наступает чаще всего при одновременном сочетании всех трех указанных факторов.

Тепловой удар возникает из-за потери большого количества жидкости, вследствие чего кровь сгущается, нарушается водно-солевой баланс в организме. Это приводит к кислородному голоданию тканей, в частности, головного мозга.

Первые признаки теплового удара – вялость, тошнота, головная боль, головокружение. При дальнейшем перегревании температура тела повышается до 38-40⁰, появляется рвота, возможен обморок, судороги.

Солнечный удар - это форма теплового удара, спровоцированная воздействием солнечных лучей.

Первые признаки солнечного удара: покраснение лица и сильные головные боли. Затем тошнота, головокружение, потемнение в глазах, рвота. Пострадавший впадает в бессознательное состояние, появляется одышка, падает деятельность сердца. Профилактические меры - прикрытие головы платком, обливание головы холодной водой.

При тепловом и солнечном ударе пострадавшего вывести или вынести из жаркого помещения в прохладное, обеспечить приток свежего воздуха. Уложить, чтобы голова была выше туловища, расстегнуть одежду, стесняющую дыхание, положить на голову холод или делать холодные примочки, смочить грудь холодной водой, давать нюхать нашатырный спирт.

У пострадавшего в бессознательном состоянии может быть рвота, поэтому надо повернуть его голову в сторону.

Запрещается охлаждать пострадавшего резко и быстро!

После оказания первой помощи доставить пострадавшего в лечебное учреждения или вызвать «Скорую помощь».

42. Отморожение и охлаждение организма.

Отморожение – это повреждение тканей в результате воздействия низкой температуры. Отморожение часто сопровождается общим переохлаждением организма.

Причины отморожения: длительное воздействие холода, ветер, повышенная влажность, легкая одежда, тесная или мокрая обувь, длительная неподвижность, усталость, нарушение общего состояния пострадавшего – болезнь, алкогольное опьянение, кровопотери и т.д.

Отморожение может произойти также при температуре 3-7 °С выше нуля.

Отморожению в большей степени подвержены конечности, уши, нос.

Сразу определить степень отморожения невозможно. Глубина повреждения выявляется постепенно!

По тяжести и глубине изменений, происходящих в органах, различают четыре степени отморожения:

1) I степень – развивается после кратковременного действия холода; кожа пострадавшего багрово-красного цвета или синюшная, поверхностный слой ее шелушится, конечности холодные, пульсация периферических сосудов значительно ослаблена, пораженные ткани отечны, общее состояние удовлетворительное;

2) II степень – на поверхности поврежденной кожи имеются пузыри с прозрачным или кровянистым содержанием, периферические сосуды этой области не пульсируют, пострадавший испытывает значительную боль.

При II степени отморожения появляются общие явления: повышение температуры тела, озноб, плохой аппетит и сон. Кожа в этом месте длительное время остается синюшной, со сниженной чувствительностью, наблюдается отторжение ногтей, атрофия костей, ослабление пульса;

3) III степень – нарушение кровоснабжения приводит к омертвлению всех слоев кожи и мягких тканей на различную глубину, пузыри содержат темно-красную жидкость, периферические сосуды не пульсируют. В первые дни отмечается некроз кожи: появляются пузыри.

Повреждение глубоких тканей выявляется через 3-5 дней в виде развивающейся влажной гангрены. Ткани не чувствительны, но пострадавший страдает от мучительных болей. Общие явления при III степени отморожения выражены более сильно. Интоксикация проявляется ознобами и повышенным потоотделением, апатией;

4) IV степень – крайне тяжелая, характеризуется омертвлением всех слоев тканей, в том числе и кости.

Лечение пострадавших с отморожениями I степени и небольшими отморожениями II степени (пальцы рук, уши, нос) проводится амбулаторно, путем наложения стерильных повязок, проведения физиотерапии.

При обширных отморожениях III-IV степени нижних конечностей необходимо стационарное лечение. Часто заканчивается ампутацией.

При любом отморожении вызвать «скорую помощь» или немедленно доставить пострадавшего в лечебное учреждение!

Первая помощь при любом отморожении заключается в скорейшем восстановлении кровотока. Для этого при отморожении I степени:

1) как можно быстрее доставить пострадавшего в теплое (но не жаркое) помещение;

2) снять всю промерзшую одежду;

3) дать теплое питье;

4) наложить сухую теплую повязку, закутав плотной тканью.

При отморожении II и выше степени:

1) как можно быстрее доставить пострадавшего в теплое (но не жаркое) помещение;

2) на отмороженные участки наложить теплоизолирующую повязку с большим количеством ваты или одеялами и теплой одеждой. Оптимально - каждый последующий слой должен быть шире по площади. Такой сухой согревающий компресс приводит к постепенному расширению сосудов и восстановлению кровотока; если начать согревать пострадавшего снаружи (растирание, горячая вода и т.д.), сосуды остаются спазмированными, кровь не поступает к поврежденным тканям, повреждения становятся более грубыми и глубокими;

3) согревать пострадавшего изнутри (дать обильное теплое питье).

При общем переохлаждении с потерей сознания пострадавшего потеплее укутать и доставить в лечебное учреждение.

Запрещено:

1) растирать отмороженные части тела снегом и грубой тканью;

2) применять растирание, массаж для согревания;

3) резко согревать - прикладывать горячие грелки, погружать конечность в воду;

4) протирать спиртом, одеколоном, намазывать маслами, жирными кремами и мазями.

43. Отравления.

При отравлении газами:

1) вывести или вынести пострадавшего из отравленной зоны на свежий воздух или в чистое теплое помещение;

2) вызвать «скорую помощь»;

3) расстегнуть одежду, стесняющую дыхание;

4) уложить пострадавшего на твердую поверхность, приподняв ноги вверх; у пострадавшего в бессознательном состоянии может быть рвота, поэтому повернуть его голову в сторону;

5) если пострадавший без сознания, убедиться в наличии самостоятельного дыхания, даже неглубокого, нащупать пульс на сонной артерии, дать понюхать нашатырный спирт, и протереть виски;

6) при отсутствии дыхания и/или пульса приступить к сердечно-легочной реанимации;

7) по возможности промыть глаза водой;

8) промыть полость рта и носоглотки 2%-м раствором гидрокарбоната натрия (пищевой соды);

9) дать выпить крепкий сладкий чай или кофе;

10) находиться с пострадавшим до приезда «Скорой помощи».

При пищевом отравлении (признаки: диарея, рвота, тошнота, температура) через желудочно-кишечный тракт пострадавшему дают выпить несколько стаканов молока, прохладной воды и пальцем вызывают рвоту (2-3 раза). Рвоту вызвать с помощью соли (2 столовые ложки на стакан холодной воды). После этого пострадавшему дать выпить стакан воды с таблетками активированного угля из расчета 1 таблетка на 10 кг веса человека.

Запрещено вызывать рвоту у пострадавшего в бессознательном состоянии или с судорожным синдромом.