# ОКАЗАНИЕ ПЕРВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

**ОКАЗАНИЕ ПЕРВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

Травматический шок - это фазово развивающаяся реакция организма, вызнанная тяжелым механическим (термическим) повреждением организма, характеризующаяся глубокими расстройствами кровообращения, дыхания, обмена веществ, функций желез внутренней секреции и т.д. Шок может развиваться как сразу после травмы, так и через несколько часов. Длительность шока –  от десятков минут до 24 (редко 36) часов.

            Течение травматического шока различают эректильную и терпидную фазы. При начальной (эректильной) фазе, длящейся от нескольких минут до нескольких часов, наблюдаются следующие признаки: двигательное и речевое возбуждение, недооценка своего состояния; речь отрывистая, взгляд беспокойный; кожные покровы бледные, покрыты капельками пота, иногда наблюдается покраснение (гиперемия); болевая реакция обострена; пульс учащен; дыхание глубокое, учащенное; зрачки обычной ширины, реакция на свет живая; тонус мышц повышен; температура тела в норме; мочеиспускание не нарушено.

            Начало последующей торпидпой фазы характеризуется легкой заторможенностью при сохранении сознания; реакция на окружающее адекватная, но замедленная; кожные покровы бледные с синюшным оттенком;  ногтевое ложе нормальной окраски или с синюшным оттенком, при нажатии
пальцем на ноготь окраска быстро восстанавливается; болевая реакция ослаблена; пульс до 100 ударов в минуту; дыхание не нарушено; тонус мышц понижен; температура тела не изменена или понижена.

            Дальнейшее развитие шока проявляется заторможенностью, сознание зачастую спутано; реакция па внешние раздражители неадекватная, резко ослаблена; кожные покровы бледно-серой окраски с синюшным оттенком; холодный липкий пот; ногтевое ложе синюшное, при нажатии пальцем на ноготь кровоток длительное время не восстанавливается; пульс чаще 130 ударов в мин, слабого наполнения, аритмичный; систолическое артериальное давление до 70 мм рт. ст. и ниже; дыхание частое, поверхностное; мышечный тонус и температура тела понижены; выделение мочи (диурез) снижено вплоть до отсутствия (анурии).

            При терминальном (крайне тяжелом) состоянии сознание и реакция на внешние раздражители отсутствуют; кожные покровы бледные с землистым (серым) оттенком; пульс едва уловим; артериальное давление не определяется; дыхание редкое, судорожное, аритмичное; температура резко понижена; наблюдаются судороги.

            Первая помощь. Уложите пострадавшего с приданием возвышенного  положения ногам и пониженного — голове. Устраните причины, вызвавшие нарушение дыхания (обеспечьте проходимость верхних дыхательных путей, зафиксируйте язык при его западении, произведите туалет ротовой
полости, освободите шею и грудную клетку от стесняющей одежды, расстегните брючной пояс). Проведите искусственное дыхание методами "изо рта в рот" или "изо рта в нос". При проникающих ранениях грудной клетки (открытый пневмоторакс) немедленно наложите окклюзионную (клапанную) повязку.

            Остановите наружное кровотечение. При артериальном кровотечении показано наложение жгута, а при венозном, капиллярном — давящей повязки.        В случае прекращения сердечной деятельности проведите закрытый массаж сердца. Введите (дайте) обезболивающее средство. Наложите асептическую повязку на рапу, используя бинт, индивидуальный перевязочный пакет, подручные средства.

            Наложите шину при переломах костей или обширных повреждениях мягких тканей конечностей. Придайте пострадавшему функционально выгодное положение и укройте его (одеялом, пальто, шинелью и т.п.). Срочно доставьте пострадавшего в лечебное учреждение.

            Травматическая ампутация конечности – это полное или частичное отсечение периферийной части конечности, произошедшее в результате несчастного случая, аварии, катастрофы, террористического акта и др.

            Признаки: отсутствие конечности или ее части (отсеченная часть может держаться на кожном лоскуте), обильное кровотечение.

            Первая помощь. Своевременная остановка кровотечения часто решает судьбу пораженного. Применяются следующие методы временной остановки кровотечения: прижатие поврежденного магистрального сосуда на протяжении; наложение давящей повязки, наложение кровоостанавливающего жгута.

            Тугая давящая повязка накладывается при венозных кровотечениях или при кровотечениях из небольших артерий, а также может оказаться эффективной при кровотечениях из ягодичной области, сосудов кистей, стоп.

Наложение кровоостанавливающего жгута показано при кровотечениях из крупных артерий и вен. Жгут накладывается возможно ближе к месту повреждения (выше него) в виде спирали из 4-5 витков. Под один из витков спирали подкладывается записка с указанием времени наложения жгута. "Артериальный" жгут может оставаться на конечности не более чем 1,5-2 часа. Необходимо дать (ввести) пострадавшему обезболивающее средство, антибиотики. Требуется как можно быстрее доставить пострадавшего в лечебное учреждение.

            При неполной ампутации верхней конечности осуществите ее фиксацию к туловищу, чтобы гарантировать ее максимальный покой, нижней конечности — фиксацию ее к непострадавшей ноге. При полной ампутации оберните конечность чистой материей и уложите в целлофановый пакет. Обложите пакет снегом, льдом, либо поместите его в холодильник, но так, чтобы лед не касался непосредственно тканей конечности. Доставьте ее вместе с пораженным в лечебное учреждение. Сохраненная таким образом часть тела может быть восстановлена хирургическим путем.

Следите за дыханием и пульсом пострадавшего. При остановке дыхания произведите искусственное дыхание, а при отсутствии пульса — непрямой массаж.

            Травма грудной клетки относится к категории тяжелых повреждений, наблюдающихся при дорожно-транспортных происшествиях, землетрясениях, обвалах, падениях с высоты, а также возникающих от воздействия ударной
волны, при огнестрельных (нулевых, осколочных, шариковых) я ножевых ранениях. Травма груди нередко осложняется пневмотораксом (скоплением воздуха в грудной плевральной области), гемотораксом (скоплением крови в грудной полости) и их сочетанием. Пневмоторакс может быть закрытым (воздух, скопившийся в полости, не сообщается с атмосферным воздухом) и открытым (имеется сообщение грудной полости с атмосферным воздухом через рану). К наиболее тяжелым повреждениям легкого относят развитие клапанного (напряженного) пневмоторакса. В таких случаях вследствие образования подобия клапана воздух в полость грудной клетки поступает только во время вдоха. При этом нарастает внутриплевральное давление, наступает быстрое спадение легкого и смещение средостения в здоровую сторону с развитием жизнеугрожающего состояния (асфиксии).

            Источниками внутриплеврального кровотечения чаще бывают межреберные артерии, сосуды поврежденного легкого, крупные сосуды средостечения, возникающего чаще всего в результате перелома ребер.

            Тяжелая травма грудной клетки вследствие нарушения реберного каркаса и повреждения внутригрудных органов может быстро привести к тяжелому состоянию пострадавшего и даже его гибели. При отсутствии своевременной медицинской помощи обычно развивается острая легочно-сердечная недостаточность.

            Причинами легочно-сердечной недостаточности являются:

травматический шок, кровопотеря, нарушение дыхательной способности, вследствие коллапса и спадение легкого (неполное расправление на стороне поражения), снижение кровотока в малом круге кровообращения и уменьшение сократительной способности сердечной мышцы. Особенно
выраженная легочно-сердечная недостаточность развивается при открытом пневмотораксе или клапанном гемопневмотораксе.

            Особенно опасны множественные переломы ребер подиум и более линиям, вследствие чего появляется парадоксальное дыхание, при котором подвижный фрагмент грудной клетки совершает движение, противоположное дыхательным движениям грудной клетки. При этом наблюдаются маятникообразные движения средостения, что затрудняет приток крови к сердцу и приводит к уменьшению сердечного выброса крови.

            Признаки (симптомы): жалобы на острую боль в области раны, которая усиливается при попытке сделать глубокий вдох, зачастую усиливающиеся боли заставляют пострадавшего немедленно присесть или, наклонившись, прижать рану рукой; возникает одышка; чувство стеснения в груди, кашель и кровохарканье.

            При осмотре: кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные с синюшным оттенком; наличие кровянистых выделений изо рта; напряжение груди, сглаженность контуров шеи (подкожная эмфизема — попадание воздуха под кожу); выделение из раны крови и воздуха, рана широко зияет; из рапы с шумом выделяется пенистая кровь или слышен звук присасываемого в рану воздуха. Развивается подкожная эмфизема и интенсивность ее различна — от небольшого скопления воздуха в области раны до обширного распространения по всей груди, в отдельных случаях она распространяется на шею, лицо и брюшную стенку, что подтверждает наличие клапанного пневмоторакса.

            Первая помощь. Остановите наружное кровотечение путем наложения давящей повязки, а при наличии открытого пневмоторакса — окклюзионной повязки.

            При бессознательном состоянии пострадавшего и рвоте произведите туалет полости рта.

            При отсутствии дыхания произведите искусственное дыхание "изо рта в рот" или "изо рта в нос". При остановке сердца произвести непрямой массаж сердца.

            Введите (дайте) пострадавшему обезболивающий препарат и антибиотики.

            Запрещено извлекать из раны внедрившиеся инородные тела.

Немедленно доставьте пострадавшего в полусидячем положении в лечебное учреждение.

            Пищевое отравление - это острое заболевание, возникающее в результате потребления пищевых продуктов, содержащих ядовитые вещества. Возникновение пищевого отравления может быть связано с потреблением продуктов, ядовитых по своей природе (грибы, ягоды, некоторые виды рыб, орехи и пр.) или загрязненных бактериальными средствами, токсинами, солями тяжелых металлов и др.

            Пищевая токсикоинфекция и пищевая интоксикация – острые заболевания, возникающие в результате употребления пищи, зараженной определенными видами микроорганизмов или содержащей продукты их жизнедеятельности — токсины. Возбудители — палочки сальмонеллы, ботулизма - хорошо размножаются в мясных и рыбных консервах, мясных и молочных продуктах.

Пищевое отравление развивается в течение 4-18 часов после приема пищи. Особенностью является одновременное поражение группы людей, потреблявших одну и туже пищу.

            Признаки. При пищевом отравлении наблюдается потеря аппетита, появление тошноты, рвоты, болей в желудке, поноса, повышенной температуры тела, головной боли, резкой слабости, расстройства сна, а в тяжелых случаях — потеря сознания. Отравление бледной поганкой характеризуется, кроме того, судорогами икроножных мышц, посинением пальцев, носа, задержкой мочи, падением сердечной деятельности. Особенностями отравления красными мухоморами являются обильное потоотделение, слюно- и слезотечение, расширение зрачков и галлюцинации.

При пищевой токсикоинфскциии и интоксикации появляются общее плохое самочувствие, тяжесть в желудке, тошнота, рвота, понос, боли в животе, озноб, повышение температуры тела до 38-39°.

            Первая помощь. При большинстве пищевых отравлении первая помощь должна сводиться к скорейшему удалению содержимого желудочно-кишечного тракта (обильное промывание, дача слабительных),  сопровождаемому приемом внутрь адсорбирующих (активированный уголь), осаждающих (охлажденный крепкий чай), нейтрализующих (пищевая сода. кислое питье), обвалакивающих (крахмальная слизь, кисель, яичный белок, молоко) веществ.

Сохраните остатки пищи, промывные воды для последующего лабораторного исследования. Промойте пострадавшему желудок - дайте ему выпить около 1 литра теплой подсоленной воды или слабого раствора марганцовокислого калия (всего потребуется до 10-15 литров воды). Вызовите рвоту путем надавливания на корень языка. Дайте пострадавшему 4-5 таблеток активированного угля, напоите крепким чаем или кофе.

Если у пострадавшего нарушено дыхание, немедленно начинайте искусственное дыхание. Проверьте пульс. При отсутствии пульса начинайте массаж сердца. Уложите пострадавшего в такое положение, которое позволит ему свободно дышать и предупредит возможное возникновение приступов удушья или вдыхания рвотных масс.

Утопление

При спасении тонущего подплывите к нему сзади, возьмите за волосы или под мышки, переверните лицом вверх и, не позволяя себя захватить, плывите к берегу. На берегу положите пострадавшего животом на согнутое колено (голова пострадавшего при этом должна свисать вниз), проведите туалет носовой полости и носоглотки (удаляя салфеткой, куском материи тину, песок, водоросли, ил), а затем путем сдавливания грудной клетки удалите воду, попавшую в дыхательные пути. После этого пострадавшего уложите па спину и при отсутствии дыхания или сердечной деятельности проведите искусственное дыхание и непрямой массаж сердца. Необходимо знать, что паралич дыхательного центра наступает через 4-6 минут после погружения под воду, а сердечная деятельность может сохраняться до 15 минут. Поэтому мероприятия первой помощи должны выполняться быстро. Искусственное дыхание и непрямой массаж сердца следует продолжать до появления объективных признаков смерти (полное отсутствие реакции глаза на свет, широкий зрачок, трупные пятна).

При восстановлении дыхания и сердечной деятельности пострадавшему дайте горячее питье, тепло укутайте и как можно быстрее доставьте в лечебное учреждение.

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

            Механизм искусственного дыхания следующий:

• пострадавшего положить па горизонтальную поверхность;

• очистить рот и глотку пострадавшего от слюны, слизи, земли и других посторонних предметов, если челюсти плотно сжаты - раздвинуть их;

• запрокинуть голову пострадавшего назад, положив одну руку на лоб, а другую на затылок;

• сделать глубокий вдох, нагнувшись к пострадавшему, герметизировать своими губами область его рта и сделать выдох. Выдох должен длиться около 1 секунды и способствовать подъему грудной клетки пострадавшего. При этом ноздри пострадавшего должны быть закрыты, а рот накрыт марлей или  носовым платком, из соображений гигиены;

• частота искусственного дыхания — 16-18 раз в минуту;

• периодически освобождать желудок пострадавшего от воздуха, надавливая на подложечную область.

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

            Признаки внезапной остановки сердца – потеря сознания, резкая бледность, исчезновение пульса, прекращение дыхания или появление редких судорожных вдохов, расширение зрачков.

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

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

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

 15.02.2019 09:21

 20

 [Администратор сайта](http://pospristen.mkursk.ru/users/2)