

МИНОБРНАУКИ РОССИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ НАУКИ

**ОМСКИЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР
СИБИРСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ АКАДЕМИИ НАУК
(ОНЦ СО РАН)**



МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА

для обучения работающего населения в области
гражданской обороны и защиты от чрезвычайных ситуаций природного и
техногенного характера

Тема № 7. «Правила и порядок оказания первой помощи себе и пострадавшим при несчастных случаях, травмах, отравлениях и ЧС. Основы ухода за больными»

УТВЕРЖДАЮ

И.о. директора ОНЦ СО РАН

д.э.н. _____ В.В. Карпов

« ____ » _____ 2021г

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА

для обучения работающего населения в области
гражданской обороны и защиты от чрезвычайных ситуаций природного и
техногенного характера

Тема № 7. «Правила и порядок оказания первой помощи себе и пострадавшим при несчастных случаях, травмах, отравлениях и ЧС. Основы ухода за больными»

г. Омск, 2021г.

УЧЕБНЫЕ ЦЕЛИ:

1. Изучить возможные негативные и опасные факторы бытового характера.
2. Разобрать правила действий:
 - по обеспечению личной безопасности в местах массового скопления людей, при пожаре, в общественном транспорте, на водных объектах, в походе и на природе;
 - при бытовых отравлениях, укусе животными и насекомыми;
 - при обращении с бытовыми приборами и электроинструментом;
 - по содержанию домашних животных и поведения с ними на улице;
 - по предотвращению и преодолению паники и панических настроений.

МЕТОД ПРОВЕДЕНИЯ: Семинар

МЕСТО ПРОВЕДЕНИЯ: Учебный класс

ВРЕМЯ: 3 часа.

УЧЕБНО-МАТЕРИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ:

1. Видеофильмы, слайды к лекции
2. Справочный материал, брошюры.

ЛИТЕРАТУРА:

1. В.М. Буянов “Первая медицинская помощь” Москва, “Медицина”, 1994г.
2. Справочное пособие по ведению спасательных работ. Москва, ВНИИ ГОЧС, 1993г.
3. Гражданская оборона, под редакцией Е.П. Шубина Москва “Просвещение”-1991г.
4. Первая медицинская помощь. Библиотечка журнала “Военные знания” 2000г.

УЧЕБНЫЕ ВОПРОСЫ И РАСЧЁТ ВРЕМЕНИ:

Введение

1. Основные правила оказания первой помощи в неотложных ситуациях. Правила и техника проведения искусственного дыхания и непрямого массажа сердца. Практическая тренировка по проведению искусственного дыхания и непрямого массажа сердца.
2. Первая помощь при кровотечениях и ранениях. Способы остановки кровотечения. Виды повязок. Правила и приемы наложения повязок на раны. Практическое наложение повязок.

3. Первая помощь при переломах. Приемы и способы иммобилизации с применением табельных и подручных средств. Способы и правила транспортировки и переноски пострадавших.
4. Первая помощь при ушибах, вывихах, химических и термических ожогах, отравлениях, обморожениях, обмороке, поражении электрическим током, тепловом и солнечном ударах.
5. Правила оказания помощи утопающему.
6. Основы ухода за больными (гигиена комнаты и постели больного; способы смены белья, подгузников; методика измерения температуры, артериального давления; методика наложения повязок, пластырей, компрессов, горчичников, шин, бандажей; основы сочетания лекарственных средств и диет).
7. Возможный состав домашняя медицинская аптечка

ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ:

ХОД ПРОВЕДЕНИЯ ЗАНЯТИЯ:

Вводная часть:

- Преподаватель: - проверяет готовность обучающихся к занятию;
- объявляет тему, цели, учебные вопросы занятия;
- проверяет усвоение ранее изучаемого материала

ВВЕДЕНИЕ

Ежегодно на дорогах России погибает более 30 000 человек, на водах до 10 000 человек, при несчастных случаях в быту и на производстве – более 100 000 человек. Из числа всех погибших получили повреждения несовместимые с жизнью не более 20%. Таким образом, более 100 000 человек в России ежегодно погибает из-за не своевременно оказанной первой помощи.

Вот почему крайне важно знать и уметь оказывать первую помощь пострадавшим, внедрять в жизнь технологии массового обучения населения навыкам оказания первой медицинской помощи. Учитывать людей использовать любой шанс для спасения человека. В экстремальной ситуации лучше использовать даже не самые правильные способы оказания первой помощи, чем смотреть на умирающего, сетовать на отсутствие врачей, и этим оправдывать свою бездеятельность в спасении человека.

Первая помощь – это комплекс мероприятий, направленных на восстановление или сохранение жизни и здоровья пострадавшего. Её должен оказывать тот, кто находится рядом с пострадавшим. От того насколько умело и быстро оказана первая помощь, зависит жизнь пострадавшего и, как правило, успех последующего лечения.

Оказывающий помощь должен знать основные признаки нарушения жизненно важных функций организма человека, уметь оценить состояние пострадавшего, определить последовательность применяемых приёмов первой

помощи, при необходимости использовать подручные средства при оказании первой помощи и транспортировке пострадавшего. При этом оказывающий помощь должен защитить себя от воздействия того же травмирующего фактора, применяя соответствующие средства защиты.

Способы оказания первой помощи зависят от состояния пострадавшего. При определённых навыках, владея собой, оказывающий помощь за минуту должен оценить состояние пострадавшего и решить в каком объёме и порядке следует оказывать помощь.

1 учебный вопрос:

«Основные правила оказания первой помощи в неотложных ситуациях. Правила и техника проведения искусственного дыхания и непрямого массажа сердца. Практическая тренировка по проведению искусственного дыхания и непрямого массажа сердца».

1.1. Оценка состояния пострадавшего.

Существуют определённые признаки, по которым можно быстро определить состояние здоровья пострадавшего. При наличии определённых навыков можно в течение 1 минуты оценить состояние пострадавшего, определить характер повреждений и вид помощи, которую следует оказать.

- **Сознание:** - ясное, отсутствует, нарушено (пострадавший заторможен, возбуждён);
- **Цвет кожных покровов, губ, глаз:** - розовые, синюшные, бледные;
- **Дыхание:** - нормальное, отсутствует, нарушено (неправильное, хрипящее);
- **Пульс на сонных артериях:** - хорошо определяется, плохо определяется, отсутствует;
- **Зрачки:** - расширенные, суженные.

А) Отсутствие сознания у пострадавшего определяется визуально. Чтобы окончательно убедиться в этом, следует обратиться к пострадавшему с вопросом о самочувствии.

Б) Цвет кожных покровов и наличие дыхания (по подъёму и опусканию грудной клетки) так же оценивается визуально. Нельзя тратить драгоценное время на прикладывание ко рту и носу зеркала и блестящих металлических предметов.

В) Для определения пульса на сонной артерии пальцы рук накладывают на адамово яблоко (трахею) пострадавшего и, продвигая их немного в сторону, ощупывают шею сбоку.

В) Ширину зрачков при закрытых глазах определяют следующим образом; подушечки указательных пальцев кладут на верхние веки обоих глаз и, слегка придавливая их к глазному яблоку, поднимают вверх.

При отсутствии видимых тяжёлых повреждений на теле пострадавшего, ему **нельзя разрешать двигаться**, а тем более продолжать работу, так как не исключена возможность внезапного ухудшения состояния. Только врач может

решить вопрос о состоянии здоровья пострадавшего. Рекомендуется уложить его на подстилку, расстегнуть одежду, стесняющую движение, создать приток свежего воздуха, обеспечить полный покой. Согреть тело, если прохладно и обеспечить прохладу, если жарко. Следует непрерывно наблюдать за состоянием пострадавшего.

Если у пострадавшего отсутствует сознание, дыхание, пульс, кожный покров синюшный, а зрачки расширенные, следует немедленно приступить к восстановлению жизненных функций организма путём проведения искусственного дыхания и наружного массажа сердца. Комплекс этих мероприятий называется реанимацией.

1.2. Правила проведения реанимационных действий

Необходимо помнить, что попытки оживления эффективны только в тех случаях, когда с момента остановки сердца прошло не более 4 минут. Поэтому первую помощь следует оказывать немедленно и по возможности на месте происшествия. При этом нельзя терять драгоценные секунды на разговоры, раздевание пострадавшего, поиски телефона и т.д. Приступив к оживлению, следует позаботиться о вызове врача или скорой помощи. Сделать это должен человек, не занятый в действиях по оказанию помощи.

Нельзя отказываться от оказания помощи пострадавшему и считать его умершим при отсутствии признаков жизни. Делать вывод о смерти пострадавшего имеет право только медицинский персонал.

1.3. Правила проведения реанимационных действий

Необходимо помнить, что попытки оживления эффективны только в тех случаях, когда с момента остановки сердца прошло не более 4 минут. Поэтому первую помощь следует оказывать немедленно и по возможности на месте происшествия. При этом нельзя терять драгоценные секунды на разговоры, раздевание пострадавшего, поиски телефона и т.д. Приступив к оживлению, следует позаботиться о вызове врача или скорой помощи. Сделать это должен человек, не занятый в действиях по оказанию помощи.

Нельзя отказываться от оказания помощи пострадавшему и считать его умершим при отсутствии признаков жизни. Делать вывод о смерти пострадавшего имеет право только медицинский персонал.

Искусственное дыхание.

Оно проводится в тех случаях, когда пострадавший не дышит или дышит редко, судорожно, как бы со всхлипом, а так же если дыхание постоянно ухудшается.

Наиболее эффективным способом является способ «**изо рта в рот**» или «**изо рта в нос**», так как при этом обеспечивается поступление достаточного объёма воздуха в лёгкие пострадавшего и который физиологически пригоден для дыхания пострадавшего. Этот способ искусственного дыхания позволяет легко контролировать поступление воздуха в лёгкие пострадавшего по расширению грудной клетки после вдувания и последующему опаданию её в результате пассивного выдоха.

Для проведения искусственного дыхания пострадавшего следует уложить на спину, расстегнуть стесняющую дыхание одежду и обеспечить проходимость верхних дыхательных путей. Если полость рта забита рвотными массами, илом – их следует удалить указательным пальцем, обмотанным носовым платком. Кроме того, у человека, находящегося в бессознательном состоянии и лежащего на спине часто западает язык и перекрывает дыхательные пути. Для освобождения дыхательных проходов в этом случае необходимо максимально запрокинуть пострадавшему голову назад или подложить небольшой валик под плечи. В таком положении корень языка поднимается и освобождает вход в гортань, а рот пострадавшего открывается. При отсутствии валика можно просунуть одну руку под шею пострадавшего, а ладонью другой руки надавить ему на лоб.

Проведя подготовительные действия, можно приступить к проведению искусственного дыхания. Оказывающий помощь размещается сбоку от пострадавшего, делает глубокий вдох открытым ртом, полностью охватывает губами рот пострадавшего и делает энергичный выдох. Одновременно закрывает пальцами нос пострадавшего. При этом следует наблюдать за грудной клеткой пострадавшего, которая должна подниматься. Как только грудная клетка поднялась, нагнетание воздуха приостанавливается. Начинается пассивный выдох. Для того чтобы выдох был более полным, можно слегка надавить на грудную клетку. Кроме расширения грудной клетки хорошим показателем эффективности искусственного дыхания может служить порозовение кожных покровов и слизистых оболочек.

Если у пострадавшего хорошо определяется пульс, и необходимо проводить только искусственное дыхание, то интервал между вдохами должен составлять **5 секунд**, что соответствует частоте дыхания **12 раз в минуту**.

Маленьким детям вдвывают воздух одновременно и в рот и в нос, охватывая своим ртом и нос ребёнка. Чем меньше ребёнок, тем меньше воздуха нужно ему для вдоха и тем чаще следует проводить вдввание (15-18 раз в минуту). Вдввание должно быть неполным и менее резким. Новорожденному достаточно объёма воздуха, находящегося в полости рта.

Прекращают искусственное дыхание после возникновения у пострадавшего достаточно глубокого и ритмичного дыхания.

Наружный массаж сердца.

Если отсутствует не только дыхание, но и пульс на сонной артерии, одного искусственного дыхания недостаточно. Кислород из лёгких не сможет переноситься кровью к другим органам. В этом случае необходимо возобновить кровообращение искусственным путём. Если надавить на грудину толчковым движением, то кровь будет выталкиваться из полостей сердца почти так же, как это происходит при его естественном сокращении и поступать в сосуды. При сочетании искусственного дыхания и наружного массажа сердца почти полностью имитируются функции дыхания и кровообращения.

При остановке сердца, не теряя ни секунды, пострадавшего надо уложить на ровное жёсткое основание. Ладонь одной руки кладётся на нижнюю

половину грудины (отступив два пальца от её нижнего края), а пальцы приподнимаются. При этом большой палец ладони должен быть направлен на подбородок или живот пострадавшего. Ладонь второй руки кладётся поверх первой, после чего можно приступать к надавливанию на грудину. При надавливании следует помогать себе наклоном корпуса. Руки должны быть выпрямлены в локтевом суставе. Надавливать следует быстрыми толчками, чтобы смещать грудину на **4-5 см**. Продолжительность надавливания не более 0,5 сек. С частотой не менее 60 раз в минуту. В паузах рук с грудины не снимают.

Если оживление проводит один человек, то через каждые два вдувания следует проводить 15 надавливаний на грудину. Всего за минуту необходимо сделать не менее 60 надавливаний и 12 вдуваний, поэтому темп реанимационных действий должен быть высоким. При участии в реанимации двух человек, действуют они по очереди. При этом соотношение «дыхание-массаж» должно составлять 2/15, т.е. после двух глубоких вдуваний проводится 15 надавливаний на грудную клетку.

Нужно помнить, что мужчина со средними физическими данными проводит комплекс сердечно – лёгочной реанимации не более 5 минут. Вдвоём с помощником – не более 10 минут. Втроём с лицами любого пола и физическими данными – более часа. Привлечение третьего участника предоставляет возможность каждому из спасателей восстановить свои силы, не нарушая режима реанимации.

Если под ладонью появится неприятный хруст (признак перелома рёбер), то следует уменьшить ритм надавливаний и ни в коем случае не прекращать непрямой массаж сердца.

Реанимационные действия у детей до 12 лет имеют особенности. Массаж сердца выполняется одной рукой, в минуту делают от 70 до 100 надавливаний.

Детям до года делают от 100 до 120 надавливаний в минуту. При этом давить необходимо в центр грудины двумя пальцами.

Искусственное дыхание и наружный массаж сердца следует проводить до восстановления устойчивого дыхания и сердцебиения или до передачи пострадавшего медицинскому персоналу.

Очень часто причиной отказа от проведения реанимационных действий является психологическая не подготовленность окружающих. В первую очередь это не готовность проведения искусственной вентиляции лёгких способом «изо рта в рот» из-за чувства брезгливости, опасения заразиться инфекционными заболеваниями. Утвердившееся мнение, что: «без искусственной вентиляции лёгких нет смысла приступать к непрямому массажу сердца», приводит к отказу очевидцев от проведения реанимации и потерянным жизням.

Разумным действием в подобной ситуации будет проведение непрямого массажа сердца. При каждом интенсивном нажатии на грудную клетку и продавливания её на 3-5 см из лёгких выталкивается до 300 мл воздуха. Этого вполне достаточно для того, чтобы дождаться помощи и приступить к вентиляции лёгких безопасным способом.

2 учебный вопрос:

«Первая помощь при кровотечениях и ранениях. Способы остановки кровотечения. Виды повязок. Правила и приемы наложения повязок на раны. Практическое наложение повязок».

2.1. Правила наложения жгутов и повязок.

Рана – это повреждение целостности кожных покровов тела, слизистых оболочек в результате механического воздействия. Любая рана должна быть закрыта, так как через неё проникают различные микроорганизмы, способные вызвать серьёзные осложнения.

Кровотечение может быть наружным или внутренним. В зависимости от вида повреждённых сосудов различают артериальное, венозное и капиллярное кровотечение.

Артериальное кровотечение возникает при глубоких рубленых или колотых ранах. **Кровь ярко красная.** Изливается пульсирующей струёй, фонтаником. При ранении крупных артерий кровь очень быстро изливается из сосудов и, если её вовремя не остановить, пострадавший может погибнуть через несколько минут!

Венозное кровотечение возникает при ранении вен. Кровь вытекает медленно, ровной струёй. **Венозная кровь имеет тёмно-вишнёвый цвет.** Венозное кровотечение представляет смертельную опасность для человека!!! В зияющий просвет повреждённых вен легко попадает воздух, что может привести к мгновенной смерти от воздушной эмболии.

При несильном венозном или артериальном кровотечении на рану следует положить тугую давящую повязку, а кровоточащую часть тела приподнять.

Капиллярное кровотечение бывает при повреждении мельчайших кровеносных сосудов при обширных ссадинах и поверхностных ранах. Кровь сочится по всей поверхности раны, вытекает медленно, по каплям

При оценке характера ранения, следует обратить внимание на объём вылившейся крови. Если диаметр лужи превышает 1 м или у брюк пострадавшего пропитано кровью вся штанина, то следует заподозрить потерю крови, опасную для жизни.

В этой ситуации важно, как можно быстрее, остановить кровотечение. Наиболее быстро это можно сделать, прижав пальцем кровеносный сосуд к прилегающей кости, закрыв рану ладонью или пальцем, наложив жгут.

Лечение ссадин, уколов, мелких порезов, капиллярного кровотечения заключается в смазывании поражённого места 5% раствором йода или 2% раствором бриллиантовой зелени с наложением стерильной повязки. Загрязнённую кожу вокруг раны следует очистить кусочком марли, смоченной одеколоном, спиртом. Нужно хорошо помнить, что ни в коем случае нельзя промывать саму рану.

При кровотечениях из ран головы. Независимо от характера кровотечения пострадавшего следует усадить или уложить, а к ране прижать марлевый тампон или многократно сложенную чистую ткань, которая, пропитавшись

кровью, станет герметичной для воздуха и будет способствовать образованию тромба в повреждённом сосуде.

При кровотечении из ран щеки или губы прижимают нижнечелюстную артерию на нижней челюсти против малого коренного зуба; кровотечение из ран головы и лица можно остановить также путем прижатия одной из сонных артерий (сбоку от гортани) к шейным позвонкам.

Кровотечение из плечевой артерии можно остановить, вдавив тугой валик из ваты, в подмышечную впадину;

Кровотечения из ран на ноге останавливают путем прижатия бедренной артерии в середине пахового сгиба.

При проникающих ранениях живота рану закрывают стерильной салфеткой, а при выпадении внутренних органов вокруг них накладывают ватно-марлевое кольцо, стерильную салфетку и не туго прибинтовывают. Вправлять в рану выпавшие внутренние органы запрещается. Пострадавшему с таким ранением нельзя давать пить, можно лишь смазывать водой губы.

Сильное артериальное кровотечение из ран на конечностях останавливается наложением выше ран жгута или закрутки.

Перед наложением жгута, под него необходимо подложить мягкую подкладку из материи, ваты или марли. Жгут слегка растягивают и делают вокруг конечности несколько витков один к другому, чтобы образовалась широкая давящая поверхность. Концы жгута скрепляют с помощью крючка и цепочки или завязывают. Матерчатый жгут, хлопчатобумажную тесьму - накладывают на конечность и наматывают в несколько слоев. Свободный конец тесьмы затем продевают в пряжку, затягивают как можно туже и закрепляют с помощью закрутки. При отсутствии жгута можно использовать подручные средства (веревку, платок, бинт, брючный ремень), с помощью которых накладывается закрутка. Жгут (закрутка) накладывается **не более чем на 1,5 - 2 часа, а в холодное время и при лучевых (радиационных) поражениях - не более чем на 1 час**, иначе может произойти омертвление тканей. Время наложения жгута (закрутки) обязательно отмечают (карандашом, ручкой) на самой повязке или на бумаге, которую подкладывают под жгут (закрутку).

Жгут, закрутку следует накладывать как можно ближе к кровоточащей ране. Наложённый жгут должен быть хорошо виден, его нельзя закрывать одеждой или бинтом. В холодное время года конечность ниже жгута следует тепло укутать, но не применять искусственное согревание.

Другим надёжным способом остановки кровотечения из ран конечностей является максимальное сгибание конечности в суставах с фиксацией ее в таком положении.

При кровотечении из ран кисти и предплечья. Свернуть из ткани валик и расположить его в локтевой сгиб. Согнуть руку в локте и плотно привязать предплечье к плечу.

Кровотечение из плечевой артерии. Расположить валик в подмышечной впадине. Согнутую в локте руку крепко прибинтовать к грудной клетке.

Кровотечение в подмышечной впадине. Согнутые в локтях руки максимально отвести назад и связать в локтевом суставе. При этом подключичная артерия прижимается ключицей к правому ребру.

Данные способы остановки кровотечений не применимы при переломах.

Любая рана может стать опасной не только в результате возникшего кровотечения, но и при заражении её микробами. Чтобы избежать этого, запрещается трогать рану руками, извлекать из неё глубоко сидящие осколки (инородные тела), удалять прилипшие к ней остатки одежды. При пользовании индивидуальным перевязочным пакетом бинт и стерильные подушечки вынимают так, чтобы не касаться их внутренней стороны руками; подушечки накладывают внутренней стороной на рану, при сквозных ранениях - на входное и выходное отверстия и прибинтовывают, конец бинта закрепляют булавкой.

При использовании в качестве повязок подручных средств: простыней, косынок, кусков хлопчатобумажной ткани, на рану необходимо предварительно наложить стерильный материал и слой ваты (вату непосредственно к ране не прикладывать), а затем фиксировать повязку. Если стерильного материала нет, то на участок ткани, который будет прилегать к ране, необходимо накапать несколько капель йода. При этом пятно йода должно быть несколько больше размера раны. Если рана загрязнена землёй, необходимо обратиться к врачу для введения противостолбнячной сыворотки.

Внутреннее кровотечение. Если пострадавший не может лежать из-за усиливающихся болей в животе или поясничной области, а пытаясь встать или сесть теряет сознание, то у него можно заподозрить внутреннее кровотечение. Если такой пострадавший в течении часа не окажется на хирургическом столе, то, как правило, наступает смерть.

Необходимо обеспечить пострадавшему положение «лёжа на спине» с приподнятыми в коленях ногами, приложить к животу холод. Категорически запрещается предлагать обезболивающие, спазмолгические таблетки, обильное питьё и еду.

3 учебный вопрос:

«Первая помощь при переломах. Приемы и способы иммобилизации с применением табельных и подручных средств. Способы и правила транспортировки и переноски пострадавших».

3.1. Оказание первой помощи при переломах.

Переломом называется частичное или полное нарушение целостности кости в результате удара, сжатия, перегиба. При полном переломе обломки кости смещаются относительно друг друга. При неполном – на кости образуется трещина.

Различают *закрытые и открытые* переломы. При закрытых переломах целостность кожных покровов не нарушена, а при открытых - в области перелома кости имеется рана.

Признаками переломов являются: боль в области повреждения кости, резкая, усиливающаяся при движении, припухлость и кровоподтек. При переломе костей конечностей может быть их деформация, при повреждении

ребер затрудняется дыхание, при ощупывании в месте перелома слышен хруст (крепитация).

Переломы костей таза и позвоночника часто сопровождается нарушением мочеиспускания и движения в нижних конечностях.

Нередко при переломах костей повреждаются кровеносные сосуды и нервные стволы, проходящие рядом с ними, что может привести к развитию шока. Повреждение сосудов и нервов может наступить в момент травмы или позже вследствие их ранения острыми осколками костей при небрежном обращении с пораженным.

3.2. Способы иммобилизации.

При переломах пострадавшему необходимо обеспечить покой и неподвижность (**иммобилизацию**) сломанной кости. Иммобилизация достигается путем наложения *стандартных* или *изготовленных из подручных материалов шин*. В качестве подручных средств можно использовать палки трости, лыжи, зонты, доски, фанеру, пучки веток и т.д. **Шины накладывают на внешнюю и внутреннюю поверхности сломанной конечности**. Необходимо обеспечить неподвижность трёх (в крайнем случае) двух прилегающих к месту перелома суставов. При наложении шин на обнаженную поверхность их необходимо обложить ватой или любым мягким подручным материалом, а затем закрепить бинтом, полотенцем, косынками, ремнями и т.д.

При открытых переломах сначала с помощью жгута останавливают кровотечение, а затем на рану накладывают повязку. После этого пострадавшему вводят обезболивающее средство и обеспечивают иммобилизацию конечности. Если при первом осмотре трудно отличить ушибы и вывихи от переломов костей, то помощь необходимо оказывать, как при переломах.

При переломе костей предплечья руку в локтевом суставе сгибают под прямым углом к туловищу. Шину берут такой длины, чтобы один её конец охватывали пальцы руки, а второй заходил за локтевой сустав. В таком положении шину закрепляют бинтом, а руку подвешивают на косынке или ремне.

При переломе плечевой кости предплечье сгибают под прямым углом в локтевом суставе, а на сломанную кость плеча накладывают две шины. Одну с внешней стороны плеча, а другую от подмышечной впадины до локтевого сустава. Затем обе шины прибинтовывают к плечу и согнутое предплечье подвешивают на ремень, косынку. При отсутствии табельной шины или подручных средств согнутую в локте руку подвешивают на косынке, ремне и прибинтовывают к туловищу.

При переломе бедра, необходимо иметь как минимум две большие шины. Одну из них накладывают по наружной поверхности, при этом один её конец должен находиться подмышкой, а другой немного выступать за стопу. Вторую шину накладывают по внутренней поверхности ноги так, чтобы один её конец достигал промежности, а другой выступал за край стопы. В таком положении шины прибинтовывают к ноге, а верхнюю часть внешней шины прибинтовывают

вают к туловищу. В случае отсутствия табельных шин или подручных средств поврежденную ногу следует прибинтовать к здоровой.

При переломе ступни первую помощь оказывают также как при переломе бедра.

При переломе таза пострадавшего необходимо уложить на спину и подложить под колени валик (скатку, подушку), чтобы уменьшить напряженность мышц бедер и живота.

Раненного в позвоночник следует очень бережно положить на твердую подстилку (щит, доску, снятую дверь), избегая при этом любых сотрясений и сгибания позвоночника.

При переломах ребер на грудную клетку нужно наложить тугую круговую повязку.

При переломе ключицы в подмышечную впадину с травмированной стороны подкладывают ком ваты и плечо туго прибинтовывают к туловищу и подвешивают на косынке.

При переломах челюсти нужно прикрыть рот и зафиксировать челюсть повязкой.

При переломе костей кисти следует прибинтовать кисть к широкой (шириной с ладонь) шине, которая должна начинаться с середины предплечья, а заканчиваться у конца пальцев. В ладонь поврежденной руки предварительно надо вложить комок ваты, бинта, чтобы пальцы были несколько согнуты. Руку подвесить на косынке к шее.

3.3. Способы транспортировки

Способы транспортировки пострадавших зависят от характера ранения, состояния пострадавшего и наличия средств для транспортировки. Переносить пострадавшего в другое место следует только в тех случаях, когда ему или лицу, оказывающему помощь, продолжает угрожать опасность или когда оказание помощи на месте невозможно.

Выносить пострадавших удобнее всего на носилках. Чтобы уложить пострадавшего на носилки, двое носильщиков подводят под него руки: один под голову и спину, другой – под таз и ноги; одновременно поднимают и укладывают на носилки.

Пострадавшие с **ранением в затылок и спину** укладываются на носилки на бок.

С **травмами живота** – на спину с полусогнутыми в коленях ногами.

С **травмами лица и челюсти** – с повернутым набок лицом.

С **ранениями передней поверхности шеи** – в полу сидячем состоянии со склоненной на грудь головой.

Переносить пострадавшего на носилках необходимо следующим образом. Идти не в ногу, спокойно. Не допускать раскачивания и тряски. **Переносить пострадавшего ногами вперед, а при тяжёлом состоянии – головой вперед, чтобы сзади идущие носильщики могли наблюдать за его состоянием.**

Если носилки обслуживаются звеном из четырех человек, то двое несут носилки за ручки, а двое поддерживают по бокам, а затем меняются местами. На

подъёмах и спусках нужно следить, чтобы носилки были в горизонтальном положении.

При переноске пострадавшего на большие расстояния рекомендуется использовать плечевые ремни.

При отсутствии носилок, их можно сделать самостоятельно **из подручных средств**. Их можно сделать из двух жердей, положив на них пальто или шинель, привязав концы к палкам. Поражённых переносить можно на широких досках, рамах окон, дверях, лестницах. Перед тем, как положить пострадавшего на жёсткие носилки, следует постелить на них одеяло, одежду, сено или другой мягкий материал.

На небольшие расстояния можно переносить пострадавших **без носилок**. Для этого существует **три основных способа**.

А) Носильщик опускается на одно колено сбоку от пострадавшего, подхватывает его одной рукой под ягодицы, другой под лопатки. Пострадавший обхватывает носильщика за шею. Носильщик поднимается и переносит пострадавшего.

Б) На более дальние расстояния поражённые переносятся на спине. Пострадавший усаживается на возвышение, носильщик опускается на одно колено между его ногами, спиной к нему. Отводит руки назад и подхватывает бёдра пострадавшего, а последний обхватывает носильщика за верхнюю часть груди. Затем носильщик встаёт и переносит пострадавшего.

В) На сравнительно большие расстояния удобнее всего переносить пострадавшего на плечах. При данном способе транспортировки пострадавший размещается живом сзади на шее носильщика. Носильщик поддерживает пострадавшего сзади за плечи и таз.

Указанные способы транспортировки допустимы только **с учётом характера ранения**.

Переноска пострадавшего **двумя носильщиками производится двумя способами**.

- Один из носильщиков берёт пострадавшего сзади под мышки, второй, стоя между ногами поражённого и спиной к нему, подхватывает его ноги несколько ниже коленных суставов (при переломе конечностей и позвоночника данный метод недопустим).

- Переноска на «замке». «Замок» делают, соединив четыре руки. Для этого каждый из носильщиков захватывает правой рукой свою левую руку (у кисти), а левой рукой – правую руку товарища (тоже у кисти). Пострадавший усаживается в образовавшуюся связку из рук и переносится носильщиками. Если пострадавший небольшого веса или при транспортировке его необходимо поддерживать за спину, то применяется «замок» из двух рук. При этом стоящие носильщики подхватывают пострадавшего одной рукой под ягодицу, а другой за спину и переносят раненного.

4 учебный вопрос:

«Первая помощь при ушибах, вывихах, химических и термических ожогах, отравлениях, обморожениях, обмороке, поражении электрическим током, тепловом и солнечном ударах».

4.1. Оказание первой помощи при травмах.

Травмы – это повреждения организма, вызванные внешним воздействием и сопровождаемое нарушением целостности их функций.

Вывих это смещение концов костей в суставах относительно друг друга с нарушением суставной сумки. Вывих чаще всего случается в плечевом, реже в тазобедренном, голеностопном и локтевом суставах в результате неудачного падения. Характеризуется сильной болью, неподвижностью сустава, изменением его

формы. Вывих самостоятельно вправлять нельзя, так как это только усилит страдания пострадавшего и усугубит травму. Рекомендуется зафиксировать повреждённый сустав, дать пострадавшему обезболивающие средства, наложить холодный компресс. При вывихе плечевого сустава рука укладывается на косынку или плотно прибинтовывается к телу.

Растяжения и разрывы связок суставов возникают в результате резких и быстрых движений, которые превышают физиологическую подвижность суставов. Отмечается резкая болезненность в суставе при движении, отёчность, при разрыве связок – кровоподтёк. Первая помощь сводится к наложению давящей повязки, холодного компресса и создание покоя конечности.

Ушибы – это повреждения тканей и органов без нарушения целостности кожи и костей. К основным признакам ушибов относится боль, припухлость и кровоподтёки в месте ушиба. Ушибленной конечности создаётся полный покой, придаётся возвышенное положение, на место ушиба накладывается тугая повязка, можно положить холодный компресс или пузырь со льдом. При сильных болях принимаются обезболивающие средства.

Очень серьёзен по своим последствиям **ушиб головы**, так как он может сопровождаться сотрясением и ушибом головного мозга. К признакам сотрясения головного мозга относятся потеря сознания на месте происшествия, возможны тошнота и рвота, замедление пульса. Пострадавшему создают полный покой, накладывают холодный компресс. Со всеми предосторожностями больного нужно доставить в больницу. Для перевозки больного кладу спиной на щит, голову на мягкую подушечку. Чтобы зафиксировать голову и шею, на шею накладывается валик – воротник из мягкой ткани.

4.2. Оказание первой помощи при ожогах.

При воздействии высоких температур (лучистая энергия, пламя, горячий пар, кипяток) у человека возникают термические ожоги. В зависимости от глубины поражения кожи и тканей они делятся на четыре степени.

- **Ожоги I (легкой) степени характеризуются покраснением кожи и болезненностью.**

- **Ожоги II степени (средней тяжести). На месте ожога образуются пузыри, с жидкостью.**

- **Ожоги III степени (тяжелые) сопровождаются омертвением всех слоев кожи.**

- **Ожоги IV степени (крайне тяжелой).** Поражается не только кожа, но и глубоко лежащие ткани (мышцы, сухожилия). При обширных, занимающих больше 10% поверхности тела человека, глубоких ожогах возникает так

называемая ожоговая болезнь, которая нередко осложняется ожоговым шоком, особенностями которого являются сильное обезвоживание организма, потеря необходимых для его жизнедеятельности белков, солей, и других веществ. Нарушение в организме белкового и солевого баланса еще в большей степени утяжеляет состояние пораженного. Чем раньше оказывается первая медицинская помощь, тем реже отмечаются осложнения.

При незначительных ожогах (1 степени), когда сохраняется целостность кожного покрова, отсутствуют пузыри, необходимо как можно быстрее охладить поражённый участок кожи. Сделать это можно под струёй холодной воды, льдом, хладонами из автомобильных аптечек (15-20 минут). Это уменьшает боль, глубину прогрева тканей и предотвращает отёк. Затем накладывается сухая, стерильная повязка на поражённый участок.

При сильных ожогах в первую очередь необходимо освободить обожжённую часть тела от одежды. При необходимости одежду разрезают, пришившие к телу части одежды не срывают, а обрезают вокруг и оставляют на месте. Нельзя срезать и срывать образовавшиеся пузыри, касаться ожога руками, смазывать рану мазями, жирами, присыпать содой и т.д. Кожу вокруг ожога протирают спиртом, одеколоном, водой, а на обожжённую поверхность накладывают сухую стерильную повязку. Поверх повязки накладывается холод (лёд в полиэтиленовом пакете). Пострадавшему следует принять обезболивающие средства, настойку валерианы.

При обширных ожогах пораженного лучше всего завернуть в чистую простынь, провести все мероприятия по предупреждению шока. Необходимо принять противоболевое средство, дать теплую слегка соленую воду, настойку валерианы и срочно транспортировать в медицинское учреждение.

При ожогах глаз следует делать холодные примочки из раствора борной кислоты (половина чайной ложки кислоты на стакан воды) и немедленно отправить пострадавшего к врачу.

При химических ожогах. Глубина поражения тканей человека при химических ожогах во многом зависит от концентрации вещества и времени его воздействия. Необходимо как можно скорее уменьшить концентрацию химического вещества. Для этого поражённый участок промывают большим количеством холодной воды в течении 15-20 минут. Полностью нейтрализовать химическое вещество при этом не удастся. Поэтому после промывания поражённое место необходимо обработать соответствующими нейтрализующими растворами и наложить стерильную повязку. На рану обычно кладут кусок стерильной марли или бинта, затем слой ваты и закрепляют повязку с помощью бинта. Бинтуют, как правило, слева направо, закрывая каждым новым витком предыдущий на половину ширины бинта, от узкой части тела к более широкой, т. е. снизу вверх.

При ожоге кислотой следует сделать примочки из щелочных растворов, так как щёлочь нейтрализует кислоту. В домашних условиях это может быть раствор соды (половина чайной ложки на стакан воды) или мыльный раствор.

При ожоге щёлочью следует сделать примочки из кислотных растворов, так как кислота нейтрализует щёлочь. В домашних условиях это может быть

раствор борной кислоты (чайная ложка на стакан воды) или столовый уксус, наполовину разбавленный водой.

Нельзя нейтрализовать попавшую в пищевод щёлочь или кислоту, либо промывать желудок водой, вызывая рвоту, так как при обратном движении по пищеводу прижигающая жидкость ещё раз травмирует слизистую оболочку и может произойти отёк гортани. Можно дать пострадавшему выпить не более 3 стаканов воды, разбавляя таким образом попавшую в пищевод кислоту или щёлочь и уменьшая её прижигающее действие. Хороший эффект оказывает в этих случаях приём внутрь молока или разболтанных в воде яичных белков.

4.3. Оказание первой помощи при отравлениях.

При отравлении газами. При отравлении всеми видами газов в первую очередь необходимо вынести пострадавшего из загазованной зоны. После этого необходимо уложить пострадавшего, слегка приподняв ноги, облегчить дыхание (расстегнуть стесняющую дыхание одежду), обеспечить приток свежего воздуха. Можно дать понюхать нашатырного спирта, растереть тело, укрыть пострадавшего.

Если пострадавший находится в бессознательном состоянии надо повернуть его голову в сторону, так как возможен рвотный рефлекс.

Во всех случаях отравления ядовитыми газами необходимо дать пострадавшему большое количество тёплого молока.

Окислы азота: - Дать пить горячее молоко с пищевой содой.

Хлор: - Дать пить горячее молоко с пищевой содой. Промыть содой глаза, гортань. При отёке горла следует приложить «тепло» в область шеи.

Аммиак: - вдыхать тёплые водяные пары с добавлением уксуса или нескольких кристаллов лимонной кислоты, выпить тёплое молоко. При отёке горла следует приложить «тепло» в область шеи.

Попавший внутрь яд удаляют промыванием желудка или вызыванием рвоты. Пострадавшему дают выпить 3-4 стакана воды или розового раствора марганцовокислого калия с вызовом рвоты. Промывание повторяют до 10-20 раз (не менее 3-6 литров воды). Далее вводится 30г. солевого слабительного со взвесью активированного угля. Для промывания желудка можно применять связывающие и адсорбирующие вещества. В качестве связывающих и нейтрализующих веществ применяется взбитый яичный белок, кисель, желе, крахмал. Так молоко обладает хорошими обволакивающими свойствами и способно частично поглощать соли меди, цинка, ртути, тяжёлых металлов. Однако подобные вещества и продукты можно принимать только точно зная вид яда, попавшего в организм пострадавшего. «Отпаивать» пострадавшего молоком при неизвестном типе яда нельзя. Так хорошо растворимые в жирах яды (дихлорэтан, четырёххлористый углерод, бензол, многие фосфорорганические соединения), растворившись в молоке, в несколько раз увеличивают скорость всасывания их в организм.

При пищевых отравлениях: При отравлении ядовитыми грибами, растениями, испорченными продуктами следует срочно промыть желудок.

Пострадавшему дают выпить 3-4 стакана воды или розового раствора марганцовокислого калия с вызовом рвоты. Промывание повторяют несколько раз. Затем необходимо выпить активированный уголь. После этого пострадавшего следует напоить тёплым чаем, уложить, укрыть теплее до прибытия медицинского персонала.

4.4. Оказание первой помощи при шоке, обмороке, тепловом и солнечном ударах.

Шоковое состояние. При обширных повреждениях - ранениях, переломах, ожогах - у пострадавшего может наступить шок, т.е. резкий упадок сил и угнетение всех жизненных функций организма. Шок возникает от перенапряжения нервной системы в связи с сильными болями, потерей крови. Шок сопровождается резким упадком сердечной деятельности, в результате чего пульс слабеет, а иногда и вовсе не прослушивается. Лицо становится серым, с заострившимися чертами, покрывается холодным потом. Пораженный безразличен к окружающему, хотя сознание его и сохраняется. Он не реагирует на внешние раздражения, даже на прикосновения к ране и движение поврежденной конечности.

Пораженным, находящимся в шоковом состоянии, необходима немедленная помощь. Прежде всего нужно устранить боль. Если есть возможность, **следует ввести болеутоляющие средства (промедол, морфин, пантопон) и применить сердечные - камфору, кофеин.** Пораженного нужно согреть, укрыть одеялом, обложить грелками дать крепкий чай, вино, в холодное время года внести в теплое помещение. Если у пораженного, находящегося в состоянии шока, не повреждены органы брюшной полости, рекомендуется давать пить воду, растворив в 1л одну чайную ложку пищевой соды 1\2 чайной ложки пищевой соли.

Обморок – внезапная кратковременная потеря сознания. Причиной обморока бывают большие потери крови, нервное потрясение (испуг), переутомление. Обморок характеризуется бледностью кожных покровов, губ, похолоданием конечностей. Сердечная деятельность ослабляется, пульс едва прощупывается. Длительность обморочного состояния бывает от нескольких секунд до 10 минут. Продолжительное обморочное состояние опасно для жизни.

Для оказания помощи больному необходимо обеспечить приток свежего воздуха. Вынести пострадавшего на открытую местность, открыть окна, освободить его от стесняющей одежды. Придать телу горизонтальное положение, а ноги приподнять выше головы, чтобы вызвать прилив крови к голове. Чтобы вывести поражённого из обморочного состояния, необходимо обрызгать его лицо холодной водой или дать понюхать нашатырный спирт, медленно поднося к носу смоченный в спирту кусок ваты или ткани. Нашатырным спиртом можно натереть виски. Принцип действия нашатырного спирта заключается в его способности вызвать резкую боль, что приводит к выбросу в кровь большого количества адреналина. В случае отсутствия нашатырного спирта можно воздействовать на болевую точку. Для этого следует надавить большим пальцем на точку, расположенную на верхней губе под перегородкой носа. Такое надавли-

вание так же стимулирует выброс адреналина. Подобного эффекта, но с меньшим успехом можно достичь похлопыванием ладонями по щекам пострадавшего.

Если пострадавшего не удаётся привести в сознание более 10 минут, необходимо перевернуть его на живот, слегка повернув голову в бок. Это делается для исключения западания языка и попадания рвотных масс в дыхательные проходы.

Если есть подозрение на голодный обморок, пострадавшему стоит предложить сладкий чай или куриный бульон. Никогда нельзя кормить голодного бродящими или газированными напитками.

Солнечный удар возникает при перегревании головы на солнце. Первые признаки – покраснение лица и сильные головные боли. Затем появляются тошнота, головокружение, потемнение в глазах и рвота. Человек впадает в бессознательное состояние, у него появляется одышка, слабеет сердечная деятельность.

Тепловой удар – болезненное состояние, вызванное перегревом всего тела. Причиной может быть высокая температура окружающей среды, усиленные физические нагрузки, плотная одежда и др. При перегревании у человека появляется вялость, усталость, головокружение, головная боль, повышается температура до 40 градусов. Затем человек теряет сознание, бледнеет, кожа становится холодной и покрывается потом. В таком состоянии поражённый может погибнуть.

При оказании первой помощи при солнечном и тепловом ударах необходимо устранить причины приведшие к перегреву организма, охладить тело водой, положить на голову, руки, ноги холодный компресс, а затем провести те же мероприятия, что и при обмороке. Если человек пришёл в себя, ему необходимо дать обильное питьё. При головных болях – дать обезболивающие препараты, обеспечить покой.

4.5. Оказание первой помощи при обморожениях.

Обморожение возникает при длительном воздействии низких температур окружающего воздуха на участки тела, при соприкосновении тела с холодным металлом на морозе, или сжиженными газами. Предрасполагают к обморожению общее ослабление организма вследствие перенапряжения, голода, алкогольного опьянения, потери крови. В этом случае обморожение возможно и при положительных температурах окружающего воздуха (3-7 градусов). Чаще всего подвергаются обморожению пальцы рук и ног, ушные раковины, нос и щёки.

При обморожении необходимо как можно быстрее восстановить кровообращение отмороженных частей тела. Если повреждения не глубокие, слегка побелели щёки, нос уши, достаточно зайти в тёплое помещение, растереть повреждённые участки рукой до покраснения и появления покалывания. Можно растереть поражённый участок спиртом, одеколоном, водкой или любой шерстяной тканью, фланелью, мягкой перчаткой. Не допускается растирание сне-

гом, так как снег ещё больше охлаждает отмороженные участки и повреждает кожу.

При глубоких обморожениях конечностей и других участков тела главное – не допустить быстрого согревания переохлаждённых участков. На замёрзшие клетки губительно действует тёплый воздух, вода, прикосновение тёплых предметов и даже рук. Гибель переохлаждённых тканей наступает не при замерзании, а при их неравномерном согревании. Необходимо занести пострадавшего в тёплое помещение, предварительно забинтовав или закутав поражённые участки тела. Повязка должна закрывать только область с выраженным побелением кожи. После наложения теплоизолирующей повязки, рекомендуется зафиксировать поражённый участок шиной для обеспечения неподвижности замёрзшего участка. Это делается с той целью, что замёрзшие сосуды очень хрупкие и неосторожное движение может легко их разрушить.

Затем следует ожидать постепенного отогревания замёрзших участков тела. До восстановления чувствительности (появления «мурашек», покалывания) теплоизолирующие повязки снимать нельзя. После восстановления чувствительности, поражённые участки перебинтовываются и пострадавший доставляется в лечебное учреждение.

Для восстановления тепла в организме и улучшения кровоснабжения пострадавшему даётся тёплое питьё (чай, кофе, какао). Если есть возможность направить пострадавшего в лечебное заведение сразу, то это нужно сделать не снимая теплоизолирующих повязок.

4.6. Оказание первой помощи при поражении электрическим током.

При соприкосновении с изолированными электрическими проводами человек может быть поражён электрическим током. При этом у него может наступить кратковременная или длительная потеря сознания, сопровождающаяся остановкой дыхания и расстройством сердечной деятельности. Появляются ожоги у мест входа и выхода тока. В некоторых случаях поражение током вызывает мгновенную смерть. Оказывать помощь можно, только устранив поражающее действие электричества. Для этого следует отключить рубильник, отбросить сухой палкой провод, взявшись за одежду пострадавшего - оттащить его от источника тока. Во всех случаях нельзя касаться провода и поражённого голыми руками. Если нет резиновых перчаток, оказывающий помощь должен обмотать руки сухой тканью. Если нет резиновой обуви, то рекомендуется встать на сухую доску.

Если поражённый находится в бессознательном состоянии, то оказывается помощь, как при обычном обмороке.

Если у поражённого нет дыхания и сердцебиения, то необходимо приступить к реанимационным действиям (массаж сердца, искусственное дыхание).

Пострадавшего (независимо от площади ожога) следует доставить в лечебное заведение. Учитывая особенности воздействия электрического тока на организм, можно предполагать возможную остановку сердца через несколько часов или даже суток с момента травмы.

5 учебный вопрос:

«Правила оказания помощи утопающему».

Если Вы увидели тонущего человека.

Не бросайтесь сразу в воду. Оцените обстановку и свои силы. Если рядом есть лодки, спасательные жилеты, круги – возьмите их. Даже 1-2 пустые пластиковые бутылки помогут спасти человека. Не пытайтесь спасти сразу нескольких людей. Это ещё никому не удавалось. Оказывайте помощь самому слабому.

Помните, что при плавании мышцы работают иначе, чем при ходьбе или беге. Усталость наступает гораздо быстрее и внезапнее. Скорость должна быть такой, чтобы, подплыв к утопающему, Вы не успели растерять все свои силы.

Если вода холодная – снимите с себя только верхнюю одежду и обувь. Даже мокрый свитер, рубашка в какой то мере помогут Вам избежать переохлаждения.

Постарайтесь заговорить с тонущим. Подбодрите его. Заставьте выполнять свои команды. Опасайтесь захватов своих рук, ног, тела. Если человек просто сильно устал, то он сможет плыть рядом, придерживаясь за Ваше плечо. Если человек не умеет плавать, то заставьте его лечь на спину и расслабить мышцы тела. В таком положении можно достаточно успешно оттранспортировать пострадавшего к берегу, поддерживая пострадавшего за шею или под руку.

Помни, что к человеку, находящемуся в шоковом состоянии, барахтающемуся, не слушающему команд - **подплывать нужно сзади**. Отчаяние и смертельный страх часто придают утопающему огромные силы, и захват может угрожать жизни оказывающему помощь.

Если человек утонул.

После извлечения утонувшего из воды нужно положить его животом вниз к себе на колено, бревно, сложенную валиком одежду. При этом, чем ниже будет голова пострадавшего – тем лучше. Несколько раз нажать ему руками на спину, чтобы удалить воду из дыхательных путей. Затем разжать пострадавшему рот и очистить глотку от грязи, тины или рвотных выделений. После этого положить пострадавшего на спину, слегка запрокинуть назад голову и приступить к реанимационным действиям (массаж сердца, искусственное дыхание).

6 учебный вопрос:

«Основы ухода за больными (гигиена комнаты и постели больного; способы смены белья, подгузников; методика измерения температуры, артериального давления; методика наложения повязок, пластырей, компрессов, горчичников, шин, бандажей; основы сочетания лекарственных средств и диет)»

6.1. Комната больного

Всегда желательно выделить отдельную комнату для больного, особенно при подозрении на инфекционное заболевание, в т. ч. грипп или острое респираторное заболевание. Если такой возможности нет, необходимо выделить для него лучшую часть комнаты, отгородив ее занавеской или шкафом.

В комнате всегда должны быть свежий и чистый воздух и оптимальная температура (18–20 С). Для этого помещение регулярно проветривают. В холодное время года форточку открывают не реже 3–4 раз в сутки на 20–30 мин, больного в это время тепло укрывают. Летом окно или форточка должны быть открыты постоянно, однако нужно следить, чтобы в комнате не было сквозняка. Зимой предпочтительнее южная сторона дома, летом – северная. Комната должна быть хорошо освещена при выполнении различных процедур. Чтобы не допустить скопления пыли, необходимо проводить влажную уборку комнаты и протирать мебель не реже 1 раза в день. Окно или форточка при этом должны быть открыты.

6.2. Постель

Кровать больного желательно поставить изголовьем к стене в середине комнаты (не вдоль стены и не в углу), чтобы обеспечить свободный подход к телу со всех сторон. С одной стороны кровати, у изголовья, следует поставить столик для лекарств, термометра, графина с водой, посуды для приема пищи, с другой – тумбочку с литературой для чтения, настольной лампой. В тумбочке можно хранить предметы ухода, туалета, лекарства.

Постель больного всегда должна быть чистой и свежей. Тяжелобольным под простыню подкладывают клеенку.

Обычно **положение** больного в постели горизонтальное, со слегка приподнятой верхней частью тела.

При высоком артериальном давлении рекомендуется более высокое положение головы, при пониженном – низкое.

При одышке, особенно при удушье, положение больного полусидя, для чего под подушку подкладывают подголовник или доски. Чтобы предупредить сползание больного, используют упор для ног. Иногда требуется возвышенное положение ног, например при воспалении вен. В этом случае под голени подкладывают подушки. Всегда должно быть обеспечено наиболее удобное положение. Однако не следует оставлять больного длительно в одном положении, ему надо время от времени поворачиваться на другой бок, а при разрешении врача – присаживаться.

6.3. Смену постельного белья

Смену постельного белья следует проводить не реже 1 раза в неделю. Состояние некоторых больных позволяет перенести их временно на другую постель, что дает возможность не только сменить наволочки и простыни, но и поправить и вычистить матрац. Переложить больного может один человек, подведя правую руку под лопатки, а левую – под бедра.

Грузных больных лучше переносить вдвоем: один подводит руки под голову и лопатки, второй – под поясницу и бедра, поднимают больного одновременно.

Для смены простыни у тяжелобольного требуются, как правило, 2 человека. Это можно сделать разными способами.

- 1-й способ: приподнимают голову больного, головной конец простыни собирают складками к пояснице. Затем поднимают ноги и собирают склад-

ками другой конец простыни, после чего ее осторожно вытягивают из-под пациента.

Под поясницу подводят чистую простыню, скатанную по ширине двумя валиками, и расправляют ее поочередно в 2 направлениях – к голове и к ногам.

- 2-й способ: больного поворачивают на бок ближе к краю кровати. Со свободного края кровати простыню по ее длине скатывают валиком. На освободившееся место кладут также закатанную чистую простыню. Больного поворачивают на другой бок, укладывая на чистую простыню. Грязную простыню убирают, а чистую расправляют на другой половине кровати. Если больного можно посадить, вначале производят смену головной половины простыни, затем ножной.

6.4. Гигиена больного

Необходимо ухаживать за кожей, волосами, ногтями, полостью рта, ушами, глазами, промежностью больного.

Каждый день, утром и вечером, пациент должен мыть лицо, шею и руки водой комнатной температуры с мылом. Если позволяет состояние, его сажают в постели и он совершает туалет самостоятельно. Лежачих больных обтирают с помощью тампонов или губки, смачивая их водой с добавлением водки или одеколona.

Кроме того, у тяжелобольных следует протирать все тело камфорным спиртом, особенно складки в паху, подмышечных впадинах и под молочными железами у женщин. Не следует забывать мыть руки больного с мылом перед каждым приемом пищи и коротко подстригать ногти на руках и ногах. После любой влажной обработки следует протирать кожу чистым и сухим полотенцем. Больных средней тяжести не реже 1 раза в неделю моют в ванне или под душем в соответствии с рекомендациями врача. Ванну заполняют до половины водой с температурой 35–37 С. Больному помогают вымыть голову, спину и т. д. При мытье под душем больного усаживают на скамеечку или табуретку, при этом применяют гибкий шланг. Тяжелых, ослабленных больных моют в постели, подложив клеенку под простыню.

Обмывание проводят по частям, используя губку, теплую воду и мыло, вначале верхнюю половину туловища, затем живот, бедра и ноги.

Важной задачей домашнего ухода является **профилактика пролежней**, которые могут появиться у тяжелобольных чаще всего в области крестца, реже – в области лопаток, пяток, затылка, ягодиц и в других местах, где мягкие ткани сдавливаются между костью и постелью.

Для предупреждения пролежней необходимо каждые 2 ч менять положение больного в постели; возможные места образования пролежней обмывать теплой водой с мылом, а затем протирать камфорным спиртом; аккуратно застилать постель, чтобы не было складок и крошек на простыне; для улучшения кровообращения в конечностях делать пассивные или (лучше) активные движения; при покраснении кожи обмыть это место и смазать 1–2 раза в сутки 5–10 %-ным раствором перманганата калия, подложить надувной резиновый круг т. о., чтобы пролежень находился над отверстием круга и не касался постели.

Важно поддерживать опрятный внешний вид больного. Рекомендуется коротко стричь больного, ежедневно брить. Бритье электрической бритвой многие могут проводить самостоятельно. Волосы нужно ежедневно расчесывать. Промывать **глаза** лучше шариком из стерильной ваты, смоченным в растворе борной кислоты (1 ч. л. на стакан теплой кипяченой воды). При появлении в **ушах** скоплений ушной серы следует закапать в наружный слуховой проход несколько капель теплого 3 %-ного раствора перекиси водорода, а затем осторожно просушить ухо жгутиком из ваты. При затруднении **носового** дыхания вследствие образования сухих корочек в ноздрю вводят жгутик с борным вазелином или растительным маслом – это вызывает размягчение и отпадение корочек.

Лежачим больным освобождают кишечник и мочевой пузырь в постели, используя мочеприемник и судно, при необходимости ставят клизму. Важно содержать предметы гигиены в чистоте и подавать теплыми. При задержке мочеиспускания или дефекации следует обратиться к врачу. Каждый ухаживающий за больным должен уметь правильно измерить и оценить температуру, частоту пульса и дыхания.

6.5. Температура, пульс (методика измерения)

Температура тела в норме колеблется от 36 С утром до 36,9 С вечером. При заболевании она может как повышаться, так и понижаться. Повышение температуры (лихорадка) обычно сопровождается головной болью, недомоганием, ощущением ломоты в теле, могут быть озноб и повышенная потливость. При снижении температуры обычно наблюдаются резкая слабость и похолодание кожи. Имеет значение повышение температуры, даже на несколько десятых градуса.

Перед измерением температуры термометр энергично встряхивают, чтобы столбик опустился до уровня 35 С. Затем его помещают в протертую насухо подмышечную впадину. Больной прижимает плечо к грудной клетке и держит термометр в течение 8–10 мин. После использования термометр следует протереть спиртом или одеколоном и поместить в футляр.

Температуру измеряют обычно 2 раза в день, в 8 и 19 ч. У тяжелых, ослабленных больных, а также у детей иногда приходится измерять температуру в заднем проходе. Для детей конец термометра смазывают вазелином и вводят на глубину 2–3 см. Следует учитывать, что температура в прямой кишке на 1 С выше, чем в подмышечной впадине. При значительном и быстром повышении температуры иногда наблюдается озноб, кожа бледнеет и становится холодной. В этом случае больного следует уложить в постель, тепло укрыть, согреть грелками, дать горячего чая, таблетку ацетилсалициловой кислоты (аспирин). В случае быстрого (критического) снижения температуры с обильным потом и слабостью следует насухо протереть тело больного и сменить нательное белье, дать крепкого горячего чая.

Для определения пульса кончики указательного, среднего и безымянного пальцев правой руки легко прижимают у начала предплечья со стороны большого пальца, находят пульсирующую артерию и подсчитывают число ударов за

15 с, умножают найденную величину на 4. При некотором навыке можно установить характер пульса (правильный или неритмичный, полный или малый).

Для подсчета числа **дыхательных движений** следует приложить ладонь к подложечной области, сосчитать дыхательные движения за 30 с, умножить полученное число на 2. При оценке частоты пульса и дыхания следует учитывать, что она закономерно повышается после физической нагрузки, волнения, при лихорадочных состояниях. Поэтому подсчет пульса и дыхания проводят в состоянии полного покоя, до выполнения каких либо процедур. При повышении температуры на 1 С частота пульса увеличивается на 8–10 ударов, дыхания – на 3–4 раза в мин. Следует знать, что у здорового взрослого человека в состоянии покоя частота пульса не превышает 70–80 в мин, а дыхания – 14–18 в мин. Данные ежедневного измерения температуры, пульса и дыхания нужно записывать, это поможет лечащему врачу. При наличии отеков следует измерять количество выпитой жидкости (в т. ч. в виде супов, киселя, фруктов и др.) и количество выделенной мочи (диуреза) за сутки.

6.6. Техника выполнения основных процедур

Ухаживающий за больным должен знать технику выполнения основных процедур.

Банки медицинские вызывают прилив крови к коже, отвлекая ее от внутренних тканей и органов, и способствуют уменьшению или ликвидации в них воспалительных процессов.

Перед тем как поставить банки, кожу смазывают вазелиновым маслом, чтобы они лучше присосались, а также во избежание ожога. Ватный тампон на металлической палочке смачивают в спирте, зажигают и вводят в полость банки на 1–2 с для разрежения в ней воздуха, затем быстро вынимают горящий тампон и немедленно плотно прижимают банку к коже. Банки ставят одну за другой через каждые 3–4 см. Затем больного накрывают одеялом и оставляют на 10–15 мин.

Снимают банки следующим образом: пальцами одной руки нажимают на кожу около самого края банки, а другой слегка отклоняют ее в противоположную сторону, после чего она легко отпадает. Банки эффективны только тогда, когда обеспечивается их хорошее присасывание и когда они вызывают выраженное покраснение кожи за счет кровоизлияния.

При удовлетворительном состоянии больной принимает общие гигиенические ванны в положении полусидя, погружаясь в воду до верхней части груди. Лежачим больным можно делать местные ванны (для рук, ног). Температура воды должна быть 36–38 С, продолжительность ванны – не более 30 мин. Ослабленных больных моют под душем.

Ванны лечебные принимают только по назначению врача. Они могут быть простые (пресные) и сложные, с добавлением различных солей, газов, жидкостей. Ванны простые – индифферентной температуры (34–36 С), продолжительностью 10–15 мин – действуют как освежающая или тонизирующая процедура. Ванны теплые (37 С) продолжительностью 30 мин и более действуют успокаивающе, способствуют наступлению сна, они показаны при повышенной возбудимости, неврозах, некоторых кожных заболеваниях.

Более продолжительные теплые ванны (до 1 ч) полезны при хронических бронхитах, заболеваниях почек, бронхиальной астме. При этом следует поддерживать постоянную температуру воды.

Теплые (38–39 С) и горячие (40–42 С) ванны вызывают повышенное потоотделение, усиливают обмен веществ, расслабляют гладкую мускулатуру. Назначают их при ожирении, подагре, некоторых хронических заболеваниях суставов и нервов, при печеночной и почечной недостаточности, коликах и только при отсутствии заболеваний сердечно-сосудистой системы и активных воспалительных процессов. Общие холодные ванны (20 С) резко возбуждают нервную систему и усиливают теплоотдачу. Это закаливающая процедура для здоровых людей, привыкших к холоду.

Следует иметь в виду, что как гигиенические, так и лечебные ванны являются далеко не безразличной для организма процедурой. Их назначает врач, указывая температуру, продолжительность, частоту и способ приема.

Горчичники – листы бумаги, покрытые тонким слоем порошка горчицы. Горчичники смачивают теплой водой и плотно прикладывают к коже той стороной, где намазана горчица, обвязывают полотенцем и накрывают больного одеялом.

Длительность процедуры – около 10–20 мин – до ясного проявления раздражения кожи (жжение, краснота), не доводя до ожога и образования пузырей. Горчичники можно приготовить самим, используя смесь равных частей горчичного порошка и муки, разведенной теплой водой до кашицеобразной массы. Последнюю намазывают между 2-мя слоями чистой плотной тряпочки или бумаги. После снятия горчичников кожу следует протереть влажным тампоном, а при сильном раздражении смазать вазелином.

Горчичники вызывают раздражение кожи, прилив к ней крови, что уменьшает болевые ощущения и способствует затиханию воспалительного процесса. Горчичники ставят при бронхитах, воспалении легких (на грудную клетку), гипертонической болезни (на затылок), мышечных болях. Противопоказаны они при кожных заболеваниях.

Грелку наполняют горячей водой не полностью и перед завинчиванием пробки выдавливают воздух, что обеспечивает лучшее ее прилегание к поверхности тела. Нужно проверить, не вытекает ли вода. Во избежание отека грелку обертывают полотенцем или другой тканью. Обычно грелки прикладывают к рукам или ногам при резком охлаждении тела, ознобе или в качестве отвлекающего средства, например при зубной боли, повышении артериального давления.

Вместо грелки можно использовать бутылки с горячей водой. Можно применять и специальные электрические грелки.

Ингаляция – вдыхание с лечебной целью различных веществ в парообразном, жидком или взвешенном состоянии.

В домашних условиях при отсутствии ингалятора простая паровая ингаляция может быть проведена следующим образом. В открытый сосуд наливают кипяток, больной наклоняется над ним так, чтобы не обжечь лицо, накрывает голову полотенцем или салфеткой и вдыхает пары в течение 5–10 мин.

В кипяток можно добавить несколько капель скипидара, эвкалиптового масла или другого ароматического вещества. Эта процедура рекомендуется при воспалительных заболеваниях дыхательных путей, бронхитах. Для ингаляции лекарственных веществ используют карманные ингаляторы или флаконы с аэрозольной упаковкой. В любом случае важно, чтобы момент распыления точно совпадал с актом вдоха.

Кислородная подушка – прорезиненный мешок, снабженный резиновой трубкой с краном и мундштуком. Перед подачей кислорода мундштук протирают спиртом, обертывают смоченной в воде марлей и прижимают ко рту больного. Подача кислорода регулируется краном и надавливанием на подушку. Длительность процедуры – 5–10 мин с перерывами. При пользовании подушкой неизбежно происходят большие потери кислорода.

Клизмы применяют для очищения или промывания кишечника. Очистительные клизмы делают при запорах, пищевых и других отравлениях, для подготовки к рентгенологическому исследованию желудочно-кишечного тракта.

Для клизмы используют металлический, стеклянный или резиновый сосуд емкостью 1,5–2 л с резиновой трубкой длиной 1–1,5 м, заканчивающейся обычно пластмассовым наконечником с краном или зажимом. Чистую теплую воду с температурой 25–30 С в количестве 4–6 стаканов (800–1200 мл) наливают в сосуд, поднимают его на высоту 1–1,5 м. Наконечник смазывают вазелином или глицерином, открывают кран, чтобы выпустить немного воды и воздуха из резиновой трубки. Больной ложится на клеенку на левый бок у края постели, подтягивает ноги к животу. Край клеенки опускают в стоящее рядом ведро или таз. Пальцами левой руки раздвигают ягодицы, а правой рукой осторожно вводят наконечник через задний проход в прямую кишку на глубину 6–8 см. При этом вначале его вводят под острым углом в продольной оси тела, а затем вдоль нее.

Когда наконечник введен на должную глубину, открывают кран или зажим и вода поступает в кишечник. Сосуд с водой поднимают вверх постепенно, чтобы вода вводилась в кишечник не слишком быстро. Во время введения жидкости могут появиться позывы на низ, а иногда и нерезкие боли в животе.

Следует заранее предупредить больного о необходимости задержать воду в кишечнике на несколько минут, чтобы она успела поступить в вышележащие отделы толстого кишечника и размягчить кал на возможно большем протяжении.

При затрудненном поступлении жидкости нужно ввести наконечник поглубже и испробовать разную высоту подъема кружки. После клизмы наконечник промывают и кипятят. При хронических запорах и твердых каловых массах клизмы делают из растительного масла (подсолнечного, льняного или прованского), которое в количестве 50–100 мл вводят в прямую кишку с помощью резиновой груши. Такую клизму обычно делают на ночь, рассчитывая на появление стула утром.

Клизмы можно применять с лечебной целью для введения различных лекарственных веществ при заболеваниях нижнего отдела кишечника или для общего воздействия на организм, например при упорной рвоте, бессознатель-

ном состоянии, с целью введения питательных жидкостей (раствор глюкозы, поваренной соли). Клизмы нельзя ставить при некоторых заболеваниях прямой кишки, кровоточащем геморрое, кровотечении из кишечника и боли в животе. В этих случаях следует проконсультироваться с врачом.

Компрессы могут быть сухими, влажными (холодными или согревающими) и лекарственными.

Сухой компресс, состоящий из нескольких слоев марли или негигроскопической ваты, используют для защиты пораженной части тела от охлаждения или другого воздействия.

Холодный влажный компресс представляет собой сложенную в несколько раз мягкую ткань, смоченную в холодной воде, которую прикладывают на 2–3 мин к больному участку тела: к голове (при головной боли), к области сердца, животу, чаще при ушибах. По мере согревания компресса его меняют.

Для согревающего компресса сложенную ткань или полотенце смачивают водой комнатной температуры, прикладывают к больному месту, покрывают вощеной бумагой или клеенкой, а затем толстым слоем ваты, шерстяным платком или банкой. Каждый слой должен быть больше предыдущего и полностью его закрывать. Такой компресс нужно плотно прибинтовать к телу так, чтобы он не сдвигался, но и не стеснял больного. Продолжительность процедуры – 10–12 ч. После снятия компресса кожа должна быть теплой и влажной, ее следует насухо вытереть. Повторно накладывать компресс можно через час.

При больших размерах компресса, например на грудь или живот, больной должен все время лежать в постели. Вместо воды можно использовать водку или спирт, но они быстрее высыхают и требуют более частой смены. При согревающем компрессе расширяются кровеносные сосуды и, следовательно, увеличивается приток крови не только к коже, но и к глубже лежащим тканям, что способствует рассасыванию воспалительных процессов и стиханию боли.

Обтирание – лечебно-гигиеническая процедура. Куском грубой ткани или резиновой губкой, смоченной в воде с температурой 30–32 С, ослабленных больных по частям последовательно (руки, грудь, живот, ноги), затем быстро растирают смоченной поверхностью, затем растирают сухим полотенцем до ощущения тепла. Постепенно температуру воды можно снизить до 20–18 С. Применяют эту процедуру в периоде выздоровления, при неврастении.

С лечебной, профилактической и гигиенической целью применяют **полоскание полости рта** чистой водой.

При обложенном языке, скоплении слизи лучше использовать слабые щелочные растворы (например, 1 ч. л. соды на стакан воды). При воспалительных заболеваниях миндалин или слизистой оболочки полости рта применяют различные дезинфицирующие растворы: перманганата калия (2 кристаллика на стакан воды), перекиси водорода (1 ст. л. на стакан воды).

При выраженном воспалении лучше орошать полость рта из резинового баллона под небольшим давлением. При этом больной должен наклонить голову немного вперед, чтобы жидкость не попала в дыхательные пути. Тяжелобольным ежедневно обтирают полость рта, язык, десны, зубы кусочком ваты,

намотанным на ручку ложки и смоченным теплой водой или раствором соды (1 ч. л. на стакан воды).

Для промывания желудка в домашних условиях больному дают выпить 5–6 стаканов воды, затем, раздражая заднюю стенку глотки введением пальца, вызывают рвоту. Эту процедуру можно повторить несколько раз подряд.

После промывания следует прополоскать рот и дать больному несколько глотков горячего чая.

Промывание желудка противопоказано при желудочном кровотечении, сильной боли в животе, сердечной и коронарной недостаточности, высоком артериальном давлении. Исключением является острое отравление, угрожающее жизни больного.

Пузырь со льдом, снегом или холодной водой используют при ушибах, воспалительных процессах, кровотечениях. Кладут его на голову, живот и другие места: под пузырь подкладывают полотенце. Держат 20–30 мин, после чего делают перерыв на 10–15 мин.

Пузырь не следует наполнять до краев, закручиванием пробки следует выдавить из него воздух, тогда он будет плотнее прилегать к телу.

Судна бывают эмалированные, фаянсовые и резиновые. Последние надувают воздухом через специальное отверстие в металлической оправе, которое обрабатывают спиртом. Они наиболее удобны.

Перед использованием судно согревают, наливают в него немного воды и ополаскивают, чтобы облегчить последующее мытье судна. Под крестец больного подводят руку, немного его приподнимают (если больной не может это сделать сам) и быстро подводят судно уплощенным концом к крестцу. После использования судно моют горячей водой, а при подозрении на кишечную инфекцию дезинфицируют 2 %-ным раствором лизола, (13 %-ным раствором хлорамина или 12 %-ным раствором хлорной извести).

7. учебный вопрос:

«Возможный состав домашняя медицинская аптечка».

Качество и оперативность оказания первой медицинской помощи во многом зависят от наличия средств медицинской защиты и медикаментов. При возникновении чрезвычайной ситуации очень часто люди теряются и не знают, каким образом можно оказать первую медицинскую помощь пострадавшему, где взять необходимые инструменты, бинты, лекарства. При этом многие просто забывают, что в современном городе найти медицинскую аптечку со всем необходимым очень просто. Достаточно остановить любую машину и попросить у водителя автомобильную аптечку. Но если водители, в соответствии с законом, просто обязаны иметь подобную аптечку в автомобиле (хотя по новым требованиям в автоаптечке нет лекарственных препаратов), то наличие аптечки в доме не обусловлено ни какими нормативными актами. А ведь в домашних условиях аптечка часто необходима так же, как и на дорогах. В бытовых, домашних условиях люди ежегодно получают огромное количество травм и увечий. В подобной экстремальной ситуации домашняя аптечка может

спасти жизнь человеку. И нужно еще учитывать то обстоятельство, каким заболеваниям предрасположены члены Вашей семьи и близкие.

Существует определённый минимум, который рекомендуется иметь в домашней аптечке

Возможный состав домашней аптечки

Наименование	Предназначение	Количество
Пакет перевязочный	Для наложения повязок	5 шт.
Бинт стерильный	Для наложения повязок	5 шт.
Вата клиническая	Для наложения повязок	5 пачек
Жгут	Для остановки кровотечений	1 шт.
Шины	Для фиксации конечностей при переломах	3-4 шт.
Резиновый пузырь для льда	Для охлаждения повреждённого места	1 шт.
Стакан	Для приёма лекарств, промывания глаз	1 шт.
Йод (5% спиртовой раствор)	Для смазывания ссадин, тканей вокруг ран	1 флакон
Нашатырный спирт	При обморочных состояниях	1 флакон
Кислота борная	Для промывания глаз, при ожогах щёлочью	1 флакон
Сода пищевая	Для промывания глаз, при ожогах кислотой	1 пакет
Раствор перекиси водорода	Для небольших ран и царапин	1 флакон
Активированный уголь	Приём при пищевых отравлениях	50г
Марганцовокислый калий	Приём при пищевых отравлениях	50г
Валидол или нитроглицерин	Приём при болях в области сердца	1 упаковка
Амидопирин, анальгин	Приём как жаропонижающее и болеутоляющее	2 упаковки

ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

-Руководитель напоминает тему, учебные вопросы, цели и указывает как они достигнуты.

-Оценивает работу слушателей. Как персональную, так и общую.

-Даёт конкретные указания по устранению отмеченных недостатков в ходе выполнения практических мероприятий.

-Даёт задание для самостоятельного изучения материала.

Конспект разработал

Ильченко В.И.