

ОСТАНОВКА КРОВОТЕЧЕНИЯ

НАРУЖНОЕ АРТЕРИАЛЬНОЕ

Примечание: кровь ярко-красная, часто фонтанирует пульсирующей струей



РАСПОЛОЖЕНИЕ КРУПНЫХ АРТЕРИЙ

ОСТАНОВКА КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ АРТЕРИЙ

Артерию выше места ранения зажимают пальцем.

Второй спасатель в это время готовит средства для остановки кровотечения



Сонной

Подмышечной

Наружной челюстной

Бедренной

Плечевой

НАРУЖНОЕ ВЕНОЗНОЕ

Примечание: кровь темно-красная, вытекает медленной струей по направлению к месту ранения

Особенно опасны ранения шеи из-за возможности попадания воздуха в явны (приводит к параличу и смерти)

Для временной остановки кровотечения обмотайте руку или лодыжку пальцем

На руку или лодыжку оберните стерильную салфетку, а поверх нее вложите эластичную повязку или жгут.

Бинт, лямку или платок, положите на шее и сделайте закрепляющие туры.

При ранении шеи сделайте повязку по типу повязки косынки или косы платка.



МОЖНО ТАКЖЕ ФИКСИРОВАТЬ КОНЕЧНОСТЬ ДЛЯ СДАВЛИВАНИЯ СОСУДОВ



Закрепить руку или лодыжку к, скажем, ступне, до отказа согнуть конечность над локтем на любой материал, положить его в этом положении. В таком положении лямку образцовос при обморожении, согнутой лоды или руку связать или распороченного выше места ранения, приложить к туловищу пострадавшего.

ПРИ СИЛЬНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ НАЛОЖИТЕ ЖГУТ

Используйте стандартные резиновые жгуты Зингера, ленточные, матерчатый жгути-защипку или подручные средства: ремешок туфки, ремень, шарф и т.д.

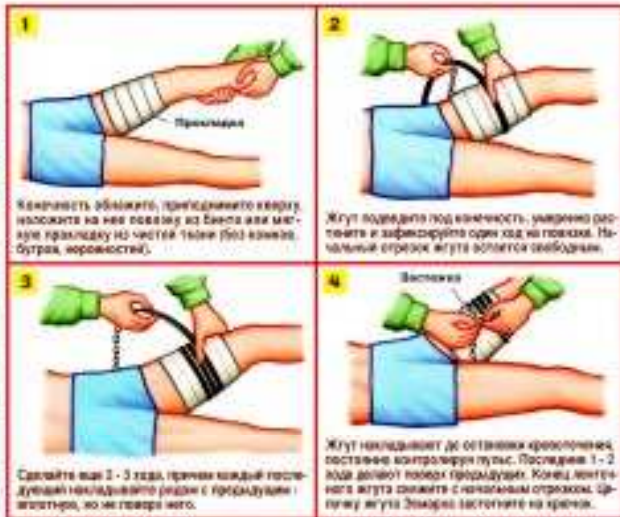
Жгут накладывают выше места ранения сосуда на верхнюю треть плеча (на среднюю треть бедра) или на любой участок бедра. Обязательны контроль пульса на периферии конечности.

Давление от жгута должно быть достаточным для остановки кровотечения. Следует убедиться в отсутствии пульса

Время наложения жгута на конечности более 1,5-2 ч, а на голову - до 1 ч

Через каждые полчаса жгут нужно распускать на несколько минут (за это время сосуды выше жгута пережимают пальцами). Борозды от жгута на коже слегка наворачивать. Зоны жгута наложить выше, немного выше прежнего положения.

Пострадавшего госпитализировать. К жгуту обязательно прикрепляют повязку с указанием даты, времени наложения, фамилии спасателя.



1. Конечность обматывают, прижимают сверху, накладывают на нее повязку из бинта или матерчатую повязку по чистому телу (без одежды, обуви, порывистости).

2. Жгут подводят под конечность, уверенно распячивают и фиксируют один ход на повязку. Начальный отрезок жгута остается свободным.

3. Сделайте еще 2-3 хода, причем каждый последующий накладывайте рядом с предыдущим и жгутами, но не поверх него.

4. Жгут накладывают до остановки кровотечения, постоянно контролируя пульс. Последующие 1-2 хода делают по ходу предыдущих. Концы матерчатого жгута связать с начальным отрезком. Циркуль жгута Зингера застопорить на краях.

ЗАКРУТКА С ПОМОЩЬЮ ПАЛОЧКИ



КРОМЕ ДАВЯЩЕЙ ПОВЯЗКИ, СЛУЖАЩЕЙ ДЛЯ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ, НАКЛАДЫВАЮТСЯ ПОВЯЗКИ СЛЕДУЮЩИХ ВИДОВ: (цифры указаны очередность ходов бинта)



ПЕРЕВОЗочные средства используют ТОЛЬКО ПОСЛЕ ЗАКРЫТИЯ РАНЫ СТЕРИЛЬНОЙ САЛФЕТКОЙ ИЛИ КУСОЧКОМ СТЕРИЛЬНОГО БИНТА

ВНУТРЕННЕЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ

Возникает при травмах головы, груди, живота, при эрозивной болезни желудка, язвенной. Симптомы: головная боль, одышка, быстрая утомляемость, шум в ушах, жажда, потемнение в глазах. Возможна потеря сознания. При травме живота (разрывы желудка, кишечника, печени) и эрозивной болезни - резкая боль, рвота с кровью, черный стул. При травме груди - боль при дыхании, кашель, кровь.

Пострадавшего необходимо положить набок

Кровотечение	Оказываемая помощь
В брюшную полость	Пострадавшего уложить на бок, на живот положить холод
В грудную полость	Положить пострадавшего лицом вниз
Из полости рта	Пострадавшего уложить на бок, голову повернуть в сторону
Из носа	Положить голову набок, запрокинуть назад и по бинтам. Снять повязку только на время 2 - 20 мин

ОТКРЫТЫЕ РАНЫ

Капитальную рану руками или каким-либо инструментом, удалить инородные тела с ее поверхности нельзя! Глаза с инородными телами участки кожи устремить в направлении от раны. Кожу обрабатывают 3%-ым раствором йода. Рану закрывают стерильной салфеткой или куском бинта, накладывают ватно-марлевую повязку и забинтовывают



ФРОНТОЧНОЕ РАНЕНИЕ БРОШНОЙ ПОЛОСТИ
 1. Определите область инородного тела
 2. Наложите повязку ватно-марлевую
 3. Наложите стерильную салфетку, затем ватно-марлевую повязку и плотно забинтовать рану

ФРОНТОЧНОЕ РАНЕНИЕ ГРУДИ
 Наложить стерильную салфетку. Примерно в 5 см от краев раны нанести углубленную повязку изолонки. Повязку салфетку наложить кусок чистой ткани так, чтобы его контур накрыл голову изолонки. Это предотвратит возможность попадания воздуха в плевральную полость. На выдохе наложить шариковую вату бинта, закрепляющую повязку.

ОСТРАЯ МАССИВНАЯ КРОВОПОТЕРЯ

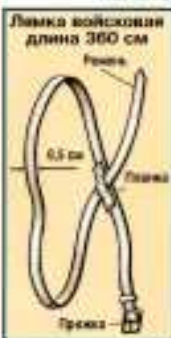
Возникает в результате наружного кровотечения при тяжелых травмах: переломах крупных костей, ранениях крупных артерий, а также внутреннем кровотечении. У пострадавшего ухудшается кровообращение мозга и сердца, развивается шок.



- положить покой, постельный режим; ноги пострадавшего приподнять под углом около 15°, уложить спящего на спину, голову повернуть в сторону
- не давать горячих напитков, особенно крепкого чая
- дать 1-1,5 стакана теплого раствора глюкозы (по 1 чайной ложке соли в стакане на 1 литр); 1-2 таблетки аспирин (или анальгин) положить под язык
- наложить повязку на рану. При переломах костей - транспортный шинный бандаж. Согреть, срочно госпитализировать.

ПЕРЕНОС ПОСТРАДАВШИХ

ПЕРЕНОС ОДНИМ СПАСАТЕЛЕМ



Лямка обхватывает левое плечо пострадавшего и правое плечо, а горло лямки будет подстраиваться

Спереди

Волоком



На плече
при базисальном состоянии пострадавшего



На лямке



На спине



ПЕРЕНОС ДВУМЯ СПАСАТЕЛЯМИ

На лямке друг за другом



Спасатели располагаются в затылок друг другу

На лямке рядом



Спасатели располагаются бок о бок

На замке из трех рук



Друг за другом



На шесте



На замке из четырех рук



САМОСТОЯТЕЛЬНОЕ ПЕРЕДВИЖЕНИЕ пострадавшего при шоке (травматическом шоке), травмах головы, позвоночника, нижних конечностей, таза **ЗАПРЕЩЕНО**. Переносить его можно только после выведения из терминального состояния, восстановления устойчивого дыхания и пульса.

НОСИЛКИ ИЗ ПОДРУЧНЫХ СРЕДСТВ



ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НОСИЛОК

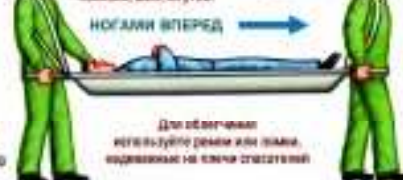
УКЛАДЫВАЮТ ПОСТРАДАВШЕГО НА НОСИЛКИ два спасателя. Носилки ставят впереди от пострадавшего. Оба спасателя встывают на колени - первый на уровне плеч, второй у коленей пострадавшего



Первый спасатель левой рукой захватывает грудь пострадавшего, а правой фиксирует голову. Второй спасатель левой рукой захватывает голени пострадавшего сверху, а правой его - снизу. По команде первого спасателя осторожно поднимают пострадавшего на уровень носилок, а затем по второй команде опускают на них.

Если пострадавший в сознании, его переносят головой вперед. Тогда третий спасатель (медицинский работник) следит за состоянием пострадавшего и одновременно делает ему внутрисосудистые инъекции или вводит лекарственные растворы.

Спасатели должны идти короткими шагами, не в ногу, избегая сотрясения носилок. Поддерживая у каждого спасатель контролирует состояние пострадавшего, дыхание, пульс, зрачки.



По горизонтальной поверхности и при спуске, например, по лестнице, переносите пострадавшего ногами вперед, а при подъеме - головой вперед.

ПОВРЕЖДЕНИЕ	ПОЛОЖЕНИЕ НА НОСИЛКАХ
Равные, слегка ниже конечностей, травмы переднего и боковых отделов туловища. При переломах позвоночника - на виле	На спине горизонтально
Травмы головы, мозга, открытый перелом черепа, если осколки разорваны и симптом Шок 1-й ст.	Голова приподнята
Открытый перелом черепа	Голова и туловище приподняты 10 - 15°
Травмы шеи, угроза его разрыва	Шея вынута вперед 10 - 15°
Массивная кровопотеря, шок, угроза разрыва аорты или венозной шварты	Ноги приподняты
Повреждение органов грудной полости, особенно при острой дыхательной недостаточности, травмы лица, глаз, челюстей, шеи, груди; переломы костей туловища, если нет угрозы шварты	Сидит или полусидит
Переломы костей таза, травмы живота	Спина на подстилке Возможны подкладывание в каждую ямку Вкладыши под спину Вкладыши под стопы
Переломы позвоночника с осколками или деформацией (на месте). Равные конечности, шок, кома с кровоизлиянием	Голова повернута на бок
После выведения из терминального шока, парализованное состояние, приглушенное сознание	Положа на бок

ТЕХНИКА РЕАНИМАЦИИ

ПОКАЗАНИЯ К РЕАНИМАЦИИ

Слабый, учащенный пульс или его отсутствие; раскраснение, не реагирующее на свет зрачки; редкое поверхностное дыхание или его отсутствие.

ПУЛЬС ОПРЕДЕЛЯЮТ НА СОННОЙ АРТЕРИИ. Согнутыми подуравками указательного, среднего и безымянного пальцев нажать на переднюю поверхность шеи выступающую часть хряща трахеи (кадык). Сдвинуть пальцы по хрящу кадыка в глубину шеи, между хрящем и мышцей, и осторожно надавить. Должно возникнуть ощущение как бы циркуляционного уплотнения и пульсация толчка.

ДЛЯ ПРОВЕРКИ СОСТОЯНИЯ ЗРАЧКОВ положить кисть руки на лоб пострадавшего. Большим пальцем оттянуть верхнее веко. Закрыть глаз ладонью и резко отнять ее. Если есть реакция на свет, зрачок сужается.

ПОДГОТОВКА К РЕАНИМАЦИИ

Пострадавшего уложить на жесткое основание, доставить к нему воротник, ослабить галстук (у женщины - бюстгалтер). Быстро и осторожно перевернуть заднюю поверхность шеи - ровна лицом. Наличие костных выступов свидетельствует о переломе шейных позвонков или повреждении черепа. Тогда реанимация противопоказана.

ДЛЯ ЗАКРЕПЛЕНИЯ ГОЛОВЫ займите место сбоку от пострадавшего. Положите руку на его лоб так, чтобы большим и указательным пальцами находились с обеих сторон носа. Другую руку подложите под шею.



Разнонаправленными движениями рук разогните шею, запрокинув голову до угла. Чрезмерный уклон приведет калыбу.

После запрокидывания головы рот пострадавшего обычно открывается. Если этого не произошло, действуйте одним из трех способов:

Первый способ



Большим пальцем расплюсните ушную раковину подбородка, а остальные подержите челюстью. Поддавливая и частично сдвигая предплечья запрокиньте голову пострадавшего и зафиксируйте ее. Большим пальцем сместите нижнюю челюсть немного вперед и вверх - так, чтобы нижние передние зубы слегка выступали над верхними.

Второй способ



Положите кисть руки на лоб, запрокиньте голову. Большим пальцем другой руки надавите в рот пострадавшего за основание передних зубов. Указательным пальцем обхватите подбородок. Согнутыми остальными пальцами зафиксируйте его в таком положении. Движениями век оттяните рот и сдвигая вперед нижнюю челюсть, рот откроется.

Третий способ



Откройте рот зажатом нижней челюстью сбоку.

Если дыхательные пути пострадавшего закупорены инородными телами, поверните его на бок и основанием ладони сделайте 3-5 резких толчков между лопаток. При положении пострадавшего лежа на спине расплюсните кисть руки одной из верхних частей его живота и нанесите 3-5 резких толчков в сторону лопаток.



ЗАТЕМ ПРИБУЖАЮТ К ИСКУССТВЕННОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ - ИВЛ



Если после 2-3 резких ударов воздуха в легкие не поступает, поверните голову пострадавшего набок, раскройте рот, зафиксируйте челюсть шарнирами большим и указательным пальцами. Указательный и средний пальцы другой руки оберните ладонью или тылом и заведите в рот. Тщательно, арочными движениями очистите полость рта от рвотных масс, слизи, проглатанной пищи и т.д.)

ИСКУССТВЕННАЯ ВЕНТИЛЯЦИЯ ЛЕГКИХ



Метод "рот в рот"



Метод "рот в нос"

Большим и указательными пальцами левой руки, фиксирующей лоб пострадавшего, ладонь зажмите его нос. Наберите в легкие воздух, плотно прикройте ротную щель указательным пальцем (в редких случаях воздух в легкие. Пострадавшего выдох-вдох пострадавшего - рот освобожден и следит за самостоятельным дыханием выдохом. Не дожидаясь его окончания, проведите еще 1-2 вдоха. Исполняйте так каждую минуту, полагаясь на!

При правильной ИВЛ в легкие должно поступать каждый раз 1,2 - 1,5 литра воздуха. Для этого спасателю надо сделать достаточно глубокий выдох. Частота искусственной вентиляции легких должна составлять 8-12 раз в минуту (каждых за 3 с).

Своей ладонью зафиксируйте голову пострадавшего, а другой обхватите его подбородок. Выдавите нижнюю челюсть немного вперед и плотно сожмите ее с верхних. Губы зажмите большим пальцем. Наберите в легкие воздух. Пальцы обхватите губами пострадавшего, но так, чтобы не зажать носовые отверстия, и энергично надайте в него воздухом. Освободите нос, следите за появлением выдохов.

Ошибки при ИВЛ:

- отсутствие герметичности между ртом спасателя и ртом или носом пострадавшего;
- приметод "рот в рот" недостаточно зажат нос пострадавшего;
- стена груди пострадавшего не приподнимается - значит, не до конца запрокинута голова пострадавшего, и воздух попадает в желудок. Быстро поверните пострадавшего на бок и надавите на область желудка. Воздух выйдет, и можно продолжать ИВЛ.

Если после 3-5-ти искусственных вдохов пульс на сонной артерии не появился, немедленно начинайте наружный массаж сердца!

НАРУЖНЫЙ МАССАЖ СЕРДЦА (цикл: прекардиальный удар + проверка эффективности + массажные толчки)



Миделастерный отросток



Прекардиальный удар

Прекрывает двумя пальцами межреберный отросток. Выше или, в среднем часть грудной клетки удар кулаком с высоты 20-30 см. Сразу же проверьте пульс на сонной артерии.

Массажные толчки

Основание одной из ладоней располагается на грудной вышине миделастерного отростка. Пальцы отогнуты вверх. Другую ладонь кладут поверх и делают быстрые надавливания (толчки). Руки выпрямлены в локтях. В конце каждого толчка кисть задерживают на 0,7-0,8 с. Протяб грудную клетку составляет 4 см, в темп массажа - не реже 90 раз в минуту. Оценивать эффективность на грудной раздается только по появлению или в носовую полость.



Рабочая часть ладони



Необходимо постоянно контролировать пульс на сонной артерии

РЕАНИМАЦИОННЫЙ ЦИКЛ "ИВЛ + МАССАЖ"

При любом числе спасателей соотношение искусственных вдохов и массажных толчков должно составлять 2 : 30, т.е. после двух вдохов следует тридцать массажных толчков

ЗАПРЕЩАЕТСЯ делать искусственный выдох и массажный толчок **ОДНОВРЕМЕННО**



ОДИН СПАСАТЕЛЬ

Ноги пострадавшего должны быть приподняты

ДВА СПАСАТЕЛЯ

Первый (мощный) откручивает на калену валик сзади головы пострадавшего. Второй - укладывает.



Первый выполняет действия, подготовку к реанимации, ИВЛ, контролирует пульс в состоянии ареста. Второй по команде первого выполняет наружный массаж сердца, который чередуется с ИВЛ, проводимой первым спасателем. При возможности второй спасатель заручится помощью врача или вызвать врача.

ПРИЗНАКИ ВОССТАНОВЛЕНИЯ КРОВООБРАЩЕНИЯ (пульс сонной артерии, расширяется зрачки, судороги, видимые сокращения мышц)

После восстановления жизнедеятельности пострадавшего надо из положения лежа на спине повернуть на правый бок. Иначе западает язык и наступает самоудушение



Переворот делают быстро и в строгой последовательности:
1 - правую ногу согнуть в колене;
2 - подпереть спину в колене другой ногой;
3 - левую руку согнуть в локте и положить на живот;
4 - правую руку выпрямить и прижать к туловищу;
5 - левую кисть подпереть в голову;
6 - левой рукой пострадавшего одной рукой за локоть плеча, а другой за таз и перевести на правый бок в положение полулежачего на живот;
7 - голову запрокинуть, в левую кисть глубже расположить под ней;
8 - правую руку положить сзади затылку к туловищу, нижняя сторона в локте

За пострадавшим продолжают наблюдать. Периодически контролируют пульс и состояние арестов.

ЭЛЕКТРОТРАВМЫ

НИЗОВОЛЬТНАЯ (НАПРЯЖЕНИЕ ДО 1000 В)

При электротравме имеет значение количество тока, состояние пострадавшего, влажность его кожи, скорость оказания помощи.

ВЫСОКОВОЛЬТНАЯ (НАПРЯЖЕНИЕ СВЫШЕ 1000 В)

Это наиболее частое поражение промышленным и бытовым током при напряжении 42 - 380 В. Оно может привести к смерти от удушья, остановке сердца и кровообращения. Тяжесть электротравмы зависит от силы тока и продолжительности его воздействия.

ТОК, МА	Симптомы при захвате оголенного проводника рукой
3-5	Раздражающее действие тока ощущается кожей пальцев
8-10	Если резко усиливается, вызывает все руки. Неприятное раздражающее явление
10-15	Если вода переносима. Невозможно держать руку (электротравма тока)
25-50	Можно ощущать дрожательный тремор, затруднение и приращение дыхания, спазмы, смерть
50-200	Возникает остановка сердца
Более 200	Остановка сердца и дыхания

НЕОБХОДИМО КАК МОЖНО БЫСТРЕЕ

- ОТКЛЮНИТЬ РУБИЛЬНИК, ВЫКЛЮЧАТЕЛЬ
- РАЗОМКНУТЬ ШТЕПСЕЛЬНОЕ СОЕДИНЕНИЕ
- ВЫВЕРНУТЬ ПРОБКИ
- УДАЛИТЬ ПРЕДОХРАНИТЕЛЬ И Т.П.

Если быстро отключить электроустановку невозможно, спасатель, прежде чем прикаснуться к пострадавшему, обязан защититься от поражения электрическим током, используя следующие меры:



СПОСОБЫ ОСВОБОЖДЕНИЯ ОТ ТОКОВЕДУЩЕГО ЭЛЕМЕНТА

- Подбросить предмет, не проводящий ток (газкой, доской, кинетом и т.д.)
- Оттянуть пострадавшего за воротник или голую одежду
- Перебросить провод топором с тупым деревянным топорачком
- Перокусить (каждой фазой отдельно) кусочком с изолентой или рукоятками



ПОСЛЕ ОСВОБОЖДЕНИЯ ОТ ПРОВОДНИКА ПОСТРАДАВШЕМУ ОКАЗЫВАЕТСЯ ПОМОЩЬ:

- при клинической смерти - первая реанимационная помощь в полном объеме;
- при отсутствии клинической смерти - первая медицинская помощь по показаниям;
- обеспечение полного покоя; вызов скорой медицинской помощи;
- госпитализация

При ожогах осторожно разрезать обугленную одежду, комбинезон, обработанные в ожоги. Не спуская руку, извлекает стержень топором из подтеплого проглаженной утюгом шифтона, крася гильзами, напильник.

ЗАПРЕЩАЕТСЯ касаться оголенной раны пальцами или каким-либо предметом, удалять обугленные участки кожи, ковырять пузыри!

При глубоких и обширных ожогах, обугливание тканей с переломом костей пострадавшего срочно закрывают и немедленно удаляют. Необходимо соблюдать правила транспортной иммобилизации, обеспечить заживление раны, доставку и постоянный контроль.

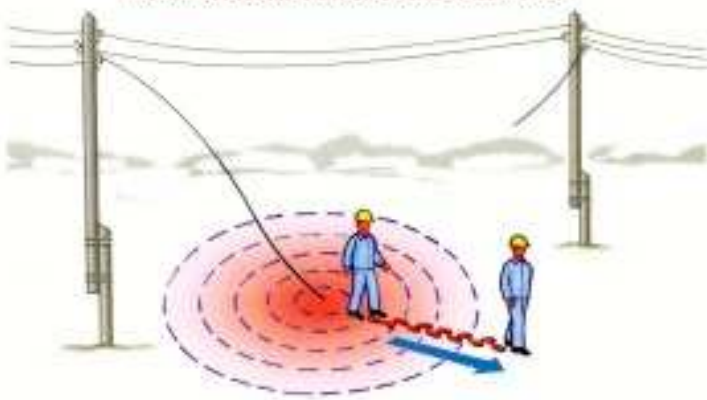
Это поражение током при напряжении свыше 1000 В, в густой атмосфере электричества. Такие электротравмы сопровождаются тяжелыми ожогами не только кожи, но и глубоко расположенных тканей: мышц, костей, внутренних органов, вплоть до их обугливания. Наряду с глубоким кровоизлиянием, переломами костей. Внешне эти поражения незаметны, однако впоследствии состояние пострадавшего может резко ухудриться.

ОСВОБОЖДЕНИЕ ОТ ТОКОВЕДУЩЕГО ЭЛЕМЕНТА



Спасатель должен носить диэлектрические боты, работать в диэлектрических перчатках. Действовать необходимо изолирующей штангой или изолирующими клещами, рассчитанными на соответствующее напряжение. Остальные меры предосторожности те же, что и при низковольтной травме.

ПРАВИЛА ВЫХОДА ИЗ ЗОНЫ РАСТЕКАНИЯ ТОКА



Если токоведущий элемент висит над землей, возникает опасность напряжения шага. Двигаясь в зоне растекания тока, необходимо использовать диэлектрические галоши, коврик, сухие доски, ноги без обуви не от земли и одной ступней от другой.

ТРАВМА ПРИ РАБОТЕ НА ВОЗДУШНЫХ ЛИНИЯХ (0 - 20 кВ)

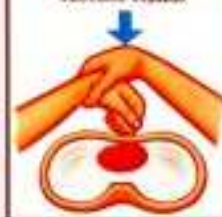
При клинической смерти и невозможности быстроступить пострадавшего с опоры на грунт (например, во время наводнения) реанимацию проводят непосредственно на опоре, раскося, травмируя воздушной линией. Линиям скрепляются по одному из оснований:

- голый штырь размещают на опоре и спускают на грунт после восстановления пострадавшего устройства защитного отключения;
- начало размещают на опоре, продолжают во время спуска и на грунте или газоразрыве.

РЕАНИМАЦИЯ ОДНИМ СПАСАТЕЛЕМ

Обязательна реанимация на опоре - вынужденное вертикальное положение пострадавшего и спасателя. Спасатель занимает исходное положение на опоре, проверяет фиксацию ремней безопасности на себе и на пострадавшем. Если пострадавший имеет головную вмятку, его обязательно превращают в нормальное положение.

Положение рук спасателя при проведении наружного массаж сердца



РЕАНИМАЦИЯ ДУМЯМИ СПАСАТЕЛЕМ

Важно правильное расположение. Первый спасатель как бы находит под пострадавшим и проводит искусственное вентилирование легких методом «рот в рот». Вторым, находясь сразу пострадавшего, дает наружный массаж сердца (разобно важно правильное положение рук).

После восстановления устойчивого самостоятельного дыхания и кровообращения пострадавшего необходимо госпитализировать. Нельзя позволять ему двигаться даже при удовлетворительном состоянии.



