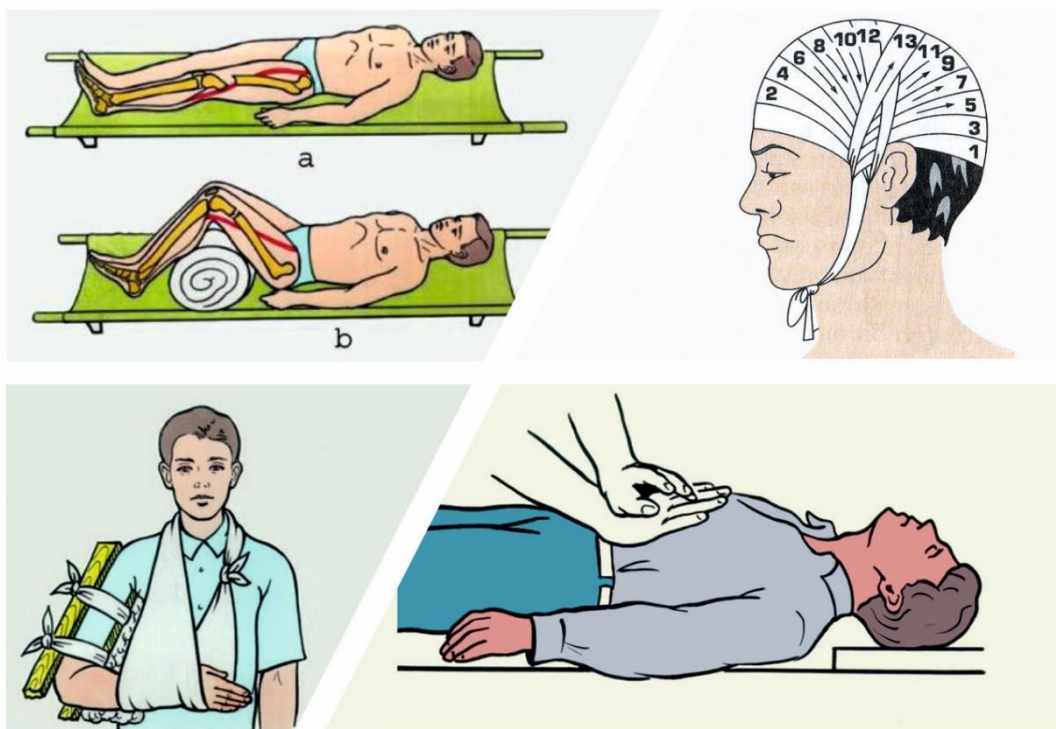


ГОСУДАРСТВЕННОЕ КАЗЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
«ВОЛГОГРАДСКИЙ ОБЛАСТНОЙ ЦЕНТР МЕДИЦИНСКОЙ
ПРОФИЛАКТИКИ», ВОЛГОГРАД

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ

PRO

ДЛЯ НАСЕЛЕНИЯ



СОДЕРЖАНИЕ

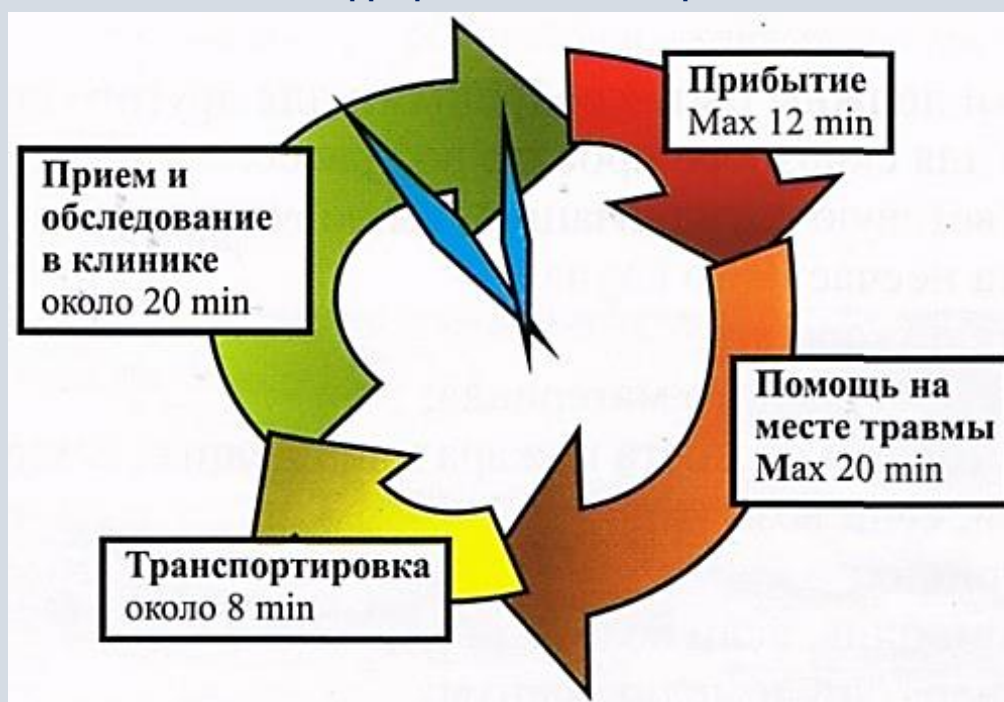
1. <u>Оценка обстановки. Вызов скорой медицинской помощи</u>	3
2. <u>Определение признаков смерти и жизни</u>	5
3. <u>Извлечение пострадавшего из транспортного средства и его перемещение</u>	6
4. <u>Проведение осмотра пострадавшего</u>	9
5. <u>Способы переноски пострадавшего</u>	11
6. <u>Восстановление и поддержка проходимости верхних дыхательных путей</u>	12
• <u>Способы восстановления проходимости дыхательных путей</u>	12
• <u>Техника искусственной вентиляции легких «рот ко рту»</u>	13
• <u>Техника ИВЛ «рот к носу»</u>	14
• <u>Непрямой массаж сердца</u>	14
• <u>Порядок выполнения реанимационных мероприятий по рекомендациям Европейского Реанимационного Совета 2005 года</u>	15
• <u>Сердечно-легочная реанимация у детей до 1 года</u>	17
• <u>Сердечно-легочная реанимация у детей от 1 года до 8 лет</u>	18
• <u>Как долго проводить реанимацию?</u>	18
• <u>Когда реанимация не проводится?</u>	19
• <u>Признаки биологической смерти</u>	19
• <u>Что делать, если человек умер</u>	19
7. <u>Остановка кровотечения и наложение повязок</u>	21
• <u>Виды кровотечений</u>	21
• <u>Общие признаки кровопотери и шока</u>	21
• <u>Оказание помощи при кровотечении</u>	21
• <u>Носовое кровотечение</u>	28
• <u>Проникающее ранение грудной клетки</u>	28
• <u>Открытое ранение брюшной полости</u>	29
• <u>Противошоковые мероприятия при ДТП</u>	30
• <u>Травматический отрыв (ампутация) конечности или ее части</u>	31
• <u>Первая помощь при синдроме сдавления</u>	33
8. <u>Иммобилизация</u>	34
• <u>Основные правила иммобилизации</u>	34
• <u>Иммобилизация при отдельных видах переломов</u>	34
• <u>Фиксация шейного отдела позвоночника</u>	37
9. <u>Придание оптимального положения при травмах</u>	38

• <u>Основные транспортные положения при наличии сознания</u>	38
• <u>Основные транспортные положения при отсутствии сознания</u>	40
10. <u>Сотрясение головного мозга</u>	41
11. <u>Первая помощь при инфаркте миокарда</u>	42
12. <u>Первая помощь при обмороке</u>	43
13. <u>Первая помощь при тепловом ударе</u>	44
14. <u>Первая помощь при ожогах</u>	46
• <u>Первая помощь при термических ожогах</u>	46
• <u>Первая помощь при термических ожогах на пожаре</u>	47
• <u>Первая помощь при химических ожогах</u>	47
• <u>Химические ожоги глаз</u>	50
15. <u>Первая помощь при общем переохлаждении</u>	50
16. <u>Первая помощь при отморожениях</u>	51
17. <u>Первая помощь при эпилептическом припадке</u>	53
18. <u>Первая помощь при отравлениях</u>	54
• <u>Отравления ядовитыми веществами, попавшими в организм при дыхании</u>	54
• <u>Отравление угарным газом</u>	55
• <u>Отравления через пищеварительную систему</u>	56
• <u>Отравление этиловым спиртом</u>	56
• <u>Отравление кислотами и щелочами</u>	57
• <u>Отравление грибами</u>	59
19. <u>Первая помощь при гипертоническом кризе</u>	59
20. <u>Первая помощь при инсульте</u>	60
21. <u>Первая помощь при приступе бронхиальной астмы</u>	61
22. <u>Первая помощь при утоплении</u>	62
23. <u>Поражение электрическим током (ударом молнией)</u>	63
24. <u>Инородные тела верхних дыхательных путей</u>	64
25. <u>Первая помощь при укусах</u>	66
• <u>Первая помощь при укусах змей</u>	66
• <u>Первая помощь при укусах животных (домашних и диких)</u>	68
• <u>Первая помощь при укусах клещей</u>	70
26. <u>Неотложные состояния при сахарном диабете</u>	71
27. <u>Роды в дороге</u>	73
28. <u>Номера телефонов экстренных служб</u>	74

1. Оценка обстановки.

1. Оценить масштаб происшествия.
2. Определить число пострадавших, наличие погибших.
3. Выявить, существуют ли дополнительные опасности (нахождение пострадавших и оказывающих первую помощь на проезжей части дороги, неустойчивость автомобиля при ДТП, прижатие, возможность падения с высоты, наличие завалов, риск попадания под действие электрического тока, утечка горючего вещества, возгорание и др.).
4. Вызвать помощь: скорую медицинскую, спасателей, спасателей-пожарных, технические службы – решить по ситуации.
5. Обеспечить безопасные условия спасательных работ.
6. Принять меры по прекращению действия вторичных повреждающих факторов (тушение очагов возгорания, устранение задымления, устранение сдавления пострадавшего ремнем безопасности и т.д.).
7. Оценить тяжесть состояния пострадавших.
8. Решить, каким пострадавшим помощь нужна по жизненным показаниям.
9. Начать мероприятия по спасению и поддержанию жизни пострадавших.

Помнить о правиле «золотого часа» при оказании помощи!
«Золотой час» - время, в течение которого пострадавший должен быть доставлен на операционный стол бригадой скорой медицинской помощи.



Время ожидания вызванной бригады скорой медицинской помощи - самое драгоценное время для спасения жизни человека. **10 – 12 минут** - если в эти минуты не проводятся мероприятия первой помощи, то угроза для жизни пострадавшего многократно возрастает! Чтобы оптимально использовать это ценное время, нужно учитывать и **косвенную информацию**, помогающую выявить наиболее тяжелых пострадавших.

- 1. При повреждении автомобиля** наиболее тяжелые травмы характерны для лиц, находящихся рядом с деформированной частью автомобиля;
- 2. При отсутствии видимой причины аварии** предполагать причины, которые могут привести водителя к потере способности управлять автомобилем: инфаркт миокарда (острая боль в области груди), обморок, инсульт (внезапная потеря сознания), эпилепсия (судорожный припадок) и т.д.
- 3. Внешний вид пострадавших:** загрязнения и разрывы одежды, следы волочения, кровь на одежде или возле пострадавшего, видимые раны, следы копоти, электрометки.

Порядок вызова скорой медицинской помощи.

- Назвать улицу и номер дома, ближайшего к месту ДТП. За городом - общеизвестные ориентиры места происшествия и пути подъезда к нему.
- Указать время ДТП или время обнаружения последствий ДТП.
- Обязательно сообщить об имеющихся дополнительных опасностях, особенно если речь идет о ДТП с перевозчиками опасных грузов.
- Назвать количество пострадавших.
- Есть ли среди них дети и беременные.
- Назвать фамилии, пол и возраст (примерный) пострадавших.
- Назвать себя и сообщить свой номер телефона.
- По возможности организовать встречу бригады скорой медицинской помощи.

ЗВОНИТЕ (в России):

Стационарный телефон - 03 (до 2017 года), 103

(на данный момент вызов осуществляется по обоим номерам).

МТС 030

БИЛАЙН 003

МЕГАФОН 030

ТЕЛЕ 030

2. Определение признаков смерти и жизни.

1. Признаки клинической (только что наступившей) смерти:

- отсутствие видимого дыхания;
- отсутствие сердечной деятельности;
- отсутствие движений;
- отсутствие реакции на внешние раздражители.

2. Явные (достоверные) признаки биологической (давно наступившей) смерти:

- трупные пятна;
- окоченение мышц;
- холодная кожа;
- тусклые, сухие глазные яблоки.

Признаки жизни.

Определение сердцебиения рукой или же на слух слева, ниже соска, является первым явным признаком того, что пострадавший еще жив. Пульс определяется на шее, где проходит самая крупная - сонная - артерия, или же на внутренней части предплечья. **Дыхание** устанавливается по движениям грудной клетки, по увлажнению зеркала, приложенного к носу пострадавшего, или же по движению ваты, поднесенной к носовым отверстиям. При резком освещении глаз карманным фонариком наблюдается **сужение зрачков**; подобная реакция проявляется и в том случае, если открытый глаз пострадавшего заслонить рукой, а затем руку быстро отвести в сторону. Однако надо знать, что реакция на свет отсутствует при глубокой потере сознания. Признаки жизни являются безошибочным доказательством того, что немедленное оказание помощи еще может принести успех.



3. Извлечение пострадавшего из транспортного средства и его перемещение.

Когда НУЖНО извлекать пострадавшего?

Имеется стойкий запах бензина в автомобиле, задымление транспортного средства, пламя на капоте автомобиля (другими словами, имеется угроза взрыва), характер травм и тяжесть состояния пострадавшего не позволяет оказывать помощь в салоне автомобиля, погодные условия не позволяют оставлять пострадавшего в автомобиле (холод, нет возможности согревания).

Извлекать пострадавшего из аварийного транспортного средства можно лишь при соблюдении следующих условий: нет опасности для собственной жизни; нет опасности причинить дополнительные травмы при извлечении; нет зажатия пострадавшего при деформации автомобиля; транспортное средство устойчиво.

Когда НЕЛЬЗЯ извлекать пострадавшего из аварийного автомобиля?

Если при извлечении из автомобиля можно нанести пострадавшему тяжелую дополнительную травму. *Например, автомобилю не грозит взрыв или загорание, пострадавший в сознании, но у него есть явные признаки повреждения шеи или позвоночника, а спасающий пытается вытащить его без помощников, в одиночку!*

Извлечение пострадавшего, находящегося без сознания, через переднюю дверь.

Извлечение без фиксации шеи рукой.

- Слегка развернуть пострадавшего спиной к себе, держась за брючный ремень.
- Просунуть свои руки под мышки пострадавшему, ухватиться за предплечье одной (менее травмированной) руки пострадавшего.
- Вытащить пострадавшего из автомобиля.



Извлечение с фиксацией шеи рукой.

- Выполнить описанные выше приемы. Той рукой, что ближе к локтю пострадавшего, захватить его подбородок (не шею!).
- Зафиксировать голову пострадавшего, прижав ее к своей груди.
- Вытащить пострадавшего из автомобиля.



Извлеченного из транспортного средства пострадавшего нужно оттащить в безопасное место.

Извлечение пострадавшего, находящегося без сознания, через заднюю боковую дверь автомобиля (если передняя боковая дверь заблокирована).

1. Откинуть спинку кресла назад, аккуратно уложить пострадавшего.



2. Просунуть руки ему подмышки и захватить его предплечье одной рукой.



3. Захватить нижнюю челюсть пострадавшего второй рукой, зафиксировать его голову и потянуть пострадавшего из автомобиля наружу, чтобы извлечь его из автомобиля.



4. Зафиксировать голову и шею воротником, изготовленным из подручных материалов. Спасаящий крайне бережно приподнимает пострадавшего за одежду, следя, чтоб его туловище сохраняло горизонтальное положение, помощник продвигает щит дальше под пострадавшего. Другой помощник продолжает удерживать шею. Вынести пострадавшего.

Извлечение пострадавшего через дверь багажного отделения автомобиля.

Для этого требуется привлечь помощников.



1. Открыть заднюю дверь или выбить заднее стекло.
2. Вращением рукоятки откинуть назад спинку.
3. Убрать подголовник.
4. Между спинкой сидения и спиной пострадавшего завести доску или щит.
5. Бережно втащить пострадавшего на доску (щит). На доске (щите) вынести его через заднюю дверь или разбитое стекло.

4. Проведение осмотра пострадавшего.

К основным показателям состояния пострадавшего относятся: **сознание, дыхание, кровообращение**. Для оценки **сознания** пострадавшего необходимо взять его за плечи и громко спросить: «Что с Вами? Помощь нужна?». При наличии сознания пострадавший сможет ответить на эти вопросы. Если пострадавший находится в сознании, следует перейти к его осмотру на наличие травм. В случае отсутствия признаков сознания у пострадавшего необходимо проверить у него наличие дыхания.

Для проверки **дыхания** следует открыть дыхательные пути путем запрокидывания головы и подъема подбородка (для этого одну ладонь кладут на лоб пострадавшего, двумя пальцами другой поднимают подбородок, запрокидывая голову назад и выдвигая нижнюю челюсть вперед и вверх), после чего необходимо наклониться ко рту и носу пострадавшего и в течение 10 секунд попытаться **услышать дыхание, почувствовать** выдыхаемый **воздух** щекой, **увидеть движение** грудной клетки.

Для оценки **кровообращения** возможно определение пульса на сонной артерии. Определять пульс следует подушечками 4 пальцев руки.

Осмотр пострадавшего выполняется следующим образом:

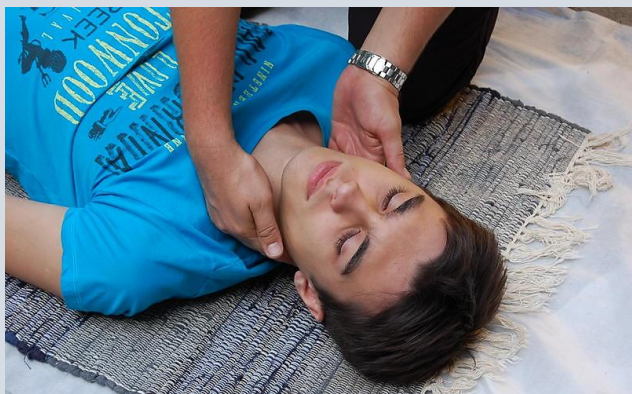
1. Вначале осуществляется обзорный осмотр пострадавшего на предмет кровотечений. При наличии признаков артериального кровотечения осуществить временную остановку кровотечения доступными способами.

2. При отсутствии явных признаков кровотечения следует продолжить осмотр пострадавшего в следующей последовательности: проведение осмотра головы, проведение осмотра шеи, проведение осмотра груди, проведение осмотра живота и таза, проведение осмотра конечностей.



Голова. Осмотр на предмет кровотечения, кровоподтеков. Бережно, кончиками пальцев, ощупайте волосистую часть головы: нет ли припухлостей, болезненных участков. Осмотр век и глазных яблок (оцените ширину зрачков, способен ли пострадавший фиксировать взгляд или его глазные яблоки «плавают»).

Посмотрите, нет ли деформации носа, ран носа или ушных раковин. Нет ли носового кровотечения или сгустков крови в ноздрях пострадавшего. Обратите особое внимание на такие признаки как истечение крови или прозрачной жидкости из слуховых проходов - это симптомы перелома основания черепа! Может ли пострадавший открыть (закрыть) рот, болезненны ли эти движения, нет ли деформации челюсти? Обратите внимание на отсутствие зубов, наличие ран языка и слизистой оболочки полости рта.



Шея и шейный отдел позвоночника. После осмотра этих отделов обязательно наденьте при необходимости шейный воротник, если он у Вас есть, или постарайтесь не перемещать без явной необходимости голову пострадавшего.

Грудь. При наличии множественных переломов ребер самостоятельное дыхание становится невозможным и может потребоваться искусственное дыхание!



Живот. Обратите внимание, нет ли кровоподтеков; ран, особенно с инородными предметами или с выпадением внутренних органов. Бережно, кончиками пальцев, ощупайте живот: мягкий он или твердый, болезненный или нет? Ощупайте кости таза, несильно надавите на подвздошные кости: нет ли при этом боли, отдающей в крестец или промежность?

Бёдра, голени, стопы. Обратите внимание на наличие ран, кровотечения, деформации, способность пострадавшего самостоятельно сгибать-разгибать конечности.

Плечи, предплечья, кисти. Осмотрите их, избегая грубых манипуляций. **Спину** обследовать только тогда, если она доступна для осмотра (пострадавший лежит на боку или на животе).

Общие принципы оказания первой помощи:

- убедиться в отсутствии дополнительной опасности для себя и пострадавшего;
- вызвать скорую медицинскую помощь;
- провести при необходимости жизнеспасающие мероприятия (сердечно-легочная реанимация, остановка кровотечения);
- осмотреть пострадавшего для выявления других, менее опасных повреждений;
- оказать помощь в зависимости от характера найденных травм;
- придать пострадавшему правильное транспортное положение;
- наблюдать за его состоянием до прибытия скорой медицинской помощи.

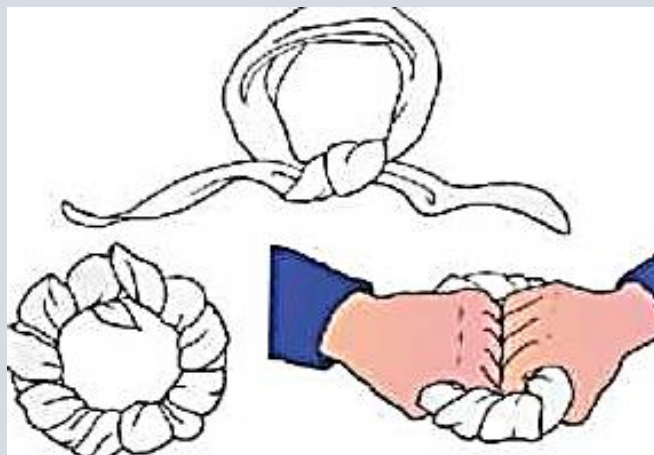
5. Способы переноски пострадавшего.

На руках, сомкнутых в «замок»



Недостаток: спасающим трудно быстро освободить хотя бы одну руку при возникновении на пути непредвиденного препятствия.

С помощью кольца, скрученного из любой подручной ткани.



Преимущество: кольцо можно держать двумя, тремя, четырьмя руками; менять руку при усталости; освободить любую руку, маневрируя на пересечённой местности.

6. Восстановление и поддержка проходимости верхних дыхательных путей.

Потеря сознания при остановке сердца ведет к снижению тонуса мышц верхних дыхательных путей, западению языка и надгортанника - это препятствует вентиляции легких и эффективной реанимации.

Способы восстановления проходимости дыхательных путей.

Рекомендуется проводить восстановление проходимости дыхательных путей давлением руки на лоб с одновременным выдвиганием нижней челюсти, которую захватывают за подбородочную ямку пальцами другой руки. Голова пострадавшего при этом должна запрокидываться кзади.



Запрокидывание головы может быть опасно при травме шейного отдела позвоночника или черепно-мозговой травме. Тогда лучше применить «[тройной приём](#)».

Тройной прием.



Зафиксировав голову пострадавшего ладонями, подбородок выдвигают вперед пальцами обеих рук за углы нижней челюсти, а большими пальцами приоткрывают рот.

Искусственное дыхание (искусственная вентиляция лёгких).

Техника искусственной вентиляции легких «рот ко рту».

Освобождая дыхательные пути, вы запрокинули голову пострадавшего назад. Большим и указательным пальцами руки, лежащей на лбу пострадавшего, зажмите его нос, другой рукой продолжайте удерживать подбородок. Вдохнув, широко и плотно обхватите губами рот пострадавшего и в течение одной секунды вдувайте воздух в его дыхательные пути.



Следите за грудной клеткой: она должна приподниматься под давлением вдуваемого воздуха. Объем вдуваемого воздуха составляет от 0,5 до 0,6 литра - это соответствует вашему спокойному выдоху. Если грудная клетка пострадавшего не приподнимается, и вы встречаете сопротивление, это значит, что проходимость дыхательных путей недостаточна: нужно изменить положение головы пострадавшего или использовать [«тройной прием»](#).

Если при правильно проведённых приёмах восстановления проходимости дыхательных путей не удаётся вдохнуть воздух в лёгкие пострадавшего, следует думать о **наличии инородного тела** в дыхательных путях. По современным международным рекомендациям удалять инородное тело можно только **под контролем зрения**. Какое-либо исследование полости глотки вслепую **запрещено!** Исключение: достоверно известная обструкция верхних дыхательных путей твердым инородным телом.

Техника ИВЛ «рот к носу».

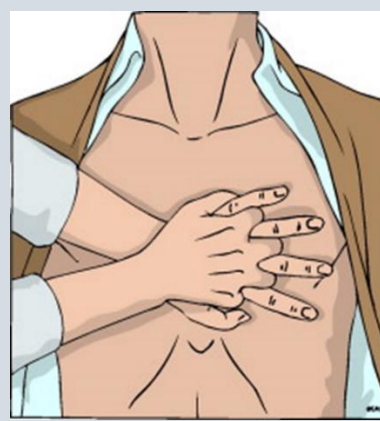
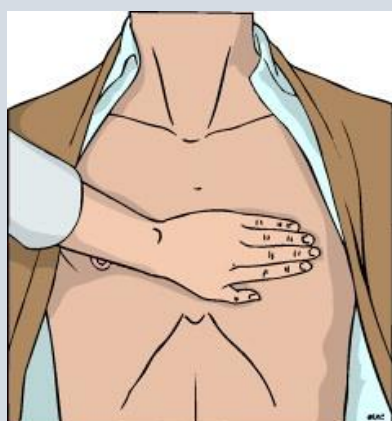
Голова пострадавшего запрокинута назад. Одной рукой, лежащей на лбу, сохраняйте это положение, другой рукой удерживайте его подбородок так, чтобы закрылся рот. Вдувайте воздух в носовые отверстия пострадавшего, плотно обхватив их губами.



Длительность вдувания – одна секунда, затем следует пассивный выдох пострадавшего. Объем вдуваемого воздуха и испытываемое сопротивление такие же, как и при дыхании «рот-в-рот».

Непрямой массаж сердца.

Точка для проведения непрямого массажа сердца у взрослых - 2 поперечных пальца выше основания мечевидного отростка грудины.



Упрощенный вариант для всех пострадавших - центр грудной клетки. Положите основание ладони на эту точку, а другой рукой зафиксируйте первую. Руки должны быть прямыми и не сгибаться в локтевых суставах во время массажного толчка.





Короткими толчками, действуя всей массой вашего тела, сдавливайте грудную клетку пострадавшего так, чтобы она опускалась на 4-5 см. Частота сдавлений – 100 в одну минуту.

Не отрывайте рук от груди пострадавшего и не смещайте их в стороны. Массаж сердца будет эффективным только тогда, когда пострадавший лежит на твёрдой поверхности.

Порядок выполнения реанимационных мероприятий по рекомендациям Европейского Реанимационного Совета (2005 год).

При обнаружении лежащего неподвижно человека, прежде всего, убедитесь в собственной безопасности:

- отсутствие оголенных электропроводов;
- нет разлития горючих или взрывоопасных жидкостей;
- пригодная для дыхания атмосфера;
- нет грозящих падением деталей строительных конструкций;
- устойчивость аварийного транспортного средства.

Встряхните пострадавшего за плечи и громко окликните его: «Что с вами?»

Рекомендуется сделать это дважды.

Если пострадавший не реагирует на оклик и встряхивание - немедленно позовите на помощь кого-либо из окружающих (просто попросите пока остаться с вами).

Для того чтобы проверить, дышит пострадавший или нет, наклонитесь щекой к его лицу так, чтобы можно было видеть его грудь.

В течение **10** секунд попытайтесь **увидеть** дыхательные движения грудной клетки, **услышать** шум дыхания, **почувствовать** тепло выдыхаемого воздуха своей щекой (определить **«признаки жизни»**). Если дыхание **есть**, переведите пострадавшего в «стабильное боковое положение», вызовите скорую медицинскую помощь. Если дыхание **отсутствует**, немедленно попросите помощника вызвать скорую медицинскую помощь, обязательно указав при этом на отсутствие дыхания и сознания. Немедленно приступайте к проведению **30** компрессий грудной клетки.

*Не забывайте о темпе - **100** толчков в минуту
и о глубине толчков - **4-5** см!*

Сделайте **2** искусственных вдоха, по возможности, используя средства защиты органов дыхания.

Не забывайте о постоянном поддержании проходимости дыхательных путей!

Чередуйте серии компрессии грудной клетки с искусственными вдохами в соотношении **30 толчков : 2 вдоха : 30 толчков : 2 вдоха** и так далее до прибытия скорой медицинской помощи.

Если пострадавший начал дышать сам, но остается без сознания, переведите его в **стабильное боковое положение**:

ближнюю к вам руку пострадавшего отведите под углом к телу и слегка согните в локте ладонью вверх,



той вашей рукой, что ближе к голове пострадавшего, возьмите его другую руку в замок, ладонь к ладони и приложите ладонь пострадавшего к его щеке;

фиксируя своими пальцами голову пострадавшего; другой рукой согните дальше от вас колено пострадавшего, подтянув его вверх;

давлением руки на колено бережно поверните пострадавшего на себя, удерживая его голову на своей ладони так, чтобы она поворачивалась одновременно с туловищем; бережно уложите. Проверьте дыхание и пульс.



Сердечно-легочная реанимация у детей до 1 года.

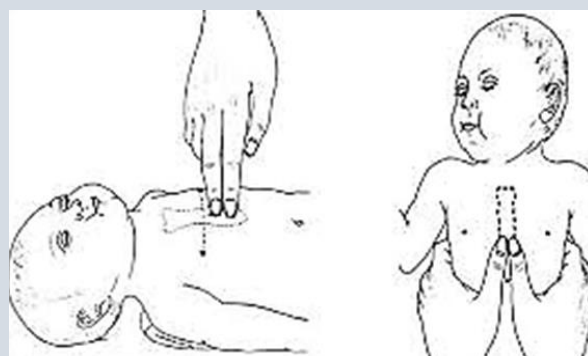


У детей сердечно-легочную реанимацию нужно начинать с искусственного дыхания (5 начальных вдохов). Искусственное дыхание предложенными способами не менее **20** в 1 минуту под контролем приподнимания грудной клетки **объёмом воздуха за раздутыми щеками** реаниматора. Если грудь ребёнка не приподнимается – проверить положение головы, подумать о возможном вдыхании инородных тел.

Избегать чрезмерного запрокидывания головы!



Точка массажа на палец ниже сосковой линии.



Массажные толчки проводить **двумя** пальцами на глубину 2,5 см в темпе 100 в минуту. Рекомендуется после начальных пяти вдохов выполнить 30 массажных толчков, далее реанимация в соотношении 2 вдоха к 30 толчкам.

Сердечно-легочная реанимация у детей от 1 года до 8 лет.

1. **Восстановление проходимости дыхательных путей** проводится так же, как и взрослым - запрокидыванием головы с одновременным выдвижением подбородка пальцами другой руки.

2. **Искусственное дыхание** под контролем приподнимания грудной клетки с частотой **20** в 1 минуту способами «рот ко рту» или «рот к носу».

3. Точка проведения **массажа сердца** на 1 палец выше мечевидного отростка грудины; альтернативный вариант - центр груди. Массаж проводится основанием ладони одной руки на глубину **2,5-4** см в темпе 100 в минуту. В настоящее время разрешено проводить массаж и одной, и двумя руками, главное - нужная глубина и темп сдавления грудины. Соотношение дыхания и массажа равно **30:2**.

Типичные ошибки при проведении непрямого массажа сердца

- Нет жесткой основы для проведения массажа сердца.
- Резкие, рывкообразные (слишком короткие) массажные толчки.
- Не вертикальное направление массажного толчка.
- Паузы более 5 секунд при переходе от массажа к ИВЛ и обратно.
- Сдавление груди в проекции мечевидного отростка, а не нижней половины грудины - опасность повреждения печени при переломе мечевидного отростка грудины.
- Смещение массажной площадки в стороны от средней линии - опасность множественных переломов ребер вплоть до «разбитой грудной клетки» и неэффективной фазой декомпрессии.
- Руки отрываются от грудины и резко ставятся на нее снова - опасность повреждений ребер.

Как долго проводить реанимацию?

При правильном выполнении (грудная клетка приподнимается в такт вдуваниям воздуха, розовеют кожные покровы и т.д.) реанимацию нужно проводить до прибытия бригады скорой медицинской помощи.

Реанимацию можно прекратить:

1. Если прощупывается самостоятельный пульс на сонной артерии, а грудная клетка поднимается и опускается, то есть пострадавший дышит сам.

2. Если реанимационные мероприятия берет на себя прибывшая бригада скорой медицинской помощи.

3. Если врач отдает приказ о ее прекращении ввиду неэффективности (констатировал смерть).

4. При неэффективности реанимационных мероприятий, направленных на восстановление жизненно важных функций в течение 30 минут.

Когда реанимация не проводится?

1. При наступлении клинической смерти на фоне неизлечимых последствий острой травмы, несовместимой с жизнью **(это решает только врач)**.

2. Реанимацию можно не начинать, если совершенно точно известно, что с момента остановки кровообращения прошло более **30** минут, или при явных признаках **биологической смерти**.

Признаки биологической смерти.

- Трупные пятна. После остановки сердца кровь начинает спускаться в нижележащие отделы тела, где просвечивает через кожу, образуя так называемые трупные пятна, которые появляются обычно через 2-4 ч после смерти.
- Трупное окоченение. Спустя 2-4 ч после смерти мышцы трупа начинают уплотняться, что препятствует сгибанию-разгибанию в суставах.
- Понижение температуры тела. Прекращение обменных процессов приводит к постепенному охлаждению тела. Через 1 час ощущается похолодание кистей рук, через 2-3 часа - кожи лица.
- Симптом «кошачьего зрачка». При сдавливании с боков глазного яблока через 10-15 мин после смерти, зрачок приобретает стойкую овальную форму. Признак используется чаще **при судебно-медицинской экспертизе**.
- Трупное высыхание. Высыхание глаз (тусклый блеск «рыбьей чешуи»), красной каймы губ, других слизистых оболочек.

Что делать, если человек умер?

Ситуация: смерть наступила в домашних условиях в крупном городе или прилегающих к нему территориях.

- **В ночное время.**

- ✓ Вызвать бригаду скорой медицинской помощи для констатации смерти.
- ✓ Вызвать сотрудника милиции для оформления протокола осмотра трупа.

- **В дневное время.**

- ✓ Вызвать участкового врача для осмотра тела, констатации смерти и оформления бланка констатации смерти.
- ✓ Вызвать сотрудника милиции для оформления протокола осмотра трупа.

[Номера телефонов экстренных служб.](#)

Ситуация: смерть наступила **вне города** (на садовом участке, на даче, в деревне, на пляже и т.п.)

- ✓ Вызвать бригаду скорой помощи того района, где наступила смерть, для констатации смерти.
- ✓ Вызвать сотрудника милиции того района, где наступила смерть, для оформления протокола осмотра трупа и оформления направления трупа на судебно-медицинское вскрытие.

[Номера телефонов экстренных служб.](#)

Если смерть была **насильственной** (несчастный случай, убийство, суицид, автокатастрофа, ожоги, утопление, падение с высоты, и т.д.). Тело умершего в обязательном порядке направляется в судебно-медицинский морг с места происшествия. Милиция или прокуратура по факту смерти проводит проверку, в результате которой возбуждается уголовное дело или выносится постановление об отказе в возбуждении уголовного дела.

Ситуация: смерть наступила за границей.

Во многих иностранных государствах местное законодательство требует, чтобы заявление о смерти было подано в местные органы ЗАГС. В любом случае, рекомендуется дополнительно сделать заявление в консульство той страны, гражданство которой имел умерший, и попросить консульские службы зарегистрировать в их реестре факт смерти. Выполнение этих формальностей в дальнейшем позволит получить свидетельство о смерти в стране постоянного проживания умершего.

Транспортировка тела покойного на родину, обязанности выполнения всех формальностей лежат на консульском учреждении, оплата расходов при этом возлагается на родственников покойного.

[Номера телефонов экстренных служб.](#)

5. Остановка кровотечения и наложение повязок.

Виды кровотечений:

- **Артериальное кровотечение.**

Кровь ярко-красная, из раны фонтанирует пульсирующей струей.



- **Венозное кровотечение.**

Кровь темная, вишневого цвета, вытекает медленно, равномерно, не прямой струей.



- **Капиллярное кровотечение.**

Кровь сочится каплями со всей раневой поверхности из мельчайших сосудов кожи.



- **Паренхиматозное кровотечение** (из таких органов, как печень, почки и селезенка) - они относятся к **внутренним кровотечениям** (кровь скапливается в тканях и полостях тела) и могут привести к опасной потере крови.

- **Наружное кровотечение.** Кровь вытекает из ран или естественных отверстий тела человека.

Общие признаки кровопотери:

- наличие раны или закрытой травмы; видимое кровотечение, кровоподтёки, ссадины;
- наличие крови на одежде; жажда, частый слабый пульс, поверхностное дыхание;
- бледная, прохладная, липкая кожа (постепенное развитие шока).

Оказание помощи при кровотечении.

Главное в оказании помощи при острой кровопотере - максимально быстрая и эффективная остановка кровотечения. На этапе первой помощи проводится временная остановка кровотечения, окончательная возможна лишь в лечебном учреждении.

Необходимо **НАДЕТЬ перчатки**, чтобы предохраниться от заболеваний, передающихся через кровь.

Методы остановки кровотечений.

Капиллярные кровотечения (ссадины).

1. Если нет сильного кровотечения, осторожно промойте рану теплой водой с мылом.

2. Ссадину промокните чистыми салфетками. Если она продолжает кровоточить, придавите это место через ткань на несколько минут.

3. Заклейте ссадину бактерицидным пластырем так, чтобы клейкие участки приходились на неповрежденную кожу. Если ссадина обширная, приложите стерильную салфетку, закрепив ее пластырем.



Наложение давящей повязки.

Давящая повязка обычно применяется для остановки **венозных** и **несильных артериальных** кровотечений.

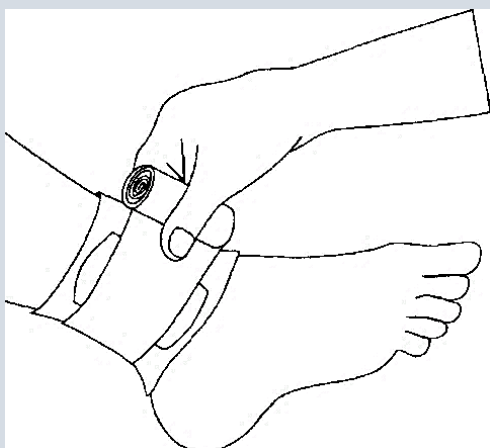


Закрывать рану стерильной салфеткой. Наложить поверх салфетки туго скрученный тампон, изготовленный из бинта или куска подручной ткани и по размерам соответствующий ране. С силой вдавливать тампон в рану в течение 7-10 минут, следя за тем, чтобы кровотечение прекратилось. Туго прибинтовать тампон к конечности. Выполнить иммобилизацию раненой конечности или придать пострадавшему удобное положение.

Преимущества: неповрежденные артерии продолжают функционировать; не сдавливаются нервы и мышцы.

Недостатки: тампонирование раны болезненно в момент его выполнения; тампон может ослабевать и пропитываться кровью; метод неприменим при открытых переломах. Отчасти устранить эти недостатки можно, комбинируя наложение жгута с наложением давящей повязки: быстро остановить кровотечение жгутом; туго тампонировать и забинтовать рану, ослабить жгут, не снимая его; если со временем тампон пропитывается кровью - вновь затянуть ослабленный жгут.

Тугое бинтование.



Обычно применяется при **венозных** и **капиллярных** кровотечениях, так как давление в венах и капиллярах ниже, чем в артериях, и расположены они неглубоко. Для остановки большинства венозных кровотечений достаточно наложить на рану стерильную повязку, туго перебинтовать.

Если эффект не достигнут - действовать как при артериальных кровотечениях (**жгут, давящая повязка**).

Способы остановки артериального кровотечения.

Максимальное сгибание конечности в суставе.



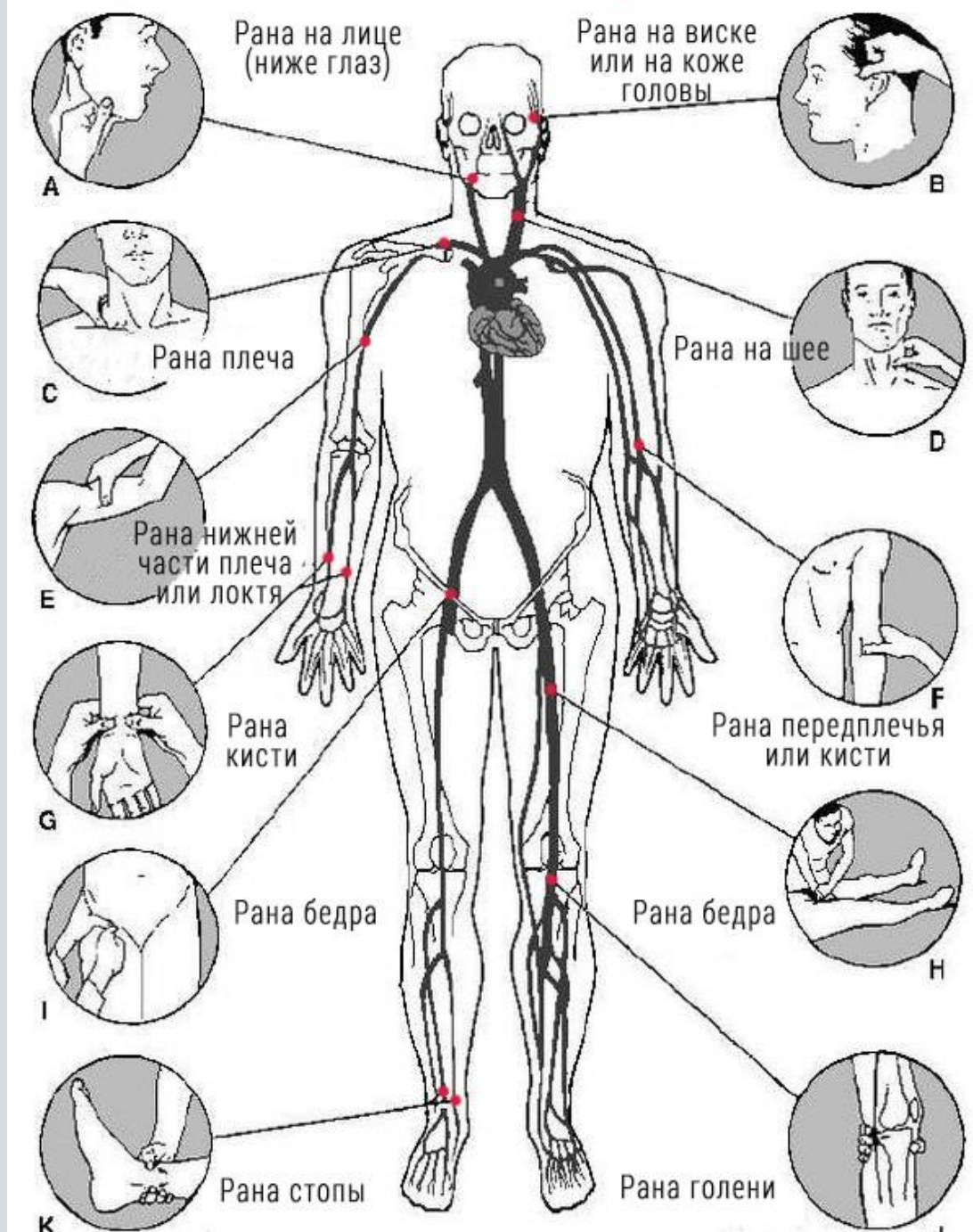
Этим способом пользуются при кровотечениях из ран **предплечья** - сгибание руки в локтевом суставе, **голену** - сгибание в коленном суставе, **бедра** - сгибание в тазобедренном суставе. Часто этот прием интуитивно выполняет сам пострадавший тотчас после повреждения, в порядке «самопомощи». Для остановки кровотечения в сустав (локтевой, коленный) вкладывается валик из бинта или одежды, рука (нога) сгибается в суставе и фиксируется в таком положении, например, ремнем, бинтом, рукой.

Пальцевое прижатие артерий.



Артерия прижимается пальцем или кулаком к находящейся под ней кости.

ТОЧКИ ПРИЖАТИЯ КРОВЕНОСНЫХ СОСУДОВ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИИ



Недостатки: силы пальцевого прижатия хватает не более чем на 10 минут. При этом способе остановки кровотечения пострадавшего невозможно переключать и переносить. При сильном кровотечении волнение мешает вспомнить ранее заученные «точки прижатия», поэтому в настоящее время часто рекомендуется простой способ **«прямого давления на рану»**.

Прямое давление на рану.

Кровоточащий сосуд сдавливается через стерильную салфетку или с помощью тугого марлевого тампона прямо в ране или по её верхнему краю. В исключительных случаях допускается сдавление ладонью или кулаком.

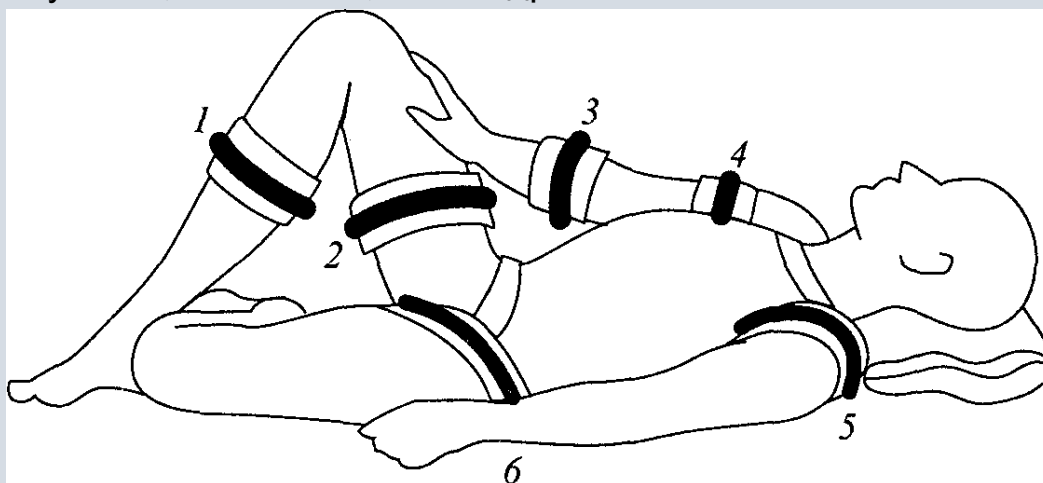


Недостаток: нельзя применять при открытых переломах, так как в глубине раны сломанная кость!

Наложение жгута.

Остановка кровотечения из ран конечностей чаще всего выполняется наложением эластичного резинового жгута или импровизированного жгута из подручных средств. Классический «кровоостанавливающий жгут Эсмарха» представляет собой ленту из прочной резины длиной 140 см, шириной 2,5 см и толщиной не менее 2 мм.

Классические места наложения жгута при кровотечении из артерий:
1 — голени; 2 — голени и коленного сустава; 3 — кисти; 4 — предплечья и локтевого сустава; 5 — плеча; 6 — бедра.



Жгут накладывается на конечность выше раны. Перед наложением жгута на голое тело следует проложить тканевую или бинтовую подкладку для уменьшения риска дополнительного травмирования кожи на конечности. После этого необходимо завести жгут под конечность растянуть его и наложить первый растянутый тур жгута.



Далее следует накладывать жгут так, чтобы каждый последующий тур наполовину прикрывал предыдущий. Растягивать при этом жгут не надо, после чего жгут застегивается (завязывается).

Время наложения жгута обязательно отмечается на записке, засунутой под него, или на самом жгуте, на коже выше раны, на лбу или щеке пострадавшего.



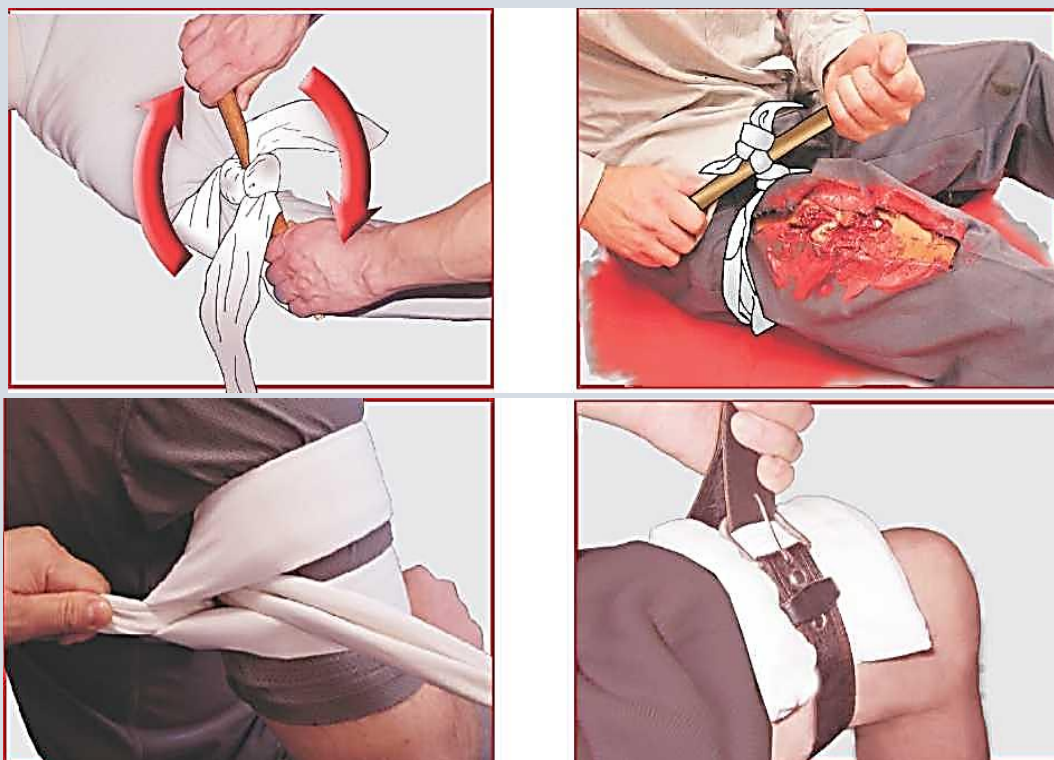
Время нахождения жгута на конечности - **не более одного часа!** За это время пострадавший должен быть обеспечен медицинской помощью, так как окончательно снимать жгут имеет право только врач.

Наложение жгута при повреждении сосудов шеи.

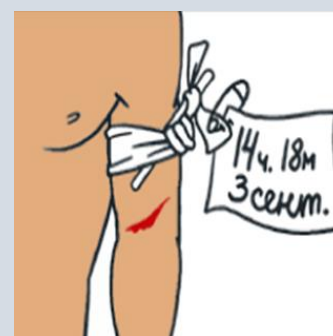
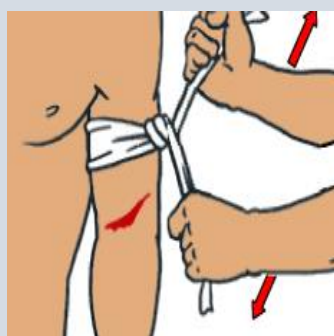
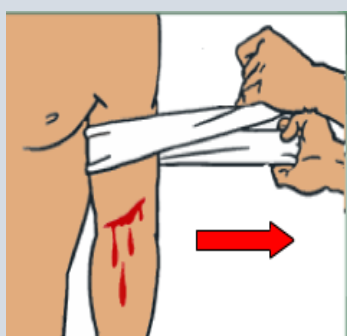


Наложение импровизированного жгута.

В качестве импровизированных жгутов могут быть использованы галстук, ремень или прочная ткань, скрученная в виде полосы шириной 2-3 см.



Нельзя использовать слишком широкие полосы ткани - они не создают достаточного давления.



Нельзя также применять шнуры, струны, проволоку из-за опасности прорезания кожи вместе с ещё не повреждёнными сосудами.

Наложение импровизированного жгута при повреждении сосудов шеи.



Носовое кровотечение.

Причины: высокое артериальное давление, травма, простуда, энергичное сморкание, нарушения свертывания крови.

Первая помощь.

Усадить пострадавшего, слегка наклонить его голову вперед. При этом пострадавший должен дышать ртом! Если нет подозрения на перелом костей носа, прижать крылья носа к перегородке (удерживать в течение 10 минут).

Убедить его сплевывать, а не глотать кровь.



Приложить холодный компресс к носу. Убедить его дышать только ртом в течение часа после остановки кровотечения. Вызвать скорую медицинскую помощь, если кровотечение продолжается.

Проникающие ранения грудной клетки.

Кровотечение из раны с образованием пузырей, подсасывание воздуха через открытую рану при вдохе и выдохе.

Скопление воздуха в плевральной полости, что приводит к спаданию легкого (резко снижено поступление кислорода в организм). Поэтому дыхание частое, поверхностное, кожа бледная, синюшная.

Оказание помощи:

- очистить и промыть рану, обработать кожу вокруг раны раствором антисептика;
- наложить герметизирующую (окклюзионную) повязку для предотвращения попадания воздуха в плевральную полость;
- дать пострадавшему обезболивающее средство;
- положить холод поверх повязки в проекции раны;
- срочно доставить пострадавшего к врачу в полусидячем положении.

Наложение окклюзионной (герметизирующей) повязки при травме груди.



Вначале рану на груди следует закрыть воздухонепроницаемым материалом (оболочкой от бинта, полиэтиленовой пленкой, клеенкой и т.п)



Закрепить этот материал обычной тугой бинтовой повязкой.



Спиральными круговыми ходами, накладываемыми друг на друга, бинтуют грудную клетку снизу-вверх до подмышечных впадин и здесь завязывают или фиксируют английской булавкой.

Возможна фиксация
воздухонепроницаемого материала
лейкопластырем.



Открытое ранение брюшной полости.

Открытые или проникающие ранения брюшной полости чаще всего наносятся огнестрельным оружием или режущими и колющими предметами.

При проникающих ранениях брюшной полости возможно выпадение петель кишечника, сальника. Из раны может выделяться кровь, желудочно-кишечное содержимое.

Первая помощь.

- Обеспечить пострадавшему покой.
- Закрывать рану стерильной повязкой.
- Выпавшие органы (петли кишечника, сальник) закрыть стерильной марлей, пропитанной вазелиновым маслом.
- Не давать пострадавшему еду и питье!
- Не давать обезболивающее до осмотра врачом!

Противошоковые мероприятия при ДТП.

Общие признаки шока, говорящие о тяжелой кровопотере.

Беспокойство; бледность или синюшность кожи; нарушения сознания вплоть до его отсутствия; озноб, холодные конечности, холодный пот; при надавливании на ноготь его окраска восстанавливается более чем через 2 секунды; пульс частый, едва прощупывается.

Первая помощь.

Бережно эвакуировать пострадавшего из места получения травмы - только, если там невозможно оказать помощь или опасно находиться. Оказать помощь в соответствии с травмами.



Хорошо укутать, даже в теплое время года, следя, чтобы жгут или отметка о времени его наложения были хорошо заметны. Обезболить простейшими способами, иммобилизовать конечность при переломе или глубоком ранении, приложить холод к месту травмы, придать правильное транспортное положение.

Не кормить, не поить кроме случаев, когда медицинская помощь недоступна и нет противопоказаний к приему жидкости внутрь (таких как отсутствие сознания или травма живота).

Травматический отрыв (ампутация) конечности или ее части.

Относится к числу крайне тяжелых травм, сопровождается травматическим шоком и острой кровопотерей. Такое тяжелое повреждение организма является результатом наезда рельсового транспорта, затягивания в движущие части механизмов, придавливания тяжелыми предметами.

Отрывы конечности бывают полные и неполные. При неполном отрыве между частями конечности сохраняется связь через кожно-мышечные ткани. При полном отрыве происходит разделение конечности. В ране видны отломки кости, сухожилия, мышцы.

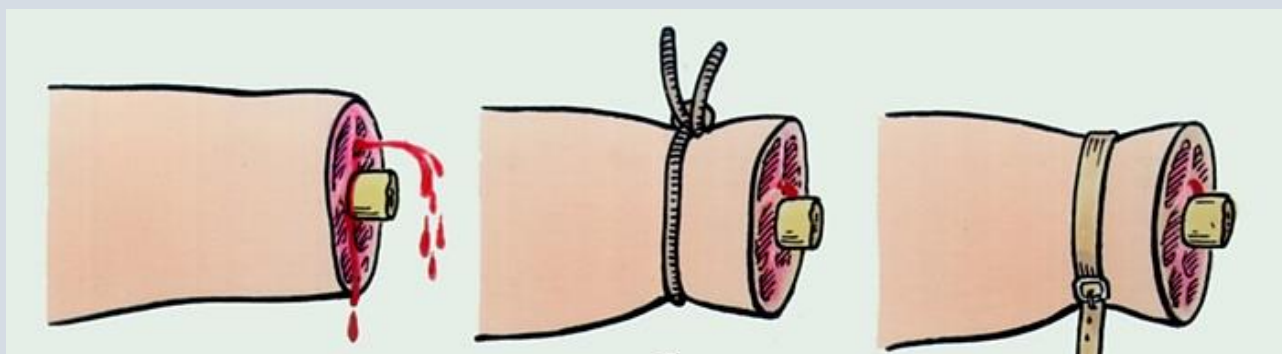
Пострадавший бледен, вяло реагирует на окружающие события. Покрит холодным липким потом. Сначала возбужден, потом впадает в апатию. АД резко падает, пульс нитевидный, едва прощупывается. Как правило, травматические ампутации сопровождаются обильным кровотечением, исключения иногда встречаются при рельсовой травме и раздавливании конечности тяжелым предметом (в этих случаях кровотечение отсутствует или минимально из-за сдавления поврежденных сосудов).

Неотложная помощь.

Как можно быстрее прекратить действие травмирующего агента (убрать груз с конечности, выключить вращающийся механизм и т. д.).

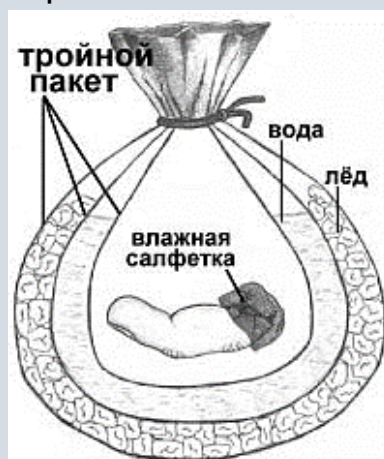
- Остановить кровотечение.
- На рану наложить стерильную повязку.
- Дать обезболивающее.

Для остановки кровотечения на культю накладывают давящую повязку. Если повязка быстро пропитывается кровью, ее не снимают, а сверху накладывают еще одну. Если кровотечение не удается остановить при помощи тугой повязки, накладывают жгут на среднюю треть бедра или плеча. При высоких травматических ампутациях бедра и плеча наложение жгута невозможно, в таких случаях кровотечение останавливают, прижимая артерию в паховой или подмышечной области.



Ампутированную часть конечности сохраняют вне зависимости от ее состояния – решение о возможности или невозможности реплантации может принять только врач. При неполной ампутации конечности, когда сохранены кожа и другие мягкие ткани, сухожилия, пересекать, отделять их от оторванной части конечности не следует. Необходима тщательная иммобилизация всей конечности и охлаждение оторванной части. Оторванную часть аккуратно укладывают на шину и прибинтовывают вместе с другим отделом, стараясь не повредить сохранившиеся участки и не нарушить контакт между ними.

Если травматическая ампутация полная, оторванную часть заворачивают в сухую стерильную марлю или чистую ткань и укладывают в два полиэтиленовых пакета (один в другом). Пакеты завязывают, помещают в пластиковую посуду, посуду обкладывают пакетами с холодной водой или льдом. При этом важно не допускать прямого соприкосновения сегмента конечности со снегом, льдом или холодной жидкостью. Для этого внутренний полиэтиленовый мешок должен быть хорошо завязан. К узлу пакета привязывают записку с указанием даты и времени травмы.



Пакет с ампутированным сегментом конечности должен во время транспортировки и хранения находиться в подвешенном состоянии, класть его не следует — это может, в результате сдавления, нарушить жизнеспособность тканей.

Ни в коем случае не следует обрабатывать ампутированный фрагмент спиртом или другими дезинфицирующими жидкостями, мочить, укладывать в воду или на лед – это может привести к повреждению, размоканию или холодовому поражению тканей. Нельзя отчлененные палец, кисть, стопу и др. помещать в холодильник.

Продолжительность сохранения жизнеспособности отчлененного пальца или сегмента зависит от вида (полная, неполная) ампутации, «тепловой» или «холодовой» сохранности ампутированной конечности (см. таблицу).

Сроки сохранения жизнеспособности ампутированных сегментов конечностей в зависимости от температуры окружающей среды

Уровень травматической ампутации	Срок в часах	
	При t° до + 4°	При t° более + 4°
Пальцы	16	8
Кисть	12	6
Предплечье	6	4
Плечо	6	4
Стопа	6	4
Голень	6	4
Бедро	6	4

Первая помощь при синдроме сдавления.

Синдром сдавления развивается при попадании людей под обвалы жилых и промышленных строений, сжатию организма при автомобильных, железнодорожных катастрофах, когда спасательные работы затруднены из-за технических сложностей. В таких ситуациях внутренние яды, вызванные разложением травмированных тканей, поступают в кровь и отравляют нервную систему, кровь, почки, печень.

Признаки.

Пострадавший жалуется на общую слабость и боли в поврежденных частях тела. Через 6-8 часов во всех поврежденных частях тела возникает резкий отек, ткани становятся плотными и напряженными. Кожа этих участков тела приобретает синюшную окраску. Появляется слабость, явления почечной недостаточности (практически нет мочи).

Первая помощь.

- Как можно быстрее освободить пострадавшего из завала, развалин, транспортного средства и т.п.
- На основание сдавленной конечности наложить жгут.
- Зафиксировать конечность повязкой, применяя подручные средства - картон, дощечки или специальную шину.
- Придать конечности возвышенное положение.
- Дать обильное питье - щелочную минеральную или содовую воду.
- Госпитализировать пострадавшего в стационар травматологического профиля.

8. Проведение иммобилизации.

Иммобилизация — метод создания неподвижности с целью обеспечения покоя пораженному участку тела при повреждениях. Иммобилизация применяется не только при переломах костей и повреждениях суставов, но и обширных повреждениях мягких тканей, ранении крупных сосудов, обширных ожогах. Транспортная иммобилизация - временная мера, которая выполняется только для доставки пострадавшего в больницу.

Транспортная иммобилизация проводится шинами или подручными средствами. При отсутствии шин можно прибинтовать травмированную руку к туловищу, а ногу – к здоровой ноге.

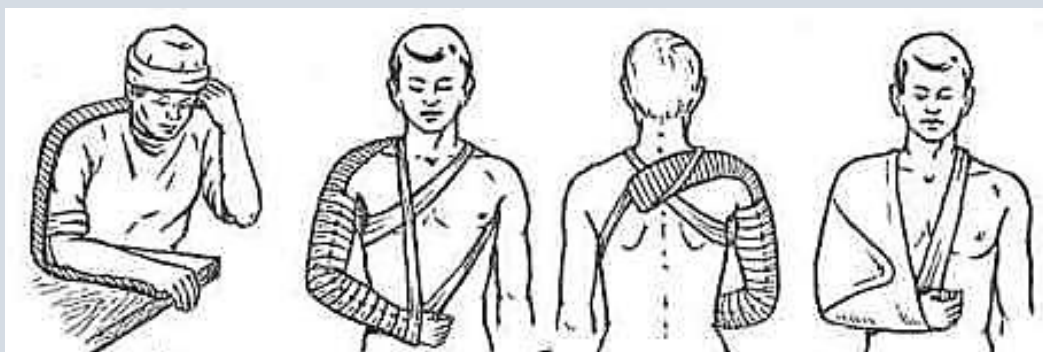


Основные правила иммобилизации.

- Шина должна фиксировать суставы выше и ниже места перелома: при переломе бедра - голеностопный, коленный и тазобедренный суставы; при переломе плеча - локтевой и оба плечевых сустава.
- Конечность должна быть в наименее болезненном положении.
- Шину следует обернуть мягкой тканью или наложить на одежду.
- При перекладывании поврежденную конечность должен поддерживать помощник.
- Длину и форму шины моделируют по здоровой конечности.

Иммобилизация при отдельных видах переломов.

При переломах плечевой кости, плечевого, локтевого суставов.

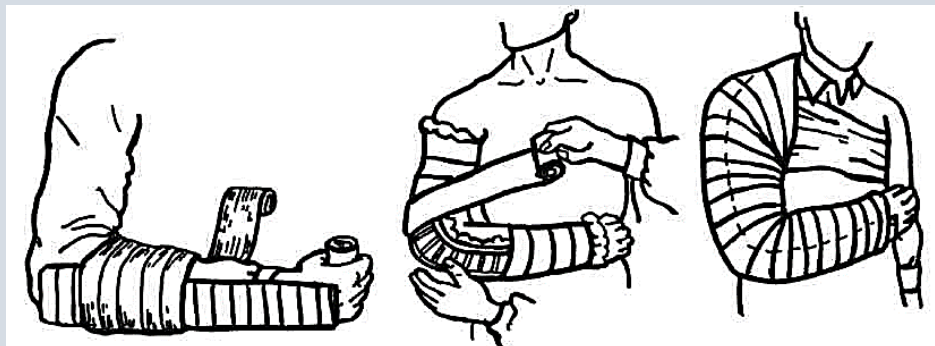


- Моделируется П-образная шина, которая проходит по надплечью здоровой руки, далее по задненаружной поверхности плеча и предплечья поврежденной руки, захватывая кисть.
- Ватномарлевый валик (или любая ткань) укладывается в подмышечную впадину на стороне травмы. Предплечье и плечо образуют прямой угол.

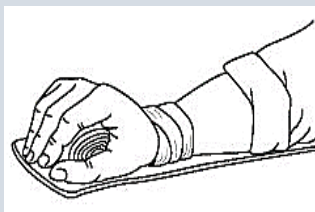
- Зашинированная конечность подвешивается на косынку и привязывается к туловищу.

Транспортное положение - сидя или лёжа в зависимости от тяжести общего состояния пострадавшего.

При переломах предплечья, лучезапястного сустава, кисти.

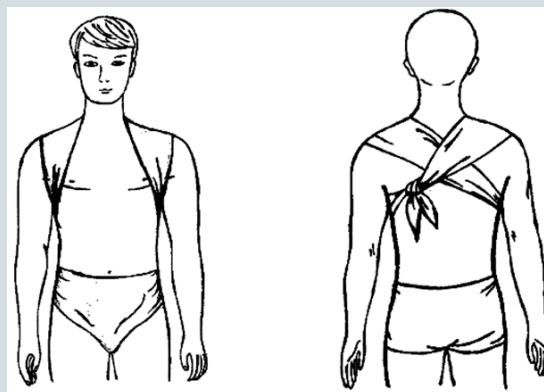
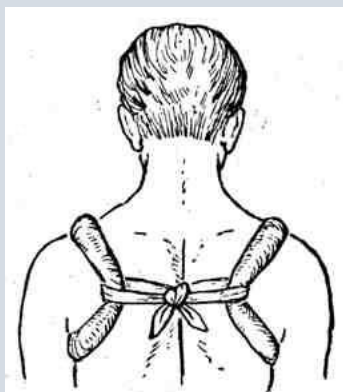


- Шина начинается от верхней трети плеча, проходит по задней поверхности плеча и предплечья, захватывает кисть.
- Предплечье согнуто под углом 90°.
- Валик под кисть (расслабляются мышцы предплечья).
- Шинированная конечность фиксируется подвешивающей косынкой.



При переломах кисти шину необязательно продлевать до верхней трети плеча. При переломах плеча и предплечья, в случае отсутствия шин, сломанную конечность можно фиксировать к туловищу.

При переломах ключицы первая медицинская помощь направлена на обездвиживание пояса верхних конечностей. Для этого максимально отводят надплечья назад и фиксируют их двумя ватно-марлевыми кольцами, которые связывают на спине или с помощью крестообразной повязки.



При переломах бедренной кости, травмах тазобедренного или коленного сустава осуществляется фиксация трёх суставов.



Лучшая иммобилизация достигается наложением трёх шин:

- Нижняя шина – на неё укладывается нога. Длина шины – от пятки до поясницы.
- Наружная боковая шина. Накладывается по наружной поверхности конечности. Длина её – от пятки до подмышечной впадины.
- Внутренняя боковая шина. Накладывается по внутренней поверхности конечности. Длина – от пятки до паховой области.

Если используются лестничные шины, то нижнюю и наружную шины следует загнуть на стопу. Фиксировать нужно все три шины вместе, не менее чем в шести местах. В подмышечную впадину и паховую область необходимо перед наложением шин поместить какой-либо мягкий материал. Допустимо использовать упрощённую схему иммобилизации бедра - накладывать только наружную и внутреннюю шины.

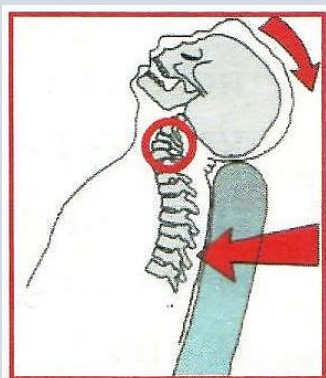
При переломах костей голени, голеностопного сустава, стопы – применяется фиксация двух суставов.



Лучшая иммобилизация достигается наложением двух шин: нижняя (задняя) шина; наружная боковая шина. Длина обеих шин - от пятки до верхней трети бедра. Если используются лестничные шины, то желательно их загибать на стопу. Транспортное положение – лёжа или сидя.

Фиксация шейного отдела позвоночника.

Перелом «палача» возникает при резком торможении с ударом головой о лобовое стекло. Переломы нижних шейных позвонков чаще всего происходят при резком сгибании шеи.



Хлыстообразный перелом - при резком разгибании головы за спинку кресла во время заднего удара.

Первая помощь.

Если не требуется извлечение пострадавшего из автомобиля до прибытия скорой медицинской помощи, обязательно стабилизировать шею воротником или удерживать руками. При необходимости быстрого извлечения применить захват с обязательной фиксацией шеи.



Извлекать из автомобиля надо на щите или доске. При отсутствии сознания освободить дыхательные пути **«тройным приёмом»**, голову не запрокидывать. Перекладывание с 4-5 помощниками, не меняя начального положения тела, если это возможно. Лучшее положение - на спине, на твердой поверхности. Если пострадавшего нужно повернуть на спину, плотно прижмите к ней щит и поверните пострадавшего вместе со щитом.



Не допускать переохлаждения, тепло укрыть даже при комнатной температуре. В исключительных случаях (нет щита, досок) допускается переноска пострадавшего на животе.

9. Придание оптимального положения при травмах.

I. Основные транспортные положения при наличии сознания.

1.Черепно-мозговая травма.

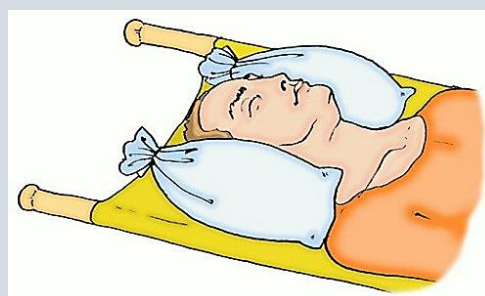
Возвышенное положение, голову не запрокидывать.



2.Травма позвоночника.

При оказании помощи пострадавшему с подозрением на повреждение позвоночника следует соблюдать особую осторожность. Категорически запрещается его сажать, ставить на ноги, давать самостоятельно переворачиваться. По возможности сохранить то положение, в каком обнаружен пострадавший. Уложить на ровную поверхность.

Фиксировать шею импровизированным воротником.



При возникновении необходимости транспортировки (например, если пострадавшему угрожает новая опасность), пострадавшего надо переложить на твердую поверхность (широкая доска, снятая с петель дверь). Пострадавшего привязывают, чтобы он не двигался во время движения.

Перекладывание, разгрузку, транспортировку должны производить 3-4 человека одновременно удерживая все время на одном уровне, не допуская перегибания позвоночника.



На жёсткой поверхности (доски, щит) транспортировка осуществляется в положении на спине. На носилках в положении на животе. Транспортировка пострадавшего с травмой в шейном отделе позвоночника должна осуществляться в положении на спине независимо от наличия щита.

3. Травма груди.

Возвышенное положение. Положение полусидя, в удобной исключая напряжение мышц туловища позе.



4. Травма живота.

Положение на спине с согнутыми в коленях ногами и слегка подтянутыми к животу. Валик под полусогнутыми коленями. Валик под голову и плечи.



5. Травма конечностей.

Положение на спине или положение, наименее болезненное для пострадавшего.

6. Травма таза.

Лежа на спине в позе «лягушки». Колени слегка разведены. Валик под коленями.



II. Основные транспортные положения при отсутствии сознания.

1. Стабильное боковое положение. Положение на боку с опорой на колено.



2. Модификации стабильного бокового положения при черепно-мозговых травмах.

Голову не запрокидывать. Стабильное боковое положение с приподнятой верхней частью туловища. Положение на неповрежденной стороне.



3. Травматический шок.

Стабильное боковое положение. Ножной конец щита несколько приподнят.

4. Травма грудной клетки.

Стабильное боковое положение с приподнятой верхней частью туловища. Положение на повреждённой стороне.



10. Сотрясение головного мозга.




Сотрясение мозга - самое распространенное повреждение головы. Во время травмы происходит встряхивание вещества мозга и его удар о черепную коробку изнутри. Нарушаются связи между клетками головного мозга и его отделами. Целостность мозговой ткани при сотрясении не нарушается.

Признаки:

- Нарушение сознания.
- Головная боль, шум в ушах (придя в сознание).
- При попытке встать: тошнота и рвота.
- Бледность, потливость, слабость.

Признаки сдавления головного мозга проявляются через некоторое время (от 1 часа до недели и более). У пострадавшего появляются постоянные головные боли, рвота, нервное возбуждение, сменяющееся угнетением нервной системы, учащается дыхание, замедляется пульс, расширяются зрачки, наступает потеря сознания.

Степени сотрясения мозга

		
Сотрясение 1-й степени лёгкий обморок, нормальное самочувствие через 20 минут после травмы	Сотрясение 2-й степени дезориентация длится более чем 20 минут	Сотрясение 3-й степени потеря сознания на короткий промежуток времени; пострадавший не помнит, что произошло

Первая помощь:



при наличии любого из симптомов, особенно в случае потери сознания – немедленно вызвать врача!



при потере сознания уложить пострадавшего на бок с согнутыми коленями, руки под голову



при наличии ран - произвести их обработку и забинтовать



обеспечить покой, но не давать пострадавшему спать в течение 30-60 минут или до приезда врача



постоянно контролировать состояние пострадавшего

**Не надо пытаться привести пострадавшего в сознание.
*НЕ ДАВАТЬ нюхать нашатырный спирт.***

11. Оказание первой помощи при инфаркте миокарда.

При инфаркте происходит гибель участка сердечной мышцы, возникающая вследствие ухудшения или полного прекращения кровоснабжения мышцы сердца. Смерть при инфаркте миокарда может наступить в первые часы заболевания.

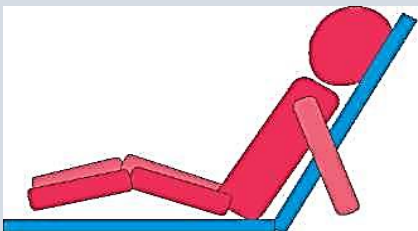
Признаки инфаркта миокарда.

Боль за грудиной – интенсивная, сжимающая, давящая, жгучая. Обычно боль отдает в левое плечо, руку, лопатку (может распространяться в правое плечо, обе лопатки, нижнюю челюсть). Нередко боль распространяется на подложечную область и сопровождается тошнотой и рвотой. Боль продолжается более 30 минут. Лицо бледное, покрыто холодным потом. Могут быть нарушения сознания, дыхания, нарушения ритма сердца.



Первая помощь.

- Вызвать **скорую помощь**: при усилении боли за грудиной, длительности боли более 20 минут, если после приема нитроглицерина боль не исчезла в течение 5 минут.
- Придать пострадавшему то положение, при котором он чувствует себя наиболее комфортно: удобно уложить, приподняв верхнюю часть тела, подложив подушки («полусидя»). Обеспечить доступ воздуха, расстегнуть стесняющую одежду. Не оставлять больного одного, следить за общим состоянием, пульсом, дыханием.



- Для снятия эмоционального напряжения, сопровождающего приступ или являющегося его причиной, большое значение имеет чуткое и доброжелательное отношение к больному.
- **До приезда врача**: обеспечить физический и психический покой. Под язык дать таблетку нитроглицерина до рассасывания, измельченную таблетку аспирина.

12. Первая помощь при обмороке.

Признаки: бледность, кратковременная потеря сознания (2-3 минуты), падение, зрачки без изменений. При кратковременном обмороке может не терять полный контакт с окружающими, хотя и слышит вокруг себя неясно. Через несколько минут больной приходит в себя и все явления исчезают, остается лишь слабость.

Первая помощь.

- **Убедитесь, что это не остановка сердца!**
- Уложите пострадавшего так, чтобы голова была опущена, а ноги приподняты на 30 - 45 см для улучшения притока крови к мозгу.
- Обеспечить поступление свежего воздуха (открыть окно, форточку, вынести на воздух), расстегнуть ворот одежды, пояс.
- Обрызгать лицо пострадавшего холодной водой.
- Не разрешать пострадавшему после обморока быстро вставать. Несколько минут после обморока больной должен лежать.

Немедленно вызывайте **скорую** медицинскую помощь, **если:** у пострадавшего ранее были обмороки; в течение 5 минут не восстанавливается сознание; возраст более 40 лет.

13. Первая помощь при тепловом ударе.

Тепловой удар – результат общего перегревания во время физической нагрузке, спортивных игр, в транспорте, душном непроветриваемом помещении.

Признаки: повышение температуры, головная боль, головокружение, слабость, нерегулярное неритмичное дыхание. Тошнота, рвота, судороги, покраснение кожных покровов, горячая сухая кожа, обморок вплоть до потери сознания.

Первая помощь.



1. Перенести пострадавшего в прохладное, проветриваемое место (в тень, к открытому окну).



2. Уложить пострадавшего. Снять лишнюю верхнюю одежду и ослабить воротник, ремень, снять обувь.



3. Определить состояние пострадавшего (зрачки, пульс, дыхание).



4. Использовать физические методы охлаждения: включить вентилятор (или хотя бы просто обмахивать газетой, веером); прохладный компресс на голову, обтирать кожу водой с температурой около 30 °С; к голове (боковые поверхности шеи) или к подмышечным впадинам приложить холод (бутылки с холодной водой).



5. При потере сознания перевернуть пострадавшего на бок.



6. Покой до приезда врача. Не оставлять без присмотра, так как состояние может ухудшиться.



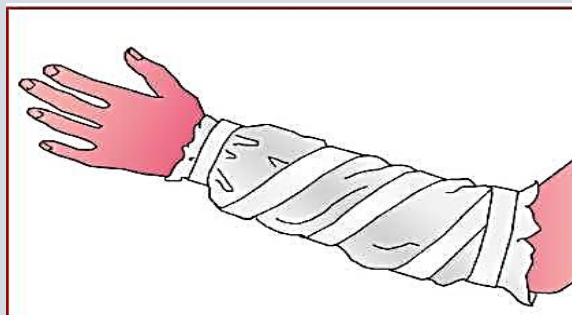
7. Напоить пострадавшего прохладной водой.

При судорогах удерживать голову и туловище пострадавшего, оберегая от травм.

14. Первая помощь при ожогах.

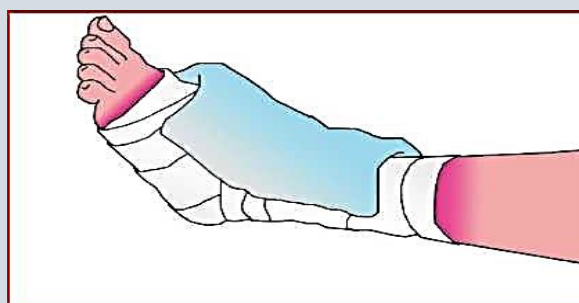
Первая помощь при термических ожогах.

Раннее охлаждение ожога водой с температурой 8-20° С в течение 20-30 мин или до прибытия скорой медицинской помощи.



Наложение на рану широкой стерильной повязки, которая фиксируется «ползучей» бинтовой повязкой. Обширные ожоги допускается закрывать чистой тканью (простыни, пеленки), чистыми частями одежды (рубашка, платье), в крайних случаях оставлять рану незакрытой. Обездвижить пострадавшую руку поддерживающей косынкой, если пострадавший может передвигаться сам. Если пострадавший не может передвигаться, придать ему положение, при котором испытывается наименьшая боль. При отсутствии сознания - стабильное боковое положение.

Поить только при ясном сознании (1 чайная ложка соли и 0,5 ложки соды на 1 литр воды). В холодное время года укрыть пострадавшего. При глубоких ожогах не допускать охлаждения неповрежденной кожи - холод приложить через повязку!



Запрещается: обрабатывать поверхность ожога маслом, мазями, бальзамами, спиртом, йодом, зеленкой, прокалывать, надрезать, удалять пузыри, производить любые манипуляции в ожоговой ране, удалять отслаивающуюся кожу или остатки одежды из раны, откладывать вызов скорой медицинской помощи, применяя домашние средства, пытаться поить пострадавшего, если он без сознания.

Первая помощь при ожогах дыхательных путей.

Полусидячее положение, если пострадавший в сознании, если пострадавший без сознания - стабильное боковое положение с возвышенной верхней половиной туловища, транспортировка с сопровождающим, постоянный контроль сознания и дыхания, постоянная готовность к проведению искусственного дыхания.

Первая помощь при термических ожогах на пожаре.

1. Убедитесь, что вам ничто не угрожает. Остановите пострадавшего.
2. Потушите горящую одежду любым способом (накройте человека покрывалом, одеялом). Тлеющую одежду облить водой. Если произошел ожог горячими жидкостями, следует одежду быстро снять. При распространенных ожогах одежду лучше не снимать, а разрезать.
3. Вынесите пострадавшего за пределы зоны поражения.
4. Прилипшую одежду обрезать вокруг ожоговой раны! Из раны не удалять посторонние предметы и прилипшую одежду! Наложить на ожоговую поверхность стерильную повязку и холод поверх повязки. Дайте обильное теплое подсолненное питье (минеральную воду).

Первая помощь при химических ожогах.

Признаки химических ожогов не проявляются сразу в полной мере, что делает затруднительным первоначальную оценку их тяжести. Первые этапы химического поражения кожи изначально могут сопровождаться жжением или зудом пораженной области.

Если не оказать своевременную помощь, то ожоги легкой степени могут трансформироваться в более тяжелую форму, лечение которых будет более продолжительным и может повлечь осложнения.

1. **Оцените** ситуацию (с каким веществом пострадавший мог контактировать). Повреждения могут быть вызваны:

- кислотами;
- солями тяжелых металлов;
- щелочами;
- другими химическими соединениями активного типа.

При ожоге, полученном **серной кислотой**, на поверхности поврежденного участка образуется струп (корка) белого цвета. Со временем он темнеет до

черного или коричневого. Струп от **соляной кислоты** имеет желтый цвет, а от **азотной** – желтый с коричневым или зеленоватым оттенком. **Под действием кислот** пораженный участок становится “запавшим”.

Ожог, полученный **щелочью**, образует струп влажный или студнеобразный. Под влиянием щелочей происходит омыление жиров и растворение белков, что и приводит к образованию такой раны.

Кислотный ожог от щелочного отличается еще и тем, что сухой струп образует «барьер», который становится препятствием для дальнейшего проникновения кислоты внутрь ткани. В этом случае повреждение тканей не так глубоко, как после щелочного ожога.

2. **Наденьте** перчатки и используйте другие приспособления для защиты себя от возможного поражения.

3. **Наблюдайте** за основными функциями жизнедеятельности пострадавшего. Если пострадавший в сознании, узнайте, с каким веществом он контактировал, когда это произошло, и какое количество попало на кожные покровы.

4. Немедленно снимите одежду или украшения, на которые попали химические вещества. Для устранения причины ожога смойте химические вещества с поверхности кожи, подержав пораженное место под холодной проточной водой не менее 20 минут. Если помощь при химическом ожоге оказывается с некоторым опозданием, продолжительность обмывания увеличивают до 30—40 мин.

Не пытайтесь удалить химические вещества салфетками, тампонами, смоченными водой, с пораженного участка кожи - так вы еще больше втираете химическое вещество в кожу. При ожоге фосфором извлекают его кусочки и погружают обожженное место в воду. Если агрессивное вещество, вызвавшее ожог имеет порошкообразную структуру (например, известь), то следует вначале удалить остатки химического вещества и только после этого приступить к обмыванию обожженной поверхности. Исключение составляют случаи, когда вследствие химической природы агента контакт с водой противопоказан. Например, алюминий, его органические соединения при соединении с водой воспламеняются.

Если после первого промывания раны ощущение жжения усиливается, повторно промойте обожженное место проточной водой в течение еще нескольких минут.

5. После обмывания химического ожога необходимо по возможности нейтрализовать действие химических веществ. Если **вы обожглись кислотой**, обмойте поврежденный участок кожи мыльной водой или раствором питьевой соды (1 чайная ложка на 1 стакан воды), чтобы нейтрализовать кислоту. Если на кожу попала уксусная эссенция или фосфорорганические инсектициды, нужно приготовить раствор соды (2 чайные ложки на стакан или 2 столовые ложки на литр воды). Этот же состав используют для промывания глаз. Карболовую кислоту нейтрализуют глицерин и известковое молоко.

Если **вы обожглись щелочью**, то обмойте поврежденный участок кожи слабым раствором лимонной кислоты или уксуса (1 чайная ложка на 1 стакан воды). При ожоге **негашеной известью** применять воду нельзя, удаляют остатки вещества и обрабатывают поверхность ожога растительным маслом.

6. Приложите к пораженному месту холодную влажную ткань или полотенце, чтобы уменьшить боль. Затем наложите на обожженную область свободную повязку из сухого стерильного бинта или чистой сухой ткани. Незначительные химические ожоги кожи обычно заживают без дальнейшего лечения.

7. При попадании яда в глаза, то необходимо как можно быстрее промыть их струей воды, причем процедуру производить в течение довольно длительного времени - 20-30 минут, после чего на поврежденный глаз нужно наложить чистую повязку и незамедлительно обратиться к врачу.

8. Обратитесь за неотложной медицинской помощью, если:

- у пострадавшего имеются признаки шока (потеря сознания, бледность, поверхностное дыхание);
- химический ожог распространился глубже первого слоя кожи и охватывает участок диаметром более 7,5 см;
- химическим ожогом затронуты глаза, руки, ноги, лицо, область паха, ягодиц или крупного сустава, а также полость рта и пищевод (если пострадавший выпил химическое вещество);
- пострадавший чувствует сильную боль, которую не удастся снять с помощью безрецептурных анальгетиков.

Отправляясь в отделение неотложной помощи, возьмите с собой емкость с химическим веществом или подробное описание вещества для его идентификации. Известная природа химического вещества дает возможность при оказании помощи в стационаре произвести его нейтрализацию, которую обычно трудно произвести в бытовых условиях.

Химические ожоги глаз.

Относятся к тяжелым повреждениям глаз, и поэтому требуют непосредственного обследования и лечения врачом.

Первая помощь.

Основное мероприятие - немедленное и обильное промывание глаз проточной водой. Следует раздвинуть веки и промывать глаз в течение 10-15 минут слабой струей проточной воды для удаления химического вещества. Не следует терять время на поиск нейтрализатора, так как обильное промывание глаз проточной водой гораздо эффективнее. При ожогах щелочами для промывания можно использовать молоко. После промывания необходимо наложить сухую повязку (кусоч бинта или марли). Но самое главное — во всех случаях химических ожогов глаз — как можно раньше **обратитесь к врачу.**

15. Первая помощь при общем переохлаждении (гипотермии).

Переохлаждение возникает при длительном пребывании на холоде, в условиях высокой влажности, сильного ветра, физического переутомления, алкогольной интоксикации.

Признаки гипотермии.

I степень (легкое переохлаждение или защитная фаза)

Температура тела 36-34° С, озноб, мышечная дрожь, боли в руках и ногах, частый пульс, бледно-синюшная кожа и слизистые, «гусиная» кожа.

II степень (среднее переохлаждение)

Температура тела 34 - 30° С, прекращение мышечной дрожи, нарастающее мышечное окоченение, кожа холодная, с мраморным оттенком, отморожения конечностей, поверхностное, нерегулярное, редкое дыхание, замедление сердечного ритма (50 - 30 в 1 мин), пульс слабый, едва прощупывается, падение артериального давления, нарастающая сонливость.

III степень (тяжелое переохлаждение)

Температура тела 30 - 27° С, сознание отсутствует, дыхание очень редкое (4 в 1 мин), поверхностное, пульс <30 в 1 мин лишь на сонной артерии, артериальное давление не определяется, возможны судороги, рвота, выраженное окоченение конечностей и челюстей, отморожения и оледенение конечностей, отморожения лица.

Первая помощь.

Перенести (перевести) в теплое помещение или, по крайней мере, укрыть от ветра. Сменить одежду на сухую и теплую. Уложить горизонтально и запретить двигаться. Не массировать и не растирать. Возвышенное положение отмороженных конечностей. Контроль температуры и частоты пульса для определения степени гипотермии.

Легкая гипотермия: допускается активное внешнее согревание любыми способами. Горячее, очень сладкое питье (горячая пища). Алкоголь только как обезболивающее и успокаивающее средство: только взрослым; только в теплом помещении; не более 50 мл чистого алкоголя; не давать пострадавшим, уже находящимся в алкогольном опьянении, не давать повторно.

Средняя гипотермия: активное внешнее согревание только туловища. Теплоизолирующие повязки на конечности. Горячее, очень сладкое питье (при сохранном сознании и возможности глотать жидкость). Алкоголь не предлагать.

Тяжелая гипотермия: бережные манипуляции (перекладывание, смена одежды). Контроль частоты пульса и дыхания.

16. Первая помощь при отморожениях.

Признаки отморожения.

I степень. Возникает при непродолжительном воздействии холода. После отогревания: цвет –красный, колющие боли; зуд.

II степень. Возникает при более продолжительном воздействии холода. Ощущения те же, но более интенсивнее, держатся 2-3 дня. Характерный признак — образование пузырей с прозрачным содержимым.

III степень. Дряблые пузыри наполнены кровянистым содержимым. Происходит омертвление (некроз) всей толщи кожи, подкожной клетчатки и части подлежащих мягких тканей, с развитием в исходе рубцов.

IV степень. Сочетается с отморожением III и II степени. Омертвевают все слои мягких тканей, с поражением костей.

ВНИМАНИЕ!

Вопрос нужна ли помощь врача может решиться после отогревания. Если придавить кожу области отморожения пальцем, она не сдавливается,

лишена упругости, твердая, бледная, восковидная, как свечка (промерзшая насквозь) - **немедленно** вызвать врача, не дожидаясь отогревания.

Первая помощь при отморожениях.

1. Прекратить воздействие холода (как можно быстрее доставить пострадавшего в дом, палатку, автомобиль и т. п).
2. Снять промерзшую обувь, перчатки, мокрую одежду;
3. Освободить руки от металлических предметов (часов, колец, браслетов);
4. Медленное согревание:
 - теплыми руками другого человека, дыханием, легким растиранием руками.
 - опустить пострадавшую часть тела в слегка теплую воду (20-24 °С), после медленно и плавно (в течение 15 минут) повышать температуру воды до 37–40 °С. В ней поврежденная часть тела находится еще 15 минут. Этого достаточно для того, чтобы отмороженный участок отогрелся.

У человека с обморожением снижена чувствительность или отсутствует. Он неадекватно воспринимает тепло – не ощущает разницы между холодной, теплой и горячей водой. Важно: лично контролировать температуру воды и не позволять пострадавшему руководить собой (не реагировать на просьбы «сделать теплее»).

5. Наложить повязку — сухую, стерильную (чистую), свободную.



При обморожении нескольких пальцев рук или ног обязательно положите между ними полосы ткани.

Положить на поражённую поверхность слой марли, толстый слой ваты, вновь слой марли. По возможности - сверху клеёнку или прорезиненную ткань, укутать шарфом, свитером. Тепло должно возникнуть внутри с восстановлением кровообращения.



6. Переодеть пострадавшего в сухую одежду, закутать в одеяла.

7. Дать обильное теплое питье (не алкоголь!), горячую пищу. Таким образом согревание идет изнутри.

При наличии боли можно дать обезболивающий препарат. Но помните, лекарственные средства может назначить **только медицинский работник !!!**

Лечение в домашних условиях возможно лишь при отморожении первой степени. Обнаружение признаков более серьезного повреждения тканей холодом (второй — четвертой степени) — повод для неотложного обращения за медицинской помощью.

Запрещается: интенсивно массировать обмороженные конечности; растирать их снегом; отогревать горячей водой, у горящего огня; прокалывать пузыри; натирать пораженные конечности маслом, жиром.

17. Первая помощь при эпилептическом припадке.



- Вызвать скорую медицинскую помощь, точно описав картину приступа.
- Профилактика черепно-мозговой травмы - мягкое удержание головы пострадавшего при судорогах. Нельзя грубо удерживать больного, нельзя разжимать его челюсти какими-либо предметами - травмы зубов от этого бывают чаще, чем прикусывание языка!
- Повернуть голову на бок, чтобы у больного не произошло аспирации пеной.
- Обеспечить доступ свежего воздуха, расстегнуть стесняющую одежду.
- После приступа придать стабильное боковое положение, чтобы избежать аспирации слюной, рвотными массами (кроме того через 2-3 минуты мышцы начнут расслабляться, и существует возможность остановки дыхания из-за западения языка, мышцы которого тоже расслабляются).



Надо	Не надо
Положить что-то мягкое под голову (придерживать голову)	Разжимать челюсти (если и произошел прикус языка, нет смысла разжимать челюсти – травма уже произошла)
Повернуть на бок	Вкладывать в рот таблетки, давать воду
Убрать опасные предметы	Пытаться удерживать человека
Ослабить воротник	Делать искусственное дыхание
Засечь время	Оставлять на спине с запрокинутой головой (в этом положении возможно западение языка)

18. Основные принципы первой помощи при отравлениях.

Отравления ядовитыми веществами, попавшими в организм при дыхании.

1. **Осмотрите и оцените** ситуацию. Старайтесь не входить в закрытые помещения. Помните, что некоторые отравляющие газы могут быть одновременно бесцветными и не иметь запаха. Вы должны всегда думать о своей безопасности.

2. **Вызовите** службу скорой медицинской помощи.
3. **Переместите** пострадавшего на свежий воздух.
4. **Осмотрите** пострадавшего. Если пострадавший в сознании, помогите ему ослабить одежду на шее и груди для облегчения дыхания. Ожидая прибытия службы скорой медицинской помощи, узнайте, какой яд вдохнул пострадавший, когда и в каком количестве.

Отравление угарным газом.

ОТРАВЛЕНИЕ УГАРНЫМ ГАЗОМ



Может наступить при пожаре, при длительном нахождении в работающем автомобиле, особенно если при этом автомобиль находится в гараже, при использовании печного отопления.

! Признаки:

- | | |
|--|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1 Головная боль; 2 Головокружение; 3 Нарушение логического мышления; 4 Тошнота, рвота; 5 Неприятные ощущения в области сердца; | <ol style="list-style-type: none"> 6 Покраснение кожных покровов, а при более тяжелой степени отравления – появление синюшной окраски на лице; 7 Возбуждение, сменяющееся вялостью, сонливостью, оглушение. |
|--|---|

+ Первая помощь:



1 Вынести пострадавшего на свежий воздух



2 Вызвать скорую помощь



3 Освободить пострадавшего от стесняющей одежды



4 Уложить пострадавшего на бок



5 Дать пострадавшему понюхать ватку, смоченную нашатырным спиртом



6 Если пострадавший в сознании, до приезда врача можно поить его сладким чаем или кофе

Отравления через пищеварительную систему (пищевые, токсические, алкогольные, лекарственные и др.).

Общие рекомендации.

Вызвать скорую помощь при возможном отравлении необходимо даже в том случае, если у вас нет уверенности в том, что человек действительно выпил что-то ядовитое.

1. **Наблюдайте** за состоянием пострадавшего. Если пострадавший реагирует на активацию, ожидая прибытия службы скорой медицинской помощи, узнайте, какой яд был употреблен, когда это произошло и в каком количестве.
2. Если нет [противопоказаний](#), **промыть** желудок водой «ресторанным» способом (напоить пострадавшего водой комнатной температуры, вызвать рвоту, повторить несколько раз).

Противопоказания:

- нарушения сознания,
 - отравления веществами «прижигающего» действия (кислоты, щелочи).
3. **При отравлении лекарствами** промывать желудок чистой водой комнатной температуры.
 4. Только после промывания желудка следует принять активированный уголь - 10-20 таблеток (20-30 г.) (лучше предварительно растолочь уголь и размешать его в воде). Уголь хорошо адсорбирует ядовитые вещества, препятствуя проникновению их в кровь.
 5. До приезда врача не давать больному заснуть.
 6. Опустить ноги пострадавшего в горячую воду, на голову положить холодный компресс или пузырь со льдом.

Отравление этиловым спиртом (алкогольные напитки, спиртосодержащие бытовые жидкости, парфюмерия).

Признаки:

- эмоциональная неустойчивость;
- нарушенная координация движений;

- покрасневшая кожа лица;
- тошнота и рвота;
- угнетение дыхательной функции и нарушения со-знания (в тяжелых случаях);
- при тяжелых токсических поражениях развивается коматозное состояние (потеря сознания, снижение болевой чувствительности).
- При глубокой коме может возникнуть западение языка, непроизвольная рвота и попадание рвотных масс в дыхательные пути.

Первая помощь.

Вызвать скорую медицинскую помощь. Если пострадавший находится в сознании, то до приезда врача можно дать ему понюхать ватку, смоченную нашатырным спиртом, и промыть желудок. Для промывания желудка нужно выпить воды с добавлением пищевой соды (1 ч. л. соды на 1 л воды), после чего следует раздражать корень языка для вызывания рвотного рефлекса. Повторить процедуру несколько раз. При наличии активированного угля можно дать пострадавшему до 20 таблеток.

При отсутствии сознания придать [стабильное боковое положение](#), для того чтобы избежать попадания рвотных масс в дыхательные пути при рвоте, которая может возникнуть спонтанно, и профилактики западения языка, что может привести к удушью. Если происходит остановка дыхания и сердечной деятельности, то необходимо [применить методы сердечно-легочной реанимации](#).

Отравление кислотами и щелочами.

Отравления кислотами (азотная, серная, соляная кислота, «царская водка» — смесь соляной и азотной кислот; паяльная кислота, или «жидкость», — раствор хлористого цинка в соляной кислоте, муравьиная, уксусная, молочная, щавелевая, лимонная, виннокаменная кислота). Наиболее часто происходят отравления **уксусной эссенцией** — 70%-ным раствором уксусной кислоты.

Признаки:

- резкая боль в ротовой полости, глотке и по ходу желудочно-кишечного тракта. При глотании боль усиливается и сохраняется не менее недели. При ожоге желудка наблюдаются резкая боль и рвота с примесью крови.
- осипший голос;
- синюшность кожи;

- удушье.

Отравление щелочами (едкий натр — «каустическая сода», «каустик», «едкая сода»; едкое кали — гидрат окиси калия, «поташ»; окись кальция — «негашеная известь»; аммиак, нашатырный спирт, жидкое стекло и др.).

Признаки:

- ожоги отличаются большой глубиной поражения (в отличие от ожогов кислотами);
- сильная жажда;
- слюнотечение;
- кровавая рвота;
- развитие болевого шока;
- в случае отравления нашатырным спиртом происходит угнетение дыхательного центра, наблюдается развитие отека легких и мозга.

Первая помощь при отравлениях кислотами и щелочами.

1. Прополоскать рот и глотку водой. Рвоту вызывать нельзя!
2. Немедленно вызвать скорую помощь, так как показано промывание желудка через зонд (это может проводить только врач).
3. При отравлении кислотой пострадавшему дают слизистые отвары, молоко, яичный белок, растительное масло. **Важно!** При отравлении карболовой кислотой и её соединениями (лизол, фенол) нельзя давать молоко и жиры.
4. Для ослабления действия кислоты дают пить известковую воду или жжёную магнезию. Нельзя принимать соду и другие слабые щелочи — это вызовет бурную реакцию в желудке.
5. При отравлении щёлочью выпить любую слизистую жидкость и 2% раствор лимонной кислоты (малыми порциями каждые 5 минут).
6. Слабительное давать нельзя, при необходимости до приезда врача сделать искусственное дыхание.
7. Для уменьшения болевого синдрома на область желудка положить лёд.

Вызов скорой помощи ОБЯЗАТЕЛЕН!

Отравление ядовитыми грибами.

ОТРАВЛЕНИЕ ЯДОВИТЫМИ ГРИБАМИ



Причины развития:

1. Незнание признаков несъедобных и ядовитых грибов.
2. Неправильная обработка перед приготовлением или неправильное приготовление грибов.

⚠️ **Признаки:**

Первые признаки отравления могут появиться через 2-12 часов после употребления грибов

- | | |
|---------------------------------------|---|
| 1 Тошнота, рвота; | 5 Воспаление желудка и тонкого кишечника (острый гастроэнтерит); |
| 2 Слабый пульс; | 6 Сильные боли в животе с диареей до 10-15 раз. |
| 3 Повышенная температура тела; | |
| 4 Руки и ноги холодеют; | |

ВНИМАНИЕ! Некоторые из перечисленных признаков могут отсутствовать или быть выраженными слабо!

+ **Первая помощь:**

1  Вызвать скорую помощь	2  Промыть пострадавшему желудок большим количеством воды или слабо-розового раствора марганцовки	3  Уложить пострадавшего в постель, укутать его, приложить теплые грелки к рукам и ногам.	4  До приезда врача непрерывно давать пострадавшему теплое питье для предотвращения обезвоживания.
--	---	--	--

По возможности сохраните остатки грибов, вызвавших отравление. Они могут позже понадобиться врачу для уточнения диагноза.

Общие мероприятия первой помощи при всех видах отравлений:

- обеспечить доступ свежего воздуха;
- сердечно-легочная реанимация при исчезновении «признаков жизни»;
- контроль сознания, дыхания и кровообращения до приезда скорой медицинской помощи.

19. Первая помощь при гипертоническом кризе.

Признаки:

1. Сильная головная боль.
2. Головокружение.

3. Сердцебиение.

4. В более тяжелых случаях присоединяются:

- тошнота, рвота,
- боли в сердце,
- расстройства зрения,
- нарушение сознания.

Первая помощь.

1. Создать полный физический и душевный покой.
2. Помочь измерить артериальное давление. Если у больного имеются лекарственные средства, понижающие давление, дать их немедленно.
3. Вызвать скорую помощь,
 - если эти мероприятия не дали улучшения в течение часа;
 - продолжается подъем давления;
 - появилась боль за грудиной;
 - возникли нарушения речи или потеря сознания.

20. Первая помощь при инсульте.

КАК РАСПОЗНАТЬ ИНСУЛЬТ

<p>Попросите улыбнуться: при инсульте улыбка будет кривая - одна сторона тела не слушается, уголок губ опускается, а не поднимается.</p>	<p>Пусть больной скажет своё имя или любое простое предложение: если инсульт, то речь будет замедленной, с запинками, как у пьяного.</p>
<p>Предложите поднять вверх руки: рука с поражённой части тела окажется ниже другой.</p>	<p>Попросите высунуть язык: если инсульт, то он будет кривой и несимметричной формы либо западёт на одну сторону.</p>

Другие признаки (распознаются самим пострадавшим):

1. Нарушение равновесия.
2. Слабость, онемение в руке или ноге (чаще на одной стороне тела).
3. Нарушение зрения, двоение в глазах.
4. Сильная головная боль.

Первая помощь.

ВАЖНО! В течение первых 3-х часов больного надо доставить в реанимацию!

Помощь до приезда врача:

1. Полный покой в положении лежа. Приподнять верхнюю половину туловища, уложив на подушки.
2. Обеспечить приток свежего воздуха.
3. Если больной в сознании, до прихода врача не поить больного.
4. Если пострадавший в бессознательном положении, не трогать его. Транспортировать можно только по указанию врача.

21. Первая помощь при приступе бронхиальной астмы.

Признаки:

1. Дыхание редкое, свистящее. Удлиненный и затрудненный **выдох**.
2. Жужжащие хрипы в груди, слышные на расстоянии.
3. Приступообразный кашель, сначала сухой, потом с трудноотделяемой стекловидной мокротой.
4. Губы и лицо синюшной окраски.
5. Грудная клетка вздута, напряжена.
6. Вынужденное положение - больной наклоняется и упирается во что-нибудь руками (стол, стену, спинку стула).

Приступ может продолжаться от нескольких минут до 2-4 часов. При отсутствии помощи состояние может стать опасным для жизни.

Помощь.

При появлении **предвестников** достаточно обеспечить покой и приток свежего воздуха (расстегнуть воротник, вывести на свежий воздух). Помочь больному воспользоваться дозированным ингалятором.

При приступе:

1. Попытаться успокоить человека, помочь ему нормализовать дыхание. Состояние больного зависит от способности расслабиться и успокоиться.
2. Усадить с упором на грудь и наклоном вперед, так как в таком положении открываются дыхательные пути. Одно из наиболее **удобных положений** при приступе — сидя на стуле (лицом к спинке). Под грудь подложить подушку.

3. Необходимо незамедлительно воспользоваться дозированным ингалятором (он всегда должен быть у астматиков).

4. Вызвать **скорую немедленно** если:

- это первый приступ;
- лекарство не помогло;
- пострадавшему трудно дышать, и говорит он с трудом;
- налицо симптомы крайнего изнеможения.

22. Первая помощь при утоплении.



УТОПЛЕНИЕ

Первая помощь:

- 1** Извлечь пострадавшего из воды, соблюдая технику собственной безопасности.
- 2** Незамедлительно вызвать скорую помощь.
- 3** Очистить полость рта от слизи и инородных предметов.
- 4** Уложить пострадавшего животом вниз на колени оказывающего первую помощь и дать вытечь воде из дыхательных путей.
- 5** Если пострадавший находится в сознании, до приезда врача необходимо укрыть его тёплым одеялом и напоить тёплым чаем.
- 6** При отсутствии у пострадавшего признаков самостоятельного дыхания и сердечной деятельности, необходимо немедленно приступить к сердечно-лёгочной реанимации.

Техника проведения сердечно-лёгочной реанимации

- 1** Уложить пострадавшего на ровную поверхность, подложить под шею валик из одежды.
- 2** Нижнюю челюсть пострадавшего выдвинуть вперёд и вверх.
- 3** Сделать глубокий вдох, через носовой платок плотно прижаться губами ко рту или к носу пострадавшего, вдуть воздух. При этом, если искусственное дыхание осуществляется «рот в нос», то пострадавшему зажимают рот, а если «рот в рот» - наоборот.
- 4** Одновременно с искусственным дыханием необходимо ритмично прямыми руками нажимать на нижнюю треть грудины пострадавшего так, чтобы на один вдох приходилось 4-5 надавливаний.
- 5** При первой возможности пострадавшего необходимо доставить в стационар!

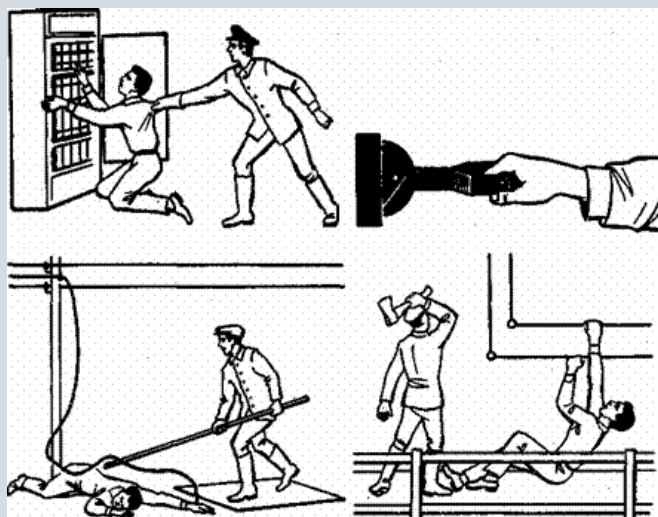
23. Первая помощь при поражении электрическим током (ударом молнией).

Повреждение электрическим током (электротравма) возникает при воздействии молнии или электрического тока высокого напряжения. Воздействие тока напряжением выше 100 вольт опасно, а свыше 500 вольт - почти всегда смертельно. Степень тяжести электротравмы зависит от состояния кожных покровов человека, влажности его одежды, продолжительности контакта с источником электричества. Поражение электрическим током может сопровождаться ожогами.

Признаки. Возможно обморочное состояние, остановка дыхания, судороги, параличи. На коже могут возникнуть термические ожоги, "знаки тока" или "знаки молнии" (участки кожи желтовато-бурого цвета или древовидные разветвленные красные полосы). При сильных электроразрядах может наступить мгновенная смерть.

Как прекратить воздействие тока?

При оказании первой помощи пострадавшему от воздействия электрического тока в первую очередь необходимо прекратить воздействие тока. Для этого необходимо отключить источник тока с помощью выключателя, рубильника или выдернуть вилку из розетки. Если это сделать невозможно, необходимо оттащить пострадавшего от источника тока. Ни в коем случае нельзя брать пострадавшего за оголенные участки тела, иначе можно самому получить электротравму. Для того чтобы оттащить пострадавшего или убрать оголенные провода, можно воспользоваться предметами, плохо проводящими электрический ток: это могут быть резиновые перчатки и сапоги, шерстяная сухая одежда, сухая веревка.



Если оголенный провод и пострадавший лежат на земле, нельзя приближаться к нему широкими шагами — можно попасть под шаговое напряжение. **Шаговое напряжение** — это напряжение, возникающее между двумя ногами на расстоянии шага (примерно 70-80 см) при нахождении в зоне падения на землю оголенного конца провода, находящегося под напряжением. Шаговое напряжение тем выше, чем ближе человек находится к месту падения поврежденного электрического провода. Подходить следует короткими шаркающими шагами (так же как и отходить). Такая тактика не позволяет возникнуть шаговому напряжению. Радиус действия шагового напряжения составляет 8-10 м (по некоторым данным — до 20 м).

Первая помощь.

- Соблюдая меры собственной безопасности, отключить источник тока.
- Вызвать «скорую помощь».
- Если пострадавший в сознании, уложить его, расстегнуть стесняющую одежду, согреть, создать полный покой до приезда врача. При наличии [ожога](#) наложить повязку.
- Если пострадавшего без сознания, но с сохраненным устойчивым дыханием и пульсом - придать [стабильное боковое положение](#).
- Если у пострадавшего отсутствует дыхание и пульс, [приступить к сердечно-легочной реанимации](#).

24. Первая помощь при инородных телах верхних дыхательных путей.

При попадании инородного тела в дыхательные пути пострадавший: задыхается, не способен говорить, кожные покровы внезапно становятся синюшного цвета.

Первая помощь.

1. Попросить пострадавшего сделать несколько медленных вдохов и резких выдохов (кашлевых толчков). Наклонить его вперед, нанести 5 коротких ударов кистью в межлопаточную область.



2. Обхватить пострадавшего сзади руками, немного наклонить корпус вперед. Один кулак установить чуть выше пупка под реберной дугой. Накрыть кулак другой ладонью и сильным толчком внутрь и вверх (под ребра) надавить на него. Повторить серию надавливаний 5 раз.



3. Если пострадавший без сознания, обеими ладонями резко надавить на реберные дуги, если пострадавший на спине. При положении на животе произвести резкие толчки ладонью (5 раз).



4. Извлечь посторонний предмет пальцами, обернутыми салфеткой. Перед извлечением инородного тела, необходимо повернуть голову набок.



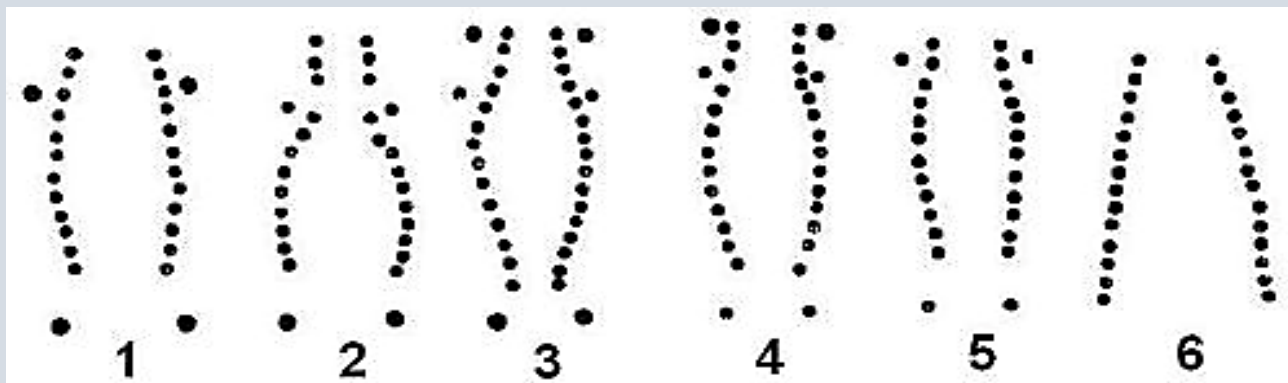
Оказание помощи детям при инородных телах верхних дыхательных путей.



25. Первая помощь при укусах.

Первая помощь при укусах змей.

Внешние признаки укуса ядовитой и неядовитой змей:



Укус неядовитой змеи оставляет на теле 2 полосы тонких мелких царапин (6). Укус ядовитой змеи также оставляет 2 полосы царапин, но на конце каждой полосы имеется прокол от клыков. В месте укуса ядовитой змеей обычно наблюдается местная реакция организма — возникает геморрагический отек и некроз. Змеи без причины не нападают, яд экономят.

Укус змей **семейства гадюковых** любого вида вызывает сильнейшую боль с последующим отеком. При тяжелой степени интоксикации в течение 15-30 мин возможны головокружение, тошнота, рвота, диарея, повышенное потоотделение, озноб, тахикардия. При особо повышенной чувствительности могут наступить потеря сознания, значительное падение кровяного давления, почечная недостаточность, судороги. Случаи смертельного исхода после укуса гадюки довольно редки, несмотря на сильную токсичность яда этой змеи. В подавляющем большинстве случаев последствия укуса исчезают через 2-4 дня, но могут растянуться на более продолжительный срок.

Оказание помощи при укусе неизвестной змеи.

Если вы не знаете, какой змеей совершен укус, начинайте немедленно оказывать пострадавшему такую же помощь, как при укусе ядовитой змеи.

Оказание первой помощи при укусе гадюковых.

1. Любая форма страха или паники, особенно в случае физического напряжения, немедленно ускорит сердцебиение и повысит скорость циркуляции крови. Важно успокоить пострадавшего.

2. Необходимо позаботиться об обездвиживании конечности. Мышцы, сокращаясь, стимулируют распространение яда по организму. Идеальный вариант – обездвиживание самого пострадавшего. Пострадавшего следует уложить.



3. Обнаружить место укуса и тщательно промыть его водой. Если змея укусила сквозь одежду, ее нужно снять и внимательно осмотреть. Бывает, что весь яд впрыскивается в ткань. Затем нужно осмотреть кожу. На ней могут остаться капли яда. Их необходимо осторожно и тщательно устранить. Поверхностные повреждения следует промыть чистой водой в больших количествах.

4. Если укус пришёлся в руку — снять кольца, браслеты и прочее, чтобы не сдавливали ткани при отёке.

5. Выдавить пальцами из ранки капли крови. Яд из раны необходимо удалить, используя при этом специальные приспособления (шприц, резиновая груша и пр.). Высасывание эффективно только в течение первых 10 минут.

Можно использовать импровизированные «банки», создавая в них вакуум при помощи зажигалки или зажженной спички.



Ртом отсасывание производят в случае, когда отсутствуют приспособления для отсасывания яда. При этом надо постоянно сплевывать отсасываемую жидкость, а также периодически промывать полость рта. Но если в ротовой полости есть повреждения, яд может попасть через них в кровь. К тому же, у пострадавшего может быть серьезная инфекция, и можно заразиться от него таким способом.

Результат зависит от того, насколько быстро начать это мероприятие (лучше через несколько секунд после укуса). К тому же края раны быстро сомкнутся и отекут. Не надо терять время на перетаскивание пострадавшего в более удобное место, действовать быстро и спокойно.

6. Обработать ранку антисептиками (йодом, спиртом, перекисью водорода). Местно - холод, возвышенное положение конечности.
7. Для уменьшения концентрации яда в организме нужно увеличить массу воды в нем и активизировать выведение яда с помощью обильного теплого питья (чая, подсоленной или минеральной воды). Теплая жидкость быстрее всасывается в желудке. При этом следует также стимулировать мочевыделение при помощи мочегонных препаратов. Не давать алкоголь!
8. Укушенного необходимо как можно быстрее доставить в ближайшее медицинское учреждение, где введут сыворотку «Антигадюка». Транспортировать желательно в положении лежа, обездвижив укушенную конечность повязкой или шиной, как при переломе руки или ноги.

Если прошло четверть часа и в укушенном месте не наблюдается ни боли, ни распухания, голова не болит, а во рту нет чувства сухости, значит, укус не содержал яда.

Первая помощь при укусах животного (домашних и диких).

Зубы прокалывают, разрывают, царапают, или раздавливают ткани человека. Для ран от укусов животных характерны неровные края, нередко с повреждением мышц, сухожилий и сосудов. Раны от укусов животных часто загрязнены слюной животных. В большинстве случаев укусы исходят от собак, кошек, мышей, крыс, енотов, хомячков, лис. Опасность укуса животного зависит от размеров и глубины укуса, заразности животного, эффективности мер первой помощи, оказываемой пострадавшему от укуса животного человеку. Наибольшая опасность укуса животного связана с возможностью заражения человека **бешенством**. Менее опасные, но гораздо более частые осложнения укусов животных это инфицирование раны и нагноение.

Следует помнить:

- укусы **кошек** чаще приводят к развитию местной инфекции (возможно, потому что на них реже обращают внимание и серьезно лечат). Кроме того, в пасти

кошки имеется множество микробов. Практически в 50% случаев укусов кошек происходит заражение.

- от простых ран заражаются чаще, чем от серьезных укусов потому, что при глубоких укусах, обычно обращаются за медицинской помощью, а на мелкие легкомысленно не обращают никакого внимания.
- дикие животные (лисы, волки) являются переносчиками возбудителя **бешенства** чаще, чем домашние животные.
- укусы крыс особенно опасны, так как крысы могут быть носителями спирохет, которые вызывают в организме развитие так называемой лихорадки (содоку), которая сопровождается сильным повышением температуры и протекает длительно с частыми обострениями.

Первая помощь.

- Промывать рану водой с мылом не менее пяти минут;
- для остановки кровотечения после промывания следует зажать рану стерильной салфеткой;
- после остановки кровотечения края раны обрабатываются йодом и мазью с содержанием антибиотиков, рана перевязывается стерильным материалом;
- следует незамедлительно обратиться в травмпункт или поликлиническое отделение для оказания дальнейшей помощи и наблюдения.

Если в последние 5 лет Вам не делали прививки от столбняка, обязательно скажите об этом доктору.

Обязательно **повторно** обратитесь к врачу, если:

- отмечается боль, покраснение и припухлость в области раны
- появились выделения и неприятный запах из раны
- повысилась температура тела (выше 38,0°C)

Как следует относиться к укусившему животному?

Если укусившее вас животное бродячее или же вы не знаете его хозяина, то следует в обязательном порядке обратиться в больницу. Своевременно оказанная помощь значительно снизит шансы заражения бешенством. Если по каким-то причинам животное не удалось изолировать или оно убежало, или погибло, то укушенному прописывается полный курс проведения прививок против бешенства.

Если у животного выявлена принадлежность к хозяину или оно является домашним, постарайтесь поговорить с его владельцем и выяснить период прививки животного от бешенства (если таковая имела место). Хозяин должен представить справку или другой документ, подтверждающий наличие у животного прививки. Справка необходима для предоставления лечащему врачу и в травмпункте. Укусившее вас животное должно находиться под тщательным наблюдением не менее десяти дней. Это наблюдение необходимо для выявления отклонений в поведении животного и его здоровье. Если таковых не выявлено, то укушенному прививки не делаются. В противном случае он проходит полный курс вакцинации.

Первая помощь при укусах клещей.

При обнаружении клеща нельзя его раздавливать или удалять с применением усилий. Необходимо наложить ватный тампон смоченный растительным маслом на клеща. В течение 20-30 минут клещ отпадает сам или легко удалится при незначительном потягивании. Ранку следует обработать йодом и срочно обратиться в лечебное учреждение для проведения профилактики клещевого энцефалита (при этом желательно принести с собой **живого** клеща). От результатов исследований определяется курс необходимого лечения.

КАК САМОСТОЯТЕЛЬНО УДАЛИТЬ КЛЕЩА



1. Пинцетом или пальцами обёрнутыми марлей: захватить клеща как можно ближе к его ротовому аппарату и повернуть вокруг оси. Осторожно извлечь его целиком.



2. Ниткой: завязать нитку в узел как можно ближе к хоботку клеща, затем, раскачивая и подтягивая его вверх, извлечь.



3. Место укуса обработать спиртосодержащим средством, если головка оторвалась, то удалить прокалённой иглой как занозу.



4. Тщательно помыть руки.



5. Обратиться к врачу.

26. Неотложные состояния при сахарном диабете.

Сахарный диабет развивается из-за недостатка гормона инсулина, отвечающего за регуляцию глюкозы в крови, или снижения чувствительности к нему. При недостатке инсулина концентрация глюкозы увеличивается. При сахарном диабете может произойти резкое ухудшение самочувствия — из-за сильного повышения или снижения уровня глюкозы в крови.

Повышенное содержание глюкозы в крови.

Причины: переизбыток пищи, богатой углеводами, снижение дозы инсулина и других сахароснижающих препаратов (или прекращение введения), сопутствующие острые и обострение хронических воспалительных заболеваний.

Признаки: нарастание сухости во рту, жажда, слабость, сонливость, бледность, головная боль, жажда, рвота, появляются кожный зуд и специфический запах «моченых яблок» изо рта. Это состояние развивается постепенно.

Первая помощь.

Если больной лечился инсулином, надо выяснить, когда последний раз он принимал это лекарство. Если обнаружен большой перерыв в лечении инсулином, надо **помочь сделать инъекцию привычной дозы инсулина.**

Пониженное содержание глюкозы в крови.

Причины: после инъекции инсулина или приема других сахароснижающих препаратов не была принята пища, были физические нагрузки, употребление алкоголя.

Признаки: обильный пот, дрожание конечностей, резкое чувство голода, слабость, изменение поведения: возбуждение, неадекватность поведения, в тяжелых случаях – потеря сознания и судороги. Это состояние развивается внезапно.

Первая помощь.

Дают несколько глотков воды с разведенными в ней 3 столовыми ложками сахара (можно заменить фруктовым соком, сладкими газированными напитками (1 стакан), медом), через несколько минут дают сахар повторно.

Комы

Повышенное содержание глюкозы в крови может привести к **диабетической коме**. Это состояние наступает медленно. Дезориентация и нарушение сознания, что напоминает опьянение. Учащенное затрудненное дыхание, горячая сухая кожа, запах «моченых» яблок изо рта.

Пониженное содержание сахара может привести к **гипогликемической коме**. Для нее характерно: помутнение сознания, холодная влажная кожа, судороги.

Внимание: если человек без сознания, ни в коем случае не пытайтесь давать ему что-либо есть или пить!

Что делать, когда человек без сознания?

Вы уверены, что перед вами - **диабетическая кома (повышенное содержание глюкозы)**. Вы не знаете, где взять инсулин, не знаете, какая дозировка нужна. Возможны отрицательные последствия.

Инсулин без врача не вводить!

Задача: сохранить больному жизнь до приезда скорой.

1. **Переверните больного на бок** ([стабильное положение на боку](#)). Этим действием вы обеспечите проходимость дыхательных путей. В любую минуту у него может начаться рвота. С первых минут вся опасность комы заключается в том, что больной может захлебнуться рвотными массами или задохнуться от западения языка.

2. **Вызывайте скорую помощь.**

3. **Наблюдайте за характером дыхания** больного и следите за тем, чтобы дыхательные пути сохраняли проходимость. А для этого надо салфеткой, носовым платком, пальцем, в конце концов, очищать человеку полость рта от содержимого. **Проверьте пульс, зрачки, наблюдайте за дыханием** - если пульс не прощупывается и больной не дышит, приступайте к [сердечно-легочной реанимации](#).

4. Если есть пульс и больной дышит, то **обеспечьте доступ воздуха**.

Ситуация, когда человек в сознании или сознание спутано (**контакт сохранен**). *Если вы не знаете, вызвано ли состояние высоким или низким содержанием сахара, все равно дайте ему сладкое питье. При*

гипогликемической коме вы можете спасти человеку жизнь. А если подобное состояние вызвано высоким уровнем глюкозы в крови, то это не принесет ему большего вреда.

27. Роды в дороге.

Если это случится в поезде или самолете, прежде всего надо обратиться к проводнику или стюардессе, которые постараются найти среди пассажиров медика. Первую помощь сумеют оказать и сотрудник полиции, спасатель, стюардесса. Но, бывает, обстоятельства складываются так, что роды вынужден принимать неподготовленный к этому человек.

Во время родов необходимо соблюдать максимально возможную чистоту. В аптечке вагона или самолета всегда найдутся стерильный бинт, йод, спиртовой раствор бриллиантовой зелени. Потребуется и чистое белье (в поезде это не проблема). Оказывающий помощь должен тщательно вымыть руки с мылом, затем протереть их одеколоном и смазать кончики пальцев и ногти спиртовым раствором йода.

Снять одежду с нижней части тела роженицы. Помочь ей принять удобное положение либо лежа на боку, либо полусидя (лучше, если женщина лежит на том боку, где располагается спинка плода). Неспециалисту нельзя вмешиваться в течение родов и прикасаться к половым органам роженицы. В данном случае пусть природа распорядится сама процессом появления на свет нового человека.

Сначала у женщины начнутся регулярные схватки, потом отойдут воды. Необходимо ей напомнить, что тужиться необходимо только во время потуг. С окончанием потуги необходимо расслабиться, отдохнуть, набраться сил для следующей потуги.

Во время очередной схватки при нормальном течении родов головка ребенка покажется из половой щели (затылок). Как только родится головка, подставить под нее ладонь. Если лицо ребенка закрывает плодный пузырь (это происходит в том случае, если воды не отошли и плодный пузырь остался цел), необходимо сразу разорвать его руками или разрезать ножницами. Когда появятся шея и плечики ребенка, необходимо проверить, не обернулась ли вокруг шеи пуповина. Если это случилось, надо снять пуповину через голову младенца.

Далее следует поддерживать тело ребенка, пока он целиком не появится на свет. Важно, чтобы пуповина не натягивалась. Медленно положить ребенка на

мамин живот (на чистое белье) лицом вниз так, чтобы головка было чуть ниже тела. В дыхательных путях могут остаться вода и слизь, и это положение поможет новорожденному дышать, удалить слизь из его ротика и ноздрей. Делать это следует осторожно: слизистые оболочки его чрезвычайно нежны.

Приблизительно через минуту после рождения ребенка пуповину перевязывают в двух местах – на расстоянии 10 и 15 см от пупка новорожденного. Узел, завязанный ближе к ребенку, должен быть особенно надежным. Важно помнить, что пуповину нужно перерезать, когда начнет рождаться плацента (этот процесс длится около 30 минут). Пуповину между узлами обрабатывают спиртовым раствором йода. Ножницы или перочинный нож обжигают в пламени спички или зажигалки и обрабатывают раствором йода, а затем перерезают пуповину между узлами. Поверх конца пуповины со стороны ребенка нужно наложить повязку из стерильного бинта. Малыша следует запеленать в чистую простыню и закутать в одеяло или теплую одежду.

После рождения ребенка матери необходимо лежать, поскольку роды еще не закончились. Должно отделиться и родиться детское место. Ни в коем случае нельзя тянуть за пуповину. Это может вызвать нарушение нормального отделения и рождения последа.



















После того как послед появится из половых путей, его нужно завернуть в ткань, положить в пакет, так как плаценту обязательно осмотрит врач больницы, в которую будут доставлены мать и дитя. Нужно положить на низ живота роженицы холод (бутылка с холодной водой либо льдом), а на промежность стерильную салфетку либо прокладку.



Через 10-15 минут, если все прошло благополучно, новорожденный становится розовым, дышит ровно и громко кричит. В таком случае его можно тут же приложить к груди матери. Однако как бы ни прошли роды – благополучно или с осложнениями, — мать и новорожденного нужно как можно быстрее доставить в ближайшее медицинское учреждение.

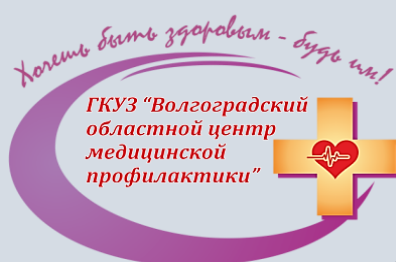
28. Номера телефонов экстренных служб.

Страна	SOS (единый)	Пожарная служба	Полиция	Скорая помощь	Прочие
 Азербайджан	112	101	102	103	104 (служба газа), 186 (Аварийная служба электросети)

 Армения	911 или с мобильного 112	101	102	103	104 (служба газа), 177 (дорожная полиция)
 Республика Беларусь	112 или 911	101	102	103	104 (служба газа), 589 (дорожная милиция)
 Болгария	112	160	166	150	165 (дорожная полиция)
 Босния и Герцеговина	112/911/08	123	122	124	
 Венгрия	112	105	107	104	
 Германия	112	112	110	112	
 Грузия	112 ^[4]	111	121	113	114 (МЧС, служба газа)
 Евросоюз	112				
 Израиль	112 на GSM телефонах	102	100	101	106 (муниципальная инспекция)
 Иран	110	125	110	115	
 Казахстан	112	101	102	103	104 (МЧС, служба газа)
 Канада,  США	911 и 112 на GSM телефонах.				
 Киргизия	112	101 (МЧС)	102	103	104 (служба газа)
 КНР	112	119	110	120	122 (ДТП), 999 (частная скорая помощь в Пекине)
 КНДР	819 и 112 на GSM телефонах				
 Корея	112 и 801	119	112	119	111 (горячая линия национальной безопасности), 182 (горячая линия о пропавших без вести).
 Латвия	112 (и сообщение смс)	01 (стационарный) 112	02 (стационарный) 110	03 (стационарный) 113	114 (Служба газа)
 Литва	112	01(TEO LT) 101(Omnitel) 011(Bitè/Tele2)	02(TEO LT) 102(Omnitel) 022(Bitè/Tele2)	03(TEO LT) 103(Omnitel) 033(Bitè/Tele2)	

 Македония	112	193	192	194	
 Молдавия	112	901	902	903	904 (МЧС, служба газа)
 Монголия	100	101	102	103	
 Польша	112	998	997	999	992 (служба газа)
 Россия	112, 101	01 (до 2017 года), 101 — на данный момент вызов осуществляется по обоим номерам.	02 (до 2017 года), 102 — на данный момент вызов осуществляется по обоим номерам.	03 (до 2017 года), 103 — на данный момент вызов осуществляется по обоим номерам.	04 (служба газа)(до 2017 года), 104 — на данный момент вызов осуществляется по обоим номерам, 121 и 123 — телефонная линия ребёнок в опасности.
 Румыния	112	981	955	961	956 (жандармерия)
 Сербия	112	193	192	194	
 Словакия	112	150	158	155	
 Словения	112	112	113	112	
 Таджикистан	112	101	102	103	104 (служба газа)
 Турция	112				
 Узбекистан	112	101	102	103	104 (служба газа)
 Украина	112	101 (МЧС)	102	103	104 (служба газа)
 Финляндия	112				
 Хорватия	112	193	192	94	9155 (служба спасения на море), 1987 (помощь на дорогах)
 Чехия	112	150	158	155	156 (муниципальная полиция)
 Черногория	112	123	122	124	
 Швейцария	112	118	117	144	145 (химические отравления)

 Эстония	112	112	110	112	
 Япония		119	110	119	118 (ЧС на море). Вопросы по ЧС: #7119 (бесплатный звонок).



400081 Волгоград
ул. Политрука Тимофеева, дом 5
Телефон/факс: +7 (8442) 36-26-20
Адрес электронной почты:
vosmp@vomias.ru

Адрес сайта: <http://vosmp.oblzdrav.ru>

