

ОКАЗАНИЕ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ



БелГУ
BELGOROD STATE
UNIVERSITY (BelSU)



Центр охраны труда и
экологии НИУ «БелГУ»

РАССМАТРИВАЕМЫЕ ВОПРОСЫ:

Тема 3. Оказание первой помощи при наружных кровотечениях и травмах

1. Цель и порядок выполнения обзорного осмотра пострадавшего.
2. Понятия «кровотечение», «острая кровопотеря».
3. Признаки различных видов наружного кровотечения (артериального, венозного, капиллярного, смешанного).
4. Способы временной остановки наружного кровотечения: пальцевое прижатие артерии, наложение жгута, максимальное сгибание конечности в суставе, прямое давление на рану, наложение давящей повязки.
5. Оказание первой помощи при носовом кровотечении.
6. Понятие о травматическом шоке, причины и признаки.
7. Мероприятия, предупреждающие развитие травматического шока.
8. Цель и последовательность подробного осмотра пострадавшего.
9. Основные состояния, с которыми может столкнуться участник оказания первой помощи
10. Травмы головы. Оказание первой помощи.
11. Особенности ранений волосистой части головы.
12. Особенности оказания первой помощи при травмах глаза и носа.
13. Травмы шеи, оказание первой помощи. Временная остановка наружного кровотечения при травмах шеи.
14. Фиксация шейного отдела позвоночника (вручную, подручными средствами, с использованием медицинских изделий).
15. Травмы груди, оказание первой помощи.
16. Основные проявления травмы груди, особенности наложения повязок при травме груди, наложение окклюзионной (герметизирующей) повязки.
17. Особенности наложения повязки на рану груди с инородным телом.
18. Травмы живота и таза, основные проявления. Оказание первой помощи.
19. Закрытая травма живота с признаками внутреннего кровотечения. Оказание первой помощи.
20. Особенности наложения повязок на рану при выпадении органов брюшной полости, при наличии инородного тела в ране.
21. Травмы конечностей, оказание первой помощи.
22. Понятие «иммобилизация». Способы иммобилизации при травме конечностей.
23. Травмы позвоночника. Оказание первой помощи.

ЦЕЛЬ И ПОРЯДОК ВЫПОЛНЕНИЯ ОБЗОРНОГО ОСМОТРА ПОСТРАДАВШЕГО

Целью обзорного осмотра является определение признаков кровотечения, требующего скорейшей остановки. Обзорный осмотр производится очень быстро, в течение 1-2 секунд, с головы до ног (рисунок 1).



Рисунок 1

ПОНЯТИЯ «КРОВОТЕЧЕНИЕ», «ОСТРАЯ КРОВОПОТЕРЯ»

Под кровотечением понимают ситуацию, когда кровь (в норме находящаяся внутри сосудов человеческого тела) по разным причинам (чаще всего в результате травмы) покидает сосудистое русло, что приводит к острой кровопотере – безвозвратной утрате части крови. Это сопровождается снижением функции системы кровообращения по переносу кислорода и питательных веществ к органам, что сопровождается ухудшением или прекращением их деятельности.

Основные признаки острой кровопотери:

- резкая общая слабость;
- чувство жажды;
- головокружение;
- мелькание «мушек» перед глазами;
- обморок, чаще при попытке встать;
- бледная, влажная и холодная кожа;
- учащённое сердцебиение;
- частое дыхание.

Указанные признаки могут наблюдаться как при наличии продолжающегося наружного кровотечения, так и при остановленном кровотечении, а также при отсутствии видимого или продолжающегося кровотечения.

В зависимости от величины кровопотери, вида сосуда, от того, какой орган кровоснабжался поврежденным сосудом, могут возникнуть различные нарушения в организме человека – от незначительных до прекращения жизнедеятельности, т.е. гибели пострадавшего. Это может произойти при повреждении крупных сосудов при неоказании первой помощи, т.е. при неостановленном сильном кровотечении. Компенсаторные возможности человеческого организма, как правило, достаточны для поддержания жизни при кровотечении слабой и средней интенсивности, когда скорость кровопотери невелика. В случае же повреждения крупных сосудов скорость кровопотери может быть настолько значительной, что гибель пострадавшего без оказания первой помощи может наступить в течение нескольких минут с момента получения травмы.

ПРИЗНАКИ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ НАРУЖНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ (АРТЕРИАЛЬНОГО, ВЕНОЗНОГО, КАПИЛЛЯРНОГО, СМЕШАННОГО)

Наружное кровотечение сопровождается повреждением кожных покровов и слизистых оболочек, при этом кровь изливается наружу в окружающую среду.

По виду поврежденных сосудов кровотечения бывают:

- Артериальные. Являются наиболее опасными, так как при ранении крупных артерий происходит большая потеря крови за короткое время. Признаком артериальных кровотечений обычно является пульсирующая алая струя крови, быстро расплывающаяся лужа крови алого цвета, быстро пропитываемая кровью одежда пострадавшего.
- Венозные. Характеризуются меньшей скоростью кровопотери, кровь темно-вишневая, вытекает «ручьём». Венозные кровотечения могут быть менее опасными, чем артериальные, однако также требуют скорейшей остановки.
- Капиллярные. Наблюдаются при ссадинах, порезах, царапинах. Капиллярное кровотечение непосредственной угрозы для жизни, как правило, не представляет.
- Смешанные. Это кровотечения, при которых имеются одновременно артериальное, венозное и капиллярное кровотечение. Наблюдаются, например, при отрыве конечности. Опасны вследствие наличия артериального кровотечения.

СПОСОБЫ ВРЕМЕННОЙ ОСТАНОВКИ НАРУЖНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ: ПАЛЬЦЕВОЕ ПРИЖАТИЕ АРТЕРИИ, НАЛОЖЕНИЕ ЖГУТА, МАКСИМАЛЬНОЕ СГИБАНИЕ КОНЕЧНОСТИ В СУСТАВЕ, ПРЯМОЕ ДАВЛЕНИЕ НА РАНУ, НАЛОЖЕНИЕ ДАВЯЩЕЙ ПОВЯЗКИ

В случае, если пострадавший получил травму, человеку, оказывающему первую помощь, необходимо выполнить следующие мероприятия:

- обеспечить безопасные условия для оказания первой помощи;
- убедиться в наличии признаков жизни у пострадавшего;
- провести обзорный осмотр для определения наличия кровотечения;
- определить вид кровотечения;
- выполнить остановку кровотечения наиболее подходящим способом или их комбинацией

В настоящее время при оказании первой помощи используются следующие способы временной остановки кровотечения:

1. Прямое давление на рану.
2. Наложение давящей повязки.
3. Пальцевое прижатие артерии.
4. Максимальное сгибание конечности в суставе.
5. Наложение кровоостанавливающего жгута (табельного или импровизированного).

СПОСОБЫ ВРЕМЕННОЙ ОСТАНОВКИ НАРУЖНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ: ПАЛЬЦЕВОЕ ПРИЖАТИЕ АРТЕРИИ, НАЛОЖЕНИЕ ЖГУТА, МАКСИМАЛЬНОЕ СГИБАНИЕ КОНЕЧНОСТИ В СУСТАВЕ, ПРЯМОЕ ДАВЛЕНИЕ НА РАНУ, НАЛОЖЕНИЕ ДАВЯЩЕЙ ПОВЯЗКИ

1. Прямое давление на рану является наиболее простым способом остановки кровотечений. При его использовании рана закрывается стерильными салфетками или стерильным бинтом, после чего на область раны осуществляется давление рукой участника оказания первой помощи с силой, достаточной для остановки кровотечения (рисунок 2). При отсутствии бинта или салфеток для наложения на рану можно использовать любую подручную ткань. При отсутствии табельных и подручных средств допустимо осуществлять давление на рану рукой участника оказания первой помощи (при этом не следует забывать о необходимости использования медицинских перчаток).

Пострадавшему также можно рекомендовать попытаться самостоятельно остановить имеющееся у него кровотечение, используя прямое давление на рану.



Рисунок 2

СПОСОБЫ ВРЕМЕННОЙ ОСТАНОВКИ НАРУЖНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ: ПАЛЬЦЕВОЕ ПРИЖАТИЕ АРТЕРИИ, НАЛОЖЕНИЕ ЖГУТА, МАКСИМАЛЬНОЕ СГИБАНИЕ КОНЕЧНОСТИ В СУСТАВЕ, ПРЯМОЕ ДАВЛЕНИЕ НА РАНУ, НАЛОЖЕНИЕ ДАВЯЩЕЙ ПОВЯЗКИ

2. Для более продолжительной остановки кровотечения можно использовать давящую повязку (рисунок 3). При ее наложении следует соблюдать общие принципы наложения бинтовых повязок: на рану желательно положить стерильные салфетки из аптечки, бинт должен раскатываться по ходу движения, по окончании наложения повязку следует закрепить, завязав свободный конец бинта вокруг конечности. Поскольку основная задача повязки – остановить кровотечение, она должна накладываться с усилием (давлением).

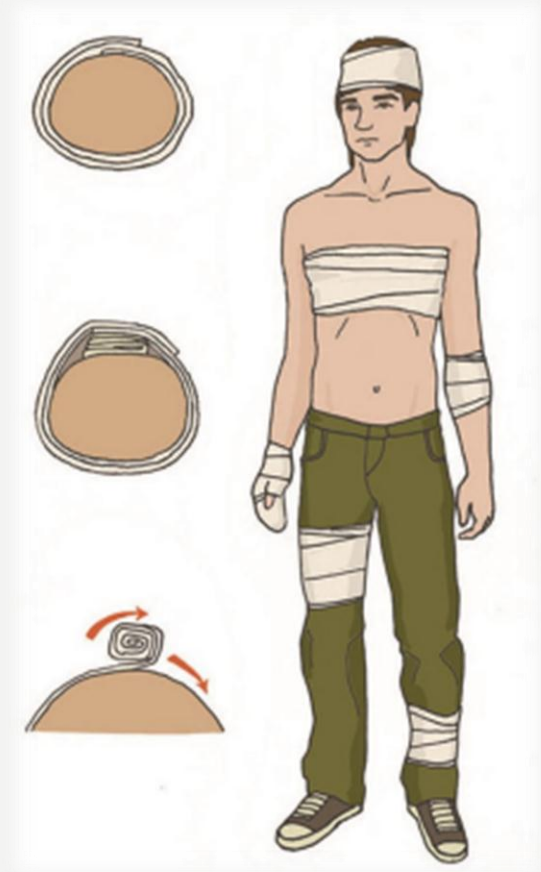


Рисунок 3

СПОСОБЫ ВРЕМЕННОЙ ОСТАНОВКИ НАРУЖНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ: ПАЛЬЦЕВОЕ ПРИЖАТИЕ АРТЕРИИ, НАЛОЖЕНИЕ ЖГУТА, МАКСИМАЛЬНОЕ СГИБАНИЕ КОНЕЧНОСТИ В СУСТАВЕ, ПРЯМОЕ ДАВЛЕНИЕ НА РАНУ, НАЛОЖЕНИЕ ДАВЯЩЕЙ ПОВЯЗКИ

3. Пальцевое прижатие артерии позволяет достаточно быстро и эффективно останавливать кровотечение из крупных артерий. Давление осуществляется в определенных точках между раной и сердцем. Выбор точек обусловлен возможностью прижатия артерии к кости. Результатом является прекращение поступления крови к поврежденному участку сосуда и остановка или значительное ослабление кровотечения. Как правило, пальцевое прижатие артерии предшествует наложению кровоостанавливающего жгута и используется в первые секунды после обнаружения кровотечения и начала оказания первой помощи (так же, как и прямое давление на рану). Пальцевое прижатие артерии может быть как самостоятельным способом остановки кровотечения, так и использоваться в комплексе с другими способами (например, с давящей повязкой на рану). Эффективность и правильность использования этого способа определяется визуально – по уменьшению или остановке кровотечения.

Общая сонная артерия прижимается на передней поверхности шеи снаружи от гортани на стороне повреждения (рисунок 4). Давление в указанную точку может осуществляться четырьмя пальцами одновременно по направлению к позвоночнику (рисунок 5), при этом сонная артерия придавливается к нему. Другим вариантом пальцевого прижатия сонной артерии является давление в ту же точку большим пальцем по направлению к позвоночнику (рисунок 6). Прижимать необходимо с достаточной силой, т.к. кровотечения из сонной артерии очень интенсивные.



Рисунок 5



Рисунок 6



Рисунок 7

СПОСОБЫ ВРЕМЕННОЙ ОСТАНОВКИ НАРУЖНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ: ПАЛЬЦЕВОЕ ПРИЖАТИЕ АРТЕРИИ, НАЛОЖЕНИЕ ЖГУТА, МАКСИМАЛЬНОЕ СГИБАНИЕ КОНЕЧНОСТИ В СУСТАВЕ, ПРЯМОЕ ДАВЛЕНИЕ НА РАНУ, НАЛОЖЕНИЕ ДАВЯЩЕЙ ПОВЯЗКИ

Подключичная артерия прижимается в ямке над ключицей к первому ребру (рисунок 8). Осуществлять давление в точку прижатия подключичной артерии можно с помощью четырех выпрямленных пальцев (рисунок 9). Другим способом пальцевого прижатия подключичной артерии является давление согнутыми пальцами (рисунок 10).



Рисунок 8

Рисунок 9

Рисунок 10

СПОСОБЫ ВРЕМЕННОЙ ОСТАНОВКИ НАРУЖНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ: ПАЛЬЦЕВОЕ ПРИЖАТИЕ АРТЕРИИ, НАЛОЖЕНИЕ ЖГУТА, МАКСИМАЛЬНОЕ СГИБАНИЕ КОНЕЧНОСТИ В СУСТАВЕ, ПРЯМОЕ ДАВЛЕНИЕ НА РАНУ, НАЛОЖЕНИЕ ДАВЯЩЕЙ ПОВЯЗКИ

Плечевая артерия прижимается к плечевой кости с внутренней стороны между бицепсом и трицепсом в средней трети плеча (рисунок 11), если кровотечение возникло из ран средней и нижней трети плеча, предплечья и кисти. Давление на точку прижатия осуществляется с помощью четырех пальцев кисти, обхватывающей плечо пострадавшего сверху или снизу (рисунок 12).

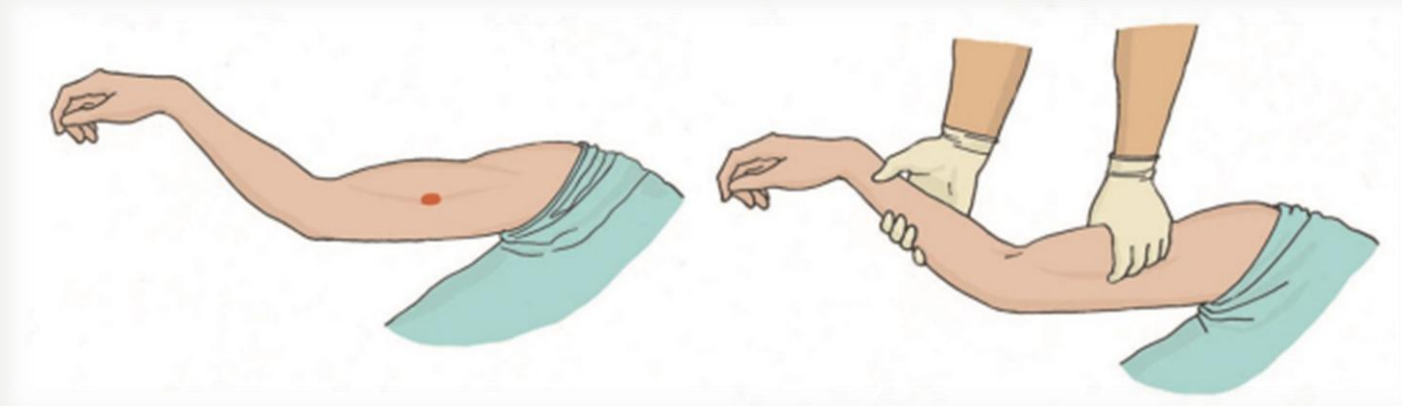


Рисунок 11

Рисунок 12

СПОСОБЫ ВРЕМЕННОЙ ОСТАНОВКИ НАРУЖНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ: ПАЛЬЦЕВОЕ ПРИЖАТИЕ АРТЕРИИ, НАЛОЖЕНИЕ ЖГУТА, МАКСИМАЛЬНОЕ СГИБАНИЕ КОНЕЧНОСТИ В СУСТАВЕ, ПРЯМОЕ ДАВЛЕНИЕ НА РАНУ, НАЛОЖЕНИЕ ДАВЯЩЕЙ ПОВЯЗКИ

Подмышечная артерия прижимается к плечевой кости в подмышечной впадине (рисунок 14) при кровотечении из раны плеча ниже плечевого сустава. Давление в точку прижатия подмышечной артерии производится прямыми, жестко зафиксированными пальцами с достаточной силой в направлении плечевого сустава. При этом область плечевого сустава пострадавшего следует придерживать другой рукой (рисунок 15).

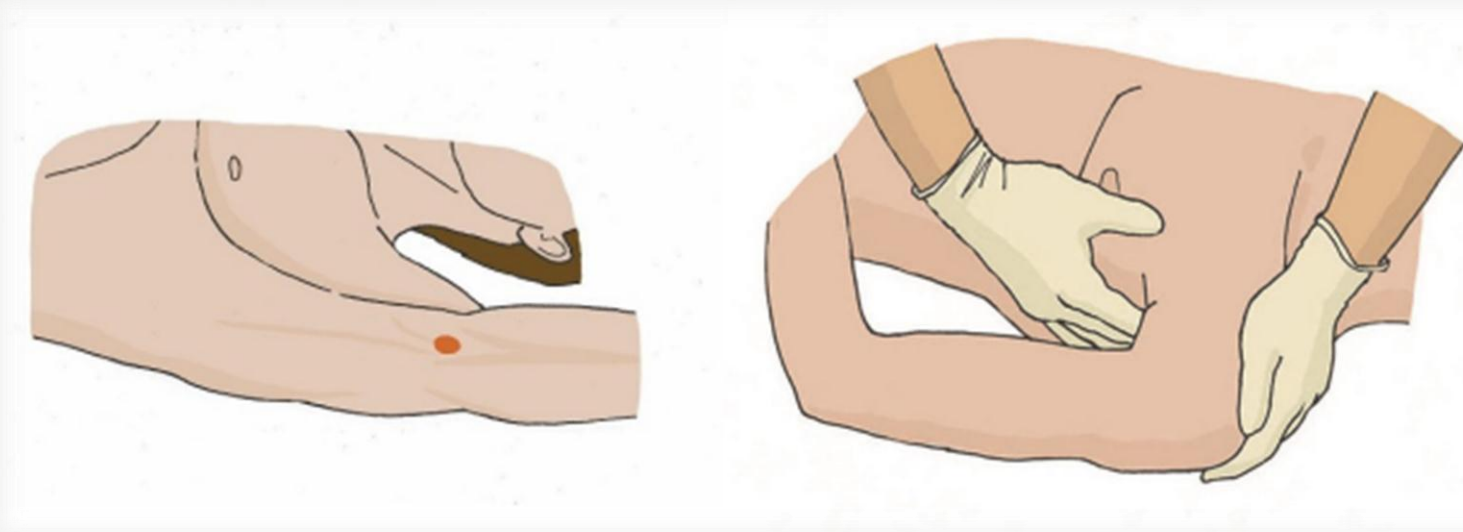


Рисунок 14

Рисунок 15

СПОСОБЫ ВРЕМЕННОЙ ОСТАНОВКИ НАРУЖНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ: ПАЛЬЦЕВОЕ ПРИЖАТИЕ АРТЕРИИ, НАЛОЖЕНИЕ ЖГУТА, МАКСИМАЛЬНОЕ СГИБАНИЕ КОНЕЧНОСТИ В СУСТАВЕ, ПРЯМОЕ ДАВЛЕНИЕ НА РАНУ, НАЛОЖЕНИЕ ДАВЯЩЕЙ ПОВЯЗКИ

Бедренная артерия прижимается ниже паховой складки (рисунок 16) при кровотечении из ран в области бедра. Давление выполняется кулаком, зафиксированным второй рукой, весом тела участника оказания первой помощи (рисунок 17).

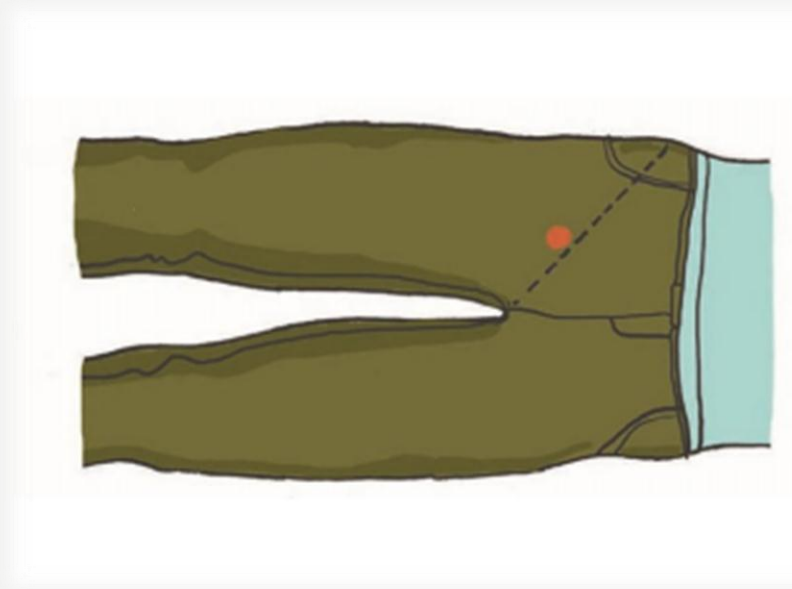


Рисунок 16



Рисунок 17

СПОСОБЫ ВРЕМЕННОЙ ОСТАНОВКИ НАРУЖНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ: ПАЛЬЦЕВОЕ ПРИЖАТИЕ АРТЕРИИ, НАЛОЖЕНИЕ ЖГУТА, МАКСИМАЛЬНОЕ СГИБАНИЕ КОНЕЧНОСТИ В СУСТАВЕ, ПРЯМОЕ ДАВЛЕНИЕ НА РАНУ, НАЛОЖЕНИЕ ДАВЯЩЕЙ ПОВЯЗКИ

4. Максимальное сгибание конечности в суставе приводит к перегибу и сдавлению кровеносного сосуда, что способствует прекращению кровотечения. Этот способ достаточно эффективно останавливает кровотечение. Для повышения эффективности в область сустава необходимо вложить 1-2 бинта или свернутую валиком одежду. После сгибания конечность фиксируют руками, несколькими турами бинта или подручными средствами (например, брючным ремнем).

При кровотечениях из ран верхней части плеча и подключичной области верхнюю конечность заводят за спину со сгибанием в локтевом суставе и фиксируют бинтом или обе руки заводят назад со сгибанием в локтевых суставах и притягивают друг к другу бинтом.

Для остановки кровотечения из предплечья в локтевой сгиб вкладывают валик, конечность максимально сгибают в локтевом суставе и предплечье фиксируют к плечу в таком положении, например, ремнем (рисунок 18).

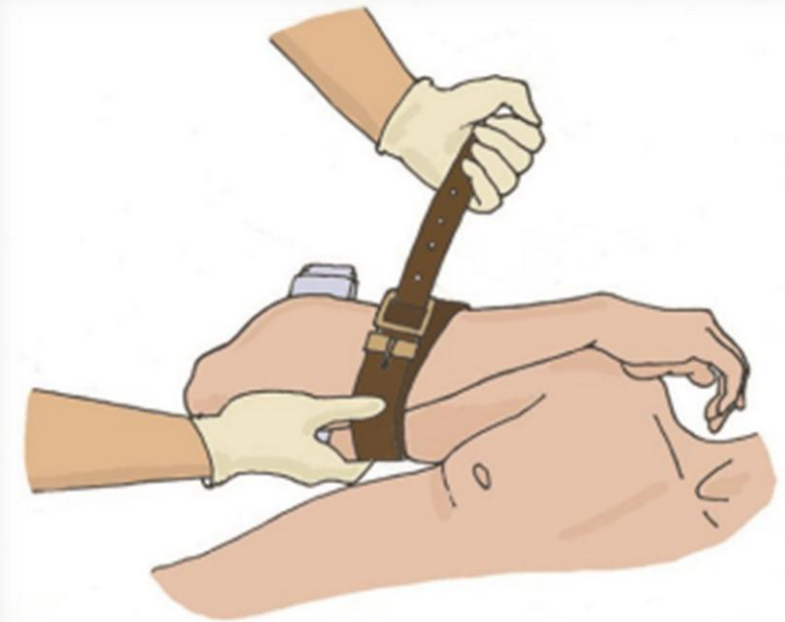


Рисунок 18

СПОСОБЫ ВРЕМЕННОЙ ОСТАНОВКИ НАРУЖНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ: ПАЛЬЦЕВОЕ ПРИЖАТИЕ АРТЕРИИ, НАЛОЖЕНИЕ ЖГУТА, МАКСИМАЛЬНОЕ СГИБАНИЕ КОНЕЧНОСТИ В СУСТАВЕ, ПРЯМОЕ ДАВЛЕНИЕ НА РАНУ, НАЛОЖЕНИЕ ДАВЯЩЕЙ ПОВЯЗКИ

При повреждении сосудов стопы, голени и подколенной ямки в последнюю вкладывают несколько бинтов или валик из ткани, после чего конечность сгибают в коленном суставе и фиксируют в этом положении бинтом (рисунок 19).



Рисунок 19

СПОСОБЫ ВРЕМЕННОЙ ОСТАНОВКИ НАРУЖНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ: ПАЛЬЦЕВОЕ ПРИЖАТИЕ АРТЕРИИ, НАЛОЖЕНИЕ ЖГУТА, МАКСИМАЛЬНОЕ СГИБАНИЕ КОНЕЧНОСТИ В СУСТАВЕ, ПРЯМОЕ ДАВЛЕНИЕ НА РАНУ, НАЛОЖЕНИЕ ДАВЯЩЕЙ ПОВЯЗКИ

Для остановки кровотечения при травме бедра сверток из ткани или несколько бинтов вкладывают в область паховой складки, нижнюю конечность сгибают в тазобедренном суставе (притягивают колено к груди) и фиксируют руками или бинтом (рисунок 20).



Рисунок 20

СПОСОБЫ ВРЕМЕННОЙ ОСТАНОВКИ НАРУЖНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ: ПАЛЬЦЕВОЕ ПРИЖАТИЕ АРТЕРИИ, НАЛОЖЕНИЕ ЖГУТА, МАКСИМАЛЬНОЕ СГИБАНИЕ КОНЕЧНОСТИ В СУСТАВЕ, ПРЯМОЕ ДАВЛЕНИЕ НА РАНУ, НАЛОЖЕНИЕ ДАВЯЩЕЙ ПОВЯЗКИ

5. Наложение кровоостанавливающего жгута может применяться для более продолжительной временной остановки сильного артериального кровотечения.

Для снижения негативного воздействия жгута на конечности его следует накладывать в соответствии со следующими правилами.

- 1). Жгут следует накладывать только при артериальном кровотечении при ранении плеча и бедра.
- 2). Жгут необходимо накладывать между раной и сердцем, максимально близко к ране. Если место наложения жгута приходится на среднюю треть плеча и на нижнюю треть бедра, следует наложить жгут выше.
- 3). Жгут на голое тело накладывать нельзя, только поверх одежды или тканевой (бинтовой) прокладки.
- 4). Перед наложением жгут следует завести за конечность и растянуть (рисунок 21).



Рисунок 21

СПОСОБЫ ВРЕМЕННОЙ ОСТАНОВКИ НАРУЖНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ: ПАЛЬЦЕВОЕ ПРИЖАТИЕ АРТЕРИИ, НАЛОЖЕНИЕ ЖГУТА, МАКСИМАЛЬНОЕ СГИБАНИЕ КОНЕЧНОСТИ В СУСТАВЕ, ПРЯМОЕ ДАВЛЕНИЕ НА РАНУ, НАЛОЖЕНИЕ ДАВЯЩЕЙ ПОВЯЗКИ

5). Кровотечение останавливается первым (растянутым) туром жгута, все последующие (фиксирующие) туры накладываются так, чтобы каждый последующий тур примерно наполовину перекрывал предыдущий (рисунок 22).

6). Жгут не должен быть закрыт повязкой или одеждой, т.е. должен быть на виду.

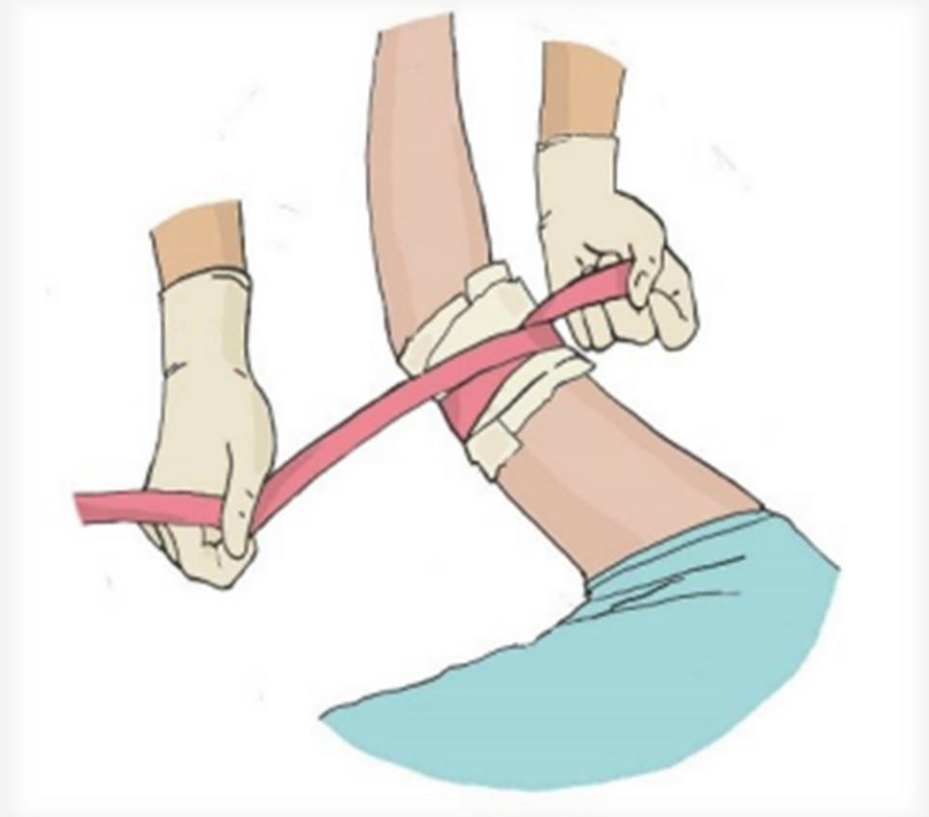


Рисунок 22

СПОСОБЫ ВРЕМЕННОЙ ОСТАНОВКИ НАРУЖНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ: ПАЛЬЦЕВОЕ ПРИЖАТИЕ АРТЕРИИ, НАЛОЖЕНИЕ ЖГУТА, МАКСИМАЛЬНОЕ СГИБАНИЕ КОНЕЧНОСТИ В СУСТАВЕ, ПРЯМОЕ ДАВЛЕНИЕ НА РАНУ, НАЛОЖЕНИЕ ДАВЯЩЕЙ ПОВЯЗКИ

7). Точное время наложения жгута следует указать в записке, записку поместить под жгут (рисунок 23).

8). Максимальное время нахождения жгута на конечности не должно превышать 60 минут в теплое время года и 30 минут в холодное.

9). После наложения жгута конечность следует иммобилизовать (обездвижить) и термоизолировать (укутать) доступными способами.

10). Если максимальное время наложения жгута истекло, а медицинская помощь недоступна, следует сделать следующее:

- а) осуществить пальцевое прижатие артерии выше жгута;
- б) снять жгут на 15 минут;
- в) по возможности выполнить лёгкий массаж конечности, на которую был наложен жгут;
- г) наложить жгут чуть выше предыдущего места наложения;
- д) максимальное время повторного наложения – 15 минут.



Рисунок 23

СПОСОБЫ ВРЕМЕННОЙ ОСТАНОВКИ НАРУЖНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ: ПАЛЬЦЕВОЕ ПРИЖАТИЕ АРТЕРИИ, НАЛОЖЕНИЕ ЖГУТА, МАКСИМАЛЬНОЕ СГИБАНИЕ КОНЕЧНОСТИ В СУСТАВЕ, ПРЯМОЕ ДАВЛЕНИЕ НА РАНУ, НАЛОЖЕНИЕ ДАВЯЩЕЙ ПОВЯЗКИ

В качестве импровизированного жгута можно использовать подручные средства: тесьму, платок, галстук и другие подобные вещи (рисунок 24). Для остановки кровотечения в этом случае из указанных материалов делается петля, закручивающаяся до остановки или значительного ослабления артериального кровотечения с помощью любого прочного предмета (металлического или деревянного прута). При достижении остановки кровотечения прут прибинтовывают к конечности. Импровизированные жгуты накладываются также по вышеописанным правилам.



Рисунок 24

ОКАЗАНИЕ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПРИ НОСОВОМ КРОВОТЕЧЕНИИ. ПОНЯТИЕ О ТРАВМАТИЧЕСКОМ ШОКЕ, ПРИЧИНЫ И ПРИЗНАКИ

Если пострадавший находится в сознании, необходимо усадить его со слегка наклоненной вперед головой и зажать ему нос в районе крыльев носа на 15-20 минут. При этом можно положить холод на переносицу. Если спустя указанное время кровотечение не остановилось, следует вызвать скорую медицинскую помощь, до приезда которой надо продолжать выполнять те же мероприятия.

Если пострадавший с носовым кровотечением находится без сознания, следует придать ему устойчивое боковое положение, контролируя проходимость дыхательных путей, вызвать скорую медицинскую помощь.

Травматический шок – это серьезное состояние, причинами развития которого являются тяжелые травмы и сильные кровотечения. Развитие травматического шока сопровождается тяжелыми нарушениями в работе всех систем организма, вплоть до смерти пострадавшего как на месте происшествия, так и впоследствии, на этапе транспортировки бригадой скорой медицинской помощи, а также лечения в медицинской организации. Усугубляют тяжесть шока детский и старческий возраст пострадавшего, переохлаждение, выраженный болевой синдром.

Признаками травматического шока являются:

- наличие тяжелой травмы и сильного кровотечения;
- нарушения дыхания и кровообращения (учащенное дыхание и сердцебиение);
- бледная холодная влажная кожа;
- возбуждение, сменяющееся апатией.

МЕРОПРИЯТИЯ, ПРЕДУПРЕЖДАЮЩИЕ РАЗВИТИЕ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ШОКА

В большинстве случаев лечение шока требует усилий со стороны медработников, имеющих соответствующее оснащение. Однако, выполненные на этапе первой помощи простейшие действия позволяют предупредить развитие шока или снизить его тяжесть. К этим мероприятиям относятся:

- остановка кровотечения;
- придание пострадавшему оптимального положения тела;
- иммобилизация травмированных конечностей;
- защита от переохлаждения (укутывание подручными средствами или покрывалом спасательным изотермическим).

ЦЕЛЬ И ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ПОДРОБНОГО ОСМОТРА ПОСТРАДАВШЕГО

Подробный осмотр производится с целью выявления травм различных областей тела и других состояний, требующих оказания первой помощи. Он более детальный, чем обзорный. При его проведении участнику оказания первой помощи необходимо обращать внимание на изменение цвета кожи и появление на ней каких-либо образований (пузырей, кровоподтеков, опухолей), наличие ранений, инородных тел, костных отломков, деформаций конечностей и т.п. Подробный осмотр производится в определенной последовательности.

Вначале осматривается и аккуратно ощупывается голова (рисунок 25) для определения наличия повреждений, кровотечений, кровоподтеков.



Рисунок 25

ЦЕЛЬ И ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ПОДРОБНОГО ОСМОТРА ПОСТРАДАВШЕГО

Далее осматривается шея пострадавшего (рисунок 26) для выявления возможных деформаций, костных выступов, болезненных мест. Осматривать следует крайне осторожно и аккуратно.



Рисунок 26

ЦЕЛЬ И ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ПОДРОБНОГО ОСМОТРА ПОСТРАДАВШЕГО

Грудная клетка пострадавшего осматривается и ощупывается в следующей последовательности «передняя поверхность – задняя поверхность – боковые стороны» (рисунок 27). Без особой необходимости не следует поворачивать пострадавшего, чтобы осмотреть спину, достаточно аккуратно ощупать. В процессе осмотра грудной клетки можно обнаружить ранения ее различных отделов, деформацию.



Рисунок 27

ЦЕЛЬ И ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ПОДРОБНОГО ОСМОТРА ПОСТРАДАВШЕГО

После осмотра грудной клетки следует осмотреть живот и область таза (рисунок 28). Важно уделить внимание не только поиску открытых ран, но и наличию явно видимых кровоподтеков и ссадин как признаков возможной тупой травмы живота, внутренних органов и костей таза.



Рисунок 28

ЦЕЛЬ И ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ПОДРОБНОГО ОСМОТРА ПОСТРАДАВШЕГО

Последними осматриваются и ощупываются ноги (рисунок 29) и руки (рисунок 30). При осмотре конечностей следует обратить внимание на их возможную деформацию как на один из признаков перелома костей.

Подробный осмотр следует проводить очень внимательно и осторожно, чтобы не причинить дополнительные страдания пострадавшему и не пропустить у него какой-либо тяжелой травмы.

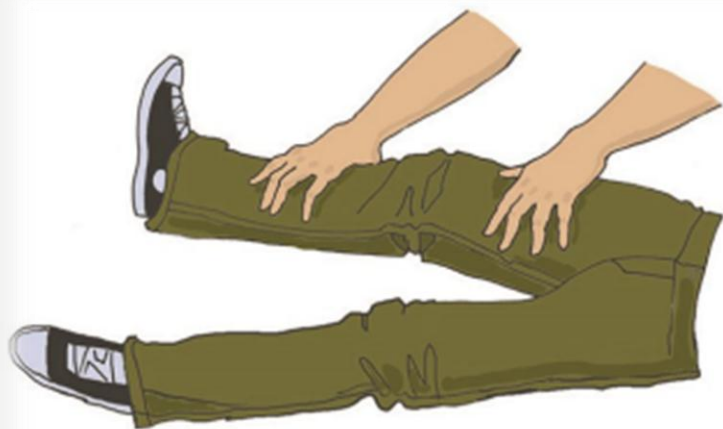


Рисунок 29



Рисунок 30

ОСНОВНЫЕ СОСТОЯНИЯ, С КОТОРЫМИ МОЖЕТ СТОЛКНУТЬСЯ УЧАСТНИК ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ

При подробном осмотре пострадавшего участник оказания первой помощи может столкнуться с травмами различных областей тела, ожогами, отморожениями и т.д. В данной теме рассказано об оказании первой помощи при травмах различных областей тела. О том, как оказывать помощь при прочих состояниях, изложено в теме 4.

ТРАВМЫ ГОЛОВЫ. ОКАЗАНИЕ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ

Травмы головы являются одними из наиболее тяжелых повреждений, которые пострадавшие могут получить в результате происшествий. Очень часто они (особенно ранения волосистой части головы) сопровождаются значительным кровотечением, которое может угрожать жизни пострадавшего на месте происшествия.

Травмы головы часто сопровождаются нарушением функции головного мозга. Для черепно-мозговой травмы характерны бледность, общая слабость, сонливость, головная боль, головокружение и потеря сознания. Пострадавший может быть в сознании, но при этом не помнит обстоятельств травмы и событий, ей предшествующих. Более тяжелое повреждение мозга сопровождается длительной потерей сознания, параличами конечностей. Переломы костей черепа могут сопровождаться, кроме того, следующими признаками: выделение бесцветной или кровянистой жидкости из ушей, носа; кровоподтеки вокруг глаз.

Первая помощь при травме головы будет заключаться в остановке кровотечения, вызове скорой медицинской помощи и контроле состояния пострадавшего.

Если пострадавший находится без сознания, следует придать ему устойчивое боковое положение, которое уменьшает вероятность западения языка и сводит к минимуму возможность попадания рвотных масс или крови в дыхательные пути.

ТРАВМЫ ГОЛОВЫ. ОКАЗАНИЕ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ

При наличии раны и кровотечения надо выполнить прямое давление на рану, при необходимости – наложить повязку (рисунок 31).

В случае, если у пострадавшего отмечаются признаки нарушения целостности костей черепа, необходимо обложить края раны бинтами и только после этого накладывать повязку. При нахождении в ране инородного предмета нужно зафиксировать его, обложив салфетками или бинтами, и наложить повязку. Извлекать инородный предмет запрещено.



Рисунок 31

ОСОБЕННОСТИ РАНЕНИЙ ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ. ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПРИ ТРАВМАХ ГЛАЗА И НОСА

Кровотечения при ранениях волосистой части головы, как правило, очень обильные, и не могут остановиться самостоятельно. Для остановки кровотечения из волосистой части головы необходимо выполнить прямое давление на рану и наложить давящую повязку.

При повреждениях глаз следует наложить повязку с использованием стерильного перевязочного материала из аптечки первой помощи. Повязка в любом случае накладывается на оба глаза, так как при оставлении здорового глаза открытым, он будет невольно следить за окружающим и приводить к движению пострадавшего глаза. Это может усугубить его повреждение.

Травы носа очень часто сопровождаются наружным кровотечением. Если пострадавший находится в сознании, необходимо усадить его со слегка наклоненной вперед головой и зажать ему нос в районе крыльев носа на 15-20 минут. При этом можно положить холод на переносицу. Если спустя указанное время кровотечение не остановилось, следует вызвать скорую медицинскую помощь, до приезда которой надо продолжать выполнять те же мероприятия. Если пострадавший с носовым кровотечением находится без сознания, следует придать ему устойчивое боковое положение, контролируя проходимость дыхательных путей, вызвать скорую медицинскую помощь. Самостоятельное вправление переломов носа недопустимо.

ТРАВМЫ ШЕИ, ОКАЗАНИЕ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ. РЕМЕННАЯ ОСТАНОВКА НАРУЖНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ТРАВМАХ ШЕИ

Травмы шеи могут представлять непосредственную опасность для жизни в том случае, если имеется повреждение крупных сосудов, особенно сонных артерий. Для того, чтобы предупредить смерть пострадавшего, необходимо сразу после обнаружения артериального кровотечения произвести его остановку.

Наиболее быстрым способом является пальцевое прижатие сонной артерии между раной и сердцем, производимое на передней поверхности шеи снаружи от гортани по направлению к позвоночнику на стороне повреждения (рисунок 32) четырьмя пальцами одновременно (рисунок 33) или большим пальцем (рисунок 34).

При затруднениях с определением места надавливания возможно использовать прямое давление на рану.

При наличии венозного кровотечения для его остановки используется давящая повязка.



Рисунок 32

Рисунок 33

Рисунок 34

ФИКСАЦИЯ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА (ВРУЧНУЮ, ПОДРУЧНЫМИ СРЕДСТВАМИ, С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕДИЦИНСКИХ ИЗДЕЛИЙ)

Достаточно серьезной травмой является повреждение шейного отдела позвоночника, которое может развиваться, например, при дорожно-транспортном происшествии (при ударе сзади или наезде на препятствие может возникнуть так называемая «хлыстовая» травма, приводящая к повреждению шейных позвонков вследствие резкого разгибания или резкого сгибания шеи), падении с высоты, нырянии и т.д. При травме шейного отдела позвоночника с повреждением спинного мозга пострадавший может быть в сознании, но полностью или частично обездвижен. Вывихи и переломы шейных позвонков проявляются резкой болью в области шеи. Пострадавший может поддерживать голову руками, мышцы шеи будут напряжены.

При оказании первой помощи следует помнить, что смещение поврежденных шейных позвонков может привести к тяжелым последствиям, вплоть до остановки дыхания и кровообращения. Необходимо исключить дополнительную травму и возможность повреждения спинного мозга при извлечении и перемещении пострадавшего. Для этого необходимо вручную поддерживать голову в положении, ограничивающем движение, дожидаясь прибытия скорой медицинской помощи.

ФИКСАЦИЯ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА (ВРУЧНУЮ, ПОДРУЧНЫМИ СРЕДСТВАМИ, С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕДИЦИНСКИХ ИЗДЕЛИЙ)

При экстренном извлечении пострадавшего необходимо использовать фиксацию шеи рукой (рисунок 35).



Рисунок 35

ФИКСАЦИЯ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА (ВРУЧНУЮ, ПОДРУЧНЫМИ СРЕДСТВАМИ, С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕДИЦИНСКИХ ИЗДЕЛИЙ)

При перемещении пострадавшего необходимо фиксировать его голову и шею вручную предплечьями (рисунок 36).



Рисунок 36

ФИКСАЦИЯ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА (ВРУЧНУЮ, ПОДРУЧНЫМИ СРЕДСТВАМИ, С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕДИЦИНСКИХ ИЗДЕЛИЙ)

В качестве подручных средств для фиксации шейного отдела позвоночника могут быть использованы элементы одежды (курка, свитер и т.п.), которые оборачивают вокруг шеи, предотвращая сдавление мягких тканей и органов шеи, но добиваясь того, чтобы края импровизированного воротника туго подпирали голову.

При наличии в оснащении табельных устройств для фиксации шейного отдела позвоночника (шейные воротники, шейные шины) необходимо использовать их в соответствии с их инструкциями по применению. Подобные устройства накладываются вдвоем, при этом один из участников оказания первой помощи фиксирует голову и шею пострадавшего своими руками, помощник располагает заднюю часть воротника на задней поверхности шеи пострадавшего (рисунок 37). После этого загибает переднюю часть вперед и фиксирует (способ фиксации определяется конструкцией воротника) (рисунок 38).



Рисунок 37



Рисунок 38

ТРАВМЫ ГРУДИ, ОКАЗАНИЕ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ

Травмы груди являются одними из наиболее тяжелых повреждений. В грудной клетке располагаются жизненно важные органы (сердце, легкие), крупные сосуды, повреждение которых может быть смертельно опасно. При повреждениях грудной клетки часто развиваются тяжелые осложнения (например, нарушения дыхания), которых можно избежать при своевременном оказании первой помощи.

ТРАВМЫ ГРУДИ, ОКАЗАНИЕ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ

При травмах груди часто отмечаются переломы и ушибы ребер, которые характеризуются припухлостью в месте перелома, резкой болью, усиливающейся при дыхании и изменении положения тела пострадавшего.

При переломах и ушибах ребер необходимо придать пострадавшему полусидячее положение и контролировать его состояние до прибытия скорой медицинской помощи (рисунок 39).



Рисунок 39

ТРАВМЫ ГРУДИ, ОКАЗАНИЕ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ

Помимо переломов ребер встречаются и ранения груди, при которых нарушается ее герметичность, что, в свою очередь, приводит к резким нарушениям в работе легких и сердца. Без оказания адекватной и своевременной помощи это может привести к смерти пострадавшего в течение короткого промежутка времени. Признаками такого повреждения является наличие раны в области грудной клетки, через которую во время вдоха с характерным всасывающим звуком засасывается воздух; на выдохе кровь в ране может пузыриться. Дыхание у пострадавшего частое, поверхностное, кожа бледная с синюшным оттенком.

При ранениях груди следует осуществить первичную герметизацию раны ладонью, после чего наложить герметизирующую (окклюзионную) повязку. Для этого непосредственно на рану помещается воздухонепроницаемый материал (упаковка от перевязочного пакета или бинта, полиэтилен, клеенка).

После наложения воздухонепроницаемого материала его можно закрепить лейкопластырем и оставить незафиксированным уголок (рисунок 40). Оставленный свободный уголок выполняет функцию клапана – не дает воздуху поступать в грудную клетку и позволяет снизить избыточное давление в ней.



Рисунок 40

ТРАВМЫ ГРУДИ, ОКАЗАНИЕ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ

Другим доступным способом является закрепление воздухонепроницаемого материала бинтом (рисунок 41)

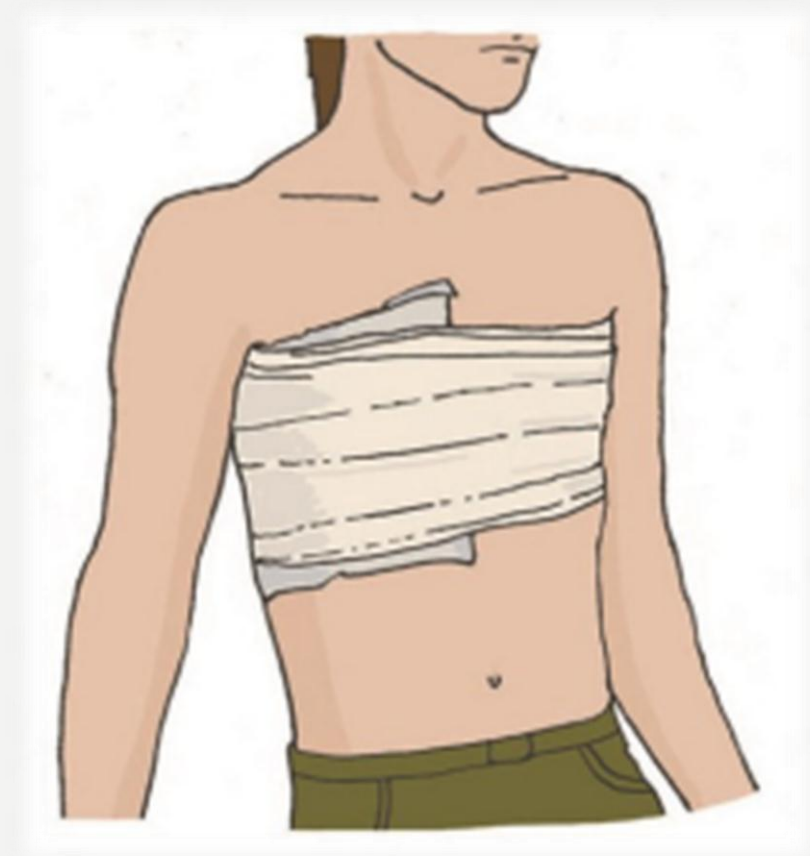


Рисунок 41

ТРАВМЫ ГРУДИ, ОКАЗАНИЕ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ

Такому пострадавшему также следует придать полусидячее положение с наклоном в пораженную сторону (рисунок 42).



Рисунок 42

ОСОБЕННОСТИ НАЛОЖЕНИЯ ПОВЯЗКИ НА РАНУ ГРУДИ С ИНОРОДНЫМ ТЕЛОМ

При обнаружении инородного тела в ране грудной клетки (осколка стекла, металла, ножа и т.д.) ни в коем случае не следует вынимать его из раны. Необходимо обложить инородный предмет салфетками или бинтами, наложив поверх них давящую повязку для остановки кровотечения.

ТРАВМЫ ЖИВОТА И ТАЗА, ОСНОВНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ. ОКАЗАНИЕ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ

Травмы живота могут быть закрытыми (без ранения брюшной стенки) и открытыми (при наличии раны на животе). Закрытая травма живота может оставаться незамеченной, пока внутреннее кровотечение не вызовет резкого ухудшения состояния. Открытая травма живота может сопровождаться выпадением внутренних органов и кровотечением.

Основной задачей первой помощи при травмах живота является остановка кровотечения при открытой травме (прямым давлением на рану, наложением давящей повязки), вызов скорой медицинской помощи и контроль состояния пострадавшего до ее прибытия.

Травмы таза также могут представлять опасность для жизни пострадавшего. К примеру, такие травмы наблюдаются у пешеходов, сбитых грузовым автотранспортом. Они очень часто сочетаются с повреждениями живота. Признаками травмы таза могут быть боли внизу живота, кровоподтеки и ссадины в этой области.

Первая помощь при травмах таза заключается в придании пострадавшему положения на спине с валиком под полусогнутыми разведенными ногами и контроле его состояния до прибытия бригады скорой медицинской помощи (рисунок 43).



Рисунок 43

ЗАКРЫТАЯ ТРАВМА ЖИВОТА С ПРИЗНАКАМИ ВНУТРЕННЕГО КРОВОТЕЧЕНИЯ. ОКАЗАНИЕ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ

При закрытых травмах живота повреждения его передней стенки могут быть малозаметными. При этом пострадавшие могут жаловаться на постоянную острую боль по всему животу, сухость во рту, тошноту и рвоту. Могут отмечаться признаки кровопотери: резкая общая слабость, чувство жажды, головокружение, мелькание «мушек» перед глазами, обморок (чаще при попытке встать), бледная, влажная и холодная кожа, учащённое дыхание и сердцебиение. При повреждении внутренних органов пострадавший нуждается в скорейшей хирургической помощи, поэтому все пострадавшие с любыми травмами живота должны быть быстро доставлены в лечебное учреждение.

Первая помощь при закрытой травме живота с признаками кровопотери – вызвать скорую медицинскую помощь, положить холод на живот, пострадавшему придать положение на спине с валиком под полусогнутыми разведенными в стороны ногами, контролировать его состояние (рисунок 75).

ОСОБЕННОСТИ НАЛОЖЕНИЯ ПОВЯЗОК НА РАНУ ПРИ ВЫПАДЕНИИ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ, ПРИ НАЛИЧИИ ИНОРОДНОГО ТЕЛА В РАНЕ

При повреждении живота запрещается вправлять в рану выпавшие внутренние органы, туго прибинтовывать их, извлекать из раны инородный предмет, давать обезболивающие препараты, поить и кормить пострадавшего. Выпавшие внутренние органы необходимо закрыть стерильными салфетками (желательно, смоченными водой) или чистой тканью. При нахождении в ране инородного предмета - зафиксировать его, обложив салфетками или бинтами, и наложить повязку для остановки кровотечения.

ТРАВМЫ КОНЕЧНОСТЕЙ, ОКАЗАНИЕ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ

Травмы конечностей часто сопровождаются повреждением кровеносных сосудов, поэтому важно своевременно остановить обнаруженное кровотечение. Для этого применяются все способы: прямое давление на рану, наложение давящей повязки, пальцевое прижатие артерии, максимальное сгибание конечности в суставе, наложение кровоостанавливающего жгута.

Выбор способа определяется следующими факторами:

- вид кровотечения (для остановки венозного кровотечения не следует использовать наложение жгута или пальцевое прижатие артерии);
- место ранения;
- предполагаемый срок прибытия медработников (в случае, если их прибытие ожидается в ближайшее время, можно использовать более простые способы остановки кровотечения, например, прямое давление на рану);
- наличие оснащения (при отсутствии табельных жгутов для остановки артериального кровотечения возможно применение подручных средств – галстуков, ремней);
- состояние кровотечения (остановилось или не остановилось).

ПОНЯТИЕ «ИММОБИЛИЗАЦИЯ». СПОСОБЫ ИММОБИЛИЗАЦИИ ПРИ ТРАВМЕ КОНЕЧНОСТЕЙ

Иммобилизация – это создание неподвижности (покоя) поврежденной части тела с помощью подручных средств, готовых транспортных шин (изделий медицинского назначения, входящих в состав аптечек первой помощи) или используя здоровые части тела пострадавшего (аутоиммобилизация).

При наличии подозрения на травму костей, человеку, оказывающему первую помощь, следует определиться с тактикой действий в отношении пострадавшего.

В основной массе случаев следует вызвать и дожидаться приезда бригады скорой медицинской помощи, которая сможет выполнить качественное обезболивание и иммобилизацию травмированной конечности. В данном случае до приезда бригады скорой медицинской помощи следует придерживать травмированную конечность в ручную и контролировать состояние пострадавшего.

ПОНЯТИЕ «ИММОБИЛИЗАЦИЯ». СПОСОБЫ ИММОБИЛИЗАЦИИ ПРИ ТРАВМЕ КОНЕЧНОСТЕЙ

Если же в результате особых обстоятельств предполагается транспортировка пострадавшего (или его переноска на дальнейшее расстояние), следует выполнить иммобилизацию поврежденной конечности. При этом следует фиксировать минимум два сустава (один ниже, другой выше перелома). При переломе плеча и бедра надо фиксировать три сустава – плечевой, локтевой, лучезапястный или тазобедренный, коленный, голеностопный соответственно. Наиболее доступным, безопасным и эффективным для большинства участников оказания первой помощи способом иммобилизации при травме конечностей является так называемая аутоиммобилизация. Для этого поврежденную ногу можно прибинтовать к здоровой ноге, проложив между ними мягкий материал (рисунок 44).

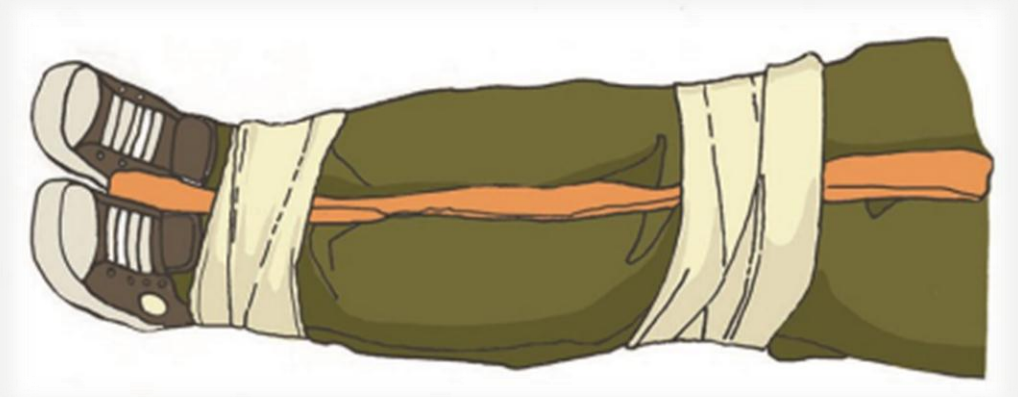


Рисунок 44

ПОНЯТИЕ «ИММОБИЛИЗАЦИЯ». СПОСОБЫ ИММОБИЛИЗАЦИИ ПРИ ТРАВМЕ КОНЕЧНОСТЕЙ

Поврежденную руку можно зафиксировать, прибинтовав к туловищу (рисунок 45). На область предполагаемой травмы можно положить холод.

Иммобилизация также может осуществляться с помощью импровизированных шин (доски, куски плотного картона или пластмассы, лыжи и т.п.). Накладывать их нужно поверх одежды и обуви пострадавшего, без исправления положения конечности, также фиксируя два или три сустава (в зависимости от места перелома). Перед наложением импровизированную шину необходимо обмотать бинтом или обернуть тканью или одеждой. Использовать импровизированные шины рекомендуется ограниченно, поскольку фиксация с их помощью может быть затруднена, неудобна и небезопасна.

Табельные шины входят в ограниченное количество аптек и упаковок, предназначенных для профессиональных контингентов. Они бывают различных конструкций, перед их использованием необходимо ознакомиться с инструкцией производителя.



Рисунок 45

ТРАВМЫ ПОЗВОНОЧНИКА. ОКАЗАНИЕ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ

Повреждение позвоночника – серьезный вид травм. Вывихи и переломы грудных и поясничных позвонков сопровождаются болями в области поврежденного позвонка. При повреждении спинного мозга могут быть нарушения чувствительности и движений в конечностях (параличи).

При оказании первой помощи следует помнить о необходимости уменьшить подвижность позвоночника. Для этого, например, после извлечения или при перемещении пострадавший должен находиться на ровной, жесткой, горизонтальной поверхности (рисунок 46).



Рисунок 46

ТРАВМЫ ПОЗВОНОЧНИКА. ОКАЗАНИЕ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ

Перемещение или перекладывание пострадавшего следует осуществлять с помощью нескольких человек (рисунок 47), особое внимание следует уделить фиксации шейного отдела позвоночника (рисунок 48).

При отсутствии дыхания или кровообращения необходимо приступить к сердечно-легочной реанимации в объеме надавливаний на грудину и вдохов искусственного дыхания.



Рисунок 47



Рисунок 48