ОКАЗАНИЕ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ. ОСНОВЫ УХОДА ЗА БОЛЬНЫМИ.

Актуальность рассматриваемой темы определяется заботой о здоровье населения старшего возраста. Объективно, данная категория находится в группе повышенного риска и должна находиться под особым вниманием со стороны медицинских работников и членов семьи, в которой они проживают.

В связи с чем, каждый человек должен уметь выполнять простейшие медицинские манипуляции и знать основные правила оказания первой помощи.

Оказание первой помощи в неотложных ситуациях.

Первая помощь, в соответствии с частью второй «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан» от 22 июля 1993 г. №5487-1, оказывается гражданам до медицинской помощи при несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях и заболеваниях, угрожающих их жизни и здоровью, лицами, обязанными ее оказывать по закону или по специальному правилу и имеющими соответствующую подготовку (сотрудниками органов внутренних дел РФ, военнослужащими и работниками Государственной противопожарной службы, спасательной службы, спасателями аварийно- спасательных формирований и аварийно-спасательных служб, водителями транспортных средств и другими лицами).

Первая помощь включает:

1. Оценку обстановки (с определением угрозы для собственной жизни, угрозы для пострадавших и окружающих, с оценкой количества пострадавших).

2. Вызов скорой помощи, других специальных служб, сотрудники которых обязаны оказывать первую помощь по закону или специальному правилу.

3. Определение признаков жизни (с определением наличия сознания, дыхания, пульса на сонных артериях).

4. Извлечение пострадавших из транспортного средства и его перемещение.

5. Восстановление и поддержание проходимости верхних дыхательных путей.

6. Проведениесердечно-легочной реанимации.

7. Остановка кровотечения и наложение повязок

8. Проведение опроса больного на наличие признаков сердечного приступа.

9. Проведение осмотра больного (пострадавшего) в результате несчастных случаев, травм, отравлений, и других состояний и заболеваний, угрожающих их жизни и здоровью.

10. Герметизацию раны при ранении грудной клетки.

11. Фиксацию шейного отдела позвоночника.

12. Проведение иммобилизации (фиксации конечностей).

13. Местное охлаждение.

14. Термоизоляцию при холодной травме.

15. Придание оптимального положения.

Принципы оказания первой помощи при неотложных ситуациях

Существует четыре принципа оказания первой помощи при неотложных ситуациях, которых следует придерживаться шаг за шагом:

1. Осмотрите место происшествия.

2. Проведите первичный осмотр пострадавшего и окажите первую помощь при состояниях, угрожающих его жизни.

3. Вызовите скорую помощь.

4. Проведите вторичный осмотр пострадавшего и при необходимости окажите помощь при выявлении других проблем. Непрерывно наблюдайте за пострадавшим и успокаивайте его до прибытия скорой помощи.

Эта последовательность действий обеспечивает вашу безопасность и безопасность пострадавшего, увеличивая его шансы на выживание.

Принцип первый: осмотр места происшествия

Как только вы определили, что неотложная ситуация налицо, и приготовились действовать, проверьте, не представляет ли место происшествия опасности для вас и для окружающих. Внимательно осмотритесь и постарайтесь определить следующее:

1. Не представляет ли место происшествия опасности?

2. Что произошло?

3. Сколько пострадавших?

4. В состоянии ли окружающие вам помочь?

Когда вы производите осмотр места происшествия, обращайте внимание на всё то, что может угрожать вашей безопасности и безопасности окружающих: оголённые электрические провода, падающие обломки, интенсивное дорожное движение, пожар, дым, вредные испарения, неблагоприятные погодные условия, слишком большая глубина водоёма или быстрое течение.

Если вам угрожает какая-либо опасность, не приближайтесь к пострадавшему. Немедленно вызовите скорую помощь и соответствующую аварийную службу для получения профессиональной помощи.

Как только вы приблизились к пострадавшему

Постарайтесь успокоить пострадавшего. Находитесь на уровне его глаз. Говорите спокойно.

1. Скажите кто вы такой.

2. Объясните, что вы прошли курс первой помощи.

3. Предложите вашу помощь (получите согласие пострадавшего на оказание помощи).

4. Объясните, какие действия вы собираетесь предпринять.

Прежде чем приступать к оказанию первой помощи, вам следует получить на это разрешение пострадавшего. Пострадавший, находящийся в сознании, имеет право отказаться от вашей услуги. Если пострадавший находится без сознания, то считайте, что вы получили его согласие на проведение мероприятий первой помощи.

Принцип второй: проведение первичного осмотра

Начните с определения того, в сознании ли пострадавший. Спросите пострадавшего: «Вам нужна помощь?» Если ответа не последовало, слегка сожмите трапециевидную мышцу пострадавшего. Не толкайте и не двигайте пострадавшего. Человек, не отвечающий на внешние раздражители, может быть без сознания. Бессознательное состояние может представлять угрозу жизни. Когда человек теряет сознание, мышцы языка расслабляются, и в результате может произойти западение языка и непроходимость дыхательных путей, что приводит к остановке дыхания и последующей остановке сердца. Следовательно, необходимо проводить реанимацию.

В ПРОЦЕССЕ ПЕРВИЧНОГО ОСМОТРА ВЫ ТАКЖЕ ПРОВЕРЯЕТЕ ПРОХОДИМОСТЬ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ПОСТРАДАВШЕГО, НАЛИЧИЕ ДЫХАНИЯ И ПУЛЬСА.

Шаг первый: дыхательные пути.

Шаг второй: дыхание.

Шаг третий: пульс.

Определите наличие признаков жизни, не передвигая пострадавшего. Переворачивайте пострадавшего на спину только в том случае, если у него отсутствуют дыхание и пульс. Если вам необходимо повернуть пострадавшего на спину, поддерживайте его голову так, чтобы голова и позвоночник, по возможности, находились на одной оси.

Шаг первый: проверка проходимости дыхательных путей

Убедитесь в том, что дыхательные пути у пострадавшего открыты. Дыхательными путями являются воздухоносные проходы ото рта и носа к лёгким. Любой человек, который в состоянии говорить или издавать крик, находится в сознании и дыхательные пути у него открыты.

Если же пострадавший находится без сознания, необходимо убедиться в проходимости его дыхательных путей. Для этого запрокиньте его голову и приподнимите подбородок. При этом язык перестаёт закрывать заднюю часть дыхательного горла, пропуская воздух в лёгкие. Если у вас есть подозрение на травму шеи у пострадавшего, используйте иной метод для открытия дыхательных путей, который называется «выдвижение нижней челюсти без запрокидывания головы».

Если в дыхательные пути пострадавшего попало инородное тело, вам сначала следует его удалить.

Шаг второй: проверка наличия дыхания

Следующим шагом является проверка наличия дыхания. Если пострадавший находится в бессознательном состоянии, обратите внимание на наличие у него признаков дыхания. Грудь при дыхании должна подниматься и опускаться. Кроме этого, вам необходимо услышать и почувствовать дыхание, чтобы убедиться, что человек действительно дышит. Приблизьте ваше лицо ко рту и носу пострадавшего так, чтобы можно было слышать и ощущать воздух при выдохе. При этом наблюдайте за поднятием и опусканием грудной клетки. Делайте это в течение полных 5 секунд.

Если пострадавший не дышит, вы обязаны помочь ему в этом путём вдувания воздуха через рот. Зажмите его ноздри и сначала сделайте два

полных вдувания. Далее следует производить по одному вдуванию. Подобная процедура называется искусственной вентиляцией лёгких.

Шаг третий: проверка наличия пульса

Последней ступенью первичного осмотра пострадавшего является проверка пульса. Это включает определение пульса и выявление сильного кровотечения и признаков шокового состояния. Если человек дышит, его сердце сокращается, тогда вам не надо проверять наличие пульса. Если же дыхание отсутствует, вы должны прощупать пульс пострадавшего. Для определения пульса нащупайте сонную артерию на шее пострадавшего со стороны, находящейся ближе к вам. Для этого найдите адамово яблоко (кадык) и передвиньте пальцы в углубление, расположенное сбоку шеи. Замедленный или слабый пульс бывает трудно определить. Если вам не удалось нащупать пульс с первого раза, начтите снова с кадыка. Когда вы считаете, что нашли верную точку, прощупывайте пульс не менее 10 секунд.

Если пульс у пострадавшего отсутствует, необходимо проведение искусственной вентиляции лёгких содновременным надавливанием на грудину. Эта процедура называется сердечно-лёгочной реанимацией.

Данный принцип также включает в себя выявление сильного кровотечения. Оно должно быть остановлено как можно быстрее.

Иногда у пострадавшего может возникнуть внутреннее кровотечение. Внешнее и внутреннее кровотечение опасно переходом в шоковое состояние. Шок представляет собой серьёзную проблему, возникающую при большой потере крови. При шоковом состоянии кожа пострадавшего может быть бледной и прохладной на ощупь.

Если у пострадавшего, который находится без сознания, определяются дыхание и пульс, не оставляйте его лежать на спине. Переверните пострадавшего на бок, чтобы его дыхательные пути были открыты. Это положение называют восстановительным. В этом положении язык пострадавшего не закрывает дыхательные пути. Кроме того, при этой позиции рвотные массы, выделения и кровь могут свободно выходить из ротовой полости, не вызывая закупорки дыхательных путей.

Принцип третий: вызов скорой помощи

Позвоните по телефону «03» для вызова скорой помощи. По возможности пошлите кого-нибудь позвонить в то время, как вы оказываете помощь пострадавшему.

Принцип четвёртый: проведение вторичного осмотра

После того, как вы вызвали скорую помощь, и только если вы абсолютно уверены, что у пострадавшего нет состояний, угрожающих его жизни, которые требуют непрерывного оказания помощи, можно переходить к проведению вторичного осмотра.

При вторичном осмотре у пострадавшего выявляются прочие проблемы, которые говорят о необходимости оказания первой помощи. Вновь опросите пострадавшего и присутствующих о случившемся. Если пострадавший – ребёнок, обратитесь к его родителям или взрослым, находящимся на месте происшествия. После этого проверьте у пострадавшего признаки жизни и проведите общий осмотр. К признакам жизни относятся частота пульса, частота дыхания и уровень сознания. Важность вторичного осмотра заключается в обнаружении проблем, которые непосредственно не представляют угрозы для жизни пострадавшего, но могут иметь серьёзные последствия в будущем.

По завершении вторичного осмотра пострадавшего после оказания первой помощи помогите человеку сохранять спокойствие и находиться в максимально удобном положении в период ожидания.

Второй принцип восстановления жизнедеятельности пострадавшеготакже предусматривает выявление сильного кровотечения и травм. При наличии комбинированного поражения в первую очередь, необходимо устранить кровотечение, образующее в результате механического повреждения кожных покровов, слизистых оболочек, глубжележащих тканей и органов.

Различают раны: колотые, резаные, рубленые, ушибленные, рваные, укушенные, огнестрельные.

Кровотечением называют выхождение крови из повреждённого кровеносного сосуда.

Кровь представляет собой биологическую ткань, обеспечивающую нормальное существование организма. Количество крови у мужчин в среднем около 5 л, у женщин – 4,5 л; 55% объёма крови составляет плазма, 45% - кровяные клетки (эритроциты, лейкоциты и др.). Кровь в организме человека выполняет сложные и многообразные функции.

Организм человека без особых последствий переносит утрату только 500 мл крови. Истечение 1000 мл крови уже становится опасным, а потеря более 1000 мл крови угрожает жизни человека.

Если утрачено более 2000 мл крови, сохранить жизнь обескровленному можно лишь при условии немедленного и быстрого восполнения кровопотери.

Кровотечение из крупного артериального сосуда может привести к смерти уже через несколько минут. Поэтому любое кровотечение должно быть, по возможности, скоро и надёжно остановлено. Необходимо учитывать, что дети и лица преклонного возраста, старше 70-75 лет, плохо переносят и сравнительно малую потерю крови.

Кровотечение наступает в результате нарушения целости различных кровеносных сосудов вследствие ранения, заболевания. Скорость истечения крови и интенсивность зависят от характера и величины сосуда, особенностей его повреждения.

Виды кровотечений

В зависимости от вида повреждённого сосуда различают **артериальное, венозное, капиллярное** и **паренхиматозное** кровотечения.

Если кровь изливается наружу через повреждённые ткани, то говорят о наружном кровотечении. Если же кровь изливается во внутренние полости, в просвет полых органов или между тканями, имеют в виду внутреннее кровотечение. Причиной кровотечения могут быть не только различные ранения или другие повреждения, но и различные заболевания внутренних органов: лёгких, желудка, кишечника и др.

Артериальное кровотечение наиболее опасное. Его признаками являются алая окраска крови и пульсирующая струя толчкообразно вытекающая из раны.

Повреждение крупных артерий (бедренной, плечевой и др.) представляет опасность для жизни.

Венозное кровотечение характеризуется равномерной струёй крови тёмно-вишнёвого цвета, без пульсации. Венозное кровотечение менее интенсивное, чем артериальное, и потому реже носит угрожающий характер.

Капиллярное кровотечение является следствием повреждения мельчайших кровеносных сосудов (капилляров) и характеризуется тем, что из всей поверхности раны сочится кровь, по цвету средняя между артериальной и венозной.

Паренхиматозное кровотечение возникает при повреждении внутренних органов: печени, селезёнки, почек, лёгких.

Способы остановки кровотечения

Временные способы остановки кровотечения применяются обычно в условиях оказания первой помощи.

К ним относятся:

возвышенное (приподнятое) положение повреждённой части тела;

прижатие сосуда на протяжении;

резкое сгибание конечности;

давящая повязка;

тампонада;

наложение кровоостанавливающего жгута.

Самым надёжным способом временной остановки сильного артериального кровотечения является наложение кровоостанавливающего жгута на тот или иной отдел повреждённой конечности – её круговое перетягивание.

Существует много видов кровоостанавливающих жгутов (резиновые, матерчатые и др.), но самым простым и наиболее распространённым является резиновый жгут Эсмарха; при его отсутствии можно использовать любой подручный материал: типовую трубку, полотенце, ремень, галстук, платок и т. п.

Жгут накладывается следующим образом. Часть конечности, где будет лежать жгут, обвёртывают полотенцем или несколькими слоями бинта (подкладка). Затем повреждённую конечность приподнимают, жгут растягивают, делают 2-3 оборота вокруг конечности, чтобы сдавить мягкие ткани, и закрепляют концы жгута с помощью цепочки и крючка или завязывают узлом.

Правильность положения жгута проверяется прекращением кровотечения из раны и исчезновением пульса на периферии конечности. При употреблении жгута нередко допускаются серьёзные ошибки: 1) накладывают жгут без достаточных показаний – его следует применять лишь в случаях сильного артериального кровотечения, которое невозможно остановить другими способами; 2) жгут накладывают на обнажённую кожу, что может вызвать её ущемление и даже омертвение; 3) неправильно выбирают места для наложения жгута – его надо накладывать выше места кровотечения; 4) неправильно затягивают жгут: слабое затягивание усиливает кровотечение, а очень сильное – сдавливает нервы.

Следует твёрдо запомнить правило: жгут на конечности может находиться не более 2-х часов (а на плече – ещё меньше). У людей же, подвергшихся воздействию ионизирующего излучения (радиоактивное облучение), - в пределах 30-60 мин. Больного с наложенным жгутом необходимо немедленно направить к врачу или в лечебное учреждение для

окончательной остановки кровотечения и снятия жгута, которое производят путём постепенного его распускания.

Окончательная остановка кровотечения осуществляется обычно врачом при оказании хирургической помощи раненому и чаще всего состоит в перевязке кровоточащих сосудов.

Помните, что оказывающий помощь должен указать время наложения жгута (закрутки) и свою фамилию для последующего контроля за временем нахождения жгута на раненой конечности. Записка крепится рядом со жгутом.

Способы наложения бинтовых повязок

Трудно переоценить своевременную первую медицинскую помощь, от качества которой во многом зависит исход лечения различных травм. И поэтому каждый человек должен уметь оказывать неотложную помощь. Знать основные правила наложения простейших повязок, уметь наложить мягкую повязку и т. д.

Естественно, что на одном занятии невозможно моделировать все житейские ситуации, при которых происходят различные травмы, поэтому самый оптимальный вариант – это самим в домашних условиях изучать конструкции различных повязок, потренироваться в наложении их на здоровые участки тела.

Получив необходимые практические навыки и оказавшись на месте происшествия, в необычной напряжённой обстановке, вы сможете быстро, без суеты наложить ту или иную повязку, что и явится проверкой ваших знаний.

Бинтовые повязки.

Бинт – длинная лента из марли или другой ткани. Бинт предназначен для укрепления мягких повязок, а также для фиксирования иммобилизующих средств. Скатанный в рулон бинт называется головкой (скаткой), а свободная часть – началом. Требования при наложении бинтовой повязки: она должна быть простой, удобной, аккуратной и косметически красивой;

- полностью закрывать повреждённые участки тела;

- прочно и длительно удерживать перевязочный материал на повреждённой области;

- не сдавливать бинтуемую часть тела, чтобы не нарушать венозный отток и тем самым предупредить отёк конечности;

- не вызывать болевых ощущений.

Правила наложения бинтовых повязок

1. Взять бинт нужной ширины в зависимости от бинтуемой части тела.

2. Обеспечить удобное положение пострадавшему и доступность бинтуемой области со всех сторон.

3. Придать конечности среднефизиологической положение или положение, которое необходимо при лечении.

4. При бинтовании грудной клетки, живота, таза и верхней трети бедра – пострадавший должен находиться в горизонтальном положении.

5. Оказывающий помощь должен наблюдать за состоянием пострадавшего.

6. Бинт раскатывают слева направо, для чего головку бинта берут в правую руку, а начало – в левую так, чтобы скатка бинта располагалась сверху. Исключение делают для повязок на правую половину лица и груди.

7. Бинтуемая часть тела пострадавшего должна находиться примерно на уровне груди оказывающего помощь.

8. Бинтование, как правило, ведут от периферии к центру. Начинают с фиксирующих круговых туров (ходов). Головка бинта направлена вверх.

9. Бинт раскатывают по бинтуемой поверхности, равномерно натягивая его.

10. Бинтовать следует двумя руками. Одной рукой раскатывают головку бинта, а другой расправляют его туры.

11. При наложении повязки каждый новый тур бинта закрывает предыдущий наполовину или на две трети его ширины.

12. Бинт нельзя перекручивать.

13. Повязка заканчивается круговыми турами. Конец бинта разрывают продольно. Одна лента пойдёт по ходу бинта, а другая – напротив. Ленты завязывают узлом на стороне, противоположной повреждённой.

Типы бинтовых повязок

Характер бинтования определяется формой части тела, на которую накладывается повязка; выраженностью мускулатуры, наличии суставов.

С учётом анатомических особенностей разработаны следующие типы бинтовых повязок: круговая (циркулярная), спиральная, ползучая (змеевидная), крестообразная (восьмиобразная), колосовидная, черепашья,

возвращающаяся. Зная основные типы бинтовых повязок, и комбинируя их между собой, можно наложить повязку на любую часть тела.

Круговая (циркулярная) повязка

Бинт накладывается циркулярно. Все туры бинта кладутся один на другой и полностью закрывают друг друга.

Спиральная повязка

Накладывается на конечности и туловище, когда требуется закрыть большое по протяжению повреждение. Начинают её 2-3 круговыми турами в стороне от поражённого участка, а затем туры бинта смещаясь на половину или 2/3 ширины, идут спирально от периферии к центру. Заканчивают бинтование циркулярными турами. На конические участки тела (предплечье, бедро, голень) накладывают спиральную повязку с перегибами. Все перегибы делают на стороне, противоположной повреждению, и по одной линии.

Ползучая (змеевидная) повязка

Применяют её, когда необходимо закрепить перевязочный материал на значительном протяжении (при ожогах) или для фиксирования шины. Ползучая повязка является не основной, а предварительной перед наложением спиральной или другой повязки. Она устраняет необходимость в помощнике. Бинтование начинают с циркулярных туров, а затем бинт идёт винтообразно с таким расчётом, чтобы каждый новый тур не соприкасался с предыдущим, а отстоял на некотором расстоянии. После закрепления перевязочного материала или шины переходят на спиральную повязку.

Крестообразная (восьмиобразная) повязка

Применяется для бинтования затылочной области, задней поверхности шеи, грудной клетки, лучезапястного и голеностопного суставов. Начинают повязку с циркулярных туров, а затем переходят на перекрещивающиеся, которые чередуют с циркулярным. Перекрест располагается обычно над поражённой поверхностью. Повязка напоминает рисунок 8 – отсюда и название.

Колосовидная повязка

Накладывается на область плечевого и тазобедренного суставов, первого пальца кисти. Является разновидностью восьмиобразной. Туры бинта, перекрещиваясь, смещаются на 2/3 ширины бинта вверх или вниз, закрывают достаточно большой участок. Рисунок повязки напоминает колос.

Черепашья повязка

Накладывается на область локтевого и коленного суставов. Аналогична 8-ми образной. Существуют 2 способа накладывания повязки: сходящийся и расходящийся. Для наложения черепашьей повязки конечность необходимо согнуть: локтевой сустав под прямым углом, колени – под тупым. Повязка фиксирует перевязочный материал, надёжно удерживая конечность в согнутом состоянии (положении). При сходящемся способе повязку начинают с циркулярно чередующихся туров выше и ниже сустава. Последовательно чередуя (плечо-предплечье) и всякий раз смещаясь на половину ширины бинта к центру сустава, закрывают всю повреждённую область. Перекрещиваются туры на сгибательной стороне сустава. Расходящийся способ отличается от первого последовательностью. Начинают повязку циркулярными турами через центр сустава, а затем туры бинта веерообразно расходятся, чередуясь (плечо-предплечье), постепенно смещаясь выше и ниже сустава, полностью его закрывают.

Вращающаяся повязка

Её накладывают на сферические части тела (голову, культю, конечности), на кисть, стопу. Начинают повязку с циркулярных туров, а затем продольными возвращающимися турами, идущими спереди назад и обратно, последовательно закрывают всю предназначенную для бинтования поверхность. Сверху возвращающиеся туры закрепляют спиральными ходами бинта.

Пращевидная повязка

Накладывают её на выступающие части головы (нос, губы, подбородок) и на промежность. Кусок бинта или матерчатая лента (около 1 м) разрезается вдоль с обеих сторон. Среднюю, неразрезанную часть (10-20 см) вместе с перевязочным материалом прикладывают к ране. Концы пращи перекрещивают (верхняя лента пойдёт вниз, а нижняя – вверх) и связывают сзади.

Травма

Это одномоментное внезапное воздействие различных внешних факторов (механических, термических, химических, радиационных) на организм человека, приводящее к нарушению анатомической целостности тканей и физиологических функций.

В зависимости от характера и глубины повреждения различают:

кожные (ушибы, раны);

подкожные (разрывы связок, переломы костей):

полостные повреждения (ушибы, кровоизлияния и разрывы связок, органов в грудной и брюшной полостях, в полости черепа, таза, суставов).

Травмы подразделяются на :

изолированные – повреждение одного органа или сегмента конечности (разрыв печени, переломы бедра, предплечья);

множественные – ряд однотипных повреждений конечностей, туловища, головы;

сочетанные – повреждение опорно-двигательного аппарата и внутренних органов (перелом бедра и разрыв кишки, перелом плеча и ушиб головного мозга, перелом костей таза и разрыв печени);

комбинированные – возникают от воздействия механического и немеханического факторов (химического, термического, радиационного) – раны и радиоактивное поражение, перелом конечностей и ожог туловища.

Наиболее часто встречающиеся травмы

Ушибы мягких тканей

Ушиб – повреждение тканей и органов без нарушения целостности кожных покровов. Наиболее распространённая травма. Возникает вследствие ударов тупым предметом или падением на твёрдый предмет. Чаще всего повреждается голова, конечности. При ушибах возникают разрывы кровеносных и лимфатических сосудов. На месте травмы появляется припухлость, кровоподтёк, а также гематома. Для ушиба характерна боль.

Первая помощь – холод на место ушиба, возвышенное положение повреждённой части тела, наложение давящей повязки. При значительных ушибах – создать иммобилизацию ушибленной конечности.

Растяжение и разрывы связок, сухожилий, мышц

Под *повреждением связок* понимается растяжение, частичный и полный разрыв связок. Характерна более резкая боль, нарушение двигательной функции конечности, наблюдается припухлость.

Первая помощь – наложить фиксированную бинтовую повязку, холод через повязку.

Разрывы сухожилий сопровождаются значительным расхождением их краёв в результате сокращения мышц, а *разрывы мышц* – при быстром и сильном их сокращении (внезапное падение, подъём чрезмерной тяжести).

Первая помощь – холод в первые часы на область травмы, создание покоя повреждённой конечности, наложение давящей повязки. Затем – в лечебное учреждение.

Вывихи

Это стойкое ненормальное смещение суставных поверхностей относительно друг друга с повреждением суставной сумки, а иногда и связочного аппарата.

Признаки:

1. Сильная боль повреждённой конечности в покое и при попытке движения.

2. Деформация в области сустава (в сравнении со здоровой).

3. Нет активных движений в суставе, а пассивные ограниченны и болезненны.

4. Изменена длина конечности (чаще короче).

Первая помощь

- мероприятия на уменьшение болей (холод на область сустава, введение промедола, анальгина);

- фиксирование конечности в положении, в которой она оказалась после травмы: верхнюю конечность на косынку, а нижнюю иммобилизуют с помощью шины или подручных средств. Далее – в лечебное учреждение.

Синдром длительного сдавливания

Проявляется при длительном сдавливании мягких тканей:

лёгкая – сдавление до 4-х часов;

средняя - -«- до 6-ти часов;

тяжёлая - -«- до 8-ми часов;

крайне тяжёлая – сдавление > 8-ми часов.

Происходит механическое разрушение тканей, с образованием большого количества токсических продуктов распада клеток. Сочетание артериальной недостаточности и венозного застоя.

Первая помощь

Необходимо освободить тело от сдавливания. На повреждённые участки накладывают спиральные бинтовые повязки. Далее – иммобилизация, введение обезболивающих, сердечно-сосудистых препаратов, холод на повреждение. Давать обильное питьё, доставка в лечебное учреждение.

Травматический шок

Шок – удар, потрясение. Ответная реакция организма на сильное болевое раздражение.

Шок характеризуется резким нарастанием угнетения всех жизненно-важных функций организма: деятельности ЦНС, кровообращения, дыхания, обмена веществ, функций печени и почек.

Основные причины травматического шока: боль, кровопотеря, интоксикация продуктами распада омертвевших и размозжённых тканей, повреждение жизненно важных органов с расстройством их функций. Усугубляющие факторы – нервное и физическое переутомление, голодание, переохлаждение, гиповитаминоз, психическая травма.

Основные противошоковые мероприятия, проводимые на месте происшествия:

1. Освободить пострадавшего от действия травмфактора.

2. Произвести временную остановку наружного кровотечения любым способом.

3. Обезболить: промедол, омнапон, в крайнем случае – анальгин.

4. Иммобилизация повреждённой конечности подручными способами.

5. Согреть пострадавшего (тёплая одежда, горячие напитки).

6. Если есть алкоголь – дать выпить, не более 100 мл водки.

7. Быстрейшая транспортировка в лечебное учреждение.

Термические ожоги

Тяжесть ожога зависит от глубины и площади поражения. Глубина поражения подразделяется на 4 степени.

1-я степень – гиперемия (покраснение) и отёк кожи, сопровождающийся жгучей болью;

2-я степень – гиперемия и отёк кожи с отслоением эпидермиса (поверхностного слоя, образование пузырей, наполненных желтоватой жидкостью (плазмой крови);

3-я степень – некроз (омертвление) эпидермиса и верхних слоёв кожи, содержимое ожоговых пузырей – желеобразное;

4-я степень – поражаются глублежащие ткани (подкожная клетчатка), мышцы, сосуды, нервы, кости. Часто происходит обугливание органа.

Первая помощь

Прежде всего, вынести пострадавшего из зоны действия термического фактора, потушить горящие части одежды. Затем, с пострадавших участков снимают (срезают) одежду. Необходимо быстро охладить обожженные участки тела пострадавшего прикладыванием мешков со снегом, «пузырей» со льдом. Ожоговые пузыри нельзя прокалывать, нельзя обрывать прилипшие к коже части одежды. На ожоговую поверхность прикладывают сухую асептическую повязку. Напоить пострадавшего большим количеством жидкости, дать болеутоляющее средство. После оказания первой медицинской помощи больного следует немедленно отправить в больницу.

Переломы

Переломы бывают травматические и патологические; закрытые (без повреждения кожи) и **открытые** (с повреждением кожи). Линия перелома может иметь различное направление в зависимости от приложенной травмирующей силы. В этой связи различают переломы поперечные, возникающие в основном от действия прямого удара; косые – при этом на выпуклой стороне нередко образуется костный отломок треугольной формы; винтообразные – возникают при фиксировании одного конца конечности и вращении другой части. При поперечном сдавливании, превышающим прочность кости, образуются оскольчатые переломы. Если же действующая сила направлена параллельно оси длинной трубчатой кости (при падении с высоты на прямые ноги), возникает вколоченный перелом, когда один из отломков внедряется в другой. Переломы могут быть со смещением костных отломков и без него.

Клинические признаки переломов. Признаки переломов можно разделить на 2-е группы: относительные (вероятные), которые встречаются и при других травмах и абсолютные (достоверные), характерные для переломов. К абсолютным переломам относятся:

1. Укорочение конечности, которое наступает в результате смещения костных отломков по длине.

2. Деформация в месте травмы – возникает при смещении костных отломков, наличие гематомы и отёка тканей.

3. Появление патологической подвижности в месте травмы.

4. Костный хруст – появляется при ощупывании места повреждения или при перекладывании конечности, возникает от трения костных отломков.

5. Усиление боли в месте травмы при нагрузке по оси кости.

Первая медицинская помощь при открытых переломах с кровотечением начинается с немедленной остановки кровотечения (наиболее вероятно наложение жгута) и наложением стерильной (асептической) повязки. Дальнейшие мероприятия одинаковы, как для открытых, так и для закрытых переломов. Для профилактики травматического шока проводят обезболивание. Следующая задача – иммобилизация костных отломков в месте перелома. Это достигается наложением стандартных шин или подручных средств. Завершается первая медпомощь доставкой пострадавшего в лечебное учреждение.

Правила наложения шин

1. Шину из жёсткого материала нельзя накладывать на голое тело, её (шину) обкладывают ватой, полотенцем или другой тканью.

2. Шина подгоняется по здоровой конечности и накладывается на повреждённую поверхность в соответствии с размерами и конфигурацией.

3. После подгонки шины, она тщательно прибинтовывается спиральными турами, начиная с периферии к повреждённой конечности, при этом шина должна хорошо фиксировать область перелома и составлять с конечностью единое целое.

4. При иммобилизации конечности следует придать ей функционально выгодное положение.

5. При определении количества суставов, нуждающихся в фиксации, можно ориентироваться на цифру 4. Например: при переломе предплечья, имеющего 2 кости, следует фиксировать 2 сустава, что в сумме даёт 4.

Транспортировать пострадавшего в лечебное учреждение при переломах верхней конечности можно сидя, а с переломами нижней конечности – лёжа на спине, желательно на носилках. Конечность должна быть уложена на что-нибудь мягкое и несколько приподнята. Транспортировка и особенно перекладывание пострадавшего должны быть очень щадящими, т. к. малейшее смещение костных отломков причиняет сильную боль. Кроме того, костные отломки могут повредить сосуды, мышцы, коду и т. д. Пострадавшему надо дать тёплый чай или кофе. Перевозку можно осуществлять на любом транспортном средстве.

Способы наложения шин

При переломе костей предплечья руку сгибают под прямым углом в локтевом суставе, ладонь обращена к животу, пальцы полусогнуты. Шина накладывается по задненаружной поверхности повреждённой конечности от кисти (несколько выступая за пальцы для защиты предплечья от случайных соприкосновений) до верхней трети плеча, обеспечивая, таким образом, неподвижность в лучезапястном и локтевом суставах и прочно фиксирует перелом. Шину надёжно прибинтовывают спиральными турами к конечности, начиная от кисти и заканчивая на плече. Затем руку подвешивают на косынке или ленте бинта.

При переломе плечевой кости – руке придают такое же положение, как при переломе костей предплечья. В подмышечную впадину необходимо вложить плотный ватно-марлевый валик. Шину моделируют по здоровой конечности и накладывают по задненаружной поверхности повреждённой от кисти до лопатки. Таким образом, шина идёт через пястно-запястную область, лучезапястный сустав, по предплечью, через локтевой сустав, по плечу, через плечевой сустав, поворачивает на спину и доходит до лопатки неповреждённой стороны. Шину прибинтовывают спиральными турами и конечности, начиная с кисти. В области плечевого сустава и спины фиксацию осуществляют колосовидными или 8-ми образными турами. Правильно наложенная шина создаёт неподвижность в трёх суставах и надёжно иммобилизует место перелома. При отсутствии под рукой твёрдых материалов можно воспользоваться аутоиммобилизацией: руку необходимо согнуть в локтевом суставе под прямым углом, подвести её к туловищу и плотно прибинтовать.

При переломе голени – шину накладывают по задней поверхности повреждённой конечности. Моделируют, насколько позволяет материал, по здоровой конечности: стопа по отношению к голени под прямым углом, коленный сустав немного согнут, и накладывают шину на пострадавшую ногу от средней трети бедра до стопы. Шина должна немного выступать за кончики пальцев. Бинтуют от стопы спиральными турами по направлению к бедру, фиксируя два сустава – коленный и голеностопный. Кончики пальцев должны оставаться свободными от повязки для контроля. Если не окажется стандартных средств, можно использовать две доски, которые прикладывают с боков с таким расчётом, чтобы они фиксировали два сустава. Бинтуют спиральными турами, начиная с периферии. Голеностопный сустав фиксируют 8-ми образной повязкой. В случае, если под рукой не окажется подходящего материала, тогда повреждённую конечность следует прибинтовать к здоровой.

При переломе бедренной кости необходимо обеспечить неподвижность в голеностопном, коленном и тазобедренном суставах. Для достижения этой цели стандартные шины или подручные средства накладывают по внутренней и наружной поверхности ноги. Внутренняя боковая шина пойдёт от промежности до стопы, наружная – от подмышечной впадины до стопы.

Для более жёсткой фиксации можно наложить третью шину по задней поверхности ягодичной складки до стопы. Костные выступы (лодыжки, коленный сустав) необходимо проложить ватой. Все шины хорошо прибинтовывают к ноге и туловищу широким бинтом.

ОСНОВЫ УХОДА ЗА БОЛЬНЫМИ.

Уход за больными - это комплекс мероприятий, проводимых с целью облегчения состояния больных и облегчения успеха их лечения.

Правильно организованный уход за больными и пораженными способствует быстрейшему их выздоровлению, недооценка роли ухода может привести к удлинению сроков лечения, а подчас и к возникновению осложнений.

Уход за больными подразделяется на общий (включает мероприятия, применяемые по отношению ко всякому больному); и специальный (требуется отдельным категориям больных уходуимеется в виду - создание условий, располагающих к психическому покою, обеспечению благоприятной санитарно-гигиенической обстановки; систематическое, тщательное и грамотное наблюдение за больными; выявление изменений, происходящих в состоянии их здоровья и настроения; точное и своевременное выполнение предписаний и назначений врача.

Особого внимания требуют больные с постельным режимом. Основная задача лечебно-охранительного режима:

-беречь больного от психологических травм и душевных переживаний;

-повышать настроение, вызывать уверенность в быстрейшем выздоровлении.

Необходимо помнить, что большинство больных мнительные люди. Им нельзя говорить обо всех обнаруженных у них изменениях. С больным надо вести себя всегда ровно, спокойно, уверенно. Информацию о ходе лечения и состоянии больному должен сообщать врач.

Большое значение при уходе за больным имеет внешний облик медицинского работника. Он должен вызывать положительные эмоции. Для этого необходимо всегда быть в чистом, отутюженном, запахнутом халате, с шапочкой на голове, с короткой стрижкой и ухоженными руками.

Личная гигиена больного и уход за ним

При уходе за больным необходимо очень внимательно следить за чистотой его тела. Для этого ходячие больные 1 раз в неделю принимают гигиенический душ или ванну. Мытье производится мылом с мочалкой. Мочалки хранятся в дезинфицирующем растворе. При наличии

противопоказаний к принятию душа больного систематически обтирают влажным полотенцем, смоченным в воде комнатной температуры, водном растворе спирта и в одеколоне. Как бы ни было тяжело состояние больного, необходимо ежедневно утром, а еще лучше и на ночь умывать его лицо или протирать влажным тампоном. Нужно следить за чистотой рук, периодически обрезать ногти, очищать уши от серы. Волосы больного следует ежедневно расчесывать, а очень тяжелых и инфекционных больных лучше стричь наголо. Стрижка волос обязательна при обнаружении вшивости.

Ходячие больные должны утром и вечером мыть лицо, шею и руки; руки моют также перед каждым приемом пищи и после посещения туалета. После гигиенического душа (обработки) больным меняют нательное и постельное белье. Смена белья тяжелобольным производится таким образом, чтобы не причинить им боли и не вызвать физического напряжения. Для смены рубашки ее вначале завертывают на больном как можно выше, затем приподнимают верхнюю часть туловища больного, вытягивают рубашку из-под спины и снимают через затылок и голову и, наконец, с рук. С больной руки рукав снимают в последнюю очередь. При одевании действуют в обратном порядке.

Чтобы сменить простыню, тяжелобольного необходимо повернуть на бок или придвинуть к краю кровати. Затем свободную половину простыни иную таким же образом чистую простынь, послеэтого больного поворачивают надругой бок на разостланную половину свежей простыни, убирают грязную и расправляют чистую.

При сползании больного с подушки его необходимо приподнять. Для этого одну руку подсовывают под плечевой пояс, другую - под бедра и, слегка приподняв больного, подтягивают его на подушку. Если больной имеет большую массу тела, это делают вдвоем. Таким же приемом (вдвоем) переносят (перекладывают) больного на носилки (каталки), другую кровать.

Уход за полостью рта и носа. При нахождении больного в лазарете следует следить за его полостью рта и языком. Ходячие больные самостоятельно утром при умывании и перед отходом ко сну чистят зубы и тщательно прополаскивают рот водой. У тяжелых больных полость рта и язык протирают несколько раз в день ватным тампоном, смоченным в растворе 0,9% хлорида натрия (0,5% растворе гидрокарбоната натрия, 0,5% растворе перекиси водорода). Тампон (марля) наматывают на палец или палочку с зазубринами. После протирания рекомендуется осторожно промыть полоть рта теми же растворами. Для этого используются резиновые баллоны, большеразмерные шприцы (без игл), кружка Эсмарха с пластмассовым наконечником и др.

Сильно обложенный, сухой и потрескавшийся язык надо смазывать несколько раз в день смесью глицерина с 2% раствором соды. Для того чтобы не замочить постельное или нательное белье при обработке полости рта у лежащего больного, его шею и грудь покрывают клеенчатым фартуком, а под подбородок подставляют лоток или тазик.

Уход за полостью носа заключается в предупреждении образования корок и большого количества слизи, также своевременного их удаления. Для этого нос промывают по утрам теплой водой. При необходимости корочки в носу смазываются размягчающими мазями (глицерин или вазелин). Больного надо обучить правильно сморкаться, это особенно важнопри остром насморке. Рекомендуетсяпоочередно, зажав одну ноздрю пальцем, легко выдуть слизь из другой половины носа. При таком способе сморкания не происходит проталкивания слизичерез евстахиеву трубув барабанную полость, что может вызвать воспаление среднего уха. Капли водят в нос в лежачем или сидячем положении больного с запрокинутой головой. Порошки больной должен втягиватьв нос небольшими щепотками. Для мази приготавливают ватные тампоны.

Предупреждение пролежней.

У больных, длительно находящихся в одном положении, могут возникнуть пролежни поверхностные или глубокие язвы, возникающие в местах давления на ткани. Так, при длительном положении на спине, пролежни чаще всего появляются в области крестца, ягодиц и на пятках. Образованию пролежня способствуют истощение, нечистая влажная кожа, грязное в складках постельное белье. Санитарный инструктор должен ежедневно осматривать тяжелых больных и при появлении красных болезненных пятен, докладывать врачу. Таким больнымнеобходимо ежедневно проводить обтирания всего тела теплой водойс добавлением спирта. При покраснении кожи ее протирают камфорным спиртом или одеколоном. Нельзя допускать, чтобы больной лежал на мокром белье. Ежедневно стряхивать простынь от крошек. Периодически менять положение больного и, наконец, применять подкладные резиновые круги. Круг вкладывают в наволочку или специальный чехол, затем не туго надувают специальным насосом (но не ртом) и подкладывают под больного так, чтобы подвергающееся давлению место проходилось над отверстием круга.

Госпитальное белье и требования к нему. Приготовление постели.

Госпитальное белье, выдаваемое больным, должно быть всегда чистым, сухим, без заплат и грубых швов, соответствовать размерам кровати и антропометрическим данным госпитализируемого. Матрац следует периодически чистить и проветривать, а в случае необходимости дезинфицировать. Для больных, страдающих недержанием мочи и кала, по

всей ширине матраца прикрепляют клеенку, хорошо подогнув ее края, что предупреждает загрязнение матраца. На матрац кладут простынь, края которой также подворачивают под матрац. Подушки тщательно взбивают и кладут таким образом, чтобы нижняя лежала прямо и выдавалась немного из-под верхней, а верхняя упиралась в спинку кровати. Одеяла подбираются по сезону, желательно, чтобы в каждой палате они были одинакового цвета. На одеяло надевают пододеяльник и хорошо закрывают его.

Общие сведения о питании больных.

Питание больных в лазарете медпункта и военных лечебно-профилактических учреждениях осуществляется по госпитальному пайку. В соответствии с назначением врача каждому больному назначается диета, которая способствует успешному действию других лечебных факторов. От пищевых рационов для повседневного питания лечебные диеты (применяются 15 основных диет) отличаются тем, что химический состав и калорийность, объем, консистенция, и другие качества пищи строго контролируются и регулируются путем целенаправленного подбора пищевых продуктов и блюд, применения надлежащих методов кулинарной обработки пищи, изменения режима питания.

Кормление тяжелобольных.

При кормлении тяжелобольных им, по возможности, придается полусидячее положение. Для этого поднимается головной конец кровати и под подушку подкладывается валик или под голову кладут несколько подушек. Для удобства еды поперек кровати можно ставить специальную низкую скамейку или подставлять особый Г-образный столик, доска которого также направляется поперек кровати. Столик покрывают белой скатеркой или салфеткой. На нем устанавливаются тарелки, кладут хлеб, ложку и вилку. Высокое положение головы позволяет больному самому видеть пищу и принимать ее. Больным, которые не могут есть самостоятельно, санитарный инструктор (санитар) обязан помочь. Делать это надо не спеша и осторожно. Ложку не следует заполнять доверху, чтобы не облить больного. Кроме того, из полной ложки трудно глотать пищу. При отсутствии аппетита или отказе от пищи кормящий должен попытаться убедить больного в необходимости принятия пищи и ни в коем случае не вливать ее в рот, если он ее не глотает.

Воду, кисели, кофе, протертые супы лучше всего давать из поильника. Если больной в часы приема пищи спит, его не следует будить, а при пробуждении - пищу нагреть и покормить.

В случае, когда нормальное прохождение пищи через рот становится невозможным, организуется искусственное питание больного через желудочный зонд или парентерально (минуя желудочно-кишечный тракт).

Иногда питательные вещества вводятся с помощью клизм. Для питания через желудочный зонд стерильный тонкий зонд вводится в желудок через рот или нос. Обычно эту процедуру выполняет врач.

Питание через клизму используется как дополнительный метод. Растворы в прямую кишку можно вводить с помощью капельной клизмы (60-80 капель в минуту, за час около 240 мл) или одномоментно с помощью резинового баллона в количестве 100-200 мл. За 30-40 мин до питательной клизмы ставится очистительная. Растворы вводятся в подогретом до 38-39°С виде.

Обязанности санитара дружины в организации и осуществлении питания больных весьма существенны. Он должен тщательно следить за доведением до больного продуктов, перечисленных в меню-раскладке, за тем, чтобы пища подавалась в горячем виде и чтобы больные получали соответствующую диету, назначенную врачом. Температура пищи к моменту ее приема больными должна быть для первых блюд не ниже 75°С, для вторых - не ниже 65°С. Температура холодных супов, киселя и компотов - не выше 14°С. Чтобы пища имела соответствующую температуру, необходимо с солдатской кухни доставлять ее в термосах и закрытых кастрюлях, а в буфетной медпункта иметь электрические плиты для подогрева. Санитар контролирует прием пищи больными.

Нельзяразрешать к употреблению не рекомендованные продукты, приносимые больным сослуживцами изнакомыми. Чрезвычайно большую роль при питании больных играет обстановка и вид подаваемой пищи.

После приема пищи посуда тщательно моется, а при использовании её инфекционными больными - дезинфицируется.

Организация питания при медицинской эвакуации

Если больные или раненые находятся в пути свыше 5-6 ч., их необходимо кормить. В этих целях у сопровождающих должны быть термоса с горячей пищей, чай и набор сухих продуктов (хлеб, соль, сахар и т.д.). В отдельных случаях эвакуированные требуют продолжения или организации искусственного питания, для осуществления которого санитар перед началом движения должен получить у врача подробный инструктаж и выполнять все его рекомендации.

Наблюдение за состоянием больного

Общий вид, особенно лицо больного и его выражение, а также выражение глаз наблюдательному человеку могут сказать о многом и нередко дают возможность определить предстоящие поступки больного, тяжесть его заболевания, а также подсказать, какие срочные мероприятия необходимо провести. Так, активное состояние больного отмечается в начале

заболевания, а в случае крайней слабости и при потере сознания наблюдается пассивность. Сильная одышка приводит больного в сидячее положение, в случае воспаления легких одышка уменьшается при лежании на больном боку, при переломах ребер - на здоровом. Лежачее положение на спине встречается при сильных болях в животе и т.д. Одутловатое лицо чаще бывает вследствие общего отека при болезнях почек и сердца, при частных приступах удушья. При сердечной декомпенсации лицо отечно, желтовато-бледное, с синеватым оттенком; рот постоянно полуоткрыт, губы посиневшие, глаза тусклые, слипающиеся. Лицо лихорадящего больного характеризуется покраснением кожи, блестящими глазами, возбужденным выражением и т.д.

Очень важно наблюдать за цветом кожи больного, появлением сыпей, интенсивностью, временем и местами выделения пота.

Измерение температуры тела больного.

У здорового человека температура в течение суток колеблется в пределах, не превышающих 1°С. Измеряется она обычно в подмышечной впадине, а в некоторых случаях - в полости рта и прямой кишке с помощью термометра.

При измерении температуры в подмышечной впадине у больного насухо протирают эту область, встряхивают термометр и, убедившись, что столбик ртути опустился ниже 36-37°С, вкладывают нижним концом (резервуаром) в подмышечную впадину. Затем больной плотно прижимает термометр рукой и ожидает в течение 10-15 мин. При измерении температуры в полости рта резервуар термометра помещают между нижней поверхностью языка и дном рта, удерживая его сомкнутыми губами. При ректальном измерении резервуар термометра смазывают вазелином, вводят в задний проход за внутренний сфинктер, после чего сближают ягодицы, фиксируя положение термометра. В полости рта термометр держат не менее 10 мин, в прямой кишке - не менее 5 мин.

В норме температура тела в подмышечной впадине колеблется в пределах 36,0-36,8°С, близка к подмышечной температура в полости рта; температура прямой кишки обычно превышает температуру подмышечной области на 0,2-0,4°С. В военно-лечебных учреждениях температура тела измеряется, как правило, дважды: утром между 7-9 ч. и вечером между 17-19 ч. Иногда по назначению врача измерение температуры тела производится через каждые 3 ч. Показания термометра записывают в историю болезни. : Ломаная кривая, полученная при соединении всех нанесенных точек линиями, носит название температурной кривой.

Лихорадящие больные требуют тщательного и внимательного ухода. При быстром повышении температуры тела до высоких цифр,

сопровождающемся ознобом, больного согревают, - укутывают вторым одеялом, обкладывают грелками с горячей водой. В это время, в зависимости от состояния больного, рекомендуется давать горячий чай или кофе. Если послеозноба во всем теле появляется ощущение жара, на лоб кладут холодный компресс или пузырь со льдом, холодной водой или со снегом. Тело можно протирать прохладной водой с уксусом. В случае, если больной без сознания или бредит, около него устанавливается индивидуальный пост.

При высокой температуре в связи с перевозбуждением нервной системы оставлять больного одного опасно. Он может с постели выпрыгнуть в окно и т.д., поэтому к больному надо чаще подходить, следить за его пульсом и общим состоянием. При ухудшении состояния немедленно доложить врачу.

Критическое падение температуры может сопровождаться обильным потоотделением и явлениями сердечно-сосудистой слабости. Санитарный инструктор должен вести тщательное наблюдение за такими больными, в случае необходимости давать сердечные средства и менять влажное белье.

Пульс больного и его измерение.

Одним из показателей состояния сердечно-сосудистой системы является пульс. Прощупывается он легче там, где артерия ближе прилегает к кожному покрову.

Обычно пульс определяют на лучевой артерии, Для этого венчики второго и третьего пальцев руки накладываются на артерию в области нижней трети четверти предплечья. Для того чтобы пальпации не мешало натяжение мышц и сухожилий руки больного, ее кладут на кровать (стол, тумбочку) в удобном положении.

Частота пульса у здорового человека колеблется в пределах 60-80 ударов в 1 мин. Ее измеряют путем подсчета ударов за всю минуту или за 0,5 мин с последующим умножением на два.

Частоту пульса наносят на температурный лист, а затем отмеченные точки красным карандашом соединяют прямыми линиями. Получается кривая, которую можно сопоставить с температурной кривой.

Наблюдение за дыханием.

В покое частота дыхания у взрослого человека в среднем составляет 16-18 в 1 мин. Значительно увеличивается она при изменении психического состояния, в различных видах физической деятельности и особенно при заболеваниях.

Количество поступающего в легкие воздуха зависит не только от частоты, но и глубины и ритма дыхания. При его недостатке возникают такие

патологические состояния как одышка, удушье и асфиксия. При одышке наблюдаются неприятные ощущения в, виде стеснения груди и недостатка воздуха. Удушье сопровождается еще более выраженным недостатком воздуха. Асфиксия - это такое состояние, когда дыхание отсутствует.

Подсчет количества дыханий, определение его типа и различных нарушений целесообразно проводить незаметно для самого больного. Это можно сделать одновременно с подсчетом пульса по движению грудной клетки или одеяла. Дыхательные движения считаются в течение 1 мин. Каждый цикл (вдох-выдох) считается одним дыхательным движением. Результаты подсчета заносят в температурный лист синим карандашом.

Одним из признаков заболевания дыхательной системы является кашель. Сухой кашель бывает при острых респираторных вирусных заболеваниях, заболеваниях плевры, начальных стадиях воспаления легких, остром абсцессе легких, закрытии просвета бронха инородным телом. Влажный кашель обусловлен накоплением патологического секрета (мокроты) и выведением его наружу. Он появляется в стадии разрешения острого трахеобронхита, крупозной пневмонии, является постоянным симптомом хронического бронхита, очаговой пневмонии, туберкулеза легких и других заболеваний.

Собирание мокроты и обеззараживание ее.

Мокрота может быть слизистой, слизисто-гнойной, гнойной, кровянистой и серозной. Собирают ее в плевательницу сосуд из темного стекла с завинчивающейся крышкой. Затем, если предстоит исследование, мокроту из плевательницы переливают в чистую, сухую стеклянную баночку, закрывающуюся плотной крышкой. Для анализа в лабораторию направляют либо утреннюю мокроту, полученную после сна, либо все суточное количество. В последнем случае баночку хранят в темном сухом месте. Перед забором мокроты больной должен почистить зубы и прополоскать рот. На баночке должны быть фамилия и инициалы больного, номер палаты, дата и время взятия мокроты.

Ингаляция

Представляет собой вдыхание лекарственных веществ. Различают паровую, аэрозольную и газовую ингаляцию. Для паровой ингаляции применяются - ингаляторы со спиртовым или электрическим подогревом. Образующийся в них пар выходит через специальный патрубок и, засасывая в свою струю раствор лекарства из специального стаканчика, распыляет его. Паровая ингаляция требует соблюдения определенных правил. Санитарный инструктор должен следить, чтобы в ингаляторе постоянно была вода, а стаканчик наполнялся соответствующим лекарством. Стеклянный (фарфоровый) цилиндр, который больной берет в рот или приставляет к носу,

каждый раз перед употреблением необходимо промыть, прокипятить и остудить. Больного нужно обучить правильному дыханию. Вся процедура не должна продолжаться более 10 мин, а температура пара превышать 50-60°С.

Ингаляция аэрозолей осуществляется с помощью специальных аппаратов, основанных на принципе распыления аэрозоля сжатым воздухом. Ингаляция аэрозолей, может проводиться индивидуально или коллективно (в специально отведенном помещении).

Тазовая ингаляция основана на применении различных газов, находящихся в баллонах. Наиболее широкое применение получил кислород. Существуют различные виды кислородных ингаляторов (И-2, КИ-4 и др.).

Наиболее удобным для работы как в стационарных, так и в полевых условиях является ингалятор КИ-4.02. Он предназначен для терапии кислородом или кислородно-воздушной смесью.

Уход и наблюдение за больными при рвоте.

Одним из признаков нарушения функции пищеварения или отравления является рвота. Причины ее самые разнообразные. Рвоте нередко предшествует тошнота. В связи с тем, что тошнота и рвота могут служить диагностическим признаком, санитарный инструктор должен обращать внимание на время возникновения рвоты (натощак или после еды), содержимое рвотных масс, их запах и т.д. Особое внимание обращается на наличие в них крови и каловых масс.

При появлении рвоты больному придают полусидячее положение, а при его нахождении в постелиповорачивают голову набок. В случае кровавой рвоты больного надо уложить на спину, на подложечной области разместить пузырь со льдом или грелку с холодной водой и вызвать врача. Особое внимание обращается на больных, находящихся в бессознательном состоянии, т.к. рвотные массы при вдохе могут попасть в дыхательные пути и вызвать тяжелые осложнения. Чтобы этого не случилось, рвотные массы из полости рта удаляются пальцем, обернутым в марлю, салфетку, носовой платок, полотенце и т.д.

Если у больного плотно сомкнуты зубы, рот раскрывают с помощью роторасширителя. Он представляет собой две металлические пластинки, клювовидно раздвигающиеся на одном конце и фиксированные винтовым устройством на другом. Перед применением винт роторасширителя вывертывают против часовой стрелки до упора и тем самым прижимают обе пластины друг другу. Затем раздвигающийся конец вводят между зубами сбоку и поворотом винта по часовой стрелке расширяют ротовое отверстие.

Для лабораторного исследования рвотные массы собирают в стерильные банки или широкогорлые флаконы емкостью 0,25-0,5 л.; отверстие посуды

закрывают целлофаном или плотной вощаной бумагой и направляют в лабораторию. До отправки они хранятся в прохладном месте. Материалы в лабораторию представляются с указанием фамилии, инициалов, номера воинской части, подразделения (а если больной находится на стационарном лечении - номер палаты и отделения), где служит больной, даты и времени забора рвотных масс.

При наблюдении за деятельностью кишечника обращают внимание на выраженность его урчания и вздутия, отхождение газов, характер испражнений и их частоту, наличие геморроя. Для профилактики нарушений деятельности кишечника следует принять меры по обеспечению нормального и регулярного стула, а также чистоты области заднего прохода. Очень важно, чтобы больной быстро удовлетворял появившийся позыв на низ, а не был бы вынужден долго задерживать его. Тяжелобольным подкладное судно нужно подавать в кровать. Для этого одной рукой больному помогают приподнять таз, а другой судно подводят широким концом под ягодицы. Судно располагают таким образом, чтобы промежность находилась над срединой большого круга. По окончании дефекации судно немедленно уносят из помещения. У тяжелобольных заднепроходное отверстие вытирается ватой – или туалетной бумагой. Слабым больным с небольшим подкожным жировым слоем, со склонностью к образованию пролежней, а также с недержанием кала необходимо давать надувные резиновые подкладные судна. Возможно также одевать на таких больных памперсы соответствующих размеров.

Для лабораторного анализа кал берут шпателем из судна и кладут в чистую стеклянную банку. При этом следует отобрать комочки слизи, кровянистые сгустки и друге подозрительные включения. Направление в лабораторию заполняют так же, как и для исследования рвотных масс. Ходячие больные отбирают кал самостоятельно. Для этого в туалете на ночь выставляются баночки, снабженные деревянными палочками (шпателями). На баночку наклеивается этикетка с указанием фамилий, инициалов, палаты и номера отделения.

ВОЗМОЖНЫЙ СОСТАВ ДОМАШНЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ АПТЕЧКИ

ПриказомМинздравсоцразвития России от 5 марта 2011 г, № 169н определен состав аптечек для оказания первой помощиработникам организаций. Состав аптечек включает в основном средства оказания первой помощи работникам организации при несчастных случаях, и конечно, он имеет определенную направленность.

Однако, вповседневной жизни, а темболее в ЧС,всегда появляются травмированные. У одних – раны, переломы конечностей, ожоги, у других -

открылись кровотечения, возникли сердечные, головные, желудочные боли, простудные и иные заболевания.

Важно всегда помнить, что всякая, даже самая небольшая рана, представляет угрозу для жизни человека; она может стать источником заражения различными микробами, а некоторые сопровождаются ещё и сильным кровотечением. Основной мерой профилактики и оказания первой медицинской помощи является наложение стерильной повязки на рану. Вот для этого в домашней аптечке надо иметь необходимый перевязочный материал: пакеты перевязочные, бинты, салфетки стерильные, вату.

Вместе с тем, скомплектовать медицинскую аптечку на все случаи жизни практически невозможно. Однако при разумном подходе можно создать ее оптимальный вариант, ориентируясь на болезни членов семьи, на санитарно-эпидемиологическую обстановку в районе, городе.

Домашняя аптечка должна содержать хотя бы минимум медицинских средств, необходимых для оказания первой помощи при травмах, острых воспалительных заболеваниях, различных приступах.

Примерный состав аптечки может быть таким:

1. Таблетки валидола применяются при острых болях в области сердца.

2. Нитроглицерин - при приступах стенокардии (грудная жаба)

3. Корвалол, валокордин - при болях в сердце.

4. Настойка валерьяны - успокаивающее средство при нервном возбуждении.

5. Таблеткикислоты ацетилсалициловой (аспирин). Противовоспалительное средство. Применяют при простуде и лихорадочных состояниях.

6. Таблетки парацетамола - при простудных и гриппозных заболеваниях.

7. Таблетки амидопирина и анальгина. Жаропонижающее, болеутоляющее и противовоспалительное средство.

8. Таблетки пенталгина и баралгина -как обезболивающее средство.

9. Таблетки спазмалгина – при головных болях.

10. Таблетки угля активированного. Применяют при скоплении газов в кишечнике.

11. Желудочные таблетки. Бесалол. Оказывает болеутоляющее действие при заболевании органов брюшной полости, а также некоторое обеззараживающее действие на кишечную флору,

12. Гидрокарбонат натрия в порошке (сода двууглекислая). Применяют при изжоге - на кончике ножа на прием, а также для полоскания горла.

13. Калияперманганат (марганцовка). Используютв виде водного раствора для промывания ран, полоскании рта и глаз.

14. Кислота борная. Применяется для полоскания рта, горла, промывания горла.

15. Лейкопластырь бактерицидный. Предназначен для лечения ссадин, порезов, некоторых язв и небольших ран.

16. Лейкопластырь обычный. Для крепления небольших повязок на раны.

17. Раствор йода спиртовой 5%. Применяют наружно как антисептическое средство.

18. Раствор аммиака (нашатырный спирт). Средство для вдыхания при обморочном состоянии, нервном потрясении, угаре.

19. Вазелин борный. Для смягчения кожи, оказывает антисептическое действие.

20. Таблетки от кашля. Употребляют при воспалительных заболеваниях верхних дыхательных путей.

21. Жгут кровоостанавливающий. Используется для временной остановки кровотечений из артерий конечностей. Обычно накладывают выше места раны. Держать его можно не более 0,25 часа. Иначе конечность омертвеет.

22. Синтомициновая эмульсия. Применяется при ожогах и обморожениях,

23. Термометр и ванночка глазная - для промывания глаз при засорении.

Большинство этим не ограничивается, имеет более широкий набор лекарственных и перевязочных средств. Кроме того, в последнее время люди все чаще стали возвращаться к народным средствам и лекарственным травмам. При многих заболеваниях они эффективны.

Каждый человек должен знать приёмы и способы оказания первой помощи пострадавшим. От своевременности проведения, которых зависит жизнь человека.