

ТЕМА 8.

ПРАВИЛА И ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ СЕБЕ И ПОСТРАДАВШИМ ПРИ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЯХ, ТРАВМАХ, ОТРАВЛЕНИЯХ И ЧС. ОСНОВЫ УХОДА ЗА БОЛЬНЫМИ.

Цели:

1. Ознакомить с основными правилами оказания первой помощи в неотложных ситуациях.
2. Дать первичные знания по оказанию первой помощи при кровотечениях и ранениях, при переломах, при ушибах, вывихах, химических и термических ожогах, отравлениях, обморожениях, обмороке, поражении электрическим током, тепловом и солнечном ударах.
3. Провести практическую тренировку по проведению искусственного дыхания и непрямого массажа сердца.
4. Дать основы ухода за больными (гигиена комнаты и постели больного; способы смены белья, подушек; методика измерения температуры, артериального давления; методика наложения повязок, пластырей, компрессов, горчичников, шин, биндажей; основы сочетания лекарственных средств и диет).

Методическая литература:

1. Межотраслевая инструкция по оказанию первой помощи при несчастных случаях на производстве. - М.: НЦ ЭНАС, 2003. - 80 с.
2. Первая медицинская помощь при чрезвычайных ситуациях. - М.: Изд-во «Военные знания», 1997.

План занятия:

1. Первая медицинская помощь
2. Первая медицинская помощь при поражении током
3. Оказание первой и доврачебной помощи при различных ЧС бытового характера
4. Правила применения аптечки первой помощи
5. Уход за пораженными и больными

1. Первая медицинская помощь.

Первая медицинская помощь - это оперативная помощь пострадавшему при получении травмы или внезапном приступе заболевания, которая оказывается до тех пор, пока не будет возможно получение более квалифицированного медицинского содействия. Существует четыре основных правила оказания первой медицинской помощи при неотложных ситуациях: осмотр места происшествия, первичный осмотр пострадавшего, вызов «скорой помощи», вторичный осмотр пострадавшего. Осмотр места происшествия. При осмотре места происшествия обратите внимание на то, что может угрожать жизни пострадавшего, Вашей безопасности и безопасности окружающих: оголенные электрические провода, падение обломков, интенсивное дорожное движение, пожар, дым, вредные испарения, неблагоприятные погодные условия, глубина водоема или быстрое течение и многое другое. Если Вам угрожает какая-либо опасность, не приближайтесь к пострадавшему. Немедленно вызовите «скорую помощь» или службу спасения. В ситуации повышенной опасности помощь должна оказываться профессиональными сотрудниками службы «скорой помощи», службы спасения, которые имеют соответствующую подготовку и снаряжение. Постарайтесь определить характер происшествия. Обратите внимание на детали, которые могли бы вам подсказать вид полученных травм. Они особенно важны, если пострадавший находится без сознания. Посмотрите, нет ли на месте происшествия других пострадавших.

Первичный осмотр пострадавшего. Приблизившись к пострадавшему, постарайтесь успокоить его. Находитесь на уровне его глаз, говорите спокойно, спросите: «Кто Вы?», предложите помощь, проинформируйте о том, что собираетесь делать. Прежде чем

приступать к оказанию первой помощи по возможности получите на это разрешение пострадавшего. В процессе первичного осмотра необходимо выяснить, в каком состоянии находится дыхательная и сердечно-сосудистая система. Проверка дыхания. Если пострадавший в бессознательном состоянии, обратите внимание на наличие у него признаков дыхания. Грудь при дыхании должна подниматься и опускаться. Кроме того, необходимо почувствовать дыхание, чтобы убедиться, что человек действительно дышит. Для этого положите свою руку на грудь пострадавшего и визуально наблюдайте за движениями грудной клетки. Время, которое отводится для этого, не должно быть более 5с. Если пострадавший не дышит, Вы обязаны сделать искусственную вентиляцию легких.

Обеспечение проходимости дыхательных путей. Дыхательными путями являются воздухоносные проходы рта и носа к легким. Любой человек, который в состоянии говорить или издать звук, 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 немного назад и приподнимите подбородок. При этом язык перестает закрывать заднюю часть горла, пропуская воздух в легкие. Если в дыхательные пути пострадавшего попало инородное тело, его следует удалить.

Внимание! Прежде чем запрокинуть голову пострадавшего, необходимо обязательно проверить, нет ли у него повреждения шейного отдела позвоночника. Для этого очень осторожно пальцами прощупайте шейный отдел позвоночника.

Проверка пульса. Она включает определение пульса, выявление сильного кровотечения и признаков шокового состояния. Если дыхание отсутствует; следует определить пульс пострадавшего. Для этого нащупайте сонную артерию на его шее со стороны, находящейся ближе к вам. Для обнаружения сонной артерии найдите «адамово яблоко» (кадык) и сдвиньте пальцы (указательный, средний и безымянный) в углубление между трахеей и длинной боковой линией шеи. При замедленном или слабом сердцебиении пульс бывает трудно определить, поэтому пальцы надо приложить к коже с очень-очень слабым давлением. Если вам не удалось нащупать пульс с первого раза, начните снова с кадыка, передвигая пальцы на боковую поверхность шеи. При отсутствии пульса у пострадавшего необходимо проведение реанимационных мероприятий. Далее выявляют наличие сильного кровотечения, которое должно быть остановлено как можно быстрее. Иногда у пострадавшего может возникнуть внутреннее кровотечение. Внешнее и внутреннее кровотечения опасны усилением шокового состояния пострадавшего. Шок возникает при большой травме и потере крови; кожа пострадавшего при этом бледная и прохладная при прикосновении. Если ваши усилия увенчались успехом, и у пострадавшего, который находится без сознания, стали определяться дыхание и пульс, не оставляйте его лежать на спине, за исключением травмы шеи или спины. Переверните пострадавшего на бок, чтобы его дыхательные пути были открыты. В этом положении язык не закрывает дыхательные пути. Кроме того, в этой позе рвотные массы, выделения и кровь могут свободно выходить из ротовой полости, не вызывая закупорки дыхательных путей.

Вызов «скорой помощи». «Скорая помощь» должна вызываться в любой ситуации. Особенно в случаях: бессознательного состояния или с изменяющимся уровнем сознания; проблем с дыханием (затрудненное дыхание или его отсутствие); непрекращающихся болей или ощущения давления в груди; отсутствия пульса; сильного кровотечения; сильной боли в животе; рвоты с кровью или кровянистыми выделениями (с мочой, мокротой и т.д.); отравления; судорог; сильной головной боли или невнятной речи; травм головы, шеи или спины; вероятности перелома костей; внезапно возникших нарушений движения. Нужно сообщить диспетчеру «Скорой помощи» следующую информацию: точное нахождение места происшествия, адрес или местоположение, названия населенного пункта или ближайших пересекающихся улиц (перекрестков или дорог),

ориентиры; свои фамилию, имя, отчество; что произошло (ДТП, пожар и т.д.); число пострадавших; характер повреждений (боли в груди, затрудненное дыхание, отсутствие пульса, кровотечение и т.п.). Находясь один на один с пострадавшим, громким голосом позовите на помощь. Крик может привлечь внимание прохожих, которые могли бы вызвать «скорую помощь». Если никто не откликается на ваш крик, постарайтесь сами как можно быстрее позвонить по телефону «103». После этого возвратитесь к пострадавшему, продолжите оказание первой медицинской помощи.

Вторичный осмотр пострадавшего. После вызова «скорой помощи» и уверенности в том, что у пострадавшего нет состояний, угрожающих его жизни, переходят к проведению вторичного осмотра. Вновь опросите пострадавшего и присутствующих о случившемся. Проверьте у него признаки жизни и проведите общий осмотр. К признакам жизни относятся: наличие пульса, дыхания, реакция зрачка на свет и уровень сознания. Важность вторичного осмотра заключается в обнаружении проблем, которые не представляют угрозы жизни пострадавшего непосредственно, но могут иметь серьезные последствия, если их оставить без внимания и оказания первой медицинской помощи.

По завершении вторичного осмотра пострадавшего и оказания первой медицинской помощи продолжайте наблюдать за признаками жизни вплоть до прибытия «скорой помощи».

Доврачебная реанимационная помощь.

Термин «реанимация» дословно переводится как «оживление». Речь идет об оживлении организма, который находится в стадии так называемой клинической смерти, сопровождающейся внезапной остановкой сердца и прекращением дыхания.

Такое грозное, опасное для жизни осложнение может возникнуть при:

- тяжелых травмах (повреждение черепа и головного мозга, кровопотеря, гемопневмоторакс, множественные переломы ребер и грудины, травматический шок III и IV степени);
- при несчастных случаях и острых отравлениях (утомление, поражение электротоком, отравление окисью углерода и пр.);
- при ряде заболеваний (инфаркт миокарда, коронароспазм, острая сердечная слабость, ателектаз легких и др.).

Для спасения жизни человека в этих и других подобных случаях, связанных с резким нарушением дыхательной и сердечной деятельности, необходима срочная и квалифицированная медицинская помощь, направленная на выведение организма из состояния клинической смерти. У всех пострадавших, находящихся в терминальном состоянии, главными нарушениями являются гипоксия (кислородное голодание) и ацидоз (накопление углекислоты) вследствие резкого нарушения гемодинамики и дыхания. Поэтому реанимационные мероприятия в первую очередь должны быть направлены на восстановление у пострадавшего самостоятельного дыхания и кровообращения.

Острое кислородное голодание развивается быстро. Вначале появляются общее возбуждение, шум в ушах, потемнение в глазах, одышка (частое поверхностное дыхание). Кожные покровы и видимые слизистые синюшные.

Затем наступают потеря сознания (кислородное голодание центральной нервной системы), расстройство жизненно важных функций и остановка сердца.

Признаками остановки сердца являются расширение зрачков, исчезновение пульса на общих сонных артериях, прекращение дыхания или агональное дыхание (судорожные, редкие вдохи), а также отсутствие рефлексов, в первую очередь роговичного.

Какими бы методами ни проводились реанимационные мероприятия, необходимо начинать их как можно раньше. Жизнь пострадавшего в буквальном смысле слова находится в руках оказывающего помощь.

Запомните, что продолжительность клинической смерти не превышает 5-6 минут, после чего наступает биологическая смерть с ее необратимыми изменениями, в первую

очередь в центральной нервной системе. Даже если удастся восстановить работу сердца, спустя это время, восстановить полноценную жизнедеятельность организма уже нельзя.

Наиболее простыми, доступными и в то же время очень эффективными методами реанимации, не требующими фактически никакого оснащения и оборудования, являются искусственное дыхание «рот в рот» и непрямой массаж сердца.

Искусственное дыхание методом «рот в рот».

Проводится в случаях внезапного или резкого расстройства дыхания.

Пострадавшего укладывают на жесткую поверхность (широкую скамью, стол, пол и т. п.) лицом вверх, заботясь о притоке свежего воздуха. Расстегивают воротник, пояс и другую стесняющую одежду, осматривают полости рта и глотки и очищают их от сгустков крови и слизи.

У лиц, находящихся в бессознательном состоянии, наступает расслабление мышц, в результате чего язык может западать к задней стенке глотки, закрывая доступ в гортань и трахею. В этих случаях необходимо зафиксировать язык одним из доступных способов (применение языкодержателя, вытягивание и прибинтовывание языка к подбородку и др.).

Для улучшения проходимости верхних дыхательных путей пострадавшему запрокидывают голову назад, одновременно максимально приподнимая подбородок и открывая рот.

Прежде чем начинать делать искусственное дыхание утонувшему, надо дополнительно опорожнить его верхние дыхательные пути и желудок от воды. Для этого оказывающий помощь укладывает пострадавшего вниз животом с опущенной головой на согнутое под прямым углом свое колено и нажимает руками на область нижних ребер.

Этим фактически заканчиваются подготовительные мероприятия, которые едины для искусственного дыхания и непрямого массажа сердца.

Далее следует ответственный момент, который заключается в искусственном нагнетании воздуха в легкие пострадавшего.

Оказывающий помощь располагается у изголовья пострадавшего, одной рукой удерживает его голову в запрокинутом положении, другой – рот в полуоткрытом состоянии. Делает глубокий вдох, зажимает нос пострадавшего для предотвращения утечки воздуха и, приложив свой рот через носовой платок (марлю, бинт) ко рту пострадавшего, вдвывает ему в легкие воздух. Как только грудная клетка достаточно расширилась (искусственный вдох), следует прекратить вдвухание, после чего произойдет пассивный выдох. Ритмичность таких вдвуханий должна соответствовать частоте дыхания оказывающего помощь (в среднем 12-16 в минуту). При каждом вдвухании в легкие пострадавшего поступает 1000-1500 мл воздуха, что создает минимальный объем 12-17 л/мин.

При глубоком и частом дыхании у оказывающего помощь могут возникнуть головокружение и даже обморок от гипервентиляции легких. Поэтому лучше, когда помощь оказывают поочередно двое.

Вдвухание производят до тех пор, пока вдохи самостоятельного дыхания у пострадавшего не станут глубокими и регулярными. При появлении слабых и нерегулярных дыхательных движений вдвухание надо делать так, чтобы оно совпадало с этими самостоятельными вдохами и углубляло их. При очень редких самостоятельных вдохах вдвухание делают в промежутках между ними.

При оказании медицинской помощи необходимо следить за движениями грудной клетки и при максимальном ее подъеме вдвухание следует прекращать, так как избыточный воздух может проникнуть через пищевод в желудок, раздуть его и ограничить дыхательные движения диафрагмы, что создаст дополнительные трудности для вентиляции легких. На попадание воздуха в желудок указывает вздутие верхней части живота; в таких случаях необходимо ограничить объем вдвухаемого воздуха. В процессе искусственной вентиляции легких в рот пострадавшего может попасть жидкое

содержимое желудка. В ходе вдуваний, которые проводятся до восстановления самостоятельного дыхания, надо периодически проверять пульс.

Этот метод удобен тем, что им можно пользоваться и тогда, когда челюсти пострадавшего стиснуты и не удастся открыть его рот. В этом случае воздух будет проходить между зубами.

Если у пострадавшего повреждены челюсти, можно вдувать воздух не через рот, а через нос. Подготовительные мероприятия и методика те же, только в этом случае одной рукой закрывают рот пострадавшего. Сделав глубокий вдох и охватив через платок нос пострадавшего, вдувают воздух. Если во время пассивного выдоха легкие и грудная клетка спадаются недостаточно, что может быть в результате прилегания мягкого неба к задней стенке глотки, следует приоткрыть рот пострадавшего.

Вдувание воздуха удобно также производить через эластичную резиновую трубку соответствующего диаметра, которую вводят в один из носовых ходов. Другой носовой ход закрывают пальцем.

При ранении лица или в других случаях, когда нельзя использовать вышеизложенные методы, можно применить описанные ниже ручные методы искусственного дыхания, которые, однако, гораздо менее эффективны.

2. Первая медицинская помощь при поражении током.

Способы освобождения человека от действия тока.

Человеку, который попал под действие тока, должна быть оказана помощь. Поскольку исход поражения зависит от продолжительности действия тока, очень важно как можно быстрее освободить пострадавшего от тока.

Освобождения пострадавшего от действия электрического тока может быть выполнено различными способами.

Простейшим способом является отключение цепи тока, которой касается пострадавший, с помощью ближайшего выключателя, рубильника или другого аппарата. Если пострадавший находится на высоте и может упасть при отключении тока, необходимо принять меры, которые предотвратили бы падение или сделали его безопасным.

Если выключатель далеко от места события и быстрое отключение тока невозможно, необходимо отделить пострадавшего от токоведущих частей, которых он касается. Тот, кто оказывает помощь, должен принять соответствующие меры безопасности, чтобы самому не оказаться под действием тока.

В некоторых случаях можно перерубить или перерезать провода (каждый отдельно) топором или другим режущим инструментом с сухой рукояткой из изолирующего материала. Если рукоятка металлическая, то ее необходимо обернуть сухой шелковой, шерстяной или прорезиненной тканью.

В случае невозможности быстрого разрыва цепи электрического тока необходимо оттащить пострадавшего от токоведущей части, взявшись за его одежду, если она сухая и отстает от тела (например, полы пиджака или пальто). При этом нельзя касаться тела пострадавшего, сырой одежды, обуви, чтобы самому не оказаться под напряжением. Чтобы изолировать себя от напряжения, можно надеть галоши, резиновые перчатки или обернуть руки сухой тканью, подложить под ноги сухую доску, стекло, эбонит или свернутую сухую одежду.

Освободить пострадавшего от тока можно, отбросив сухой палкой или доской конец оборванного провода от пострадавшего.

Во время освобождения пострадавшего от токоведущих частей рекомендуется действовать одной рукой.

Меры первой помощи пострадавшему от электрического тока.

Меры первой помощи зависят от состояния, в котором находится пострадавший после освобождения его от электрического тока.

Для определения этого состояния необходимо немедленно произвести следующие мероприятия:

- уложить пострадавшего на спину на твердую поверхность;
- проверить наличие у пострадавшего дыхания (определяется по подъему грудной клетки или каким-либо другим способом);
- проверить наличие у пострадавшего пульса на лучевой артерий у запястья или на сонной артерии на переднебоковой поверхности шеи;
- выяснить состояние зрачка (узкий или широкий); широкий зрачок указывает на резкое ухудшение кровоснабжения мозга.

Во всех случаях поражения электрическим током вызов врача является обязательным независимо от состояния пострадавшего.

Если пострадавший находится в сознании, но до этого был в состоянии обморока, его следует уложить в удобное положение (подстелить под него и накрыть его сверху чем-либо из одежды) и до прибытия врача обеспечить полный покой, непрерывно наблюдая за дыханием и пульсом. Ни в коем случае нельзя позволять пострадавшему двигаться, а тем более продолжать работу, так как отсутствие тяжелых симптомов после поражения электрическим током не исключает возможности последующего ухудшения состояния пострадавшего. Если врача быстро вызвать невозможно, необходимо срочно доставить пострадавшего в медицинский пункт, обеспечив для этого необходимые транспортные средства или носилки.

Если пострадавший находится в бессознательном состоянии, но с сохранившимся устойчивым дыханием и пульсом, его следует ровно и удобно уложить, распуścić и расстегнуть одежду, создать приток свежего воздуха, давать нюхать нашатырный спирт, обрызгивать его водой и обеспечить полный покой и постоянное наблюдение. Одновременно следует срочно вызвать врача. Если пострадавший плохо дышит – очень редко и судорожно (как умирающий), ему следует делать искусственное дыхание и массаж сердца.

При отсутствии у пострадавшего признаков жизни (дыхания и пульса) нельзя считать его мертвым, так как смерть часто бывает лишь кажущейся. В таком состоянии пострадавший, если ему не будет оказана немедленная первая помощь в виде искусственного дыхания и наружного (непрямого) массажа сердца, действительно умрет. Искусственное дыхание следует производить непрерывно, как до, так и после прибытия врача. Вопрос о целесообразности или бесцельности дальнейшего проведения искусственного дыхания решается врачом.

При оказании помощи мнимо умершему бывает дорога каждая ее секунда, поэтому первую помощь следует оказывать немедленно и по возможности на месте происшествия. Переносить пострадавшего в другое место следует только в тех случаях, когда ему или лицу, оказывающему помощь, продолжает угрожать опасность или когда оказание помощи на месте невозможно.

Пораженного электрическим током можно признать мертвым только в случае наличия видимых тяжелых внешних повреждений, например в случае раздробления черепа при падении или при обгорании всего тела. В других случаях констатировать смерть имеет право только врач.

3. Оказание первой и доврачебной помощи при различных ЧС бытового характера.

1. Оказание первой помощи при термическом ожоге кожи.

Немедленно погасите пламя.

Сорвите с пострадавшего горящую одежду, если она не прилипла к телу.

Если к коже прилипли обгоревшие остатки одежды, снимать их и отдирать от тела ни в коем случае нельзя!

Наложите на обожженные участки кожи повязку (стерильный бинт, полосы полотнояной материи, предварительно проглаженной утюгом).

Накройте пострадавшего чем-либо препятствующим доступу воздуха — одеялом, пледом.

Уберите тлеющие вещи.

По возможности эвакуируйте пострадавшего на свежий воздух.

Для борьбы с ожоговым шоком дайте пострадавшему обильное теплое подсоленное питье.

При обширных ожогах, занимающих большую поверхность тела, пораженного пострадавшего заверните в чистую простыню.

Срочно доставьте пострадавшего в медицинское учреждение.

2. Действия при бытовых ожогах:

При ожогах первой степени (покраснение и небольшое припухание кожи):

Подставьте обожженное место под струю холодной воды, приложите лед через ткань.

При ожогах второй степени (кожа покрывается пузырьками с прозрачной жидкостью):

Наложите на ожог стерильную повязку, обратитесь в медицинское учреждение.

Не прокалывайте пузырьки и не удаляйте прилипшие к месту ожога части одежды.

При ожогах третьей и четвертой степени (омертвление кожи и лежащих под ней тканей):

Наложите на ожог стерильную повязку.

Доставьте пострадавшего в лечебное учреждение.

3. Оказание помощи пострадавшему до доставки в медицинское учреждение при ожогах и травмах глаз:

Сделайте холодные примочки из 3%-го раствора борной кислоты (половина чайной ложки кислоты на стакан воды).

Ожоговую поверхность не смазывайте жирами и кремами, это препятствует оттоку жара и может вызвать инфекцию.

При ожогах глаз едкими веществами:

Осторожно раздвиньте веки пальцами и подставьте глаз под струю холодной воды.

Промывайте так, чтобы вода стекала от носа кнаружи.

При травмах глаз или век:

Уложите пострадавшего.

Накройте глаз чистой салфеткой (носовым платком).

Зафиксируйте салфетку повязкой.

Прикройте этой же повязкой второй глаз для прекращения движения глазных яблок.

4. Оказание первой помощи при отравлении бытовым газом, метаном:

Признаки отравления: тяжесть в голове, головокружение, шум в ушах, рвота, покраснение кожи, резкая мышечная слабость, усиление сердцебиения, сонливость.

При тяжелом отравлении: потеря сознания, непроизвольное мочеиспускание, побледнение/посинение кожи, поверхностное дыхание, судороги.

Действия по оказанию первой помощи:

Вынесите пострадавшего на свежий воздух.

Расстегните одежду, восстановите проходимость дыхательных путей, следя за тем, чтобы не западал язык.

Уложите пострадавшего (ноги должны быть выше тела). Приложите холод к голове.

Разотрите тело и грудь, укройте теплее и дайте понюхать нашатырный спирт.

Если началась рвота, поверните на бок.

При остановке или замедлении дыхания (до 8 вдохов в минуту) начинайте делать искусственное дыхание.

Чтобы самому не отравиться, «вдох» делайте через мокрую марлевую повязку (носовой платок), а при выдохе пострадавшего отклоняйтесь в сторону.

При улучшении состояния пострадавшего дайте ему обильное питье (чай, молоко, кефир).

5. Оказание первой помощи при падении с высоты:

Вынужденная поза «лягушки» – признак опасных повреждений (костей таза и тазобедренных суставов, бедренных костей, позвоночника), разрывов внутренних органов и внутреннего кровотечения.

Признаки перелома позвоночника: боль в спине, потеря чувствительности в ногах (пострадавший не чувствует укола булавкой).

Оцените состояние пострадавшего.

Подложите под колени валик из одеяла или куртки.

Окажите помощь при переломах конечностей, шоке, обмороке.

Дайте сердечные капли.

Укройте от холода.

Организируйте вызов врача.

Следите за проходимость дыхательных путей.

Удаляйте изо рта и носа кровь, слизь.

Если нет пульса на сонной артерии, начинайте реанимацию.

Для транспортировки переложите пострадавшего, не меняя его позы, на вакуумный или обычный матрас, на щит (дверь).

Под колени положите валик из одежды.

Чтобы пострадавший не двигался, привяжите его к носилкам (двери, щиту) в его позе.

Если нет щита, заверните пострадавшего в одеяло (ковер), чтобы он не мог шевелиться.

6. Общие правила транспортировки пострадавших.

Только на животе:

В состоянии комы. При частой рвоте. В случаях ожогов спины и ягодиц.

При подозрении на повреждение спинного мозга, когда в наличии есть только брезентовые носилки.

Только на спине с приподнятыми или согнутыми в коленях ногами:

При проникающих ранениях брюшной полости. При большой кровопотере или при подозрении на внутреннее кровотечение. При переломах нижних конечностей.

В позе «лягушки» с подложенным под колени валиком или на вакуумном матрасе:

При подозрении на перелом костей таза. При подозрении на перелом верхней трети бедренной кости, костей тазобедренного сустава. При подозрении на повреждение позвоночника, спинного мозга.

При травмах позвоночника, таза:

Переносить только на твердых носилках, на щите, двери.

Только сидя или полусидя:

При проникающих ранениях грудной клетки. При ранениях шеи.

При затрудненном дыхании после утопления.

При переломах рук.

7. Оказание первой помощи при сдавлении конечностей.

Действия при сдавлении конечностей до освобождения от сдавления (если конечность придавлена более 15 минут):

Обложите придавленные конечности пакетами со льдом, снегом, холодной водой.

Дайте 2-3 таблетки анальгина.

Дайте обильное теплое питье.

Наложите жгуты выше места сдавления.

Туго забинтуйте поврежденные конечности, не снимая жгута.

Если этого не сделать, то после освобождения от сдавления наступит отек конечности, исчезнет пульс у запястий и лодыжек, появится розовая или красная моча, резко ухудшится состояние.

Действия после освобождения от сдавления:

Сразу наложите жгуты (если они не были наложены) и туго забинтуйте конечности.

Наложите шины.

Приложите холод к поврежденным конечностям.

Дайте обильное теплое питье.

Дайте 2 таблетки анальгина или иное обезболивающее.

НЕЛЬЗЯ! Освобождать сдавленные конечности до наложения защитных жгутов и приема пострадавшим большого количества жидкости.

8. Оказание первой помощи при травме головы.

При ушибе головы:

Немедленно приложите холод к месту ушиба (лед, завернутый в ткань, смоченную холодной водой ткань, пластиковую бутылку, пакет или грелку, наполненные холодной водой).

Помните: признаки сотрясения, ушиба головного мозга - оглушение, тошнота, шум в ушах, потеря сознания и памяти.

Обеспечьте пострадавшему покой в положении «лежа» (при отсутствии сознания - на животе).

Ограничьте пострадавшего в питье.

При подозрении на сотрясение мозга вызовите врача.

Наблюдайте за состоянием пострадавшего и оказывайте помощь по ситуации.

При ранении головы:

Перевяжите рану бинтом, полосками ткани, приложив к ране стерильную салфетку.

Помните, даже небольшая ссадина или царапина на голове может вызвать обильное кровотечение, т.к. на голове расположено много сосудов, как крупных, так и мелких.

9. Оказание первой помощи при переломах конечностей.

Признаки открытого перелома:

Видны костные отломки.

Произошла деформация и отек конечности.

Наличие раны, часто с кровотечением.

Признаки закрытого перелома:

Сильная боль при движении или при нагрузке на конечность.

Деформация и отек конечности.

Синюшный цвет кожи.

Подвижность конечности в необычном месте, ее неестественное положение.

НЕЛЬЗЯ! Накладывать шины на ноги, если пострадавший лежит в позе «лягушки»!

Освободите пострадавшего от воздействия травмирующих факторов.

Остановите кровотечение.

Дайте как можно быстрее обезболивающее: 2 таблетки растолченного анальгетика положить под язык (не запивать).

Перевяжите.

Зафиксируйте конечность с помощью шин или подручных средств (ветка, доска) поверх одежды. При открытых переломах сначала наложите повязку и только затем - шину.

Укройте пострадавшего, особенно при холодной погоде.

Вызовите врача или обеспечьте доставку к месту лечения.

Правила переноски пострадавшего.

В положении лежа переносят и транспортируют пострадавших с повреждением позвоночника, живота, переломах костей таза и нижних конечностей, ранениями головы.

В случае тяжелой травмы головы и если пострадавший без сознания, необходимо повернуть его голову на бок или уложить на бок.

Если нет тяжелых травматических повреждений позвоночника, ребер, грудины, но *пострадавший находится в бессознательном состоянии*, переносить и перевозить его следует в положении на боку или на животе. Это так называемое безопасное положение предотвращает западение языка и обеспечивает свободное поступление воздуха в легкие. Желательно при этом подложить под грудь и лоб пострадавшему валики из одежды.

При травмах грудной клетки или с подозрением на такую травму, а также при астме, эмфиземе легких, переносить и транспортировать такого пострадавшего или больного надо в полусидящем положении. Если он будет лежать, усилится легочная недостаточность.

При ранении передней поверхности шеи такого пострадавшего также надо укладывать на носилки в полусидящем положении с наклоненной головой так, чтобы подбородок касался груди.

Пострадавших с ранением в затылок и спину надо укладывать на бок, а с травмой живота – на спину с полусогнутыми коленями.

10. Внезапная смерть.

Все состояния, требующие мероприятий сердечно-легочной реанимации, объединяются понятием «клиническая смерть», которая характеризуется прекращением дыхания и кровообращения.

Для внезапной остановки сердца характерны следующие признаки:

- потеря сознания;
- отсутствие пульса на крупных артериях (сонная, бедренная) и тонов сердца;
- остановка дыхания или внезапное появление дыхания агонального типа;
- расширение зрачков;
- изменение цвета кожи (серый с синюшным оттенком).

Для установления факта остановки сердца достаточно наличия первых трех признаков (отсутствие сознания, пульса на крупных артериях, сердечной деятельности). Время, затраченное на поиски пульса на крупной артерии, должно быть минимальным – необходимо как можно быстрее приступить к реанимационным манипуляциям.

Первая помощь.

При остановке сердца реанимация должна быть начата немедленно, еще до приезда бригады скорой медицинской помощи, так как важно не только восстановить кровообращение и дыхание больного, но и вернуть его к жизни как полноценную личность.

ВНИМАНИЕ! ТОЛЬКО ПРИ ОТСУТСТВИИ ПУЛЬСА пострадавшему проводится искусственная вентиляция легких и закрытый массаж сердца.

Уложите пострадавшего на жесткую поверхность горизонтально на спину, голову максимально запрокидывают, нижнюю челюсть максимально выдвигают вперед и вверх.

Для искусственной вентиляции лучше использовать метод «изо рта в рот», при этом ноздри больного должны быть зажаты пальцами или прижаты щекой оживляющего. Если грудная клетка больного расширяется, значит, вдох осуществлен правильно.

Интервалы между отдельными дыхательными циклами должны составлять 5 секунд (12 циклов за 1 минуту).

Одну ладонь кладут на другую (руки проводящего реанимацию располагаются на нижней трети грудины, строго по средней линии) и проводят давление на грудину, руки в локтях не сгибают, давление производят только запястьями. Если реанимацию проводит один человек, то соотношение вентиляции и массажа - 2:12; если реанимируют двое, то это соотношение составляет 1:5, то есть на одно вдувание воздуха приходится 5 сдавливаний грудной клетки

11. Состояние комы.

Комой называется бессознательное состояние более 4 минут с отсутствием реакции на раздражения.

Кома может возникнуть внезапно среди относительного благополучия.

Острое развитие характерно для мозговой комы при инсульте, гипогликемической комы. В этих случаях коме, глубокой потере сознания, предшествует стадия прекомы. Появляются признаки поражения центральной нервной системы в виде оглушенности, вялости, безразличия, спутанности сознания с периодическими его прояснениями.

Важное диагностическое значение имеет определение запаха выдыхаемого больным воздуха.

Для уремической комы характерен запах аммиака, иногда настолько сильный, что улавливается уже при входе в комнату, где лежит больной.

При диабетической коме в выдыхаемом воздухе почти всегда определяется запах ацетона, напоминающий запах слегка прелых яблок.

Гипогликемической коме предшествует ощущение голода, слабость и дрожь во всем теле. До прихода врача больному дают сахар или сладкий чай.

Оказание первой помощи при состоянии комы с сохраненным самостоятельным дыханием.

Признаки комы с сохраненным самостоятельным дыханием:

Человек находится без сознания дольше чем 4 минуты (от нескольких секунд до 3-4 минут может длиться обморок). При этом может появиться рвота, т.к. отдельные рефлексы (рвота, кашель, мочеиспускание и т.п.) сохраняются.

В состоянии комы с сохраненным самостоятельным дыханием для пострадавшего оптимально только положение на боку!

Если человек в состоянии комы лежит на спине, рвотные массы могут попасть в дыхательные пути и закупорить их.

Есть угроза для жизни!

Следует перевернуть пострадавшего на бок и расположить так, чтобы рвотные массы и слюна вытекали из полости рта.

Исключение: Нельзя трогать пострадавшего, лежащего в неестественной позе или в позе лягушки, т.к. у него может быть поврежден позвоночник.

Следует вызвать «скорую помощь» и не оставлять пострадавшего без внимания.

12. Оказание первой помощи при кровотечении.

Артериальное кровотечение возникает при повреждении артерий и является наиболее опасным. *Признаки:* из раны сильной пульсирующей струей бьет кровь алого цвета.

Тяжелые кровотечения сопровождаются бледностью кожи, общей слабостью, потливостью, тошнотой, потерей сознания, судорогами.

Придать кровоточащей области приподнятое положение, осуществить пальцевое прижатие, наложить жгут.

При отсутствии жгута может быть использован любой подручный материал (резиновая трубка, брючный ремень, платок, веревка и т.п.).

Порядок наложения кровоостанавливающего жгута.

Жгут накладывают при повреждении крупных артерий конечностей выше раны, чтобы он полностью пережимал артерию, при приподнятой конечности, подложив под него мягкую ткань (бинт, одежду и др.), делают несколько витков до полной остановки кровотечения.

Витки должны ложиться вплотную один к другому, чтобы между ними не попадали складки одежды. Концы жгута надежно фиксируют (завязывают или скрепляют с помощью цепочки и крючка). Правильно затянутый жгут должен привести к остановке.

К жгуту обязательно прикрепляется записка с указанием времени наложения жгута, не более чем на 1,5-2 часа, а в холодное время года не более 1 часа.

При крайней необходимости более продолжительного пребывания жгута на конечности его ослабляют на 5-10 минут (до восстановления кровоснабжения конечности), производя на это время пальцевое прижатие поврежденного сосуда. Такую манипуляцию можно повторять несколько раз, но при этом каждый раз сокращая продолжительность времени между манипуляциями в 1,5-2 раза по сравнению с предыдущей. Жгут должен лежать так, чтобы он был виден. Пострадавший с наложенным жгутом немедленно направляется в лечебное учреждение для окончательной остановки кровотечения.

Венозное кровотечение возникает при повреждении вен.

Признаки: из раны медленной непрерывной струей вытекает темная кровь.

Придать приподнятое положение конечности, максимально согнуть ее в суставе или наложить давящую повязку.

При сильном венозном кровотечении прибегают к прижатию сосуда.

Поврежденный сосуд прижимают к кости ниже раны. Этот способ удобен тем, что может быть выполнен немедленно и не требует никаких приспособлений.

Капиллярное кровотечение является следствием повреждения мельчайших кровеносных сосудов (капилляров).

Признаки: кровоточит вся раневая поверхность.

Первая помощь заключается в наложении давящей повязки. На кровоточащий участок накладывают бинт (марлю), можно использовать чистый носовой платок или отбеленную ткань.

Приложенный холод способствует ослаблению кровотечения.

13. Ранение конечностей.

В зависимости от вида ранящего предмета различают раны колотые, резаные, рубленые, ушибленные, огнестрельные, укушенные и т.п.

Любое ранение конечности опасно из-за кровотечения и развития инфекции. Самостоятельно можно обрабатывать только небольшие раны (не превышающие 0,5-1,0 см). Во всех других случаях необходимо срочно обратиться к врачу.

Необходимо помнить, что ранения пальцев конечностей и стоп весьма опасны, так как к ним часто присоединяется раневая инфекция, которая сопровождается тяжелым состоянием пострадавшего и может привести к тяжелым последствиям.

Срочно обратиться к врачу, когда:

- Рана размером более 1,0-1,5 см.
- Обильное кровотечение из раны.
- У пострадавшего нет прививки против столбняка.
- Рана расположена на пальцах кисти или стопы.
- Рана сильно болит.
- Появились краснота и отек кожи вокруг раны, повысилась температура тела.
- При любых укушенных или загрязненных землей ранах.

Оказание помощи:

- Остановить кровотечение.
- Промыть рану.
- Обработать кожу вокруг раны.
- Наложить давящую повязку.

Наложить давящую повязку (желательно стерильную) из бинта или чистой проглаженной несинтетической материи.

Повязку лучше накладывать сверху вниз и завязывать на более тонкой части конечности.

После этого поврежденную ногу или руку надо уложить выше уровня груди пострадавшего. Это положение дополнительно способствует уменьшению отека, остановке венозного кровотечения.

Дать обезболивающее (1-2 таблетки анальгина, спазгана, баралгина или другие обезболивающие средства).

Обратиться к врачу (так как возможны нежелательные осложнения: трещина кости, гематомы и т.д.).

Проникающие ранения груди и живот.

При проникающих ранениях груди для предотвращения попадания воздуха в плевральную полость необходимо наложить на рану воздухо непроницаемую повязку - марлевую салфетку, обмазанную борной мазью или вазелином, кусок полиэтилена, на крайний случай - плотно зажать рану ладонью.

Пострадавшего усаживают в полусидячее положение. Остановка кровотечения затруднена.

При проникающих ранениях живота нельзя вправлять внутренние органы.

Наложить на рану салфетку.

Как можно быстрее доставить в лечебное учреждение.

Транспортировка щадящая.

13. Химические ожоги.

Немедленно промойте пораженную поверхность струей воды, чем достигается полное удаление кислоты или щелочи и прекращается их поражающее действие.

Нейтрализуйте остатки **кислоты** 2%-ным раствором гидрокарбоната натрия (пищевой соды).

Нейтрализуйте остатки **щелочи** 2%-ным раствором уксусной или лимонной кислоты.

Наложите асептическую повязку на пораженную поверхность.

Дайте пострадавшему обезболивающее средство.

Ожоги фосфором обычно бывают глубокими, так как при попадании на кожу фосфор продолжает гореть.

Немедленно погрузите обожженную поверхность в воду или обильно оросите ее водой.

Очистите поверхность ожога от кусочков фосфора с помощью пинцета.

Наложите асептическую повязку.

Дайте пострадавшему обезболивающее средство.

Исключите наложение мазевых повязок, которые могут усилить фиксацию и всасывание фосфора.

14. Травмы ротовой полости.

При несчастных случаях часто случаются травмы ротовой полости с повреждением зубов.

Если человек без сознания и изо рта течет кровь, поверните его на бок, освободите пальцем рот от выбитых зубов и сгустков крови, предварительно намотав на палец бинт, чистый платок или кусок чистой ткани, после этого приподнимите голову, положив под нее небольшой валик.

Если возможно, следите, чтобы кровь не стекала по задней стенке глотки и не снижалась эффективность кровоостанавливающих мероприятий.

Если пострадавший в сознании и у него нет других серьезных повреждений (сотрясения или ушиба головного мозга, повреждения внутренних органов, внутреннего кровотечения и др.), усадите его, наклонив голову, чтобы он мог сплевывать кровь.

Если выбит один зуб и десна сильно кровоточит, сделайте из стерильного бинта тампон, положите его на место выбитого зуба и попросите пострадавшего несильно (во избежание повреждения образовавшегося тромба и возобновления кровотечения) прикусить тампон. Обычно через 5-10 минут кровотечение прекращается.

В течение последующих 2 часов необходимо избегать приема пищи, воды. При необходимости смачивать ротовую полость небольшим количеством жидкости. В течение суток употребляемые пища и вода не должны быть горячими.

Если после проведения всех вышеперечисленных мероприятий кровотечение не удалось остановить (показатели свертываемости крови индивидуальны у каждого человека), необходимо обратиться к врачу во избежание значительной кровопотери.

15. Травмы глаз.

Чаще всего травмы глаз бывают вызваны инородными телами, попадающими в глаза (ресница, мошка, осколок от разбившейся чашки и др.).

Травмируемый глаз не трите, а держите его закрытым.

Обычно инородное тело может выйти само со слезами. При физическом же воздействии инородная частичка может «внедриться» в конъюнктиву под веком и вызвать боль.

Если соринка отчетливо видна, попытайтесь удалить ее кончиком бинта, чистого платка. Если есть возможность, подставьте глаз под струю воды или погрузите глаз в миску с водой.

При покраснении конъюнктивы и слезотечении срочно обратитесь к врачу.

В случае химического ожога глаза, промойте его большим количеством проточной воды.

Если в глаз попала известь, его следует промыть растительным маслом.

Нередко травма глаза происходит в лесу – веткой, которая может царапнуть глаз, поэтому в лесной чаще в первую очередь позаботьтесь об охране глаз.

Если все-таки несчастье случилось, немедленно обратитесь к врачу, а до этого времени прикройте глаз чистым платком.

Помните, что никогда не следует тереть глаза грязными руками!

16. Обморок, солнечный и тепловой удары.

Обморок – внезапная кратковременная потеря сознания, сопровождающаяся ослаблением деятельности сердца и дыхания. Возникает при быстро развивающемся малокровии головного мозга и продолжается от нескольких секунд до 3-4 минут. Обморок сопровождается побледнением и похолоданием кожных покровов. Дыхание замедленное, поверхностное, слабый и редкий пульс (до 40-50 ударов в минуту).

Обморок выражается во внезапно наступающей дурноте, головокружении, слабости и потере сознания.

Необходимо пострадавшего уложить на спину так, чтобы голова была несколько опущена, а ноги приподняты.

Для облегчения дыхания освободите шею и грудь от стесняющей одежды.

Тепло укройте пострадавшего, положите грелку к его ногам.

Натрите нашатырным спиртом виски больного и поднесите к носу ватку, смоченную нашатырем, а лицо обрызгайте холодной водой.

Солнечный и тепловой удары – это состояния, возникающие в результате перегрева организма. Перегреванию особенно подвержены дети, тучные люди, больные сердечнососудистыми и эндокринными болезнями.

Солнечный удар наступает при перегревании прямыми солнечными лучами, особенно головы. Первые признаки - вялость, разбитость, тошнота, головная боль, головокружение. В дальнейшем повышается температура тела (до 38-40°C), появляется рвота, возможны обморок, судороги.

Тепловой удар чаще всего происходит в жаркую безветренную погоду. Особенно подвержены лица, плохо переносящие жару или занятые тяжелой физической работой. Возникновению теплового удара способствует темная одежда, плохо отражающая солнечные лучи, или одежда, не пропускающая воздух и задерживающая испарения тела. Тепловой удар может произойти и в закрытом помещении при высокой температуре и высокой влажности воздуха.

При признаках теплового или солнечного удара вызовите врача!

17. Первая помощь при обморожении конечностей.

Признак: Кожа бледная, твердая и холодная. Нет пульса у запястий и лодыжек. Потеря чувствительности, при постукивании пальцем - «деревянный» звук.

Действия.

В отапливаемом помещении (с невысокой температурой) согрейте обмороженную часть тела, растерев сухой мягкой тканью, затем поместите ее в теплую воду и постепенно доведите температуру воды до 40-45 °С.

Если боль проходит и чувствительность восстанавливается, то вытрите руку (ногу) насухо, наденьте носки (перчатки) и, по возможности, обратитесь к хирургу.

Доставьте пострадавшего в помещение с невысокой температурой. С отмороженных конечностей одежду и обувь не снимайте.

Немедленно укройте поврежденные конечности от внешнего тепла охлажденной теплоизолирующей повязкой с большим количеством ваты или одеялами, одеждой. Нельзя ускорять внешнее согревание отмороженных частей. Тепло должно возникнуть внутри с восстановлением кровообращения.

Дайте обильное теплое питье.

Накормите кашей. Заставьте двигаться.

Дайте 1-2 таблетки анальгина и обязательно вызовите врача.

18. Первая помощь при переохлаждении.

Признаки: Озноб, мышечная дрожь. Заторможенность и апатия, бред и галлюцинации, неадекватное поведение. Посинение или побледнение губ. Снижение температуры тела.

Действия.

Укройте пострадавшего, предложите теплое сладкое питье или пищу с большим содержанием сахара.

При возможности дай 50 мл алкоголя и доставь в течение 1 часа в теплое помещение или укрытие. Поместите пострадавшего в ванну с водой 35-40°С (терпит локоть). Можно обложить большим количеством теплых грелок (пластиковых бутылок). После согревающей ванны обязательно укройте пострадавшего теплым одеялом или наденьте на него теплую сухую одежду.

Продолжайте давать теплое сладкое питье.

Обязательно вызовите врача.

При признаках собственного переохлаждения:

Думайте о самоспасении.

Не засыпайте, двигайтесь.

Используйте бумагу, пластиковые пакеты и другие средства для утепления своей обуви и одежды.

Ищите или стройте убежище от холода.

4. Правила применения аптечки первой помощи.

Таблетки валидола по 0,06 г.

Применяются при острых болях в области сердца. Таблетки кладутся под язык.

Настойка валерианы.

Применяется как успокаивающее средство при нервном возбуждении, бессоннице, неврозах сердца по 20-30 капель на прием 3-4 раза в день.

Таблетки кислоты ацетилсалициловой по 0,5 г. (аспирина).

Противовоспалительное средство, применяют при повышении температуры.

Таблетки амидопирин и анальгина по 0,25 г. (таблетки пирамидона и анальгина по 0,25 г).

Жаропонижающее, болеутоляющее и противовоспалительное средство. Применяют при болях различного происхождения (головной боли, невралгии), лихорадочных состояниях, гриппе по 1 табл. 2-3 раза в день.

Таблетки угля активированного по 0,5 г. (карболен).

Применяют при скоплении газов в кишечнике (метеоризме) по 1 -2-3 табл. 3-4 раза в день.

Желудочные таблетки.

Бесалол (экстракт красавки и фенилсалицилат). Оказывает болеутоляющее действие при заболевании органов брюшной полости, а также некоторое обеззараживающее действие на кишечную флору.

Принимают по 1 табл. 3 раза в день, При остром заболевании органов брюшной полости необходимо обратиться к врачу, так как самостоятельный прием таблеток может «смазать» клиническую картину болезни.

Гидрокарбонат натрия в порошке (сода двууглекислая).

Принимают при ожоге на кончике ножа на прием, а также для полоскания горла при ларингите (половина чайной ложки на стакан теплой воды).

Калия перманганат.

Применяют наружно, в водных растворах для промывания ран, полосканий рта и горла (раствор розового цвета).

Кислота борная.

Применяют для полоскания рта, зева и промывания глаз. Одну чайную ложку кислоты растворяют в стакане теплой воды.

Лейкопластырь бактерицидный.

Применяют для лечения ссадин, порезов, тропических язв и небольших ран после ожогов. Способ применения: снять защитную пленку, на рану положить марлевый тампон и приклеить.

Раствор йода спиртовой (5%-ный).

Применяют наружно как антисептическое средство.

Раствор аммиака 10%-ый в ампулах (нашатырный спирт).

Применяют как раздражающее кожу и отвлекающее средство для вдыхания при обмороке, угаре, внутрь при опьянении (5-1,0 капель в рюмку воды).

Вазелин борный.

Применяют для смягчения кожи, оказывает антисептическое действие.

Ванночка глазная.

Для промывания глаз при засорении.

Жгут кровоостанавливающий (ЭСМАРХА).

Применяют для временной остановки кровотечения из артерий конечности. Обычно накладывают выше места ранения, несколько раз обертывают вокруг конечности закрепляют при помощи крючка и цепочки. Жгут должен быть *наложен* не более чем на 1,5 часа.

Таблетки от кашля.

Применяют при воспалительных заболеваниях верхних дыхательных путей.

Бинт эластичный трубчатый медицинский нестерильный.

Применяют для фиксации повязок на следующие части тела:

№1 (10см) - пальцы кисти взрослых и кисть, стопу детей;

№2 (20см) - кисть, предплечье, стопу, локтевой, лучезапястный, голеностопный суставы взрослых, а также на плечо, голень, коленный сустав детей;

№3 (25см) - предплечье, плечо, голень, коленный сустав, бедро, голова детей.

Повязку осуществляют путем надевания бинта на пораженный участок тела поверх стерильного материала с необходимыми лечебными средствами, после растяжения его, продетыми внутрь кистями рук.

5. Уход за пораженными и больными.

Уход за больными – это комплекс мероприятий, проводимых для облегчения состояния больных и обеспечения успеха их лечения.

Каждая сандружинница должна хорошо знать и выполнять требования *санитарно - гигиенического режима* в палатах, уметь правильно приготовить постель больному, сменить белье, помыть и накормить больного, четко выполнять назначения врача и т. д.

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.

Работу лечебного учреждения организуют по принципу лечебно – охранительного режима. Под этим подразумеваются создание наиболее благоприятных условий для выздоровления больных (уют, тишина, чистота, хорошее освещение, исключение раздражающих психику больных факторов, строгое соблюдение санитарно - гигиенического режима, правильное и своевременное питание, своевременное выполнение всех врачебных назначений. Обо всех замеченных изменениях в состоянии больных ухаживающий персонал должен докладывать медицинской сестре или врачу. Поведение больного, его сон, настроение, аппетит, физиологические отправления (мочеиспускание, стул), температура тела, частота дыхания и пульс должны фиксироваться ухаживающим персоналом.

Самостоятельно лечить больного сандружинница не может. Только врач делает заключение о состоянии больного, дает новые или отменяет прежние назначения, которые выполняются медицинским персоналом в строго указанное время в установленном порядке.

В палатах, где находятся больные, не должно быть ничего лишнего, что затруднило бы уход за ними и проведение уборки помещения. В них должно быть хорошее дневное и вечернее освещение, палаты необходимо хорошо проветривать через форточку, фрамугу, а в летнее время через окно. Обычная палатная мебель — кровать, прикроватная тумбочка и стул. К кровати необходимо обеспечить подход с трех сторон, что бы облегчить уборку, уход за больным и проведение лечебных процедур.

На каждой кровати должны быть матрац, две подушки в наволочках без пуговиц, простыня без швов, одеяло в закрытом пододеяльнике. На простыню стелят клеенку с подкладной пеленкой или клеенку кладут под простыню, чтобы в случае непроизвольного мочеиспускания и дефекации облегчить смену белья. Для создания больному физиологического положения в постели (в том случае, если кровать нефункциональная) ставят подголовник или подкладывают свернутый другой матрац, а в подколенные впадины в положении полусогнутых ног кладут валик из подушки или одеяла. Чтобы больной не сползал вниз, под ступни ног делают упор. Под кровать ставят судно и мочеприемник. На прикроватной тумбочке и в ней должны находиться только самые необходимые вещи (стакан, поильник, зубная паста и зубная щетка, туалетные принадлежности и др.). Надо следить за тем, чтобы у больного не скапливались не принятые им своевременно лекарственные вещества и недоеденная пища, так как это может служить причиной отравления.

Уборку палаты проводят влажным способом 3 раза в день, применяя осветленный раствор хлорной извести из расчета 200 г раствора на ведро воды. Во время уборки надо открывать форточки, избегая сквозняков; больные должны быть хорошо укрыты.

Хорошей профилактикой различных осложнений является правильно организованный общий уход за больными. После осмотра врачом проводят *санитарную обработку поступивших больных*. При этом надо осмотреть волосы, коротко подстричь ногти на руках и ногах. Если позволяют состояние больного и условия, ходячим больным назначают душ, а лежачим — гигиеническую ванну. Температура воды должна быть +38—39°C, продолжительность ванны - 15 мин. Во время ванны или душа больной должен находиться под наблюдением. Если у больного имеются ранения и наложена повязка, то ее нужно обернуть клеенкой, чтобы не замочить.

Тяжелобольным назначают обтирание теплым дезинфицирующим раствором, в состав которого обычно входит камфорный спирт. Этот раствор можно приготовить

самим: на стакан воды добавить по столовой ложке уксуса и камфорного спирта. Обтирание проводят полотенцем, конец которого смочен в указанном растворе, начиная с шеи. После обтирания кожу вытирают насухо. Не реже одного раза в сутки промежность (особенно у женщин) надо подмывать теплым слабым раствором перманганата калия (марганцовокислый калий) из кувшина с помощью корнцанга и стерильного ватного шарика, действуя по направлению от наружных половых органов к прямой кишке во избежание занесения инфекции в мочевой пузырь. При подмывании можно пользоваться кружкой Эсмарха, подкладывая под пораженного клеенку, а при необходимости судно.

Постельное и нательное белье меняют не реже одного раза в неделю после гигиенической ванны. Тяжело больным (больные с ожогами, с обширными ранениями и повреждениями, с высокой температурой) белье следует менять чаще. Смену постельного белья осуществляют следующим образом. Грязную простыню собирают в складки или скатывают валиком со стороны головы и ног и осторожно вынимают из-под больного. Чистую простыню, скатанную с двух сторон валиками, подкладывают под крестец и тщательно расправляют к голове и ногам так, чтобы не было складок.

Существует другой способ. Больного поворачивают и подвигают к краю кровати. Грязную простыню скатывают к спине больного. На освободившуюся часть матраца застилают чистую простыню, больного переворачивают на спину и кладут на чистую простыню. Грязную простыню убирают, а чистую расправляют так, чтобы не было складок.

Если позволяет состояние больного, то его можно переложить на каталку и перестелить постель. Сидячих больных пересаживают на стул. Ходячие больные меняют белье сами. Смену нательного белья проводят в следующей последовательности: вначале осторожно захватывают заднюю нижнюю часть рубашки, скатывают к шее и снимают через голову. Затем снимают рукава, вначале со здоровой руки, потом с больной. Надевают рубашку в обратной последовательности, вначале на больную руку, потом — на здоровую, затем через голову натягивают на спину, стараясь расправить складки. Для тяжелобольных, для раненых с обширными повязками имеются специальные рубашки, типа детских распашонок, которые легко снимать и одевать.

Большое значение в уходе за длительно лежащими больными придается наблюдению за кожными покровами. При недостаточном уходе у таких больных на участках кожи, подвергающихся длительному давлению, нарушается кровообращение и наступает омертвление тканей (пролежни). Обычно пролежни развиваются в области лопаток, крестца, остистых отростков позвонков, пяток и на других костных выступах тела.

Профилактика пролежней состоит в следующем:

- постель должна быть всегда чистой, сухой, мягкой; на простынях не должно быть складок, рубцов и крошек от пищи;
- участки кожи, загрязненные мочой, калом, кровью, следует своевременно обмывать и просушивать;
- больных необходимо несколько раз в день переворачивать;
- под места наибольшего давления следует подкладывать резиновые круги, предварительно завернутые в полотняную ткань (простыню, наволочку);
- кожу на этих местах несколько раз в день нужно протирать камфорным спиртом, в случаях возникновения гиперемии — накладывать на эти места мазевые повязки (синтомициновая эмульсия, мазь Вишневского), а вокруг кожу смазывать 1-2 % раствором бриллиантового зеленого (бриллиантовая зелень).