



ИНСТРУКЦИЯ

первичной доврачебной помощи

при обмороке

Информация, позволяющая заподозрить неотложное состояние:

- чувство дискомфорта, тошнота, зевота, потливость, слабость в ногах, потемнение в глазах, мелькание "мушек" перед глазами, нарастающее головокружение, шум или звон в ушах, онемение конечностей;
- человек бледнеет, начинает покрываться холодным потом и закрывает глаза. При этом его мышцы расслаблены, зрачки расширены и плохо реагируют на свет, пульс слабый, а дыхание учащенное, снижение АД;
- длительность в среднем 1 - 3 минуты.

Первая помощь:

Если вы видите, что человек теряет сознание - постарайтесь не дать ему упасть и удариться головой

Обеспечьте доступ свежего воздуха.

Также можно помахать на него газеткой, полотенцем. Делается это для того, чтобы обеспечить достаточный приток воздуха.

Положите человека на пол. Он не должен сидеть!

Расстегните воротник, ослабьте пояс.

Немного приподнимите его ноги вверх. Голова в данном случае должна находиться немного ниже уровня тела.

Похлопайте по щекам, брызните холодной воды.

Дайте понюхать нашатыря или смажьте им височную область пострадавшего. При возвращении сознания следует полежать примерно 20-30 минут.

Необходимо:

Контролировать: пульс, дыхание, АД, проходимость дыхательных путей.

Вызвать врача, скорую медицинскую помощь "03", "112" через третье лицо при:

- продолжительности обморока более 3-х мин;
- непроизвольном мочеиспускании;
- сонливости или спутанности сознания после обморока;
- судорогах или подозрении на судороги;
- признаках острого заболевания, как причины обморока.

УТВЕРЖДАЮ:
Заведующая МАДОУ
«Платошинский детский
сад «Солнышко»
Коновалова Г.В.



« 04 » марта 2019

ИНСТРУКЦИЯ

первичной доврачебной помощи

при потере сознания.

Информация, позволяющая заподозрить неотложное состояние:

- Беспокойство, ощущение сильной слабости, «ватные ноги», частая зевота, глубокие вздохи;
- бледность, испарина;
- давящая или сжимающая боль в голове, звон и шум в ушах, головокружение, глухота, удушье;
- жар в кончиках пальцев (выброс адреналина);
- мерцание, «мошки», потемнение перед глазами;
- мышечные спазмы (тетанические судороги);
- сильное учащение пульса, скачок давления;
- тошнота, рвота, кисловатый вкус во рту.

Вызвать врача, скорую медицинскую помощь "03", "112" через третье лицо

Проверьте наличие дыхания, пульса двумя пальцами на шее (на сонной артерии) и биения сердца потерпевшего.

Если человек находится в бессознательном состоянии, положите его на спину. Подложите под голову валик. В обязательном порядке придайте нижним конечностям возвышенное положение.

Откройте его дыхательные пути – разместите руку на лбу пострадавшего и аккуратно отведите голову назад, после чего необходимо оттянуть подбородок немного вверх.

Далее следует пронаблюдать за дыханием больного. Необходимо наклониться ухом ко рту пострадавшего и одновременно наблюдать за движениями грудной клетки.

Если дыхание нормальное, движения грудной клетки будут плавными и равномерными.

Если дыхание и пульс есть - поверните человека на бок. Это нужно, чтобы в случае рвоты он не захлебнулся.

При наличии хотя бы малейших сомнений действуйте так, будто его нет.

До приезда скорой не забывайте следить за дыханием.

Если дыхания и пульса нет – сделайте искусственное дыхание и массаж сердца

При перевозке с пострадавшим должен быть сопровождающий.



УТВЕРЖДАЮ:
Заведующая МАДОУ
«Платошинский детский
сад «Солнышко»
Коновалова Г.В.
«11» марта 2019

ИНСТРУКЦИЯ первичной доврачебной помощи при остановке дыхания и кровообращения.

Причины остановки сердца:

Поражения сердечной мышцы (миокарда), влекущие за собой нарушение его основной (сократительной) функции.

К ним относятся:

1. ИБС (ишемическая болезнь сердца).
 - Стенокардия, спазм коронарных (сердечных) артерий.
 - Инфаркт миокарда.
 - Аритмии (нарушения ритма сердца).
2. Поражение клапанов сердца.
3. Миокардит, эндокардит (воспалительные заболевания оболочек сердца).
4. ТЭЛА (тромбоэмболия легочной артерии).
5. Расслаивающаяся аневризма аорты (расслаивание сосудистой стенки самой крупной артерии, ведущее к ее разрыву).
6. Тампонада сердца (сердце как бы «захлебывается» собственной кровью).

Состояния, которые сопровождаются кислородным голоданием и могут стать причиной внезапной смерти:

- Рефлекторная остановка сердца.
- Острая дыхательная недостаточность.
- Обструкция дыхательных путей
- Шок любого происхождения
- Поражение электрическим током
- Травмы и ранения сердца
- Интоксикации
- Передозировка медицинскими препаратами, алкоголем и наркотиками.
- Утопление.

Симптомы остановки дыхания и кровообращения

1. Отсутствие пульса на сонной артерии (время появления – сразу же)
2. Потеря сознания (время появления – через 20 – 30 секунд)
3. Остановка дыхания (время появления -- через 30 – 60 секунд)
4. Широкие зрачки, не реагирующие на свет (через 60 – 90 секунд)
5. Землистые кожные покровы, цианоз

Диагностика (симптомы и признаки) остановки сердца. Должна быть проведена в первые 15 секунд!

- Для этого определяют пульс на сонной артерии (она находится на боковых поверхностях шеи с обеих сторон) – при жизни у человека можно нащупать отчетливые толчки – пульс, при остановке сердца – пульса нет.
- На первой минуте внезапной смерти дыхание прекращается.
- Пострадавший находится без сознания и не реагирует на посторонние раздражители (свет, крик, щипки, пощечины).

- Зрачки начинают расширяться и не реагируют на свет, (это определяется путем поднятия век, при этом зрачки постепенно расширяются и не реагируют на свет и происходящее вокруг события).
- Артериальное давление не определяется – его нет.

Не нужно измерять давление в первую очередь, на это уйдет много драгоценного времени.

Реанимация или первая помощь при остановке сердца включает в себя:

- Пострадавшего кладут на ровную, твердую поверхность.
- Запрокидывают голову назад.
- Выдвигают вперед нижнюю челюсть.
- Открывают рот больному.
- Удаляют изо рта инородные предметы (зубные протезы, пластины, рвотные массы) и вынимают язык, если он перекрыл проход в дыхательные пути.

Искусственное дыхание или ИВЛ (искусственная вентиляция легких)

- Воздух вдувают в рот больного, зажимая при этом ему нос, либо с помощью специальной маски.

Восстановление кровообращения (закрытый массаж сердца)

- Руки того, кто проводит массаж сердца, располагаются одна на другой так, чтобы основание ладони лежало строго на груди (твердой кости грудной клетки). При усиленной компрессии (надавливании), можно сломать ребра и вызвать осложнение при реанимации, в виде прокола этим ребром полости сердца или легкого. Соотношение вдоха и компрессии (надавливание на грудину) должно быть следующим: реанимацию проводит один человек (2:30), что означает после каждых 2 вдохов – 30 надавливаний на грудную клетку.

Искусственное дыхание и непрямой массаж сердца

Перед началом массажа сердца (сразу же после констатации клинической смерти) – «прекардиальный удар», резкий удар кулаком по средней части грудины (*ни в коем случае не в область сердца!*), после которого начинают массаж сердца. Каждые 2 – 3 минуты необходимо следить за эффективностью реанимации.

- Проверять пульс на сонной артерии.
- Состояние зрачков.

Если нет ни пульса, ни дыхания – реанимацию проводят до прибытия скорой помощи, либо пока есть силы! ФЭ-323, СЛР продолжают с момента начала 30 минут, если нет признаков жизни.



УТВЕРЖДАЮ:
Заведующая МАДОУ
«Слатошинский детский
сад «Солнышко»
Коновалова Г.В.
«01 марта» 2019

МЕРОПРИЯТИЯ **по ознакомлению принципов реанимации для непрофессионалов,** **не медицинских работников:**

Общее правило, для оказания любой помощи:

1. Убедиться, что нет опасности для того, кто будет оказывать помощь. Иначе вместо одного пострадавшего появится два и более.
2. Упрощённое определение показаний к началу реанимации.
3. Упрощённый подход к реанимации, так чтобы любой человек мог выполнить важные действия.
4. Раннее начало непрямого массажа сердца (компрессии).
5. В некоторых ситуациях — отказ от первичного восстановления проходимости дыхательных путей и искусственного дыхания.
6. Не профессионал — не должен искать пульс.

Пункт 1 Например, если ребёнок лежит рядом с электрическим кабелем на улице. Не надо кидаться к нему и что-либо делать. Сначала обесточить или безопасно удалить кабель. В закрытых помещениях или ямах могут быть вредные испарения или газы. Спасатель может ими отравиться. При возгорании надо сначала вынести пострадавшего в безопасное место. Могут быть опасности, связанные с падением предметов с высоты и так далее.

Пункт 2. Как определить, что необходимо начинать непрямой массаж сердца?

Во-первых, необходимо проверить наличие сознания. Для этого пострадавшего необходимо умеренно сильными движениями потрясти за плечи и громко спросить: «С вами всё в порядке?» Если ответа нет и никаких звуков пострадавший не издаёт — сознания нет. После этого необходимо позвать на помощь. Далее надо определить есть ли дыхание. Делают это так, голову, пострадавшего разгибают максимально и пальцами другой руки поднимают нижнюю челюсть за подбородок. Подносят свою щеку к носу и рту пострадавшего. Щекой ощущают движение воздуха, одновременно надо следить за движением грудной клетки (поднятие, опускание).

Если сознания и дыхания нет, то надо считать, что наступила остановка сердца и немедленно приступить к непрямому массажу сердца.

Пункты 3, 4. Непрямой массаж сердца в состоянии выполнить любой человек. Место приложения усилий — середина грудины. На линии проходящей через соски. Руки накладываются одна на другую, пальцы зажимаются в замок. Далее начинают надавливания на грудную клетку с частотой более 100 в минуту, быстро и сильно... Правила здесь такие: лучше чаще, минимум перерывов, полная «эластическая отдача» грудной клетки (возврат в исходное положение), не менее 5 см в глубину. У новорожденных и детей до 3-х лет сжатия грудной клетки производят 2 – 3 пальцами.

Пункт 5. Самое необычное в современных стандартах реанимации — это отказ от проведения искусственного дыхания. Это значит, что не медицинские работники, лица, не обученные

делать искусственное дыхание, не только могут не делать, но и не должны этого делать. А ведь рядом с пострадавшим, как правило, и оказывается неподготовленный человек. Объясняется это так. Если неподготовленный человек будет делать искусственное дыхание, то скорее всего он вдохнёт воздух не в лёгкие пострадавшего, а в желудок. Переполнение желудка вызовет вытекание желудочного содержимого в рот и потом изо рта оно попадёт в лёгкие. Это усугубит тяжесть состояния пострадавшего. Кроме того, во время не эффективного дыхания не производился непрямой массаж сердца и кровь не поступала к мозгу, а это значительно уменьшает шансы на восстановление сознания.

Пункт 6. Не профессионал не должен искать пульс. Тоже может вызвать непонимание. Дело в том, что люди могут почувствовать свой собственный пульс. И ошибочно принять решение не проводить реанимацию. Кроме того, неподготовленные очевидцы, люди, не имеющие медицинского образования, могут не знать точно, где именно надо искать пульс. Это приведёт к задержке с проведением непрямого массажа сердца, что более важно.

Каждые 2 минуты оценивается состояние пострадавшего. Обращают внимание на изменение цвета кожных покровов (белый – синий – розовый). Появление попыток вдоха. Появление каких-либо движений. Возможно появление стонов, звуков. Оценка производится очень быстро секунд.

Если ничего не изменилось продолжают реанимацию так, как было описано выше.

И последнее, сколько надо проводить реанимацию? Правилами проведения реанимационных мероприятий установлена длительность- 30 минут.

УТВЕРЖДАЮ:
Заведующая МАДОУ
«Платошинский детский
сад «Солнышко»
Коновалова Г.В.



«1» марта 2019

ИНСТРУКЦИЯ первичной доврачебной помощи при остановке дыхания и нарушении сердечной деятельности.

Причины остановки дыхания:

- нарушение дыхательного процесса вследствие какого-нибудь заболевания (инсульт, бронхиальная астма, пневмония, сопровождающаяся отеком легких) или травмы
- перекрытие дыхательных путей западающим языком при потере сознания, при спазмах гортани, отеке гортани, попадании воды или инородных тел в дыхательное горло
- изменение состава вдыхаемого воздуха, например в воздухе содержатся ядовитые пары, или внезапное изменение давления воздуха
- подавление деятельности дыхательного центра головного мозга (при инсульте, травме головы, поражении электрическим током, передозировке некоторых веществ, в том числе наркотических)



Надо расстегнуть ворот, снять пояс, стесняющую одежду и положить его на твердую поверхность на спину, подложив под лопатки подушку или сложенную валиком одежду так, чтобы грудь была приподнята, а голова запрокинута назад.

Для проведения искусственного дыхания нужно освободить полость рта от съемных зубных протезов, слизи, слюны и посторонних примесей пальцем, обернутым в носовой платок. В случае необходимости челюсти пострадавшего можно раздвинуть с помощью подручных средств — ложки, палочки, рукоятки ножа, обернутой платком. Нередко уже подготовительных действий бывает достаточно для восстановления самостоятельного дыхания.

Рот пострадавшего надо накрыть марлей или тонким носовым платком. Затем встать сбоку от пострадавшего, глубоко вдохнуть и сделать выдох в рот больного, зажимая при этом его нос. Ритм вдувания воздуха 15-20 раз в минуту.

Если челюсти больного повреждены или сильно сжаты, следует вдувать воздух в нос пострадавшего, плотно обхватив нос губами, через платок. Признаком достаточной эффективности вдувания воздуха в легкие служит расширение грудной клетки пострадавшего. Выдох пострадавшего происходит пассивно за счет эластичности грудной клетки. Такие дыхательные циклы нужно продолжать до восстановления собственного дыхания пострадавшего.

Прекращение кровообращения может произойти вследствие различных причин:

- болезни сердца
- большой кровопотери
- нарушения функции сердца в связи с электротравмой во время несчастного случая
- нарушения функции электрокардиостимулятора
- отравлений, при которых парализуется дыхательный центр
- шока
- дефицита кислорода из-за недостаточности дыхания или его прекращения
- попадания воды в легкие из-за несчастного случая, например при купании

Основные признаки остановки сердечной деятельности:

- потеря сознания
- отсутствие пульса
- прекращение дыхания
- резкое побледнение кожных покровов
- появление судорог
- расширение зрачков



Необходимо проверить наличие пульса и дыхания.

При отсутствии пульса и дыхания надо позвать на помощь и приступить к оказанию реанимационных мероприятий. Следует обратить внимание на время, когда были начаты мероприятия по оказанию первой помощи, и запомнить его. Закрытый массаж сердца должен проводиться одновременно с искусственной вентиляцией легких. Для этого потерпевшего необходимо положить спиной на твердую поверхность. Проходимость дыхательных путей можно восстановить, запрокинув голову пострадавшего назад.

Пальцем, обернутым носовым платком, освободить полость рта от инородных предметов. Если у пострадавшего запал язык, его следует обязательно поправить, иначе воздух при искусственном дыхании не попадет в легкие. Оказывающий помощь становится сбоку от потерпевшего, размещает скрещенные ладони рук посередине нижней части грудной клетки и основанием кистей энергичными толчками нажимает на грудь с частотой около 50 раз в минуту. Руки необходимо накладывать четко на нижнюю треть грудной клетки, а не на живот. Расположение рук на животе не даст необходимого эффекта и может привести к разрыву диафрагмы. Амплитуда колебаний грудной клетки при массаже сердца у взрослого человека должна составлять около 3-4 сантиметров, а у полных людей — 5-6 сантиметров.



Положение больного и оказывающих первую помощь при искусственной вентиляции легких по способу «рот ко рту» и непрямом массаже сердца



Положение пострадавшего после восстановления дыхания и сердечной деятельности



УТВЕРЖДАЮ:
Заведующая МАДОУ
«Платоновский детский
сад «Солнышко»
Коновалова Г.В.
« 17 » _____ 2019

ИНСТРУКЦИЯ первичной доврачебной помощи для проведения реанимации

Показания для проведения реанимации:

При обнаружении минимальных признаков жизни необходимо немедленно приступить к оказанию первой помощи.

Реанимацию начинают и проводят в том случае, когда отсутствует дыхание и прекратилась сердечная деятельность или обе эти функции угнетены настолько, что не обеспечивают потребностей организма, прежде всего, в снабжении кислородом, т.е. при терминальном состоянии,

При тяжелой травме, поражении электрическим током, утоплении, удушении, отравлениях, ряде заболеваний может возникнуть потеря сознания, т.е. состояние, когда пострадавший лежит без движений, не отвечает на вопрос, не реагирует на окружающую среду.

Человек, оказывающий помощь, должен уметь отличать потерю сознания от смерти.

Признаки жизни:

-Наличие сердечных сокращений (определяют рукой или ухом на грудной клетке в области левого соска).

Наличие пульса на артериях (определяют на шее — сонная артерия, в паху — бедренная артерия).

-Наличие дыхания (определяют, следя за движениями грудной клетки и живота, по увлажнению зеркала, которое прикладывается ко рту и носу пострадавшего, движениями ваты или бинта, которые подносят к ноздрям).

-Наличие реакции зрачков на свет. Если осветить глаз пучком света (например, фонариком), наблюдается сужение зрачков. При дневном свете эту реакцию можно проверить так: на некоторое время закрывают глаз рукой, затем быстро отводят руку в сторону, при этом заметно сужение зрачка.

Наличие признаков клинической смерти требует немедленного проведения реанимационных мероприятий. Следует помнить, что отсутствие сердцебиения, пульса, дыхания и реакции зрачков на свет еще не означает, что потерпевший мертв. Подобный комплекс симптомов может наблюдаться и при клинической смерти, когда пострадавшему также необходимо оказать помощь в полном объеме.

Период подготовки к реанимации:

— Больной (пострадавший) находится в положении лежа на спине, на твердой основе (земли, полу, столе);

— под лопатки подкладывается свернутую одежду, для заброски председателя назад и лучшего открытия входа воздуха в гортань, поскольку в таком положении надгортанник хорошо открывает его;

— для повышения эффективности массажа сердца нужно приподнять ноги пострадавшего (на 0,5 м), чтобы обеспечить лучший приток крови в сердце из вен нижней части;

— расстегивают одежду, сжимающий грудную клетку;

— проверяют свободные дыхательные пути (их может закрывать язык посторонние предметы или слизь). Голову пострадавшего максимально запрокидывают назад и подкладывают левую руку под шею, а правую кладут на лоб. Подбородок должен быть почти на одной линии с шеей. При этом корень языка смещается от задней стенки гортани, дыхательные пути распрямляются и проходимость восстанавливается, рот раскрывается. Если в полости рта есть слизь, голову и

плечи пострадавшего необходимо повернуть набок, носовым платком или краем рубашки, намотанными на указательный палец, прочистить рот и гортань. После этих подготовительных действий можно приступить к искусственной вентиляции легких и массажа сердца.

ИВЛ «рот в рот»

Эффективной считается ИВЛ методом «рот в рот» или «рот в нос». При этом в легкие больного (пострадавшего) вдвуют до 1,5 л воздуха по объему раненому одному глубокому вдоху здорового человека. Легкие расширяются, рефлекторно раздражая дыхательный центр головного мозга. Это, в свою очередь, способствует восстановлению самостоятельных дыхательных движений и создает в организме условия для газообмена.

Техника проведения. Человек, оказывающий помощь, становится с левой стороны у головы пострадавшего на колени или стоит (если больной лежит на кровати со щитом, столе, топчане), левую руку подсовывает под шею, правую кладет на лоб и максимально запрокидывает голову назад, первым и вторым пальцами закрывает крылья носа (ноздри), делает глубокий вдох. Плотнo, герметично охватывает открытым ртом губы пострадавшего, предварительно по возможности накрывают куском бинта, марли, но не платком). Делают резкий сильный вдох, средняя продолжительность выдоха — 1 секунда. Частота вдвувания воздуха — 14-16 в минуту. При каждом вдвувании необходимо следить за дыхательными движениями передней стенки грудной клетки. После вдвувания воздуха немедленно освободить рот больного. Контролировать пассивный выдох по убыванию передней грудной клетки и звуком воздуха, выходящего. Периодически нажимать на участок живота для удаления воздуха из желудка. Отсутствие дыхательных движений передней грудной стенки, раздувание подложечной области свидетельствует о попадании воздуха в желудок вследствие недостаточного заброса головы.

ИВЛ «рот в нос»

Этот метод используется при травматическом повреждении нижней челюсти или в том случае, когда челюсти сильно сжаты и невозможно их раскрыть.

Техника проведения. Зафиксировать правой рукой голову в заброшенном положении. Пальцами левой руки зажать рот. Сделать глубокий вдох. Плотнo, герметично охватить открытым ртом нос пострадавшего (больного). Сделать довольно резкий, сильный выдох. Немедленно освободить нос и рот больного. Внимательно следить за движением передней грудной стенки.

Искусственная вентиляция легких с помощью резиновой 8-образной трубки:

Резиновая 8-образная трубка удерживает корень языка от западения, чем предупреждает закупорку дыхательных путей, ее вводят в ротовую полость изогнутым концом вверх скользит по нижнему краю верхней челюсти. На уровне корня языка ее поворачивают на 180°. Рот пострадавшего плотнo закрывает манжетка трубки, нос придавливают пальцами. Через свободное пространство трубки осуществляют дыхание. Частота вдвуваний воздуха через нее 14-16 в минуту.

ИВЛ способом Калистова

Этот метод используется тогда, когда потерпевший и человек, оказывающий помощь, — в противогазах.

Техника проведения. Пострадавшего кладут на живот, голову поворачивают набок, через лопатки, а затем через подмышечные впадины проводят лямки, образуя петлю на концах ключицы. Тот, кто оказывает помощь, должен стоять, расставив ноги, у головы пострадавшего и поднимать за лямку туловище больного от земли на высоту до 15 см (вдох), затем медленно опускать на землю (выдох). Такие движения надо проводить 14-16 раз в минуту.

ИВЛ детям

Искусственная вентиляция легких детям и новорожденным методом «изо рта в рот и нос». Детям до трех-пяти лет искусственная вентиляция осуществляется методом «изо рта в рот и нос». При этом голову ребенка отбрасывают назад. Тот, кто оказывает помощь, делает глубокий

вдох. Плотнo, герметично охватывает открытым ртом губы и нос ребенка и проводит выдох. Средняя продолжительность выдоха должна составлять 1 секунду. Частота вдуваний воздуха — 28-30 в минуту детям до года, с каждым годом частота вдуваний воздуха уменьшается за минуту на два раза.

Внешний (непрямой) массаж сердца взрослым и детям

В случае остановки сердца, определяется отсутствием пульса на сонной артерии и расширение зрачков, непрямой массаж необходимо проводить немедленно. Иногда при внезапной остановке сердца (вследствие удара молнии, удушения и т.п.) сразу после нескольких сжатий грудной клетки в ритме 60-70 в минуту, вследствие механического раздражения сердца, восстанавливается его работа, хотя и в минимальном объеме. Суть искусственного непрямого массажа сердца заключается в насильственном сжатии сердца для стимуляции прохождения крови по сосудистому руслу.

Техника проведения непрямого массажа сердца.

Надо определить прощупыванием место нажатия (оно должно быть на два пальца выше конца грудины). Тот, кто оказывает помощь, кладет одну руку ладонью вниз, а вторую — накрест поверх нее. Сжатие податливого в направлении вперед-назад нижнего отдела грудной клетки способствуют пониженный тонус мышц у пострадавшего, а также наклон корпуса спасателя. Сила давления на грудину должна быть такой, чтобы эластичная часть нижнего отдела грудной клетки сместилась в направлении к позвоночнику на 4-6 сантиметров. Нажатие осуществляют в течение 0,5 с, после чего руки расслабляют, но не забирают из грудины. После прекращения надавливания сердце снова растягивается и наполняется кровью.

Повторять нажатия нужно каждую секунду. Не надо его делать на верхнюю часть грудины, на окончания нижних ребер, чтобы не повредить их, и внутренние органы. Взрослым пострадавшим нажатия осуществляют корпусом, не сгибая рук в локтевых суставах.

Непрямой массаж сердца детям до 12 лет нужно проводить одной рукой и делать при этом 65-90 нажатий в минуту. Новорожденным и детям до года для наружного массажа сердца достаточно силы двух пальцев. Число нажатий — 100-120 в минуту.

Если первую помощь оказывает один человек, то целесообразно после двух глубоких вдуваний воздуха в рот или в нос пострадавшего делать 15 нажатий на область сердца и т. д. Пауза при этом, конечно, должна быть минимальной. Если есть менее опытный помощник, то он проводит искусственную вентиляцию легких, а другой массирует сердце. После одного глубокого вдувания пять раз нажимают на грудную клетку. Если это делать очень трудно, можно после каждых двух глубоких вдуваний провести 15 сжатий. В момент вдувания сердце массировать нельзя, потому что воздух не будет поступать в легкие. Спасатели меняются ролями через 5-10 минут. Для определения пульса на сонной артерии через каждые 2 мин на 2-3 с прекращают массаж сердца. Появление пульса в момент перерыва свидетельствует о восстановлении деятельности сердца. После этого, искусственную вентиляцию нужно продолжать до появления самостоятельного дыхания.

При отсутствии пульса необходимо немедленно возобновить массаж сердца. Об улучшении состояния пострадавшего свидетельствуют сужение зрачков, уменьшение синявости кожи и слизистых оболочек, повышение артериального давления до 60-90 мм рт. ст. После восстановления деятельности сердца у пострадавшего появляется регулярный пульс.

Иногда пульс длительное время не прощупывается, несмотря на другие признаки оживления (самостоятельное дыхание, сужение зрачков, попытки двигать руками и ногами и т.д.). Это свидетельствует о фибрилляции сердца. В таком случае необходимо продолжать искусственную вентиляцию легких и массаж сердца до приезда медицинского персонала. Отмечают, что даже кратковременное прекращение этих мер может привести к смерти пострадавшего. Если через 30 — 40 мин после начала массажа сердца и искусственного дыхания деятельность этих систем не восстанавливается, зрачки остаются широкими, без реакции на свет, тогда реанимацию можно прекратить.

При появлении абсолютных признаков смерти реанимация может быть закончена и раньше. При некоторых заболеваниях и травматических повреждениях (злокачественные опухоли с метастазами, тяжелая травма черепа с повреждением головного мозга) реанимация не имеет

смысла и не проводится. В других случаях внезапной смерти всегда остается надежда на оживление больного и для этого должны быть применены все возможные способы. Транспортировать больного с остановкой дыхания и без сердечных сокращений можно только после восстановления сердечной деятельности и дыхания или в специальной машине скорой помощи, в которой есть возможность продолжать реанимационные мероприятия, в том числе и снятие фибрилляции желудочков (когда отдельные волокна мягких мышц сердца сокращаются хаотично, некоординированно) специальным прибором — дефибриллятором. Разряд электрического тока 3000-7000 В может снять фибрилляцию сердца через нераскрытую грудную клетку.



УТВЕРЖДАЮ:
Заведующая МАДОУ
«Платошинский детский
сад «Солнышко»
Коновалова Г.В.
«01» июня 2019

ИНСТРУКЦИЯ первичной доврачебной помощи при кровотечении

Признаки кровотечения:

Общие:

- Жалобы пациента:
- Слабость, немотивированная сонливость;
- Головокружение;
- Жажда;
- Чувство сердцебиения и нехватки воздуха.
- Внешние симптомы кровопотери, которые наблюдаются при любом виде кровотечения, следующие:
- Бледность кожи и слизистых;
- Холодный пот;
- Увеличение частоты сердечных сокращений;
- Одышка;
- Расстройства мочеиспускания вплоть до полного отсутствия мочи;
- Падение кровяного давления;
- Частый слабый пульс;
- Нарушения сознания вплоть до его потери.
- Местные
- Наружное излияние крови
- Наличие раны на поверхности кожи или слизистой и видимое истечение крови из нее.

Капиллярное проявляется тем, что кровь собирается в крупные капли, сочится из всей поверхности раны. Потеря ее в единицу времени обычно невелика. Цвет ее красный.

Признаки венозного кровотечения: кровь может истекать довольно быстро при ранении крупной вены или сразу нескольких, она стекает из раны полосками. Цвет ее темно-красный, иногда бордовый. Если повреждены большие вены верхней части тела, может наблюдаться прерывистое выделение крови из раны (однако *ритм синхронизирован не с пульсом, а с дыханием*).

Признаки артериального кровотечения: кровь выливается из места травмы пульсирующими толчками — «фонтанчиками» (их *частота и ритм совпадают с ударами сердца и пульсом*), цвет ее ярко-алый, красный. Потеря крови в единицу времени обычно быстрая и значительная.

ВЕНОЗНОЕ



АРТЕРИАЛЬНОЕ

Проявления скрытого кровотечения

- Из легких — кровь выделяется с кашлем (симптом кровохарканья), она пенистая, цвет ярко-красный.
- Из желудка — цвет коричневый (соляная кислота желудочного сока реагирует с кровью, последняя меняет оттенок). Могут быть сгустки.
- Из кишечника — фекалии приобретают темно-коричневый или черный цвет и вязкую, тягучую консистенцию (дегтеобразный стул).
- Из почек и мочевого тракта — моча становится красной (от кирпичного оттенка до бурого с «лохмотьями» — сгустками и кусочками ткани).
- Из матки и половых органов — кровь красная, часто в выделениях имеются кусочки слизистой оболочки.
- Из прямой кишки — алая кровь каплями может быть обнаружена на фекалиях.

Признаки внутреннего кровотечения

- Не наблюдается истечения крови в окружающую среду. Имеются общие симптомы кровопотери.
- Местные проявления будут зависеть от места повреждения сосуда и того, в какой полости тела скапливается кровь.
- В желудочках мозга — потеря сознания или его спутанность, локальные нарушения двигательных функций и/или чувствительности, кома.
- В полости плевры — боли в груди, одышка.
- В брюшной полости — боли в животе, рвота и тошнота, напряжение мускулов брюшной стенки.
- В полости сустава — распухание его, болезненность при пальпации и активных движениях.

Оказание первой помощи

Какие известны методы временной остановки кровотечения? Вот они:

- Давление (прижатие сосуда в ране, наложение давящей бинтовой повязки).
- Прикладывание гемостатической губки, льда, орошение перекисью водорода (для капиллярных кровотечений).
- Очень сильное сгибание конечности.
- Плотная тампонада бинтом, марлей, ватой (для носовой полости, глубоких наружных ран).
- Наложение кровоостанавливающего жгута.

Способами окончательной остановки кровотечения, которые могут быть выполнены только врачом и в условиях лечебного учреждения, являются:

- Механические: перевязка сосуда в ране, выполнение сосудистого шва, прошивание ткани вместе с сосудом.
- Химические: препараты, повышающие свертываемость и сосудосуживающие (хлорид кальция, эпинефрин, аминокaproновая кислота)
- Термические: электрокоагуляция.
- Биологические (для остановки капиллярных и паренхиматозных кровотечений во время операций): пленки фибриновые, губки гемостатические, подшивание собственных тканей тела (сальника, мышцы, жировой клетчатки).
- Эмболизация сосуда (введение в него мелких пузырьков воздуха).
- Удаление пострадавшего органа или его части.

Очень важно определиться с видом поврежденного сосуда, потому что от этого будут зависеть способы прекращения излияния крови из него.

Первая помощь при артериальном кровотечении.

Очень эффективно наложение жгута, если поврежден сосуд конечности. Применяют также метод давления и тугой тампонады раны.

Правила наложения жгута

Пока он подготавливается, надо кулаком или пальцами прижать артерию к костям выше ранения, помним, что при травме крупного сосуда счет идет на минуты. Артерию плечевую прижимают к кости плеча по внутренней ее поверхности, локтевую — в локтевом сгибе,

бедренную — в паховом сгибе, голени — в подколенной ямке, подмышечную — в одноименной впадине.

Раненую ногу или руку нужно поднять. Накладывают жгут, плотно затягивая и подложив между ним и кожей полотенце или тряпку. Если специального резинового жгута нет, можно использовать обычный бинт, шарф, тонкий резиновый шланг, брючный ремень, платок или даже веревку. Тогда ее завязывают вокруг конечности неплотно, просовывают в петлю палку и закручивают до нужного пережатия. Критерием правильности наложения жгута становится прекращение кровотечения. Время пребывания его на конечности: не более двух часов летом и получаса зимой. Чтобы зафиксировать момент пережатия сосудов, время пишут на бумажке и закрепляют ее на пострадавшей конечности.

ОСТАНОВКА КРОВОТЕЧЕНИЯ

НАРУЖНОЕ АРТЕРИАЛЬНОЕ

Признаки: кровь ярко-красная, часто фонтаном; пульс — в пораженной конечности

РАСПОЛОЖЕНИЕ КРУПНЫХ АРТЕРИЙ

ОСТАНОВКА КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ АРТЕРИЙ

Артерию выше места ранения зажмите пальцем. Второй спасатель в это время готовит средства для остановки кровотечения

Сонной Подмышечной Наружной челюстной Височной Подмышечной Плечевой

НАРУЖНОЕ ВЕНОЗНОЕ

Признаки: кровь темная, густая, вытекает медленно; пульс — в пораженной конечности отсутствует

Особенно опасны ранения шеи из-за возможности попадания воздуха в вену (приводит к параличу и смерти). Для остановки кровотечения наложите жгут выше места ранения. На рану наложите стерильную салфетку, а сверху наложите давящую повязку из марли. Бинт, намотав рисунок, наложите на вены и сделайте закрепляющие узлы. При ранении шеи сделайте повязку гармошкой вокруг шеи или подтяните ее к шее.

МОЖНО ТАКЖЕ ФИКСИРОВАТЬ КОНЕЧНОСТЬ ДЛЯ СДАВЛИВАНИЯ СОСУДОВ

Засуньте руку или ногу в складку одеяла или любой материал, который в этом положении не будет давить на суставы. Согнутую ногу или руку свяжите или расположите выше места ранения. Привяжите к туловищу пострадавшего.

ПРИ СИЛЬНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ НАЛОЖИТЕ ЖГУТ

- Используйте стандартные резиновые жгуты Эсмарха, ленточные, матерчатые, жгут-ленту или подручные средства: резиновую трубку, ремни, шарфы и т.д.
- Жгут накладывают выше места ранения сосуда на верхнюю треть плеча (на среднюю треть бедра). Обязательно контроль пульса на периферии конечности.
- Давление от жгута должно быть достаточным для остановки кровотечения. Следует убедиться в отсутствии пульса.
- Время наложения жгута на конечности не более 1,5-2 ч, а на холоде — до 1 ч.
- Через каждые полчаса жгут нужно ослаблять на несколько минут (на это время сосуды ниже жгута пережимают пальцами). Борозды от жгута на коже слегка массируют. Затем жгут накладывают вновь, немного выше прежнего положения.
- Пострадавшего госпитализируют. К жгуту обязательно прикрепляют памятку с указанием даты, времени наложения, фамилии спасателя.

ЗАКРУТКА С ПОМОЩЬЮ ПАЛОЧКИ

1. Приложение. 2. Жгут подложите под конечность, умеренно растяните и зафиксируйте один конец на повязку. Начальный отрезок жгута остается свободным. 3. Затяжка. 4. Жгут накладывают до остановки кровотечения, постоянно контролируя пульс. Последнее 1-2 хода делают повязку фиксирующей. Конец ленточного жгута свешивают с начального отрезка. Цепочку жгута Эсмарха застегивают на крючок.

КРОМЕ ДАВЯЩЕЙ ПОВЯЗКИ, СЛУЖАЩЕЙ ДЛЯ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ, НАКЛАДЫВАЮТСЯ ПОВЯЗКИ СЛЕДУЮЩИХ ВИДОВ:

Циркулярная — при травмах конечностей или туловища. Прямая — при травмах конечностей или туловища. Крестообразная — при травмах конечностей или туловища. Восьмиобразная — при травмах конечностей или туловища. Колосовидная — при травмах конечностей или туловища.

ВНУТРЕННЕЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ

Возникает при травмах головы, груди, живота, при заболеваниях желудка, кишечника. Симптомы: головокружение, одышка, тошнота, рвота, слабость, потемнение в глазах. Возможны потеря сознания. При травмах живота (разрывах желудка, кишечника, печени и селезенки) — резкая боль в животе с кровью, черный стул. При травмах груди — боль при дыхании, одышка, кашель.

Пострадавшему необходим полный покой

Внутреннее кровотечение	Оказание помощи
В брюшную полость	Пострадавшего уложить на спину, на живот положить холод
В грудную полость	Пострадавшего уложить на спину, на живот положить холод
В полость рта	Пострадавшего уложить на спину, на живот положить холод
В нос	Пострадавшего уложить на спину, на живот положить холод

ОТКРЫТЫЕ РАНЫ

Касаясь ран руками или какими-либо инструментами, удалять инородные тела с их поверхности нельзя! Грязь с окружающей рану участка кожи устраним в направлении от раны. Кожу обработать 3% раствором йода. Рану накрыть стерильной салфеткой или куском бинта, наложить давящую повязку и забинтовать.

ПРОНИКАЮЩЕЕ РАНАНИЕ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Защелкнуть и зафиксировать пострадавшего. Не пытаться вынуть инородное тело.

ПРОНИКАЮЩЕЕ РАНАНИЕ ГРУДИ

Положить стерильную салфетку. Примерно около 5 см от края раны наложить узкую повязку из бинта. Поверх салфетки положить кусок чистой клеенки или пластика. На выдохе наложить широкие ходы бинта, накрывающие повязку.

ОСТРАЯ МАССИВНАЯ КРОВОПОТЕРЯ

Возникает в результате ранения конечностей, при тяжелых травмах, разрывах крупных сосудов, ранениях крупных артерий, а также внутренних кровотечениях, у пострадавшего ухудшается кровообращение мозга и сердца, развивается шок.

- Полный покой, постельный режим, ноги пострадавшего приподнять над уровнем сердца (15°), удобно открыть рот.
- Голову положить горизонтально. Остановить кровотечение.
- Изложить травмированную конечность на ровной, горизонтальной поверхности. Дать по 1-1,5 стакана теплого сладкого питья (по 1 чайной ложке соли и соды на 1 л воды), 1-2 таблетки разжеванного аспирина под язык.
- Наложить повязку на рану. При разрыве кожи — транспортировать пострадавшего. Согреть, срочно госпитализировать.



Накладывать жгут более чем 2 часа летом и 30 минут зимой нельзя из-за нарушения кровообращения в поврежденной ноге или руке, ткани отмирают. Если человека еще не успели доставить в госпиталь за указанное время, в любом случае жгут нужно ослабить на несколько минут. Рану в течение них зажимают, используя чистую ткань.

При ранении сонной артерии и кровотечении из нее, необходимо пережать ее пальцем и выполнить тампонаду раны стерильным перевязочным материалом. Жгут на шею накладывать можно, для этого применяется специальная техника, чтобы профилактировать удушье пострадавшего. Поднимают руку на противоположной травме стороне, и перетягивают шею жгутом **ниже** места повреждения вместе с конечностью.

Венозное кровотечение

При венозном кровотечении хорошо работает тугое бинтование, либо наложение жгута. Место его расположения — ниже места повреждения.

При любом способе остановки кровотечения саму рану закрывают стерильной салфеткой или чистой тканью. Если доступны обезболивающие лекарства, можно сделать пострадавшему инъекцию или дать таблетку, если он в сознании. Лежащего на земле человека нужно укрыть для предотвращения переохлаждения. Нельзя перемещать и переворачивать пострадавшего.

При подозрении на внутреннее кровотечение, вызванное травмой, необходимо обеспечить пациенту полный покой и как можно скорее отправить его в больницу.

Капиллярное кровотечение

При капиллярном кровотечении применяют метод давления, в том числе, ладонью или пальцами, наложение повязки, гемостатические губки, холодные объекты. При адекватной работе свертывающей системы временная остановка кровотечения становится окончательной. Главное — не терять голову, если с кем-то из окружающих людей случилась беда, и у человека имеется кровотечение. Для того чтобы справиться с ним, можно использовать материалы из автомобильной аптечки, вещи из собственной сумки, элементы одежды или предметы обихода.



УТВЕРЖДАЮ:
Заведующая МАДОУ
«Платошинский детский
сад «Солнышко»
Коновалова Г.В.
«11» марта 2019

ИНСТРУКЦИЯ первичной доврачебной помощи при попадании инородного тела в дыхательные пути

Главные признаки наличия инородного тела в дыхательных путях у ребенка:

- внезапное удушье,
- приступообразный кашель,
- свистящее дыхание,
- затруднение вдоха при инородном теле в верхних дыхательных путях,
- выдоха — при инородном теле в бронхах.
- При повреждении слизистой оболочки инородным телом может появиться кровохаркание.

Основные симптомы ИТДП:

- ребёнок беспокоен, напуган;
- внезапная асфиксия: нарастающая гипоксия и цианоз кожных покровов слизистых;
- «беспричинный приступ кашля»; внезапный кашель, часто приступообразный. Кашель, возникший на фоне приема пищи;
- при инородном теле в верхних дыхательных путях одышка инспираторная, при инородном теле в бронхах — экспираторная;
- шумное дыхание; свистящее дыхание; остановка дыхания, потеря сознания.
- возможно кровохарканье из-за повреждения инородным телом слизистой оболочки дыхательных путей;
- при аускультации легких — ослабление дыхательных шумов с одной стороны или обеих сторон;

Попытки извлечения инородных тел из дыхательных путей предпринимаются только у пациентов с прогрессирующей ОДН, представляющей угрозу для их жизни.

Четкость, скорость, хладнокровие. Вот три главных составляющих во время удаления инородного тела из дыхательных путей ребенка. Помните, что от слаженности и точности выполняемых вами действий может зависеть жизнь ребенка.

Первая помощь при инородном теле в верхних дыхательных путях.

Признаки частичного нарушения проходимости:

- пострадавший может кашлять, шумно дышать, отвечать на вопросы.

При полном нарушении пострадавший не может говорить, кашлять. Лицо его становится багрово-синюшным. При частичном нарушении проходимости предложите пострадавшему покашлять.

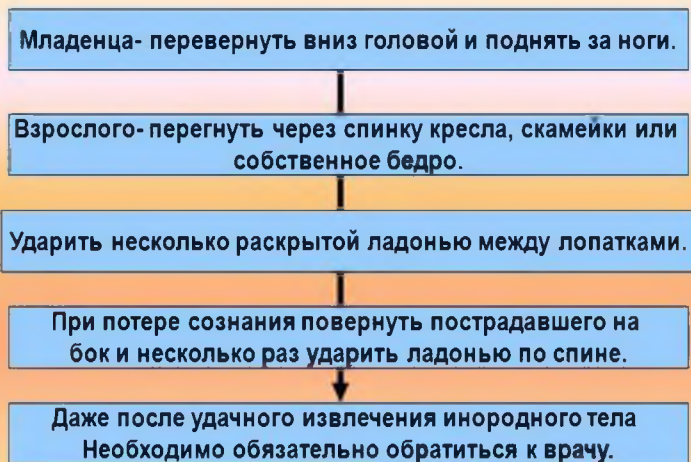
При полном нарушении проходимости верхних дыхательных путей необходимо предпринять меры по удалению инородного тела.

Для этого выполните следующее:

- Встаньте сбоку и немного сзади пострадавшего.
- Придерживая грудную клетку пострадавшего одной рукой, другой наклоните его вперед, чтобы в случае смещения инородного тела оно сместилось к наружи. А не опустилось ниже в дыхательные пути.
- Нанесите 5 резких ударов между лопатками основанием ладони.
- Проверяйте после каждого удара, не удалось ли удалить инородное тело.
- Если после 5 ударов закупорка не устранена, то:
- встаньте позади пострадавшего и обхватите его обеими руками на уровне чуть выше пупочной ямки, но значительно ниже мечевидного отростка;

- сожмите кулак одной из рук и поместите его в указанную точку большим пальцем, обращенным к брюшной стенке;
 - обратите кулак другой рукой и, слегка наклонив пострадавшего вперед, резко надавите на живот пострадавшего в направлении внутрь и кверху;
 - при необходимости повторите надавливания до 5 раз.
- Если удалить инородное тело не удалось, продолжайте попытки его извлечения, перемежая удары по спине с резкими толчками на живот до 5 раз.

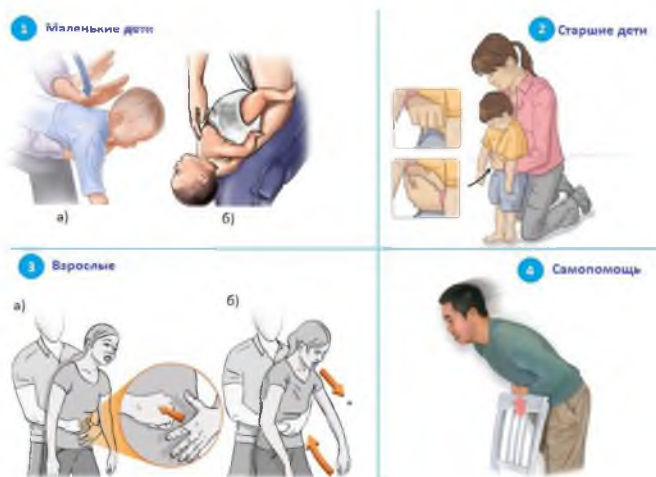
Схема оказания помощи при попадании инородного тела в органы дыхательных путей.



MyShared

Если пострадавший потерял сознание, расположите его лицом вверх на твердой поверхности. Сядьте верхом на середину бедер пострадавшего, расположите основание одной ладони чуть выше пупка, но значительно ниже мечевидного отростка, наложив ладонь второй руки на первую и не сгибая рук в локтях. Резким толчком от себя и несколько вверх сдавите живот. После этого двумя пальцами, обернутыми любой тканью, круговым движением проведите ревизию ротовой полости пострадавшего. При обнаружении инородного тела удалите его.

Если инородное тело перекрыло дыхательные пути ребенку, то помощь оказывается аналогичным образом. Однако помните о необходимости дозирования усилий (удары и толчки наносятся с меньшей силой). Кроме того, детям до 8 лет выполнять толчки в живот не рекомендуется. Проводить пальцевую ревизию ротовой полости на наличие инородного тела детям до 8 лет не рекомендуется. Удалять пальцами или другим инструментом можно только видимые инородные тела в ротовой полости.



Оказывая первую помощь при инородном теле в дыхательных путях, детей грудного возраста хлопают по спине: ребенка берут на левую руку с опущенной вниз головкой, средним и большим пальцем поддерживая рот приоткрытым; делают 5 достаточно сильных хлопков по спине между лопатками открытой ладонью. Если положительного эффекта от похлопывания нет, ребенка переворачивают лицом вверх, руку кладут на расстояние ширины пальца выше основания мечевидного отростка и делают до 5 резких толчков в эту точку.



У детей старше 2-3 лет удалить инородное тело можно, используя прием Геймлиха: толчки в подложечную область.

Техника выполнения.

Основание ладони располагают в подреберье между концом грудины и пупком, надавливания делают по направлению внутрь и вверх до положительного эффекта — появления кашля и выходящего свистящего или шипящего звука из легких.

Пострадавший в сознании.

Пострадавший в положении сидя или стоя: встаньте позади пострадавшего и поставьте свою стопу между его стоп. Обхватите его руками за талию. Сожмите кисть одной руки в кулак, прижмите ее большим пальцем к животу пострадавшего на средней линии чуть выше пупочной ямки и значительно ниже конца мечевидного отростка. Обхватите сжатую в кулак руку кистью другой руки и быстрым толчкообразным движением, направленным кверху, нажмите на живот пострадавшего. Толчки нужно выполнять раздельно и отчетливо до тех пор, пока инородное тело не будет удалено, или пока пострадавший не сможет дышать и говорить, или пока пострадавший не потеряет сознание.

Толчки в эпигастральную область – прием Геймлиха – можно проводить ребенку старше 2-3 лет, когда паренхиматозные органы (печень, селезенка) надежно скрыты реберным каркасом. Поместите основание ладони в подреберье между мечевидным отростком и пупком и надавите внутрь и вверх.

О выходе инородного тела будет свидетельствовать свистящий/шипящий звук выходящего из легких воздуха и появление кашля.

Если пострадавший потерял сознание, выполняйте следующую манипуляцию.

Пострадавший без сознания.

Уложите пострадавшего на спину, положите одну руку основанием ладони на его живот вдоль средней линии, чуть выше пупочной ямки, достаточно далеко от конца мечевидного отростка. Сверху положите кисть другой руки и надавливайте на живот резкими толчкообразными движениями, направленными к голове, 5 раз с интервалом 1-2 секунды. Проверьте ABC (проходимость дыхательных путей, дыхание, кровообращение).



ИНСТРУКЦИЯ первичной доврачебной помощи при травмах различных областей тела.

1. Травмы головы являются одними из наиболее тяжелых, которые пострадавшие могут получить в ДТП.

Признаки:

Для черепно-мозговой травмы характерны потеря сознания, бледность, общая слабость, сонливость, головная боль, головокружение. Пострадавший может быть в сознании, но не помнить обстоятельств травмы и событий, ей предшествующих. Более тяжелое повреждение мозга может сопровождаться длительной потерей сознания (кома), параличами конечностей. Переломы костей черепа могут сопровождаться, кроме того, следующими признаками; выделение бесцветной или кровянистой жидкости из ушей, носа, синяки вокруг глаз ("симптом очков").

Черепно-мозговая травма при ДТП часто сочетается с повреждениями других органов и систем: позвоночника, груди, живота, опорно-двигательного аппарата.

Первая помощь:

- Пострадавшего в сознании уложить на спину и постоянно контролировать его состояние. Если пострадавший без сознания, придать ему устойчивое боковое (дренажное) положение, которое уменьшает вероятность западения языка и сводит к минимуму возможность попадания рвотных масс или крови в дыхательные пути. Перед этим рекомендуется предварительно наложить иммобилизирующий шейный воротник.
- При наличии раны наложить асептическую повязку.
- Поверх повязки наложить гипотермический пакет.
- При судорогах - зафиксировать пострадавшего во избежание причинения самоповреждений.
- При грубых нарушениях дыхания и кровообращения провести сердечно-легочную реанимацию.

2. Травмы позвоночника.

Повреждение позвоночника - характерный для ДТП вид травм. При ударе сзади может возникнуть так называемая "хлыстовая" травма, приводящая к перелому или подвывиху шейных позвонков. При лобовом столкновении позвонки травмируются от резкого сгибания шеи. При этом даже незначительное смещение поврежденных шейных позвонков может привести к повреждению спинного мозга и резкому ухудшению состояния, вплоть до летального исхода. Повреждения грудного и поясничного отделов позвоночника чаще происходит при наезде транспортного средства на пешехода.

Признаки:

Вывихи и переломы шейных позвонков проявляются резкой болью в области шеи. Пострадавший может поддерживать голову руками, мышцы шеи будут напряжены. При травме шейного отдела позвоночника с повреждением спинного мозга пострадавший может быть в сознании, но полностью или частично обездвижен. Вывихи и переломы грудных и поясничных позвонков сопровождаются локальными болями в области поврежденного позвонка. При повреждении спинного мозга могут быть нарушения чувствительности и движений в конечностях (параличи).

Первая помощь:

- Исключить дополнительную травму и возможность повреждения спинного мозга при переноске, транспортировке, перекладывании, исследовании (пострадавшего нельзя сажать, ставить на ноги, поворачивать голову).

- При извлечении пострадавшего из транспорта необходимо использовать прием Раутека, специальные шины, фиксирующий воротник.
- После извлечения из транспорта пострадавший должен находиться на ровной, жесткой, горизонтальной поверхности.
- Обезболить пострадавшего.
- При нарушении дыхания или кровообращения приступить к сердечно-легочной реанимации.

3. Ушибы и переломы грудной клетки часто наблюдаются при ударе грудью о рулевую колонку, наездах транспортных средств на пешехода.

Признаки:

Переломы и ушибы ребер характеризуются припухлостью в месте перелома, резкой болью, связанной с дыханием, и изменением положения тела пострадавшего.

- Придать пострадавшему полусидячее положение.
- Дать обезболивающее средство.
- Приложить холод к месту возможного перелома.
- Повязка на грудь в этих случаях не накладывается.

4. Ранения грудной клетки.

Проникающее ранение грудной клетки. При этом состоянии герметичность грудной клетки нарушается, что приводит к резким нарушениям в работе легких и сердца. Без оказания адекватной и своевременной помощи это может привести к смерти пострадавшего в течение короткого промежутка времени.

Признаки:

Наличие раны в области грудной клетки, через которую в неё во время вдоха засасывается воздух, вследствие чего кровь в ране пузырится. Дыхание частое, поверхностное, кожа бледная, синюшная. При лёгком надавливании на грудную клетку возле раны - ощущение "хруста снега" под пальцами.

Первая помощь:

- Герметизация раны (ладонью пострадавшего или своей до наложения повязки).
- Наложить герметизирующую (окклюзионную) повязку с использованием воздухонепроницаемого материала (упаковка от перевязочного пакета или асептической салфетки, полиэтилен, клеенка).
- Придать полусидячее положение с наклоном в пораженную сторону.
- Обезболить.
- Положить холод поверх повязки в проекции раны.
- При нахождении в ране инородного предмета - зафиксировать его, обложив салфетками, и наложить повязку для остановки кровотечения.

5. Травмы живота.

Ушибы передней стенки живота (тупая травма) с повреждением внутренних органов. Этот вид травм часто встречается при ДТП и может оставаться незамеченным, пока внутреннее кровотечение не вызовет резкого ухудшения состояния. При проникающих ранениях повреждения передней стенки живота могут быть как значительными, так и малозаметными, но с тяжёлыми повреждениями внутренних органов. Поэтому все пострадавшие с любыми травмами живота должны в обязательном порядке быть осмотрены врачом.

Признаки:

При тупой травме пострадавшие жалуются на постоянную острую боль по всему животу, сухость во рту, может быть тошнота, рвота, наблюдаются доскообразное напряжение мышц живота, признаки кровопотери. При наличии проникающего ранения может быть выпадение внутренних органов, внутреннее или наружное кровотечение.

Первая помощь:

- Холод на живот (гипотермический пакет из аптечки).
- На рану наложить нетугую асептическую повязку.
- Пострадавшему придать положение на спине или на боку с полусогнутыми ногами. При нахождении в ране инородного предмета - зафиксировать его, обложив салфетками, и наложить повязку для остановки кровотечения.
- При повреждении живота запрещается:
- Вправлять в рану выпавшие внутренние органы.
- Извлекать из раны инородный предмет.
- Давать обезболивающие препараты. Поить.
- Кормить пострадавшего.

6. Травмы таза.

Механическое воздействие на область таза в результате ДТП. Различают ушибы таза, закрытые переломы тазовых костей с повреждением или без повреждения внутренних органов.

Признаки:

Резкая боль в области таза, усиливающаяся при незначительном движении. При повреждении внутренних органов - признаки кровопотери.

Первая помощь:

- Приложить холод к месту травмы (гипотермический пакет из аптечки).
- Придать пострадавшему положение на спине с полусогнутыми ногами ("лягушки").

7. Травмы конечностей.

Среди травм опорно-двигательного аппарата различают ушибы, повреждения связочного аппарата, вывихи (стойкое смещение суставных концов костей по отношению друг к другу), переломы закрытые, переломы открытые.

Признаки:

Боль в месте травмы, неестественная подвижность вне суставов, укорочение и деформация конечности, невозможность активных движений, отек, кровоизлияния в месте перелома (при открытом переломе видны костные отломки).

Первая помощь:

- Дать обезболивающее средство.
- При открытых переломах остановить кровотечение, обработать кожу вокруг раны антисептическим раствором, наложить асептическую или лечебную повязку.
- На область травмы приложить гипотермический пакет, холод в виде льда, снега в полиэтиленовом мешке.
- Поврежденную конечность обездвижить (иммобилизовать). Правила транспортной иммобилизации:
- Фиксировать минимум два сустава: один ниже, другой - выше перелома.
- При переломе плеча фиксировать три сустава: плечевой, локтевой, лучезапястный.
- На поврежденную конечность накладывать шины или подручные средства без исправления оси конечности.
- При переломе бедра фиксировать три сустава: тазобедренный, коленный, голеностопный.
- При отсутствии шин поврежденную ногу необходимо прибинтовать к здоровой конечности, проложив между ними мягкий материал; поврежденную руку зафиксировать в согнутом положении и прибинтовать к туловищу.

8.Растяжение связок и мышц

Растяжение связок, растяжение мышц или сухожилий, присоединяющих мышцу к кости, - обычно происходит при перегрузке или резком движении.

Растяжение связок сустава может происходить при подворачивании стопы, при падении на руку, прыжках, неловких движениях или ушибах. При этом возникают микроскопические надрывы отдельных волокон и мгновенная боль, особенно при нагрузке на сустав, движение в суставе из-за боли сразу ограничивается. В дальнейшем появляется припухлость, иногда кровоизлияние, кожа может приобрести синеватый оттенок. Часто возникает растяжение голеностопного или лучезапястного сустава, иногда локтевого сустава.

Первая помощь при растяжениях:

Для ограничения движений и создания покоя при травме локтевого сустава руку следует согнуть в локте и подвесить перед грудью на косынке. При травме лучезапястного и голеностопного суставов также накладывают тугую повязку, после чего необходима эвакуация в лечебное учреждение.

- Наложить шину, ее можно сделать из подручных средств.

- Необходимо приложить к поврежденному месту лед или охлаждающий пакет с водой.

После применения холода, наложить эластичный бинт. Это уменьшит отек, и пострадавшему будет удобнее двигаться. Накладывать бинт следует по спирали. Начинать бинтовать поврежденную конечность немного ниже места травмы, постепенно поднимаясь вверх по перекрывающимся виткам спирали. Пальцы следует оставлять свободными, чтобы по их цвету можно было определить, не слишком ли затянут бинт. Необходимо придать поврежденной конечности возвышенное положение, чтобы уменьшить приток крови к месту повреждения. При растяжении мышц: - в первые 24 часа прикладывать лед к больному месту на 15 мин каждый час. Поврежденной конечности нужно дать покой и приподнять ее. Тепло в первые дни применять нельзя, так как это способствует расширению сосудов и увеличению кровоизлияния

10. Ушибы, ссадины

При ушибе обычно повреждаются мягкие ткани и мелкие кровеносные сосуды.

Первая помощь - приложить холод. В качестве источника холода можно приложить пакет с холодной водой, пузырь со льдом или снегом. По мере согревания компресса его необходимо менять. Ушибленная часть тела должна быть в покое, а ушибленной конечности придать возвышенное положение. При наличии даже самой небольшой ссадины или царапины ее необходимо обработать дезинфицирующими средствами – бриллиантовая зелень, 3-5% раствор йода.

11. Вывихи

Общие для всех вывихов признаки, сильная боль во всем суставе, невозможность произвести самое незначительное движение, хорошо заметная деформация в области поврежденного сустава по сравнению со здоровым суставом, отмечается отек и неестественное положение конечности. Боль при вывихе значительно более выражена, чем при переломе кости, что связано с резким растяжением или разрывом капсулы и окружающих сустав мягких тканей. Вывихи бывают в плечевом суставе, а локтевом суставе, в тазобедренном суставе, в коленном суставе и иногда вывих нижней челюсти.

Вывих - это полное, стойкое смещение суставных поверхностей костей, с повреждением суставной капсулы вызывающий нарушение функций сустава. Вывих – травматическое повреждение, в результате которого суставные поверхности костей смещаются и полностью или частично теряют соприкосновение друг с другом, а суставная сумка сильно растягивается и разрывается.

В большинстве случаев вывих не является тяжелой травмой, представляющей угрозу для жизни пострадавшего. Но при вывихе в шейном отделе позвоночника может возникнуть угроза для жизни вследствие сдавления спинного мозга при смещении с последующим параличом мышц конечностей, туловища, расстройством дыхания и сердечной деятельности.

Никогда не пытайтесь вправлять вывих, даже если вы обладаете навыками оказания первой помощи.

Первая помощь:

- дать пострадавшему обезболивающий препарат (анальгин или пенталгин).

Первая медицинская помощь при вывихах заключается в охлаждении поврежденного сустава (для уменьшения отека и кровоизлияния) и его иммобилизация. Для этого верхнюю конечность следует уложить на ремень для брюк или косынку, а на нижнюю - наложить шину по наружной поверхности или по наружной и внутренней поверхностям, а затем быстро обратиться к медицинскому работнику. При неумелой попытке вправления можно не только не вправить вывихнутую кость, но и сломать ее.

Зафиксировать поврежденную конечность в положении близком к физиологическому.

12. Переломы

Перелом – это частичное или полное нарушение целостности кости, вызванное воздействием на нее механической силы. Чаще всего происходит перелом конечностей. Порой достаточно совсем незначительной травмы, чтобы возник перелом.

Переломы различают полные и неполные. При неполном переломе нарушается целостность кости частично и возникают трещины, надломы, а при полном переломе кость нарушается на всю толщину и отломки чаще полностью отходят друг от друга. Кроме того, бывают закрытые переломы, при которых кожа в области перелома остается неповрежденной, и открытые, когда целостность кожи в месте повреждения кости нарушена.

Признаки перелома:

- боль в четко ограниченной части тела в состоянии покоя,
- усиливающаяся боль при движении (невозможно, встать на ногу или взять какой-нибудь предмет в руку);
- резкая болезненность при ощупывании травмированного места;
- иногда быстро возникающий кровоподтек, сине-фиолетовая окраска
- припухлость;
- хруст между отломками костей;
- неестественное положение части тела из-за смещения частей сломанной кости;
- укорочение конечности.

Первая помощь заключается в обеспечении неподвижности места перелома. Это уменьшит боль и предотвратит смещение костных обломков. Неподвижность места перелома достигается наложением на поврежденную конечность различного рода специальных шин, выполненных из проволоки, пластмассы или фанеры. Нередко при отсутствии табельных шин приходится делать их из подручных материалов: досок, фанеры, тростника, веток или коры деревьев.

Прежде чем шину наложить, ее обязательно нужно от моделировать, то есть подогнать по длине поврежденной конечности, росту и телосложению пострадавшего.

Главное правило при наложении шины – обеспечение неподвижности, по крайней мере, двух суставов: одного выше, другого ниже места перелома. Такую же помощь следует оказывать, если есть подозрение на перелом, а также при повреждении суставов и обширных ранениях мягких тканей конечностей. При закрытом переломе шины накладывают поверх одежды, а при открытом необходимо сначала остановить кровотечение, наложить повязку и уже после этого наложить шину.

Переносить пострадавшего нужно очень бережно, конечность и туловище следует поднимать одновременно, при этом удерживая на одном уровне.

При закрытом переломе шину накладывают поверх одежды. При открытом переломе наблюдается кровотечение из раны, нередко смещение отломков. В этом случае одежду разрезают или снимают и накладывают на рану стерильную повязку. Чтобы шина не давила на место перелома, под нее подкладывают мягкий материал, одежду, паклю, листья или мох.

Шина должна захватывать не только поврежденный отдел, но и ближайшие суставы, не менее трех, чтобы части сломанной кости не смешались. При переломе предплечья шину накладывают на плечевой отдел и кисть, а затем плотно прибинтовывают широкими бинтами. При переломе бедра шину накладывают с наружной стороны от подмышки до пятки, а с внутренней стороны - от паха до пятки.

При переломе костей голени наружную и внутреннюю шины накладывают так, чтобы они захватывали коленный и голеностопный суставы.

Если для изготовления шины нельзя найти подходящего материала, поврежденную ногу можно прибинтовать к здоровой ноге, а поврежденную руку – к туловищу.

При переломе ребер необходимо туго забинтовать грудь в положении выдоха.

Перелом бедра возникает, как правило, от прямого удара различными тяжелыми предметами или при падении с высоты.

Первая помощь:

следует наложить две шины, однако эти шины должны быть достаточной длины. Наружная шина накладывается от подмышечной впадины на всю длину конечности, она должна несколько выступать от стопы. Вторая шина накладывается с внутренней стороны конечности до промежности.

Переломы позвоночника особо опасны, так как сломанные позвонки, смещаясь, могут сдавить или даже разорвать спинной мозг.

Переломы позвоночника возникают при прямом и сильном ударе в шею или спину, при падении с высоты на ноги, при нырянии на мелководье в водоем, не редко повреждается шейный отдел позвоночника. При этом может возникнуть паралич обеих ног, если травмирован грудной или поясничный отдел, и паралич рук и ног при травме шейного отдела. Поэтому пострадавшему с переломом шейных позвонков делают для транспортировки мягкую повязку из ваты и марли. Бывают случаи, когда по вине лиц, оказывающих первую помощь такому больному, или в результате неграмотной транспортировки перелом позвоночника осложняется параличом. Поэтому обращение с таким пострадавшим должно быть очень осторожное.

Первая помощь:

при переломах позвоночника даже небольшие смещения позвонков приводят к травме спинного мозга. Учитывая это, категорически запрещено сажать и ставить на ноги пострадавшего с подозрением на перелом позвоночника. Его необходимо уложить на ровную твердую поверхность - деревянный щит, доски. При отсутствии этих средств можно транспортировать пострадавшего на носилках в положении лежа на спине с подложенными под плечи и голову подушками.

При переломе шейного отдела позвоночника транспортировку осуществляют на спине с иммобилизацией шеи (наложение шейного иммобилизирующего воротника или фиксация при помощи одежды, одеяла, путем создания из них валика вокруг головы). Перекладывание, погрузку, транспортировку должны проводить одновременно 3-4 человека.

При повреждении спины и шеи больного укладывают на ровную твердую поверхность (доски) лицом вверх, нельзя при этом сгибать шею и туловище. При травме грудного и поясничных отделов позвоночника можно перевозить пострадавшего на обычных мягких носилках, но уложив его лицом вниз и подложив под грудь к голове валик из одежды для максимального разгибания позвоночника.

Переломы таза, возникающие при падении с большой высоты или сдавливании бортом автомашины и т.п., проявляют себя по-разному – от умеренной боли до резкой и, иногда, до шокового состояния. Сестра и встать такой пострадавший не может и старается лежать на спине, слегка согнув и разведя в стороны ноги. В таком положении больного и транспортируют в лечебное учреждение, подложив под колени плотные валики и стянув таз широким бинтом или полотенцем.

Травма костей таза часто сопровождается повреждением внутренних органов, осложняющихся шоком.

Первая помощь:

- пострадавшего необходимо уложить на ровную, твердую поверхность, ноги согнуть в коленных и тазобедренных суставах, бедра несколько развести в сторону, под колени положить валик из одеяла или одежды высотой около 25-30 см; транспортировка - на твердом щите, на спине. Если общее состояние пострадавшего тяжелое, то ему вводят обезболивающие лекарственные препараты.

УТВЕРЖДАЮ:

Заведующая МАДОУ

«Платошинский детский сад «Солнышко»

Коновалова Г.В.

«07» сентября 2019

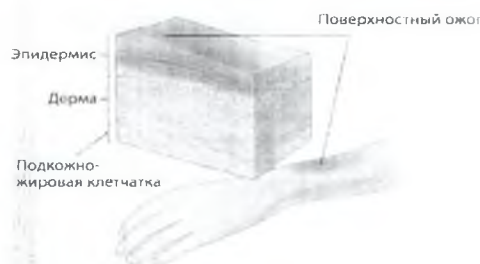


ИНСТРУКЦИЯ первичной доврачебной помощи при ожогах

Симптомы

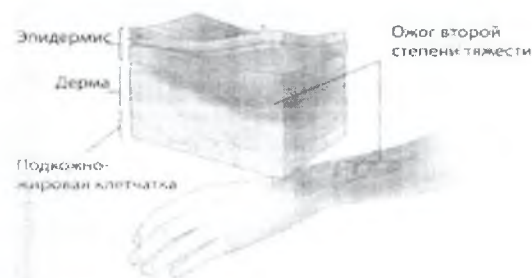
I степень

При данной степени ожога наблюдается покраснение, отек и боль. Кожа на месте поражения ярко-розового цвета, чувствительна при прикосании и слегка выступает над здоровым участком кожи. За счет того, что при данной степени ожога происходит лишь поверхностное поражение эпителия, кожа через несколько дней, высыхая и сморщиваясь, образует лишь небольшую пигментацию, которая самостоятельно проходит через некоторое время (*в среднем за три – четыре дня*).



II степень

При второй степени ожога, так же как и при первой, на месте поражения отмечается гиперемия, отечность, а также боль жгучего характера. Однако в данном случае из-за отслойки эпидермиса на поверхности кожи появляются небольшие и ненапряженные волдыри, наполненные светло-желтой, прозрачной жидкостью. В случае, если волдыри вскрываются, на их месте наблюдается эрозия красноватого цвета. Заживление подобного рода ожогов происходит самостоятельно на десятый – двенадцатый день без образования рубцов.



III-A степень

При ожогах данной степени происходит поражение эпидермиса и частично дермы (*волосные луковицы, сальные и потовые железы сохраняются*). Отмечается некроз тканей, а также, за счет выраженных сосудистых изменений, наблюдается распространение отека на всю толщину кожи. При третьей-А степени образуется сухая светло-коричневая или мягкая бело-серая ожоговая корочка. Тактильно-болевая чувствительность кожи сохранена либо снижена. На пораженной поверхности кожи образуются пузыри, размеры которых варьируют от двух сантиметров и выше, с плотной стенкой, заполненные густой желеобразной жидкостью желтого цвета. Эпителизация кожи в среднем длится четыре – шесть недель, однако при появлении воспалительного процесса заживление может длиться в течение трех месяцев.



III-Б степень

При ожогах третьей-Б степени некроз поражает всю толщу эпидермиса и дермы с частичным захватом подкожно-жировой клетчатки. При данной степени наблюдается образование пузырей, наполненных геморрагической жидкостью (*с прожилками крови*). Образовавшаяся ожоговая корочка сухая или влажная, желтого, серого или темно-коричневого цвета. Отмечается резкое снижение или отсутствие болевых ощущений. Самостоятельное заживление ран при данной степени не происходит.

IV степень

При ожогах четвертой степени поражаются не только все слои кожи, но и мышцы, фасции и сухожилия вплоть до костей. На пораженной поверхности образуется ожоговая корочка темно-коричневого или черного цвета, сквозь которую просматривается венозная сеть. Из-за разрушения нервных окончаний, боль при данной стадии отсутствует. При данной стадии отмечается выраженная интоксикация, также имеется высокий риск развития гнойных осложнений.



Ожоги делятся на обширные (*поражение 10 – 15% кожи и более*) и необширные. При обширных и глубоких ожогах при поверхностных поражениях кожи более 15 – 25% и более 10% при глубоких поражениях может возникнуть ожоговая болезнь.

Ожоговый шок

Ожоговый шок является первым периодом ожоговой болезни. Продолжительность шока составляет от нескольких часов до двух – трех суток.

Для интоксикационного синдрома характерны следующие признаки:

- повышение температуры тела (*до 38 – 41 градусов при глубоких поражениях*);
- снижение аппетита;
- слабость;
- тошнота;
- рвота;
- жажда.

Определение площади ожогов

В оценке тяжести термического поражения кроме глубины ожога важное значение имеет его площадь. В современной медицине используется несколько способов измерения площади ожогов.

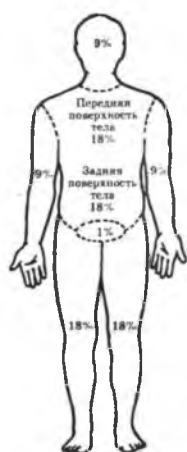
Выделяют следующие методы определения площади ожога:

- правило девяток;
- правило ладони;
- метод Постникова.

Правило девяток

Наиболее простым и доступным способом определения площади ожога считается «правило девяток». Согласно этому правилу практически все части тела условно разделены на равные участки по 9% от общей поверхности всего тела.

Правило девяток:



голова и шея 9%

(грудь и живот по 9%)

верхние конечности
(каждая рука) по 9%

задняя поверхность туловища 18%
(верхняя часть спины и поясница по 9%)

нижние конечности (каждая нога) по 18% (бедро 9%, голень и стопа 9%)

передняя поверхность
туловища 18%

Промежность 1%

Правило ладони

Еще одним методом определения площади ожога является «правило ладони». Суть метода заключается в том, что площадь ладони обожженного принимается за 1% от площади всей поверхности тела. Данное правило используется при небольших по площади ожогах.

Первая помощь при ожоге:

- прекратить действие вызывающего ожог агента;
- снять одежду с пострадавшего, обрезая прилипшие участки, не отрывая их от раны, пузыри не вскрывать, ожоги 1-й степени можно обработать спиртом;
- охлаждение обожженных участков;
- наложение асептической повязки;
- ожоговую поверхность закрыть сухой стерильной повязкой (можно смоченной в растворе фурацилина);
- ввести обезболивающие средства (трамал или анальгин, 2 мл п/к);
- при ожогах конечностей произвести их иммобилизацию;
- обеспечить пострадавшего обильным питьем, лучше щелочным.
- вызов Скорой помощи.

При химическом ожоге немедленно производят обильное орошение пораженного участка водой или нейтрализующей жидкостью. Для нейтрализации щелочей применяется 1 %-я уксусная или лимонная кислота, для нейтрализации кислот - 2 %-й раствор пищевой соды. После этого накладывают стерильную повязку, вводят обезболивающие средства.

Охлаждение обожженных участков

Необходимо как можно быстрее обработать место ожога проточной водой на протяжении 10 – 15 минут. Вода должна быть оптимальной температуры - от 12 до 18 градусов по Цельсию. Это делается для того, чтобы предотвратить процесс повреждения здоровых тканей, находящихся

рядом с ожогом. Более того, холодная проточная вода приводит к спазму сосудов и к уменьшению чувствительности нервных окончаний, а стало быть, обладает обезболивающим эффектом.

Примечание: при ожогах третьей и четвертой степени данное мероприятие первой помощи не производится.

Наложение асептической повязки

Перед наложением асептической повязки необходимо аккуратно срезать одежду с обожженных участков. Ни в коем случае нельзя пытаться очищать обожженные области (*снимать приставшие к коже обрывки одежды, смолу, битум и т.д.*), а также вскрывать пузыри. Не рекомендуется смазывать обожженные участки растительными и животными жирами, растворами марганцовки или зеленки.

В качестве асептической повязки могут быть использованы сухие и чистые платки, полотенца, простыни. Асептическую повязку необходимо наложить на ожоговую рану без предварительной обработки. В случае если были поражены пальцы рук или ног необходимо между ними проложить дополнительную ткань во избежание склеивания частей кожи между собой. Для этого можно использовать бинт или чистый носовой платок, который перед наложением необходимо намочить прохладной водой, а затем выжать.

Обезболивание

При сильных болях во время ожога следует принять обезболивающие препараты, например, ибупрофен или парацетамол. Для достижения быстрого терапевтического эффекта необходимо принять две таблетки ибупрофена по 200 мг или две таблетки парацетамола по 500 мг.

Вызов Скорой помощи

Существуют следующие показания, при которых необходимо вызвать Скорую помощь:

- при ожогах третьей и четвертой степени;
- в том случае, если ожог второй степени по площади превышает размер ладони пострадавшего;
- при ожогах первой степени, когда пораженный участок больше десяти процентов поверхности тела (*например, вся область живота или вся верхняя конечность*);
- при поражении таких частей тела как лицо, шея, области суставов, кисти, стопы, или промежность;
- в том случае, если после ожога появляется тошнота или рвота;
- когда после ожога наблюдается длительное (*более 12 часов*) повышение температуры тела;
- при ухудшении состояния на вторые сутки после ожога (*усиление болей или более выраженное покраснение*);
- при онемении пораженного места.

Профилактика ожогов

Солнечный ожог является распространенным термическим поражением кожи особенно в летний период времени.

Профилактика солнечных ожогов

Во избежание возникновения солнечных ожогов необходимо выполнять следующие правила:

- Необходимо избегать прямого контакта с солнцем в период с десяти до шестнадцати часов.
- В особо жаркие дни предпочтительней носить темную одежду, так как она лучше белых вещей защищает кожу от солнца.
- Перед выходом на улицу рекомендуется наносить на открытые участки кожи солнцезащитные средства.
- Во время приема солнечных ванн использование солнцезащитного средства является обязательной процедурой, которую необходимо повторять после каждого купания.
- Поскольку солнцезащитные средства обладают разными факторами защиты, их необходимо подбирать к определенному фототипу кожи.



УТВЕРЖДАЮ:
Заведующая МАДОУ
«Платошинский детский
сад «Солнышко»
Коновалова Г.В.
«21 марта» 2019

ИНСТРУКЦИЯ первичной доврачебной помощи при отморожении

Причины

Отморожению способствуют многие причины:

- предшествующая холодовая травма;
- неподвижное и неудобное положение тела в течение долгого времени;
- влажная или тесная обувь и одежда;
- голод; физическое переутомление;
- снижение защитных сил организма;
- хронические болезни сердечнососудистой системы и сосудов ног;
- потливость ног; тяжелые травмы с кровопотерей.

В случае, когда температура воздуха ниже -10°C , отморожение наступает в результате действия холода непосредственно на кожные ткани. Но большинство отморожений наступает при температуре воздуха от -10°C до -20°C . При этом происходит спазмирование мелких кровеносных сосудов, которое приводит к замедлению кровотока и прекращению действия тканевых ферментов. Наиболее часто встречается отморожение пальцев рук и ног.

Различают лёгкую, среднюю и тяжёлую степени общего обморожения.

Лёгкая степень: Кожные покровы бледные, синюшные, появляются «гусиная кожа», озноб, затруднения речи. Пульс замедляется до 60-66 ударов в минуту. Артериальное давление нормально или несколько повышено. Дыхание не нарушено. Возможны отморожения I—II степени.

Средняя степень: температура тела $29-32^{\circ}\text{C}$, характерны резкая сонливость, угнетение сознания, бессмысленный взгляд. Кожные покровы бледные, синюшные, иногда с мраморной окраской, холодные на ощупь. Пульс замедляется до 50-60 ударов в минуту, слабого наполнения. Артериальное давление снижено незначительно. Дыхание редкое — до 8-12 в минуту, поверхностное. Возможны отморожения лица и конечностей I—IV степени.

Тяжёлая степень: температура тела ниже 31°C . Сознание отсутствует, наблюдаются судороги, рвота. Кожные покровы бледные, синюшные, очень холодные на ощупь. Пульс замедляется до 36 ударов в минуту, слабого наполнения, имеет место выраженное снижение артериального давления. Дыхание редкое, поверхностное — до 3-4 в минуту. Наблюдаются тяжёлые и распространённые отморожения вплоть до оледенения.

Признаки отморожения

Начальным признаком отморожения является появившаяся бледность кожи на пострадавшем месте, которая сопровождается нарастающими болями и покалываниями. Сначала интенсивность боли повышается, но при дальнейшем воздействии холода она постепенно стихает. Пораженный участок тела немеет, на нем теряется чувствительность. Если страдают конечности, нарушаются их функции. Так, при отморожении пальцев, человек не может ими двигать. Кожные покровы становятся плотными, холодными. Цвет кожи тоже приобретает признаки отморожения. Она становится голубоватой, желтой или белой с мертвенно-восковой окраской.

Степени отморожения

I степень отморожения, наиболее легкая. Возникает при воздействии холода в течение недолгого времени. К признакам отморожения относится изменение цвета кожи. Пораженный участок становится бледным, появляется чувство покалывания с последующим онемением. После согревания он краснеет, иногда до багрово-красного цвета, что сопровождается отеком. Могут быть боли разной интенсивности. Через 5-7 суток после отморожения нередко бывает небольшое шелушение пострадавшей кожи. Выздоровление наступает на 6-7 сутки после поражения.

II степень отморожения. Появляется при воздействии холода на протяжении более длительного отрезка времени. Начальными симптомами бывают побледнение и похолодание пораженного участка, утрата им чувствительности. Но наиболее характерным признаком отморожения данной степени является формирование пузырей с прозрачным содержимым в первые сутки после поражения. При отморожении пальцев или других участков сразу после отогревания появляются боль, жжение и зуд. Восстановление кожи происходит на протяжении 1-2 недель. При этом не образуются рубцы и грануляции.

III степень отморожения. Для нее характерно образование пузырей, наполненных кровянистым содержимым. Их дно имеет сине-багровый цвет, нечувствительно к раздражениям. Болевые ощущения имеют высокую интенсивность и характеризуются долгим периодом течения. На пораженном участке гибнут все кожные структуры. При отморожении пальцев сошедшие ногти или вырастают деформированными, или же вовсе не отрастают. После 2-3 недель отторжения мертвых тканей наступает рубцевание, которое занимает около месяца.

IV степень отморожения. Обычно сочетается с отморожением II и III степени. Все слои кожных тканей подвергаются омертвлению. Часто поражаются мышцы, суставы, кости. Признаком отморожения является резко синюшный цвет поврежденного участка, нередко с мраморной расцветкой. После согревания сразу формируется отек, который быстро увеличивается в размерах. На пострадавшем участке отсутствует чувствительность.

Первая помощь при отморожении

Первая помощь при отморожении зависит от степени поражения, общего охлаждения человека, его возраста и существующих болезней.

Первая помощь при отморожении заключается в проведении следующих мероприятий:

- доставить пострадавшего в теплое помещение;
- снять перчатки, обувь, носки; провести меры по восстановлению кровообращения в пораженных участках;

Одновременно с оказанием первой помощи нужно вызвать врача: лечение отморожений тяжелых степеней должно проводиться под контролем специалистов.

Если пострадавший имеет симптомы отморожения I степени, необходимо разогревать поврежденные участки массажными движениями, шерстяной тканью до покраснения кожи.

После этого накладывают ватно-марлевую повязку. При оказании первой помощи при отморожении пострадавшему дают горячую пищу и питье. Для уменьшения боли при лечении отморожения используют Анальгин, Аспирин, Но-шпу, Папаверин.

Чего не следует делать при оказании первой помощи?

Нельзя делать массаж, растирания, согревания при отморожении II, III и IV степени. В этом случае на поврежденную поверхность накладывают согревающую повязку. Для этого накладывают слой марли, сверху – толстый слой ваты, затем снова марлю и прорезиненную ткань или клеенку. Пораженные конечности, например, при отморожении пальцев, фиксируют при помощи подручных средств, прибинтовывая их поверх повязки.

Нельзя растирать пострадавшего снегом, особенно при отморожении пальцев рук и ног. Кровеносные сосуды конечностей очень хрупкие и при растирании их легко повредить. Это может привести к попаданию инфекции в образовавшиеся микротрещины.



УТВЕРЖДАЮ:
Заведующая МАДОУ
«Платошинский детский
сад «Солнышко»
Копылова Г.В.
« 28 » марта 2019

ИНСТРУКЦИЯ первичной доврачебной помощи при отравлениях

Различают следующие виды отравлений:

Пищевые отравления;

Отравления грибами (выделены в отдельную группу, так как отличаются от обычных пищевых отравлений);

Отравления лекарственными препаратами;

Отравления ядовитыми химикатами (кислоты, щелочи, бытовая химия, продукты нефтепереработки);

Алкогольные отравления;

Отравления угарным газом, дымом, парами аммиака и т.д. П

При отравлении страдают все функции организма, но наиболее сильно страдает деятельность нервной, пищеварительной и дыхательной систем. Последствия отравления могут быть весьма серьезными, в тяжелых случаях нарушение функций жизненно важных органов может привести к летальному исходу, в связи с чем первая помощь при отравлении чрезвычайно важна, и иногда от того, насколько своевременно и правильно она оказана, зависит жизнь человека.

Общие правила оказания первой помощи при отравлениях

Принципы оказания экстренной помощи следующие:

-Прекратить контакт с ядовитым веществом;

-Как можно быстрее вывести яд из организма;

-Поддерживать жизненно важные функции организма, в первую очередь дыхательную и сердечную деятельность., обеспечить безопасность пострадавшего

-В случае необходимости провести реанимационные мероприятия (закрытый массаж сердца, дыхание «рот-в-рот» или «рот-в-нос»);

-Вызвать пострадавшему врача. в неотложных случаях – скорую помощь.

-Важно точно установить, вследствие чего произошло отравление, это поможет быстро сориентироваться в ситуации и эффективно оказать помощь.

Правильно оказанная первая помощь при отравлении может спасти жизнь. Ежегодно только от пищевых отравлений страдают 40 млн россиян. Более 50 тысяч случаев заканчиваются смертью. Алгоритм оказания первой медицинской помощи зависит от того, каким образом яд попал в организм.

Ядовитое вещество способно попасть в организм несколькими путями. Его можно проглотить с пищей или без нее. Если опасные вещества парообразные, их можно вдохнуть. Кроме того, отравление наступает при контакте яда с кожей и слизистыми оболочками.

При первых же признаках отравления нужно позвонить в скорую помощь, а только потом приниматься за оказание первой помощи. Ни в коем случае нельзя оставлять пострадавшего в одиночестве.

В первые сутки после отравления необходимо отказаться от еды.

Пищевые отравления

Пищевая токсикоинфекция. При употреблении в пищу недоброкачественных (инфицированных) продуктов животного происхождения (мясо, рыба, колбасные изделия, мясные и рыбные консервы, молоко и изделия из него - крем, мороженое и т.п.) возникает пищевое отравление - пищевая токсикоинфекция. Заболевание вызывают находящиеся в данном продукте микробы и продукты их жизнедеятельности - токсины. Сохранить остатки пищи и показать их врачу. Причиной пищевого отравления является попадание в организм недоброкачественных продуктов питания, как правило, речь идет о бактериальном их заражении.

Симптомы пищевого отравления развиваются обычно через час-два после принятия пищи. Это тошнота, рвота, диарея, боль в животе, головная боль. В тяжелых случаях рвота и диарея становятся интенсивными и многократными, появляется общая слабость.

Нельзя:

Оставлять пострадавшего одного.

Вызывать рвоту, если пострадавший находится без сознания.

Вызывать рвоту при отравлении кислотами и щелочами.

Признаки

Головная боль.

Понос.

Рвота.

Боли в животе.

Затрудненное дыхание.

Сонливость.

Потеря сознания.

Первая помощь

1. Вызвать "скорую помощь". Вызовите рвоту у пострадавшего, если подозреваете отравление. Постарайтесь выяснить, сколько времени прошло с момента отравления. Постарайтесь узнать, случайно или намеренно отравился пострадавший. Сохраните остатки проглоченного вещества, это поможет врачу.
2. Помните, что ваши действия зависят от состояния пострадавшего, способа отравления и вида яда.
3. Вынесите пострадавшего из помещения, наполненного ядовитыми испарениями, на свежий воздух.
4. Проверьте, дышит ли пострадавший. Если нет, немедленно начинайте искусственное дыхание.
5. Проверьте пульс. При отсутствии пульса начинайте массаж сердца.
6. При потере сознания, но наличии у пострадавшего пульса и дыхания, уложите его в правильное положение.
7. По возможности устраните остатки отравляющего вещества, сняв с пострадавшего одежду и промыв части тела чистой водой.
8. Если пострадавший проглотил ядовитое вещество, попытайтесь вызвать у него рвоту (если он в сознании и нет противопоказаний). Дайте ему выпить теплой подсоленной воды (около 1 литра), а затем вызовите рвоту путем раздражения задней стенки горла.
9. Чтобы не допустить распространения отравляющего вещества, дайте ему 1-2 таблетки активированного угля.

Отравление мясом и рыбой

Происходит при употреблении в пищу недоброкачественных или инфицированных продуктов. Они могут инфицироваться еще при жизни животных, но наиболее часто это происходит в процессе приготовления пищи и в результате неправильного хранения пищевых продуктов. Особенно легко инфицируется измельченное мясо (паштет, холодец, фарш и др.).

Нельзя

Оставлять пострадавшего одного. Если оставить без помощи, катастрофически быстро развивается сердечно-сосудистая недостаточность, возникают судорожные сокращения мышц, наступают коллапс и смерть.

Принимать какую-либо пищу в течение 1-2 суток.

Признаки

Через 2-4 ч после приема зараженного продукта.

Общее недомогание.

Тошнота.

Многократная рвота.

Схваткообразные боли в животе.

Частый жидкий стул, иногда с примесью слизи и прожилками крови.

Усиление интоксикации, снижение артериального давления.

Учащение и ослабление пульса.

Бледность кожных покровов.

Жажда.

Высокая температура тела (38-40°C).

Первая помощь

1. Немедленно начните промывание желудка водой при помощи желудочного зонда или вызывания искусственной рвоты (обильное питье теплой воды 1,5-2 л с последующим раздражением корня языка).
2. Промывайте до "чистой воды".
3. Давайте обильное питье при самостоятельной рвоте.
4. Для скорейшего удаления из кишечника инфицированных продуктов пострадавшему дайте карболен ("желудочный" уголь) и слабительное (25 г солевого слабительного на полстакана воды или 30 мл касторового масла).
5. После промывания желудка, дайте пострадавшему горячий чай и кофе.
6. Согреть пострадавшего. Обложите его грелками (к ногам, рукам).
7. Способствует выздоровлению прием внутрь сульфаниламидов (сульгин, фталазол по 0,5 г 4-6 раз в день) или антибиотиков (левомецетин по 0,5 г 4-6 раз в день, хлортетрациклина гидрохлорид по 300 000 ЕД 4 раза в течение 2-3 дней).
8. Испражнения больного и рвотные массы дезинфицируйте непосредственно в судне (перемешивание с сухой хлорной известью).
9. Вызовите "скорую помощь".

Отравление ядовитыми растениями и грибами

Отравление может произойти при приеме ядовитых грибов (красный или серый мухомор, ложный опенок, бледная поганка, ложный шампиньон и др.), а также съедобных грибов, если они испорчены (плесневелые, покрытые слизью, длительно хранившиеся). Наиболее ядовита бледная поганка - смертельное отравление может произойти при приеме даже одного гриба.

Помните, что кипячение не разрушает ядовитых веществ, содержащихся в грибах.

Первая помощь при отравлении грибами отличается от помощи при обычном пищевом отравлении тем, что пострадавшего должен обязательно осмотреть врач, даже если симптомы отравления на первый взгляд кажутся незначительными. Причина в том, что грибной яд может вызывать серьезное поражение нервной системы, которое проявиться не сразу. Однако если ждать нарастания симптомов, помощь может не успеть прибыть вовремя.

Признаки

Через несколько часов (1,5-3ч):

Быстро нарастающая слабость.

Слюноотделение.

Тошнота.

Многократная мучительная рвота.

Сильные коликообразные боли в животе.
Головная боль.
Головокружение.
Понос (часто кровавый).

Признаки поражения нервной системы:

Расстройство зрения.
Бред.
Галлюцинации.
Двигательное возбуждение.
Судороги.

При тяжелых отравлениях, особенно бледной поганкой, возбуждение наступает довольно быстро (через 6-10 ч); оно сменяется сонливостью, безразличием. В этот период резко ослабевают сердечная деятельность, понижается артериальное давление, температура тела, появляется желтуха. Если пострадавшему не оказать помощь, то развивается коллапс, быстро приводящий к смерти. Сохранить остатки растений или грибов, вызвавших отравление.

Первая помощь

При подозрении на отравление грибами немедленно вызвать "скорую помощь". Первая помощь при отравлении грибами нередко играет решающую роль в спасении пострадавшего.

1. Выясните, какими растениями (или грибами) отравился пострадавший. При отравлении дурманом, волчьей ягодой или бледной поганкой немедленно отвезите пострадавшего в больницу.
2. Немедленно начинайте промывание желудка водой, лучше слабым (розового цвета) раствором перманганата калия с помощью зонда или методом искусственно вызванной рвоты. Полезно в раствор добавить адсорбенты: активированный уголь, кар-болен.
3. Тепло укройте пострадавшего и обложите грелками.
4. Дайте горячий сладкий чай, кофе.
5. Доставьте пострадавшего в больницу.

Ботулизм

Острое инфекционное заболевание, при котором происходит поражение ЦНС токсинами, выделяемыми анаэробной спороносной бациллой. Чаще ботулизмом заражаются продукты, приготовление которых идет без достаточной горячей обработки: вяленое и копченое мясо и рыба, колбасы, старые мясные, рыбные, овощные консервы. Период от приема зараженной пищи до появления первых признаков заболевания чаще небольшой от 12 до 24 ч. В некоторых случаях возможно удлинение его до нескольких суток.

Признаки

Заболевание начинается с головной боли, общего недомогания, головокружения.

Стул отсутствует, живот вздут.

Температура тела остается нормальной.

Состояние ухудшается, через сутки от начала заболевания появляются признаки тяжелого поражения ЦНС:

возникают двоение в глазах;

косоглазие, опущение верхнего века;

паралич мягкого неба

голос становится невнятным, нарушается акт глотания.

Вздутие живота увеличивается.

Наблюдается задержка мочи.

Заболевание быстро прогрессирует, и больной в течение первых 5 суток умирает от паралича дыхательного центра и сердечной слабости.

Первая помощь

Срочно вызвать "скорую помощь".

1. Промыть желудок слабым раствором натрия гидрокарбоната, перманганата калия с добавлением адсорбентов (активированный уголь, карболен).
2. Дать слабительные лекарства.
3. Сделать очистительную клизму.
4. Дать обильное горячее питье (чай, молоко).
5. Незамедлительно ввести специфическую антиботулиническую сыворотку.
6. Немедленно доставить пострадавшего в больницу.

Отравление лекарствами

Если произошло отравление лекарственными препаратами, необходимо незамедлительно вызывать врача, а до его приезда желательно выяснить, что принял пострадавший и в каком количестве. Признаки отравления лекарственными веществами проявляются по-разному в зависимости от действия препарата, ставшего причиной отравления. Наиболее часто это заторможенное или бессознательное состояние, рвота, вялость, слюнотечение, озноб, бледность кожных покровов, судороги, странное поведение.

При передозировке болеутоляющих и жаропонижающих средств (бутадон, анальгин, промедол, аспирин и др.) происходят нарушения процессов торможения и возбуждения в ЦНС, расширение капилляров и усиленная отдача телом тепла. Это сопровождается усиленным потоотделением, развитием слабости, сонливости, которая может перейти в глубокий сон и даже в бессознательное состояние, иногда с нарушением дыхания.

Первая помощь

Немедленно! Вызвать "скорую помощь" или доставить пострадавшего в больницу.

1. Выясните, какое лекарство и в какой дозе принял пострадавший. Сохраните оставшееся лекарство или упаковку от него.
2. Если пострадавший в сознании вызовите рвоту, затем дайте ему активированный уголь. Следите за дыханием и пульсом пострадавшего.
3. При отсутствии дыхания и пульса немедленно начинайте реанимационные меры. См. Остановка кровообращения.
4. Если пострадавший без сознания, но у него сохраняются пульс и дыхание, уложите его в правильное положение.

Отравление снотворными средствами

Довольно часто отравления развиваются при передозировке снотворных средств.

Признаки:

При отравлении наблюдается глубокое торможение ЦНС, сон переходит в бессознательное состояние с последующим параличом дыхательного центра. Больные бледны, дыхание поверхностное и редкое, неритмичное, часто хрипящее, клочущее.

Первая помощь

1. Если пострадавший в сознания, промойте ему желудок, вызывая активную рвоту.
2. Если нарушено дыхание начинайте искусственное дыхание.

Отравление наркотиками

Признаки

Головокружение.

Тошнота.

Рвота.

Слабость.

Сонливость.

Сон.

Бессознательное состояние.

Паралич дыхательного и сосудодвигательного центров.

Бледность.

Цианоз губ.
Дыхание неправильное.
Зрачки резко сужены.

Первая помощь

1. Незамедлительно вызовите "скорую помощь".
2. Осмотрите больного, если у него нет дыхания и кровообращения, начинайте реанимационные мероприятия.

Отравление алкоголем

При приеме значительных (токсических) количеств алкоголя возможны смертельные отравления. Смертельная доза этилового спирта - 8 г на 1 кг массы тела. Алкоголь воздействует на сердце, сосуды, желудочно-кишечный тракт, печень, почки, особенно на ЦНС. При тяжелой степени опьянения человек засыпает, затем сон переходит в бессознательное состояние. Часто наблюдаются рвота, непроизвольное мочеотделение. Резко нарушается дыхание, оно становится редким, неритмичным. При параличе дыхательного центра наступает смерть. Желательно сохранить остатки спирта, чтобы точно выяснить, чем отравился пострадавший.

Первая помощь

1. Обеспечьте приток свежего воздуха (откройте окно, вынесите отравившегося на улицу).
2. Вызовите рвоту путем малых промываний.
3. При сохраненном сознании дайте выпить горячий крепкий кофе.
4. Алкогольное отравление часто требует немедленной медицинской помощи.
5. Если нет дыхания, начинайте реанимационные мероприятия.
6. Когда пострадавший находится в состоянии тяжелого отравления или глубокой алкогольной комы, необходимо вызывать "Скорую помощь".
7. При отравлении метиловым спиртом, обычно сопровождающимся нарушением зрения, сонливостью и сильной головной болью, которые не проходят через 12-24 часа после употребления алкоголя, следует немедленно вызвать "скорую помощь" или доставить пострадавшего в больницу.

Отравление окисью углерода (угарным газом)

Признаки

Головная боль.

Тяжесть в голове.

Тошнота.

Головокружение.

Шум в ушах.

Сердцебиение.

Мышечная слабость.

Рвота.

Нарастает слабость.

Сонливость.

Затемнение сознания.

Одышка.

Бледность кожи, иногда наличие ярко-красных пятен на теле.

При долгом вдыхании угарного газа дыхание становится поверхностным, возникают судороги, и наступает смерть от паралича дыхательного центра.

Необходимо

Срочно устранить причину отравления.

Вынести пострадавшего на свежий воздух.

Первая помощь

1. Если пострадавший отравился угарным газом, проверьте его состояние.
2. Если пострадавший без сознания, вызовите "скорую помощь".

Отравление бытовыми и моющими средствами

Необходимо

Соблюдать меры предосторожности. Сохранить упаковку вещества и показать ее врачу.

Первая помощь

Вызвать "скорую помощь".

1. Постарайтесь установить, каким веществом отравился пострадавший.
2. Если ядовитое вещество попало в организм через полость рта, вызовите у него рвоту, затем дайте активированный уголь. Если пострадавший отравился кислотой или щелочью и прошло более 15 мин. с момента отравления, нельзя вызывать рвоту. В этом случае вызовите "скорую помощь" или отвезите пострадавшего в больницу.
3. Нельзя вызывать рвоту, если пострадавший отравился бензином или керосином.
4. Если пострадавший проглотил инородное тело, отвезите его в больницу.
5. Если отравление произошло путем попадания ядовитых веществ на кожу, снимите с пострадавшего одежду и промойте кожу чистой водой.

Отравление средствами для обработки растений или искусственными удобрениями

В сельском хозяйстве широко используются химические препараты - ядохимикаты для борьбы с сорняками, болезнями и вредителями культурных растений. Грубое нарушение использования ядохимикатов - причина отравлений. Наиболее часто происходят отравления фосфорорганическими соединениями (тиофос, хлорофос), которые могут попадать в организм ингаляционным путем - вместе с вдыхаемым воздухом и при приеме внутрь - вместе с пищевыми продуктами. При попадании их на слизистые оболочки возможны ожоги. Скрытый период болезни продолжается 15-60 мин. Затем появляются признаки поражения нервной системы.

Необходимо соблюдать меры предосторожности.

Признаки

Повышенное слюноотделение.

Отделение мокроты.

Потливость.

Учащенное дыхание, становится шумным, с хрипами, слышимыми на расстоянии.

Беспокойство, возбужденность общего состояния.

Судороги нижних конечностей.

Усиленная перистальтика кишечника.

Позднее, наступает паралич мускулатуры, в том числе и дыхательной.

Остановка дыхания ведет к асфиксии и смерти.

Первая помощь

При отравлениях, возникших вследствие вдыхания ядохимикатов, немедленно транспортируйте пострадавшего в больницу.

1. Выясните, какое вещество вызвало отравление.
2. Если пострадавший находится в Сознании, вызовите рвоту, промойте желудок водой, затем дайте ему активированный уголь.
3. Дайте солевое слабительное.
4. Если отравление произошло в результате попадания веществ на кожу, снимите с пострадавшего одежду и вымойте кожу чистой водой.
5. При возможности дайте 6-8 капель 0,1%-ного раствора атропина или 1-2 таблетки препарата красавки (беладонны).
6. Если нет дыхания, начинайте проводить непрерывное искусственное дыхание.
7. Отвезите пострадавшего в больницу.

Ошибки при оказании первой помощи при отравлениях

Некоторые меры, принимаемые в качестве экстренной помощи при отравлениях, вместо того, чтобы облегчить состояние пострадавшего, могут нанести ему дополнительный вред. Поэтому следует знать распространенные ошибки и не совершать их.

Итак, *при оказании экстренной помощи при отравлениях не следует:*

- Давать пить газированную воду;
- Вызывать рвоту у беременных, у пострадавших без сознания, при наличии судорог;
- Пытаться самостоятельно дать антидот (например, нейтрализовать кислоту щелочью);
- Давать слабительные препараты при отравлении кислотами, щелочами, бытовой химией и продуктами переработки нефти.

При всех видах отравлений необходимо вызывать скорую помощь, т.к. практически всегда при отравлениях требуется госпитализация.



УТВЕРЖДАЮ:
Заведующая МАДОУ
«Платошинский детский
сад «Солнышко»
Коновалова Г.В.
«08 июня 2019»

ИНСТРУКЦИЯ первичной доврачебной помощи при укусе насекомых.

Симптомы:

- **Местная реакция** — покраснение, отек, боль, зуд или сильное жжение в зоне укуса, локальное увеличение лимфатических узлов.
- **Общетоксическая реакция** возникает обычно при множественных укусах — озноб, повышение температуры тела, тошнота и рвота, **головная боль**, боли в суставах.
- **Аллергическая реакция** может возникать и на единичные укусы у предрасположенных к таким реакциям людей. Аллергические реакции протекают по типу крапивницы, отека Квинке или даже анафилактического шока.
- **Крапивница** представляет собой высыпание сливающихся между собой волдырей на фоне покраснения кожи, сопровождающееся сильным зудом. Может располагаться на любых участках кожи.
- **Отек Квинке** («гигантская крапивница») — быстро нарастающий, отграниченный отек кожи или слизистых. Может возникать не только непосредственно в месте укуса, но и в любом другом. Его «излюбленная» локализация — лицо, слизистая оболочка полости рта, мягкое небо, конечности, половые органы. Особенно опасен аллергический отек гортани.
- **Анафилактический шок.** В течение нескольких минут у пострадавшего развиваются одышка, сильный озноб, страх смерти, учащается сердцебиение, резко падает артериальное давление и наступает кома. Местно при этом — волдырь, быстро нарастающий отек, кровоизлияние.

Помощь пострадавшему.

Внимательно осмотрите место укуса. Оставленное жало необходимо удалить. При этом старайтесь не сдавливать его, чтобы остатки яда не попали в ранку. Приложите холод к месту укуса. Для уменьшения отека и местного воспаления можно использовать гидрокортизоновую или преднизолоновую мази.

Необходимо принять антигистаминное средство внутрь: Кларитин, Тавегил. При тяжелом течении аллергических реакций (распространенная крапивница с нарушением общего состояния, тошнотой, рвотой, болями в животе; быстро распространяющийся отек Квинке) необходимо внутримышечное введение антигистаминных препаратов. При аллергическом отеке гортани с нарушением дыхания преднизолон вводится внутривенно медленно (за 2-3 минуты), а при невозможности — внутримышечно в дозе 2 мг/кг (в течение суток возможно повторное однократное введение в той же дозе).

При анафилактическом шоке пострадавшего нужно уложить на спину с приподнятым ножным концом, если же есть рвота или отсутствует сознание, человека укладывают на бок. Необходимо обеспечить проходимость дыхательных путей, постараться согреть пострадавшего. Выше укуса насекомого накладывают жгут, а к месту укуса — холод.

Немедленно вызвать медицинскую помощь.

Первая врачебная помощь заключается в подкожном введении 0,1% раствора адреналина в дозе 0,25-0,5 мл (для детей доза 0,01 мл/кг) непосредственно в место укуса и в свободную область тела над жгутом, инъекции супрастина в дозе 2 мг/кг. При отсутствии эффекта адреналин вводят внутривенно медленно (2-3 минуты) в виде 0,01% раствора (1 мл 0,1% адреналина разводят в 10 мл физраствора) в дозе 0,1 мл/кг. Одновременно внутривенно медленно вводится преднизолон дозе 3-4 мг/кг. При расстройствах дыхания внутривенно вводят 2,4% раствор эуфиллина (5-7 мг/кг в 20 мл физраствора). Транспортировка возможна лишь после того, как у пострадавшего артериальное давление превысит 70 мм.рт.ст.



УТВЕРЖДАЮ:
Заведующая МАДОУ
«Платошинский детский
сад «Солнышко»
Коньвалова Г.В.
« 01 » марта 2019

ИНСТРУКЦИЯ первичной доврачебной помощи при укусе клещей

Симптомы:

- наличие насекомого на коже человека;
- сильную отечность и аллергические реакции, не исключая анафилактический шок.

Первая помощь при укусе клещей:

1. Если под кожей обнаружен клещ необходимо в срочном порядке посетить хирурга для извлечения клеща полностью и наиболее безопасным способом.
2. В случае, когда обращение к специалисту не представляется возможным, следует извлечь клеща собственными силами. Для этого необходимо использовать специальные щипцы, которыми, следуя инструкции, получится удалить насекомое без риска разорвать его на несколько частей.
3. Обязательно обработать пораженное место любым антисептическим препаратом: спиртом, хлоргексидином, йодом, перекисью водорода.
4. Извлеченное насекомое необходимо поместить в стеклянную емкость заполненную пропитанной водой ватой. Герметично закрыть емкость крышкой и в течение двух-трех дней после укуса отнести ее в лабораторию.

К тому же следует знать, какие именно действия нельзя совершать при укусах клещей:

- применять подручные средства для извлечения клеща из-под кожи (иголки, пинцеты, булавки и другие), так как насекомое может быть извлечено не полностью, что вызовет последующее нагноение места укуса;
- прижигать насекомое, так как такие действия приведут к прямо противоположному эффекту и клещ внедрится под кожу еще глубже;
- давить насекомое, так как в таком случае возможные возбудители болезней, которые он переносит, могут попасть в кровь и привести к заражению;
- смазывать место укуса жирами (керосином, маслом и другими), так как это приведет к тому, что клещ задохнется без доступа кислорода, не успев вылезти наружу.

УТВЕРЖДАЮ:

Заведующая МАДОУ

Платошинский детский

сад «Солнышко»

Коновалова Г.В.

«Октябрь» 2019



ИНСТРУКЦИЯ первичной доврачебной помощи при перегреве

Что вызывает тепловой удар:

- чрезмерное кутание маленьких детей;
- плохая приспособленность организма к повышению температуры внешней среды;
- длительное пребывание на прямых солнечных лучах в случае солнечного удара;
- продолжительное нахождение в условиях повышенной температуры, плохое кондиционирование воздуха или его полное отсутствие.

Факторы риска развития солнечного и теплового удара:

- детский и пожилой возраст, беременность;
- избыточный вес;
- гипергидроз и ангидроз;
- аллергия;
- гормональные нарушения;
- инфаркт или инсульт в анамнезе;
- наличие хронических патологий: ишемическая и гипертоническая болезнь сердца, психические заболевания, гепатиты, бронхиальная астма, сахарный диабет, патологии щитовидной железы;
- синтетическая, прорезиненная, плотная одежда;
- прием определенных препаратов: ингибиторы МАО, амфетамины, трициклические антидепрессанты;
- повышенная влажность воздуха;
- интенсивный физический труд;
- прием мочегонных препаратов, недостаточный питьевой режим;
- наркотическое или алкогольное опьянение;
- повышенная метеочувствительность.

Симптомы теплового удара у детей и взрослых:

- покраснение покровов кожи;
- кожа становится холодной на ощупь, в некоторых случаях присутствует синюшный оттенок;
- сонливость, слабость;
- носовое кровотечение;
- одышка, помутнение сознания;
- головокружение, сильная головная боль, холодный пот;
- потемнение в глазах, расширение зрачков;
- ослабление и учащение пульса;
- повышение температуры тела до 40 градусов;
- боли в животе, тошнота, рвота;
- задержки мочеиспускания;
- наличие шаткой походки;
- в особенно тяжелых случаях судороги и потеря сознания.

Симптомы солнечного удара

Признаки солнечного удара у взрослого человека аналогичны клинике теплового удара.

Может присутствовать сразу несколько симптомов, однако пациент всегда укажет на длительное нахождение на солнце. Чаще всего пагубное воздействие солнечных лучей, помимо общего состояния, повлияет еще и на кожные покровы, которые становятся красными, отекают, прикосновение к коже при этом является неприятным и болезненным.

Первая помощь

- Изолировать человека от воздействия повреждающего фактора – тепла: вывести в прохладное помещение, посадить в тень.
- Вызвать скорую. Не стоит заниматься самостоятельной оценкой степени тяжести состояния человека – даже при наличии неплохого самочувствия пострадавшего должен осмотреть врач.
- При нарушении сознания слегка щелкнуть по носу, ущипнуть за мочку уха, дать понюхать нашатырный спирт.
- Снять одежду, которая повышает нагревание тела и стесняет движения.
- Открыть окна и обеспечить приток чистого, свежего воздуха.
- Подложить под голову валик, изготовленный из подручных средств.
- Накрыть тело пострадавшего влажной тканью.
- При наличии на коже солнечных ожогов сделать прохладные примочки, которые по мере подсыхания и нагревания ткани меняют. При наличии под рукой пантенола – места ожогов смазывают этим кремом.
- Под затылок и ко лбу прикладывают холодные компрессы: бутылку с холодной водой, специальный охлаждающий пакет, лед, завернутый в ткань, холодное полотенце.
- Если пострадавший способен самостоятельно передвигаться, необходимо поместить его в прохладную ванну или душ. При затруднении передвижения – облить тело холодной водой.
- Дать человеку прохладное питье, подойдет зеленый чай комнатной температуры. Запрещено давать спиртное, энергетики и кофе.

Профилактика теплового удара

- Избегать повышенной физической активности и пассивного пребывания на прямом солнце в период с 11.00 до 16.00, в часы наибольшей активности солнца.
- Защищаться от солнечных лучей: носить головной убор светлых оттенков, отдыхать в тени деревьев или под навесом, пользоваться зонтиком.
- Носить одежду светлых тонов, изготовленную из натуральных тканей.
- Соблюдать питьевой режим, выпивать ежедневно не менее 2 литров чистой воды.
- При нахождении или работе в помещениях с повышенной температурой стараться чаще открывать окна и пользоваться вентиляторами и кондиционерами, периодически выходить в прохладное помещение на 5-10 минут.
- Избегать переедания, особенно при употреблении острой и жирной пищи, которая имеет свойство забирать воду из организма.
- Не стоит употреблять алкоголь даже в небольших количествах, также и со слабоалкогольными напитками в жаркое время года.
- Последняя рекомендация касается всех тех, кто уже сталкивался с солнечным или тепловым ударом: не стоит возвращаться к обычному ритму жизни после наступления облегчения, лучше восстановить свои силы, поскольку повторный солнечный удар возможен в тот же день, но уже с более тяжелыми последствиями.