

Организационно-правовые аспекты оказания первой помощи

На сегодняшний день система оказания первой помощи в Российской Федерации состоит из трех основных компонентов:

- Нормативно-правовое обеспечение (федеральные законы и прочие нормативные акты и документы, определяющие обязанности и права участников оказания первой помощи, их оснащение, объем первой помощи и т.д.);
- Обучение участников оказания первой помощи правилам и навыкам ее оказания;
- Оснащение участников оказания первой помощи средствами для ее оказания (аптечками и укладками).

Участники оказания первой помощи могут иметь различную подготовку к ее оказанию и оснащение. Также они могут быть обязаны оказывать первую помощь, либо иметь право ее оказывать.

В случае какого-либо происшествия, как правило, оказать первую помощь могут очевидцы происшествия – обычные люди, имеющие право ее оказывать. В большинстве случаев, они имеют минимальную подготовку и не обладают необходимым оснащением. Тем не менее, очевидцы происшествия могут выполнить простые действия, тем самым устранив непосредственную опасность для жизни пострадавших.

Далее к ним могут присоединиться водители транспортных средств или работники организаций и предприятий, изучавшие приемы оказания первой помощи во время соответствующей подготовки. У них имеется аптечка первой помощи (автомобильная) или аптечка для оказания первой помощи работникам, которые можно использовать для более эффективных действий.

Сотрудники органов внутренних дел и пожарно-спасательных подразделений обязаны оказывать первую помощь и имеют соответствующее оснащение. При прибытии на место происшествия они должны приступить к оказанию первой помощи сменив других участников оказания первой помощи.

В большинстве случаев первая помощь должна заканчиваться передачей пострадавших прибывшей бригаде скорой медицинской помощи, которая, продолжая оказание помощи в пути, доставляет пострадавшего в лечебное учреждение.

Таким образом, оказание первой помощи в большинстве случаев занимает небольшой промежуток времени (иногда всего несколько минут) до прибытия на место происшествия более квалифицированного сотрудника. Но без оказания первой помощи в этот короткий промежуток времени пострадавший может потерять шанс выжить в экстренной ситуации, либо у него разовьются тяжелые нарушения в организме, которые негативно повлияют на процесс дальнейшего лечения.

Нормативно-правовая база, определяющая права, обязанности и ответственность при оказании первой помощи

- Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» определяет первую помощь как особый вид помощи (отличный от медицинской), оказываемой лицами, не имеющими медицинского образования, при травмах и неотложных состояниях до прибытия медицинского персонала;

- Согласно ч. 4 ст. 31 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» каждый гражданин имеет право оказывать первую помощь при наличии соответствующей подготовки и (или) навыков;

- Законодательство разного уровня устанавливает обязанность по оказанию первой помощи для лиц, которые в силу профессиональных

обязанностей первыми оказываются на месте происшествия с пострадавшими:

- ✓ сотрудники органов внутренних дел Российской Федерации;
- ✓ сотрудники, военнослужащие и работники всех видов пожарной охраны;
- ✓ спасатели аварийно-спасательных служб и аварийно-спасательных формирований;
- ✓ военнослужащие (сотрудники) войск национальной гвардии;
- ✓ работники ведомственной охраны, частные охранники, должностные лица таможенных органов;
- ✓ военнослужащие органов федеральной службы безопасности, судебные приставы, сотрудники уголовно-исполнительной системы, внештатные сотрудники полиции и народные дружинники и другие лица.

Также обязанность «...принять меры для оказания первой помощи...» возникает у водителей, причастных к ДТП (п. 2.6 Правил дорожного движения Российской Федерации). В том случае, если водитель не причастен к ДТП, но стал его свидетелем, согласно ч. 4 ст. 31 Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», водитель вправе добровольно оказать первую помощь.

В связи с высокой степенью потенциального риска получения травмы на производстве, ст. 228 Трудового кодекса Российской Федерации предусматривает обязанность работодателя при несчастном случае на производстве «немедленно организовать первую помощь пострадавшему и при необходимости доставку его в медицинскую организацию». Для организации оказания первой помощи при несчастном случае на производстве силами работников на работодателя возложена обязанность организовывать обучение первой помощи для всех поступающих на работу

лиц, а также для работников, переводимых на другую работу (ст.ст. 212, 225 Трудового кодекса Российской Федерации). Для работника Трудовой кодекс РФ предусматривает обязанность «проходить обучение безопасным методам и приемам выполнения работ и оказанию первой помощи пострадавшим на производстве» (ст. 214 Трудового кодекса Российской Федерации).

Применительно к педагогическим работникам вышеуказанные нормы Трудового кодекса Российской Федерации дополняются положением ст. 41 Федерального закона от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации». Согласно данной статье, охрана здоровья обучающихся включает в себя, в том числе, обучение педагогических работников навыкам оказания первой помощи.

Соответствующие обязанности по оказанию первой помощи прописываются в должностных инструкциях работников (в том числе, педагогических работников);

- Для лиц, обязанных оказывать первую помощь, предусмотрена ответственность за неоказание первой помощи вплоть до уголовной. Для очевидцев происшествия, оказывающих первую помощь в добровольном порядке, никакая ответственность за неоказание первой помощи применяться не может. Особые нормы установлены в отношении водителей, причастных к ДТП. Принятие мер к оказанию первой помощи относится к обязанностям водителя в связи с ДТП, за невыполнение которых водителю грозит привлечение к административной ответственности и наказание в виде административного штрафа (ч. 1 ст. 12.27 Кодекса Российской Федерации об административных правонарушениях). В том случае, если гражданин заведомо оставил пострадавшего, находящегося в беспомощном состоянии без возможности получения помощи, он может быть привлечен к уголовной ответственности (ст. 125 «Оставление в опасности» Уголовного кодекса Российской Федерации);

- В связи с тем, что жизнь человека провозглашается высшей ценностью, сама попытка защитить эту ценность ставится выше возможной

ошибки в ходе оказания первой помощи, так как дает пострадавшему человеку шанс на выживание. Уголовное и административное законодательство не признают правонарушением причинение вреда охраняемым законом интересам в состоянии крайней необходимости, то есть для устранения опасности, непосредственно угрожающей личности или правам данного лица, если эта опасность не могла быть устранена иными средствами (ст. 39 «Крайняя необходимость» Уголовного кодекса Российской Федерации; ст. 2.7 «Крайняя необходимость» Кодекса Российской Федерации об административных правонарушениях). Аналогичная норма имеется и в Гражданском кодексе Российской Федерации («Гражданский кодекс Российской Федерации (часть вторая)» от 26.01.1996 N 14-ФЗ, ст. 1067 «Причинение вреда в состоянии крайней необходимости»). Трактовка этой статьи не исключает возможности возмещения причиненного вреда, однако «...Учитывая обстоятельства, при которых был причинен такой вред, суд может возложить обязанность его возмещения на третье лицо, в интересах которого действовал причинивший вред, либо освободить от возмещения вреда полностью или частично как это третье лицо, так и причинившего вред». В настоящее время в Российской Федерации отсутствуют судебные прецеденты привлечения к юридической ответственности за неумышленное причинение вреда в ходе оказания первой помощи;

- В случае решения в суде вопроса о привлечении лица к ответственности за причинение вреда жизни или здоровью, оказание первой помощи пострадавшему учитывается как обстоятельство, смягчающее наказание (п. 2 ч. 1 ст. 4.2 Кодекса Российской Федерации об административных правонарушениях; п. «к» ч. 1 ст. 61 Уголовного Кодекса Российской Федерации). Например, за причинение легкого или средней тяжести вреда здоровью в результате ДТП в соответствии со ст. 12.24 Кодекса Российской Федерации об административных правонарушениях предусмотрено альтернативное наказание. На усмотрение суда причинителю

вреда может быть назначено наказание в виде штрафа или в виде лишения права управления транспортным средством. Факт оказания первой помощи пострадавшему может способствовать назначению более мягкого наказания, то есть штрафа. Кроме того, оказание первой помощи может снизить медицинские последствия травмы, соответственно пострадавшему будет квалифицирован вред меньшей тяжести.

Понятие «первая помощь»

В настоящее время первая помощь определяется как комплекс мероприятий, направленных на поддержание жизни и здоровья, оказываемых до оказания медицинской помощи пострадавшим при несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, и заболеваниях, угрожающих их жизни и здоровью, участниками оказания первой помощи. Цель ее состоит в устранении явлений, угрожающих жизни, а также – в предупреждении дальнейших повреждений и возможных осложнений.

Перечень состояний, при которых оказывается первая помощь, перечень мероприятий по ее оказанию

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 4 мая 2012 г. № 477н «Об утверждении перечня состояний, при которых оказывается первая помощь и перечня мероприятий по оказанию первой помощи», первая помощь оказывается при следующих состояниях:

- отсутствие сознания;
- остановка дыхания и кровообращения;
- наружные кровотечения;
- инородные тела верхних дыхательных путей;
- травмы различных областей тела;
- ожоги, эффекты воздействия высоких температур, теплового излучения;
- отморожение и другие эффекты воздействия низких температур;

- отравления.

При указанных состояниях выполняются следующие мероприятия:

- Мероприятия по оценке обстановки и обеспечению безопасных условий для оказания первой помощи:

- ✓ определение угрожающих факторов для собственной жизни и здоровья;

- ✓ определение угрожающих факторов для жизни и здоровья пострадавшего;

- ✓ устранение угрожающих факторов для жизни и здоровья;

- ✓ прекращение действия повреждающих факторов на пострадавшего;

- ✓ оценка количества пострадавших;

- ✓ извлечение пострадавшего из транспортного средства или других труднодоступных мест;

- ✓ перемещение пострадавшего.

- Вызов скорой медицинской помощи, других специальных служб, сотрудники которых обязаны оказывать первую помощь в соответствии с федеральным законом или со специальным правилом;

- Определение наличия сознания у пострадавшего;

- Мероприятия по восстановлению проходимости дыхательных путей и определению признаков жизни у пострадавшего:

- ✓ запрокидывание головы с подъемом подбородка;

- ✓ выдвигание нижней челюсти;

- ✓ определение наличия дыхания с помощью слуха, зрения и осязания;

- ✓ определение наличия кровообращения, проверка пульса на магистральных артериях.

- Мероприятия по проведению сердечно-легочной реанимации до появления признаков жизни:

- ✓ давление руками на грудину пострадавшего;

- ✓ искусственное дыхание «Рот ко рту»;
- ✓ искусственное дыхание «Рот к носу»;
- ✓ искусственное дыхание с использованием устройства для искусственного дыхания (в соответствии с утвержденными требованиями к комплектации медицинскими изделиями аптек (укладок, наборов, комплектов) для оказания первой помощи).

- Мероприятия по поддержанию проходимости дыхательных путей:

- ✓ придание устойчивого бокового положения;
- ✓ запрокидывание головы с подъемом подбородка;
- ✓ выдвижение нижней челюсти.

- Мероприятия по обзорному осмотру пострадавшего и временной остановке наружного кровотечения:

- ✓ обзорный осмотр пострадавшего на наличие кровотечений;
- ✓ пальцевое прижатие артерии;
- ✓ наложение жгута;
- ✓ максимальное сгибание конечности в суставе;
- ✓ прямое давление на рану;
- ✓ наложение давящей повязки.

- Мероприятия по подробному осмотру пострадавшего в целях выявления признаков травм, отравлений и других состояний, угрожающих его жизни и здоровью, и по оказанию первой помощи в случае выявления указанных состояний:

- ✓ проведение осмотра головы;
- ✓ проведение осмотра шеи;
- ✓ проведение осмотра груди;
- ✓ проведение осмотра спины;
- ✓ проведение осмотра живота и таза;
- ✓ проведение осмотра конечностей;

✓ наложение повязок при травмах различных областей тела, в том числе окклюзионной (герметизирующей) при ранении грудной клетки;

✓ проведение иммобилизации (с помощью подручных средств, аутоиммобилизация, с использованием медицинских изделий (в соответствии с утвержденными требованиями к комплектации медицинскими изделиями аптечек (укладок, наборов, комплектов) для оказания первой помощи);

✓ фиксация шейного отдела позвоночника (вручную, подручными средствами, с использованием медицинских изделий (в соответствии с утвержденными требованиями к комплектации медицинскими изделиями аптечек (укладок, наборов, комплектов) для оказания первой помощи);

✓ прекращение воздействия опасных химических веществ на пострадавшего (промывание желудка путем приема воды и вызывания рвоты, удаление с поврежденной поверхности и промывание поврежденной поверхности проточной водой);

✓ местное охлаждение при травмах, термических ожогах и иных воздействиях высоких температур или теплового излучения;

✓ термоизоляция при отморожениях и других эффектах воздействия низких температур.

- Придание пострадавшему оптимального положения тела;
- Контроль состояния пострадавшего (сознание, дыхание, кровообращение) и оказание психологической поддержки;
- Передача пострадавшего бригаде скорой медицинской помощи, другим специальным службам, сотрудники которых обязаны оказывать первую помощь в соответствии с федеральным законом или со специальным правилом.

Оказание первой помощи при отсутствии сознания, остановке дыхания и кровообращения

Основные признаки жизни у пострадавшего

К основным признакам жизни относятся наличие сознания, самостоятельное дыхание и кровообращение. Они проверяются в ходе выполнения алгоритма сердечно-легочной реанимации.

Причины нарушения дыхания и кровообращения

Внезапная смерть (остановка дыхания и кровообращения) может быть вызвана заболеваниями (инфаркт миокарда, нарушения ритма сердца и др.) или внешним воздействием (травма, поражение электрическим током, утопление и др.). Вне зависимости от причин исчезновения признаков жизни сердечно-легочная реанимация проводится в соответствии с определенным алгоритмом, рекомендованным Российским Национальным Советом по реанимации и Европейским Советом по реанимации.

Способы проверки сознания, дыхания, кровообращения у пострадавшего

При оказании первой помощи используются простейшие способы проверки наличия или отсутствия признаков жизни:

- для проверки сознания участник оказания первой помощи пытается вступить с пострадавшим в словесный и тактильный контакт, проверяя его реакцию на это;
- для проверки дыхания используются осязание, слух и зрение (более подробно техника проверки сознания и дыхания описана в следующем разделе);
- отсутствие кровообращения у пострадавшего определяется путем проверки пульса на магистральных артериях (одновременно с определением дыхания и при наличии соответствующей подготовки). Ввиду недостаточной точности проверки наличия или отсутствия кровообращения способом определения пульса на магистральных артериях, для принятия решения о проведении сердечно-легочной реанимации рекомендуется ориентироваться на отсутствие сознания и дыхания.

Современный алгоритм проведения сердечно-легочной

реанимации (СЛР). Техника проведения давления руками на грудину пострадавшего и искусственного дыхания при проведении СЛР

На месте происшествия участнику оказания первой помощи следует оценить безопасность для себя, пострадавшего (пострадавших) и окружающих. После этого следует устранить угрожающие факторы или минимизировать риск собственного повреждения, риск для пострадавшего (пострадавших) и окружающих.

Далее необходимо проверить наличие сознания у пострадавшего. Для проверки сознания необходимо аккуратно потормошить пострадавшего за плечи и громко спросить: «Что с Вами? Нужна ли Вам помощь?». Человек, находящийся в бессознательном состоянии, не сможет отреагировать и ответить на эти вопросы.



Проверка наличия сознания у пострадавшего

При отсутствии признаков сознания следует определить наличие дыхания у пострадавшего. Для этого необходимо восстановить проходимость дыхательных путей у пострадавшего: одну руку положить на лоб пострадавшего, двумя пальцами другой взять за подбородок, запрокинуть голову, поднять подбородок и нижнюю челюсть. При подозрении на травму шейного отдела позвоночника запрокидывание следует выполнять максимально аккуратно и щадяще.

Для проверки дыхания следует наклониться щекой и ухом ко рту и носу пострадавшего и в течение 10 сек. попытаться услышать его дыхание,

почувствовать выдыхаемый воздух на своей щеке и увидеть движения грудной клетки у пострадавшего. При отсутствии дыхания грудная клетка пострадавшего останется неподвижной, звуков его дыхания не будет слышно, выдыхаемый воздух изо рта и носа не будет ощущаться щекой. Отсутствие дыхания определяет необходимость вызова скорой медицинской помощи и проведения сердечно-легочной реанимации.



Проверка дыхания у пострадавшего

При отсутствии дыхания у пострадавшего участнику оказания первой помощи следует организовать вызов скорой медицинской помощи. Для этого надо громко позвать на помощь, обращаясь к конкретному человеку, находящемуся рядом с местом происшествия и дать ему соответствующие указания. Указания следует давать кратко, понятно, информативно: «Человек не дышит. Вызывайте «скорую». Сообщите мне, что вызвали».



Организация вызова скорой медицинской помощи

При отсутствии возможности привлечения помощника, скорую медицинскую помощь следует вызвать самостоятельно (например, используя функцию громкой связи в телефоне). При вызове необходимо обязательно сообщить диспетчеру следующую информацию:

- место происшествия, что произошло;
- число пострадавших и что с ними;
- какая помощь оказывается.

Телефонную трубку положить последним, после ответа диспетчера.

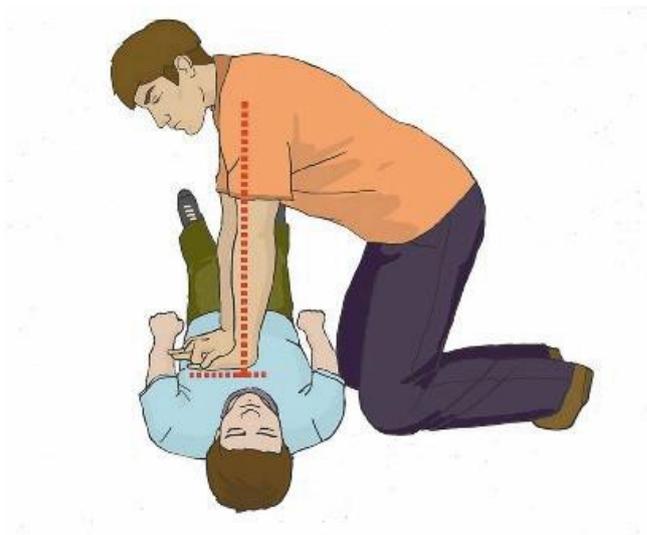
Вызов скорой медицинской помощи и других специальных служб производится по телефону 112 (также может осуществляться по телефонам 01, 101; 02, 102; 03, 103 или региональным номерам).

Одновременно с вызовом скорой медицинской помощи необходимо приступить к давлению руками на грудину пострадавшего, который должен располагаться лежа на спине на твердой ровной поверхности. При этом основание ладони одной руки участника оказания первой помощи помещается на середину грудной клетки пострадавшего, вторая рука помещается сверху первой, кисти рук берутся в замок, руки выпрямляются в локтевых суставах, плечи участника оказания первой помощи располагаются над пострадавшим так, чтобы давление осуществлялось перпендикулярно плоскости грудины.



Давление руками на грудину пострадавшего

Давление руками на грудину пострадавшего выполняется весом туловища участника оказания первой помощи на глубину 5-6 см с частотой 100-120 в минуту.



Давление руками на грудину пострадавшего весом туловища

После 30 надавливаний руками на грудину пострадавшего необходимо осуществить искусственное дыхание методом «Рот-ко-рту». Для этого следует открыть дыхательные пути пострадавшего (запрокинуть голову, поднять подбородок), зажать его нос двумя пальцами, сделать два вдоха искусственного дыхания.

Вдохи искусственного дыхания выполняются следующим образом: необходимо сделать свой нормальный вдох, герметично обхватить своими губами рот пострадавшего и выполнить равномерный выдох в его дыхательные пути в течение 1 секунды, наблюдая за движением его грудной клетки. Ориентиром достаточного объема вдуваемого воздуха и эффективного вдоха искусственного дыхания является начало подъема грудной клетки, определяемое участником оказания первой помощи визуально. После этого, продолжая поддерживать проходимость дыхательных путей, необходимо дать пострадавшему совершить пассивный выдох, после чего повторить вдох искусственного дыхания вышеописанным образом. На 2 вдоха искусственного дыхания должно быть потрачено не более 10 секунд. Не следует делать более двух попыток вдохов искусственного дыхания в перерывах между давлениями руками на грудину пострадавшего.



Искусственное дыхание методом «Рот-ко-рту»

При этом рекомендуется использовать устройство для проведения искусственного дыхания из аптечки или укладки.

В случае невозможности выполнения искусственного дыхания методом «Рот-ко-рту» (например, повреждение губ пострадавшего), производится искусственное дыхание методом «Рот-к-носу». При этом техника

выполнения отличается тем, что участник оказания первой помощи закрывает рот пострадавшему при запрокидывании головы и обхватывает своими губами нос пострадавшего.

Далее следует продолжить реанимационные мероприятия, чередуя 30 надавливаний на грудину с 2-мя вдохами искусственного дыхания.

Ошибки и осложнения, возникающие при выполнении реанимационных мероприятий

К основным ошибкам при выполнении реанимационных мероприятий относятся:

- нарушение последовательности мероприятий сердечно-легочной реанимации;
- неправильная техника выполнения давления руками на грудину пострадавшего (неправильное расположение рук, недостаточная или избыточная глубина надавливаний, неправильная частота, отсутствие полного поднятия грудной клетки после каждого надавливания);
- неправильная техника выполнения искусственного дыхания (недостаточное или неправильное открытие дыхательных путей, избыточный или недостаточный объем вдуваемого воздуха);
- неправильное соотношение надавливаний руками на грудину и вдохов искусственного дыхания;
- время между надавливаниями руками на грудину пострадавшего превышает 10 сек.

Самым распространенным осложнением сердечно-легочной реанимации является перелом костей грудной клетки (преимущественно ребер). Наиболее часто это происходит при избыточной силе давления руками на грудину пострадавшего, неверно определенной точке расположения рук, повышенной хрупкости костей (например, у пострадавших пожилого и старческого возраста).

Избежать или уменьшить частоту этих ошибок и осложнений можно при регулярной и качественной подготовке.

Показания к прекращению СЛР

Реанимационные мероприятия продолжаются до прибытия скорой медицинской помощи или других специальных служб, сотрудники которых обязаны оказывать первую помощь, и распоряжения сотрудников этих служб о прекращении реанимации, либо до появления явных признаков жизни у пострадавшего (появления самостоятельного дыхания, возникновения кашля, произвольных движений).

В случае длительного проведения реанимационных мероприятий и возникновения физической усталости у участника оказания первой помощи необходимо привлечь помощника к осуществлению этих мероприятий. Большинство современных отечественных и зарубежных рекомендаций по проведению сердечно-легочной реанимации предусматривают смену ее участников примерно каждые 2 минуты, или спустя 5-6 циклов надавливаний и вдохов.

Реанимационные мероприятия могут не осуществляться пострадавшим с явными признаками нежизнеспособности (разложение или травма, несовместимая с жизнью), либо в случаях, когда отсутствие признаков жизни вызвано исходом длительно существующего неизлечимого заболевания (например, онкологического).

Мероприятия, выполняемые после прекращения СЛР. Устойчивое боковое положение

В случае появления самостоятельного дыхания у пострадавшего с отсутствующим сознанием (либо если у пострадавшего, внезапно потерявшего сознание, изначально имелось дыхание) ему необходимо придать устойчивое боковое положение. Для этого необходимо выполнить следующую последовательность действий:

Шаг 1.

Расположить ближнюю руку пострадавшего под прямым углом к его телу.



Расположение ближней руки пострадавшего

Шаг 2.

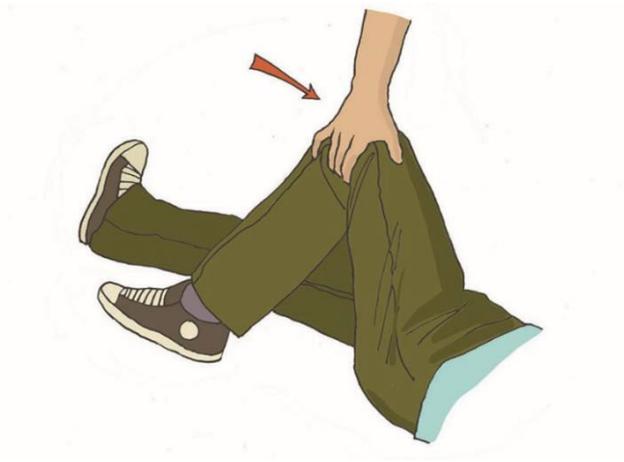
Дальнюю руку пострадавшего приложить тыльной стороной ладони к противоположной щеке пострадавшего, придерживая ее своей рукой.



Расположение дальней руки пострадавшего

Шаг 3.

После этого согнуть дальнюю от себя ногу пострадавшего в колене, поставить ее с опорой на стопу, надавить на колено этой ноги на себя (в указанном на рисунке направлении) и повернуть пострадавшего.



Расположение дальней от себя ноги

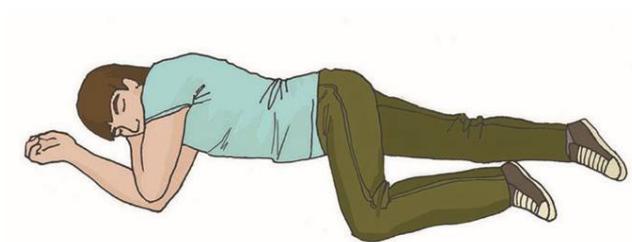
Шаг 4.

После поворота пострадавшего набок слегка запрокинуть его голову для открытия дыхательных путей и подтянуть ногу, лежащую сверху, ближе к животу.



Перемещение пострадавшего набок

В результате описанных выше действий пострадавший будет находиться в положении, изображенном на рисунке. Необходимо наблюдать за его состоянием до прибытия бригады скорой медицинской помощи, регулярно оценивая наличие у него дыхания.



Положение пострадавшего после вышеописанных действий

Способы извлечения и перемещения пострадавшего

Иногда может возникнуть ситуация, когда требуется извлечение пострадавшего. При этом следует помнить, что экстренное извлечение пострадавших из автомобиля или другого труднодоступного места выполняется только при наличии угрозы для его жизни и здоровья и невозможности оказания первой помощи в тех условиях, в которых находится пострадавший. Во всех остальных случаях лучше дождаться приезда скорой медицинской помощи и других служб, участвующих в ликвидации последствий происшествия.

Извлечение пострадавшего осуществляется определенными способами. Если пострадавший находится в сознании, его экстренное извлечение производится так: руки участника оказания первой помощи проводятся под подмышками пострадавшего, фиксируют его предплечье, после чего пострадавший извлекается наружу.



Извлечение пострадавшего

При извлечении пострадавшего, находящегося без сознания или с подозрением на травму шейного отдела позвоночника, необходимо фиксировать ему голову и шею. При этом одна из рук участника оказания первой помощи фиксирует за нижнюю челюсть голову пострадавшего, а вторая держит его противоположное предплечье.

После извлечения следует переместить пострадавшего на безопасное расстояние.



Извлечение пострадавшего, находящегося без сознания или с подозрением на травму шейного отдела позвоночника

Перемещать пострадавшего до транспорта или в безопасное место можно различными способами, зависящими от характера травм и состояния пострадавшего, количества участников перемещения и их физических возможностей.

- Перемещение пострадавшего в одиночку с поддержкой. Используется для перемещения легкопострадавших лиц, находящихся в сознании.



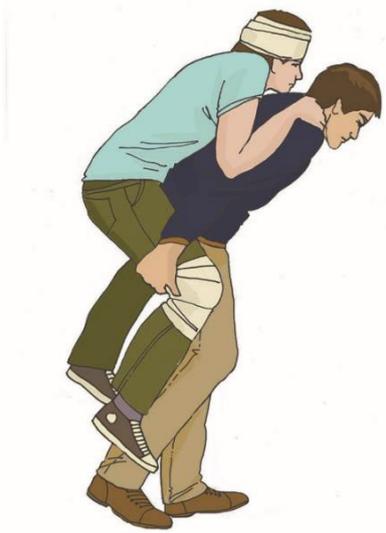
Перемещение пострадавшего в одиночку с поддержкой

- Перемещение пострадавшего в одиночку волоком. Применяется для перемещения на близкое расстояние пострадавших, имеющих значительный вес. Нежелательно использовать у пострадавших с травмами нижних конечностей.



Перемещение пострадавшего в одиночку волоком

- Переноска пострадавшего в одиночку на спине. Может использоваться для переноски пострадавших, имеющих небольшой вес. Не применяется для переноски пострадавших, находящихся без сознания.



Переноска пострадавшего в одиночку на спине

- Переноска пострадавшего на руках. Используется лицами, имеющими достаточную для применения этого способа физическую силу. Этим способом возможна переноска пострадавших, находящихся без сознания. Нежелательно переносить так пострадавших с подозрением на травму позвоночника.



Переноска пострадавшего на руках

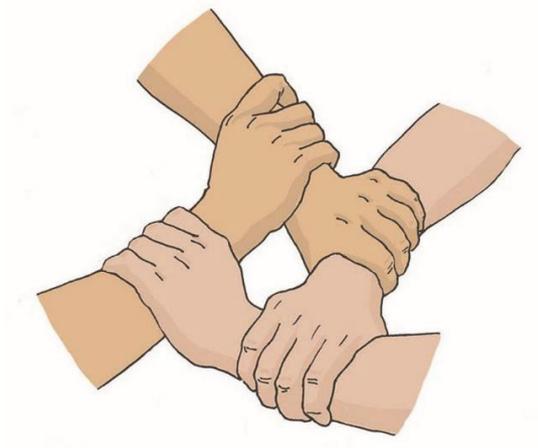
- Переноска пострадавшего в одиночку на плече. При переноске таким способом следует придерживать пострадавшего за руку. Этот способ

не применяется при переноске пострадавших с травмами груди, живота и позвоночника.



Переноска пострадавшего в одиночку на плече

- Переноска пострадавшего вдвоем на замке из четырех рук. Руки берутся таким образом, чтобы обхватить запястье другой руки и руки помощника. Фиксация кистей должна быть достаточно прочной, чтобы удержать пострадавшего.



Положение рук при переноске пострадавшего вдвоем на замке из четырех рук



Переноска пострадавшего вдвоем на замке из четырех рук

После формирования «замка» пострадавший усаживается на него, после чего его поднимают и переносят. Пострадавший может придерживать за плечи переносящих его людей.

- Переноска пострадавшего вдвоем на замке из трех рук с поддержкой под спину. При использовании этого способа один из участников оказания первой помощи не берет руку в замок, а располагает ее на плече у другого. На эту руку пострадавший может опираться при переноске. Таким образом осуществляется переноска пострадавших, у

которых есть риск потери сознания или пострадавших, которые не могут удержаться на замке из четырех рук.



Положение рук при переноске пострадавшего вдвоем на замке из трех рук с поддержкой под спину



Переноска пострадавшего вдвоем на замке из трех рук с поддержкой под спину

- Переноска пострадавшего вдвоем за руки и ноги. При переноске этим способом, один из участников оказания первой помощи держит пострадавшего за предплечье одной руки, просунув руки подмышки, а другой – под колени.

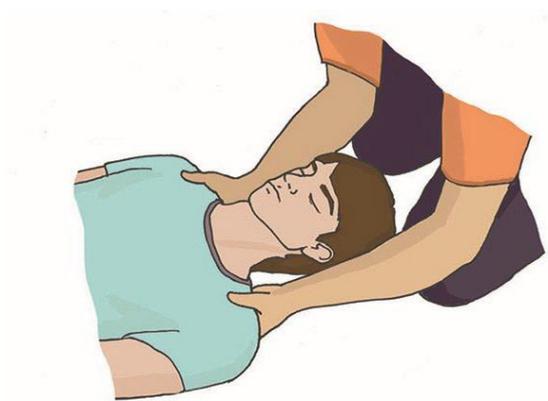


Переноска пострадавшего вдвоем за руки и ноги

- Переноска пострадавшего с подозрением на травму позвоночника. Для переноски пострадавшего с подозрением на травму позвоночника необходимо несколько человек, которые под руководством одного из участников оказания первой помощи поднимают и переносят пострадавшего. При переноске один из участников оказания первой помощи должен фиксировать голову и шею пострадавшего своими предплечьями. Более удобно и безопасно для пострадавшего с подозрением на травму позвоночника переносить его на твердой ровной поверхности (например, на щите).



Переноска пострадавшего с подозрением на травму позвоночника



Положение рук при переноске пострадавшего с подозрением на травму позвоночника

Оптимальное положение тела пострадавшего

Цель и принципы придания пострадавшим оптимальных положений тела

После оказания помощи и устранения опасности для жизни пострадавшего до прибытия скорой медицинской помощи ему следует придать оптимальное положение тела, обеспечивающее комфорт, уменьшающее степень страданий и не усугубляющее нарушения жизненно важных функций. Оптимальное положение определяется характером повреждений у пострадавшего и удобством для него.

Оптимальные положения тела пострадавшего с травмами груди, живота, таза, конечностей, с потерей сознания, с признаками кровопотери

Пострадавшему с травмой груди предпочтительно расположиться в полусидячем положении с наклоном туловища на пораженную сторону груди. Для этого пострадавшего можно опереть о стену, автомобиль и т.д.

Пострадавшему с подозрением на травму живота и таза лучше находиться в положении лежа на спине с полусогнутыми и разведенными ногами. Под колени подкладывается импровизированная опора – сумка, свернутая одежда.

Пострадавшему с травмами конечностей придается удобное положение, при котором он испытывает меньше страданий от имеющихся повреждений.

Пострадавшему без сознания необходимо придать устойчивое боковое положение.

Пострадавший с сильным наружным кровотечением или признаками кровопотери должен находиться в положении лежа на спине с приподнятыми ногами, под которые подкладываются сумки или одежда.

Пострадавший с подозрением на травму позвоночника должен располагаться на твердой ровной поверхности.

Пострадавших с тяжелыми травмами желательно укутать подручными средствами – одеждой, одеялом и т.д. При наличии спасательного изотермического покрывала (входит в состав аптечки для оказания первой помощи работникам), необходимо укутать им пострадавшего серебристой стороной внутрь, оставив свободным лицо.

Способы контроля состояния пострадавшего, находящегося в сознании, без сознания

До прибытия скорой медицинской помощи необходимо контролировать состояние пострадавшего и оказывать ему психологическую поддержку. Самым простым способом контроля состояния пострадавшего является диалог. В ходе общения с пострадавшим можно выяснить его жалобы. У пострадавших в бессознательном состоянии следует периодически проверять признаки дыхания. Обязательно выполнение периодического внешнего осмотра на предмет начавшегося или возобновившегося кровотечения и контроля наложенных повязок или жгутов. Кроме того, следует осуществлять наблюдение за окружающей обстановкой для своевременного устранения возможных опасностей.

Кровотечения

Цель и порядок выполнения обзорного осмотра пострадавшего

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



Обзорный осмотр пострадавшего

Понятия «кровотечение», «острая кровопотеря»

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

Основные признаки острой кровопотери:

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

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

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

Признаки различных видов наружного кровотечения (артериального, венозного, капиллярного, смешанного)

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

По виду поврежденных сосудов кровотечения бывают:

- **Артериальные.** Являются наиболее опасными, так как при ранении крупных артерий происходит большая потеря крови за короткое время. Признаком артериальных кровотечений обычно является пульсирующая алая струя крови, быстро расплывающаяся лужа крови алого цвета, быстро пропитываемая кровью одежда пострадавшего;
- **Венозные.** Характеризуются меньшей скоростью кровопотери, кровь темно-вишневая, вытекает «ручьём». Венозные кровотечения могут

быть менее опасными, чем артериальные, однако также требуют скорейшей остановки;

- Капиллярные. Наблюдаются при ссадинах, порезах, царапинах. Капиллярное кровотечение непосредственной угрозы для жизни, как правило, не представляет;

- Смешанные. Это кровотечения, при которых имеются одновременно артериальное, венозное и капиллярное кровотечение. Наблюдаются, например, при отрыве конечности. Опасны вследствие наличия артериального кровотечения.

Способы временной остановки наружного кровотечения: пальцевое прижатие артерии, наложение жгута, максимальное сгибание конечности в суставе, прямое давление на рану, наложение давящей повязки

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

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

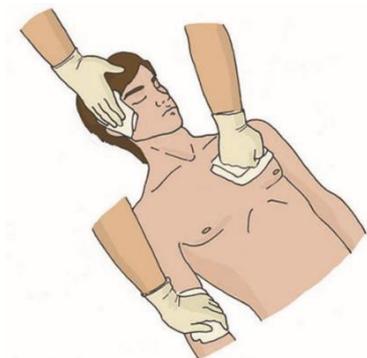
В настоящее время при оказании первой помощи используются следующие способы временной остановки кровотечения:

- Прямое давление на рану;
- Наложение давящей повязки;
- Пальцевое прижатие артерии;
- Максимальное сгибание конечности в суставе;

- Наложение кровоостанавливающего жгута (табельного или импровизированного).

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

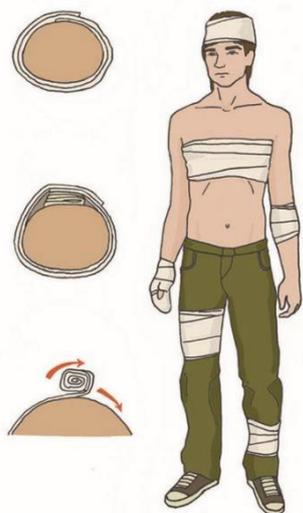
Пострадавшему также можно рекомендовать попытаться самостоятельно остановить имеющееся у него кровотечение, используя прямое давление на рану.



Остановка кровотечения путем давления на рану

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

(давлением). Если повязка начинает пропитываться кровью, то поверх нее накладывают еще несколько стерильных салфеток и туго прибинтовывают.



Остановка кровотечения с помощью давящей повязки

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

Общая сонная артерия прижимается на передней поверхности шеи снаружи от гортани на стороне повреждения. Давление в указанную точку может осуществляться четырьмя пальцами одновременно по направлению к

позвоночнику, при этом сонная артерия придавливается к нему. Другим вариантом пальцевого прижатия сонной артерии является давление в ту же точку большим пальцем по направлению к позвоночнику. Прижимать необходимо с достаточной силой, т.к. кровотечения из сонной артерии очень интенсивные.



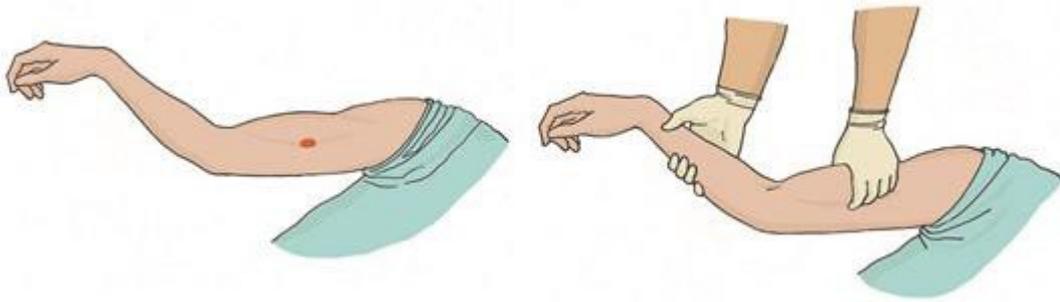
Остановка кровотечения путем пальцевого прижатия артерии

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



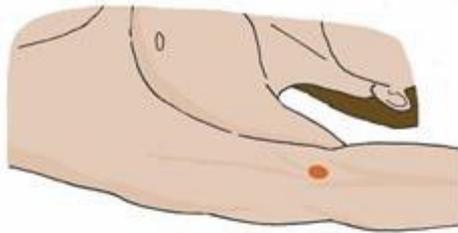
Прижатие подключичной артерии

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



Прижатие плечевой артерии

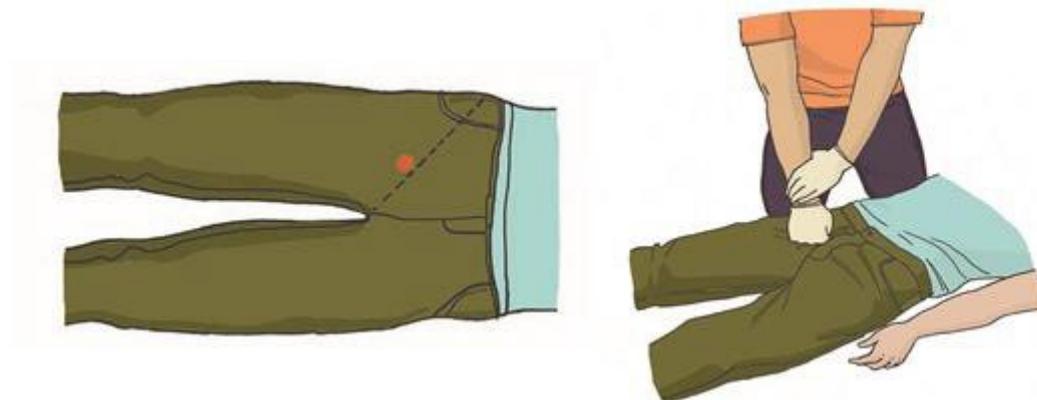
Подмышечная артерия прижимается к плечевой кости в подмышечной впадине при кровотечении из раны плеча ниже плечевого сустава. Давление в точку прижатия подмышечной артерии производится прямыми, жестко зафиксированными пальцами с достаточной силой в направлении плечевого сустава. При этом область плечевого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



Прижатие подмышечной артерии

Беденная артерия прижимается ниже паховой складки при кровотечении из ран в области бедра. Давление выполняется кулаком,

зафиксированным второй рукой, весом тела участника оказания первой помощи.

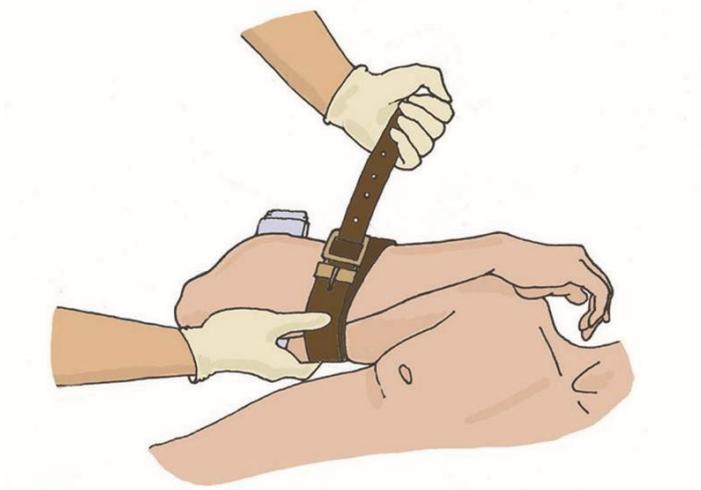


Прижатие бедренной артерии

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

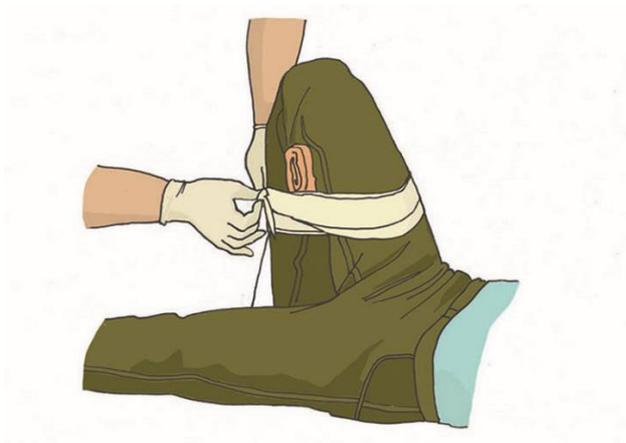
При кровотечениях из ран верхней части плеча и подключичной области верхнюю конечность заводят за спину со сгибанием в локтевом суставе и фиксируют бинтом или обе руки заводят назад со сгибанием в локтевых суставах и притягивают друг к другу бинтом.

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



Сгибание конечности в суставе с целью перегиба и сдавливания кровеносного сосуда

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



Фиксирование конечности при повреждении сосудов стопы

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



Остановка кровотечения при травме бедра

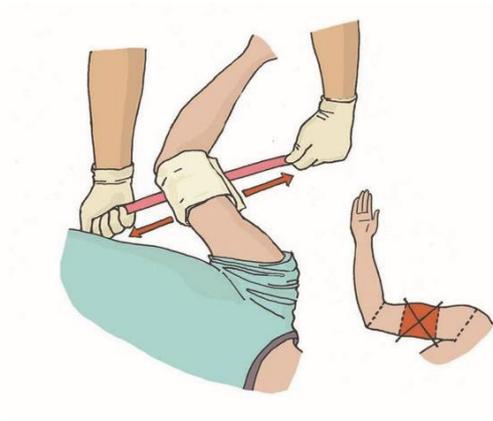
Наложение кровоостанавливающего жгута может применяться для более продолжительной временной остановки сильного артериального кровотечения. Для снижения негативного воздействия жгута на конечности его следует накладывать в соответствии со следующими правилами:

✓ Жгут следует накладывать только при артериальном кровотечении при ранении плеча и бедра.

✓ Жгут необходимо накладывать между раной и сердцем, максимально близко к ране. Если место наложения жгута приходится на среднюю треть плеча и на нижнюю треть бедра, следует наложить жгут выше.

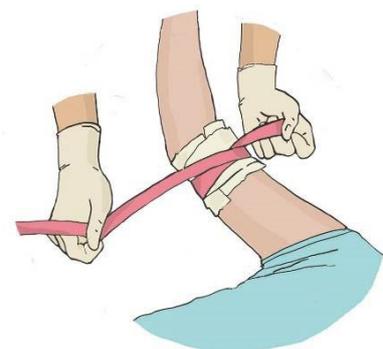
✓ Жгут на голое тело накладывать нельзя, только поверх одежды или тканевой (бинтовой) прокладки.

✓ Перед наложением жгут следует завести за конечность и растянуть.



Остановка кровотечения первым (растянутым) туром жгута

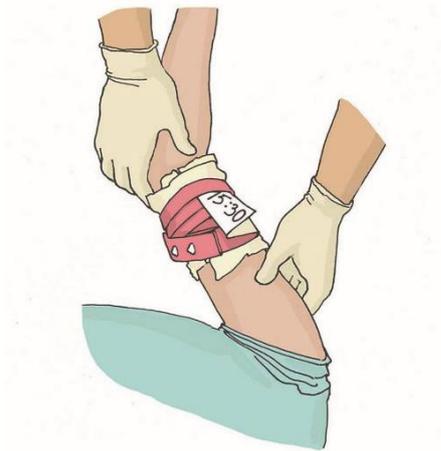
✓ Кровотечение останавливается первым (растянутым) туром жгута, все последующие (фиксирующие) туры накладываются так, чтобы каждый последующий тур примерно наполовину перекрывал предыдущий.



Остановка кровотечения первым (растянутым) туром жгута

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

✓ Точное время наложения жгута следует указать в записке, записку поместить под жгут.



Указание времени наложения жгута

- ✓ Максимальное время нахождения жгута на конечности не должно превышать 60 минут в теплое время года и 30 минут в холодное.
- ✓ После наложения жгута конечность следует иммобилизовать (обездвижить) и термоизолировать (укутать) доступными способами.
- ✓ Если максимальное время наложения жгута истекло, а медицинская помощь недоступна, следует сделать следующее:
 - осуществить пальцевое прижатие артерии выше жгута;
 - снять жгут на 15 минут;
 - по возможности выполнить лёгкий массаж конечности, на которую был наложен жгут;
 - наложить жгут чуть выше предыдущего места наложения;
 - максимальное время повторного наложения – 15 минут.

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

Травмы головы. Оказание первой помощи

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

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

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

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

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

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

Особенности ранений волосистой части головы

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

Оказание первой помощи при носовом кровотечении

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

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

Особенности оказания первой помощи при травмах глаза и носа

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

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

Травмы шеи, оказание первой помощи. Временная остановка наружного кровотечения при травмах шеи

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

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



Пальцевое прижатие сонной артерии

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

При наличии венозного кровотечения для его остановки используется давящая повязка.

Фиксация шейного отдела позвоночника (вручную, подручными средствами, с использованием медицинских изделий)

Достаточно серьезной травмой является повреждение шейного отдела позвоночника, которое может развиваться, например, при дорожно-транспортном происшествии (при ударе сзади или наезде на препятствие может возникнуть так называемая «хлыстовая» травма, приводящая к повреждению шейных позвонков вследствие резкого разгибания или резкого

сгибания шеи), падении с высоты, нырянии и т.д. При травме шейного отдела позвоночника с повреждением спинного мозга пострадавший может быть в сознании, но полностью или частично обездвижен. Вывихи и переломы шейных позвонков проявляются резкой болью в области шеи. Пострадавший может поддерживать голову руками, мышцы шеи будут напряжены.

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

При экстренном извлечении пострадавшего необходимо использовать фиксацию шеи рукой.



Фиксация шеи рукой

При перемещении пострадавшего необходимо фиксировать его голову и шею вручную предплечьями.



Фиксация головы и шеи пострадавшего вручную предплечьями

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

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



Фиксация шейного отдела

Травмы груди, оказание первой помощи

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

Основные проявления травмы груди, особенности наложения повязок при травме груди, наложение окклюзионной (герметизирующей) повязки

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

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



Полусидячее положение пострадавшего

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

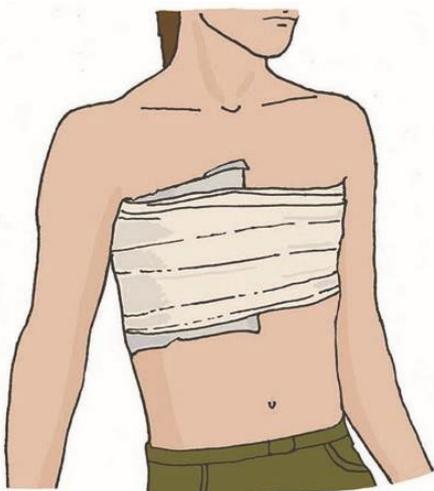
При ранениях груди следует осуществить первичную герметизацию раны ладонью, после чего наложить герметизирующую (окклюзионную) повязку. Для этого непосредственно на рану помещается воздухонепроницаемый материал (упаковка от перевязочного пакета или бинта, полиэтилен, клеенка). После наложения воздухонепроницаемого материала его можно закрепить лейкопластырем и оставить незафиксированным уголок. Оставленный свободный уголок выполняет функцию клапана – не дает

воздуху поступать в грудную клетку и позволяет снизить избыточное давление в ней.



Первичная герметизация раны

Другим доступным способом является закрепление воздухонепроницаемого материала бинтом.



Закрепление воздухонепроницаемого материала бинтом

Такому пострадавшему также следует придать полусидячее положение с наклоном в пораженную сторону.

Особенности наложения повязки на рану груди с инородным телом При обнаружении инородного тела в ране грудной клетки (осколка стекла, металла, ножа и т.д.) ни в коем случае не следует вынимать его из раны.

Необходимо обложить инородный предмет салфетками или бинтами, наложив поверх них давящую повязку для остановки кровотечения.

Травмы живота и таза

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

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

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

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



Положение пострадавшего при травмах таза

Закрытая травма живота с признаками внутреннего кровотечения.

Оказание первой помощи

При закрытых травмах живота повреждения его передней стенки могут быть малозаметными. При этом пострадавшие могут жаловаться на

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

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

Особенности наложения повязок на рану при выпадении органов брюшной полости, при наличии инородного тела в ране

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

Травмы конечностей, оказание первой помощи

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

Выбор способа определяется следующими факторами:

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

Понятие «иммобилизация». Способы иммобилизации при травме конечностей

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

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

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

Если же в результате особых обстоятельств предполагается транспортировка пострадавшего (или его переноска на дальнейшее расстояние), следует выполнить иммобилизацию поврежденной конечности. При этом

следует фиксировать минимум два сустава (один ниже, другой выше перелома). При переломе плеча и бедра надо фиксировать три сустава – плечевой, локтевой, лучезапястный или тазобедренный, коленный, голеностопный соответственно. Наиболее доступным, безопасным и эффективным для большинства участников оказания первой помощи способом иммобилизации при травме конечностей является так называемая аутоиммобилизация. Для этого поврежденную ногу можно прибинтовать к здоровой ноге, проложив между ними мягкий материал.

Поврежденную руку можно зафиксировать, прибинтовав к туловищу.

На область предполагаемой травмы можно положить холод.



Фиксация поврежденной руки

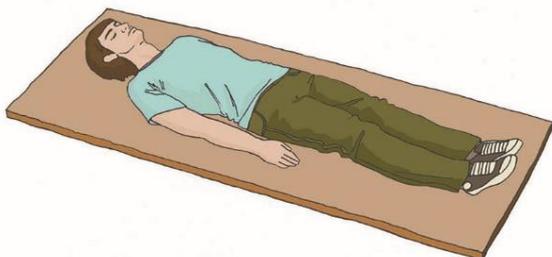
Иммобилизация также может осуществляться с помощью импровизированных шин (доски, куски плотного картона или пластмассы, лыжи и т.п.). Накладывать их нужно поверх одежды и обуви пострадавшего, без исправления положения конечности, также фиксируя два или три сустава (в зависимости от места перелома). Перед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

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

Травмы позвоночника. Оказание первой помощи

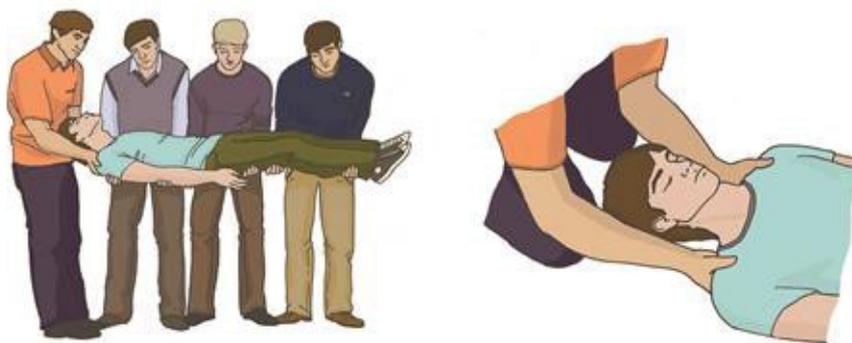
Повреждение позвоночника – серьезный вид травм. Вывихи и переломы грудных и поясничных позвонков сопровождаются болями в области поврежденного позвонка. При повреждении спинного мозга могут быть нарушения чувствительности и движений в конечностях (параличи).

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



Положение пострадавшего при повреждении позвоночника

Перемещение или перекладывание пострадавшего следует осуществлять с помощью нескольких человек, особое внимание следует уделить фиксации шейного отдела позвоночника.



Перемещение пострадавшего с травмой позвоночника

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

Виды ожогов, их признаки. Понятие о поверхностных и глубоких ожогах

Ожоги могут возникать под прямым воздействием на кожу пламени, пара, от горячего предмета (термические ожоги); кислот, щелочей и других агрессивных веществ (химические ожоги); электричества (электроожоги), излучения (радиационные ожоги, например, солнечные).

Оказание помощи при различных видах ожогов практически одинаково.

Существуют различные классификации степеней ожогов, однако для оказания первой помощи проще разделить ожоги на поверхностные и глубокие.

Признаками поверхностного ожога являются покраснение и отек кожи в месте воздействия поражающего агента, а также появление пузырей, заполненных прозрачной жидкостью.

Глубокие ожоги проявляются появлением пузырей, заполненных кровянистым содержимым, которые могут быть частично разрушены, кожа может обугливаться и становиться нечувствительной к боли. Часто при ожогах сочетаются глубокие и поверхностные поражения.

Тяжесть состояния пострадавшего зависит не только от глубины повреждения, но и от площади ожоговой поверхности. Площадь ожога можно определить «методом ладони» (площадь ладони примерно равна 1% площади поверхности тела) или «методом девяток» (при этом площадь тела делится на участки, размеры которых кратны 9% площади тела – голова и шея 9%, грудь 9%, живот 9%, правая и левая рука по 9%; правая и левая нога по 18%, спина 18%), оставшийся 1% – область промежности. При определении площади ожога можно комбинировать эти способы.

Опасными для жизни пострадавшего являются поверхностные ожоги площадью более 15% и глубокие ожоги площадью более 5% площади тела.

Первая помощь при ожогах заключается в прекращении действия повреждающего агента (тушение огня, удаление химических веществ, прекращение действия электрического тока на организм), охлаждении обожженной части тела под струей холодной воды в течение 20 минут (при отсутствии воды можно заменить приложением холода поверх повязки или ткани). При термическом ожоге немедленное охлаждение ослабляет боль, снижает отечность, уменьшает площадь и глубину ожогов.

При химическом ожоге необходимо смыть вещество с поверхности кожи струей проточной воды. Учитывая то, что часто химическая структура повреждающего вещества неизвестна и нейтрализующие растворы отсутствуют или на их приготовление требуется много времени, ограничиваются промыванием кожи проточной водой в течение 20 минут. При этом химическое вещество полностью смывается с кожи, и нейтрализовать его нет необходимости.

Ожоговую поверхность следует закрыть нетугой повязкой, дать пострадавшему теплое питье. Обязательно следует вызвать скорую медицинскую помощь.

При оказании первой помощи запрещается вскрывать ожоговые пузыри, убирать с пораженной поверхности части обгоревшей одежды, наносить на пораженные участки мази, жиры.

Ожог верхних дыхательных путей, основные проявления.

Оказание первой помощи

Заподозрить наличие ожога верхних дыхательных путей у пострадавшего можно, если он находился в горящем помещении. Проявляется это состояние одышкой, кашлем. При этом могут отмечаться закопченность и ожоги лица, обгоревшие усы и борода. Первая помощь будет заключаться в скорейшем выносе пострадавшего на свежий воздух, придании ему оптимального положения (полусидя) и вызове скорой медицинской помощи.

Первая помощь при общем переохлаждении

- Вынеси (выведи) пострадавшего за пределы зоны поражения, обеспечив собственную безопасность;
- Занеси пострадавшего в теплое помещение или согрей пострадавшего (укутай пострадавшего теплым (спасательным) одеялом, одеждой);
- Если пострадавший в сознании, дай обильное горячее сладкое питье. Накорми горячей пищей. Использование алкоголя запрещено!

Перегревание, факторы, способствующие его развитию. Основные проявления, оказание первой помощи

Перегревание (тепловой удар) развивается обычно при нарушениях теплоотдачи организма вследствие длительного нахождения человека в условиях повышенной температуры окружающего воздуха (особенно в сочетании с высокой влажностью), например, в автомобиле или жарком помещении; при работе в защитном снаряжении, затрудняющем теплоотдачу, и т.п.

Признаками перегревания являются повышенная температура тела, головная боль, тошнота и рвота, головокружение, слабость, потеря сознания, судороги, учащённое сердцебиение, учащённое поверхностное дыхание. В тяжелых случаях возможна остановка дыхания и кровообращения.

При возникновении признаков перегревания, пострадавшего необходимо переместить в прохладное место, при наличии сознания дать выпить охлажденной воды, расстегнуть или снять одежду. Пострадавшему без сознания следует придать устойчивое боковое положение.

Не следует допускать резкого охлаждения тела пострадавшего (например, помещать в ванну с холодной водой). До приезда скорой медицинской помощи нужно контролировать состояние пострадавшего, быть готовым к началу сердечно-легочной реанимации.

Первая помощь при обморожении Холодовая

травма, ее виды

Холодовая травма проявляется в виде общего воздействия пониженной температуры окружающей среды на все тело человека (переохлаждение) либо в виде локального повреждения организма (отморожение).

Основные проявления переохлаждения (гипотермии), отморожения, оказание первой помощи

Переохлаждение – расстройство функций организма в результате понижения температуры тела под действием холода. Как правило, развивается на фоне нарушений теплорегуляции, вызванных длительным нахождением на холоде во влажной одежде и обуви или в одежде, несоответствующей температурному режиму. Также переохлаждению может способствовать травма, физическое переутомление, голодание, алкогольное или наркотическое опьянение, детский или старческий возраст.

Признаками переохлаждения пострадавшего являются жалобы на ощущение холода, дрожь, озноб (в начальной стадии переохлаждения). В дальнейшем появляется заторможенность, утрачивается воля к спасению, появляется урежение пульса и дыхания.

При продолжающемся переохлаждении сознание утрачивается, пульс замедляется до 30-40 в минуту, а число дыханий до 3-6 раз в минуту. Переохлаждение может сочетаться с отморожениями, что следует учитывать при оказании первой помощи, в ходе которой следует поменять одежду

пострадавшего на теплую и сухую, укутать его подручными средствами (например, одеялом), переместить в более теплое помещение, дать тёплое питье (если он находится в сознании). В помещении можно осуществить согревание в виде теплых воздушных ванн (направить на пострадавшего поток теплого воздуха).

При наличии спасательного изотермического покрывала (входит в состав аптечки для оказания первой помощи работникам), необходимо укутать им пострадавшего серебристой стороной внутрь, оставив свободным лицо.

При выраженном переохлаждении необходимо контролировать состояние, быть готовым к проведению сердечно-легочной реанимации в объеме давления руками на грудину пострадавшего и вдохов искусственного дыхания.

Отморожение – местное повреждение тканей, вызванное воздействием низкой температуры. Признаки отморожения – потеря чувствительности кожи, появление на ней белых, безболезненных участков. Чаще всего развивается отморожение открытых участков кожи (уши, нос, щеки, кисти рук) или конечностей с нарушенным кровообращением (например, пальцев ног в тесной, неутепленной, влажной обуви).

При выраженном отморожении возможно появление «деревянного звука» при постукивании пальцем по поврежденной конечности, невозможность или затруднение движений в суставах. Через некоторое время после согревания на пораженной конечности появляются боль, отек, краснота с синюшным оттенком, пузыри.

Первая помощь при отморожении – незамедлительно укрыть поврежденные конечности и участки тела теплоизолирующим материалом (вата, одеяло, одежда) или наложить теплоизолирующую повязку (с помощью подручных средств), т.к. согревание должно происходить

«изнутри» с одновременным восстановлением кровообращения. Необходимо создать обездвиженность поврежденного участка тела, переместить

пострадавшего в теплое помещение, дать теплое питье. Пораженные участки нельзя активно согревать (опускать в горячую воду), растирать, массировать, смазывать чем-либо.

Отравления

Токсическое вещество может попасть в организм человека четырьмя путями.

- Через пищеварительный тракт. Отравление через пищеварительный тракт чаще всего происходит при попадании токсических веществ в организм через рот. Это могут быть топливо, лекарственные препараты, моющие средства, пестициды, грибы, растения и т.д.;
- Через дыхательные пути. Газообразные токсические вещества попадают в организм при вдохе. К ним относятся газы и пары, например, угарный газ, хлор. Использование различных видов клея, красителей, растворителей, очистителей в определенных условиях также может приводить к отравлениям через дыхательные пути;
- Через кожу и слизистые оболочки. Токсические вещества, проникающие через кожный покров, могут содержаться в некоторых растениях, растворителях и средствах от насекомых;
- В результате инъекции. Инъецируемые токсические вещества попадают в организм при укусе или ужаливании насекомыми, животными и змеями, а также при введении яда, лекарства или наркотиков шприцем.

Признаки острого отравления

Основные проявления отравлений:

- Особенности места происшествия – необычный запах, открытые или опрокинутые емкости с химическими веществами, открытая аптечка с рассыпанными таблетками, поврежденное растение, шприцы и т.д.;
- Общее болезненное состояние или вид пострадавшего; признаки и симптомы внезапного приступа заболевания;
- Внезапно резвившиеся тошнота, рвота, понос, боли в груди или животе;

- Затруднение дыхания, потливость, слюнотечение;
- Потеря сознания, мышечные подергивания и судороги, ожоги вокруг губ, на языке или на коже, неестественный цвет кожи, раздражение, ранки на ней;
- Странная манера поведения человека, необычный запах изо рта.

Оказание первой помощи при попадании отравляющих веществ в организм через дыхательные пути, пищеварительный тракт, кожу

Отравления проще предупредить, чем оказывать первую помощь. Для предупреждения случаев отравлений рекомендуется использовать при работе с ядами средства индивидуальной защиты (респираторы, перчатки, защитную одежду); держать все лекарства, хозяйственные средства, ядовитые растения и прочие опасные вещества вне доступности от детей; относиться ко всем хозяйственным и лекарственным веществам как к потенциально опасным; хранить все продукты и химические вещества в их фабричных упаковках с соответствующим названием; использовать специальные символы для ядовитых веществ и объяснить детям, что они обозначают; не употреблять в пищу просроченные продукты или продукты, качество которых вызывает сомнения, удостовериться, чтобы они не попали к детям.

Для профилактики отравлений необходимо соблюдать все предупреждения, указанные на наклейках, ярлыках и плакатах с инструкциями по технике безопасности, и следовать описанным там мерам предосторожности.

Общие принципы оказания первой помощи при отравлении:

- Прекратить поступление яда в организм пострадавшего (например, удалить из загазованной зоны);
- Опросить пострадавшего и попытаться выяснить, какой вид отравляющего вещества был принят, в каком количестве и как давно. Выяснение этих вопросов может облегчить оказание первой помощи, диагностику и интенсивную терапию отравления квалифицированными

специалистами в дальнейшем. Если ядовитое вещество неизвестно, собрать небольшое количество рвотных масс для последующей медицинской экспертизы;

- Попытаться удалить яд (спровоцировать рвоту, стереть или смыть токсическое вещество с кожи и т.д.);
- Оценить состояние пострадавшего и оказать первую помощь в зависимости от его тяжести.

Первая помощь при отравлении через рот – попытаться удалить ядовитое вещество. Для этого можно рекомендовать пострадавшему вызвать рвоту, выпив большое количество воды (5-6 стаканов) и надавив двумя пальцами на корень языка. Следует вызвать рвоту как можно в более короткий срок после приема вещества, способного вызвать отравление.

Рвоту нельзя вызывать, если пострадавший находится без сознания. После рвоты необходимо посоветовать пострадавшему выпить еще 5-6 стаканов воды, чтобы уменьшить концентрацию ядовитого вещества в желудке и, при необходимости, вызвать рвоту повторно. До прибытия скорой медицинской помощи необходимо контролировать состояние пострадавшего.

Первая помощь при отравлении через дыхательные пути – убедиться, что место происшествия не представляет опасности, при необходимости следует использовать средства индивидуальной защиты. Надо изолировать пострадавшего от воздействия газа или паров, для этого нужно вынести (вывести) пострадавшего на свежий воздух.

При отсутствии сознания необходимо придать пострадавшему устойчивое боковое положение, а при отсутствии дыхания надо приступить к проведению сердечно-легочной реанимации в объеме давления руками на грудину пострадавшего и вдохов искусственного дыхания, при этом следует использовать маску с односторонним клапаном или устройство для искусственного дыхания.

Первая помощь при отравлении через кожу – снять загрязненную одежду, удалить яд с поверхности кожи промыванием, при наличии повреждений кожи – наложить повязку.

Психологическая поддержка. Цели оказания психологической поддержки. Общие принципы общения с пострадавшими, простые приемы их психологической поддержки

В настоящее время не вызывает сомнения то, что люди, оказавшиеся в сложной жизненной ситуации, могут нуждаться в психологической помощи и психологической поддержке.

Психологическая поддержка – это система приемов, которая позволяет людям, не обладающим психологическим образованием, помочь окружающим (и себе), оказавшись в экстремальной ситуации, справиться с психологическими реакциями, которые возникают в связи с этим кризисом или катастрофой.

Психологическая поддержка может быть направлена:

- на другого – помощь человеку, попавшему в беду;
- на результат – урегулирование ситуации, предотвращение возникновения сходных реакций у других людей;
- на себя – снятие собственной тревоги, связанной с тем как поступить, как вести себя в ситуации, когда другой нуждается в психологической поддержке.

Знание и понимание того, что происходит с человеком, как ему помочь и как помочь себе способствуют формированию психологической устойчивости.

Для оказания психологической поддержки людям необходимо знать следующее:

- Психическое состояние и поведение человека в экстремальной ситуации отличается от повседневного.

Чаще всего отмечается частичная или полная утрата:

✓ способности к целенаправленной деятельности (какие действия необходимы в данной ситуации, их планирование);

✓ способности к критической оценке окружающего и своего поведения (оценке собственной безопасности, степени угрозы, своих возможностей);

✓ способности вступать в контакт с окружающими (отстранение от контакта, замкнутость, либо наоборот, повышенная говорливость, которая на самом деле не имеет под собой задачу войти в контакт с другим человеком).

Подобные изменения – одни из самых распространенных последствий, наблюдаемые у тех, кто часто не имеет физических травм и повреждений, но кто тем или иным образом вовлечен в экстремальную ситуацию. Это люди, которые непосредственно пострадали или те, кто оказался рядом с ними.

- Ключевые моменты, которые надо учитывать при оказании психологической поддержки.

Стремление помочь – это естественное желание любого человека. Вовремя протянутая рука может помочь человеку справиться с самыми страшными событиями в жизни. Но необходимо помнить о следующем:

✓ позаботьтесь о собственной безопасности. Реально оцените внешние условия, свое состояние и силы, перед тем как принять решение, что вы готовы помочь;

✓ пострадавший может в первую очередь нуждаться в оказании первой помощи и медицинской помощи. Необходимо убедиться, что у человека нет физических травм, проблем со здоровьем, и только тогда оказывать психологическую поддержку;

✓ если вы чувствуете, что не готовы оказать человеку помощь, вам страшно, неприятно разговаривать с ним, не делайте этого. В случае если вы чувствуете неуверенность в том, что сможете помочь (либо в том, что вы правильно понимаете, какие конкретно

действия необходимо предпринять) обратитесь за помощью к профильным специалистам;

✓ если вы решили подойти к человеку, который нуждается в помощи, вам необходимо в первую очередь представиться и сказать, что вы готовы ему помочь;

✓ необходимо внимательно относиться к тому, что и как вы собираетесь сказать:

– говорить нужно спокойным и уверенным голосом, четкими и короткими фразами, в побудительном наклонении;

– в речи не должно быть сложно построенных фраз, предложений;

– следует избегать в речи частицу «не», а также исключить такие слова как «паника», «катастрофа», «ужас» и т.п.

✓ сохраняйте самообладание. Будьте готовы к тому, что вы можете столкнуться с различными эмоциональными реакциями и поступками. Они могут быстро сменять друг друга, а некоторые слова и действия могут быть направлены на вас. Кроме этого, многие реакции могут характеризоваться эмоциональным заражением. А значит, под их влиянием можете оказаться и вы. В данном случае особенно важно сохранять спокойствие.

- Приемы оказания психологической поддержки в случае проявления той или иной реакции у пострадавшего.

Различают следующие острые стрессовые реакции:

- плач;
- истероидную реакцию;
- агрессивную реакцию;
- страх;
- апатию.

Плач

Признаки:

- человек уже плачет или готов разрыдаться;
- подрагивают губы;
- наблюдается ощущение подавленности.

Плач – это та реакция, которая позволяет в сложной кризисной ситуации выразить переполняющие человека эмоции.

Нужно дать этой реакции состояться. Помощь при плаче:

- по возможности не оставляйте пострадавшего одного, необходимо позаботиться о том, чтобы рядом с ним кто-то находился, желательно близкий или знакомый человек;
- поддерживайте физический контакт с пострадавшим (это поможет человеку почувствовать, что кто-то рядом, что он не один). Постарайтесь выразить человеку свою поддержку и сочувствие. Не обязательно делать это словами, можно просто сесть рядом, дать почувствовать, что вы вместе с ним сочувствуете и сопереживаете. Можно просто держать человека за руку, иногда протянутая рука помощи – значит гораздо больше, чем сотни сказанных слов;
- дайте пострадавшему возможность говорить о своих чувствах;
- воздержитесь от советов, во многих случаях они могут вызвать негативную реакцию со стороны пострадавшего;
- если реакция плача затянулась, и слезы уже не приносят облегчения, помогите пострадавшему немного отвлечься: сконцентрировать внимание на глубоком и ровном дыхании, вместе с этим выполнять какую-либо несложную деятельность.

Истероидная реакция (истерика)

Признаки:

- чрезмерное возбуждение;
- множество движений, театральные позы;
- эмоционально насыщенная, быстрая речь;
- крики, рыдания.

Необходимо отметить, что довольно часто в разных источниках можно встретить информацию о том, что истероидная реакция не отражает истинных переживаний человека, а является симуляцией или грубой формой манипуляции, направленной на привлечение к себе внимания окружающих. В связи с этим человек не нуждается в помощи. Подобная точка зрения является некорректной.

Помощь при истероидной реакции:

- если вы чувствуете готовность к оказанию помощи и понимаете, что это безопасно, постарайтесь отвести пострадавшего от зрителей и замкнуть его внимание на себе;
- если зрителей удалить невозможно, постарайтесь стать самым внимательным слушателем, оказывайте человеку поддержку, слушайте, кивайте, поддакивайте;
- проявляйте спокойствие и не демонстрируйте пострадавшему сильных эмоций;
- говорите короткими простыми фразами, уверенным тоном;
- не потакайте желаниям пострадавшего и не вступайте в активный диалог по поводу его высказываний;
- переключите внимание пострадавшего, вызвав у него ориентировочную реакцию. Для этого задается неожиданный вопрос (не имеющий негативного содержания) или произносится имя пострадавшего, после чего пострадавшему задается вопрос, требующий развернутого ответа;
- после истерики возможен упадок сил, поэтому необходимо предоставить человеку возможность для отдыха, передав его специалистам, либо близким людям.

Агрессивная реакция

Признаки:

- возбуждение;
- раздражение, недовольство, гнев (по любому, даже незначительному поводу);

- повышенное мышечное напряжение;
- нанесение окружающим ударов руками или какими-либо предметами;
- словесные оскорбления, брань.

Помощь при агрессивной реакции:

- четко оцените, насколько безопасно для вас будет оказывать помощь в данной ситуации, и что вы можете сделать для обеспечения большей безопасности;
- сохраняйте спокойствие, не демонстрируйте сильных эмоций;
- воздержитесь от эмоциональных реакций даже в том случае, если вы слышите оскорбления и брань, обращенные к вам;
- говорите с пострадавшим спокойным голосом, постепенно снижая темп и громкость своей речи;
- демонстрируйте благожелательность, не вступайте с пострадавшим в споры и не противоречьте ему;
- если вы чувствуете внутреннюю готовность и понимаете, что это необходимо, отойдите с пострадавшим от окружающих и дайте ему возможность выговориться;
- включите пострадавшего в какую-нибудь деятельность, связанную с физической нагрузкой.

В некоторых случаях агрессию можно снизить, объяснив пострадавшему негативный исход подобного поведения. Такой прием действенен, если:

- у пострадавшего нет цели получить выгоду от агрессивного поведения;
- пострадавшему важно, чтобы подобный негативный исход не произошел;
- пострадавший понимает, что негативный исход действительно может последовать.

В случае если вы встретили пострадавшего, демонстрирующего агрессивное поведение, необходимо обратиться к нему внимание специалиста правоохранительных органов.

Страх

Признаки:

- напряжение мышц (особенно лицевых);
- сильное сердцебиение;
- учащенное поверхностное дыхание;
- сниженный контроль собственного поведения.

Страх – это проявление базового инстинкта самосохранения. Он оберегает нас от рискованных, опасных поступков. Переживание чувства страха знакомо каждому человеку.

В некоторых случаях страх становится опасным для человека. Это происходит тогда, когда он:

- не оправдан (переживание страха слишком интенсивно в сравнении с опасностью, по отношению к которой он возник);
- настолько силен, что лишает человека способности думать и действовать.

Иногда страх может перерасти в панику. Панический страх, ужас может побудить к бегству, вызвать оцепенение, агрессивное поведение. Человек в страхе может вцепиться в какие-либо опасные предметы, забираться в небезопасные места, лишая себя возможности спастись в экстремальной ситуации. При этом он плохо контролирует свои действия и не осознает происходящее вокруг, что уже опасно для самого пострадавшего и окружающих его людей. Велика вероятность эмоционального заражения паникой.

Помощь при страхе:

- необходимо быть рядом с человеком, дать ему ощущение безопасности: страх тяжело переносить в одиночестве;

- если страх настолько силен, что парализует человека, то предложите ему выполнить несколько простых приемов. Например, задержать дыхание, а затем сосредоточиться на спокойном медленном дыхании; осуществить простое интеллектуальное действие (этот прием основан на том, что страх – эмоция, а любая эмоция становится слабее, если включается мыслительная деятельность);

- когда острота страха начинает спадать, говорите с человеком о том, чего именно он боится, не нагнетая эмоции, а наоборот, давая возможность человеку выговориться (когда человек «проговаривает» свой страх, он становится не таким сильным);

- при необходимости предоставьте человеку информацию о том, что происходит вокруг, о ходе работ, если вам кажется, что сказанная информация будет полезна для человека и поможет улучшить его состояние (информационный голод провоцирует усиление страха).

Апатия

Признаки:

- непреодолимая усталость, когда любое движение, любое сказанное слово дается с трудом;
- равнодушие к происходящему;
- отсутствие, каких бы то ни было, эмоциональных проявлений;
- заторможенность;
- снижение темпа речи или полное ее отсутствие.

Помощь при апатии:

- создайте для пострадавшего условия, в которых он мог бы отдохнуть и набраться сил, чувствовал себя в безопасности (например, проводите его к месту отдыха, по возможности помогите ему удобно устроиться);

- если это по каким-то причинам невозможно, то необходимо помочь человеку мягко выйти из этого состояния. Для этого можно

предложить ему самомассаж (или помочь ему в этом) активных биологических зон – мочек ушей и пальцев рук;

- говорите с пострадавшим мягко, медленно, спокойным голосом, постепенно повышая громкость и скорость речи;
- постепенно задавайте пострадавшему вопросы, на которые он может ответить развернуто;
- предложите пострадавшему какую-либо незначительную физическую нагрузку (пройтись пешком, сделать несколько простых физических упражнений) или вовлеките его в посильную для него совместную деятельность (например, оказать посильную помощь другим пострадавшим: принести чай или воду и т.д.).

Принципы передачи пострадавшего бригаде скорой медицинской помощи, другим службам, сотрудники которых обязаны оказывать первую помощь

Передача пострадавшего бригаде скорой медицинской помощи и другим службам осуществляется в любой момент по их прибытии, как правило, после устного распоряжения сотрудника прибывшей бригады.

При передаче пострадавшего желательно сообщить медицинским работникам информацию о происшествии, выявленных травмах, оказанной первой помощи и ответить на их вопросы, оказывать содействие, например, помогать в переноске пострадавших.

Состав медицинской аптечки

Состав медицинской аптечки утвержден Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 5 марта 2011 г. N 169н «Об утверждении требований к комплектации изделиями медицинского назначения аптечек для оказания первой помощи работникам».

Согласно данного приказа состав медицинской аптечки должен быть следующий:

Таблица 4. Состав медицинской аптечки

№ п/п	Наименование изделий медицинского назначения	Нормативный документ	Форма выпуска (размеры)	Количество (штуки, упаковки)
1	Изделия медицинского назначения для временной остановки наружного кровотечения и перевязки ран			
1.1	Жгут кровоостанавливающий	ГОСТ Р ИСО 10993-99		1 шт.
1.2	Бинт марлевый медицинский нестерильный	ГОСТ 1172-93	5 м x 5 см	1 шт.
1.3	Бинт марлевый медицинский нестерильный	ГОСТ 1172-93	5 м x 10 см	1 шт.
1.4	Бинт марлевый медицинский нестерильный	ГОСТ 1172-93	7 м x 14 см	1 шт.
1.5	Бинт марлевый медицинский стерильный	ГОСТ 1172-93	5 м x 7 см	1 шт.
1.6	Бинт марлевый медицинский стерильный	ГОСТ 1172-93	5 м x 10 см	2 шт.
1.7	Бинт марлевый медицинский стерильный	ГОСТ 1172-93	7 м x 14 см	2 шт.
1.8	Пакет перевязочный медицинский индивидуальный стерильный с герметичной оболочкой	ГОСТ 1179-93		1 шт.
1.9	Салфетки марлевые медицинские стерильные	ГОСТ 16427-93	Не менее 16x14см N 10	1 уп.
1.10	Лейкопластырь бактерицидный	ГОСТ Р ИСО 10993-99	Не менее 4 см x 10 см	2 шт.
1.11	Лейкопластырь бактерицидный	ГОСТ Р ИСО 10993-99	Не менее 1,9 см x 7,2 см	10 шт.
1.12	Лейкопластырь рулонный	ГОСТ Р ИСО 10993-99	Не менее 1 см x 250 см	1 шт.
2	Изделия медицинского назначения для проведения сердечно-легочной реанимации			
2.1	Устройство для проведения искусственного дыхания «Рот-Устройство-Рот» или карманная маска для искусственной вентиляции лёгких «Рот-маска»	ГОСТ Р ИСО 10993-99		1 шт.
3	Прочие изделия медицинского назначения			
3.1	Ножницы для разрезания повязок по Листеру	ГОСТ 21239-93 (ИСО 7741-86)		1 шт.
3.2	Салфетки антисептические из бумажного	ГОСТ Р ИСО 10993-99	Не менее 12,5x11,0 см	5 шт.

	текстилеподобного материала			
	стерильные спиртовые			
3.3	Перчатки медицинские нестерильные, смотровые	ГОСТ Р ИСО 10993-99 ГОСТ Р 52238-2004 ГОСТ Р 52239-2004 ГОСТ 3-88	Размер не менее М	2 пары
3.4	Маска медицинская нестерильная 3-слойная из нетканого материала с резинками или с завязками	ГОСТ Р ИСО 10993- 99		2 шт.
3.5	Покрывало спасательное изотермическое	ГОСТ Р ИСО 10993- 99, ГОСТ Р 50444-92	Не менее 160 x210 см	1 шт.
4	Прочие средства			
4.1	Английские булавки стальные со спиралью	ГОСТ 9389-75	не менее 38 мм	3 шт.
4.2	Рекомендации с пиктограммами по использованию изделий медицинского назначения аптечки для оказания первой помощи работникам			1 шт.
4.3	Футляр или сумка санитарная			1 шт.
4.4	Блокнот отрывной для записей	ГОСТ 18510-87	формат не менее А7	1 шт.
4.5	Авторучка	ГОСТ 28937-91		1 шт.

- изделия медицинского назначения, входящие в состав аптечки для оказания первой помощи работникам, не подлежат замене;
- по истечении сроков годности изделий медицинского назначения, входящих в Состав аптечки, или в случае их использования аптечку необходимо пополнить;
- аптечка для оказания первой помощи работникам подлежит комплектации изделиями медицинского назначения, зарегистрированными в установленном порядке на территории Российской Федерации;
- рекомендации с пиктограммами по использованию изделий медицинского назначения аптечки для оказания первой помощи работникам (п. 4.2 Состав аптечки) должны предусматривать описание (изображение) следующих действий:

✓ при оказании первой помощи все манипуляции выполнять в медицинских перчатках (п. 3.3 Составы аптечки). При наличии угрозы распространения инфекционных заболеваний использовать маску медицинскую (п. 3.4 Составы аптечки);

✓ при артериальном кровотечении из крупной (магистральной) артерии прижать сосуд пальцами в точках прижатия, наложить жгут кровоостанавливающий (п. 1.1 Составы аптечки) выше места повреждения с указанием в записке (пп. 4.4 — 4.5 Составы аптечки) времени наложения жгута, наложить на рану давящую (тугую) повязку (пп. 1.2-1.12 Составы аптечки);

✓ при отсутствии у лица, которому оказывают первую помощь, самостоятельного дыхания провести искусственное дыхание при помощи устройства для проведения искусственного дыхания «Рот-Устройство-Рот» или карманной маски для искусственной вентиляции лёгких «Рот-маска» (п. 2.1 Составы аптечки);

✓ при наличии раны наложить давящую (тугую) повязку, используя стерильные салфетки (п. 1.9 Составы аптечки) и бинты (п. 1.2-1.7 Составы аптечки) или применяя пакет перевязочный стерильный (п. 1.8 Составы аптечки). При отсутствии кровотечения из раны и отсутствии возможности наложения давящей повязки наложить на рану стерильную салфетку (п. 1.9 Составы аптечки) и закрепить её лейкопластырем (п. 1.12 Составы аптечки). При микротравмах использовать лейкопластырь бактерицидный (п. 1.10-1.11 Составы аптечки);

✓ при попадании на кожу и слизистые биологических жидкостей лиц, которым оказывается первая помощь, использовать салфетки антисептические из бумажного текстилеподобного материала стерильные спиртовые (п. 3.2 Составы аптечки);

✓ покрывало спасательное изотермическое (п. 3.5 Составы аптечки) расстелить (серебристой стороной к телу для защиты от

переохлаждения; золотой стороной к телу для защиты от перегревания), лицо оставить открытым, конец покрывала загнуть и закрепить.

Основы ухода за больными

Гигиена жилого помещения. Поддержание санитарных норм жизнедеятельности лиц, нуждающихся в постороннем уходе

Жилище — источник хронических и многих тяжёлых заболеваний. Как показывает практика, естественный состав воздуха в помещении нарушен из-за насыщения его возникающими в результате деятельности человека, загрязнениями. Так, по сведениям, приведённым в специальной литературе, в воздухе наших квартир обнаружено около сотни органических и неорганических веществ различной степени токсичности. При этом внутри помещений воздух бывает загрязнён сильнее, чем на улице, в несколько раз. Бедность и грязь часто сопутствуют неудовлетворительным жилищным условиям.

Чрезвычайно трудно обеспечить соблюдение требований личной гигиены при отсутствии водопроводной воды, а отсутствие общественной системы сбора и удаления отходов ведёт к их накоплению. Даже в тех случаях, когда население в пределах тех возможностей, какими она располагает, предпринимает попытки улучшить гигиеническое состояние жилищ, положительные результаты достигаются редко. Это обусловлено, прежде всего, тем, что такие недостатки жилищ, как текущая крыша и потрескавшиеся стены, способствуют проникновению и накоплению в жилищах грязи, пыли и сажи и появлению сырости. Наличие грязи привлекает в жилище блох, клещей, вшей и клопов, которые могут быть переносчиками заболеваний. Плохие жилищные условия способствуют размножению мышей и крыс, которые также могут быть носителями и переносчиками заболеваний, и проникновению мух и комаров, что в итоге ведёт к распространению таких заболеваний, как трахома, малярия, жёлтая лихорадка и филяриатоз.

Требования к отоплению, вентиляции, микроклимату и воздушной среде помещений:

- системы отопления и вентиляции должны обеспечивать допустимые условия микроклимата и воздушной среды помещений;
- системы отопления должны обеспечивать равномерное нагревание воздуха в помещениях в течение всего отопительного периода, не создавать запахи, не загрязнять воздух помещений вредными веществами, выделяемыми в процессе эксплуатации, не создавать дополнительного шума, должны быть доступными для текущего ремонта и обслуживания;
- нагревательные приборы должны быть легко доступны для уборки. При водяном отоплении температура поверхности нагревательных приборов не должна превышать 90°C. Для приборов с температурой нагревательной поверхности более 75°C необходимо предусматривать защитные ограждения;
- помещения первых этажей жилых зданий, расположенных в I климатическом районе, должны иметь системы отопления для равномерного прогрева поверхности полов;
- устройство автономных котельных для теплоснабжения жилых зданий допускается при соблюдении гигиенических требований к качеству атмосферного воздуха населенных мест, гигиенических нормативов по шуму и вибрации;
- естественная вентиляция жилых помещений должна осуществляться путем притока воздуха через форточки, фрамуги, либо через специальные отверстия в оконных створках и вентиляционные каналы. Вытяжные отверстия каналов должны предусматриваться на кухнях, в ванных комнатах, туалетах и сушильных шкафах.

Устройство вентиляционной системы должно исключать поступление воздуха из одной квартиры в другую.

Не допускается объединение вентиляционных каналов кухонь и санитарных узлов с жилыми комнатами;

- вентиляция объектов, размещенных в жилых зданиях, должна быть автономной. Допускается присоединять к общей вытяжной системе жилого здания вытяжную вентиляцию общественных помещений, не имеющих вредных выбросов;
- шахты вытяжной вентиляции должны выступать над коньком крыши или плоской кровли на высоту не менее 1 м;
- концентрация химических веществ в воздухе жилых помещений при вводе зданий в эксплуатацию не должна превышать среднесуточных предельно допустимых концентраций (далее — ПДК) загрязняющих веществ, установленных для атмосферного воздуха населенных мест, а при отсутствии среднесуточных ПДК не превышать максимальные разовые ПДК или ориентировочных безопасных уровней воздействия (далее — ОБУВ).

Требования к содержанию жилых помещений

При эксплуатации жилых зданий и помещений не допускается:

- использование жилого помещения для целей, не предусмотренных проектной документацией;
- хранение и использование в жилых помещениях и в помещениях общественного назначения, размещенных в жилом здании, опасных химических веществ, загрязняющих воздух;
- выполнение работ, являющихся источниками повышенных уровней шума, вибрации, загрязнения воздуха, либо нарушающих условия проживания граждан в соседних жилых помещениях;
- захламление, загрязнение и затопление жилых помещений, подвалов и технических подполий, лестничных пролетов и клеток, чердачных помещений.

При эксплуатации жилых помещений требуется:

- своевременно принимать меры по устранению неисправностей инженерного и другого оборудования, расположенного в жилом помещении (систем водопровода, канализации, вентиляции, отопления, мусороудаления,

лифтового хозяйства и других), нарушающих санитарно-гигиенические условия проживания;

- проводить мероприятия, направленные на предупреждение возникновения и распространения инфекционных заболеваний, связанных с санитарным состоянием жилого здания, по уничтожению насекомых и грызунов (дезинсекция и дератизация).

Процедуры, выполняемые по назначению врача. Обеспечение приема лекарственных препаратов. Хранение лекарственных препаратов

В какой-то момент времени врачи прописывают лекарства каждому человеку, однако пожилые люди принимают их гораздо чаще, поскольку чаще сталкиваются с проблемами, связанными со здоровьем.

Побочные действия медикаментов

Все лекарственные средства обладают побочными эффектами. Существуют две группы лекарств, которые вызывают, по крайней мере, две трети всех побочных действий: лекарства, влияющие на сердечно-сосудистую систему; лекарства, действующие на центральную нервную систему.

Проявления побочных эффектов: воздействие на зрение: ухудшение зрения и т.п.; нарушение функций пищеварительной системы (тошнота, рвота, изжога, образование язв). Аспирин при регулярном применении, раздражая слизистую оболочку желудка, может привести к образованию язв; воздействие на работу печени; сонливость; возникновение симптомов болезни Паркинсона; обмороки; рассеянность; аллергические реакции (покраснение кожи, сыпь).

Всем сотрудникам, работающим с пожилыми людьми, необходимо иметь представление о возможности возникновения побочных действий медикаментов. В некоторых случаях важно учитывать соотношение побочных эффектов и пользы от применения того или иного лекарства. В то время как положительный эффект от лекарства проявляется постепенно,

побочные действия становятся заметными почти сразу. В первые недели лечения сотрудникам следует быть более внимательными к своим подопечным и при возникновении побочных действий медикаментов обратиться к лечащему врачу. В некоторых случаях нежелательные эффекты могут вызвать ухудшение состояния здоровья. Выявив это, сотрудник должен немедленно проинформировать лечащего врача. Если подопечный сам не может сообщить врачу о негативном влиянии лекарств на его здоровье (например, при слабоумии), это следует сделать сотрудникам. Не следует ожидать, что врач знает обо всех возможных реакциях организма на лекарство, все реакции – индивидуальны.

Правила приема лекарственных препаратов — залог успешного лечения

Эффективность лекарственной терапии во многом зависит от того, как связан прием лекарственных препаратов с приемом пищи, ее составом. В большинстве инструкций есть указания: до или после еды принимать данный препарат. Если нет иных указаний — лекарственный препарат принимают натощак. Приемом натощак считают применение лекарственного препарата не менее чем за 60 мин до еды или через 2 часа после приема пищи. То, чем мы запиваем лекарства – очень важный момент, поскольку, та или иная жидкость (молоко, сок различных фруктов, минеральная вода и пр.) реагирует с лекарственным препаратом, порой с образованием нерастворимых комплексов, разрушая (видоизменяя) действующее лекарственное вещество. Лекарственный препарат оказывается неэффективным. Условия приема лекарственного препарата (до или после еды, разжевывая или нет, чем запивать, чем разводить, надо ли обрабатывать полость рта после приема лекарства и т.п.) должны быть указаны в инструкции к препарату в разделе «Способ применения и дозы».

Приказом Минздрава РФ от 26.03.2001 N 88 утвержден Отраслевой стандарт «Государственный информационный стандарт лекарственного средства. Основные положения» 91500.05.0002-2001, в разделе 02.04.02

«Инструкции по применению лекарственного препарата» которого указано, что инструкции по применению лекарственного препарата подразделяются на следующие категории:

- инструкция по применению лекарственного препарата для специалистов;
- инструкция по применению лекарственного препарата для потребителей (листок — вкладыш).

Инструкция по применению лекарственного препарата для потребителей (листок — вкладыш) — официальный документ, предназначенный для пациента и содержащий информацию, необходимую для правильного самостоятельного применения лекарственного препарата.

В методических рекомендациях от 7 декабря 2009 г. «Подготовка текста инструкции по медицинскому применению лекарственного препарата» изложены основные требования к построению и изложению текстов инструкции. Приводятся дополнительные условия, которых нужно придерживаться при применении препарата: время применения, соотношение с приемом пищи («до еды» 30-60 мин. до начала приема пищи, «во время приема пищи» — период непосредственного приема пищи в течение 30 мин. до его начала или после его окончания, «после еды» — период в течение 30-120 мин. после приема пищи, «натощак» — не менее чем за 60 мин. до начала приема пищи и не ранее чем через 120 мин. после его окончания), необходимость соблюдения специальной диеты, титрации дозы, действия пациента в случае пропуска приема очередной дозы.

При отсутствии каких-либо указаний в инструкции-вкладыше, лекарство следует принимать за 30 минут до еды. Это относится к основной массе лекарственных препаратов.

Любое химическое вещество – это инородное соединение, которое, если речь идет о лекарстве, должно усвоиться в организме человека с наибольшей для его здоровья пользой. Между тем, следование правилам

приема может в очень большой, если не решающей, степени повлиять на действие лекарства.

Если назначено несколько лечебных препаратов, принимать их необходимо отдельно. Даже самые безвредные для организма лекарства при одновременном приеме нескольких препаратов, дадут большую нагрузку на желудок и печень. Кроме того, никто и никогда не скажет, как поведут себя, под воздействием индивидуальной среды желудка каждого человека, несколько медицинских препаратов, принятых одновременно. Не вызовут ли они образование в желудке токсических средств. Поэтому прием лекарственных средств нужно развести по времени, чтобы промежуток между приемом составлял не менее 15-30 минут.

Чем запивать?

Лучше всего, если нет специальных указаний, запивать простой кипяченой водой. Вода хороший растворитель и не оказывает влияния на действующее вещество.

Не следует запивать лекарства молоком, т.к. снижается эффективность лекарств, сходных по строению с белками – сердечных гликозидов, кофеина, противоязвенных препаратов. Не следует запивать молоком ферменты. Антибиотики не рекомендуется совмещать с молочными продуктами. Иногда в аннотации к препарату можно встретить прямое упоминание о недопустимости употребления молока.

Установлено, что препараты железа нельзя принимать совместно с молоком и продуктами с большим содержанием щавелевой кислоты и дубильных веществ (крепкий чай, кофе, шпинат, черника).

Препараты кальция не стоит запивать молоком, газированной водой, сочетать с продуктами, богатыми жиром.

Не следует запивать лекарства и чаем. В чае содержится танин, который образует нерастворимые соединения с азотосодержащими средствами.

Отдельно следует сказать об одновременном приеме лекарств и алкоголя. Этого не должно быть категорически. Практика показывает, что именно при подобном сочетании возникают самые тяжелые осложнения. Например, при длительном приеме нестероидных препаратов и алкогольных напитков происходит повреждение слизистой оболочки желудка и может образоваться язва. Антибиотики, при одновременном приеме с алкоголем не только теряют наполовину свои лечебные свойства, но и могут образовывать вредные для организма химические соединения.

Это важно – натошак, до еды, после? Как правило принимают:

- Натощак: настойки, настои, отвары и им подобные препараты из растительного сырья;
- До еды: диуретики; сульфаниламидные препараты рекомендуют запивать щелочным питьем, например, минеральной водой, во время лечения следует исключить пищевые продукты, содержащие серу (яйца, бобы, томаты, печень); кальция глюконат (исключить продукты, содержащие щавелевую, уксусную и жирные кислоты);
- За полчаса до еды: средства, понижающие кислотность желудочного сока (антацидные и желчегонные средства); противоязвенные препараты, антиаритмические препараты;
- Во время еды: препараты желудочного сока или пищеварительные ферменты, так как они помогают желудку переваривать пищу; водорастворимые витамины (С и группы В);
- После еды: болеутоляющие (нестероидные) противовоспалительные препараты; жирорастворимые витамины (А, D, Е, К), комплексные поливитаминные препараты; средства, которые являются компонентами желчи, сердечные гликозиды (при этом рекомендуется таблетки измельчить, запивать крахмальной слизью, исключить белковую пищу); хлористый кальций;
- Независимо от еды: бронхолитики; средства, улучшающие мозговое кровообращение;

- Не имеют своего времени лекарства, назначенные «под язык».

Принимайте лекарства через равномерные промежутки времени. Гормональные и «сердечные» препараты, большинство антибиотиков следует принимать строго по часам.

Если в инструкции указано «три раза в день», это вовсе не значит: завтрак — обед — ужин. Лекарство нужно принимать каждые восемь часов, чтобы в крови ровно поддерживалась его концентрация. Даже ночью необходимо обязательно принимать лекарства.

Лечение необходимо доводить до конца. Особенно это касается лечения антибиотиками. Ни в коем случае нельзя прекращать прием антибиотиков, даже если симптомы болезни уменьшились или исчезли. Ведь при лечении этими препаратами, сначала погибают наиболее слабые микроорганизмы, потом — более стойкие и в самом конце — все остальные. Если не провести полный курс лечения, то самые стойкие микроорганизмы выживут, приспособятся к этим лекарствам и при последующих заболеваниях они уже будут не чувствительными к данному антибиотику, или чувствительны, но к более высокой, не безвредной для организма, дозе.

Не допускается прием лекарств с истекшим сроком годности. Самое малое, что будет от этого — неэффективность лечения, а самое большое — непоправимый вред здоровью. Ведь при истечении сроков годности, реакция препаратов, при попадании в организм человека, может отличаться в худшую сторону от той, что предусмотрена инструкцией. Это же в равной мере касается и препаратов, которые хранились неправильно (не соблюдалась температура, влажность, световые предостережения).

Хранение лекарственных средств

Важную роль в оказании качественной и эффективной медицинской помощи играет правильное хранение лекарственных средств в ЛПО. В медицинской организации запасы лекарств, обеспечивающих 5–10-дневную потребность, размещаются в кабинетах и помещениях, находящихся в ведении старшей (главной) медицинской сестры, а запасы препаратов,

обеспечивающих суточную потребность, – в отделениях и на постах у медицинских сестер. Необходимо создать правильные условия для хранения лекарств с учетом их количества и физико-химических свойств, а также обеспечить сохранность от нежелательного или незаконного применения препаратов, особенно сильнодействующих, ядовитых и наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров.

Для хранения медикаментов на посту медсестры имеются шкафы, которые должны запираются на ключ.

- Лекарственные средства для наружного и внутреннего применения хранятся на посту медсестры в запирающемся шкафу на разных полках, имеющих обозначения «Для наружного применения», «Для внутреннего применения»;

- Лекарственные вещества для внутреннего применения медсестра группирует: в одну ячейку шкафа помещает препараты, понижающие артериальное давление, в другую – мочегонные препараты, в третью – антибиотики;

- Сильно пахнущие лекарства (линимент Вишневского, мазь «Финалгон») хранят отдельно, чтобы запах не распространялся на другие лекарственные средства. Также отдельно хранят легковоспламеняющиеся вещества (спирт, эфир);

- Спиртовые настойки и экстракты хранят во флаконах с плотно притертыми или хорошо завинчивающимися пробками, так как вследствие испарения спирта они со временем могут стать более концентрированными и вызвать передозировку. Препараты хранят в прохладном месте при температуре от + 8 до + 15°С в первичной и вторичной (потребительской) упаковке производителя;

- Препараты, требующие защиты от действия света (например, прозерин, нитрат серебра), следует хранить в защищенном от света месте. Во избежание попадания на указанные лекарственные препараты прямого солнечного или иного яркого направленного света, а также

ультрафиолетовых лучей нужно использовать светоотражающую пленку, жалюзи, козырьки и пр.;

- Скоропортящиеся средства (водные настои, отвары, микстуры, сыворотки, вакцины, ректальные суппозитории) хранят в холодильнике при температуре + 2... + 10°C. Срок хранения настоев, отваров, микстур в холодильнике не более 2-х суток;

- Все стерильные растворы в ампулах и флаконах хранят в процедурном кабинете;

- Отдельно, в технически укрепленных помещениях, соответствующих требованиям Федерального закона от 8 января 1998 г. № 3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах», хранятся:

- ✓ наркотические и психотропные лекарственные средства;

- ✓ сильнодействующие и ядовитые лекарственные средства, находящиеся под контролем в соответствии с международными правовыми нормами.

- Срок хранения стерильных растворов, изготовленных в аптеке под пергаментную обкатку, — три дня, а металлическую обкатку – 30 суток. Если за это время они не реализованы, их следует вернуть старшей медицинской сестре;

- Признаками непригодности являются:

- ✓ у *стерильных растворов* – изменение цвета, прозрачности, наличие хлопьев;

- ✓ у *настоев, отваров* – помутнение, изменение цвета, появление неприятного запаха;

- ✓ у *мазей* – изменение цвета, расслаивание, прогорклый запах;

- ✓ у *порошков, таблеток* – изменение цвета.

- Медсестра не имеет права:

- ✓ менять форму лекарственных средств и их упаковку;

✓ одинаковые лекарственные средства из разных упаковок соединять в одну;

✓ заменять и исправлять этикетки на лекарственных средствах;

✓ хранить лекарственные вещества без этикеток.

Помещения или места хранения лекарственных препаратов должны быть оборудованы кондиционерами, холодильниками, форточками, фрамугами, вторыми решетчатыми дверями – все это необходимо для создания температурных условий.

В помещениях, где хранятся лекарственные препараты, необходимо иметь приборы для регистрации параметров воздуха: термометры, гигрометры, психрометры. Медицинская сестра отделения во время рабочей смены один раз в день должна фиксировать в местах хранения лекарственных препаратов показания названных приборов в специальном журнале.

В домашних условиях для хранения лекарственных средств должно быть выделено отдельное место, недоступное для детей и людей с нарушением психики. Но в то же время лекарственные средства, которые человек принимает при болях в сердце или удушье, должны быть доступны в любой момент.

Хранение лекарственных средств в домашних условиях

У каждого из нас дома всегда хранится некоторый набор лекарств. Для того, чтобы лекарства из домашней аптечки всегда помогали и не могли Вам навредить, необходимо придерживаться определенных правил.

- Место для хранения лекарств должно быть недоступно для детей и домашних животных. Но в то же время, если добраться до лекарств будет слишком сложно, вы можете не успеть оказать срочную помощь пострадавшему или заболевшему члену семьи. Желательно разместить домашнюю аптечку на полке повыше или в запирающемся шкафчике;

- Лучше всего хранить лекарства в пластмассовых или металлических коробках. Для хранения домашней аптечки очень удобны готовые заводские контейнеры, которые выпускаются в виде кейса (чемоданчика), ящика или сумочки. Наличие нескольких отделений в таком контейнере позволяет разложить лекарства и медицинские изделия в определенном порядке. Допускается хранить лекарства и медицинские изделия в чистой картонной коробке;

- **Не допускайте детей к аптечке!** Если даете ребенку детские медикаменты, которые имеют приятный вкус, позаботьтесь о том, чтобы приятный вкус не ассоциировался у него с другими лекарствами. Пусть аптечка в вашем доме не привлекает его внимания! Не открывайте аптечку на виду у ребенка, не давайте ему играть с предметами из нее. Не будьте любопытство малыша;

- Храните лекарства в индивидуальных упаковках вместе с инструкцией по применению. Перед применением медикамента не полагайтесь на память или интуицию, обязательно сверьтесь с инструкцией;

- Следите за сроком годности лекарств. Лекарства фабричного изготовления обычно имеют достаточно длительные сроки хранения (в среднем 2-5 лет). Лекарства, изготовленные в аптеке, не рассчитаны на столь длительный срок хранения. Водные настои, микстуры, отвары, порошки портятся быстро. При комнатной температуре их можно хранить до 5-10 дней. Как только раствор мутнеет или в нем появляются хлопья, он становится непригодным к употреблению;

- Условия хранения должны быть такими, чтобы обеспечивать сохранность свойств лекарств и медицинских изделий на протяжении всего срока годности. Покупая в аптеке лекарство, обязательно обратите внимание на условия его хранения. Эти данные всегда приведены на внешней упаковке и в инструкции к препарату или изделию. Многие лекарства плохо переносят температуру выше 18-20°C, прямые солнечные лучи и влагу. Часто встречается надпись «Хранить в сухом прохладном, защищенном от света

месте». К подобным средствам относятся почти все глазные капли, некоторые препараты для ушей, свечи, мази, препараты на основе интерферона, некоторые препараты с бифидокультурами, инсулин. Такие препараты лучше размещать на дверце холодильника или на нижней полке, подальше от морозильной камеры (замораживать препараты нельзя, они теряют свои свойства). При комнатной температуре в затемненном месте, избегая нагрева солнечными лучами, обычно хранят твердые и газообразные (аэрозоли) лекарственные формы;

- Медикаменты необходимо хранить отдельно в соответствии с лекарственной формой — отдельно твердые лекарственные формы (таблетки, драже, гранулы, капсулы) и порошки, отдельно жидкие лекарства (капли, настойки, бальзамы), наружные (растворы, мази, кремы, линименты), отдельно перевязочный материал и медицинские изделия (термометр в защитной упаковке, перчатки, напальчники, пипетки, грелку, спринцовки, шприцы), отдельно травы;

- Ртутный градусник — небезопасный и легко бьющийся прибор;

- Вышедший из строя или отслуживший более 10 лет градусник заворачивают в бумагу, потом упаковывают в полиэтиленовый пакет и сдают либо в аптеку, где имеется пункт приема таких градусников, либо в специальную компанию, занимающуюся утилизацией таких приборов. Уточнить адрес пункта приема можно в администрации района;

- Что делать, если градусник разбился? Сначала вызвать МЧС. Разлившуюся ртуть собирать только в перчатках, помогая себе двумя листами бумаги или салфеткой (лейкопластырем). В труднодоступных местах можно воспользоваться спринцовкой. Обязательно проветрить квартиру. Осколки градусника, собранную ртуть, перчатки и бумагу до приезда МЧС держать в банке, закрытой полиэтиленовой крышкой. Место падения градусника обработать марганцовкой или хлоркой и промыть мыльной водой. **Ни в коем случае не выбрасывать разбитый градусник и ртуть в канализацию!**

- Лекарства во флаконах необходимо хранить плотно закрытыми, так как в открытом состоянии некоторые препараты могут испаряться, поглощать или выделять летучие вещества или вступать в реакцию с кислородом воздуха;

- Средства для обработки ран и ожогов во флаконах (перекись водорода, зеленка, йод) желательно хранить в емкости с непротекающим дном отдельно от других лекарств, чтобы они не растекались, не взаимодействовали с другими лекарствами и не окрашивали их;

- Лекарственные растения отличаются тем, что в сухом виде пылят и быстро впитывают запахи и влагу, плесневеют. Для хранения растений лучше не использовать полиэтиленовые пакеты. Для этой цели подходят картонные коробки, бумажные или тряпичные пакеты;

- Резиновые изделия (круги подкладные, грелки резиновые, пузыри для льда) храните слегка надутыми;

- Горчичники храните упакованными в пергаментную бумагу или полиэтиленовую пленку;

- Вскрытую упаковку глазных капель и капель в нос (уши) можно использовать не более 4 недель. При этом во избежание загрязнения раствора необходимо хранить флакон плотно закрытым и не допускать соприкосновения кончика пипетки с какой-либо поверхностью;

- Лекарства в виде аэрозолей оберегайте от ударов и механических повреждений;

- Проводите периодически ревизию лекарств (хотя бы раз в полгода). **Не храните лекарства с истекшим сроком годности!** Просроченные медикаменты представляют собой комбинацию веществ с непредсказуемым действием. **По истечении срока годности лекарство надо выбросить:**

- С таблетками, подлежащими утилизации, поступают следующим образом: освободить каждую от упаковки, завернуть в бумагу и выбросить в мусорное ведро. **Ничего не выбрасывайте в канализацию!**

- Не используйте препараты, если их качество вызывает у вас сомнения: расслоившиеся, пожелтевшие таблетки, настойки с кислым запахом, растворы с осадком. Загляните в инструкцию к препарату – допустимые отклонения физических свойств всегда указываются в инструкции. Для некоторых жидких лекарств допускается наличие небольшого количества осадка, это не влияет на их свойства;

- Пересыпать таблетки в другие пузырьки или отрезать части блистеров крайне нежелательно, так как при этом растет риск ошибок — принять не то лекарство или, в нужный момент, не обнаружить необходимых указаний на срок годности.

Процедуры, выполняемые по назначению врача

Доврачебные процедуры:

- подача лекарств по назначению врача;
- закапывание капель в нос, глаза, уши;
- постановка клизм;
- постановка компрессов;
- специальный уход за больными с пролежнями;
- профилактика пролежней.

Основной процедурой, выполняемой сиделкой является профилактика пролежней

Пролежни представляют собой омертвление (некроз) кожи и подлежащих тканей вследствие длительного сдавливания и нарушения местного кровообращения.

Пролежни чаще возникают там, где мягкие ткани зажаты между костным выступом и опорной поверхностью кровати или кресла. Возникают там, где нет мышц, например, в области крестца, седалищных бугров, больших вертелов. Далее – в порядке частоты возникновения: пятки, локти, затылок. При положении на боку такими местами будут являться: колени, края таза, локти. Плечи, мочки ушей.

Предрасположены к пролежням:

- Больные, прикованные к постели;
- Люди с нарушением кровообращения (трофики);
- Пациенты с сахарным диабетом;
- Грузные больные с большим весом и высокой влажностью кожи;
- Истощённые больные;
- Травматологические больные с неправильно наложенной гипсовой повязкой, корсетом;
- Пациенты с нарушениями нервной системы: ушиб спинного мозга, опухоли головного мозга, повреждение крупных нервных стволов. (Здесь для возникновения пролежня достаточно давления одеяла для их появления).

Стадии образования пролежней:

- Побледнение, затем покраснение кожи (гиперемия, эритема). Исчезает после смены положения тела пациента;
- Видимое истончение кожи на фоне эритемы, возникновение пузыря;
- Повреждение кожи и мышечной ткани;
- Повреждение мышечной ткани, сухожилий и даже костной ткани, сопровождаемое некрозом.

Профилактика возникновения пролежней:

- Уменьшение давления на кости. Это достигается частой (1 раз в 2-3 часа) сменой положения больного. Фактор «пролёживания» имеет критическое значение. Если больного, у которого возникли пролежни на крестце, оставить лежать на спине, рана никогда не заживёт;
- Больной должен получать сбалансированное питания. Коллаген требует белковой пищи. В рационе должны быть ежедневно фрукты, овощи. Полезно добавлять лимоны, шиповник, киви. Соблюдать питьевой режим;

- Больной должен лежать на очень мягком матрасе. Лучше приобрести противопролежневый матрас, или, хотя бы поролоновый. Матрас подбирают, учитывая вес больного;

- Бельё должно быть туго натянутым. Любая складка может травмировать чувствительную кожу таких больных. Нельзя также вытягивать из-под больных бельё, особенно мокрое. Для смены белья существуют специальные приёмы. На постели не должно быть крошек;

- Для профилактики пролежней надо 3-4 раза в день протирать неповреждённую кожу любым спиртосодержащим раствором. Можно использовать и 0,5% нашатырный спирт, 1% салициловый спирт, разведённый столовый уксус или водку (1-2 ст. ложки на пол-литра воды). Кожу надо обрабатывать бережно, не задевая слизистые и повреждённые участки кожи, это больно. Хороший результат даёт использование тонирующей жидкости из серии «Меналинд». Она может продаваться под разными названиями. Главное, чтобы в её состав входила камфара. Бывает в виде геля. Протирание неповреждённых участков кожи усиливает кровообращение. Небольшой массаж;

- Тщательный туалет больного после каждого опорожнения кишечника с последующим припудриванием;

- Не использовать твёрдые сорта мыла, лучше – жидкие или гель для душа при обмывании больного;

- Обучение больного приёмам самопомощи: приподниматься на руках, менять положение. По возможности осматривать себя;

- Использование специальных приспособлений: ватно-марлевых «баранок», рамок для одеял, специальных подушек, слабо- надутых кругов.

Лечение пролежней сводится к избавлению от инфекции и регенерации тканей. Если появился гной, назначают антибиотики. При необходимости проводят оперативное лечение – иссечение омертвевших тканей. Местное лечение направлено на то, чтобы не допустить переход сухого некроза во влажный. Рану обрабатывают перекисью водорода (только при наличии

гноя), 0,5% хлоргексидином, мирамистином, 0.9% физраствором, фурацилином. Закрывают асептической повязкой.

Лечение должно соответствовать стадии заболевания:

- 1-2 стадия, когда кожа сохранена при розово-красном цвете пролежня применяют цинковую мазь или защитный крем «Меналинд» (тоже с цинком). Если кожа выглядит, как синяк, пользуются гепариновой мазью. Можно воспользоваться защитной плёнкой «Гидрофилм». Она обеспечивает оптимальную среду для эпителизации кожи. Имеет поры, пропускающие воздух, но защищающие от микробов. Прозрачная, под ней всё хорошо видно;
- 3 стадия при повреждении кожного покрова: применяется мазь Вишневского, «Левомиколь», «Мультиферм» (повязка с хитозаном, ферменты которого расщепляют белки бактерий, имеет мощный регенерационный эффект. Нижний слой повязки из целлюлозы, не прилипает к ране, не вызывает аллергии). Эти препараты используют при розовом цвете пролежня. При фиолетовом или жёлто-сером цвете применяют мазь «Ируксол», немецкие гидроколлоидные салфетки «Гидроколл» (они переводят ранней секрет в гель, превращаясь в пузырь. Содержат коллаген для восстановления соединительной ткани.) или российские коллагеновые губки «Метураком»;
- 4 стадия – глубокие пролежни. Применяют «Альгипор» — повязку из бурых водорослей. Меняют по мере промокания или рассасывания 1 раз в 1-3 суток. Применяют «Карипазим» — вещество с ферментом папайи. Разводят новокаином, делают компресс. В заключительном этапе ведения пролежней применяют ЭМАЛАН гель, солкосерил, актовегин. КОМФИЛ – прозрачную защитную повязку. Они способствуют заживлению, предотвращают появление трещин эпителия. Очень хороший эффект на всех стадиях лечения пролежней даёт гель «Промтосан». Предупреждает и лечит инфекции, причём в труднодоступных местах: в фистулах, дивертикулах, в трещинах. Содержит 2 активных

вещества: одно уничтожает микробов, другое способствует проникновению первого в раны. Им можно увлажнять раневые повязки, салфетки, турунды при перевязке с целью удаления засохших материалов. Для фиксации повязок лучше употреблять гипоаллергенный пластырь – он щадит кожу.

Традиционно многие хотят найти мазь, чтобы лечить пролежень. Но применение только антисептических средств часто не приводит к желаемому результату. При этом уже давно существует много различных средств, которые по эффективности на много порядков выше уже названных. В наше время пролежни лечат при помощи лечебных покрытий, которые активно влияют на рану (очищают от гноя и некроза, стимулируют регенерацию тканей) и одновременно поддерживают оптимальные условия для влажного заживления. При этом из лечения исключаются: марганцовка, йод, зелёнка и перекись водорода. Все эти средства вызывают ожог тканей и плохо помогают заживлению. Никогда не приступайте к лечению, предварительно не очистив пролежень от некротических тканей и гноя при помощи специальных средств («Протеокс-ТМ», ПАМ-Т). Некрозы – на вид беловатые или серые кусочки тканей, которые при правильном лечении отторгаются и легко удаляются из раны. Максимальные перспективы в лечении пролежней связаны с использованием раневых повязок нового поколения.

Требования к современным раневым повязкам

Современные средства существенно отличаются от традиционных. Под термином «раневое покрытие» подразумевается не только привычный текстиль (марля, сетка, нетканое полотно), но и плёнки, губки, гидроколлоиды, гели и их комбинации. Изменились взгляды на оптимальные условия заживления ран. Теперь считается, что влажная среда благоприятствует протеканию репарационных процессов. Из этого следует, что раневая повязка должна не только дренировать поверхность, но и поддерживать оптимальный микроклимат (в частности воздухо- и паропроницаемости). Рану следует промывать физ. раствором или хлоргексидином. При прилипании повязки следует смочить её раствором

новокаина и оставить на некоторое время Главную роль в осуществлении перечисленных функций перевязочного материала принадлежит полимерной матрице. Действие интерактивной повязки на рану происходит без участия традиционного химического и биологического действия веществ группы антисептиков и стимуляторов заживления. Заживление происходит за счёт свойств самой повязки (хотя и существует группа комбинированного воздействия, но она невелика). Даже некролиз может быть достигнут не только путём хирургической обработки, но и консервативным способом – применением интерактивных повязок. В основе лежит ПРИНЦИП ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ НА РАЗЛИЧНЫЕ СТАДИИ РАНЕВОГО ПРОЦЕССА. РАНЕВАЯ ПОВЯЗКА объединяет свойства перевязочного материала и лекарственного средства одновременно. Использование готовых к употреблению, стерильных, герметично упакованных раневых повязок существенно облегчает уход за раной.

Основы гигиены

Гигиена как наука представляет собой очень широкое понятие, охватывающее практически все стороны жизни людей. Слово «гигиена» произошло от греческого *hygienos*, что означает «*приносящий здоровье*». Определений Гигиене очень много, но, пожалуй, все они означают одно: **гигиена – это наука об улучшении и сохранении здоровья человека.**

Гигиена включает в себя множество разделов, таких как: гигиена питания, гигиена детей и подростков, гигиена труда, спортивная гигиена, личная гигиена, коммунальная гигиена, гигиена окружающей среды, военная гигиена и т.д. Так как тематика сайта полностью входит в понятие «Гигиена», то для простоты понимания в данном разделе сайта мы охватим лишь тему Личной гигиены.

Личная гигиена — свод правил поведения человека в быту и на производстве. В узком понимании гигиена — это гигиеническое содержание тела, одежды и предметов домашнего обихода. Нарушения требований личной гигиены могут сказаться на здоровье как одного человека, так и очень

больших групп людей (коллективы предприятий, семьи, члены различных сообществ и даже жители целых регионов).

Правила личной гигиены

- **Гигиена тела.** Кожа человека защищает весь организм от всевозможных воздействий окружающей среды. Соблюдение чистоты кожи чрезвычайно важно, ведь кроме защитной функции, она выполняет следующие функции: терморегулирующую, обменную, иммунную, секреторную, рецепторную, дыхательную и другие функции.

- ✓ Мойтесь ежедневно теплой водой. Температура воды должна быть 37-38 градусов, т.е. немного выше нормальной температуры тела. Через кожный покров человека за неделю выделяется до 300 г сала и до 7 литров пота. Чтобы защитные свойства кожи не нарушались необходимо эти выделения регулярно смывать. В противном случае на коже создаются благоприятные условия для размножения болезнетворных микробов, грибов и других вредных микроорганизмов;

- ✓ Принимать водные процедуры (ванна, душ, баня) с применением мочалки необходимо не реже одного раза в неделю;

- ✓ Следите за чистотой рук и ногтей. Открытые участки кожи особенно подвержены загрязнению. Грязь, содержащая болезнетворные микробы может попасть с рук в рот через пищу. Дизентерию, например, называют болезнью грязных рук. Руки нужно мыть до посещения туалета и обязательно после туалета, перед едой и после приема пищи, после контакта с животными (как уличными, так и домашними). Если Вы находитесь в дороге, то руки необходимо протереть влажной салфеткой, чтобы устранить хоть некоторое количество микробов;

- ✓ Ноги нужно мыть каждый день прохладной водой и мылом.

Холодная вода уменьшает потовыделение.

- **Гигиена волос.** Правильный уход за кожей головы и волос нормализует деятельность сальных желез, а также улучшает кровообращение и обменные процессы. Поэтому к процедуре мытья головы необходимо относиться ответственно.

- ✓ Голову необходимо мыть по мере загрязнения. Сказать точное количество раз невозможно. Частота мытья волос зависит от различных факторов: длины волос, типа волос и кожи головы, характера работы, времени года и т.д. Зимой, как правило, голову моют чаще, потому что головной убор не дает коже головы дышать, из-за чего кожного сала выделяется гораздо больше чем обычно;

- ✓ Не стоит мыть волосы горячей водой. Волосы могут стать очень жирными, так как горячая вода активизирует работу сальных желез. Кроме этого, такая вода помогает моющим средствам (мылам и шампуням) оседать на волосах в виде серого налета, который сложно смывать;

- ✓ Тщательно относитесь к выбору средств по уходу за волосами (шампуни, бальзамы, лосьоны и т.п.). Волосы очень хорошо впитывают воду, а с ней и вещества, которые могут навредить волосам, коже головы и организму в целом;

- ✓ После полоскания волосы полезно обдать прохладной водой;

- ✓ Вытирать голову после мытья желательно теплым полотенцем, а затем дать волосам просохнуть на воздухе. Феном пользоваться нежелательно, поскольку он очень сушит волосы;

- ✓ При расчесывании волос недопустимо использование чужих расчесок;

- **Гигиена полости рта.** Правильный уход за ротовой полостью способствует сохранению зубов в хорошем состоянии на долгие годы, а также помогает предупредить очень многие заболевания внутренних органов.

- ✓ Чистить зубы необходимо ежедневно утром и вечером;

✓ Недопустимо пользоваться зубной щеткой другого человека;

✓ После приема пищи обязательно полощите рот;

✓ При появлении первых признаков заболевания зубов или десен незамедлительно обращайтесь к стоматологу;

✓ Для профилактического осмотра посещайте стоматолога не реже двух раз в год.

• **Гигиена нательного белья и одежды и обуви.** Немаловажную роль в личной гигиене занимает чистота нашей одежды. Одежда защищает тело человека от загрязнений, механических и химических повреждений, охлаждения, попадания насекомых и так далее.

✓ Нательное белье необходимо менять после каждого мытья, т.е. каждый день;

✓ Носки, гольфы, чулки, колготки меняются ежедневно;

✓ Одежду необходимо регулярно стирать;

✓ Недопустимо ношение чужой одежды и обуви;

✓ Одежда и обувь должны соответствовать климатическим условиям;

✓ Желательно отдавать предпочтение одежде из натуральных тканей, и обуви из натуральных материалов;

✓ Покрой одежды и обуви должен учитывать анатомические особенности и соответствовать размеру человека.

• **Гигиена спального места.**

✓ У каждого члена семьи должны быть свое полотенце и своя постель;

✓ Постельное белье необходимо менять еженедельно;

✓ Спальное место должно быть удобным;

✓ Перед сном необходимо проветривать спальное помещение;

✓ Перед сном нательное белье рекомендуется менять на ночную сорочку или пижаму;

✓ Старайтесь не допускать на постель домашних животных.

Гигиенические процедуры: порядок действий

Обтирание больного

Если больной не может принять ванну или душ, ему устраивают влажное обтирание.

Подготовка к процедуре:

Сначала больному разъясняют, какая процедура будет проводиться, и стараются в какой-то степени привлечь его к участию в ней.

Затем подготавливают оборудование:

- если необходимо, устанавливается ширма для изоляции данного больного от других;
- большая, примерно 220 * 140 см, клеенка;
- перчатки и фартук для лица, производящего процедуру;
- шампунь для тела;
- таз с водой температурой 35-37 градусов;
- шампунь и рукавичка для намыливания;
- простыня и полотенце.

Порядок действий:

- больного отгораживают ширмой, надевают фартук и перчатки;
- под тело больного подводится клеенка;
- рядом с кроватью ставится таз с теплой водой;
- обтирают части тела больного в следующем порядке: шея, грудь, живот, руки, спина, ягодицы, ноги, паховая область, промежность. Обтирая какую-либо часть тела влажной рукавичкой, смоченной водой с разведенным в ней шампунем, споласкивают рукавичку и протирают еще раз. Вымытую часть тела следует хорошенько растереть полотенцем и прикрыть простыней, чтобы больной не переохладился;

- убирают клеенку, надевают на больного чистое белье, уносят воду, снимают фартук и перчатки;
- следует после процедуры обязательно убедиться, что больной себя хорошо чувствует, что не наступило охлаждение или ухудшение самочувствия.

Мытьё ног

Лежачим больным самостоятельно помыть ноги не под силу, поэтому процедуру выполняет сиделка. Больному объясняется суть процедуры, следует получить согласие на ее проведение.

Подготавливают оборудование: перчатки, клеенку, таз с водой температуры 35-37 градусов, шампунь для тела, махровое полотенце.

Больной во время процедуры может лежать или сидеть.

Обработка складок кожи

Больным, особенно с повышенным весом и склонным к потливости, следует часто обмывать складки кожи под молочными железами и на животе, паховые складки и подмышечные области – для профилактики опрелостей. Через поврежденную кожу при опрелостях микробы могут проникнуть в и без того ослабленный организм. Особенно если имеют место повышенная влажность кожи, ограничение двигательной активности, недержание мочи и кала, неспособность больного к самостоятельным действиям.

Больному следует объяснить, для чего проводятся регулярные осмотры проблематичных зон.

Порядок действий:

- напомнить больному о необходимости проведения процедуры;
- осмотреть все вышеперечисленные проблемные складки и впадины;
- готовят присыпку, тазик с водой, надевают перчатки;
- обмывают проблемные зоны, тщательно осушают их махровым полотенцем;

- показывают больному емкость с присыпкой, читают вслух ее название, затем открывают банку и через мелкие отверстия встряхивающими движениями припудривают кожу.

Если получение больным ванны или душа противопоказано, его обтирают ватным тампоном, смоченным раствором фруктового или винного уксуса (50 г на литр воды), теплым камфорным спиртом или теплой водой. Кожу вытирают насухо, при необходимости припудривают присыпкой.

Умывание больного

Оно проводится как в гигиенических целях, так и для повышения жизненного тонуса и улучшения самочувствия пациента. Проводится в случаях, когда двигательная активность отсутствует или утрачены самостоятельные навыки.

Больному объясняют, как будет производиться процедура, спрашивают о желаемой температуре воды, рассказывают о последовательности движений.

- приготавливают рукавичку, таз, воду желаемой температуры, полотенце;
- моют руки;
- на руку надевают рукавичку, смачивают водой и отжимают;
- влажной рукавичкой обтирают лицо, уши, шею больного;
- промокают кожу полотенцем;
- уносят воду, моют руки.

Следует убедиться, что больному не доставлено неудобства. Если он сам хочет принять участие в мытье, поощряйте стремление к самообслуживанию.

Гигиена ротовой полости

Это важная часть ухода: ведь многие больные не могут самостоятельно очищать полость рта, особенно если в ней находятся стационарные или съемные протезы.

Во время процедуры больной сидит или полулежит. Грудь его закрывают водонепроницаемым материалом. Промывание производится при помощи специальной кружки со съёмным индивидуальным наконечником или резинового баллона. Сначала полость рта обрабатывается слабым раствором бикарбоната натрия (пищевой соды) – 1 ст.л. на 1 литр воды. Щека удерживается широким шпателем, чтобы струю жидкости можно было направить в задние отделы челюстей, через межзубные промежутки – в полость рта. Больному подносится кружка, куда он может сплевывать. Затем вся ротовая полость обрабатывается бледно-розовым раствором бикарбоната натрия.

Промывания проводят с утра (вместе с умыванием) после каждого приема пищи и перед отходом ко сну. Обязательно должны выниматься и обрабатываться съёмные протезы. Их моют на глазах у больного зубной щеткой с пастой или мылом, прополаскивают, затем устанавливают на место.

Бритьё

Оно способствует созданию эмоционального комфорта, облегчает мытьё лица.

Следует приготовить:

- салфетку;
- резиновые перчатки;
- индивидуальную электробритву или безопасную бритву, кисточку и крем для бритья (если у больного есть крем после бритья – его достают тоже);
- миску с теплой водой;
- полотенце.

Больному объясняется суть процедуры. Он должен располагаться полусидя.

Выполнение процедуры:

- приносится миска с водой (нагретой примерно до 40 градусов), раскладывается оборудование, надеваются перчатки;

- салфетка смачивается, отжимается и накладывается на лицо больного на 1-2 минуты;
- после снятия салфетки лицо больного либо выбривается электробритвой, либо после нанесения кисточкой пены (крема) производится бритье, при этом свободная рука слегка натягивает кожу в направлении, противоположном движениям бритвы;
- лицо протирается влажной салфеткой, затем сухой, по желанию больного на кожу лица наносится крем после бритья;
- уносится оборудование, снимаются перчатки, моются руки.

Мытьё головы

Проводится сиделкой при ограничении двигательной активности больного или утраты самостоятельных навыков. Больному следует объяснить суть процедуры.

Подготовка к процедуре:

- устанавливается подголовник или снимается верхняя спинка кровати, больной удобно размещается;
- подготавливаются перчатки, таз и кувшин;
- рядом размещаются шампунь и махровое полотенце.

Голову смачивают, массирующими движениями наносят на волосы шампунь, осторожно, чтобы не замочить больного, сливают воду из кувшина и промывают волосы. Затем их сразу оборачивают махровым полотенцем и тщательно высушивают, чтобы больной не простудился. Потом расчесывают индивидуальной расческой. Голову, при отсутствии противопоказаний, мыть следует не реже раза в неделю.

Стрижка волос

Больному объясняют, какая процедура будет производиться. Затем подготавливается оборудование:

- клеенчатый фартук и перчатки;
- этанол (70% р-р);
- ножницы и индивидуальная расческа;

- машинка для стрижки волос;
- щетка для обметания головы и шеи;
- таз для сжигания волос и спички.

Выполнение процедуры:

- надевают фартук и перчатки;
- больного усаживают на покрытую клеенкой табуретку или кушетку. Плечи больного покрывают простыней или парикмахерским пеньюаром;
- придвигают столик с разложенным оборудованием;
- женщинам волосы подстригаются ножницами при помощи расчески, мужчинам волосы состригают машинкой. Если имеется кожное заболевание или при осмотре головы больного замечены гниды, больной наклоняется, и процедура проводится над тазиком;
- снимают пеньюар с плеч, удобно укладывают больного;
- выносят таз из помещения наружу и сжигают волосы;
- снимают фартук и перчатки, моют руки.

Уход за ногтями

Это важно как с точки зрения гигиены и безопасности больного, так и в целях повышения его настроения.

Если больной не может подстричь ногти сам, эту процедуру выполняет сиделка. Только обязательно объясните больному суть процедуры.

Чтобы подстричь ногти на руках, требуются: мисочка с водой, куда добавлено жидкое мыло; резиновые перчатки, индивидуальные ножнички, крем для рук. Чтобы подстричь ногти на ногах, нужен тазик (вода с жидким мылом), индивидуальные щипчики для стрижки ногтей, крем для ног. Под рукой должно быть и дезинфицирующее средство для обработки возможной ранки, возникшей при стрижке.

Руки (или ноги) больного помещаются в теплую мыльную воду на 2-3 минуты. Одна рука (нога) помещается на полотенце, обсушивается, ногти стригутся один за другим ножничками или щипчиками. После стрижки

следует еще раз осушить кожу и обработать кисти рук (стопы ног) кремом. Ногти на руках стригутся овалом, на ногах – поперек. Если случайно повреждена кожа, ее смазывают антисептическим средством.

Затем можно снять перчатки и вымыть руки.