

ПОНЯТИЕ О НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЯХ, ПРИЧИНЫ И ФАКТОРЫ, ИХ ВЫЗЫВАЮЩИЕ

Неотложные состояния (несчастные случаи) – происшествия, в результате которых наносится вред здоровью человека или появляется угроза его жизни. Неотложное состояние характеризуется внезапностью: это может произойти с каждым человеком, в любое время и в любом месте.

Люди, пострадавшие в результате несчастного случая, нуждаются в немедленной медицинской помощи. При наличии поблизости врача, фельдшера или медицинской сестры за первой помощью обращаются к ним. В противном случае помощь должны оказать люди, находящиеся рядом с пострадавшим.

От своевременности и правильности действий по оказанию скорой медицинской помощи зависит тяжесть последствий неотложного состояния, а иногда и жизнь пострадавшего, поэтому каждый человек должен обладать навыками оказания первой медицинской помощи при неотложных состояниях.

Выделяют следующие виды неотложных состояний:

- травмы;
- раны;
- термические травмы;
- отравления;
- укусы ядовитых животных;
- приступы болезней;
- последствия стихийных бедствий;
- радиационные поражения и др.

Комплекс мер, необходимых пострадавшим в каждом из видов неотложных состояний, обладает рядом особенностей, которые необходимо учитывать при оказании им помощи.

При выявлении причин, способствующих развитию неотложного состояния, возможны две ситуации - причины неотложного состояния известны или причины неотложного состояния неизвестны.

Во всех случаях выявления причины неотложного состояния важное значение следует придавать так называемым организационным мероприятиям по диагностике, как-то:

- тщательно исследовать место происшествия; внимательно осмотреть вещи больного (документы, лекарства и т.п.);
- своевременно направить на токсикологическое, бактериологическое исследование пищу, промывные воды, подозрительные вещества, обнаруженные у больного;
- одним из обязательных организационных принципов ведения таких больных является преемственность, включающая в себя перечень и оценку основных клинических синдромов, последовательность их появления, изменения в «количественном» отношении; перечень всех проведенных исследований и т. д.;
- при заполнении истории болезни, медицинской документации необходимо по часам контролировать возникновение новых клинических проявлений, введение лекарств и их эффективность, консультации старших товарищей и врачей других специальностей и т.д.

ПОНЯТИЕ «ПЕРВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ», ПРИНЦИПЫ ЕЕ ОКАЗАНИЯ

Первая медицинская помощь — это комплекс простейших медицинских мероприятий, осуществляется людьми, не обязательно имеющими специальное медицинское образование. Уровень первой медицинской помощи не предполагает использования каких-либо специальных медицинских инструментов, лекарств или оборудования.

Основная цель первой медицинской помощи — является умение оказать помощь человеку, получившему травму или страдающему от внезапного приступа заболевания, до момента прибытия квалифицированной медицинской помощи, такой как бригада скорой помощи.

Принципы оказания:

· Оптимальный срок оказания первой медицинской помощи - до 30 мин. после получения травмы, при отравлении - до 10 мин. При остановке дыхания это время сокращается до 5 - 7 мин. Важность фактора времени подчёркивается хотя бы тем, что среди лиц, получивших первую медицинскую помощь в течение 30 мин. после травмы, осложнения возникают в два раза реже, чем у лиц, которым помощь была оказана позже этого срока.

· Время от момента травмы, отравления и других несчастных случаев до момента получения помощи должно предельно сокращено.

· Прежде всего, необходимо прекратить действие повреждающих факторов: извлечь из-под завалов или воды, потушить горящую одежду, вынести из горящего помещения или зоны заражения ядовитыми веществами, извлечь из машины и т. д.

· Важно уметь быстро и правильно оценить состояние пострадавшего. При осмотре сначала установить, жив он или мёртв, затем определить тяжесть поражения, состояния, продолжается ли кровотечение.

Признаки жизни:

1. Наличие пульса на сонной артерии;

2. Наличие самостоятельного дыхания. Устанавливается по движению грудной клетки, по дыхательному шуму;

3. Реакция зрачка на свет. Если открытый глаз пострадавшего закрыть рукой, а затем быстро отвести её в сторону, то зрачок сузится.

Признаки смерти:

1. Отсутствие пульса на центральных артериях;

2. Отсутствие реакции зрачка на свет;

3. Помутнение и высыхание роговицы глаз;

4. При сдавливании глаза с боков пальцами зрачок сужается и напоминает кошачий глаз;

5. Появление трупных пятен и трупного окоченения.

Помните, что нельзя:

1. Трогать и перетаскивать пострадавшего на другое место, если ему не угрожает огонь, обвал здания, если ему не требуется делать искусственное дыхание и оказывать срочную медицинскую помощь. Накладывая повязку, шину, не делайте того, что причинит дополнительную боль, ухудшит самочувствие;

2. Вправлять выпавшие органы при повреждении грудной и особенно брюшной полостей;

3. Давать воду или лекарство для приёма внутрь пострадавшему без сознания;

4. Прикасаться к ране руками или какими-либо предметами;

5. Удалять видимые инородные тела из раны брюшной, грудной или черепной полостей. При попытке их удаления возможны значительные кровотечения или другие осложнения. До прибытия скорой помощи накройте перевязочным материалом и осторожно забинтуйте;

6. Оставлять на спине пострадавшего без сознания, особенно при ноте и рвоте. В зависимости от состояния его нужно повернуть на бок или, в крайнем случае, повернуть вбок его голову;

7. Снимать одежду и обувь у пострадавшего в тяжёлом состоянии, следует лишь разорвать или разрезать;

8. Позволять пострадавшему смотреть на свою рану. Оказывайте помощь спокойно и уверенно, успокаивая и подбадривая его;

9. Попытаться вытащить потерпевшего из огня, воды, здания, грозящего обвалом, не приняв должных мер для собственной защиты. Перед тем как оказывать первую медицинскую помощь, осмотритесь, чтобы вовремя заметить возможный источник опасности - угрозу обвала, пожар, взрыв, разрушение зданий и т. д.

Держите его в тепле, используйте все возможности для его согревания, при отсутствии одеял и грелок, применяйте бутылки с горячей водой, кирпичи и камни, нагретые на костре. Если у пострадавшего не повреждены брюшные органы и он в сознании, давайте ему как можно больше питья, лучше всего воды с добавлением соли (одна чайная ложка) и питьевой соды (половина чайной ложки) на 1 литр воды. При повреждениях брюшной полости вместо питья следует прикладывать к губам смоченные водой салфетки, носовые платки, губки.

ТЕРМИНАЛЬНЫЕ СОСТОЯНИЯ. ПРИЗНАКИ И ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКОЙ И БИОЛОГИЧЕСКОЙ СМЕРТИ

ТЕРМИНАЛЬНЫЕ СОСТОЯНИЯ – состояния пограничные между жизнью и смертью, критический уровень расстройства жизнедеятельности с катастрофическим падением АД, глубоким нарушением газообмена и метаболизма. Классификация терминального состояния: предагония, агония, клиническая смерть. Кроме того, к терминальным состояниям относят также состояние оживленного организма после реанимации.

Клиническая и биологическая смерть

Своеобразное переходное состояние между жизнью и смертью, начинается с момента прекращения деятельности центральной нервной системы, кровообращения и дыхания и продолжается в течение короткого промежутка времени, пока не разовьются необратимые изменения в головном мозге. С момента их наступления смерть расценивается как биологическая (в контексте этой статьи я уравниваю понятия социальной и биологической смерти ввиду необратимости процессов, происшедших в организме). Таким образом, главной динамической характеристикой клинической смерти является возможная обратимость этого состояния.

Во время клинической смерти дыхание, кровообращение и рефлексы отсутствуют, однако клеточный обмен веществ продолжается анаэробным путем. Постепенно запасы энергетиков в мозге истощаются, и нервная ткань умирает.

Принято считать, что в обычных условиях срок клинической смерти у человека составляет 3...6 мин. Клиническую смерть констатируют в момент полной остановки кровообращения, дыхания и выключения функциональной активности ЦНС. Непосредственно после остановки и прекращения работы легких обменные процессы резко понижаются, однако полностью не прекращаются благодаря наличию механизма анаэробного гликолиза. В связи с этим клиническая смерть является состоянием обратимым, а ее продолжительность определяется временем переживания коры больших полушарий головного мозга в условиях полной остановки кровообращения и дыхания.

На длительность периода клинической смерти оказывают влияние вид умирания, его продолжительность, возраст пациента, температура его тела при умирании. Так при помощи глубокой искусственной гипотермии (снижение температуры тела человека до 8-12 °С) можно продлить состояние клинической смерти до 1-1,5 часов.

После клинической смерти в тканях (прежде всего в клетках коры головного мозга) возникают необратимые изменения, определяя уже состояние биологической смерти, при которой полного восстановления функций различных органов достичь не удастся.

Наступление биологической смерти устанавливается как по прекращению дыхания и сердечной деятельности, так и на основании появления так называемых достоверных признаков биологической смерти: снижение температуры тела ниже 20 °С, образование через 2-4 часа после остановки сердца трупных пятен (возникают вследствие скопления крови в нижерасположенных участках тела), развитие трупного окоченения (уплотнение мышечной ткани).

РЕАНИМАЦИЯ

Реанимация— восстановление жизненно важных функций организма (прежде всего дыхания и кровообращения). Реанимацию проводят тогда, когда отсутствует дыхание и прекратилась сердечная деятельность или обе эти функции угнетены настолько, что практически и дыхание, и кровообращение не обеспечивают потребности организма. Основными методами Р. являются искусственное дыхание и массаж сердца.

Шансы больного выжить тем выше, чем раньше начаты реанимационные мероприятия (их нужно начинать не позднее, чем через одну минуту от момента начала сердечной катастрофы). Правила проведения основных реанимационных мероприятий:

Если у больного отсутствуют реакции на внешние раздражители, немедленно переходите к пункту 1 настоящих Правил.

1. Попросите кого-нибудь, например, соседей вызвать «Скорую помощь».
2. Правильно уложите реанимируемого, обеспечив проходимость дыхательных путей. Для этого:
 - больного нужно уложить на ровную твердую поверхность и максимально запрокинуть ему голову.
 - для улучшения проходимости дыхательных путей из ротовой полости нужно извлечь съемные зубные протезы или иные инородные тела. В случае рвоты, голову больного поверните набок, а содержимое из полости рта и глотки удалите при помощи тампона (или подручных средств).
3. Проверьте наличие самостоятельного дыхания.
4. Если самостоятельного дыхания нет, начните искусственную вентиляцию легких. Больной должен лежать в описанной ранее позе на спине с резко запрокинутой кзади головой. Позу можно обеспечить подкладыванием под плечи валика. Можно удерживать голову руками. Нижняя челюсть должна быть выдвинута вперед. Оказывающий помощь делает глубокий вдох, раскрывает рот, быстро приближает его ко рту больного и, плотно прижав губы ко рту, делает глубокий выдох, т.е. как бы вдвывает воздух в его легкие и раздувает их. Чтобы воздух не выходил через нос реанимируемого, зажмите его нос пальцами. Затем оказывающий помощь откидывается назад и вновь делает глубокий вдох. За это время грудная клетка больного спадается – происходит пассивный выдох. Затем оказывающий помощь вновь вдвывает воздух в рот больного. Из гигиенических соображений, лицо больного перед вдвуханием воздуха можно прикрыть платком.
5. Если на сонной артерии отсутствует пульс, искусственную вентиляцию легких обязательно нужно сочетать с проведением непрямого массажа сердца. Для проведения непрямого массажа расположите руки одну на другой так, чтобы основание ладони, лежащей на груди, находилось строго на срединной линии и на 2 пальца выше мечевидного отростка. Не сгибая рук и используя собственную массу тела, на 4-5 см плавно смещайте грудину к позвоночнику. При этом смещении происходит сдавление (компрессия) грудной клетки. Проводите массаж так, чтобы продолжительность компрессий была равной интервалу между ними. Частота компрессий должна составлять около 80 в минуту. В паузах руки оставляйте на груди больного. Если Вы проводите реанимацию в одиночестве, проделав 15 компрессий грудной клетки, сделайте подряд два вдвухания воздуха. Затем повторите непрямой массаж в сочетании с искусственной вентиляцией легких.
6. Не забывайте постоянно контролировать эффективность Ваших реанимационных мероприятий. Реанимация эффективна, если у больного розовеет кожа и слизистые оболочки, сузились зрачки и появилась реакция на свет, возобновилось или улучшилось спонтанное дыхание, появился пульс на сонной артерии.
 - Продолжайте реанимационные мероприятия до прибытия бригады скорой помощи.

ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА, ПРИЧИНЫ, ФАКТОРЫ РИСКА, ПРИЗНАКИ, ПРОФИЛАКТИКА.

Ишемическая болезнь сердца – это собирательное понятие, которое включает в себя состояние, которое развивается при недостаточности коронарного аппарата, проявляется при:

- § Стенокардии,
- § Инфаркте миокарда.

Страдают ИБС люди самого разного возраста, однако чаще всего она встречается у представителей старшего поколения.

Причины:

- Стресс,
- Малоподвижный образ жизни,
- Атеросклероз сосудов,
- Ожирение,
- Резкая смена погоды,
- Злоупотребление алкоголем и курение,
- Гипертонический криз
- Менопауза у женщины
- наследственность

Симптомы:

Стенокардия:

∅ Боли в области сердца, за грудиной, усиливаются при нагрузке, стрессе, уменьшаются в покое,

∅ Длительность болевого приступа 15-30 минут.

Инфаркт:

∅ Боли в области сердца (отмирание сердечной мышцы), не снимаются препаратами, не зависят от нагрузки, затягиваются на несколько часов

I медицинская помощь:

ü Успокоить человека,

ü Обеспечить покой (физический, психический),

ü Дать под язык таблетку нитроглицерина,

ü Если боли не снимаются, то через 3-5 минут повторить дозу препарата и так можно до 3- раз,

ü Если лекарств нет, то на область сердца наложить горчичники

ü Вызвать скорую помощь и госпитализировать

Профилактика:

Если выполнять определенные условия, можно значительно снизить риск развития заболевания.

o Диета должна быть малосолевой, с невысоким содержанием животных жиров и богатой калием. Естественно, ее стоит обсудить с Вашим доктором.

o Для профилактики ишемической болезни сердца нужно вести подвижный образ жизни, однако соизмеряя свои силы.

o Воспринимайте жизнь с удовольствием, не раздражайтесь из-за пустяков,

o Правильно питайтесь, старайтесь не полнеть,

o В меру занимайтесь спортом,

o Воздерживайтесь от курения и алкоголя.

ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ, ПРИЧИНЫ, ФАКТОРЫ РИСКА, ПРОФИЛАКТИКА

Гипертоническая болезнь – это заболевание, основным признаком которого является повышение артериального давления, обусловленное нарушением регуляции тонуса сосудов и работы сердца и не связанное с органическими заболеваниями каких либо органов или систем организма.

Причины:

· Мужчины в большей степени предрасположены к развитию артериальной гипертонии, особенно в возрасте 35-50 лет. Однако после наступления менопаузы риск значительно увеличивается и у женщин.

· Повышенное артериальное давление наиболее часто развивается у лиц старше 35 лет, причем чем старше человек, тем, как правило, выше цифры его артериального давления.

· Острое или длительное эмоциональное перенапряжение,

· Нарушение функции эндокринных желез,

· Курение,

· Употребление в пищу большого количества поваренной соли,

· Профессии, требующие большой ответственности и повышенного внимания,

· Недостаточный сон,

· Травмы центральной нервной системы,

· Генетическая предрасположенность.

· Ожирение

Профилактика:

Физические упражнения. Любые физические упражнения способствуют повышению физической работоспособности. Упражнения, направленные на тренировку выносливости (общеразвивающие, дыхательные упражнения, занятия на тренажерах, плавание, ходьба, бег), приводят к заметному эффекту.

Низосолевая диета. Количество поваренной соли следует ограничить до 5 грамм (1 чайная ложка) в день. Следует учесть, что многие продукты (сыры, копчености и соленья, колбасные изделия, консервы, майонез, чипсы) сами по себе содержат много соли.

Ограничение животных жиров. Постепенно вытесните из своей диеты сливочное масло, сыры, колбасы, сметану, сало и жареные котлеты дополнительным количеством овощей и фруктов, растительного масла и нежирной рыбы. Предпочитайте обезжиренные молочные продукты.

Психологическая разгрузка. Стресс — одна из основных причин повышения давления. Поэтому так важно освоить методы психологической разгрузки — аутотренинг, самовнушение, медитацию. Важно стремиться видеть во всем положительные стороны, находить в жизни радости, работать над своим характером, меняя его в сторону большей терпимости к чужим недостаткам, оптимизма, уравновешенности. Пешие прогулки, спорт, хобби и общение с домашними животными также помогают поддерживать душевное равновесие.

Отказ от вредных привычек. Вредные привычки и артериальная гипертония — страшное сочетание, которое в большинстве случаев ведет к трагическим последствиям.

Немедикаментозная терапия. Помимо уже неоднократно упоминавшейся гипертонической диеты, терапия может включать дыхательные упражнения, легкий массаж, акупунктуру, иглоукалывание, рефлексотерапию, нормализацию сна, соблюдение режима дня, прием натуральных и синтетических витаминов, антиоксидантов, пищевых добавок и общеукрепляющих сборов трав.

Измерение артериального давления. Делайте это ежедневно, а полученные цифры записывайте в специальную тетрадь, которую нужно обязательно раз в 2-3 месяца показывать своему лечащему врачу.

ПЕРВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ СТЕНОКАРДИИ И ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

Стенокардия или инфаркт миокарда

Место возникновения боли при стенокардии и инфаркте миокарда одинаковое. Главными отличиями болей при инфаркте миокарда являются:

- сильная интенсивность болей;
- продолжительность более 15 минут;
- боли не прекращаются после приема нитроглицерина.

Стенокардия - форма ишемической болезни сердца. Ишемическая болезнь сердца характеризуется недостаточным снабжением сердечной мышцы кислородом.

Причины стенокардии:

- спазмы пораженных атеросклерозом сосудов сердца;
- физическое и нервно-эмоциональное напряжение;
- резкое охлаждение организма.

Симптомы:

Ø Приступ стенокардии обычно длится не более 15 минут. Больной испытывает за грудиной чувство тяжести, стеснения и боли давящего характера, отдающие в левую лопатку, шею, левую руку.

Действия по оказанию первой помощи:

- ÿ Уложите больного и обеспечьте покой.
- ÿ Дайте таблетку нитроглицерина под язык.
- ÿ На область сердца можно поставить горчичник.
- ÿ Дайте валокордин или корвалол по 25-30 капель.
- ÿ При продолжении приступа дайте вторую таблетку нитроглицерина.
- ÿ Если после повторного приема нитроглицерина в течение 10-15 минут приступ не прекратится - дайте больному 1 таблетку обезболивающего (баралгин, спазган или максиган).

Дальнейшие действия:

- ÿ При стенокардии необходимо наблюдение у терапевта.
- ÿ При длительном непрекращающемся приступе стенокардии вызовите больному скорую медицинскую помощь (тел. 03). Все дальнейшие действия определит врач.

Инфаркт миокарда происходит, когда артерия, доставляющая кислород к сердечной мышце, оказывается заблокированной. Недостаток кровоснабжения приводит к повреждению сердечной мышцы. Обычно при инфаркте миокарда возникает боль в груди, которая продолжается более 15 минут. Однако инфаркт миокарда может протекать скрыто – без каких-либо симптомов.

У многих людей «предвестники» инфаркта миокарда возникают за несколько часов, дней или даже недель до приступа. Наиболее ранним предупредительным сигналом может быть периодически возникающая боль в груди, которая появляется при нагрузке и проходит в состоянии покоя (стенокардия).

Симптомы:

∅ Неприятное ощущение давления, переполнения или давящая боль в центре грудной клетки. Боль может сохраняться в течение нескольких минут или возникать периодически. Иногда она появляется при нагрузке и проходит в состоянии покоя.

∅ Продолжительная боль в верхней части живота.

∅ Дискомфорт или боль, распространяющаяся из грудной клетки в плечо, шею, челюсть, зубы, одну или обе руки.

∅ Одышка

∅ Головокружение, обморок

∅ Повышенное потоотделение

∅ Тошнота

I медицинская помощь:

ü больного уложить, приподнять изголовье, повторно дать таблетку нитроглицерина под язык, а в измельченном виде (разжевать) 1 таблетку аспирина;

ü дополнительно принять 1 таблетку анальгина или баралгина, 60 капель корвалола или валокордина, 2 таблетки панангина или оротата калия, поставить горчичник на область сердца;

ü срочно вызвать бригаду скорой медицинской помощи («03»).

ПЕРВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОМ КРИЗЕ И ИНСУЛЬТЕ

Гипертонический криз – кратковременный подъем артериального давления (граница 140/90!)

Причины:

- эмоциональный стресс,
- резкая смена погоды.
- Гиподинамия,
- Ожирение
- Наследственность
- Поражение почек

Симптомы криза:

∅ Головокружение,

∅ Шум в ушах,

∅ Мелькание мушек перед глазами,

∅ Рвота,

∅ Сердцебиение

∅ Слабость,

∅ Головные боли

I медицинская помощь:

ü Принять лекарства, понижающие давление - ДИБАЗОЛ – 1 таблетка (но-шпа), если совсем нет – то успокаивающее средство (30-40 капель на 50 мл воды) – валериана, пустырник, карвалол.

ü Если нет и этого, то накладывают горчичник на затылок и можно грелку к ногам,

ü Вызвать скорую помощь.

Инсульт – острое нарушение мозгового кровообращения. Бывает:

- Ишемический (в сосудах),
- Геморрагический (кровоизлияние)

Признаки:

- ∅ Потеря сознания,
- ∅ Рвота,
- ∅ Изменение цвета кожи (лицо становится красным)
- ∅ Нарушение дыхания, одышка
- ∅ Паралич конечностей,
- ∅ Ассиметрия лица,
- ∅ Нарушение речи.

I медицинская помощь:

- ü Обеспечить психологический и физический контроль,
- ü Уложить горизонтально,
- ü Обеспечить доступ свежего воздуха,
- ü Голову обложить холодными компрессами, ноги в тепло,
- ü Дать средство, понижающее давление или успокаивающее средство, или глицин (4 таблетки с интервалами 15 минут по 2)

ПЕРВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Острая сердечная недостаточность - ситуация при которой в короткие сроки значительно уменьшается кровоснабжение организма из-за снижения сократительной функции левого желудочка.

Причины:

- ∅ Инфаркт миокарда,
- ∅ Гипертонический криз
- ∅ Острая пневмония
- ∅ При отравлениях
- ∅ При поражениях головного мозга

Симптомы:

Затруднение вдоха, одышка, появление розовой пенистой мокроты.

I медицинская помощь:

- ü Горизонтальное положение нельзя! Принять сидячее положение,
- ü Обеспечить доступ свежего воздуха,
- ü Теплая ванна для ног,
- ü Нитроглицерин под язык до 3-х таблеток через 3-5 минут,
- ü Если лекарств нет – накладывают жгут на плечи и бедра.

ПЕРВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОСТРОЙ СОСУДИСТОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Острая сосудистая недостаточность — недостаточность периферического кровообращения, сопровождающаяся низким артериальным давлением и нарушением кровоснабжения органов. Острая сосудистая недостаточность развивается в результате резкого снижения тонуса сосудов. При этом емкость сосудистого русла превышает объем находящейся в нем крови. Важнейшие органы, в том числе мозг, испытывают недостаток в кислороде, перенося кровью, что приводит к нарушению и даже выключению их функции.

Различают три формы острой сосудистой недостаточности: обморок, шок, коллапс.

Характеризуется обмороком, потерей сознания из за уменьшения притока к крови к головному мозгу.

Причины:

- ∅ Голод
- ∅ Анемия
- ∅ Физическая усталость
- ∅ Беременность

- Ø Гипертоническая болезнь
- Ø Эмоциональные состояния

Симптомы:

Нехватка воздуха, слабость, головокружение, потемнение в глазах, бледность кожи и слизистых, резкое снижение давления.

I медицинская помощь:

- ÿ придать горизонтальное положение, голова должна быть ниже туловища,
- ÿ необходимо обеспечить приток свежего воздуха,
- ÿ освободить одежду,
- ÿ дать понюхать нашатырный спирт.

ОСНОВНЫЕ ПРИЗНАКИ И НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Дыхательная недостаточность - это состояние, при котором возможности легких ограничены, и они не могут обеспечить нормальный газовый состав артериальной крови при дыхании.

Дыхательная недостаточность может быть легочной, когда она обусловлена поражением самих легких, и нелегочной - при поражении других систем, обеспечивающих газообмен в легких (сердце, мышцы, нервы).

Если дыхательная недостаточность развивается в течение нескольких минут или часов, она называется острой, например, при приступе астмы, попадании инородного тела в дыхательные пути. Хроническая дыхательная недостаточность продолжается многие месяцы и годы, она сопровождается такими заболеваниями легких как хронический бронхит, эмфизема.

Причинами острой и хронической дыхательной недостаточности являются:

- Острые и хронические заболевания дыхательной системы
- Заболевания сердца с застоем в малом круге кровообращения
- Поражения центральной нервной системы, мышц, нервов
- Тяжелые (критические) состояния любой природы.

Признаки:

- Ø жалоба на затруднение дыхания - одышка различной степени.
- Ø удушье, человек говорит, что он задыхается.
- Ø учащается дыхание, оно становится поверхностным, неритмичным
- Ø человек занимает вынужденное положение - сидит, упираясь в кровать, стул,
- Ø кожа становится синюшной,
- Ø пульс очень частый, кровяное давление сначала повышается, а затем снижается,
- Ø может быть нарушение ориентации, потеря сознания,
- Ø хроническая проявляется одышкой.

Неотложная помощь.

- ÿ восстановление и поддержание свободной проходимости и дренирование дыхательных путей;
- ÿ улучшение легочной вентиляции и легочного газообмена;
- ÿ устранение сопутствующих нарушений кровообращения.
- ÿ положение — полусидячее;
- ÿ ингаляция кислорода;
- ÿ бета2-адреномиметики (астмопент, сальбутамол, беротек) в ингаляторах, не больше двух доз. Предварительно встряхнув, брызнуть на вдохе за корень языка два раза;
- ÿ эуфиллин 2,4 % в / в: взрослым — 5 мл, детям — 0,5 мл / год жизни;
- ÿ если эти меры не помогают, то ввести глюкокортикоиды: преднизолон 1 мг / кг или дексаметазон 4–8 мг в / в.
- ÿ при неэффективности — вызвать реанимационную бригаду для госпитализации.

ПРИСТУП БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ, ПРИЧИНЫ, СИМПТОМЫ, ПМП.

БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА - хроническое рецидивирующее заболевание с преимущественным поражением дыхательных путей. Бронхиальная астма - это заболевание дыхательных путей, сопровождается изменением чувствительности, реактивности бронхов и проявляющееся приступом удушья, или при отсутствии таковых, симптомами дыхательного дискомфорта, сопровождающимися обратимой бронхиальной обструкцией на фоне наследственной предрасположенности к аллергическим заболеваниям, вне лёгочных признаков аллергии.

Приступ удушья возникает при перевозбуждении некоторых отделов вегетативной нервной системы, вызывающем спазм мелких бронхов и выделение густой, вязкой слизи. Чаще приступ начинается внезапно, ночью. В этот момент больной вынужден принять сидячее положение. У него резко затруднен выдох, уже на расстоянии слышно затрудненное дыхание.

Продолжительность приступа — от нескольких минут до нескольких часов. Прекращение приступа сопровождается выделением густой, вязкой мокроты. Дыхание восстанавливается, больной успокаивается и засыпает.

Признаки:

- Свистящее дыхание
- Одышка.

Симптомы:

- ∅ Затруднение вдоха,
- ∅ Шумное свистящее дыхание,
- ∅ Больной бледен, испуган, лицо покрыто испариной
- ∅ Изменение цвета кожи (синюшность губ, кончика носа, щек)
- ∅ Вынужденное положение.

I медицинская помощь:

- ü Обеспечить приток свежего воздуха,
- ü Придать больному сидячее положение,
- ü Провести ингаляцию (БЕРОТЕК, АСТМОМЕНТ,...), нельзя делать более трех нажатий подряд,
- ü Давать щелочное питье (сода 2% - 2 чайные ложки на 1 литр воды)
- ü Таблетки ЭУФИЛИН,
- ü Теплые ножные ванны.

Причины бронхиальной астмы. Общим патогенетическим механизмом, присущим разным вариантам бронхиальной астмы, является изменение чувствительности и реактивности бронхов, определяемое по реакции проходимости бронхов в ответ на воздействие физических и фармакологических факторов. Считают, что у 1/3 больных (преимущественно у лиц, страдающих атоническим вариантом болезни) астма имеет наследственное происхождение. В возникновении аллергических форм астмы играют роль небактериальные (домашняя пыль, пыльца растений и др.) и бактериальные (бактерии, вирусы, грибы) аллергены.

ОТЕК КВИНКЕ, ПРИЧИНЫ СИМПТОМЫ, ПЕРВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ.

Отек Квинке – аллергическая реакция, которая проявляется на лице, опухают губы, веки, щеки. Опасно тем, что может отекать гортань и глотка.

Причины:

- Укус насекомых,
- Пищевая аллергия,
- Запахи.

Симптомы:

- ∅ Нарушение дыхания,
- ∅ Синюшность кожи.

I медицинская помощь: (зависит от причины)

от пищи –

• то промывают желудок активированным углем (1 таблетка на 10 кг веса),

• очистительная клизма,

• дача антигистаминных препаратов (супрастин, димидрол, тавегил)

при укусах:

• все тоже + обработать само место укуса,

• на область шеи - холод, чтоб снять отек.

КРОВОТЕЧЕНИЕ, ВИДЫ КРОВОТЕЧЕНИЙ, ОПАСНОСТИ КРОВОПОТЕРИ.

Кровотечение — потеря крови из кровеносной системы. Кровь может истекать из кровеносных сосудов внутрь организма или наружу, либо из естественных отверстий, таких как влагалище, рот, нос, анальное отверстие, либо через повреждение кожи. В норме у человека имеется около 4-5 литров крови. Опасной для жизни является потеря 1/3 объема крови, но при быстрой кровопотере больные могут погибнуть и при потере меньшего количества крови. Мужчины хуже переносят кровопотерю, чем женщины.

Кровотечения бывают различными, и вследствие этого отличаются и подходы к оказанию первой помощи.

Классификация кровотечений:

- по характеру поврежденного сосуда:

1. Артериальное. Видна пульсирующая струя алой крови;

2. Венозное. Отмечается истечение темной крови;

3. Капиллярное. Обычно небольшое кровотечение со всей поверхности раны, останавливается самостоятельно;

4. Паренхиматозное - вид капиллярного кровотечения из паренхиматозного органа (печени, селезенки, костного мозга), но в отличие от капиллярного паренхиматозное кровотечение самостоятельно не останавливается.

- по сообщению с внешней средой различают наружное, внутреннее и скрытое кровотечение.

1. Наружное - кровь истекает непосредственно во внешнюю среду, поэтому его легко диагностировать.

2. Внутреннее - истекающая кровь не имеет сообщения с внешней средой (истечение крови происходит во внутренние полости или в ткани организма). При кровотечении в ткани организма может формироваться кровоизлияние, т.е. диффузное пропитывание тканей кровью, или гематома - скопление крови в тканях с образованием полости.

3. Скрытое - истекающая кровь имеет сообщение с внешней средой опосредованно.

а) желудочно-кишечное кровотечение - проявляется рвотой "кофейной гущей" или с примесью крови или появлением кашицеобразного стула абсолютно черного цвета;

б) легочное кровотечение - проявляется кровохарканьем;

в) кровотечение из мочевых путей - проявляется появлением крови в моче.

Кроме вышеперечисленных симптомов, могут появляться и так называемые общие симптомы: бледность кожных покровов, холодный пот, слабость, головокружение, обморочные состояния, сухость во рту, мелькание "мушек" перед глазами, сердцебиение, учащение пульса.

Опасность кровопотери

Опасность любого кровотечения состоит в том, что в результате него падает количество циркулирующей крови, ухудшаются сердечная деятельность и обеспечение тканей (особенно головного мозга), печени и почек кислородом. При обширной и длительной кровопотере развивается малокровие (анемия). Очень опасна кровопотеря у детей и лиц пожилого возраста, организм которых плохо приспосабливается к быстро уменьшающемуся объёму циркулирующей крови. Большое значение имеет то, из сосуда какого калибра истекает кровь. Так, при повреждении мелких сосудов образующиеся кровяные сгустки (тромбы) закрывают их просвет, и кровотечение останавливается самостоятельно. Если же нарушена целостность крупного сосуда, например артерии, то кровь бьет струей, истекает быстро, что может привести к смертельному исходу буквально за

несколько минут. Хотя при очень тяжелых травмах, например, отрыве конечности, кровотечение может быть небольшим, так как возникает спазм сосудов.

Опасность связана с развитием геморрагического шока. Тяжесть его обусловлена интенсивностью, продолжительностью кровотечения и объемом потерянной крови. Быстрая потеря ведет к острой анемии, гипоксии головного мозга и может закончиться смертью больного.

РАНЫ, ХАРАКТЕРИСТИКА РАН, ПРИЗНАКИ РАН, ОСЛОЖНЕНИЯ

Рана - повреждение тканей организма вследствие механического воздействия, сопровождающиеся нарушением целостности кожи, слизистых оболочек и склеры. Наблюдается часто в быту, реже на производстве.

Признаки раны: боль, зияние, кровотечение.

Виды ран: колотые, ушибленные, резаные, скальпированные, огнестрельные, рубленые, укушенные, зараженные, отравленные, рваные.

Симптомы

- Колотые раны характеризуются небольшой зоной повреждения тканей. Раны в области грудной клетки и живота могут представлять большую опасность, т. к. при длинном ранящем предмете возможны повреждения внутренних органов груди и живота. При колотых ранениях конечностей оказание неотложной помощи необходимо в случаях, когда имеется повреждения магистральных сосудов и нервов. Колотая рана это когда входное отверстие меньше глубины раневого канала (эти раны как правило не кровят!).

- Ушибленные раны возникают под воздействием тупого ранящего орудия большой массы или обладающего большой скоростью. Форма их неправильная (извилистая, звездчатая), края неровные. Эти раны, как правило, очень сильно болят, но не кровят. Наблюдается при автотравмах, сдавлении тяжелыми предметами. Обычно сильно загрязнены. Наличие в ране большого количества омертвевших ушибленных тканей делает эти раны особенно опасными в отношении развития инфекции. Разновидностью ушибленных ран являются: рваные и рвано-ушибленные раны.

- Скальпированные раны - при которых наблюдается отслойка кожи и клетчатки с полным отделением их от подлежащих тканей. Часть кожи обычно утрачена. При автотравмах скальпированные раны возникают в тех случаях, когда автотранспортное средство какое-то время волочит пострадавшего по асфальту. Обширные скальпированные раны опасны из-за наличия значительной кровопотери, шага и возможности последующего омертвления кожных лоскутов.

- Резаные раны - результат воздействия острого режущего орудия (нож, стекло, металлическая стружка). Края раны - ровные, форма веретенообразная, рана не болит, но очень сильно кровит. Размер их не менее 0,5 см. Эти раны наиболее благоприятны в плане заживления. Могут сопровождаться значительной кровопотерей, если даже не повреждены крупные сосуды, т.к. сосуды стенок и дна раны длительно зияют. Разновидностью резанных ран являются рубленые раны (это раны, которые наносятся при помощи острого и тяжелого предмета - рана очень похожа на резанную, но боль как при рваной ране - за счет попадания по кости).

- Укушенные раны - наносят чаще всего собаки, редко дикие животные. Раны неправильной формы, загрязнены слюной животного. Опасны после укусов бешенных животных.

- Огнестрельные раны. В мирное время наиболее часто встречаются дробовые ранения, значительно реже пулевые, и крайне редко осколочные. Это очень серьезное повреждение: кость, кожа, клетчатка, сосуды, сухожилия. При дробовом ранении, нанесенном с близкого расстояния, образуется огромная рваная рана, края которой обожжены порохом и дробью. При пулевых ранах входное отверстие округлой формы и сопровождаются большим разрушением ткани. Диагноз ранения затруднен только в случае бессознательного состояния пострадавшего и при множественных ранениях, когда часть ран при невнимательном осмотре может быть пропущен. Определяют локализацию, размер и глубину раны, характер кровотечения из раны (артериальное, венозное, капиллярное и т. д.) имеется ли повреждение мышечно важных структур (на конечностях, лице, магистральных сосудов и нервов, на туловище - органов груди и живота, на шее -

магистральных сосудов, трахеи, пищевода, на голове - повреждение головного мозга. При ранениях в области спины обследуют больного с целью установления повреждения спинного мозга.

- Зараженные раны - если занесли заразу.

- Отравленные раны - занесена отравка.

Осложнения ран.

Кровотечение..

Инфекция. Чаще всего рана инфицируется гноеродными бактериями. Кроме инфицирования раны гноеродными бактериями бывают случаи заражения и иными микробами. Чрезвычайно опасны палочки столбняка, попадающие в рану из земли, пыли, помета. В таких случаях возникает заболевание столбняком.

Газовая гангрена возникает при заражении раны микробами, размножающимися в инфицированных ранах без доступа воздуха. В таких случаях при сдавливании области раны слышится крепитация (скрип), обусловленная образующимися пузырьками газа. Пораженная кожа красного цвета; у больного сильно повышается температура, пострадавший может погибнуть.

РАНЕВАЯ ИНФЕКЦИЯ. СТОЛБНЯК, ПРИЧИНЫ, ПРИЗНАКИ, ПРОФИЛАКТИКА

Раневая инфекция - осложнение раневого процесса, возникающее при размножении в ране болезнетворных микроорганизмов; может проявляться местными (нагноение) и общими (лихорадка, слабость, раневое истощение) симптомами. Тяжелые формы общей Р. и. — сепсис, столбняк. Возбудители Р. и.: стафилококки, синегнойная и кишечная палочки и др.; нередко наблюдаются ассоциации этих микроорганизмов; реже — возбудители анаэробной инфекции. Микроорганизмы попадают в рану всегда, однако при достаточной сопротивляемости организма и тканей раны и своевременной первичной хирургической обработке инфекция обычно не развивается. Профилактика Р. и.: полноценная первичная хирургическая обработка раны. Лечение направлено на подавление инфекционного начала и на повышение защитных свойств организма больного.

Столбняк - острая инфекционная болезнь, проявляющаяся поражением нервной системы, сведением мышц шеи,; в связи с чем наблюдаются трудности при жевании и глотании, сведением околоушных, спинных мышц и, наконец, судорогами дыхательной мускулатуры и удушьем.

При подозрении на столбняк следует немедленно начать лечение, в противном случае неизбежно наступает смерть пострадавшего.

Источник инфекции Столбняка - животные и человек. Посредниками передачи инфекции являются фекалии и почва. Столбняк развивается при проникновении возбудителя в организм через раневую поверхность.

Причины возникновения Столбняка

Clostridium tetani - анаэробные грамположительные палочки (в виде барабанных) со жгутиками, образуют споры, устойчивые к воздействию физических и химических факторов, вырабатывают два экзотоксина: тетаноспазмин, тетанолизин

Споры возбудителя, попав в повреждения кожи, переходят в вегетативную форму. Вегетативные формы размножаются, вырабатывают экзотоксин. Экзотоксин распространяется в организме по окружающим тканям, лимфатическим путям, нервным стволам. Тетаноспазмин поражает локальные нервные центры, спинной, продолговатый мозг, ретикулярную формацию ствола, что приводит к развитию судорог. Тетанолизин способен нарушать эритроциты человека.

Столбняк классифицируют по распространенности: генерализованный, местный, бульбарный. По степени тяжести: легкая, средняя, тяжелая. Осложнения: пневмония, абсцессы, мышечные контрактуры, разрывы мышц, переломы.

Признаки Столбняка

Инкубационный период Столбняка - в среднем 3-14 дней. Заболевание начинается остро и проявляется судорогами жевательных мышц, ригидностью мышц шеи, затруднением глотания (дисфагия), судорогами мимических мышц («сардоническая улыбка»), затем развиваются генерализованные тонические судороги других групп мышц (опистотонус), лихорадка, выраженные

астеновегетатив-ные нарушения. Сознание больного сохраняется. Местный столбняк проявляется болями, тоническими судорогами мышц в области раны. При бульбарном столбняке происходит избирательное поражение мышц лица, глотки, гортани, сосудодвигательного и дыхательного центров.

Лечение Столбняка проводят в стационаре. Терапию проводят противостолбнячной сывороткой или противостолбнячным анатоксином. Судороги купируют нейролептиками и транквилизаторами. Для лечения бактериальных осложнений столбняка применяют антибиотики.

Эффективным средством борьбы с данным заболеванием является профилактическая прививка против столбняка

Профилактика столбняка:

1. Для непривитых ранее вводится

а. 1 Мл анатоксина подкожно

б. Через 0.5 часа вводят 0.1 мл разведенной противостолбнячной сыворотки внутривенно.

Через 20 минут смотрят папулу. Если она более 1 см, то реакция считается положительной и дальнейшее введение сыворотки делать не следует. При отрицательной реакции вводится 0.1 мл подкожно. Через 20 минут при отрицательной реакции общее введение сыворотки доводится до 3000 антитоксических единиц.

2. Для привитых вводится 0.5 мл анатоксина.

ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕТСКОГО ТРАВМАТИЗМА, ПРИЧИНЫ, ПРОФИЛАКТИКА

Травматизм детский во всех странах становится предметом особой озабоченности широкого круга лиц и работников различных специальностей. В настоящее время от травм и несчастных случаев умирает во много раз больше детей, чем от детских инфекционных заболеваний. В возникновении повреждений существенное значение имеют анатомо-физиологические и психологические особенности детей, их физическое и умственное развитие, недостаточность житейских навыков, повышенная любознательность и т. п. При анализе детского и школьного травматизма учитывают, что каждая возрастная группа имеет свои особенности. Необходимо обучать детей правильному поведению дома, на улице, в общественных местах, при занятиях спортом. Выделяют следующие виды детского травматизма: 1) бытовой; 2) уличный (связанный с транспортом, нетранспортный); 3) школьный; 4) спортивный; 5) прочий. К детскому бытовому травматизму относят травмы, возникающие в домашней обстановке, во дворе, в детских дошкольных учреждениях. Наиболее тяжелыми из них являются ожоги (преимущественно у детей грудного возраста) и переломы. Довольно часто у детей от 1 до 3 лет встречаются повреждения связочного аппарата локтевого сустава как следствие резкого потягивания ребенка за руку. Среди причин выделяют ушибы (30-35 %), травмы при падении (22-20 %), повреждения острыми предметами (18-20 %), термическое воздействие (15-17 %). Травмы объясняются преимущественно недостаточным надзором за детьми.

Причины детского бытового травматизма

- неправильный уход и недостаточный надзор за ребенком;
- отсутствие порядка в содержании домашнего хозяйства (незакрытые выходы на крыши, незащищенные перила лестничных проемов, открытые люки подвалов, колодцев, не огражденные траншеи при земляных работах, отсутствие ограждений ремонтируемых зданий, небрежное хранение материалов на стройках и др.);
- недостаток специальной мебели и ограждений в квартирах, игровых площадок, невоспламеняющейся одежды;
- дефекты воспитания дома и в школе, отсутствие навыков правильного поведения в местах общего пользования и др.
- дети не организованы, предоставлены улице, нет достаточного количества спортивных площадок, нет достаточного количества секций.

Профилактика детского травматизма является важной медико-социальной проблемой

- обучение и выработка соответствующих навыков;

- пропаганда использования средств безопасности;
- оказание поддержки путем домашних посещений;
- коррекция условий окружающей среды;
- повышение безопасности предметов потребления;
- законодательные и административные меры, а также контроль за их исполнением;
- экспериментальные программы на уровне местных сообществ.

Родители должны:

учить детей правильному поведению на улице, по возможности не оставлять одних.
обращать внимание на обувь ребёнка. Она должна быть удобной, на небольшом каблучке, подошва нескользкой.

спортом, спортивными играми ребёнок должен заниматься только в спортивной одежде.
изучать с детьми правила дорожного движения.

организовать свободное время ребёнка, особенно в период каникул.

оборудовать дворцовые площадки для детских игр, не занимать их автотранспортом.

постоянно учитывать особенности развития и поведения ребенка раннего возраста.

как можно раньше начинать формирование у ребенка навыков безопасного поведения, травматологической настороженности. Наилучшей формой такого воспитания являются игры, в предупреждении травм у детей существенное значение имеет уровень физического развития ребенка..

создать для ребенка травмобезопасную среду пребывания.

очень важен и личный пример поведения родителей на улице, в транспорте, дома.

ТРАВМЫ, ТРАВМАТИЧЕСКИЙ ШОК, ПРИЗНАКИ, ПРОФИЛАКТИКА

ТРАВМА – АНАТОМИЧЕСКИЕ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ ТКАНЕЙ И ОРГАНОВ ПРИ ДЕЙСТВИИ ФАКТОРОВ ВНЕШНЕЙ СРЕДЫ: УШИБ, РАНА, РАЗРЫВ СВЯЗОК, ПЕРЕЛОМ КОСТИ, ВЫВИХ В СУСТАВЕ, ОЖОГ, ОТМОРОЖЕНИЕ. ТРАВМЫ МОГУТ БЫТЬ:

• Механические (удар, давление, расяжение)

• Физические

• Химические (действие кислот, щелочей, СДЯВ)

• Психические

• Острые (сильные, одномоментные)

• Хронические

• ОТКРЫТЫЕ — ПОВРЕЖДАЮТСЯ ПОКРОВЫ ОРГАНИЗМА

• Закрытые — кожа и слизистые оболочки остаются целыми

Травмы, которые однозначно сопровождаются травматическим шоком:

1. Открытые переломы, чем больше повреждённая кость, тем больше повреждено сосудов, тем больше кровопотеря.

2. Закрытые переломы бедра или плеча.

3. Множественные переломы, в этом случае кровопотери суммируются.

4. Множественный перелом рёбер - перелом трёх и более рёбер.

5. Травма живота, сопровождающаяся кровотечением, в том числе и внутреннем.

6. Гемоторекс - повреждение лёгкого с кровоизлиянием в плевральную полость лёгкого.

7. Открытая черепно-мозговая травма.

8. Травма костей таза, особенно если кровотечение в области таза, в том числе внутреннее.

Травматический шок - тяжелое состояние организма, возникающее как реакция на болевое раздражение или кровотечение, которое вызывает нарушение функций ГМ и желез внутренней секреции. Это осложнение сопровождается резким ослаблением кровотока в артериях, венах и капиллярах вследствие снижения тонуса сосудистых стенок, относительно большой кровопотери и выраженного болевого синдрома.

Признаки травматического шока.

• Наличие травм у пострадавшего.

· На начальном этапе пострадавший ощущает сильную боль и сигнализирует о ней криком, стоном, словами. В последующем пострадавший может только издавать слабый стон, вводя в заблуждение спасателей. Такое поведение обусловлено шоковым состоянием, а не ослаблением болевых ощущений.

- Заторможенность пострадавшего.
- Выраженная бледность пострадавшего.
- Тахикардия, частое дыхание,
- Выделение липкого пота.
- Разговор шепотом
- Возможно кровотечение вследствие травм.

Первая помощь при травматическом шоке.

1. Остановка кровотечения.
2. Введение обезболивающего средства – любого, начиная от таблеток до инъекций.
3. Наложение стерильной повязки на поврежденные кожные покровы.
4. Транспортная иммобилизация при переломе. Транспортная иммобилизация – мощный фактор профилактики шока, так как она препятствует подвижности костных отломков в зоне перелома, что уменьшает боль и предупреждает возникновение (усиление) кровотечения.
5. Обеспечение полного покоя пострадавшего.
6. Согревание потерпевшего.
7. Вызов «Скорой помощи». Если потерпевший в состоянии шока, его транспортируют лежа в положении «перочинного ножа» (ноги подняты, но не более чем на 15-20°).

ПРОФИЛАКТИКА

Ранняя и бережная госпитализация при тяжелых травмах без шока, ранняя остановка кровотечения, местная анестезия области перелома.

ПЕРЕЛОМЫ. ПРИЗНАКИ, ЗАКРЫТЫЕ И ОТКРЫТЫЕ ПЕРЕЛОМЫ, ОСЛОЖНЕНИЯ

Перелом - это полное или частичное нарушение целостности кости, возникшее при внешнем механического воздействия.

Типы переломов:

Есть два типа переломов: открытые и закрытые. При закрытом переломе кость сломана или треснута, но кожа не повреждена. При открытом переломе кость не только повреждена, но и видна на поверхности. Открытый перелом часто сопровождается сильным кровотечением. При открытых переломах также часто возникают инфекции.

Признаки перелома

- Локальная (местная) болезненность.
- Припухлость мягких тканей над переломом, кровоизлияние в них.
- При открытых переломах - рваная рана с видимыми отломками кости.
- Нарушение функции конечности
- Опухоль, кровоподтеки и нарушение формы и длины конечности, например укорачивание и кривизна.
- Ненормальная подвижность в месте перелома.
- Поврежденная конечность не функционирует вообще или ограниченно функционирует.
- Ощущение хруста при попытках движения (крепитация).
- Возможные признаки шока.

Осложнения при переломах

По своей природе различают осложненные и неосложненные переломы. Наиболее частые осложнения возникают непосредственно сразу после перелома: травматический шок, повреждение внутренних органов, кровотечение, жировая эмболия, раневая инфекция, остеомиелит (инфекционное заболевание костной ткани или костного мозга) и сепсис (нагноение).

Проблемы могут возникнуть и в ходе лечения. Например, у пожилых людей переломы нередко сопровождаются пневмонией и обострением всех ранее приобретенных недугов, а у хронических алкоголиков переломы могут провоцировать тяжелые формы неврозов.

При закрытых переломах в некоторых случаях развивается некроз кожи в результате прямой травмы или давления отломков кости изнутри. При закрытых переломах редко возникает нагноение гематомы. При открытых переломах наиболее частыми осложнениями являются поверхностное или глубокое нагноение раны, остеомиелит, значительно реже развивается анаэробная инфекция. У пострадавших с множественными, сочетанными повреждениями и открытыми переломами, наряду с шоком возможна жировая эмболия. При переломах, сопровождающихся длительным раздавливанием конечности, может наблюдаться синдром длительного сдавления при сочетанном повреждении магистральных сосудов — анемия. К поздним осложнениям перелома относят неправильное сращение отломков, замедленное сращение, несросшиеся переломы и ложные суставы. При около- и внутрисуставных переломах наиболее частыми осложнениями являются посттравматический деформирующий артроз, контрактуры, посттравматический отек. Также может возникать метеочувствительность и ложные суставы, тромбоэмболия, гематомы.

ПРИНЦИПЫ И СПОСОБЫ ИММОБИЛИЗАЦИИ

Иммобилизация - создание неподвижности (обездвижение) конечности или другой части тела при повреждениях, воспалительных или иных болезненных процессах, когда поврежденному (больному) органу или части тела необходим покой.

Различают иммобилизацию временную, или транспортную, и постоянную, или лечебную.

Транспортная иммобилизация проводится в порядке оказания первой помощи (например, при травме) на время транспортировки пострадавшего в лечебное учреждение. При огнестрельных ранах транспортная иммобилизация необходима даже при отсутствии перелома, если имеется значительное повреждение мягких тканей, т. к. покой в большой степени предупреждает развитие инфекции. Для временной иммобилизации применяют различного вида шины, а при отсутствии шин — различные подручные средства: доски, палки, пучки прутьев и т. п. При транспортной иммобилизации конечностей необходимо фиксировать два сустава (выше и ниже места повреждения), а при переломе плеча и бедра — три крупных сустава конечности.

Постоянная иммобилизация — важнейший лечебный фактор, т. к. благодаря фиксации в правильном положении костных отломков при переломах создаются условия для благоприятных биологических процессов развития костной мозоли; при ранах мягких тканей иммобилизация способствует скорейшему их заживлению, при воспалительных процессах — скорейшему их затиханию.

После оперативных вмешательств или вправления отломков при переломах для иммобилизации конечности применяют неподвижные, чаще всего гипсовые, повязки, фиксационные аппараты различных систем (аппараты Гудушаури, Илизарова и т. д.), а также вытяжение.

Широко применяют постоянную иммобилизацию при заболеваниях и повреждениях позвоночника (в виде кроваток, корсетов и т. д.), при нагноительных процессах (флегмона кисти, тендо-вагиниты, миозиты и т. д.). Гипсовые повязки применяют не только в стационарах, но и в поликлинической практике: при переломах мелких костей кисти, лучевой кости в типичном месте, лодыжки и т. д. Повязки накладывают с соблюдением правил и приемов гипсовой техники. Неправильно наложенная повязка, сдавливая ткани, может вызвать отек, пролежень и даже гангрену конечности, а также привести к контрактуре.

В травматологии и ортопедии иммобилизацию обеспечивают с помощью различных конструкций, вводимых в глубину тканей и скрепляющих концы костей

Основные принципы иммобилизации

1) шина обязательно должна захватывать два сустава (выше и ниже перелома), а иногда и три сустава (при переломах бедра, плеча);

2) при иммобилизации конечности необходимо по возможности придать ей физиологическое положение, а если это невозможно, то такое положение, при котором конечность меньше всего травмируется;

3) при открытых переломах вправление отломков не производят, накладывают стерильную повязку и конечность фиксируют в том положении, в каком она находится в момент повреждения;

4) при закрытых переломах снимать одежду с пострадавшего не нужно. При открытых переломах на рану необходимо наложить стерильную повязку;

5) нельзя накладывать жесткую шину прямо на тело, необходимо подложить мягкую прокладку (вата, полотенце и т. д.); во время переключивания больного с носилок поврежденную конечность должен держать помощник;

б) надо помнить, что неправильно выполненная иммобилизация может принести вред в результате дополнительной травматизации. Так, недостаточная иммобилизация закрытого перелома может превратить его в открытый и тем самым утяжелить травму и ухудшить

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВОЗБУДИТЕЛЕЙ БОЛЕЗНЕЙ, ПОНЯТИЕ ИНФЕКЦИОННОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ, ПУТИ ПЕРЕДАЧИ ИНФЕКЦИИ.

Инфекционные заболевания вызываются определенными микроорганизмами – возбудителями, передаются от зараженного организма здоровому и могут вызвать эпидемию или пандемию. Среди возбудителей инфекционных заболеваний можно выделить: • микробы (бактерии); • вирусы; • риккетсии; • спирохеты; • грибки; • простейшие.

Бактерии – это одноклеточные микроорганизмы, имеющие форму палочек (возбудители брюшного тифа, паратифов А и В), шара (стафилококки, стрептококки), извилистых нитей (спириллы) или изогнутых палочек (холерный вибрион). Палочковидная форма представлена самой многочисленной и самой разнообразной группой бактерий.

Вирусы – это мельчайшие микроорганизмы, размеры которых измеряются в миллимикронах. К ним относятся возбудители гриппа, ящура, полиомиелита, натуральной оспы, энцефалитов, кори и других заболеваний. Вирусы являются строгими внутриклеточными паразитами, способными развиваться только внутри клетки своего хозяина. Вирусы вызывают большое число заболеваний человека.

Риккетсии – возбудители сыпного тифа, Ку-лихорадки и др. – занимают промежуточное положение между бактериями и вирусами. Риккетсии имеют форму палочек, или кокков. Они значительно меньше многих бактерий. В отличие от бактерий они не растут на искусственных питательных средах. Заболевания, вызываемые различными видами возбудителей этой группы, получили название риккетсиозов.

Спирохеты (возбудители возвратного тифа, сифилиса) имеют форму тонких, штопорообразных, активно изгибающихся бактерий.

Грибки, или микроскопические грибы, в отличие от бактерий имеют более сложную структуру. Большинство из них – многоклеточные организмы. Клетки микроскопических грибов вытянутой формы, похожие на нить. Большинство грибов – сапрофиты, только немногие из них вызывают заболевания человека и животных. Чаще всего они обуславливают различные поражения кожных покровов, волос, ногтей, но встречаются виды, которые поражают и внутренние органы. Заболевания, вызываемые микроскопическими грибами, носят название микозов.

Простейшие – одноклеточные микроорганизмы, способные нанести вред здоровью человека, особенно при понижении защитных функций его организма. Простейшие отличаются более сложным строением, чем бактерии. К возбудителям инфекционных заболеваний человека среди простейших относятся дизентерийная амеба, малярийный плазмодий и др. В отличие от других возбудителей некоторые представители этой группы, например гельминты (паразитические черви), членистоногие (чесоточный клещ и др.), имеют более значительные размеры.

Таким образом, причиной возникновения инфекционного заболевания является проникновение болезнетворного микроорганизма в восприимчивый организм в достаточном количестве и специфичным для возбудителя путем. Большинство инфекционных заболеваний имеют

инкубационный период – промежуток времени между заражением и проявлением первых симптомов.

Инфекционное заболевание - это такая болезнь, которая не только вызвана, но и поддерживается присутствием в организме живого повреждающего чужеродного агента (возбудителя). На его воздействие организм отвечает защитными реакциями.

Выделение того или иного пути передачи инфекционных заболеваний достаточно условно, но тем не менее среди них выделяют следующие:

1. воздушно-капельный - он характерен для ветряной оспы, туберкулеза, коклюша, гриппа;
2. фекально-оральный, в котором иногда выделяют водный - характерный, например, для холеры, и алиментарный - характерный, например, для дизентерии;
3. трансмиссивный путь - связан с передачей возбудителя через укусы кровососущих насекомых (клещевой энцефалит, блошиный и вшивый сыпной тиф);
4. контактно-бытовой, который, в свою очередь делится на:
5. прямой контакт - (от источника к хозяину) - в том числе заболевания, передающиеся половым путем, включая ВИЧ-инфекцию;
6. косвенный контакт - (через промежуточный объект) - это могут быть руки (при раневой инфекции, кишечных инфекциях) или различные предметы, в том числе и медицинского назначения (при гнойно-воспалительных заболеваниях и парентеральных гепатитах).

МЕХАНИЗМЫ ЗАЩИТЫ ОТ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ. ИММУНИТЕТ

Механизмы защиты. Против болезнетворных микроорганизмов, которые могут вызывать инфекционные заболевания, организм защищают физические барьеры и иммунная система.

Физические барьеры — это кожа, слезы, ушная сера, слизь (например, в носу) и кислота желудочного сока. Кроме того, микроорганизмы, которые поднимаются вверх по мочевыводящим путям, смываются с током мочи.

Сложная и организованная иммунная система включает, наряду с другими компонентами, лейкоциты и антитела, которые выявляют и устраняют болезнетворные микроорганизмы.

Множество заболеваний, лекарств и терапевтических воздействий способны вызывать поломку естественных механизмов защиты, что может привести к развитию заболеваний, вызываемых микроорганизмами, которые в норме живут в организме человека, не причиняя вреда.

Иммунитет- под иммунитетом понимают сопротивление организма к инфекциям и чужеродным агентам. Иммунитет обеспечивают защитные свойства кожи и слизистых оболочек, а так же клетки иммунной системы, гуморальные факторы, интерфероны и др. Выделяют врожденный и приобретенный иммунитет, неспособность к заражению эпидемической или эндемической болезнью. Иммунитет различается как врожденный, т.е. с рождения ребенка при передаче иммунной невосприимчивости от матери генотипом или приобретенным из за однократного перенесения болезни или введения предохранительной прививки.

Специфическая невосприимчивость к инфекционным болезням обеспечивается деятельностью иммунной системы, представленной постоянно циркулирующими в крови и лимфе клетками (лимфоцитами) и особыми клеточными сообществами – органами, разбросанными по всему телу (лимфатические узлы, миндалины, селезенка, лимфоидные образования в кишечнике и др.). Иммунная система является универсальным механизмом защиты от чужеродных (несвойственных организму человека) белковых, полисахаридных, жировых и коллоидных веществ. Из таких веществ, в частности, состоят и болезнетворные агенты. Эти вещества принято называть антигенами. В ответ на действие антигенов иммунная система вырабатывает антитела – специальные белковые вещества против антигенов. Антитела представлены иммуноглобулинами и вырабатываются лимфоцитами. Важно, что специфичность антител очень высокая, т.е. на определенный антиген образуются только свойственные ему антитела. В случае встречи антигена и антитела происходит блокирование действия первого, что осуществляется сложным опосредованным взаимодействием многих веществ и клеток тканей организма человека.

ЭПИДЕМИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС. СПОСОБЫ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.

Эпидемический процесс - цепь следующих друг за другом инфекционных состояний, от бессимптомного носительства до манифестных заболеваний, вызванных циркулирующими в коллективе возбудителями инфекции (инвазии). Проявляется в виде эпидемических очагов (Эпидемический очаг) с одним или несколькими случаями болезни или носительства.

Существование Э. п. обусловлено непрерывностью взаимодействия трех непосредственных движущих его сил (факторов, звеньев): источника возбудителя инфекции, механизма передачи возбудителя инфекции и восприимчивости населения к данной инфекции. Выключение (искоренение) любого из факторов Э. п. приводит к его перерыву. Если это искоренение носит необратимый характер, например полное удаление из биосферы возбудителя натуральной оспы, то оно приводит и к полной ликвидации соответствующего Э. п. в целом.

Движущими силами Э. п. являются также природные и социальные факторы. К природным следует отнести факторы, оказывающие влияние на популяцию возбудителя, понижая или повышая его биологические свойства патогенности, агрессивности, изменчивости и т.п., которые способствуют ослаблению или интенсификации Э. п. Природные факторы влияют не только на активность механизма передачи возбудителей, но и на физиологическое (включая иммунологическое) состояние организма человека, то повышая, то понижая его естественную резистентность и формирование иммунитета (например, болезни, уровень питания, возрастные и половые особенности).

Социальные факторы оказывают то тормозящее, то активизирующее влияние на Э. п. К ним относятся: характер производственной деятельности и материальная обеспеченность населения, условия труда, быта, отдыха; плотность расселения людей и их местообитание (город, село), тип жилища, его санитарно-техническое состояние, благоустройство; особенности питания, в т.ч. общественного; транспорт, миграция населения; состояние здравоохранения, обеспеченность медицинской помощью, медикаментами, санитарная грамотность; стихийные бедствия, войны и др.

Мероприятия, направленные на профилактику инфекционных заболеваний, называются противоэпидемическими.

Противоэпидемические мероприятия - совокупность рекомендаций, обеспечивающих предупреждение инфекционных заболеваний среди отдельных групп населения, снижение заболеваемости и ликвидацию отдельных инфекций.

Описано много методов профилактики инфекционных заболеваний. Можно выделить 4 основных:

- ограничение контактов;
- иммунизация;
- химиопрофилактика инфекций: применение лекарственных препаратов для предотвращения заражения и размножения возбудителя;
- повышение сопротивляемости человека к инфекционному заболеванию.

Ограничение контактов. Ограничение контакта сводится к изоляции больных и инфицированных лиц. Это реально в условиях дома, семьи, где проводятся в основном режимно-ограничительные мероприятия. В ряде случаев необходимо наблюдение за контактными лицами (обсервация) и даже введение карантина. В отношении части больных может оказаться необходимой госпитализация.

Иммунизация. Необходимо повысить специфическую сопротивляемость организма к тем или иным возбудителям, т. е. Воздействовать на иммунитет. Воздействие на иммунитет - иммунизация, которая может быть активной и пассивной.

Иммунитет к инфекционным заболеваниям вырабатывается в период естественного выздоровления инфекционного больного или при искусственном введении здоровому человеку вакцины. Цель активной иммунизации состоит в том, чтобы вызвать специфический иммунный ответ на определенный инфекционный агент - введенную вакцину.

Пассивная иммунизация - это введение готовых антител (белков-иммуноглобулинов, образующихся в ответ на введение микроорганизмов или их части-антигена), полученных от человека или животного после активной иммунизации. Иммунитет после пассивной иммунизации непродолжительный.

Химиопрофилактика инфекций. С целью предупреждения некоторых заболеваний проводится профилактическое применение антибиотиков или химиопрепаратов.

Повышение сопротивляемости организма. Устойчивость организма к различным инфекциям повышает строгое соблюдение правил личной гигиены, рациональное и полноценное питание, витаминизация, дозированные физические нагрузки и постоянное закаливание организма.

ОСТРЫЙ ГАСТРИТ, ПРИЧИНЫ СИМПТОМЫ, ВЕРОЯТНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

Острый гастрит - это острое воспаление слизистой оболочки желудка. Появление данного заболевания может быть обусловлено химическими, механическими, термическими и бактериальными причинами. Проявлениями гастрита являются повреждение поверхностного эпителия и железистого аппарата слизистой оболочки желудка и развитие в ней воспалительных изменений. Воспалительный процесс может ограничиваться поверхностным эпителием слизистой оболочки или распространяться на всю толщу слизистой оболочки и даже мышечный слой стенки желудка.

Причины острого гастрита:

- неправильное питание,
- пищевые токсикоинфекции,
- раздражающее действие некоторых лекарств (салицилаты, бутадиион, бромиды, наперстянка, антибиотики, сульфаниламиды),
- пищевая аллергия (на землянику, грибы и др.) и т. д.
- нарушениях обмена веществ,
- ожогах слизистой оболочки желудка,
- тяжелые радиационные поражения.

Симптомы острого гастрита:

- ∅ характерны чувство тяжести и полноты в подложечной области,
- ∅ тошнота, слабость, головокружение, рвота, понос,
- ∅ кожные покровы и видимые слизистые бледные,
- ∅ язык обложен серовато-белым налетом,
- ∅ слюнотечение или, наоборот, сильная сухость во рту.
- ∅ болезненность в эпигастриальной области (область желудка).

Прогноз при своевременном начале лечения благоприятный. Если действие вредоносных факторов повторяется, то острый гастрит обычно переходит в хронический.

Среди возможных осложнений отмечают пять наиболее вероятных групп:

1. Анемия. Развивается при эрозивном и атрофическом гастрите.
2. Кровотечение. Возникает при эрозивном гастрите.
3. Панкреатит, холецистит, гепатит, энтероколит. Данные заболевания могут возникнуть в связи с обострением или развитием некоторых форм хронического гастрита.
4. Предъязвенное состояние и язва. Особенно вероятны при пилородуодените.
5. Рак желудка. Любые формы запущенного хронического гастрита могут привести к данному заболеванию.

Первая медицинская помощь при остром гастрите

Неотложная помощь

- Промыть желудок кипяченой водой, изотоническим раствором натрия хлорида или 0,5—1%-ным раствором натрия гидрокарбоната.
- Сделать очистительную клизму.
- Назначить постельный режим, ограничить прием пищи на 6—8 ч.

• При сильных болях — только при отсутствии сомнений в диагнозе — назначить сухое тепло на область живота.

• Ввести спазмолитики: 2%-ный раствор но-шпы по 0,1 мл на 1 год жизни, папаверина гидрохлорид внутрь по 0,01—0,05 г на прием, «бекарбон», бесалол по 1/3 — 1 таб внутрь.

• Обильное питье (регидрон, оралит, цитроглюкосолан), щадящая диета

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ГАСТРИТА

Лечение гастрита зависит от причины, его вызвавшей. Общая схема лечения выглядит следующим образом:

• Первые сутки после приступа острого гастрита лучше вообще не есть, можно только пить крепкий чай (в небольших количествах) и минеральную воду типа "Боржоми". Цель - полная очистка кишечника и желудка;

• На 2-3 сутки переходят на щадящее питание (теплые, нежирные, протертые блюда); манную и рисовую каши, куриный бульон с малым содержанием жира, кисель.

• Лекарства: адсорбирующие токсины, обволакивающие стенки желудка, обезболивающие, улучшающие пищеварение в больном желудке, снижающие кислотность; иногда, чтобы избавиться от инфекции назначают антибиотики. Если приступ гастрита сопровождается резкой болью, нужно использовать препараты, снимающие спазм;

• Через неделю после приступа острого гастрита можно питаться как обычно.

Лечение длится 2-3 недели в домашних условиях.

Профилактика острого гастрита

Как при остром, так и при хроническом гастрите лучше постоянно придерживаться диеты.

Ограничить острые, горячие блюда, кофе, отказаться от газированных напитков, алкоголя, курения.

ОСТРАЯ БОЛЬ В ЖИВОТЕ. ПОНЯТИЕ «ОСТРЫЙ ЖИВОТ», ПРИЗНАКИ, ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ

Острый живот - клинический симптомокомплекс, развивающийся при повреждениях и острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости и забрюшинного пространства. Острый живот не является окончательным диагнозом. Этим термином чаще пользуются в тех случаях, когда не удается установить точный диагноз острого хирургического заболевания, а ситуация требует экстренной госпитализации больного.

Клиническую картину острого живота могут обусловить повреждения органов брюшной полости и забрюшинного пространства, воспалительные заболевания, в том числе перитонит (острый аппендицит, острый холецистит, острый панкреатит), прободение органов брюшной полости, внутренние кровотечения в брюшную полость, забрюшинное пространство (нарушение внематочной беременности, кровотечение из яичника), непроходимость кишечника, заболевания половых органов (воспалительные процессы в придатках матки, перекрут ножки кисты или опухоли яичника) и некоторые другие заболевания.

Симптомы.

∅ Ведущий признак острого живота - внезапное появление постоянной или схваткообразной боли, локализованной или распространенной по всему животу. Боль может быть резко выраженной и сопровождаться развитием шока.

∅ Частый симптом - тошнота и рвота, которые могут возникнуть в первые часы и даже минуты заболевания.

∅ Иногда наблюдается упорная мучительная икота.

∅ Задержка стула и прекращение отхождения кишечных газов обычно связаны с механической или динамической непроходимостью кишечника. Реже бывает жидкий стул.

Неотложная помощь и госпитализация. При клинической картине острого живота больной должен быть немедленно госпитализирован в профильное учреждение. До момента госпитализации запрещается применять болеутоляющие и наркотические средства, антибиотики, назначать слабительные, ставить клизму. Не следует также терять время на уточнение диагноза до госпитализации. В ряде случаев во время транспортировки необходимо введение больным желудочного зонда при многократной рвоте на почве кишечной непроходимости, внутривенное

вливание кровезамещающих растворов при снижении АД, обусловленном кровопотерей, сердечных препаратов, и т.д. В большинстве случаев (при перитоните, перфорации полых органов, механической кишечной непроходимости, внутренних кровотечениях и др.) необходимо оперативное лечение. При тяжелом состоянии требуется интенсивная предоперационная подготовка в течение 2-3 и с целью коррекции возни-кающих нарушений. В некоторых случаях (например, при массивном кровотечении) операцию производят сразу же после поступления больного, параллельно выполняя реанимационные мероприятия.

ПРИЗНАКИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ, ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ

Преждевременное прерывание беременности сопровождается рядом признаков:

1. В начале прерывания появляется чувство тяжести или тупая, а в ряде случаев схваткообразная боль в нижней части живота и пояснице. Это наиболее частые признаки угрозы прерывания беременности. Ощущение боли может сменяться промежутками относительного покоя.

2. Кровянистые выделения из половых путей — свидетельство о начале отслойки хориона или плаценты — обычно наблюдается при ранних выкидышах, при поздних выкидышах и преждевременных родах отмечается в случае предлежания плаценты. Иногда начало преждевременного прерывания беременности сопровождается разрывом плодного пузыря и излитием околоплодных вод.

Угрожающие преждевременные роды характеризуются болями в пояснице и внизу живота. Нередко отмечается подтекание вод и повышение двигательной активности плода. В некоторых случаях возможно пролонгировать беременность. Для этого назначают специальные лечебные мероприятия.

Лечение состоит в постельном режиме, назначении средств, снижающих сократительную активность матки, витаминотерапии, препаратов, улучшающих кровообращение и корректирующих нарушение свертывание крови, физиотерапии. При истмико-цервикальной недостаточности производят наложение швов на шейку матки, которые снимают ближе к предполагаемому сроку.

Лечение

При угрозе прерывания беременности женщине рекомендуется соблюдать постельный режим, то есть ее физическая активность сводится до минимума. Иногда беременной не разрешают вставать с постели вовсе.

Естественно, что вероятность потери ребенка вызывает у женщины тревогу и страх, что не способствует сохранению беременности. Поэтому на любом сроке при угрозе прерывания беременности назначают успокаивающие препараты – ВАЛЕРИАНУ или ПУСТЫРНИК. Вы можете и сами помочь себе успокоиться. Для этого нужно попробовать расслабиться, в каком бы положении вы ни находились (лежа или сидя), и подумать о чем-то приятном, даже если кажется, что ничего хорошего в жизни в данный момент нет. Например, можно представить себе малыша.

Если угроза прерывания беременности возникает в первом триместре, то, как правило, назначают гормональные препараты, которые способствуют нормальному течению беременности. К ним относятся препараты, обладающие действием прогестерона (ДЮФАСТОН, УТРОЖЕСТАН и др.), а также препараты, применяемые при гиперандрогении и иммунных причинах угрозы прерывания беременности (ДЕКСАМЕТАЗОН, МЕТИПРЕД).

Если при осмотре и ультразвуковом исследовании обнаруживают истмико-цервикальную недостаточность, то на шейку матки накладывают швы, которые «не выпускают» плодное яйцо. Операцию проводят под наркозом. Одновременно женщине вводят препараты, расслабляющие матку.

Начиная с 16 недель беременности для лечения угрозы прерывания применяют препараты, расслабляющие матку. Это препараты из разных фармакологических групп, но объединяет их то, что они снимают спазм маточной мускулатуры (МАГНИЯ СУЛЬФАТ, ГИНИПРАЛ, ПАРТУСИСТЕН и др.). Лекарства чаще всего вводят с помощью капельницы.

При наличии кровянистых выделений применяют кровоостанавливающие препараты. В случае необходимости проводят лечение инфекционных, воспалительных, хронических заболеваний внутренних органов.

В заключение хочется сказать, что большинства ситуаций, в которых возникает угроза прерывания беременности, можно избежать. Для этого до беременности или в самом ее начале нужно определить, нет ли причин, которые могут привести к данному осложнению беременности. Но не стоит воспринимать диагноз «угроза прерывания беременности» как приговор. Вовремя обратившись к врачу, вы обеспечите своему малышу благоприятные условия для дальнейшего роста и развития.

Если вы почувствовали признаки угрозы прерывания беременности дома, немедленно обратитесь за медицинской помощью. До осмотра врача попытайтесь успокоиться, лягте, примите 2 таблетки но-шпы или введите в прямую кишку свечу с папаверином.

СУДОРОЖНЫЙ ПРИПАДОК, ПРИЧИНЫ, ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ

Судорожный синдром – проявление нарушений работы мозга

Судорожный синдром определяется как патологическое состояние, проявляющееся непроизвольными сокращениями поперечнополосатой мускулатуры. Сокращения могут быть как локализованного характера (локализованные судороги), так и генерализованные (при вовлечении многих мышечных групп). Выделяют быстрые судороги (клонические), характеризующиеся быстрой сменой сокращений и расслаблений, и тонические, характеризующиеся длительным и медленным сокращением мускулатуры.

Признаки:

- Потеря сознания,
- Судороги с резким поворотом головы в сторону,
- Выделение пенистой мокроты,
- Синюшность лица,
- Продолжительность приступа 1-3 минуты,
- После припадка наступает амнезия

Причины:

У многих больных эпилепсия начинается в детском возрасте, как правило, без видимых внешних причин. В этих случаях говорят о "генуинной", то есть, истинной эпилепсии. Причины ее преимущественно генетические. У таких больных имеется повышенный риск передачи заболевания и своему потомству.

В других случаях эпилептические припадки развиваются после тяжелого повреждения головного мозга - например, после черепно-мозговой травмы или нейроинфекции. В таких случаях говорят о симптоматической эпилепсии. Ее причины - формирование судорожного очага в поврежденном участке мозга.

Наконец, единичные общесудорожные приступы могут развиваться и при обратимой патологии центральной нервной системы, например, у детей при очень высокой лихорадке. В таких случаях говорят о судорожном синдроме. Этот синдром, хотя и является патологическим, но не служит синонимом эпилепсии. Иными словами, однажды случившись, приступ может больше никогда не повториться. Тем не менее, такие пациенты нуждаются в тщательном обследовании и длительном наблюдении у врача.

Первая помощь

ü отодвинуть в сторону твердые предметы, о которые он может удариться.

ü защитить от попадания рвотных масс в дыхательные пути, для чего надо положить пострадавшего на живот с повернутой в сторону головой.

ü уберечь от прикуса языка, – для этого между коренными зубами вставляется край полотенца.

ü проследить за дыханием, ослабить воротник и пояс, обеспечить доступ свежего воздуха

ü После окончания приступа, если ребенок или взрослый уснули, ни в коем случае нельзя будить их: надо дать выспаться, «прийти в себя».

ü Если приступ затягивается, необходимо вызывать «скорую помощь».

ТЕПЛОВОЙ И СОЛНЕЧНЫЙ УДАРЫ, НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ И ПРОФИЛАКТИКА

Солнечным ударом называют поражение, получаемое при долговременном попадании солнечных лучей на незащищенную голову. Солнечный удар можно получить и при долгом пребывании на улице в ясный день без головного убора.

Тепловой удар – это чрезмерное перегревание всего организма в целом. Тепловой удар может случиться и в пасмурную жаркую безветренную погоду – при длительной и тяжелой физической работе, долгих и трудных переходах и т. д. Тепловой удар более вероятен, когда человек недостаточно физически подготовлен и испытывает сильное утомление, жажду.

Симптомами солнечного и теплового удара являются:

- учащенное сердцебиение;
- покраснение, а затем и побледнение кожных покровов;
- нарушение координации;
- головная боль;
- шум в ушах;
- головокружение;
- сильная слабость и вялость;
- снижение интенсивности пульса и дыхания;
- тошнота, рвота;
- носовое кровотечение;
- иногда судороги и обморок.

Оказание первой медицинской помощи при солнечном и тепловом ударах следует начинать с транспортировки пострадавшего в защищенное от теплового воздействия место. При этом необходимо уложить пострадавшего таким образом, чтобы его голова была выше тела. После этого пострадавшему нужно обеспечить свободный доступ кислорода, ослабить его одежду. Для охлаждения кожных покровов можно обтереть пострадавшего водой, голову охладить холодным компрессом. Пострадавшему нужно дать холодное питье. В тяжелых случаях необходимо делать искусственное дыхание.

Профилактики солнечного удара:

- прогулки до 11 часов с обязательным головным убором;
- одежда легкая, из хлопчатобумажных тканей;
- воздержаться от долгого стояния под прямыми лучами солнца;
- ограничить лишние физические нагрузки (соревнования, длительные переходы);
- исключить эмоциональное напряжение;
- в питании — овощные и фруктовые блюда, ограничить жирную пищу, избыточное количество мясных продуктов. Питье до 1,5 — 2 литров жидкости: прохладный чай, морс, соки, квас.

Профилактика теплового удара:

- В жаркие дни при большой влажности желателен выход на открытый воздух до 10 - 11 часов дня, позже возможно пребывание в зеленой зоне в тени деревьев.
- Выход из помещения только в головном уборе.
- Целесообразно основной прием пищи перенести на вечерние часы.
- Вместо воды можно пользоваться подкисленным или подслащенным чаем, рисовым или вишневым отваром, хлебным квасом.
- Ограничение жирной и белковой пищи.
- Запрещение спиртных напитков.
- Одежда должна быть легкой, свободной, из хлопчатобумажных тканей, для постоянного испарения пота.
- Нецелесообразно чрезмерное употребление косметических средств и кремов как препятствующих нормальному функционированию кожных покровов.

ОКАЗАНИЕ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ

При нахождении в поезде, самолете, автобусе роженицы необходимо уделить особое внимание этой пассажирке. Если во время движения транспортного средства начались схватки, а впереди по маршруту следований есть крупные станции, то необходимо передать информацию в ближайший медпункт о том, что начались роды.

В случае необходимости принять роды:

1. Все присутствующие при родах должны снять шерстяные вещи и обувь, в течение 5-7 минут мыть руки в горячей воде с мылом, используя щетку, губку или плотную тряпку, затем ополоснуть руки 0,5%-ным раствором хлорамина. Ногтевые ложа обработать 5%-ным раствором йода.
2. Выдать женщине бритвенные принадлежности. После бритья (самостоятельно или с помощью женщин) обработать родовое поле раствором йода.
3. При наличии родовой деятельности помочь женщине. Ноги держать раздвинутыми.
4. Главная мысль, которую необходимо внушить женщине, состоит в том, чтобы она сильнее тужилась, иначе может произойти асфиксия плода.
5. При появлении головки нужно помочь ребенку быстрее пройти через родовые пути для скорейшего освобождения головки. Категорически запрещено вытаскивать ребенка.
6. При появлении ребенка необходимо удостовериться в его жизнеспособности. Если новорожденный не закричал сразу, то нужно проделать похлопывающие движения по ягодицам и спине. При отсутствии признаков жизни проводить реанимационные мероприятия.
7. Одновременно с принятием ребенка проводится перетягивание пуповины чистым шпагатом на расстоянии 30 см от пупка. Пуповина перерезается ножницами выше места перетягивания и обрабатывается 5%-ным раствором йода.
8. После принятия ребенка нужно дождаться рождения плаценты. Плацента отходит примерно через 25-30 мин. Категорически запрещается дергать пуповину для ускорения рождения плаценты.
9. Ребенка запеленать в чистую простыню.
10. Женщину напоить кипяченой водой. Если есть кровотечение, на нижнюю часть живота положить холод. Женщине после родов необходим покой.

КИШЕЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ, ПРИМЕРЫ, ОСОБЕННОСТИ ИХ ПРОФИЛАКТИКИ

Кишечные инфекции — это целая группа заразных заболеваний, которые в первую очередь повреждают пищеварительный тракт. Заражение происходит при попадании возбудителя инфекции через рот, как правило, при употреблении зараженных пищевых продуктов и воды. Всего таких заболеваний более 30. Из них самое безобидное — так называемое пищевое отравление, а самые опасные — холера, брюшной тиф, ботулизм и т.д.

Причины

Возбудителями кишечных инфекций могут быть: бактерии (сальмонеллез, брюшной тиф, холера), их токсины (ботулизм), а также вирусы (энтеровирус, ротавирус) и т.д.

В организм здорового человека возбудители кишечной инфекции попадают через рот: вместе с пищей, водой или через грязные руки. Например, дизентерия может начаться, если попить парное (некипяченое) молоко или поесть сделанную из него простоквашу, творог или сметану. Кишечную палочку можно съесть вместе с некачественным кефиром или йогуртом. Стафилококковая инфекция комфортно себя чувствует в испорченных тортах с кремом. Возбудители сальмонеллеза (а их известно около 400 видов) попадают к человеку через любые зараженные продукты: куриное мясо и яйца, вареную колбасу, сосиски, плохо промытые или вымытые грязной водой овощи и зелень.

Одно из самых неприятных последствий, возникающих при кишечных инфекциях — обезвоживание организма вследствие рвоты и/или поноса.

Симптомы:

Кишечные инфекции, как и все остальные инфекционные заболевания, всегда случаются неожиданно. В самом начале заболевания человека беспокоит слабость, вялость, снижение

аппетита, головная боль, повышение температуры — симптомы, напоминающие обычное ОРЗ. Однако через некоторое время возникает тошнота и рвота, появляются схваткообразные боли в животе, понос с примесью слизи, гноя или крови (например, при дизентерии). Может беспокоить жажда и озноб.

Для инфекций этой группы характерны следующие симптомы (по отдельности или в сочетании друг с другом):

- повышенная температура;
- тошнота, рвота;
- боль в животе;
- понос;
- избыточное газообразование в кишечнике (метеоризм).

Иногда кишечные инфекции не имеют видимых симптомов, но сопровождаются выделением возбудителей. В плане распространения инфекции такое носительство особенно опасно — ничего не подозревающий человек становится постоянным источником микробов, заражая окружающих.

Профилактика

Чтобы уберечься от острых кишечных инфекций, достаточно соблюдать следующие несложные правила: пить воду и молоко только в кипяченом виде, мыть овощи и фрукты горячей водой с мылом, соблюдать правила и сроки хранения пищевых продуктов, мыть руки перед едой и не грызть ногти.

ИНФЕКЦИИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ, ПРОФИЛАКТИКА

Инфекции дыхательных путей – это наиболее распространенные, самые массовые болезни. Общей чертой для них является воздушно-капельный способ распространения с локализацией возбудителя в дыхательных путях.

Ежегодно большинство взрослых и детей переносят несколько дыхательных инфекций. Инфекции дыхательных путей могут быть незначительными (простуда) или очень серьезными (как пневмония). Они могут затронуть верхнюю дыхательную систему (нос, уши и горло) или нижнюю дыхательную систему (bronхиолы и легкие).

При инфекциях дыхательных путей заражение наступает при разговоре, чихании, кашле, при совместном пребывании с заболевшими в тесном помещении.

Инфекции верхних дыхательных путей

Ангина, ларингит, средний отит, наружный отит, фарингит, ринит, синусит – всё это принято называть болезнями ушей, горла и носа.

Многие думают, что вышеперечисленные заболевания переносятся человеком достаточно легко. Однако не следует забывать об осложнениях, которыми чреватые данные инфекции. Запущенная болезнь может доставить множество хлопот; вот почему своевременно сделанный анализ поможет вовремя провести необходимое лечение.

Верхняя дыхательная система включает нос, уши и горло. При инфекции верхних дыхательных путей отмечается насморк, заложенность носа. Другими симптомами верхней дыхательной инфекции являются:

- Боль и давление в области лица
- Заложенный нос, вследствие чего закупориваются носовые проходы и приходится дышать через рот
- Ангина
- Раздражительность, плохой аппетит и пониженный уровень активности.
- Кашель
- Высокая температура тела, которая начинается внезапно и может достигнуть 39,5 градусов или выше.

Инфекции нижних дыхательных путей

Обострение хронического бронхита, пневмония, абсцесс легкого и эмпиема плевры. Эти заболевания гораздо серьезнее. Каждое из них может привести к смерти. По данным статистики

каждый год 200 тысяч человек погибает от пневмонии. Чреваты эти заболевания и раком легких. Любое проявление бронхита, пневмонии и т.д. необходимо пресекать на корню. Безалаберное отношение к инфекциям нижних дыхательных путей может привести к самым печальным последствиям. От риска заразиться этими микроорганизмами невозможно оградить себя одной лишь профилактикой; нужно сдавать анализы, которые позволят своевременно выявить то или иное заболевание.

Нижняя дыхательная система включает бронхиолы и легкие. Симптомами инфекции нижних дыхательных путей являются:

- Кашель, который длится в течение дня и ночи, часто сопровождается выделением зеленой, желтой, коричневой или серой слизи из легких
- Высокая температура тела, которая может быть очень высокой при пневмонии
- Затрудненное дыхание (одышка, хрип, свист)
- Боль в груди при глубоком вдохе.

Профилактика:

- Повышать иммунитет,
- избегать общения с больными людьми,
- Избегать переохлаждения

ТРАНСМИССИВНЫЕ ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ИХ ПРОФИЛАКТИКА

Трансмиссивные болезни - инфекционные и паразитарные заболевания человека и животных, возбудители которых передаются членистоногими. Перенос возбудителя может быть специфическим, если возбудитель размножается и (или) проходит цикл развития в организме переносчика, и механическим. Передача возбудителя происходит при укусе комарами, блохами, москитами, клещами и др., при попадании на кожу и слизистые оболочки инфицированных выделений переносчика и др. путями. У человека различают облигатные Т. б., возбудители которых передаются исключительно переносчиками (Малярия, Жёлтая лихорадка, клещевой Возвратный тиф и др.), и факультативные Т. б., передача возбудителей которых осуществляется воздушно-капельным путём, через пищеварительный тракт, непосредственно от человека к человеку (Туляремия, Чума, Сибирская язва и др.). Облигатные Т. б. относятся к кровяным инфекционным болезням, так как входные ворота и основная среда для размножения возбудителя — кровь и лимфа. Большинство Т. б. относится к болезням с выраженной природной очаговостью .

ПРОФИЛАКТИКА

Профилактика большинства трансмиссивных болезней проводится путем уменьшения численности переносчиков. С помощью этого мероприятия в СССР удалось ликвидировать такие трансмиссивные антропонозы, как вшиный возвратный тиф, москитная лихорадка, городской кожный лейшманиоз. При природно-очаговых трансмиссивных болезнях нередко более эффективными являются мероприятия по снижению численности резервуара — диких животных — источников возбудителей (например, грызунов при чуме и пустынном кожном лейшманиозе; применение защитной одежды и репеллентов, в ряде случаев — вакцинация (например при туляремии, желтой лихорадке); и химиофилактика (например, при сонной болезни). Большое значение имеют проведение мелиоративных работ, создание вокруг населённых пунктов зон, свободных от диких грызунов и переносчиков возбудителей трансмиссивных болезней.

ГРИБКОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КОЖНЫХ ПОКРОВОВ, ЧЕСОТКА, ПЕДИКУЛЕЗ. ПРИЧИНЫ, ПУТИ ЗАРАЖЕНИЯ, ПРОФИЛАКТИКА

Грибковые заболевания кожи - вызываются микозими растительными микроорганизмами - грибами. Вообще-то грибы широко распространены в природе, но патогенны (то есть способны вызывать заболевание) для человека и животных только небольшая их часть.

Причины:

- ослабленная иммунная система;

- заболевания эндокринной системы;
- нарушение функции тканей, являющихся барьером между окружающей и внутренней средой организма;
- повышенная температура внешней среды;
- повышенная влажность внешней среды;
- наличие микроорганизма.

Пути заражения. Патогенные и сапрофитирующие грибы широко распространены в природе. Они обитают в почве, некоторые из них на растениях, паразитируют на коже, ногтях и волосах человека и животных. Заражение возможно в детском возрасте разными путями. Чаще дети заражаются от животных, больных детей - это прямой путь. Непрямое, или опосредованное, заражение происходит при инфицировании через предметы, бывшие в употреблении у больных, или при контакте с предметами ухода за животными. Некоторыми грибковыми заболеваниями дети болеют чаще летом и осенью (зоонозные микроспория и трихофития), когда контакты с почвой, растениями, животными используются активно. На распространение дерматофитий оказывают влияние климатические и почвенные условия, чем и обусловлены периодические сезонные подъемы заболеваемости.

Профилактика. Для профилактики грибковых заболеваний очень важно своевременное и адекватное лечение имеющихся заболеваний. Большое значение имеет бережное отношение к коже, предупреждение травм. В этой связи необходимо избегать ношения плохо подогнанной и грубой обуви, тесного белья и одежды. А в случае травм необходимо немедленное обращение к врачу и адекватная обработка травмированной поверхности. Хотя для развития грибковых заболеваний кожи обычно бывает недостаточным лишь попадание на кожу болезнетворных грибов, это не означает, что здоровый человек находится в полной безопасности и без каких-либо последствий может контактировать с грибковыми больными и предметами, загрязненными грибами и их спорами.

Для предупреждения грибковых заболеваний необходимо использование специальной индивидуальной обуви при посещении бассейна и бани, осуществление качественной обработки инструментов для маникюра и педикюра, ветеринарный контроль состояния здоровья домашних животных.

Необходимо своевременное и радикальное лечение больных членов семьи, исключение использования обуви, белья, одежды, полотенца и предметов туалета других людей, даже очень близких, исключение хождения дома босиком. При наличии в семье больного грибом необходимо обрабатывать ванну дезинфицирующими средствами.

Чесотка - это заразное заболевание, возникающее при занесении в кожу чесоточного клеща и протекающее с сильным зудом (особенно по ночам) и поражениями кожи, вызванными образованием ходов возбудителя.

Чесоточный клещ выносит низкие температуры, устойчив к большинству хлорсодержащих дезинфицирующих средств. При температуре 100°C и выше он погибает в течение 5 - 10 минут. Заражение чесоткой происходит вследствие непосредственного бытового контакта с больным: через его постельное или нательное бельё, полотенце, а также при половых связях. Одним из факторов заражения чесоткой следует считать мочалки и веники при мытье в банях. В редких случаях чесотка может передаваться через рукопожатия; дети могут заражаться и через игрушки. Инкубационный период составляет 7 - 10 дней.

Для заболевания характерны резкий зуд, который усиливается в вечернее и ночное время, высыпание на коже, быстро расчёсываемых больными, с образованием точечных кровянистых корочек или линейных расчёсов.

Педикулез (вшивость) это достаточно распространенное среди детей паразитарное заболевание, возбудителями которого являются насекомые вши. Существуют три разновидности вшей приспособленных к различным условиям обитания, каждая из которых вызывает особый вид педикулеза: педикулез головы (вши паразитируют в волосах головы), лобковый педикулез (вши паразитируют в лобковых волосах и волосах покрывающих половые органы), платяной педикулез (вши выживают на вещах людей).

Заражение вшами происходит при контакте с человеком, зараженным этими паразитами
Основные симптомы педикулеза это зуд на месте укусов паразитов, присутствие самих паразитов и их яиц.

Лечение вшивости осуществляется специальными средствами, которые используются строго по инструкции и под наблюдением врача.

ТУБЕРКУЛЕЗ, ВОЗБУДИТЕЛИ, ПУТИ ЗАРАЖЕНИЯ, ОСНОВНЫЕ СИМПТОМЫ, ПРОФИЛАКТИКА

Туберкулёз - инфекционное заболевание, вызываемое микобактериями туберкулёза и характеризующееся развитием клеточной аллергии, специфических гранулём в различных органах и тканях и полиморфной клинической картиной.

Возбудителями туберкулёза являются микобактерии — кислотоустойчивые бактерии рода *Mycobacterium*. Всего известно 74 вида микобактерий. Они широко распространены в почве, воде, среди людей и животных.

Источники инфекции: больной человек, мясо-молочные продукты от животных, больных туберкулёзом. Пути передачи: чаще - воздушно-капельный, реже - алиментарный; также возможен трансплацентарный путь инфицирования (от беременной к плоду).

Признаки и симптомы туберкулеза

Симптомы и признаки туберкулеза могут быть самыми разнообразными. Вообще, симптомы туберкулеза зависят от типа развития болезни, ее формы, места локализации инфекционного процесса и, конечно же, от индивидуальных особенностей организма больного. Большое разнообразие симптомов туберкулеза затрудняет распознавание этой болезни, что в свою очередь является причиной позднего обращения к врачу со всеми вытекающими отсюда последствиями.

Общее состояние больного: больные с ограниченными формами туберкулеза жалуются на повышенную утомляемость, слабость, особенно выраженную в утренние часы, также характерно снижение работоспособности. Дети начинают отставать в учебе, плохо спят, теряют аппетит. При массивных формах туберкулеза или при распространении инфекции во всем организме состояние больного может быть очень тяжелым. Общий вид больного: больные туберкулёзом теряют в весе и потому выглядят худыми, лицо бледное, черты лица заостряются и потому лицо кажется более красивым, на фоне бледной кожи лица на щеках заметен румянец. Больные с хроническим туберкулёзом сильно истощены.

Профилактика

Профилактика туберкулёза у детей направлена на предотвращение инфицирования (имеет важное значение в раннем возрасте) и предупреждение заболевания.

- Профилактика инфицирования заключается в оздоровлении лиц из очагов туберкулёза, проведении санитарно-просветительной работы, регулярном (2 раза в год) обследовании сотрудников всех детских учреждений, особенно дошкольных, в противотуберкулёзных диспансерах, организации оздоровительных мероприятий детского населения.

- Основные методы профилактики заболевания туберкулёзом у детей - вакцинация (ревакцинация) БЦЖ и химиопрофилактика.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ТРАВМАХ ГЛАЗА, УХА, НОСОВОМ КРОВОТЕЧЕНИИ.

Травма глаза. Может затрагивать костные и мягкие ткани (веки), а также глазное яблоко. Повреждение происходит в результате прямого удара, при попадании в глаз острых осколков металла или стекла. Все повреждения глаза потенциально опасны. Очень опасны травмы глазного яблока, которые требуют специальной помощи

Признаки:

Боль в области глаза, слезотечение,

Налитый кровью глаз,

Рана,

Частичная или полная потеря зрения.

Первая медицинская помощь. При ранах в области век кожу вокруг раны обрабатывают 1% раствором бриллиантового зеленого, на глаз накладывают стерильную салфетку, которую фиксируют бинтовой повязкой.

При попадании в глаз инородного тела, соринки, их удаляют, промывая глаз водой. При попадании соринки на веко, производят выворачивание нижнего или верхнего века и удаление инородного тела с помощью чистого носового платка, кусочка бинта или ватным жгутиком, смоченным водой. Инородные тела с роговицы не удаляют (только врач!). После удаления инородного тела закапать в глаз 1-2 капли сульфацила натрия растворимого 30%. При необходимости обратиться к врачу. Если глаз поврежден проволокой, ножом, щепкой и т.п., инородное тело не удаляется, вокруг него накладывается стерильная салфетка и закрепляется бинтом. Если глаз поврежден, а инородное тело отсутствует, на поврежденный глаз накладывают стерильную салфетку и бинтовую повязку. Во всех случаях необходимо обратиться к врачу.

Травмы уха. Включают повреждения ушной раковины, слухового прохода, среднего и внутреннего уха.

Первая медицинская помощь. Поверхностные раны (кожу) наружного уха обрабатывают 5% спиртовым раствором йода, накладывают стерильную салфетку, которую фиксируют бинтовой повязкой. Пострадавшему необходимо обратиться к врачу.

Носовое кровотечение. Возникает при травмах носа, чихании, гипертонической болезни и т.д.

Первая медицинская помощь. Посадить пострадавшего, наклонив голову вперед. Не следует голову запрокидывать, так как при этом кровь, попадая в глотку, может вызывать рвоту, а также возможно затекание крови в дыхательные пути. В передний отдел кровоточащей половины носовой полости вводят шарик из ваты или марли, смоченный 3% раствором перекиси водорода. Крылья носа сжать пальцами. На переносицу положить холод. Если кровотечение не останавливается, пострадавшего нужно отправить в больницу.

ТРАВМЫ ГОЛОВЫ, ПРИЗНАКИ, ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ, ТРАНСПОРТИРОВКА

Травма головы – это любое повреждение головы и черепа. Эти травмы могут быть очень разными по степени тяжести: от небольшого ушиба до серьезных повреждений головного мозга. Травма головы может быть закрытой или проникающей. Причиной закрытой травмы головы обычно бывает тупой удар о предмет или поверхность. Сотрясение мозга – это закрытая травма, затрагивающая головной мозг. Во многих случаях травмы головы могут быть мало заметны, однако часто такие больные нуждаются в специальном уходе и лечении.

Признаки:

- Сильное кровотечение в области головы или лица
- Кровотечение из носа или ушей
- Сильная головная боль
- Нарушения сознания (более чем на несколько секунд)
- Синяки под глазами или за ушами
- Остановка дыхания
- Спутанность сознания
- Нарушение равновесия
- Слабость или невозможность пошевелить рукой или ногой
- Неодинаковая ширина зрачков
- Многократная рвота
- Смазанная речь
- Судороги

Первая помощь:

· Обеспечьте пострадавшему покой. До прибытия бригады скорой помощи уложите пострадавшего в затемненной комнате, так, чтобы голова и плечи были несколько приподняты. Не перемещайте пострадавшего без крайней необходимости. Избегайте поворотов шеи.

- Остановите кровотечение. Плотно зажмите рану стерильным бинтом или чистой тканью. Однако не давите прямо на рану при подозрении на перелом черепа.
 - Следите за изменениями дыхания и сознания. При отсутствии признаков циркуляции воздуха в легких (дыхание, кашель, движения) приступайте к проведению сердечно-легочной реанимации.
- Транспортировка пострадавшего осуществляется лежа на спине

ТРАВМЫ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ (ПЕРЕЛОМ РЕБЕР), ПРИЗНАКИ, ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ, ТРАНСПОРТИРОВКА

Травмы грудной клетки характерны при авариях на транспорте, при падении с высоты, при сильных ударах движущегося предмета в область грудной клетки. Более 50% всех погибших от травм приходится на больных с повреждениями органов грудной клетки.

При сильных ударах в область грудной клетки возникают множественные переломы ребер, позвоночника, грудины, лопаток и т. д. При переломах и вдавлениях костей происходят повреждения внутренних органов (сердце, легкие, органы средостения), которые могут оказаться намного серьезнее и тяжелее, чем поверхностные повреждения.

Переломы ребер возникают при прямой травме или сдавливании грудной клетки; различают неосложненные и осложненные переломы ребер. При неосложненных переломах ребер плевра и легкое не повреждаются. При осложненных переломах ребер происходит повреждение плевры и (или) ткани легкого. Чаще возникают переломы 6-10 ребер.

При неосложненных переломах ребер возникает боль, которая усиливается движением грудной клетки при вдохе и выдохе, кашле, чихании; отмечается отставание поврежденной половины грудной клетки при дыхании.

При осложненных переломах ребер пострадавший принимает сидячее (вынужденное) положение: ему нужно уменьшить движение поврежденной половины грудной клетки; отмечается боль в месте перелома; развивается одышка, учащенный пульс; кожные покровы бледные, слизистые оболочки синюшные. У пострадавшего отмечается кровохарканье, т.е. примесь крови в мокроте. При ощупывании можно определить «хруст снега» 3- подкожную эмфизему на стороне перелома (попадание воздуха из легочной ткани в подкожную клетчатку).

Первая медицинская помощь.

• дать обезболивающее средство,

• В момент глубокого выдоха произвести иммобилизацию ребер путем тугой круговой повязки на грудную клетку широким бинтом или другим материалом (полотенцем, пластырем)

• На место травмы приложить холод

• Транспортировка осуществляется в сидячем положении.

ПЕРЕЛОМЫ ПОЗВОНОЧНИКА, ПРИЗНАКИ, ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ, ТРАНСПОРТИРОВКА

Перелом позвоночника. - Обычно возникает при падении с высоты, заваливании тяжестями, прямом и сильном ударе в спину, перелом шейного отдела - при ударе одно при нырянии. Признаки - сильнейшая боль в спине при малейшем движении. При травме спинного мозга развивается паралич конечностей (отсутствие движений и чувствительности).

Виды переломов позвоночника

При переломе позвоночника происходит повреждение костных структур (позвонков), мягких тканей (межпозвоночных дисков, связок, мышц, нервных корешков, спинного мозга) и повреждение нервных структур.

Если при переломе возникает уменьшение высоты тела позвонка, то такой перелом называется компрессионным переломом позвоночника. Это самые частые переломы.

Оскольчатые переломы – это взрывной перелом позвонка, когда тело позвонка раскалывается на несколько небольших обломков и иногда теряет связь с задними структурами позвонка.

Симптомы перелома позвоночника

Если перелом произошел в результате мощной внешней силы, то в момент травмы больной испытывают сильную боль в спине. В некоторых случаях боль может переходить в руки или ноги. Если повреждены нервные структуры, то возможна слабость и онемение верхних или нижних конечностей.

Первая помощь и транспортировка

Дать обезболивающее. Категорически запрещается сажать пострадавшего, ставить его на ноги. Его необходимо уложить на твердую ровную поверхность - щит, доски. Если их нет под рукой, то переносить на носилках лучше всего в положении на животе с подложенными под плечи и голову подушками. В случае перелома шейного отдела позвоночника транспортировку осуществляют на спине с иммобилизацией головы, как при повреждениях черепа. Перекладывание и погрузку в транспорт осуществляют с особой осторожностью, лучше, если одновременно 3-4 человека, удерживая все время на одном уровне тело пострадавшего.

ПЕРЕЛОМЫ КЛЮЧИЦЫ, ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ И КОСТЕЙ ПРЕДПЛЕЧЬЯ. ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ

Перелом ключицы. Возникает опасность повреждения смещаемых отломками кости крупных подключичных сосудов.

Механизм перелома ключицы чаще всего представляет собой прямое воздействие травмирующей силы – удар по ключице. Повреждение ключицы может возникнуть в результате падения на плечо, прямую руку, локоть. Под влиянием тяги мышц (в основном грудино-ключично-сосцевидной или кивательной мышцы) центральный отломок ключицы смещается вверх и назад, а периферический, вследствие тяжести конечности смещается вниз и кнутри. Пациент жалуется на боли в области перелома, боль при движении рукой, ограничение движений в плечевом суставе. В области перелома возникает припухлость, кровоизлияние.

При осмотре обнаруживают укорочение надплечья со стороны поврежденной ключицы. Часто смещение отломков ключицы заметно на глаз. У детей ключица может ломаться без нарушения целостности надкостницы. В этом случае распознавание перелома затруднено, однако боли, кровоподтеки и нарушение функции конечности помогают установить правильный диагноз. Отломки ключицы могут повреждать плевру, близлежащие сосуды, разрывать кожу. Однако это происходит чрезвычайно редко, обычно переломы ключицы бывают неосложненными.

ПМП. Дать обезболивающее средство. Для создания покоя руку следует подвесить на косынку, плечо прибинтовать к туловищу, предварительно вложив в подмышечную впадину валик. Для разведения отломков ключицы плечи отводят назад и связывают за спиной. Можно одеть 2 ватно-марлевых кольца на руки на уровне плечевых суставов, плечи максимально отвести назад, а кольца сзади связать.

Перелом плечевой кости. Клиническая картина: рука свисает вдоль туловища и резко ограничено отведение конечности; боль в области плечевого сустава и верхней трети плеча, припухлость, напряжение дельтовидной мышцы; при значительном смещении (абдукционный перелом) в подмышечной впадине пальпируется периферический отломок.

ПМП. Руку осторожно сгибают в локтевом суставе, ладонь поворачивают к груди, в кисть и подмышечную впадину кладут валики ()конечность, по возможности, должна быть в среднем физиологическом положении. В таком положении обеспечивают покой в месте перелома, лучезапястном, локтевом и плечевом суставах с помощью стандартных шин (шина должна идти от кончиков пальцев до здорового плечевого сустава), подручных средств или подвязок. Руку подвешивают на косынку.

Перелом костей предплечья. Дать обезболивающее средство. Положение конечности такое же, как и при переломе плечевой кости. Шина накладывается от кончиков пальцев до средней трети плеча. При отсутствии стандартной шины подручные средства накладывают от кончиков пальцев до локтевого сустава. Руку подвешивают на косынку.

ПЕРЕЛОМЫ БЕДРЕННОЙ КОСТИ И КОСТЕЙ ГОЛЕНИ. ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ

Перелом бедренной кости. Переломы верхнего конца бедренной кости возникают при падении на бок и ударе областью большого вертела бедра (чаще это случается у людей пожилых).

ПМП. Дать обезболивающее средство. Необходимо создать неподвижность голеностопного, коленного и тазобедренного суставов. Шины (подручные средства) накладывают по наружной и внутренней поверхности конечности. Наружная шина идет от стопы до подмышечной впадины, внутренняя – от стопы до паховой области. Шины закрепляются к конечности и туловищу бинтом, полотенцем, полосками ткани. На костные выступы голеностопного и коленного суставов подкладывают куски ваты или ткани. Стопа закрепляется под прямым углом к голени.

Перелом костей голени. Согласно статистике, большинство переломов голени возникает в результате дорожно-транспортных происшествий, также не редки случаи переломов в ходе спортивной деятельности, процент таких переломов хоть и ниже, чем в результате ДТП, но также занимает значимый процент.

ПМП. Дать обезболивающее средство. Необходимо обеспечить неподвижность голеностопного и коленного суставов. Шины накладываются с внутренней и наружной стороны конечности от стопы до верхней трети бедра. Стопу закрепляют под прямым углом к голени.

ЗАКРЫТЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ: УШИБЫ, РАСТЯЖЕНИЯ, ВЫВИХИ, I МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ

Закрытые повреждения – это такие повреждения тканей и органов, при которых отсутствует нарушение целостности наружных покровов (кожи и слизистых оболочек)

УШИБ. На месте ушиба быстро появляется припухлость, возможен и кровоподтек (синяк). При разрыве крупных сосудов под кожей могут образоваться скопления крови (гематомы).

При ушибе прежде всего необходимо создать покой поврежденному органу. На область ушиба необходимо наложить давящую повязку, придать этой области тела возвышенное положение, что способствует прекращению дальнейшего кровоизлияния в мягкие ткани. Для уменьшения болей и воспалительных явлений к месту ушиба прикладывают холод - пузырь со льдом, холодные компрессы.

РАСТЯЖЕНИЯ И РАЗРЫВЫ СВЯЗОК. Растяжение характеризуется появлением резких болей, быстрым развитием отека в области травмы и значительным нарушением функций суставов.

Первая помощь при растяжении связок такая же, как и при ушибах, т. е. прежде всего накладывают повязку, фиксирующую сустав. При разрыве сухожилий, связок первая помощь заключается в создании больному полного покоя, наложении тугой повязки на область поврежденного сустава.

ВЫВИХ. Повреждение сустава, при котором происходит смещение соприкасающихся в его полости суставных концов костей с выходом одной из них через разрыв из полости сустава в окружающие ткани, называется вывихом.

Симптомами вывиха являются боль в конечности, резкая деформация (западение) области, отсутствие активных и невозможность пассивных движений в суставе, фиксация конечностей в неестественном положении, не поддающемся исправлению, изменение длины конечности, чаще ее укорочение.

Первая помощь: холод на область поврежденного сустава, применение обезболивающих, иммобилизация конечности в том положении, которое она приняла после травмы.

Вправление вывиха - врачебная процедура. Не следует пытаться вправить вывих, так как иногда трудно установить, вывих это или перелом, тем более, что вывихи часто сопровождаются трещинами и переломами костей.

ОБРАБОТКА РАНЫ ПРИ ОКАЗАНИИ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ

Первая медицинская помощь при ранах состоит:

Из остановки кровотечения;

Предупреждения дальнейшего попадания микробов

Создание покоя поврежденной части тела.

При наличии кровотечения его останавливают одним из описанных выше способов временной остановки кровотечения.

Рану необходимо освободить от одежды, кожу вокруг раны обрабатывают спиртовым антисептиком (раствор йода, зеленки) движением от раны. Раны, загрязненные землей, обрывками одежды, промывают большим количеством водного раствора перекиси водорода или перманганата калия, которые льются струей из стакана или банки, поднятых на рану на высоту 10-15 см. Нельзя к ране прикасаться руками, удалять из раны инородные тела, внедрившиеся глубоко в ткани. Это может привести к сильному кровотечению. После промывания раны и обработки кожи вокруг раны раневую поверхность закрывают стерильной салфеткой, а салфетку фиксируют бинтовой повязкой, пластырем, сетчатым бинтом. Одним из способов закрытия раны может служить индивидуальный перевязочный пакет (ИПП). ИПП состоит из бинта и одной или двух ватно-марлевых подушечек, одна из которых пришита на конце бинта, а вторая свободна по нему передвигается. Подушечки и бинт стерильные, завернутые в пергаментную бумагу. При наложении повязки пакет берут в левую руку, правой рукой вскрывают наружный чехол и вынимают внутреннюю упаковку. Развертывают бумажную оболочку, в левую руку берут конец бинта с пришитой подушечкой, а в правую руку – головку бинта. Подушечки накладывают на рану той стороной, которой не касались руками. При сквозных ранениях подушечку перемещают по бинту на нужное расстояние. Обе подушечки закрепляют круговыми турами бинта.

Поврежденной части тела необходимо обеспечить покой. При обширных размозженных ранах, сопровождающихся сильной болью, необходимо больному перед обработкой дать обезболивающее лекарственное средство.

ПРОФИЛАКТИКА РАНЕВОЙ ИНФЕКЦИИ, ПОНЯТИЕ ОБ АСЕПТИКЕ

В момент повреждения в рану вместе с ранящими предметами заносится инфекция. Микробы могут попасть в рану с землей, кусками одежды, осколками ранящих предметов. Загрязнение раны микробами может произойти не только при самом ранении, но и вследствие неумелой, неправильно оказанной медицинской помощи.

Предупреждение инфицирования ран и борьба с инфекцией, попавшей в рану, осуществляется с помощью комплекса мероприятий, получивших название «антисептика» и «асептика».

Антисептика – комплекс мероприятий, направленных на уничтожение микробов в ране или их ослабление (т.е. уменьшения их количества и активности). Различают механическую, химическую, физическую, биологическую антисептику.

1. Механическая антисептика: удаление инородных тел из раны, иссечение нежизнеспособных тканей и т.д. (проводится в основном в лечебном учреждении при первичной хирургической обработке раны)

2. Физическая антисептика: заключается в создании неблагоприятных условий в ране для выживания микробов: высушивание раны – солнечный свет и ультрафиолетовое облучение убивает микробов; дренирование раны и отток раневого отделяемого (в медицинском учреждении)

3. К биологической антисептике относят применение сывороток, вакцин и иммуноглобулинов (в медицинском учреждении),

4. Химическая антисептика основана на применении различных лекарственных средств, обладающих противомикробным действием. Такие вещества называются антисептиками или дезинфицирующими. Наиболее часто используется спиртовой раствор йода (5%) или зеленка (1%) применяют эти спиртовые антисептики для обработки кожи вокруг ран. Водные растворы

перманганата калия (0.1-0.5%), перекиси водорода (3%) готовят перед употреблением и их используют на раневую поверхность.

Асептика – комплекс мероприятий, направленных на предупреждение попадания микробов в рану. Асептика является методом профилактики раневой инфекции. Она достигается строгим соблюдением основного правила – все, что соприкасается с раной, должно быть стерильным. Нельзя рану трогать руками, накладывать на рану нестерильный материал, промывать рану водой из реки, колодца, водопровода.

Стерилизация – комплекс методов, применяющихся для уничтожения микробов.

Виды стерилизации:

- Горячая (открытое пламя, кипячение, автоклавирование);
- Холодная (химические антисептики, спирт, газовая стерилизация,
- Ультрафиолетовое облучение
- Ионизирующее излучение

ПРАВИЛА НАЛОЖЕНИЯ ЖГУТА

Наложение жгутов необходимо использовать лишь в крайних случаях, когда все другие меры не дали ожидаемого эффекта. Жгут может повредить нервы и кровеносные сосуды, а также привести к утрате конечности. При этом слабо наложенный жгут может стимулировать более интенсивное кровотечение за счет прекращения только венозного кровотока, но не артериального. Применяйте жгуты как последнее средство!

Принципы наложения жгута:

- жгут надо накладывать выше места артериального кровотечения, по возможности ближе к ране (примерно 5 см.)

- нельзя накладывать жгут на голое тело.

- кожа должна быть расправлена (без складок).

- направление туров (витков жгута) снизу вверх.

- туго накладываются два первых тура жгута, последующие - без натяжения.

Критерием правильности наложения жгута является остановка кровотечения.

Оставьте записку с указанием даты, времени наложения жгута и фамилии наложившего.

Каждые 45 минут следует ослаблять жгут на 3-5 минут для восстановления кровообращения.

После расслабления разбинтовать опять и наложить новую повязку.

Общее время наложения жгута: 2 часа - летом, 1,5 часа - зимой. После истечения 1,5-2 часов - жгут снимают на 10-15 мин., затем накладывают снова, но уже на 60 минут - летом, 30 мин.- зимой.

При наложении жгута остановки кровотечения как таковой нет, происходит лишь его задержка. Реально остановить артериальное кровотечение могут только профессиональные врачи в стационарных условиях.

Поэтому после наложения жгута требуется срочная транспортировка пострадавшего в медицинское учреждение.

МЕТОДЫ ВРЕМЕННОЙ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ

В зависимости от вида кровотечения и находящихся при оказании первой медицинской помощи средств осуществляют временную или окончательную остановку кровотечения.

Временная остановка осуществляется с помощью следующих действий: 1) наложением жгута или закрутки выше раны; 2) фиксированием конечности в положении максимального сгибания; 3) прижатием артерии выше места ее повреждения пальцами.

Пальцевое прижатие артерий – самый доступный и быстрый способ временной остановки артериального кровотечения. Артерии прижимаются в местах, где они проходят вблизи кости или над ней. Сонная артерия прижимается ниже раны.

Височную артерию прижимают большим пальцем к височной кости впереди ушной раковины при кровотечении из ран головы. Нижнечелюстную артерию прижимают большим пальцем к углу

нижней челюсти при кровотечении из ран, расположенных на лице. Общую сонную артерию прижимают к позвонкам на передней поверхности шеи сбоку от гортани. Затем накладывают давящую повязку, под которую на поврежденную артерию подкладывают плотный валик из бинта, салфеток или ваты. Подключичную артерию прижимают к первому ребру в ямке над ключицей при кровоточащей ране в области плечевого сустава, верхней трети плеча или в подмышечной впадине. При расположении раны в области средней или нижней трети плеча прижимают подмышечную артерию к головке плечевой кости, для чего, опираясь большим пальцем на верхнюю поверхность плечевого сустава, остальными сдавливают артерию. Плечевую артерию прижимают к плечевой кости с внутренней стороны плеча сбоку от двуглавой мышцы. Лучевую артерию прижимают к подлежащей кости в области запястья у большого пальца при повреждении артерий кисти. Бедренную артерию прижимают в паховой области к лобковой кости путем надавливания сжатым кулаком (это делают при повреждении бедренной артерии в средней и нижней трети).

При артериальном кровотечении из раны, расположенной в области голени или стопы, прижимают подколенную артерию в области подколенной ямки, для чего большие пальцы кладут на переднюю поверхность коленного сустава, а остальными прижимают артерию к кости. На стопе можно прижать к подлежащим костям артерии тыла стопы, затем наложить давящую повязку на стопу, а при сильных артериальных кровотечениях – жгут на область голени. Выполнив пальцевое прижатие сосуда, необходимо быстро наложить, где это возможно, жгут или закрутку и стерильную повязку на рану.

Наложение жгута (закрутки) – основной способ временной остановки кровотечения при повреждении крупных артериальных сосудов конечностей. Жгут накладывают на бедро, голень, плечо и предплечье выше места кровотечения, ближе к ране, на одежду или мягкую подкладку из бинта, чтобы не прищемить кожу.

Накладывать жгут нужно с такой силой, чтобы остановить кровотечение. При слишком сильном сдавливании тканей в большей степени травмируются нервные стволы конечности. Если жгут наложен недостаточно туго, артериальное кровотечение усиливается, так как сдавливаются только вены, по которым осуществляется отток крови из конечности. Правильность наложения жгута контролируется отсутствием пульса на периферическом сосуде.

Время наложения жгута с указанием даты, часа и минуты отмечают в записке, которую подкладывают под ход жгута так, чтобы она была хорошо видна. Конечность, перетянутую жгутом, тепло укрывают, особенно в зимнее время, но не обкладывают грелками. Пострадавшему дают обезболивающее средство.

Жгут на конечности нельзя держать более 1,5–2 ч во избежание ее омертвления ниже места наложения жгута. В тех случаях, когда с момента наложения жгута прошло 2 ч, надо выполнить пальцевое прижатие артерии, медленно, под контролем пульса ослабить жгут на 5–10 мин и затем снова наложить его немного выше предыдущего места. Такое временное снятие жгута повторяют через каждый час. При отсутствии жгута артериальное кровотечение может быть остановлено наложением закрутки или путем максимального сгибания конечности и ее фиксации в этом положении. Для остановки кровотечения с помощью закрутки используют веревку, скрученный платок, полоски ткани. Импровизированным жгутом может служить брючный ремень, который складывают в виде двойной петли, надевают на конечность и затягивают.

Временная остановка наружного венозного и капиллярного кровотечений проводится путем наложения давящей стерильной повязки на рану. Для этого рану закрывают стерильными салфетками или бинтом в 3–4 слоя, сверху кладут гигроскопическую вату и туго закрепляют бинтом. При этом поврежденную часть тела приподнимают вверх относительно туловища.

В некоторых случаях временная остановка венозного и капиллярного кровотечений может стать и окончательной остановкой. Окончательная остановка артериального, а в ряде случаев и венозного кровотечений проводится при хирургической обработке ран. При внутренних кровотечениях на предполагаемую область кровотечения кладут пузырь со льдом, пораженного немедленно доставляют в лечебное учреждение.

ОСТАНОВКА ДЫХАНИЯ, ПРИЧИНЫ, СИМПТОМЫ, ПЕРВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ

Остановка дыхания бывает первичной, вызываемой непроходимостью дыхательных путей, сниженной активностью дыхательного центра или атонией дыхательной мускулатуры, и вторичной - следствием остановки кровообращения.

Причиной остановки дыхания могут быть пневмония, бронхоспазм, пневмоторакс, ателектаз, отек легких, легочная эмболия, болезни центральной нервной системы, неправильное употребление опиатов, успокоительных средств или транквилизаторов.

Симптомы: больной находится без сознания, отсутствуют дыхательные движения грудной клетки, развивается синюшность кожных покровов. Если к губам больного приложить ручные часы, то их поверхность не покрывается испариной.

Помощь: необходимо вызвать скорую помощь, а до ее приезда делать искусственное дыхание. Для этого больного укладывают на постель, максимально запрокинув назад голову (можно подложить под шею валик). Указательным пальцем, обернутым марлей или носовым платком его рот и нос очищают от слизи и всего постороннего. При дыхании "рот в рот" помогающий одной рукой зажимает нос больного, а большим пальцем другой руки, нажав на подбородок, приоткрывает ему рот. Далее помогающий делает глубокий вдох и, плотно прижав свой рот ко рту больного (можно через марлю или носовой платок), резко выдыхает. У больного выдох происходит пассивно. Частота дыхания должна быть 20-25 раз в минуту. Признаком достаточной эффективности вдувания воздуха в легкие служит приподнятое грудной клетки больного при каждом выдохе оказывающего помощь. Воздух, попавший в желудок больного, удаляют надавливанием на подложечную область. Если челюсти больного плотно сжаты, нужно охватить указательными пальцами углы нижней челюсти и, упираясь большими пальцами в верхнюю челюсть, попытаться выдвинуть нижнюю челюсть вперед. В случае неудачи следует делать дыхание "рот в нос". Тогда одной рукой запрокидывают назад голову больного и удерживают в таком положении, другой рукой зажимают ему рот. Помогаящий делает глубокий вдох и, плотно охватив губами нос больного, энергично вдувает воздух. Когда грудная клетка больного расширяется, вдувание воздуха прекращают.

НАРУШЕНИЕ ПРОХОДИМОСТИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ, ПРИЧИНЫ

Дыхательные пути представляют собой проход, по которому воздух из носа и рта поступает в легкие. Когда что-то вызывает непроходимость дыхательных путей, пострадавший начинает испытывать удушье, и его организм не получает необходимое количество кислорода, тем самым жизнь его оказывается под угрозой. Подобное состояние является неотложным и требует оказания первой помощи с целью устранения причины непроходимости дыхательных путей.

Нарушение проходимости дыхательных путей

Причины, вызывающие непроходимость дыхательных путей.

Непроходимость дыхательных путей может возникнуть при западении языка или отеке тканей ротовой полости и горла вследствие травмы или тяжелой формы аллергической реакции. У людей в бессознательном состоянии наиболее распространенной причиной непроходимости является язык, который западает глубоко в горло и блокирует доступ воздуха в легкие. Непроходимость дыхательных путей может также быть вызвана попаданием в них инородного тела, например, пищи, небольшой игрушки или жидких субстанций, вроде рвотных масс, слизи, крови или слюны. Это состояние называется удушением. Инородное тело может застрять в любом месте дыхательных путей от горла до легких.

Наиболее распространенными причинами удушья являются:

- попытка проглотить большие куски пищи без тщательного их пережевывания.
- чрезмерное употребление спиртных напитков до или во время принятия пищи. Алкоголь притупляет рвотный рефлекс, что делает риск подавиться при еде более вероятным.
- зубные протезы мешают ощутить, хорошо ли пережевана пища перед глотанием.

- оживленный разговор и смех во время еды или принятие пищи второпях, ходьба, игра или бег, когда во рту находится пища или посторонний предмет.

ТЕХНИКА ИСКУССТВЕННОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ

Используется методика "рот в рот". Зажмите нос пострадавшему пальцами. Сделайте глубокий вдох, максимально герметично прижмитесь губами к раскрытому рту пострадавшего и выдохните. Вдувание должно занимать 1,5-2 с: при более быстром вдувании воздух попадает главным образом в желудок. В среднем, должно получаться около 10-12 вдуваний в минуту.

После каждого вдувания делают вдох. При вдувании грудная клетка больного должна приподниматься. Вначале делают 2 пробных вдувания с 2-секундной паузой. Если движения грудной клетки отсутствуют, меняют положение головы больного и повторяют пробные вдувания. Не делайте сами чрезмерно глубоких и частых вдохов - можно потерять сознание. Найдите себе помощника и делайте искусственное дыхание с ним по очереди, иначе у вас закружится голова, и вы можете потерять сознание. Критерием эффективности проводимой ИВЛ (искусственной вентиляции легких) является приподнимание грудной клетки пострадавшего во время проведения процедуры. Если и после изменения положения головы движения грудной клетки не отмечается, проведите пострадавшему прием Геймлиха. Прием повторяют до восстановления проходимости дыхательных путей. Проведение трахеотомии или коникотомии в походных условиях следует признать опасным - для их выполнения требуется наличие у "медика" медицинских знаний и хирургических навыков, в противном случае спасение пострадавшего может обернуться повреждением крупных сосудов шеи и смертью.

ТЕХНИКА НЕПРЯМОГО МАССАЖА ЛЕГКИХ. ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ РЕАНИМАЦИИ ДЕТЕЙ.

Непрямой массаж сердца – способ экстренного восстановления кровообращения путем ритмического сжатия сердца между грудиной и позвоночником.

Признаками прекращения сердечной деятельности являются:

- отсутствие пульса, сердцебиений;
- отсутствие реакции зрачков на свет (зрачки расширены).

При установлении этих признаков нужно немедленно приступить к непрямому массажу сердца .
Для этого:

1) пострадавшего укладывают на спину, на твердую, жесткую поверхность;

2) грудную клетку освобождают от одежды;

3) встав с левой стороны от него, кладут свои ладони одну на другую на область нижней трети грудины;

4) энергичными ритмичными толчками 50–60 раз в минуту нажимают на грудину, после каждого толчка отпускают руки, чтобы дать возможность расправиться грудной клетке. Передняя стенка грудной клетки должна смещаться на глубину не менее 3–4 см. надавливание производят, используя не только силу рук, но и тяжесть плечевого пояса, наклоняя туловище. Частота надавливаний 70-80 раз в минуту.

Детям от 2 до 10 лет проводят надавливание на грудину одной ладонью, грудным детям – одним-двумя пальцами с меньшей (2-3 см) глубиной, но более часто

Непрямой массаж сердца проводится в сочетании с искусственной вентиляцией легких: 4–5 надавливаний на грудную клетку (на выдохе) чередуют с одним вдуванием воздуха в легкие (вдох). В этом случае помощь пораженному должны оказывать два или три человека.

Реанимация детей.

При болезнях и травмах детское сердце останавливается сравнительно редко, но есть опасность закрытия дыхательных путей и плохого дыхания. Искусственное дыхание и непрямой массаж сердца старшим детям выполняют как взрослым людям, но обязательно делают их с учетом возрастной частоты и глубины. С маленькими же детьми – все обстоит иначе.

Проверка дыхания маленького ребенка. Положите под плечи мягкую подушку, чтобы удержать голову и, подняв подбородок, поддержите голову. Посмотрите, послушайте, почувствуйте, дышит ли ребенок.

Очищая полость рта от посторонних предметов, не трогайте её заднюю часть. Если у ребенка инфекционное заболевание зева, может возникнуть отек гортани, который закроет путь воздуху.

Проверка циркуляции крови. Если трудно нащупать пульс сонной артерии, найдите пульс в локтевом сгибе. С этой целью положите указательный и средний палец на внутреннюю сторону руки и слегка нажмите. Большой палец положите с внешней стороны руки, подождите 5 секунд, чтобы убедиться, что пульса нет.

ИВЛ. Маленькому ребенку нужно делать искусственное дыхание быстрее, чем взрослому, используя технику «рот в рот» и «рот в нос». Плотно обхватите рот и нос ребенка губами, вдуйте в него, чтобы грудная клетка поднималась, прекратите вдвухание; продолжайте делать вдвухание с частотой, характерной для здорового дыхания в данном возрасте.

Непрямой массаж сердца. Если вы убедились в отсутствии пульса, начните делать массаж сердца:

- для детей школьного возраста используйте ту же технику, что и для взрослых,
- у ребенка дошкольного возраста найдите нужную точку для массажа, как при массаже взрослому.
- используйте только одну руку, нажимайте с частотой 100 нажимов в минуту на глубину 2.2-3.5 см. совмещайте с искусственным дыханием, делая 1 вдвухание через каждые 5 нажимов.

Грудного ребенка положите на ровную поверхность. Мысленно начертите линию, соединяющую соски на его груди.

Прикоснитесь кончиками пальцев прямо под серединой этой линии и давите с частотой 100 нажимов в минуту на глубину 2.5 см. совмещайте это искусственным дыханием, делая 1 вдвухание через каждые 5 нажимов.