**1. ОСНОВНЫЕ ПОНЯТИЯ**

**Первая доврачебная помощь -** это комплекс срочных простейших мероприятий для спасения жизни человека и предупреждения осложнений при несчастных случаях или внезапном заболевании, внезапной смерти, проводимые на месте происшествия самим пострадавшим или другим человеком.

**Цель помощи:**

1. Оживление человека при внезапной смерти (искусственное дыхание, массаж сердца);

2. Временная остановка наружного кровотечения путем наложения повязок или жгута;

3. Предупреждение вторичного инфицирования ран путем наложения асептических повязок;

4. Транспортная иммобилизация переломов;

5. Переноска и транспортировка пострадавших.

**Внезапная смерть** - смерть, вызванная внезапной остановкой дыхания и кровообращения.

Переход от жизни к смерти составляет несколько этапов:

агония, клиническая смерть, биологическая смерть.

**Признаки агонального состояния:**

· бледные кожные покровы,

· расширенные зрачки,

· аритмичное судорожное дыхание,

· затуманенное сознание,

· артериальное давление и пульс не определяются.

Если при первом взгляде на пострадавшего возникает вопрос: «А дышит ли он?», если нет явных признаков дыхания, то не теряйте драгоценных секунд на их определение с помощью «народных» методов. Запотевание зеркальца, поднесенного ко рту, может отмечаться и у остывающего в течение нескольких часов трупа.

***Запомните!*** Уже через 4 минуты после остановки кровообращения произойдут необратимые изменения в коре головного мозга, вплоть до полной потери психической и интеллектуальной деятельности. Произойдет полная утрата человека как личности, наступит социальная смерть. В таких случаях, если даже удастся вернуть пострадавшего к жизни, его можно будет отождествлять скорее с «организмом-растением», нежели с разумным существом. Мозг умер. Сохранились лишь центры, поддерживающие жизнедеятельность организма и исправные функции органов, всех, кроме головного мозга.

В медицине это получило название смерть мозга.

В подавляющем большинстве случаев через 4 минуты после остановки сердца оживить человека невозможно. В тканях головного мозга и многих других органах происходят необратимые изменения. Наступает биологическая смерть. При ее наступлении никакие усилия не вернут умершего к жизни.

Только в первые 3-4 минуты после остановки кровообращения сохраняется реальная возможность реанимировать человека без потери его интеллекта. Это пограничное состояние между жизнью и смертью получило название клинической смерти.

**Признаки клинической смерти:**

· отсутствие сердцебиения и дыхания,

· отсутствие пульсации на сонной артерии,

· холодные бледные или синюшные кожные покровы,

· расширенные зрачки, не реагирующие на свет,

· потеря сознания, вслед за которой появляются судороги, продолжающиеся 3-10 минут (длительность зависит от возраста, температуры окружающей среды).

В этом случае не должно быть никаких сомнений в необходимости реанимационных мероприятий. Чем длительнее период умирания, тем больше истощаются и становятся нежизнеспособными органы и ткани. В этом случае даже через 1 минуту после клинической смерти человека не удается оживить.

В тоже время при внезапной остановке сердца (например, при электротравме) пострадавший может рассчитывать на спасение даже после 8-9 минут клинической смерти. При утоплении время для спасения увеличивается до 10 минут, а в ледяной воде - до 2-х часов (так как замедляется процесс умирания).

Истинная смерть констатируется не по формальному признаку (остановка дыхания и кровообращения), а по возникновению в организме (главным образом в мозге) несовместимых с жизнью необратимых нарушений. Прежде угасает деятельность коры головного мозга, поэтому сознание утрачивается раньше, чем другие функции центральной нервной системы.

**Признаки биологической смерти:**

· помутнение и высыхание роговицы («селедочный блеск»);

· если при сжатии зрачка большим и указательным пальцем, он, всегда идеально круглый и черный, изменит свою форму и станет похожим на «кошачий глаз», то перед Вами человек, умерший более 10-15 минут;

· трупное окоченение, которое наступает через 30-40 минут после смерти, прежде возникает в области шеи и верхней части туловища, в нижних конечностях окоченение наступает через 15-20 часов,

· трупные пятна (красно-фиолетового цвета на нижней поверхности тела).

**2. САМЫЕ ПЕРВЫЕ ДЕЙСТВИЯ.**

Подойдите к неподвижно лежащему (сидящему) пострадавшему и определите:

**·** каков цвет кожных покровов,

**·** каков характер позы (естественный, неестественный),

**·** есть ли сознание,

**·** есть ли кровотечение, судороги.

***1. Если человек отвечает на вопросы, значит он в сознании,*** есть пульс и дыхание. Убедитесь в отсутствии кровотечения. Если нет кровотечения, спокойно выясните суть происшедшего, характер повреждений, вызовите медицинскую помощь и действуйте по ситуации.

При сильном кровотечении прежде всего прижмите артерию рукой

в соответствующей точке, быстро наложите жгут (платок, ремень).

***2. Если человек не отвечает на вопросы,*** не тратьте времени на определение признаков дыхания. Сразу проверьте реакцию зрачков на свет. Зрачок не сужается - значит подозрение на остановку сердца. Нет возможности проверить реакцию зрачков - ищите пульс на сонной артерии. Продвигайте подушечки 2-го, 3-го, 4-го пальцев в глубину тканей шеи сбоку от кадыка.

***3. Если нет сознания, но есть пульс***, значит человек в состоянии обморока или комы. Ослабьте одежду, переверните на живот, очистите ротовую полость, вызовите скорую помощь и действуйте по обстоятельствам.

4***. Если нет сознания и пульса*** на сонной артерии, зрачки не реагируют на свет, немедленно начинайте реанимацию. Не теряйте ни секунды!

**Стадии СЛР**

Процесс реанимирования человеческого организма складывается из определенного ряда последовательных действий, в которых выделяется три стадии. Поэтому в медицинской литературе звучит такое название, как «комплексная» СЛР:

1. Первичная реанимация или стадия элементарного поддержания жизни — это основные мероприятия, направленные на поддержание жизнедеятельности организма, которые сформулированы по своей последовательности в правиле ABC. Более подробно данный комплекс действий будет рассмотрен ниже.
2. Восстановление жизненно важных (витальных) функций организма или стадия дальнейшего поддержания жизни — это мероприятия, направленные на восстановление самостоятельного кровообращения и стабилизацию деятельности сердечно-легочной системы. Включают в себя введение фармакологических препаратов и растворов, электрокардиографию и электрическую дефибрилляцию (при необходимости).
3. Интенсивная терапия постреанимационной болезни или стадия длительного поддержания жизни — это длительные мероприятия по сохранению и поддержанию адекватного функционирования головного мозга и других витальных функций. Должна проводиться в отделении реанимации.

*Если выполняются только мероприятия из первой стадии, тогда это называется «базовая реанимация». Как только к базовой реанимации подключается использование лекарств, дефибриллятора и других средств из второй стадии СЛР, тогда реанимация носит название «расширенной».*

В основном, начиная со второй стадии, медицинская помощь выполняется медработниками и при наличии лекарственных средств и медицинского оборудования. Поэтому в статье подробно будут разобраны действия оказания первой помощи.

**Противопоказания к выполнению реанимационных мероприятий**

Противопоказаниями к проведению реанимационных мероприятий или показаниями для их прекращения являются следующие:

* отсутствие кровообращения в условиях нормальной температуры тела свыше 10 минут, а также при наличии внешних признаков биологической смерти (трупное окоченение, гипостатические пятна);
* опасность для реаниматора (лицо, которое проводит реанимацию);
* отсутствие нарушений витальных функций (кровообращение, дыхание);
* травма, несовместимая с жизнью (например, полное размозжение костей и содержимого черепа, отрыв головы);
* конечные стадии неизлечимых, длительно протекающих заболеваний (хронических неонкологических и онкологических заболеваний, подтвержденных документально).

**Предварительные действия**

Прежде чем приступить к 1-й стадии СЛР (оказанию первой помощи), для начала необходимо обнаружить у пострадавшего/больного признаки клинической смерти. Ими являются следующие:

* отсутствие сознания;
* отсутствие самостоятельного дыхания;
* отсутствие пульса на магистральных сосудах;
* расширенные зрачки;
* арефлексия (нет реакции зрачков на свет и роговичного рефлекса);
* бледность или синюшняя окраска кожных покровов.

Первые три признака расцениваются как основные, а остальные как дополнительные.



Обнаружив в бессознательном состоянии человека или став свидетелем клинической смерти, нужно выполнить определенную последовательность предварительных действий:

1. Подумать о собственной безопасности. Например, около тела пострадавшего расположен оголенный провод и т. д.
2. Громко позвать на помощь. Потому что в большинстве случаев остановка кровообращения вызвана фибрилляцией желудочков, то для успешной терапии необходимо наличие дефибриллятора, а также другого медицинского оборудования и лекарств.
3. Оценить уровень сознания. Рекомендуется окликнуть пострадавшего, спросить, все ли с ним в порядке. Далее нанести легкое болевое раздражение в области лица (например, сжать мочку уха ) или аккуратно (подозревая поврежденный шейный отдел позвоночника) попытаться встряхнуть за плечи.
4. Оценить адекватность дыхания. Проводится по принципу «слышу - вижу - ощущаю»: «вижу » — дыхательные движения грудной клетки и/или передней брюшной стенки; «слышу» — дыхательные шумы (дыхание прослушивают ухом у рта пострадавшего); «ощущаю» — движения выдыхаемого воздуха своим кожным покровом или запотевание зеркальной поверхности любого предмета (экран мобильного телефона, зеркальце).
5. Оценить кровообращение. Следует начать с определения пульса на крупных (сонная или бедренная) артериях. При его наличии определяют пульс на периферических артериях и вычисляют время капиллярного наполнения (симптом «белого пятна»). Снижение времени этого симптома больше 3-5 секунд свидетельствует о снижение периферического кровенаполнения и низкого выброса крови сердцем. Наиболее достоверным диагностическим признаком остановки кровообращения является отсутствие на сонной артерии пульса. Расширение зрачков расценивается как дополнительный признак прекращения кровообращения. Не надо его ждать, так как он появляется через 40-60 секунд после прекращения кровообращения.

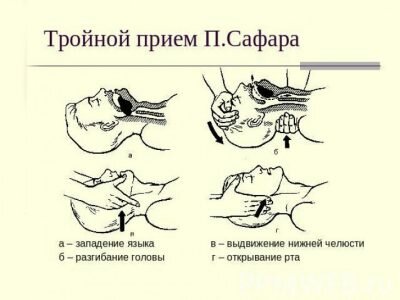
**Элементарное поддержание жизни (1-я стадия)**

Как уже было упомянуто выше, комплекс первичной или элементарной реанимация по правилу ABC включает в себя три этапа:

* A (Air way open) — восстановление и дальнейший контроль проходимости дыхательных путей;
* B (Breathe for victim) — искусственная вентиляция легких (ИВЛ ) человека;
* C (Circulation his blood) — искусственное поддержание кровообращения путем массажа сердца.

1-й этап. Для начала необходимо уложить пациента или пострадавшего соответствующе: придать горизонтальное положение (на спине) на твердой поверхности так, чтобы грудная клетка, шея и голова находились в одной плоскости, аккуратно запрокинуть голову, если отсутствуют подозрения на травму шейного отдела позвоночника, в противном случае лифтообразным движением вывести вперед нижнюю челюсть.

Запрокидывание головы, выдвижение нижней челюсти и открывание рта составляют тройной прием Сафара на дыхательных путях. Представлено на рисунке ниже. Неправильное положение нижней челюсти или головы — самые частые причины неэффективной ИВЛ. Следует также очистить полость рта и ротоглотки от инородных тел и слизи, если в этом есть необходимость.



Проверка полости рта на наличие инородных тел проводится, если при ИВЛ нет подъема грудной клетки. Необходимо выполнить два медленных вдоха различным методом ИВЛ (описано ниже).

2-й этап заключается в ИВЛ методом активного вдувания воздуха (кислорода) в легкие пострадавшего. ИВЛ осуществляют методом «рот в рот» или «рот в рот и нос » (так называемое искусственное дыхание), также можно проводить иными способами. Классификация методов проведения ИВЛ при СЛР:

* изо рта в рот;
* изо рта в нос ;
* изо рта в лицевую маску;
* изо рта в воздуховод;
* изо рта в интубационную трубку/ларингеальную маску;
* изо рта в трахеостамическую канюлю;
* вентиляция с помощью мешка Амбу;
* аппаратом ИВЛ (лучше всего проводить 100%-м кислородом).

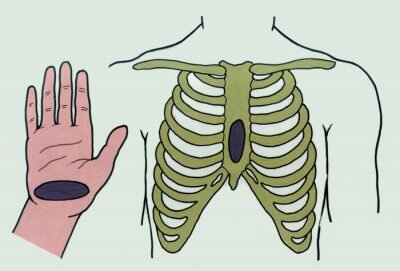
Первые два способа обычно проводят при отсутствии поблизости медработников и медицинских средств (мешок Амбу и др.).

Стоит отметить, что у взрослых остановка кровообращения чаще всего вызвана первичной сердечной патологией, поэтому у таких пациентов реанимационные мероприятия начинают не с искусственного дыхания, а с массажа сердца. Таким образом порядок действий при СЛР у взрослых приобретает вид CAB (по новым стандартам ERC 2010-2015).

3-й этап заключается в выполнении закрытого (непрямого) массажа сердца. Последний проводится с целью восстановления и поддержания кровообращения. Сущность непрямого массажа заключается в сдавлении сердца между позвоночником и грудиной, опорожнении камер сердца в магистральные сосуды (аорта и легочной ствол) с последующим заполнением правых и левых камер сердца кровью из венозного русла малого и большого кругов кровообращения.

*Открытый (прямой) массаж сердца выполняется в стерильных условиях (операционная) хирургом при открытой грудной клетке (торакотомия) посредством сжатия сердца рукой хирурга. Вне лечебного учреждения он не проводится!*

Максимальное сдавление должно приходиться на нижнюю треть грудины: выше мечевидного отростка на два поперечных пальца в центре грудины (представлено на цветном рисунке). Оптимальной расценивается у взрослых глубина сдавлений не менее 5, но и не более 6 см (спорный момент, потому что пациентам с ожирением такой глубины будет недостаточно, а у худых тоже могут быть чересчур глубокими, приводя к переломам ребер и/или грудины ). Необходимо следить, чтобы грудная клетка полностью расправлялась. **Очень важно, чтобы перерывы между непрямым массажем сердца и другими специфическими мероприятиями были сведены к минимуму!**



У взрослых закрытый массаж сердца проводится путем надавливания на грудную клетку обеими руками, прижимая друг к другу пальцы. Плечи должны находиться над сомкнутыми руками, необходимо руки в локтях не сгибать (на рисунке ниже). Наиболее эффективным является отношение числа сдавлений к частоте дыхания равное 30:2. При работе более чем одного спасателя реанимационными мероприятиями руководит тот, кто обеспечивает ИВЛ (считает число сдавлений грудной клетки и др.).

Правильная техника наружного массажа сердца.

Длительность реанимационных мероприятий должна быть не менее 30 минут!

**Критерии эффективной СЛР**

Критериями эффективности проводимой СЛР являются:

* появление на крупных артериях пульса синхронно с закрытым массажем сердца (то есть пульсация ощущается вместе с массажными движениями или спонтанно;
* сужение (или хотя бы не расширение) зрачков, в идеале — реакция зрачков на свет в виде сужения;
* подъемы грудной клетки синхронно с вдохами ИВЛ или спонтанно (по принципу «слышу - вижу - ощущаю»);
* улучшение окраски кожных покровов (по крайней мере, не появление цианоза или если кожные покровы не серо-пепельного цвета);
* восстановления уровня сознания;
* появление кашля или непроизвольных движений конечностями.

**Продолжительность реанимационных мероприятий**

Если реанимация продолжается более получаса, а признаки восстановления функций сердечно-легочной деятельности и центральной нервной системы отсутствуют, то шансы на выживание пациента без стойких остаточных неврологических нарушений очень невелики. Исключениями из этого правила являются:

* реанимация детей;
* утопление (особенно в холодной воде ) и гипотермия (до проведения активного согревания нельзя смерть констатировать);
* повторяющаяся фибрилляция желудочков (когда фибрилляция многократно устраняется и повторяется);
* прием лекарственных средств, угнетающих ЦНС, отравление фосфорорганическими соединениями и цианидами, интоксикация при укусах морских животных и змей.

Следует помнить, что дефибрилляция сама по себе неспособна «запустить» остановившееся сердце. Целью применения электрического разряда является вызов кратковременной остановки ритма сердца и полной деполяризации миокарда, чтобы предоставить естественным водителям ритма возможность возобновить свою работу.

# *Мероприятия, которые необходимо проводить в случае возникновения неотложных состояний*

Лечебно - эвакуационные мероприятия, проводимые при оказании неотложной помощи, следует разделить на ряд взаимосвязанных этапов - догоспитальный, госпитальный и первая врачебная помощь.

На догоспитальном этапе оказывается первая, доврачебная и первая врачебная помощь.

Самым важным при оказании неотложной помощи является временной фактор. Наилучшие результаты лечения пострадавших и пациентов достигаются в том случае, когда период от момента возникновения неотложного состояния до времени оказания квалифицированной помощи не превышает 1 часа.

Предварительная оценка тяжести состояния пациента позволит избежать паники и суеты при последующих действиях, даст возможность принять более взвешенные и рациональные решения в экстремальных ситуациях, а также меры по экстренной эвакуации пострадавшего из опасной зоны.

После этого необходимо приступить к определению признаков наиболее опасных для жизни состояний, которые могут привести к смерти пострадавшего в ближайшие минуты:

·        клинической смерти;

·        коматозного состояния;

·        артериального кровотечения;

·        ранения шеи;

·        ранения грудной клетки.

Оказывающий помощь пострадавшим при неотложном состоянии должен максимально четко придерживаться алгоритма, приведенного на схеме 1.

**Схема 1. Порядок оказания помощи при неотложном состоянии**

# *Оказание первой помощи при возникновении неотложного состояния*

Существует 4 основных принципа оказания первой помощи, которых следует придерживаться:

.        Осмотр места происшествия. Убедиться в безопасности при оказании помощи.

2.      Первичный осмотр пострадавшего и оказание первой помощи при состояниях, угрожающих жизни.

.        Вызов врача или скорой помощи.

.        Вторичный осмотр пострадавшего и при необходимости оказание помощи при выявлении других повреждений, болезней.

До оказания помощи пострадавшим выясните:

·        Не представляет ли опасность место происшествия;

·        Что произошло;

·        Количество пациентов и пострадавших;

·        В состоянии ли окружающие помочь.

Особое значение имеет все, что может угрожать вашей безопасности и безопасности окружающих: оголенные электрические провода, падающие обломки, интенсивное дорожное движение, пожар, дым, вредные испарения. Если вам угрожает какая-либо опасность, не приближайтесь к пострадавшему. Немедленно вызовите соответствующую спасательную службу или полицию для получения профессиональной помощи.

Всегда смотрите, нет ли других пострадавших, и, если необходимо, попросите окружающих оказать вам содействие в оказании помощи.

Как только вы приблизитесь к пострадавшему, находящемуся в сознании, постарайтесь его успокоить, затем доброжелательным тоном:

·        выясните у пострадавшего, что случилось;

·        объясните, что вы медицинский работник;

·        предложите помощь, получите согласие пострадавшего на оказание помощи;

·        объясните, какие действия вы собираетесь предпринять.

Прежде чем приступить к оказанию неотложной доврачебной медицинской помощи, вам следует получить на это разрешение пострадавшего. Пострадавший, находящийся в сознании, имеет право отказаться от вашей услуги. Если же он без сознания, можно считать, что вы получили его согласие на проведение мероприятий неотложной помощи.

# *Кровотечения*

**Методы остановки кровотечения:**

1.      Пальцевое прижатие.

2.      Тугая повязка.

.        Максимальное сгибание конечности.

.        Наложение жгута.

.        Наложение зажима на поврежденный сосуд в ране.

.        Тампонада раны.

При возможности для наложения давящей повязки используйте стерильный перевязочный материал (или чистую ткань), накладывайте его непосредственно на рану (исключение травмы глаз и вдавление свода черепа).

Любое движение конечности стимулирует в ней кровоток. Кроме того, при повреждении сосудов нарушаются процессы свертывания крови. Любые движения вызывают дополнительные повреждения сосудов. Шинирование конечностей позволяет уменьшить кровотечение. В этом случае идеальны воздушные шины, или шины любого типа.

Когда наложение давящей повязки на место раны не обеспечивает надежного прекращения кровотечения или есть несколько источников кровотечения, снабжаемых одной артерией, эффективным может быть локальное прижатие.

При кровотечении в области кожных покровов головы следует прижать височную артерию к поверхности височной кости. Плечевую артерию - к поверхности плечевой кости при травме предплечья. Бедренную артерию - к тазовой или бедренной кости при травме нижней конечности.

Накладывать жгут необходимо лишь в крайних случаях, когда все другие меры не дали ожидаемого результата.

**Принципы наложения жгута:**

§ жгут накладываю выше места кровотечения и как можно ближе к нему поверх одежды или поверх нескольких туров бинта;

§ затягивать жгут нужно лишь до исчезновения периферического пульса и прекращения кровотечения;

§ каждый последующий тур жгута должен частично захватывать предыдущий тур;

§ жгут накладывают не более чем на 1 час в теплый период времени, и не более 0,5 часа в холодный;

§ под наложенный жгут вставляют записку с указанием времени наложения жгута;

§ после остановки кровотечения на открытую рану накладывают стерильную повязку, перевязывают, конечность фиксируют и отправляют раненого на следующий этап медицинской помощи, т.е. эвакуируют.

*Жгут может повредить нервы и кровеносные сосуды и даже привести к утрате конечности. Слабо наложенный жгут может стимулировать более интенсивное кровотечение, поскольку прекращается не артериальный, а только венозный кровоток. Применяйте жгут как последнее средство при угрожающих жизни состояниях.*

# *Переломы*

**Неотложная доврачебная помощь:**

§ проверка проходимости дыхательных путей, дыхания и кровообращения;

§ наложение транспортной иммобилизации табельными средствами;

§ асептическая повязка;

§ противошоковые мероприятия;

§ транспортировка в ЛПУ.

**При переломе нижней челюсти:**

**Неотложная доврачебная помощь:**

§ проверьте проходимость дыхательных путей, дыхание, кровообращение;

§ артериальное кровотечение временно остановите путем прижатия кровоточащего сосуда;

§ зафиксируйте нижнюю челюсть пращевидной повязкой;

§ при западении языка, затрудняющем дыхание, зафиксируйте язык.

**Переломы ребер.**

**Неотложная доврачебная помощь:**

§ проверьте АВС (проходимость дыхательных путей, дыхание, кровообращение);

§ наложите на выдохе круговую давящую повязку на грудную клетку;

§ С повреждениями органов грудной клетки вызовите скорую медицинскую помощь для госпитализации пострадавшего в стационар, специализирующийся на травмах грудной клетки.

# *Раны*

**Неотложная доврачебная помощь:**

§ проверьте АВС (проходимость дыхательных путей, дыхание, кровообращение);

§ в период первичной помощи просто промойте рану физиологическим раствором или чистой водой и наложите чистую повязку, поднимите конечность.

**Неотложная доврачебная помощь при открытых ранах:**

§ остановите основное кровотечение;

§ удалите грязь, осколки и обломки путем орошения раны чистой водой, физиологическим раствором;

§ наложите асептическую повязку;

§ при обширных ранах зафиксируйте конечность

**Рваные раны**делятся на:

поверхностные (включающие только кожу);

глубокие (захватывают нижележащие ткани и структуры).

**Колотые раны** обычно не сопровождаются массивным наружным кровотечением, однако внимательно отнеситесь к возможности внутреннего кровотечения или повреждения тканей.

**Неотложная доврачебная помощь:**

§ не удаляйте глубоко застрявшие предметы;

§ остановите кровотечение;

§ стабилизируйте инородное тело с помощью объемной повязки и по мере необходимости иммобилизация шинами.

§ наложите асептическую повязку.

***Термические поражения***

**Ожоги**

**Неотложная доврачебная помощь:**

§ прекращение действия термического фактора;

§ охлаждение обожженной поверхности водой в течение 10 минут;

§ наложение асептической повязки на ожоговую поверхность;

§ теплое питье;

§ эвакуация в ближайшее ЛПУ в положении лежа.

# *Отморожения*

**Неотложная доврачебная помощь:**

§ прекратить охлаждающее воздействие;

§ после снятия сырой одежды тепло укрыть пострадавшего, дать горячее питье;

§ обеспечить теплоизоляцию охлажденных сегментов конечности;

§ произвести эвакуацию пострадавшего в ближайшее ЛПУ в положении лежа.

# *Солнечные и тепловые удары*

**Неотложная доврачебная помощь:**

§ переместите пострадавшего в более прохладное место и дайте выпить умеренное количество жидкости;

§ положить холод на голову, на область сердца;

§ уложите пострадавшего на спину;

§ если у пострадавшего понизилось давление, поднимите нижние конечности.

***Острая сосудистая недостаточность***

**Обморок**

**Неотложная доврачебная помощь:**

§ уложите пациента на спину с несколько опущенной головой или поднимите ноги пациента на высоту 60-70 см по отношению к горизонтальной поверхности;

§ расстегните стесняющую одежду;

§ обеспечьте доступ свежего воздуха;

§ поднесите к носу ватку, смоченную нашатырным спиртом;

§ обрызгайте лицо холодной водой или похлопайте по щекам, разотрите ему грудь;

§ проследите, чтобы пациент после обморока посидел в течение 5-10 минут;

При подозрении на органическую причину обморока необходима госпитализация.

# *Судороги*

**Неотложная доврачебная помощь:**

§ предохраняйте пациента от ушибов;

§ освободите его от стесняющей одежды;

неотложное состояние медицинская помощь

§ освободите полость рта пациента от инородных предметов (пища, съемные зубные протезы);

§ для профилактики прикуса языка вставьте между коренными зубами угол свернутого полотенца.

# *Поражение молнией*

**Неотложная доврачебная помощь:**

§ восстановление и поддержание проходимости дыхательных путей и проведение искусственной вентиляции легких;

§ непрямой массаж сердца;

§ госпитализация, транспортировка пострадавшего на носилках (лучше в положении на боку из-за опасности возникновения рвоты).

*П****оражение электрическим током***

**Первая помощь при электротравме:**

§ освободите пострадавшего от контакта с электродом;

§ подготовка пострадавшего к проведению реанимационных мероприятий;

§ проведение ИВЛ параллельно с закрытым массажем сердца.

# *Укусы пчел, ос, шмелей*

**Неотложная доврачебная помощь:**

·        удалите жало из ранки пинцетом;

·        обработайте ранку спиртом;

·        приложите холодный компресс.

Госпитализация необходима только при общей или резко выраженной местной реакции.

**Укусы ядовитых змей**

**Неотложная доврачебная помощь:**

§ полный покой в горизонтальном положении;

§ местно - холод;

§ иммобилизация пострадавшей конечности подручными средствами;

§ обильное питье;

§ транспортировка в положении лежа;

**Отсасывание крови из ранки ртом запрещается!**

**Не рекомендуется наложение жгута, выполнение надрезов.**

# *Укусы собак, кошек, диких животных*

**Неотложная доврачебная помощь:**

§ при укусе домашней собакой и наличие небольшой раны, проводят туалет раны;

§ накладывается повязка;

§ пострадавшего направляют в травматологический пункт;

§ большие кровоточащие раны тампонируют салфетками.

**Показанием к госпитализации служат укушенные раны, полученные от неизвестных и не привитых от бешенства животных**

***Отравления***

**Неотложная доврачебная помощь при остром пероральном отравлении:**

·        прекратить поступление яда в организм;

·        провести промывание желудка естественным путем (вызвать рвоту);

·        обеспечить доступ кислорода;

·        обеспечить скорейшую транспортировку в специализированное токсикологическое отделение.

**Неотложная доврачебная помощь при ингаляционном отравлении:**

·        прекратить поступление яда в организм;

·        обеспечить пострадавшего кислородом;

·        обеспечить скорейшую транспортировку в специализированное токсикологическое отделение или реанимацию.

**Неотложная доврачебная помощь при резорбтивном отравлении:**

·        прекратить поступление яда в организм;

·        очистите и обмойте кожные покровы от отравляющего вещества (для обмывания используйте мыльный раствор)

·        при необходимости обеспечить транспортировку в ЛПУ.

# *Отравление алкоголем и его суррогатами*

**Неотложная доврачебная помощь:**

·        беззондовое промывание желудка;

·        обильное питье;

·        внутрь адсорбенты - активированный уголь, и слабительное;

·        обеспечить транспортировку пациента в ближайшее ЛПУ в положении лежа на боку.

# *Уксусная кислота*

**Неотложная доврачебная помощь:**

·        при сохранении сознания дать внутрь 2-3 стакана молока, 2 сырых яйца;

·        обеспечить транспортировку пациента в ближайшее ЛПУ в положении лежа на боку.

# *Угарный газ*

**Неотложная доврачебная помощь:**оттащить пострадавшего в безопасное место; расстегнуть ремень, воротник, обеспечить доступ свежего воздуха; согреть пострадавшего; обеспечить госпитализацию пострадавшего в ЛПУ.

# *Отравление грибами*

**Неотложная доврачебная помощь:**

·        беззондовое промывание желудка;

·        обильное питье;

·        внутрь адсорбенты - активированный уголь, и слабительное;

·        обеспечить транспортировку пациента в ближайшее ЛПУ в положении лежа на боку.

***Личная безопасность и меры защиты медицинского персонала при оказании неотложной помощи***

Профилактика профессионального заражения включает в себя меры универсальной предосторожности, которые предусматривают выполнение ряда мероприятий, направленных на предотвращения контакта медицинских работников с биологическими жидкостями, органами и тканями пациентов, независимо от эпидемиологического анамнеза, наличия или отсутствия результатов специфической диагностики.

Медицинские работники должны относится к крови и другим биологическим жидкостям человеческого организма как к потенциально опасным в плане возможного инфицирования, поэтому при работе с ними необходимо соблюдать следующие правила:

.        При любом соприкосновении с кровью, другими биологическими жидкостями, органами и тканями, а также со слизистыми оболочками или поврежденной кожей пациентов медицинский работник должен быть одет в специальную одежду.

2.      Другие средства барьерной защиты - маску и защитные очки - следует надевать в тех случаях, когда не исключается возможность разбрызгивания крови и других биологических жидкостей.

.        При выполнении различных процедур необходимо принять меры по предотвращению травмы режущими и колющими предметами. С режущими и колющими инструментами надо обращаться осторожно, без лишней суетливости, продуманно совершать каждое движение.

.        При возникновении "аварийной ситуации" необходимо воспользоваться укладкой для экстренной профилактики парентеральных вирусных гепатитов и ВИЧ-инфекции.