**Первая помощь**

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ – это простейшие срочные меры, необходимые для спасения жизни и здоровья пострадавшим при повреждениях, несчастных случаях и внезапных заболеваниях. Она оказывается на месте происшествия до прибытия врача или доставки пострадавшего в больницу.

Первая помощь является началом лечения повреждений, т.к. она предупреждает такие осложнения, как шок, кровотечение, развитие инфекции, дополнительные смещения отломков костей и травмирование крупных нервных стволов и кровеносных сосудов.

Следует помнить, что от своевременности и качества оказания первой помощи в значительной степени зависит дальнейшее состояние здоровья пострадавшего и даже его жизнь. При некоторых незначительных повреждениях медицинская помощь пострадавшему может быть ограничена лишь объемом первой помощи. Однако при более серьезных травмах (переломах, вывихах, кровотечениях, повреждениях внутренних органов и др.) первая помощь является начальным этапом, так как после ее оказания пострадавшего необходимо доставить в лечебное учреждение. Первая помощь очень важна, но никогда не заменит квалифицированной (специализированной) медицинской помощи, если в ней нуждается пострадавший. Вы не должны пытаться лечить пострадавшего – это дело врача-специалиста.

Перелом — это нарушение целостности кости. Переломы могут быть полными и неполными, открытыми и закрытыми. Перелом, который возникает от давления или сплющивания, называется комп­рессионным.

Большинство переломов сопровождается сме­щением отломков. Это объясняется тем, что мыш­цы, сокращаясь после травмы, тянут отломки ко­сти и смещают их в сторону. Кроме того, направ­ление силы удара тоже способствует смещению отломков.

При переломе больной жалуется на сильную боль, усиливающуюся при любом движении и нагрузке на конечность, изменение положения и формы конечности, невозможность ею поль­зоваться. Также можно отметить появление отеч­ности и кровоподтека в области перелома, укоро­чение конечности и ненормальную ее подвиж­ность.

При ощупывании места перелома больной жа­луется на сильную боль, часто удается опреде­лить неровные края отломков кости и хруст (крепитацию) при легком надавливании. Ока­зывающему помощь нужно действовать очень осторожно, чтобы не причинить пострадавшему лишней боли и еще более не сместить отломки кости.

При открытом переломе в ране иногда можно заметить отломок кости, что говорит о явном пе­реломе.

Первая помощь при переломах имеет решаю­щее значение для дальнейшего лечения больного. Если помощь оказана быстро и грамотно, то это поможет больному избавиться от многих неприят­ностей и осложнений при дальнейшем лечении (шок, кровотечение, смещение отломков).

Основными моментами первой помощи при пе­реломах костей являются:

1. обеспечение неподвижности кости в облас­ти перелома (иммобилизация);
2. меры борьбы с обмороком, шоком и коллап­сом;
3. быстрейшая госпитализация в лечебное уч­реждение.

**Иммобилизация.**

Фиксация отломков кос­тей нужна для того, чтобы предупредить их сме­щение, уменьшить опасность ранения костью мышц, сосудов и нервов, уменьшить опасность бо­левого шока. Достигается иммобилизация наложе­нием шин из любого подсобного материала (палка, прутья, доски, лыжи, картон, пучки соломы и т. д.).

Наложение шины надо производить осторож­но, чтобы не причинить лишнюю боль (шок!) и не допустить смещения отломков. Не рекомендуется самому пытаться исправить положение повреж­денной кости или сопоставлять от­ломки. Тем более не следует вправлять в глубину раны торчащие отломки.

При открытом переломе перед иммобилизаци­ей на рану обязательно накладывают стерильную повязку. Кожу вокруг раны обрабатывают йодом или любым подсобным антисептическим сред­ством (спирт, водка, одеколон). Если рана крово­точит, то должны быть применены способы вре­менной остановки кровотечения (наложение жгу­та, закрутки, прижатие артерии на протяжении пальцем, давящая повязка и т. д.).

Если поблизости нет никаких подходящих предметов для проведения иммобилизации, то травмированную конечность плотно прибинтовы­вают к здоровой части тела.

При наложении шины надо стараться придер­живаться следующих правил:

* шина всегда накладывается не менее чем на два сустава (выше и ниже места перелома);
* шина не накладывается на обнаженную часть тела (под нее обязательно подкладывают вату, марлю, одежду и т. д.);
* накладываемая шина не должна болтаться.
Прикреплять ее надо прочно и надежно;
* если имеется перелом в области бедра, то шиной должны быть фиксированы все суставы нижней конечности.

Транспортировка больного при переломах должна производиться осторожно; надо учиты­вать, что малейший толчок или перекладывание больного могут привести к смещению обломков кости (а это значит к усилению болей, чем увели­чивается опасность возникновения болевого шока). Для транспортировки пострадавшего мож­но использовать любое подсобное средство: но­силки, машину, телегу и т. д. Больных с перело­мом верхних конечностей можно транспортиро­вать в положении сидя, с переломом нижних — только в лежачем положении.

Для предупреждения шока больному с перело­мом обязательно надо дать что-нибудь болеутоля­ющее: анальгин, темпалгин, амидопирин, проме-дол, спирт, водку и т. п.

Необходимо помнить, что при оказании по­мощи пострадавшему не должно быть суеты, излишних разговоров и проволочек. Действия помогающих должны быть конкретными и четки­ми. Не стоит при больном обсуждать его травму и говорить о возможных ее последствиях.

Если несчастье произошло в холодное время года, то перед транспортировкой больного его не­обходимо прикрыть одеялом или чем-нибудь теп­лым.

**Перелом черепа.**

При переломах черепа, будут наблюдаться тошнота, рвота, нарушение сознания, замедление пульса – признаки сотрясения (ушиба) головного мозга, кровотечение из носа и ушей. описывать конкретные виды переломов, двигаясь "сверху вниз".

Переломы костей черепа. Наиболее опасный вид переломов. Возникают вследствие удара по голове твердым предметом. Чаще всего - при ударе падающим камнем, либо при падении на камни. В месте перелома больной ощущает боль, возникает выраженный отек. При осторожном ощупывании зоны перелома можно почувствовать, как смещаются костные отломки, однако специально этого делать нельзя из-за опасности повредить головной мозг. Основная опасность переломов черепа и заключается именно в возможном повреждении головного мозга. При переломе основания черепа у больного обычно появляются темные синяки под глазами или даже вокруг глаз (симптом "очков"), из носа может выделяться прозрачная жидкость, слегка окрашенная кровью - ликвор. Больной обычно отмечает слабость, оглушенность, в глазах темнеет, может беспокоить тошнота, повторяющаяся рвота. Обратите внимание на то, что в первые минуты после травмы больной может чувствовать себя хорошо, настолько хорошо, что оценка собственного состояния станет для него просто невозможной. После этого "светлого" периода (его еще называют "периодом мнимого благополучия") состояние пострадавшего может внезапно резко ухудшиться, вплоть до остановки сердечной деятельности и дыхания. Госпитализация обязательна при любом подозрении на перелом костей черепа. В первую очередь проводятся реанимационные мероприятия (при необходимости). Если есть рана - ее необходимо обработать и закрыть стерильными салфетками, следя за тем, чтобы повязка не давила на область раны. Больного укладывают на спину, голову фиксируют сложенным из одежды кольцом. Чем быстрее вы сможете доставить пострадавшего в больницу - тем лучше будет прогноз заболевания. Не забудьте обезболить пострадавшего, однако не вводите никаких препаратов, обладающих снотворным действием (димедрол, тавегил), иначе при осмотре пациента врач стационара может неверно оценить его состояние. На место травмы положите холод (пузырь со льдом или снегом, пакет с холодной водой и пр.).

Транспортировка пострадавшего с переломом костей черепа

**Переломы ребер.**

При этом виде перелома больной испытывает очень сильные боли в об­ласти перелома. Ему трудно (и больно) дышать, кашлять, поворачиваться и двигаться. Возникает обычно при падении с высоты, сдавлении грудной клетки, прямом ударе. Основным симптомом являются резкие боли, возникающие при дыхании, кашле, изменении положения тела. Больной старается не делать глубоких вдохов, поэтому дыхание становится поверхностным. Основной опасностью является возможное повреждение плевры и легкого острыми краями костных отломков. В случае повреждения легкого у больного может возникнуть подкожная эмфизема, т.е. проникновение воздуха в подкожную клетчатку. В этом случае заметно сглаживание межреберных промежутков, похожее на отек. Однако, в отличие от отека, при ощупывании места повреждения легко определить возникающее под пальцами "похрустывание" (как будто лопаются мелкие пузырьки). Первая помощь заключается в адекватном обезболивании пострадавшего и наложении тугой круговой повязки на грудную клетку. Если для наложения повязки не хватит бинта - можно использовать полосы ткани, полотенце. Больного транспортируют в лечебное учреждение в положении сидя или полулежа с приподнятым головным концом. Для уменьшения болей надо дать больному что-нибудь болеутоляющее.

**Перелом ключицы.**

Чаще всего перелом ключицы возникает при падении на вытянутую руку, иногда - при падении на плечевой сустав или при прямом ударе по ключице. Больного беспокоят боли в области ключицы при попытке движений рукой. Обычно пострадавший держит руку прижатой к туловищу и сопротивляется любым попыткам произвести движения руки. Внешне хорошо заметна деформация ключицы, отек в области перелома. При осторожном ощупывании зоны перелома отмечается резкая болезненность. Наружная часть ключицы обычно смещается книзу и кпереди под тяжестью руки. Переломы ключицы могут сопровождаться повреждением глубжележащих сосудов и нервов (плечевого сплетения). Первая помощь заключается в подвешивании руки на косынку, либо прибинтовывании ее к туловищу при сгибании до 90 градусов в локтевом суставе. Больного доставляют в ближайшее лечебное учреждение для проведения репозиции отломков.

**Переломы позвоночника**

Переломы позвоночника – одна из самых серьезных травм, нередко заканчивающаяся смертельным исходом. Анатомически позвоночный столб состоит из прилегающих друг к другу позвонков, которые соединены между собой межпозвонковыми дисками, суставными отростками и связками. В специальном канале расположен спинной мозг, который может также пострадать при травме. Весьма опасны травмы шейного отдела позвоночника, приводящие к серьезным нарушениям сердечно-сосудистой и дыхательной систем. При повреждении спинного мозга и его корешков нарушается его проводимость.

Возникает при падении с высоты (или, наоборот, ударе головой о дно при нырянии), сильном ударе в спину (автотравма, камнепад), попадании под завалы. Основным признаком является очень сильная боль в спине при попытках движения. Опасность в данном случае заключается в возникновении повреждения спинного мозга, проходящего в позвоночном канале. Спинной мозг может быть травмирован осколками позвонков при любом их смещении. В случае повреждения спинного мозга возникает паралич конечностей или всего тела, проявляющийся полной потерей чувствительности и невозможностью двигаться. Именно поэтому главная задача туристской группы - это немедленная, как можно более быстрая и как можно более бережная доставка пострадавшего в стационар. В первую очередь обезбольте пациента, применяя для этого самые сильные из имеющихся лекарств. Переноска больного возможна только на жесткой ровной поверхности (деревянный щит, дверь, дощатый настил, носилки с жесткой поверхностью). На мягких носилках больного лучше не переносить, однако в том случае, если ничего другого под рукой не окажется, больного следует уложить на носилки вниз животом. Перекладывание больного на носилки следует проводить очень осторожно, стараясь сохранить положение его тела. Лучше, если в этом процессе будут принимать участие 3-4 человека. Помните, что любые движения больного опасны развитием травмы спинного мозга! Если у пострадавшего поврежден шейный отдел позвоночника, вам придется соорудить из подручных материалов что-то вроде широкого жесткого воротника. Воротник по высоте должен быть равен длине шеи, т.е. проходить от нижней челюсти больного до ключиц. Воротник можно сделать из картона или другого жесткого материала: вырезать под размер, обложить ватой или мягкой тряпкой, сверху замотать бинтом. Можно и просто обложить шею толстым слоем ваты, а сверху - замотать бинтом.

**Переломы костей таза.**

Переломы костей таза относятся к тяжелым переломам. Это связано с возможностью повреждения внутренних органов, с большой кровопотерей при переломах костей таза, с возникновением шока вследствие кровопотери и болевого синдрома.

Таз располагается в основании позвоночника. Он служит опорой позвоночнику и всему скелету человека. С помощью таза нижние конечности соединяются с туловищем. Кроме этого тазовые кости и образованное ими костное ложе – тазовое кольцо – являются вместилищем части внутренних органов, которые называют тазовыми.

Тазовое кольцо образовано телами тазовых костей (подвздошной, лобковой и седалищной) и крестцом сзади. Впереди по средней линии правая и левая лобковые кости соединяются посредством лобкового симфиза. Сзади подвздошные кости сочленяются с костями крестца и образуют крестцово-подвздошные сочленения. Тела подвздошной, лобковой и седалищной костей на наружно-боковой поверхности образуют вертлужную впадину, которая является суставной поверхностью для тазобедренного сустава. Во внутренней полости малого таза лежит мочевой пузырь, прямая кишка, у женщин матка и влагалище, у мужчин предстательная железа и семенные пузырьки. Чаще всего встречаются переломы лобковой и седалищной костей.

Механизм травматического повреждения таза может быть различным. Но чаще всего это сдавление при автомобильных авариях, наездах на пешеходов, обвалах зданий, земли и т.д. Сдавление может быть передне-задним, боковым.

Переломы костей таза бывают:

* стабильные
* нестабильные.

Нестабильные переломы костей таза характеризуются возможностью смещения костей таза в любой момент под действием обычных нагрузок (движений ногами, поворотов туловища и даже напряжения мышц живота). К стабильным переломам костей таза относятся переломы, не приводящие к нарушению целостности тазового кольца. Это краевые или изолированные переломы (переломы крыла подвздошной кости, отрывные переломы остей подвздошной кости, краевые переломы крестца и переломы копчика), переломы ветвей лобковой кости, переломы седалищной кости.

Нестабильные переломы это переломы, сопровождающиеся нарушением целостности тазового кольца. Они могут быть ротационно (вращательно) нестабильные. При этом смещение отломков может произойти в горизонтальной плоскости.

Вертикально нестабильные переломы приводят к смещению отломков в вертикальной плоскости. Чаще это двойные вертикальные переломы костей таза, при которых непрерывность тазового кольца нарушается в двух местах: в переднем и заднем отделах. В этом случае создаются условия для смещения отломков по вертикали. Отдельно выделяют переломы вертлужной впадины. Возможны переломы краев вертлужной впадины или ее дна. Переломы вертлужной впадины могут сопровождаться вывихом бедра.

Практически все травматические повреждения костей таза сопровождаются более или менее выраженным кровотечением. Кровопотеря может составить от 200 мл при переломах крыла подвздошной кости, до 3 500 мл крови при вертикальных нестабильных переломах. Кровотечение из костной ткани может продолжаться до 7 дней.

Переломы костей таза могут сопровождаться повреждением и сдавлением нервных стволов и корешков поясничного сплетения. Повреждению могут подвергнуться мочевыводящие пути, конечные участки толстого кишечника. Содержимое мочевых путей и кишечника попадает в полость малого таза, вызывает инфекционные осложнения и значительно утяжеляет состояние больного. Пациенты с переломами костей таза, осложненными кровотечением или повреждением внутренних органов находятся в тяжелом состоянии. Часто они без сознания или в состоянии шока.

Неосторожная транспортировка такого пострадавшего может привести к смещению отломков и еще более утяжеляет его состояние. Если пострадавший в сознании он жалуется на боли в месте перелома. Возникает нарушение конфигурации таза, отек в месте перелома. Движения ногами резко болезненны. Опора на ноги невозможна. Часто пострадавшие принимают характерную позу – «поза лягушки», с разведенными и полусогнутыми в коленных и тазобедренных суставах ногами.

При повреждении мочевых путей в моче появляется кровь, при повреждении прямой кишки – кровь может выделяться из заднего прохода. Транспортировка таких пострадавших в стационар производится на жестких носилках или на щите. Ноги в коленных суставах полусогнуты, под них подложен валик из одежды или одеяла.

Диагноз перелома костей таза уточняют при рентгенологическом исследовании. Сначала проводят обзорный снимок в передне-заднем направлении. Затем делают дополнительные снимки в специальных проекциях.

При необходимости выполняют компьютерную томографию. Если возникает подозрение на повреждение артерий в области таза, производят компьютерную ангиографию. Обязательно проводится пальцевое исследование прямой кишки, так как иногда отломки тазовых костей прощупываются через стенку прямой кишки, а также для исключения разрывов кишки. У женщин с той же целью назначается осмотр гинеколога.

Назначается рентгеновское исследование мочевых путей и мочевого пузыря с контрастированием, для исключения повреждения стенок мочевого пузыря и мочеиспускательного канала. При подозрении на повреждение внутренних органов таза или живота выполняют лапароскопию.

Если состояние пациента тяжелое, проводятся противошоковые мероприятия. При большой кровопотере, назначается введение кровезаменителей, плазмы или крови. Обязательно обезболивают место перелома или проводится внутритазовая анестезия по специальной методике (метод Школьникова-Селиванова). При краевых переломах растворы местных анестетиков вводят непосредственно в место перелома. Краевые и изолированные переломы редко сопровождаются шоком и значительной кровопотерей.

Положение, в котором следует транспортировать пострадавшего с переломом таза.