

Тема 4. Мероприятия по подробному осмотру пострадавшего в целях выявления отравлений и других состояний, угрожающих его жизни и здоровью

Вопросы:

- Общие правила проведения осмотра пострадавшего
- Проведение осмотра головы.
- Проведение осмотра шеи.
- Проведение осмотра груди.
- Проведение осмотра спины.
- Проведение осмотра живота и таза.
- Проведение осмотра конечностей.
- Наложение повязок при травмах различных областей тела, в том числе окклюзионной (герметизирующей) при ранении грудной клетки.

Мероприятия по подробному осмотру пострадавшего.

Мероприятия по подробному осмотру пострадавшего – это обследование, проводимое, как правило, на месте происшествия при наличии признаков жизни.

Если пострадавших несколько, мало помощников и нет дополнительной опасности громко и четко скажите: «Кто меня слышит, ответьте мне, поднимите руку! Кто может ходить - подойдите ко мне! С кем рядом находится пострадавший без сознания или с кровотечением - поднимите руку!». Цель такого опроса - быстро выявить пострадавших без сознания и с наружным кровотечением. Общий осмотр пострадавшего производится с целью выявления травм и обильных кровотечений (рис. 1).



Рис.1. Общий осмотр пострадавшего.

Исследование функций жизненно важных органов и систем, а также коррекция их нарушений у детей и взрослых принципиальных различий не имеют.

Осмотр головы и шеи

Осмотр на наличие повреждений начинают с головы и шеи (рис. 2).

Осмотрите голову пострадавшего: нет ли изменения формы головы, обратите внимание на симметричность лица, нет ли ран век или глазных яблок, инородных тел, следов крови, кровоподтеков, оцените ширину зрачков (в норме ширина зрачков одинаковая). Обратите внимание на форму носа, ран носа или ушных раковин. Нет ли носового кровотечения или сгустков крови в ноздрях пострадавшего. Истечение крови или прозрачной жидкости из слуховых проходов - это симптомы перелома основания черепа. Может ли пострадавший открыть (закрыть) рот. Нет ли кровотечения или сгустков крови в полости рта.

Исследовать волосистую часть головы нужно осторожно, легкими движениями.

При ощущении «хруста» прекратите исследования головы.

После осмотра головы, шеи и шейного отдела позвоночника обязательно наденьте шейный воротник.



Рис.2. Осмотр головы.

Осмотр грудной клетки

Пострадавший при травме грудной клетки принимает вынужденное положения для облегчения дыхания, сидя или полусидя. Обратите внимание на наличие травм в области грудной клетки, на дыхание пострадавшего (одышка). При множественных переломах ребер, так называемой «разбитой грудной клетки», самостоятельное дыхание становится невозможным и может потребоваться искусственное дыхание. Таких пострадавших следует доставлять в лечебное учреждение как можно быстрее. Грудная клетка пострадавшего осматривается и ощупывается в следующей

последовательности «передняя поверхность - задняя поверхность - боковые стороны» (рис. 3). Без особой необходимости не следует поворачивать пострадавшего, чтобы осмотреть спину, достаточно аккуратно ощупать.



Рис.3. Осмотр грудной клетки.

Осмотр живота

Обратите внимание, на жалобы пострадавшего, на наличие кровоподтеков, ран, особенно с инородными предметами или выпадением внутренних органов (рис. 4).

Закрытая травма живота обуславливает резкую болезненность при прикосновении к передней брюшной стенке.

При этом брюшная стенка, как правило, сильно напряжена и неподвижна при дыхании, могут быть тошнота и рвота.



Рис.4. Осмотр живота.

Осмотр таза

При переломах костей таза надавливание вызывает резкую боль, особенно на обе стороны боковых отделов таза. При этом пострадавший часто лежит с полуразведенными и полусогнутыми ногами, и оторвать выпрямленную ногу от земли не может (симптом прилипшей пятки).



Рис.5. Пострадавший в позе лягушки.

Такого пострадавшего необходимо зафиксировать. Уложить на импровизированные носилки (столешницу, снятую с петель дверь, скамейку). Имобилизацию проводят так (рис. 5): – под колени подкладывают большой валик (большую сумку, коробку, свернутый матрас и т.д.), колени осторожно разводят примерно на ширину плеч; между колен укладывают еще один валик и в таком положении прибинтовывают к “носилкам”, фиксируют стопы, колени, живот, грудь, под голову подкладывают небольшую импровизированную “подушку”.

Осмотр спины

Чтобы избежать возможного вторичного повреждения обследовать повреждение обследовать спину следует, только если она изначально доступна для осмотра (пострадавший лежит на боку или животе).

При переломе позвоночника появляется четко ограниченный болезненный участок при ощупывании тех или других позвонков. Если сломанный позвонок смещается и давит на проходящий внутри позвоночника спинной мозг, то может возникнуть паралич конечностей и потеря в них чувствительности. При подозрении на перелом позвоночника, даже при отсутствии паралича, нельзя ставить больного на ноги или сажать, так как при подъеме «может наступить смещение позвонков с мгновенным развитием паралича».

Осмотр конечностей

Бедра, Голени, Стопы. Нет ли ран, кровотечения, деформаций, участков патологической подвижности, изменения цвета кожных покровов. При переломах костей во время исследования возникает резкая болезненность.

Исследуйте подвижность суставов конечностей. Может ли пострадавший сгибать (разгибать) конечность? Болезненны ли эти движения?

Плечи, предплечья, кисти. Осмотрите их так же, как бедра, голени и стопы. Избегайте грубых манипуляций, прекращайте осмотр, если он вызывает резкую боль в конечности.

Факторы, затрудняющие первичный осмотр

Тщательному осмотру пострадавшего могут препятствовать различные факторы. Например, если пострадавший находится без сознания. В этом случае отсутствует реакция на боль и сложно определить место повреждения. Такого пострадавшего необходимо подвергнуть более тщательному осмотру. Зимой помехой является зимняя одежда. С пострадавшего необходимо снять как можно меньше одежды во избежание обморожения. Определение состояния человека может быть затруднено из-за темноты. Часто одежда серьезно пострадавшего человека разорвана, пропитана кровью, что также затрудняет оценку полученной травмы. Спасатель должен полагаться не только на свое зрение, а также на слух, осязание, а иногда и на обоняние.

Особенности осмотра детей раннего возраста

Из особенностей диагностики боли у детей первого года жизни целесообразно выделить следующие:

- для головной боли, повышения внутричерепного давления, отека мозга характерен монотонный крик; часто наблюдаются дрожание подбородка и конечностей, пульсация большого родничка, срыгивания, рвота. При изменении положения головы ребенка — усиление беспокойства, крика и плача;
- при боли в конечности — ограничение объема активных движений, ребенок ее щадит;
- при боли в животе — ребенок сучит ножками, поджимает их к животу, кричит, часто и прерывисто сосет соску, срыгивает;

Бледность кожных покровов чаще всего обусловлена:

- анемией;
- интоксикацией;
- «бледным» врожденным пороком сердца;
- спазмом периферических сосудов.

Диагностировать обезвоживание организма ребёнка помогают следующие симптомы:

- сухость слизистых оболочек;
- медленное расправление кожной складки;
- западение большого родничка;
- снижение объёма выделяемой мочи.

Цианоз (синие губы и видимые слизистые оболочки полости рта) — ведущий симптом при врожденных пороках сердца (тетрада Фалло).

Сыпь (экзантема) имеет большое значение для предположения наличия заболевания и тяжести состояния ребенка. Любая сыпь с геморрагическими элементами (мелкие кровоизлияния) требует обращения к врачу с подозрением на менингококковую инфекцию.

Сердечно-сосудистая и дыхательная системы — для детей первого года жизни характерны физиологические тахикардия (учащённое сердцебиение) и тахипное (учащённое дыхание).

Наложение повязок при травмах различных областей тела, в том числе окклюзионной (герметизирующей) при ранении грудной клетки.

Повязкой принято называть перевязочный материал, при надобности пропитанный лекарственными веществами, приготовленный для наложения на тело или рану с лечебной целью.

Перевязкой называется способ укрепления перевязочного материала.

Повязка состоит из следующих элементов:

- перевязочный материал (марля, вата, лигнин и др.);
- лекарственные вещества, которыми пропитывается перевязочный материал;
- материал для закрепления повязки (бинт, косынка, пластырь, клеол, гипс, крахмал и др.).

В зависимости от способа закрепления повязки делятся на клеевые (коллодийные), пластырные, косыночные, пращевидные, Т-образные, экономные повязки по Маштафарову, матерчатые, бинтовые и др.

Клеевая или коллодийная повязка.

Она накладывается на послеоперационные, свежие и гранулирующие раны с небольшим гнойным отделяемым, при лечении фурункулов, карбункулов и др. (рис. 6).

На рану накладывают сложенную стерильную марлевую салфетку, по показаниям пропитанную лекарственным веществом. На салфетку накладывают слой стерильной гигроскопической ваты. Этот слой прикрывают стерильной салфеткой, свободные края которой приклеивают к коже клеолом или коллодием.

Недостатком таких повязок является то, что при частых сменах происходит раздражение кожи. Это заставляет переходить на другие повязки.

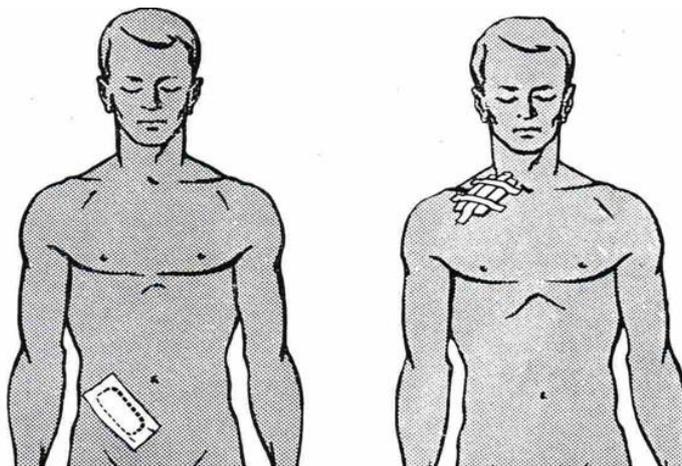


Рис. 6. Клеевая (а) и пластырная (б) повязки.

Пластырная повязка.

Она применяется на послеоперационные, небольшие свежие и гранулирующие раны. Липким пластырем можно сблизить края раны, что иногда может заменить наложение вторичного шва.

Пластырными повязками пользуются при лечении фурункулов и карбункулом.

Эти повязки нецелесообразно применять при обильном гнойном отделяемом из раны, так как от гноя пластырь размокает и отстает.

Недостатком таких повязок является то, что при частых сменах происходит раздражение кожи.

При закреплении перевязочного материала пользуются узкими полосками пластыря, которые накладывают параллельно или крестообразно.

Косыночная повязка.

Косынка имеет треугольную форму, изготавливается из материала квадратной формы, разрезанного по диагонали (рис. 7). Длинная сторона косынки называется основанием, угол напротив основания – верхушкой, два других угла – концами. Часть косынки, расположенная между основанием и верхушкой, называется середина.

Роль косынки может выполнять женский головной платок, сложенный с угла на угол.

Плотного прилегания к телу косынка не обеспечивает, зато она с успехом применяется для подвешивания руки при переломе костей предплечья, плеча, при повреждениях кисти.

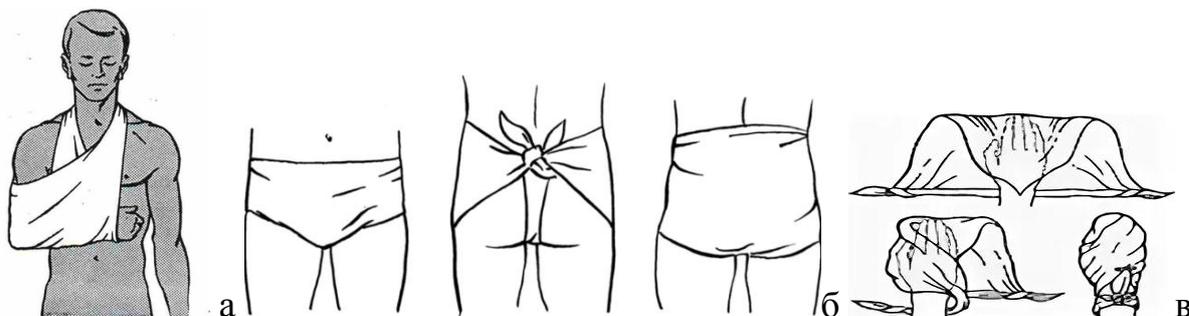


Рис.7. Косыночные повязки (а- подвешивание руки при травмах плеча и предплечья, б – при повреждениях области таза и промежности, в - при повреждениях кисти.

Пращевидная повязка.

Праща изготавливается из полоски ткани длиной 100-120 см и шириной 10 см. Концы ее продольно разрезают, не доходя до середины. Чаще всего праща изготавливается из бинта.

Пращевидная повязка весьма удобна для наложения при ранениях носа, подбородка, темени, затылочной области головы, промежности (рис. 8).

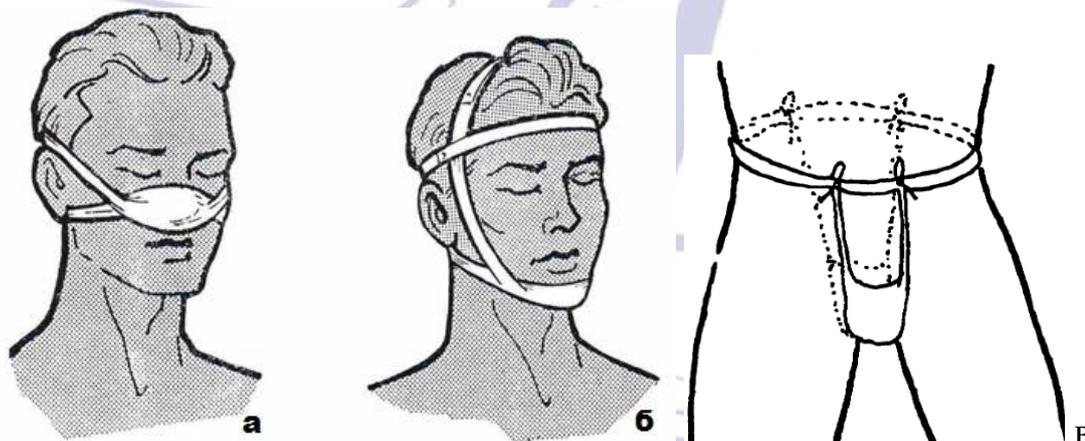


Рис. 8. Пращевидная повязка на нос (а), на подбородок (б), на промежность (в).

Экономные повязки по Маштафарову.

Экономные повязки по Маштафарову изготавливают из широкой ткани или широких бинтов. Их концы надрезают в продольном направлении для получения тесемок или растяжек. Завязыванием этих тесемок укрепляют повязку.

На каждую область тела экономную повязку готовят отдельно, соответственно с поверхностью, подлежащей укрытию. Полосу ткани накладывают на перевязочный материал, концы завязывают на противоположной стороне.

При надрезании концов образуется несколько пар растяжек (рис. 9).

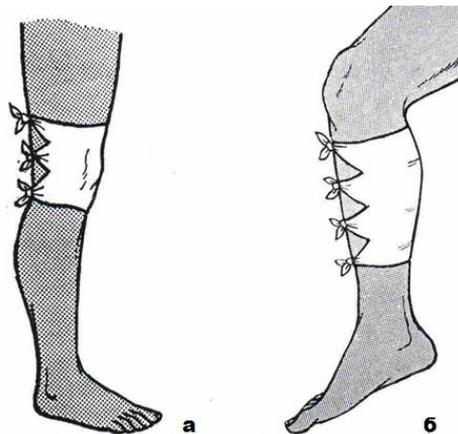


Рис.9. Повязки по маштафарову на колено (а), на голень (б).

Бинтовые повязки.

Бинт представляет собой длинную, сравнительно узкую полоску материи, предназначенную для укрепления перевязочного материала и защиты раны от вторичной инфекции. Бинты изготавливаются из белой обезжиренной марли, нарезаются шириной от 5 до 20 см, длиной 5-7 м.

Широкие бинты применяют для наложения повязки на грудь, живот, таз, бедро, а узкие бинты – для бинтования пальцев и т.п.

Приготовленный бинт имеет головку – скатанную часть и начало бинта – свободную часть.

В зависимости от локализации и размера раны, очага воспаления и др., цели, которую преследуют при наложении повязки, все повязки делятся на типы: круговые или циркулярные, спиральные, ползучие, перекрещивающиеся крестообразные или восьмиобразные, колосовидные, возвращающиеся (рис. 10).

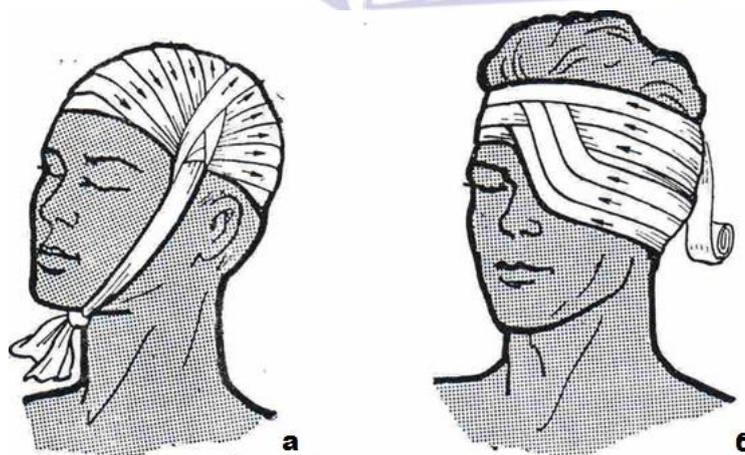


Рис.10. Бинтовые повязки а – чепец, б – на один глаз.

Окклюзионная повязка.

Значительную опасность для жизни пострадавшего представляет так называемый пневмоторакс – травма грудной клетки, сопровождающаяся попаданием воздуха в полость грудной клетки и серьезными нарушениями

дыхания и кровообращения у пострадавшего. Отсутствие своевременной и адекватной первой помощи существенно ухудшает состояние пострадавшего и может привести к смерти в течение нескольких минут. Признаками пневмоторакса являются тяжелое состояние пострадавшего, наличие раны на груди (при вдохе в эту рану засасывается воздух, при выдохе из нее выделяется воздух с кровавой пеной).

Показания для наложения окклюзионной повязки: открытый и клапанный пневмоторакс (рис. 11).

Цель повязки – перевести открытый и клапанный пневмоторакс в закрытый, прекратить доступ атмосферного воздуха в плевральную полость.

I Окклюзионная повязка с использованием индивидуального перевязочного пакета: индивидуальный перевязочный пакет - это стерильный материал в виде двух (или одной) ватно-марлевых подушечек, одна из которых закреплена у конца бинта, а другая свободно передвигается, для окклюзионной повязки дополнительно прорезиненная оболочка.

1. Снять одежду, обнажить рану.
2. Края раны обработать антисептиком.
3. Разорвать резиновую оболочку пакета по шву.
4. Внутреннюю поверхность (стерильную) приложить к отверстию грудной клетки.
5. Поверх клеенки положить обе подушечки.
6. Прибинтовать циркулярными турами бинта.

При сквозных ранениях клеенка разрезается и накладывается на оба отверстия, подушечки также на оба отверстия.

II Окклюзионная повязка с использованием клеенки:

1. Салфетка стерильная накладывается на отверстие в грудной клетке (предварительно обработать края раны).
2. Сверху накладывается клеенка или полимерная плёнка больших размеров.
3. Сверху прижимающая ватно-марлевая подушка.
4. Прибинтовать к телу циркулярной (если ранение ниже подмышечной впадины) или колосовидной (если ранение выше подмышечной впадины) повязкой.



Рис.11. Варианты окклюзионных повязок.

III. Окклюзионная повязка с помощью лейкопластыря:

1. Снять одежду, обнажить рану.
2. Края раны обработать антисептиком.
3. На рану наложить стерильную салфетку.
4. Полоски широкого лейкопластыря наложить черепицеобразно, выводя за края салфетки на 3-4 см.

При использовании стерильного бинта в аптечной упаковке из полимерной плёнки на отверстие накладывается упаковочная плёнка внутренней (стерильной) стороной к ране, на неё подушечка из сложенного в несколько слоёв бинта. Получившаяся конструкция прибинтовывается к телу, как при использовании клеёнки.

На этапе наблюдения за пострадавшим до прибытия скорой медицинской помощи или до доставки его в лечебное учреждение необходимо контролировать положение повязки.

Список литературы:

1. «Атлас добровольного спасателя», В.Г. Бубнов, Н.В. Бубнова. под общей редакцией Г.А. Короткина, Москва 2004г.
2. «Учебник спасателя» , под общей редакцией Ю.Л. Воробьева, Москва, 2002г.
3. «Основы медицинских знаний», В.Г. Бубнов, Н.В. Бубнова, Москва 2004г.
4. «Оказание первой помощи пострадавшим», Практическое пособие МЧС России Москва 2010г.
5. «Пособие для преподавателей и инструкторов автошкол», «Обучение правилам оказания первой помощи пострадавшим в ДТП», Центральный НИИ организации и информатизации Минздрава России, Москва 2014г.
6. Федеральный закон № 68-ФЗ от 21.12.94 г. «О защите населения и территорий от ЧС природного и техногенного характера».
7. Федеральный закон от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
8. Приказ МЗ и СР РФ от 4.05.2012 г. №477н «Об утверждении перечня состояний, при которых оказывается первая помощь, и перечня мероприятий по оказанию первой помощи».