

ЗАНЯТИЕ № 12.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОСТРЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ И СТРЕССЕ В УСЛОВИЯХ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ.

УЧЕБНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Введение.
2. Характеристика психологических расстройств у пострадавших при чрезвычайных ситуациях.
3. Характеристика психических расстройств в динамике их развития.
4. Посттравматические стрессовые расстройства.
5. Медицинская помощь пораженным с психоневрологическими расстройствами.
6. Основные способы психологической защиты населения и лиц, участвующих в его спасении.
7. Первая помощь при сопутствующих травмах.

ЛИТЕРАТУРА

Учебник Д.В. Марченко «Первая медицинская помощь при травмах и несчастных случаях», 279-285
http://cpprik-1905goda.narod.ru/Krizis_pomoz_3.htm

1. Введение.

Представление о стрессе как общем неспецифическом адаптационном синдроме было сформулировано в работах Г. Селье ещё в 30-е годы.

Стресс по его определению — неспецифическая реакция организма, возникающая в ответ на действие внешних и внутренних раздражителей.

По своей природе стресс имеет адаптационную направленность и активирует защитные механизмы для предотвращения негативного действия неблагоприятных факторов на организм. В своем развитии стресс характеризуется рядом последовательно сменяющихся друг друга стадий: тревоги, резистентность (невосприимчивости) и истощения.

В качестве факторов, вызывающих развитие стресса (так называемых стрессоров), могут выступать:

1. воздействия низких и высоких температур,
2. ионизирующая радиация,
3. чрезмерные физические нагрузки,
4. иммобилизация,
5. боль,
6. действие химических агентов,
7. действие гормонов и медиаторов.

Экспериментальными исследованиями было доказано повышение активности гормональной системы с первых минут стресса. Эта реакция, развивающаяся при действии любых раздражителей, играет ведущую роль в срочной мобилизации физиологических функций и энергетических ресурсов организма.

В условиях возрастающих психоэмоциональных перегрузок особую социальную значимость приобретает резкое увеличение числа вызванных стрессом заболеваний.

К 7-м суткам хронического стресса появляются выраженные изменения сократительной функции миокарда. К этому же сроку развиваются умеренные изменения кислотно-щелочного состава крови, снижается объем циркулирующей крови с преимущественным уменьшением массы и числа циркулирующих эритроцитов, количества гемоглобина в периферической крови.

Менее выраженные мелкоочаговые повреждения происходят в почках, печени, надпочечниках. Общими признаками в них были деструктивные изменения сосудистого русла.

2. Характеристика психологических расстройств у пострадавших при чрезвычайных ситуациях.

Еще в 1927 г. П.Б. Ганнушкин описал «нажитую психическую инвалидность» у молодых людей в периоды кризисов (войн, революций, голода, стихийных бедствий). Она проявлялась повышенной возбудимостью, раздражительностью, острыми и длительными приступами депрессии, чувством вины, страха. Эти нарушения развивались в течение 2 — 3 лет и приводили к стойкому ослаблению интеллектуальной деятельности.

Советские психиатры впервые столкнулись с проблемой отдаленных последствий катастроф в больших масштабах сразу после окончания Великой Отечественной войны при изучении психических

нарушений в структуре «синдрома концлагерей», «болезней беженцев и мигрантов».

По данным разных авторов, в очагах катастроф и стихийных бедствий психические и неврологические расстройства развиваются в среднем у 80% пораженных. У 70—80% из них, т.е. у подавляющего большинства, непосредственно после начала того или иного катастрофического воздействия возникают непсихические расстройства, а именно острые, психологически понятные реакции.

Опыт оказания помощи пострадавшим при различных катастрофах показал целесообразность выделения *доклинического (психологического) уровня*, действующего на психологические стрессовые реакции в остром периоде.

При этом если *психический* уровень расстройств (аффективно шоковые и реактивные психозы), по данным разных авторов, составлял 1—5%, *пограничный* (невротические реакции и состояния) — 15—25%, а *психологический* 75—85%.

Психологические расстройства.

Стрессовое расстройство может возникнуть независимо от личностных качеств. Никто не обладает иммунитетом против стресса. У каждого существует строго индивидуальная «точка перегрузки», по достижении которой компенсаторные системы не выдерживают и психоэмоциональное напряжение сопровождается срывом психической адаптации.

Воздействие на организм и личность человека целого комплекса неблагоприятных факторов ЧС приводит в большинстве случаев к психической травме.

Длительное пребывание в неблагоприятных природно-климатических условиях, астенизация (истощение) вследствие перенесенных инфекций, травм и ранений осложняют течение психогений.

Их своеобразие заключается также в легкости взаимоперехода признаков, их нередкой скоротечности и некоторой «размытости» границ. Все это обуславливает определенные отличия психотравмы при катастрофе от признаков аналогичных расстройств, наблюдающихся в обычных условиях.

Психологические стрессовые реакции отличаются не только большой частотой, но и значительными отличиями. Чем острее был характер их развития, тем менее специфичными были их проявления. Выделяют острые и отставленные психологические стрессовые реакции, в рамках острых психологических стрессовых реакциях — гипо- и гиперкинетическую формы.

Гиперкинетическая форма характеризуется двигательным и речевым возбуждением стремлением к деятельности, как правило, малопродуктивной; напряженным эмоциональным состоянием; недостаточно критичным отношением к своему поведению и оценке окружающей действительности.

При гипокинетическом варианте отмечаются двигательная заторможенность, вялость, трудность сосредоточения и концентрации внимания. Для этой формы психологических стрессовых реакции типично состояние подавленности, наличие навязчивых мыслей, существенно снижающих продуктивность основной деятельности.

Нередко при психологических стрессовых реакциях регистрируют вегетативные нарушения: учащенное сердцебиение, повышение артериального давления, головокружение, тошноту, озноб. Описанные расстройства обычно квалифицируются как *острые реакции на стресс*.

Остальные психологические реакции возникают через некоторое время после психотравмирующих переживаний (после периода «мнимого благополучия»), имеют большее клиническое своеобразие, как правило, личностно обусловленное, меньшую остроту развития и более пролонгированное течение. Психологические стрессовые реакции возникают преимущественно в отдаленном периоде после катастрофы (до 6 месяцев).

В целом психологические стрессовые реакции характеризуются понятностью, зависимостью от конкретной ситуации.

Вместе с тем чрезмерное «застывание» на психотравмирующих переживаниях, снижение работоспособности, зачастую невозможность труда (отказ от деятельности), высокий риск развития заболеваний внутренних органов (до 56%) и хронизации (до 23%) отличают их от естественных для любого человека эмоциональных переживаний при разного рода катастрофах.

Психологические стрессовые реакции имеют место не только у пострадавших, но и у спасателей, очевидцев, в особенности впервые участвующих в ликвидации последствий катастроф.

Работа спасателей, очевидцев оказывающих первую помощь характеризуется воздействием неблагоприятных факторов среды, интенсивными нагрузками при отсутствии условий для упорядоченного режима труда и отдыха. Все это сказывается на их здоровье.

3. Характеристика психических расстройств в динамике их развития.

1. Непатологические невротические проявления: астенические (истощение) нарушения, вегетативная (нервная) дисфункция, расстройства сна, возникновение расстройств во внутренних органах.

2. Невротические реакции: контролируемое чувство тревоги и страха, декомпенсация личностных особенностей. Человек в подобном состоянии не способен к конкретным конструктивным действиям. У него нарушается сон, снижается трудоспособность, ухудшается память.

Наблюдения показывают, что сохранение экстремальных условий существования в течение длительного времени может приводить к поражению органических систем, из которых наиболее уязвимыми являются желудочно-кишечная и сердечно-сосудистая.

3. Неврозы (невротические состояния) это оформившееся состояние. Под неврозами традиционно понимают мягкие расстройства, нередко связанные с длительными тяжело переживаемыми стрессорными воздействиями. Эти расстройства носят функциональный характер, обычно сопровождаются нарушениями в органах и системах.

В структуре неврозов преобладают астенические и ипохондрические проявления.

Неврастения (астенический невроз, невроз истощения) проявляется в первую очередь астеническим синдромом (истощением). Важнейшими проявлениями этого синдрома является сочетание раздражительности с повышенной утомляемостью и истощаемостью. Больные чрезвычайно чувствительны к внешним воздействиям: плохо переносят громкие звуки и яркий свет, перепады температуры. Их часто беспокоят головные боли. Резко снижается работоспособность, отмечаются снижение памяти, интеллектуальная несостоятельность. Важным симптомом является расстройство сна, наблюдаются трудности при засыпании, поверхностный сон, не приносящий ощущения отдыха.

Ипохондрические проявления характеризуются повышенной озабоченностью состоянием своего здоровья, часто выявляется соматическое заболевание, подтвержденное объективными данными.

При невротических состояниях встречаются гастриты, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки.

4. Реактивные психозы сопровождаются чувством страха, дезорганизация поведения (беспорядочное метание, паническое бегство или оцепенение, нарушение осознания окружающего, не критичность к своему состоянию).

5. Аффективно-шоковые реакции развиваются при внезапно возникшем потрясении в опасной для жизни ситуации продолжительностью от 15—20 минут до нескольких часов или суток.

Пострадавшие с преболезненными расстройствами составляют основной поток — до 80%, нуждающихся в психотерапевтической и психиатрической помощи.

На отдаленных этапах, обычно охватывающих многие годы, психиатрические последствия катастроф тесно связаны с изменениями не только психического, но и физического здоровья пострадавших.

4. Посттравматические стрессовые расстройства (ПТСР)

Изучение психологических и психиатрических последствий у ветеранов вьетнамской войны в США позволило сформулировать в 60-е годы понятие «посттравматические стрессовые расстройства» (ПТСР) и выделить их основные диагностические критерии.

Хронические стрессовые реакции у военнослужащих стали рассматривать как неизбежное следствие участия в боевых действиях и «боевого стресса». По Международной классификации болезней (МКБ-10) в последнее время посттравматические стрессовые расстройства определяют как синдром, формирующийся в результате переживания человеком травмирующих событий, выходящих за рамки нормального человеческого опыта, исключительно угрожающего или катастрофического характера, которые могут вызвать общий дистресс почти у любого человека.

Согласно критериям международной классификации болезней, основными и наиболее характерными признаками посттравматических стрессовых расстройств являются:

1. навязчивое переживание травмирующего события в сновидениях и воспоминаниях;
2. стремление избежать любого напоминания о нем;
3. тревога;
4. нарушения сна;
5. эмоциональные расстройства с ограничением контактов с внешним миром;
6. явления повышенной вегетативной возбудимости.

По принятым оценкам у 15% лиц, переживших военные действия, могут возникать отдельные симптомы посттравматических стрессовых расстройств.

В развитии посттравматических стрессовых расстройств выделяют 3 периода:

1. острый — начинается сразу после травмирующего события и длится до 10—14 дней;
2. подострый — следует после острого и продолжается до 6 мес;
3. период отдаленных последствий (хронический) протяженностью в несколько месяцев и даже лет.

По данным отечественных авторов, среди раненых в локальном вооруженном конфликте клинически полный и четко очерченный синдром посттравматических стрессовых расстройств встречался у 10—40% обследованных.

Вариант посттравматических стрессовых расстройств, условно обозначенный как фрагментарный (парциальный), был выявлен в 60—70% наблюдений и характеризовался преобладанием в клинической картине одного или, в редких случаях, двух диагностических групп.

Наблюдения за развитием посттравматических стрессовых расстройств у ветеранов афганской войны позволили выделить два варианта его проявлений: стенический (40%) и астенический (60%).

К 1-му варианту были отнесены личности с активной тенденцией к преодолению последствий стресса, с высокой степенью компенсации, с хорошей реакцией на терапию и благоприятным социальным прогнозом.

Ко 2-му варианту были отнесены личности с длительной реакцией на стресс, невысокий уровень жизненной компенсации, они с трудом поддавались терапии, их прогноз был менее оптимистичен, чем в 1-м варианте.

Приобретенные в боевой обстановке компенсаторно-приспособительные психобиологические и личностные изменения в ряде случаев становятся устойчивым эмоционально-поведенческим стереотипом. За пределами прежней стрессовой ситуации такая адаптация рассматривается как патологическая.

5. Медицинская помощь пораженным с психоневрологическими расстройствами.

Психотерапевтическая, а в тяжелых случаях — психиатрическая помощь, могут предотвратить как серьезные нарушения социального приспособления пострадавших, так и возможность перехода непатологических неврологических проявлений в клинические формы.

Особую остроту в связи с этим приобретает проблема оказания психиатрической помощи пострадавшим при катастрофах.

Оказание первой медицинской помощи включает выявление пострадавших, находящихся в остром состоянии, изоляцию их и эвакуацию из очага катастрофы. Необходимой частью данного вида помощи является предупреждение панических реакций и агрессивных форм поведения, т.е. принятие мер по «управлению хаосом».

Оказание первой врачебной помощи состоит в купировании острой психотической симптоматики, медицинской сортировке и подготовке пострадавших к эвакуации из очага поражения.

Оказание медико-психологической помощи пострадавшим, как минимум предполагает процесс общения, как один из эффективных способов воздействия людей друг на друга (своеобразное «духовное донорство»).

Опыт показывает, что практически все лица с психическими расстройствами, независимо от степени тяжести клинической картины, нуждаются в доврачебной помощи.

В случае экстренной ситуации возможны различные реакции со стороны пострадавших. Это может быть: бред, галлюцинации, апатия, ступор, двигательное возбуждение, агрессия, страх, истерика, нервная дрожь, плач и другие проявления.

Бред и галлюцинации.

К основным признакам бреда относятся ложные представления или умозаключения, в ошибочности которых пострадавшего невозможно разубедить.

Галлюцинации характеризуются тем, что пострадавший переживает ощущение присутствия воображаемых объектов, которые в данный момент не воздействуют на соответствующие органы чувств (слышит голоса, видит людей, чувствует запахи и т.д.).

В данном случае:

- Необходимо вызвать скорую помощь или бригаду скорой психиатрической помощи.
- Важно до прибытия скорой помощи, следить за тем, чтобы пострадавший не навредил себе и окружающим. Для этого нужно убрать с поля зрения пострадавшего предметы, представляющие

опасность.

- Изолируйте пострадавшего и не оставляйте одного.
- Говорите с пострадавшим *спокойным голосом*.
- Соглашайтесь с ним, *не пытайтесь его переубедить*.

Апатия.

В состоянии апатии человек может находиться от нескольких часов до нескольких недель. Основными признаками апатии являются:

- Безразличное отношение к окружающему;
- Вялость; заторможенность;
- Медленная, с длинными паузами речь.

Действия:

1. Поговорите с пострадавшим. Задайте ему простые вопросы:
 - Как тебя зовут?
 - Как ты себя чувствуешь?
 - Хочешь есть?
2. Проведите пострадавшего к месту отдыха, помогите удобно устроиться (*обязательно снять обувь, если тепло.*)
3. Возьмите пострадавшего за руку или положите свою руку ему на лоб, если нет сопротивления.
4. Дайте возможность человеку поспать или просто полежать.
5. Если нет возможности отдохнуть, то больше говорите с ним, вовлекайте в любую совместную посильную деятельность.

Ступор.

Ступор может длиться от нескольких минут до нескольких часов. Основными признаками ступора являются:

- Резкое снижение или отсутствие произвольных движений и речи;
- Отсутствие реакций на внешние раздражители (шум, свет, прикосновения щепки);
- «Застывание» в определенной позе, оцепенение, состояние полной неподвижности.
- Возможно напряжение отдельных групп мышц.

Действия:

1. Согните пострадавшему пальцы на обеих руках и прижмите их к основанию ладони. Большие пальцы должны быть выставлены наружу.
2. Кончиками большого и указательного пальцев массируйте пострадавшему точки, расположенные на лбу, над глазами ровно посередине между линией роста волос и бровями (позитивные точки).
3. Ладонь свободной руки положите на грудь пострадавшего. Подстройте свое дыхание под ритм его дыхания.
4. Человек находясь в ступоре, может слышать и видеть. Поэтому *говорите ему на ухо тихо, медленно и четко то, что может вызвать сильные эмоции (лучше негативные)*. Необходимо любыми способами добиться реакции пострадавшего, вывести его из оцепенения.

Двигательное возбуждение.

Взрывы, стихийные бедствия могут дезорганизовать человека, он не понимает, что происходит вокруг. Человек теряет способность логически мыслить и принимать решения, становится похожим на животное, мечущееся в клетке. Основными признаками двигательного возбуждения являются:

- Резкие движения, бессмысленные и бесцельные действия;
- Неадекватно громкая речь или повышенная речевая активность (человек говорит без остановки, иногда бессмысленные вещи);
- Отсутствие реакции на окружающих (на замечания, просьбы, приказы)

Действия:

1. Используйте прием «захват»: находясь сзади, просуньте свои руки пострадавшему подмышки, прижмите его к себе и слегка опрокиньте на себя.
2. Изолируйте пострадавшего от окружающих.
3. Говорите спокойным голосом о чувствах, которые он испытывает.
4. Не спорьте с пострадавшим, не задавайте вопросов. Старайтесь не использовать такие слова как «Не беги», «Не размахивай руками», «Не кричи».

Двигательное возбуждение обычно длится недолго и может смениться дрожью, плачем, а также

агрессивным поведением.

Агрессия.

Основными признаками агрессии являются:

- Раздражение, недовольство; гнев;
- Нанесение окружающим ударов руками или каким-либо предметом.
- Словесное оскорбление;
- Мышечное напряжение;
- Повышение кровяного давления.

Действия:

1. Дать возможность человеку выговориться или «избить» подушку.
2. Нагрузить человека работой, связанной с высокой физической нагрузкой.
3. Агрессия может быть погашена страхом наказания.

Страх.

Панический страх, ужас, может побудить к бегству, вызвать оцепенение или наоборот, возбуждение, агрессивное поведение. Человек плохо контролирует себя, не осознает, что он делает и что происходит вокруг. К основными признаками страха относятся:

- Напряжение мышц (особенно лицевых);
- Сильное сердцебиение;
- Учащенное поверхностное дыхание;
- Сниженный контроль над собственным поведением.

Действия:

1. Положите руку пострадавшего себе на запястье, чтобы он ощутил ваш спокойный пульс. Это будет для него сигналом, говорите ему: «Я сейчас рядом, ты не один!»;
2. Дышите глубоко и ровно. Побуждайте пострадавшего дышать в одном с Вами ритме;
3. Если пострадавший говорит, слушайте его, высказывайте заинтересованность, понимание, сочувствие;
4. Сделайте пострадавшему легкий массаж наиболее напряженных мышц тела.

Нервная дрожь.

После экстремальной ситуации появляется неконтролируемая нервная дрожь (человек не может по собственному желанию прекратить эту реакцию). Так в организме происходит сбрасывание напряжения.

Если эту реакцию остановить, то напряжение останется в теле, и вызовет мышечные боли, а в дальнейшем может привести к развитию таких серьезных заболеваний, как гипертония, язва и т.д.

Основными признаками данного состояния являются:

- Дрожь начинается внезапно – сразу после инцидента или спустя некоторое время;
- Возникает сильное дрожание всего тела или отдельных его частей (человек не может удержать в руках мелкие предметы, зажечь сигарету);
- Реакция может продолжаться до нескольких часов;
- Потом человек чувствует сильную усталость и нуждается в отдыхе.

Действия:

1. Нужно усилить дрожь.
2. Возьмите пострадавшего за плечи и сильно, резко потрясите в течение 10-15 секунд.
3. Продолжайте разговаривать с ним, иначе он может воспринять ваши действия как нападение.
4. После завершения реакции необходимо дать пострадавшему возможность отдохнуть. Желательно уложить спать.

Нельзя:

- Обнимать пострадавшего или прижимать его к себе;
- Укрывать чем-то теплым;
- Успокаивать пострадавшего, говорить, чтобы он взял себя в руки.

Плач.

Плач обладает успокаивающим действием. Снимает мышечные зажимы.

Если человек сдерживает слезы, то не происходит эмоциональной разрядки, облегчения. В случае отсутствия слез, напряжение может нанести вред физическому и психическому здоровью человека. Основными признаками данного состояния:

- Человек уже плачет или готов разрыдаться;
- Подрагивают губы;
- Наблюдается ощущение подавленности;
- В отличие от истерики нет признаков возбуждения.

Действия:

1. Не оставляйте пострадавшего одного.
2. Установите физический контакт (можно взять за руку, положить руку на плечо или спину, погладить по голове).
3. Применяйте приемы «активного слушания».
4. Не старайтесь успокоить человека. Дайте возможность выплакаться и выговориться, «выплеснуть» из себя горе, страх, обиду.
5. Не задавайте вопросов, не давайте советов. Главная задача – выслушать человека.

Истерика.

Истерика может длиться несколько минут или несколько часов. Основные признаки:

- Сохраняется сознание;
- Чрезмерное возбуждение, множество движений, театральные позы;
- Речь эмоционально насыщенная, быстрая;
- Крики, рыдания.

Действия:

1. Неожиданно совершите действие, которое может сильно удивить (можно дать пощечину, облить водой, с грохотом уронить предмет, резко крикнуть на пострадавшего).
2. Говорите с пострадавшим короткими фразами, уверенным тоном («Выпей воды», «Умойся»).

Если своевременно не оказать помощь, состояние пострадавшего ухудшится. Это может привести к сердечным заболеваниям, несчастным случаям, депрессии и другим расстройствам.

6. Основные способы психологической защиты населения и лиц, участвующих в его спасении.

Основной способ психологической защиты населения является – психологическая подготовка. Данный вид подготовки должен начинаться уже в детском возрасте.

В критических ситуациях решающая роль принадлежит моральной закалке и психологической готовности. Они определяют способность к осознанному уверенным и расчетливыми действиям в решающие моменты. Стихийные бедствия, аварии и катастрофы и их трагические последствия требуют от взрослых и детей самообладания, психологической стойкости, выдержки и решительности.

Чтобы ослабить негативное воздействие на детей трагических событий, нужна целенаправленная психологическая подготовка, основными направлениями которой являются:

1. обучение с детского возраста поведению в условиях чрезвычайных ситуаций;
2. физическая подготовленность - повышает устойчивость к психическим травмам;
3. воспитание чувства долга, ответственности и взаимовыручки;
4. выработка умения предвидеть возможность возникновения чрезвычайных ситуаций и избегать попадания в них;
5. использование аутотренинга и самовнушения: мысленно представить случившееся и решить три задачи:
 - подавить чувство страха;
 - составить план и последовательность действий;
 - начать действовать - точно, быстро и решительно.

Стрессом можно управлять. Так, в подростковом периоде должны формироваться самосознание, чувство собственного достоинства, уверенность в себе, жизненные интересы. Для реализации этих задач необходимо научить подростков управлять своей психикой и поддерживать стресс на оптимальном уровне. Это поможет им выстоять в любой экстремальной ситуации.

При подготовке к катастрофе необходимо пользоваться основными видами техники управления страхом:

1. Десенситизация (разработана Уолпом в 1969 г.). Направлена на снижение чувствительности к ситуации, которая вызвала страх, и обучение релаксации расслаблению.
2. Импульсивная терапия, или терапия «взрыва». Пациента просят представить травмирующее

событие, в ходе которого он переживает экстремальный страх или тревогу.

3. Моделирование — наблюдение за опытом чужого переживания. Человеку нужно продемонстрировать модель бесстрашного поведения в ситуациях, которые его испугали.

4. Техника взаиморегуляции эмоций. Как любая эмоция, страх может ослабнуть или отступить под воздействием другой эмоции, злости, гнева.

7. Первая помощь при сопутствующих травмах.

Как правило, в чрезвычайной ситуации у лиц с психической травмой имеются и травмы механические, иногда достаточно тяжёлые. В этом случае необходимо, по возможности, оказать помощь по механической травме, а затем приступить к психологической коррекции. Однако такой вариант возможен в 50% случаях, при другой половине случаев пострадавший, в связи со своим психическим состоянием, не даёт выполнять мероприятия первой помощи, может наносить себе, окружающим и оказывающему помощь травмы, препятствует работе, в этом случае в военных ЧС применяется фиксация пострадавшего к носилкам (кровати) и оказывается первая помощь, в мирной обстановке вопрос принудительной фиксации данного контингента пострадавших является дискуссионным, т.к. по мнению некоторых психиатров, ущемляет права человека.

В связи с этим алгоритм действий следующий:

ОБЩИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ:

1. **ОСТАНОВИТЕСЬ** - Осмотритесь и оцените ситуацию - *Есть ли люди, которые могут тебе помочь?*

2. **ПОДУМАЙТЕ** - Обдумайте, как обеспечить безопасность и спланируйте свои действия.

3. **ДЕЙСТВУЙТЕ** - Наденьте латексные перчатки и используйте другие приспособления для защиты себя и пострадавшего от возможного инфицирования.

4. Проверьте, реагирует ли пострадавший, и **ВЫЗОВИТЕ** службу скорой медицинской помощи.

5. Проведите первичную оценку и наблюдайте за основными функциями жизнедеятельности пострадавшего.

6. Если пострадавший реагирует на активацию, проведите вторичную оценку - ожидая прибытия службы скорой медицинской помощи, узнайте, что случилось, говорите спокойно, по возможности не реагируйте на внешние раздражители.

7. ПРИ УВЕРЕННОСТИ в своей безопасности оказывайте первую помощь по механической травме.

Общие принципы оказания первой медицинской помощи (ПМП) при ранениях, чтобы ориентироваться на них, разбирая частные случаи.

Прежде всего, необходимо помнить о мерах собственной безопасности при общении с пострадавшим. Кровь пострадавшего может таить в себе определенную опасность.

Большую опасность для пострадавшего в результате ранения имеет не объем потерянной крови, а скорость ее истечения.

Так, при артериальных кровотечениях, как было отмечено выше, возможность развития шока и скорой смерти при несвоевременно оказанной помощи повышается в несколько раз.

I. Поэтому первым (и главным) принципом оказания первой помощи при ранениях является остановка кровотечения любым доступным на данный момент способом.

Способов временной остановки кровотечения достаточно много, и в реальной ситуации нужно применить наиболее адекватный обстановке:

- *прямое давление на рану* — по возможности, пострадавшего необходимо уложить на спину и приподнять раненую конечность выше уровня сердца, затем осуществить прижатие салфетки к ране пальцами своей руки;

- *пальцевое прижатие артерий* (одновременно с вышеизложенным способом, постараться осуществить прижатие магистральной артерии (височной, сонной, плечевой, бедренной к кости) — этот способ дает возможность если не остановить кровотечение, то хотя бы максимально уменьшить его интенсивность и спокойно, без суеты, разобраться в сложившейся ситуации, чтобы перейти на более надежный способ временной остановки кровотечения;

- при большом зиянии можно попытаться *свести вместе края раны*, сжав их с обеих сторон;

- тампонада (этот способ остановки кровотечения может быть использован при достаточно большой глубине раневого канала, когда рана тампонируется чистым, а лучше стерильным материалом, но только не ватой; при этом происходит сдавливание поврежденных сосудов, уменьшение интенсивности кровотечения и скорейшее образование в них тромбов);

- *максимальное сгибание конечности в суставе* (локтевом, тазобедренном, коленном), при этом для достижения результата необходимо подложить валик в суставную ямку — этот способ хотя и причиняет определенные неудобства пострадавшему, но дает неплохой эффект временной остановки кровотечения только при условии отсутствия переломов костей;

- *давящая повязка* (тоже преследует цель сдавливания поврежденных сосудов и уменьшения интенсивности кровопотери), при этом перед наложением повязки нужно убедиться в том, что в ране нет осколков стекла, металла и т. п., чтобы не спровоцировать дополнительное кровотечение; если повязка пропитывается кровью ни в коем случае не следует удалять ее, а добавить еще одну, поверх первой;

- *наложение жгута* (в качестве такового, помимо специального, могут выступать ремень, галстук кашне, подтяжка и т. п.) — сразу следует оговориться, что эта манипуляция весьма травматична и поэтому используется только в двух случаях: при сильных артериальных кровотечениях, когда другие способы временной остановки кровотечения оказались неэффективны, и при травматической ампутации конечности.

Необходимо помнить следующие правила наложения жгута:

1. Перед наложением жгута конечность, по возможности, постараться приподнять (для венозного оттока) на 5 — 7 секунд.

2. Кожные покровы, на которые будет наложен жгут, обязательно должны быть защищены материалом (бинтовая повязка, одежда и т. д.).

3. При кровотечении из артерий верхней конечности жгут накладывается на верхнюю треть плеча, при кровотечении из артерий нижней конечности — на среднюю треть бедра (именно в этих местах находится, как известно, одна кость — плечевая или бедренная, в других местах накладывать жгут просто бесполезно).

4. Первые два витка делают с максимальным усилием, и именно они являются кровоостанавливающими.

5. Обязательно накладывают жгут при отрыве части конечности, даже при отсутствии кровотечения.

6. Максимальные сроки, на которые может быть наложен жгут, следующие:

— в теплое время года — не более 90 минут;

— в холодный период — не более 60 минут.

По истечении этого срока (если госпитализация пострадавшего по каким-то причинам затягивается по времени) жгут слегка ослабляют и на 10—15 минут переходят на пальцевое прижатие магистральной артерии, после чего жгут вновь накладывают, но несколько выше или ниже предыдущего места.

Детям, при прочих равных условиях жгут накладывается не более чем на 60 минут.

7. Информация о времени наложения жгута фиксируется пострадавшему на лоб или любое другое видное место.

***ВАЖНО!** Если жгут наложен правильно, то:*

— *кровотечение прекращается;*

— *конечность белеет и холодеет на ощупь,*

— *периферический пульс не прощупывается.*

II. Вторым принципом оказания ПМП при ранениях является так называемая дезинфекция раны, т. е. защита области ранения от инфицирования дезинфекция раны достигается следующим:

- обработка краев раны любым доступным в данной ситуации дезинфекционным средством (спирт, водка, спиртовой раствор йода, одеколон, лосьон и др.);

- работать по возможности чистыми руками (или в перчатках), предварительно обработав их вышеперечисленными средствами;

- наложение чистого (лучше стерильного) материала поверх раненой поверхности (перед бинтованием);

- бинтование поврежденной области, которое производят таким образом, чтобы повязка надежно прикрывала место ранения, была надежной и одновременно не слишком тугой, чтобы не причинять дополнительные страдания пострадавшему (фиксирующий узел в конце бинтования должен располагаться на противоположной ране стороне).

III. После этого раненую конечность лучше всего зафиксировать, например, подвесив на косынке или при помощи шин, что является третьим принципом оказания помощи при ранениях.

IV. Четвертый принцип обезболивания — необходимое условие профилактики болевого шока. В качестве обезболивающих могут быть использованы следующие средства:

1. таблетки анальгина (и его аналоги);
2. капсулы трамадола (трамала);
3. также обезболивающим эффектом обладает холод (пакеты или пузыри со льдом, снегом, холодной водой), который или непосредственно прикладывается к месту ранения, или накладывается через уже наложенную повязку.

IV. Пятый и последний принципы оказания ПМП при ранениях — безопасная транспортировка тоже имеет немаловажное значение для профилактики возможных осложнений ведь при транспортировке в медицинское учреждение или во время ожидания приезда СМП пострадавший должен находиться в таком положении, которое устранил возможную угрозу для жизни пострадавшего и максимально уменьшит его страдания.

Так, при ранениях нижних конечностей, а также при ранениях живота пострадавший должен находиться в положении лёжа на спине или на боку; при ранениях грудной клетки — сидя или полусидя (слегка наклонившись вперед); при ранениях головы, в зависимости от тяжести состояния пострадавшего, — полулежа или лежа на спине, на боку.

Таким образом, представляется возможным сформулировать общие принципы оказания первой медицинской (доврачебной) помощи пострадавшему при ранениях:

1. *Остановка кровотечения.*
2. *Дезинфекция раны.*
3. *Фиксация поврежденной части тела.*
4. *Обезболивание.*
5. *Безопасная транспортировка пострадавшего.*

Именно соблюдение последовательности оказания первой медицинской помощи при ранениях (в рамках вышеизложенных общих принципов) позволит избежать ошибок и надеяться на дальнейший успех лечения.

Кроме этого, при рассмотрении этой темы следует остановиться на некоторых важных моментах:

1. Если кровотечение сильное, не теряйте времени на обработку ваших рук, действуйте быстро и грамотно во избежание шока.

2. Не поднимайте конечность, если есть подозрение на перелом кости.

3. Если пострадавший потерял много крови (пульс 100 ударов в минуту и более, кожные покровы бледные и (или) с синюшным оттенком, может быть спутанное сознание, частое поверхностное дыхание, жажда), после остановки кровотечения необходимо уложить его, приподняв по возможности нижние конечности (для притока крови к головному мозгу), напоить его водой или сладким чаем (если он в сознании) и принять меры к срочной госпитализации.

4. Если повязка пропитывается кровью, необходимо наложить еще одну поверх первой, но, ни в коем случае не снимая ее.

5. При кровотечении из сонной артерии следует немедленно сдавить рану пальцами или кулаком и после этого произвести тампонирование (попросту говоря — набить рану большим количеством чистой марли или салфеток) или наложить давящую повязку.

6. При наличии в ране инородных предметов — ни в коем случае не извлекайте их; используя стерильные марлевые тампоны, необходимо делать кольцо вокруг основания инородного тела до тех пор, пока кольцо не станет выше, чем само инородное тело. Затем, начиная со стороны предмета, наиболее удаленной от сердца, крепко прибинтовать защитное кольцо, оставляя свободным сам инородный предмет. Закрепить повязку нужно на противоположной от инородного предмета стороне. Сверху наложите стерильную марлю или другой чистый материал и закрепите его булавками или пластырем. Однако если инородное тело находится неглубоко и свободно сидит в ране, вы можете попытаться избавиться от него, промыв рану проточной водой.

7. Постарайтесь как можно быстрее вызвать СМП, попросив кого-нибудь либо самостоятельно после оказания первой помощи.

8. Постоянно разговаривайте с пострадавшим, объясняйте все свои действия, всячески ободряйте

его и успокаивайте, следите за его состоянием.

9. Если есть возможность, одежду в области ранения перед оказанием помощи разрезают. Кстати говоря, начинать снимать одежду целесообразнее со здоровой конечности, а надевать — в обратной последовательности.

Спиральная повязка на предплечье. Используют бинт шириной 10 см. Бинтование начинают с круговых закрепляющих туров в нижней трети предплечья и нескольких восходящих спиральных туров. Плотное прилегание бинта к поверхности тела обеспечивается бинтованием в виде спиральных туров с перегибами до уровня верхней трети предплечья. Для выполнения перегиба нижний край бинта придерживают первым пальцем левой руки, а правой рукой делают перегиб по направлению к себе на 180 градусов. Верхний край бинта становится нижним, нижний — верхним. При следующем туре перегиб бинта повторяют. Повязку фиксируют циркулярными турами бинта в верхней трети предплечья.

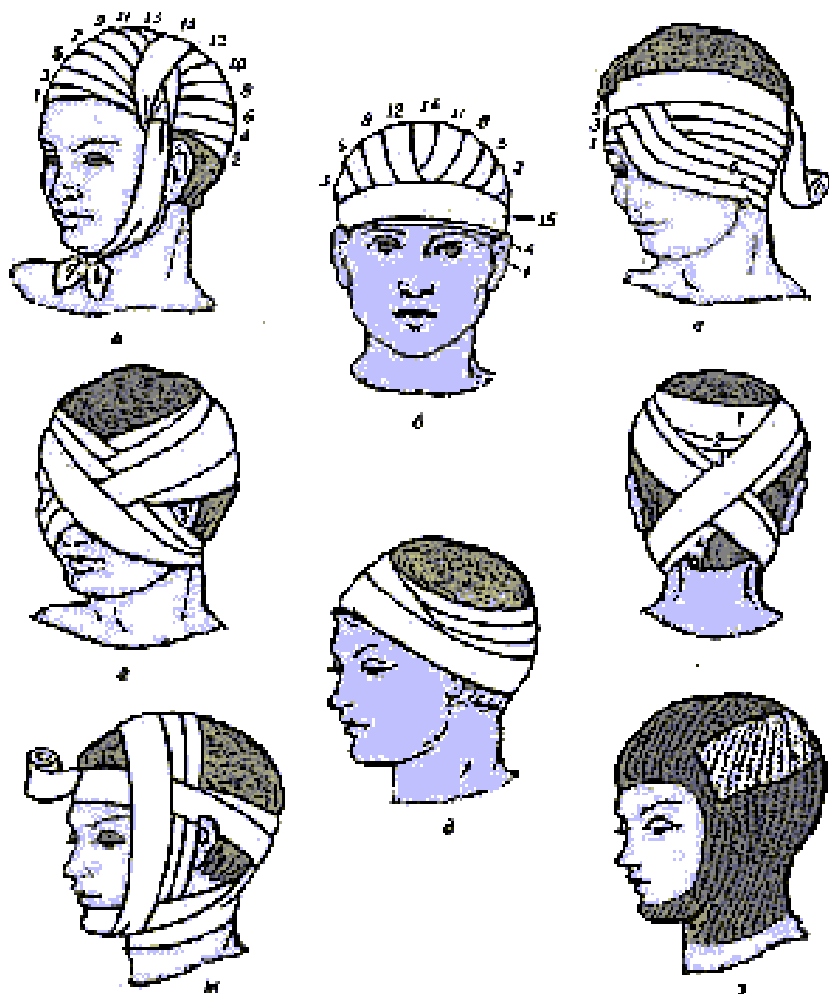
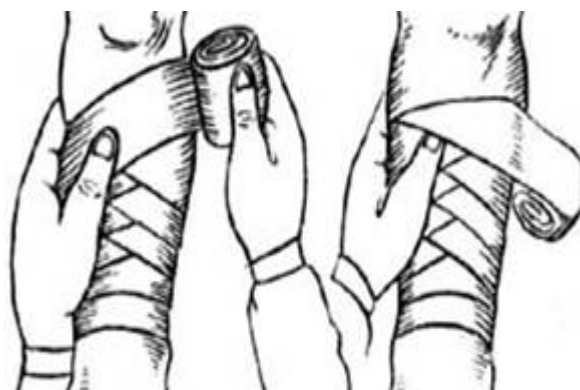


Рис. ГВ-1. Повязки на голову: а — чепец; б — повязка-шаночка; в — на один глаз; г — на оба глаза; д — на ухо и затылочную область; е — на затылочную область и шею; ж — на подбородок и нижнюю челюсть; з — сетчатую-трубчатая повязка на волосистую часть головы и шею.

Цифрами обозначен порядок накладывания туров бинта

Черепашья локтевого повреждения

повязка

сустава непосредственно

области локтевого сустава накладывают сходящуюся черепашью повязку. Если повреждение располагается выше или ниже сустава, применяют расходящуюся черепашью повязку. Ширина бинта — 10 см. Сходящаяся черепашья повязка (рис. 1). Рука согнута в локтевом суставе под углом в 90 градусов. Бинтование начинают круговыми укрепляющими турами либо в нижней трети плеча над

локтевым суставом, либо в верхней трети предплечья. Затем восьмиобразными турами закрывают перевязочный материал в области повреждения. Ходы бинта перекрещиваются только в области локтевого сгиба. Восьмиобразные туры бинта постепенно смещают к центру сустава. Заканчивают повязку циркулярными турами по линии сустава.

Расходящаяся черепашья повязка (рис. 2). Бинтование начинают с круговых закрепляющих туров непосредственно по линии сустава, затем бинт поочередно проводят выше и ниже локтевого сгиба, прикрывая на две трети предыдущие туры. Все ходы перекрещиваются по сгибательной поверхности локтевого сустава. Таким образом закрывают всю область сустава. Повязку заканчивают круговыми ходами на плече или предплечье.

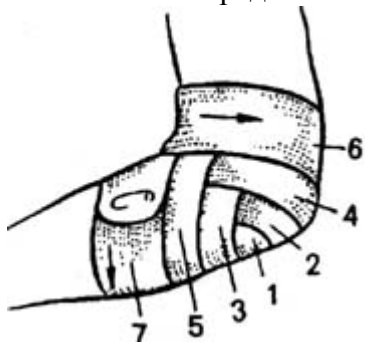


Рис. 2. Расходящаяся черепашья повязка на локтевой сустав

Спиральная повязка на плечо (рис. 3.). Область плеча закрывают обычной спиральной повязкой или спиральной повязкой с перегибами. Используют бинт шириной 10 – 14 см. В верхних отделах плеча, чтобы предотвратить сползание повязки, бинтование можно закончить турами колосовидной повязки.



Рис.3 .Спиральная повязка на плечо