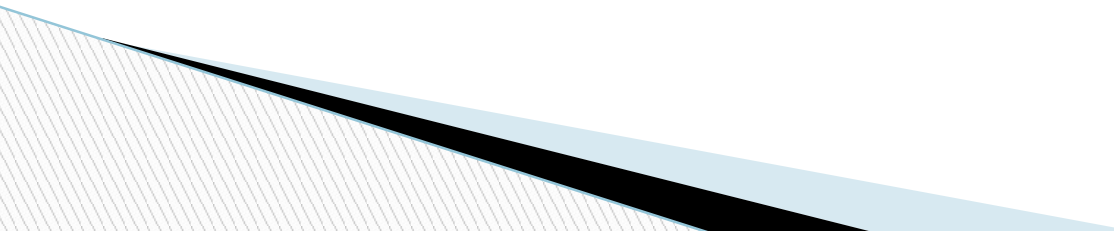


**Лекция для студентов
2 курса педиатрического факультета
ФГБОУ ВО ОмГМУ МЗ РФ**

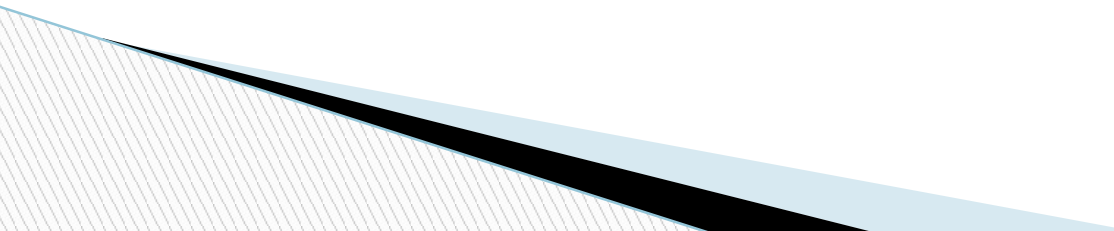
**Доврачебная помощь при несчастных случаях, травмах и отравлениях.
Обращение с пострадавшим.
Доврачебная помощь при остановке сердца и дыхания, при нарушении сознания. Признаки жизни и смерти.**

**Артюкова Светлана Ивановна – к.м.н., доцент
кафедры пропедевтики детских болезней и
поликлинической педиатрии**

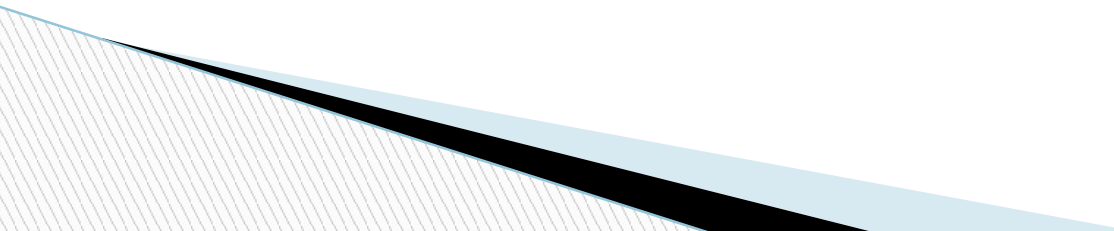
Цель лекции

- ▣ Изучить принципы оказания доврачебной помощи при несчастных случаях, травмах и отравлениях.
 - ▣ Изучить правила обращения с пострадавшим, признаки жизни и смерти.
 - ▣ Изучить порядок оказания доврачебной помощи при остановке сердца и дыхания, при нарушении сознания.
- 

План лекции

1. Доврачебная помощь при ожогах.
 2. Доврачебная помощь при отморожениях.
 3. Доврачебная помощь при поражениях электрическим током.
 4. Доврачебная помощь при травмах.
 5. Доврачебная помощь при отравлениях.
 6. Доврачебная помощь при утоплении.
 7. Признаки жизни и смерти.
 8. Базовая сердечно-легочная реанимация.
- 

Ожоги

- термические — от воздействия огня, пара, горячих предметов и веществ;
 - химические — от воздействия кислот и щелочей;
 - электрические — от воздействия электрического тока или вольтовой дуги.
- 

По глубине поражения выделяют четыре степени ожогов:

- I степень — покраснение кожи и появление отека;
- II степень — появление водяных пузырей;
- III степень — омертвение поверхностных и глубоких слоев кожи;
- IV степень — обугливание кожи, поражение мышц, сухожилий и костей.



I степень –
покраснение кожных
покровов



II степень –
образование пузырей
на коже

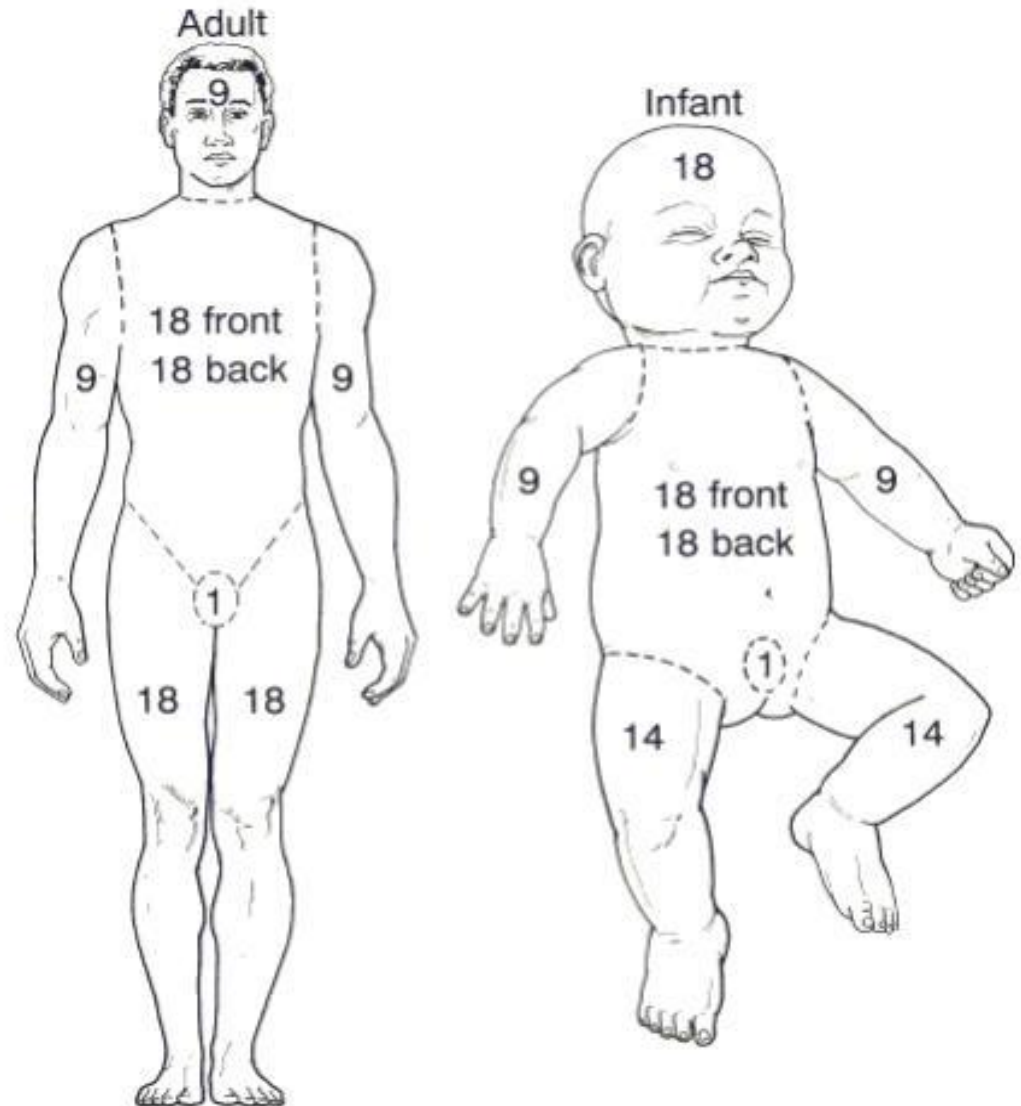


III–IV степень – обугливание
кожи и тканей (до кости)

- Тяжелыми считаются ожоги II-IV степени (с образованием пузырей и некрозом тканей), занимающие более 10 % поверхности тела ребенка, а у малыша - 3-5 % (ладонь ребенка составляет 1 % поверхности тела).



Определение площади ожогов



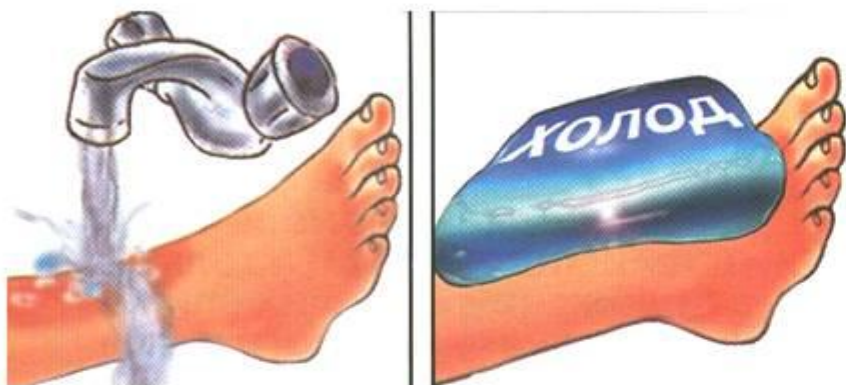
Как обработать ожоги на месте происшествия

Правила обработки ожога без нарушения целостности ожоговых пузырей

Подставить под струю холодной воды на 10-15 минут.

или

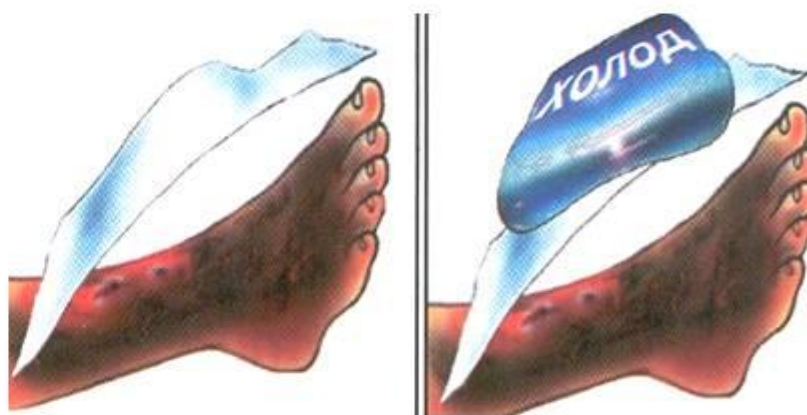
Приложить холод на 20-30 минут.



Правила обработки ожога с нарушением целостности пузырей и кожи

1. Накрывать сухой чистой тканью.

2. Поверх сухой ткани приложить холод.



Нельзя!

Смазывать обожженную поверхность маслами и жирами.

Запрещается!

- промывать водой.
- бинтовать обожженную поверхность.

Термические и электрические ожоги

- При небольших по площади ожогах I и II степени следует наложить на обожженный участок кожи стерильную повязку.
- Одежду и обувь с обожженного места необходимо разрезать ножницами и осторожно снять. Если куски одежды прилипли к обожженному участку тела, то необходимо поверх них наложить стерильную повязку и направить пострадавшего в лечебное учреждение.
- При тяжелых и обширных ожогах пострадавшего следует завернуть в чистую простыню или ткань.
- Обожженное лицо необходимо закрыть стерильной марлей.
- При ожогах глаз следует сделать холодные примочки из раствора борной кислоты (половина чайной ложки борной кислоты на 1 стакан воды).

Химические ожоги.

- При химических ожогах глубина повреждения тканей зависит от длительности воздействия химического вещества. Важно как можно скорее уменьшить концентрацию химического вещества и время его воздействия. Для этого пораженное место необходимо сразу же промыть большим количеством проточной холодной воды из-под крана, из резинового шланга или ведра в течение 15...20 мин.
- Если кислота или щелочь попала на кожу через одежду, то следует ее сначала смыть водой с одежды, потом осторожно разрезать мокрую одежду и снять ее с пострадавшего, после чего промыть кожу.
- При попадании на тело человека серной кислоты или щелочи в виде твердого вещества необходимо удалить ее сухой ватой или кусочком ткани, а затем тщательно промыть пораженное место водой.
- Дальнейшая помощь при химических ожогах оказывается так же, как и при термических.

Профилактика травматического (ожогового) шока - обезболивание

- Выбор обезболивания определяется площадью ожога: *до 9 % поверхности тела* - в/м 50 % раствор анальгина 0,5 мг/кг + 2,5 % раствор пипольфена -0,2 мг/кг;
- *9-15 %* - в/м раствор трамала 2 мг/кг или 1 % раствор промедола - 0,01 мг/кг у детей старше 6 мес;
- *свыше 15 %* - промедол + седуксен в/м или в/в;

Признаки и симптомы обморожения



1-я степень обморожения

Потеря чувствительности пораженных участков
Ощущение покалывания или пощипывания



2-я степень обморожения

Волдыри
(видно только после отогревания, возможно проявление через 6-12 ч)



3-я степень обморожения

Потемнение и отмирание



Помощь при отморожении

- Степень отморожения можно установить через 12-24 ч.
- Пострадавшего вносят в теплое помещение, снимают обувь и перчатки.
- Отмороженную конечность вначале растирают сухой тканью,
- Затем помещают в таз с теплой (32-34°C) водой. В течение 10 мин температуру доводят до 40-45°C.
- Если боль, возникающая при отогревании, быстро проходит, пальцы принимают обычный вид или немного отечны, чувствительность восстанавливается, то конечность вытирают насухо протирают 33% раствором спирта и надевают сухие проглаженные носки, а сверху шерстяные носки (или перчатки, если отморожены руки). Пострадавшему рекомендуют обратиться к хирургу.

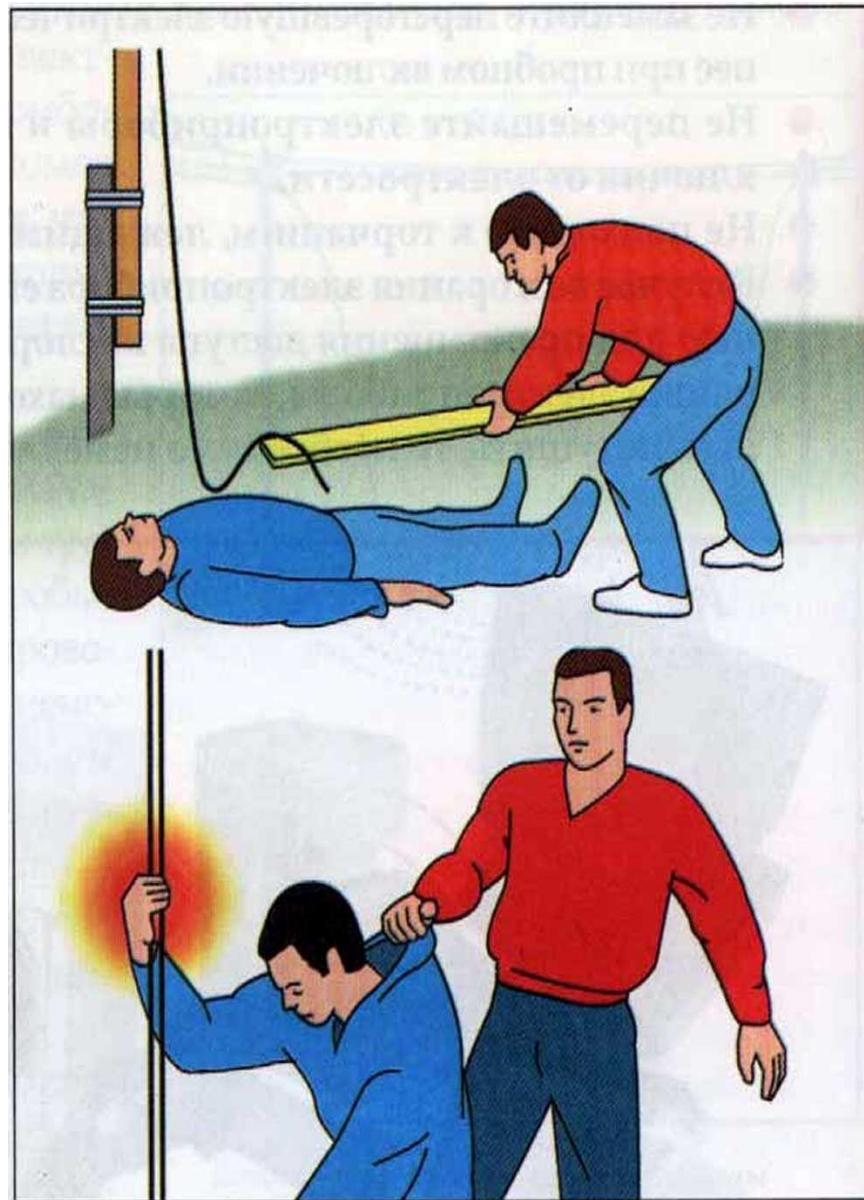
Помощь при отморожении

- Если отогревание сопровождается усиливающейся болью, пальцы остаются бледными и холодными, то это признак глубокого отморожения, и пострадавшего следует направить в отделение термической травмы, травматологическое или гнойно-хирургическое отделение. При боли вводят 1 мл 1% раствора пантопона или 1 мл 1% раствора морфина.
- При общем охлаждении пострадавшего необходимо тепло укрывать, обложить грелками, ввести дыхательные аналептики напоить горячим чаем.
- При невозможности быстро доставить в стационар пострадавшего лучше всего поместить в теплую ванну температуры 40°C на 30-40 мин.
- **Госпитализация** показана при глубоких отморожения III-IV степени, общем охлаждении организма.

Помощь при поражениях электрическим током

- ▣ На основании клинических проявлений выделяют 4 степени тяжести электротравмы:
- ▣ 1 - сознание пострадавшего сохранено, преобладает возбуждение, тахикардия, АД повышено;
- ▣ 2 - кратковременная потеря сознания, аритмия, АД снижено;
- ▣ 3 - ларингоспазм, аритмия, АД снижено, коматозное состояние;
- ▣ 4 - клиническая смерть.
- ▣ В местах входа и выхода тока имеются электроожоги.

- При оказании немедленной помощи пострадавшему следует всегда помнить о мерах собственной безопасности.
- Категорически запрещается прикасаться к пострадавшему, находящемуся под источником тока. Срочно выключают рубильник, выкручивают пробки, перерубают кабель топором с сухой деревянной ручкой, обрывают провода сухим шестом, с помощью сухой веревки или палки.
- Необходимо воспользоваться резиновыми перчатками, сухой материей, другими изолирующими материалами.



Способы освобождения пострадавшего

Помощь при поражениях электрическим током

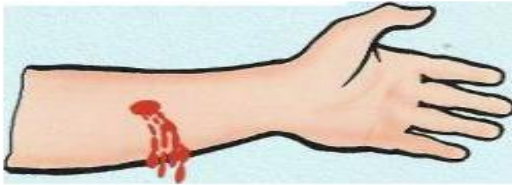
- ▣ Ребенка освобождают от контакта с источником электрического тока, укладывают горизонтально, освобождают грудную клетку от стесняющей одежды, укрывают теплым одеялом. На обожженный участок тела накладывают стерильную повязку, смоченную полуспиртовым раствором.
- ▣ Если ребенок потерял сознание, ему дают нюхать нашатырный спирт и брызгают в лицо холодной водой. При отсутствии дыхания и остановке сердца необходимы реанимационные меры. При 1-й степени поражения дают теплый чай, внутрь обезболивающие (ибупрофен, парацетамол), седативные средства.

Доврачебная помощь при травмах



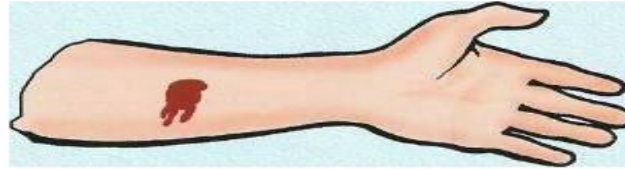
Наружные кровотечения

Артериальное



При глубоком ранении:
кровь ярко-красного цвета,
изливается пульсирующей
струей

Венозное



При поверхностном
ранении: кровь темно-
красного цвета. Изливается
медленной струей

Капиллярное



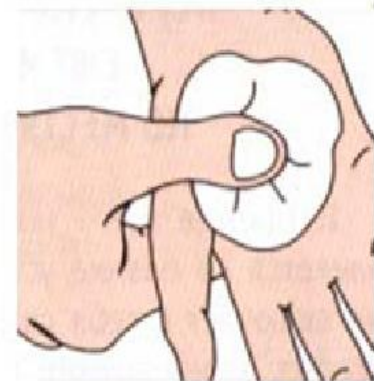
Кровь сочится по всей
поверхности раны

Доврачебная помощь при капиллярном кровотечении

□ Самой частой причиной капиллярных кровотечений становятся небольшие травмы – порезы, царапины и ссадины.

□ *Первая помощь.*

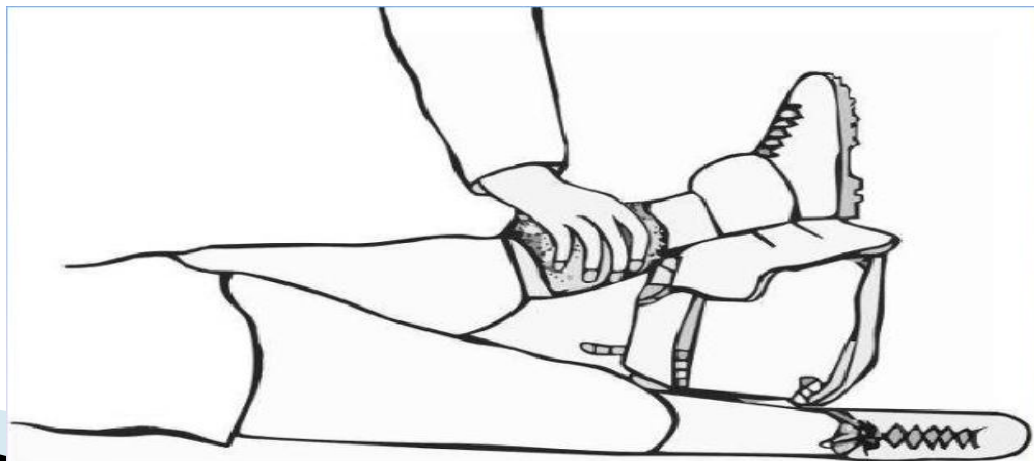
1. Промыть рану перекисью водорода;
2. Края раны обработать 5% раствором йода или спиртовым раствором бриллиантового зелёного;
3. Наложить на неё асептическую повязку и потуже забинтовать.



□ Если ссадина локализуется на коже живота, груди или головы – необходимо исключить внутреннее кровотечение, повреждения головного мозга и внутренних органов - для этого ребенка необходимо показать специалисту.

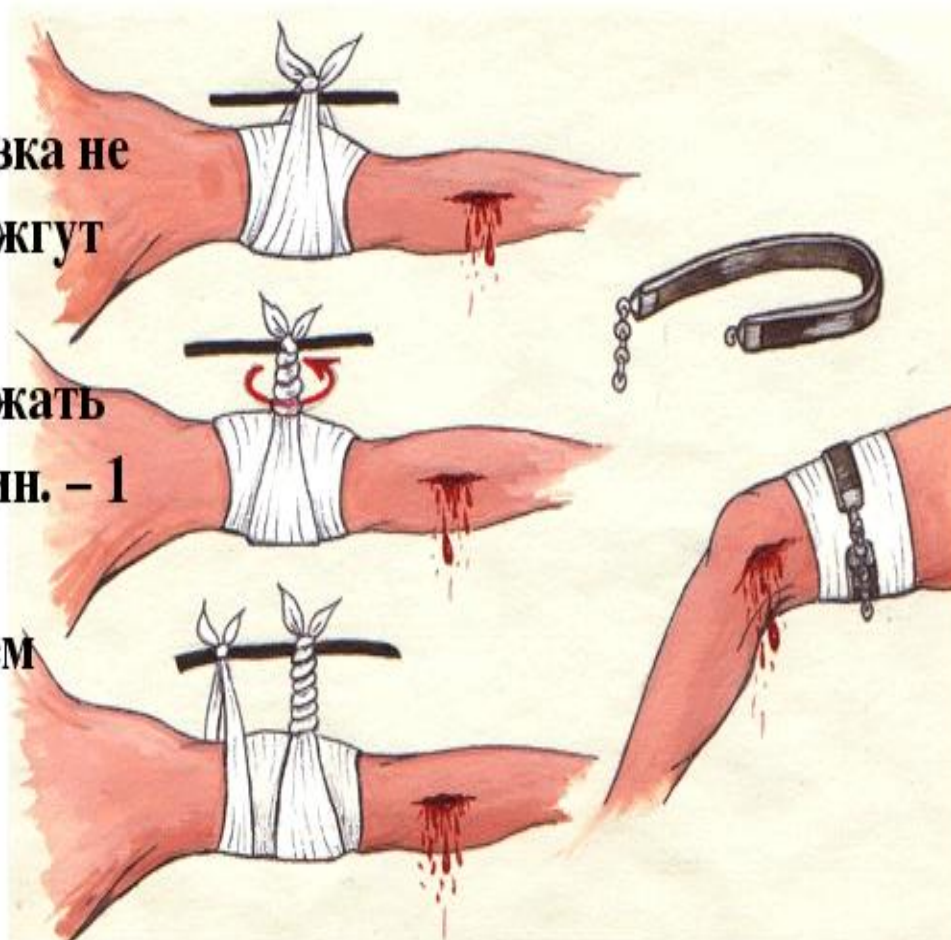
Доврачебная помощь при венозном кровотечении

- ▣ **Первая помощь.** Самым простым способом остановки венозного кровотечения является давление на поврежденный сосуд – в результате вена пережимается, кровотечение уменьшается или прекращается. Прижимать кровоточащую вену и, соответственно, рану, нужно стерильной салфеткой или валиком стерильного бинта. При отсутствии другого выхода прижать рану можно ладонью или пальцами. Прижатие сосуда для остановки кровотечения, можно использовать только как временную меру – при первой же возможности на рану необходимо наложить давящую повязку.



Доврачебная помощь при венозном кровотечении

1. Наложить на рану давящую асептическую повязку, если повязка не помогает, необходимо наложить жгут или закрутку ниже раны;
2. Жгут или закрутку можно держать не более 1,5-2 часов летом и 50 мин. – 1 час зимой;
3. прикрепить записку с указанием времени наложения жгута;
4. Отправить пострадавшего в больницу



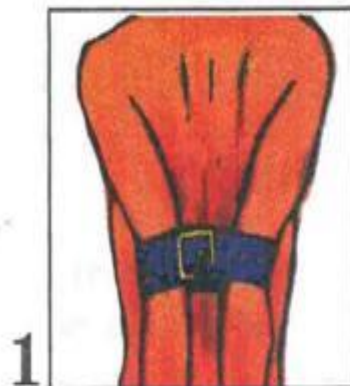
Доврачебная помощь при артериальном кровотечении

- Его характеризует ярко алый цвет крови, выброс крови из раны под давлением (пульсирующей струей или фонтаном), быстрые темпы кровопотери и высокий риск развития шока. Чаще всего артериальные кровотечения сопровождают ранения конечностей, в том числе – отрыв конечности.



Доврачебная помощь при артериальном кровотечении

- Выполнить пальцевое прижатие сосуда выше раны.
- Наложить жгут или закрутку на поврежденный сосуд
- Наложить стерильную давящую повязку и максимально согнуть поврежденную конечность.



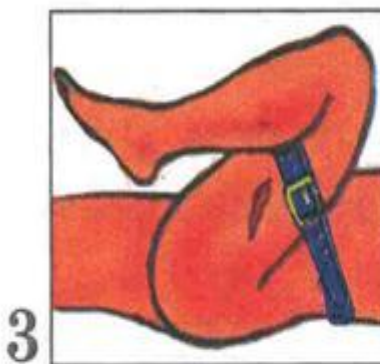
1

При повреждении подключичных артерий.



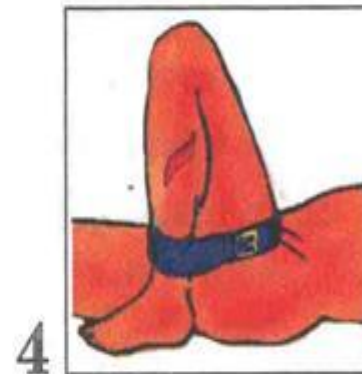
2

При кровотечениях из артерий предплечья и ладони.



3

При повреждении бедренной артерии.



4

При артериальном кровотечении из ран голени и стопы.

Виды переломов

Закрытый



Открытый



Задачи первой помощи

- Борьба с шоком, болью, кровотечением
- Предупреждение вторичного микробного загрязнения раны
- Иммобилизация поврежденной конечности
- Подготовка больного к

Иммобилизация переломов



Ключицы
и лопатки



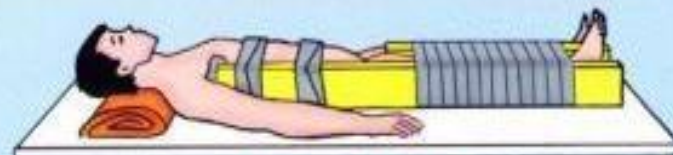
Плечевой кости
и костей
предплечья



Ребер



Челюсти
(прямоугольная повязка)



Бедренной кости



Костей таза



Позвоночника — на щите.

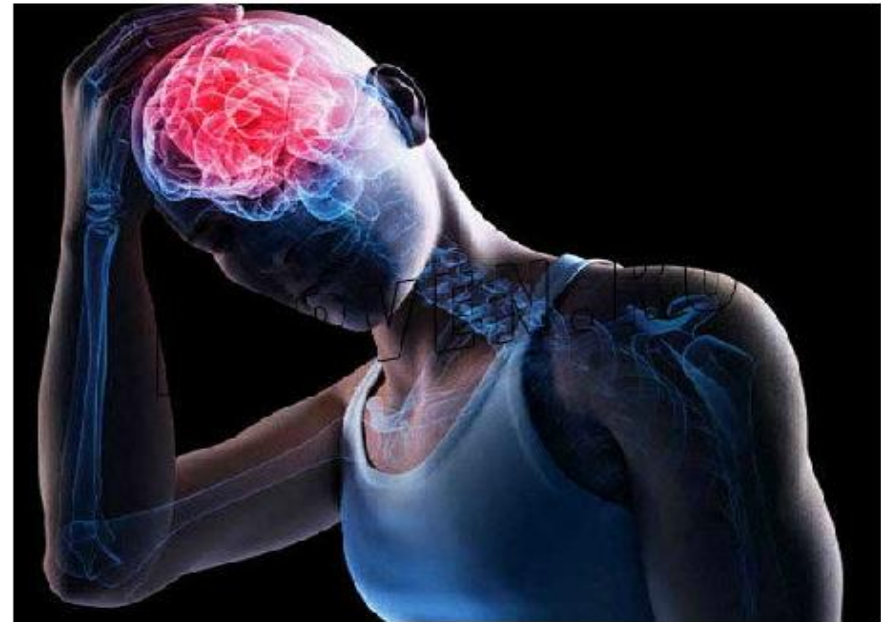
(На носилки пострадавшего укладывают на живот, подложив под плечи и голову валик)

При иммобилизации конечности обязательно обездвижить два сустава, расположенные выше и ниже перелома.

Для иммобилизации используют специальные шины, а также подручные средства

Доврачебная помощь при черепно-мозговой травме

- Уложить пострадавшего на спину и контролировать его состояние (пульс , дыхание) если пострадавший находится без сознания , то его нужно повернуть на бок .



Доврачебная помощь при черепно-мозговой травме

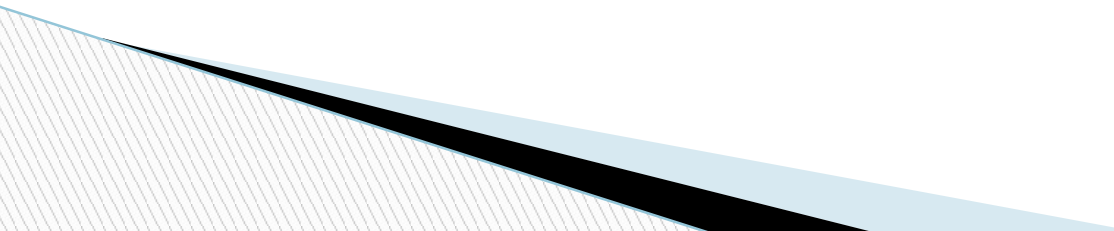
- Уложить, голову зафиксировать в ватно-марлевом кольце
- Очистить дыхательные пути
- Профилактика западения языка
- Наркотики не применять (угнетают дыхание)
- Рану не промывать, обработать края Асептическая давящая повязка
- При травме лица – вниз лицом
- Дегидратационная терапия
- Гемостатические средства

Доврачебная помощь при отравлениях

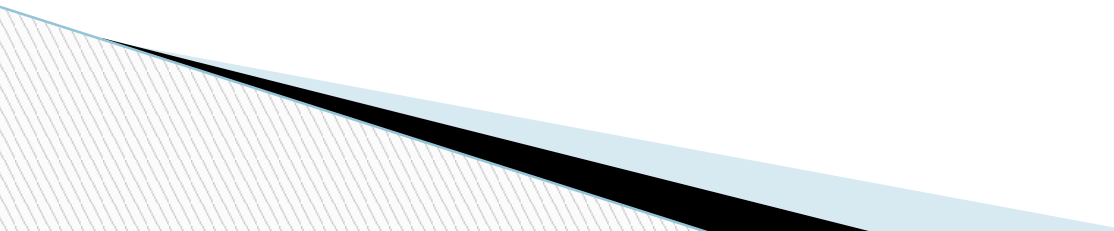


- Отравление – это острое заболевание, возникающее вследствие проникновения в детский организм определенной дозы токсинов биологического или химического происхождения.
- Пищевое отравление у ребенка – это результат попадания в ЖКТ токсичных продуктов.

Лекарственные отравления

- ▣ **Список самых опасных препаратов для детей:**
 - ▣ Гипотензивные препараты и сердечные гликозиды;
 - ▣ антидепрессанты и барбитураты;
 - ▣ лекарства, в состав которых входят минералы;
 - ▣ психотропные препараты.
- 

Симптомы отравления

- Симптомы при отравлении могут быть специфическими (при интоксикации ядом или хим. веществами) и не специфическими, проявляющимися при пищевых интоксикациях:
 - сонливость;
 - спутанная речь;
 - перемена цвета кожи;
 - понос;
 - высокая температура;
 - учащенность пульса;
 - тошнота и др.
- 

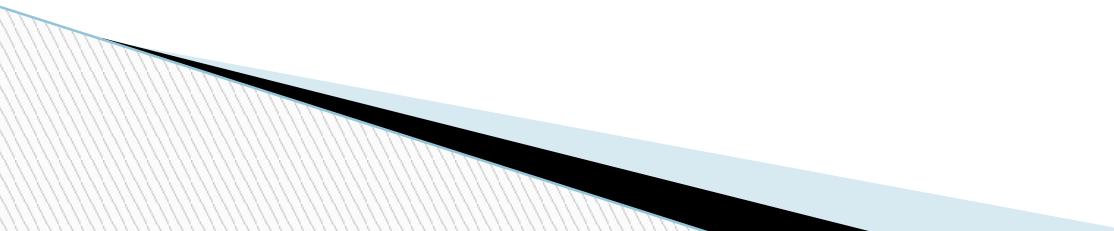
- Обеспечить ребенку постоянное наблюдение и комфортное расположение до прибытия врачей. При наличии рвоты, посадите или положите ребенка к себе на колени головой вниз, подставьте тазик. В случае отсутствия сознания, переложить на бок.
- Необходимо промывание желудка водой. Ребенку дают солевое слабительное, обеспечивают покой, тепло. При неэффективности проводят интенсивную терапию в стационаре.



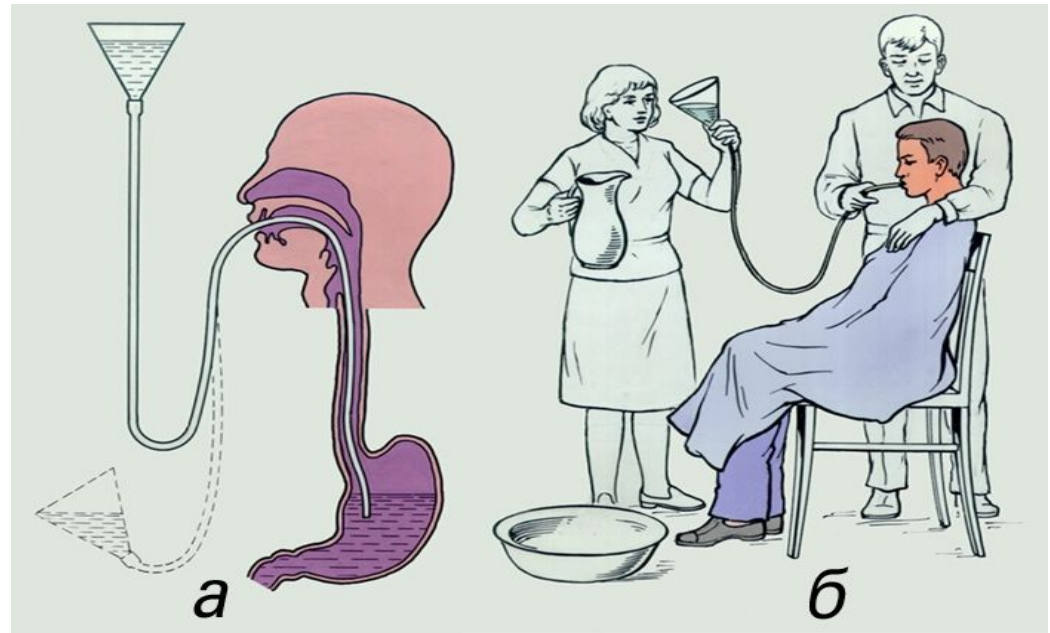
Принципы оказания неотложной помощи при отравлениях

- **ускоренное выведение яда из организма (активная детоксикация)**
- **срочное применение антидота**
- **симптоматическая терапия**
- **госпитализация в специализированные центры по лечению отравлений или в больницы скорой помощи**

Помощь при отравлении ЭТИЛОВЫМ СПИРТОМ

- Отравление у детей наступает при приеме даже небольших доз алкогольсодержащих жидкостей. Симптомы интоксикации развиваются быстро.
 - Возникает резкая слабость, пульс становится частым, снижается артериальное давление. Кратковременное возбуждение в начале отравления сменяется резким угнетением, потерей сознания с непроизвольным мочеиспусканием и дефекацией, возникают судороги и коматозное состояние. Характерным диагностическим признаком является наличие запаха алкоголя изо рта.
- 

- ▣ **Количество жидкости**, применяемое у детей различных возрастов, для промывания желудка следующее:
- ▣ до 3 мес — 500 мл,
- ▣ до 1 года — 1 л,
- ▣ до 5 лет — 3-5 л,
- ▣ до 10 лет — 6-8 л,
- ▣ старше — 8-10 л.
- ▣ До и после промывания желудка необходимо ввести в него взвесь активированного угля (1-2 столовые ложки на 1 стакан воды) и оставить его там на 5-10 мин, а затем вывести.



Пищевые отравления

ПРИЗНАКИ ОТРАВЛЕНИЯ ГРИБАМИ

(проявляются через 1–2 часа после употребления их в пищу):



Тошнота,
рвота



Слабый
пульс



Повышенная
температура



Холодеют
ноги
и руки



Боли
в желудке

WC

Диарея

ПРИ ОТРАВЛЕНИИ МУХОМОРАМИ,
ЛОЖНЫМИ ОПЯТАМИ:



Бесвязная речь
Галлюцинации

МЕТОДЫ БЫСТРОЙ ПОМОЩИ
ПРИ ОТРАВЛЕНИИ:



Вызов врача



Постельный режим



Обильное
питье



Активированный
уголь

Помощь при отравлении окисью углерода (угарным газом).

- ▣ **При отравлении** газами, в том числе угарным газом, ацетиленом, природным газом, парами бензина, появляются головная боль, стук в висках, звон в ушах, общая слабость, головокружение, усиленное сердцебиение, тошнота и рвота. При сильном отравлении наступают сонливость, апатия, безразличие, а при тяжелом отравлении — возбужденное состояние с беспорядочными движениями, потеря сознания, респираторные расстройства.

Помощь при отравлении окисью углерода (угарным газом).

- При всех отравлениях пострадавшего следует немедленно вывести или вынести из отравленной зоны, расстегнуть одежду, стесняющую дыхание, обеспечить приток свежего воздуха, уложить его, приподнять ноги, укрыть потеплее, периодически давать нюхать нашатырный спирт.
- У пострадавшего в бессознательном состоянии может появиться рвота, поэтому необходимо повернуть его голову на бок.
- При остановке дыхания следует сразу же начать делать искусственное дыхание.

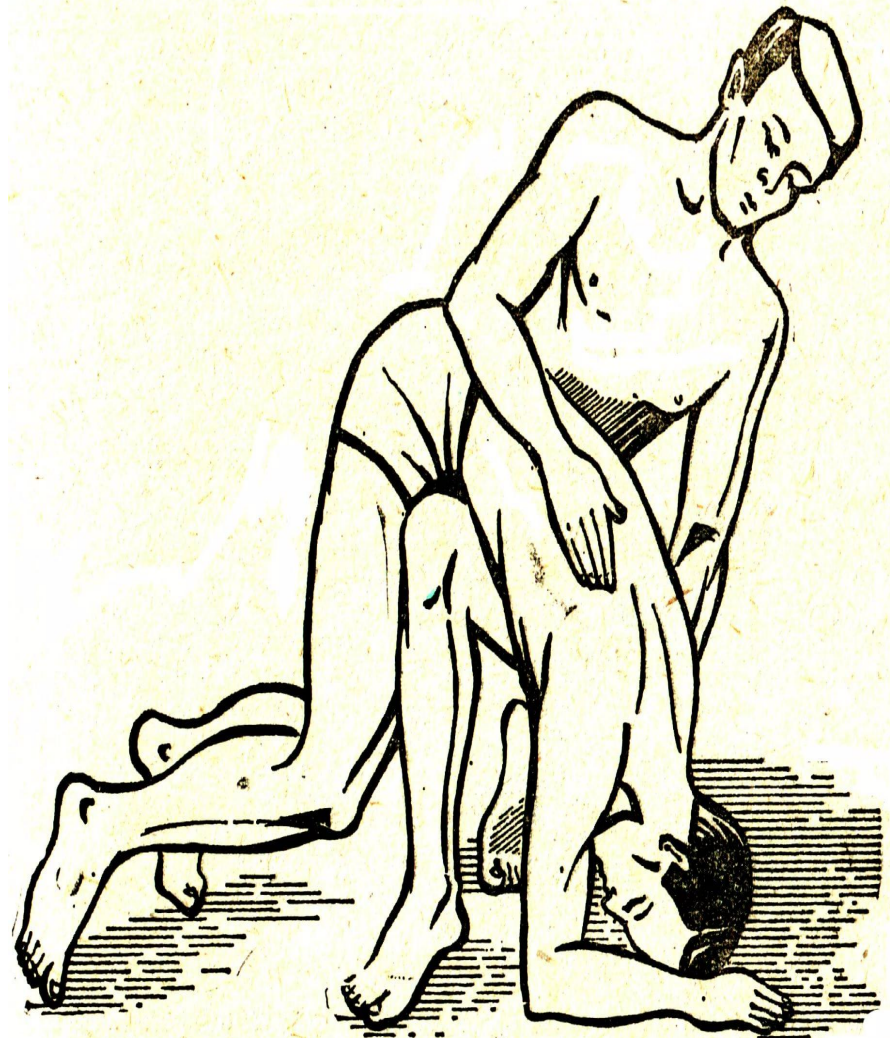


Доврачебная помощь при утоплении

- Утопление - это смерть от асфиксии вследствие погружения в воду.
- «Истинное» утопление — это попадание больших объемов воды в дыхательные пути. Для «истинного» утопления характерна фиолетово-синюшная окраска кожи.
- «Асфиктическое» или «ложное»; утопление характеризуется ларингоспазмом вследствие попадания жидкости. При «асфиктическом» утоплении цианоз кожи менее выражен, АД снижается, развивается брадикардия, затем асистолия.
- «Синкопальное» утопление развивается в результате рефлекторной остановки сердца и дыхания. Для «синкопального» утопления характерна резкая бледность кожи.
- Продолжительность умирания при утоплении колеблется в очень широких пределах. При «синкопальном» утоплении в ледяной воде она может достигать 30 мин и более, поэтому реанимацию необходимо проводить настойчиво и длительно.

Доврачебная помощь при утоплении

- Удалить пену и жидкость из нижних отделов дыхательных путей и желудка, для чего пострадавшего с опущенной головой быстро укладывают вниз животом на колено спасателя (не более чем на 20—30 с) и производят 2—3 удара между лопатками, удаляя жидкость и пену из дыхательных путей.



Доврачебная помощь при утоплении

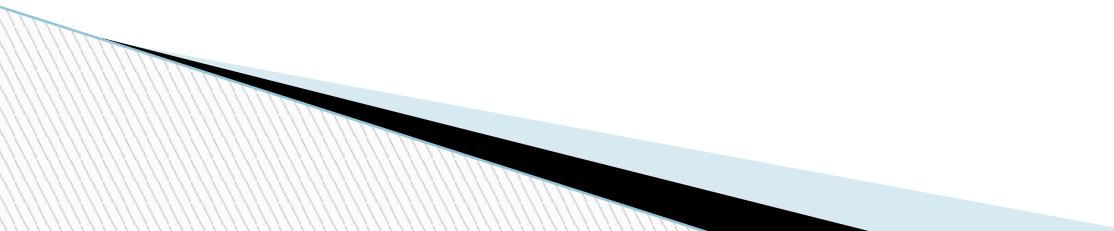
- Оценить состояние шейного отдела позвоночника. Шею необходимо линейно иммобилизовать.
- Начать базовую реанимацию.
- **Активное согревание**
- Первая помощь при утоплении вряд ли окажется успешной, если внутреннюю температуру не удастся поднять выше 32 °С. Наладить ректальный или (предпочтительно) пищеводный мониторинг температуры.
- Снять всю мокрую одежду и вытереть насухо пациента.
- Использовать согревающее одеяло с наддувом теплого воздуха, согревать все жидкости перед внутривенно введением.

ПРИЗНАКИ ЖИЗНИ

- ▣ **наличие сохраненного дыхания** - определяют по движению грудной клетки и живота, запотеванию зеркала, приложенного к носу и рту, движению комочка ваты или бинта, поднесенного к ноздрям;
- ▣ **наличие сердечной деятельности** - определяют путем прощупывания пульса на лучевой артерии, либо на сонной или височной артерии).
- ▣ **наличие реакции зрачков на свет** - определяют путем направления на глаз пучка света от любого источника; сужение зрачка свидетельствует о положительной реакции. При дневном свете эта реакция проверяется следующим образом: закрывают глаз рукой на 2-3 мин, затем быстро убирают руку; если зрачки сужаются, то это свидетельствует о сохранении функций головного мозга.

ПРИЗНАКИ СМЕРТИ

▣ Агония характеризуется:

- ▣ затемненным сознанием,
 - ▣ отсутствием пульса,
 - ▣ расстройством дыхания, которое становится неритмичным, поверхностным, судорожным,
 - ▣ снижением артериального давления.
 - ▣ кожа становится холодной, с бледным или синюшным оттенком.
 - ▣ после агонии наступает клиническая смерть.
- 

Клиническая смерть

- Клиническая смерть - состояние, при котором отсутствуют основные признаки жизни:
- сердцебиение;
- дыхание;
- сознание
- но еще не развились необратимые изменения в организме.
- Клиническая смерть длится 5-8 минут. Данный период необходимо использовать для оказания реанимационных мероприятий. По истечении этого времени наступает биологическая смерть.

Признаки биологической смерти

- отсутствие дыхания;
- отсутствие сердцебиения;
- отсутствие чувствительности на болевые и термические раздражители;
- снижение температуры тела;
- помутнение и высыхание роговицы глаза;
- остаточная деформация зрачка после осторожного сжатия глазного яблока пальцами (синдром "Кошачий глаз").
- отсутствие рвотного рефлекса;
- трупные пятна сине-фиолетового или багрово-красного цвета на коже лица, груди, живота;
- трупное окоченение, проявляющееся через 2-4 ч после смерти.

Первичная сердечно— легочная реанимация (СЛР)

- Комплекс мероприятий, проводимых при отсутствии повреждений, несовместимых с жизнью, и направленных на восстановление и поддержку функции кардио—респираторной системы.

Показания к проведению сердечно—легочной реанимации

- проводится у больных с отсутствием эффективного пульса на сонных артериях или нитевидным, слабым пульсом, находящимся в бессознательном состоянии и (или) при отсутствии эффективных дыхательных движений.

Основные принципы СЛР

- Первичные усилия направлены на:
- 1) компрессию груди;
- 2) вдувание воздуха в легкие и вентиляцию;
- 3) подготовку и введение лекарственных препаратов;
- 4) установку и поддержание внутривенного доступа;
- 5) специализированные мероприятия (дефибрилляция, установка водителя ритма, интубация трахеи).

Реанимационный алфавит Сафара

- A – Airway – обеспечение проходимости дыхательных путей.
- B – Breathing – искусственная вентиляция легких (ИВЛ) доступным способом, например при дыхании «рот в рот».
- C – Circulation – обеспечение гемодинамики – непрямой массаж сердца.
- D – Drugs – введение лекарственных средств.
- E – Electrocardiography – регистрация ЭКГ.
- F – Fibrillation – проведение при необходимости электрической дефибрилляции (кардиоверсия).
- G – Gauging – оценка первичных результатов.
- H – Hypothermy – охлаждение головы.
- I – Intensive care – проведение интенсивной терапии постреанимационных синдромов.

ПРОВЕРКА СОЗНАНИЯ

ПОСТРАДАВШИЙ НЕ РЕГИРУЕТ

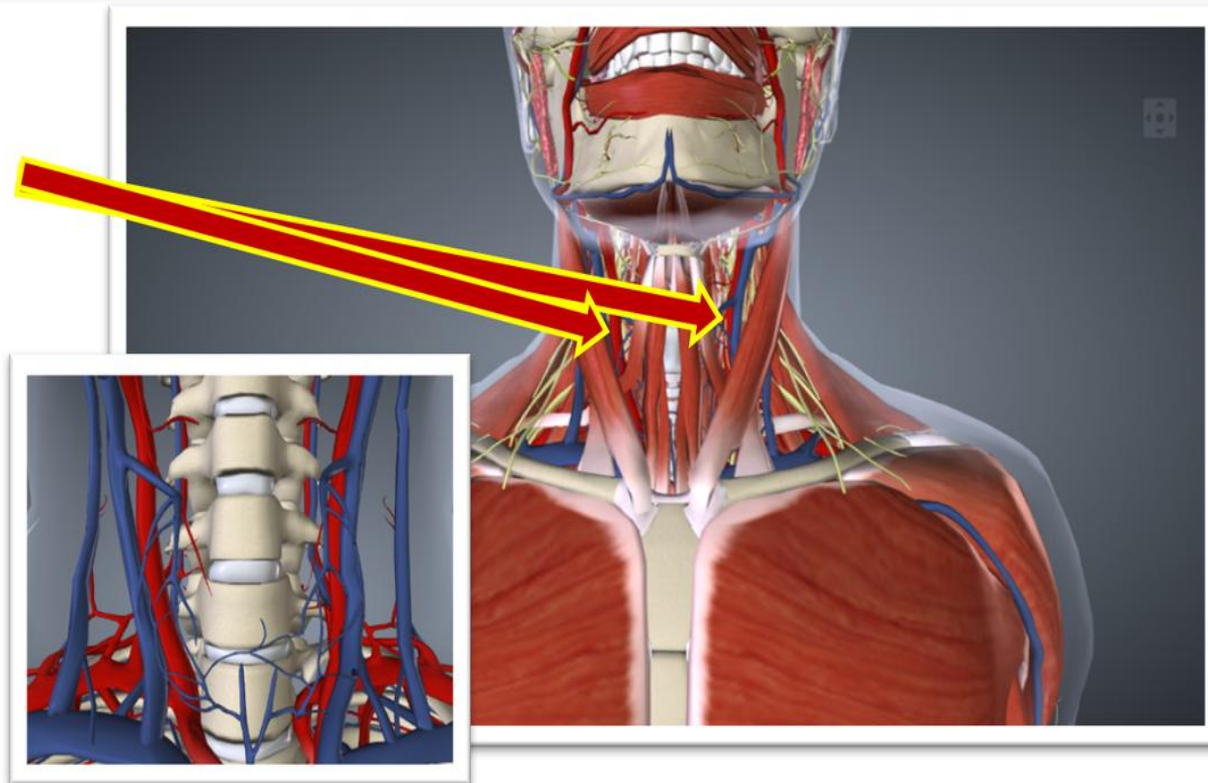
1. Зовите на помощь.
2. Положите пострадавшего на спину и восстановите проходимость его дыхательных путей.



ПРОВЕРКА ПУЛЬСА

СОННАЯ АРТЕРИЯ

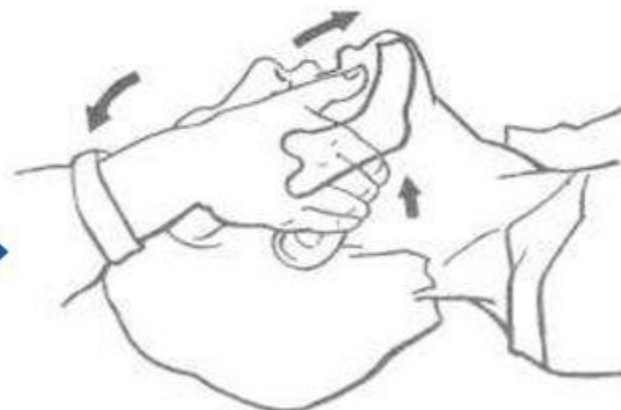
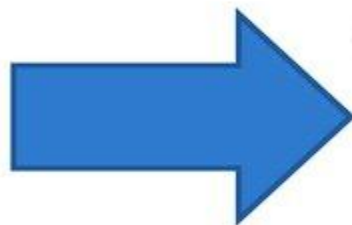
ЛЮБЫЕ СОМНЕНИЯ
ТРАКТУЙТЕ КАК
ОТСУТСТВИЕ ПУЛЬСА



А – Airway – обеспечение проходимости дыхательных путей (тройной прием Сафара)



**Запрокидывание
головы**



**Выдвижение нижней
челюсти вперед**



Открытие рта

ОТКРОЙТЕ ДЫХАТЕЛЬНЫЕ ПУТИ

ТЕХНИКА: ЗАПРОКИДЫВАНИЕ ГОЛОВЫ И ПОДЪЕМ ПОДБОРОДКА

1. Положите свою ладонь на лоб пострадавшего и аккуратно запрокиньте его голову назад.
2. Держите большой и указательный пальцы свободными, чтобы зажать нос.
3. Поместите кончики указательного и среднего пальцев другой руки под подбородок пострадавшего.
4. Поднимите ему подбородок, чтобы освободить дыхательные пути.



Этап b (breathing) –

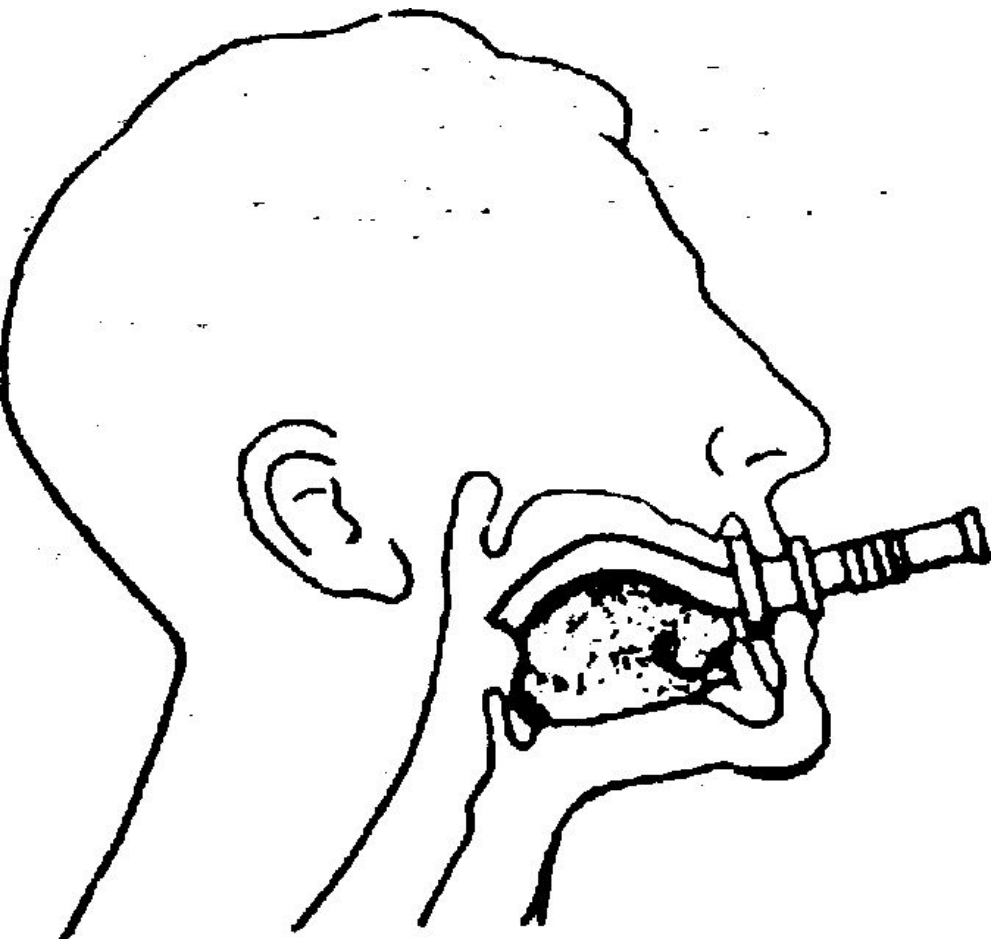
искусственная вентиляция легких

(ИВЛ)



- ИВЛ осуществляется после восстановления проходимости дыхательных путей, если больной не дышит самостоятельно или его внешнее дыхание неадекватно:
- Метод «изо рта в рот» - выполнив тройной приём Сафара, необходимо, произведя глубокий вдох, плотно обхватить губами рот больного и с некоторым усилием вдвуть выдыхаемый воздух. Для предотвращения утечки воздуха нос больного следует закрыть щекой (рукой, специальным зажимом). После прекращения инсuffляции реаниматор поворачивает свое лицо в сторону, происходит пассивный выдох.
- Метод «изо рта в нос» - При дыхании через нос рот больного закрывают, нос больного охватывают губами и производится инсuffляция выдыхаемого воздуха.
- Метод «Изо рта в маску» (после тройного приёма Сафара; маска должна плотно прилегать к лицу больного).

Воздуховоды для ИВЛ



БАЗОВАЯ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНАЯ РЕАНИМАЦИЯ

ТЕХНИКА: ИСПОЛЬЗОВАНИЕ УСТРОЙСТВ ДЛЯ ИСКУССТВЕННОГО ДЫХАНИЯ

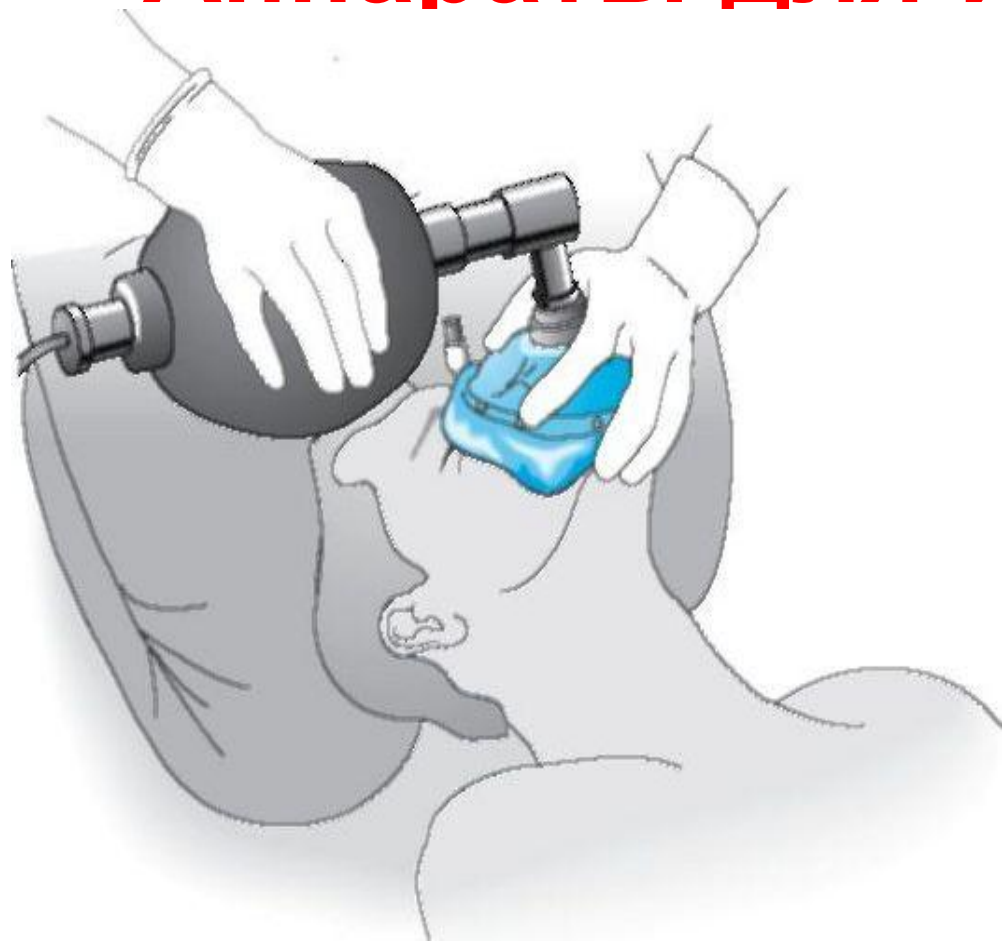
ЛИЦЕВАЯ ПЛЕНКА



ЛИЦЕВАЯ МАСКА



Аппараты для ИВЛ



БАЗОВАЯ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНАЯ РЕАНИМАЦИЯ

ТЕХНИКА: ИСКУССТВЕННОЕ ДЫХАНИЕ «РОТ КО РТУ»

ТЕХНИКА: ИСКУССТВЕННОЕ ДЫХАНИЕ «РОТ К НОСУ»

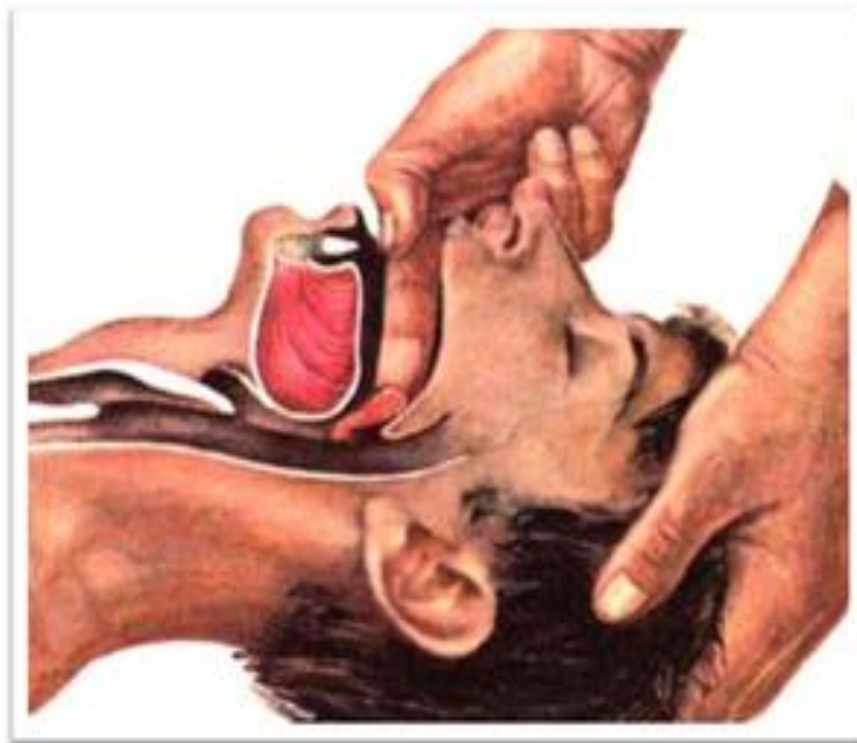
1. ДЫХАТЕЛЬНЫЕ ПУТИ ДОЛЖНЫ БЫТЬ ОТКРЫТЫ
2. ВДОХ – 1 СЕКУНДА
3. НЕ БОЛЕЕ 5 СЕКУНД НА ОБА ВДОХА



БАЗОВАЯ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНАЯ РЕАНИМАЦИЯ

ТЕХНИКА: ПРОВЕРКА ПОЛОСТИ РТА

**ЕСЛИ ОДИН ИЛИ ОБА
ИСКУССТВЕННЫХ ВДОХА
НЕ ПОЛУЧИЛИСЬ
(ГРУДНАЯ КЛЕТКА НЕ
ПОДНИМАЛАСЬ),
ВСЕ РАВНО ПРИСТУПАЙТЕ
К КОМПРЕССИЯМ
ГРУДНОЙ КЛЕТКИ**

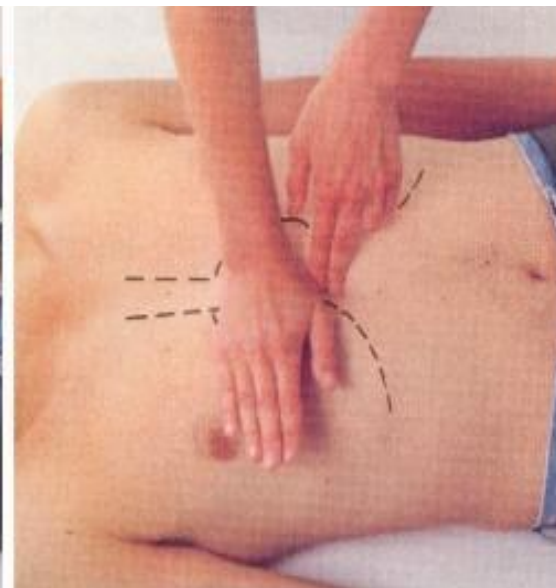
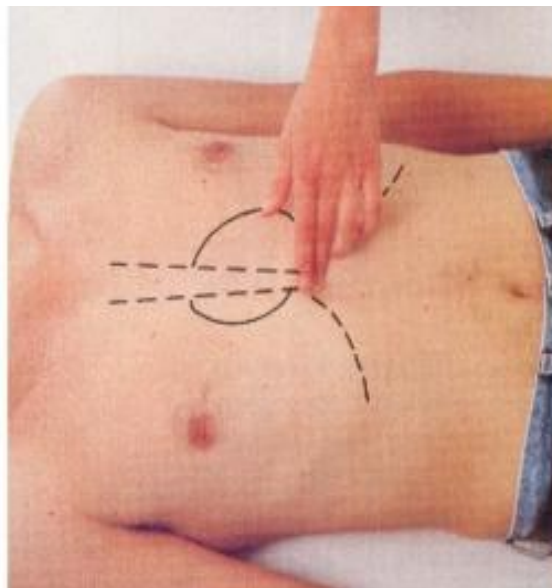


РОССИЙСКИЙ
КРАСНЫЙ КРЕСТ

БАЗОВАЯ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНАЯ РЕАНИМАЦИЯ

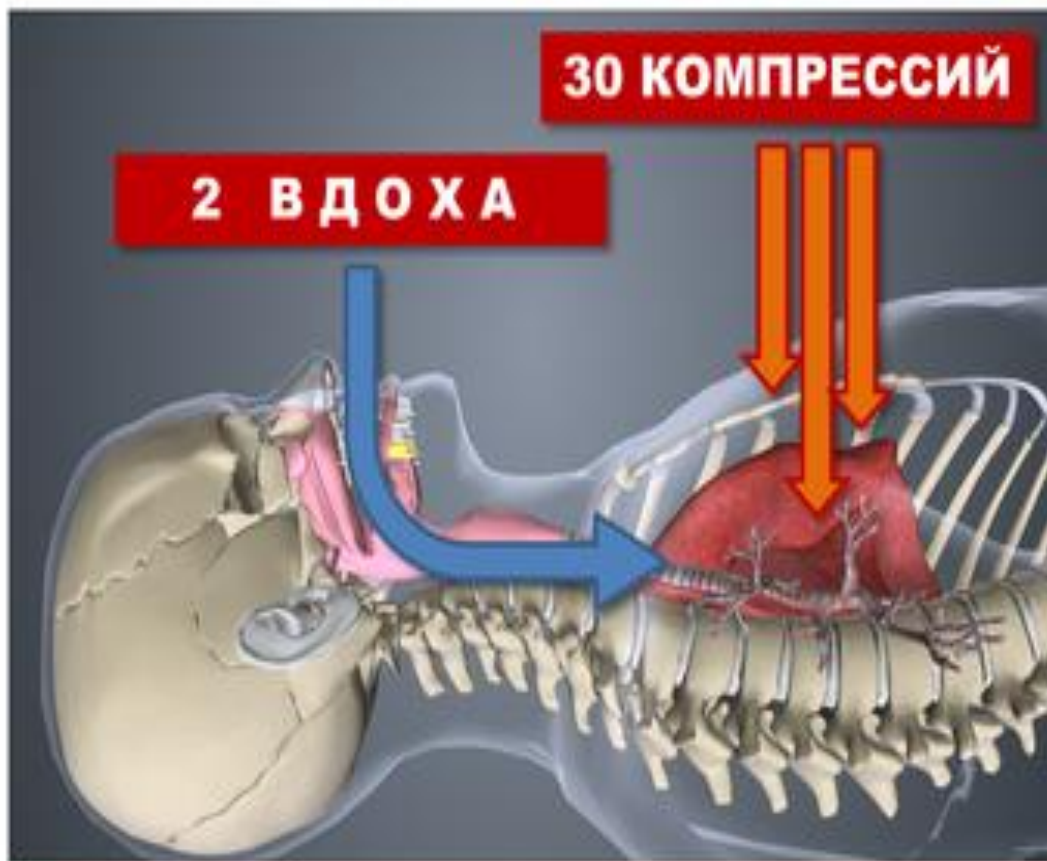
ТЕХНИКА: КОМПРЕССИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

100-120 КОМПРЕССИЙ В МИНУТУ



БАЗОВАЯ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНАЯ РЕАНИМАЦИЯ

КОМПРЕССИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ И ИСКУССТВЕННОЕ ДЫХАНИЕ



ПОСТРАДАВШИЙ НЕ РЕАГИРУЕТ И НЕ ДЫШИТ НОРМАЛЬНО.

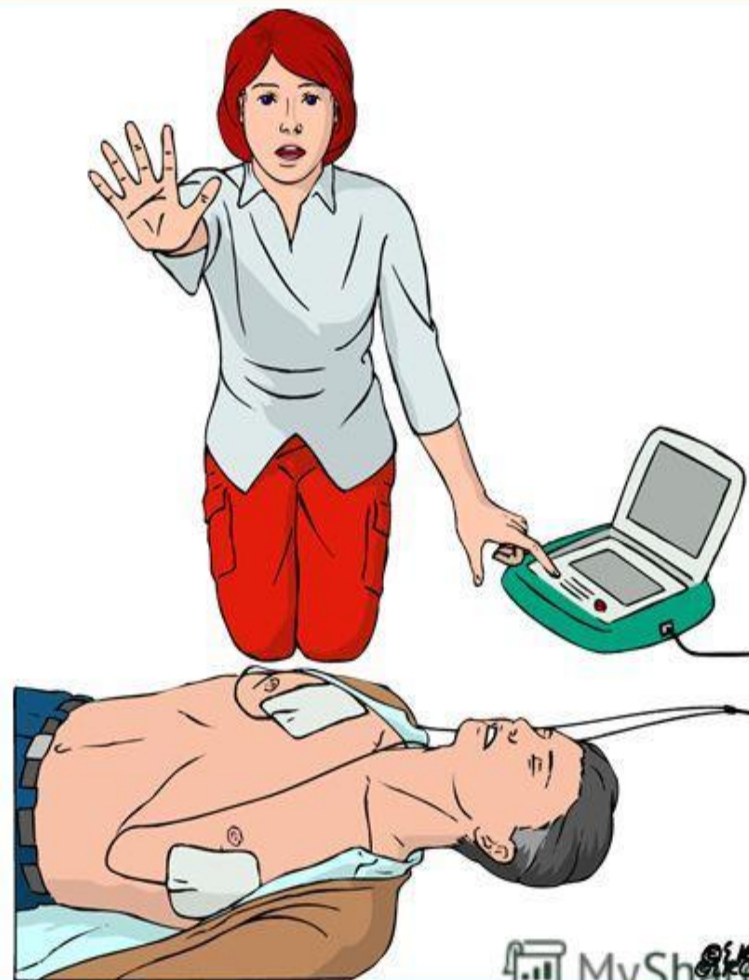
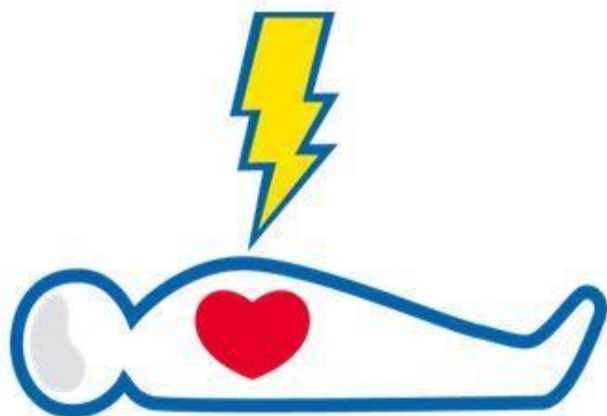
АВТОМАТИЧЕСКИЙ НАРУЖНЫЙ ДЕФИБРИЛЛЯТОР НЕДОСТУПЕН.

Продолжайте реанимацию до тех пор, пока:

- не придет Скорая медицинская помощь (103) и не продолжит реанимацию;
- пострадавший не начнет нормально дышать, двигаться, реагировать, открывать глаза;
- вы в состоянии продолжать реанимацию.



Дефибрилляция

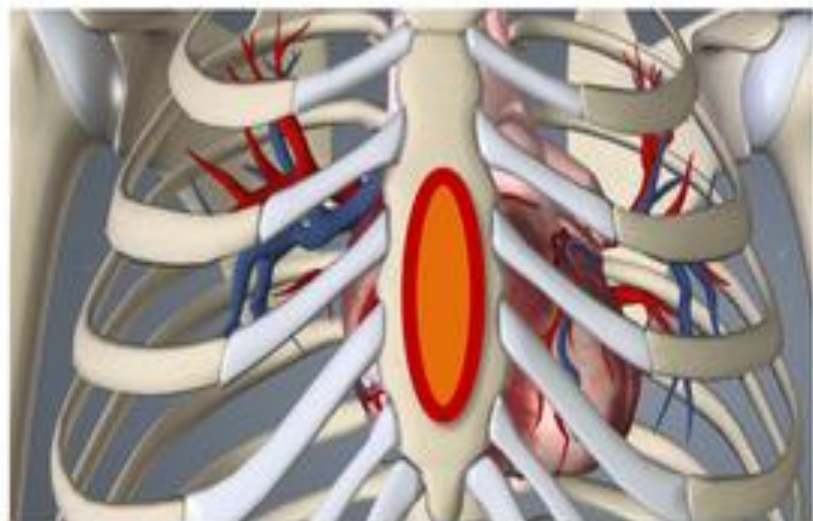


БАЗОВАЯ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНАЯ РЕАНИМАЦИЯ

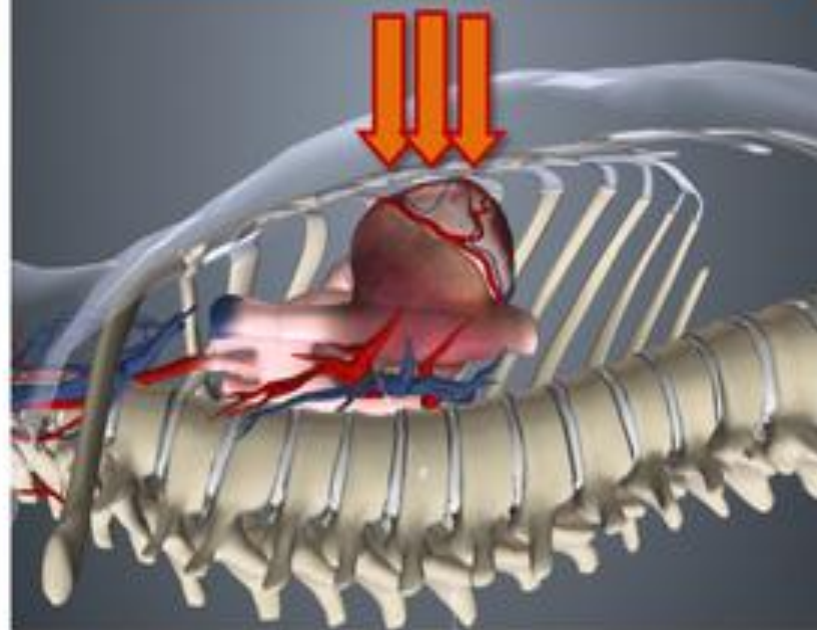
КОМПРЕССИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ И ИСКУССТВЕННОЕ ДЫХАНИЕ

ПОСТРАДАВШИЙ НЕ РЕАГИРУЕТ И
НЕ ДЫШИТ НОРМАЛЬНО.

АВТОМАТИЧЕСКИЙ НАРУЖНЫЙ ДЕФИБРИЛЛЯТОР НЕДОСТУПЕН.



100-120 КОМПРЕССИЙ В МИНУТУ



РОССИЙСКИЙ
КРАСНЫЙ КРЕСТ

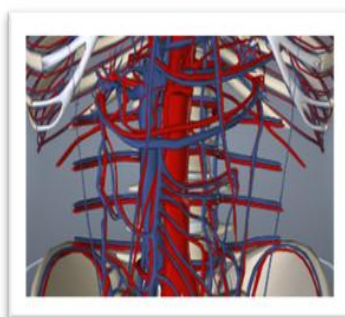
Критерии эффективности СЛР

- Изменение цвета кожных покровов («лицо оживает»);
- Появление реакции зрачков на свет;
- Возобновление пульсации сонной и бедренной артерий (иногда и лучевой);
- Повышение артериального давления до 60-70 мм. рт. ст. (при измерении традиционным способом – на плече);
- Больной начинает *самостоятельно дышать*.

БАЗОВАЯ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНАЯ РЕАНИМАЦИЯ

ТЕХНИКА: УСТОЙЧИВОЕ БОКОВОЕ (ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ) ПОЛОЖЕНИЕ.

Если пострадавший – беременная женщина, всегда укладывайте ее на левый бок. Это предотвращает ухудшение оттока крови от матки к сердцу.



Если пострадавший находится в восстановительном положении более 30 минут, переверните его на другой бок. Тем самым вы предотвратите повреждение нервов руки.



Благодарю за внимание

