

Задача 1

Пострадавший в автокатастрофе неподвижен, на оклик не реагирует. Дыхание и пульс на лучевой артерии отсутствует. Пульс на сонной артерии едва определяется. Правая голень оторвана на уровне верхней трети. Видимого кровотечения нет. Одежда обильно пропитана кровью.

Задания

- А. Определите неотложное состояние, развившееся у пострадавшего
- В. Составьте алгоритм оказания первой медицинской помощи и обоснуйте каждый этап.
- С. Продемонстрируйте технику наложения жгута - закрутки при ранении голени

Задача 2

Пострадавший без сознания. Двигательное возбуждение. Вдох затруднен, сопровождается втяжением надключичных ямок. Цианоз губ. На одежде следы рвотных масс. В правой лобно-височной области ссадина и ограниченная припухлость мягких тканей. Пульс редкий.

Задания

- А. Определите неотложное состояние, развившееся у пострадавшего.
- В. Составьте алгоритм оказания первой медицинской помощи и обоснуйте каждый этап.
- С. Продемонстрируйте метод, направленный на поддержание свободной проходимости дыхательных путей.

Задача 3

У пострадавшего в автокатастрофе лицо залито кровью. Нижняя челюсть деформирована и смещена кзади. Сознание отсутствует. Вдох судорожный. Пульс частый.

Задания

- А. Определите неотложное состояние, развившееся у пострадавшего.
- В. Составьте алгоритм оказания первой медицинской помощи и обоснуйте каждый этап.
- С. Продемонстрируйте технику наложения пращевидной повязки

Задача 4

Вы медицинская сестра батальона. К вам обратился раненый. В сознании. Беспокоен. Жалобы на нехватку воздуха. Дыхание частое, поверхностное. Цианоз лица. Пульс частый. В левой подлопаточной области умеренно кровоточащая рана 3•2 см. Выраженная подкожная эмфизема туловища, головы и верхних конечностей. Место нахождения раненого: поле. Температура воздуха -5°C.

Задания

- А. Определите неотложное состояние, развившееся у пострадавшего.
- В. Составьте алгоритм оказания первой медицинской помощи и обоснуйте каждый этап.
- С. Продемонстрируйте технику наложения окклюзионной повязки с использованием ППИ.

Задача 5

Вы медицинская сестра батальона. К вам обратился раненый с жалобами на боли в правой подлопаточной области, где одежда пробита осколком и умеренно промокла кровью. Пульс учащен.

Задания

- А. Определите неотложное состояние, развившееся у пострадавшего.
- В. Составьте алгоритм оказания первой медицинской помощи и обоснуйте каждый этап.
- С. Продемонстрируйте технику наложения давящей повязки на грудную клетку

Задача 6

Вы медицинская сестра батальона. У пострадавшего жалобы на умеренные боли в области раны живота. Одежда ниже пояса порвана и пропитана кровью. В околопупочной области справа рана 3•3 см с умеренным кровотечением.

Задания

- А. Определите неотложное состояние, развившееся у пострадавшего.
- В. Составьте алгоритм оказания первой медицинской помощи и обоснуйте каждый этап.

С. Продемонстрируйте технику наложения давящей повязки при ранении передней брюшной стенки

Задача 7

Вы медицинская сестра батальона. Во время теракта солдат подорвался на фугасе. Сознание спутано, стонет. Правая нижняя конечность висит на кожном лоскуте, на уровне верхней трети голени. Рана культи умеренно кровоточит. На переднебоковой поверхности шеи слева рана 6•3 см с обильным кровотечением. Левая стопа разрушена, не кровоточит.

Задания

- А. Определите неотложное состояние, развившееся у пострадавшего.
- В. Составьте алгоритм оказания первой медицинской помощи и обоснуйте каждый этап.
- С. Продемонстрируйте технику наложения жгута при ранении голени

Задача 8

Вы медицинская сестра бригады спасателей. 3 часа назад пострадавшего во время землетрясения придавило плитой обе нижние конечности до средней трети бедер. В сознании. Стонет от боли. Пытается самостоятельно освободиться из-под завала.

Задания

- А. Определите неотложное состояние, развившееся у пострадавшего.
- В. Составьте алгоритм оказания первой медицинской помощи с обоснованием каждого этапа.
- С. Продемонстрируйте технику наложения жгута при ранении бедра

Задача 9

Вы медицинская сестра батальона. Раненный отброшен взрывной волной. Сознание отсутствует. Кровотечение из ушей, носа и рта. Следы рвотных масс на одежде. Дыхание и пульс несколько учащены.

Задания

- А. Определите неотложное состояние, развившееся у пострадавшего.
- В. Составьте алгоритм оказания первой медицинской помощи и обоснуйте каждый этап.
- С. Продемонстрируйте метод, направленный на поддержание свободной проходимости дыхательных путей

Задача 10

Вы медицинская сестра «скорой помощи». Пострадавший упал с движущего автотранспорта вниз головой.

Объективно: заторможен. При окрике открывает глаза. Руки и ноги безжизненно свисают как “плети”. Дыхание не нарушено. Пульс учащен. Лежит на обочине дороги.

Задания

- А. Определите неотложное состояние, развившееся у пострадавшего.
- В. Составьте алгоритм оказания первой медицинской помощи и обоснуйте каждый этап.
- С. Продемонстрируйте технику измерения пульса на лучевой артерии. Перечислите характеристики пульса.

Задача 11

Вы медицинская сестра батальона. Пострадавший ранен в живот. Стонет. На передней брюшной стенке обширная рана с выпавшими петлями кишечника. Пульс слабый. Место нахождения раненого: поле. Температура воздуха +7°C.

Задания

- А. Определите неотложное состояние, развившееся у пострадавшего.
- В. Составьте алгоритм оказания первой медицинской помощи и обоснуйте каждый этап.
- С. Продемонстрируйте технику измерения пульса на лучевой артерии. Перечислите характеристики пульса

Задача 12

Вы медицинская сестра «скорой помощи». Пострадавший извлечен из-под перевернувшейся грузовой машины.

Жалуется на сильные боли внизу живота и в области таза. Ноги слегка развернуты кнаружи. Кожные покровы бледные, на лбу капельки пота. Тахикардия. Пульс слабого наполнения. Температура воздуха +5°C.

Задания

- А. Определите неотложное состояние, развившееся у пострадавшего.
- В. Составьте алгоритм оказания первой медицинской помощи и обоснуйте каждый этап.
- С. Продемонстрируйте технику измерения пульса на лучевой артерии. Перечислите характеристики пульса.

Задача 13

Вы медицинская сестра «скорой помощи». Пострадавший жалуется на боли в правой голени, которую придерживает руками. Голень необычно смещена под углом кнаружи. При попытке выпрямить ногу боль резко усиливается. Из анамнеза: автомобильная катастрофа.

Задания

- А. Определите неотложное состояние, развившееся у пострадавшего.
- В. Составьте алгоритм оказания первой медицинской помощи и обоснуйте каждый этап.
- С. Продемонстрируйте технику наложения шины Крамера при переломе голени.

Задача 14

Вы медицинская сестра «скорой помощи». При падении линии электропередачи был поражен идущий человек электрическим током. Объективно: сознание отсутствует. Грудная клетка неподвижна. Пульс на сонной артерии частый, слабый. Пальцы правой кисти покрыты черным струпом.

Задания

- А. Определите неотложное состояние, развившееся у пострадавшего.
- В. Составьте алгоритм оказания первой медицинской помощи и обоснуйте каждый этап.
- С. Продемонстрируйте алгоритм техники искусственной вентиляции легких

Задача 15

Вы студент выпускного курса медицинского колледжа. Возвращались домой с группой молодых людей. Вдруг ребята услышали взрыв в районе железнодорожного вокзала и увидели метнувшееся вверх облако желто-зеленого цвета, которое плавно опустилось вниз и стало распространяться по направлению ветра, вдоль улицы, увеличиваясь в размере.

Задания

- А. Определите характер аварии.
- В. Составьте алгоритм действия в данной ситуации и обоснуйте каждый этап.
- С. Продемонстрируйте технику оксигенотерапии через кислородную подушку

Задача 16

Вы студент выпускного курса медицинского колледжа. Проживавшие на верхнем этаже 12-этажного дома жильцы проснулись ночью от завывания сирены и почувствовали из открытых форточек запах нашатырного спирта. Через некоторое время у людей начался кашель, появилось слезотечение, резь в глазах.

Задания

- А. Определите характер аварии.
- В. Составьте алгоритм действия в данной ситуации и обоснуйте каждый этап.
- С. Продемонстрируйте технику оксигенотерапии через кислородную подушку

Задача 17

Вы медицинская сестра «скорой помощи». Во время пожара пострадавший получил ожоги передней половины туловища и обеих верхних конечностей до локтевого сустава. Объективно: покраснение, отек, жжение, боль, в некоторых местах образовались пузыри со светлой прозрачной жидкостью. Артериальное давление 90/70 мм рт. ст., ЧСС 120 уд. в мин.

Задания

- А. Определите степень тяжести и площадь ожога.
- В. Составьте алгоритм оказания первой медицинской помощи и обоснуйте каждый этап.
- С. Продемонстрируйте расчет шокового индекса Альговера-Бурри

Задача 18

Вы медицинская сестра бригады спасателей. Во время наводнения спасатели извлекли из воды молодого мужчину без дыхания и сердцебиения, с синюшным цветом кожных покровов.

Задания

- А. Определите неотложное состояние, развившееся у пострадавшего.
- В. Составьте алгоритм оказания первой медицинской помощи и обоснуйте каждый этап.
- С. Продемонстрируйте алгоритм проведения ИВЛ и непрямого массажа сердца при проведении реанимационных мероприятий одним спасателем

Задача 19

Вы медицинская сестра «скорой помощи». Во время автомобильной аварии водитель получил открытый перелом предплечья слева. Из раны пульсирующим потоком изливается алая кровь.

Задания

- А. Определите неотложное состояние, развившееся у пострадавшего.
- В. Составьте алгоритм оказания первой медицинской помощи и обоснуйте каждый этап.
- С. Продемонстрируйте наложения жгута при артериальном кровотечении в области предплечья.

Задача 20

Вы медицинская сестра приемного отделения. Пострадавший длительное время находился на холоде. Жалобы на сильные боли в области обеих кистей рук.

При осмотре кожа обеих кистей цианотична, отечна, видны пузыри с прозрачным экссудатом.

Задания

- А. Определите неотложное состояние, развившееся у пострадавшего.
- В. Составьте алгоритм оказания первой медицинской помощи, обоснуйте каждый этап.
- С. Продемонстрируйте наложение стерильной повязки на область кисти

Задача 21

Вы медицинская сестра «скорой помощи». Находясь на посту, сержант ППС получил ножевое ранение левой половины грудной клетки сзади.

Объективно: состояние средней тяжести. Бледность кожных покровов, цианоз губ, одышка до 26 дыханий в 1 минуту, слабость, головокружение. Пульс 112 в 1 минуту, АД=95/60 мм рт.ст. Слева по задней подмышечной линии в VI межреберье линейная рана длиной 3 см с умеренным кровотечением и подкожной эмфиземой. Дыхание слева резко ослаблено.

Задания

- А. Определите неотложное состояние, развившееся у пострадавшего.
- В. Составьте алгоритм оказания первой медицинской помощи и обоснуйте каждый этап.
- С. Продемонстрируйте наложение окклюзионной повязки на область грудной клетки с использованием ППИ.

Задача 22

Вы медицинская сестра бригады спасателей. Пострадавший 22 лет, извлечен из-под разрушенного здания в состоянии средней тяжести, заторможен. АД 100/70 мм рт.ст., пульс 108 в 1 минуту, ритмичный, слабого наполнения. Живот резко болезненный при пальпации в области пупка и в нижних отделах, положительный симптом Щеткина - Блюмберга. Во всех отделах живота определяется мышечное напряжение. Перистальтика кишечника вялая.

Задания

- А. Определите неотложное состояние, развившееся у пострадавшего.

- В. Составьте алгоритм оказания первой медицинской помощи и обоснуйте каждый этап
- С. Продемонстрируйте расчет шокового индекса Алговера-Бурри

Задача 23

Вы медицинская сестра «скорой помощи». Во время драки мужчина получил удар тупым предметом по голове. Обстоятельств травмы не помнит.

При осмотре: сонлив, на вопросы отвечает невпопад, несколько бледен, пульс 62 удара в минуту, в теменной области рана 8 x 15 см, умеренное кровотечение, носогубная складка сглажена слева, язык слегка отклонен влево, правый зрачок шире левого.

Задания

- А. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента
- В. Составьте алгоритм оказания первой медицинской помощи и обоснуйте каждый этап.
- С. Продемонстрируйте технику наложения пращевидной повязки.

Задача 24

Вы медицинская сестра «скорой помощи». В результате автомобильной катастрофы подросток 17 лет, получил тяжёлую травму.

Жалобы на боль в правой нижней конечности, резко усиливающуюся при попытке движений.

При осмотре состояние тяжёлое, кожа и видимые слизистые бледные. Артериальное давление 100/60 мм.рт. ст., пульс 100 ударов в минуту. Правое бедро деформировано, укорочено на 5 см. При попытке движений определяется патологическая подвижность в средней трети бедра.

Задания

- А. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.
- В. Составьте алгоритм оказания первой медицинской помощи и обоснуйте каждый этап.
- С. Продемонстрируйте технику проведения транспортной иммобилизации поражённой конечности.

Задача 25

Вы медицинская сестра «скорой помощи». Из воды извлечли семилетнего мальчика. Время нахождения под водой 5-7 минут. Бросается в глаза выраженный цианоз лица, из полости рта выходит стойкая пушистая пена, не оставляющая на салфетке влажных следов.

Задания

- А. Определите вид утопления, развившийся у пациента.
- В. Составьте алгоритм первой медицинской помощи и обоснуйте каждый этап
- С. Продемонстрируйте алгоритм проведения ИВЛ и непрямого массажа сердца при проведении реанимационных мероприятий одним спасателем

Задача 26

Вы медицинская сестра «скорой помощи». Во время работы с циркулярной пилой рабочий получил травму. У пораженного на передней поверхности средней трети предплечья глубокая зияющая рана, из которой пульсирующей струей изливается алая кровь.

Задания

- А. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.
- В. Составьте алгоритм оказания первой медицинской помощи и обоснуйте каждый этап.
- С. Продемонстрируйте технику наложения жгута при артериальном кровотечении ранения предплечья

Задача 27

Вы медицинская сестра бригады спасателей. Зимой во время полета над тайгой потерпел аварию вертолет. В живых остался один пилот. Когда его нашли, у него была бледная, холодная на ощупь кожа, отмечались сонливость, слабое дыхание, апатия. На вопросы он отвечал слабым голосом, растягивал слова.

Задания

- А. Определите неотложное состояние, развившееся у пострадавшего.
- В. Составьте алгоритм оказания первой медицинской помощи и обоснуйте каждый этап.

С. Продемонстрируйте правила проведения ИВЛ и непрямого массажа сердца при проведении реанимационных мероприятий одним спасателем

Задача 28

Вы студент медицинского колледжа. Находясь в квартире многоэтажного дома, вы ощутили колебания пола, зазвенела посуда в шкафу, закачалась люстра.

Задания

А. Определите вид стихийного бедствия

В. Составьте алгоритм действия в данной ситуации и обоснуйте каждый этап

С. Перечислите способы розыска и транспортировки пораженных при землетрясении

Задача 29

Вы медицинская сестра бригады спасателей. В результате пожара воспламенилась одежда на ребёнке. Пламя затушили.

При осмотре: состояние тяжелое, заторможен, безучастен, пульс частый, артериальное давление снижено, дыхание поверхностное. На коже лица пузыри с прозрачным содержимым, вскрывшиеся пузыри, участки обугленной кожи.

Задания

А. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.

В. Составьте алгоритм оказания первой медицинской помощи и обоснуйте каждый этап

С. Продемонстрируйте технику подсчёта пульса и измерения артериального давления

Задача 30

Вы медицинская сестра «скорой помощи». В результате удара по переносице кулаком у пострадавшего началось обильное выделение крови. Больной беспокоен, сплёвывает кровь, частично её проглатывает.

Задания

А. Определите неотложное состояние, развившееся у пострадавшего.

В. Составьте алгоритм оказания первой медицинской помощи и обоснуйте каждый этап.

С. Продемонстрируйте технику наложения працевидной повязки

**Алгоритмы оказания помощи на догоспитальном этапе
неотложных состояний**

Приступ стенокардии

1. Физический и эмоциональный покой. Усадить. Доступ свежего воздуха.
2. Нитроглицерин сублингвально по 0,0005г трижды с интервалом 5 минут или изокет-спрей (при АД не ниже 100 и 70 мм.рт.ст.).
3. Анаприлин (пропранолол) 0,04 (разжевать, запить ½ стакана теплой воды).
4. Ацетилсалициловая кислота 150 мг (разжевать)
5. Кислородотерапия.
6. Ненаркотические анальгетики:
 - р-р анальгина 50% - 2 мл или кеторол 2мл
 - р-р димедрола 1% - 1мл в/м или
 - баралгина 5 мл в/м
7. Срочная регистрация ЭКГ.
8. При отсутствии эффекта введение наркотических анальгетиков и антикоагулянтов (оказание НП при остром коронарном синдроме).
9. Госпитализация.

Острый коронарный синдром

(Острый инфаркт миокарда, нестабильная стенокардия)

Не осложнённый острый инфаркт миокарда

1. Строгий постельный режим.
2. Нитроглицерин сублингвально по 0,0005г трижды с интервалом 5-10 минут (при АД не ниже 100 и 70 мм.рт.ст.).
3. Анальгетики: морфин 1% - 1мл в/в или кеторол 2 мл с димедролом 1%- 2 мл в/в.
4. Анаприлин 0,04 (разжевать, запить ½ стакана теплой воды).
5. Ацетилсалициловая кислота 160-325 мг (разжевать).
6. Пулолаза(проурокиназа) 6000000 МЕ(2000000МЕ болюсом + 4000000МЕ в/в капельно в течение 60 минут) или альтеплаза(актилизе) 100 мг в/в (15 мг болюсом +85 мг в/в капельно медленно) или метализе10000ЕД(50 мг) в/в болюсом
7. Гепарин 5000 ЕД п/к или эноксапарин (клексан) 30 мг в/в болюсом.
8. Госпитализация на носилках после купирования боли и стабилизации гемодинамики.

При всех осложнениях инфаркта миокарда

- Начать инфузию физиологического раствора со скоростью 20-25 капель в минуту.
- Вызов реаниматолога.
- Мероприятия, перечисленные в разделе «Не осложнённый острый инфаркт миокарда» при отсутствии противопоказаний.

При тахикардии, тахикардии

При ЧСС более 100-110 в 1 минуту, не уменьшающемся через 20 минут после приёма анаприлина, или при ЧСС более 120 в 1 минуту

- обзидан 0,1%-5 мл в/в на физ. растворе медленно.
- амиодарон 150 мг в/в.

При брадикардии

При ЧСС менее 40 в 1 минуту, осложнённой сердечной недостаточностью (артериальная гипотензия), или нарастающем уменьшении ЧСС:

- нитроглицерин, анаприлин не принимать.
- атропин 0,1 % -1 мл в/в, повторить через 5 минут до эффекта или общей дозы 4 мл.
- при отсутствии эффекта эуфиллин 2,4% - 10 мл в 200 мл физ. раствора в/в капельно.

При кардиогенном шоке

1. Уложить с приподнятыми ногами (при отсутствии сердечной недостаточности).

2. Морфин 1% 1 мл в/в.
3. Дофамин 0,5%-10 мл(50мг) в/в кап. в 200 мл физ. раствора медленно (контроль АД).
4. Мезатон 1%-1 мл на физ растворе в/в капельно.
5. Реополиглюкин в/в капельно.

При отеке легких

Больного уложить с опущенными ногами. Венозные жгуты на 3 конечности с интервалом 20 минут. Увлажненный кислород через пеногаситель. Дигоксин 0,025 % 1 мл в/в

Отек легких на фоне артериальной гипертензии

1. Морфин 1%-1 мл в/в на физ. растворе.
2. Лазикс 40 мг (1%-4 мл) в/в
3. Нитроглицерин сублингв. по 0,0005 г с интервалом 5 мин до 6 раз (контроль АД).

Отек легких на фоне артериальной гипотензии

1. Дофамин 0,5%- 10 мл(50мг) в 200 мл физ. раствора в/в капельно до стабилизации АД на минимально возможном уровне (САД 90-100 мм рт ст).
4. Лазикс 40 мг (1%-4 мл) в/в.
5. Преднизолон 90 мг (3%-3 мл) в/в

При всех осложнениях вызов реаниматолога.

Кардиогенный шок

1. Уложить больного с приподнятыми нижними конечностями (при отсутствии признаков сердечной недостаточности).
2. Оксигенотерапия.
3. Полноценное обезболивание:
 - р-р морфина 1% - 1мл в/в, в/м
 - р-р промедола 2% - 1 мл в/в или в/м
 - р-р фентанила 0,005% 1-2 мл с в 10 мл изотонического раствора хлорида натрия в/в медленно
 - наркоз с записью азота
4. Р-р допамина 4% - 5 мл (200мг) в 400 мл 5% р-ра глюкозы в/в капельно со скоростью 5-10 капель в минуту или р-р норадреналина (норэпинефрина) 0,2% - 1 мл в 200 мл изотонического раствора хлорида натрия в/в капельно со скоростью 10 капель в минуту.
5. Гепарин 10000 ЕД в 10 мл изотонического раствора хлорида натрия в/в струйно медленно.
6. Преднизолон 180-360 мг и более в/в.
7. Реополиглюкин 400 мл (р-р глюкозы 5% - 400 мл) в/в капельно.
8. При аритмическом шоке – амиодарон 150 мг в/в.
9. Вызов реаниматолога.
10. Госпитализация под контролем АД, ЧСС, ЧДД.

Сердечная астма

1. Положение полусидя в постели со спущенными ногами (при инфаркте миокарда – уложить)
2. Венозные жгуты на конечности с интервалом 20 минут.
3. Морфин 1%-1мл в/в 10мл изотонического р-ра хлорида натрия.
4. Нитроглицерин сублингвально по 0,0005 г с интервалом 5 мин до 6 раз.
5. Дигоксин 0,025%-1мл или строфантин 0,05%-0,5 мл в/в струйно на 5% р-ре глюкозы.
6. Лазикс 40 мг в/в.
7. При развитии сердечной астмы на фоне аритмии – антиаритмические средства.
8. Госпитализация под контролем АД, ЧСС, ЧДД.

Отек легких

1. Положение полусидя в постели со спущенными ногами(при инфаркте миокарда – уложить)
2. Ингаляции пеногасителей (кислород через пары 33% р-ра спирта)
3. Венозные жгуты на конечности с интервалом 20 минут.
4. Морфин 1%-1мл в/в 10мл изотонического р-ра хлорида натрия.
5. Дигоксин 0,025%-1мл в/в струйно на 5% р-ре глюкозы.
6. При повышенном АД:
 - Нитроглицерин сублингвально по 0,0005 г с интервалом 5 мин до 6 раз.
 - Лазикс 40-80 мг и более в/в
 - Реланиум 0,5% -2 мл в/в
4. При нормальном АД
 - Нитроглицерин сублингвально по 0,0005 г повторно.
 - Лазикс в/м или в/в 40-80 мг
 - Реланиум 0,5% -2мл в/м или в/в.
- 5.При низком АД:
 - Допамин 4% -5мл (200мг) в 400 мл 5% глюкозы в/в капельно со скоростью 5-10 капель в минуту под контролем АД до стабилизации систолического АД на цифрах 90-100 мм рт ст
 - Лазикс 40 мг в/м, в/в
 - Преднизолон 90-120 мг в/в струйно.

При отсутствии эффекта – перевод на ИВЛ. Вызов реаниматолога.

Тромбоэмболия легочной артерии

1. При клинической смерти – сердечно-легочная реанимация (непрямой массаж сердца, интубация трахеи, ИВЛ)
2. Если в сознании – уложить и наладить ингаляцию увлажненным кислородом через носовые катетеры.
3. Морфин 1% - 1мл или промедол 2% 1 мл в/в, в/м.
4. Фентанил 0,005% 1-2 мл с в 10 мл изотонического раствора хлорида натрия в/в медленно
5. Гепарин 5-10 тыс. ЕД в/в струйно или эноксапарин (клексан) 30 мг или надропарин 7600 ЕД в/в.
6. При падении АД - допамин 4%- 5 мл или норэпинефрин (норадреналин) 0,2 % 1 мл в 200 мл изотонического р-ра хлорида натрия в/в капельно.
7. Эуфиллин 2,4 %- 10 мл в/в на физ. растворе.
8. Симптоматическая терапия (антиаритмическая, противошоковая).
9. Госпитализация в ПИТ.

Пароксизмальная тахикардия

Пароксизмальная наджелудочковая тахикардия.

1. Вагусные пробы:
 - массаж каротидного синуса 10-20 сек
 - проба Вальсальвы
 - давление на глазные яблоки 5-10 сек
 - искусственное вызывание рвоты
2. При неэффективности
 - Анаприлин 40 мг разжевать
 - Верапамил 0,25% - 2 мл в 10 мл физ.раствора в/в струйно
3. При неэффективности дигоксин 0,025%- 1мл в/в
4. При неэффективности через 30 минут пропранолол 0,1%- 5мл в/в
5. При неэффективности через 20 минут новокаиномид 10% - 10 мл в 10 мл 5% глюкозы в/в медленно с мезатоном 1% - 0,5 мл
6. Гепарин 5000 ЕД в/в

7. ЭИТ
8. Госпитализация.

Пароксизмальная желудочковая тахикардия.

1. Лидокаин 2%-10 мл в/в струйно в 10 мл изотонического раствора хлорида натрия. Если приступ купировался продолжить в/в капельное введение лидокаина 250-500 мг
2. Если нет эффекта – кордарон 300 мг (5% - 6 мл) в/в медленно затем капельно
3. Новокаиномид 10% - 10 мл в/в струйно медленно в 10 мл 5% раствора глюкозы с мезатоном 1% - 0,5 мл.
4. Гепарин 5000 ЕД в/в
5. Если нет эффекта ЭИТ
6. Госпитализация.

Гипертонический криз

Неосложненный гипертонический криз

При высоком АД снижение его необходимо осуществлять постепенно в течение 1 часа

1. Таблетка коринфара 0,01 внутрь под язык (под контролем АД), повторить через 20-30 минут;
2. Таблетка клофелина 0,00015 под язык, при сохраняющемся высоком АД, прием можно повторить через 15 минут;
3. При плановом употреблении больным препаратов группы ИАПФ, возможно употребление капотена 0,025 под язык;
4. Возможен прием вышеперечисленных препаратов в сочетании (например, клофелин 0,00015, через 15 минут – коринфар 0,01, через 15 минут – при сохраняющемся высоком АД – капотен 0,025);
5. При тахикардии (ЧСС выше 90 ударов в минуту) – таблетка обзидана 0,04 внутрь (если больной не страдает бронхиальной астмой);
6. Дроперидол 0,25 % - 2 мл в/в или в/м;

При не осложненных гипертонических кризах после стабилизации состояния консультация терапевта.

Осложненные гипертонические кризы

При появлении клиники сердечной астмы или отека легких, необходимо быстрое снижение АД в течение 30-60 минут.

1. Больного усадить с опущенными ногами, обеспечить подачу кислорода через спирт;
2. Таблетка нитроглицерина 0,0005 под язык;
3. Пентамин 5%- 0,5-1 мл в/м;
4. Лазикс 40 мг (1%-4 мл) в/м.

При клинике мозговых проявлений (постепенное снижение АД в течение 30-120 минут не более 15%).

1. Раствор сульфата магния 25%-10 мл в/м;
2. Лазикс 40 мг (1% -4 мл) в/в, при необходимости больше;
3. Эуфиллин 2,4 %- 10 мл на 200 мл физ.раствора в/в капельно;

Во всех случаях – реланиум 0,5%- 2 мл в/в;

При осложненных гипертонических кризах необходима консультация реаниматолога. Госпитализация.

Обморок (синкоп)

1. По возможности оказать помощь при падении (поддержать).
2. Уложить горизонтально (без подушки) или приподнять ножной конец кровати.
3. Расстегнуть стесняющую одежду. Доступ свежего воздуха. К ногам положить грелки.
4. Смочить грудь и лицо холодной водой, похлопать по щекам.
5. Рефлекторные воздействия (сдавление мочек ушей, надавливания на пальцы у основания ногтей).

6. Поднести к носу больного тампон, смоченный нашатырным спиртом.
7. Если сознание не возвращается или сознание возвратилось, но у больного низкое АД
 - р-р кофеина 10% - 2 мл. п/к или
 - р-р фенилэфрина (мезатона) 1%- 1 мл п/к или
8. Атропин 0,1%- 0,5 мл п/к
9. Диазепам 0,5%- 2 мл в/м
10. Глюкоза 40%- 40 мл в/в
11. Наблюдать за больным в течение 5-10 мин. Не вставать, пока не пройдет ощущение мышечной слабости.
12. Горячий сладкий чай, кофе.

Коллапс

1. Полный покой в горизонтальном положении (без подушки) с приподнятым ножным концом.
2. Доступ свежего воздуха
3. Согревание больного (обложить грелками, укрыть одеялом)
4. Если больной может глотать - горячий крепкий сладкий чай, кофе.
5. Фенилэфрин (мезатон) 1%- 1 мл п/к
6. При неэффективности норадреналин (норэпинефрин) 0,2%-1 мл в 200 мл изотонического раствора хлорида натрия или 5% р-ра глюкозы в/в капельно.
7. Преднизолон 60-90мг (2-3 мл.) или гидрокортизон 100-125мг(4-5мл) в 200-400мл 5% глюкозы в/в капельно.
8. Полиглюкин 400 мл, Реополиглюкин 400 мл в/в капельно.
10. Госпитализация после стабилизации гемодинамики.

Сердечно - легочная реанимация

1. Вызов дежурного врача, но все мероприятия начинать незамедлительно.
2. Восстановить проходимость дыхательных путей.
3. Начать закрытый массаж сердца.
4. Приступить к искусственной вентиляции легких «изо рта в рот», или «изо рта в нос», или с помощью мешка Амбу или через S образный воздуховод. При оказании помощи одним или двумя медицинскими работниками соотношение НМС:ИВЛ = 30:2
5. Адреналин 0,1% - 1мл в/в на физ. растворе, повторяя через 5 мин на протяжении всей реанимации.
6. При асистолии атропин 0,1% - 1мл в/в, повторить через 5 минут до общей дозы 2 мл.
7. При фибрилляции- кордарон 150 мг в/в струйно, через 5 минут повторить, лидокаин 2% 80 - 120 мг в/в струйно, через 5 минут повторить.
8. При механической асфиксии инородным телом - пункция трахеи в области перстневидного хряща двумя иглами Дюфо.
9. Вызов реаниматолога необходим даже в случае эффективной реанимации.

Инфекционно-токсический шок

1. Уложить с приподнятым ножным концом кровати.
2. Реополиглюкин 400-800 мл в/в капельно.
3. Преднизолон 60-90-120 мг и более в/в капельно в 200-400 мл изотонического р-ра хлорида натрия.
4. Кордиамин 2 мл п/к или в/в.
5. Сульфокамфокаин 10% - 2-4 мл п/к или в/в.
6. Фенилэфрин (мезатон) 1% - 1 мл п/к.
7. Госпитализация.

Приступ бронхиальной астмы

- I. При легком приступе.
 1. Прекратить контакт с аллергеном.
 2. Горячая (40-50°) ножная или ручная ванна.

3. 1-2 дозы в виде аэрозольной ингаляции сальбутамола, будесонида, фенотерола, или беродуала или через небулайзер.
4. Горячее щелочное питье.
5. Ингаляции увлажненного кислорода.

II. При приступе средней тяжести

1. Ингаляции увлажненного кислорода.
2. Аэрозольные ингаляции фенотерола, будесонида (1-2 дозы) или сальбутамола, будесонида через небулайзер.
3. Эуфиллин 2,4% - 10 мл (аминофиллин) в 10 мл изотонического р-ра хлорида натрия в/в струйно.
4. Преднизолон 60 мг в/в струйно.

III. При тяжелом приступе

1. Беротек, беродуал постоянно через небулайзер.
2. Эуфиллин 2,4% - 10 мл в 10 мл изотонического р-ра хлорида натрия в/в струйно.
3. Преднизолон 90-120 мг, эуфиллин 2,4% - 10 мл, гепарин 5000 ЕД в/в капельно на 400мл изотонического р-ра хлорида натрия
4. При отсутствии эффекта в течении 1 часа рекомендуется лечение в отделении интенсивной терапии.

Астматический статус

I стадия: период компенсации:

1. Устранить контакт с аллергеном.
2. Ингаляции увлажненного кислорода с помощью маски, подушки
3. Ингаляции сальбутамола, будесонида через небулайзер
4. Эуфиллин (аминофиллин) 2,4% мл в/в струйно или через небулайзер
5. Преднизолон 60- 90 мг в/ струйно
6. Инфузионная терапия: изотонический раствор хлорида натрия в/в капельно с 5000 ЕД гепарина,
7. Обильное щелочное питье
8. Вибромассаж грудной клетки
9. При упорном кашле ингаляции атропина 0,5 мг в 1 мл физ.раствора.

II стадия: период декомпенсации:

1. Ингаляции сальбутамола, будесонида через небулайзер
2. Увеличение дозы ГЛКС:
Преднизолон 60 мг через каждые 60-90 минут в/в струйно, затем капельно
3. Эуфиллин 2,4% раствор – 10 мл в/в капельно на изотоническом растворе хлорида натрия
4. При отсутствии эффекта перевод в реанимационное отделение

III стадия: гиперкапническая кома:

1. Перевод на ИВЛ
2. Продолжения мероприятий предыдущего периода.

Гипергликемическая кома

1. Регидратация изотоническим раствором хлорида натрия со скоростью 0,5-1 литр в час.
2. Определение содержания глюкозы крови.
3. При абсолютной уверенности, что кома гипергликемическая:
– инсулин - 20 ЕД (10 ЕД в/в и 10 ЕД в/м). Затем по 6-8 ЕД каждый час под контролем уровня гликемии.
4. При гипотонии: фенилэфрин (мезатон) 1% - 0,5 мл п/к, преднизолон 60-90 мг в/в.
5. Желудочно-кишечный диализ с 2% р-ром бикарбоната натрия.
6. Щелочная минеральная вода внутрь.
7. Госпитализация в ПИТ.

Опасной ошибкой является оценка гипогликемической комы как гипергликемической. Введение при этом инсулина может быть смертельным. В клинической практике придерживаются следующего правила: если трудно определить вид комы, то вначале лучше расценивать её как гипогликемическую.

Гипогликемическая кома

1. Раствор глюкозы 40% - 40 мл в/в струйно.
2. При восстановлении сознания – сладкий чай, конфеты, печенье.
3. При отсутствии сознания повторить введение глюкозы 40% - 40 мл в/в струйно.
4. Раствор глюкозы 5% - 400-800 мл в/в капельно.
5. При низком АД – фенилэфрин (мезатон) 1% - 1 мл п/к.
6. Преднизолон 60 – 90 мг в/в.
7. При длительном отсутствии сознания подозрение на отек мозга.
Необходимо введение лазикса 40-80 мг в/в,
сульфата магния 25% - 10 мл в/в или в/м
и консультация невропатолога.
8. Госпитализация в ПИТ.

Тиреотоксический криз

1. Йодид калия 10% - 10-20 мл в/в капельно или 1% раствор Люголя 5-10 мл в 400-800 мл 5 % раствора глюкозы. Затем раствор Люголя в желудок через зонд или в микроклизме.
2. Мерказолил 60-100 мг через желудочный зонд.
3. Обзидан 0,1 % - 2 мл в 20 мл изотонического раствора хлорида натрия.
4. Глюкоза 5% - 10% до 800 мл в сутки под контролем гликемии.
5. Преднизолон 120-150 мг и более в/в капельно.
6. Для снижения температуры:
- влажные обертывания;
- анальгин 50% - 2 мл с димедролом 1% - 1 мл в/м.
7. Для снятия возбуждения:
- дроперидол 0,25% - 2-4 мл в/в или седуксен 0,5% - 2 мл в/в
8. Госпитализация.

Анафилактический шок

1. Прекратить введение аллергена.
2. Оказывать помощь на месте развития шока.
3. При внутривенном введении аллергена иглу оставить в вене и через нее вводить медикаменты.
4. Уложить больного, повернув его голову в сторону, выдвинуть нижнюю челюсть, удалить зубные протезы.
5. Если возможно, наложить жгут выше места введения аллергена.
6. Холод на место введения аллергена.
7. Адреналин (эпинефрин) 0,1% - 1 мл в 10 мл 5% раствора глюкозы в/в струйно и адреналин 0,1% - 0,5 мл в место введения аллергена.
8. Преднизолон 90-150 мг и более в/в струйно (дексаметазон 4-20 мг, гидрокортизон 150-300 мг).
9. Тавегил 0,1% - 1 мл в/м (супрастин 2% - 2 мл, димедрол 1% - 2 мл).
10. Допамин 4% - 5 мл (200 мг) или норадреналин 0,2% - 1 мл или мезатон 1% - 1 мл в 400 мл 5% раствора глюкозы в/в капельно медленно.
11. Реополиглюкин 400 мл в/в капельно.
12. При бронхоспазме:
- раствор эуфиллина 2,4% - 10 мл в 10 мл изотонического раствора хлорида натрия;
- ингаляции увлажненного кислорода.
13. При сердечной недостаточности:
- раствор строфантина 0,05% - 0,5 мл в 10 мл 5% раствора глюкозы в/в медленно.

14. При отсутствии эффекта препараты вводятся повторно через 15 минут.

15. По показаниям реанимационные мероприятия:

- непрямой массаж сердца;
- искусственная вентиляция легких;
- трахеостомия;
- интубация трахеи.

Отравление

1. Выяснить токсикологический анамнез. Если яд неизвестен, установить его групповую принадлежность (ядохимикаты, лекарственные препараты, бытовые химикаты, биологические, растительные и животные яды).

2. Вызвать дежурного врача.

3. Осуществить коррекцию угрожающих жизни состояний (восстановить проходимость дыхательных путей, при необходимости сердечно - легочная реанимация)

4. При поступлении яда через рот - промывание желудка через зонд (если больной в сознании). Если отравление ядами прижигающего действия (кислотами и щелочами) перед промыванием провести обезболивание раствором промедола 2% - 1мл в/в, при отсутствии наркотика - анальгин 50% - 4мл, димедрол 1% - 2мл, новокаин 0.5% - 15мл в/в под контролем АД.

5. Если установлен вид яда - введение антидота:

5.1 при отравлении метиловым спиртом - этиловый спирт 30% внутрь или 5% раствор в/в;

5.2 при отравлении мухоморами, сердечными гликозидами, ФОС - атропин 0.1% в/в до 10мл- 20мл (при отравлении ФОС - до признаков атропинизации: расширения зрачков и сухости во рту);

5.3 при отравлении синильной кислотой, анилином, алкоголем - натрия тиосульфат 30% - 30мл в/в;

5.4 при отравлении солями тяжелых металлов - унитиол 5% - 10мл в/в.

6. Дать активированный уголь (если больной в коме, то взвесить угля через зонд), солевое слабительное - раствор 30,0 сульфата магния на 0,5 стакана воды также через зонд.

7. Инфузионная терапия: глюкоза 5% - 400мл, физиологический раствор 400 мл, витамины в/в.

8. При снижении АД:

8.1. полиглюкин в/в капельно;

8.2. адреналин 0,1% - 1мл в/в капельно ;

8.3. преднизолон 60-90 мг в/в.

9. При отравлении угарным газом:

9.1. при нарушении функции дыхания мероприятия, направленные на восстановление проходимости дыхательных путей;

9.2. пострадавшего вынести на свежий воздух;

9.3. освоить вену в/в капельным введением растворов;

9.4. в/в унитиол 5%- 10мл;

9.5. натрия тиосульфат 30% - 30мл – 50мл;

9.6. в/в кап. глюкоза 5% - 400мл с витамином С , группы В;

9.7. раствор эуфиллина 2,4%- 10мл в/в;

9.8. преднизолон 90-120 мг;

9.9. решить вопрос о переводе больного в лечебное учреждение, где можно провести ГБО (гипербарооксигенотерапия).

10. Алкогольное отравление:

10.1. в течение 4 часов после приема алкоголя, если больной в сознании, промывание желудка через зонд до чистых промывных вод (10 - 12 л воды);

10.2. введение энтеросорбента через зонд (активированный уголь - 10 измельченных таблеток);

10.3.инфузионная терапия под контролем диуреза в объеме до 2,5 - 3 л (физиологический раствор, раствор 5% глюкозы, раствор Рингера)

11. вит В₁ , 5% - 2мл; вит С 5% - 5мл.

**Недифференцированная доврачебная помощь
при остром нарушении мозгового кровообращения**

1.При угнетении сознания - обеспечить проходимость дыхательных путей: очистить полость рта, использовать ротоглоточный воздуховод. Больной должен быть уложен на спину с приподнятым на 30 градусов изголовьем (без сгибания шеи).

2. Раствор сульфата магния 25% - 10 мл в 100 мл физ. раствора в/в капельно (в течение 30 минут).

3.Семакс 1% по 3 капли в каждый носовой ход.

4. Диазепам 2 мл в/м, при возникновении судорог – в/в, при необходимости повторяя введение через 3-4 мин. (макс. – 8 введений).

5. Актовегин 1000 мг в/в

6. Стабилизация гемодинамики:

Снижение АД необходимо при АД, превышающем 200/100 мм рт ст, при подозрении на геморрагический инсульт – при АД более 170/100 мм рт ст:

- эналаприлат 1 мл в 20 мл 5% глюкозы в/в медленно под контролем АД;

При гипотензии – АД менее 110 мм рт ст :

- реополиглюкин 400 мл в/в капельно;

- дофамин 4%- 5 мл(200мг) в/в;

После стабилизации состояния госпитализация на носилках.

Алгоритмы практических манипуляций

Набор лекарственных средств из ампул

Цель: Набрать лекарственное вещество для парентерального введения.

Показание: Необходимость введения пациенту лекарственного вещества по назначению врача.

Противопоказания: Нет.

Оснащение:

1. Ампулы с лекарственным веществом.
2. Стерильный шприц и игла.
3. Стерильный пинцет.
4. Стерильный бикс с ватными шариками.
5. 70-градусный спирт.
6. Пилочка.
7. Стерильный лоток.
8. Лоток для использованных материалов.
9. Перчатки.

Последовательность действий медсестры:

1. Вымойте руки, наденьте перчатки.
2. Приготовьте нужное лекарство.
3. Проверьте на упаковке срок годности лекарства и его дозировку, обратив внимание на способ введения.
4. Обратите внимание на прозрачность и цвет лекарства.
5. Встряхните слегка ампулу так, чтобы весь раствор оказался в широкой ее части.
6. Возьмите в правую руку стерильный пинцет.
7. Достаньте стерильным пинцетом из стерильного бикса или со стерильного лотка ватный шарик, смочите его 70 градусным спиртом.
8. Обработайте узкую часть ампулы шариком со спиртом.
9. Не выбрасывая этот шарик, захватите его мизинцем правой руки.
10. Возьмите пилочку и надпилите узкую часть ампулы.
11. Отломите шариком кончик ампулы и сбросьте его в лоток для использованных материалов.
12. Поставьте вскрытую ампулу на стол.
13. Вскройте упаковку одноразового шприца и выньте из неё шприц с иглой, оставив колпачок внутри упаковки.
14. Возьмите приготовленный шприц в правую руку, придерживая муфту иглы 2-м пальцем, цилиндр - 1-м, 3-м и 4-м пальцами, поршень - 5-м.
15. Возьмите приготовленную ампулу в левую руку между 2-м и 3-м пальцами ("вилочка").
16. Введите осторожно иглу в ампулу.
17. Придержите первым и пятым пальцами левой руки цилиндр, 4-м - муфту иглы.
18. Обхватите рукоятку шприца 1-м, 2-м, 3-м пальцами правой руки.
19. Потяните поршень на себя.
20. Наберите нужное количество лекарства.
21. Поставьте ампулу на стол или сбросьте в лоток для использованных материалов.
22. Поверните шприц вертикально вверх и удалите из него воздух, придерживая канюлю иглы.
23. Положите шприц на внутреннюю стерильную поверхность его упаковки, введя иглу в колпачок, который оставлен был внутри упаковки.
24. Упаковку со шприцем положите сверху стерильного лотка.

Оценка достигнутых результатов: Назначенное лекарственное вещество набрано в шприц.

Выполнение подкожных инъекций

Цель: Ввести лекарственное вещество подкожно до 2 мл.

Показание: По назначению врача.

Противопоказание: Индивидуальная непереносимость вводимого лекарственного вещества.

Оснащение:

1. Шприц стерильный объемом 1-2 мл.
2. Ампулы с лекарственным веществом.
3. Стерильный лоток со стерильными ватными шариками и стерильным пинцетом.
4. Игла стерильная для подкожного введения длиной 20 мм.
5. Лоток для использованных материалов.
6. Спирт 70%.
7. Пилочки.
8. Перчатки.
9. Емкости с дез. растворами.

Возможные проблемы пациента:

1. Страх перед инъекцией.
2. Индивидуальная непереносимость вводимого лекарственного вещества.

Последовательность действий медсестры:

1. Информируйте пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения.
2. Сообщите пациенту необходимую информацию о лекарственном препарате.
3. Помогите пациенту занять нужное положение.
4. Обнажите у пациента место инъекции.
5. Вымойте руки, наденьте перчатки.
6. Наберите в шприц назначенное лекарственное вещество.
7. Обработайте руки в перчатках: одним ватным шариком - одну руку, вторым – другую руку (ладонную и тыльную поверхности, начиная с кончиков пальцев до нижней трети предплечья).
8. Обработайте место инъекции стерильным ватным шариком, смоченным спиртом, площадью 10х10 см в одном направлении.
9. Обработайте место инъекции вторым стерильным шариком со спиртом площадью 5х5 см в одном направлении.
10. Смочите третий ватный шарик спиртом и зажмите его мизинцем.
11. Возьмите шприц в правую руку, вторым пальцем придерживайте муфту иглы, а остальными – цилиндр.
12. Возьмите кожу в месте инъекции в складку первым и вторым пальцами левой руки.
13. Введите иглу под кожу в основание кожной складки под углом 30-45 градусов к поверхности кожи срезом вверх на 2/3 длины иглы.
14. Перенесите левую руку на поршень.
15. Введите медленно лекарственное вещество.
16. Прижмите ватным шариком со спиртом место инъекции и быстрым движением извлеките иглу.
17. Спросите пациента о самочувствии.
18. Обработайте шприц, иглу, шарики, в соответствии с требованиями санэпидрежима.
19. Снимите перчатки.
20. Вымойте руки.

Оценка достигнутых результатов: Лекарственное вещество введено подкожно.

Примечание: Места для подкожных инъекций:

1. Наружная поверхность плеча.
2. Наружная поверхность бедра.

3. Подлопаточная область.
4. Передняя брюшная стенка.

ЗАПОМНИТЬ! При введении инсулина:

1. После обработки кожи ватным шариком, смоченным спиртом – подсушить её (подождать, пока испарится спирт), а потом только делать инъекцию.
2. К месту инъекции приложить ватный шарик, но не надавливать на кожу.
3. После введения инсулина напомнить пациенту, чтобы он обязательно принял пищу!

Выполнение внутримышечных инъекций

Цель: Ввести лекарственное вещество внутримышечно до 10 мл.

Показания: По назначению врача, в соответствии с листом назначений.

Противопоказания: Непереносимость лекарственных веществ.

Оснащение:

1. Стерильный шприц со стерильной иглой длиной 40-60 мм.
2. Стерильный лоток со стерильными ватными шариками и стерильным пинцетом.
3. Лекарственное вещество.
4. Лоток для использованных материалов.
5. Пилочка для вскрытия ампулы либо не стерильный пинцет для вскрытия алюминиевой крышки флакона.
6. Спирт 70%
7. Емкости с дезинфицирующими средствами.

Возможные проблемы пациента:

1. Пациент негативно настроен к вмешательству.
2. Инфильтрат или другое поражение кожи на месте предстоящей инъекции.

Последовательность действий медсестры:

1. Информируете пациента о вводимом лекарственном препарате;
2. Спросите пациента, не нужно ли его отгородить ширмой (если он в палате не один).
3. Помогите пациенту принять нужное положение.
4. Помогите пациенту освободить от одежды место инъекции.
5. Вымойте руки, наденьте перчатки.
6. Наберите в шприц назначенное лекарственное вещество.
7. Обработайте руки в перчатках: одним ватным шариком - одну руку, вторым – другую руку (ладонную и тыльную поверхности, начиная с кончиков пальцев до нижней трети предплечья).
8. Обработайте место инъекции площадью 10х10 см стерильным ватным шариком со спиртом в одном направлении.
9. Обработайте место инъекции площадью 5х5 см другим шариком со спиртом в одном направлении.
10. Смочите третий ватный шарик спиртом и зажмите его мизинцем.
11. Возьмите шприц в правую руку, расположите его перпендикулярно к поверхности тела пациента, 2-м пальцем придержите поршень, 5-й расположите на канюле иглы, остальные пальцы на цилиндре.
12. Фиксируйте кожу на месте прокола.
13. Введите иглу в мышцу под углом 90 градусов на 2/3 длины иглы.
14. Оттяните левой рукой поршень на себя, убедитесь в отсутствии крови в шприце (обязательно при введении масляных растворов и суспензий).
15. Введите лекарственное вещество.
16. Прижмите ватным шариком со спиртом место инъекции и быстрым движением извлеките иглу.
17. Обработайте шприц, иглу, шарики, в соответствии с требованиями санэпидрежима.
18. Снимите перчатки.
19. Вымойте руки.

Оценка результатов: Назначенный лекарственный препарат введен в/м.

Примечание:

1. Внутримышечную инъекцию производят в верхний наружный квадрант ягодицы и среднюю треть наружной поверхности бедра (латеральная широкая мышца бедра).
2. При внутримышечной инъекции пациенту придают положение лёжа.
3. При выполнении инъекции у маленьких детей и истощенных взрослых следует взять кожу и мышцу в складку, чтобы быть уверенным, что лекарственный препарат попал именно в мышцу.
4. Масляные растворы перед введением необходимо подогреть на водяной бане до температуры 38° С.
5. Бициллин (антибиотик пролонгированного действия) разводить физиологическим раствором (меньше пенится), вводить сразу же, так как суспензия быстро кристаллизуется и обязательно двухмоментным способом.
6. После введения масляных растворов и бициллина к месту инъекции приложить грелку.

ЗАПОМНИТЬ! При введении масляных растворов:

1. Ампулу с масляным раствором необходимо подогреть на водяной бане до температуры 38° С.
2. После введения иглы под кожу необходимо потянуть поршень на себя (профилактика масляной эмболии). Если в шприц не поступает кровь можно медленно вводить лекарство.
3. После введения масляных растворов к месту инъекции приложить грелку.

Выполнение внутривенных инъекций

Цель: Ввести лекарственное вещество в вену с помощью шприца.

Показания: Необходимость быстрого действия лекарственного вещества, невозможность использовать другой путь введения для данного вещества и др.

Противопоказания:

1. Плохое состояние вен.
2. Психическое возбуждение пациента.

Оснащение:

1. Стерильный лоток со стерильными ватными шариками и стерильным пинцетом.
2. Стерильный шприц объемом 10-20 мл и игла для внутривенной инъекции длиной 40 мм.
3. Лекарственное вещество и 0,9 % раствор хлорида натрия.
4. Лоток для использованных материалов.
5. Этиловый спирт 70°.
6. Жгут.
7. Клеёная подушечка.
8. Полотенце.
9. Емкости с дезинфицирующими средствами.
10. Набор "Анти-СПИД".
11. Перчатки.
12. Фартук клеёчатый.
13. Маска.
14. Очки.

Возможные проблемы пациента:

1. Отказ пациента от инъекции.
2. Страх перед инъекцией.

Последовательность действий медсестры:

1. Информировать пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения
2. Информировать пациента о вводимом лекарственном веществе.
3. Вымыть руки, надеть перчатки.

4. Наберите в шприц назначенное лекарственное вещество.
5. Усадите или уложите пациента так, чтобы рабочая рука была в разогнутом состоянии ладонью вверх.
6. Положите под локоть клеёночную подушечку.
7. Наложите жгут на 5 см выше локтевого сгиба через полотенце (пульс на лучевой артерии должен сохраниться) и попросите пациента поработать кулаком.
8. Обследуйте локтевой сгиб, найдите подходящую для пункции вену.
9. Обработайте руки в перчатках: одним ватным шариком - одну руку, вторым – другую руку (ладонную и тыльную поверхности, начиная с кончиков пальцев до нижней трети предплечья).
10. Обработайте локтевой сгиб площадью 10х10 см ватным шариком со спиртом - сверху вниз.
11. Обработайте вторым ватным шариком со спиртом меньшую поверхность локтевого сгиба в той же последовательности.
12. Смочите третий ватный шарик спиртом и зажмите его мизинцем.
13. Убедитесь в том, что в шприце нет воздуха, а игла хорошо держится на подыгольном конусе.
14. Фиксируйте вену локтевого сгиба натяжением кожи, с помощью большого пальца левой руки.
15. Фиксируйте шприц и иглу правой рукой, как для подкожной инъекции. Игла срезом вверх.
16. Попросите пациента сжать кулак.
17. Делайте прокол кожи осторожно, параллельно вене на 1/3 длины иглы.
18. Затем слегка поменяйте направление и осторожно пунктируйте вену, пока не ощутите «попадание в пустоту».
19. Оттяните поршень на себя левой рукой и убедитесь, что игла находится в вене – в шприце должна появиться кровь.
20. Снимите левой рукой жгут, попросите пациента разжать кулак.
21. Ещё раз потяните поршень на себя.
22. Медленно введите лекарственное вещество в кровяное русло, надавливая на поршень левой рукой, оставив в шприце 0,1- 0,2 мл лекарственного вещества.
23. Приложите к месту введения шарик со спиртом и быстрым, но аккуратным движением извлеките иглу из вены.
24. Согните руку пациента в локтевом суставе. Шарик со спиртом оставьте на месте. Попросите пациента фиксировать руку в таком положении еще 5 мин. Убедитесь в прекращении кровотечения.
25. Наложите давящую асептическую повязку на место инъекции, если пациент слаб или без сознания.
26. Обработайте шприц, иглу, использованный перевязочный материал в соответствии с требованиями санэпидрежима.
27. Снимите перчатки.
28. Вымойте руки.

Оценка достигнутых результатов: Назначенное лекарственное вещество введено в вену с помощью шприца.

Примечание:

1. Все препараты перед внутривенным введением необходимо разводить, чтобы уменьшить их концентрацию.
2. Вводить лекарственные препараты медленно.
3. Для разведения используют 0,9 % раствор хлорида натрия: вначале набрать в шприц лекарство, а затем растворитель для лучшего перемешивания.

ЗАПОМНИТЬ!

1. Масляные растворы внутривенно вводить **НЕЛЬЗЯ!**

2. Перед тем как вводить иглу в вену, нужно тщательно выпустить воздух из шприца – профилактика воздушной эмболии.

Введение жидкости капельным способом в вену

Цель: Введение в кровеносное русло пациента больших количеств жидкости с лечебной целью.

Показания: нормализация объема и состава крови.

Противопоказания: аллергия к препарату.

Оснащение:

- 1) стерильные системы однократного применения;
- 2) инфузионная среда, приготовленная для переливания;
- 3) 70 % этиловый спирт;
- 4) стерильный перевязочный материал (ватные шарики, марлевые салфетки);
- 5) штатив для системы;
- 6) лейкопластырь;
- 7) ножницы;
- 8) жгут;
- 9) валик,
- 10) стерильный лоток;
- 11) перчатки;
- 12) маска;
- 13) фартук;
- 14) набор аптечки «Анти-СПИД»

Последовательность действий медсестры при заполнении системы:

- 1) Надеть маску, тщательно вымыть руки гигиеническим уровнем (вымыть дважды с мылом и обработать антисептиком), надеть перчатки;
- 2) Проверить герметичность упаковочного пакета и срок годности системы;
- 3) Проверить название и срок годности, прозрачность и наличие инородных тел во флаконе с инфузионной средой; обработать металлическую обкатку ватным шариком, смоченным спиртом;
- 4) Нестерильным пинцетом вскрыть металлическую обкатку на пробке флакона;
- 5) Обработать резиновую пробку флакона ватным шариком, смоченным спиртом;
- 6) Вскрыть упаковочный пакет системы и достать систему, оставив иглу в колпачке внутри упаковки;
- 7) Снять колпачок с иглы воздуховода и ввести иглу до упора в пробку флакона;
- 8) Закрепить винтовой зажим, флакон перевернуть вверх дном и закрепить на штативе для системы;
- 9) Открыть зажим, воздуховод и заполнить капельницу на $\frac{1}{2}$ объема;
- 10) Заполнить длинную трубку системы до полного вытеснения воздуха и появления капель из соединительной канюли, закрыть зажим;
- 11) Проверить отсутствие пузырьков воздуха в длинной трубке системы и надеть на соединительную канюлю иглу закрытую колпачком. Система заполнена.
- 12) Поставить дату и время вскрытия флакона и подписать медсестры, заполнившей систему.

Последовательность действий при присоединении системы к вене

- 1) Сообщить пациенту необходимую информацию о предстоящей процедуре;
- 2) Помочь пациенту принять удобное положение, лежа на спине;
- 3) Наложить на среднюю треть плеча пациента жгут через салфетку (пеленку, полотенце);
- 4) Попросить пациента поработать кулаком;
- 5) Обследовать локтевой сгиб, найти подходящую для пункции вену;
- 6) Обработать перчатки одним шариком со спиртом одну руку, вторым шариком со спиртом другую руку;
- 7) Взять со стерильного лотка три шарика, поочередно смочить их спиртом;

- 8) Обработать локтевой сгиб широко 10х10 одним спиртовым шариком сверху вниз; Обработать вторым спиртовым шариком меньшую поверхность 5х5; Третий шарик захватить мизинцем свободной руки;
- 9) Снять колпачок с иглы и пропустить через нее раствор (несколько капель) не опуская иглу вниз;
- 10)левой рукой фиксировать вену, а правой пунктировать вену (кулак пациента при этом сжат); Чтобы убедиться, что игла в вене надо нажать на резиновую часть системы;
- 11) При появлении крови в конюли иглы снять жгут и попросить пациента разжать кулак; Под канюлю подложить третий шарик.
- 12) Открыть зажим на системе и отрегулировать скорость поступления раствора до 40-60 капель в минуту;
- 13) Зафиксировать лейкопластырем к коже резиновую трубку в двух местах;
- 14) Взять салфетку из стерильного лотка пинцетом и перехватить пальцами свободной руки, затем прикрыть иглу;
- 15) Наблюдать за состоянием и самочувствием пациента на протяжении всей процедуры капельного вливания;
- 16) Закончив вливание, закрыть винтовой зажим; снять полоски лейкопластыря с трубки и салфетку с иглы;
- 17) Извлечь иглу из вены, прижав место прокола новым ватным шариком, смоченным спиртом, попросить пациента согнуть руку в локтевом суставе не менее чем на 5 минут;
- 18) Иглу поместить в ёмкость с дез. раствором для использованных игл;
- 19) В процедурном кабинете систему разрезать на три части, и ту часть с канюлей для иглы, размером 10 см, поместить в ёмкость с дез. раствором для использованных игл.

Взятие крови из вены для исследования

Цель: Пропунктировать вену и взять кровь для исследования.

Показания: По назначению врача.

Противопоказания:

1. Возбуждение пациента.
2. Судороги.

Оснащение:

1. Стерильный лоток со стерильными ватными шариками и стерильным пинцетом.
2. Набор "Анти-СПИД".
3. Салфетка или полотенце.
4. Жгут – 2 шт.
5. Этиловый спирт 70%.
6. Подушечка клеенчатая – 2 шт.
7. Шприц стерильный емкостью 10-20 мл.
8. Игла для внутривенной инъекции длиной 40 мм.
9. Перчатки.
10. Пробирка с пробкой.
11. Штатив для пробирки.
12. Маска.
13. Клеёный фартук.
14. Емкости с дезинфицирующими средствами.
15. Направление и целлофановый пакет.
16. Контейнер с маркировкой «КРОВЬ».
17. Очки.

Возможные проблемы пациента:

1. Беспокойство и страх пациента.
2. Негативный настрой к вмешательству.

Последовательность действий медсестры:

1. Информировать пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения.

2. Вымойте руки, оденьте перчатки.
3. Усадите или уложите пациента удобно. Рука в разогнутом виде находится ладонью вверх.
4. Подложите под локоть клеенчатую подушечку.
5. Наложите жгут на 5 см выше локтевого сгиба через салфетку или полотенце (пульс на лучевой артерии должен сохраниться) и попросите пациента поработать кулаком.
6. Обследуйте локтевой сгиб, найдите подходящую для пункции вену.
7. Обработайте руки в перчатках: одним ватным шариком - одну руку, вторым – другую руку (ладонную и тыльную поверхности, начиная с кончиков пальцев до нижней трети предплечья).
8. Обработайте локтевой сгиб площадью 10х10 см ватным шариком со спиртом - сверху вниз.
9. Обработайте вторым ватным шариком со спиртом меньшую поверхность локтевого сгиба в той же последовательности.
10. Смочите третий ватный шарик спиртом и зажмите его мизинцем.
11. Фиксируйте вену локтевого сгиба натяжением кожи, с помощью большого пальца левой руки.
12. Пропункцируйте вену, введя иглу параллельно вене на одну треть длины, срезом вверх (пункцируйте вену при сжатом кулаке пациента).
13. Оттяните поршень шприца на себя и убедитесь, что игла попала в вену (в шприце должна появиться кровь).
14. Попросите пациента не разжимать кулак.
15. Наберите в шприц необходимое количество крови.
16. Попросите пациента разжать кулак и только теперь снимите жгут.
17. Приложите к месту пунктирования вены ватный шарик со спиртом и извлеките иглу из вены, не снимая ее со шприца.
18. Попросите пациента согнуть руку в локтевом суставе на 5 минут.
19. Перенесите кровь из шприца в пробирку, не касаясь ее краев, сняв иглу (держите её в руке или поместите в почкообразный лоток).
20. Закройте пробирку с кровью пробкой.
21. Пробирку с набранной кровью промаркируйте карандашом по стеклу одним номером с направлением.
22. Поставьте пробирку с кровью в штатив.
23. Направление поместите в целлофановый пакет и отправьте кровь в лабораторию в контейнере с маркировкой «КРОВЬ».
24. Обработайте шприц, иглу, стол, жгут, клеенчатую подушечку в соответствии с требованиями санэпидрежима.
25. Снимите перчатки.

Оценка достигнутых результатов: Вена пропункцирована. Кровь для исследования взята.

Примечание:

1. Для биохимического исследования кровь берется в сухую, чистую пробирку в количестве 3-5 мл.
2. Для серологического исследования забор крови делается в сухую стерильную пробирку в количестве 1-2 мл.
3. Для бактериологического исследования забор крови проводится в стерильный флакон со специальной средой.
4. При разбрызгивании крови пользуйтесь набором "Анти-СПИД".
5. Жгут и клеённая подушечка протираются двукратно дезинфицирующим раствором, а для следующего пациента используется второй набор жгута и подушки.
6. При попадании крови на пол (разбилась пробирка с кровью):
 - ✓ осторожно пинцетом собрать осколки в лоток с дез.раствором;

- ✓ загрязненные места залить 0,1 % раствором Жавелиона или разложить ветошь, обильно смоченную дез.раствором с экспозицией в 1 час;
- ✓ по окончании экспозиции в помещении провести влажную дезинфекцию.

ДЕЗИНФЕКЦИЯ ШПРИЦОВ И ИГЛ

Оснащение:

- 1) промаркированные емкости для дезинфекции – 4 штуки,
- 2) дезинфицирующий раствор (0,1% р-р Жавелиона).

Алгоритм действий медсестры:

- 1) Использованный шприц заполняется через иглу дез. раствором из промаркированной емкости.
- 2) Игла снимается и сбрасывается в промаркированную емкость с дез. раствором для использованных игл.
- 3) Из шприца выдавливается поршнем дез. раствор в промаркированную емкость для отходов.
- 4) Шприц в разобранном виде помещается в специальную промаркированную емкость для проведения дезинфекции (0,1% р-р Жавелиона на 60 минут).
- 5) Продезинфицированные шприцы ополаскиваются под проточной водой.
- 6) **Одноразовые шприцы** сдаются медсестрой в специально выделенные помещения для временного хранения отходов класса **Б**, затем сдаются в организации с которыми заключен договор на их переработку.

Многоразовые шприцы проходят следующие этапы обработки инструментов: предстерилизационную очистку и стерилизацию.

Техника накрытия стерильного инструментального стола

Оснащение: манипуляционный столик, обработанный дезинфицирующими средствами, биксы на подставке со стерильными материалами и бельем, стерильные «инструменты захвата» (большой пинцет, корнцанг), стерильные инструменты без упаковки на сетке или в стерильных упаковках

Подготовка к манипуляции:

1. перед накрыванием стерильного стола м/с надевает маску, заправив перед этим волосы под шапочку, моет и обеззараживает руки, одевает стерильный халат и перчатки
2. обратить внимание на герметичность бикса и дату стерилизации

Выполнение манипуляции:

1. открыть крышку бикса со стерильным бельем, нажав на педаль подставки с биксом, проверить индикатор стерилизации
2. достаньте простыню, сложенную в 4 слоя и накройте верхнюю поверхность передвижного столика вначале стерильной клеенкой, а затем в 4 слоя простыней так, чтобы она свисала на 15-20 см ниже поверхности стола
3. два ее верхних слоя захватите большими стерильными пинцетами (инструментами захвата) и отверните от себя, сложив «гармошкой» на задней поверхности стола, прикрепив по углам бельевые цапки
4. при помощи стерильной пеленки извлеките сетку с инструментами, стерилизовавшимися в открытом виде, из воздушного стерилизатора и поставьте на стерильный стол, разложив их в принятом порядке или достаньте из бикса стерильные укладки с наборами перевязочного материала, шариков, салфеток, инструментов, шприцев и разложите их на столике
5. на столе должны быть пинцеты, кровоостанавливающие зажимы, иглодержатели, корнцанги, пуговчатые и желобоватые зонды, почкообразные лотки, шприцы, стаканы для растворов, дренажи, крючки Фарабефа, трех- и четырехзубчатые крючки, салфетки, турунды, шарики
6. держась за стерильные цапки, накройте инструменты, чтобы края простыни с цапками свисали вниз
7. все предметы со стерильного стола берутся стерильными корнцангами или пинцетами

8. сборка стерильных шприцев производится на столике с помощью двух стерильных пинцетов бесконтактным методом
9. срок сохранения стерильности инструментов, перевязочных материалов, белья на стерильном столе - 6 часов

Завершение манипуляции

1. прикрепите бирку с датой накрытия стерильного инструментального стола

Обработка операционного поля йодонатом, йодопироном, хлоргексидина-биглюконатом

Оснащение: Корнцанги, стерильные тампоны, йодонат, хлоргексидина биглюконат и др.

Подготовка к манипуляции:

1. Накануне операции пациент принимает ванну или душ со сменой нательного и постельного белья; у экстренных пациентов необходимо проведение частичной санитарной обработки
2. В день операции у плановых пациентов (у экстренных - непосредственно перед операцией) операционное поле и прилегающую к нему область тщательно выбривают

Выполнение манипуляции:

Обработка операционного поля йодонатом

1. Для обработки операционного поля ex tempore готовят рабочий раствор йодоната путем разбавления исходного раствора в 5 раз стерильной водой
2. Кожу операционного поля обрабатывают 2-х кратным смазыванием «от центра к периферии» стерильными тампонами, смоченными 5-7 мл раствора йодоната не менее 1 минуты
3. После изоляции зоны стерильным бельем - повторная обработка
4. Если операция проводится под местным обезболиванием, то после анестезии обработка антисептиком обязательна
5. Перед наложением швов кожу обрабатывают тем же раствором
6. Обработка после наложения швов на кожу

Обработка операционного поля гибитаном (хлоргексидина биглюконатом)

1. Для обработки операционного поля необходимо приготовить 0,5% спиртовой раствор гибитана, для этого препарат разводят в 70% спирте в соотношении 1:40
2. М/с подает корнцанг с салфеткой, смоченной гибитаном. Операционное поле обрабатывается дважды в течение 3 мин
3. Дополнительно обработку кожи хлоргексидином-биглюконатом проводят после изоляции зоны стерильным бельем, перед зашиванием кожи и после наложения швов

Завершение манипуляции

1. Подвергнуть изделия медицинского назначения однократного и многократного использования обработке в соответствии с отраслевыми нормативными документами по дезинфекции, предстерилизационной очистке и стерилизации.
2. Провести дезинфекцию и утилизацию медицинских отходов в соответствии с Сан.ПиН 2.1.7.728-99 «Правила сбора, хранения и удаления отходов лечебно-профилактических учреждений»

Осуществление транспортировки пациента в операционную и обратно

Оснащение: Кресла-каталки, носилки-каталки, клеенка, простынь, одеяло, шапочка или косынка, бахилы

Выполнение манипуляции:

1. Перемещение пациентов должно быть осторожным, без резких движений и толчков
2. Для каждого пациента каталка покрывается клеенкой, заправляется чистой простыней и одеялом
3. Пациента укладывают на каталку, надев на его голову шапочку или косынку, на ноги - бахилы

4. В операционную пациента транспортируют на каталке отделения, а в предоперационной его перекалывают на каталку операционной и доставляют в операционный зал
5. С операционного стола пациента перекалывают на каталку или функциональную кровать и, соблюдая меры предосторожности, транспортируют в реанимационную или послеоперационную палату
6. после транспортировки контролируют состояние пациента.

Завершение манипуляции:

Использованная клеенка подвергается дезинфекции в соответствии с отраслевыми нормативными документами

Каталка доставляется в отделение.

Транспортировка больных с различными видами хирургической патологии в ЛПУ

Оснащение: Транспортные средства, носилки, импровизированные носилки, ляжки, щит

Выполнение манипуляции:

Транспортировка пострадавших с повреждениями костей черепа и головного мозга

1. перед транспортировкой проведите иммобилизацию головы с помощью ватно-марлевого круга, надувного подкладного круга или подручных средств
2. транспортировку осуществляйте в положении лежа на спине

При локализации раны в затылочной области и переломе затылочной кости

1. окажите первую помощь
2. пострадавшего транспортируйте в положении на боку

Транспортировка пострадавших, находящихся в бессознательном состоянии

1. уложите пострадавшего на бок
2. зафиксируйте это положение, что обеспечит хорошую иммобилизацию и предупредит развитие асфиксии от западения языка и аспирации рвотных масс

Транспортировка пострадавших с переломами костей носа и повреждением челюсти

1. придайте пострадавшему полусидячее положение, что предупредит аспирацию крови.
2. если пострадавший при этом находится в бессознательном состоянии, придайте ему положение лежа на животе и подложите под лоб и грудь валики из одежды, одеяла или других вещей

Транспортировка при переломах ребер и ключицы

1. транспортировку осуществляйте в положении сидя.
2. при тяжелом состоянии транспортируйте пострадавшего на носилках в полусидячем положении.

Транспортировка пострадавших с переломами бедра и других костей нижних конечностей

1. проведите иммобилизацию транспортными шинами
2. транспортируйте пострадавшего на носилках в положении лежа на спине.

Транспортировка пострадавших при переломах костей верхних конечностей

1. проведите иммобилизацию транспортными шинами
2. оцените состояние пострадавшего
3. при удовлетворительном состоянии транспортируйте его в положении сидя
4. если травма у пострадавшего сопровождается шоком или значительной кровопотерей уложите пострадавшего на носилки
5. во время транспортировки контролируйте состояние пациента

Транспортировка при переломах костей таза

1. уложите пострадавшего на щит в положении на спине с полусогнутыми в коленных и тазобедренных суставах нижними конечностями
2. под колени подложите тугой валик из одежды, одеяла и др. высотой 25 - 30 см
3. бедра несколько разведите в стороны.
4. во время транспортировки контролируйте состояние пациента

Транспортировка при переломах позвоночника

1. уложите пострадавшего строго в горизонтальном положении на спине на ровной, жесткой поверхности.
2. при переломах шейного отдела позвоночника транспортируйте пострадавшего на спине с валиком под шейей, обеспечивающем некоторое откидывание головы назад и ее фиксацию
3. во время транспортировки контролируйте состояние пациента

Транспортировка при всех травмах и заболеваниях, сопровождающихся шоком, а также значительной кровопотерей

1. транспортируйте пострадавшего с приподнятым ножным концом носилок для уменьшения обескровливания головного мозга
2. во время транспортировки контролируйте состояние пациента

Завершение манипуляции:

После доставки пациента в ЛПУ использованные средства иммобилизации и транспортировки подвергаются дезинфекции в соответствии с Сан.ПиН.

Осуществление временной остановки артериального кровотечения разными способами

Пальцевое прижатие артерий

Пальцевое прижатие производят в определенных анатомических точках, где артерии лежат поверхностно и расположены близко к костям, к которым их легко прижать. Длительная остановка кровотечения пальцевым прижатием артерии затруднительна, так как это требует большой физической силы. Этот способ применяется для экстренной кратковременной остановки кровотечения, пока будет приготовлено все необходимое для более удобного способа его остановки.

При ранениях конечностей сосуды прижимают выше раны, при повреждении сосудов шеи - ниже ее

Оснащение: резиновые перчатки

Выполнение манипуляции:

1. Вымыть руки гигиеническим способом.
2. Убедитесь в наличии артериального кровотечения
3. Наденьте перчатки
4. Давление пальцами осуществляют так, чтобы просвет сосуда в данном месте был перекрыт
5. Пальцевое прижатие можно выполнять несколькими пальцами кисти, большими пальцами обеих кистей, ладонью или кулаком. Длительное прижатие сосуда осуществляют большими пальцами обеих кистей: укладывают один палец на другой, поочередно используя силу давления пальцев на сосуд

Прижимайте артерию в следующих общепринятых точках:

6. Височную - к горизонтальной ветви скуловой кости спереди от козелка ушной раковины и выше его
7. Кровотечение из ран головы и шеи останавливают с помощью прижатия общей сонной артерии у середины внутреннего края грудино-ключично-сосцевидной мышцы к сонному бугорку поперечного отростка VI шейного позвонка. Для этого вы должны встать сзади пострадавшего, обхватить шею в средней трети так, чтобы первый палец на ней располагался а четыре других спереди
8. Наружную челюстную артерию придавливают к нижнему краю нижней челюсти на границе задней и средней ее третей
9. Кровотечение в верхнем отделе плеча останавливают прижатием подключичной артерии к I ребру. Для этого руку пациента отводят книзу и назад, после чего сдавливают артерию позади ключицы снаружии от места прикрепления грудино-ключично-сосцевидной мышцы

10. Подмышечную артерию прижимают в подмышечной ямке к головке плечевой кости. Для этого надо в подмышечную область завести тугой валик или кулак руки пострадавшего его противоположной стороны. Руки со стороны повреждения отпустить и плотно фиксировать к туловищу
11. При кровотечении из мышц плеча, предплечья плечевую артерию придавливают пальцами к плечевой кости по внутреннему краю двуглавой мышцы на границе с подмышечной впадиной
12. Лучевую артерию придавливают к лучевой кости на том месте, где обычно определяется пульс
13. Локтевую артерию придавливают к локтевой кости
14. При кровотечении на бедре и голени пальцевое прижатие бедренной артерии производят у середины и ниже паховой связки к горизонтальной ветви лонной кости. Можно фиксировать эту артерию и между верхней передней остью подвздошной кости и лобковым симфизом
15. Подколенную артерию прижимают к середине подколенной ямки
16. Тыльную артерию стопы - к тыльной ее поверхности посредине расстояния между наружной и внутренней лодыжками (несколько ниже голеностопного сустава)
17. Заднюю большеберцовую артерию прижимают к задней поверхности внутренней лодыжки
18. При ранении брюшной аорты временно прекратить кровотечение удастся сильным придавливанием брюшного отдела аорты к позвоночному столбу кулаком, используя всю тяжесть вашего тела (для этого руки должны быть выпрямлены) ниже на 5-6 см и слева от пупка
19. Оцените состояние пострадавшего

Завершение манипуляции:

Убедитесь в эффективности пальцевого прижатия: проконтролируйте, остановилось ли кровотечение.

Наложение кровоостанавливающего жгута

Оснащение: резиновые перчатки, кровоостанавливающий жгут, салфетка, бумага, ручка, бриллиантовая зелень, йодонат, стерильный перевязочный материал, бинт, косыночная повязка, транспортные шины

Выполнение манипуляции:

1. Вымыть руки гигиеническим способом.
2. Наденьте стерильные перчатки
3. Убедитесь в наличии артериального кровотечения (из раны пульсирующей струей бьет кровь)
4. Разъясните пациенту смысл манипуляции, успокойте его
5. Прижмите артерию пальцем к кости выше места повреждения
6. Выберите правильно место для наложения жгута (верхняя и нижняя треть плеча, средняя треть бедра, средняя и верхняя треть предплечья, голени), проксимальнее раны
7. Убедитесь в отсутствии воспалительного процесса в выбранном вами месте наложения жгута
8. Придайте конечности гемостатическое положение (приподняв ее на 20 - 30 см выше уровня сердца)
9. Положите мягкую салфетку без складок на выбранное вами место наложения жгута
10. Растяните умеренно жгут руками и наложите первый циркулярный тур так, чтобы начальный участок жгута перекрывался последующим туром
11. Убедитесь в остановке кровотечения из раны, исчезновении пульса, бледности кожных покровов, западении вен.
12. Не растягивая жгут, продолжайте его наложение на конечность по спирали, туры идут рядом, но не поверху, вплотную к друг другу.
13. Зафиксируйте конец жгута к цепочке

14. Прикрепите к жгуту записку с указанием даты, времени (часы, минуты) наложения жгута, фамилию, должность оказавшего первую помощь.
15. Проконтролируйте состояние пациента.

Завершение манипуляции:

Обработайте края раны, наложите асептическую повязку на рану, не бинтуя жгут (он должен быть хорошо виден).

Выполните транспортную иммобилизацию.

Тугая тампонада раны

Оснащение: стерильные перчатки, йодонат, бриллиантовая зелень, пинцет, тампон, стерильная салфетка, бинт, дезинфицирующий раствор

Выполнение манипуляции:

1. Убедитесь в наличии кровотечения
2. Наденьте перчатки
3. Объясните пациенту смысл манипуляции, необходимость ее выполнения. Успокойте пострадавшего.
4. Расположите пациента лицом к себе в удобном для него положении
5. Обработайте края раны дезинфицирующим раствором
6. Возьмите в правую руку пинцет, в левую тампон
7. Заведите тампон в рану и туго затампонируйте ее
8. Убедитесь, что кровотечение остановилось
9. Наложите сверху стерильную салфетку
10. Зафиксируйте ее циркулярными турами бинта
11. оцените состояние пациента.

Завершение манипуляции

1. Снимите перчатки
2. Подвергнуть изделия медицинского назначения однократного и многократного использования обработке в соответствии с отраслевыми нормативными документами по дезинфекции, предстерилизационной очистке и стерилизации.
3. Провести дезинфекцию и утилизацию медицинских отходов в соответствии с Сан.ПиН 2.1.7.728-99 «правила сбора, хранения и удаления отходов лечебно-профилактических учреждений»

Максимальное сгибание конечности в суставах

Оснащение: валик, бинт, косынка, йодонат, бриллиантовая зелень, стерильные салфетки, пинцет, перчатки

Выполнение манипуляции:

1. Наденьте стерильные перчатки
2. Максимально согните конечность
3. Обработайте края раны и наложите асептическую повязку
4. Уложите валик под сгибаемый сустав
5. Зафиксируйте конечность в нужном положении косыночной повязкой или бинтом

Примечания:

1. При ранении артерии предплечья и кисти валик кладут в локтевой сгиб, предплечье прибинтовывают к плечу
2. При ранении плечевой артерии валик кладут в подмышечную ямку, плечо фиксируют к туловищу
3. При ранении подмышечной артерии руки максимально отводят назад и фиксируют друг с другом в области локтевых суставов
4. При ранении бедренной артерии валик помещают в паховый сгиб, бедро прижимают к животу
5. При ранении артерий голени валик кладут в подколенную ямку, голень фиксируют к бедру

Завершение манипуляции:

Снимите перчатки и обработайте их в соответствии с отраслевыми нормативными документами по дезинфекции, и стерилизации изделий медицинского назначения.

Наложение давящей повязки

Оснащение: перчатки, антисептический р-р для обработки кожи, стерильная салфетка, валик, бинт

Выполнение манипуляции:

1. Наденьте стерильные перчатки
2. Расположите пациента так, чтобы вы были лицом к нему
3. Разъясните пациенту смысл манипуляции, успокойте его
4. Обработайте кожу вокруг повреждения на расстоянии 3-4 см от краев раны раствором антисептика
5. Наложите на рану стерильную салфетку, зафиксируйте ее 2-3 турами бинта
6. Уложите в проекции раны валик и туго прибинтуйте его последующими турами
7. Убедитесь в эффективности повязки: кровотечение должно остановиться, повязка не промокает
8. Проконтролируйте состояние пациента

Завершение манипуляции:

Снимите перчатки и обработайте их в соответствии с отраслевыми нормативными документами по дезинфекции, и стерилизации изделий медицинского назначения.

Создание возвышенного положения конечности с целью остановки кровотечения

Оснащение: стерильные перчатки, йодонат, бриллиантовая зелень, стерильный перевязочный материал, пинцет, бинт, дез. раствор

Выполнение манипуляции:

1. Вымыть руки гигиеническим способом
2. Манипуляция выполняется в перчатках
3. Убедитесь в наличии венозного кровотечения
4. Разъясните смысл манипуляции пациенту, успокойте его
5. Придайте конечности гемостатическое положение, приподняв ее на 20 - 30 см выше уровня сердца
6. Убедитесь в отсутствии кровотечения
7. Обработайте края раны и наложите асептическую повязку
8. Обеспечьте сохранение возвышенного положения при транспортировке
9. Проконтролируйте состояние пациента.

Завершение манипуляции

1. Снимите перчатки
2. Подвергнуть изделия медицинского назначения однократного и многократного использования обработке в соответствии с отраслевыми нормативными документами по дезинфекции, предстерилизационной очистке и стерилизации.
3. Провести дезинфекцию и утилизацию медицинских отходов в соответствии с Сан.ПиН 2.1.7.728-99 «Правила сбора, хранения и удаления отходов лечебно-профилактических учреждений»

Наложение мягких повязок на голову, шею, туловище, конечности.

Оснащение: бинты, соответствующего размера, перевязочный материал.

• Повязка «шапочка»

Выполнение манипуляции

1. Закрепляющий тур бинта шириной 10 см провести вокруг лба и затылка
2. Затем спереди сделать перегиб и вести бинт выше закрепляющего хода до затылка
3. Сделать перегиб на затылке и вести бинт с другой стороны
4. Четвертый тур бинта вокруг головы
5. В таком порядке накладывают остальные ходы бинта, пока вся волосистая часть головы не будет полностью закрыта

Примечание «шапочка» держится недостаточно прочно, поэтому лучше накладывать повязку «чепец».

Завершение манипуляции:

Проверьте, достаточно ли надежно зафиксирован перевязочный материал.

- **Повязка «чепец»**

Выполнение манипуляции

1. Отрезать от бинта завязку длиной около метра
2. Располагают ее серединой на темя, концы удерживают руками больного или помощника
3. Делают закрепляющий тур вокруг лба и затылка
4. Продолжают его и доходят до завязки
5. Бинт заворачивают вокруг завязки и ведут по затылку до завязки с другой стороны
6. Снова оборачивают бинт вокруг завязки и ведут дальше вокруг головы несколько выше закрепляющего тура
7. Повторными ходами бинта полностью закрывают волосистую часть головы
8. Бинт привязывают к одной из завязок, а ее завязывают под подбородком

Завершение манипуляции:

Проверьте, достаточно ли надежно зафиксирован перевязочный материал.

- **Повязка «уздечка»**

Повязку типа «уздечка» накладывают на теменную, теменно-височную области, нижнюю челюсть. Она может накладываться в 3-х вариантах

Выполнение манипуляции

Первый вариант (наиболее простой):

1. Первый тур закрепляющий, циркулярный вокруг головы через лобные и затылочные бугры
2. Дойдя до височной области, делают перегиб бинта и ведут его вертикально вверх по теменной области на противоположную сторону вниз по щеке, под нижней челюстью - на щеку другой стороны и фиксируют место перегиба
3. Делают столько вертикальных туров, чтобы можно было закрыть теменную область
4. В конце бинтования делают перегиб в височной области, ходу бинта придают горизонтальное направление
5. Закрепляют вокруг головы.

Второй вариант повязки (без перегибов бинта):

1. Первый тур закрепляющий, циркулярный вокруг головы через лобные и затылочные бугры
2. Далее бинт ведут над левым ухом по затылочной области на правую боковую поверхность шеи и оттуда - под нижнюю челюсть
3. На левой стороне нижней челюсти ходу бинта придают вертикальное направление, проводя бинт впереди ушной раковины. Вертикальными турами забинтовывают всю теменную и височную область
4. Затем из-под подбородка бинт по левой боковой поверхности шеи ведут на затылок и переводят в горизонтальные туры, укрепляя повязку круговыми ходами, напоминающих два первых закрепляющих

Третий вариант (для закрытия нижней челюсти)

1. Вначале накладывают второй вариант повязки
2. После закрепляющих туров вокруг головы бинт ведут косо, закрывая затылок, на правую поверхность шеи и горизонтальными ходами бинта обходят нижнюю челюсть спереди
3. Затем вертикальными турами закрывают теменно-височную область
4. Повязку заканчивают круговыми горизонтальными ходами бинта

Завершение манипуляции:

Проверьте, достаточно ли надежно зафиксирован перевязочный материал.

- **Повязка на один глаз (моноккулярная)**

Выполнение манипуляции

1. Закрепляющий тур бинта вокруг головы захватывает лобные и затылочные бугры
2. Сзади бинт опускаем вниз и ведем под мочкой уха с больной стороны через щеку вверх, закрывая этим ходом больной глаз
3. Затем циркулярный ход вокруг головы
4. И так чередуя 2-3 хода.

Завершение манипуляции:

Проверьте, достаточно ли надежно зафиксирован перевязочный материал.

- **Повязка на оба глаза (бинокулярная)**

Выполнение манипуляции

1. Циркулярный закрепляющий ход бинта вокруг головы
2. Из-за мочки уха на лоб
3. Закрепляющий циркулярный ход вокруг головы
4. Со лба под мочку уха на затылок
5. Чередуя ходы закрепляют повязку вокруг головы.

Завершение манипуляции:

Проверьте, достаточно ли надежно зафиксирован перевязочный материал.

- **Повязка на одно ухо**

Выполнение манипуляции

1. Циркулярный закрепляющий ход бинта через лобную и затылочную область головы до поврежденного уха
2. Последующие туры в области раны уха, расходясь веером, спускаются все ниже и ниже до уровня шеи, постепенно прикрывая ухо
3. На остальном протяжении туры бинта сохраняют свои круговые ходы.

Завершение манипуляции:

Проверьте, достаточно ли надежно зафиксирован перевязочный материал.

- **Повязка на оба уха**

Выполнение манипуляции

1. Циркулярный закрепляющий тур бинта вокруг головы
2. Второй тур спускаясь прикрывает левое ухо и далее через шею и затылок до правого уха, прикрывая его подымается на лоб
3. Циркулярный закрывающий ход бинта вокруг головы
4. Следующий тур бинта повторяет ход второго до тех пор пока не будут закрыты оба уха и сосцевидные отростки чередуясь с циркулярным
5. Повязку завершают наложением нескольких циркулярных туров.

Завершение манипуляции:

Проверьте, достаточно ли надежно зафиксирован перевязочный материал.

- **Повязка крестообразная на затылок**

Выполнение манипуляции

1. Закрепляющие туры вокруг головы
2. Затем бинт ведут выше и сзади левого уха на затылок и шею
3. Далее бинт обходит шею справа и спереди
4. Выходит на затылок слева снизу и перекрещивает предыдущий ход бинта
5. Идет вверх через темя и затылок на лоб
6. Совершив таким образом несколько 8-образных оборотов, перекрывая каждый предыдущий тур на 2/3 ширины, удастся закрыть рану в лобной и затылочной области
7. Закрепляющий тур вокруг головы

Примечание. При необходимости закрыть шею к крестообразной повязке добавляют несколько циркулярных туров вокруг шеи.

Завершение манипуляции:

Проверьте, достаточно ли надежно зафиксирован перевязочный материал.

- **Пращевидная повязка на нос**

Выполнение манипуляции

1. От бинта отрывают полосу длиной от 75 см до 1 м
2. Концы этой полосы разрезают для получения четырех повязок и неразрезанной середины длиной около 15 см
3. Рану на носу закрывают стерильной салфеткой
4. Поверх салфетки поперек лица накладывают среднюю часть пращи
5. Завязки перекрещиваются в области скул - верхнюю опускают, проводя под ушами и завязывают узлом на шее. Нижние завязки поднимают вверх и завязывают на затылке.

Завершение манипуляции:

Проверьте, достаточно ли надежно зафиксирован перевязочный материал.

- **Пращевидная повязка на подбородок**

Выполнение манипуляции

1. Для этой повязки необходим более длинный кусок бинта - около 1,2-1,5 м. Длина неразрезанной середины, которая должна закрывать перевязочный материал на ране также в пределах 15-20 см.
2. После укрывания серединой пращи раны завязки перекрещивают таким образом, что нижние завязки поднимают вертикально вверх впереди ушей на темя, где и связываются узлом
3. Верхние завязки идут в горизонтальном направлении вдоль нижней челюсти на затылок, делают перекрест и направляют на лоб, где связывают между собой.

Завершение манипуляции:

Проверьте, достаточно ли надежно зафиксирован перевязочный материал.

- **Пращевидная повязка на затылок**

Выполнение манипуляции

1. Приготовление пращи для этой повязки требует более широкого куска бинта, не менее 20 см и длиной около 1 м
2. Концы бинта после перекреста завязывают на лбу и под подбородком

Завершение манипуляции:

Проверьте, достаточно ли надежно зафиксирован перевязочный материал.

- **Пращевидная повязка на темя**

Выполнение манипуляции

1. Середину пращи, как и в других повязках, накладывают на перевязочный материал
2. Закрепляют завязками после их перекрещивания на затылке и под подбородком
3. Повязка требует широкого куска бинта

Завершение манипуляции:

Проверьте, достаточно ли надежно зафиксирован перевязочный материал.

- **Спиральная повязка на грудную клетку**

Выполнение манипуляции

1. Отрезаем полосу длиной около 2 м
2. Кладем ее на надплечье так, чтобы один конец был спереди, а другой сзади
3. Круговыми восходящими ходами бинта с перекрытием подлежащих туров на 1/2 ширины забинтовывают грудную клетку до подмышечной впадины
4. Конец бинта закрепляют к повязке
5. Свободные концы свисающего бинта завязывают на противоположном надплечье

Примечание. Разновидность спиральной повязки - кушачья повязка, отличием которой является не одна держалка, переброшенная через надплечье, а две с завязыванием их на том же надплечье, с которого они спускаются.

Завершение манипуляции:

Проверьте, достаточно ли надежно зафиксирован перевязочный материал.

- **Крестообразная повязка на грудную клетку**

Выполнение манипуляции

1. Закрепляющие два-три оборота внизу грудной клетки
2. С боковой поверхности груди бинт ведут косо вверх к противоположной ключице
3. Далее тур бинта направляют на спину, пересекая ее в горизонтальном направлении и выводят с противоположной стороны через надплечье на переднюю поверхность грудной клетки
4. Здесь его косо спускают вниз, пересекая предыдущий тур, к подмышечной впадине
5. Бинт проходит далее поперечно через спину к противоположной подмышечной впадине, завершая восьмиобразный ход
6. После наложение нужного количества восьмиобразных туров через подмышечные впадины и надплечья с перекрестом в области грудины и закрытия пораженного участка конец бинта закрепляют горизонтальными оборотами над местом начала

Завершение манипуляции:

Проверьте, достаточно ли надежно зафиксирован перевязочный материал.

- **Повязка на молочную железу**

Выполнение манипуляции

1. Молочную железу отводят вверх и удерживают в этом положении до завершения наложения повязки
2. Бинт фиксируют циркулярными турами под железой
3. Следующий тур проводят под железой косо вверх через надплечье здоровой стороны
4. Далее косо вниз в подмышечную впадину и под больной железой переходит в циркулярный тур
5. Следующий тур вновь косой, но несколько выше предыдущего, что приводит к подниманию железы
6. При необходимости сдавления молочной железы туры бинта продолжают накладывать до тех пор, пока вся железа не будет закрыта повязкой.

Примечание. Повязка на правую молочную железу выполняется слева направо, на левую - справа налево.

Завершение манипуляции:

Проверьте, достаточно ли надежно зафиксирован перевязочный материал.

- **Повязка на обе молочные железы.**

Выполнение манипуляции

1. Повязка на обе молочные железы начинается аналогично повязке на одну железу
2. После наложения первого тура не делают циркулярного оборота, а пройдя под второй молочной железой на спину, идут косо вверх к противоположной лопатке и, пройдя через надплечье, спускают вниз, перекрывая сверху молочную железу с этой стороны
3. Дальше бинт пересекает предыдущий восходящий тур над грудиной и его направляют под вторую молочную железу
4. Пройдя по спине в поперечном направлении, бинт выходит на боковую поверхность грудной клетки и повторяет предыдущие ходы, постепенно закрывая обе железы
5. Закрепление повязки производится круговым бинтованием под молочными железами

Завершение манипуляции:

Проверьте, достаточно ли надежно зафиксирован перевязочный материал.

- **Повязка на верхнюю часть живота**

Выполнение манипуляции

1. Начинают повязку с круговых фиксирующих туров ниже участка поражения
2. Затем спиральными восходящими оборотами с перекрытием 2/3 предыдущего хода забинтовывают рану
3. Конец бинта закрепляют либо пришиванием его к повязке, либо привязыванием к одному из предварительно надорванных, нижележащих туров бинта
4. Чтобы повязка не сползла, кожу в нескольких местах смазывают клеолом

Завершение манипуляции:

Проверьте, достаточно ли надежно зафиксирован перевязочный материал.

- **Повязка на нижнюю часть живота и тазобедренный сустав.**

Для этого используется *колосовидная* повязка. Она закрывает нижнюю часть живота и тазобедренный сустав. В зависимости от того, на каком месте расположен перекрест (сбоку, спереди или сзади), различают боковую, переднюю и заднюю повязку. При перекресте сбоку эта повязка боковая или тазобедренная; при перекресте спереди - передняя, или паховая колосовидная повязка; сзади - задняя, или ягодичная колосовидная повязка.

Выполнение манипуляции

1. Начало бинта закрепляют циркулярными турами на животе, выше раны
2. Затем косой оборот бинта по боковой поверхности бедра идет кнутри бедра
3. Спиральный оборот вокруг бедра
4. После этого бинт идет косо от наружной поверхности бедра по его боковой и передней поверхности и переходит на таз и живот, перекрещивая на боковой поверхности бедра тур бинта, косо идущего вниз
5. Фиксация бинта на животе

При наложении *ягодичной колосовидной повязки* начало бинта закрепляют, как указано выше, циркулярными турами вокруг живота. Далее перекрест располагается на задней поверхности бедра, из-за измененного направления бинта, который выходит на заднюю поверхность бедра спереди через паховую область и наружную поверхность бедра.

Завершение манипуляции:

Проверьте, достаточно ли надежно зафиксирован перевязочный материал.

- **Повязка на паховую область**

Выполнение манипуляции

1. Бинтование начинают от больной стороны
2. Циркулярными ходами бинт укрепляют вокруг живота
3. Затем спереди переходят на переднюю поверхность бедра, после чего
4. На внутреннюю полуокружность его, и возвращаются на переднюю поверхность
5. Потом бинт идет косо вверх и в пах, перекрещивая
6. Предыдущий ход и поднимается вверх вокруг живота
7. Ходы повторяют до полного закрытия области

Повязки на область бедра и голени накладывают по типу спиральной с перекрутом бинта, во избежание смещения повязки

Завершение манипуляции:

Проверьте, достаточно ли надежно зафиксирован перевязочный материал.

- **Наложение Т-образной повязки на промежность**

Выполнение манипуляции

1. Накладывают поясок держалку, который завязывают вокруг талии. Прочной держалка получается из 2-3 горизонтальных туров бинта
2. К пояску посередине привязывают начало бинта и, проводя его через промежность, выводят под поясок к противоположной стороны
3. Сделав петлю вокруг пояска, бинт направляют прежним путем обратно. Вертикальные возвращающиеся туры бинта позволяют надежно закрепить перевязочный материал в промежности

Примечание. У мужчин при бинтовании заднего прохода вертикальные туры бинта спереди перекидывают через поясок не в одном месте, а в двух, оставляя половые органы в промежутке между расходящимися кпереди от заднего прохода вертикальными ходами бинта.

Разновидность Т-образной повязки является *суспензорий* для мошонки. Из широкого бинта делают пращу. Мошонку помещают в среднюю часть пращи, затем задние и передние завязки объединяют и, проходя по лобку, привязывают к пояску спереди.

Завершение манипуляции:

Проверьте, достаточно ли надежно зафиксирован перевязочный материал.

- **Повязка Дезо**

Выполнение манипуляции

1. В подмышечную впадину кладут ватную подушечку (валик)
2. Предплечье сгибают в локтевом суставе под прямым углом
3. Руку переводят на грудь
4. Закрепляющий тур всегда проводят к больной руке вокруг туловища, плотно прижимая им плечо к грудной клетке
5. Через подмышечную впадину здоровой стороны по передней поверхности груди косо на надплечье больной стороны
6. Оттуда спускаемся вниз по задней поверхности больного плеча под локоть
7. Огибаем локтевой сустав, и поддерживая предплечье, направляем бинт косо вверх в подмышечную впадину здоровой стороны
8. Затем по задней поверхности грудной клетки на больное надплечье
9. По передней поверхности больного плеча под локоть и, огибаем предплечье
10. Направляем бинт на заднюю поверхность грудной клетки в подмышечную впадину здоровой стороны
11. Туры бинта повторяются вплоть до полной фиксации плеча.

Завершение манипуляции:

Проверьте, достаточно ли надежно зафиксирован перевязочный материал.

- **Повязка Вельпо**

Выполнение манипуляции:

1. Предплечье сгибают в локтевом суставе под острым углом и укладывают так, чтобы локоть находился на подложечной области, а кисть на надплечье здоровой стороны
2. В подмышечную впадину вставляют ватно-марлевый валик
3. Повязка начинается несколькими круговыми ходами вокруг груди и руки
4. Из здоровой подмышечной впадины через спину в косом направлении на надплечье больной стороны
5. Отсюда ход бинта спускается через ключицу вертикально вниз, пересекает плечо над локтевым суставом и, огибая локоть снизу, переходит в горизонтальный тур
6. Далее бинт повторяет направление всех ранее наложенных ходов со смещением горизонтальных оборотов вверх, а вертикальных кнутри на 1/3 ширины бинта
7. Наложив необходимое количество туров, конечность прочно фиксируют к грудной клетке

Завершение манипуляции:

Проверьте, достаточно ли надежно зафиксирован перевязочный материал.

- **Колосовидная повязка на плечевой сустав**

Выполнение манипуляции

1. Закрепляющий тур проводят вокруг верхней трети плеча
2. По наружной поверхности поврежденного плеча сзади через подмышечную впадину на плечо
3. Далее по спине через здоровую подмышечную впадину на переднюю поверхность грудной клетки
4. Затем бинт переводят на плечо и, перекрещивая ранее наложенный тур, делают петлю вокруг плечевой кости с внутренней стороны
5. Повторяют ходы бинта, пока не закроют весь сустав
6. Закрепляют конец бинта на груди булавкой

Завершение манипуляции:

Проверьте, достаточно ли надежно зафиксирован перевязочный материал.

- **«Черепашья» (сходящаяся) повязка на локтевой и коленный суставы.**

Выполнение манипуляции

1. Конечность сгибают в локтевом суставе под углом 90°
2. Закрепляют 2-3 тура бинта вокруг нижней трети плеча
3. Бинт косо пересекает сгибательную поверхность локтевого сустава и переходит на верхнюю треть предплечья
4. Делают горизонтальный тур вокруг предплечья
5. Последующие горизонтальные ходы бинта на плече и предплечье, накладываемые друг на друга, постепенно сближают после восьмиобразных перекрестков над сгибательной поверхностью локтевого сустава
6. После закрытия разгибательной поверхности локтя петлями восьмерок повязку заканчивают круговым бинтованием в нижней трети плеча
7. Аналогичным способом повязка накладывается на коленный сустав

Завершение манипуляции:

Проверьте, достаточно ли надежно зафиксирован перевязочный материал.

- **Расходящаяся («черепашья») повязка на локтевой и коленный суставы**

Выполнение манипуляции

1. Повязку накладывают на коленный сустав в полусогнутом положении под углом около 160°
2. Закрепляющий тур в области коленного сустава начинают с кругового хода бинта через надколенную чашечку
3. Затем через подколенную ямку на голень
4. Затем вокруг голени через подколенную ямку на бедро прикрывая предыдущий тур на 1/2
5. Затем вокруг бедра через подколенную ямку на голень, прикрывая предыдущий тур на 1/2
6. Ходы бинта попеременно идут выше и ниже, перекрещиваясь в подколенной ямке
7. Закрепляют повязку в нижней трети бедра
8. Аналогичным способом повязка накладывается на локтевой сустав.

Завершение манипуляции:

Проверьте, достаточно ли надежно зафиксирован перевязочный материал.

- **Повязка на один палец кисти**
(спиральная повязка)

Выполнение манипуляции

1. Фиксирующий круговой тур бинта в области лучезапястного сустава
2. Далее бинт идет по тылу кисти к основанию бинтуемого пальца и поднимается в виде ползучей повязки к кончику
3. Спиральными ходами бинтуют палец в направлении от кончика к основанию
4. Переводят бинт через тыл кисти к лучезапястному суставу, где его закрепляют несколькими циркулярными турами

Завершение манипуляции:

Проверьте, достаточно ли надежно зафиксирован перевязочный материал.

- **Возвращающаяся повязка**

Выполнение манипуляции

1. Бинтование начинают продольным ходом бинта с тыла вдоль пальца
2. Огибая кончик пальца, бинт переводят на ладонную поверхность, проходят вдоль пальца на кисть и здесь косо направляют к локтевому краю лучезапястного сустава
3. Сделав здесь полный оборот, бинт вдоль от локтевого края кистевого сустава по тылу запястья проходит к основанию пальца и в виде ползучей повязки достигает кончика пальца
4. Спиральными турами по направлению к основанию пальца забинтовывают весь палец

5. Оканчивается повязка круговым бинтованием на предплечье

Завершение манипуляции:

Проверьте, достаточно ли надежно зафиксирован перевязочный материал.

- **Повязка на все пальцы кисти - «перчатка»**

Выполнение манипуляции

1. Бинтование начинают с V пальца
2. Делают круговые фиксирующие ходы в нижней трети предплечья
3. Затем бинт с лучевого края лучезапястного сустава косо пересекает тыл запястья по направлению к IV межпальцевому промежутку и поднимается в виде ползучей повязки к кончику V пальца
4. Накладывают отсюда обычную спиральную повязку по направлению к основанию пальца
5. Закончив бинтование пальца, бинт переходит на тыл кисти и косо направляется к локтевой стороне лучезапястного сустава
6. Сделав полукруг на ладонной поверхности лучезапястного сустава, бинт с лучевой стороны через тыл запястья переводят к III межпальцевому промежутку и производят наложение спиральной повязки на IV палец
7. Так же бинтуют и все остальные пальцы

Завершение манипуляции:

Проверьте, достаточно ли надежно зафиксирован перевязочный материал.

- **Повязка на все пальцы кисти - «варежка»**

Выполнение манипуляции

1. Первый тур бинта продольно спускается от нижней трети предплечья на тыльную поверхность кисти и, огибая пальцы, переходит на ладонь
2. Бинт далее идет до запястья, где его перегибают и делают возвращающий ход снова через ладонь, пальцы на тыл кисти
3. Несколькими такими возвращающимися турами полностью закрывают пальцы
4. Повязку заканчивают спиральными восходящими оборотами бинта от пальцев на кисть с закреплением на предплечье круговыми ходами

Завершение манипуляции:

Проверьте, достаточно ли надежно зафиксирован перевязочный материал.

- **Колосовидная повязка на I-ый палец кисти.**

Выполнение манипуляции

1. Закрепляющий круговой ход бинта вокруг лучезапястного сустава
2. Затем туры бинта идут через тыльную поверхность кисти и большого пальца к ногтевой фаланге
3. Обходя его по ладонной и по тыльной поверхности и снова идут к лучезапястному суставу
4. Туры бинта повторяют несколько раз с перекрестом на тыльной поверхности, пока весь палец не будет закрыт
5. Повязку заканчивают круговым бинтованием на предплечье

Завершение манипуляции:

Проверьте, достаточно ли надежно зафиксирован перевязочный материал.

- **Косыночная повязка на верхнюю конечность**

Выполнение манипуляции

1. Руку сгибают в локтевом суставе до прямого угла
2. Косынку помещают позади больной руки так, чтобы основание ее было параллельно средней трети тела, а верхушка была направлена в сторону локтевого сустава больной конечности
3. Один нижний, свесившийся конец косынки приподнимают и перекидывают через здоровое надплечье на заднюю поверхность шеи
4. Этот конец связывают с верхним концом косынки

5. Верхушка косынки обходит локоть сзади
6. Расправляем и закрепляем булавкой к передней части повязки.

Завершение манипуляции:

Проверьте, достаточно ли надежно зафиксирован перевязочный материал.

- **Восьмиобразная повязка на большой палец стопы.**

Выполнение манипуляции

1. Круговые туры в области голеностопного сустава
2. Далее бинт через тыл стопы косо пересекает большой палец, делает вокруг него оборот
3. Выйдя на тыльную поверхность пальца бинт после пересечения в косом направлении предыдущего хода, направляется на тыльную поверхность стопы и далее к голеностопному суставу
4. Последующими восходящими восьмиобразными оборотами, перекрывая предыдущие слои на 1/2 или 1/3 ширины с перекрестом на тыльной поверхности, методично забинтовывают палец
5. Закрепляют конец повязки круговыми оборотами в области голеностопного сустава.

Завершение манипуляции:

Проверьте, достаточно ли надежно зафиксирован перевязочный материал.

- **Восьмиобразная повязка на коленный сустав**

Выполнение манипуляции

1. На согнутый коленный сустав накладывается черепашья повязка
2. Разогнутый коленный сустав может быть забинтован обычной спиральной или восьмиобразной с перекрестом в области надколенника и расположением горизонтальных петель на задней поверхности нижней трети бедра и верхней трети голени

Завершение манипуляции:

Проверьте, достаточно ли надежно зафиксирован перевязочный материал.

- **Восьмиобразная повязка на голеностопный сустав.**

Выполнение манипуляции

1. Закрепляющий тур делают над голеностопным суставом и нижней трети голени
2. По тыльной поверхности голеностопного сустава бинт переходит на стопу
3. Далее вниз на подошву и вокруг стопы
4. Вверх по тыльной поверхности сустава на голень
5. Затем вниз повторяя второй ход и чередуя ходы до полной фиксации сустава.

Завершение манипуляции:

Проверьте, достаточно ли надежно зафиксирован перевязочный материал.

- **Повязка на всю стопу.**

Выполнение манипуляции

1. Закрепляющий тур делают над голеностопным суставом
2. Затем несколькими ходами по боковым поверхностям стопы от пятки к большому пальцу закрывают пальцы стопы
3. Спиральными ходами от пальцев стопы до пятки закрывают всю стопу
4. Повязку заканчивают циркулярным ходом бинта вокруг голеностопного сустава.

Завершение манипуляции:

Проверьте, достаточно ли надежно зафиксирован перевязочный материал.

- **Повязка на стопу без пальцев.**

Выполнение манипуляции

1. На правой стопе бинтование начинают с наружной стороны, на левой - с внутренней
2. Первый ход бинта делают по боковой поверхности пятки и стопы по направлению к пальцам стопы
3. Второй ход - вокруг стопы в поперечном направлении
4. Третий по боковой поверхности стопы на пятку, прикрывая начало бинта

5. Повторение подобных восьмиобразных ходов с перемещением на пятке вверх, а на стопе к голеностопному суставу закрывают полностью всю стопу, за исключением пальцев.

Завершение манипуляции:

Проверьте, достаточно ли надежно зафиксирован перевязочный материал.

- **Повязка на пяточную область**

Выполнение манипуляции

1. Первый ход бинта идет через пяточный бугор
2. Второй тур бинта идет выше первого
3. Третий тур бинта идет ниже первого
4. Четвертый ход проходит через пятку перпендикулярно первым турам
5. Закрепляющий тур - вокруг голеностопного сустава.

Завершение манипуляции:

Проверьте, достаточно ли надежно зафиксирован перевязочный материал.

- **Повязка на культю**

Выполнение манипуляции

1. Несколькими круговыми ходами бинт укрепляют в поперечном направлении выше конца культи
2. Затем бинт перегибают под прямым углом и ведут в продольном направлении по культе, огибают конец культи, проводят по задней поверхности, где снова перегибают
3. Закрепляют перегиб круговым ходом бинта
4. Те же туры бинта повторяют до тех пор, пока вся культя не будет закрыта.

Наложение окклюзионной повязки при открытом пневмотораксе

Оснащение: йодонат, стерильные салфетки, шарики, стерильные перчатки, пинцет, ипп, лейкопластырь, клеенка, пленка

Выполнение манипуляции:

1. Убедитесь в наличии открытого пневмоторакса
2. Исключите контакт с кровью и другими выделениями пострадавшего
3. Объясните пациенту смысл манипуляции и необходимость ее выполнения. Успокойте пациента
4. Удобно расположите пациента лицом к себе сидя
5. Обработайте края раны и наложите асептическую повязку
6. Положите сверху воздухонепроницаемую ткань
7. Положите сверху стерильную салфетку
8. Закрепите эту повязку пластырем
9. Проконтролируйте, не ухудшилось ли состояние пациента.

Завершение манипуляции:

1. Проверьте правильность наложения повязки: она не должна промокать, хорошо держится, нет подсоса воздуха в плевральную полость
2. Использованные перчатки обработайте в соответствии с отраслевыми нормативными документами по дезинфекции, предстерилизационной очистке и стерилизации изделий медицинского назначения.

Осуществление туалета раны

Туалет чистой послеоперационной раны

Оснащение: стерильные перчатки, антисептические растворы, перевязочный материал: шарики, салфетки, пинцеты, почкообразный лоток

Выполнение манипуляции:

1. Вымыть руки гигиеническим способом
2. Перевязочная м/с надевает стерильные перчатки
3. Инструментами снимает поверхностные слои повязки и сбрасывает их в почкообразный лоток
4. Последние слои повязки снимаются стерильными анатомическими пинцетами

5. Этим же пинцетом с помощью ватного шарика, смоченного в спирте (иодонате), обрабатывает кожу вокруг раны
6. Осматривает рану, обрабатывает линию швов 5% р-ром йода и накладывает новую повязку

Завершение манипуляции:

1. Проконтролируйте состояние пациента, доставьте его в палату.
2. Использованный материал обрабатывается в соответствии с отраслевыми нормативными документами по дезинфекции, предстерилизационной очистке и стерилизации изделий медицинского назначения.
3. Провести дезинфекцию и утилизацию медицинских отходов в соответствии с Сан.ПиН 2.1.7.728-99 «Правила сбора, хранения и удаления отходов лечебно-профилактических учреждений»

Туалет гнойной раны

Оснащение: стерильные шарики, салфетки, стерильные перчатки, антисептики: 3% р-р перекиси водорода, 0,5% р-р перманганата калия, этиловый спирт, некролитические мази: левомеколь, левосин и др., 10% р-р хлорида натрия

Выполнение манипуляции:

1. М/с надевает клеенчатый фартук и стерильные перчатки
2. Снимает старую повязку с помощью пинцетов, вдоль раны, придерживая сухим шариком кожу и не давая ей тянуться за повязкой. Присохшую повязку рекомендуется отслаивать шариком, смоченным в 3% р-ре перекиси водорода, а если повязка на кисти или стопе, ее лучше удалять после применения ванны из теплого 0,5% р-ра перманганата калия
3. После снятия поверхностных слоев повязки обильно смачивает внутренний слой 3% р-ром перекиси водорода или раствором любого антисептика, промокшие салфетки осторожно снимает пинцетом
4. Осматривает рану и прилежащие участки
5. Производит туалет кожи вокруг раны марлевыми шариками от краев раны к периферии
6. Меняет пинцет, производит туалет раны (удаление гноя промыванием растворами перекиси водорода или фурациллина)
7. При наличии гнойно-некротических процессов производит дренирование раны
8. Накладывает повязку с необходимым препаратом по назначению врача и фиксирует ее.
9. Контролирует состояние пациента, доставляет его в палату.

Завершение манипуляции:

1. Использованный материал обрабатывается в соответствии с отраслевыми нормативными документами по дезинфекции, предстерилизационной очистке и стерилизации изделий медицинского назначения.
2. Провести дезинфекцию и утилизацию медицинских отходов в соответствии с Сан.ПиН 2.1.7.728-99 «Правила сбора, хранения и удаления отходов лечебно-профилактических учреждений»

Выполнение транспортной иммобилизации стандартными шинами при повреждениях костей, суставов и мягких тканей конечностей.

Наложение шины Крамера

Оснащение: шины Крамера, валики, бинты, косыночная повязка, мягкие прокладки, ватно-марлевые подушечки

Подготовка к манипуляции:

1. Перед наложением шину обинтовывают и одевают в чехол из клеенки или полиэтиленовой пленки
2. На чехле делают надпись (обменный фонд)

Выполнение манипуляции :

При переломе плеча:

1. Вымыть руки гигиеническим способом

2. Убедитесь в наличии перелома
3. Разъясните пострадавшему смысл манипуляции, необходимость ее проведения, успокойте пациента
4. Усадите удобно пострадавшего лицом к себе
5. Выберите длину шины. Помните правило: обязательная фиксация выше- и нижележащих суставов от места перелома, а при переломе плеча требуется иммобилизация 3-х суставов
6. Приложите шину к здоровой конечности от кончиков пальцев до локтевого сустава и на этом месте согните ее под прямым углом
7. Вновь приложите шину от локтевого до плечевого сустава и на этом месте согните ее под тупым углом 115 градусом, конец шины должен доходить до противоположного плечевого сустава или внутреннего края противоположной лопатки
8. Подготовленную шину приложить от кончиков пальцев до противоположного плечевого сустава или внутреннего края противоположной лопатки
9. Придайте поврежденной конечности среднефизиологическое положение: в подмышечную впадину вложите небольшой ватный валик для незначительного отведения плеча (до 20 градусов); предплечье в локтевом суставе сгибают по углом 90 градусов и придают положение среднее между супинацией и пронацией; кисть разгибают в лучезапястном суставе до угла 45 градусов
10. Во избежание дополнительной травматизации поврежденной конечности шину накладывают поверх одежды и обуви
11. Проложите вату в места выступания костей (надмыщелков, отростков и т. д.)
12. Уложите поврежденную руку на внутреннюю поверхность смоделированной шины
13. Свяжите концы шины через здоровое надплечье и подмышечную ямку
14. Вложите валик в ладонь, прибинтуйте шину в области лучезапястного сустава восьмиобразной повязкой
15. Прибинтуйте шину в области локтевого сустава черепашьей повязкой
16. Прибинтуйте шину в области плечевого сустава колосовидной повязкой
17. Контролировать состояние пациента

При переломе голени

1. На костные выступы конечности накладывают ватно-марлевые подушечки, прокладки и т. д.
2. Одну шину моделируют для задней поверхности, изгибая ее соответственно профилю ноги. Стопу при этом устанавливают под прямым углом по отношению к голени
3. Для лучшей фиксации отломков костей голени необходимо дополнительно наложить еще 2 шины по бокам ее так, чтобы они охватывали стопу в виде стремени
4. Шины фиксируют марлевыми бинтами
5. Контролировать состояние пациента

При переломе бедра

1. На костные выступы конечности накладывают ватно-марлевые прокладки (для профилактики пролежней)
2. Шину длиной 110 см, отмоделированную соответственно выпуклости пятки и икроножной мышцы, укладывают по задней поверхности ноги
3. Две другие шины, скрепленные между собой по длине, идут от подмышечной впадины по наружной поверхности конечности до стопы, охватывая последнюю, а также и заднюю шину своим концом, изогнутым по форме буквы Г. Такая укладка шин предупреждает подошвенное отвисание стопы
4. При наличии достаточного количества лестничных шин целесообразно 4-ю шину уложить по внутренней поверхности бедра и голени, а нижний конец ее также изогнуть в форме буквы Г - для подошвы
5. Шины укрепляют марлевыми бинтами

6. Контролировать состояние пациента

Наложение транспортной шины Дитерихса

Оснащение: шина Дитерихса, вата, бинты, косынки или ремни, лестничная шина Крамера

Подготовка к манипуляции:

1. Перед наложением шину подгоняют по росту. Для этого ее раздвигают так, чтобы надкостыльники соответственно упирались в подмышечную область и промежность. Нижние концы костылей должны выступать за подstopник на 15 - 20 см
2. Подогнанные костыли на уровне шпенок завязывают бинтами
3. В каждую пару прорезей в костылях продевают по одной косынке или ремню

Выполнение манипуляции:

1. К внутренним поверхностям шин и надкостыльникам прибинтовывают толстый слой ваты и фиксируют подstopник к стопе восьмиобразной повязкой, причем тщательно укрепляют пяточную область
2. Нижние концы костылей проводят через проволочные скобы подstopника и прикладывают к боковым поверхностям конечности и туловища
3. Для лучшей иммобилизации конечности по задней ее поверхности укладывают лестничную шину Крамера
4. В области выступов большого вертела и коленного сустава подкладывают вату
5. Шину прикрепляют к туловищу продетыми в прорези костылей косынками или ремнями
6. Концы шнурков закрутки продевают через отверстие поперечной планки (замка) внутренней бранши и вводят в кольца подошвы (подstopника), выводят обратно через отверстие планки и завязывают вокруг закрутки
7. Нogu вытягивают за стопу до тех пор, пока поперечные перекладины бранш не упрутся в пах и подмышечную впадину. В этом положении стопу и конечность фиксируют закруткой
8. После вытяжения шину фиксируют на всем протяжении конечности циркулярными ходами бинта
9. Палочку закрутки фиксируют за выступ наружной шины
10. Контролировать состояние пациента

Завершение манипуляции:

Проверьте надежность иммобилизации

Выполнение транспортной иммобилизации:

При переломе грудного и поясничного отделов позвоночника

Транспортная иммобилизация при переломах грудного и поясничного отделов позвоночника с помощью вакуумных иммобилизирующих носилок - вакуумные иммобилизирующие носилки являются стандартной шиной для иммобилизации при переломах грудного и поясничного отделов позвоночника

Оснащение: носилки иммобилизирующие вакуумные, перчатки

Выполнение манипуляции:

1. Убедитесь в наличии травмы позвоночника
2. Исключите контакт с кровью или другими выделениями пострадавшего
3. Объясните пострадавшему смысл манипуляции и необходимости ее выполнения. Успокойте его
4. Носилки иммобилизирующие вакуумные уложите в развернутом виде рядом с пострадавшим и проверьте наличие съемного днища с элементами крепления пострадавшего
5. Осторожно переложите пострадавшего на носилки, под голову подложите небольшой валик и закрепите на пострадавшем лямки съемного днища
6. Шнуром, проведенным в специальные отверстия, зафиксируйте резиноканевую оболочку вокруг тела

7. Подсоедините насос и откачайте из полости резинотканевой оболочки воздух. Время, необходимое для создания отрицательного давления 500 мм рт ст, - 8 мин
8. При необходимости создать пострадавшему приподнятое положение головы его следует поддерживать в нужной позе в период работы насоса
9. Контролировать состояние пациента

Завершение манипуляции:

После наложения шины проверить надежность иммобилизации

Транспортная иммобилизация позвоночника с помощью стандартных лестничных шин и щита

Оснащение: шины лестничные длиной 120 см - 4 шт, шины лестничные длиной 80 см - 3 шт (или фанерные 7 шт)

вата 1 кг, бинты размером 20 см х 7 м - 8 шт

Подготовка к манипуляции:

1. Шины, укладываемые в продольном направлении связывают между собой
2. Укрепляют тремя короткими поперечными шинами
3. На лестничные шины перед наложением на пострадавшего следует наложить подстилочные прокладки. (на фанерную шину подстилочные прокладки помещают со стороны, обращенной к телу пациента)

Выполнение манипуляции

1. Перекладывание пострадавшего на подготовленные носилки должны осуществлять 3 человека: один поддерживает пострадавшего за голову и надплечье, второй поддерживает грудной отдел позвоночника и поясничную область, третий - таз и нижние конечности
2. Поднимать и укладывать пострадавшего на носилки необходимо строго по команде, одновременно, подложив под поясничную область валик
3. Фиксируют пострадавшего к шине бинтами или полосами какого-либо материала
4. При использовании обычных носилок на них кладут лист фанеры (по ширине носилок) или одну-две широкие доски

Завершение манипуляции:

После наложения шины проверить надежность иммобилизации

при переломе костей таза

Оснащение: носилки, щит, валик, перчатки

Выполнение манипуляции:

1. Убедитесь в наличии переломов костей таза
2. Исключите контакт с кровью или другими выделениями пострадавшего
3. Объясните пострадавшему необходимость манипуляции. Успокойте его
4. Осторожно уложите пострадавшего на «щит» в положении на спине
5. Нижние конечности согните в тазобедренных и коленных суставах под углом 45° и разводят в стороны
6. Под колени подложите валик из одежды пострадавшего или подушки, одеяла и т.д., создавая так называемое положение лягушки
7. Контролировать состояние пациента

Завершение манипуляции:

После наложения шины проверить надежность иммобилизации

при переломе ребер

Выполнение манипуляции:

1. Убедитесь в наличии перелома ребер
2. Придайте пациенту полусидячее положение
3. Проконтролируйте состояние пациента

Завершение манипуляции:

Обеспечьте функционально выгодное положение пациента во время транспортировки

при черепно-мозговой травме

Оснащение: транспортные шины Крамера длиной 120 см - 2 шт, вата 250 г, бинты 20см х 7м - 6 штук

Подготовка к манипуляции:

1. Вначале моделируют одну лестничную шину по контурам головы, шеи и надплечья в виде греческой буквы Ω
2. Вторую лестничную шину такой же длины моделируют в соответствии с контурами головы, задней поверхности шеи и спины
3. Обе шины связывают между собой, обертывают ватой и бинтами

Выполнение манипуляции:

1. Наденьте перчатки
2. Убедитесь в наличии черепно-мозговой травмы
3. Накладывают шину 2 человека: один удерживает голову пострадавшего и приподнимает его, другой - подкладывает и фиксирует шину
4. Проконтролируйте состояние пациента

Завершение манипуляции:

После наложения шины проверить надежность иммобилизации

Техника сердечно-легочной реанимации

Показания: терминальные состояния (отсутствие сознания, дыхания, пульса).

Оснащение: марлевая салфетка, платок.

Сердечно – легочная реанимация проводится по правилу ABC:

A – air way open – свободная проходимость дыхательных путей;

B – breathe for victim – искусственная вентиляция легких;

C – circulation his blood – непрямой массаж сердца.

Алгоритм действий:

A этап – восстановление проходимости дыхательных путей:

1. Уложить пострадавшего горизонтально на жесткую поверхность;
2. Расстегнуть стесняющую одежду;
3. Очистить полость рта от инородных тел;
4. Удалить съемные зубные протезы;
5. Максимально запрокинуть голову пострадавшего, путем подкладывания валика под лопатки;

Примечание: Убедиться в проходимости дыхательных путей по экскурсии грудной клетки, сделав два «пробных» вдоха.

B этап – искусственная вентиляция легких:

1. Метод выбора – «изо рта в рот»;
2. Соблюдать герметичность (зажать нос пострадавшего);
3. Положить на рот пострадавшего салфетку, платок;
4. Сделать глубокий вдох и плотно прижать свой рот ко рту пострадавшего;
5. Объем вдвухаемого воздуха должен составлять 500,0- 600,0;
6. Частота вдуваний 16-20 в 1 мин.;
7. В течении всего времени идет наблюдение за экскурсией грудной клетки пострадавшего.

Примечание: Следить, чтобы голова пострадавшего была в правильном положении.

C этап – непрямой массаж сердца:

1. Рабочей частью кистей служит их основание;
2. Руки прямые (под углом 90гр.), разогнуты в локтях;
3. Точка наложения рук – нижняя треть грудины;

Примечание: Указательным и средним пальцами левой руки ведем по реберной дуге, до угла схождения реберных дуг. Ко второму (внутреннему) пальцу помещаем свободную правую руку. Положение рук одна на другой.

Примечание: Пальцами рук не касаться грудины.

4. Ритм компрессий 100 в 1 мин.;

5. Важен счет: на «раз» прогиб,
на «и» исходное положение;
6. Обеспечить смещение грудины по отношению к позвоночнику на 3-4 см.;
7. После компрессий руки с грудной клетки не снимать!

Примечание: Непрямой массаж сердца эффективен, если при каждой компрессии ощущается пульсовая волна на сонной артерии.

Российский стандарт

ИВЛ : НМС 1 реаниматор
2 : 15 (один цикл СЛР)

Евро-стандарт

ИВЛ : НМС 1 или 2 реаниматора
2 : 30 (один цикл СЛР)

ВВ! Исходы сердечно – легочной реанимации, в таком ритме следует проводить СЛР:

- появления признаков жизни;
- прибытия «скорой помощи»;
- появления признаков биологической смерти.

Профилактика осложнений и ошибок реанимации:

Правильная техника сердечно – легочной реанимации.

Критерии эффективной реанимации:

1. Восстановление сознания;
2. Определение пульса на магистральных артериях (сонной артерии);
3. Появление самостоятельного дыхания;
4. Сужение зрачков, появление глазных рефлексов;
5. Восстановление рефлексов дыхательных путей.