**РЕФЕРАТ ПО ОБЖ**

на тему

***"Оказание первой медицинской помощи при открытом переломе нижней трети костей голени"***

ученицы 11 класса 9 группы

экстерната средней школы 41

Камалендиновой Адили.

Зима-2000.

Человек, его жизнь, здоровье и долголетие являются самой большой ценностью. Но зачастую люди легкомысленны к этой ценности, поэтому на улицах города порой можно увидеть дорожно-транспортные происшествия, причиной которых зачастую становимся мы сами.

В своей работе я приведу пример оказания первой медицинской помощи при открытом переломе конечности. Мужчину, переходившего улицу в неположенном месте, сбила машина, в следствие чего он получил травму - открытый перелом нижней трети костей голени. Как лучше помочь пострадавшему в данной ситуации, то есть, какую первую медицинскую помощь необходимо оказать?

1. После аварии человек находится в шоковом состоянии, поэтому его нужно успокоить. Надо убедить его, что все будет хорошо и что я постараюсь ему помочь.
2. При осмотре раны нужно постараться не допустить возможного заражения. Надо удалить, по возможности, все инородные тела из пораженного участка тела.
3. При любом механическом повреждении покрова тела, особенно в нашем случае, будет наблюдаться *наружное* кровотечение,характеризующееся поступлением крови наружу, через рану кожи. Сперва нужно понять вид кровотечения, для того чтобы определить как дальше действовать.Это может быть арте­риальное, венозное и капиллярное кровотече­ние.

Наиболее опасно *артериальное* кровотечение, то есть кровотечение из поврежденных артерий. Изливающаяся при этом кровь ярко-красного цвета выбрасывается сильной пульсирую­щей струёй. Артериальное кровотечение обычно очень интенсив­ное и кровопотеря бывает большой.

*Венозное* кровотечение возникает при повреждении вен. Давление в венах значительно меньше, чем в артериях, по­этому кровь вытекает медленно, равномерно и непрерывной стру­ёй. Кровь при этом имеет темно-вишневый цвет. Венозное крово­течение менее интенсивное, чем артериальное, и поэтому редко носит угрожающий характер.

При повреждении мельчайших кровеносных сосудов (капилля­ров) возникает *капиллярное* кровотечение. Такое кро­вотечение, например, наблюдается при неглубоких порезах кожи, ссадинах. При нормальной свертываемости крови капиллярное кровотечение прекращается самостоятельно.

Первая помощь пострадавшим с наружным кровотечениемзаключается, прежде всего, в принятии мер, направленных на не­медленную остановку кровотечения. В условиях первой помощи возможна только временная, или предварительная, останов­ка кровотечения на период, необходимый для доставки постра­давшего в лечебное учреждение, в котором хирург произведет окончательную остановку кровотечения.

Капиллярное кровотечение легко останавливается наложением обычной повязки на рану. Для уменьшения кровотечения на пе­риод приготовления перевя­зочного материала достаточно поднять поврежденную конеч­ность выше уровня туловища. При этом резко уменьшается приток крови в конечности, снижается давление в сосудах, что обеспечивает быстрое об­разование сгустка крови в ра­не, закрытие сосуда и прекра­щение кровотечения

При венозном и капиллярном кровотечении, а также кровотечении из мелких арте­рий надежная временная оста­новка кровотечения осущест­вляется наложением давящей повязки. Поверх раны накла­дывают несколько слоев мар­ли, тугой комок ваты и туго бинтуют. Сдавленные повязкой вены и капилляры быстро тромбируются, поэтому дан­ный способ временной останов­ки кровотечения может стать окончательным.

Разновидностью остановки кровотечения в ране является наложение кровоостанавлива­ющего зажима на зияющий кро­веносный сосуд. Наложенный зажим необходимо прочно фик­сировать и обеспечить его не­подвижность на период транс­портировки пострадавшего.

Распространенным способом экстренной остановки кровотече­ния *является способ прижатия артерий на протяжении*. Этот способ основан на том, что ряд артерий легко досту­пен для пальпации и может быть полностью перекрыт прижатием их к подлежащим костным образованиям. Длительная остановка кровотечения пальцевым прижатием артерии невозможна, так как это требует большой физической силы. Она утомительна для человека оказывающего помощь и практически исключает возможность транспортировки. Однако этот способ удобен для экстренной остановки кровотечения, удобного способа остановки кровотечения.

Надежно останавливает кровотечение из артерий тугое круго­вое перетягивание конечности, обеспечивающее пережатие всех сосудов выше места ранения. Наиболее просто это производится с помощью жгута.

Жгут представляет собой эластическую резиновую трубку или полоску, к концам которой прикреплены цепочка и крючок, используемые для закрепления жгута. В ка­честве жгута можно использовать любую прочную резиновую трубку диаметром 1—1,5 см.

Наложение жгута используется лишь при сильном артериальном кровотечении из артерии конечности, во всех остальных случаях применять этот способ не следует. Для предупреждения ущемления кожи под жгут подкладывают полотенце, одежду раненого и т. д. Конечность несколько поднимают вверх, жгут подводят под ко­нечность, растягивают и несколько раз обертывают вокруг конеч­ности до прекращения кровотечения. Туры жгута должны ло­житься рядом друг с другом, не ущемляя кожи. Наиболее тугим должен быть первый тур, второй накладывают с меньшим натя­жением, а остальные с минимальным. Концы жгута фиксируют с помощью цепочки и крючка поверх всех туров. Ткани должны стягиваться лишь до остановки кровотечения. При правильно наложенном жгуте артериальное кровотечение немедленно пре­кращается, конечность бледнеет, пульсация сосудов ниже нало­женного жгута прекращается. Чрезмерное затягивание жгута может вызвать размозжение мягких тканей (мышц, нервов, сосудов) и стать причиной развития параличей конечности. Слабо затянутый жгут кровотечения не останавливает, наоборот, создает венозный застой (конечность не бледнеет, а приобретает синюшную окраску) и усиление венозного кровотечения. После наложения жгута следует провести иммобилизацию конечности.

Ошибками при наложении жгута являются: отсутствие пока­зании, т. е. наложение его при венозном и капиллярном крово­течении, наложение на голое тело и далеко от раны, слабое или чрезмерное затягивание, плохое закрепление концов жгута. Про­тивопоказанием к наложению жгута является воспалительный процесс в месте наложения жгута.

*Жгут на конечности можно держать не более 1,5—2 часов*. Более продолжительное сдавление сосудов при­водит к омертвлению всей конечности. В связи с этим категори­чески запрещается поверх жгута накладывать повязки, косынки. Жгут должен лежать так, чтобы он бросался в глаза. За 2 часа с момента наложения жгута необходимо принять все меры к то­му, чтобы пострадавшего доставить в стационар для окончатель­ной остановки кровотечения. Если окончательная остановка кро­вотечения по каким-либо причинам затягивается, то необходимо на 10—15 минут жгут снять (артериальное кровотечение в этот период предупреждают пальцевым прижатием артерии) и нало­жить вновь несколько выше или ниже того места, где он ранее был наложен. Иногда это необходимо проделать несколько раз (зимой через каждые полчаса, летом через час). Для того чтобы контролировать длительность наложения жгута, своевременно его снять или произвести ослабление, под жгут или к одежде пострадавшего прикрепляют записку с указанием даты, часа и минут наложения жгута.

При отсутствии специального жгута круговое перетягивание конечности может быть осуществлено ремнем, платком, куском материи. Необходимо помнить, что грубые жесткие предметы могут легко вызвать повреждение нервов. Жгут из подсобных средств называется закруткой. Примененный для закрутки предмет свободно завязывают на нужном уровне. В образован­ную петлю проводят палку, дощечку и, вращая ее, закручивают петлю до полной остановки кровотечения, после чего палку фик­сируют к конечности. Наложение закрутки—довольно болезненная процедура, поэтому под закрутку, особенно под узел, необхо­димо что-либо подложить. Все ошиб­ки, опасности и осложнения, наблюда­емые при наложении жгута, полностью относятся к закрутке.

1. Далее при травмах такого рода надо определить есть перелом или нет.

Определить это будет не сложно. При открытом переломе нередко в рану выстоит обломок кос­ти, являющийся прямым указанием перелома, в этом случае проводить ощупывание и исследование области перелома запрещается.

Основным действием первой помощи при переломах костей является создание неподвижности костей в области перелома. Иммобилизация достигается наложением транспортных шин или цитированием всей конеч­ности с помощью "импровизированных" шин из любого твердого материала.

Наложение шины нужно проводить непосредственно на месте происшествия, и только после этого можно транспортировать больного.

Шины необходимо накладывать осторожно, с тем что­бы не сместить отломки и не вызвать у пострадавшего боль. Какие-либо исправления, сопоставления отломков производить не рекомендуется. Исключением являются случаи, когда имеется угроза повреждения кожи торчащим острым концом кости.

5. В случае если больной находится на проезжей части и мешает проезду машин, тогда его нужно перенести в сторону от проезжей части, например тротуар. Пе­реносить больного нужно очень осторожно, конечность и туло­вище следует поднимать одновременно, все время, удерживая на одном уровне.

При открытом переломе, перед иммобилизацией кожу вокруг раны необходимо обработать настойкой йода и наложить асеп­тическую повязку. При отсутствии стерильного материала рана должна быть закрыта любой чистой хлопчатобумажной тканью. Иммобилизацию нижней конечности удобнее всего осуществ­лять с помощью транспортной шины Дитерихса, верхней—лест­ничной шины Крамера. Если транспортных шин нет, то иммобилизацию следует про­водить с помощью любых случайных материалов (доски, лыжи, ружья, палки, прутья, пучки камыша, соломы, картон и т. д.), импровизированных шин.

При отсутствии какого-либо подсобного материала иммобилизацию следует провести путем прибинтовывания поврежденной конечности к здоровой части тела; верхней конечности—к туловищу, нижней—к здоровой ноге. При проведении транспортной иммобилизации необходимо выполнять следующие правила:

1) шины, используемые для им­мобилизации, должны быть надежно закреплены и хорошо фик­сировать область перелома;

2) шину нельзя накладывать непо­средственно на обнаженную конечность, последняя предвари­тельно должна быть обложена ватой или какой-либо тканью;

3) создавая неподвижность в зоне перелома, необходимо произ­вести фиксацию двух суставов выше и ниже перелома (напри­мер, в нашем случае при переломе голени фиксируются голеностопный и колен­ный суставы) в положении, удобном для больного и транспорти­ровки;

6. После переноса необходимо произвести правильную иммобилизацию по­врежденного органа, то есть фиксацию его в положении, при кото­ром меньше всего возникает болевых ощущений, это необходимо для профилактика шока и других общих явлений. Крайне небла­гоприятно действуют на больного излишняя суетливость, громкий и резкий разговор, обсуждение при пострадавшем имеющейся травмы и его состояния. Охлаждение предрасполагает к разви­тию шока, поэтому больного необходимо тепло укрыть. Благо­приятное действие оказывает дача небольших количеств спирта, водки, вина, горячего кофе и чая. Некоторое уменьшение болей можно достигнуть, дав больному аналь­гетики. Если имеется возможность, необходимо ввести обезболивающие средства.

1. После всех вышеописанных произведенных действий, то есть оказания первой медицинской помощи, надо вызвать скорую, которая доставит больного в больницу, где пострадавшему будет оказано дальнейшее лечение.

**Список литературы**

1. В.М. Буянов Первая медицинская помощь Москва "Медицина" 1974 г.
2. Под редакцией академика Петровского Большая медицинская энциклопедия Москва "Советская энциклопедия" 1974 г.
3. Под редакцией В.Я. Сюнькова Основы безопасности жизнедеятельности (2 части) Москва Центр инновации в педагогике 1998 г.