

травм являются падение с высоты, сдавление тяжелыми предметами, ДТП, ныряние в мелководье и т.д. Самый распространенный механизм возникновения закрытой травмы позвоночника является чрезмерное его сгибание в наиболее подвижных отделах. Повреждения позвоночника и спинного мозга должны классифицироваться по степени нарушения проводимости спинного мозга: повреждения с полным нарушением проводимости спинного мозга, с частичным ее нарушением и с отсутствием нарушений проводимости.

Первая медицинская помощь при травме позвоночника

1. Обеспечение проходимости дыхательных путей.
2. Кислород.
3. Первичный осмотр.
4. Иммобилизация пострадавшего (установка фиксирующего воротника и обездвиживание всего позвоночника) (рис.46).
5. Обработка ран (если таковые имеются).



1



2



3



4

Рис. 46. Этапы перекладки пострадавшего с подозрением на травму позвоночника

8.5. Транспортировка пострадавших

Транспортировка пострадавших. Важнейшей задачей первой помощи является организация быстрой, безопасной, щадящей транспортировки (доставки) больного или пострадавшего в лечебное учреждение. Причинение боли во время транспортировки способствует ухудшению состояния пострадавшего, развитию шока. *Выбор способа транспортировки зависит от состояния пострадавшего, характера травмы или заболевания и возможностей, которыми располагает оказывающий первую помощь.*

Положение пострадавшего при транспортировке. Пострадавшего следует перевозить в определенном положении соответственно виду травмы. В положении **лежа на спине** транспортируют пострадавших с ранениями головы,

повреждениями черепа и головного мозга, позвоночника и спинного мозга, переломами костей таза и нижних конечностей. В этом же положении необходимо транспортировать пострадавших, у которых травма сопровождается развитием шока, значительной кровопотерей или бессознательным состоянием, а также больных с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости (аппендицит, ущемление грыжи, прободная язва). При обморочном состоянии больного и при явлениях острого малокровия голову укладывают ниже, без подушки. При ранении лица, головы и черепа больного кладут также на спину, но с приподнятой верхней частью туловища. При ранении живота больному придают положение на спине с согнутыми в коленях ногами, подложив в подколенные области валик из одежды. При повреждении таза рекомендуется положение на спине с приподнятыми ногами (на подушке).

Пострадавших и больных в бессознательном состоянии транспортируют в положении **лежа на животе**, с подложенными под лоб и грудь валиками. Такое положение необходимо для предотвращения асфиксии.

Значительную часть больных можно транспортировать в **положении сидя**, а некоторых только в сидячем или **полусидячем положении**. При ранении в грудь больного переносят в положении на спине с приподнятой грудной клеткой, при явлениях затрудненного дыхания - в полусидячем положении или в положении на раненом боку. При ранении передней стороны шеи и дыхательного горла больного переносят в полусидячем положении, наклонив голову вперед так, чтобы подбородок касался груди [10].

При *переломах позвоночника* даже небольшие смещения позвонков могут вызвать разрыв спинного мозга, поэтому категорически запрещается пострадавшего с подозрением на перелом позвоночника сажать, ставить на ноги. Пострадавшему, прежде всего, необходимо создать покой, уложив его на ровную твердую поверхность - деревянный щит, доски. Эти же предметы используют для транспортной иммобилизации. При отсутствии доски и бессознательном состоянии пострадавшего транспортировка наименее опасна на носилках в положении лежа на животе с подложенными под плечи и голову подушками. В случае перелома шейного отдела позвоночника транспортировку осуществляют на спине с иммобилизацией головы, как при повреждениях черепа. Транспортировать пострадавших с травмами позвоночника следует особо осторожно (рис. 47). Перекладывание, погрузку и транспортировку должны производить одновременно 3-4 человека, удерживая все время на одном уровне туловище пострадавшего, не допуская малейшего сгибания позвоночника; перекладывать пострадавшего лучше вместе с доской или щитом, на котором он лежит.

Перелом костей таза - одна из наиболее тяжелых костных травм, часто сопровождается повреждением внутренних органов и тяжелым шоком. Возникает при падениях с высоты, сдавлениях, прямых сильных ударах. Признаком травмы является резчайшая боль в области таза при малейшем движении конечностями и изменении положения пострадавшего.

При переломах таза иммобилизацию при ПП произвести невозможно, поэтому ПП является придание пострадавшему положения, при котором реже возникают или усиливаются боли и менее всего возможны повреждения внут-

ренных органов костными отломками. Больного следует уложить на ровную твердую поверхность, ноги согнуть в коленных и тазобедренных суставах, бедра несколько развести в стороны (положение лягушки), под колени подложить тугий валик из подушки, одеяла, пальто, сена и т. д. высотой 25-30 см (рис 48).

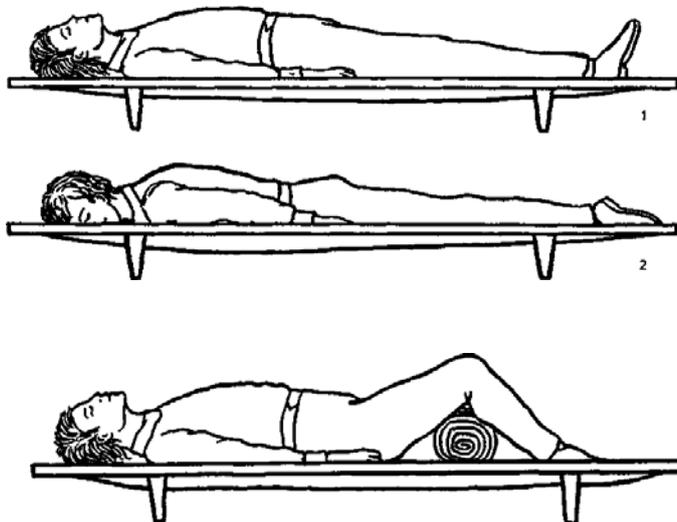


Рис. 47. Иммобилизация позвоночника:
1 - грудного отдела позвоночника;
2 - поясничного отдела позвоночника

Рис.48. Иммобилизация таза

При отсутствии какого-либо транспорта следует осуществить переноску пострадавшего в лечебное учреждение на носилках, в том числе импровизированных (рис.49.). Первую помощь приходится оказывать и в таких условиях, когда нет никаких подручных средств или нет времени для изготовления импровизированных носилок. В этих случаях больного необходимо перенести на руках. Первую помощь приходится оказывать и в таких условиях, когда нет никаких подручных средств или нет времени для изготовления импровизированных носилок. В этих случаях больного необходимо перенести на руках. Один человек может нести больного на руках, на спине, на плече (рис. 50). Переноску способом «на руках впереди» и «на плече» применяют в случаях, если пострадавший очень слаб или без сознания. Если больной в состоянии держаться, то удобнее переносить его способом «на спине». Эти способы требуют большой физической силы и применяются при переноске на небольшие расстояния. На руках значительно легче переносить вдвоем. Пострадавшего, находящегося в бессознательном состоянии, наиболее удобно переносить способом

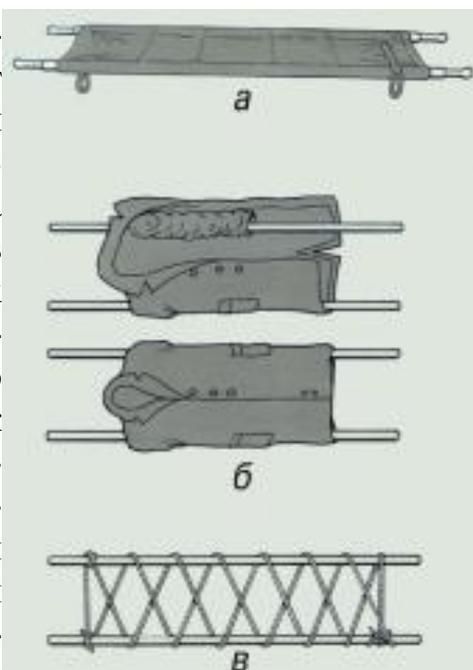


Рис.49. Носилки
а - медицинские;
б, в - импровизированные

«друг за другом» (рис. 51).

Если больной в сознании и может самостоятельно держаться, то легче переносить его на «замке» из 3 или 4 рук (рис. 51 б, в).

Значительно облегчает переноску на руках или носилках носилочная лямка.

В ряде случаев больной может преодолеть короткое расстояние самостоятельно с помощью сопровождающего, который закидывает себе на шею руку пострадавшего и удерживает ее одной рукой, а другой обхватывает больного за талию или грудь.

Пострадавший свободной рукой может опираться на палку. При невозможности самостоятельного передвижения пострадавшего и отсутствии помощников возможна транспортировка волоком на импровизированной волокуше - на брезенте, плащ-палатке.



Рис. 50. Переноска пострадавшего одним носильщиком: а - на руках; б - на спине; в - на плече

Таким образом, в самых разнообразных условиях оказывающий первую помощь может организовать тем или иным способом транспортировку пострадавшего. Ведущую роль при выборе средств транспортировки и положения, в котором больной будет перевозиться или переноситься, играют вид и локализация травмы или характер заболевания. Для предотвращения осложнений во время транспортировки пострадавшего следует перевозить в определенном положении соответственно виду травмы.

Очень часто правильно созданное положение спасает жизнь раненого и, как правило, способствует быстрейшему его выздоровлению. Транспортируют раненых в положении лежа на спине, на спине с согнутыми коленями, на спине с опущенной головой и приподнятыми нижними конечностями, на животе, на боку. Значительную часть больных можно транспортировать в положении сидя или полусидя. Необходимо также следить за правильным положением носилок при подъеме и спуске по лестнице (рис. 52).

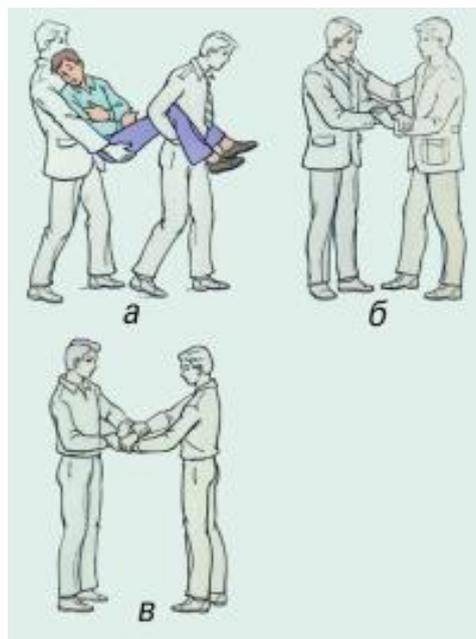


Рис. 51. Переноска пострадавшего двумя носильщиками: а - способ «друг за другом»; б - «замок» из трех рук; в - «замок» из четырех рук

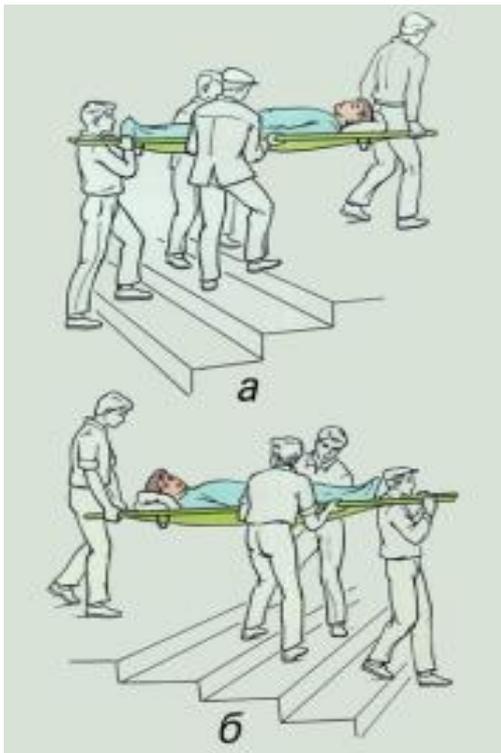


Рис. 52. Правильное положение носилок при подъеме (а) и спуске (б)

При транспортировке в холодное время года надо принять меры для предупреждения охлаждения пострадавшего, т.к. охлаждение почти при всех видах травмы, несчастных случаях и внезапных заболеваниях резко ухудшает состояние и способствует развитию осложнений. Особого внимания в этом отношении требуют раненые с наложенными кровоостанавливающими жгутами, пострадавшие, находящиеся в бессознательном состоянии и в состоянии шока, с отморожениями.

В период транспортировки необходимо проводить постоянное наблюдение за больным, следить за дыханием, пульсом, сделать все, чтобы при рвоте не произошла аспирация рвотных масс в дыхательные пути. Очень важно, чтобы оказывающий первую помощь своим поведением, действиями, разговорами максимально щадил психику больного, укреплял в нем уверенность в благополучном исходе заболевания [1, 2, 10].

Контрольные вопросы:

1. Каковы показания, цель и основной принцип транспортной иммобилизации?
2. В чем состоят правила проведения транспортной иммобилизации?
3. Расскажите о способах проведения транспортной иммобилизации при повреждениях в области головы и шеи.
4. Перечислите способы проведения транспортной иммобилизации при повреждениях позвоночника и переломах ребер.
5. Каковы правила транспортирования пострадавшего на носилках?
6. Каковы особенности транспортирования пострадавших с ранениями головы, повреждениями головного мозга и костей черепа?
7. Какие особенности имеет транспортировка пострадавших с переломами позвоночника и костей таза?
8. Как следует транспортировать пострадавших в состоянии шока после значительной потери крови, имеющих травмы органов брюшной полости?
9. Какие вы знаете способы транспортировки пострадавшего?