

ОРГАНИЗАЦИЯ УХОДА ЗА ДЕТЬМИ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ

Уход — это помощь и создание условий комфорта больному ребенку, требующему хирургического лечения. Строгое соблюдение правил клинической гигиены детей в хирургической клинике в первую очередь определяется профилактикой гнойно-септических осложнений, вероятность которых возрастает с уменьшением возраста ребенка, увеличением тяжести хирургического заболевания и длительности пребывания в стационаре. Соблюдение правил личной гигиены больного и медицинского персонала препятствует пересевам патогенных бактерий от одного пациента к другому и уменьшает риск возникновения этих осложнений.

От правильно организованного ухода зависят качество обследования больного, своевременная постановка диагноза, благоприятный ход оперативного вмешательства, течение послеоперационного периода и выздоровление. Пренебрежение уходом за хирургическими больными или незнание его правил способно свести на нет результаты самых блестящих и безукоризненно выполненных операций.

Врач должен не только сам выполнять лечебные манипуляции и исполнять должностные инструкции, но также знать сам и уметь обучить правилам ухода медицинских сестер и санитаров.

2.1. Возрастные анатомо-физиологические особенности ухода за детьми в хирургической клинике

2.1.1. Личная гигиена новорожденных и грудных детей

Новорожденные дети по строению тела и функциональным особенностям резко отличаются от детей более старшего возраста и взрослых. Период новорожденности является временем приспособления ребенка к новым, внеутробным условиям среды. У новорожденных не закончено развитие многих органов и систем, в частности центральной нервной системы. Ткани новорожденного богаты водой, функционально недоразвиты, ранимы, неустойчивы к неблагоприятным воздействиям. Терморегуляция несовершенная, особенно у недоношенных детей. В связи с этим новорожденные дети легко подвергаются охлаждению и перегреванию. При неблагоприятных условиях процесс приспособления нарушается, и у новорожденных детей легко возникают заболевания.

Новорожденные дети неустойчивы ко многим видам инфекции, которая может проникать через пуповинный остаток, кожу, носоглотку, желудочно-кишечный тракт.

В наиболее сложных адаптационных условиях оказываются новорожденные с пороками развития и заболеваниями, требующими экстренной хирургической и реанимационной помощи. Невозможность формирования нормального биоценоза организма с последующей колонизацией патогенными госпитальными штаммами микроорганизмов, вторичное иммунодефицитное состояние на фоне «стрессовых» вмешательств значительно повышают риск возникновения инфекционных осложнений. Лечение детей этой возрастной группы, как правило, требует более интенсивного и длительного лечения в стационаре и наиболее строгого выполнения всех требований ухода.

Под палаты новорожденных отводят самые светлые, сухие, просторные, хорошо проветриваемые помещения. На каждую койку отводится не менее 2,5 м² площади. Желательны боксы или полубоксы на 2–4 койки для изоляции. Температура в палатах поддерживается на уровне 22–24 °С.

Детские кровати (металлические, пластиковые «мыльницы»), куветы, реанимационные столики с матрасом, обшитым клеенкой, застилают стерильными пеленками. Еще одна пеленка подклады-

вается под голову ребенка. Кроватки перестилаются ежедневно и дополнительно в случае загрязнения. Новорожденный ребенок одевается и пеленается в стерильное белье стационара. Белье отделений новорожденных стирают и стерилизуют отдельно от другого белья.

Уход за новорожденными поручается медицинским сестрам с соответствующей подготовкой. Технический персонал к уходу за детьми не допускается, санитаркам разрешаются только уборка и другие виды вспомогательной деятельности.

Персонал при поступлении на дежурство тщательно моет руки до локтя с мылом и щеткой, после чего обрабатывает кожно-дезинфицирующим составом. Дети первых пяти дней жизни пеленаются в стерильные пеленки. Перед пеленанием каждого ребенка руки вновь моют и обрабатывают дезинфицирующим раствором. При входе в бокс персонал снимает халаты и работает в хирургической форме, стерильная маска обязательна. После пеленания каждого ребенка пеленальный столик обрабатывается дезинфицирующим раствором. Использованные пеленки кладут в пластиковые мешки и регулярно выносят из палат в отдельное помещение для сбора использованного белья. Стирка в прачечных белья из отделений новорожденных проводится отдельно от белья из других отделений для профилактики внутрибольничной инфекции.

Два раза в сутки (утром до первого кормления и вечером) производят туалет новорожденных. Ребенка осматривают, проверяют все складки кожи, состояние пупочной ранки, проводят туалет кожи, носа, ушей, измеряют температуру, взвешивают, выполняют врачебные назначения.

Уход за кожей имеет очень большое значение в профилактике инфекционных осложнений. До заживления пупочной ранки новорожденных не купают, поэтому ограничиваются тем, что обмывают ватным тампоном, смоченным теплой кипяченой водой, личико ребенка, складки шеи, за ушами, ладони, подмышечные ямки, паховые складки. Кожные складки обрабатываются одноразовыми влажными гигиеническими салфетками, стерильным вазелиновым или подсолнечным маслом. Пупочная ранка промывается 3% раствором перекиси водорода, высушивается стерильной салфеткой и обрабатывается либо раствором бриллиантовой зелени, либо 5% раствором перманганата калия. Ускоряет процесс заживления пупочной ранки и уменьшает вероятность ее инфицирования наложение на область пупка повязки с 1% раствором хлорофиллипта.

При смене подгузника ребенок аккуратно подмывают под струей теплой воды. Кожу обсушивают, прикладывая чистую пеленку (не протирая). Кожу ягодиц и паховые складки профилактически смазывают стерильным маслом. Опрелость обычно является результатом неправильного ухода за новорожденным либо результатом раздражающего действия жидкого стула.

Уход за органами чувств. Глаза ребенка промывают ватным шариком, пропитанным 0,05% раствором хлоргексидина, протирая от наружного к внутреннему углу глаза.

Уход за ушами ограничивается протиранием ушных раковин при утреннем туалете; слуховой проход обычно очищать не требуется.

Носовые ходы очищают в том случае, если дыхание затруднено и в носу имеются слизь или корочки. Носовые отверстия осторожно протирают ватным жгутиком, пропитанным вазелиновым маслом.

Слизистую оболочку полости рта протирать категорически запрещается, потому что при этом возможно нарушение ее целостности, что ведет к возникновению ссадин и заболеваний. При молочнице слизистую полости рта осторожно смазывают противогрибковыми препаратами.

Пеленание новорожденного. Ребенка кладут на разостланные пеленки. Надевают распашонку и теплую байковую рубашечку с защитными рукавами, запахивающуюся сзади. Надевают памперс или подгузник (пеленка, сложенная углом, широким основанием кладется под поясницу, нижний треугольный край укладывается между ножками, а наружные концы завертываются вокруг туловища) и заворачивают в широкую пеленку.

2.1.2. Личная гигиена детей грудных и ясельного возраста

Гигиена детей до 3–4 лет в хирургических отделениях проводится медицинским персоналом или родителями под контролем медицинского персонала. Она включает утреннее умывание, чистку зубов у детей постарше, протирание складок и кожи ребенка влажными гигиеническими салфетками, подмывание и смену памперса по мере надобности. Переодевание нательного белья по мере загрязнения. Может быть использовано домашнее хлопчатобумажное белье. Постельное белье перестилается по мере загрязнения, но не реже одного раза в неделю.

2.1.3. Личная гигиена детей среднего и старшего возраста, находящихся на общем режиме

Гигиена детей среднего и старшего возраста проводится самими детьми под контролем медицинского персонала и включает утреннее умывание, чистку зубов, расчесывание волос, перестилание постели с заменой загрязненной. Производится контроль персоналом регулярного мытья рук детьми перед едой, после пользования туалетом. Медицинский персонал контролирует также вечернее умывание, подмывание, мытье ног.

2.1.4. Личная гигиена больных, находящихся на строгом постельном режиме

Важным условием хорошего самочувствия и выздоровления больного ребенка является постельный комфорт. Детские хирургические отделения оснащены функциональными кроватями, обеспечивающими правильное положение тела больного. Например, полусидячее положение с валиком-упором для ног для обеспечения дренажной функции после операций по поводу воспалительных заболеваний брюшной полости. На такой кровати больному можно придать положение с приподнятым головным концом с вытяжением за подмышечные впадины на шите, что используется при компрессионном переломе позвоночника. Для детей ясельного возраста предназначены кровати с поднимающимися стенками.

Матрасы должны быть ровными, упругими. В ясельных палатах они обшиваются клеенкой. Постельное белье (простыни, наволочки, пододеяльники) должны быть ровными без рубцов и швов, меняться еженедельно и по мере загрязнения.

Правила перестилания постели у тяжелобольных

Постель больного регулярно — утром, перед дневным сном и на ночь — необходимо перестилать, стряхивая с нее крошки и расправляя складки. Больного ребенка на это время можно взять на руки или переложить на каталку. Если этого делать нельзя, то ребенка нужно переложить на край кровати, затем расправить на освободившейся половине простыню, удалив с нее крошки, после чего следует переложить ребенка на убранную половину постели и то же самое проделать с другой стороны.

В тех случаях, когда необходима смена простыни и больному разрешено поворачиваться на бок, нужно сначала осторожно при-

поднять его голову и убрать из-под нее подушку, а затем повернуть ребенка на бок, лицом к краю кровати. На освободившейся половине постели, находящейся со стороны спины больного, нужно скатать грязную простыню так, чтобы она в виде валика легла вдоль его спины. На освободившееся место нужно положить чистую, также наполовину скатанную простыню. Затем ребенку помогают лечь на спину и повернуться на другой бок, после чего он окажется лежащим на чистой простыне с лицом, повернутым к противоположному краю кровати. После этого убирают грязную простыню и расправляют чистую (рис. 30).

Если больного нельзя поворачивать, можно сменить простыню другим способом. Начиная с головного конца кровати, скатывают грязную простыню под больным, приподнимая его голову и верхнюю часть туловища. На место грязной простыни кладут скатанную в поперечном направлении чистую простыню и расправляют ее на освободившемся месте. Затем на чистую простыню кладут подушку и опускают на нее голову больного. Приподнимая таз больного, сдвигают грязную простыню к ножному концу кровати, продолжая расправлять на ее месте чистую, после чего остается удалить грязную простыню и расправить до конца матраца чистую, заправив края ее под матрац (рис. 31).

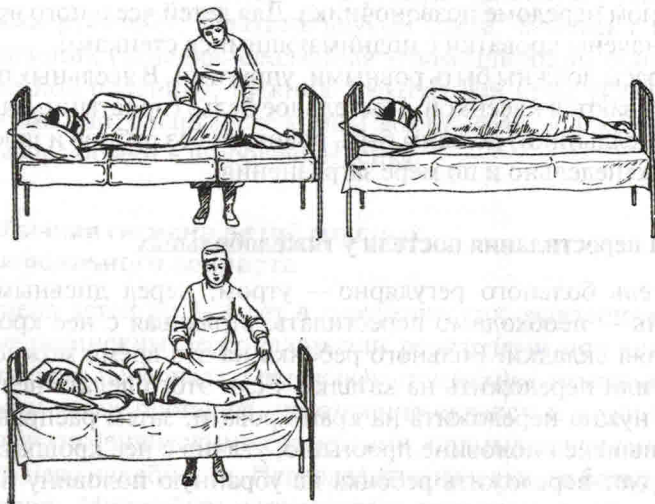


Рис. 30. Последовательность смены постельного белья у тяжелобольного



Рис. 31. Смена постельного белья у тяжелобольного

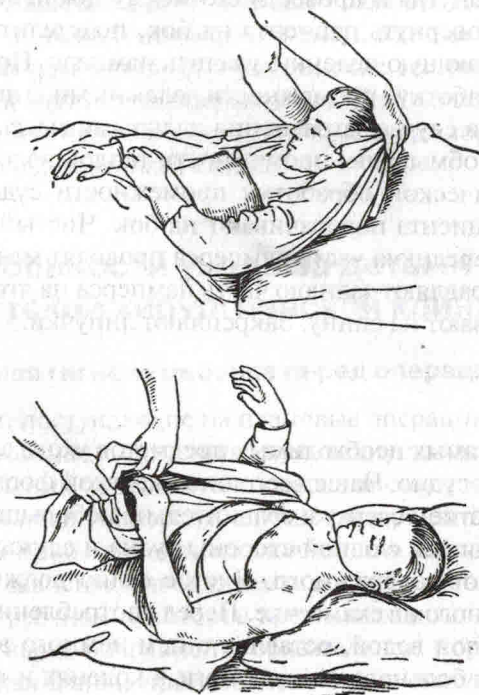


Рис. 32. Смена рубашки у тяжелобольного

Смену рубашки у тяжелобольного производят следующим образом. Слегка приподняв верхнюю часть туловища, собирают рубашку со спины к шее. Приподняв руки больного, снимают рубашку через голову, а затем освобождают от рукавов руки (рис. 32). Если одна рука у больного повреждена, то рукав снимают сначала со здоровой руки, а затем с больной. Чистую рубашку надевают в обратном порядке: сначала надевают рукава, начиная с больной руки, затем надевают рубашку через голову и расправляют вдоль спины.

Смена памперса у тяжелобольного

Для создания состояния комфорта у тяжелобольного пациента при недержании мочи и стула во всех возрастных группах используются памперсы, которые заменяют по мере необходимости при загрязнении. Необходимо расстегнуть липучки по бокам, слегка раздвинуть ноги ребенка и согнуть их в коленях. Аккуратно сложить памперс внутрь и провести его между ног пациента спереди назад. Затем повернуть пациента на бок, подстелить под область ягодиц впитывающую пеленку, удалить памперс. Провести гигиеническую обработку промежности влажными гигиеническими салфетками, а в случае загрязнения каловыми массами необходимо аккуратное обмывание промежности теплой водой над судном. После гигиенической обработки промежности судно и пеленка удаляются. Пациента поворачивают на бок. Чистый памперс разворачивают, переднюю часть памперса проводят между ног спереди назад. Расправляют заднюю часть памперса на ягодицах. Пациента поворачивают на спину. Закрепляют липучки.

Подача судна

Одним из самых необходимых предметов ухода за тяжелобольными является судно. Чаще всего оно округлой формы с большим круглым отверстием сверху и сравнительно небольшим отверстием в трубке, отходящей с одной стороны судна и служащей для освобождения его от содержимого. Чистое судно должно стоять под кроватью больного на скамеечке. Перед употреблением судно ополаскивают теплой водой, оставляя в нем немного воды. Откинув одеяло, просят больного согнуть ноги в коленях и помогают ему, подводя левую руку под крестец, приподнять таз. Держа судно правой рукой за трубку, подводят его под ягодицы так, чтобы про-

межность оказалась над большим отверстием, а трубка — между бедрами в сторону колен. После опорожнения кишечника и мочеиспускания необходимо обтереть и обмыть кожу промежности теплой водой или бледно-розовым раствором перманганата калия. Затем судно вынимают из-под больного и уносят в уборную. После освобождения от содержимого судно следует тщательно вымыть щеткой, продезинфицировать 3% раствором хлорамина, ополоснуть и поставить на скамеечку под кровать больного.

Уход за кожей тяжелобольного ребенка имеет большое значение. Чтобы кожа правильно функционировала, необходимо содержать ее в чистоте и предотвращать мацерации. Медицинским персоналом производится ежедневное мытье лица, шеи, рук с мылом, обтирание всего тела влажными салфетками с антисептиками или камфорным спиртом, подмывание промежности по мере необходимости. Волосы ребенка ежедневно расчесываются. Необходимо регулярно стричь ногти на руках и ногах.

Уход за полостью рта. У больного самоочищение полости рта нарушается не только ночью, но и днем. Уход за полостью рта тяжелобольных осуществляют медицинские сестры, они протирают язык, зубы и промывают полость рта. Для чего используют 0,5% раствор натрия гидрокарбоната, 0,9% раствор хлорида натрия, слабый раствор перманганата калия.

2.2. Особенности ухода за детьми в детской хирургической клинике

2.2.1. Личная гигиена ребенка перед операцией

Все дети, поступающие на плановые операции, в обязательном порядке принимают гигиеническую ванну дома. В приемном покое и в отделении проводится проверка чистоты кожных покровов, состояния ногтей и волос. В случаях экстренной госпитализации в приемном покое проводится полная или частичная санитарная обработка в зависимости от тяжести состояния больного. В тех случаях, когда ребенок некоторое время находился в хирургическом отделении, перед операцией в обязательном порядке назначается гигиеническая ванна, производится смена нательного и постельного белья. Накануне операции всем больным назначается очистительная клизма.

После операции больной транспортируется на каталке в палату. Для того чтобы переложить больного со стола или кровати на каталку, необходимо поставить каталку параллельно столу вплотную к нему. Два человека (если ребенок маленький, то один) со стороны каталки, плотно прижимая ее к столу, берут ребенка под лопатки и спину и под поясницу и ноги и переносят аккуратно на каталку, укладывают на спину, поворачивают голову на бок. Необходимо следить, чтобы никакие части тела не выступали за борта каталки, чтобы во время транспортировки не травмировать ребенка. Транспортировка просыпающегося после наркоза ребенка из операционной производится только опытной медицинской сестрой или врачом. Необходимо следить за целостностью дренажей и систем для внутривенных вливаний.

В отделении после операции больного укладывают в горизонтальном положении на спину без подушки, голову поворачивают на бок (рис. 33). Это делается для того, чтобы предотвратить западение языка и аспирацию рвотных масс. Если возникает рвота, голову ребенка удерживают с поворотом на бок, подложив полотенце

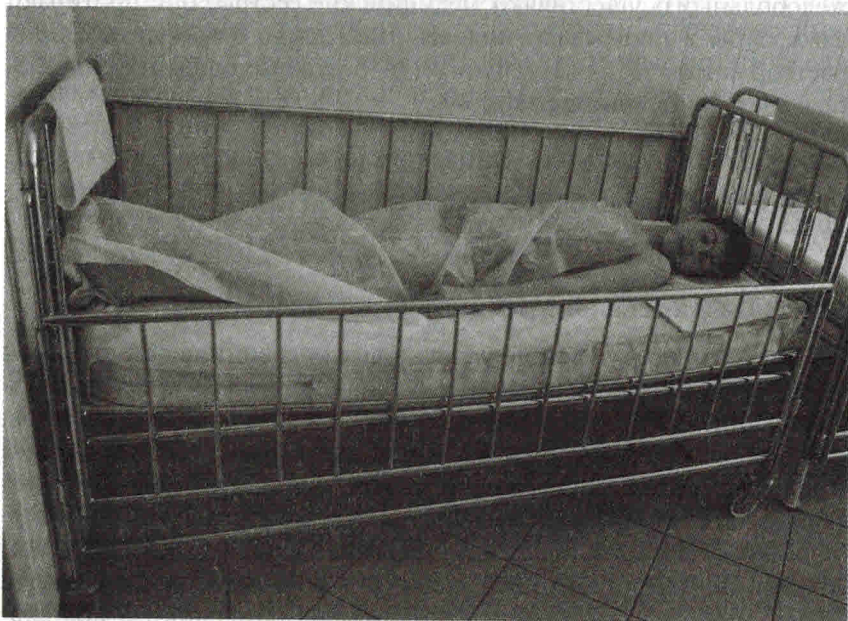


Рис. 33. Положение больного после операции до полного выхода из наркоза

или пеленку. Затем рот снаружи протирают полотенцем, а изнутри влажной марлевой салфеткой. В течение первых 6 ч после операции поить больных запрещается из-за риска возникновения рвоты.

Если больной доставлен из операционной после операции под наркозом, около него неотлучно находится кто-либо из медперсонала до полного пробуждения, контролируя при этом функцию дыхания и состояние гемодинамики (пульс, артериальное давление). После полного пробуждения больному придают функционально выгодное горизонтальное на спине или возвышенное положение.

2.2.2. Особенности ухода за детьми после операций на брюшной полости

Почти две трети операций, выполняемых у детей различного возраста, производятся по поводу разных пороков развития и заболеваний органов брюшной полости. Большое количество из них выполняется экстренно, по поводу острых хирургических заболеваний. Успех лечения во многом зависит от правильного ухода за больным после операции.

В первые сутки после операции для уменьшения воспаления в области послеоперационного шва поверх асептической повязки через пеленку укладывается пузырь со льдом на 20–30 мин с перерывами по 10–15 мин.

Положение больного в кровати, двигательный режим, варианты обезболивания зависят от вида патологии, объема оперативного вмешательства и определяются лечащим врачом (рис. 34). Адекватное обезболивание после операции является важным условием выздоровления и тщательно контролируется и корректируется медицинским персоналом.

В настоящее время выполнение оперативных вмешательств эндоскопическими методиками уменьшает степень травматичности и облегчает течение послеоперационного периода, позволяет значительно быстрее перевести ребенка на общий режим. Ведущая роль в профилактике послеоперационных осложнений отводится активному двигательному режиму в пределах постели, раннему вставанию (например, после операций по поводу неосложненного аппендицита, паховой грыжи, варикоцеле, обычно на 1–3 сут).

После реконструктивных операций на желудочно-кишечном тракте в связи с нарушением двигательной активности кишечника и возникновением застоя в желудке оставляется одноразовый же-

Глава 5

ОКАЗАНИЕ
ПЕРВОЙ ДОВРАЧЕБНОЙ
ПОМОЩИ ДЕТЯМ

5.1. Наложение повязок. Десмургия

Десмургией называется раздел общей хирургии, который изучает различные виды повязок и способы их наложения.

Основная задача десмургии — это разработка максимально простых в применении, но при этом максимально надежных повязок с использованием одновременно высококачественных, простых и дешевых перевязочных материалов.

Согласно принципам десмургии, повязки делят на несколько основных групп в зависимости от применения тех или иных материалов. Повязки могут быть из медицинского материала или подручных средств. Все их делят также на повязки из твердых материалов (гипс, шины) и из мягких (бинты, косынки).

По своему назначению все повязки делят на: кровоостанавливающие, фиксирующие, асептические (цель которых — предотвратить загрязнение раны микроорганизмами), лечебные (с различными мазями, растворами) и комбинированные. Повязка может быть однослойная и многослойная.

Основные правила наложения повязок
согласно принципам десмургии

Основное правило десмургии говорит о том, что любая повязка должна накладываться из чистого (а при необходимости — стерильного) перевязочного материала.

Даже в случае необходимости срочного наложения повязки в условиях использования подручных материалов и при отсутствии гигиенических или антисептических средств не следует касаться той поверхности перевязочного материала, который будет прикасаться к ране. По возможности рану следует обработать дезинфицирующим средством.

Еще одно важное правило десмургии — максимально бережное отношение к раненому или травмированному участку. Без необходимости не следует применять лекарственные средства, чрезвычайно тщательно и грубо промывать рану.

При наложении любой повязки не рекомендуется слишком туго ее стягивать, поскольку это может нарушать кровоснабжение и приводить к достаточно тяжелым последствиям. Единственное исключение из этого правила — необходимость наложения кровоостанавливающего жгута.

Знание десмургии подразумевает лишь умение накладывать различные повязки, но никак не лечить раны и травмы. Понимание основных принципов десмургии является обязательным не только для медицинских работников любой специальности, но и для всех людей. Это поможет быстро сориентироваться в критической ситуации, суметь использовать нестандартные предметы для наложения повязки и в конечном итоге значительно помочь больному человеку еще до приезда врача.

Мягкие повязки

В зависимости от того, как фиксируется перевязочный материал к телу, различают клеевые, косыночные, пращевидные, контурные и бинтовые повязки.

Клеевые повязки в основном накладываются для защиты раны от воздействия внешней среды. Перевязочный материал фиксируется к коже вокруг раны при помощи различных клеев: клеола, коллодия, лейкопластыря.

Клеоловая повязка чаще используется в операционной. На послеоперационный рубец накладывается стерильная салфетка. Кожа вокруг смазывается клеолом и наклеивается стерильная марлевая салфетка. Клеолом иногда смазывается кожа вокруг швов на ранах конечностей с тем, чтобы фиксировать и предупредить сползание циркулярных бинтовых повязок на конечностях.

Лейкопластырные повязки широко используются в настоящее время. Лейкопластырные повязки по типу черепицы применяют

с целью наложения окклюзионной повязки при проникающих ранениях грудной клетки.

Для предотвращения расхождения краев послеоперационного шва используют узкие длинные ленты пластыря, которые наклеивают перпендикулярно операционному рубцу, сближая края раны. Между этими лентами обязательно должны быть промежутки для свободного выделения раневого экссудата. С помощью лейкопластыря без прошивания сближают и фиксируют края небольших кожных ранок на лице. Лейкопластырем фиксируют дренажи, катетеры для инфузионной терапии, марлевые шарики (рис. 53).

Бактерицидный лейкопластырь с антисептическим веществом используется для закрытия раневой поверхности.

Косыночные повязки накладываются при помощи косынки — куска материи в виде прямоугольного треугольника. С помощью косынки можно наложить надежную повязку на любую область тела (рис. 54).

Пращевидные повязки можно сделать из широкого бинта или куска материи. С обоих концов полоску разрезают продольно с таким расчетом, чтобы средняя ее часть длиной 15–20 см осталась целой. Неразрезанную часть полоски накладывают на нужную область (нос, подбородок и т.д.) в поперечном направлении.

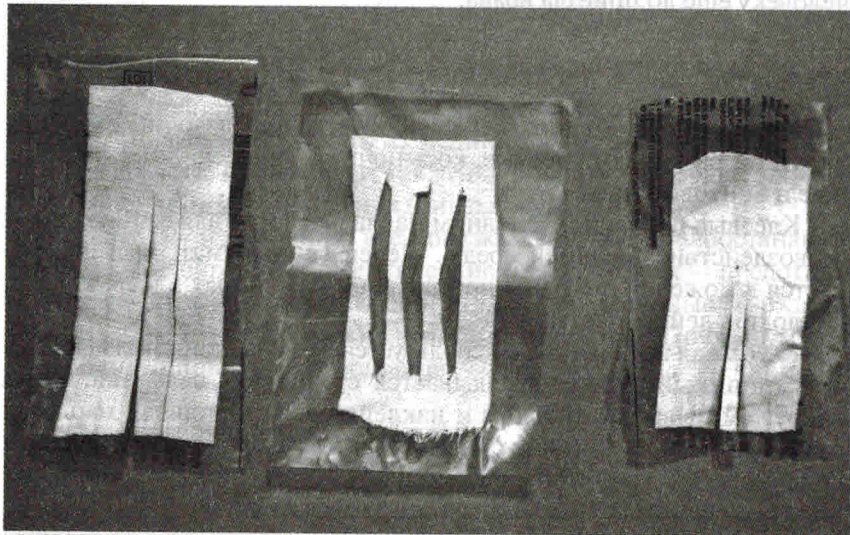


Рис. 53. Лейкопластырные фиксирующие повязки

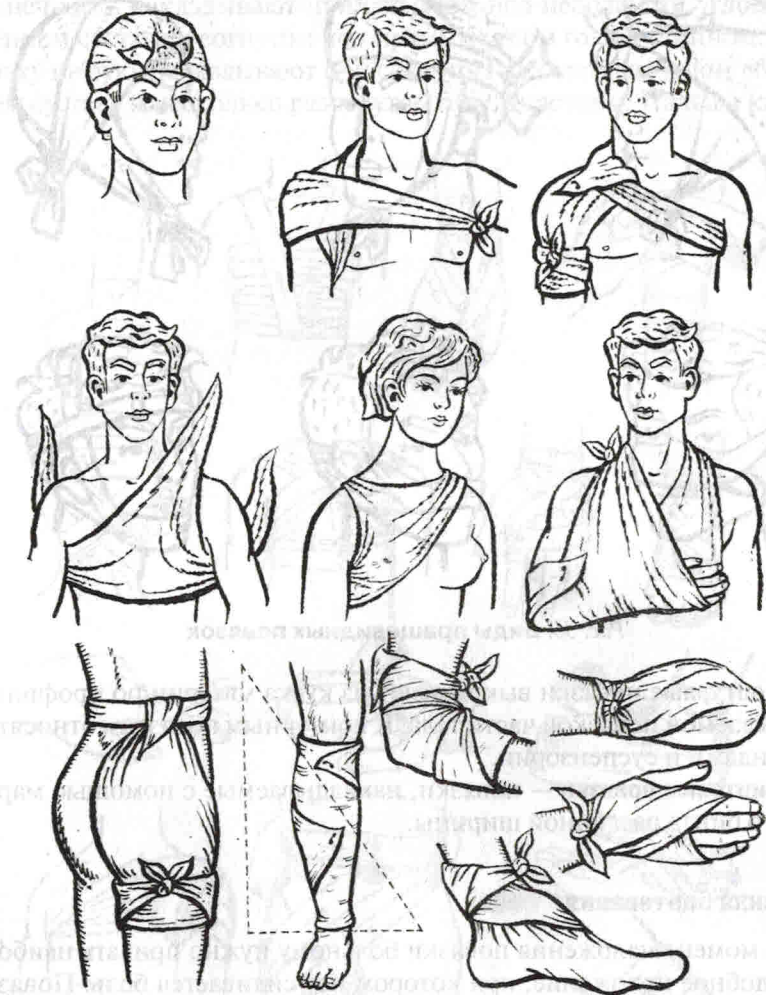


Рис. 54. Типичные косыночные повязки

Надрезанные концы каждой стороны перекрещивают таким образом, чтобы нижняя полоска стала верхней, а верхняя — нижней, и связывают с аналогичной полоской противоположной стороны (рис. 55).

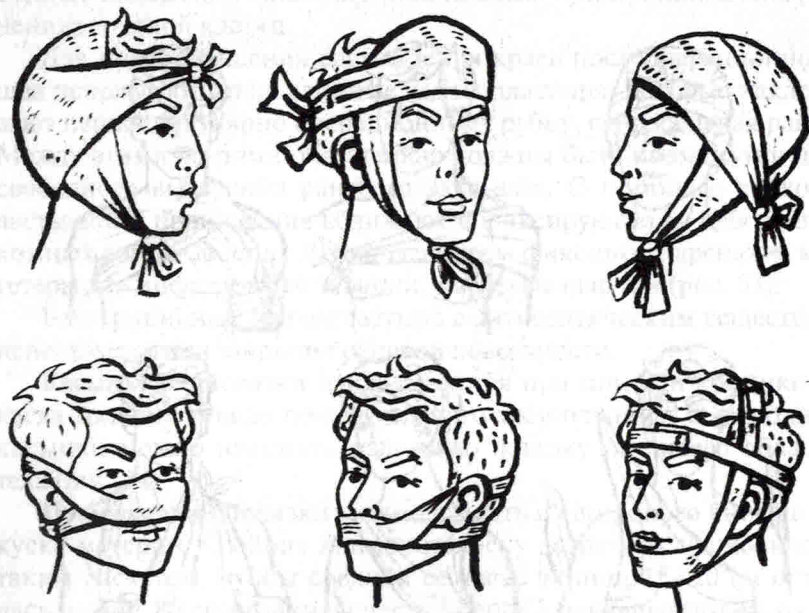


Рис. 55. Виды працевидных повязок

Контурные повязки выкраивают из куска материи по профилю закрываемой повязкой части тела. К контурным повязкам относятся бандажи и суспензории.

Бинтовые повязки — повязки, накладываемые с помощью марлевого бинта различной ширины.

Правила бинтования

В момент наложения повязки больному нужно придать наиболее удобное положение, при котором не усиливается боль. Повязку легче накладывать, если бинтуемая часть тела располагается на уровне груди бинтующего. Бинтуемая конечность должна находиться в том положении, в котором она будет после наложения повязки.

Длительное ношение повязки, которая фиксирует сустав, приводит к развитию тугоподвижности последнего. Поэтому при наложении повязок конечностям придают наиболее выгодное физиологическое положение, позволяющее после снятия повяз-

ки легко ликвидировать тугоподвижность. Повязки на нижнюю конечность накладывают при согнутом под небольшим углом коленном суставе и согнутом под прямым углом голеностопном. Повязку на руку накладывают при согнутом под прямым углом локтевом суставе и несколько разогнутом лучезапястном. Пальцы кисти

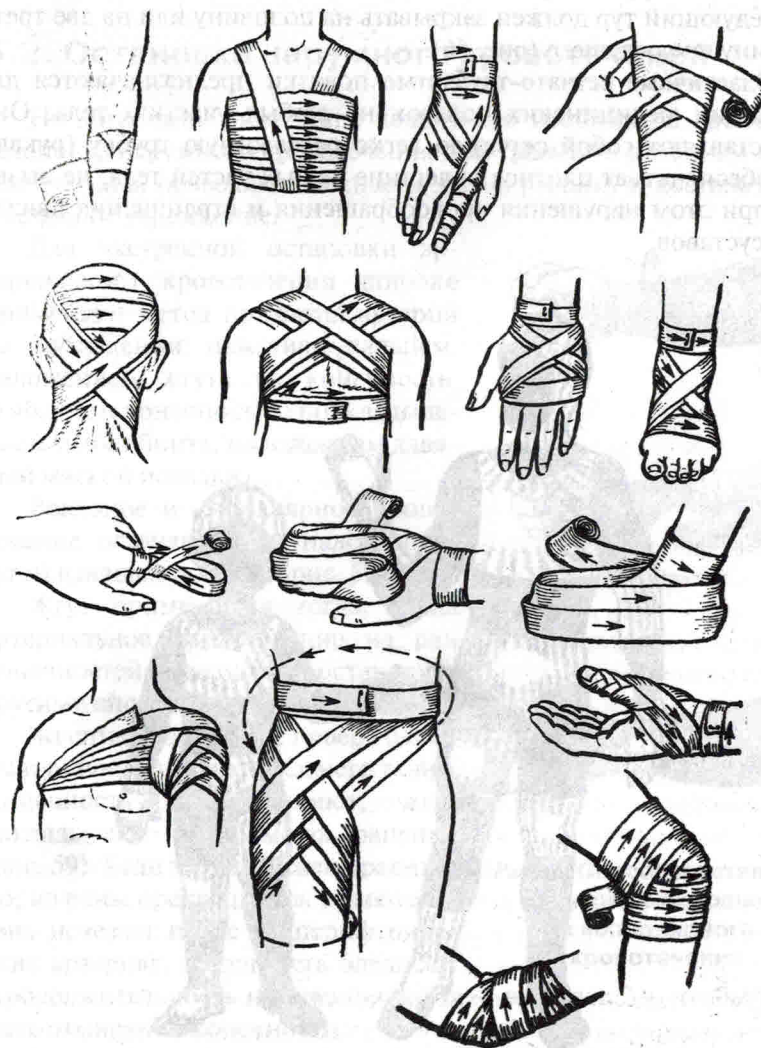


Рис. 56. Основные типы бинтовых повязок

выгоднее фиксировать в несколько согнутом положении, когда 1 палец противопоставлен всем остальным.

Бинтовать следует двумя руками, осуществляя попеременно то одной, то другой рукой вращения головки бинта вокруг бинтуемой части тела, свободной рукой расправляя туры бинта. Бинтовать надо по плану, пользуясь какой-либо типовой повязкой. Каждый последующий тур должен закрывать на половину или на две трети ширину предыдущего (рис. 56).

Эластичные сетчато-трубчатые повязки предназначаются для фиксации медицинских повязок на любых участках тела. Они представляют собой сетчатую легко растяжимую трубку (рукав), что обеспечивает плотное облегание любых частей тела, не вызывая при этом нарушения кровообращения и ограничения движений суставов.

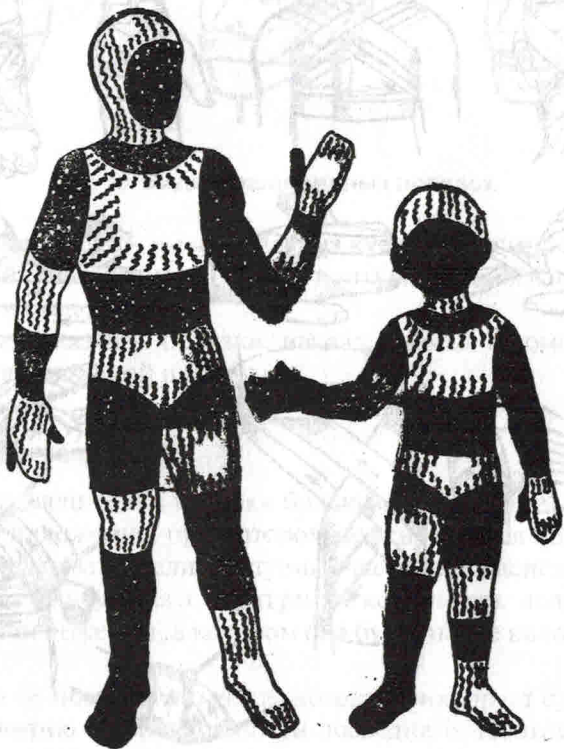


Рис. 57. Варианты наложения сетчато-трубчатых бинтов

Методика наложения этих бинтов следующая: внутрь бинта продевают кисти (пальцы) обеих рук, растягивают его и надевают на нужный участок. После извлечения рук (пальцев) бинт сокращается, плотно охватывает тело и надежно фиксирует перевязочный материал. Сетчато-трубчатые бинты выпускаются 7 размеров (рис. 57).

5.2. Остановка наружного кровотечения

На догоспитальном этапе чаще всего необходима временная остановка наружного кровотечения при травмах с ранением крупных сосудов, позволяющая спасти жизнь ребенку и доставить его в лечебное учреждение.

Для экстренной остановки артериального кровотечения широко применяют метод прижатия артерий на протяжении: нажатием пальцем, наложением жгута на конечность, сгибанием конечности с подкладыванием пачки бинта, наложением давящей мягкой повязки.

Венозное и капиллярное кровотечение останавливают наложением тугой давящей повязки (рис. 58).

Жгут применяется тогда, когда артериальное кровотечение из ран конечностей невозможно остановить другими способами.

Жгут накладывается поверх одежды или подкладывают под него ткань. Конечность приподнимают, жгут накладывают выше места ранения (рис. 59). Если жгут наложен правильно, из раны прекращается кровотечение, исчезает пульс на периферических артериях, конечность бледнеет. Продолжительность наложения жгута — не более 2 ч, чтобы избежать отмирания конечности.

Под жгут необходимо подложить записку с указанием точного времени его наложения. Если длительность транспортировки



Рис. 58. Способы остановки наружного венозного и капиллярного кровотечения