Утверждаю

Директор школы

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

/И.С.Харламова/

**ИНСТРУКЦИЯ №66**

**Тема: Правила оказания первой доврачебной помощи**

**1. Общие положения**

**ДОВРАЧЕБНАЯ (ПЕРВАЯ) ПОМОЩЬ – это простейшие срочные меры, необходи-мые для спасения жизни и здоровья пострадавшим при повреждениях, несчастных случаях и внезапных заболеваниях.** Она оказывается на месте происшествия до прибы-тия врача или доставки пострадавшего в больницу.

Первая помощь является началом лечения повреждений, т.к. она предупреждает такие осложнения, как шок, кровотечение, развитие инфекции, дополнительные смеще-ния отломков костей и травмирования крупных нервных стволов и кровеносных сосудов.

Следует помнить, что от своевременности и качества оказания первой помощи в значительной степени зависит дальнейшее состояние здоровья пострадавшего и даже его жизнь. При некоторых незначительных повреждениях медицинская помощь пострадав-шему может быть ограничена лишь объемом первой помощи.

Однако при более серьезных травмах (переломах, вывихах, кровотечениях, повре-ждениях внутренних органов и др.) первая помощь является начальным этапом, так как после ее оказания пострадавшего необходимо доставить в лечебное учреждение.

Первая помощь очень важна, но никогда не заменит квалифицированной (специа-лизированной) медицинской помощи, если в ней нуждается пострадавший. Вы не долж-ны пытаться лечить пострадавшего – это дело врача-специалиста.

**2. Методика проведения реанимационных мероприятий (ИВЛ и НМС)**

**2.1. Искусственная вентиляция легких**

**Искусственная вентиляция легких – неотложная мера первой помощи при утоплении, удушении, поражении электрическим током, тепловом и солнечном уда-рах.** Осуществляется до тех пор, пока у пострадавшего полностью не восстановится ды-хание.

МЕХАНИЗМ ИВЛ:

 пострадавшего положить на горизонтальную поверхность;

 очистить рот и глотку пострадавшего от слюны, слизи, земли и других посторон-них предметов, если челюсти плотно сжаты – раздвинуть их;

 запрокинуть голову пострадавшего назад, положив одну руку на лоб, а другую на затылок;

 сделать глубокий вдох, нагнувшись к пострадавшему, герметизировать своими гу-бами область его рта и сделать выдох. Выдох должен длиться около 1 секунды и способствовать подъему грудной клетки пострадавшего. При этом ноздри постра-давшего должны быть закрыты, а рот накрыт марлей или носовым платком, из со-ображений гигиены;

 частота искусственного дыхания – 16-18 раз в минуту;

 периодически освобождать желудок пострадавшего от воздуха, надавливая на под-ложечную область.

**2.2. Массаж сердца**

**Массаж сердца – механическое воздействие на сердце после его остановки с целью восстановления деятельности и поддержания непрерывного кровотока, до возобновления работы сердца.**

ПРИЗНАКИ ВНЕЗАПНОЙ ОСТАНОВКИ СЕРДЦА – потеря сознания, резкая бледность, исчезновение пульса, прекращение дыхания или появление редких судорожных вдохов, расширение зрачков.

МЕХАНИЗМ НАРУЖНОГО МАССАЖА СЕРДЦА заключается в следующем: при рез-ком толчкообразном надавливании на грудную клетку происходит смещение ее на 3-5 см, этому способствует расслабление мышц у пострадавшего, находящегося в состоянии аго-нии.

Указанное движение приводит к сдавливанию сердца, и оно может начать выпол-нять свою насосную функцию – выталкивает кровь в аорту и легочную артерию при сдавливании, а при расправлении всасывает венозную кровь.

При проведении наружного массажа сердца пострадавшего укладывают на спину, на ровную и твердую поверхность (пол, стол, землю и т.п.), расстегивают ремень и ворот одежды.

Оказывающий помощь, стоя с левой стороны, накладывает ладонь кисти на ниж-нюю треть грудины, вторую ладонь кладет крестообразно сверху и производит сильное дозированное давление по направлению к позвоночнику.

Надавливания производят в виде толчков, не менее 60 в 1 мин. При проведении массажа у взрослого необходимо значительное усилие не только рук, но и всего корпуса тела.

У детей массаж производят одной рукой, а у грудных и новорожденных – кончи-ками указательного и среднего пальцев, с частотой 100-110 толчков в минуту. Смещение грудины у детей должно производиться в пределах 1,5-2 см.

Эффективность непрямого массажа сердца обеспечивается только в сочетании с ис-кусственным дыханием. Их удобнее проводить двум лицам.

При этом первый делает одно вдувание воздуха в легкие, затем второй производит пять надавливаний на грудную клетку.

Если у пострадавшего сердечная деятельность восстановилась, определяется пульс, лицо порозовело, то массаж сердца прекращают, а искусственное дыхание продолжают в том же ритме до восстановления самостоятельного дыхания. Вопрос о прекращении ме-роприятий по оказанию помощи пострадавшему решает врач, вызванный к месту проис-шествия.

**3. Оказание помощи при различных видах травм**

**3.1. Растяжение**

**Растяжение – повреждение мягких тканей (связок, мышц, сухожилий, нервов) под влиянием силы, не нарушающей их целости.** Чаще всего происходит растяжение связочного аппарата суставов при неправильных, внезапных и резких движениях, выхо-дящих за пределы нормального объема движений данного сустава (при подвертывании стопы, боковых поворотах ноги при фиксированной стопе и др.). В более тяжелых случа-ях может произойти надрыв или полный разрыв связок и суставной сумки.

ПРИЗНАКИ:

 появление внезапных сильных болей, припухлости;

 нарушение движений в суставах;

 кровоизлияние в мягкие ткани;

 болезненность при ощупывании места растяжения. П

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ предусматривает обеспечение покоя пострадавшему, тугое бинтование поврежденного сустава, обеспечивающее его подвижность и уменьшение кровоизлияния. Затем необходимо обратиться к врачу – травматологу.

**3.2.Вывих**

**Вывих – это смещение суставных концов костей, частично или полностью нарушающее их взаимное соприкосновение.**

ПРИЗНАКИ:

 появление интенсивной боли в области пораженного сустава;

 нарушение функции конечности, проявляющееся в невозможности производить

активные движения;

 вынужденное положение конечности и деформация формы сустава;

 смещение суставной головки с запустеванием суставной капсулы и пружинящая фиксация конечности при ее ненормальном положении.

Травматические вывихи суставов требуют немедленного оказания первой помощи. Своевременно вправленный вывих, при правильном последующем лечении, приведет к полному восстановлению нарушенной функции конечности.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ должна состоять, как правило, в фиксации поврежденной ко-нечности, даче обезболивающего препарата и направлении пострадавшего в лечебное учреждение. Фиксация конечности осуществляется повязкой или подвешиванием ее на косынке. При вывихах суставов нижней конечности пострадавший должен быть достав-лен в лечебное учреждение в лежачем положении (на носилках), с подкладыванием под конечность подушек, ее фиксацией и даче пострадавшему обезболивающего средства.

При оказании первой помощи в неясных случаях, когда не представилось возмож-ным отличить вывих от перелома, с пострадавшим следует поступать так, будто у него явный перелом костей.

**3.3. Перелом**

**Перелом – это нарушение целости кости, вызванное насилием или патологи-ческим процессом.** Открытые переломы характеризуются наличием в области перелома раны, а закрытые характеризуются отсутствием нарушения целости покровов (кожи или слизистой оболочки). Следует помнить, что перелом может сопровождаться осложнени-ями: повреждением острыми концами отломков кости крупных кровеносных сосудов, что приводит к наружному кровотечению (при наличии открытой раны) или внутритканево-му кровоизлиянию (при закрытом переломе); повреждением нервных стволов, вызываю-щим шок или паралич; инфицированием раны и развитием флегмоны, возникновением остеомиелита или общей гнойной инфекции; повреждением внутренних органов (мозга, легких, печени, почек, селезенки и др.).

ПРИЗНАКИ:

 сильные боли;

 деформация и нарушение двигательной функции конечности;

 укорочение конечности;

 своеобразный костный хруст.

При переломах черепа будут наблюдаться тошнота, рвота, нарушение сознания, замедле-ние пульса – признаки сотрясения (ушиба) головного мозга, кровотечение из носа и ушей.

Переломы таза всегда сопровождаются значительной кровопотерей и в 30% случаях раз-витием травматического шока. Такое состояние возникает в связи с тем, что в тазовой области повреждаются крупные кровеносные сосуды и нервные стволы. Возникают нарушения мочеиспускания и дефекации, появляется кровь в моче и кале.

Переломы позвоночника – одна из самых серьезных травм, нередко заканчивающаяся смертельным исходом. Анатомически позвоночный столб состоит из прилегающих друг к другу позвонков, которые соединены между собой межпозвонковыми дисками, сустав-ными отростками и связками. В специальном канале расположен спинной мозг, который может также пострадать при травме. Весьма опасны травмы шейного отдела позвоночни-ка, приводящие к серьезным нарушениям сердечно-сосудистой и дыхательной систем. При повреждении спинного мозга и его корешков нарушается его проводимость.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ заключается в обеспечении неподвижности отломков кости (транспортной иммобилизации) поврежденной конечности шинами или имеющимися под рукой палками, дощечками и т.п.

Если под рукой нет никаких предметов для иммобилизации, то следует прибинто-вать поврежденную руку к туловищу, поврежденную ногу – к здоровой. При переломе позвоночника пострадавший транспортируется на щите.

При открытом переломе, сопровождающимся обильным кровотечением, наклады-вается давящая асептическая повязка и, по показаниям, кровоостанавливающий жгут. При этом следует учитывать, что наложение жгута ограничивается минимально возмож-ным сроком.

Пораженному даются обезболивающие препараты: баралгин, седалгин, анальгин, амидопирин, димедрол, дозировка в зависимости от возраста пострадавшего.

**3.4. Кровотечение**

**Кровотечением называют излияние крови из поврежденных кровеносных со-судов.** Оно является одним из частых и опасных последствий ранений, травм и ожогов. В зависимости от вида поврежденного сосуда различают: артериальное, капиллярное и ве-нозное кровотечения.

**АРТЕРИАЛЬНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ** возникает при повреждении артерий и яв-ляется наиболее опасным.

ПРИЗНАКИ:

 из раны сильной пульсирующей струей бьет кровь алого цвета.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ направлена на остановку кровотечения, которая может быть осу-ществлена путем придания кровоточащей области приподнятого положения, наложения давящей повязки, максимального сгибания конечности в суставе и сдавливания при этом проходящих в данной области сосудов, пальцевое прижатие, наложение жгута.

Прижатие сосуда осуществляется выше раны, в определенных анатомических точ-ках, там, где менее выражена мышечная масса, сосуд проходит поверхностно и может быть прижат к подлежащей кости. Прижимать лучше не одним, а несколькими пальцами одной или обеих рук.

При кровотечении в области виска прижатие артерии производится впереди мочки уха, у скуловой кости.

При кровотечении в области щеки сосуды следует прижимать к краю нижней челюсти, впереди жевательной мышцы.

При кровотечении из ран лица, языка, волосистой части головы прижатию к поперечному отростку шейного позвонка подлежит сонная артерия, по переднему краю грудино-ключично-сосцевидной мышцы, у ее середины.

При кровотечении в области плеча подключичную артерию прижимают под ключицей к ребру; подмышечная артерия прижимается в подмышечной впадине к головке плечевой кости.

При кровотечении в области предплечья и локтевого сгиба прижимают плечевую арте-рию у внутреннего края двуглавой мышцы плеча (бицепса) к плечевой кости.

При кровотечении в паховой области прижимается брюшная аорта кулаком ниже и слева от пупка к позвоночнику.

При кровотечении в области бедра прижатие осуществляется к горизонтальной ветви лобковой кости в точке, расположенной ниже паховой связки.

Пальцевое прижатие для временной остановки кровотечения применяют редко, только в порядке оказания экстренной помощи. Самым надежным способом временной остановки сильного артериального кровотечения на верхних и нижних конечностях является наложение кровоостанавливающего жгута или закрутки, т.е. круговое перетягивание конечности.

Существует несколько видов кровоостанавливающих жгутов. При отсутствии жгута может быть использован любой подручный материал (резиновая трубка, брючный ремень, платок, веревка и т.п.).

**Порядок наложения кровоостанавливающего жгута:**

1. Жгут накладывают при повреждении крупных артерий конечностей выше раны, чтобы он полностью пережимал артерию.

2. Жгут накладывают при приподнятой конечности, подложив под него мягкую ткань (бинт, одежду и др.), делают несколько витков до полной остановки кро-вотечения. Витки должны ложиться вплотную один к другому, чтобы между ними не попадали складки одежды. Концы жгута надежно фиксируют (завязы-вают или скрепляют с помощью цепочки и крючка). Правильно затянутый жгут должен привести к остановке кровотечения и исчезновению периферического пульса.

3. К жгуту обязательно прикрепляется записка с указанием времени наложения жгута.

4. Жгут накладывается не более чем на 1,5-2 часа, а в холодное время года про-должительность пребывания жгута сокращается до 1 часа.

5. При крайней необходимости более продолжительного пребывания жгута на ко-нечности его ослабляют на 5-10 минут (до восстановления кровоснабжения ко-нечности), производя на это время пальцевое прижатие поврежденного сосуда. Такую манипуляцию можно повторять несколько раз, но при этом каждый раз сокращая продолжительность времени между манипуляциями в 1,5-2 раза по сравнению с предыдущей. Жгут должен лежать так, чтобы он был виден. По-страдавший с наложенным жгутом немедленно направляется в лечебное учре-ждение для окончательной остановки кровотечения.

**ВЕНОЗНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ** возникает при повреждении стенок вен.

ПРИЗНАКИ:

 из раны медленной непрерывной струей вытекает темная кровь.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ заключается в остановке кровотечения, для чего достаточно придать приподнятое положение конечности, максимально согнуть ее в суставе или наложить да-вящую повязку. Такое положение придается конечности лишь после наложения давящей повязки. При сильном венозном кровотечении прибегают к прижатию сосуда. Повре-жденный сосуд прижимают к кости ниже раны. Этот способ удобен тем, что может быть выполнен немедленно и не требует никаких приспособлений.

**КАПИЛЛЯРНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ** является следствием повреждения мельчайших кровеносных сосудов (капилляров).

ПРИЗНАКИ:

 кровоточит вся раневая поверхность.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ заключается в наложении давящей повязки. На кровоточащий уча-сток накладывают бинт (марлю), можно использовать чистый носовой платок или отбе-ленную ткань.

**3.5. Обморок**

**ОБМОРОК – внезапная кратковременная потеря сознания, сопровождающая-ся ослаблением деятельности сердца и дыхания.** Возникает при быстро развивающем-ся малокровии головного мозга и продолжается от нескольких секунд до 5-10 минут и более.

ПРИЗНАКИ:

 внезапно наступающая дурнота;

 головокружение;

 слабость и потеря сознания;

 побледнением и похолоданием кожных покровов;

 дыхание замедленное, поверхностное, слабый и редкий пульс (до 40-50 ударов в минуту).

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ. Прежде всего, необходимо пострадавшего уложить на спину так, чтобы голова была несколько опущена, а ноги приподняты.

Для облегчения дыхания освободить шею и грудь от стесняющей одежды. Тепло укройте пострадавшего, положите грелку к его ногам.

Натрите нашатырным спиртом виски больного и поднесите к носу ватку, смочен-ную нашатырем, а лицо обрызгайте холодной водой. При затянувшемся обмороке пока-зано искусственное дыхание. После прихода в сознание дайте ему горячий кофе.

**3.6. Раны**

**РАНОЙ** называется **механическое повреждение покровов тела, нередко сопро-вождающиеся нарушением целости мышц, нервов, крупных сосудов, костей, внут-ренних органов, полостей и суставов.** В зависимости от характера повреждения и вида ранящего предмета различают раны резаные, колотые, рубленые, ушибленные, размоз-женные, огнестрельные, рваные и укушенные. Раны могут быть поверхностными, глубо-кими и проникающими в полость тела.

Причинами ранения могут явиться различные физические или механические воз-действия. В зависимости от их силы, характера, особенностей и мест приложения они мо-гут вести к разнообразным дефектам кожи и слизистых, травмам кровеносных сосудов, повреждениям внутренних органов, костей, нервных стволов и вызывать острую боль.

Резаные раны. Резаная рана обычно зияет, имеет ровные края и обильно кровото-чит. При такой ране окружающие ткани повреждаются незначительно и менее склонны к инфицированию.

Колотые раны являются следствием проникновения в тело колющих предметов. Колотые раны нередко являются проникающими в полости (грудную, брюшную и су-ставную). Форма входного отверстия и раневого канала зависит от вида ранящего оружия и глубины его проникновения. Колотые раны характеризуются глубоким каналом и не-редко значительными повреждениями внутренних органов. Нередки при этом внутренние кровотечения в полости тела. Ввиду того, что раневой канал вследствие смещения тканей обычно извилист, могут образовываться затеки между тканями и развитие инфекций.

Рубленые раны. Для таких ран характерны глубокое повреждение тканей, широкое зия-ние, ушиб и сотрясение окружающих тканей.

Ушибленные и рваные раны характеризуются большим количеством размятых, ушиблен-ных, пропитанных кровью тканей. Ушибленные кровеносные сосуды тромбированы.

При огнестрельном ранении пострадавший нуждается в срочной квалифицированной ме-дицинской помощи.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ. На любую рану должна быть наложена повязка, по возможности асептическая (стерильная).

Средством наложения асептической повязки в большинстве случаев служит пакет перевязочный медицинский, а при его отсутствии – стерильный бинт, вата, лигнин и, в крайнем случае, чистая ткань.

Если ранение сопровождается значительным кровотечением, необходимо остано-вить его любым подходящим способом.

При обширных ранениях мягких тканей, при переломах костей и ранениях круп-ных кровеносных сосудов и нервных стволов необходима иммобилизация конечности та-бельными или подручными средствами.

Пострадавшему необходимо ввести обезболивающий препарат и дать антибиоти-ки.

Пострадавшего необходимо как можно быстрее доставить в лечебное учреждение.

**3.7. Отравление аварийными химически опасными веществами (АХОВ)**

ОТРАВЛЕНИЕ ЛЮДЕЙ АВАРИЙНЫМИ ХИМИЧЕСКИ ОПАСНЫМИ ВЕЩЕ-СТВАМИ (АХОВ) при авариях и катастрофах происходит при попадании АХОВ в орга-низм через органы дыхания и пищеварения, кожные покровы и слизистые оболочки. Характер и тяжесть поражений определяются следующими основными факторами: видом и характером токсического действия, степенью токсичности, концентрацией хи-мических веществ на пострадавшем объекте (территории) и сроками воздействия на че-ловека.

ПРИЗНАКИ:

Вышеуказанные факторы будут определять и клинические проявления поражений, которыми в начальный период могут быть:

 явления раздражения – кашель, першение и боль в горле, слезотечение и резь в глазах, боли в груди, головная боль;

 нарастание и развитие явлений со стороны центральной нервной системы (ЦНС) – головная боль, головокружение, чувство опьянения и страха, тошнота, рвота, со-стояние эйфории, нарушение координации движений, сонливость, общая затормо-женность, апатия и т.п.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ должна быть оказана в возможно короткие сроки и заключаться в:

 надевании на пострадавшего противогаза, проведении частичной санитарной обра-ботки открытых участков тела и одежды, прилегающей к открытым участкам тела;

 использовании для защиты органов дыхания, при отсутствии противогаза, подруч-ных средств (куска материи, полотенца и других материалов), смоченных раство-ром пищевой соды;

 введении антипода (противоядия);

 выносе (вывозе) пострадавшего из зоны заражения;

 в проведении при необходимости искусственного дыхания и непрямого массажа сердца на незараженной территории;

 оказании первой медицинской помощи при наличии химического очага (см. раздел «Химический ожог»);

 доставке пострадавшего в ближайшее лечебное учреждение.

**3.8. Химические ожоги**

**ХИМИЧЕСКИЕ ОЖОГИ** являются результатом воздействия на ткани (кожные покровы, слизистые оболочки) веществ, обладающих выраженным прижигающим свой-ством (крепкие кислоты, щелочи, соли тяжелых металлов, фосфор). Большинство хими-ческих ожогов кожных покровов являются производственными, а химические ожоги сли-зистой оболочки полости рта, пищевода, желудка чаще бывают бытовыми.

Воздействие крепких кислот и солей тяжелых металлов на ткани приводит к свер-тыванию, коагуляции белков и их обезвоживанию, поэтому наступает коагуляционный некроз тканей с образованием плотной серой корки из омертвевших тканей, которая пре-пятствует действию кислот на глубжележащие ткани. Щелочи не связывают белки, а

растворяют их, омыляют жиры и вызывают более глубокое омертвение тканей, которые приобретают вид белого мягкого струпа.

Следует отметить, что определение степени химического ожога в первые дни за-труднено вследствие недостаточных клинических проявлений.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ заключается в:

 немедленном обмывании пораженной поверхности струей воды, чем достигается полное удаление кислоты или щелочи и прекращается их поражающее действие;

 нейтрализации остатков кислоты 2% раствором гидрокарбоната натрия (пищевой содой);

 нейтрализации остатков щелочи 2% раствором уксусной или лимонной кислоты;

 наложении асептической повязки на пораженную поверхность;

 приеме пострадавшим обезболивающего средства в случае необходимости.

**ОЖОГИ ФОСФОРОМ** обычно бывают глубокими, так как при попадании на кожу фосфор продолжает гореть.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ при ожогах фосфором заключается в:

 немедленном погружении обожженной поверхности в воду или в обильном оро-шении ее водой;

 очистке поверхности ожога от кусочков фосфора с помощью пинцета;

 наложении на ожоговую поверхность примочки с 5% раствором сульфата меди;

 наложении асептической повязки;

 приеме пострадавшим обезболивающего средства.

Исключите наложение мазевых повязок, которые могут усилить фиксацию и всасыва-ние фосфора.

**3.9. Отравления окисью углерода**

ОТРАВЛЕНИЯ ОКИСЬЮ УГЛЕРОДА наступают при его вдыхании и относятся к острым отравлениям. Образование окиси углерода происходит при горении.

ПОРАЖАЮЩЕЕ ДЕЙСТВИЕ окиси углерода основано на реакции соединения с гемо-глобином (химическое соединение крови, состоящее из белка и железа, осуществляющее снабжение ткани кислородом), в результате чего образуется карбоксигемоглобин, неспо-собный осуществлять транспортировку кислорода тканям, следствием чего является ги-поксия (кислородное голодание тканей). Этим и объясняются наиболее ранние и выра-женные изменения со стороны центральной нервной системы, особенно чувствительной к недостатку кислорода.

ПРИЗНАКИ:

головная боль, головокружение, тошнота, рвота, оглушенное состояние, резкая мышеч-ная слабость, затемнение сознания, потеря сознания, кома.

При воздействии высоких концентраций окиси углерода наблюдаются тяжелые отравления, которые характеризуются потерей сознания, длительным коматозным состо-янием, приводящим в особо тяжелых случаях к смертельному исходу. При этом наблю-дается расширение зрачков с вялой реакцией на свет, приступ судорог, резкое напряже-ние (ригидность) мышц, учащенное поверхностное дыхание, учащенное сердцебиение.

Смерть наступает при остановке дыхания и сердечной деятельности.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ:

 вынести пострадавшего на свежий воздух;

 освободить шею и грудную клетку от стесняющей одежды;

 поднести к носу нашатырный спирт;

 по возможности провести ингаляцию кислорода;

 при необходимости сделать искусственное дыхание и непрямой массаж сердца;

 срочно доставить в лечебное учреждение.

**3.10.Электротравма**

ЭЛЕКТРОТРАВМА возникает при непосредственном или косвенном контакте че-ловека с источником электроэнергии. Под влиянием тепла (джоулево тепло), образующе-гося при прохождении электрического тока по тканям тела, возникают ожоги. Электриче-ский ток обычно вызывает глубокие ожоги. Все патологические нарушения, вызванные электротравмой, можно объяснить непосредственным воздействием электрического тока при прохождении его через ткани организма; побочными явлениями, вызываемыми при прохождении тока в окружающей среде вне организма.

ПРИЗНАКИ. В результате непосредственного воздействия тока на организм возникают общие явления (расстройство деятельности центральной нервной, сердечно-сосудистой, дыхательной систем и др.).

Побочные явления в окружающей среде (тепло, свет, звук) могут вызвать измене-ния в организме (ослепление и ожоги вольтовой дугой, повреждение органов слуха и.д.).

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ

быстро освободить пораженного от действия электрического тока, используя под-ручные средства (сухую палку, веревку, доску и др. или умело перерубив (перерезав) подходящий к нему провод лопатой или топором, отключив сеть и др. Оказывающий по-мощь в целях самозащиты должен обмотать руки прорезиненной материей, сухой тка-нью, надеть резиновые перчатки, встать на сухую доску, деревянный щит и т.п. Пора-женного следует брать за те части одежды, которые не прилегают непосредственно к телу (подол платья, полы пиджака, плаща, пальто).

РЕАНИМАЦИЯ:

 проведении искусственного дыхания изо рта в рот или изо рта в нос;

 осуществлении закрытого массажа сердца.

Для снятия (уменьшения) боли пострадавшему вводят (дают) обезболивающий препарат. На область электрических ожогов накладывают асептическую повязку.

**3.11. Термический ожог**

ТЕРМИЧЕСКИЙ ОЖОГ – это один из видов травмы, возникающей при воздей-ствии на ткани организма высокой температуры. По характеру агента, вызвавшего ожог, последний может быть получен от воздействия светового излучения, пламени, кипятка, пара, горячего воздуха, электротока.

Ожоги могут быть самой разнообразной локализации (лицо, кисти рук, туловище, конеч-ности) и занимать различную площадь. По глубине поражения ожоги подразделяют на 4 степени: I степень характеризуется гиперемией и отеком кожи, сопровождающемся жгу-чей болью; II степень – образование пузырей, заполненных прозрачной жидкостью жел-товатого цвета; IIIа степень – распространением некроза на эпидермис; IIIб – некроз всех слоев кожи; IV степень – омертвение не только кожи, но и глубжележащих тканей.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ:

 прекращении действия травмирующего агента. Для этого необходимо сбросить за-горевшуюся одежду, сбить с ног бегущего в горящей одежде, облить его водой, за-сыпать снегом, накрыть горящий участок одежды шинелью, пальто, одеялом, бре-зентом и т.п.;

 тушении горящей одежды или зажигательной смеси. При тушении напалма приме-няют сырую землю, глину, песок; погасить напалм водой можно лишь при погру-жении пострадавшего в воду;

 профилактике шока: введении (даче) обезболивающих средств;

 снятии (срезании) с пострадавших участков тела пораженного одежды;

 накладывании на обожженные поверхности асептической повязки (при помощи бинта, индивидуального перевязочного пакета, чистого полотенца, простыни, но-сового платка и т.п.);

 немедленном направлении в лечебное учреждение.

Эффективность само- и взаимопомощи зависит от того, насколько быстро пострадав-ший или окружающие его люди смогут сориентироваться в обстановке, использовать навыки и средства первой медицинской помощи.

РЕАНИМАЦИОННЫЕ ПОСОБИЯ в очаге поражения сводятся к закрытому массажу сердца, обеспечению проходимости дыхательных путей, искусственному дыханию изо рта в рот или изо рта в нос. Если реанимация указанными методами неэффективна, ее прекращают.

Заместитель директора по БЖ В.И. Рудковский