

Директор
ГБОУ Школа № 1500
Е.Е. Щетнева
« ____ » _____ 2018года

ПЛАН – КОНСПЕКТ
проведения занятия по ГО и ЧС
с работниками ГБОУ Школа № 1500

Тема 6 «Оказание первой помощи»

(Для проведения занятий по данной теме целесообразно привлекать лиц, имеющих специальную подготовку)

Учебные вопросы

1. Основные правила оказания первой помощи в неотложных ситуациях. Способы остановки кровотечения. Виды повязок. Правила и приемы наложения повязок на раны. Приемы и способы иммобилизации с применением табельных и подручных средств. Способы и правила транспортировки и переноски пострадавших.
2. Первая помощь при ушибах, вывихах, химических и термических ожогах, отравлениях, обморожениях, обмороке, поражении электрическим током, тепловом и солнечном ударах. Правила оказания помощи утопающему.
3. Правила и техника проведения искусственного дыхания и непрямого массажа сердца.

Учебные цели занятия:

1. Ознакомление обучаемых с основными правилами оказания первой помощи в неотложных ситуациях.
2. Формирование у обучаемых практических навыков по наложению различных видов повязок.
3. Формирование у обучаемых практических навыков по проведению искусственной вентиляции легких и непрямого массажа сердца.

Время: 3 часа (135 мин.)
Место: Учебный класс ГОЧС.
Метод: тренировка

Материальное обеспечение:

1. Мультимедийное оборудование.
2. Слайды по теме.
3. Манекен с накладными травмами.

Литература:

1. Федеральный закон от 21. 12. 1994 г. № 68-ФЗ «О защите населения и территорий от чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера».
2. Федеральный закон от 12. 02. 1998 г. № 28-ФЗ «О гражданской обороне».
1. Федеральный закон от 21.11. 2011г. № 323-ФЗ « Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»
2. Постановление Правительства РФ от 4.10.2003 г. № 547 «О подготовке населения в области защиты от ЧС природного и техногенного характера».
3. Приказ Минздрав РФ от 04.05. 2012 г. № 477н «Об утверждении перечня состояний, при которых оказывается первая помощь, и перечня мероприятий по оказанию первой помощи».
4. «Первая помощь пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях», Пермь 2006 г., учебное пособие для водителей и сотрудников, участвующих в ликвидации последствий ДТП.
5. Межотраслевая инструкция по оказанию первой помощи при несчастных случаях на производстве. - М.: НЦ ЭНАС, 2003. - 80 с.

Вопрос 1. Основные правила оказания первой помощи в неотложных ситуациях. Способы остановки кровотечения. Правила и приемы наложения повязок на раны. Приемы и способы иммобилизации с применением табельных и подручных средств. Способы и правила транспортировки и переноски пострадавших (60 мин).

Алгоритм оказания первой помощи

1. Убедиться, что при оказании первой помощи вам ничего не угрожает и вы не подвергаете себя опасности.
2. Обеспечить безопасность пострадавшему и окружающим (например, извлечь пострадавшего из горящего автомобиля).
3. Проверить наличие у пострадавшего признаков жизни (пульс, дыхание, реакция зрачков на свет) и сознания.
4. Вызвать специалистов: с мобильного телефона **-112**, с городского-**103** (скорая) или **101** (спасатели).
5. Оказать неотложную первую помощь.
6. Обеспечить пострадавшему физический и психологический комфорт, дожидаться прибытия специалистов.

При оказании первой помощи раненому необходимо:

- определить общее состояние пострадавшего; в случае необходимости и при отсутствии повреждений внутренних органов ввести противоболевое средство;
- осмотреть пострадавшего и обнаружить повреждения;
- остановить кровотечение;

- удалить поверхностно лежащие у раны обрывки одежды, грязи, инородные предметы. Попавшие в рану инородные тела и находящиеся в ране костные остатки из раны удалять нельзя;

- предотвратить дополнительное загрязнение раны, для чего кожу вокруг раны протереть дезинфицирующей салфеткой. Такая обработка раны должна проводиться от краев наружу. Если в рану выпадают внутренние органы (например, петля кишки), при обработке раны ни в коем случае нельзя погружать их внутрь;

- рану закрыть стерильной салфеткой, не касаясь стороны этой салфетки, обращенной к ране. При использовании индивидуального перевязочного пакета роль стерильных салфеток выполняют стерильные подушечки. На раневую поверхность (при сквозном ранении – на входное и выходное отверстия) подушечки накладываются внутренней стороной.

- быстро доставить пострадавшего в ближайшее лечебное учреждение в таком положении, при котором исключено нежелательное воздействие на поврежденный орган.

Запрещается! Промывать рану водой, допускать попадания прижигающих антисептических веществ в раневую поверхность, засыпать порошками, накладывать мазь и прикладывать вату непосредственно к раневой поверхности – это способствует инфицированию.

Первая помощь при кровотечениях. Виды кровотечений

Кровотечение - истечение крови из кровеносных сосудов при нарушении целостности их стенки.

Кровотечения бывают:

- артериальные;
- венозные;
- смешанные;
- капиллярные;

Артериальное кровотечение: Артерии - кровеносные сосуды, несущие кровь от сердца к органам. Наиболее опасны ранения крупных артерий - бедренной, плечевой, сонной; в этих случаях смерть может наступить в считанные минуты.:

- изливающаяся кровь ярко-алого цвета,
- кровь бьет сильной пульсирующей, в ритме сердечных сокращений струей.

Для немедленной остановки артериального кровотечения используют прием прижатия артерии пальцами (на период подготовки средств), жгут, закрутку или принудительное (максимальное) сгибание и фиксацию конечности.

Временная остановка артериального кровотечения с применением кровоостанавливающего жгута

Правила наложения жгута:

1. Приподнять поврежденную конечность (для обеспечения оттока крови);
2. Остановить кровотечение пальцевым прижатием сосуда:
 - на конечностях – выше места кровотечения;

- на шее и голове – ниже раны или в ране;
- 3. Жгут накладывается на прокладку из мягкого материала без складок (на голое тело жгут не накладывается);
- 4. Жгут взять за середину, завести за конечность и растянуть с максимальным усилием;
- 5. Прижать первый виток и убедиться в отсутствии пульса;
- 6. Наложить следующие витки с меньшим усилием, которые должны ложиться друг на друга, не ущемляя кожи;
- 7. Закрепить застежку жгута;
- 8. Прикрепить под резинку жгута записку с указанием времени и даты (часы, минуты) наложения жгута;
- 9. В случаях посинения и отека конечности (при неправильном наложении жгута) следует немедленно заново наложить жгут.

При правильном наложении кожная ткань ниже жгута белеет, кровотечение останавливается.

На **сонной** артерии (жгут на шею): прижать пальцем артерию в ране или ниже раны, положить руку пострадавшего на голову и сделать виток жгута под мышку.

Жгут на шею накладывают без контроля пульса и оставляют **до прибытия врача (нельзя освобождать!)**.

На **плечевой** артерии (жгут на руку) – с контролем пульса на лучевой артерии

На **бедренной** артерии прижатие кулаком (жгут на бедро): накладывать через гладкий твердый предмет (например, сотовый телефон) с контролем пульса на подколенной ямке.

Артериальное кровотечение может, быть остановлено сгибанием конечности в суставах и фиксацией этого положения.

Срок удержания наложенного жгута: летом – до 1 ч, зимой до 30 минут (во избежание омертвления тканей). При отсутствии жгута следует наложить закрутку, используя подручные средства (поясной ремень бинт, косынку, платок и т.п.).

Если в течение 1 ч помощь не оказана, то жгут нужно медленно ослабить на 5 – 10 мин. до порозовения кожи и восстановления чувствительности (в этот период прижать артерию пальцем) и наложить жгут вновь несколько выше или ниже.

Нельзя! использовать проволоку, жесткие тонкие нити в виде шнурков и грубые жесткие предметы, которые легко могут вызвать повреждение глубоких тканей.

Венозное кровотечение: кровь имеет темно-вишневую окраску и вытекает равномерной струей без признаков самостоятельной остановки. В случае повреждения крупной вены возможна пульсация струи крови в ритме дыхания надежная временная остановка кровотечения осуществляется наложением давящей повязки. Поверх раны накладывают несколько слоев марли, тугой комковаты и туго бинтуют. При сильном венозном кровотечении на период подготовки давящей повязки кровотечение из вены можно временно остановить,

прижав кровоточащую рану стерильной салфеткой. Если ранена верхняя конечность, кровотечение можно значительно уменьшить, подняв руку вверх.

Смешанное кровотечение: Имеет признаки как артериального, так и венозного

Капиллярное кровотечение: кровь выделяется равномерно из раны, как из губки, легко останавливается наложением обычной повязки на рану.

Помощь при переломах и вывихах. Травматический шок

Переломы возникают при резких движениях, ударах, падении с высоты. Они могут быть закрытыми и открытыми:

закрытые переломы – целостность кожных покровов не нарушена;

открытые – в месте перелома имеется рана.

Переломы костей конечностей сопровождаются их укорочением и искривлением в месте перелома. Повреждение ребер может затруднять дыхание, при ощупывании в месте перелома слышен хруст (крепитация) отломков ребра. Переломы костей таза и позвоночника часто сопровождаются расстройствами мочеиспускания и нарушением движений в нижних конечностях. При переломах костей черепа нередко бывает кровотечение из ушей.

Первая помощь заключается в фиксации и иммобилизации (придание неподвижности) поврежденного участка, в создании максимального покоя травмированной зоны, чтобы при транспортировке или перемещении пострадавшего не причинить ему боли и не вызвать дополнительной травмы (например, травмы мягких тканей острыми осколками костей) или смещения вывиха.

Основное правило иммобилизации – наложение шины таким образом, чтобы она захватывала суставы выше и ниже перелома (например, при переломах кости голени шина должна захватывать голеностопный и коленный суставы; при переломах предплечья – лучезапястный и локтевой суставы).

Переломы больших костей, как например, бедренной и плечевой, требуют фиксации трех суставов (бедренная кость – голеностопного, коленного и тазобедренного; плечевая кость – лучезапястного, локтевого и плечевого).

Для обездвиживания верхних и нижних конечностей применяются стандартные шины. При их отсутствии можно использовать любые подходящие для этой цели предметы: куски фанеры, твердого картона, доски, полки и т. п.

При переломах плечевой кости рука прибинтовывается к туловищу.

При переломах ноги - травмированная прибинтовывается к здоровой ноге.

Вывихи вправляются только врачами-специалистами. Обездвиживание при вывихах руки заключается в ее подвешивании на косынке. При вывихах ноги пострадавший транспортируется только в положении лёжа.

Основное правило оказания первой помощи при переломах – выполнение в первую очередь тех приемов, от которых зависит сохранение жизни пораженного:

1. остановка артериального кровотечения;
2. предупреждение травматического шока;

3. наложение стерильной повязки на рану и проведение иммобилизации табельными или подручными средствами.

В тяжелых случаях переломы сопровождаются шоком. Особенно часто развивается шок при открытых переломах с артериальным кровотечением.

Травматический шок

Наиболее часто шок возникает в результате тяжелых обширных повреждений, сопровождающихся кровопотерей. Травматический шок может возникнуть при повреждениях, не сопровождающихся большим кровотечением, особенно если травмированы наиболее чувствительные, так называемые рефлексогенные зоны (грудная полость, череп, брюшная полость, промежность).

Первая помощь при шоке должна быть направлена на устранение причин шока (снятие или уменьшение болей, остановка кровотечения, проведение мероприятий, обеспечивающих улучшение дыхания и сердечной деятельности и предупреждающих общее охлаждение).

Уменьшение болей достигается приданием больному или поврежденной конечности положения, при котором меньше условий для усиления болей, проведением надежной иммобилизации поврежденной части тела, дачей обезболивающих.

Следующей важнейшей задачей первой помощи является организация скорейшей транспортировки пострадавшего в стационар. Лучше всего транспортировать в специальной реанимационной машине, в которой можно проводить реанимацию.

Следует помнить, что шок легче предупредить, чем лечить. Поэтому при оказании первой помощи *получившему травму необходимо:*

- обезболить;
- дать обильное питье;
- согреть;
- создать покой и тишину вокруг пострадавшего;
- бережно транспортировать в лечебное учреждение.

Транспортировка и переноска пострадавших

Транспортировка пораженных может осуществляться:

- а) вручную одним или несколькими спасателями;
- б) с использованием транспортных средств – железнодорожным, автомобильным, воздушным, водным и другими видами транспорта.

При всех видах транспортировки пораженные должны перемещаться в определенных положениях (позах) в зависимости от травмы, облегчающих их страдания.

Рациональными положениями тела при транспортировке являются:

а) *на спине* – при: сотрясениях головного мозга; травмах передней части головы и лица; повреждениях позвоночника; переломах костей таза и нижних конечностей; шоковых состояниях; травмах органов брюшной полости; ампутации (отрыве) нижних конечностей (с валиком под травмированной ногой).

б) *сидя* – при: травмах глаз, груди, дыхательных путей, верхних конечностей; ушибах, порезах, ссадинах ног; травмах плечевого пояса; с поднятой вверх

рукой – при ампутированной (оторванной) верхней конечности; полусидячее положение со склоненной на грудь головой – при травмах шеи.

в) *на животе* – при: травмах затылочной части головы; травмах спины, ягодиц, тыльной поверхности ног; на животе или на правом боку – при травмах спины; на животе с валиком под грудью и головой – при кровопотерях.

Во время транспортировки следует постоянно следить за состоянием пораженных (дыхание, пульс, поведение) и при необходимости оказывать им первую помощь. В холодное время предпринять меры предупреждения охлаждения (укрыть одеялом, пальто, если это не противопоказано видом поражения – теплое питье).

Вопрос 2. Первая помощь при ушибах, вывихах, химических и термических ожогах, отравлениях, обморожениях, обмороке, поражении электрическим током, тепловом и солнечном ударах. Правила оказания помощи утопающему (60 мин.)

Ушиб – результат физического воздействия предмета на ткани, органы и кости.

Возникают они при падении или ударе твердым предметом. Кожа обычно при этом не повреждается. Ушиб проявляется синяком или кровоизлиянием. Кровь из разорванных мелких сосудов пропитывает нижележащие ткани, на коже появляется сине-багровое пятно. Со временем оно становится зеленовато-желтого цвета, через несколько дней исчезает совсем.

Первая помощь при ушибах заключается в немедленном применении холода (пузырь со льдом, в зимнее время обкладывать снегом на 3-5 мин).

В 8 из 10 случаев после охлаждения боль проходит и пострадавший возвращается к работе.

Ушиб сустава часто сопровождается кровоизлиянием в его полость. При этом появляется припухлость, сглаженность контуров сустава, движения в нем ограничены и болезненны. Первая помощь заключается также в охлаждении. Далее следует наложить давящую повязку на сустав и подвесить руку на косынку, а при травме ноги фиксировать ее с помощью транспортной шины.

Особого внимания заслуживают ушибы головы. Они очень опасны и могут иметь тяжелые последствия. Человек с ушибом головы должен некоторое время меньше двигаться, и находится под наблюдением. Ему надо придать полусидячее положение, на место травмы положить холод (лед, холодную воду в емкости).

Тоже самое относится и к тому, кто получил ушиб живота, грудной клетки. В этих случаях могут повреждаться внутренние органы. Поэтому необходима срочная транспортировка и госпитализация пострадавшего в лечебное учреждение.

Ожог – повреждение тканей, вызванное воздействием высокой температуры, химических веществ, рентгеновских лучей, солнечных лучей, ионизирующего излучения.

Первая помощь при термических ожогах

- прекращение действия травмирующего агента. Для этого необходимо

сбросить загоревшуюся одежду, сбить с ног бегущего в горячей одежде, облить его водой, засыпать снегом, накрыть горящий участок одежды шинелью, пальто, одеялом, брезентом и т.п.;

- тушение горячей одежды или зажигательной смеси. При тушении напалма применяют сырую землю, глину, песок; погасить напалм водой можно лишь при погружении пострадавшего в воду;

- профилактике шока: введении (даче) обезболивающих средств;

- снятие (срезание) с пострадавших участков тела пораженной одежды;

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

- немедленное направление в лечебное учреждение.

При ожогах I, II степени (без образования пузырей и сохранения целостности кожных покровов) необходимо приложить на место ожога холод или подставить его под струю холодной воды на 10-15 мин.

При ожогах III – IV (с повреждением кожных покровов) накрыть стерильной повязкой (простыней) поверх стерильной простыни положить пузыри со льдом или пакеты со снегом или холодной водой. Дать пострадавшему 2-3 таблетки анальгетиков (анальгин, баралгин, амидопирин) при отсутствии аллергии. При длительном ожидании «скорой помощи» предложить обильное теплое питье создать условия максимального покоя до прибытия врачей

Недопустимо!!

1. Смазывать ожоговую поверхность жиром, посыпать крахмалом или мукой.
2. Сдирать с поврежденной кожи одежду.
3. Вскрывать пузыри.
4. Бинтовать обожженную поверхность.
5. Смывать грязь и сажу с поврежденной кожи.
6. Обрабатывать спиртом, йодом и другими спиртосодержащими растворами поврежденную поверхность.

Химические ожоги возникают от воздействия на тело концентрированных кислот (соляная, серная, азотная, уксусная, карболовая) и щелочей (едкого калия и едкого натра, нашатырного спирта, негашеной извести), фосфата и некоторых солей тяжелых металлов (серебра нитрат, цинка хлорид).

Первая помощь при химических ожогах зависит от вида химического вещества. При ожогах концентрированными кислотами (кроме серной) поверхность ожога необходимо в течение 15 – 20 минут обмыть струей холодной воды. ***Серная кислота при взаимодействии с водой выделяет тепло, что может усилить ожог.*** Хороший эффект дает обмывание растворами щелочей: мыльной водой, 3% раствором пищевой соды (1 ч. ложка на стакан воды). Места ожогов, вызванных щелочами, также необходимо хорошо промыть струей воды, а затем обработать 2% раствором уксусной или лимонной кислоты (лимонный сок).

После обработки на обожженную поверхность надо наложить асептическую повязку или повязку смоченную растворами.

Ожоги, вызванные фосфором, отличаются от ожогов кислотами и щелочами тем, что фосфор на воздухе вспыхивает и ожог становится комбинированным – и термическим и химическим. Обожженную часть тела лучше погрузить в воду, под водой удалить кусочки фосфора палочкой, ватой. Можно смывать кусочки фосфора сильной струей воды. После обмывания водой, обожженную поверхность обрабатывают 5% раствором медного купороса, затем поверхность ожога закрывают стерильной сухой повязкой. **Применение жира, мазей недопустимо!**

Ожоги негашеной известью нельзя обрабатывать водой, удаление извести и обработку ожога производят маслом (животное, растительное). Необходимо удалить все кусочки извести и затем закрыть рану марлевой повязкой.

При ожогах глаз, в том числе и от излучения радиационного, при электросварке, следует наложить асептическую повязку, как можно быстрее доставить в лечебное учреждение.

При химических ожогах – промывание глаз, закапывание 2-3% раствором питьевой соды, при ожогах кислотой – закапать 2-3% раствором борной кислоты, при щелочных ожогах закапать 2-3% раствором борной кислоты или иной.

В дальнейшем эвакуация в лечебное учреждение.

Обморожения возникают при длительном воздействии низких температур окружающего воздуха, при соприкосновении тела с холодным металлом на морозе, жидким или сжатым воздухом или сухой углекислотой.

Чаще всего подвергаются отморожению пальцы рук и ног, ушные раковины, нос и щеки. Чтобы как можно быстрее восстановить кровообращение отмороженных частей тела, необходимо их постепенно согревать.

Для этого необходимо, как можно скорее доставить пострадавшего в теплое помещение.

Первая помощь при обморожении

- Перенести в теплое помещение
- Вызвать скорую медицинскую помощь
- Снять промерзшую обувь, носки, перчатки....
- Согревание поврежденной конечности в воде при $t^{\circ}20^{\circ}$, повышая до 40° в течение 30 минут
- Укутать пораженную поверхность теплоизолирующей повязкой
- Иммобилизация конечности
- Горячее питье, горячая пища

Запрещается!

- Растирать обмороженные конечности
- Отогревать горячей водой
- Вскрывать пузыри
- Натирать пораженные конечности маслом, жиром

Снегом растирать нельзя, так как он не согревает, а еще больше охлаждает отмороженные участки и повреждает кожу, что может привести к инфицированию. Обувь с ног следует снимать крайне осторожно, чтобы не повредить отмороженные пальцы. Если без усилий это сделать не удастся, то обувь распарывается ножом по шву голенища.

Шок. При обширных повреждениях – ранениях, переломах, ожогах – у пострадавшего может наступить шок, т.е. резкий упадок сил и угнетение всех жизненных функций организма.

Пораженным, находящимся в шоковом состоянии, необходима немедленная помощь. Прежде всего нужно устранить причину шока (остановить кровотечение, шинировать переломы и т.д.). После пораженного согреть, укрыть одеялом, обложить грелками, дать крепкий чай и немедленно доставить в лечебное учреждение.

Обморок - внезапная потеря сознания на короткое время. Происходит обычно в результате острой недостаточности кровообращения, которая ведет к снижению кровоснабжения мозга.

Признаки:

- 1) Кратковременная потеря сознания (не более 3–4 минут), но есть пульс;
- 2) Потере сознания предшествуют резкая слабость, головокружение, звон в ушах и потемнение в глазах, холодный пот, онемение конечностей, тошнота, иногда рвота.

В первые секунды потери сознания действия следует начать с определения пульса на сонной артерии.

Действия в первые секунды потери сознания:

1. уложить пострадавшего на спину;
2. убедиться в наличии пульса на сонной артерии
3. расстегнуть воротник одежды: следует как можно быстрее обеспечить свободный приток крови к головному мозгу;
4. ослабить поясной ремень;
5. приподнять ноги (*для свободного притока крови к головному мозгу*);
6. поднести к носу ватку с нашатырным спиртом (капнуть на ватку 2-3 капли спирта). Затекание его в глаза может привести к слепоте.

Тепловой удар – болезненное состояние, возникшее вследствие перегрева всего тела. Причинами такого перегрева могут быть высокая внешняя температура, плотная одежда, задерживающая испарения кожи и усиленная физическая работа. При перегревании тела у человека появляются вялость, усталость, головокружение, головная боль, сонливость. Лицо краснеет, дыхание затруднено, температура тела повышается до 40С. Если не будут устранены причины перегревания, наступает тепловой удар. Человек теряет сознание, падает, бледнеет, кожа становится холодной и покрывается потом. В таком состоянии пораженный может погибнуть.

Перегревание головы на солнце может привести к **солнечному удару**. Первые признаки удара – покраснение лица и сильные головные боли. Затем появляются тошнота, головокружение, потемнение в глазах, рвота. Человек впадает в бессознательное состояние, у него появляется одышка, ослабевает сердечная деятельность.

Как при солнечном, так и при тепловом ударе пораженного нужно уложить в тени на свежем воздухе и провести те же мероприятия, что и при обмороке. Если пораженный не дышит, необходимо сделать искусственное дыхание.

Поражение электрическим током. При этом у него может наступить кратковременная или длительная потеря сознания, сопровождающаяся остановкой дыхания и расстройством сердечной деятельности. Появляются ожоги у мест входа и выхода тока.

Для оказания помощи пораженному, прежде всего надо прекратить дальнейшее воздействие на него тока, выключив рубильник, отбросив сухой палкой провод или оттащив самого пораженного. При этом нельзя касаться ни провода, ни пораженного голыми руками. Если нет резиновых перчаток, оказывающий помощь должен обмотать свои руки какой-либо частью одежды, сухой тряпкой, желательно надеть резиновую обувь или встать на сухую доску. Оттаскивая пораженного, нужно брать его не за тело, а за одежду. Если пораженный находится в бессознательном состоянии, но дышит самостоятельно, делают то же, что и при обмороке. Если пораженный не дышит, немедленно проводят искусственное дыхание. Если у пораженного нет пульса на сонных артериях, проводят реанимационные мероприятия.

В течение последующих 7-10 дней пораженный током обязательно должен наблюдаться у врача, т.к., возможна остановка сердца.

Утопление - это удушье, вызванное заполнением дыхательных путей и легких водой или другой жидкостью. Процесс утопления в среднем длится 5 минут и заканчивается остановкой дыхания. Деятельность сердца может продолжаться до 15 минут, поэтому утонувших, извлеченных из воды до этого срока, иногда можно вернуть к жизни.

Пострадавший без сознания (при наличии пульса и дыхания):

- уложить на носилки с опущенным головным концом;
- освободить ротовую полость от ила, водорослей, песка, рвотных масс;
- расстегнуть стесняющую одежду;
- дать вдохнуть нашатырного спирта (на ватке);
- провести кислородную ингаляцию;
- провести растирание тела и массаж верхних и нижних конечностей по направлению от периферии к центру.

Если пострадавший находится в состоянии клинической смерти:

- необходимо провести СЛР.
- освободить дыхательные пути и желудок (в случае истинного утопления) от воды.

Для этого оказывающий помощь становится на одно колено, кладет утопленника животом себе на бедро так, чтобы голова и плечи пострадавшего оказались опущенными ниже таза и надавливает на спину обеими руками.

Вопрос 3. Правила и техника проведения искусственного дыхания и непрямого массажа сердца (50 мин.)

Кома – угрожающее жизни состояние с отсутствием сознания и реакций на любые раздражители (словесное, болевое и др. воздействия).

Нельзя! оставлять человека в состоянии комы лежать на спине.

Развитие комы обязательно сопровождается рвотой, угнетением глотательного и кашлевого рефлексов. Лежащий на спине пострадавший обязательно за-

хлебнется рвотными массами. Кроме того, снижается тонус подъязычных мышц, язык опускается на заднюю стенку глотки и блокирует доступ воздуха в легкие.

Внезапное прекращение сердечной деятельности и дыхания

При внезапном прекращении сердечной деятельности и дыхания наступает состояние клинической смерти. Если сразу же приступить к непрямому массажу сердца и искусственному дыханию, то в ряде случаев удастся спасти пострадавшего.

Подготовка к проведению сердечно-легочной реанимации:

1. Убедиться в отсутствии пульса на сонной артерии
2. Освободить грудную клетку от одежды, цепочек, кулонов и расстегнуть поясной ремень, вынуть съемные зубные протезы
3. Приподнять ноги (для быстрого возврата крови к сердцу);
4. Приложить холод к голове (для сохранения жизни головного мозга);
5. Наружный массаж сердца следует проводить на ровной и твердой поверхности (пол, стол, земля и т.п.).

При проведении сердечно-легочной реанимации:

Необходимо:

Определить место надавливания

- располагать ладонь на груди так, чтобы большой палец был направлен на лицо (ноги) пострадавшего;

- надавливать на нижнюю часть грудины основанием ладони достаточно сильно (требуется усилие не только не сгибающихся в локтях рук, но и всего корпуса тела), чтобы она уходила внутрь на 4 – 5 см. Частота надавливания – около 100 раз в минуту. После каждого нажатия грудная клетка должна возвращаться в исходное положение. **Руки от груди пострадавшего не отнимать!**

Правила выполнения комплекса реанимации:

- делайте компрессии грудной клетки и искусственное дыхание в соотношении 30:2;
- для быстрого возврата крови к сердцу – приподнять ноги пострадавшего;
- для сохранения жизни головного мозга – приложить холод к голове;
- для удаления воздуха из желудка – повернуть пострадавшего на живот и надавить кулаками ниже пупка.

Третий участник: приподнимает ноги для улучшения притока крови к сердцу. Восстанавливает силы и готовится сменить первого участника. Координирует действия партнеров.

Второй участник: проводит непрямой массаж сердца.

Отдает команду: «ВДОХ!». Контролирует эффективность вдоха искусственного дыхания по подъему грудной клетки и констатирует: «ВДОХ ПРОШЕЛ!», «НЕТ ВДОХА!»

Первый участник: проводит вдох искусственного дыхания. Контролирует реакцию зрачков и пульс на сонной артерии. Информировать партнеров о состоянии пострадавшего:

«ЕСТЬ РЕАКЦИЯ ЗРАЧКОВ!», «НЕТ ПУЛЬСА!», «ЕСТЬ ПУЛЬС!» и т.п.

***Остановитесь для проверки состояния ТОЛЬКО при появлении
«признаков жизни»***

Продолжайте проведение реанимации:

- до приезда СМП(скорой медицинской помощи)***
- до восстановления нормального дыхания***

Проведение вдоха искусственной вентиляции легких (ИВЛ) способом «изо рта в рот»

Прежде чем начать искусственное дыхание, надо уложить пострадавшего на спину и убедиться, что его воздухоносные пути свободны для прохождения воздуха. При сжатых челюстях нужно выдвинуть нижнюю челюсть вперед и, надавливая на подбородок, раскрыть рот. Затем следует очистить салфеткой ротовую полость от слюны или рвотных масс и приступить к искусственному дыханию:

1. На открытый рот пораженного положить салфетку (носовой платок);
2. Запрокинуть голову пострадавшего, удерживая в таком положении до окончания проведения вдоха;
3. Зажать ему нос;
4. Глубоко вдохнуть, охватить своим ртом рот пораженного, создав герметичность и с силой выдохнуть ему в рот.

Руководитель занятия

А.А. Бобрышов