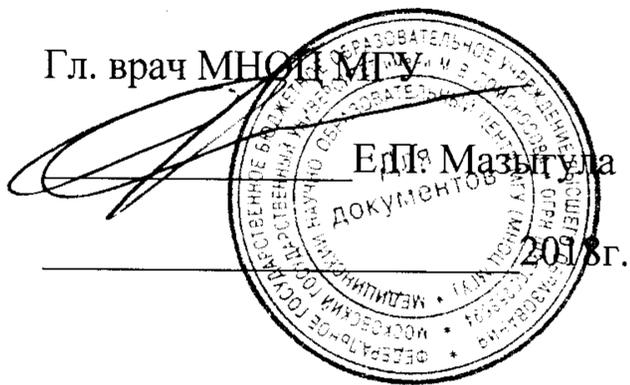


«СОГЛАСОВАНО»

Гл. врач МНОЦ МГУ



Е.П. Мазыгула

2018г.

«УТВЕРЖДАЮ»

И .о. декана химического факультета МГУ

чл.-корр. РАН, профессор



С.Н. Калмыков
2018г.

Инструкция по оказанию первой доврачебной помощи

Москва 2018г.

Инструкция

по оказанию первой доврачебной помощи.

I. ОБЩИЕ ТРЕБОВАНИЯ.

1. Правила оказания первой медицинской помощи необходимо знать всем работникам МГУ, поскольку правильно и своевременно оказанная доврачебная помощь имеет большое значение для жизни и здоровья пострадавшего.
2. Неправильное или неумелое оказание первой медицинской помощи может явиться причиной осложнения, а в некоторых случаях (ранение с большой кровопотерей, поражение электрическим током, ожоги) привести к смерти пострадавшего.
3. Никогда не следует из-за отсутствия дыхания, сердцебиения или пульса у пострадавшего считать его умершим и отказываться от оказания ему помощи. Дать заключение о смерти пострадавшего и решить вопрос о целесообразности действий по оживлению (реанимации) имеет право только врач.
4. При несчастном случае необходимо оказать пострадавшему первую медицинскую помощь и сообщить о случившемся руководству структурного подразделения МГУ к которому относится пострадавший. В зависимости от состояния пострадавшего необходимо принять меры к его транспортировке в ближайшее лечебное учреждение, либо вызвать врача из поликлиники №202 по телефону 9-495-939-37-59, в случае необходимости вызвать скорую медицинскую помощь по телефону 03.
5. Растворы, содержащие спирт, НЕ ДАВАТЬ.

II. ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ ПРИ РАНЕНИЯХ.

1. Рана – повреждение покровов тела (кожи, слизистых оболочек). Раны, при которых повреждены только кожа и слизистые оболочки, относятся к поверхностным. Если повреждение распространяется на глубже расположенные ткани (мышцы, сухожилия, кости и др.), то раны считаются глубокими. Раны, сообщающиеся с полостью (грудной клетки, живота, головы и др.), называются проникающими.
2. Первая помощь при ранениях включает остановку кровотечения и закрытие раны стерильной повязкой, при ранениях с большей зоной повреждения или переломом кости накладывают шину из подручного материала.
3. Кровотечения разделяются на три вида – артериальное, венозное, капиллярное.
 - 3.1. Артериальное кровотечение распознается по характеру ритмичного выбрасывания из раны струи ярко-красной (алой) крови. Наиболее опасно кровотечение из магистральных артерий (сонной, бедренной, плечевой и др.).
 - 3.2. Венозное кровотечение характеризуется медленным выделением темно-красной крови.
 - 3.3. Капиллярное кровотечение возникает в основном при ссадинах и поверхностных ранах.
4. Остановка кровотечения относится к числу основных жизненно необходимых мероприятий.
5. Прежде, чем наложить повязку, необходимо обнажить область ранения. Для этого снимают или разрезают одежду, удаляют с кожи вокруг раны кровь и ее края смазывают настойкой йода. Не следует промывать рану никаким раствором.
6. Только при значительном загрязнении раневой поверхности землей, обломками дерева и другими предметами или вещами их можно осторожно удалить.

7. Одним из главных условий правильного наложения повязки является предохранение от загрязнений той ее части, которая обращена к ране. Нельзя прикасаться руками к этой стороне повязки, а также перемещать ее по телу раненого, так как при этом может нарушиться ее стерильность.
8. В первую очередь необходимо устранить боль – пострадавшему следует дать анальгин или иное обезболивающее и успокаивающее – валериановые капли.
9. Находящегося в обморочном состоянии необходимо уложить так, чтобы голова находилась ниже ног (для притока крови к голове), расстегнуть воротник, пояс, обеспечить приток свежего воздуха. Лицо и грудь обрызгать холодной водой, к носу поднести вату, смоченную нашатырным спиртом.
10. При наложении повязки пострадавшего следует посадить, а лучше положить, так как даже при небольших повреждениях под давлением нервного возбуждения, внезапной боли, вида крови у пострадавшего внезапно может наступить кратковременная потеря сознания – обморок.
11. При проникающем ранении живота из раны могут выпадать внутренности. Вправлять их в брюшную полость нельзя. Такую рану следует закрыть стерильной марлевой салфеткой и забинтовать, но не слишком туго, чтобы не сдавить внутренности. На брюшную стенку вокруг выпавших внутренних органов желательно положить ватно-марлевое кольцо, которое предохранит их от сдавливания.
12. При проникающем ранении грудной клетки рану нужно закрыть как можно быстрее. Для этого на нее кладут несколько слоев марли, толстый слой ваты и закрывают все это сверху куском клеенки, вощеной бумагой, прорезиненной оболочкой индивидуального пакета или каким либо другим, не пропускающим воздух материалом, после чего туго забинтовывают грудную клетку.

III. ОСТАНОВКА КРОВОТЕЧЕНИЯ.

1. Основным способом временной остановки кровотечения служит давящая повязка, которая может оказаться эффективна при артериальном, венозном, капиллярном и смешанном кровотечении.
2. Перед наложением давящей повязки рану закрывают стерильной ватно-марлевой салфеткой и туго бинтуют.
3. Кровоостанавливающий жгут применяют при артериальном кровотечении из магистральных сосудов – артерий. Наложение жгута всегда таит угрозу омертвления изолируемой части тела, развития тромбоза, невритов, а после снятия – интоксикации (отравления). Неправильное наложение жгута усиливает кровотечение.
4. Жгут накладывают в непосредственной близости от раны на мягкую ткань прокладку или на одежду. Чрезмерное сдавливание тканей жгутом приводит к быстрому появлению болей в области жгута, приносящих больному страданий больше, чем сами повреждения. Место наложения жгута оставляют на виду, обязательно делают записку о времени его наложения. Продолжительность сдавливания конечности жгутом составляет приблизительно 2 часа, при охлаждении конечности (до 10-15 С) этот срок можно увеличить до 3 часов.
5. Если за указанное выше время пострадавшему не предоставляется возможным оказать квалификационную медицинскую помощь, то жгут распускают на 5-15 минут для возобновления кровообращения в изолированной части тела, а затем накладывают его повторно. В последующем данную процедуру проводят через каждые 60 минут. Если кровотечение остановилось, жгут повторно не накладывают.

6. При кровотечении из раны головы нужно прижать височную артерию со стороны ранения. Эта артерия проходит в 1-1,5 см спереди ушной раковины.

IV. ПОМОЩЬ ПРИ УШИБАХ.

1. Ушиб возникает при падении или ударе каким-либо тупым предметом. На месте ушиба образуется припухлость, как следствие разрыва мелких кровеносных сосудов ткани. Ощупывание ушибленного места почти всегда вызывает боль. На ушибленное место оперативно кладут резиновый пузырь (пакет) со льдом, снегом или холодной водой. Применив холод в течение 15-20 минут, на область ушиба следует наложить тугую повязку. Поверх повязки можно снова положить пузырь со льдом и держать его еще 1-1,5 часа.
2. При подозрении на ушибы внутренних органов до прибытия скорой помощи необходимо освободить пострадавшего от стесняющей его одежды, обеспечить ему покой и положить на ровное место. Ушибы внутренних органов могут вызвать внутренние кровотечения с тяжелыми последствиями. Симптомы аналогичны симптомам, вызванным большой кровопотерей.
3. При ушибах головы могут появляться рвотные симптомы, пострадавший может потерять сознание, что указывает на возможное сотрясение мозга. В этом случае пострадавшего нужно уложить, положив ему на голову пузырь со льдом. Для того, чтобы рвотные массы не попали в дыхательные пути и пострадавший не задохнулся, нужно повернуть ему голову на бок и пальцем, обмотанным бинтом или чистой материей, освободить полость рта (если есть необходимость).
4. Даже если потеря сознания была кратковременной, пострадавшему до осмотра врачом не следует садиться и тем более вставать.
5. Пострадавшему с сотрясением мозга обеспечивают физический и психический покой, укладывают с приподнятой головой, расстегивают ворот, охлаждают лоб влажным полотенцем.
6. При разрушении и обвале зданий или других сооружений обычно оказываются придавленными конечности. При этом происходит обширное подкожное разможнение или раздавливание тканей, хотя кожа остается целой. Как только конечности будут освобождены (если продолжительность сдавливания конечности более 2 часов, а при охлаждении конечности (до 10-15 С) этот срок можно увеличить до 3 часов), на них выше места сдавливания нужно наложить жгут, чтобы предупредить всасывание ядовитых веществ в кровь. На поврежденные конечности наложить шины.

V. ПОМОЩЬ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ И ВЫВИХАХ.

1. При переломах пострадавший может испытывать сильную боль, резко усиливающуюся при попытке изменить положение.
2. Переломы подразделяются на открытые и закрытые.
 - 2.1. Закрытые – кость сломана, но кожный покров на месте перелома не нарушен.
 - 2.2. Открытые – в области перелома имеется рана, из которой иногда торчат обломки кости.
3. Оказывая первую помощь при переломе, необходимо обеспечить неподвижность места перелома, что уменьшает боль и предотвращает дальнейшее смещение сломанных костей.

4. При открытом переломе конечности следует освободить место перелома (разрезав одежду), остановить кровотечение и закрыв рану повязкой, наложить шину. При закрытых переломах освободить место повреждения от одежды не нужно.
5. При подозрении на перелом позвоночника необходимо избегать подворачивания и перекалывания пострадавшего. Транспортировать пострадавшего необходимо на носилках и обязательно с подкладыванием под него досок, двери или другого негнущегося материала. Если такое покрытие сделать не из чего, пострадавшего нужно положить на носилки животом вниз.
6. Пострадавших с подозрением на повреждение позвоночника нельзя поднимать за ноги или за руки. В положении на спине под шею и под поясницу подкладывают валики из одежды, материи.
7. При вывихах суставов нужно наложить повязку, обеспечивающую неподвижность поврежденного сустава.

VI. ПОМОЩЬ ПРИ МИКРОТРАВМАХ.

1. Микротравмы – заноза, ссадины, царапины, уколы, мелкие, порезы необходимо смазать настойкой йода или зеленки и закрыть чистой повязкой. В противном случае в необработанную рану может попасть инфекция. Что обычно приводит к осложнениям с временной потерей трудоспособности.

VII. ПОМОЩЬ ПРИ ОЖОГАХ.

1. Ожоги – повреждения ткани тела, вызванные действиями высокой температуры или едких химических веществ.
2. Ожоги бывают:
 - 2.1. I степени – на обожженном месте имеется покраснение и болезненность.
 - 2.2. II степени – на месте ожога образуются пузыри.
 - 2.3. III – характеризуется омертвлением всех слоев кожи.
 - 2.4. IV – когда поражена не только кожа, но и сухожилия, мышцы, кости.
3. Ожоги площадью более 1/3 поверхности тела опасны для жизни.
4. При воспламенении одежды на пострадавшем первая помощь заключается, прежде всего, в тушении воспламенившейся одежды, для чего пострадавшего нужно облить водой, а если ее нет – обернуть его тканью. Потушив огонь, пострадавшего освобождают от одежды.
5. Прилипшие части одежды не сдирают, а обрезают вокруг и оставляют на месте.
6. Категорически запрещается вскрывать пузыри на теле пострадавшего. При обширных ожогах после снятия одежды лучше всего завернуть пострадавшего в чистую ткань. На обожженную поверхность тела накладывают сухую стерильную повязку.
7. Перед этим поврежденные части тела следует освободить от предметов, которые могут вызвать сдавливание тканей (часы, кольца...).
8. При ожогах отдельных частей тела кожу вокруг поврежденного места нужно протереть спиртом или одеколоном.
9. При ожогах крепкими кислотами, пораженная часть тела немедленно тщательно и активно промывается водой.
10. После этого пораженное место промывают 5%-м раствором марганцовокислого калия, или 10%-м раствором пищевой соды. После промывания пораженные участки тела следует

накрыть марлей, пропитанной смесью растительного масла и известковой воды в равных пропорциях. При химических ожогах I и II степени рекомендуется промыть обожженные участки тела мыльным раствором с хозяйственным мылом.

11. При попадании кислоты или ее паров в глаза или полость рта необходимо промыть или прополоскать 5% раствором пищевой соды, а при попадании кислоты в дыхательные пути – дышать распыленным при помощи пульверизатора 5 % раствором пищевой соды.
12. В случае ожога едкими щелочами, пораженное место следует тщательно промыть водой. Затем промыть слабым раствором уксусной кислоты или раствором борной кислоты (одна чайная ложка на стакан воды).
13. После промывания пораженное место следует покрыть марлей, пропитанной 5% раствором уксусной кислоты.
14. При попадании едкой щелочи или ее паров в глаза или рот промывание следует производить 2% раствором борной кислоты.
15. При ранениях стеклом с одновременным воздействием кислоты или щелочи, прежде всего, необходимо убедиться в том, что в ране нет осколков стекла, а затем быстро промыть рану соответствующим раствором, смазать ее края раствором йода и перевязать рану. Удалять стекла, застрявшие в глазном яблоке – ЗАПРЕЩЕНО!.
16. Если в глаз попали твердые кусочки химического вещества, то сначала их нужно осторожно удалить влажным тампоном (промокая, не тереть), так как при промывании они могут поранить слизистую оболочку и вызвать дополнительную травму.

VIII. ПОМОЩЬ ПРИ ПОРАЖЕНИИ ЭЛЕКТРИЧЕСКИМ ТОКОМ.

1. Первым действием оказания помощи при поражении электрическим током должно быть быстрое отключение той части установки или токопровода, которой касается пострадавший.
2. Для определения состояния пострадавшего надо:
3. Уложить пострадавшего на спину на твердую поверхность.
4. Проверить наличие у пострадавшего дыхания (определяется по подъему грудной клетки).
5. Проверить наличие у пострадавшего пульса.
6. Выяснить состояние зрачка. Широкий зрачок указывает на резкое ухудшение кровоснабжения мозга.
7. Обо всех случаях поражения электрическим током необходимо сообщить в медицинское учреждение независимо от состояния пострадавшего, поскольку поражение электрическим током может вызвать остановку дыхания или сердцебиения даже спустя продолжительное время после окончания воздействия электрического тока на пострадавшего.
8. Если пострадавший находится в сознании, но до этого был в состоянии обморока, его следует уложить в удобное положение, тепло укрыть, напоить чаем и до прихода врача обеспечить покой и наблюдение за ним.
9. Если пострадавший находится в бессознательном состоянии, но с сохранившимся устойчивым дыханием и пульсом, то его следует удобно уложить, расстегнуть одежду, создать приток свежего воздуха, обеспечить покой, вызвать врача.
10. При отсутствии у пострадавшего дыхания и сердцебиения немедленно начать делать искусственное дыхание и наружный массаж сердца.

IX. ПОМОЩЬ ПРИ ОТРАВЛЕНИЯХ ГАЗАМИ ИЛИ ЯДОХИМИКАТАМИ.

1. При отравлениях организма через дыхательные пути необходимо прекратить дальнейшее поступление токсичных веществ, в организм, вывести (или вынести) пострадавшего из загрязненной атмосферы в теплое, проветриваемое и чистое помещение или на свежий воздух.
2. Освободить от стесняющей дыхание одежды. Снять одежду, загрязненную токсичными веществами, т.к., такая одежда является дополнительным источником отравления.
3. При отравлении ядохимикатами необходимо промыть желудок, при отравлении:
 - 3.1 Кислотами, желудок промывается подщелоченной или простой холодной водой принятием 2,3 стаканов жидкости с последующим вызовом рвоты.
 - 3.2 Щелочами, желудок промывают подкисленной водой (1г. лимонной кислоты на пол стакана воды, или 1 ст. ложка 3% раствора уксуса на стакан воды).
 - 3.3. Свинцом, его соединениями - необходимо немедленно произвести промывание желудка 0,5%-1% раствором глауберовой соли.
 - 3.4. Других видах, желудок неоднократно промывается большим количеством воды до полного его очищения, желательна с 5% раствором марганцовокислого калия.

X. ИСКУССТВЕННАЯ ВЕНТИЛЯЦИЯ ЛЕГКИХ (ИСКУССТВЕННОЕ ДЫХАНИЕ).

1. Прежде, чем приступить к искусственному дыханию необходимо:
 - 1.1. Быстро освободить пострадавшего от стесняющей одежды.
 - 1.2. Освободить полость рта и носоглотки пострадавшего от посторонних предметов и слизи.
 - 1.3. Голову пострадавшего запрокинуть, широко раскрыть рот и сместить вперед нижнюю челюсть.
2. При способе искусственного дыхания «рот-в-рот», нос пострадавшего зажимают, оказывающий помощь делает глубокий вдох и с силой вдвухает воздух в рот пострадавшего, у которого происходит пассивных вдох. Затем оказывающий помощь быстро отстраняется для нового глубокого вдоха, а пострадавший в это время делает пассивный выдох. Первые 5-10 вдуваний необходимо сделать быстро (за 20-30 секунд), а затем – со скоростью 12-15 вдуваний в минуту до возобновления самостоятельного дыхания пострадавшего.
3. При появлении вздутия живота необходимо осторожно надавить рукой на верхнюю половину живота, не прекращая искусственной вентиляции легких.
4. Если у пострадавшего имеется челюстно-лицевая травма или спазм жевательной мускулатуры, то искусственную вентиляцию легких осуществляют через нос.
5. Использование других способов искусственной вентиляции легких, основанных на сжатии грудной клетки, поднимании и опускании рук и т.д., гораздо менее эффективно. Однако они показывают положительный эффект для активации пассивного выдоха при искусственном дыхании.

XI. ПОМОЩЬ ПРИ ОСТАНОВКЕ СЕРДЦА (ЗАКРЫТЫЙ МАССАЖ СЕРДЦА).

1. При отсутствии у пострадавшего пульса, необходимо одновременно с искусственной вентиляцией легких проводить закрытый массаж сердца.
2. Закрытый массаж сердца производится путем ритмичных нажатий на подвижную часть грудины. Давление на грудину оказывают двумя руками: основание ладони одной кисти упирают на середине грудины, а другую кисть помещают сверху. **СЛЕДУЕТ ПОМНИТЬ**, что при чрезмерных усилиях возможны переломы ребер, грудины, повреждения сердца, печени, селезенки и других органов. Данные повреждения могут привести к летальному исходу.
3. Если помощь оказывает один человек, то сделав несколько (3,4) надавливаний на грудину, он прерывает массаж и один раз вдвухает через рот или нос воздух в легкие пострадавшего, затем снова делает надавливание на грудину, опять вдвухает воздух и т.д.

XII. ПОМОЩЬ ПРИ УТОПЛЕНИИ.

1. При истинном утоплении в легкие пострадавшего поступает большое количество воды (не мене 10-12 мл/кг массы тела).
2. Через несколько минут после поступления воды в легкие происходит ряд патологических изменения в организме (независимо от типа воды), в результате которых наступает отёк легких и крайняя степень гипоксии.
3. Признаки утопления:
 - 3.1. Кожные покровы и видимые слизистые синюшного цвета.
 - 3.2. Дыхание шумное с признаками кашля.
 - 3.3. Повышенное давление и учащенное сердцебиение (тахикардия) сменяются на падение давления и редкое сердцебиение (брадикардия).
 - 3.4. Часто возникает рвота проглоченной водой и желудочным содержимым.
 - 3.5. Из рта и носа идет пенная жидкость розового цвета.
 - 3.6. Подкожные вены, вены шеи и предплечий расширенные и набухшие.
 - 3.7. Сознание утрачено.
 - 3.8. Дыхание и сердечная деятельность отсутствуют.
 - 3.9. Зрачки расширены и на свет не реагируют.
4. Оказание помощи.
 - 4.1. Сразу же после извлечения утонувшего из воды следует перевернуть его лицом вниз и опустить голову ниже таза.
 - 4.2. Очистить рот от инородного содержимого и слизи.
 - 4.3. Резко надавить на корень языка, при появлении рвотного и кашлевого рефлексов - добиться полного удаления воды из дыхательных путей и желудка.
 - 4.4. Если нет рвотных движений и кашля - положить его животом себе на колено, затем обеими руками осторожно надавливая на спину в районе легких и желудка и пострадавшего добиться вытекания **ВСЕЙ** воды и появления розовой пены на губах.
 - 4.5. Добившись, чтобы из желудка и дыхательных путей вылилась вода, пострадавшего положить на спину и приступить к реанимации.

- 4.6. При появлении признаков жизни - перевернуть лицом вниз и вторично удалить воду из легких и желудка.
5. Оставлять пострадавшего без внимания (может наступить остановка сердца) - НЕДОПУСТИМО!

XIII. ВЗРЫВНЫЕ ТРАВМЫ.

Взрывные травмы возникают в основном в результате взрывов. Воздушная ударная волна наносит поражение в виде объемного или одностороннего удара, резко изменяя соотношения внутриполостных, межтканевых и межклеточных структур за счет больших перепадов давления, вызывая первичные повреждения-разрывы, растяжения, смещения, и т.д., сопровождаемые лимфо- и кровоизлияниями во всех тканях.

1. При взрыве в результате сильного удара воздушной волной обычно наблюдается общее поражение всего организма, называемое контузией. Всех, подвергшихся контузии, необходимо уложить и в зависимости от состояния оказать соответствующую помощь.

XIV. ОТРЫВ, ОТСЕЧЕНИЕ КОНЕЧНОСТИ (ТРАВМАТИЧЕСКАЯ АМПУТАЦИЯ).

1. Различают полную и неполную травматическую ампутацию конечностей и их частей. При полной ампутации отсеченный палец или сегмент конечности не имеет связей с культей. При неполной травматической ампутации происходит повреждение сосудов, нервных стволов, сухожилий с частичным сохранением кожного покрова и мягких тканей.
2. Первостепенное значение для успешного восстановления прежней целостности оторванной или отрезанной конечности (реплантации) имеет оказание первой помощи пострадавшим и выполнение необходимых условий хранения и транспортировки ампутированного сегмента конечности. Решающее значение имеет так же время от момента травмы до поступления пострадавшего в хирургическое отделение. Причем чем меньше разрушены ткани отчлененной конечности или ее культи, тем больше основания для хирургической операции по реплантации.
3. Не подлежат реплантации ампутированные фаланги IV, V пальцев ног, фаланги и пальцы с многочисленными переломами, обширным размозжением тканей. Противопоказанием к реплантации является так же тяжелое общее состояние, старческий возраст, критический срок с момента ампутации до поступления в больницу.
4. Продолжительность сохранения жизнеспособности отчлененного пальца или сегмента зависит от видов (полная, неполная) ампутации и способов сохранения (тепловой и холодной) ампутированной конечности.
5. Сроки сохранения жизнеспособности ампутированных сегментов конечностей в зависимости от температуры окружающей среды.

Уровень травматической ампутации	Срок в часах	
	При T от 0 до +4 C	При T более +4 C
Пальцы	16	8
Кисть	12	6
Предплечье, плечо, стопа, голень, бедро	6	4

6. Первая помощь. Прежде всего, необходимо остановить кровотечение из поврежденной конечности наложением давящей повязки надувными манжетами (жгут накладывается, в крайнем случае). Вместо стандартного жгута кровоостанавливающего используют ремень (галстук, платок...). Поврежденную конечность держат в приподнятом положении. Раневую поверхность укрывают чистой салфеткой. Отсеченную часть конечности или палец обортывают стерильной или просто чистой тканью или опускают в полиэтиленовый мешок или иную емкость, заполненную снегом или льдом. При этом важно не допускать прямого соприкосновения сегмента конечности со снегом, льдом. Пакет с ампутированным сегментом конечности должен во время транспортировки и хранения находиться в подвешенном состоянии, класть его не следует, это может в результате сдавливания нарушить жизнеспособность тканей. К пакету нужно прикрепить записку с указанием времени травмы.
7. При неполной ампутации конечности, когда сохранены кожа и другие мягкие ткани, сухожилия, пересекать, отделять их от оторванной части конечности не следует. Необходима тщательная иммобилизация всей конечности и охлаждение оторванной части.
8. О случившемся немедленно сообщают на станцию скорой медицинской помощи. Транспортировать пострадавшего нужно вместе с ампутированной конечностью. Время транспортировки должно быть сокращено до предела.

XV. ОБМОРОЖЕНИЕ.

- 1 Обморожение-повреждение тканей в результате воздействия низкой температуры. Причины обморожения могут быть различны, и при соответствующих условиях обморожение может наступить даже при температуре +3,+7 С. Более подвержены отморожению конечности уши, нос и т.д.
- 2 При обморожениях вначале ощущается чувство холода, сменяющееся затем онемением, при котором исчезают вначале боль, а потом всякая чувствительность. Наступившая анестезия делает незаметным продолжающееся воздействие низкой температуры, что чаще всего, является причиной тяжелых, необратимых изменения в тканях.
- 3 По тяжести и глубине различают четыре степени обморожения, установить которое возможно лишь после отогревания пострадавшего, иногда через несколько дней.
 - 3.1 Обморожение I степени характеризуется поражением кожи в виде обратимых расстройств кровообращения. Кожа пострадавшего бледной окраски, несколько отечная, чувствительность ее резко снижена или полностью отсутствует. После согревания кожа приобретает сине-багровую окраску, отечность увеличивается, при этом часто наблюдаются тупые боли. Воспаление (отечность, краснота, боли) держится несколько дней, затем постепенно проходит. Позднее наблюдаются шелушение и зуд кожи. Область обморожения часто остается очень чувствительной к холоду.
 - 3.2 Обморожение II степени проявляется омертвлением поверхностных слоев кожи. При отогревании бледный кожный покров пострадавшего приобретает багрово-синюю окраску, быстро развивается отек тканей, распространяющийся за пределы обморожения. В зоне отморожения образуются пузыри, наполненные прозрачной или белого цвета жидкостью.
 - 3.3 При обморожении III, IV степени наблюдается нарушение кровоснабжения, что приводит к омертвлению всех слоев кожи мягких тканей на различную глубину. Глубина повреждения выявляется постепенно. В первые дни отмечается омертвление кожи: появляются пузыри, наполненные жидкостью и темно-красного и темно-бурого

цвета. Вокруг омертвевшего участка развивается воспалительный вал. Повреждения глубоких тканей выявляется через 3-5 дней в виде развивающейся влажной гангрены. Ткани совершенно нечувствительны, но больные страдают от мучительных болей.

4. Первая помощь заключается в немедленном согревании пострадавшего и особенно обмороженной части тела, для чего пострадавший должен быть, как можно быстрее переведен в теплое помещение. Прежде всего, необходимо согреть обмороженную часть тела, восстановить в ней кровообращение. Наиболее эффективно и безопасно это достигается с помощью теплоизолирующей повязки, состоящей из нескольких слоев марли и ваты.
5. При обморожениях II степени и выше следует немедленно обратиться в ближайшее лечебное учреждение.

XVI. ОЗНОБЛЕНИЕ.

1. Ознобление – безмикробное воспаление кожи, вызванное длительным переохлаждением. Развивается при постоянном, хотя и не сильном, переохлаждении организма – при работе на улице в холодную сырую погоду или в сырых помещениях, при ношении тесной неутепленной обуви и др. На коже рук, ног, ушных раковин, реже на носу и щеках, появляются красновато-синюшные или багровые пятна, кожа припухшая, напряжена и холодна на ощупь. Беспокоят зуд, жжение, особенно при быстром согревании.
2. Лицам, работающим в условиях вызывающих переохлаждение, для предупреждения ознобления и укрепления тонуса кровеносных сосудов кожи рекомендуются местные ванны контрастной температуры: подвергающуюся охлаждению часть тела погружают примерно на 5-7 минут в холодную и горячую воду со слабым раствором марганцовокислого калия, после ванны полезен легкий массаж с растиранием камфарным маслом.

XVII. ПЕРЕГРЕВАНИЕ ОРГАНИЗМА.

1. Перегрев организма – болезненное состояние, которое может развиваться в результате длительного воздействия на организм повышенной температуры внешней среды.
2. Характер проявлений перегревания организма и их выраженность могут быть различными: головная боль, общее головокружение, слабость, сонливость, усталость, тошнота, рвота, судороги, кратковременная потеря сознания, повышение температуры тела до 40С, боли в области сердца, обмороки.
3. Наиболее сильно выраженное последствие перегрева организма, которые завершаются потерей сознания и падением – называется тепловым ударом.
4. При тяжелых формах теплового удара щеки пострадавшего западают, нос заострен, глаза окружены темными кругами, губы синюшные. Пульс 100-140 ударов в минуту, нередко нитевидный. Могут многократно повторяться приступы судорог.
5. Первая помощь при тепловом ударе включает комплекс мероприятий. Прежде всего, пострадавшего нужно перенести в прохладное место, снять стесняющую одежду, положить холод. Полезно обернуть пострадавшего смоченной в холодной воде простыней. При не полностью утраченном сознании рекомендуется обильное питье – подсоленная вода, холодный чай, кофе и т.д. В случае остановки дыхания до прибытия скорой помощи проводят искусственное дыхание.

6. Солнечный удар развивается при перегревании головы, незащищенной от прямого действия солнечных лучей. Он проявляется в виде головокружения, головной боли в сочетании с резким покраснением лица, учащения, а иногда замедления пульса, кратковременного нарушения ориентирования в окружающей обстановке, сопровождающегося необоснованными действиями, помрачением, а потом потерей сознания. Усиления потоотделения может не быть. При тяжелых формах отмечаются подергивания отдельных мышц, иногда судороги, непроизвольные подергивания глаз, резкое расширение зрачков.
7. Первая помощь при солнечном ударе такая же, как и при тепловом. Особое внимание следует обращать на охлаждение головы – необходимо часто менять холодные компрессы, пузырь со льдом.

XVIII. ОБМОРОК

1. Обморок – внезапная потеря сознания на короткое время. Происходит обычно в результате острой недостаточности кровообращения, которая ведет к снижению кровоснабжения мозга.
2. Факторами, провоцирующими наступление обморока, являются тепловой или солнечный удар, злоупотребление алкоголем, инфекция, интоксикация, недавно перенесенные тяжелые заболевания, черепно-мозговая травма, нахождение в душном помещении. Обморок может возникнуть в результате волнения, испуга, при виде крови, от сильной боли при ударах и травмах.
3. Признаки наступления обморока: появляются головокружение со звоном в ушах, чувство пустоты в голове, резкая слабость, зевота, потемнение в глазах, холодный пот, дурнота, тошнота, онемение конечностей, усиление деятельности кишечника. Кожа становится бледной, пульс слабым, нитевидным, артериальное давление снижается. Глаза сначала блуждают, затем закрываются, наступает кратковременная потеря сознания (до 10 сек.), больной падает. Затем сознание постепенно восстанавливается, глаза открываются, нормализуется дыхание и сердечная деятельность. Некоторое время после обморока остаются головная боль, слабость, недомогание.
4. Первая помощь. Если больной не потерял сознание, ему надо предложить сесть, наклониться и низко опустить для улучшения кровотока и поступления кислорода к мозгу.
5. Если больной потерял сознание, его укладывают на спину с опущенной головой и приподнятыми ногами. Необходимо расстегнуть воротник и пояс, обрызгать лицо водой и растереть его полотенцем, смоченным в холодной воде, дать вдохнуть пары нашатырного спирта, одеколona, уксуса. В душном помещении хорошо открыть окно, чтобы обеспечить доступ свежего воздуха.

XIX. СОДЕРЖАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ АПТЕЧКИ.

1. Вата хлопковая стерильная – 5 пачек по 50 г.
2. Индивидуальные перевязочные антисептические пакеты – 5 шт. (для наложения повязок).
3. Бинты – 5 шт.
4. Бактерицидный пластырь – 5 пластин по 10 шт. в каждой.
5. Йод – 1 флакон (20 мл.).
6. Марганцовка – 1 флакон.
7. Зеленка – 1 флакон.
8. Нашатырный спирт – 1 флакон (50 мл.).
9. Борная кислота – 1 пакет (25 г.).
10. Сода питьевая – 1 пакет (25 г.).
11. Раствор перекиси водорода 3 % - 1 флакон 950мл.).
12. Волокардин – 1 флакон (50мл.).
13. Валидол – 3 пластины по 10 таблеток.
14. Фильтрум адсорбент – 1 упаковка.
15. Активированный уголь – 10 упаковок по 10 таблеток.
16. Аэрозоль от ожогов Пантенол – 130гр., 1 флакон.
17. Супрастин или Тавигил от аллергии – 1 пластина по 10 таблеток.
18. Спазган – 1 пластина по 10 таблеток.
19. Цитрамон – 3 пластины по 10 таблеток.
20. Пипетка глазная – 1 шт.

« СОГЛАСОВАНО »

Гл. врач МНОЦМГУ

Е. П. Мазыгула
« _____ » _____ 2018г.

