**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

**ПО МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОДГОТОВКЕ.**

**ВВЕДЕНИЕ**

 Данные методические рекомендации предназначены для преподавателей, проводящих занятия в объединениях кадетской направленности. На занятиях по первой доврачебной помощи (далее - ПДП) обучающиеся получают начальные знания и навыки по оказанию первой доврачебной помощи пострадавшему в травмирующей ситуации любого характера.

 Знания и умения по оказанию доврачебной помощи пострадавшему является важным разделом обеспечения безопасности жизнедеятельности детей и педагогов, залогом спасения. Методические рекомендации составлены с целью внедрения в практическую деятельность умений и навыков оказания ПДП до прибытия врача или доставки пострадавшего в медицинское учреждение.

 На занятиях обучающиеся изучают теоретический материал и осваивают практические навыки оказания ПДП.

В основу занятий заложен принцип гуманизма и милосердия, готовность всегда оказать помощь больному человеку или пострадавшему.

Учитывая большую значимость первой доврачебной помощи, эти знания и умения должны освоить все кадеты.

Как оказывать первую доврачебную помощь пострадавшим, должны знать все. Своевременно и правильно оказанная помощь поможет сохранить здоровье, а иногда и жизнь человека. Очень часто в таких случаях рядом не оказывается медицинского работника.

В процессе обучения правилам оказания первой помощи пострадавшему, должны проводиться лекции, деловые игры, практические занятия, кейсы.

 Преподавание детям навыков по оказанию первой помощи не только дает элементарные знания о том, как спасти человеческую жизнь — свою, друзей, близких или случайных встречных, — но и учит ценить ее.
Доврачебная (первая) помощь – это простейшие срочные меры, необходимые для спасения жизни и здоровья пострадавшим при повреждениях, несчастных случаях и внезапных заболеваниях.Она оказывается на месте происшествия до прибытия врача или доставки пострадавшего в больницу. Первая помощь является началом лечения повреждений, т.к. она предупреждает такие осложнения, как шок, кровотечение, развитие инфекции, дополнительные смещения отломков костей и травмирование крупных нервных стволов и кровеносных сосудов.

**МЕТОДИКА ОБУЧЕНИЯ КАДЕТОВ ОСНОВАМ**

**ПЕРВОЙ ДОВРАЧЕБНОЙ ПОМОЩИ**.

 В экстремальной ситуации большинство людей находится в состоянии сильного стресса: отключается мелкая моторика, значительный объем пассивной информации забывается, присутствует растерянность и паника. В таких условиях человек может использовать отработанные навыки и вспоминать алгоритмическую последовательность действий, которую он заучил на подсознательном уровне. Поэтому очень важно не только обучать, но и отрабатывать знания на практике.

 В зависимости от возраста кадетов обучение основам доврачебной помощи различается по объему материала и форме его подачи. При этом новые знания и ранее приобретенные не контрастируют, а наоборот, наслаиваются, дополняя друг друга. Информацию подают по принципу «от

простого к сложному», используя приемы презентации, демонстрации и практических занятий.

 **6–10 лет.**

 Обучающиеся этой возрастной категории еще не умеют осознанно и правильно действовать, оказывая первую помощь. Но базовые навыки они могут освоить. Проводите обучение в игровой форме. Важно, чтобы кадеты четко знали, как действовать во время эвакуации из помещения, умели распознать источник опасности и понимали, как избежать взаимодействия с ним, не паниковали, никуда не лезли, позвали на помощь, знали максимум контактной информации о себе: ФИО, домашний адрес, номер телефона, место работы родителей, школу и т. д.

 **11–14 лет.**

 Детей этого возраста можно начинать обучать базовым навыкам осмотра пострадавшего и элементарным техникам оказания помощи. Акцентируйте внимание на том, как важно обеспечить собственную безопасность.
 **15–17 лет.**

 Внимательно следите, готовы ли обучающиеся воспринимать информацию. В реальной ситуации далеко не каждый ребенок сможет оказать какую-либо помощь пострадавшему. Да и не все взрослые люди способны на это. Но чем больше занятий по первой помощи вы проведете, тем выше вероятность того, что дети хотя бы не будут паниковать и мешать другим спасать пострадавших. Проводя практические занятия, мотивируйте обучающихся тем, что такими простыми действиями, как, например, открытие дыхательных путей или сердечно-легочная реанимация, они могут спасти жизнь человеку. Первоначально следует обучить детей алгоритму действий в случае необходимости помощи пострадавшему.

 **Безопасность на месте происшествия.**

 Если возникла чрезвычайная ситуация, прежде всего, обучающиеся должны уметь найди ответы на следующие вопросы:

Ничего ли тебе не угрожает?

Что произошло?

Что нанесло травму?

Как остановить то, что нанесло травму?

Могу ли я сам это сделать?

 **Действия, которые обеспечат безопасность.**
 **1. Оцени ситуацию и угрожающие факторы.**
Бегло оценив угрозу для пострадавшего, убедись, что тебе самому ничего не угрожает. Глупо пострадать от той же опасности, от которой ты пытался спасти кого-то. После того как убедился, что ты в безопасности (или после принятых мер уже ничего не угрожает).

 **2. Внимательно осмотри место происшествия.**
В это время планируй, что и как ты сейчас будешь делать.
 **3. Прекрати действие повреждающего фактора.**
К примеру, отключи электрическую цепь (отбросив сухой палкой электропровод от пострадавшего), погаси горящую одежду, надень на пострадавшего противогаз, высвободи от давления и т. д.
 **4. Вынеси пострадавшего из очага поражения.**
Например, из разбитого автомобиля, развалин какого-нибудь строения, полузатопленной территории и т. д., где будет опасно и неудобно оказывать первую помощь.
 Для практического закрепления полученных знаний рекомендуется разыграть ситуации с разными источниками опасности (пожар, взрыв, ток, обрушение и др.) и смоделировать поведения детей в таких
ситуациях(в зависимости от возрастной группы).

**ОСНОВЫ ПЕРВОЙ ДОВРАЧЕБНОЙ ПОМОЩИ.**

 **1. Первая помощь при кровотечении**

 Кровотечением называют излияние крови из поврежденных кровеносных сосудов. Оно является одним из частых и опасных последствий ранений, травм и ожогов. В зависимости от вида поврежденного сосуда различают: артериальное, капиллярное и венозное кровотечения.

 **Артериальное кровотечение** возникает при повреждении артерий и является наиболее опасным.

**Признаки:** из раны сильной пульсирующей струей бьет кровь алого цвета.

**Первая помощь** направлена на остановку кровотечения, которая может быть осуществлена 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 точках, 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 артерию 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. 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 кровотечения. Концы жгута надежно фиксируют (завязывают или скрепляют). 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 продолжительность пребывания жгута сокращается до 1 часа.
5. При крайней необходимости более продолжительного пребывания жгута на конечности его ослабляют на 5-10 минут (до восстановления кровоснабжения конечности). Пострадавший с наложенным жгутом немедленно направляется в лечебное учреждение 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 давящую повязку. Такое положение придается конечности лишь после наложения давящей повязки. При сильном венозном кровотечении прибегают к прижатию сосуда. Поврежденный 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 участок накладывают бинт (марлю), можно использовать чистый носовой платок.

 **Носовое кровотечение-**это ситуация, которая может развиться по многим причинам. Особенно подвержены такому состоянию дети, которым свойственны подвижные и иногда опасные игры. Кровотечения могут быть спонтанные, без явной причины или спровоцированные травмой.

**Первая помощь при носовом кровотечении**.

1. Наклонить голову вперед удерживая при этом корпус в прямом положении, расстегнуть воротник и пояс
2. Высморкаться. Прочистить носовую полость от слизи и сгустков крови, лучше под струёй воды
3. Поместить в наружные носовые ходы ватные шарики, смоченные раствором 3% перекисью водорода.
4. Положить холодный компресс на нос и затылок.
5. Дышать нужно ртом.
6. Если кровотечение не останавливается, то повторите алгоритм и вызовите медпомощь.

 **2. Первая помощь при вывихе и растяжении.**

 **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.

**Первая помощь** при вывихе должна состоять, как правило, в фиксации поврежденной конечности, 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 доставлен 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 возможным отличить вывих от перелома, с пострадавшим следует поступать так, будто у него явный перелом костей.

 **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, выходящих за пределы нормального объема движений данного сустава (при подвертывании стопы, боковых поворотах ноги при фиксированной стопе и др.). В более тяжелых случаях может произойти надрыв или полный разрыв связок и суставной сумки.

**Признаки:** появление внезапных сильных болей, припухлости, нарушение движений в суставах, кровоизлияние в мягкие ткани. При ощупывании места растяжения проявляется болезненность.

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

 **3. Первая помощь при переломах.**

 **Перелом –** это нарушение целости кости, вызванное насилием или патологическим 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 осложнениями: повреждением острыми концами отломков кости крупных кровеносных сосудов, что приводит к наружному кровотечению (при наличии открытой раны) или внутритканевому кровоизлиянию (при закрытом переломе); повреждением нервных стволов, вызывающим 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 переломе таза – невозможность оторвать ногу от поверхности, на которой лежит пациент.

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

Переломы таза всегда сопровождаются значительной кровопотерей и в 30% случаях развитием 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, суставными отростками и связками. В специальном канале расположен спинной мозг, который может также пострадать при травме. Весьма опасны травмы шейного отдела позвоночника, 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 прибинтовать поврежденную руку к туловищу, поврежденную ногу – к здоровой. При переломе позвоночника пострадавший транспортируется на щите. При открытом переломе, сопровождающимся обильным кровотечением, накладывается давящая асептическая повязка и, по показаниям, кровоостанавливающий жгут. При этом следует учитывать, что наложение жгута ограничивается минимально возможным сроком. Пораженному дают обезболивающий препарат.

 **4. Первая помощь при ранах.**

 **Раной** называется механическое повреждение покровов тела, нередко сопровождающиеся нарушением целости мышц, нервов, крупных сосудов, костей, внутренних органов, полостей и суставов. В зависимости от характера повреждения и вида ранящего предмета различают раны резаные, колотые, рубленые, ушибленные, размозженные, огнестрельные, рваные и укушенные. Раны могут быть поверхностными, глубокими и проникающими в полость тела. Причинами ранения могут явиться различные физические или механические воздействия. В зависимости от их силы, характера, особенностей и мест приложения они могут вести к разнообразным дефектам кожи и слизистых, травмам кровеносных сосудов, повреждениям внутренних органов, костей, нервных стволов и вызывать острую боль.

**Резаная рана** обычно зияет, имеет ровные края и обильно кровоточит. 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 суставную). Форма входного отверстия и раневого канала зависит от вида ранящего оружия и глубины его проникновения. Колотые раны характеризуются глубоким каналом и нередко 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.

Для **рубленых ран** характерны глубокое повреждение тканей, широкое зияние, ушиб и сотрясение окружающих тканей.

**Ушибленные и рваные раны** характеризуются большим количеством размятых, ушибленных, пропитанных кровью тканей.

При огнестрельном ранении пострадавший нуждается в срочной квалифицированной медицинской 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 остановить его любым подходящим способом. При обширных ранениях мягких тканей, при переломах костей и ранениях крупных кровеносных сосудов и нервных стволов необходима иммобилизация конечности.

 **5.** **Искусственное дыхание и непрямой массаж сердца.**

 **Искусственная вентиляция лёгких (ИВЛ)–** неотложная мера первой помощи при утоплении, удушении, поражении электрическим током, тепловом и солнечном ударах. Осуществляется до тех пор, пока у пострадавшего полностью не восстановится дыхание. Простыми методами восстановления сердечной деятельности и дыхания должны владеть все. Объясняется это тем, что клетки коры головного мозга без кислорода погибают в обычных условиях через 3—5 мин. Практически в настоящее время поддерживать жизнедеятельность клеток мозга при остановке сердца и дыхания возможно только с помощью искусственного поддержания вентиляции легких и сердечной деятельности. Поэтому простейшие методы восстановления сердечной деятельности и дыхания должен начинать тот, кто первый окажется около пострадавшего ребенка или взрослого. Если в ближайшие минуты после остановки сердца и дыхания не будет обеспечено искусственное поддержание вентиляции и сердечной деятельности, то в дальнейшем любые мероприятия окажутся бесполезными.

**Механизм искусственного дыхания:**

* перед началом искусственной вентиляции необходимо освободить дыхательные пути ребенка от инородных тел, жидкости, слизи
* пострадавшего положить на горизонтальную поверхность;
* очистить рот и глотку пострадавшего от слюны, слизи, земли и других посторонних 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 губами область его рта и сделать выдох. Выдох должен длиться около 1 секунды и способствовать подъему грудной клетки пострадавшего. При этом ноздри пострадавшего должны быть закрыты, а рот накрыт марлей или носовым платком, из соображений гигиены;
* частота искусственного дыхания – 16-18 раз в минуту;
* периодически освобождать желудок пострадавшего от воздуха, надавливая на подложечную область.

 **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 резком толчкообразном надавливании на грудную клетку происходит смещение ее на 3-5 см, этому способствует расслабление мышц у пострадавшего, находящегося в состоянии агонии. Указанное движение приводит к сдавливанию сердца и оно может начать выполнять 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 нижнюю 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, 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 искусственным 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.

 Проведение непрямого массажа сердца и ИВЛ чередуется– 30 надавливаний и 2 вдоха.

**Правила проведения непрямого массажа сердца:**

* пациент лежит на спине, на ровной жесткой поверхности (пол, асфальт, щит на кровати);
* нельзя подкладывать под плечи любые предметы;
* вектор силы направлен строго перпендикулярно плоскости тела.
* сила прикладывается строго по средней линии, на 1 поперечный палец выше основания мечевидного отростка.
* глубина компрессий – не менее 1/3 передне-заднего размера грудной клетки.
* частота компрессий – 100 – 120 в 1 минуту.
* в фазе расслабления давление полностью устраняется, чтобы грудная клетка вернулась в исходное положение, при этом руки остаются по-прежнему на зоне компрессии.
Критериями эффективности непрямого массажа сердца является наличие пульсовых волн. Через каждые 4 цикла (30:2) оценивают результаты сердечно-легочной реанимации:
* появление пульса на магистральных сосудах;
* появление самостоятельного дыхания;
* восстановление сознания, либо появление спонтанной мышечной активности.
 Реанимационные мероприятия, направленные на восстановление жизненно важных функций, прекращаются при их неэффективности в течение тридцати минут.

 **6. Первая помощь при ожоге.**

 **Химический ожог** являются результатом воздействия на ткани (кожные покровы, слизистые оболочки) веществ, обладающих выраженным прижигающим свойством (крепкие кислоты, щелочи, соли тяжелых металлов, фосфор). Большинство химических ожогов кожных покровов являются производственными, а химические ожоги слизистой оболочки полости рта, пищевода, желудка чаще бывают бытовыми. **Термический ожог** являются результатом воздействия на ткани кипятка или пара.

**Признаки:** покраснение кожных покровов и при сильном воздействии поражающего фактора - появление пузырей. **Первая помощь**:

* немедленное обмывание пораженной поверхности струёй воды, чем достигается полное удаление кислоты или щелочи и прекращается их поражающее действие; при тепловом ожоге - эффект охлаждения.
* охлаждение пораженного места холодной водой в течение 10-20 минут;
* смазывание салом, кремом, мазями свежего ожога запрещается;
* если одежда прилипает к коже, материю нужно обрезать вокруг места ожога, отрывать её нельзя.

**7. Первая помощь при солнечном и тепловом ударе.**

 **Солнечный удар** - единственной причиной развития солнечного удара является длительное воздействие прямых солнечных лучей на голову человека.
 **Тепловой удар** возникает:

* при длительном пребывании на жаре, в результате чего, происходит потеря организмом большого количества жидкости, что может привести к кислородному голоданию головного мозга
* при высокой влажности воздуха, в результате чего, охлаждение организма посредством испарения ограничивается;
* при неправильном использовании одежды, препятствующей проведению тепла.

**Признаки:** вялость, тошнота, головная боль, головокружение, повышение температуры тела (38-40С), может наступить обморок, судороги. **Первая помощь:**

* при легком перегревании выведите пострадавшего в прохладное место, расстегните воротник, ремень, снимите обувь;
* смочите ему голову и лицо холодной водой;
* дайте выпить немного минеральной воды;
* уложите пострадавшего, приподняв ему голову;
* положите на голову смоченное холодной водой полотенце и сделайте холодные примочки на шею.

 **8.** **Первая помощь при укусах.**

 **Укус собаки** – это один из видов травмы, возникающей при воздействии на ткани организма давящего и острого предмета.

**Первая помощь:**

* не пытайтесь немедленно остановить кровотечение (оно способствует удалению слюны собаки из раны);
* промойте рану чистой водой;
* несколько раз продезинфицируйте кожу вокруг укуса перекисью водорода или йодом, наложите повязку.

 **Укус змеи** - это попадание в организм человека небольшого количества яда. После повреждения кожного покрова яд может проникать в мышечные ткани и в кровяное русло. Особенно опасным считается попадание яда в кровь, ведь это приводит к формированию тяжелых патологических состояний и процессов в организме человека.

**Признаки**:

* наличие одного или двух проколов кожи;
* ощущение болезненности в области локализации места укуса;
* отечность участка укуса;
* изменение окраски кожного покрова в области повреждения кожи, он становится синюшного оттенка;
* тошнота;
* ощущение сонливости;
* снижение показателей температуры тела.

**Первая помощь при укусе змеи:**

* обездвиживание поврежденной конечности с помощью подручных материалов (досок или ветвей);
* отсасывание яда из раны с помощью груши или банки в течение 20 мин., но не позднее, чем за 10 минут с момента укуса (продолжительность проведения данной процедуры должна длиться не более 20 минут);
* обработка раны дезинфицирующими препаратами (это может быть перекись водорода или хлоргекседин );
* наложение асептической не тугой повязки с бинта или ткани (при его отсутствии);
* прикладывания к участку укуса холода по 5 минут с 5 минутным перерывом.

 **Укус насекомого:**

**Признаки:**

* кратковременная боль, краснота вокруг места укуса, зуд, повышение температуры;
* покраснение кожи, появление крапивницы, ограниченного отека губ, языка, першение в горле, одышка, колики в животе;
* к угрожающим признакам относят серовато-голубоватый цвет кожи, судороги, потерю сознания и невозможность дышать из-за отека дыхательных путей;

**Первая помощь:**

* при ужалении 1-2 насекомыми удалите пинцетом или ногтями жало вместе с ядовитым мешочком (сторожно, чтобы не раздавить мешочек до извлечения жала);
* на место отёка положите пузырь со льдом;
* боль и воспаление облегчают: спиртовой компресс, примочки из тертого сырого картофеля, растирание ужаленного места свежим ломтиком чеснока;
* если оса случайно попала в рот, то нужно сосать кусочки льда, пить сильно охоложенную воду;
* при укусах большого количества насекомых необходима срочная госпитализация.

 **9. Первая помощь при утоплении.**

**Утопление -** это нарушение дыхания и сердечной деятельности, которое наступает в результате заполнения легких жидкостью.
**Первая помощь**:

* вытащить пострадавшего на берег;
* попросить окружающих вызвать скорую помощь;
* пострадавшего необходимо наклонить вперед, и немного сдавливая грудную клетку, дать стечь воде (оказывающий первую помощь должен положить пострадавшего на свое согнутое колено так чтобы сдавить грудную клетку и таким образом дать стечь воде и слизи);
* сделать быстрый осмотр пострадавшего для определения степени тяжести утопления (пульс, дыхание, реакция зрачков на свет);
* если основные жизненные функции отсутствуют, следует немедленно начать делать искусственное дыхание и непрямой массаж сердца;
* после восстановления жизненных функций, пострадавшего следует уложить на бок, согреть и оставить под наблюдением до прибытия скорой помощи.

 **10. Техника наложения повязок**

**Восьмиобразная повязка:**

* накладывают фиксирующий тур выше голеностопного сустава (1,2);
* по тыльной поверхности голеностопного сустава бинт переводят на стопу (3);
* далее вниз на подошвенную поверхность стопы, переходят на внутреннюю поверхность сустава и голень, где осуществляют фиксирующий тур (4);
* повторяют данный ход бинта многократно до полной фиксации сустава (5-8);
* бинт закрепляют с помощью лейкопластыря или бинтом, разрезав его вдоль 10 см.

**Повязка на колено «черепашка**»

* Закрепить бинт несколькими круговыми турами примерно чуть выше середины голени.
* Провести по косой по подколенной ямке, обходя ногу сзади, и перейти на нижнюю треть бедра.
* Совершать витки в виде восьмерки, при этом последующий слой должен закрывать предыдущий не меньше чем наполовину. Постепенно приближаться к подколенной ямке. Зафиксировать последний тур в месте сгиба ноги и закрепить. Такой тип бинтования позволяет избежать от смещения повязки вниз или вверх по ноге.

**Иммобилизующие повязки**

* Бинты при переломе ребер - ограничивают подвижность ребер и грудного дыхания. Представленный вид повязки накладывают при закрытом переломе ребер.
* Повязку снимают только в том случае, если у пациента пропал болевой синдром.
* Для накладывания повязки следует подготовить широкий медицинский бинт или марлю.
* Грудную клетку перебинтовывают снизу-вверх, прямо до подмышечных впадин, выполняя до 10 спиральных ходов. Бинт при переломе ребер не стоит слишком туго затягивать, поскольку это поможет привести к возникновению застойной пневмонии.

**Повязка «Чепец»**

* Взять отрезок бинта длиной 80 - 90 см.
* Расположить середину отрезка бинта на теменную область головы; концы бинта удерживает пациент или помощник.
* Взять начало бинта в левую руку, головку бинта - в правую.
* Сделать закрепляющий тур вокруг лба и затылка.
* Провести бинт по лобной поверхности до завязки.
* Обогнуть ее в виде петли и вести бинт на затылок до противоположной стороны к другой завязке.
* Обернуть бинт снова вокруг завязки и вести по лобной части головы выше закрепляющего тура.
* Аналогично вести бинт по затылочной части головы.
* Повторить циркулярные ходы вокруг головы, прикрывая предыдущий ход на 1/2 или 2/3 до полного покрытия головы.
Закрыть полностью повторными ходами бинта волосистую часть головы.
* Обернуть бинт вокруг одного из концов завязки и закрепить узлом.
* Завязать под подбородком отрезок бинта, концы которого удерживал пациент.

**Транспортировка пострадавшего.**

 Переноска на руках вдвоем. Руки сцепляются квадратом или треугольником, на который сажается пострадавший. Два носильщика берут друг друга за запястья и подводят «сиденье» под пострадавшего. Он усаживается и руками придерживается за плечи носильщиков (на шею не давить).

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

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.**

 Таким образом, 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 пострадавшему может быть ограничена лишь объемом первой помощи. Однако при более серьезных травмах (переломах, вывихах, кровотечениях, повреждениях 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 (специализированной) медицинской помощи, если в ней нуждается пострадавший. Вы не должны пытаться лечить пострадавшего – это дело врача-специалиста.