

Приемы оказания первой помощи

Учебная цель: закрепить знания слушателей по оказанию первой помощи.

Учебные вопросы:

1. Нормативные документы, определяющие оказание первой помощи.
2. Основные правила оказания первой помощи.
3. Экстренная реанимационная помощь.
4. Первая помощь при кровотечениях и ранениях.
5. Правила и приемы наложения повязок на раны.
6. Первая помощь при переломах.
7. Способы транспортировки пострадавших.
8. Первая помощь при ушибах и вывихах.
9. Первая помощь при ожогах.
10. Первая помощь при отморожении.

Вопрос 1. Нормативные документы, определяющие оказание первой помощи.

ст. 31 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Первая помощь до оказания медицинской помощи оказывается гражданам при несчастных случаях, травмах, отравлениях, и других состояниях и заболеваниях, угрожающих их жизни и здоровью, лицами, обязанными оказывать первую помощь и имеющими соответствующую подготовку.

Водители транспортных средств и другие лица вправе оказывать первую помощь при наличии соответствующей подготовки и (или) навыков.

Приложение 1 Приказа Минздравсоцразвития РФ от 04.05.2012 № 477н «Об утверждении перечня состояний, при которых оказывается первая помощь, и перечня мероприятий по оказанию первой помощи».

Перечень состояний, при которых оказывается первая помощь:

1. Отсутствие сознания.
2. Остановка дыхания и кровообращения.
3. Наружные кровотечения.
4. Инородные тела верхних дыхательных путей.
5. Травмы различных областей тела.
6. Ожоги, эффекты воздействия высоких температур, теплового излучения.
7. Отморожения и другие эффекты воздействия низких температур.
8. Отравления.

Приложение 1 Приказа Минздравсоцразвития РФ от 04.05.2012 № 477н «Об утверждении перечня состояний, при которых оказывается первая помощь, и перечня мероприятий по оказанию первой помощи».

Перечень мероприятий по оказанию первой помощи:

1. Мероприятия по оценке обстановки и обеспечению безопасных условий для оказания первой помощи.
2. Вызов скорой медицинской помощи, других специальных служб.
3. Определение наличия сознания у пострадавшего.
4. Мероприятия по восстановлению проходимости дыхательных путей и определению признаков жизни у пострадавшего.
5. Мероприятия по проведению сердечно-легочной реанимации до появления признаков жизни.
6. Мероприятия по поддержанию проходимости дыхательных путей.
7. Мероприятия по обзорному осмотру пострадавшего и временной остановке наружного кровотечения.
8. Мероприятия по подробному осмотру пострадавшего в целях выявления признаков травм и других состояний, угрожающих его жизни и здоровью.
9. Придание пострадавшему оптимального положения тела.
10. Передача пострадавшего бригаде скорой медицинской помощи.

Вопрос 2. Основные правила оказания первой помощи.

Мероприятия по оценке обстановки и обеспечению безопасных условий для оказания первой помощи.

1. Определение угрожающих факторов для собственной жизни и здоровья.
2. Определение угрожающих факторов для жизни и здоровья пострадавшего.

Угрожающими факторами для жизни и здоровья могут быть: оголенные электрические провода; падение обломков; интенсивное дорожное движение; пожар; дым; вредные испарения; неблагоприятные погодные условия; глубина водоема или быстрое течение и другие.

3. Устранение угрожающих факторов для жизни и здоровья.
4. Прекращение действия повреждающих факторов на пострадавшего.
5. Оценка количества пострадавших.

Мероприятия по оценке обстановки и обеспечению безопасных условий для оказания первой помощи.

6. Извлечение пострадавшего из транспортного средства и других труднодоступных мест.

7. Перемещение пострадавшего.

8. Вызов скорой медицинской помощи, других специальных служб.

Скорая медицинская помощь должна вызывать в любой ситуации. Вызывающий должен сообщить диспетчеру следующую информацию: точное нахождение места происшествия, адрес или местоположение, названия населенного пункта или ближайших пересекающихся улиц (перекрестков или дорог), ориентиры; свои фамилию, имя, отчество; что произошло (ДТП, пожар и т. д.); число пострадавших; характер повреждений (боли в груди, затрудненное дыхание, отсутствие пульса, кровотечение и т. п.).

9. Определение наличия сознания у пострадавшего.

Мероприятия по восстановлению проходимости дыхательных путей и определению признаков жизни у пострадавшего.

Если пострадавший в бессознательном состоянии, следует обратить внимание на наличие у него признаков дыхания. Грудь при дыхании должна подниматься и опускаться.

При нахождении пострадавшего в бессознательном состоянии, необходимо убедиться в проходимости его дыхательных путей. Для этого следует запрокинуть его голову немного назад и приподнять подбородок. При этом язык перестает закрывать заднюю часть горла, пропуская воздух в легкие.

Внимание! Прежде чем запрокинуть голову пострадавшего, необходимо убедиться в отсутствии повреждения шейного отдела позвоночника, прощупав его пальцами.



Рис. 66. Проверка пульса пострадавшего на сонной артерии

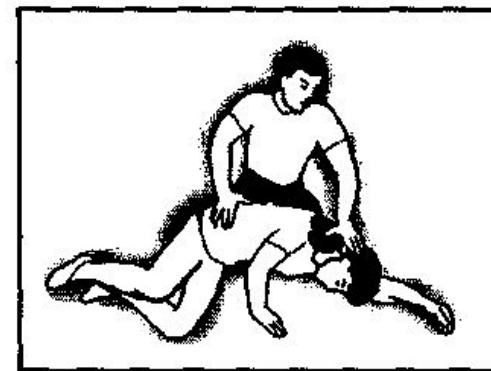


Рис. 67. Положение пострадавшего перевернутого на бок

Вопрос 3. Экстренная реанимационная помощь.

Признаки клинической смерти: отсутствие сознания, отсутствие дыхания, отсутствие реакции зрачка на свет, отсутствие пульса на сонной артерии.

При наличии признаков клинической смерти, немедленно должна проводиться реанимация, т. е. восстановление жизненно важных функций организма. Если реанимация начата в первую минуту, вероятность оживления составляет более 90 %, через 3 мин – не более 50 %.

Реанимационные мероприятия проводятся на месте происшествия, сразу же после травмы, в последовательности, указанной на схеме.

Схема 78
Определение признаков клинической смерти

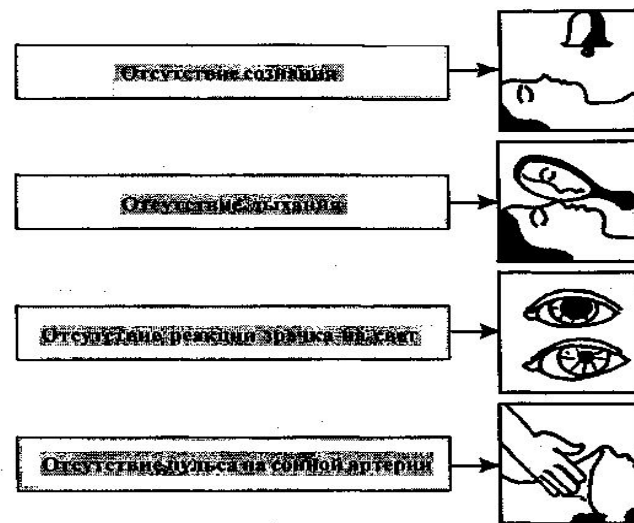


Схема 79
Оказание экстренной реанимационной помощи



Мероприятия по проведению сердечно-легочной реанимации до появления признаков жизни.

Внимание! Перед тем, как приступить к непрямому массажу сердца, необходимо убедиться в отсутствии повреждения позвоночника.

Эффективность данного метода во многом зависит от неукоснительного соблюдения следующих правил:

- ладони должны располагаться в середине нижней трети груди, руки в локтях д. б. прямыми;
- толчкообразные надавливания на грудную клетку проводить на глубину 5 см для взрослого человека, 3 см – для подростка, 1 см – для годовалого ребенка;
- ритм надавливания на грудную клетку – 1 раз в секунду;
- минимальное время проведения непрямого массажа сердца – не менее 15-20 минут.

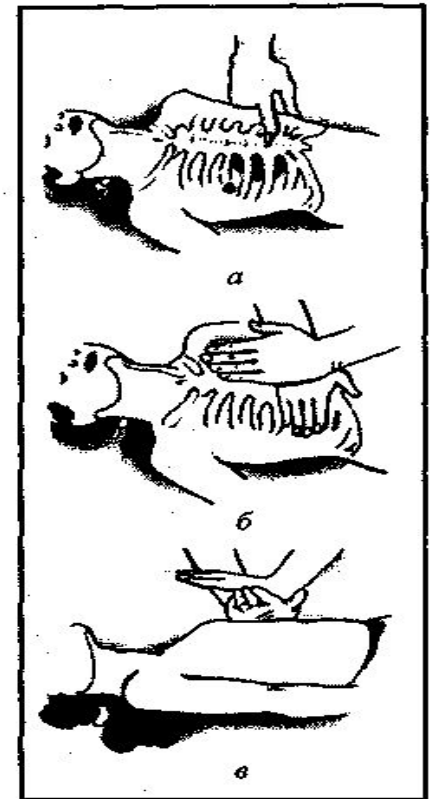
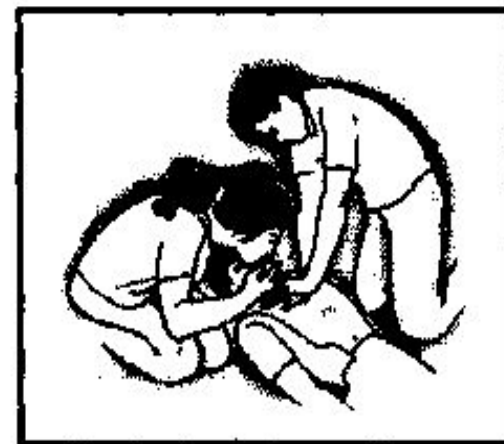


Рис. 68. Действия при проведении непрямого массажа сердца:
а – место расположения рук при массаже сердца;
б – правильное расположение рук (вид сверху);
в – правильное расположение рук (вид сбоку)

Мероприятия по проведению сердечно-легочной реанимации до появления признаков жизни.

Эффективность реанимации значительно выше при проведении непрямого массажа сердца в сочетании с искусственной вентиляцией легких. Соотношение действий: если реанимацию проводит один человек – на каждые десять надавливаний два выдоха, если два человека – на каждые пять надавливаний один выдох. Результат реанимации может наблюдаться уже через 1-2 мин: кожа лица постепенно приобретает нормальную окраску, появляется реакция зрачков на свет (они сужаются) и отмечается пульсация на сонной артерии. После реанимации пострадавшего срочно необходимо доставить в лечебное учреждение.



*Рис. 69. Проведение
наружного массажа
сердца и искусственного
дыхания*

Вопрос 4. Первая помощь при кровотечениях и ранениях.

В зависимости
от вида
повреждения
сосудов,
кровотечения
бывают:

артериальным
и
(кровь ярко-
алого цвета,
выбрасываетс
я
пульсирующей
струей)

венозными
(кровь темно-
вишневого
цвета
изливается
спокойно)

капиллярными
(наблюдается
при неглубоких
порезах кожи,
ссадинах)

смешанными
(характеризую
т-
ся признаками
артериального
и венозного
кровотечений)

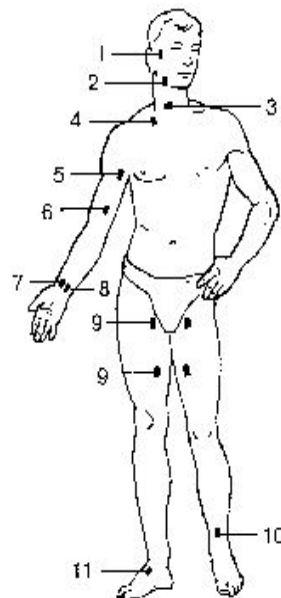
Способы остановки артериального кровотечения.

Сильное артериальное кровотечение из сосудов верхних и нижних конечностей останавливают в два этапа: вначале прижимают артерию выше места повреждения к кости, чтобы прекратить поступление крови к месту ранения, а затем накладывают стандартный или импровизированный жгут. Прижимать артерии к костным выступам лучше всего в определенных (наиболее удобных для этого) точках; именно в них хорошо прощупывается пульс.

Височную артерию прижимают большим пальцем впереди и чуть выше ушной раковины на виске.

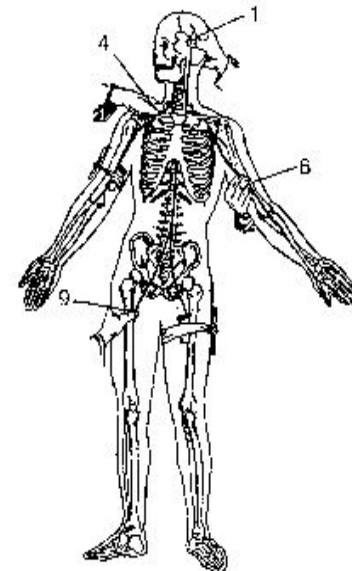
Сонную артерию следует прижимать слева или справа на боковой поверхности шеи пальцами по направлению к позвоночнику.

Места прижатия артерий при кровотечениях



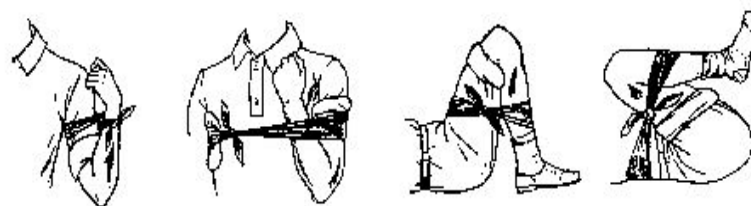
1-поверхностной височной; 2-наружной члустной; 3 общей сонной; 4-подключичной; 5-подкрыльцовой; 6 плечевой; 7-лучевой; 8-локтевой; 9-бедренной; 10-передней большеберцовой; 11-тыльной артерии стопы

Точки прижатия артерий для временной остановки кровотечения



Точки находятся в тех местах, где сосуд расположен относительно поверхностно и где удастся пальцем прижать его к подлежащей кости

Временная остановка кровотечений сгибанием конечностей



Способы остановки артериального кровотечения.

При артериальных кровотечениях из сосудов верхних и нижних конечностей прижатие артерий можно осуществить следующим способом: при кровотечении из артерии предплечья вложить пачку бинтов в локтевой сгиб и максимально согнуть руку в локтевом суставе; то же самое сделать для артерий голени и стопы – в подколенную область вложить две пачки бинтов и ногу максимально согнуть в суставе.

После прижатия артерий следует наложить жгут, накладывая его на одежду или специальную ткань. Жгут подводят под конечность выше места кровотечения и ближе к ране (не ближе 5-6 см), сильно растягивают и, не уменьшая натяжения, затягивают вокруг конечности и закрепляют концы.

Через 1,5-2 часа жгут необходимо снять и наложить на другое место. Доставить пострадавшего в лечебное учреждение.

Остановка артериального
кровотечения
наложением жгута

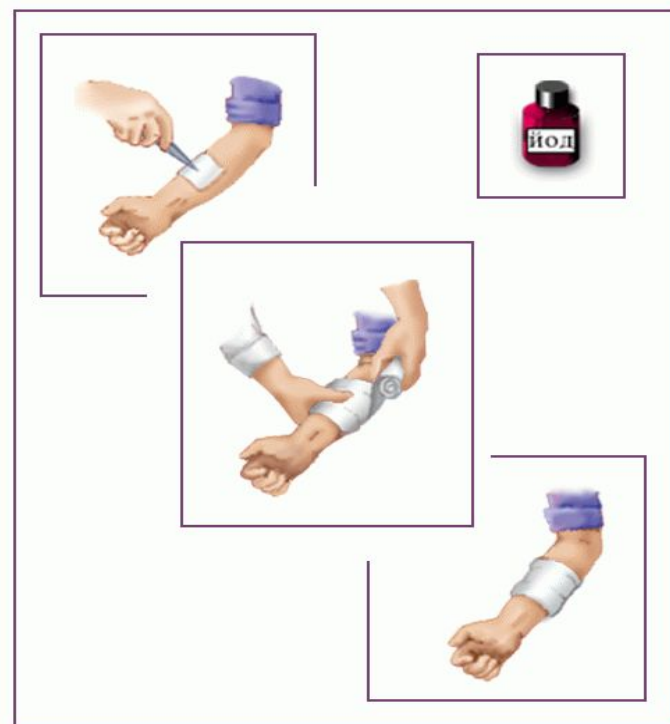


и сгибанием конечности



Способы остановки венозного кровотечения.

Во всех случаях поверхностных ранений верхних или нижних конечностей одним из возможных способов остановки венозного кровотечения является придание возвышенного положения конечности следующим образом: поврежденную руку поднимают вверх немного выше головы; под поврежденную ногу подкладывают небольшой валик, свернутый из какой-нибудь материи, нога должна быть немного выше грудной клетки. При этом пострадавшему следует лежать на спине.



Первая помощь при венозных кровотечениях

- Протереть кожную область вокруг раны.
- Наложить стерильную, давящую повязку.
- Дать обезболивающее
- Доставить в больницу



Способы остановки капиллярного кровотечения.

Первая помощь при капиллярных кровотечениях



- Протезинфицировать рану
- Наложить стерильную повязку

Способы остановки внутреннего кровотечения.

Признаки внутреннего кровотечения: посинение кожи (появление синяка) в области повреждения; болезненность, опухание или отвердение мягких тканей; чувство волнения и беспокойства у пострадавшего; учащенный слабый пульс, частое дыхание; бледная или посиневшая кожа, прохладная или влажная на ощупь; тошнота и рвота; чувство неутолимой жажды; снижение уровня сознания; падение артериального давления.

При внутреннем кровотечении следует:

- прижать область кровотечения, что уменьшит или остановит его;
- приподнять травмированную конечность;
- использовать холод (для снижения боли и припухлости), на 15 минут каждый час (лед следует завернуть в ткань);
- осмотреть пострадавшего с целью обнаружения травм внутренних органов;
- вызвать «скорую помощь».

Вопрос 5. Правила и приемы наложения повязок на раны.

Повязка служит для защиты раневой поверхности от вредных воздействий внешней среды, удержания или закрепления перевязочного материала, а также для иммобилизации области перелома или вывиха, создания давления на ту или иную часть тела (для остановки кровотечения и т.д.)

При наложении повязки необходимо находиться лицом к пострадавшему для контроля его состояния.

Фиксируемая бинтом часть тела должна занимать удобное положение, т.к. при этом мышцы расслаблены и боль при наложении повязки меньше.

Головку бинта необходимо держать правой рукой, а начало левой. Наложение повязки проводят слева направо и снизу вверх, прокатывая по бинтуемой поверхности.

Любую повязку начинают с фиксирующих ходов, т.е. первый оборот обязательно закрепляется загибом бинта и фиксацией вторым оборотом.

Последующий оборот бинта накладывается на половину предыдущего, что обеспечивает двойной слой повязки.

Правила и приемы наложения повязок на раны.

Повязку необходимо делать двумя руками одновременно (правой рукой раскатывают головку бинта, левой поправляют бинт, разрывая затяжки).

Начинают и заканчивают повязку на узкой части тела, завязывают на некотором расстоянии от повреждения, т.е. на здоровом неповрежденном месте.

После наложения плоского бинта, накладывают трубчатый бинт соответствующего номера.

При значительном повреждении верхней конечности, ее необходимо подвязать на косынке.

Верхнюю одежду в зависимости от характера раны, погодных условий снимают или разрезают. Сначала снимают одежду со здоровой стороны, а затем с пораженной. В холодное время, а также в экстренных случаях у пораженных в тяжелом состоянии одежду в области раны разрезают.

Правила и приемы наложения повязок на раны.

Крестообразная повязка на голову.

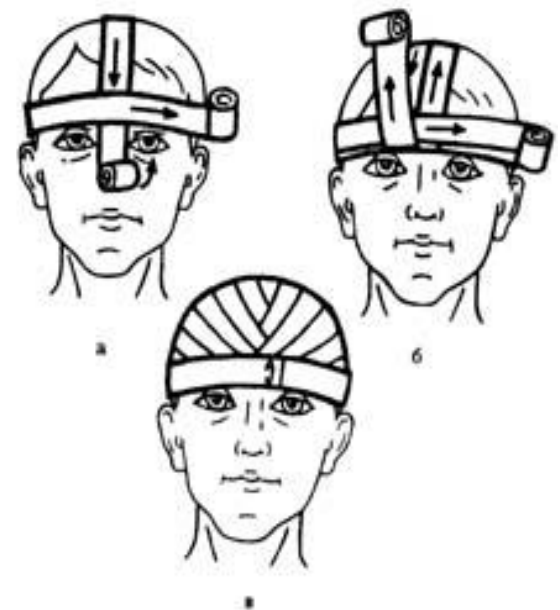
Повязка удобна при повреждениях задней поверхности шеи и затылочной области. Сначала накладывают закрепляющие круговые туры на голове. Затем ход бинта ведут косо вниз позади левого уха на заднюю поверхность шеи, по правой боковой поверхности шеи, переходят на шею спереди, ее боковую поверхность слева и косо поднимают ход бинта по задней поверхности шеи над правым ухом на лоб. Ходы бинта повторяют необходимое количество раз до полного закрытия перевязочного материала покрывающего рану. Повязку заканчивают круговыми турами вокруг головы.



Правила и приемы наложения повязок на раны.

Шапочка Гиппократата.

Повязка позволяет достаточно надежно удерживать перевязочный материал на волосистой части головы. Накладывают повязку с помощью двух бинтов. Первым бинтом выполняют два-три круговых укрепляющих тура вокруг головы. Начало второго бинта фиксируют одним из круговых туров первого бинта, затем ход второго бинта через свод черепа проводят до пересечения с круговым ходом первого бинта в области лба. После перекреста, тур второго бинта через свод черепа возвращают на затылок, прикрывая слева предыдущий тур на половину ширины бинта. Выполняют перекрест бинтов в затылочной области и следующий тур бинта проводят через свод черепа справа от центрального тура. Количество возвращающихся ходов бинта справа и слева должно быть одинаковым. Заканчивают наложение повязки двумя-тремя круговыми турами.



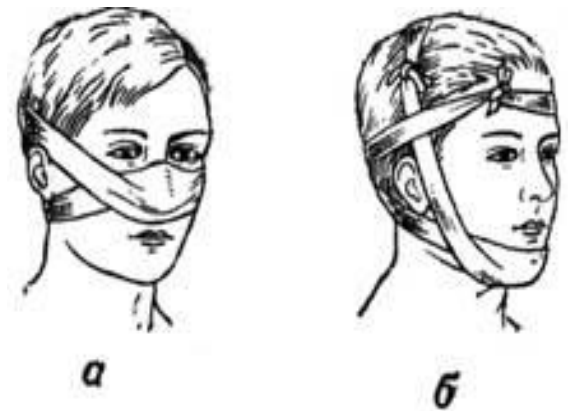
Правила и приемы наложения повязок на раны.

Пращевидная повязка.

Пращевидные повязки головы позволяют удерживать перевязочный материал в области носа (рис. а), верхней и нижней губы, подбородка (рис. б), а также на ранах затылочной, теменной и лобной областей. Неразрезанной частью пращи закрывают асептический материал в области раны, а концы ее перекрещивают и связывают сзади (верхние-в области шеи, нижние-на затылке либо на темени).

Для удержания перевязочного материала на затылке пращу делают из широкой полосы марли или материи. Концы такой повязки пересекаются в височных областях. Их связывают на лбу и под нижней челюстью.

Таким же образом накладывают пращевидную повязку на теменную область и лоб. Концы повязки при этом завязывают на затылке и под нижней челюстью.



Правила и приемы наложения повязок на раны.

Спиральная повязка, «перчатка».

Большинство повязок на кисть начинается с круговых закрепляющих ходов бинта в нижней трети предплечья непосредственно над запястьем. Бинт ведут косо по тылу кисти к концу пальца и, оставляя кончик пальца открытым, спиральными ходами бинтуют палец до основания. Затем снова через тыл кисти возвращают бинт на предплечье. Бинтование заканчивают круговыми турами в нижней трети предплечья. Бинтование на правой руке начинают с большого пальца, на левой руке – с мизинца.

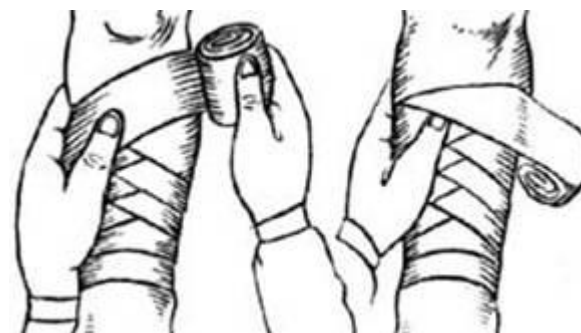
Крестообразная повязка на кисть.

Бинтование начинают с закрепляющих круговых туров на предплечье. Затем бинт ведут по тылу кисти на ладонь, вокруг кисти к основанию второго пальца. Отсюда по тылу кисти бинт косо возвращают на предплечье. Завершают наложение повязки круговыми турами над запястьем.

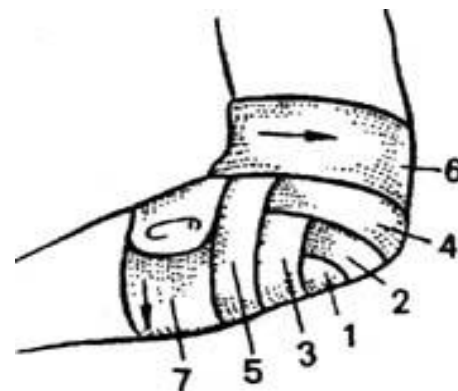


Правила и приемы наложения повязок на раны.

Спиральная повязка на предплечье. Бинтование начинают с круговых укрепляющих туров в нижней трети предплечья и нескольких восходящих спиральных туров. Поскольку предплечье имеет конусовидную форму, плотное прилегание бинта к поверхности тела обеспечивается бинтованием в виде спиральных туров с перегибами до уровня верхней трети предплечья. Для выполнения перегиба нижний край бинта придерживают первым пальцем левой руки, а правой рукой делают перегиб по направлению к себе на 180 градусов. Верхний край бинта становится нижним, нижний—верхним. При следующем туре перегиб бинта повторяют. Повязку фиксируют циркулярными турами бинта в верхней трети предплечья.



Расходящаяся черепашья повязка. Бинтование начинают с круговых закрепляющих туров непосредственно по линии сустава, затем бинт поочередно проводят выше и ниже локтевого сгиба, прикрывая на две трети предыдущие туры. Все ходы перекрещиваются по сгибательной поверхности локтевого сустава. Повязку заканчивают круговыми ходами на плече или предплечье.



Правила и приемы наложения повязок на раны.

Крестообразная (восьмиобразная) повязка на стопу. Позволяет надежно фиксировать голеностопный сустав при повреждении связок и некоторых заболеваниях сустава. Стопу устанавливают в положении под прямым углом по отношению к голени. Бинтование начинают с круговых фиксирующих туров в нижней трети голени над лодыжками. Затем ведут ход бинта косо по тыльной поверхности голеностопного сустава к боковой поверхности стопы (к наружной на левой стопе и к внутренней на правой стопе). Выполняют круговой ход вокруг стопы. Далее с противоположной боковой поверхности стопы по ее тылу косо вверх пересекают предыдущий ход бинта и возвращаются на голень. Вновь выполняют круговой ход над лодыжками и повторяют восьмиобразные ходы бинта 5-6 раз для создания надежной фиксации голеностопного сустава. Повязку заканчивают круговыми турами на голени над лодыжками.



Правила и приемы наложения повязок на раны.

Повязка на пяточную область (по типу черепашьей). Бинтование начинают с круговых фиксирующих туров на голени над лодыжками. Затем косо вниз по тыльной поверхности ведут ход бинта на голеностопный сустав. Накладывают первый круговой тур через наиболее выступающую часть пятки и тыльную поверхность голеностопного сустава и добавляют к нему круговые ходы выше и ниже первого. Однако в данном случае наблюдается неплотное прилегание туров бинта к поверхности стопы. Чтобы избежать этого, туры повязки укрепляют дополнительным косым ходом бинта, идущим от задней поверхности голеностопного сустава вниз и кпереди до наружной боковой поверхности стопы. Затем по подошвенной поверхности ход бинта ведут к внутреннему краю стопы и продолжают накладывать расходящиеся туры черепашьей повязки. Повязку заканчивают круговыми турами в нижней трети голени над лодыжками.



Вопрос 6. Первая помощь при переломах.

Перелом – внезапное нарушение целостности кости. Переломы бывают открытыми и закрытыми.

Для перелома характерны резкая боль, усиливающаяся при любом движении и нагрузке на конечность, нарушение ее функций, изменение положения и формы конечности, появление отечности и кровоподтека, укорочение и патологическая подвижность кости (появляется подвижность в необычном месте).

В оказании помощи при переломах и повреждениях суставов главное – надежная и своевременная иммобилизация поврежденной части тела. Иммобилизацией достигается неподвижность поврежденной части тела, что приводит к уменьшению боли и предупреждает усиление травматического шока, устраняется опасность дополнительного повреждения и снижается возможность инфекционных осложнений. Временная иммобилизация проводится, как правило, с помощью различного рода шин и подручных материалов

Первая помощь при переломах.

Схема 80

Общая схема оказания первой медицинской помощи при открытых переломах



Схема 81

Общая схема оказания первой медицинской помощи при закрытых переломах



Основные принципы транспортной иммобилизации.

Шина обязательно должна захватывать два (выше и ниже перелома), а иногда и три сустава (при переломах бедра, плеча).

При иммобилизации конечности необходимо по возможности придать ей физиологическое положение, а если это невозможно, то такое положение, при котором конечность меньше всего травмируется.

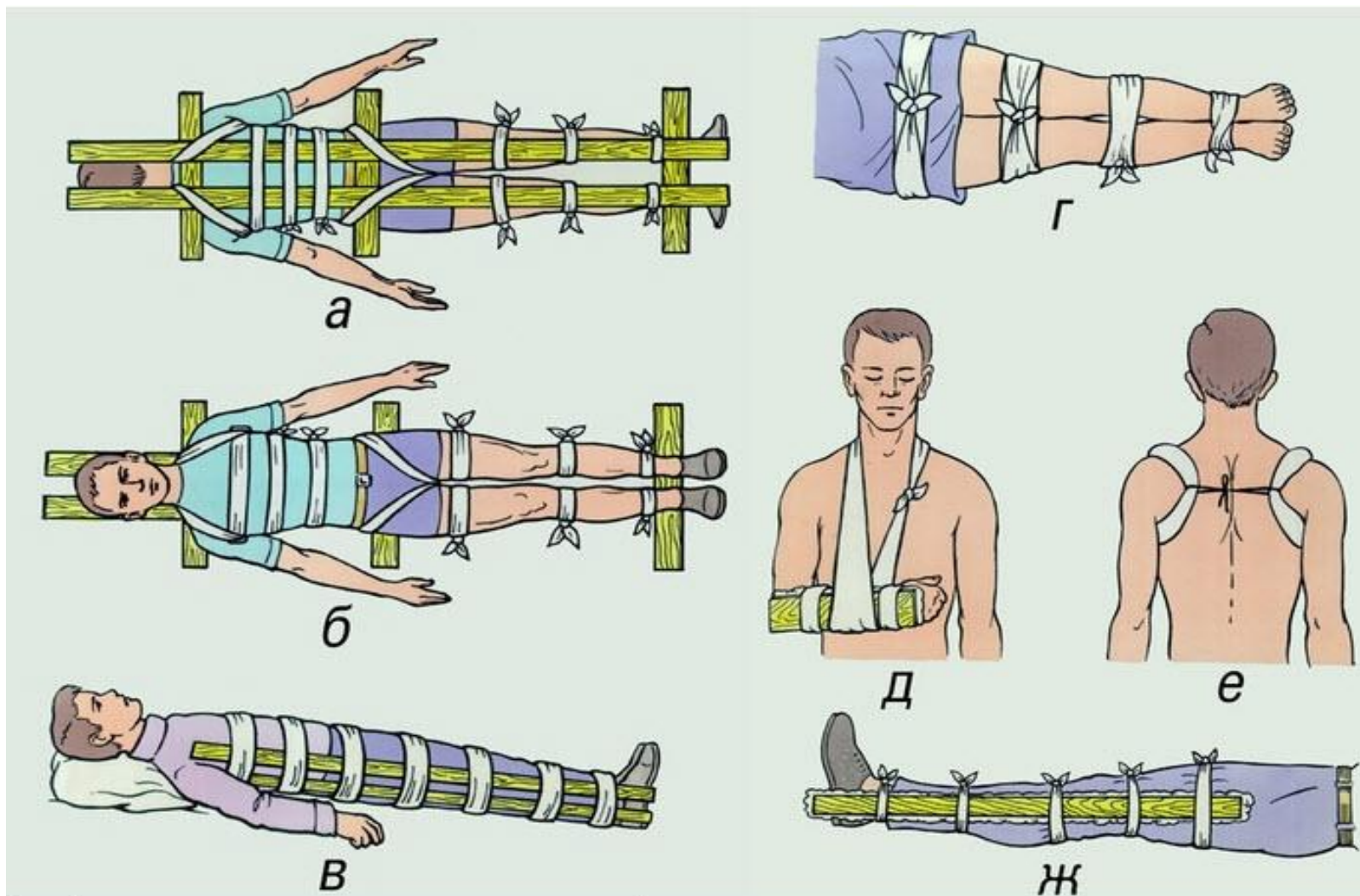
При открытых переломах вправление отломков не производят; накладывают стерильную повязку на место повреждения и конечность фиксируют в том положении, в каком она находится в момент повреждения.

При закрытых переломах снимать одежду с пострадавшего не нужно.

Нельзя накладывать жесткую шину прямо на тело, под нее необходимо подложить мягкую прокладку (вата, полотенце).

Во время перекладывания больного с носилок поврежденную конечность должен поддерживать помощник.

Способы иммобилизации.



Иммобилизация при помощи подручных средств: а, б — при переломе позвоночника; в, г — иммобилизация бедра; д — предплечья; е — ключицы; ж — голени.

Вопрос 7. Способы транспортировки пострадавших.

На спине:		На животе:		Сидя:
- при сотрясении головного мозга; - при травме передней части головы и лица; - при повреждении позвоночника; - при переломе костей таза и нижних конечностей; - при шоковом состоянии; - при травме брюшной полости; - при травме груди.		- при кровопотере (с валиком под грудью и головой); - при травме спины (на животе или правом боку); - при травме затылочной части головы; - при травме спины, ягодиц, тыльной поверхности ног.		- при травме глаза, груди, дыхательных путей; - при травме верхних конечностей; - при ушибах, порезах, ссадинах; - при травме плечевого пояса; - при травме шеи (полусидячее положение со склоненной на грудь головой).

Способы транспортировки пострадавших.

В холодное время года следует принять меры для предупреждения охлаждения пострадавшего. Особенно это касается находящихся в бессознательном состоянии, с наложенными кровоостанавливающими жгутами и с обморожениями.

При транспортировке надо постоянно следить за дыханием, пульсом и поведением пострадавшего и при необходимости оказывать ему медицинскую помощь.

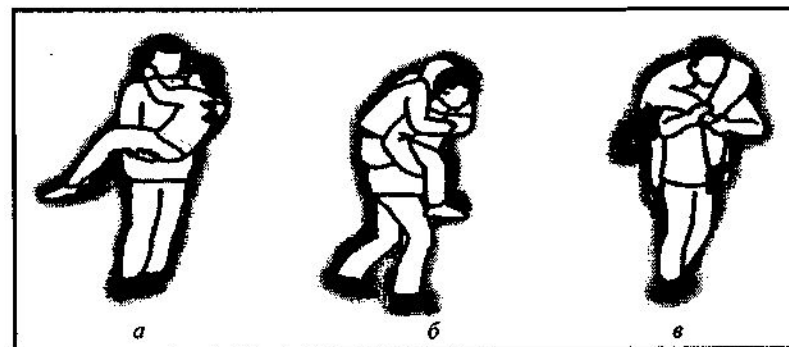


Рис. 80. Переноска пострадавшего одним человеком:
а – на руках; б – на спине; в – на плече

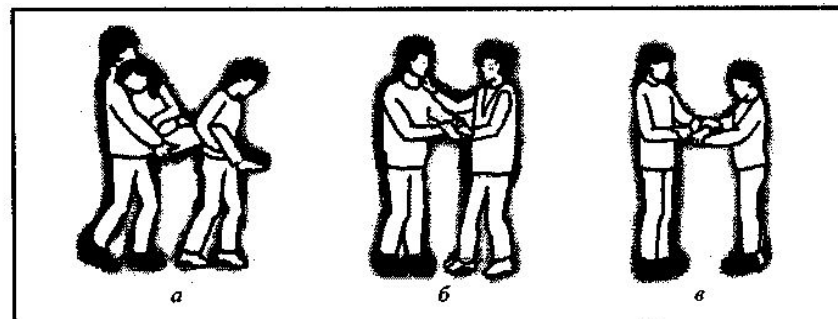


Рис. 81. Переноска пострадавшего двумя людьми:
а – способ «друг за другом»; б – «замок» из трех рук; в – «замок» из четырех рук

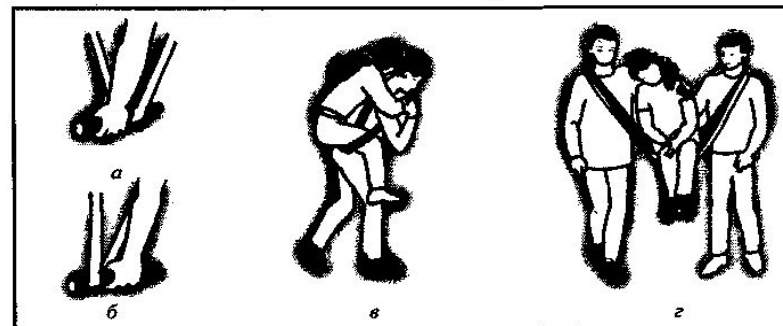


Рис. 82. Переноска пострадавшего при помощи лямок:
а – положение лямок и руки на носилках переднего носильщика; б – положение лямок и руки заднего носильщика; в – переноска одним носильщиком; г – переноска двумя носильщиками

Вопрос 8. Первая помощь при ушибах и вывихах.

Ушиб – механическое нарушение мягких тканей без видимых повреждений кожи. В месте ушиба появляется боль, припухлость, кровоподтек, синяк. При ушибе грудной клетки нарушается дыхание. Ушиб живота может привести к разрыву печени, селезенки, кишечника, внутреннему кровотечению, а головы – к черепно-мозговой травме (ушиб или сотрясение мозга).

Схема 82

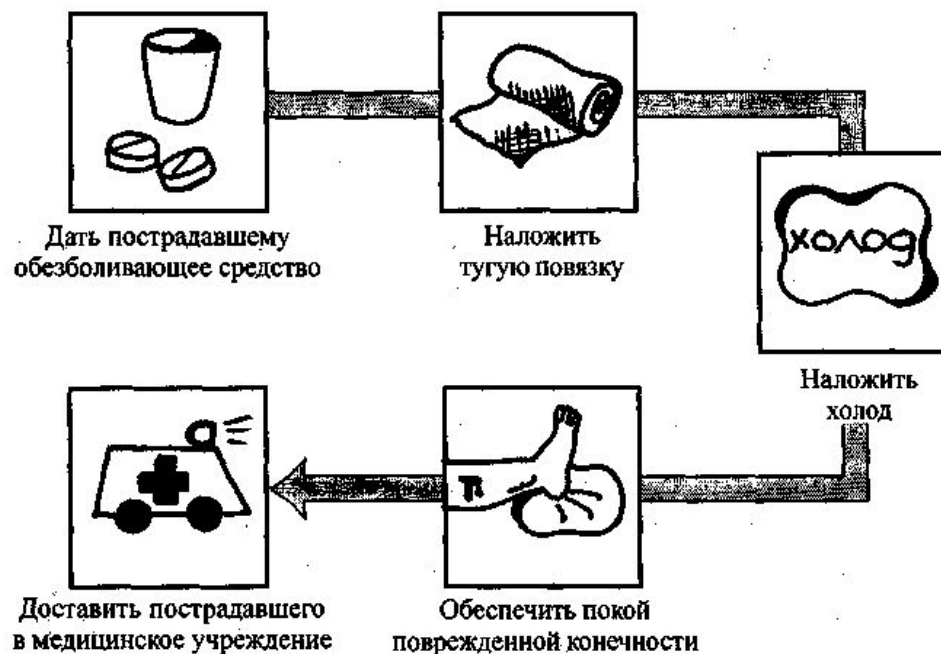
Оказание первой медицинской помощи при ушибах



Вывих – нарушение целостности сустава со стойким смещением суставных концов костей. При вывихе обычно растягиваются или рвутся связки, может оказаться поврежденной суставная капсула, в которую заключен сустав, лопаются мелкие кровеносные сосуды, что приводит к внутреннему кровотечению, образованию гематомы и опуханию. Давление на нервы в результате опухания вызывает боль.

Схема 83

Оказание первой медицинской помощи при вывихах



7.8. Первая медицинская помощь при ожогах

Вопрос 9. Первая помощь при ожогах.

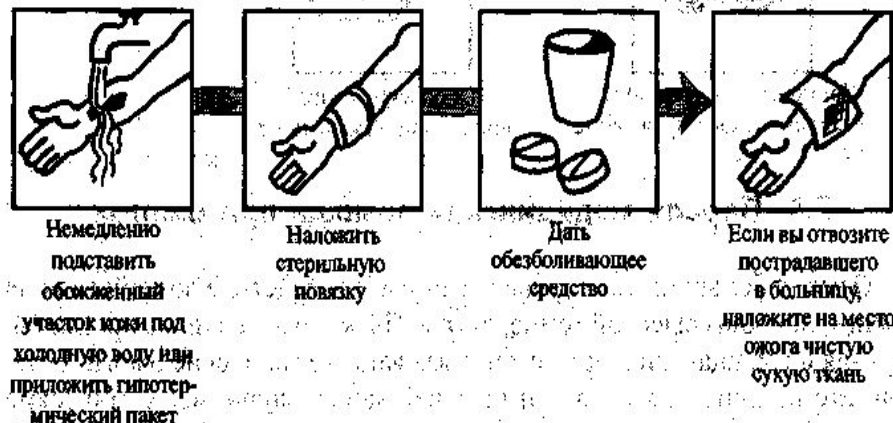
Ожог в большинстве случаев возникает вследствие воздействия на кожные покровы высокой температуры. Пламя, раскаленные предметы, горячая и горячая жидкости и т.п. вызывают термические ожоги. В результате воздействия кислот и щелочей могут случиться химические ожоги. К ожогам часто приводит действие на кожу солнечных лучей, электрического тока. **Термические ожоги** имеют три степени ожогов: легкую, среднюю и тяжелую. При термических ожогах не допускается:

- удалять с поврежденной кожи остатки одежды и грязь;
- обрабатывать место ожога спиртом, йодом, жиром, посыпать крахмалом или мукой;
- накладывать тугие повязки.

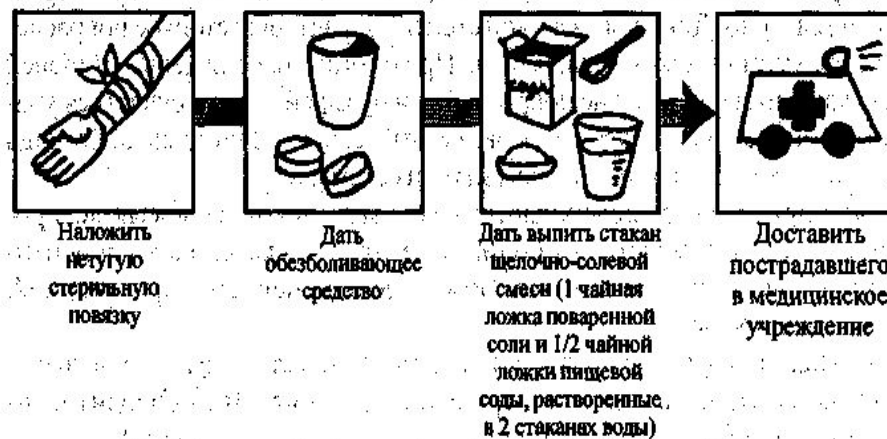
Схема 84

Оказание первой медицинской помощи при термических ожогах

При ограниченном ожоге



При обширных ожогах



Химические ожоги. При химических ожогах редко возникают пузыри. Углублению и распространению ожога способствует пропитанной кислотой или щелочью одежда.

Схема 85

Схема оказания первой медицинской помощи при химических ожогах



Вопрос 10. Первая помощь при отморожении.

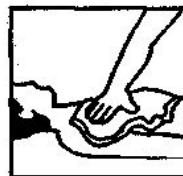
Схема 86

Отморожение - повреждение тканей организма, вызванное действием низкой температуры. Отморожение может наступать при температуре воздуха ниже -6°C . Его тяжесть зависит от температуры окружающей среды, длительности пребывания на холоде, влажности воздуха. Чем они больше, тем тяжелее отморожение. При температурах ниже -20°C могут возникать мгновенные контактные отморожения (при соприкосновении с металлическими предметами кожа «прилипает» к ним). Снижение внутренней температуры тела ниже 24°C приводит к гибели пострадавшего.

Оказание первой медицинской помощи при отморожении



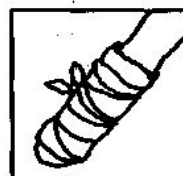
Согреть отмороженный участок тела и пострадавшего в целом



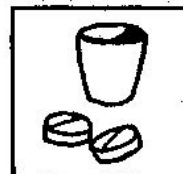
Растереть замерзшую конечность от периферии к центру рукой или мягкой шерстяной тканью до появления розовой окраски кожи



На отмороженный участок тела наложить стерильную повязку



Если нет возможности поместить пострадавшего в помещение, на отмороженный участок тела наложить толстую ватно-марлевую повязку



Дать пострадавшему одну таблетку аспирина или анальгина



Дать пострадавшему горячий чай или кофе