

**ОКАЗАНИЕ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ
СОТРУДНИКАМИ ОРГАНОВ
ВНУТРЕННИХ ДЕЛ ПРИ
ВЫПОЛНЕНИИ
СЛУЖЕБНО-БОЕВЫХ ЗАДАЧ**

Учебно-методическое пособие

Издано в авторской редакции по
решению методического совета
института

Воронежский институт МВД России
2016

Все права на размножение и распространение в любой форме остаются за разработчиком.

Нелегальное копирование и использование данного продукта запрещено.

Авторы: Самороковский Андрей Федорович,

394065, Россия, Воронеж, пр. Патриотов, 53. Тел.: (473) 200-53-95.

Фокина Наталия Анатольевна, 394065, Россия, Воронеж, пр. Патриотов, 53. Тел.: (473) 200-53-95.

Волков Вадим Викторович, 394065, Россия, Воронеж, пр. Патриотов, 53. Тел.: (473) 200-53-95.

Скобелева Марина Васильевна, 394065, Россия, Воронеж, пр. Патриотов, 53. Тел.: (473) 200-53-95.

Пискотин Владимир Александрович, 394065, Россия, Воронеж, пр. Патриотов, 53. Тел.: (473) 200-53-95.

Прищепа Виктор Владимирович, 394065, Россия, Воронеж, пр. Патриотов, 53. Тел.: (473) 200-53-95.

E-mail: tsp@vimvd.ru

©Воронежский институт МВД России

ОКАЗАНИЕ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ СОТРУДНИКАМИ ОРГАНОВ
ВНУТРЕННИХ ДЕЛ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ
СЛУЖЕБНО-БОЕВЫХ ЗАДАЧ

Учебно-методическое пособие

Воронеж 2016

ББК 67.401.133 +53.5

Рассмотрено и одобрено на заседании кафедры тактико-специальной подготовки. Протокол № 6 от 19 января 2016 г.

Рассмотрено и одобрено на заседании методического совета института. Протокол № 6 от 20 февраля 2016 г.

Авторский коллектив: Самороковский А.Ф., Фокина Н.А., Волков В.В., Скобелева М.В., Пискотин В.А., Прищепа В.В.

Рецензенты:

Воронцов А.И. – командир ОМОН ГУ МВД России по Воронежской области, полковник полиции.

Волобуев А.М. – заместитель командира СОБР ГУ МВД России по Воронежской области, полковник полиции.

Самороковский, Андрей Федорович. Совершенствование навыков оказания первой помощи сотрудниками ОВД при исполнении служебно-боевых задач: учебно-методическое пособие [Электронный ресурс] / А.Ф. Самороковский [и др.] – Электр. дан. и прогр. – Воронеж : Воронежский институт МВД России, 2016. – 1 электр. опт. диск (CD-ROM) : 12 см. – Систем. требования: процессор Intel с частотой не менее 1,3 ГГц ; ОЗУ 512 Мб ; операц. система семейства Windows ; CD-ROM дисковод.

ISBN 978-5-88591-325-6

Учебно-методическое пособие по учебной дисциплине «Первая помощь» подготовлено в соответствии с Государственным образовательным стандартом высшего профессионального образования на основе имеющихся учебно-методических материалов кафедры тактико-специальной подготовки и предназначены для формирования у обучающихся целостного и системного представления о комплексе мероприятий по оказанию первой помощи при выполнении служебно-боевых задач.

ББК67.401.133 +53.5

ISBN 978-5-88591-325-6

© Воронежский институт МВД России, 2016

СОДЕРЖАНИЕ

Обозначения и сокращения	5
Введение	6
1 Первая помощь при ранениях.....	10
1.1 Раны. Понятие, классификация	
1.2 Первая помощь при ранениях. Основы десмургии.....	13
1.3 Травмы живота.....	19
1.4 Травмы грудной клетки.....	21
1.5 Травматический шок.....	22
2 Способы остановки кровотечения.....	24
3 Первая помощь при травмах опорно-двигательной системы.....	37
4 Первая помощь при термических воздействиях низких и высоких температур на организм человека.....	48
Заключение.....	52
Список использованных источников.....	53

ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

ПП - Первая помощь

ИПП – Индивидуальный перевязочный пакет

НО - Нелетальное оружие

ВВЕДЕНИЕ

Для целенаправленного выявления нанесенных повреждений, рациональной организации и оказания первой помощи, необходимо знать поражающие факторы боевого оружия и особенности его воздействия на организм раненого.

Появившееся в XIV в. огнестрельное оружие, прошло в своем развитии длинный путь - от примитивных пушек, аркебузов и мушкетов до современных систем вооружения, среди которых принято различать так называемое обычное (конвенционное) оружие и оружие массового поражения (запрещенное к применению международными конвенциями).

Среди разновидностей обычного оружия выделяется огнестрельное стрелковое оружие, осколочные и осколочно-фугасные боеприпасы, противопехотные средства ближнего боя (гранаты), боеприпасы взрывного действия, боевые зажигательные огнесмеси и др. [1].

В последние годы значительное внимание уделяется развитию разнообразного нелетального оружия (НО), предназначенного для временного лишения противника боеспособности.

Основной группой НО является кинетическое оружие. В России разработан целый спектр кинетического, НО с эластичными поражающими элементами - резиновыми пулями и резиновой картечью.

Однако следует подчеркнуть, что при применении кинетического НО не гарантируется нулевая вероятность летального исхода. В определенном смысле разница между боевым оружием и НО, стреляющим травматическими пулями, заключается в том, что пуля боевого пистолета способна убить человека на дальности нескольких сотен метров, а свыше этой дальности наносит нелетальное поражение, тогда как резиновая пуля способна убить на дистанции

1-2 м, а свыше - наносит травматическое воздействие, сводящееся к нулю на последующих 10-15 метрах [1].

При ранениях травматическими пулями возникает широкий спектр повреждений - от ссадин и непроникающих ранений груди и живота до тяжелых проникающих ранений с повреждением внутренних органов.

На характер получаемой травмы прямое влияние оказывает использование штатных средств индивидуальной бронезащиты, к которым относятся бронежилеты и защитные шлемы, они в настоящее время являются неотъемлемым атрибутом экипировки сотрудников полиции. Современные бронежилеты отличаются улучшенными конструктивными и служебно-эксплуатационными характеристиками за счет применения монолитных бронепластин и защитных пакетов из высокопрочной баллистической ткани, а также климатического амортизационного подпора, ослабляющего запреградный (заброневой) удар при непробитии брони и служащего для отвода избыточного тепла из-под бронежилета.

Конструктивными элементами современных защитных шлемов являются защитная оболочка (колпак или корпус) и система амортизации остаточной энергии удара при непробитии шлема - так называемое подтулейное устройство.

Широкое применение средств индивидуальной бронезащиты существенно изменило структуру боевых поражений по локализации - частота огнестрельных ранений груди и живота снизилась. Однако следует считаться с тем, что при пробитии бронежилета пулей, как правило, в ране обнаруживаются вторичные ранящие снаряды (отколы бронепластин и фрагменты пуль), а при непробитии бронежилета существует вероятность закрытых (заброневых) повреждений внутренних органов, выявление которых может быть сложной задачей.

Первая помощь (ПП) оказывается, как правило, на месте получения ранения (поражения) или развития заболевания в порядке самопомощи (оказывает сам пострадавший) и взаимопомощи (оказывает товарищ). Для ее оказания используются преимущественно индивидуальные средства медицинского оснащения.

В этом определении указаны 2 основные задачи первой помощи:

- устранение причин, угрожающих жизни пострадавшего,
- предупреждение развития тяжёлых осложнений, выполняемое на месте возникновения острого заболевания или травмы, до прибытия медицинского работника.

В соответствии с частью 1 ст.31 Федерального закона от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» определён круг лиц, обязанных оказывать первую помощь:

- сотрудники органов внутренних дел РФ;
- сотрудники, военнослужащие и работники Государственной противопожарной службы;
- спасатели аварийно-спасательных формирований и аварийно-спасательных служб.

Основные документы, регламентирующие оказание ПП сотрудниками полиции:

- Федеральный закон «О полиции» № 3 от 07.02.2011г.: независимо от занимаемой должности, места нахождения и времени суток сотрудники полиции обязаны «оказывать первую помощь лицам, пострадавшим от преступлений, административных правонарушений и несчастных случаев, а также лицам, находящимся в беспомощном состоянии либо в состоянии, опасном для их жизни и здоровья, если специализированная помощь не может быть получена ими своевременно или отсутствует» (гл.3 Обязанности и права полиции, ст.12 Обязанности полиции).

- Федеральный закон № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011г. (ст.31 «Первая помощь»)
- УК РФ ст. 124 «Неоказание помощи больному» и ст. 125 «Оставление в опасности».
- Приказ МЗСР № 477н от 04.05.2012г. «Об утверждении перечня состояний, при которых оказывается первая помощь, и перечня мероприятий по оказанию первой помощи».

1 Первая помощь при ранениях

1.1 Раны. Понятие, классификация

Раны являются одним из видов повреждений, чрезвычайно распространённых как в мирное, так и в военное время. Открытое повреждение – повреждение, при котором наблюдается повреждение кожных покровов и (или) слизистых оболочек. Иными словами, рана – нарушение целостности покровов (кожи, слизистых) с возможным повреждением глубже лежащих тканей [2].

Раны классифицируются по различным признакам:

- По характеру повреждения тканей:

Колотые раны наносятся колющим оружием (штык и др.). Анатомической особенностью их является значительная глубина при небольшом повреждении покровов. При этих ранах всегда имеется опасность повреждения жизненно важных структур, расположенных в глубине тканей, в полостях (сосуды, нервы, внутренние органы).

Резаные раны наносят острым предметом. Они характеризуются небольшим количеством разрушенных тканей. Зияние раны создает хорошие условия для оттока отделяемого, что благоприятно сказывается на заживлении.

Рубленые раны наносят тяжелым острым предметом (шашка, топор и др.). Для таких ран характерно глубокое повреждение тканей, широкое зияние, ушиб и сотрясение окружающих тканей.

Ушибленные и рваные раны являются следствием воздействия тупого предмета. Они характеризуются большим количеством размятых, ушибленных, пропитанных кровью тканей с нарушением их жизнеспособности.

Укушенные раны характеризуются не столько обширными и глубокими повреждениями, сколько тяжелой инфицированностью вирулентной флорой

рта животного. Течение этих ран чаще, чем других, осложняется развитием острой инфекции. Укушенные раны могут быть заражены вирусом бешенства.

Отравленные раны - это такие раны, в которые попадает яд (при укусе змеи, скорпиона, проникновении отравляющих веществ) и др.

Огнестрельные раны отличаются от всех остальных характером ранящего оружия (пуля, осколок), сложностью анатомической характеристики; особенностью повреждения тканей с зонами полного разрушения, некроза и молекулярного сотрясения, высокой степенью инфицированности.

- По отношению к полостям тела (полости черепа, груди, живота, суставов и др.) различают:

проникающие;

непроникающие раны.

Проникающие раны представляют большую опасность в связи с возможностью повреждения или вовлечения в воспалительный процесс оболочек, полостей и расположенных в них органов.

- Выделяют простые и осложненные раны, при которых имеется какое-либо дополнительное повреждение тканей (отравление, ожог) или сочетание ранений мягких тканей с повреждением кости, полых органов и др.

Раны, полученные в результате воздействия огнестрельного оружия или боеприпасов, называются огнестрельными. Отличаются тремя зонами повреждения (раневого канала, зона контузии, зона молекулярного сотрясения), высокой степенью инфицирования (в том числе микробами газовой гангрены), наличием некроза, сложностью лечения. При оказании первой помощи огнестрельные раны обрабатываются по общим правилам [3].

По характеру раневого канала различают:

Сквозные раны – имеющие два отверстия: входное и выходное.

Слепые раны – имеющие одно входное отверстие.

Касательные раны возникают в случае, если пуля не проникает в тело и

образует открытый раневой канал в виде удлиненной раны или ссадины.

Взрыв – это импульсное выделение большого количества энергии в результате физических или химических превращений вещества.

К повреждающим факторам взрыва относятся:

- взрывные газы, частицы взрывчатого вещества, копоть взрыва;
- ударная волна;
- осколки и частицы взрывного устройства – осколки и части взрывателя, осколки оболочки взрывного устройства;
- специальные поражающие средства:
элементы механического действия (шарики, стержни, стрелки и др.);
вещества химического действия;
вещества термического действия (фосфор, напалм и др.);
- вторичные снаряды – обломки разрушенных преград, окружающие предметы, части одежды и обуви, разрушенные и оторванные части тела.

Повреждения, возникающие от действия этих факторов, называют взрывной травмой.

Последствия действия ударной волны похожи на повреждения от ударов тупым твердым предметом с широкой плоской травмирующей поверхностью.

Переходя из воздушной среды в жидкие среды организма, ударная волна из-за большой плотности и не сжимаемости этих сред может увеличить скорость своего распространения и привести к значительным разрушениям. Это явление получило название взрыва, направленного внутрь.

1.2 Первая помощь при ранениях. Основы десмургии.

При оказании помощи раненым необходимо соблюдать следующую последовательность:

- Остановить сильное кровотечение.
- Наложить повязку (бинтовую, лейкопластырную, косыночную). При отсутствии аптечки используется любая чистая хлопчатобумажная ткань. В боевых условиях для наложения повязок удобно использовать индивидуальный перевязочный пакет (ИПП) (рис.1).



Рисунок 1- Индивидуальный перевязочный пакет

ИПП предназначен для оказания само- и взаимопомощи на месте ранения. Пакет состоит из бинта и двух прошитых ватно-марлевых подушечек, сложенных в два раза. Одна из подушечек укреплена на бинте неподвижно, другую можно легко перемещать. Пакет упакован в две оболочки: наружную прорезиненную, и внутреннюю бумажную (пергамент в три слоя). В складках

бумажной оболочки находится английская булавка. Содержимое пакета стерильно.

Порядок вскрытия пакета перевязочного индивидуального:

- Наружную оболочку разрывают по имеющемуся надрезу.
- Извлекают булавку и перевязочный материал, упакованный в бумажную оболочку.
- Бумажную оболочку снимают с помощью разрезной нитки.
- Повязку разворачивают таким образом, чтобы не касаться руками тех поверхностей ватно-марлевых подушечек, которые будут прилегать к ране.

Правила наложения бинтовых повязок.

- Больного следует уложить или усадить в удобное положение, чтобы бинтуемая область тела была неподвижна и доступна.

- Бинтуемая часть конечности должна находиться в физиологически выгодном положении. Для плечевого сустава – это слегка отведенное положение плеча, для локтевого сустава – согнутое под прямым углом предплечье. Область тазобедренного сустава бинтуют при выпрямленном положении конечности, коленного сустава – конечность слегка согнута в суставе, голеностопного сустава – стопа устанавливается под углом 90 градусов к голени.

- Бинт раскатывают слева направо, против часовой стрелки. Головку бинта, как правило, держат в правой руке, а свободный конец – в левой.

- Бинтование всегда производят от периферии к центру (снизу вверх).

- Бинтование начинают с 2-3 закрепляющих туров бинта. Закрепляющие туры накладываются на наиболее узкую неповрежденную область тела около раны.

- Каждый последующий оборот бинта должен перекрывать предыдущий на половину или на две трети его ширины.

- Бинт раскатывают, не отрывая его головки от поверхности тела, что обеспечивает равномерное натяжение бинта на всем протяжении повязки.

- Если бинт израсходован, а бинтование необходимо продолжить, тогда под конец бинта подкладывают начало нового и укрепляют круговым туром; затем бинтование продолжают.

- Бинтование рекомендуется завершать 2-3 круговыми турами, наложенными в проекции закрепляющих туров, с которых начиналось бинтование.

- Повязка завершается надежным закреплением конца бинта. Конец бинта разрезают (разрывают) продольно, полученные полосы перекрещивают между собой, затем обводят вокруг бинтуемого сегмента и завязывают узлом. Закрепить конец бинта можно также английской булавкой, полосками лейкопластыря, прошить нитками, либо продернуть кровоостанавливающим зажимом сквозь туры бинта и завязать узлом.

- Узел, которым закреплен конец бинта, не должен находиться: в проекции раны, на затылочной и височной области, на спине, на подошвенной поверхности стопы, на ладонной поверхности кисти.

Ошибки при наложении бинтовых повязок:

- Если повязка наложена туго, либо давление туров бинта неравномерно в различных частях повязки, то возникает нарушение кровообращения в периферических отделах конечности. Сдавление повязкой проявляется синюшностью кожных покровов и отеком конечности ниже повязки, болезненными ощущениями, пульсирующей болью в ране, онемением, покалыванием, усилением кровотечения из раны (феномен венозного жгута). При транспортировке в зимнее время, нарушение кровообращения в результате сдавления повязкой может привести к отморожению периферических отделов конечности. В случае появления перечисленных признаков повязку рассекают ножницами на 1-2 см по краю или меняют.

- Целостность повязки легко нарушается, либо повязка сползает, если не сделаны или сделаны неправильно первые закрепляющие туры повязки. Следует отметить, что повязка получается более прочной, если первые закрепляющие туры фиксируют пластырем (рис.2).

- При слабом натяжении бинта повязка быстро сползает. Это обычно бывает, когда из-за неправильного положения пострадавшего во время бинтования, мышцы поврежденной части тела находятся в напряженном состоянии, что увеличивает ее объем. При расслаблении мышц, возникает несоответствие повязки объему поврежденной части тела. В этом случае повязку рекомендуется сменить.



Рисунок 2-Техника наложения бинтовой повязки

При оказании ПП раненым запрещается:

- наносить на рану сырую воду (исключение составляют укушенные раны), жирные (масла, кремы, мази) и порошкообразные вещества, вещества, оказывающие прижигающее действие (йод и т.п.),
- класть непосредственно на рану вату,

- вынимать инородные тела и вправлять выпавшие из раны части органов.

Раздевать раненого при оказании первой медицинской помощи не рекомендуется, одежда разрезается по шву или в области раны. При необходимости одежда снимается сначала со здоровой части тела, затем – с больной, надевается – в обратном порядке. При травме голени или стопы обувь следует разрезать по шву задника, а потом снимать, освобождая в первую очередь пятку.

При участии в боевых действиях сотруднику полиции может быть выдан в качестве противошокового и обезболивающего средства шприц-тюбик с промедолом. Инъекцию делают в верхнюю наружную треть бедра или плеча внутримышечно. При тяжелых ранениях в голову промедол из шприц-тюбика не вводится из-за угрозы угнетения дыхания.

Оказание первой помощи при травматической ампутации конечности:

Остановить кровотечение из культи (способы остановки кровотечения описаны в соответствующем разделе)

Обработать рану, наложить повязку (рис.3).



Рисунок 3- Возвращающаяся повязка на культю конечности после ампутации

- Провести противошоковые мероприятия:

- а) обеспечить полный покой;
- б) обезболивание;
- в) согревание (укрыть, горячее питьё);
- г) успокоить и подбодрить пострадавшего.

- Отсечённую (оторванную) часть конечности обернуть чистой тканью и поместить в полиэтиленовый пакет, который, в свою очередь, помещают в другой пакет или иную ёмкость (банка, кастрюля и т.д.), заполненную снегом, льдом. Оторванный сегмент не должен намокать или прямо соприкасаться со снегом и льдом. Нельзя помещать оторванную часть тела в холодильник, замораживать, обрабатывать какими-либо растворами, обмывать. К пакету прикрепить записку с указанием времени травмы.

- Немедленно обеспечить максимально быструю доставку пострадавшего в лечебное учреждение, где есть отделение сосудистой хирургии. Пострадавшего транспортируют вместе с оторванной конечностью. Реплантация («пришивание оторванной части») возможна, если ткани не слишком разрушены и прошло в среднем не более 4-8 часов.

При неполной ампутации, когда остаются частично сохраненные мягкие ткани, т.е. конечность «висит на кожном лоскуте», пересекать, или отделять их при оказании ПП запрещено! Необходимо осуществить иммобилизацию всей конечности и охлаждение оторванной части (сам пострадавший при этом должен быть согрет).

Особенности оказания помощи при ранениях в бронежилете.

Бронежилет защищает 25-28% тела, причём защищает жизненно важные участки: грудную клетку, живот, позвоночник. Защищает от осколков и большинства пуль.

При попадании пули в защищённую бронежилетом область тела наиболее часто наблюдаются:

- заброневая (контузионная) травма;
- заброневое смещение;
- реже разрыв органа или огнестрельная рана.

Контузия – это ушиб. При этом наблюдаются боль, кровоизлияние (гематома), отёк и нарушение функции контуженого органа, могут также наблюдаться переломы рёбер, грудины, разрывы лёгкого. При оказании помощи бронезилет осторожно снимают, помощь оказывают по общим правилам.

1.3 Травмы живота

Из травм области живота наиболее опасными для жизни являются проникающие ранения. При них из раны могут выпадать внутренние органы, петли кишок и сальник, может возникнуть сильное кровотечение. При выпадении внутренних органов их нельзя вправлять в брюшную полость. Рану следует закрыть стерильной салфеткой. На салфетку надо положить мягкое ватно-марлевое кольцо и наложить повязку не слишком туго. Пострадавшему с проникающим ранением живота нельзя давать пить. Для уменьшения мучительной жажды и сухости во рту следует через каждые 5-10 минут смачивать губы и язык пострадавшего с помощью ватки смоченной водой [2].

На верхнюю часть живота накладывается стерильная повязка, при которой бинтование проводится последовательными круговыми ходами снизу вверх. На нижней части живота спиральная повязка сползает, поэтому здесь накладывают колосовидную повязку: на живот и паховую область (рис.4).

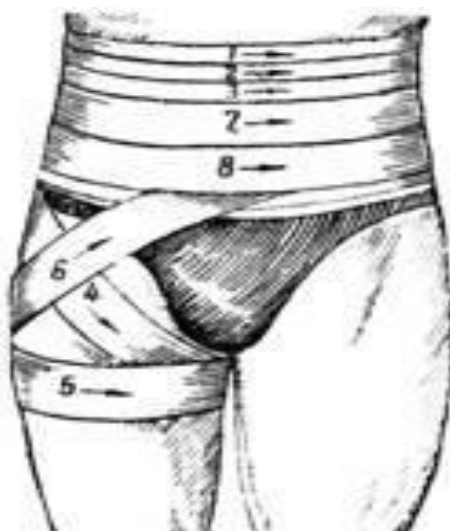


Рисунок 4- Спиральная повязка на живот

По возможности на живот кладут пузырь со льдом. Доставлять пострадавших лучше всего в положении лежа на спине с согнутыми в коленях ногами. В положении на спине с согнутыми в коленях ногами достигается предельное расслабление брюшного пресса.

Непроникающие ранения ограничиваются повреждением только брюшной стенки. Целостность брюшины и внутренних органов при этом не нарушается. При непроникающих ранениях живота наблюдаются удовлетворительное состояние пострадавшего, сравнительно небольшие боли в животе.

При закрытых повреждениях живота применять обезболивающие средства запрещается, так как они могут затушевывать картину внутреннего кровотечения или перитонита.

Извлечение инородного предмета или холодного оружия из раны может привести к мгновенной смерти.

В первую очередь необходимо зафиксировать предмет между двумя скатками бинта и прикрепить их лейкопластырем или скотчем к коже (рис.5).



Рисунок 5- Инородный предмет в ране

1.4 Травмы грудной клетки

Из осложнений, которые наблюдаются при огнестрельных ранениях грудной клетки и легкого, нужно отметить пневмоторакс. Пневмотораксом называют скопление воздуха в полости плевры, куда он попадает через поврежденный бронх, легкое или снаружи, через рану грудной клетки, вследствие отрицательного давления в полости плевры и присасывающего действия грудной клетки в момент вдоха. После вхождения в полость плевры воздуха легкое спадается, и в силу этого наступает расстройство дыхания и кровообращения [3]. В некоторых случаях легкое выключается из акта дыхания полностью (рис.6).

Пневмоторакс может быть:

открытым - с прямым сообщением полости плевры с внешней средой;

закрытым - с попаданием воздуха в полость плевры в момент самого ранения, которое далее оказалось закрытым;

клапанным - поступление воздуха в полость плевры через раневой канал или повреждённое лёгкое на входе без выхода обратно.



Рисунок 6-Левосторонний пневмоторакс

Первая помощь заключается в наложении на рану герметизирующей повязки, которая перекроет доступ воздуха. Пострадавшему следует придать полусидячее положение или уложить его на раненый бок, ограничив при этом его подвижность. К месту ранения приложить холод (рис.7).



Рисунок 7- Первая помощь при проникающем ранении грудной клетки

1.5 Травматический шок

Шок – угрожающее жизни состояние, возникающее при тяжёлых повреждениях организма и характеризующееся срывом деятельности ЦНС и всех систем жизнеобеспечения организма. Причины шока указаны в его определении.

Стадии шока.

- Эректильная стадия, или стадия напряжения:

- а) пострадавший бессвязно кричит и беспорядочно двигается, резкое побледнение кожных покровов;
- б) эмоциональное и двигательное возбуждение;
- в) неадекватная оценка ситуации и своего состояния;
- г) отсутствие жалоб на боли даже при шокогенных повреждениях.

Ни в коем случае нельзя отпускать с места происшествия тех, кто, не предъявляя никаких жалоб, очень бледен или сильно возбужден.

- Торпидная стадия, или стадия торможения:

- а) заторможенность и апатия;
- б) появление на коже мраморного рисунка;
- в) снижение температуры тела и артериального давления;
- г) заострение черт лица;
- д) после сдавливания пальцами на мочки уха остается белое пятно, которое в норме исчезает через 5-10 секунд;
- е) полное прекращение выделения мочи.

При шоке первая помощь оказывается по факту повреждения:

- ранение;
- перелом;
- вывих;
- ожог и т.д.

Противошоковые мероприятия (рис.8):

- согревание пострадавшего;
- обеспечение общего покоя;
- обезболивание (обеспечивается грамотным положением и иммобилизацией),
- быстрая доставка в лечебное учреждение.



Рисунок 8-Первая помощь при шоковых состояниях

2 Способы остановки кровотечения

Наиболее частой причиной кровотечений являются ранения, так как практически любая рана сопровождается различным по характеру и силе кровотечением. При обнаружении пострадавшего всегда необходимо установить наличие или отсутствие наружного кровотечения или предположить внутреннее кровотечение. Интенсивность кровотечения определяется по величине потока крови и размеру ее лужиц (можно недооценить объем потерянной крови из-за пропитывания одежды пострадавшего) [4].

По характеру повреждённого сосуда различают:

- артериальное кровотечение (кровотечение пульсирующей струёй, или фонтаном, цвет крови алый, могут быть брызги);

- венозное кровотечение (кровотечение непрерывной струёй, брызги отсутствуют, цвет тёмно-красный);

- смешанное кровотечение (одновременно из артерии и вены, как правило, рядом расположенных, внешне это кровотечение похоже на артериальное);

- капиллярное кровотечение (кровотечение из микроскопических сосудов капилляров, кровь сочится из раны, капает). Капиллярное кровотечение специальными способами не останавливается, достаточно приподнять повреждённый участок, обработать рану и наложить обычную повязку.

По клиническим проявлениям выделяют:

- наружное (кровь изливается во внешнюю среду), наблюдаются при травмах с повреждением кожи и слизистых оболочек, этот вид кровотечения сложностей в диагностике не представляет;

- внутреннее (кровь изливается в полости или в ткани организма), при этих кровотечениях кровь чаще всего долго не сворачивается, диагностика основана на признаках кровопотери (дефицит объема циркулирующей крови);

- смешанное кровотечение (возникает, как правило, при проникающих ранениях).

Для остановки наружного кровотечения применяются 4 способа:

- Прижатие сосуда пальцами, кулаком или ладонью. Прижать повреждённый сосуд можно в ране, (давление на рану) или на протяжении сосуда по ходу движения крови, т.е. выше или ниже раны. Это то, с чего необходимо всегда начинать, оказывая помощь при кровотечении. Именно этим способом спасется жизнь пострадавшему, т.к. при повреждении крупных магистральных сосудов «промедление смерти подобно».

Для прижатия сосудов выше или ниже раны необходимо учитывать

направление движения крови по венам и артериям и знать специальные точки. Важно запомнить то, что по венам кровь течёт всегда по направлению к сердцу, по артериям кровь – от сердца на периферию. Соответственно выбирается нужная точка выше или ниже места кровотечения. Необходимо добавить, что все магистральные сосуды (артерии и вены) всегда расположены парно и, как правило, лежат на костях. Наиболее важные артерии и места пережатия указаны на рисунках 9-14.

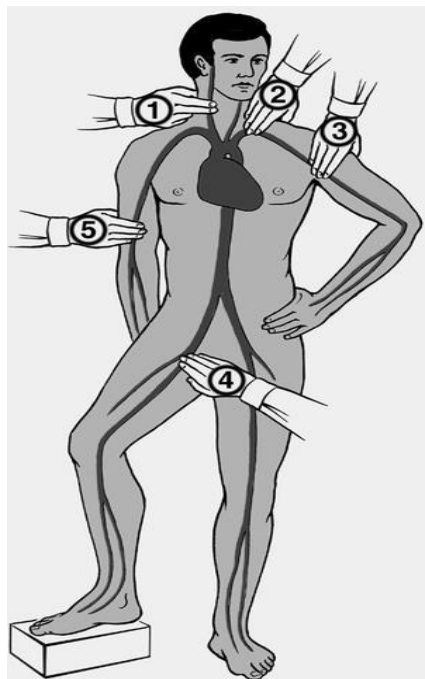


Рисунок 9-Точки прижатия наиболее важных артерий, где
1 - сонная артерия, 2-подключичная артерия, 3 - подмышечная артерия, 4 -
бедренная артерия, 5 - плечевая артерия.



Рисунок 10-Точка прижатия сонной артерии

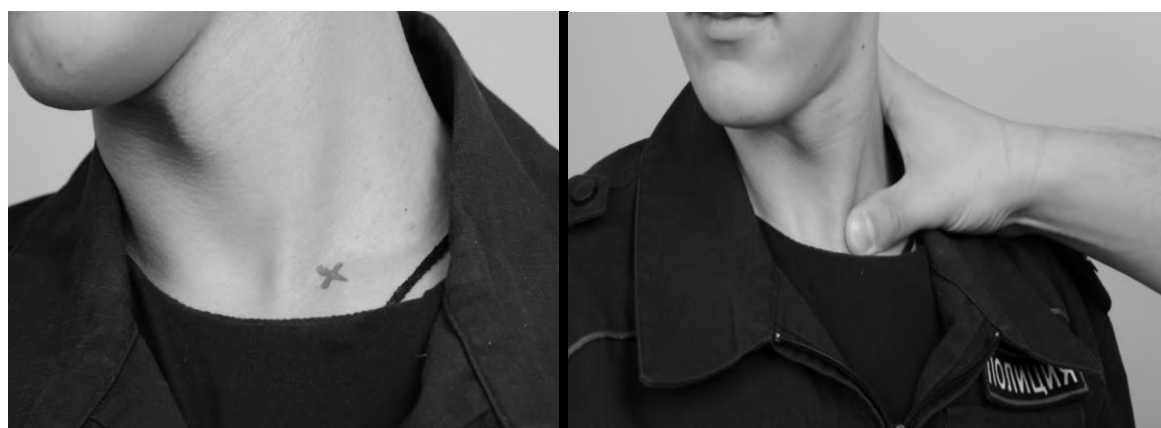


Рисунок 11-Точка прижатия подключичной артерии



Рисунок 12-Точка прижатия подмышечной артерии



Рисунок 13- Точка прижатия плечевой артерии

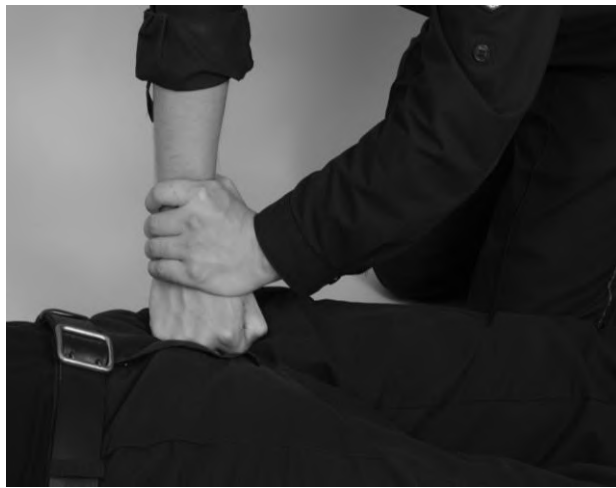


Рисунок 14-Точка прижатия бедренной артерии

- Наложение кровоостанавливающего жгута или жгута-закрутки [4]. Этот простой и эффективный способ используется при оказании ПП только для остановки артериального кровотечения. В качестве кровоостанавливающего жгута запрещается использовать узкий, жёсткий материал (верёвки, шнурки, провода, и т.п.).

Используются как табельные жгуты (рис.15), так и жгуты из подручных средств:

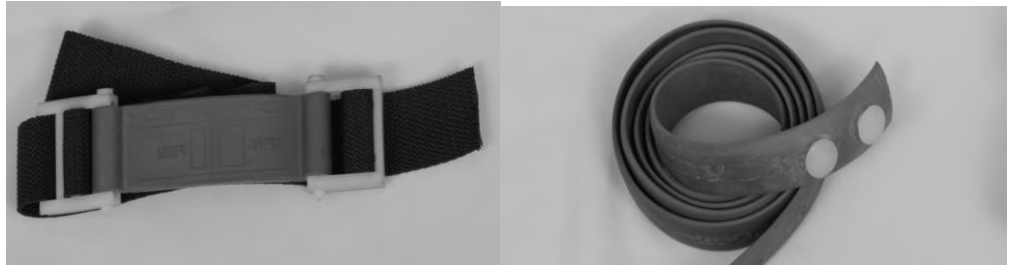


Рисунок 15- Табельные жгуты

В качестве подручных средств чаще всего применяется жгут-закрутка или поясной ремень в виде двойной петли.

Поясной ремень для остановки артериального кровотечения используется в виде двойной петли (рис.16).



Рисунок 16- Использование поясного ремня для остановки кровотечения

Жгут-закрутка (рис.17) представляет собой конструкцию, включающую широкий кусок ткани (это может быть сложенный носовой платок, шарф и т.п.), который завязывается узлом над конечностью, под узел подкладывается палочка, с помощью которой и закручивается жгут (палочка фиксируется, чтобы не раскрутилась в обратную сторону).



Рисунок 17-Техника использования жгута-закрутки

Правила наложения кровоостанавливающего жгута для всех конструкций жгутов едины:

- приподнять повреждённый участок тела;
- прижать повреждённый сосуд пальцами или кулаком в ране или в специальной точке;
- жгут не накладывают на голое тело – только на одежду или подложенную ткань, все складки одежды должны быть тщательно расправлены;
- жгут накладывают выше раны (на шее ниже) на расстоянии не более 15 см от раны;

- оставляется записка под жгутом с указанием времени его наложения;
- максимально допустимое время для наложения жгута в тёплый период (температура воздуха более +4 градуса С) – не более 1 часа, в холодный период (температура ниже + 4 градуса С) – не более 30 минут;
- при невозможности уложиться в допустимое время, жгут ослабляется (не снимается!) на 10-15 минут, при этом используется способ прижатия сосуда пальцами или кулаком. После того, как конечность согреется и станет нормального цвета (в среднем через 15 минут) жгут вновь затягивают, переместив его несколько выше. В записке отмечают время ослабления и повторного затягивания жгута (рис. 18).



Рисунок 18-Техника наложения кровоостанавливающего жгута

При наложении жгута первый его оборот затягивают до исчезновения фонтана крови (пульс ниже при этом не будет определяться), второй тур жгута должен быть наложен точно на первый, все последующие туры жгута накладываются выше по спирали, при этом необходимо следить за тем, чтобы не было ущемления кожи между турами. Табельный жгут застёгивается или

фиксируется так, как это указано в инструкции к жгуту. Недопустимо завязывать жгут узлом.

При повреждении срединных артерий предплечья и голени (расположены между костями), жгут накладывают на нижнюю треть соответственно плеча или бедра.

Плечевая артерия, снабжающая кровью руку, проходит по внутренней стороне плечевой кости (рис.19 а). Бедренная артерия, снабжающая кровью нижнюю конечность, проходит через середину паховой складки. В этом месте она пересекает костный выступ (рис.19 б), и ее лучше всего прижимать именно там.



Рисунок 19-Ориентиры наложения кровоостанавливающего жгута на плечо или бедро

Не следует накладывать жгут:

- на среднюю треть плеча, где нервный ствол лежит на кости и легко травмируется;
- на нижнюю треть бедра, так как бедренная артерия в этом месте проходит через гунтеров канал и сдавить её без травмирования мягких тканей не удаётся.

Необходимо отметить, что при всей эффективности и достаточной простоте наложение жгута, даже при соблюдении всех правил этот способ остаётся самым болезненным и опасным в плане потери конечности из-за

омертвения. Кроме того, при наложении кровоостанавливающего жгута достаточно часто повреждаются нервы, что может привести к парезу и параличу.

После наложения жгута необходимо укрыть конечность ниже жгута (особенно важно это сделать в холодный период), но при этом сам жгут должен быть виден, и зафиксировать конечность со жгутом в неподвижном состоянии, т.е. осуществить её иммобилизацию. Необходимо чётко усвоить, что без записки жгут не накладывается, записка обязательна даже в тех случаях, если раненый накладывает жгут самому себе!

На шею кровоостанавливающий жгут накладывается способом Микулича: со стороны повреждения жгут накладывают на подложенную ткань ниже раны, далее жгут идёт через подмышечную область противоположной стороны, рука с этой стороны заводится на голову (рис. 20).

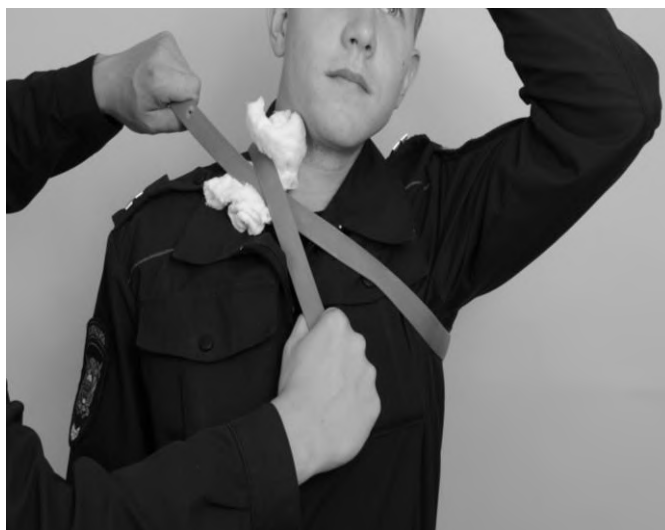


Рисунок 20-Наложения кровоостанавливающего жгута на шею
(по Микуличу)

- Наложение давящей повязки. Давящая повязка представляет собой скатку (ватно-марлевую подушечку), туго закреплённую бинтом

непосредственно на ране.

Наложение давящей повязки – это лучший способ для остановки венозного кровотечения. В случае артериального кровотечения может использоваться, как дополнительный способ.

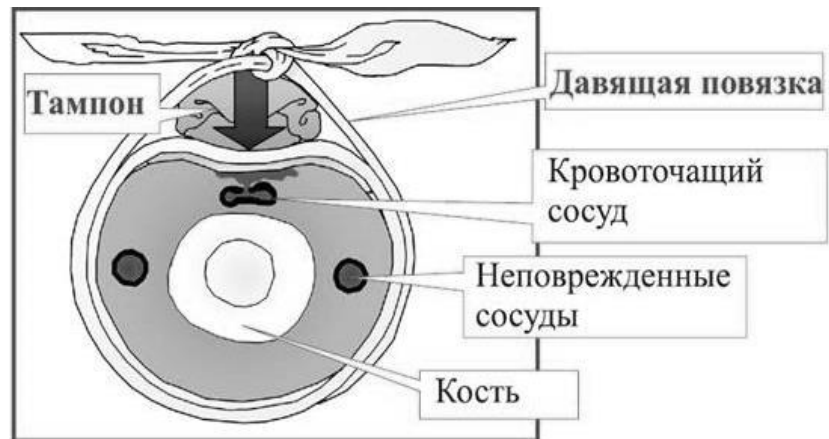


Рисунок 21-Наложение давящей повязки

В качестве скатки можно использовать находящиеся в аптечке бинты или вату (вата накладывается через салфетку) (рис.22).



Рисунок 22-Наложение давящей повязки на конечность

Наложение давящей повязки - простой и безопасный способ, не имеющий

ограничений, но, к сожалению, не всегда достаточный для остановки артериального кровотечения.

- Максимальное сгибание конечности в суставе с фиксацией. Учитывая направление движения крови по артериям и венам, скатка (валик) из бинта или ваты накладывается на суставный сгиб, конечность сгибается и фиксируется в положении максимального сгибания с помощью повязки или подручных материалов (рис.23). Для сгибания используют 4 сустава: плечевой (область подмышки) локтевой, коленный, тазобедренный (паховая область). Именно в эти места вкладывается скатка-валик.

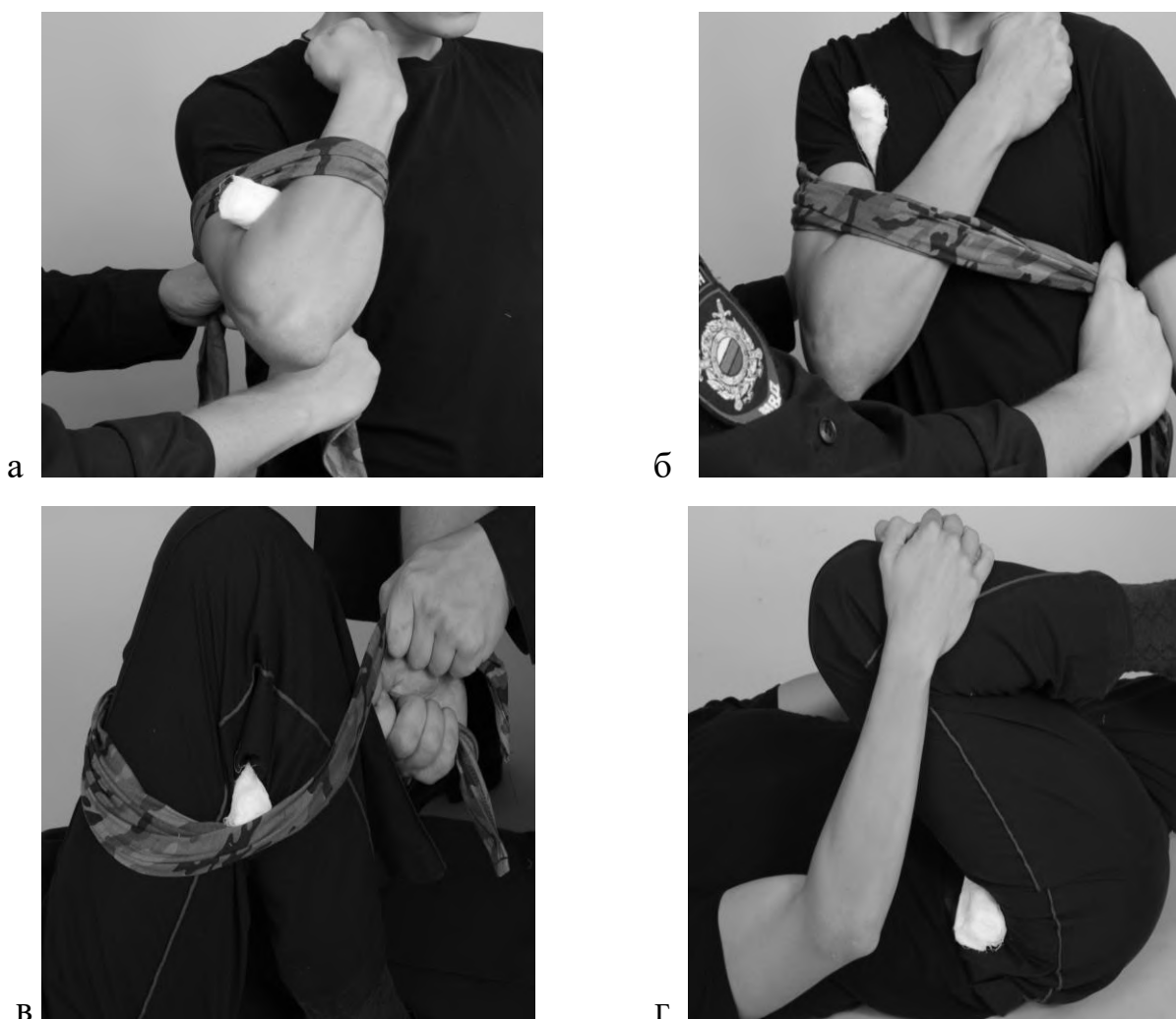


Рисунок 23-Сгибание конечности: а - в локтевом суставе, б - в плечевом суставе, в - в коленном суставе, г - в тазобедренном суставе

Остановка кровотечения максимальным сгибанием возможна: при повреждениях подмышечной артерии путем максимального сгибания в плечевом суставе, в локтевом суставе - при повреждении плечевой артерии, при ранении артерий голени и стопы - сгибанием в коленном суставе, при кровотечении из бедренной артерии – в тазобедренном суставе.

Способ имеет несколько ограничений: запрещается использовать его при повреждении костей и суставов, т.е. при переломах и вывихах, и ограничение по времени – не более чем на 2 часа (т.к. могут быть повреждены нервы).

При венозном кровотечении необходимо сдавить рану, прикрыв ее стерильными салфетками, и наложить давящую повязку, сохраняя приподнятое положение конечности.

Внутреннее кровотечение наблюдается при проникающем ранении, закрытом повреждении (при разрывах внутренних органов без повреждения кожных покровов в результате сильного удара, падения, сдавливания). Опасность состоит в скрытости кровотечения, невозможности определить его объем и интенсивность.

Диагностика основана на признаках кровопотери (дефицит объема циркулирующей крови).

Признаки кровопотери:

- бледность, слабость;
- жажда, сухость во рту;
- частый слабый пульс;
- учащённое дыхание;
- потеря сознания.

При этих признаках необходимо заподозрить у больного внутреннее или скрытое кровотечение и срочно вызвать скорую помощь или доставить больного в больницу. Все эти признаки могут быть как при продолжающемся, так и остановившемся кровотечении и свидетельствуют о кровопотере.

Потеря крови более 40% опасно для жизни взрослого человека. Тяжесть кровопотери определяется скоростью излития крови и продолжительностью кровотечения. При большой потере крови после остановки наружного кровотечения можно сделать, так называемое самопереливание крови:

- уложить раненого на спину и приподнять ему ноги;
- опустить голову ниже туловища (положение Тренделенбурга).

После того, как кровотечение остановлено, при отсутствии ранений брюшной полости, раненого можно поить тёплой водой, чаем. Это способствует восстановлению объёма крови. Первостепенное значение при кровопотере имеет быстрая доставка в лечебное учреждение!

3 Первая помощь при травмах опорно-двигательной системы

Травма – повреждение, возникающее под действием внешних факторов.

Признаки ушиба:

- кровоподтёк (синяк);
- боль;
- отёк;
- нарушение функции;
- возможна гематома (кровоизлияние).

Признаки растяжений и разрывов связок, мышц, сухожилий:

- боль, усиливающаяся при движении;
- нарастающий отёк;
- синяк (часто на следующий день);
- гематома;
- нарушение опорно-двигательной функции.

Первая помощь при ушибах и растяжениях:

- Обеспечить покой, по возможности приподнять повреждённый участок.

- Наложить тугую повязку (касается только конечностей).
- Приложить холод на 30-40 минут.
- При необходимости обеспечить доставку пострадавшего в лечебное учреждение (рис.24).



Рисунок 24-Первая помощь при ушибах и растяжениях

Признаки вывиха: нарастающая боль, выраженный отёк, деформация в области сустава, отсутствие самостоятельных движений в повреждённом суставе, изменение длины конечности (рис.25).



Рисунок 25-Вывих плечевого сустава

Классификация переломов:

- закрытые и открытые;

- полные и неполные (трещины);
- со смещением отломков и без смещения отломков.

Признаки перелома:

- боль, усиливающаяся при движениях и осевой нагрузке;
- отёк, часто синяк;
- костный хруст;
- патологическая подвижность, деформация;
- невозможность движения.

Осложнения при переломах: шок, обморок, повреждение нервов (парезы и параличи), кровотечение.

Первая помощь при вывихах и переломах:

- Обеспечить иммобилизацию вывиха или перелома с помощью шин или мягких подручных средств.
- Приложить холод.
- Обезболить (медикаментозно) при отсутствии аллергии на препарат.
- Обеспечить доставку в лечебное учреждение.

Запрещается самостоятельно вправлять вывих и туго бинтовать место перелома или вывихнутый сустав.

Под иммобилизацией понимают обеспечение неподвижности повреждённой части тела. Иначе, это фиксация повреждённого участка в неподвижном состоянии.

Иммобилизация с помощью шин.

Шина – узкий, жёсткий материал, используемый для иммобилизации. Существуют табельные шины (Крамера, Дитерихса и т.п.), но, как правило, приходится использовать подручный материал (импровизированные шины).

Правила наложения шин:

- шину нельзя накладывать на голое тело
- шина должна проходить вдоль повреждённого участка и фиксировать

неподвижно 2 соседних сустава, а при переломах плеча или бедра – 3 сустава

- фиксация поврежденной конечности осуществляется в среднефизиологическом положении (при котором достигается равновесие мышц сгибателей и разгибателей). Это обеспечивает минимальную подвижность костных отломков, и иммобилизируемые сегменты конечности находятся в удобном для раненого положении.

- обязательна защита костных выступов от травматизации шиной: шины должны накладываться на обмундирование, обувь. Дополнительно используются ватно-марлевые прокладки.

- при наложенном жгуте прибинтовывание шины осуществляется таким образом, чтобы оставить жгут заметным и доступным для дополнительного затягивания или расслабления.

При повреждениях плечевого сустава, плечевой кости и локтевого сустава применяется шина, которая накладывается от кончиков пальцев до противоположного плечевого сустава. Поврежденная верхняя конечность приводится к туловищу, в подмышечной впадине - ватно-марлевый валик, локтевой сустав согнут под углом 90° , предплечье - в среднем положении, кисть - в положении тыльного сгибания, что достигается с помощью ватно-марлевого валика, вложенного в кисть раненого. Верхняя конечность дополнительно фиксируется косынкой (рис.26, 27).

Поврежденное предплечье и лучезапястный сустав иммобилизируются шиной от кончиков пальцев до верхней трети плеча. При повреждении кисти используется шина длиной до локтевого сустава. В этих случаях верхняя конечность подвешивается на бинте или ремне [6].



Рисунок 26- Иммобилизация с помощью мягких подручных средств

При отсутствии шин, возможна аутоиммобилизация, т.е. нога фиксируется ко второй ноге (между ногами скатка), рука в согнутом в локте положении фиксируется к туловищу.



Рисунок 27-Иммобилизация с помощью шин при переломе предплечья

Транспортная иммобилизация нижней конечности осуществляется с помощью 4 лестничных шин: одна по задней поверхности от пальцев до середины спины, другая по передней поверхности от голеностопного сустава до пупка, еще одна по наружной поверхности и последняя – по внутренней.

Шина, которая расположена по задней поверхности, моделируется путем сгибания ее в области голеностопного сустава под углом 90° , в области коленного сустава – 160° (рис.28).

При открытом переломе сначала останавливают кровотечение, затем перевязывают рану и, только после этого осуществляют иммобилизацию, т.е. фиксируют конечность.

В зимнее время года травмированная конечность более подвержена отморожению, чем здоровая, особенно при сочетании с повреждением сосудов. При транспортировке конечность с наложенной шиной необходимо утеплять [6].



Рисунок 28 -Этапы иммобилизации с помощью шин при переломе бедра

Иммобилизация при переломах рёбер, грудную клетку фиксируют на выдохе тугой повязкой. Транспортируют пострадавшего в положении сидя с согнутыми в коленях ногами (рис.29).



Рисунок 29-Иммобилизация при переломе ребер

При переломах ключицы: руку со стороны сломанной ключицы подвешивают на перевязь широким бинтом, косынкой и т.п. Также можно завести локти за спину и связать ремнем (рис.30).



Рисунок 30-Иммобилизация при переломе ключицы

Признаки перелома таза с нарушением тазового кольца: резкая боль, положение лежа, т.к. пострадавший не может подняться. Со стороны сломанной части таза (справа или слева) нога в, так называемой, «позе лягушки»: согнута в колене, колено направлено в сторону от второй ноги, стопа

лежит горизонтально, поднять эту ногу пострадавший не может («симптом прилипшей пятки»). Как правило, наблюдаются признаки шока.

Первая помощь при переломах таза: обеспечить покой в положении лёжа на «щите» (ровной, жёсткой поверхности) на спине с валиком под коленями в «позе лягушки» (ноги разведены в стороны) (рис.31).



Рисунок 31-Первая помощь при переломах таза

Главным при травме позвоночника является диагностика повреждения спинного мозга и, при возможности - его степени тяжести. С этих позиций выделяются три типа ранения позвоночника: без нарушения проводимости спинного мозга, когда при наличии признаков ранения позвоночника полностью отсутствует неврологическая симптоматика повреждения спинного мозга. Ранения позвоночника с частичным нарушением проводимости спинного мозга - сопровождаются неравномерными расстройствами движений и чувствительности. Ранения позвоночника с полным нарушением проводимости спинного мозга - сопровождаются картиной полного анатомического перерыва спинного мозга.

Признаки перелома позвоночника: резкая боль, усиливающаяся при движениях, из-за чего пострадавший, как правило, старается не двигаться, при повреждении спинного мозга – потеря чувствительности и парализация ниже

уровня перелома. У пострадавшего могут также наблюдаться признаки шока: возбуждение или заторможенность.

Первая помощь при переломах позвоночника.

Обеспечить покой в положении лёжа на «щите» (ровной, жёсткой поверхности) на спине или животе.

При повреждениях шейного отдела позвоночника голову фиксируют двумя руками «в линию» или с помощью мешочков с сыпучим материалом (при отсутствии – скатками), их подкладывают сбоку с обеих сторон головы, тем самым ограничивая подвижность головы и шеи.

Необходимо помнить, что пострадавшего с подозрением на перелом позвоночника или таза нельзя пытаться поднимать на ноги или усаживать, грубо ощупывать место предполагаемого перелома.

Укладывание на «щит» осуществляется специальным способом, который называется «нидерландский мост».

Носилки со щитом или щит располагают по оси лежащего тела за головой или ногами, три человека, оказывающих помощь, становятся над пострадавшим (реже сбоку от него), четвёртый возле щита.

По команде: «Берись!» 1-ый подкладывает руки «ковшом» (сбоку) под голову и плечевой пояс, 2-ой – под туловище и таз, 3-ий – под колени и стопы.

По команде: «Поднимай!» все одновременно поднимают тело на одну и ту же высоту, для чего заранее находят ориентир, как правило, невысокий (лежащий кирпич и т.п.). Задача – удержать тело на одной линии, или в одной плоскости, тем самым избежав перегибов позвоночника. 4-ый, оказывающий помощь в этот момент продвигает под поднятое тело щит.

По команде: «Опускай!» тело одновременно укладывают на щит. После этого необходимо укрыть пострадавшего и привязать его к щиту (рис.32).



Рисунок 32-Перенос пострадавшего методом «нидерландский мост»

При переломах костей черепа наблюдаются признаки сотрясения головного мозга или контузии.

Признаки сотрясения головного мозга:

- потеря сознания,
- потеря памяти (память теряется кратковременно и, как правило, на события, связанные с ударом по голове),
- головная боль,
- тошнота, рвота.

При контузии (ушибе мозга), наблюдаются следующие признаки:

- потеря сознания более 30 минут,
- грубые нарушения памяти и самое главное – очаговые симптомы, которые различны в зависимости от того, какой участок мозга повреждён. Могут наблюдаться такие очаговые симптомы, как потеря зрения, обоняния, координации движений, парализация противоположной стороны тела, расстройства речи (заикание) и многие другие признаки, не характерные для сотрясения мозга. Окончательный диагноз может поставить только врач, проведя специальные обследования.

Первая помощь при контузии и сотрясении головного мозга:

- Обеспечить пострадавшему покой в положении лёжа на боку в так называемой, «позе спасения», или «восстановительной позе», такое положение не позволяет человеку захлебнуться рвотными массами и не задохнуться в случае западания корня языка. Голову необходимо слегка приподнять. Обёрнутым бинтом пальцем очистить рот пострадавшего от рвотных масс, вставные зубные протезы вынуть.

- Приложить к голове холод (гипотермический пакет), при необходимости наложить повязку (рис.33, 34).

- Обеспечить доставку пострадавшего в лечебное учреждение.



Рисунок 33-Бинтовая повязка на голову



Рисунок 34-Косыночная повязка на голову

Перелом костей свода черепа (область скальпа) и перелом основания черепа (место присоединения черепа к шейным позвонкам, в основном это затылочная кость) относятся к тяжёлым повреждениям. В дополнение к той помощи, которая оказывается при сотрясении и контузии необходимо обеспечить фиксацию (иммобилизацию) костей черепа. Иммобилизация осуществляется с помощью 2-х мешочков с сыпучим материалом, которые фиксируют голову сбоку справа и слева. При переломе основания черепа может наблюдаться кровотечение из ушей и носа, а также вытекание спинномозговой жидкости (напоминает бульон), поэтому обязательно накладываются пращевидная (масочная) повязка на нос и бинтовая повязка на уши.

Раненые, находящиеся в бессознательном состоянии, транспортируются в положении на боку или на животе для предупреждения аспирации крови и рвотных масс [7].

4 Первая помощь при термических воздействиях низких и высоких температур на организм человека

В основе классификации ожогов лежит глубина поражения кожи и других тканей: I степень - гиперемия и отек кожи; II степень - образование пузырей; IIIА степень - неполный некроз кожи; IIIБ степень - полный некроз всей толщи кожи; IV степень - омертвление кожи и подлежащих тканей. Чаще у пораженных наблюдается сочетание ожогов различной степени.

После выноса пораженного из очага пожара с него необходимо снять тлеющую или сгоревшую одежду. Загоревшуюся на человеке одежду требуется быстро потушить, что можно сделать, прекратив доступ воздуха к пламени. Для тушения пламени на человеке необходимо:

- положить пострадавшего на землю и прижать к ней горящий участок;
- набросить на пламя плащ-палатку, шинель, брезент или другой плотный материал и плотно прижать;
- забросать горящий участок сырой землей, песком, снегом, влажной глиной или залить водой;
- погрузить область горения или всего пострадавшего в воду (бочка с водой, большая лужа, водоем).

Обожженный участок следует охладить (холодной водой, льдом, снегом). Если ожоги получены агрессивными жидкостями их необходимо длительно обмывать проточной водой. На обожженные места накладывают сухую повязку, используя индивидуальный перевязочный пакет. Обрывки обожженной одежды, кожи и пузыри не удаляют. При обширных ожогах в качестве

импровизированной повязки может быть использована любая чистая ткань. Пострадавшему необходимо ввести обезболивающее средство из аптечки индивидуальной, утолить жажду, по возможности согреть [7].

Первая помощь при общем перегревании (тепловом ударе).

Тепловой удар проявляется общей слабостью, головокружением, головной болью, тошнотой. Лицо краснеет. Может произойти потеря сознания.

Пострадавшего необходимо уложить в тени с возвышенным положением головы, расстегнуть воротник, снять снаряжение. Голову, лицо, шею смочить холодной водой, дать выпить воды. При утрате сознания и ослаблении дыхания дать понюхать нашатырный спирт, при необходимости проводить искусственное дыхание.

Первая помощь при отморожении и общем охлаждении (замерзании).

Отморожению чаще всего подвергаются пальцы стоп, кистей и открытые участки тела (нос, уши, щеки). Первые признаки развивающегося отморожения - колющая боль. Постепенно боль исчезает, отмороженный участок белеет и становится нечувствительным. При первых признаках отморожения пораженный участок необходимо аккуратно растереть чистой теплой рукой или перчаткой, пока кожа не покраснеет. После этого необходимо тепло укутать подвергнутое отморожению место и принять все меры, предохраняющие от повторного охлаждения.

При резком побелении и оковании пальцев их необходимо срочно согреть в теплой воде. Если такой возможности нет, то на стопу или кисть накладывается толстая повязка, для чего используется индивидуальный перевязочный пакет, медицинская накидка и любые подручные средства. Пострадавшему дают горячий сладкий чай.

Если отморожение выявлено поздно и обнаружены пузыри или посинение пальцев, то, не растирая кожи и не вскрывая пузырей, накладывают повязку из пакета перевязочного медицинского индивидуального.

Нельзя растирать обмороженные участки снегом, так как кровеносные сосуды кистей и стоп очень хрупки и поэтому возможно их повреждение, а возникающие микрораскисы на коже способствуют внесению инфекции. Нельзя использовать быстрое отогревание обмороженных конечностей у костра, бесконтрольно применять грелки и тому подобные источники тепла, поскольку это ухудшает течение обморожения. Неприемлемый и неэффективный вариант первой помощи - втирание масел, жира, растирание спиртом тканей при глубоком обморожении.

Первыми признаками общего охлаждения (замерзания) являются сонливость, апатия, безволие. В дальнейшем происходит потеря сознания, сопровождающаяся угнетением всех жизненных функций с угрозой жизни. Требуются срочные меры, препятствующие дальнейшему охлаждению. Пострадавшего необходимо доставить в теплое помещение, снять сырую одежду, растереть тело до покраснения, укутать одеялом, согреть грелками, при необходимости, проводить сердечно-легочную реанимацию. При сохраненном сознании дать горячий сладкий чай, небольшую дозу алкоголя. Эвакуируют таких пострадавших на носилках.

Первая помощь при общем перегревании (тепловом ударе). Общее перегревании (тепловой удар) проявляется общей слабостью, головокружением, головной болью, тошнотой. Лицо краснеет. Может произойти потеря сознания. Пострадавшего необходимо уложить в тени с возвышенным положением головы, расстегнуть воротник, снять снаряжение. Голову, лицо, шею смочить холодной водой, дать выпить воды. При утрате сознания и ослаблении дыхания дать понюхать нашатырный спирт, при необходимости проводить реанимационные мероприятия.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В экстремальных условиях выполнения служебно-боевых задач первая помощь чаще всего оказывается неквалифицированными людьми, не имеющими медицинского образования. Задача доврачебной помощи не допустить необратимых изменений в организме раненых товарищей до оказания им квалифицированной медицинской помощи в полевых или стационарных условиях.

Практика показывает, что своевременное оказание первой помощи даже при тяжёлых ранениях в дальнейшем сохраняет жизнь и здоровье большинству пострадавших с последующим возвращением их в строй. Сотрудникам правоохранительных органов в процессе служебной деятельности чаще всего приходится сталкиваться с проблемами остановки кровотечения при огнестрельных ранениях, а также ранениях, причинённых холодным оружием, обморожениями при работе на холоде, ожогами и последствиями автомобильных аварий.

Тема оказания первой помощи безгранична и требует постоянного самостоятельного изучения. Правило «золотого часа», в течение которого грамотная доврачебная помощь способна не только сохранить жизнь пострадавшего, но и обусловить эффективность дальнейших лечебных мероприятий, по-прежнему сохраняет актуальность. Поэтому, предлагаемая научно-исследовательская работа призвана решить проблему совершенствования знаний, умений и практических навыков по вопросам оказания первой помощи, ориентирована на учебные программы высших учебных заведений системы МВД, что позволяет оптимизировать учебный процесс к последующему полному, системному не только теоретическому представлению, но и практическому внедрению полученных знаний и навыков в деятельность сотрудников ОВД при выполнении служебно-боевых задач.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1 Самороковский А.Ф. Виды и тактика применения современных специальных средств, состоящих на вооружении органов внутренних дел / А.Ф. Самороковский, В.В. Кулемин, С.Д. Селиванов. – Воронеж: Воронежский институт МВД России, 2014. – 60 с.

2 Петрова Н. Г. Доврачебная неотложная помощь / Н.Г. Петрова. - СПб: СпецЛит, 2013.- 111с.

3 Левчук И.П. Медицина катастроф / И.П. Левчук, Н.В. Третьяков.- ГЭОТАР-МЕДИА, 2011.-240 с.

4 Бубнов В.Г. Атлас первой помощи в условиях проведения антитеррористических операций / В.Г. Бубнов, Н.В. Каташинский. - ГАЛЮ БУБНОВ, 2009. – 33 с.

5 Нагнибеда А. Н. Неотложная синдромология. Скорая медицинская помощь / А. Н Нагнибеда. – СПб: СпецЛит, 2010.- 351с.

6 Гончаров С.Ф. Руководство по обучению населения защите и оказанию первой медицинской помощи в чрезвычайных ситуациях / С.Ф. Гончаров, В.И. Покровский. – Велт, 2009.-448 с.

7 Красильникова И.М. Неотложная доврачебная медицинская помощь / И.М. Красильникова. - ГЭОТАР-МЕДИА, 2015. – 192 с.