

Частное образовательное учреждение
дополнительного профессионального образования
«Центр повышения квалификации»
(ЧОУ ДПО «ЦПК»)
Российская Федерация
Красноярский край

УТВЕРЖДАЮ:

Директор Частного образовательного
учреждения
дополнительного профессионального
образования «ЦПК»

В.Н. Шурдукалов



ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПРОГРАММА
повышения квалификации

**«Технологии раннего сопровождения детей с ограниченными возможностями здоровья,
профессиональной ориентации обучающихся с ограниченными возможностями здоровья,
инвалидностью».**

**Программа дополнительного профессионального образования
повышения квалификации
«Оказание первой доврачебной помощи»**

Объем программы: 16 часов

Учебный план образовательной программы

№	Наименование разделов, спецкурсов	Часы	Формы контроля и виды занятий
1	Производственный травматизм и его негативные последствия. Профилактика производственного травматизма.	2	Лекции
2	Организация и объем первой доврачебной само- и взаимопомощи на месте происшествия.	6	Практика
3	Оказание первой доврачебной помощи при травмах и заболеваниях.	6	Лекции
4	Итоговая аттестация.	2	Зачет в форме итогового тестирования
	Итого	16	

1. Введение

Программа курса повышения квалификации «Оказание первой доврачебной помощи» направлена на обучение руководителей, педагогических работников, психологов и социальных работников образовательных учреждений, а также на раскрытие потенциальных способностей к саморазвитию, умение находить решения профессиональных задач.

Цель реализации программы – Формирование знаний, умений и навыков, необходимых для оказания первой помощи пострадавшим в чрезвычайных ситуациях.

Основные задачи курса:

- овладение слушателями знаниями, умениями и навыками по темам, представленным в курсе;
- оперирования основными понятиями;
- творческого применения знаний теории к анализу конкретных ситуаций;
- знание требований к оказанию первой доврачебной помощи;
- знание способов оказания первой доврачебной помощи;

Планируемые результаты обучения

Успешное окончание обучения позволит слушателям:

- оперировать основными понятиями и терминологией;
- творчески применять знания теории к анализу конкретных ситуаций;
- разбираться в особенностях оказания первой доврачебной помощи в разных ситуациях;
- умение применять полученные знания на практике.

Содержание программы.

Анатомо-физиологические особенности детей и подростков

Возрастные особенности строения и функции организма в целом и его отдельных систем и органов. Знание и учёт этих особенностей необходимы для правильной постановки учебно-воспитательной работы с детьми разного возраста, причём не только с целью их физич. воспитания, но и умственного развития. Наиболее наглядными показателями физич. развития являются ежегодные изменения роста и веса тела ребёнка.

Эти показатели свидетельствуют о том, что процесс физич. развития детей протекает неравномерно, волнообразно:

- в одном возрасте наблюдается убыстрение роста (тело ребёнка вытягивается в длину),
- в другом, - наоборот, заметно увеличивается вес тела при одновременном замедлении его роста (тело ребёнка делается полнее, округляется).

По этим показателям можно выделить след, периоды телесного развития детей:

- 1) период первого округления (от 1 года до 4 лет), для которого характерно ежегодное значительное увеличение веса при относительно небольшом росте тела в длину;
- 2) период первого вытяжения (от 5 до 7 лет), характеризующийся заметным ростом тела в длину при относительно слабом увеличении его веса;
- 3) период второго округления (от 8 до 10 лет);
- 4) период второго вытяжения (от 11 до 16 лет);
- 5) третий период округления или период созревания (от 16 до 20 лет).

В процессе телесного развития значительные изменения претерпевают также пропорции тела ребёнка, постепенно приближающиеся к пропорциям, характерным для взрослого человека. У ребёнка младенческого возраста очень большая голова по сравнению с длиной всего тела, короткие руки и ноги, относительно длинное туловище. С возрастом эти пропорции меняются. Так, у новорождённого высота головы составляет (в среднем) 1/4 часть всего тела, у 2-летнего

ребёнка - 1/5, у 6-летнего - 1/6, у 12-летнего - 1/7, у 15-летнего - 2/15, у взрослого - 1/8 часть длины всего тела.

Костная ткань у детей отличается гибкостью, податливостью. У очень маленьких детей она легко деформируется. В первые годы жизни ребёнка его трубчатые кости претерпевают значительные изменения: постепенно утончается наружное компактное вещество и увеличивается внутренняя (губчатая) полость кости. Постоянное соотношение между губчатым и компактным веществами кости устанавливается к 7 годам, однако и после этого кости скелета оказываются очень гибкими и в своём развитии легко деформируются под воздействием внешних сил - неправильных статичных положений (напр., искривление позвоночника в результате неправильного положения школьника при сидении за партой), длительных односторонних мышечных напряжений (напр., неравномерное развитие плечевого пояса при ношении портфеля с книгами всегда в одной руке) и т.д. Чем младше ребёнок, тем большее место в его скелете занимают хрящевые прослойки. Полное окостенение скелета наступает лишь к 24 - 25 годам. Эти особенности костной системы важно учитывать при организации занятий по физич. воспитанию детей: их всестороннее физич. развитие может быть достигнуто лишь с помощью разнообразных упражнений, равномерно и без чрезмерной интенсивности воздействующих на все части скелета. Ранняя спортивная специализация (если при этом пренебрегают задачами гармонич. развития скелета ребёнка) может принести вред нормальному физич. развитию школьника.

У детей очень велика потребность в кислороде, что объясняется процессами роста организма. В связи с этим у детей имеет место гипервентиляция лёгких, при которой объём проходящего через лёгкие воздуха почти достигает нормы взрослого (5 - 7 л в мин. у 2 - 3-летних детей). Грудная клетка новорождённого имеет конусообразную форму, её рёбра приподняты и не могут опускаться так низко, как у взрослого, ребёнок не способен к глубокому дыханию. Поэтому повышенная потребность в вентиляции лёгких достигается хотя и поверхностным, нечастым дыханием, у новорождённого превышающим в 3 - 3,5 раза частоту дыхания взрослого .

Аналогичная картина наблюдается и в деятельности сердца. До 11 - 12-летнего возраста сердце ребёнка имеет относительно большие размеры, чем у взрослого (0,63 - 0,89% веса всего тела по сравнению с 0,48 - 0,52% у взрослых); значительно шире у ребёнка также и просвет артерий, что влечёт за собой относительно меньшую величину систолич. кровяного давления .

Потребность детского организма в кислороде обеспечивается большей частотой сердечных сокращений, у новорождённого почти в 2 раза превышающих частоту сокращений у взрослого. При этом пульс у детей чаще, чем у взрослых, но он очень неустойчив, его частота резко изменяется в связи с различными эмоциональными переживаниями и в ответ на изменение мышечной нагрузки. Все эти особенности в деятельности дыхательной и сердечно-сосудистой систем ребёнка выдвигают на первый план настоятельную заботу о достаточной вентиляции помещений, поскольку организм ребёнка в относительно большей степени нуждается в чистом (насыщенном кислородом) воздухе, чем организм взрослого. Плохая вентиляция очень вредно отражается на физич. развитии и умственной работоспособности детей; особенно вредно длительное пребывание в плохо проветриваемом помещении.

Одним из важных моментов физич. развития ребёнка является прорезывание и смена зубов. Первые молочные зубы появляются на 6 - 8-м месяце от рождения. К концу 2-го года прорезываются полностью все 20 молочных зубов. Постоянные зубы в норме начинают прорезываться лишь у детей 5-летнего возраста. Этот процесс идёт довольно медленно: прорезывание 28 постоянных зубов заканчивается лишь в 15 - 17-летнем возрасте. Весь этот процесс тесно связан с работой пищеварительного аппарата. Установлено, что лишь с появлением постоянных зубов заканчивается клеточное строение желудка.

На протяжении всего детства, вплоть до старшего школьного возраста, вопросы питания детей и подростков должны привлекать к себе постоянное внимание воспитателей. Большое значение имеет обеспечение правильного состава пищи в соответствии с потребностями растущего организма. Количество и состав необходимой ребёнку пищи лишь постепенно, с возрастом, приближается к нормам взрослого. Из-за повышенной жизнедеятельности детского организма, большой подвижности детей, более интенсивной, чем у взрослого, отдачи тепла ребёнок нуждается в относительно большем количестве пищи на килограмм своего веса, чем взрослый. В пище детей должно быть правильное соотношение белков, жиров, углеводов, а также кальция, фосфора, разнообразных витаминов. Особое значение имеет белковый минимум, т. е. то наименьшее количество белка, которое необходимо для нормального развития детского организма. У детей этот минимум почти в 4 раза выше, чем у взрослых. Это объясняется большой потребностью детского организма в белке для нормального развития всех тканей, особенно мышечной и нервной. Недостаток в количестве и качестве пищи более вредно отражается на жизнедеятельности детского организма, чем взрослого.

Для центральной нервной системы в первые месяцы и годы жизни ребёнка характерен интенсивный рост головного мозга. По данным В. Г. Штефко, вес мозга в возрасте 8 - 9 месяцев удваивается, а в возрасте 3 лет утраивается по сравнению с исходной величиной. Рост мозговой части черепа заканчивается к 10 - 12-летнему возрасту, после чего продолжает расти и изменяться лишь его лицевой отдел. Как отмечал И. П. Павлов, "реактивность мозга изменяется с возрастом", что несомненно связано с развитием коркового отдела мозга. Кора больших полушарий головного мозга уже у новорождённого имеет ясно выраженное шестислойное строение. Однако в дальнейшем эти слои развиваются неравномерно. Вместе с морфологическим происходит также и функциональное развитие коры.

Оно характеризуется 2 особенностями:

1) чем младше ребёнок, тем более диффузный характер имеет иррадиация процессов возбуждения и торможения; лишь постепенно развивается способность элективной (избирательной) иррадиации;

2) чем младше ребёнок, тем быстрее образуются у него простые условные связи и тем медленнее формируются тормозные процессы.

Поэтому дети младшего возраста часто нецелесообразно реагируют на внешние раздражения, особенно когда реакция требует быстрого резкого изменения направления и характера движений. Наиболее интенсивно функциональное развитие коры происходит в старшем школьном возрасте, когда достигает большого совершенства её аналитическая и синтетическая деятельность.

Последовательность, характер и интенсивность телесного развития в большой мере определяются деятельностью желёз внутр. секреции. С их работой связаны процессы роста как всего организма, так и отдельных его частей, характер и интенсивность процессов ассимиляции и обмена веществ, работа мышц и центральной нервной системы, развитие первичных и вторичных половых признаков и т. д. Сами железы внутренней секреции формируются и начинают оказывать влияние на развитие организма в различные годы жизни ребёнка. Так, зубная железа, гормон которой регулирует процессы роста организма, достигает максимального развития к 8 - 10 годам жизни ребёнка; она оказывает влияние на развитие организма также в период полового созревания и в юношеском возрасте. Нарушение функций зубной железы может привести к задержке роста, преждевременному развитию половых желёз и др. На процессы роста организма влияет также функция щитовидной железы, усиленное развитие которой происходит в течение первых 20 лет жизни человека. От нормальной деятельности щитовидной железы зависит также своевременное прорезывание зубов, развитие многих внутренних органов и головного мозга. Недостаточная деятельность щитовидной железы может привести к тяжёлому заболеванию - микседеме, при которой задерживается (иногда до 4 лет) развитие способности ходить, наблюдается отёчность ног, рук, лица, нарушаются пропорции тела ребёнка, ослабевает работа коры головного мозга и задерживается психич. развитие и т. д. Повышенная деятельность щитовидной железы приводит к резкому возрастанию возбудимости центральной нервной системы, нарушению обмена веществ, ускорению ритма сердечных сокращений и т. п. Особая роль в телесном

развитии принадлежит половым железам. В период полового созревания резко меняется весь облик человека, становится более интенсивной деятельность вегетативной и центральной нервных систем и т. д. Функции регулирования процессов роста и жизнедеятельности организма ребёнка выполняют также гипофиз, надпочечники и другие железы внутренней секреции. Вместе с тем железы внутренней секреции оказывают влияние на процессы высшей нервной деятельности, убыстряя или замедляя течение процессов возбуждения и торможения в коре головного мозга, повышая или понижая тонус и возбудимость нервных клеток коры и т. д.

Общий ход физич. развития ребёнка, подчиняясь биологич. закономерностям, вместе с тем претерпевает значительные изменения под влиянием различных социальных условий, к которым относится прежде всего материальное положение семьи, возможность предоставить детям нормальное питание, благоприятные или неблагоприятные гигиенич. условия и т. д. Так, ещё в 70-х гг. 19 в. Палиани (Италия) установил, что 15-летние девочки из зажиточных семей в среднем на 7,6 см выше, чем девочки из бедных семей. Михайлов (дореволюционная Россия) указывал, что городские 15-летние мальчики в среднем на 10 см выше, чем деревенские. Задержка в физическом развитии, вызванная неблагоприятными социальными условиями, ликвидируется с улучшением этих условий.

Телесное развитие детей обусловлено совокупным влиянием всех рассмотренных выше фактов. В общих чертах А.-ф. о. д. в отдельные возрастные периоды могут быть охарактеризованы следующим образом.

Младенчество (от рождения до 1 года). Наибольший интерес в этом возрасте представляет начальная фаза развития высшей нервной деятельности. Новорождённый имеет 3 безусловных рефлекса - пищевой (сосательные движения), оборонительный (крик в ответ на неблагоприятные раздражения, мигание) и ориентировочный (поворот головы в сторону света и т. п.). На этой базе постепенно формируются более или менее сложные условные рефлексы. В первые дни отмечаются неупорядоченные спонтанные движения рук и ног, некоординированные движения глаз, крики без слёз, отсутствие улыбки, диффузные ответные реакции (движение всем телом, одновременное сгибание ног). В конце 1-го месяца жизни, на 2-м и 3-м месяце движения глаз становятся координированными, появляется фиксированное следование глаз за движущимися предметами, поворачивание головы в сторону звука, зачатки внимания к окружающему, улыбка, плач со слезами. На 4-м месяце формируются намеренные движения (хватание), ребёнок начинает сидеть, переходить из лежачего в сидячее положение, появляется узнавание лиц и простейших предметов. На 7 - 8-м месяце спонтанные движения постепенно исчезают, ребёнок начинает стоять, держась за опору, воспринимать, понимать и запоминать слова. К концу 1-го года ребёнок овладевает свободной ходьбой, произносит первые осмысленные слова. По данным Н. И. Касаткина, образование условных рефлексов с разных рецепторов протекает неодновременно: сначала, в конце 1-го и на 2-м месяце, образуются условные рефлексы на вестибулярные (изменение положения тела) и слуховые раздражители, затем на запахи и вкусовые раздражители и лишь потом, в конце 2-го, в начале 3-го месяца, на зрительные, тактильные и проприоцептивные раздражители. Нет ещё должного соответствия (образующегося значительно позже) между рецепторной и эффекторной частями рефлекса: восприятие, как правило, значительно богаче скудных и однообразных ответных движений, что, по-видимому, объясняется ещё недостаточным развитием двигательного участка коры, а также медленным развитием дифференцировок. Из всех видов чувствительности наиболее развита в этом возрасте кожная, на базе которой образуется наибольшее количество рефлексов.

Ранний возраст (от 1 года до 3 лет). К концу 2-го года жизни у ребёнка прорезываются все молочные зубы и соответственно изменяются процессы пищеварения, происходит более энергичный рост тела, развитие внутренних органов и двигательного аппарата. Ребёнок бежит, сохраняя устойчивое положение, танцует, но его движения при этом всё ещё сохраняют какой-то штампованный, однообразный характер. Условные рефлексы образуются быстро, но отличаются большой неустойчивостью и непрочностью, сохраняя эту особенность вплоть до 5-летнего возраста. Развитие рецепторной стороны речи в этом возрасте заметно опережает развитие её активной стороны: ребёнок свободно понимает обращённые к нему

слова, но ещё неправильно их произносит. Развитие речи в этом возрасте накладывает свой отпечаток на условно-рефлекторные процессы: вновь образующиеся условные рефлексы всегда "озвучиваются речью" (Н. И. Красногорский). В течение 2 - 3-го года жизни интенсивно увеличивается запас слов ребёнка. На 3-м году жизни он, как правило, овладевает грамматич. строем языка, умеет правильно употреблять падежные и глагольные формы. Овладение речью в этом возрасте кладёт начало длительному развитию интегрирующей функции коры. Слова уже в начальный период овладения ими являются в большей или меньшей степени обобщающими раздражителями, т. е. становятся второсигнальными раздражителями (см. Вторая сигнальная система). Из-за частого употребления в различных условиях эти второсигнальные раздражители очень быстро превращаются в своеобразные "слова-интегралы" (Красногорский), обозначая не отдельные предметы, а их классы (стол вообще, человек вообще). Появление таких слов вносит значительные изменения в процессы высшей нервной деятельности: возникают и постепенно приобретают главенствующее значение рефлексы на обобщённые второсигнальные раздражители, на восприятие отношений между предметами и т. д. Однако достаточное развитие эти рефлексы получают лишь в последующие возрастные периоды.

Дошкольный возраст (от 3 до 7 лет). Этот возраст в известном отношении является переломным: почти все органы тела (за исключением половой системы) к 7 годам приобретают свойственную им структуру и в дальнейшем их развитие выражается лишь в их росте и усовершенствовании взаимосвязей друг с другом. В нервной ткани заканчивается образование дендритов нервных клеток, в связи с чем улучшаются процессы взаимосвязи между различными отделами мозга. Заканчивающаяся миелинизация нервных волокон влечёт за собой улучшение их проводимости. Снижается свойственная предыдущему возрасту лёгкая возбудимость нервных центров и усиливаются тормозные процессы. Улучшается работа двигательного участка коры - движения ребёнка дошкольного возраста более координированы и более сложны и разнообразны по сравнению с движениями ребёнка раннего возраста. К 6 - 7 годам ребёнок овладевает осн. видами локомоций - ходьбой, бегом, прыганием, лазанием, метанием. В процессе упражнения его движения освобождаются от излишних и мешающих элементов (некоординированные движения рук при беге, боковые качания тела), он оказывается способным овладеть такими сложными видами передвижения, как ходьба на лыжах, катание на коньках, фигурное катание и т. д. Вместе с тем улучшается способность к выполнению очень тонких, требующих точной координации движений - держание карандаша и ручки при письме или рисовании, завязывание узла и т. д., выполняемых мелкими мышцами рук. Дошкольник отличается от взрослого поразительной подвижностью, огромной массой выполняемых в течение дня движений без явных признаков утомления. В известной степени это объясняется тем, что ребёнок этого возраста затрачивает на свои движения значительно меньше энергии из осн. обмена, чем взрослый человек (15% против 25% у взрослого). Однако это не должно приводить к снижению внимания воспитателя к вопросам переутомления дошкольника. У детей 6 - 7 лет наблюдается известное несоответствие в развитии сердца и кровеносных сосудов: в своём росте сердце отстаёт от роста сосудов и поэтому хуже справляется с работой, чем в предшествующий и последующий возрасты. В то же время сердце дошкольника отличается лёгкой возбудимостью, т. к. увеличение размеров сердечной мышцы в этом возрасте отстаёт от быстрого развития процессов её иннервации; это создаёт условия, при к-рых сильное возбуждение сердечной мышцы легко может привести к её истощению. Всё это ставит перед воспитателями задачу самого внимательного отношения к вопросам физич. нагрузки на организм ребёнка дошкольного возраста. Продолжает совершенствоваться деятельность коры головного мозга: процессы генерализации и иррадиации всё более и более теряют свой диффузный характер; начинают развиваться и совершенствоваться процессы селективного обобщения и селективной (избирательной) иррадиации (А. Г. Иванов-Смоленский). Поэтому вместо того, чтобы реагировать на внешние раздражения диффузно, всем телом, ребёнок научается отвечать точными (часто специализированными) движениями руки. Увеличивается лабильность нервно-мышечной системы: мышцы и нервы быстрее переходят от покоя к рабочему состоянию и наоборот (А. А. Ухтомский). Совершенствуется вторая сигнальная система. В связи с первыми, пока ещё

элементарными занятиями по овладению грамотой в коре головного мозга начинают формироваться физиологич. механизмы чтения и письма (Красногорский). В 5 - 6-летнем возрасте начинает складываться более или менее определённо тип высшей нервной деятельности.

Младший школьный возраст (от 7 до 11 - 12 лет). В этот период ежегодная прибавка в росте составляет в среднем 5 см, вес же увеличивается на 2 - 2,5 кг, а за весь период в среднем на 18 кг. Заметно увеличивается окружность грудной клетки (до 64 см) и меняется к лучшему её форма, становится более приспособленной к выполнению своей функции. Т. о., функция дыхания представляется потенциально улучшенной, однако ввиду слабости дыхательных мышц остаётся всё ещё несовершенной: дыхание младшего школьника относительно учащённо и поверхностно, в выдыхаемом воздухе только 2% углекислоты против 4% у взрослого человека. Масса сердца в отношении веса всего тела приближается к нормам взрослого: 4 г на 1 кг веса всего тела. Однако пульс остаётся учащённым - до 84 - 90 ударов в минуту против 70 - 72 у взрослого; поэтому снабжение всех тканей организма кровью почти в 2 раза больше, чем у взрослого (за счёт убыстрённого кругооборота крови). Сердце лучше справляется с этой работой (по сравнению с предыдущими и последующими возрастными), т. к. просвет артерий в младшем школьном возрасте относительно более широк. Вместе с тем сердце продолжает оставаться легко возбудимым, в его работе нередко наблюдается аритмия под влиянием различных, иногда даже незначительных, внешних влияний. Кровь содержит меньшее (по сравнению со взрослыми) количество гемоглобина (от 70 до 74% против 80% у взрослого). Мышцы у детей этого возраста ещё слабы, особенно мышцы спины, и не способны длительно поддерживать тело в правильном положении, что может привести к плохой осанке. Правда, мышечная система у уч-ся нач. школы способна к интенсивному развитию, что находит своё выражение в увеличении как объёма мышц, так и мышечной силы, но её развитие происходит не само по себе, а в связи с достаточным количеством движения и мышечной работы. Кости скелета, особенно позвоночника, также отличаются слабостью и большой податливостью внешним воздействиям. Поэтому у младших школьников нередко наблюдается искривление позвоночника, что в свою очередь приводит к задержке развития грудной клетки, к стойким нарушениям работы сердца и лёгких, к уменьшению жизненной ёмкости последних. Всё это указывает на то, что организм младшего школьника ещё не приспособлен к условиям статич. положения при уч. занятиях в школе. Поэтому для младших школьников так важны и необходимы повседневные систематич. физич. упражнения. В младшем школьном возрасте (к 8 - 9 годам) заканчивается анатомич. формирование структуры головного мозга. Однако в функциональном отношении Мозг ещё слабо развит. Его развитие совершается под влиянием и в связи с уч. занятиями в школе, к-рые требуют длительного напряжения внимания, сосредоточенной умственной работы, заучивания и удерживания в памяти уч. материала, подчинения всей работы и поведения установленному в школе режиму и правилам дисциплины. В связи с этим происходит усиление процессов возбуждения и торможения, улучшаются процессы дифференцировки; постепенно ещё более возрастает роль второй сигнальной системы, хотя первая сигнальная система на протяжении всего возраста сохраняет своё весьма важное значение, что требует правильного применения наглядных методов обучения.

Подростковый (средний школьный) возраст (от 11 - 12 до 14 - 15 лет). Этот возраст совпадает по времени со вторым периодом вытяжения, отличительной особенностью которого является рост тела в длину за счёт роста конечностей. Развитие скелета совершается неравномерно, и установившиеся в предыдущем возрасте пропорции тела изменяются: в то время как кости позвоночника и конечностей растут быстрыми темпами, наблюдается отставание в росте грудной клетки, которая становится очень узкой. По своему общему виду подросток делается худощавым, "узкодлиным". Наблюдается диспропорция в развитии мышц и костей: в своём развитии мышцы не успевают за ростом костей и лишь вытягиваются вследствие своей эластичности; это приводит к ухудшению координации движений, которые у подростка становятся неловкими, угловатыми; часто подростки не знают "куда деть руки". Вместе с тем в этот период (полового созревания) увеличивается мышечная сила, которая, однако, ещё не сопровождается развитием мышечной выносливости; это

расхождение нередко является причиной мышечного перенапряжения, т. к. подростки, испытывая прилив сил, часто берутся за мышечную работу, которая по своей интенсивности и длительности намного превосходит их возможности. Усиленный рост костей позвоночника, таза, конечностей может сопровождаться нарушением их структуры и искривлением в результате тяжёлой мышечной работы, связанной с чрезмерными мышечными напряжениями. Всё это заставляет очень внимательно относиться к постановке физич. воспитания подростков, подбирать и дозировать упражнения в соответствии с указанными особенностями их возраста. Это требование диктуется также и особенностями сердечно-сосудистой системы подростка: по своим темпам рост сердца перегоняет в этом возрасте рост всего тела; в то время как масса сердца подростка увеличивается более чем в 2 раза, вес тела - лишь в 1,5 раза. Увеличение мощности сердца превосходит те возможности для его работы, к-рые предоставляются всё ещё относительно небольшими просветами артерий, в результате чего при мышечной работе значительно повышается кровяное давление. Подросткам противопоказаны чрезмерные силовые упражнения, требующие резких сильных движений или натуживания, а также соревнования в скоростном беге. Наиболее пригодны для данного возраста физич. упражнения средней интенсивности при относительно длительной мышечной работе (напр., ходьба на лыжах по пересечённой местности, катание на коньках и др.).

Хотя развитие анатомич. структуры головного мозга к этому возрасту завершено, продолжается интенсивное функциональное развитие центральной нервной системы, особенно коры головного мозга. Увеличивается количество и сложность ассоциативных путей между различными отделами коры, получают дальнейшее развитие физиологич. механизмы речи, чтения и письма, в условно-рефлекторных процессах возрастает роль второй сигнальной системы. Однако специфические для подростка особенности эндокринной деятельности накладывают свой отпечаток на работу мозга: отмечается повышенная возбудимость, неуравновешенность нервных процессов, быстрая утомляемость нервных клеток и вследствие этого резкая, кажущаяся немотивированной, смена настроений и поведения подростка. Всё это в немалой мере объясняется совершающимся в этом возрасте процессом полового созревания, к-рый у девочек начинается с 11 - 12, а у мальчиков несколько позже, с 12 - 13 лет, и заканчивается у девочек в среднем к 15, а у мальчиков - к 16 - 17 годам. В эти годы девочки обгоняют в физич. развитии мальчиков: в 11 - 15 лет они и по росту и по весовым показателям превосходят мальчиков, хотя в предыдущем возрасте преимущество в этом отношении было у мальчиков. Но начиная с 15 лет мальчики вновь обгоняют девочек в физич. развитии и сохраняют это преимущество на протяжении последующих лет.

Половое созревание вносит резкие изменения в жизнедеятельность организма.

Половые железы являются железами смешанного типа, выполняя двоякую функцию, относящуюся и к внутренней и к внешней секреции:

- 1) в созревшем состоянии они вырабатывают половые клетки;
- 2) выделяют внутрь организма половые гормоны, оказывающие очень сильное и разнообразное влияние на деятельность внутренних органов.

Обе эти функции половых желёз активизируются одновременно: эндокринная деятельность намного опережает выработку половых клеток. В результате, задолго до половой зрелости у подростков появляются вторичные половые признаки - изменение общих форм тела (напр., увеличение грудных желёз, интенсивное отложение жира в подкожной клетчатке, быстрый рост тазовых костей у девочек, ломка голоса и появление растительности на лице у мальчиков и т. д.). Одновременно у подростков появляются половые влечения, возникает интерес к сексуальным вопросам и т. п. При этом поскольку половые влечения и возбуждения наступают ранее полового созревания, резко нарушается внутреннее равновесие организма, что получает своё отражение и в поведении подростка. В этом, т. н. переходном, периоде дети нуждаются в особо внимательном пед. руководстве, в переключении их бурно растущей энергии в сторону здоровых проявлений - серьёзных интеллектуальных интересов, занятий искусством, активного участия в общественной жизни и в производительном труде и т. д. При отсутствии такого пед. влияния и руководства половые влечения у подростков могут принять вредные для их здоровья и психики формы (онанизм). К концу этого возрастного

периода гормоны половых желёз угнетают деятельность гипофиза и зубной железы, ранее стимулировавших рост организма.

Юношеский (старший школьный) возраст (от 14 - 15 до 17 - 18 лет). Начало этого возраста совпадает с окончанием процесса полового созревания (пубертатный возраст). В этом возрасте темпы роста тела в длину замедляются, зато увеличивается прирост в весе, в силу чего в конце периода по пропорциям тела и внешнему виду старшеклассники приближаются постепенно к взрослым. В этом возрасте всё ещё продолжается окостенение скелета (оно заканчивается к 24 - 25 годам), но мышцы достигают уже 43 - 44% веса тела, отмечается большой рост мышечной силы и выносливости, снова улучшается координация движений. Старшеклассникам доступны все виды силовых упражнений и упражнений на выносливость, они без вреда для себя могут участвовать в соревнованиях по скоростным видам спорта. Приходит в норму соотношение массы сердца и кровеносных сосудов, частота пульса и высота кровяного давления вплотную приближаются к нормам взрослых, работа сердца становится более устойчивой. Завершается развитие центральной нервной системы, достигает высокого совершенства вторая сигнальная система.

При характеристике А.-ф. о. д. необходимо иметь в виду:

1) процесс телесного развития происходит непрерывно, поэтому нельзя установить точные сроки наступления и конца того или другого периода: в каждом периоде можно отметить много особенностей, характерных для предыдущего возраста, и в то же время появление новых черт, к-рые получают своё развитие лишь в след, возрасте;

2) общие закономерности телесного развития переплетаются с индивидуальными особенностями ребёнка, благодаря к-рым возрастные рамки того или другого периода имеют довольно широкий диапазон. Поэтому учёт А.-ф. о. д. должен включать в себя также изучение индивидуальных особенностей детей.

Форма обучения: очная с отрывом от работы.

Юридические аспекты оказания первой помощи.

В уголовном кодексе РФ существует две статьи, посвященные оказанию помощи. Статья "Неоказание помощи". Подразумевает ответственность **медицинского работника**, если он не оказал медицинскую помощь. Здесь не рассматриваем. Статья "Оставление в опасности". Подразумевает ответственность **гражданина**, не сообщившего о случившемся, и прошедшего мимо пострадавшего.

Гражданин РФ **не обязан**, оказывать первую помощь, если он, по религиозным, половым, расовым и другим причинам этого делать не хочет. **Но сообщить он обязан!**

Таким образом, оказание первой помощи – не обязанность, а право гражданина. На что имеет право этот гражданин? *Он не имеет права на назначение и применение медицинских препаратов и проведения медицинских манипуляций. На него могут подать в суд, и выиграть дело.* Далее мы будем рассматривать тот объем помощи, на который он имеет право.

Гражданин не имеет права на вызов "скорой помощи", если пострадавший против этого. Состояние "без сознания" - автоматическое разрешение на вызов "03".

То, что огромное количество людей не умеет оказывать первую помощь приводит к тому, что мы имеем такое огромное количество смертей, в том числе и на дороге. Это не говорит о том, что люди не хотят ее оказывать, нет. вспомните метро. Лежит человек, и людская река его обступает, каждый идет по своим делам. Достаточно остановиться около него, и тут же вокруг вырастает толпа. В основном, это не любопытствующие, а граждане, которые хотят помочь, просто не знают как. Это те люди, готовые помочь вам как трактор, послушный воле и руке человека.

Форма обучения: очная с отрывом от работы.

Правила оказания первой помощи при отравлениях.

Отравление возникает при попадании в организм яда, которым может быть всякое вещество, оказывающее вредное воздействие, а иногда даже приводящее к летальному исходу. Важно помнить, что яд может попадать различными путями: через рот, легкие, кожу (чаще у детей), слизистые оболочки (глаза, нос и т.п.), укусы насекомых и змей. От того, каким путем попал яд в организм, а также от состояния больного, во многом зависит первая помощь и лечение отравления.

Задачи первой помощи при отравлении:

- Остановить или ограничить поступление яда в организм.
- Как можно скорее вывести уже попавший яд, если это возможно.
- Обеспечить пострадавшему безопасные условия.
- Привести пострадавшего в чувства, при необходимости - провести искусственное дыхание и непрямой массаж сердца.
- Как можно скорее доставить пострадавшего в больницу.

Первая помощь может быть оказана как посторонними людьми, так и самим пострадавшим. Часто оказывается, что вовремя оказанная первая помощь в лечении отравления помогает спасти жизнь. Согласно статистике, в подавляющем большинстве случаев бытовые отравления составляют 97-98%, тогда как производственные всего 2-3%.

Бытовые отравления подразделяются на алкогольные интоксикации, несчастные случаи в быту и суицидальные отравления, предпринятые умышленно. В литературе описаны более 500 отравляющих веществ.

Основные признаки и симптомы отравления

- тошнота, рвота
- холодный пот
- озноб
- судороги
- внезапная вялость
- сонливость
- жидкий стул;
- головная боль и головокружение.
- угнетение дыхательной функции и нарушения сознания (в тяжелых случаях)
- слюнотечение и/или слезотечение
- ожоги вокруг губ, на языке или на коже
- странная манера поведения пострадавшего

Что делать при отравлении в зависимости от пути попадания яда:

При отравлении алкоголем, недоброкачественной пищей, грибами, ядовитыми растениями и их плодами и пр. ядами, когда яд в организм поступает через рот. Если пострадавший в сознании, ему дают выпить большое количество жидкости, затем вызывают рвоту надавливанием на корень языка (для лиц старше 6 лет) пальцами, процедуру повторяют до чистых промывных вод.

После промывания желудка в лечении отравления используют растолченный активированный уголь (1 таблетка на 10 кг веса), смекту и др. сорбенты. Можно принять белую глину, солевое слабительное средство.

Пострадавшего укладывают в восстановительное положение - на бок (чтобы он не захлебнулся рвотными массами), согревают с помощью грелок ноги. Дают обильное питье (для этого подойдет чай, вода).

Как можно скорее вызывают бригаду скорой медицинской помощи для госпитализации пострадавшего, так как его состояние может ухудшиться. Желательно сохранить и передать врачу вещество, которым отравился больной.

При отравлении кислотами (уксус) и щелочами промывать желудок нельзя.

При отравлении газообразными химическими веществами (угарный газ, окислы азота, аммиака, пары брома, фтористого водорода, хлор, сернистый газ, и др.), когда яд поступает в организм через легкие при вдыхании. По частоте отравлений газами, отравление угарным газом происходит чаще, чем

отравления другими газообразными ядами. Угарный газ образуется при сжигании любого вида топлива: газа, нефти, керосина, древесины или угля.

При отравлении угарным газом, пострадавшего в первую очередь нужно вывести на свежий воздух, обеспечить ему удобное горизонтальное положение, освободить от стесняющей одежды.

Необходимо растереть тело пострадавшего, затем тепло укутать, приложить согревающие грелки к его ногам, дать понюхать ватку с нашатырным спиртом, если пострадавший в сознании- ему можно прополоскать горло и рот раствором соды. В случае отсутствия дыхания или его значительного ослабления нужно начать проведение искусственного дыхания.

Независимо от степени отравления пострадавшего госпитализируют в стационар, на случай, если позднее возникнут осложнения со стороны нервной и дыхательной систем;

При отравлении токсическими веществами, проникающими через кожный покров (некоторые ядовитые растения, химические растворители и средства от насекомых-ФОС-фосфорорганическими соединениями (карбофос, дихлофос и др.)), яд в организм проникает через кожу и слизистые поверхности.

При попадании ядовитого вещества на кожу нужно как можно быстрее снять это вещество с поверхности кожи ватным или марлевым тампоном или тряпкой, стараясь не размазывать его на поверхности кожи.

После этого кожу следует хорошо обмыть теплой водой с мылом или слабым раствором пищевой (пищевой) соды, обработать место поражения на коже 5—10%-ным раствором нашатырного спирта. При наличии раны, например ожога, наложите чистую или стерильную влажную повязку. Далее дважды промойте желудок 2%-ным раствором пищевой соды (1 ч. л. соды на 1 стакан воды).

Затем следует выпить 0,5 стакана 2%-ного раствора пищевой соды с добавлением активированного угля или солевое слабительное. Пострадавшему дают выпить крепкий чай. Дождаться прибытия бригады скорой медицинской помощи.

При попадании отравляющего вещества в глаза надо немедленно промыть их струей воды при открытых веках. Промывание должно быть тщательным в течение 20-30 минут, так как даже небольшое количество ядовитого вещества, попавшего в глаза, может вызвать их глубокие поражения. После промывания глаз следует наложить сухую повязку и немедленно обратиться к главному врачу.

Чего НЕ делать

- не вызывать рвоту, если человек без сознания
- не вызывать рвоту у беременных
- не вызывать рвоту у тех, у кого слабое сердце и при судорогах
- не вызывать рвоту при отравлении нефтепродуктами, кислотами, щелочью
- не давать слабительное средство при отравлении нефтепродуктами, кислотами, щелочью
- не давать газировку!
- не давать кислоту при отравлении щелочью и наоборот!!!

при общем переохлаждении и отморожениях.

Немедленно обеспечить условия по прекращению теплоотдачи организмом: вытащить человека из холодной воды, снега, холодного помещения, открытого, продуваемого ветром пространства, поднять с мокрой, холодной поверхности.

Определить степень переохлаждения и первоочередные мероприятия по оказанию помощи.

Согреть пострадавшего. Снять мокрую и надеть сухую, теплую одежду и головной убор, закутать в одеяло с дополнительным источником тепла, дать горячее питье, при возможности поместить в ванну, постепенно доведя температуру воды до 40С; прием теплой ванны нужно прекратить, когда температура тела поднимается до 34С. В полевых условиях для обогрева могут быть использованы емкости с горячей водой, нагретые на огне камни, завернутые в ткань. Теплые предметы прикладывать к затылочной части головы, на паховую область, на грудь, подмышки. Можно использовать тепло тела человека. Для этого необходимо лечь рядом с пострадавшим и прижаться к нему. Разогревать в первую очередь нужно туловище, а затем руки и ноги.

Если пострадавший находится в тяжелом состоянии: теряет сознание, пульс и дыхание замедлены или вообще отсутствуют, то необходимо немедленно приступить к оказанию неотложной медицинской помощи, вызвать врача или доставить больного в лечебное учреждение.

При оказании первой помощи пострадавшему ЗАПРЕЩАЕТСЯ:

- Проводить интенсивное отопление: горячий душ, горячая ванна, жаркое помещение;
- Растирать человека, поскольку это приводит к притоку холодной крови с периферии к внутренним органам и головному мозгу, которые будут продолжать охлаждаться. Согревание должно идти от центра к периферии;

- Использовать открытый огонь и алкоголь;

- Класть человека на холодное основание и растирать снегом.

- Первая помощь при обморожении

-Согрейте обмороженный участок тела, восстановите кровообращение путем отогревания, массажа до покраснения кожи, обретения ею чувствительности, появления возможности двигать пальцами. Примите теплые напитки: чай, молоко, бульон.

- Прекратите воздействие холода путем размещения пострадавшего в тепле.

Если в течение нескольких минут кожа не приобретет нормальный вид, то необходимо поместить пораженную часть в теплую воду с последующей обработкой кожи спиртом и наложением утепляющей повязки.

В случае появления на теле водянистых пузырей, накройте их салфеткой (повязкой) после обработки спиртом.

Пораженную конечность укутайте теплой тканью, приподнимите, зафиксируйте, что обеспечит уменьшение отека.

Дайте обезболивающие средства: компламин, трентал, гидрокортизон, гепарин.

При необходимости отправьте пострадавшего в лечебное учреждение, тщательно укутав его в теплые вещи. Во время транспортировки постоянно ведите контроль за состоянием пострадавшего.

При оказании первой помощи ЗАПРЕЩАЕТСЯ: растирать пораженные участки снегом, смазывать их жирными мазями, интенсивно отогревать.

при тепловом и солнечном ударе.

Тепловой удар – нарушение терморегуляции организма в результате длительного воздействия высокой температуры внешней среды. Перегрев может быть вызван жаркой, безветренной погодой с высоким уровнем влажности воздуха, активной физической работой.

Солнечный удар - тепловой удар, вызванный прямым солнечным излучением.

Симптомы обоих состояний схожи между собой.

Сначала возникает усталость, слабость, головная боль, головокружения, боли в ногах и спине, может возникнуть рвота.

Позже появляются шум в ушах, одышка, учащается сердцебиение, темнеет в глазах.

Если на этом этапе не оказать помощь, то дальнейший перегрев приводит к быстрому поражению ЦНС, возникает цианоз лица, тяжелейшая одышка, пульс становится частым и слабым. Возникают судороги мышц, появляются бред и галлюцинации, дыхание становится неровным. Пострадавший в любой момент может потерять сознание.

К сожалению, человек редко может объективно оценить происходящие с ним изменения. Поэтому важно, чтобы рядом оказались люди, которые могут провести оказание первой помощи при тепловом ударе.

Если в жаркую погоду у человека рядом с вами наблюдаются вышеописанные симптомы или человек потерял сознание:

Необходимо перенести пострадавшего в тень или прохладное помещение и положить его, приподняв голову.

первая помощь при солнечном ударе

- Нужно снять одежду, ослабить ремень.

- Приложить к голове холодный компресс. Тело обтереть холодной водой, начиная с области сердца, или обернуть влажной простыней.

- Если человек в сознании напоить прохладной водой. В случае потери сознания возбудить дыхание нашатырным спиртом и перевернуть пострадавшего на бок.

- Вызвать скорую помощь.

- Если вы транспортируете больного в медицинское учреждение самостоятельно, то

проследите, чтобы пострадавший лежал.

Врачебная помощь нужна в случае тяжелых солнечных или тепловых ударов, так как медики смогут предотвратить возможность инфаркта, инсульта и других серьезных последствий перегрева. Но по симптомам достаточно сложно определить степень тяжести состояния пострадавшего, поэтому вызывайте скорую в любом случае.

Чтобы летние деньки приносили радость, а не создавали проблем, необходимо соблюдать профилактические меры:

Не выходите на улицу без головного убора.

Носите одежду светлых тонов из натуральных, дышащих тканей.

Избегайте прямых солнечных лучей.

Ограничьте потребление жирной, тяжелой пищи и скоропортящихся продуктов (включая мороженое). Отдайте предпочтение холодным (но не ледяным) супам, нежирному мясу, овощам и фруктам.

Употребляйте достаточное количество негазированной воды или прохладного зеленого чая.

Воздержитесь от алкоголя.

Эти простые меры помогут избежать не только тепловых и солнечных ударов, но и других распространенных летних проблем - пищевых отравлений, обезвоживания и несчастных случаев на воде.

при ожогах.

Первая помощь при термических ожогах

- убрать поражающий фактор!

- охладить место ожога: 1 и 2 степень — охлаждать проточной водой 10—15 мин, 3 и 4 — чистая влажная повязка, потом охладить с повязкой в стоячей воде

- закрыть влажной повязкой

- покой и противошоковые меры

- снять все вещи с обожженного участка тела: одежду, пояс, часы, кольца и прочие вещи.

Прилипшую одежду отрезать вокруг, нельзя отрывать от ожога.

Признаки и симптомы термического ожога:

- боль

- покраснение кожи — 1 степень

- появились волдыри — 2 степень

- рана — волдыри лопнули — 3 степень

- обугливание и отсутствие чувствительности — 4 степень

Чего НЕ делать при термическом ожоге:

- не смазывать маслом, кремом, мазью, белком и т. п., не наносить пену (пантенол) на только что обожженное место

- не отрывать прилипшую одежду.

- не прокалывать пузыри.

- не мочиться (писать) на ожог

Вызываем «скорую», если:

- площадь ожога больше 5 ладоней пострадавшего

- ожог у ребенка или пожилого человека

- ожог 3-ей степени

- обожжена паховая область

- обожжен рот, нос, голова, дыхательные пути

- обожжены две конечности

при укусах змей и насекомых.

В нашем регионе обитают следующие виды ядовитых змей и насекомых:

Степная гадюка, щитомордник; ядовитые пауки: каракурт, тарантул, фаланга.

Хотя не все виды змей ядовиты для человека, все равно стоит любую незнакомую змею считать ядовитой и опасной. Не помешает изучить приметы змей, если вы отправляетесь в поход

или едите за город. При встрече со змеей следует соблюдать осторожность. Не пытайтесь ловить змей или играть с ними. Змеи всегда предупреждают о нападении: некоторые трясут головой, некоторые шипят, некоторые свиваются кольцами. Также необходимо соблюдать осторожность с мертвыми змеями. У некоторых из них яд может сохранить свои свойства очень долго, поэтому случайный укол зубом мертвой змеи может вызвать сильное отравление.

Если вас укусила змея, категорически запрещено:

1. Прижигать место укуса. Если змея прокусила кожу, то вы только сожжете ткани, а яд не выведете.

2. Разрезать место укуса нельзя по тем же причинам, что и прижигать рану. Вы причините себе больше вреда, чем пользы.

3. Нельзя принимать алкоголь. Алкоголь замедляет выведение яда из организма. Нельзя прикладывать траву и другие вещи, которые оказываются под рукой. Вы можете инфицировать рану.

4. Нельзя накладывать жгут. Нормальное кровоснабжение не даст омертветь конечности, а вот нарушенное кровообращение может привести к распаду тканей.

Первая помощь при укусе змеи:

1. Обеспечьте пострадавшему полный покой в горизонтальном положении, так как движения существенно ускоряют поступление яда в общую циркуляцию. При укусе в ногу максимально её обездвижьте. Прибинтуйте укушенную конечность к здоровой и подложите что-нибудь под колени, чтобы они были немного приподняты.

2. При укусе в руку следует её держать в согнутом положении.

3. Отсосать яд. На ранку необходимо надавить пальцами и энергично отсосать яд ртом. Для этих целей можно использовать маленькую банку или пузырек. Создайте разряженное пространство в полости банки, поднеся пламя, и быстро наложите банку горлышком на рану.

Отсасывать яд следует в течение первых 15 минут непрерывно. Это позволяет удалить из организма потерпевшего до 50% яда. Если пострадавший один, то он должен самостоятельно произвести отсасывание.

4. Ранку продезинфицировать и наложить стерильную повязку. Следует следить, чтобы повязка не врезалась в мягкие ткани и периодически её ослаблять.

5. Пострадавший должен употреблять как можно больше жидкости, чтобы способствовать выведению яда из организма.

6. Пострадавшего необходимо как можно скорее доставить в медицинское учреждение, где ему окажут профессиональную помощь.

7. В экстренных случаях пострадавшему нужно сделать искусственный массаж сердца и дыхания.

8. Пострадавший нуждается в моральной поддержке!

Помощь при укусах комаров

Чтобы уменьшить зуд, надо протереть укушенное место спиртом, одеколоном, водкой.

Помощь при укусах пчел и ос

В первую очередь необходимо найти и удалить жало, содержащее яд насекомого. Затем, место укуса протирают раствором спирта или йодом. Для уменьшения боли и отека прикладывают холод.

При общих симптомах отравления, а также при укусе в зев, глотку, глаз нужно срочно доставить в медицинское учреждение.

при аллергических реакциях.

Аллергия может преследовать человека всю жизнь. В таком случае он отлично разбирается в разновидностях антигистаминных препаратов, и знает, что такое глюкокортикостероиды. А ведь именно эти лекарства являются основой лечения аллергических болезней. Однако иногда острая аллергическая реакция возникает внезапно на фоне полного благополучия. Чаще всего так начинается аллергическая реакция по типу крапивницы, отек Квинке или анафилактический шок. При крапивнице в течение нескольких минут появляется зудящая сыпь на различных участках тела. Отек лица, губ, языка и верхних дыхательных путей – это симптомы отека Квинке, он может сочетаться с крапивницей. Анафилактический шок – это

крайне тяжелое жизнеугрожающее состояние, при котором нарушается работа всех органов и систем из-за резкого снижения давления. Первое, что нужно сделать при появлении любого из этих симптомов – это вызвать скорую помощь. Если единственным неприятным симптомом является зудящая сыпь, то можно принять любое из противоаллергических средств (хлоропирамин, цетиризин и т. д.) и ожидать приезда врачей. Если вы видите, что есть признаки отека Квинке – необходимо также дать антигистаминный препарат и снять всю стягивающую шею одежду (шарф, галстук, свитер). При анафилактическом шоке оказать помощь самостоятельно невозможно. Единственное, что можно сделать – это уложить больного на ровную поверхность и ожидать приезда неотложки.

Бронхиальная астма также относится к аллергическим заболеваниям. Приступы одышки, при которых даже на расстоянии слышны хрипы (по звуку напоминающие хруст свежего снега), возникают у больного, когда он вдыхает различные, запускающие приступ, вещества. Для каждого астматика аллергены, провоцирующие обострение, свои. Чаще всего человек, страдающий астмой, носит в кармане маленький ингалятор с веществом, которое расширяет бронхи и облегчает дыхание. Поэтому большинство «астматиков со стажем» сами могут оказать себе неотложную помощь. Однако если этот приступ возник у человека впервые, то необходимо попытаться ему помочь. Естественно, первое, что надо сделать – это вызвать скорую помощь. Далее нужно усадить больного, снять с груди и шеи стягивающую одежду, открыть окна, чтобы обеспечить доступ свежего воздуха, дать ему попить холодной воды. Во время удушья любой человек испытывает сильный страх, поэтому нужно постараться успокоить его, сказать, что помощь в пути, а волнение лишь усиливает спазм бронхов. Скорая помощь введет больному гормональные препараты, даст подышать веществами, расширяющими бронхи, и, скорее всего, с первым приступом астмы больной будет госпитализирован в стационар. С аллергическими болезнями сталкивается каждый: либо он страдает от них сам, либо кто-то из родных и близких, либо дети. Поэтому знать, как оказать помощь при аллергии, нужно любому человеку.

после утопления.

Истинное утопление

При истинном утоплении в лёгкие пострадавшего поступает большое количество воды (не менее 10-12 мл/кг массы тела). Различают истинное утопление в пресной и морской воде со своими патофизиологическими особенностями. Через несколько минут после поступления воды в лёгкие происходит ряд патологических изменений в организме (независимо от типа воды), в результате которых наступает отёк лёгких и крайняя степень гипоксии.

Признаки:

- извлечённый из воды пострадавший возбуждён или заторможен;
- неадекватная реакция пострадавшего (попытки встать, уйти, отказ от помощи);
- кожные покровы и видимые слизистые синюшного цвета;
- дыхание шумное с приступами кашля;
- повышенное давление и учащенное сердцебиение (тахикардия) сменяются на падение давления и редкое сердцебиение (брадикардия);
- часто возникает рвота проглоченной водой и желудочным содержимым.

В период агонии при истинном утоплении:

- сознание утрачено;
- ещё сохраняются сердечные сокращения;
- кожные покровы резко синюшные, холодные; изо рта и носа идёт пенная жидкость, розового цвета;
- подкожные вены шеи и предплечий расширенные и набухшие;
- зрачковые и роговичные рефлексы вялые;

В период клинической смерти при истинном утоплении:

- дыхание и сердечная деятельность отсутствуют;
- зрачки расширены и на свет не реагируют.

Оказание помощи:

Сразу же после извлечения утонувшего из воды - перевернуть его лицом вниз и опустить голову ниже таза. Очистить рот от инородного содержимого и слизи. Резко надавить на корень

языка. При появлении рвотного и кашлевого рефлексов -добиться полного удаления воды из дыхательных путей и желудка. Если нет рвотных движений и кашля- положить на спину и приступить к реанимации. При появлении признаков жизни -перевернуть лицом вниз и удалить воду из легких и желудка. Вызвать "Скорую помощь".

Недопустимо!

Оставлять пострадавшего без внимания (в любой момент может наступить остановка сердца)

Самостоятельно перевозить пострадавшего если есть возможность вызвать спасательные службы

Бледное утопление в холодной воде проруби

Признаки:

- извлечённый из воды пострадавший возбуждён или заторможен;
- неадекватная реакция пострадавшего (попытки встать, уйти, отказ от помощи);
- кожные покровы и видимые слизистые синюшного цвета;
- дыхание шумное с приступами кашля;
- повышенное давление и учащенное сердцебиение (тахикардия) сменяются на падение давления и редкое сердцебиения (брадикардия);
- часто возникает рвота проглоченной водой и желудочным содержимым.

Оказание помощи:

Перенести тело в безопасное место. Проверить реакцию зрачков на свет и наличие пульса на сонной артерии. При отсутствии пульса на сонной артерии- приступить к реанимации Если появились признаки жизни-перенести спасенного в теплое помещение, переодеть в сухую одежду, дать теплое питье. Вызвать "Скорую помощь".

Недопустимо!

Терять время на удаление воды из легких и желудка при отсутствии пульса на сонной артерии.

при поражении электрическим током.

Помощь пострадавшему не должна заменять собой помощь медицинского персонала и должна оказываться до прибытия врача.

Если пострадавший соприкасается с токоведущими частями, необходимо быстро освободить его от действия электрического тока. Прикасаться к человеку, находящемуся под напряжением, опасно для жизни. Поэтому нужно быстро отключить ту часть установки, которой касается пострадавший. Для освобождения пострадавшего от провода следует воспользоваться сухой одеждой, доской или каким-либо другим предметом, не проводящему электрический ток или взяться за его одежду (если она сухая), избегая при этом прикосновения к металлическим предметам и открытым частям тела.

Далее необходимо:

- уложить пострадавшего на спину на твердую поверхность;
- проверить наличие у пострадавшего дыхания (определить по подъему грудной клетки, запотеванию зеркала и пр.);
- проверить наличие пульса на лучевой стороне у запястья или на сонной артерии на переднебоковой поверхности шеи;
- выяснить состояние зрачка, широкий зрачок указывает на резкое ухудшение кровоснабжения мозга;
- вызов врача по телефону 03 во всех случаях обязателен.

Если пострадавший находится в сознании после обморока, его следует уложить в удобное положение, накрыть одеждой, обеспечить полный покой, непрерывно наблюдая за дыханием и пульсом.

Если пострадавший находится в бессознательном состоянии, но с устойчивым дыханием и пульсом, его следует ровно и удобно уложить, расстегнуть одежду, создать приток свежего воздуха, поднести к носу ватку с нашатырным спиртом, обрызгать лицо водой и обеспечить полный покой. Если пострадавший плохо дышит (очень редко и судорожно), ему следует делать искусственное дыхание и массаж сердца.

При отсутствии признаков жизни нельзя считать пострадавшего мертвым, т.к. смерть бывает кажущейся. Искусственное дыхание следует проводить непрерывно до прибытия врача. Первую помощь нужно оказывать немедленно и по возможности на месте происшествия. С момента остановки сердца должно пройти не более 3-5 мин.

Способ искусственного дыхания заключается в том, что оказывающий помощь производит выдох из своих легких в легкие пострадавшего непосредственно в рот. Пострадавшего укладывают на спину, раскрывают рот, удаляют изо рта посторонние предметы, запрокидывают голову пострадавшего назад, положив под затылок одну руку, а второй рукой надавить на лоб пострадавшего, чтобы подбородок оказался на одной линии с шеей. Встав на колени нужно с силой вдохнуть воздух в рот пострадавшего через марлю или носовой платок, закрыв ему нос. Вдох длится 5-6 сек., или 10-12 раз в минуту. Грудная клетка пострадавшего должна расширяться, а после освобождения рта и носа самостоятельно опускаться. При возобновлении самостоятельного дыхания некоторое время следует продолжать искусственное дыхание до полного сознания пострадавшего. Необходимо избегать чрезмерного сдавливания грудной клетки из-за возможности перелома ребер. Одновременно нужно проводить наружный массаж сердца при отсутствии пульса.

Наружный (непрямой) массаж сердца производится путем ритмичных сжатий сердца через переднюю стенку грудной клетки при надавливании на нижнюю часть грудины. Повторяя надавливание частотой 60-70 раз в минуту. Оказывающий помощь, определив нижнюю треть грудины, должен положить на нее верхний край ладони, сверху положить вторую руку и надавливать на грудную клетку пострадавшего, слегка помогая наклоном своего корпуса. Надавливание следует производить быстрым толчком так. Чтобы продвинуть на 3-4 см нижнюю часть грудины в сторону позвоночника, а у полных людей – на 5-6 см.

Через каждые 5-6 надавливаний – одно вдувание. Если оказывает помощь один человек, следует чередовать после 2 глубоких вдуваний – 10-12 надавливаний для массажа сердца.

При правильном проведении искусственного дыхания и массажа сердца у пострадавшего появляются следующие признаки оживления:

- улучшение цвета лица
- появление самостоятельного дыхания все более равномерного
- сужение зрачков
- появление самостоятельного пульса.

при обмороке и коме.

Обморок – внезапная кратковременная потеря сознания. Причиной обморока могут быть большие потери крови, нервное потрясение (испуг, страх), переутомление. Обморок характеризуется побледнением кожных покровов, губ, похолодением конечностей. Сердечная деятельность ослабляется, пульс едва прощупывается. Обморочное состояние бывает продолжительностью от нескольких секунд до 4–5 минут. Продолжительное обморочное состояние опасно для жизни.

Находящегося в обморочном состоянии необходимо уложить так, чтобы голова находилась ниже ног (для притока крови к голове), расстегнуть воротник, пояс, обеспечить приток свежего воздуха. Лицо и грудь обрызгать холодной водой, к носу поднести вату, смоченную нашатырным спиртом. Как только пострадавший придет в сознание, ему следует дать валериановые капли. При тепловом ударе – перенести в прохладное место, приложить холод к голове и груди. В случае голодного обморока – напоить сладким чаем.

Кома (глубокий сон) – это бессознательное состояние. Кома сопровождается потерей сознания более чем на 4–5 минут, при этом обязательно прощупывается пульс на сонной артерии. Причинами такого состояния могут быть черепно-мозговая травма, электротравма, перегревание, переохлаждение, эпилепсия, инсульт, энцефалит, менингит, сахарный диабет и др. Действия оказывающего первую помощь: повернуть пострадавшего на живот, удалить слизь и рвотные массы, приложить холод к голове. Пострадавший должен находиться до прибытия врачей только в положении лежа на животе. Транспортировка человека в коме – только на животе.

при попадании инородных тел в верхние дыхательные пути.

Дыхательная система человека состоит из верхних дыхательных путей (носовая полость, глотка) и нижних путей (гортань, трахея, бронхи и легкие). Обеспечивает функцию дыхания внешнего и газообмен воздуха и насыщения организма кислородом через кровь, двигающуюся по малому кругу кровообращения.

В месте расположения голосовых связок канал гортани наиболее узок, что является естественным барьером для прохождения инородных тел дальше в трахею. Поэтому чаще всего встречаются случаи попадания инородных тел именно в гортани.

Инородным телом могут стать кусочки пищи при ее приеме, всевозможные мелкие предметы, которые при входе с потоком воздуха увлекаются в верхние пути.

Признаки:

-резкий и частый кашель: рефлекторная попытка организма избавиться от источника раздражения,

-затрудненный вдох или вообще невозможность сделать его, нехватка воздуха и удушье: вследствие уменьшения просвета гортани или полного его заполнения,

-сложность голосовой речи, глазное слезотечение: инородное тело задевает голосовые связки, и попытка заговорить приводит к безостановочному кашлю,

-покраснение кожи лица и шеи, в тяжелых случаях до синюшного цвета: по причине недостатка кислорода в организме и усиленной реакции на вдох всех мышц лица и грудной клетки, а также натужный кашель,

-частичная или полная потеря сознания: частичное нарушение нормального дыхания или его полное отсутствие.

Если подобная ситуация произошла с вами или в ситуацию попал другой человек, необходимо срочно принять меры и оказать первую помощь при попадании инородного тела в дыхательные пути. Помните, что если в этой ситуации человек вызывает смех у окружающих своими нелепыми движениями и кашлем, ему вовсе не до смеха. Он уже нуждается в вашей экстренной помощи. Промедление смерти подобно.

Первая помощь при попадании инородного тела в дыхательные пути:

Это случилось с вами: постарайтесь медленно вдохнуть как можно больше воздуха, наклонитесь вниз и с резким усилием выдохните его (кашель сам вам поможет), одновременно с усилием постукивая по центру груди полусогнутым кулаком, заставляя предмет оторваться от стенки гортани и с потоком воздуха выйти наружу. Если не получилось с первого раза, повторяйте многократно. Если вы не один и помочь себе не получается, подайте сигнал о том, что вам плохо и требуется срочная посторонняя помощь;

Это случилось с другим человеком:

Первое, что нужно сделать - наклонить его вниз головой и на его резком выдохе постучать по спине в центре грудного отдела полусогнутым кулаком (в форме лодочки). Объясните ему, что не следует пытаться говорить. При попытке заговорить он будет вынужден резко и глубоко вдыхать воздух, тем самым все дальше проталкивая попавший предмет до трахеи, бронхов и легких.

Второе, если первая мера не привела к облегчению. Встать со спины, обхватить обеими руками грудь пострадавшего, замкнув руки в замочек или за запястья. Заставьте попавшего в беду человека осторожно набрать больше воздуха и по вашей команде резко выдохнуть. Ваша задача на выдохе быстро сдавить грудь руками, одновременно его наклоняя. Иногда достаточно одного раза чтобы освободить гортань от предмета, в противном случае сделайте это несколько раз до достижения полного эффекта.

Если принятые меры не улучшают состояния, а пострадавший потерял сознание, срочно и немедленно вызывайте скорую помощь. При полном отсутствии дыхания нужно без промедления проводить искусственное дыхание, не прерывая его до приезда врачей. В бессознательном расслабленном состоянии человека и стенки гортани расслаблены, это позволит проходить воздух при принудительном дыхании в легкие. А опытная бригада медиков примет самые экстренные и профессиональные меры. Правильное поведение и первая помощь при подобных ситуациях, может спасти кому то жизнь.

при клинической смерти.

Предположить у пострадавшего наступление клинической смерти можно при наличии следующих симптомов:

- отсутствие признаков сердечной деятельности (пульс на артериях шеи не определяется),
- остановка дыхания (отсутствие потока воздуха из носа или рта пострадавшего)
- потеря сознания

-иногда в момент наступления клинической смерти могут наблюдаться судорожные подергивания конечностей.

При выявлении указанных симптомов необходимо сразу же вызвать скорую медицинскую помощь и немедленно приступить к выполнению реанимационных мероприятий.

Для этого пострадавшего укладывают на спину на ровную и жесткую поверхность. Открыв ему рот, убеждаются в отсутствии или наличии в нем инородных предметов, слизи, рвотных масс, зубных протезов. В этом случае необходимо удалить все инородные тела из полости рта. Затем осторожно запрокидывают голову пострадавшего назад, положив одну руку под шею, а другую на лоб так, чтобы подбородок оказался на одной линии с шеей (положение максимального разгибания). Начинать реанимационные мероприятия необходимо с выполнения двух вдохов пострадавшему, затем приступать к наружному массажу сердца.

При вдувании воздуха оказывающий помощь плотно прижимает свой рот ко рту пострадавшего. Одна рука спасателя находится под шеей, а другая зажимает нос пострадавшего. Объем вдыхаемого воздуха не должен быть чрезмерно большим, поскольку это может привести к разрыву легких пострадавшего. После прекращения вдоха рот и нос пострадавшего освобождаются и происходит пассивный выдох. При невозможности полного охвата рта пострадавшего вдувать воздух в его легкие следует через нос, плотно закрыв при этом рот пострадавшего. У маленьких детей воздух вдувают одновременно в рот и в нос, охватывая своим ртом рот и нос пострадавшего.

Вдувание воздуха в рот или нос нужно производить через марлю, салфетку или носовой платок, следя за тем, чтобы при каждом вдувании происходило расширение грудной клетки пострадавшего. Увеличение размеров живота во время выполнения искусственного дыхания указывает на то, что воздух поступает не в легкие, а в желудок пострадавшего. В этом случае необходимо повторно выполнить прием по восстановлению проходимости дыхательных путей и возобновить искусственное дыхание.

Для проведения наружного массажа сердца оказывающий помощь должен встать с правой или с левой стороны от пострадавшего и занять такое положение, при котором возможен более или менее значительный наклон над пострадавшим. Оптимальным является положение, при котором пострадавший лежит на полу, а спасатель находится возле него на коленях.

Наружный (непрямой) массаж сердца производится путем ритмичных надавливаний на нижнюю треть грудины (на линии, соединяющей соски пострадавшего). При этом руки спасателя должны оставаться прямыми и после прекращения нажатия не отрываться от грудины. Число нажатий на грудину - 80 - 90 в минуту.

Нажатие следует производить быстрым толчком так, чтобы грудина прогибалась на 3 - 4 сантиметра, а у детей - на 5 - 6 сантиметров. Следует избегать надавливания на ребра, так как это может привести к их перелому. Ни в коем случае нельзя надавливать ниже края грудной клетки (на мягкие ткани), так как можно повредить расположенные здесь органы, в первую очередь печень.

Необходимо соблюдать соотношение вдохов и нажатий на грудную клетку. Если помощь оказывает один человек, то после каждых двух искусственных вдохов выполняется 15 нажатий на грудину. При выполнении реанимационных мероприятий двумя спасателями после каждого вдоха выполняется 5 нажатий на грудину.

О восстановлении деятельности сердца у пострадавшего судят по появлению у него собственного, не поддерживаемого массажем регулярного пульса. Для проверки пульса прерывают массаж на 2 - 3 секунды, и если пульс сохраняется, то это указывает на восстановление сердечной деятельности. При отсутствии пульса необходимо немедленно возобновить массаж.

После восстановления сердечной деятельности продолжают искусственное дыхание до

восстановления самостоятельного дыхания либо до момента подключения аппарата искусственной вентиляции легких.

при травмах.

Вывихи

Вывихи - полное смещение суставных концов костей, при котором утрачивается соприкосновение суставных поверхностей в области сочленения. Вывих наступает вследствие травмы, сопровождающейся, как правило, разрывом суставной капсулы, связок. Такое смещение концов костей происходит чаще - в плечевом, реже - в тазобедренном, локтевом и голеностопном суставах. Еще реже в результате ушиба.

Признаки вывиха:

Смещение костей из нормального положения в суставе, резкая боль, невозможность движений в суставе.

Оказание помощи:

1. холод на область поврежденного сустава;
2. применение обезболивающих средств;
3. иммобилизация конечности в том положении, которое она приняла после травмы;
4. обратиться к хирургу.

Вправление вывиха - врачебная процедура (!). Не следует пытаться вправить вывих, так как иногда трудно установить, вывих это или перелом, тем более что вывихи часто сопровождаются трещинами и переломами костей.

Ушибы

Ушибы - повреждения тканей и органов, при которых не нарушена целостность кожи и костей. Степень повреждения зависит от силы удара, площади поврежденной поверхности и от значения для организма ушибленной части тела (ушиб пальца, естественно, не столь опасен, как ушиб головы). На месте ушиба быстро появляется припухлость, возможен и кровоподтек (синяк). При разрыве крупных сосудов под кожей могут образоваться скопления крови (гематомы).

Признаки:

Повреждены мягкие ткани, без нарушения целостности кожи. Кровоподтек (синяк), припухлость (отек). При ушибе, прежде всего, необходимо создать покой поврежденному органу. На область ушиба необходимо наложить давящую повязку, придать этой области тела возвышенное положение, что способствует прекращению дальнейшего кровоизлияния в мягкие ткани. Для уменьшения болей и воспалительных явлений к месту ушиба прикладывают холод - пузырь со льдом, холодные компрессы.

Растяжение и разрывы связок

Растяжение и разрывы связок суставов возникают в результате резких и быстрых движений, превышающих физиологическую подвижность сустава. Причиной может быть резкое подворачивание стопы (например, при неудачном приземлении после прыжка), падение на руку или ногу. Такие повреждения чаще отмечаются в голеностопном, коленном и лучезапястном суставах.

Признаки:

1. появление резких болей;
2. быстрое развитие отека в области травмы;
3. значительным нарушением функций суставов.

В отличие от переломов и вывихов при растяжении и разрыве связок отсутствует резкая деформация и болезненность в области суставов при нагрузке по оси конечности, например при давлении на пятку. Через несколько дней после травмы выступает кровоподтек, резкие боли в этот момент стихают. Если боли не исчезли через 2 - 3 дня и наступить на ногу по-прежнему нельзя, то в таком случае возможен перелом лодыжек в голеностопном суставе.

Первая помощь

Первая помощь при растяжении связок такая же, как и при ушибах, т. е. прежде всего накладывают повязку, тугое бинтование, фиксирующую сустав, наложение холодного компресса на область сустава, давящей и шинной повязок, создание неподвижного состояния. При разрыве

сухожилий, связок первая помощь заключается в создании больному полного покоя, наложении тугой повязки на область поврежденного сустава.

Переломы

Переломом называется частичное или полное нарушение целостности кости в результате ее удара, сжатия, сдавления, перегиба (во время падения). Переломы делятся на закрытые (без повреждения кожи) и открытые, при которых имеется повреждение кожи в зоне перелома.

Признаки:

1. резкая боль, усиливающаяся при любом движении и нагрузке на конечность;
2. изменение положения и формы конечности;
3. нарушения функции конечности (невозможность ею пользоваться);
4. появление отека и кровоподтека в зоне перелома;
5. укорочение конечности;
6. патологическая (ненормальная) подвижность кости.

Первая помощь при переломах костей:

1. создание неподвижности костей в области перелома;
2. проведение мер, направленных на борьбу с шоком или на его предупреждение;
3. организация быстрой доставки пострадавшего в лечебное учреждение.

Быстрое создание неподвижности костей в области перелома - иммобилизация - уменьшает боль и является главным моментом в предупреждении шока. Иммобилизация конечности достигается наложением транспортных шин или шин из подручного твердого материала. Наложение шины нужно проводить непосредственно на месте происшествия и только после этого транспортировать больного. При открытом переломе перед иммобилизацией конечности необходимо наложить асептическую повязку. При кровотечении из раны должны быть применены способы временной остановки кровотечения (давящая повязка, наложение жгута и др.).

Шины бывают трех видов:

1. Жесткие
2. Мягкие
3. Анатомические

В качестве жестких шин могут служить доски, полоски металла, картон, несколько сложенных журналов и т.д. В качестве мягких шин можно использовать сложенные одеяла, полотенца, подушки и т.д. или поддерживающие повязки и бинты. При анатомических шинах в качестве опоры используется тело самого пострадавшего. Например, поврежденная рука может быть прибинтована к груди пострадавшего, нога к здоровой ноге.

При проведении транспортной иммобилизации надо соблюдать следующие правила:

1. шины должны быть надежно закреплены и хорошо фиксировать область перелома;
2. шину нельзя накладывать непосредственно на обнаженную конечность, последнюю предварительно надо обложить ватой или какой-нибудь тканью;
3. создавая неподвижность в зоне перелома, необходимо произвести фиксацию двух суставов выше и ниже места перелома (например, при переломе голени фиксируют голеностопный и коленный сустав) в положении, удобном для больного и для транспортировки;
4. при переломах бедра следует фиксировать все суставы нижней конечности (коленный, голеностопный, тазобедренный).

Переломы, бывают закрытые (без повреждения кожи), открытые (с нарушением целостности кожи) и осложненные (кровотечением, размозжением окружающих тканей).

При открытых переломах (в ране видны отломки костей) микробы попадают в рану, вызывая воспаление мягких тканей и кости, поэтому эти переломы протекают тяжелее, чем закрытые.

Признаки:

боль, припухлость, изменение формы и укорочение конечности, появление подвижности в месте повреждения, хруста отломков.

Оказание помощи:

осколки, смещаясь, нередко повреждают кровеносные сосуды, нервы и внутренние органы, поэтому ни в коем случае не шевелите сломанную ногу или руку. Все надо оставить как

есть, но обеспечить поврежденным костям наибольший покой.

У пострадавших с открытыми переломами не пытайтесь вправить в рану торчащие отломки или удалять из раны осколки. Нужно остановить кровотечение, наложить на рану стерильную повязку, чистый носовой платок или полотенце. Затем осторожно, чтобы не усилить боль, следует наложить готовую шину (картонную, фанерную, деревянную или проволочную) или сделанную из подручных средств - доски, палки, кусков фанеры, веток, зонтика, ружья) и создать покой пострадавшему и конечности. Шину нужно накладывать на одежду, предварительно обложив ее ватой, примотав бинтом, полотенцем или мягкой материей. После наложения шину необходимо прибинтовать или привязать чем-нибудь в трех-четырёх местах к телу. Если сломана крупная трубчатая кость (бедренная или плечевая), шиной надо фиксировать одновременно три сустава, а если повреждены более мелкие кости, достаточно сделать неподвижными выше - и нижележащие суставы.

Перелом бедренной кости

Оказание помощи:

для создания покоя поврежденной ноге снаружи, от стопы до подмышечной области, прибинтовываются шины, а по внутренней поверхности - от подошвы до промежности. Если больница или медпункт от места катастрофы далеко, нужно еще одну шину прибинтовать сзади, от стопы до лопатки. Если нет шин, можно прибинтовать поврежденную ногу к вытянутой здоровой.

Переломы костей голени

Оказание помощи:

шина накладывается по задней поверхности поврежденной ноги, от стопы до ягодиц, и фиксируется бинтом в области коленного и голеностопного суставов.

Переломы костей кисти и пальцев

Оказание помощи:

поврежденные полусогнутые пальцы (придают хватательное положение кисти) прибинтовывают к ватному валику, подвешивают на косынку или шинируют. Фиксировать пальцы в выпрямленном положении недопустимо.

Перелом ключиц

Возникает при падениях. Опасны повреждения смещающимися отломками кости крупных подключичных сосудов.

Оказание помощи:

для создания покоя следует подвесить руку на стороне повреждения на косынку или на поднятую полу пиджака. Имобилизация от-ломков ключицы достигается бинтовой повязкой Дезо или сведением рук за спиной при помощи ватно-марлевых колец (также можно руки связать за спиной ремнем).

Переломы костей предплечья и плечевой кости

Оказание помощи:

согнув поврежденную руку в локтевом суставе и повернув ладонь к груди, накладывают шину от пальцев до противоположного плечевого сустава на спине. Если нет шины, можно прибинтовать поврежденную руку к туловищу или подвесить ее на косынке, на поднятую полу пиджака. Переломы костей позвоночника и таза.

Перелом позвоночника - чрезвычайно тяжелая травма.

Признаки:

появляется сильная боль в поврежденной области, исчезает чувствительность, наступает паралич ног, иногда нарушается мочеотделение.

Оказание помощи:

категорически запрещается пострадавшего с подозрением на перелом позвоночника сажать, ставить на ноги. Создать покой, уложив его на ровную твердую поверхность - деревянный щит, доски. Эти же предметы используют для транспортной иммобилизации.

При отсутствии доски и бессознательном состоянии пострадавшего транспортировка наименее опасна на носилках в положении лежа на животе. Укладывать пострадавшего на мягкие носилки нельзя. Можно - только на щит (широкую доску, фанеру, снятую с петель дверь), покрытый одеялом или пальто, на спину. Поднимать его надо очень осторожно, в один прием,

чтобы не вызвать смещения отломков и более тяжелых разрушений спинного мозга и органов таза. Несколько человек могут поднимать пострадавшего, взявшись за его одежду и действуя согласованно, по команде.

Если нет досок, щита, пострадавшего кладут на пол автомашины и везут осторожно (без тряски). Человека с переломом шейного отдела позвоночника следует оставить на спине с валиком под лопатками, закрепить голову и шею, обложив их по бокам мягкими предметами. Если повреждены кости таза, ноги пострадавшего несколько разводят в стороны (положение лягушки) и под колени подкладывают плотный валик из сложенного одеяла, скатанной одежды.

Переломы ребер

Оказание помощи:

нужно туго забинтовать грудную клетку в месте перелома.

Переломы костей стопы

Оказание помощи:

к подошве прибинтовывается дощечка.

Повреждение черепа и мозга

Наибольшую опасность при ушибах головы представляют повреждения мозга. Выделяют повреждения мозга:

1. сотрясение;
2. ушиб (контузия);
3. сдавливание.

Для травмы мозга характерны общемозговые симптомы:

1. головокружение;
2. головная боль;
3. тошнота и рвота.

Наиболее часто встречаются сотрясения головного мозга, при котором основные симптомы - потеря сознания (от нескольких минут до суток и более) и ретроградная амнезия (пострадавший не может вспомнить событий, которые предшествовали травме). При ушибе и сдавливании мозга появляются симптомы очагового поражения: нарушения речи, чувствительности, движений конечности, мимики и т. д. Первая помощь заключается в создании покоя. Пострадавшему придают горизонтальное положение. К голове - пузырь со льдом или ткань, смоченную холодной водой. Если пострадавший без сознания, необходимо очистить полость рта от слизи, рвотных масс, уложить его в фиксированно стабилизированное положение.

Транспортировку пострадавших с ранениями головы, повреждениями костей черепа и головного мозга следует осуществлять на носилках в положении лежа на спине. Транспортировку пострадавших в бессознательном состоянии следует осуществлять в положении на боку. Это обеспечивает хорошую иммобилизацию головы и предупреждает развитие асфиксии от западения языка и аспирации рвотными массами.

Переломы костей черепа

Сломанные кости нередко повреждают головной мозг, он сдавливается в результате кровоизлияния.

Признаки:

нарушение формы черепа, определяется пролом (вмятина), истечение черепно-мозговой жидкости и крови из носа и ушей, потеря сознания.

Оказание помощи:

чтобы фиксировать шею и голову, на шею накладывают валик - воротник из мягкой ткани.

Для перевозки тело пострадавшего кладут на спину, на щит, а его голову - на мягкую подушку.

Переломы челюстей

Признаки:

боль, смещение зубов, подвижность и хруст отломков. При переломе нижней челюсти ограничивается ее подвижность. Плохо закрывается рот. Вследствие тяжелых травм возможно западение языка и нарушение дыхания.

Оказание помощи:

Перед транспортировкой пострадавших с повреждением челюстей следует произвести иммобилизацию челюстей: при переломах нижней челюсти - путем наложения пращевидной

повязки, при переломах верхней - введением между челюстями полоски фанеры или линейки и фиксацией ее к голове.

Раны

Раны - повреждения целостности кожных покровов тела, слизистых оболочек в результате механического воздействия на них. Чем больше повреждено тканей, сосудов, нервов, внутренних органов и чем сильнее загрязнены раны, тем тяжелее они протекают.

Признаки

Нарушена целостность кожных покровов или слизистых оболочек, а иногда более глуболежащих тканей и органов. Кровотечение, боль, расхождение краев раны. Нужно обратить внимание на все повреждения тканей тела с нарушением целостности кожи, начиная от ссадин и уколов и кончая обширными ранениями с повреждением глубоко лежащих органов. Многие считают, что ссадины, уколы или мелкие ранения безвредны, что с ними не стоит обращаться за первой помощью. Однако даже через небольшие повреждения в кожу проникают различные микроорганизмы, вызывающие гнойные воспаления кожи.

Оказание помощи:

1. остановить сильное кровотечение;
2. принять противошоковые меры;
3. при наличии перелома, иммобилизовать поврежденную часть тела;
4. снять жгут после того, как место перелома перевязано;
5. в кратчайшее время обеспечить квалифицированную медицинскую (врачебную помощь).

Лечение ссадин, уколов и мелких ран заключается в смазывании поврежденного места 5 % раствором йода или 2 % раствором бриллиантового зеленого и наложении стерильной повязки.

Мелкие раны и царапины можно смазывать клеем БФ-6, который дезинфицирует рану и предохраняет ее от дальнейшего загрязнения. Перед смазыванием ран перечисленными средствами надо дать стечь нескольким каплям крови, особенно после уколов. Загрязненную кожу следует очистить кусочками марли, смоченной в одеколоне, спирте, бензине. Ни в коем случае нельзя промывать рану. Лечение более обширных и глубоких ран в принципе такое же. Однако, прежде всего, необходимо остановить кровотечение. Предварительно важно определить вид кровотечения, чтобы применить самый эффективный способ его остановки.

Кровотечение - истечение крови из кровеносных сосудов при нарушении целостности их стенки, бывает наружное и внутреннее. Из наружных кровотечений часто встречаемые венозные и артериальные кровотечения.

Артериальное кровотечение - кровотечение из поврежденных артерий. Изливающаяся кровь ярко-красного цвета, выбрасывается сильной пульсирующей струей.

Венозное кровотечение возникает при повреждении вен. Давление в венах значительно ниже, чем в артериях, поэтому кровь вытекает медленно, равномерной и неравномерной струей. Кровь при таком кровотечении темно-вишневого цвета. Различают кровотечения наружные и внутренние. Наружные кровотечения характеризуются поступлением крови непосредственно на поверхность тела через рану кожи. При внутренних кровотечениях кровь поступает в какую-нибудь полость. Внутреннее кровотечение выявить гораздо труднее, чем наружное, так как оно не так ярко выражено и может появиться спустя некоторое время. Наиболее опасны для жизни внутренние кровотечения.

Первая помощь при наружном кровотечении:

К способам временной остановки кровотечения относятся:

1. придание поврежденной части тела возвышенного положения по отношению к туловищу;
2. прижатие кровоточащего сосуда в месте повреждения при помощи давящей повязки;
3. прижатие артерии на протяжении;
4. остановка кровотечения фиксированием конечности в положении максимального сгибания или разгибания в суставе;
5. круговое сдавливание конечности жгутом;
6. остановка кровотечения наложением зажима на кровоточащий сосуд в ране.

Внутреннее кровотечение.

Наблюдается при закрытых травмах грудной и брюшной полости, когда повреждены внутренние органы или крупные сосуды и кровь изливается в плевральную или брюшную полость.

Признаки:

Пострадавший бледен, покрыт холодным потом, губы, ногтевые ложа бледные. Пострадавший жалуется на головокружение, шум в голове, мелькание "мушек перед глазами", просит пить. Головокружение усиливается в вертикальном положении, при физическом напряжении. Пульс частый, мягкий, малого наполнения, систолическое артериальное давление снижено (до 90-100 мм. рт. ст.), дыхание учащено. Необходимо выяснить или предположить обстоятельства травмы и определить место приложения травмирующей силы, на что могут указывать разорванная одежда, ссадины и гематомы кожных покровов грудной клетки и живота.

Оказание помощи:

пострадавшему с внутренним кровотечением необходима срочная операция с целью остановки кровотечения и ушивания поврежденных органов. Поэтому, заподозрив такое кровотечение, следует немедленно создать полный покой пострадавшему, на место кровотечения положить холодный компресс. Затем нужно срочно вызвать медработника и максимально быстро доставить больного в хирургическое отделение.

Форма обучения: очная с отрывом от работы.

Способы остановки кровотечений.

Различают временную (предварительную) остановку кровотечения, которую производят немедленно на месте происшествия, и окончательную остановку, осуществляемую врачом в стационаре.

К способам временной остановки кровотечения относятся: прижатие кровоточащего сосуда давящей повязкой; пальцевое прижатие артерии вдали от раны; наложение жгута; максимальное сгибание конечности в суставе с последующей фиксацией, тугая тампонада раны.

Капиллярное кровотечение останавливается при наложении обычной асептической повязки.

Венозное кровотечение можно остановить наложением давящей повязки, при которой поверх стерильной салфетки накладывается толстый слой ткани и туго привязывается к ране. При наложении такой повязки соблюдают следующие правила: кожу вокруг повреждения на расстоянии 3-4см от краев раны обрабатывают раствором антисептика, на рану накладывают стерильную салфетку, которую 2-3 турами фиксируют к бинтуемой поверхности, в проекцию раны укладывают плотно сложенную салфетку (марлю, бинт, вату и т.д.) для локального сдавливания кровоточащих тканей, которые туго бинтуют последующими турами бинта.

Дополнительно к давящей повязке может быть остановлено приданием им возвышенного (выше уровня сердца) положения.

Достаточно надежно останавливается венозное кровотечение при максимальном сгибании конечности. При кровотечении из верхней конечности руку сгибают в локтевом суставе, и предплечье туго привязывают к плечу. При кровотечении из нижней конечности ногу сгибают в коленном суставе, и голень туго привязывают к бедру, или ногу сгибают в тазобедренном суставе и бедро привязывают к туловищу.

Временная остановка наружного венозного и капиллярного кровотечения проводится наложением давящей стерильной или давящей повязки на рану и приданием поврежденной части тела приподнятого положения по отношению к туловищу. В некоторых случаях временная остановка этих видов кровотечений может быть окончательной.

Артериальное кровотечение из небольших сосудов останавливается также как венозное наложением давящей повязки и максимальным сгибанием конечности. Артериальное кровотечение из крупных сосудов можно остановить только наложением резинового жгута или жгута-закрутки.

При наиболее опасном для жизни артериальном кровотечении временная остановка кровотечения достигается наложением жгута, закрутки, фиксированием конечности в положении

максимального сгибания, прижатием артерии выше места ее повреждения (сонная артерия прижимается ниже раны).

Самый доступный и быстрый способ временной остановки артериального кровотечения — пальцевое прижатие. Артерии прижимают в местах, где они проходят вблизи кости или над ней. На конечностях сосуды прижимаются выше раны, на шее и голове — ниже. Сдавливание сосудов производят несколькими пальцами одной или двух рук.

Выполнив пальцевое прижатие сосуда, надо быстро наложить, где это возможно, жгут или закрутку и стерильную повязку на рану.

Наложение жгута (закрутки). Используют три вида кровоостанавливающих жгутов: матерчатый с закруткой, широкий ленточный резиновый и трубчатый Эсмарха.

Жгут (закрутку) накладывают на бедро, голень, плечо и предплечье выше места кровотечения, ближе к ране, на одежду или мягкую подкладку, чтобы не повредить кожу. Жгут-закрутку изготавливают из плотной ткани (но не веревки!) накладывают также как и жгут, в свободные концы ткани просовывают твердый предмет (палка, пинцет и др.) и им скручивают ткань до тех пор, пока не остановится кровотечение. Жгут накладывают с такой силой, чтобы остановить кровотечение. При слишком сильном сдавливании тканей могут повредиться нервные стволы. Правильность наложения жгута контролируется отсутствием пульса на нижележащем участке артерии.

Правила наложения жгута. Жгут накладывается:

- ? только при артериальном кровотечении из крупного сосуда;
- ? поверх ткани или одежды, очень важно, чтобы на ней не было складок;
- ? выше места ранения на 2–3 см и ближе к ней на кожу накладывают прокладку из одежды или мягкой ткани (платок, бинт);
- ? для обеспечения оттока венозной крови конечность поднимают на 20–30 см;
- ? первый тур накладывается максимально растянутым жгутом, а последующие — с меньшим натяжением, таким образом, чтобы начальный участок жгута перекрывался последующим туром;
- ? зафиксировать последний тур жгута крючком или застежкой;
- ? контроль правильности наложения жгута производят по прекращению кровотечения из раны, исчезновению пульса, запавшим венам, бледности кожных покровов. Чрезмерное затягивание жгута может вызвать размозжение мягких тканей (мышцы, нервы, сосуды) и стать причиной параличей конечностей. Слабо затянутый жгут кровотечения не останавливает, а наоборот, создает венозный застой (конечность не бледнеет, а приобретает синюшную окраску) и усиливает венозное кровотечение;
- ? жгут не забинтовывают, он должен быть хорошо виден;
- ? конечность со жгутом хорошо иммобилизируют с помощью транспортной шины или подручных средств;
- ? пострадавшего эвакуируют в первую очередь;
- ? в зимнее время года конечность с наложенным жгутом хорошо утепляют, чтобы не произошло отморожения;
- ? под жгут подкладывается записка с указанием даты и времени наложения жгута;
- ? летом жгут накладывается максимально на 2 часа, а зимой на 1 час. Если в течение этого времени пострадавшего не привезли в больницу для окончательной остановки кровотечения, то жгут необходимо снять на 10 минут, но в это время прижать артерию пальцем. Заново жгут накладывают выше или чуть ниже старого места. При необходимости это делают несколько раз — летом каждый час, а зимой — каждые полчаса. При этом каждый раз делают отметку в записке. Продолжительное сдавливание сосудов приводит к омертвлению всей конечности ниже наложенного жгута, и ее ампутируют.

При внутренних кровотечениях на предполагаемую область кровотечения необходимо положить холодный компресс, а пострадавшего немедленно отправить в лечебное учреждение.

Для остановки кровотечения из поврежденной сонной артерии используют метод сдавливания раненых сосудов растянутым жгутом через ватно-марлевый валик, установленный в точке пальцевого прижатия сонной артерии; с целью предупреждения асфиксии жгут фиксируют на заброшенной на голову руке.

При носовом кровотечении кровь изливается не только наружу через носовые отверстия, но и в глотку и в полость рта. Больного необходимо усадить в полусидячее положение с запрокинутой головой так, чтобы кровь вытекала наружу и не попадала в глотку, необходимо её сплёвывать. Если пострадавший без сознания, голову поворачивают на бок, при транспортировке поддерживают ее руками. На переносицу положить кусочек льда или платок, смоченный холодной водой, крылья носа сжимают пальцами. Если это не помогает, смочить ватные шарики раствором перекиси водорода вставить в каждый носовой ход, голову наклонить вперед и сжать ноздри. При неэффективности указанных мероприятий прибегают к тампонаде носовых проходов.

Кровотечение останавливается довольно быстро.

Кровотечение после удаления зуба останавливают путем прижатия марлевым шариком кровоточащих тканей в альвеоле зуба.

При кровотечении из уха больного кладут на здоровый бок, голову слегка приподнимают, в слуховой проход вводят марлю, сложенную в виде воронки, накладывают асептическую повязку. Слуховой проход промывать нельзя.

Форма обучения: очная с отрывом от работы.

Особенности оказания первой помощи при ДТП.

Обеспечение безопасности на месте ДТП.

1. Включение аварийной световой сигнализации и установление знака аварийной остановки.

2. Оценка обстановки и уверенность в собственной безопасности, иначе число жертв может возрасти. Автомобиль с бензиновым двигателем сгорает за 5-7 минут, есть вероятность взрыва. Поэтому необходимо заглушить двигатель, отключить аккумулятор (отсоединить провода от аккумулятора всеми возможными способами вырвать, обрезать, открутить). Если автомобиль врезался в столб с линиями электропередач, то возможен обрыв линий. Нужно быть осторожным.

3. Вызов скорой помощи и служб спасения. Пусть всегда в вашей телефонной книге будут занесены в память номера служб спасения:

«03» в России - служба скорой помощи

«01» в России - пожарная служба, но через нее всегда можно вызвать скорую помощь и службу спасения

Последовательность оказания помощи при ДТП.

1. Вызываем скорую помощь.

2. Необходимо извлечь пострадавшего из машины. Это очень ответственный момент, так как можно усугубить тяжесть полученных травм. Основные травмы при ДТП – это черепно-мозговая травма, травмы грудного отдела и нижних конечностей. Перед извлечением пострадавшего из автомобиля, необходимо устранить все то, что может помешать этому. Вытягивают человека, взяв его за подмышечные области.

Так как при аварии человек получает различного рода травмы, ушибы, переломы, нельзя создавать никаких резких движений. Ни в коем случае нельзя дергать и вытягивать конечности. А также ни в коем случае не сгибайте конечности и туловище. Если есть подозрение на перелом позвоночника, то такого больного укладывают на живот, чтобы место перелома оставалось в относительном покое.

3. После извлечения пострадавшего все необходимо делать максимально осторожно и максимально быстро оценивать его состояние. Для начала необходимо устранить сдавливающую одежду, чтобы обеспечить приток кислорода (убрать галстук, разорвать одежду, ослабить ремень и др). Любое неосторожное движение или надавливание может только усилить боль, будьте внимательны.

4. Оцениваем состояние пострадавшего. Для начала необходимо оценить состояние жизненно-важных функций, от этого и будет зависеть характер оказания первой помощи:

- дыхание: в норме количество вдохов в минуту у взрослого – 16-20, у детей – 20-23. У пострадавшего может развиваться как учащенное дыхание (25-30), так и редкое (8-10), что может свидетельствовать о развитии шока;

- пульс: прощупывать его лучше на сонной (шея) или лучевой артерии (в месте ношения часов). В норме 60-80, у детей 80-90. Учащенный пульс или редкий (менее 60), а также неритмичный может быть признаком шока;

- реакция зрачков: у здоровых людей зрачок сужается при свете и расширяется при темноте. Если у пострадавшего зрачки расширены и не реагируют на свет – это признак опасного для жизни состояния.

- кожные покровы: в норме розовой окраска и теплые на ощупь. При обмороке и кровопотере становятся бледными и холодными. В случае тяжелого нарушения дыхания и кровопотери – синюшными. У спасателей на такую оценку должно отводиться 5-10 секунд. Потому, что в данных случаях важна каждая минута.

Реанимация пострадавшего при признаках клинической смерти.

Каждый из следующих признаков не является главным и достоверным признаком клинической смерти. Диагноз ставится при наличии всех признаков или большинства из них:

- отсутствие сознания;
- отсутствие дыхания;
- отсутствие пульсации на крупных сосудах (сонных или бедренных). На лучевой артерии пульс лучше не проверять, так как при систолическом давлении (верхнее) 50-60 мм.рт.ст. он уже исчезает;

- расширение зрачка;
- изменение цвета кожи и слизистых (появление бледности или чаще выраженной синюшности).

Клиническая смерть – это период между жизнью и смертью, при котором отсутствуют клинические признаки жизни, но жизненно важные процессы в организме еще продолжают. Это тот период, когда можно спасти человека. При оказании реанимации в первые 3 минуты вероятность спасения 75%, если время затягивается до 5 минут – вероятность спасения 25%. И если свыше 10 минут – то спасти человека уже нереально. Так как за, казалось бы, считанные минуты умирает мозг человека.

Общие принципы реанимации:

- пострадавшего необходимо положить на твердую поверхность;
- под шею подкладывается валик во избежание западания языка;
- непрямой массаж сердца с искусственным дыханием. Соотношение числа сжатий грудной клетки и искусственных вдохов – при оказании помощи одним человеком на 2 вдоха 15 сжатий, при оказании помощи двумя – на 1 вдох 5 сжатий. Общее число вдохов 12-16 в минуту, сжатий грудной клетки – 60-70 в минуту. Вдувание воздуха должно занимать 1-2 секунды. Продавливание грудной клетки должно быть на 4-5 см, у детей 2-3 см и производится основанием ладони одной руки. Массаж продолжают до полного восстановления сердечной деятельности.

Признаки эффективной реанимации:

- появление пульсации на сонной артерии;
- сужение зрачков;
- кожные покровы обретают розовый цвет;
- появление самостоятельного дыхания.

Общие принципы оказания первой медицинской помощи при ДТП.

- остановка кровотечения;
- при отсутствии дыхания приступить к искусственному дыханию;
- при отсутствии пульса – вместе с искусственным дыханием делать непрямой массаж сердца;
- обработать раны, наложить повязку. При переломах – наложить шины.

Автомобильная аптечка.

В новый состав автомобильных аптечек добавлены перевязочные средства, так как входящих ранее 3-х бинтов не хватало для оказания помощи даже одному пострадавшему. Исключение лекарственных препаратов обусловлено тем, что в жару температура может достигать 40-50 градусов по Цельсию. Это очень грубое нарушение. При высокой температуре препараты могут менять свои свойства и быть опасными для жизни. Да и такие препараты, как

анальгин и активированный уголь не имеют никакого отношения к спасению жизни человека.

Состав автомобильной аптечки рассчитан на оказание первой медицинской помощи при тяжелых травмах, которые могут угрожать жизни человека. Далее в Законе указано: «При этом водитель может по своему усмотрению хранить в аптечке лекарственные средства и изделия медицинского назначения для личного пользования, принимаемые им самостоятельно или рекомендованные лечащим врачом и находящиеся в свободной продаже в аптеках». Кроме самого состава автомобильной аптечки были разработаны рекомендации по её применению.

Форма обучения: очная с отрывом от работы.

Основы психологической помощи и самопомощи.

Основы психологической помощи и самопомощи в чрезвычайных и экстремальных ситуациях

Экстремальной ситуацией делает не только реальная, объективно существующая угроза жизни для самого себя или значимых близких, но и наше отношение к происходящему.

«Жизнь на 10% состоит из того, что с нами происходит, и на 90% — из того, что мы об этом думаем».

Чрезвычайная ситуация (ЧС) — это обстановка на определенной территории, сложившаяся в результате аварии, опасного природного явления, катастрофы, стихийного или иного бедствия, которое может повлечь за собой человеческие жертвы, ущерб здоровью людей или окружающей среде, значительные материальные потери и нарушение условий жизнедеятельности людей

Экстремальная ситуация (от лат. *extremus* — крайний, критический) — внезапно возникающая ситуация, угрожающая или субъективно воспринимаемая человеком как угрожающая жизни, здоровью, личностной целостности, благополучию. Это такая ситуация, которая выходит за пределы обычного, «нормального» человеческого опыта.

Факторы, определяющие экстремальность:

1. Различные эмоциогенные воздействия в связи с опасностью, трудностью, новизной, ответственностью ситуации.
2. Дефицит необходимой информации или явный избыток противоречивой информации.
3. Чрезмерное психическое, физическое, эмоциональное напряжение.
4. Воздействие неблагоприятных климатических условий: жары, холода, кислородной недостаточности и т.д.
5. Наличие голода, жажды.

Типичные психические реакции, возникающие под воздействием стрессфакторов в экстремальных условиях жизнедеятельности

ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЕ ОТРИЦАТЕЛЬНЫЕ

Мобилизация психологических возможностей

Проявление беспокойства, неуверенности, тревоги

Активизация деловых мотивов, долга, ответственности

Обострение чувства самосохранения

Проявление интереса, энтузиазма Острая борьба мотивов долга и личной безопасности

Активизация и оптимизация познавательной деятельности

Непонимание происходящего, дезорганизация познавательной деятельности

Актуализация творческих возможностей

Разрушение отработанных навыков, появление ошибок в работе

Повышение готовности к недостаточная мобилизованность решительным и смелым действиям (гипомобилизованность), проявление несобранности в действиях

Повышение выносливости, неприхотливости

Утрата самоконтроля, проявление истерических реакций, панические действия

Понижение порога ощущений, ускорение реакций

Появление чувства слабости, усталости, крайней изнуренности

Понижение утомляемости, исчезновение чувства усталости, беспечности

Возникновение острых психотических состояний

Возникновение азарта, эмоционального возбуждения или ненависти

Проявление растерянности (фрустрация, оцепенение, ступор)

Симптомы отрицательных психических реакций, которые могут появляться у человека в экстремальной ситуации:

- бред
- галлюцинации
- апатия
- ступор
- двигательное возбуждение
- агрессия
- страх
- истерика
- нервная дрожь
- плач

Помощь в данной ситуации заключается, в первую очередь, в создании условий для нервной «разрядки».

При оказании психологической помощи важно следовать следующим правилам:

1. Необходимо позаботиться о собственной безопасности. Человек в состоянии сильного стресса часто не понимает, что делает, и поэтому может быть опасен. Не пытайтесь помочь человеку, если не уверены в вашей абсолютной физической безопасности.

2. Позаботьтесь о медицинской помощи. Убедитесь, что у человека нет физических травм, проблем с сердцем. При необходимости позвоните врачу, вызовите скорую помощь.

Бред и галлюцинации.

К основным признакам бреда относятся ложные представления или умозаключения, в ошибочности которых пострадавшего невозможно разубедить.

Галлюцинации характеризуются тем, что пострадавший переживает ощущение присутствия воображаемых объектов, которые в данный момент не воздействуют на соответствующие органы чувств (слышит голоса, видит людей, чувствует запахи и прочее).

Оказание помощи:

1. Обратитесь к медицинским работникам, вызовите бригаду скорой психиатрической помощи.

2. До прибытия специалистов следите за тем, чтобы пострадавший не навредил себе и окружающим. Уберите от него предметы, представляющие потенциальную опасность.

3. Изолируйте пострадавшего и не оставляйте его одного.

4. Говорите с пострадавшим спокойным голосом. Соглашайтесь с ним, не пытайтесь его переубедить. Помните, что в такой ситуации переубедить пострадавшего невозможно.

Апатия

Состояние апатии может возникнуть после длительной напряженной, но безуспешной работы; или в ситуации, когда человек терпит серьезную неудачу, перестает видеть смысл своей деятельности; или когда не удалось кого-то спасти, и попавший в беду близкий погиб.

Наваливается ощущение усталости – такое, что не хочется ни двигаться, ни говорить, движения и слова даются с большим трудом. В душе – пустота, безразличие, нет сил даже на проявление чувств

В состоянии апатии человек может находиться от нескольких часов до нескольких недель.

Основные признаки апатии:

- безразличное отношение к окружающему;
- вялость, заторможенность;
- медленная, с длинными паузами, речь.

Оказание помощи:

1. Поговорите с пострадавшим. Задайте ему несколько простых вопросов: «Как тебя зовут?»; «Как ты себя чувствуешь?»; «Хочешь есть?».

2. Проводите пострадавшего к месту отдыха, помогите удобно устроиться (обязательно снять обувь).

3. Возьмите пострадавшего за руку или положите свою руку ему на лоб.

4. Дайте пострадавшему возможность поспать или просто полежать.

5. Если нет возможности отдохнуть (происшествие на улице, в общественном транспорте, ожидание окончания операции в больнице), то больше говорите с пострадавшим, вовлекайте его в любую совместную деятельность (прогуляться, сходить выпить чаю или кофе, помочь окружающим, нуждающимся в помощи).

Ступор

Это одна из самых сильных защитных реакций организма. Она наступает после сильнейших нервных потрясений, когда человек затратил на выживание столько энергии, что сил на контакт с окружающим миром уже нет.

Ступор может длиться от нескольких минут до нескольких часов.

Основные признаки ступора:

- резкое снижение или отсутствие произвольных движений и речи;
- отсутствие реакций на внешние раздражители (шум, свет, прикосновения, щипки);
- «застывание» в определенной позе, оцепенение (numbing), состояние полной неподвижности;
- возможно напряжение отдельных групп мышц.

Оказание помощи:

1. Согните пострадавшему пальцы на обеих руках и прижмите их к основанию ладони. Большие пальцы должны быть выставлены наружу.

2. Кончиками большого и указательного пальцев массируйте пострадавшему точки, расположенные на лбу, над глазами ровно посередине между линией роста волос и бровями, четко над зрачками.

3. Ладонь свободной руки положите на грудь пострадавшего. Подстройте свое дыхание под ритм его дыхания.

4. Человек, находясь в ступоре, может слышать и видеть. Поэтому говорите ему на ухо тихо, медленно и четко то, что может вызвать сильные эмоции (лучше негативные). Необходимо любыми средствами добиться реакции пострадавшего, вывести его из оцепенения.

Двигательное возбуждение

Иногда потрясение от критической ситуации настолько сильное, что человек просто перестает понимать, что происходит вокруг него, теряет способность логически мыслить и принимать решения, становится похожим на животное, мечущееся в клетке.

Основные признаки двигательного возбуждения:

- резкие движения, часто бесцельные и бессмысленные действия;
- ненормально громкая речь или повышенная речевая активность (человек говорит без остановки, иногда абсолютно бессмысленные вещи);
- часто отсутствует реакция на окружающих (на замечания, просьбы, приказы).

Оказание помощи:

1. Используйте прием «захват»: находясь сзади, просуньте свои руки пострадавшему под мышки, прижмите его к себе и слегка опрокиньте на себя.

2. Изолируйте пострадавшего от окружающих.

3. Массируйте «позитивные» точки. Говорите спокойным голосом о чувствах, которые он испытывает. («Тебе хочется что-то сделать, чтобы это прекратилось? Ты хочешь убежать, спрятаться от происходящего?»)

4. Запрещается спорить с пострадавшим, задавать вопросы, в разговоре избегайте фраз с частицей «не», относящихся к нежелательным действиям (например: «Не беги», «Не размахивай руками», «Не кричи»).

5. Помните, что пострадавший может причинить вред себе и другим.

6. Двигательное возбуждение обычно длится недолго и может смениться нервной дрожью, плачем, а также агрессивным поведением (см. помощь при данных состояниях).

Агрессия

Агрессивное поведение – один из произвольных способов, которым организм человека «пытается» снизить высокое внутреннее напряжение.

Проявление злобы или агрессии может сохраняться достаточно длительное время и мешать самому пострадавшему и окружающим.

Основные признаки агрессии:

- раздражение, недовольство, гнев (по любому, даже незначительному поводу);
- нанесение окружающим ударов руками или какими-либо предметами;
- словесное оскорбление, брань;
- мышечное напряжение;
- повышение кровяного давления.

Оказание помощи:

1. Сведите к минимуму количество окружающих.
2. Дайте пострадавшему возможность «выпустить пар» (например, выговориться или «избить» подушку).
3. Поручите ему работу, связанную с высокой физической нагрузкой.
4. Демонстрируйте благожелательность. Даже если вы не согласны с пострадавшим, не обвиняйте его самого, а высказывайтесь по поводу его действий. Иначе агрессивное поведение будет направлено на вас. Запрещено говорить: «Что же ты за человек!» Следует сказать: «Ты ужасно злишься, тебе хочется все разнести вдребезги. Давай вместе попытаемся найти выход из этой ситуации».
5. Старайтесь разрядить обстановку смешными комментариями или действиями.
6. Агрессия может быть погашена страхом наказания: если нет цели получить выгоду от агрессивного поведения; если наказание строгое и вероятность его осуществления велика.
7. Если не оказать помощь разъяренному человеку, это приведет к опасным последствиям: из-за снижения контроля за своими действиями человек будет совершать необдуманные поступки, может нанести увечья себе и другим.

Страх

Ребенок просыпается ночью от того, что ему приснился кошмар. Он боится чудовищ, которые живут под кроватью. Однажды попав в автомобильную катастрофу, мужчина не может снова сесть за руль. Человек, переживший землетрясение, отказывается идти в свою уцелевшую квартиру. А тот, кто подвергся насилию, с трудом заставляет себя входить в свой подъезд.

Причиной всего этого является страх.

К основным признакам страха относятся:

- напряжение мышц (особенно лицевых);
- сильное сердцебиение;
- учащенное поверхностное дыхание;
- сниженный контроль над собственным поведением.

Панический страх, ужас может побудить к бегству, вызвать оцепенение или, наоборот, возбуждение, агрессивное поведение. При этом человек плохо контролирует себя, не осознает, что он делает и что происходит вокруг.

Оказание помощи:

1. Положите руку пострадавшего себе на запястье, чтобы он ощутил ваш спокойный пульс. Это будет для него сигналом: «Я сейчас рядом, ты не один!».
2. Дышите глубоко и ровно. Побуждайте пострадавшего дышать в одном с вами ритме.
3. Если пострадавший говорит, слушайте его, выказывайте заинтересованность, понимание, сочувствие.
4. Сделайте пострадавшему легкий массаж наиболее напряженных мышц тела.

Тревога

Часто говорят, что, испытывая страх, человек боится чего (то конкретного, а испытывая чувство тревоги, человек не знает, чего боится. Поэтому состояние тревоги тяжелее, чем состояние страха.

Оказание помощи:

1. Очень важно постараться разговорить человека и понять, что именно его тревожит. В этом случае, возможно, человек осознает источник тревоги и сможет успокоиться.
2. Часто человек тревожится, когда у него не хватает информации о происходящих событиях. В этом случае можно попытаться составить план, когда, где и какую информацию можно получить.

3. Попробуйте занять человека умственным трудом: считать, писать и т.д.

Если он будет увлечен этим, то тревога отступит.

4. Физический труд тоже могут быть хорошим способом успокоиться.

Нервная дрожь

После экстремальной ситуации появляется неконтролируемая нервная дрожь (человек не может по собственному желанию прекратить эту реакцию).

Так организм «сбрасывает» напряжение.

Если эту реакцию остановить, то напряжение останется внутри, в теле, и вызовет мышечные боли, а в дальнейшем может привести к развитию таких серьезных заболеваний, как гипертония, язва и др.

Основные признаки данного состояния:

дрожь начинается внезапно – сразу после инцидента или спустя какое-то время;

возникает сильное дрожание всего тела или отдельных его частей (человек не может удержать в руках мелкие предметы, зажечь сигарету);

реакция продолжается достаточно долго (до нескольких часов);

потом человек чувствует сильную усталость и нуждается в отдыхе.

Оказание помощи:

1. Нужно усилить дрожь.

2. Возьмите пострадавшего за плечи и сильно, резко потрясите в течение 10–15 секунд.

3. Продолжайте разговаривать с ним, иначе он может воспринять ваши действия как нападение.

4. После завершения реакции необходимо дать пострадавшему возможность отдохнуть.

Желательно уложить его спать.

5. Запрещается:

6. обнимать пострадавшего или прижимать его к себе;

7. укрывать пострадавшего чем-то теплым;

8. успокаивать пострадавшего, говорить, чтобы он взял себя в руки.

Плач

Когда человек плачет, внутри у него выделяются вещества, обладающие успокаивающим действием. Хорошо, если рядом есть кто-то, с кем можно разделить горе.

Основные признаки данного состояния:

человек уже плачет или готов разрыдаться;

подрагивают губы;

наблюдается ощущение подавленности;

в отличие от истерики, нет признаков возбуждения.

Если человек сдерживает слезы, то не происходит эмоциональной разрядки, облегчения.

Когда ситуация затягивается, внутреннее напряжение может нанести вред физическому и психическому здоровью человека.

Оказание помощи:

1. Не оставляйте пострадавшего одного.

2. Установите физический контакт с пострадавшим (возьмите за руку, положите свою руку ему на плечо или спину, погладьте его по голове).

Дайте ему почувствовать, что вы рядом.

3. Применяйте приемы «активного слушания» (они помогут пострадавшему выплеснуть свое горе): периодически произносите «ага», «да», кивайте головой, то есть подтверждайте, что слушаете и сочувствуете; повторяйте за пострадавшим отрывки фраз, в которых он выражает свои чувства; говорите о своих чувствах и чувствах пострадавшего.

4. Не старайтесь успокоить пострадавшего. Дайте ему возможность выплакаться и выговориться, «выплеснуть» из себя горе, страх, обиду.

5. Не задавайте вопросов, не давайте советов. Ваша задача – выслушать.

Истерика

Истерический припадок длится несколько минут или несколько часов.

Основные признаки:

- сохраняется сознание;
- чрезмерное возбуждение, множество движений, театральные позы;
- речь эмоционально насыщенная, быстрая;
- крики, рыдания.

Оказание помощи:

1. Удалите зрителей, создайте спокойную обстановку. Оставайтесь с пострадавшим наедине, если это не опасно для вас.

2. Неожиданно совершите действие, которое может сильно удивить (можно дать пощечину, облить водой, с грохотом уронить предмет, резко крикнуть на пострадавшего).

3. Говорите с пострадавшим короткими фразами, уверенным тоном («Выпей воды», «Умойся»).

4. После истерики наступает упадок сил. Уложите пострадавшего спать.

До прибытия специалиста наблюдайте за его состоянием.

5. Не потакайте желаниям пострадавшего.

САМОПОМОЩЬ ПРИ ОСТРЫХ РЕАКЦИЯХ НА СТРЕСС

Вы оказались в ситуации, когда вас одолевают сильные чувства — душевная боль, злость, гнев, чувство вины, страх, тревога. В этом случае очень важно создать себе условия для того, чтобы быстро «выпустить пар». Это поможет немного снизить напряжение и сохранить душевные силы, которые так нужны в экстренной ситуации.

Универсальные способы самопомощи:

- Займитесь физическим трудом:
- Сделайте зарядку, совершите пробежку или просто пройдите в среднем темпе.
- Примите контрастный душ.
- Покричите, потопайте ногами, побейте ненужную посуду и т.д.
- Дайте волю слезам, поделитесь своими переживаниями с людьми, которым вы можете доверять.
- Не употребляйте большое количество алкоголя, это, как правило, только усугубляет ситуацию.

Страх

Попытаться сформулировать про себя, а потом проговорить вслух, что вызывает страх. Если есть возможность, поделитесь своими переживаниями с окружающими людьми. Высказанный страх становится меньше.

Можно попробовать такое упражнение: сделайте глубокий вдох, задержите дыхание на 1—2 секунды, выдохните. Повторите упражнение 2 раза.

Потом сделайте 2 нормальных (неглубоких) медленных вдоха-выдоха.

Чередуйте глубокое и нормальное дыхание до тех пор, пока не почувствуете себя лучше.

Тревога

Нужно постараться понять, что именно тревожит. Иногда этого достаточно, чтобы напряжение снизилось, а переживания стали не такими мучительными.

Самое мучительное переживание при тревоге — это невозможность расслабиться. Напряжены мышцы, в голове крутятся одни и те же мысли: поэтому полезно бывает сделать несколько активных движений, физических упражнений, чтобы снять напряжение. Особенно полезны упражнения на растяжку мышц.

Сложные умственные операции тоже помогают снизить уровень тревоги.

Попробуйте считать. Можно вспоминать или сочинять стихи, придумывать рифмы и т.д.

Если ситуация требует от вас действий, дайте себе короткий отдых, расслабьтесь, хотя бы на 15—20 минут.

Помассируйте мочки ушей и пальцы рук — это места, где находится огромное количество биологически активных точек. Эта процедура поможет вам немного взбодриться.

Выпейте чашку некрепкого сладкого чая.

Сделайте несколько физических упражнений, но не в быстром темпе.

После этого приступайте к выполнению тех дел, которые необходимо сделать. Выполняйте работу в среднем темпе, старайтесь сохранять силы.

Не беритесь за несколько дел сразу, в таком состоянии внимание рассеяно и

сконцентрироваться, а особенно на нескольких делах, трудно.

Постарайтесь при первой же возможности дать себе полноценный отдых.

Чувство вины или стыда

Многие люди, пережившие насилие или потерявшие близких, испытывают чувство вины или стыда. Справиться с этими чувствами самостоятельно или без посторонней помощи очень трудно. Поэтому подумайте об обращении за помощью к специалисту, это поможет вам справиться с ситуацией.

Говоря о своих чувствах, используйте вместо «мне стыдно» или «я виноват» словосочетание «я сожалею», «мне жаль». Слова имеют большое значение, и такая формулировка может помочь вам оценить свои переживания и справиться с ними.

Напишите о своих чувствах письмо. Это может быть письмо себе или человеку, которого вы потеряли. Это часто помогает выразить свои чувства.

Однако если вы чувствуете, что слезы уже не приносят облегчения и нужно успокаиваться, то помогут следующие приемы:

Выпить стакан воды. Это известное и широко используемое средство.

Медленно, но не глубоко, а нормально дышать, концентрируясь на выдохе.

Истерика это состояние, когда очень трудно чем-то помочь самому себе, потому что в этот момент человек находится в крайне взвинченном эмоциональном состоянии и плохо понимает, что происходит с ним и вокруг него. Если у человека возникает мысль о том, что следует прекратить истерику, это уже первый шаг на пути ее прекращения. В этом случае можно предпринять следующие действия:

Уйти от «зрителей», свидетелей происходящего, остаться одному.

Умыться ледяной водой — это поможет прийти в себя.

Сделать дыхательные упражнения: вдох, задержка дыхания на 1—2 секунды, медленный выдох через нос, задержка дыхания на 1—2 секунды, медленный вдох и т.д. — до того момента, пока не удастся успокоиться.

Апатия является реакцией, которая направлена на защиту психики человека. Как правило, она возникает после сильных физических или эмоциональных нагрузок.

Поэтому, если вы чувствуете упадок сил, если вам трудно собраться и начать что-то делать и, особенно, если вы понимаете, что не способны испытывать эмоции, дайте себе возможность отдохнуть. Снимите обувь, примите удобную позу, постарайтесь расслабиться. Не злоупотребляйте напитками, содержащими кофеин (кофе, крепкий чай), это может только усугубить ваше состояние. Поместите в тепло ноги, следите за тем, чтобы тело не было напряжено.

Отдохните столько, сколько потребуется.

Дрожь

Иногда после стрессового события человека начинает бить дрожь, часто дрожат только руки, а иногда дрожь охватывает все тело. Итак, если вы не можете успокоиться, попробуйте:

усилить дрожь. Тело сбрасывает лишнее напряжение — помогите ему;

не старайтесь прекратить это состояние, не пытайтесь силой удержать трясущиеся мышцы — так вы достигнете обратного результата;

попробуйте не обращать на дрожь внимания, через некоторое время она прекратится сама собой.

Гнев, злость, агрессия

Если вы испытываете гнев, необходимо дать ему выход таким образом, чтобы это не шло во вред вам и окружающим. Доказано, что люди, скрывающие и подавляющие агрессию, испытывают больше проблем со здоровьем, чем те, кто умеют свой гнев выражать. Попробуйте выразить свой гнев одним из следующих способов:

Громко топните ногой (стукните рукой) и с чувством повторите: «Я злюсь», «Я взбешен» и т.д. Можно повторить несколько раз, пока не почувствуете облегчение.

Постарайтесь высказать свои чувства другому человеку.

Дайте себе физическую нагрузку, почувствуйте, сколько физической энергии вы затрачиваете, когда злитесь.

Двигательное возбуждение

Если двигательное возбуждение возникает, то:

попробуйте направить активность на какое-нибудь дело.

попытайтесь снять лишнее напряжение. Для этого дышите ровно и медленно. Сосредоточьтесь на своем дыхании. Представьте, как вместе с воздухом вы выдыхаете напряжение.

Поместите в тепло ноги и руки, можно активно растереть их до появления ощущения тепла.

Положите руку себе на запястье, почувствуйте свой пульс, попробуйте сосредоточиться на работе своего сердца, представить, как оно размеренно бьется.

Форма обучения: очная с отрывом от работы.

4. Формирование компетенций

После обучения слушатели смогут разбираться в вопросах оказания первой доврачебной помощи.

Процесс обучения формирует и развивает у слушателей следующие компетенции:

- Готовность специалистов к оказанию первой доврачебной помощи;
- Умение использовать полученные знания в своей деятельности при необходимости;

5. Итоговая аттестация

В заключении курса, слушатели сдают зачет в форме итогового тестирования.

6. Материально-технические условия реализации программы

Наименование специализированных аудиторий, кабинетов, лабораторий	Вид занятий	Наименование оборудования, программного обеспечения
Аудитория	Лекции, практические занятия	компьютер, мультимедийный проектор, экран, доска.

7. Список используемых источников

1. Гундобин Н.П., Особенности детского возраста, СПб, 1906;
2. Молчанов В. И., Физиологические данные детского возраста, [М.], 1921
3. Экспериментальные исследования высшей нервной деятельности ребенка. [Сб. статей. Ред. коллегия: А. Г. Иванов-Смоленский и др.], М., 1933;
4. Красногорский Н. И., Развитие учения о физиологической деятельности мозга у детей, [2 изд.], Л., 1939; его же. О некоторых возрастных особенностях физиологической деятельности коры головного мозга у детей, в кн.: Объединенная сессия, посвященная 10-летию со дня смерти И. П. Павлова. Труды сессии, М., 1948;
5. Чиркин М. Д., Анатомо-физиологические и психологические особенности возрастных школьных групп. "Теория и практика физической культуры", 1946. в. 11 - 12;
6. Ефимов В. В., Возрастная физиология, М.- Л., 1948;
7. Касаткин Н. И., Ранние условные рефлексы ребенка, "Журнал высшей нервной деятельности им. И. П. Павлова", 1952, в. 4;
8. Арямов И. А., Особенности детского возраста. М., 1953;
9. Вопросы возрастной физиологии ребенка. [Сб. статей], отв. ред. Л. А. Орбели, М., 1955;
10. Шахвердов Г. Г., О возрастных особенностях физического и психического развития детей школьного возраста. Л., 1958;
11. Анатомо-физиологические особенности детей и подростков. [Сб. статей, отв. ред. А. А. Маркосян], М., 1958.
12. Малкина-Пых И.Г. Психологическая помощь в кризисных ситуациях. Издательство: Эксмо, 2009.
13. Психология экстремальных ситуаций для спасателей и пожарных / Под общей ред. Ю.С. Шойгу - Москва, 2007.

14. Интернет-публикации.
15. Евдокимов Н. М. Оказание первой доврачебной медицинской помощи. – М.: Таурис, 2001.
16. Арустамов Э. А. Безопасность жизнедеятельности/ Э. А. Арустамов. – М.: Изд. центр «Академия», 2009.
17. Гребенев А. А. Основы общего ухода за больными: Учебное пособие/А. А. Гребенев, А. А. Шептуллин, А. М. Хохлов. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 1999.
18. Альбанова В. И. 03. Дерматология. Первая помощь при поражении кожи; Бином. Лаборатория знаний - М., 2016. - 128 с.
19. Безопасность ребенка. Первая помощь; Оникс, Мир и Образование - М., 2015. - 160 с.
20. Боголепов Н. К. Невропатология. Неотложные состояния; Медицина - М., 2015. - 564 с.
21. Бубнов В. Г., Бубнова Н. В. Инструкция по оказанию первой помощи при несчастных случаях на производстве; ГАЛЮ Бубнов - М., 2016. - 112 с.
22. Вулф Линда Жив и здоров. Полное руководство по оказанию первой помощи детям и подросткам и проведению неотложного лечения; Русская книга - М., 2015. - 328 с.
23. Григорьев И. В. Лечение неотложных состояний. Новейший справочник; Феникс - М., 2016. - 208 с.
24. Диагностика и лечение неотложных состояний у детей; Медицина - М., 2017. - 680 с.
25. Дистлер В. Неотложные состояния в акушерстве и гинекологии; ГЭОТАР-Медиа - М., 2015. - 650 с.
26. Захаренко О.В. Неотложная медицинская помощь. Симптомы, первая помощь на дому; Рипол Классик - М., 2016. - 406 с.
27. Казьмин Виктор Золотые рецепты народной медицины. Оказание первой помощи. Быстрое избавление от всех видов боли; АСТ, Астрель, Хранитель - М., 2015. - 288 с.
28. Катэрино Дж. М., Кахан С. Медицина неотложных состояний; МЕДпресс-информ - М., 2015. - 336 с.
29. Кейлина, Н.А. Домашняя аптечка: Первая помощь; Дрофа Плюс - М., 2016. - 336 с.
30. Маньков В. Д., Заграничный С. Ф. Инструктивные материалы по оказанию первой помощи при поражении человека электрическим током и при других несчастных случаях на производстве; НОУ ДПО "УМИТЦ "Электро Сервис" - М., 2016. - 234 с.
31. Медицина неотложных состояний. Избранные клинические лекции. Том 2; Издатель А. Ю. Заславский - М., 2016. - 408 с.
32. Межотраслевая инструкция по оказанию первой помощи при несчастных случаях на производстве; НЦ ЭНАС - М., 2015. - 182 с.
33. Неотложные состояния в акушерстве; ГЭОТАР-Медиа - М., 2015. - 788 с.
34. Никонов В.В. Медицина неотложных состояний. Избранные клинические лекции. Том 1; Заславский А.Ю. - М., 2017. - 817 с.
35. Сумин С. А. Неотложные состояния; Медицинское информационное агентство - М., 2017. - 960 с.
36. Фадеева В.В. Безопасность ребенка. Первая помощь; Книга по Требованию - М., 2015. - 160 с.
37. Холин А. В., Саманов В. С. Компьютерная томография при неотложных состояниях у детей; Гиппократ - М., 2015. - 176 с.