**ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ЛИЦАМ, ПОСТРАДАВШИМ ПРИ ПОЖАРЕ.**

**ПОСОБИЕ ДЛЯ РУКОВОДИТЕЛЕЙ ПРЕДПРИЯТИЙ И ОРГАНИЗАЦИЙ**

1. **Основные поражающие факторы пожара**

Опасные факторы пожара, воздействующие на людей

* пламя и искры;
* повышенная температура окружающей среды;
* ограничение видимости;
* токсичные продукты горения и термического разложения;
* пониженная концентрация кислорода;

Предельные значения опасных факторов (согласно ГОСТ 12.1.004 – 91 «Пожарная безопасность. Общие требования.»):

Температура среды 70о С

Тепловое излучение 500 Вт/ м2

Содержание оксида углерода 0,1 % (объема)

Содержание диоксида углерода 6 % (объема)

Содержание кислорода менее 17 % (объема)

К вторичным проявлениям опасных факторов пожара относятся:

* осколки, части разрушающихся аппаратов, агрегатов, установок, конструкций;
* радиоактивные и токсичные вещества и материалы, вышедшие из разрушенных аппаратов и установок;
* электрический ток, возникший в результате выноса высокого напряжения на токопроводящие части конструкций, аппаратов, агрегатов;
* опасные факторы взрыва (по ГОСТ 12.1.010 – 91), происшедшего вследствие пожара;
* огнетушащие вещества.

Опасные факторы пожара.

Наибольшую опасность для человека представляет вдыхание нагретого воздуха, приводящее к поражению верхних дыхательных путей, удушью и смерти. Так, под воздействием температуры свыше 100°С. человек теряет сознание и погибает через несколько минут. Опасны также ожоги кожи. У человека, получившего ожоги второй степени на 30% поверхности тела, мало шансов выжить. При пожаре в современных зданиях с применением полимерных и синтетических материалов на человека могут воздействовать токсичные продукты горения. Однако основной причиной гибели людей является отравление оксидом углерода. Он активно реагирует с гемоглобином крови, вследствие чего красные кровяные тельца утрачивают способность снабжать организм кислородом. Поэтому в 50— 80% случаев гибель людей на пожарах вызывается отравлением оксидом углерода и недостатком кислорода. На выживаемость серьезно влияет и концентрация токсических компонентов продуктов горения в помещении.

**ТЕРМИНЫ.**

Потерпевший - лицо, которому пожаром причинен моральный, физический или имущественный вред.

Пострадавший - лицо, погибшее или травмированное на пожаре.

Травмированный на пожаре - лицо, получившее телесное повреждение от воздействия опасных факторов пожара, а также вторичных проявлений этих факторов.

Телесное повреждение (травма) - нарушение анатомической целостности или физиологических функций органов и тканей человека.

Погибший на пожаре - лицо, смерть которого наступила непосредственно на месте пожара, или в течение трех месяцев (90 дней) со дня происшествия от травм, полученных вследствие воздействия опасных факторов пожара, а также вторичных проявлений этих факторов.

**ЖЕРТВЫ ПОЖАРА.**

Возникновение пожара и, как следствие его, гибель и травмы людей обусловлены 2-мя основными причинами: техническими и социальными.

Технические - это все вопросы обеспечения пожарной безопасности в промышленности и жилом секторе. Это техническая оснащенность самого предприятия, наличие систем и средств по профилактике травматизма и снижения тяжести последствий возможных травм. Сюда же надо отнести и возможности пожарной охраны и пожарной службы.

Социальные – уровень образованности населения по вопросам пожарной безопасности, их социальное положение, физическое и психическое здоровье. В сельской местности потери от пожаров больше. Так, в городе к гибели людей приводит каждый 17-й пожар, а в селе – каждый 11-й.

Основная доля погибших при пожаре приходится на 4 социальные группы: пенсионеры, лица без определенных занятий, рабочие и дети дошкольного и школьного возраста. Причем на первые 2 группы приходится более 65%.

По травматизму ситуация аналогичная.

Основные условия гибели людей при пожаре: алкогольное опьянение, болезнь, старость, инвалидность и состояние крепкого сна. Из них, алкогольное опьянение у бомжей составляет 90%.

В возрастном аспекте наиболее опасен в плане гибели при пожаре возраст от 41 до 60 лет, что противоречит физиологическим способностям этих людей, и указывает больше на социальные причины несчастья.

Если рассматривать количество пострадавших локально, то большинство приходится на жилые объекты. Далее идут производственные объекты, на них в год гибнет около 500-600 человек. На транспорте - 200, а в административно-общественных зданиях – 100 человек.

Во временном аспекте больше от пожаров страдают в зимнее время и т.н. переходные периоды. По дням недели наиболее опасна суббота, наименее – воскресенье и понедельник. В жилых помещениях, естественно больше гибнут ночью.

Основная причина пожара в жилом помещении – неосторожное обращение с огнем, особенно с сигаретой. На 2-м месте неисправность газовых приборов и на 3-м – детские шалости.

На промышленных объектах наибольшее количество пострадавших от пожара зафиксировано в производственных цехах, далее по убывающей идут здания торговых предприятий, административно-общественные учреждения, лечебно-профилактические учреждения, склады, образовательный учреждения. На остальные учреждения приходится около 1%.

При спасательных работах используют весь медицинский персонал, особенно в родильных домах, нервно-психиатрических и инфекционных лечебницах. Способы и приемы спасения определяет медицинский персонал.

**Первой помощью** называют комплекс пособий пострадавшему, который оказывают «не медики» непосредственно в очаге поражения или вблизи от него. Цель ПДП – спасение жизни и сохранение долгосрочного здоровья пострадавшего.

Руководитель предприятия должен обеспечить организацию оказания грамотной ПМП. Для этого он организовывает поиск и вынос пострадавших из очага ЧС на площадку сортировки и эвакуации, где, в основном и происходит оказание им необходимой помощи. В это время неизбежны панические настроения, растерянность и неорганизованность. Руководитель обязан взять на себя моральную и юридическую ответственность за спасение и сохранение жизни пострадавших. Он должен не только четко знать свои функциональные обязанности, но и уметь принимать нестандартные решения. Внимание слушателей акцентируется на умении руководителя подавлять панику, направлять желание помочь у людей в организованное русло.

*Руководитель занимается:*

1. общим ориентированием на местности.
2. определением мест скопления пораженных, организацией поиска одиночных пораженных, определением числа пораженных, организацией разбора завалов, эвакуации из очагов. При этом разрабатываются пути подходов и выноса (вывода), определяются места организации гнезд, площадок эвакуации.
3. важный вопрос – это определение количества спасающих на каждом участке очага ЧС, определения функций спасателей и объема их деятельности.
4. большое значение придается организации изготовления технических средств, доставки лекарств и перевязочных материалов, организации обеспечения питья и еды, тепла и покоя.

Все эти элементы должны обеспечить оказание ПДП и ПРП максимуму пострадавших в оптимальные сроки по возможности прямо в очаге ЧС и скорейшую передачу их в руки медиков.

В условиях ЧС руководитель имеет право воспользоваться резервами медицинских пунктов, близко расположенных аптек и аптечных киосков. При этом он составляет опись изъятых медикаментов, перевязочных материалов и других медицинских средств.

**Выделяют следующие элементы ПМ:**

1. Освобождение от травмирующего фактора.

1. Первая реанимационная помощь (ПРП), которая состоит из пособий по поддержанию элементарной жизни и заключается в основном в проведении закрытого массажа сердца и искусственного дыхания.
2. Остановка значительного кровотечения.
3. Устранение механической асфиксии.
4. Обезболивание.
5. Обработка ран и ожогов.
6. Иммобилизация.
7. Противошоковые мероприятия.
8. Дача антидотов.

**Травмой** называется любое внешнее разрушающее воздействие на организм. При пожаре возможны самые различные травмы и их сочетания, а не только ожоги. Среди них ушибы, переломы, электротравма. Травмы могут быть физическими и психологическими. Следует помнить, что любая физическая травма несет в себе и психологическую составляющую. Разные участки тела человека в разной степени подвержены травматизации. Наиболее опасны травмы лица и особенно глаз.

**Раны.**

Травма, при которой нарушаются покровы человека (кожа и слизистые оболочки) называется ***раной.*** Раны на слизистых оболочках заживают особенно плохо и часто инфицируются. При пожаре возможны самые различные ранения. ***Ожог – это тоже рана***. Ранения, полученные на пожаре, отличаются тем, что сильно инфицируются, и имеют большую раневую поверхность. На их фоне часто развивается ***раневая или ожоговая болезнь.***

По глубине раны бывают ***поверхностными*** и ***глубокими*.** При первых повреждаются только кожа и меньше подкожная клетчатка. Их достаточно дезинфицировать перевязать стерильным или просто чистым материалом. Если повреждены мышцы, нервы, сосуды, кости и суставы, то рана является глубокой. Если ранение имеет только входное отверстие, то оно называется слепым, а если и входное и выходное – то сквозным. При глубоком проникающем ранении всегда надо целенаправленно искать для обработки выходное отверстие. Спасатель может обрабатывать только края такой раны, ни при каких условиях не манипулирует в ней самой. И, затем, перевязать ее стерильным материалом.

У человека в организме существует три полости для размещения внутренних органов. Это черепная коробка, грудная и брюшная полости. По отношению к этим полостям ранения бывают ***проникающие и непроникающие.*** Проникающие раны – это самые опасные в плане прогноза раны. Они обязательно должны быть осмотрены хирургом.

***Осложнения ран:***

1. инфицирование
2. значимые для организма кровотечения (первичные и повторные)
3. нарушение функции поврежденного сегмента.
4. раневая или ожоговая болезнь

Рана имеет 3 основных признака: боль, кровотечение, зияние.

Исходя из них основными элементами ПДП являются: обезболивание, остановка кровотечения, обработка ран и противошоковые мероприятия.

**Механические ранения обрабатываются так:**

1. Дезинфицируются руки спасателя и все, что будет касаться раны.
2. Края раны обтираются движениями от центра к краям шариком, смоченным диз.растворами. Вначале бензином (если края сильно загрязнены), затем последовательно спиртом и йодом. Все растворы должны высохнуть на воздухе.
3. Накладывается стерильная и (или) кровоостанавливающая повязка. Сейчас существуют специальные салфетки, пропитанные дезинфицирующим раствором для первичной обработки ран в условиях ЧС

В том случае, если **рана глубокая и есть кровотечение**, обработку раны начинают с остановки кровотечения. Раневое кровотечение всегда должно быть остановлено. Если оно артериальное, то методами пальцевого прижатия или жгутом. Если венозное или капиллярное, то тугой повязкой, лучше с гемостатическими материалами.

* Раненую когнечность приподнять
* При сильном кровотечении через сложенную стерильную салфетку или другой перевязочный материал (бинт, марлю или чистую материю) нажимают на рану рукой и удерживают, не отрывая руки **не менее 20 м**инут. Следует учитывать, что нельзя терять время на поиски стерильного материала.
* После остановки кровотечения кожу вокруг раны надо обработать бинтом, марлей или другим материалом, смоченным одним из дезинфицирующих растворов - 3% перекись водорода, 5% спиртовой раствор йода, 70% или 96% спирта или другой антисептик, имеющийся в аптечке.
* После обработки краев раны ее следует накрыть стерильной салфеткой или бинтом и туго забинтовать.

Любая рана, кроме операционной считается **инфицированной**, особенно рваная и разможженная. Кровотечение вымывает из полости раны инородные частицы, в том числе и бактерии. Поэтому больше заражены края. Их мы и обрабатываем. Только врач может обрабатывать собственно раневой канал или раневую поверхность, если сочтет это необходимым. Разрушенные ткани организма – это хорошая питательная среда для микробов и вирусов. Попадая в рану, они вызывают ее воспаление и образование гноя. Организм отвечает на это недомоганием разной степени тяжести и повышением температуры. ***Поэтому неаккуратная обработка раны может привести к заражению крови.***

**Оказание первой медицинской помощи при ожогах, перегревании, обморожениях и замерзании.**

**Ожог** – это рана, возникшая под действием либо высокой температуры, либо электрического тока, либо агрессивного химического агента.

Чаще всего приходится сталкиваться с термическими ожогами, особенно огнем, дымом (ожог верхних дыхательных путей), горячим паром, горячими жидкостями и предметами, солнечными лучами.

Тяжесть состояния обожженного зависит от глубины ожога, его площади, уровня общего перегревания, поражения дыхательных путей пораженного, а так же от исходного состояния потерпевшего, наличия у него хронических заболеваний.

По глубине ожоги подразделяют на 3 степени:

1-я степень. Поражается кожа. Она припухает, краснеет, блестит, сильно болит. Пузырей еще нет.

2-я степень. На фоне красной припухшей кожи появляются пузыри. Они наполнены прозрачной жидкостью. Часть из них может самостоятельно вскрыться, и тогда оголяется ярко розовое, болезненное при прикосновении дно.

3-я степень. На фоне красной напряженной кожи множество пузырей с кровянистым или черным содержимым. Они часто сливаются друг с другом, самопроизвольно вскрываются, оголяя дно в виде язвы. Если на дне такой язвы просвечиваются сосуды, боли при прикосновении нет, а волосок из этой пораженной зоны отделяется безболезненно. Это значит, что погибла вся кожа полностью. Это ожог 3-йБ-степени.

4-я степень. Это омертвение всех тканей пораженной зоны: кожи, подкожной клетчатки, мышц, нервов, сосудов, сухожилий и даже возможно костей и суставов.

Для того, чтобы прогнозировать: будет у больного шок или нет, нужно знать не только глубину (степень) ожога, но и его площадь. Для этого существует правило «ладони» и правило «9». Первое гласит, что площадь ладони человека составляет 1% общей площади его тела. По правилу «9» площадь руки – 9%, ноги – 18%, передней и задней поверхности тела – по 18%, головы – 9%, промежности – 1%.

Ожоговый шок развивается при глубоких ожогах 10 –20% площади и более. Особенно опасно сочетание ожогов с другими травами, тогда и меньшая площадь приведет к шоку. У стариков и детей шок возможен и при меньшей площади поражения.

**Алгоритм оказания ПМП при ожогах следующий**:

1. Освободить от действия повреждающего фактора.
2. Дать любое доступное обезболивающее средство растертое в порошок под язык с половиной чайной ложки воды и попросить сосать.
3. Срезать обгорелую одежду.
4. Ожоговую поверхность промыть проточной холодной водой около 10 – 15мин. если нет вскрытых пузырей.
5. Кожу вокруг ожога обработать спиртом или одеколоном, и после этого заняться самим ожогом.
6. При ожогах 1-й степени можно применить любое народное средство или специальные противоожоговые аэрозоли. Особенно хорошо помогает смазывание мыльной пенкой, или компрессы со свежевыпущеной мочой. (Перечислить применяемые в быту противоожоговые средства). Если имеются ожоги 2-й степени и пузыри единичные и невысокие, иногда допускается аккуратно вскрыть их продезинфицированной иглой, чтобы убрать жидкость, ранку обработать крепким раствором марганца.
7. После стихания боли накладывается стерильная салфетка. Затем повязка.
   1. При ожогах 3-йБ и 4-й степеней ожоговая поверхность ни чем не обрабатывается. На нее накладывается контурная повязка, больной срочно направляется в стационар.
8. При площади поражения более 10% с пораженного осторожно снимают одежду, где надо обрезая ее, и укутывают в чистую простыню.
9. Все обожженные, особенно с обширными и глубокими ожогами нуждаются в обильном питье. Им целесообразно приготовить раствор: на 1 литр воды 1ст.л. сахара, ½ ч.л. соли и ½ ч.л. питьевой соды. Этот противошоковый раствор употребляется в таком количестве, сколько может выпить больной. Его можно давать всем больным с травматическим шоком, кроме тех, у кого повреждена брюшная полость и находящихся в коме.
10. Если у обожженного уже развился шок, он будет возбужденным или вялым, покроется холодным потом, сердцебиение станет частым, давление снизится. Особенность ожогового шока в том, что больные даже при очень тяжелом поражении редко теряют сознание. Они нуждаются в покое, согревании, обильном питье, повторной даче обезболивающих средств и сердечных препаратов. Иммобилизация пораженного участка является необходимым компонентом оказания ПМП при ожогах.

**Общее перегревание (тепловой удар)** – это остро развившееся болезненное состояние, обусловленное воздействием на организм «относительно» высокой температуры внешней среды. Причинами такого перегревания могут быть высокая внешняя температура, плотная одежда, задерживающая испарения кожи, и усиленная физическая работа.

Общее перегревание может наступить уже при температуре воздуха +25 - +30°С и скорости ветра 0 – 2 м/сек, если в этих условиях выполняется тяжелая физическая работа. Очень чувствительны к повышению внешней температуры дети, у которых процессы терморегуляции развиты недостаточно.

Признаки: При перегревании тела у человека появляют­ся вялость, усталость, головокружение, головная боль, шум в ушах, расширение зрачков. Учащение дыхания и пульса на фоне сонливости – признак серьезности состояния. Далее появятся тошнота, головокруже­ние, потемнение в глазах и, наконец, рвота. Лицо краснеет, дыхание затруднено, температура тела повышается до 40°С. Если не будут устранены причины перегревания, наступает **тепловой удар**. Человек теряет сознание, падает, бледнеет, кожа ста­новится холодной и покрывается потом. Последнее связано с тем, что ослабевает сердеч­ная деятельность. В таком состоянии пострадавший может погибнуть.

**Функциональные изменения, происходящие в организме при перегревании**.

В начальной фазе эти изменения направлены на увеличение теплоотдачи. Расширяются сосуды кожи, учащается сердцебиение, дыхание становится более глубоким и частым, усиливается потоотделение.

При развивающемся повышении температуры эти изменения вскоре приобретают болезненный характер. Обильное потоотделение приводит к явлениям обезвоживания организма и солевому дисбалансу. В результате расширения периферических сосудов снижается артериальное давление. Возникающее кислородное голодание мозга может проявляться в виде приступа судорог, потери сознания, угнетения дыхания. В случае неоказания первой помощи, хотя бы в минимально доступных объемах, на фоне перечисленных процессов могут развиться изменения, не совместимые с жизнью*.*

В зависимости от характера нарушений, развивающихся в организме, различают **три степени общего перегревания** – *легкую, среднетяжелую* и *тяжелую*.

* При перегревании *легкой степени* состояние пострадавших удовлетворительное. Температура тела *не превышает 38 градусов.* Жалобы предъявляются на головную боль и слабость. Кожные покровы влажные; выражена гиперемия (покраснение), в первую очередь, кожи лица. Дыхание несколько учащено, значительно учащен пульс. Артериальное давление в пределах нормальных показателей.
* При *среднетяжелой степени*перегревания пострадавшие жалуются на сильную головную боль, часто возникают тошнота и рвота. Возможна кратковременная утрата сознания. Кожа гиперемирована, влажная. Дыхание частое, до 40 в 1 минуту, температура тела достигает *38 - 39°С.* наблюдается выраженная тахикардия (увеличение частоты сердечных сокращений), артериальное давление повышено.
* *Тяжелая степень*перегревания характеризуется повышением температуры тела *до 40°С и выше*. Больные возбуждены, контакт с ними затруднен. Возможно развитие судорог и коматозного состояния. Характерным признаком этой степени перегревания является прекращение потоотделения. Кожные покровы гиперемированные, но сухие. Дыхание частое и поверхностное, не исключено полное прекращение дыхания. Пульс остается значительно учащенным, но артериальное давление снижается. В случае неоказания первой помощи на этой стадии, хотя бы в минимально доступных объемах, на фоне перечисленных процессов могут развиться изменения, *не совместимые с жизнью****.*** *Человек теряет сознание, падает, бледнеет, кожа ста­новится холодной и покрывается потом. Последнее связано с тем, что ослабевает сердеч­ная деятельность. В таком состоянии пострадавший может погибнуть.*

***Первая помощь при ожогах.***

При *легкой степени*общего перегревания достаточно раздеть пострадавшего, поместить его в прохладное помещение, напоить водой умеренной температуры, положить холодный компресс на голову. Т.е. при тепловом ударе, как и при солнечном, нуж­но провести те же мероприятия, что и при обмороке.

Соблюдение физического покоя в «комфортных» температурных условиях должно продолжаться не менее 1,5-2 часов. Госпитализация при легкой степени перегревания не показана.

При общем перегревании *среднетяжелой степени*, помимо перечисленных процедур, необходимо проводить более активные методы физического охлаждения:

обтирание тела 50% раствором этилового спирта;

прикладывание к местам пульсации крупных артерий (сонных, бедренных) холодных («ледяных») предметов;

частая смена компрессов на голове.

Физические методы снижения температуры при данной степени перегревания обязательно должны сочетаться с медикаментозными. Поэтому для оказания первой помощи и предотвращения более серьезных последствий общего перегревания среднетяжелой степени необходимо вызвать бригаду «Скорой помощи». Можно дать валидол, сердечные капли, кофеин.

При *тяжелой степени* общего перегревания, характеризующейся потерей сознания и появлением судорог, к перечисленным действиям добавляют комплекс мероприятий, направленных на поддержание проходимости верхних дыхательных путей и предотвращение травм. С этой целью пострадавшему необходимо разжать челюсти и вставить между коренными зубами какой-либо предмет (например, ложку), обмотанный многими слоями бинта до достижения толщины 2,5-3 см (профилактика прикусывания языка и попадания в гортань кровянисто-пенистых масс). Под головой пострадавшего должна находиться невысокая подушка или любой другой аналогичный предмет; в непосредственной близости от пациента не должны находиться ранящие предметы.

При остановке дыхания проводятся реанимационные мероприятия.

**Артериальные кровотечения.**

*Признаки артериального кровотечения:*

* Алая кровь из раны бьет фонтанирующей струей.
* Над раной образуется валик из вытекающей крови.
* Большое кровавое пятно на одежде или лужа крови возле пострадавшего.

*Тактика при артериальном кровотечении:*

* Прижать пальцами или кулаком артерию выше места ранения к кости. (Сонные артерии прижимают в ране или ниже раны).
* Поднять конечность.
* Не теряя времени на освобождение конечности от одежды наложить кровеостанавливающий жгут. Он располагается на ВНРХНЕЙ ТРЕТИ ПЛЕЧА или СРЕДНЕЙ ТРЕТИ БЕДРА, Жгут затягивается до остановки кровотечения и исчезновения пульса. Под жгут подкладывают записку с указанием времени наложения. На конечности жгут держат не более 1 часа. На шею жгут накладывается через «пилот» и тампон в ране, без контроля пульса.

**Венозное кровотечение.**

Признаки **венозного кровотечения** следующие: темная кровь вытекает равномерной струей, без образования валиков.

Венозное кровотечение останавливается тугим бинтованием.

**Капиллярные кровотечения**

(кровь сочится как из губки) останавливают так же тугим бинтованием стерильным материалом.

**Ушибы и вывихи.**

*Признаки ушиба*: боль, отек, синяк (гематома). Ограничение, но не выпадение функции.

*Действия:*

* Наложить давящую повязку;
* Придать конечности приподнятое положение;
* Приложить холод;
* Обеспечить неподвижность;
* Общий покой, теплое питье;
* Через 3-4 дня теплые ванны, массаж, лечебная гимнастика;

*При ушибе головы опасаться закрытого повреждения мозга, обязательно показать врачу!*

*Признаки вывиха:*

* Разъединение суставных концов костей после механической травмы;
* Боль, отек, пружинящая деформация, укорочение конечности;
* При вывихе нижней челюсти не закрывается рот;

*Действия:*

* Вывихи костей конечностей только фиксировать, вправляет только врач;
* Вывих нижней челюсти вправить надавливанием на коренные зубы вниз и назад, потом зафиксировать;

*Сотрясение и ушиб головного мозга*

*Признаки:* оглушение, тошнота, шум в голове и в ушах, потеря сознания и памяти, особенно того, что предшествовало травме.

*Действия:*

* Обеспечить покой в положении лежа;
* Приложить холод к голове;
* Ограничить питье;
* Наблюдать за состоянием пострадавшего до прихода врача, при возникновении осложнений действовать по обстоятельствам;

**ПП при переломах.**

**Перелом** - это нарушение целостности кости.

Делятся на открытые и закрытые.

*Признаки перелома:* боль, отек, деформация, укорочение конечности, патологическая подвижность, резкая боль по линии перелома при нагрузке по оси, нарушение функции.

Основной элемент ПМП при переломе - это транспортная иммобилизация, т.е. обездвиживание.

Быстрое обеспечение неподвижности места перелома уменьшит боль, предупредит осложнения и шок.

Как правильно провести иммобилизацию?

1. Начать с обезболивания

2.Смоделировать средства фиксации

3.Зафиксировать.

При иммобилизации конечностей обездвиживают не менее двух суставов, расположенных выше и ниже места перелома.

Руку можно иммобилизировать на шины (наложив их на ладонную и тыльную стороны при переломе предплечья), на бинты или косынку.

Ногу - на шины, подручные средства, или привязав пораженную ногу к здоровой.

На выступающие места надо положить прокладки.

На рану повязку и холод. Нельзя, чтобы болевые точки раны подвергались давлению.

При повреждении позвоночника больной укладывается на ровную твердую поверхность и фиксируется.

При повреждении шеи сохранять вертикаль «шея - спина».

Перелом таза требует фиксации в позе «лягушки».

Перелом ребер не требует фиксации, а только сохранения полусидящего положения.

*Алгоритм оказания ПМП при переломах*

1. Дать обезболивающее средство:

Две таблетки анальгина растереть в порошок и высыпать под язык. Добавить 1 ч.л. воды и попросить высосать лекарство.

Можно дать не более 50 мл. алкоголя.

2. Выполнить иммобилизацию табельными или подручными средствами.

3.Холод или лед к месту перелома. Пораженного согреть.

4.Эвакуировать пораженного в лечебное учреждение.

**ПМП при синдроме длительного сдавления (СДС)**

В сдавленных участках тела нарушается кровообращение, ткани гибнут, а при освобождении организм «отравляется продуктами омертвения».

Это чаще происходит под завалами, реже сдавливается конечность при позиционной травме.

Тяжесть состояния пораженного зависит не столько от тяжести гнета, сколько от времени сдавления.

Сдавленная конечность обычно отечная, бледная, холодная, с вмятинами, чувствительность быстро исчезает, движения не возможны. Пострадавшие заторможены, неестественно сонливы.

Относительно благоприятно сдавление только кисти или только стопы.

СДС опасен шоком при освобождении или отдаленными осложнениями.

*Алгоритм оказания ПМП при СДС.*

1. Обезболить пострадавшего

2. Успокоить, напоить теплым чаем, дать сердечные капли.

3. Наложить жгут выше места сдавления по здоровой ткани.

4. Освободить сдавленную конечность.

5. Оценить ее жизнеспособность.

6. Туго забинтовать конечность, положить на шину, обложить льдом и после этого постепенно ослабляя снять жгут.

7. Срочно отправить в стационар, где будет решен вопрос о нуждаемости в ампутации.

**Электротравма.**

При поражении электрическим током имеет значение не только его сила, напряжение и частота, но и влажность кожных покровов, одежды, воздуха и продолжительности контакта.

Характер повреждений при поражении электрическим током:

1. При поражении электротоком напряжением до 380 В появляются метки на коже в виде кратеров, иногда случается внезапная остановка сердца.

2. При поражении электротоком напряжением до 1000 В отмечаются судороги, спазм дыхательной мускулатуры, отек мозга, внезапная остановка сердца.

1. При поражении электротоком напряжением свыше 10 000 В отмечаются электрические ожоги и обугливание кожи, разрыв органов, опасные кровотечения, переломы костей и даже потеря конечностей.

**Признаки и симптомы электротравмы:**

· Звук внезапного громкого хлопка или световая вспышка.

· Нахождение вблизи пострадавшего оголенного источника электрического тока.

· Бессознательное состояние у пострадавшего.

· Очевидные ожоги на поверхности кожи.

· Нарушение дыхания.

· Пульс слабый, аритмичный или не проявляется вовсе.

· Входное и выходное отверстие электрического заряда, обычно расположенное на кистях рук или ступнях.

При поражении бытовым электричеством страдает весь организм человека.

Нужно помнить, что по истечении 4 минут остановившееся сердце уже невозможно заставить биться даже с помощью самого совершенного дефибриллятора.

Чтобы не упустить шанса на спасение при поражении электрическим током, необходимо оказать потерпевшему первую помощь. Это следует делать сразу после освобождения пострадавшего от действия электрического тока.

**Схема оказания первой помощи при поражении электрическим током:**

1. Необходимо освободить пострадавшего от действия электрического тока

2. При внезапной остановке сердца нанести пострадавшему удар по грудине в области сердца.

3. Пострадавшего в бессознательном состоянии - повернуть на живот.

4. Провести искусственную вентиляцию легких.

5. Непрямой массаж сердца.

6. При кровотечении - наложить жгут, стерильную повязку.

КАК МОЖНО СКОРЕЕ ВЫЗВАТЬ СКОРУЮ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ

**ПЕРВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОТРАВЛЕНИИ УГАРНЫМ ГАЗОМ**

В 40-50% случаев на пожаре гибель людей связана с отравлением угарным газом окидом углерода (СО). Среди известных сейчас 175 ядовитых химических веществ, присутствующих в дыму современных пожаров, оксид углерода составляет основную ядовитую часть в “букете пожарных” газов. То же самое относится к взрывным и выхлопным газам. Карбюраторные двигатели за одну минуту выделяют от 50 до 90 литров окиси углерода. Поэтому отравление угарным газом часто происходит в гаражах, автопарках, боксах, в которых находятся автомобили и другая техника (например, танки) с работающими двигателями.

Взрывными газами можно отравиться при стрельбе из помещения или средств вооружения с отключенной или отсутствующей вентиляцией, например, из блиндажа, танка и т.д.

В быту, кроме пожаров, отравление угарным газом случается в банях и других помещениях с печным отоплением при преждевременно закрытых заслонках печных труб. Отравление опасно, оно может быть смертельным. Причиной является острое кислородное голодание, вызванное тем, что оксид углерода вытесняет кислород и прочно соединяется с гемоглобином - белком крови, который является переносчиком кислорода. Если угарный газ связывает 30% гемоглобина крови, это соответствует потере 30% крови. У пораженных появляется головная боль, головокружение, тошнота, слабость, снижение слуха и зрения, нарушается походка (как у пьяного). При более тяжелом отравлении путается сознание, появляются розовые пятна на теле, нарастает сердцебиение, наступает потеря сознания и смерть.

**Как помочь пораженному человеку при отравлении угарным газом?**

- Срочно вынести отравленного (“угоревшего”) на свежий воздух (при невозможности покинуть загазованное помещение немедленно организуйте его проветривание).

- Положите пораженного, освободите от стесняющей одежды, дайте подышать нашатырным спиртом, если есть - дайте кислород.

- При угнетении дыхания или его отсутствии срочно приступайте к искусственному дыханию “изо рта в рот”.

- После восстановления жизненно-важных функций срочно доставить пораженного в лечебное учреждение.

Легкая форма отравления обычно проходит на свежем воздухе довольно быстро. В тяжелом случае довезти пораженного живым до больницы может помочь введение специального лечебно-профилактического 6% противоядия - раствора ацизола, который уже нашел применение на подводных лодках и кораблях ВМФ. Это 6% раствор в ампулах по 1 мл, который надо ввести внутримышечно в случае отравления угарным газом. Более того, ацизол можно применить для самих спасателей в качестве средства экстренной профилактики, то есть ввести его перед входом в опасную зону, что в 2 раза ослабляет отравляющее действие угарного газа. Ацизол как противоядие к угарному газу должен быть в аптечке на каждой пожарной машине и скорой помощи. Итак, можно еще раз напомнить, что первая помощь при отравлении угарным газом заключается в следующем:

- свежий воздух, кислород,

- покой (везти в больницу только лежа),

- введение ацизола.

Ни в коем случае не давать отравившемуся угарным газом алкоголя, это усилит отравление и приведет к тяжелым последствиям.

**Сердечно – легочная реанимация.**

Многочисленные ЧС нашего времени диктуют настоятельную необходимость организации обучения приемам ПРП по завету Неговского всего взрослого населения!

В условиях ЧС смерть наступает либо внезапно, либо после определенного периода времени, прошедшего после травмы. Этот период называют предельным, граничным, умирания, но чаще – терминальным (ТС), Он характерен тяжелейшими нарушениями функций организма в результате травмы или тяжелой болезни, когда организм сам не в состоянии справиться с имеющимися нарушениями и сохранить жизнь. Другими словами, ТС это умирание.

ТС проходит в три фазы: предагония, агония и смерть. Причем, независимо от первоначальной причины ТС, механизм его развития всегда один. Этим ТС отличаются от внезапной смерти. ТС требуют немедленного проведения реанимации с целью поддержания элементарной жизни.

В предагонии резко нарушаются функции ЦНС, дыхания (оно считается неэффективным при частоте менее 10 и более 50), и кровообращения (сердце работает неэффективно). В результате этих процессов падает количество кислорода в организме и ткани закисляются, т.е. переходят в нерабочий режим.

Оптимальная помощь в ТС при ЧС должна обеспечить пострадавшему:

 Поддержание АД не менее 2/3 нормального.

 Полный покой.

 Согревание.

 Обезболивание.

 Дача кислорода.

 Введение 5-% раствора соды в объеме равном произведению массы тела на 3.

 Глюкокортикоидные гормоны в количестве 3 ампулы (любые).

 При массивных ожогах и травмах препараты кальция.

Агония - последняя попытка травмированного или больного организма приспособиться к жизни. При этом выплескиваются последние энергетические ресурсы. ПМП при агонии –это комплекс помощи при предагонии, плюс реанимационное пособие.

Клиническая смерть – заключительная фаза ТС. В этом периоде прекратили деятельность сердце и легкие, замер мозг, но в тканях сохраняются обменные процессы, и, следовательно, возможно еще оживление. Т.е. процессы еще обратимы.

Биологическая смерть – это остановка обменных процессов в жизненно важных тканях, т.е. необратимый процесс. Ее абсолютные признаки – трупные пятна, трупное окоченение, симптом Белоглазова (деформация зрачка при сдавлении глазного яблока ), признаки разложения.

В процессе смерти чаще вначале останавливается сердце. Это определяется по прекращению пульсации на сонных артериях.

В 78 – 90% смертей у лиц старше 30 лет кровообращение останавливается от фибрилляции. Это хаотическое сокращение мелких мышечных волокон с частотой 400 – 600 в 1 мин. Таким образом сердце при фибрилляции неэффективно. Методами восстановления кровообращения здесь являются прекардиальный удар, ЗМС и электрическая дефибрилляция на фоне базовой реанимайии.

За остановкой сердца следует потеря сознания. Это происходит через 10секунд. Если при потере сознания происходит тоническая судорога, то остановка сердца произошла именно от фобрилляции, а не от разрыва или полной остановки сердца, и в первые 1 –2 мин. шансы на оживление довольно высокие.

Остановка дыхания – следует через 30-40 сек. после остановки сердца , и реже перед последней.

Расширение зрачков – наступает от гипоксии мозга через 30 –40 мин. и не является абсолютным признаком смерти.

В процессе умирания бледнеют и изменяют цвет кожные покровы, заостряется лицо, при надавливании на ногтевое ложе бледное пятно долго не восстанавливает цвет.

Надо знать 5 основных признаков клинической смерти:

 Нет сознания.

 Нет дыхания (нет движения грудной клетки, симптом зеркальца, потеря сознания, изменение цвета кожных покровов).

 Нет пульсации на сонных артериях.

 Расширен зрачок.

 Нет реакции зрачка на свет.

ПРП эффективна только в первые 4 – 6 минут после остановки сердца, и с каждой минутой снижается в геометрической прогрессии. Т.о. в первую минуту эффективность до 80%, а если ее начать на 4 –й минуте, всего 15%.

Реанимация непосредственный процесс оживления. На догоспитальном этапе проводится только базисная реанимация – basis lave support – BLS. Медики оказывают продвинутую реанимационную помощь – advanced life support – ALS. Цель реанимации – за счет поддержания функций сердца и легких сохранить жизнеспособность мозга, восстановить достаточный объем обменных процессов в тканях, и в конечном счете восстановить самостоятельную деятельность организма.

В зависимости от эффекта ПРП выделяют 4 формы оживления:

 На длительное время.

 На короткий период. Смерть наступает вновь на догоспитальном этапе или во время эвакуации.

 «Витальное оживление», когда не восстанавливается кора головного мозга.

 Отсутствие эффекта оживления.

Показания к ПРП:

 Нет сознания, пульса на сонных артериях, дыхания, широкие зрачки, не реагирующие на свет.

 Редкий слабый угасающий пульс.

 Поверхностное, слабое угасающее дыхание или учащенное дыхание (более 50 в минуту).

 Терминальные состояния (шок 3-й и 4-й степеней, терминальная пауза, предагония, агония).

 Основное показание – отсутствие пульса на сонных артериях.

 Максимум времени на осмотр и определение показаний к реанимации – 30 секунд.

 Во время оказания ПРП максимальное время контрольной паузы – 5сек.

При грамотном проведении ПРП (BLS) артериальной крови кислородом достигает 90%, что вполне достаточно для сохранения и восстановления жизни.

ПРП сводится к выполнению правила ABC.

 Airway (проходимость ВДП).

 Breath (ИВЛ).

 Circulation (ЗМС)

AIRWEY – восстановление проходимости ВДП –А.

Непроходимость ВДП могут вызвать: запавший язык, инородные тела, костные отломки, сгустки крови, рвотные массы и т.д.

Методика восстановления проходимости ВДП.

ПРП начинают с определения проходимости ВДП. Для этого убеждаются, что ротовая полость легко открывается, легко выдвигается нижняя челюсть, а с ней и язык. При подозрении на инородные тела в ротовой полости, в том числе и протезы, их необходимо удалить. Слизь, кровь и рвотные массы удаляют салфеткой, делая при этом глубокие круговые движения. Необходимо помнить, что на туалет ротовой полости отводится не более 5-6сек. Туалет ротовой полости проводят, повернув голову на бок и зафиксировав зубы перекрещенными 1-м и 2-м пальцами.

Если при запрокидывании головы рот не открывается, и нет повреждения шейного отдела позвоночника, применяют методы насильственного раскрытия рта. Это двухсторонний захват (подушечки пальцев упираются в нижнюю челюсть, производя распирающее движение), передний захват (одна рука фиксирует лоб, другая, при заведенном в рот 1-м пальце, оттягивает челюсть книзу), и боковой захват. Невозможность быстро открыть рот пострадавшего, что часто бывает из-за судорог, является показанием к проведению ИВЛ через нос (пока не представится возможность открыть рот). При этом нижнюю челюсть выдвигают вперед для предотвращения западения языка и плотно закрывают рот. На западе ИВЛ через нос приоритетна. Так спасатель предохраняется от заражения.

Следующий этап – укладка пострадавшего для проведения ИВЛ.

Он должен лежать на твердой основе. Голова укладывается на затылок, под плечи и основание шеи подкладывается опора так, чтобы между ротовой полостью и дыхательной трубкой (трахеей) образовался угол в 120 градусов. На укладку достаточно 1 –2 сек. Этот прием не выполняется только при наличии травмы шеи со смещением позвонков или их фрагментов, а так же при подозрении на таковые.

Теперь можно сделать пробный вдох чтобы убедиться, что воздух проникает в легкие. Если ВДП проходимы, то при производстве вдоха грудная клетка приподнимается, а приложив к груди ухо можно услышать дыхательный шум. Только при наличии проходимости ВДП возможна эффективная искусственная вентиляция легких (ИВЛ)!

BREATH – то есть дыхание. Это производство искусственной вентиляции легких – ИВЛ.

Процесс дыхания осуществляется в ацинусе – структурной единице легкого. Последний состоит из альвеолы, или дыхательного мешочка и системы капилляров. Именно здесь происходит обмен кислорода внешнего воздуха на углекислый газ – продукт обменных процессов в организме. При правильном производстве ПРП кислорода в воздухе, выдыхаемом спасателем вполне достаточно для поддержания жизни. Достаточным является объем 400 –500 мл., максимальным – 800 мл. Чем шире грудная клетка, тем большим должен быть объем вдоха. Если известно, что пострадавший страдает бронхиальной астмой, он должен достигать 1.200мл. На практике критерием достаточности объема вдоха является подъем передней грудной стенки.

Основной принцип ИВЛ – активный вдох и пассивный выдох.

Основные методы – рот в рот и рот к носу. Использование при ИВЛ салфеток, носовых платков и т.д. является грубой ошибкой. Они не защищают от инфекции, но значительно затрудняют прохождение воздуха.

Методика проведения ИВЛ.

Пострадавший находится на твердой поверхности, ремни и ворот распущены.

Одной рукой спасатель фиксирует лоб, запрокидывая голову и одновременно двумя пальцами зажимая нос, а другой захватывает шею сзади.

Спасатель набирает воздух, наклоняется ко рту пострадавшего, плотно прижимает рот ко рту и делает сильный резкий выдох.

Освободив рот пострадавшего для выдоха, спасатель следит за наличием движения грудной клетки и дыхательных шумов.

Вначале ПРП проводят беспаузную ИВЛ - Это 3 –5 быстрых вдохов, следующих один за другим. Она позволяет быстро насытить кислородом пространство легких.

Затем переходят к длительной ритмичной ИВЛ, основное правило которой: не менее 12 вдохов в минуту.

CIRKULATION.

Прием восстановления кровообращения или циркуляции крови – это закрытый или непрямой массаж сердца (ЗМС), производимый ритмичными компрессиями грудной клетки. Каждая компрессия на грудную клетку состоит из короткого толчка или коммоции и нажатия, составляющего 50% времени компрессии. При грамотно выполненных компрессиях удается поддерживать сердечный выброс в объеме равном 1/3 – ½ от нормы. Поэтому частота компрессий не должна быть реже 80 в 1 минуту. АД при этом поднимется не выше 60 –80 мм рт. ст. При грамотно проведенном ЗМС объем крови соответствует только 40% от МОК (минутного объема крови) здорового человека. Это минимально достаточно для поддержания элементарной жизни. Недостаточно хорошо выполненные приемы ЗМС вообще не дадут никакого эффекта.

Коммоция, или удар может быть однократной и сильной. Речь идет о прекардиальном ударе. Он выполняется, если остановка кровообращения произошла в присутствии спасающего, т.е. 1-2-сек. назад. Второе показание – это замедление сердечной деятельности и ослабление пульса до еле определяемого при потере сознания и возможно судороге в присутствии спасателя.

Техника прекардиального удара.

 Уложить пострадавшего на спину на твердую поверхность.

 Расслабить ремень, открыть грудь.

 Защитить мечевидный отросток 1 –2-мя пальцами левой руки.

 Правой рукой нанести резкий удар с высоты 25 –30 см с отскоком на ту же высоту в среднюю треть грудины строго по центру.

 Повторные коммоции при ЗМС создают повторные сотрясения мышц, которые синхронизируются и в определенный момент автономная деятельность сердца восстанавливается.

 Второй элемент компрессии – нажатие. Оно обеспечивает насосную функцию сердца за счет чередования сдавления последнего между грудиной и позвоночником и декомпрессий.

Т.о.. ЗМС обеспечивает насосную функцию сердца за счет компрессий и электрическую функцию его проводящей системы за счет сотрясений (коммоций).

Следует запомнить основные параметры ЗМС:

 Частота – 80-100 в 1 мин.

 Время компрессии = времени декомпрессии (паузы).

 Прогиб грудины у взрослого не должен быть меньше 3 –5 см.

Техника проведения закрытого (наружного) массажа сердца - ЗМС .

Существует две методики ЗМС.

В России принята следующая:

 Произвести прекардиальный удар, проверить пульс на сонной артерии, затем:

 Стать на одно или оба колена рядом с лежащим на полу пострадавшим.

 Определить точку приложения действия. Это точка пересечения средней линии грудины и перпендикулярной к ней линии, расположенной на 1 см выше соединения грудины с мечевидным отростком.

 Наложить руки на выбранную точку так, чтобы основание ладони нижней руки лежало на выбранной точке, а верхней – на тыле основания первой под углом в 90 градусов. При таком расположении большие пальцы рук смотрят один на лицо пострадавшего, а другой на ноги.

 На прямых руках, используя не силу рук, а тяжесть тела, произвести толчок с последующим нажатием в заданную точку так, чтобы грудина прогнулась на 3 –5см. Силу толчка следует соизмерять с упругостью грудной клетки.

 Сделать паузу для наполнения камер сердца кровью. Пауза по времени равняется компрессии. Руки отрываются от поверхности тела спасаемого, но при этом нельзя терять правильную точку приложения.

При проведении ЗМС допустимо делать паузы не долее чем на 3-5сек.Они необходимы для определения пульса на сонных артериях.

На Западе методика несколько иная. Спасающий располагает руки на середине нижней трети грудины так, что оси обеих рук совпадают. Пальцы обеих рук переплетены и направлены в сторону головы. При проведении нажатий и декомпрессий пальцы не отрывают от поверхности тела спасаемого, что не дает возможности «потерять» точку приложения и уменьшает вероятность перелома ребер.

Нередким осложнением ЗМС является перелом или вывих ребер. Они случаются даже у профессионалов. Их практически не удается избежать у стариков. У детей грудная клетка более гибкая, переломы практически не возможны, усилия при нажатии меньше. Грудным детям ЗМС делается одним большим пальцем.

Пять этапов реанимации.

Независимо от того, сколько человек проводят ПРП, последовательность действий должна быть строго определенной. Для действий одного, двух и более спасателей отработаны конкретные алгоритмы. Четкость работы определяет наличие фактора слаженности, которая отрабатывается на практических занятиях в коллективах.

этап – диагностический.

Человека без признаков сознания окликают, можно отрепать за плечо, затем определяют наличие пульса, дыхания, ширину зрачков и реакцию на свет.

Для определения пульс на сонной артерии применяется единая техника. Два, реже три или 4-ре пальца руки установить на дыхательную трубку, точнее на кадык, затем пальцы скользят в сторону грудино-ключично-сосцевидной мышцы до ощущения пульсации. При этом артерия ощупывается мягко, подушечками пальцев, не пережимая сосуд. На этот этап отводится до 10 секунд. Если же имеет место подозрение на повреждение шейного и (или) верхнего грудного отделов позвоночника, то следует осторожно, не меняя положение пострадавшего, ощупать остистые отростки его позвоночника. Если подозрение на вывих или перелом позвонков подтвердилось (патологическая подвижность, боль при осторожном надавливании, отсутствие или извращение чувствительности и движений в конечностях и т. д.) то при проведении ПРП используют щадящую методику без запрокидывания головы и активного туалета ротовой полости. Обследование позвонков должно занять не более 20 секунд.

При сохранном пульсе ИВЛ начинают с форсированного дыхания и проводят до полного восстановления самостоятельного дыхания с остановками на контроль не более 5 секунд.

2-й этап – подготовительный.

Состоит из действий по укладке пострадавшего на твердую поверхность, ослабление одежды пострадавшего, укладка его рук вдоль туловища, приподнимание ног на 30-45 градусов (если нет переломов), установки спасателей в рабочие позы, согласно распределенным обязанностям, начала отсчета времени.

3-й этап – начальный.

Начинается с проверки проходимости ВДП посредствам осмотра ротовой полости и производства пробного вдоха. Если в ротовой полости есть инородные тела, то их быстро удаляют.

Спасатель, как правило, стоит сбоку от пострадавшего на коленях, так чтобы проводя ему вдохи можно было видеть движения грудной клетки. При этом если нет перелома шеи, голова пострадавшего запрокидывается подведением одной руки под шею, подкладыванием под основание шеи опоры так, чтобы между осями ротовой полости и дыхательной трубки угол составлял 120 градусов. Вторая рука при этом расположена на лбу больного. Рот пострадавшего в такой позиции, как правило, открывается самостоятельно. Голова опирается на затылок.

К темени прикладывается холод в любом доступном виде.

Затем следует 2-5 пробных вдоха.

4-й этап – основной.

Это собственно проведение ПРП.

Если спасатель один, то ему приходится и оказывать ПРП, и следить за состоянием пострадавшего, и оценивать эффект от реанимации.

Соотношение вдохов к компрессиям в этом случае должно быть 2 к 15.

В 1 минуту следует произвести 8 вдохов (4 по2) и 60 компрессий (4 по15).

Т.о. интенсивность работы спасателя очень велика!

Перерыв на контроль не чаще 1 раз в минуту и не дольше 5 секунд, обычно одна пауза делается через 2 –3минуты.

ПРП производится вплоть до восстановления достаточного дыхания и кровообращения. Ее можно прекратить при появлении признаков биологической смерти. При безуспешной ПРП в течение 40 минут при заведомо тяжелой, не совместимой с жизнью травме. Во всех других случаях показания для остановки ПРП определяет только врачом.

ПРП необходимо проводить максимально ритмично.

После диагностической остановки рационально повторить прекардиальные удары и беспаузную ИВЛ.

Если спасателей двое работать значительно легче.

При наличии у пострадавшего показаний к экстренной ПМП 1 - й спасатель занимается ПРП, второй – ПМП (остановка массивного кровотечения и т. д.).

Распределение ролей между двумя спасателями:

Спасатели стоят с разных сторон от пострадавшего.

У головы стоит ведущий спасатель. Он осуществляет всю диагностику , делает ИВЛ. 2-й стоит у груди и делает ЗМС.

Если спасателей трое, то третий помогает первым двум, отдыхая от функций первого и второго.

В заключении преподаватель рассказывает об ошибках ПРП.

5 –й этап. Восстановительный.

Оживленный человек может повторно умереть, поэтому он должен немедленно быть передан врачу, а пока это не возможно – находиться в охранительном режиме в устойчивом боковом положении или в положении «матроса, спящего на палубе».

В заключении преподаватель указывает на особенности ПРП у стариков и грудных детей.

**Острые расстройства психики при пожаре**

**Паника** — временное переживание гипертрофированного страха, порождающее неуправляемое, нерегулируемое поведе­ние людей (утрата критики и контроля), иногда с полной потерей самоконтроля, неспособностью реагировать на призы­вы, с утратой чувства долга и чести.

В. М. Бехтерев считал, что **паника** — это «психическая эпидемия кратковременного свойства», которая возникает, в виде «подавляющего аффекта» чаще всего при большом сте­чении народа, которому как бы «прививается идея о неми­нуемой смертельной опасности», обусловленной складываю­щимися обстоятельствами. Паника, по его мнению, нераз­рывно связана с инстинктом самосохранения, который одинаково проявляется у личности независимо от ее интел­лектуального уровня. Внушение в толпе распространяется по­добно пожару; оно иногда возникает от случайно сказанного слова, отражающего переживания масс, резкого звука, выстрела, внезапного движения. В исступленной толпе каждый индивид влияет на окружающих и сам подвергается посто­роннему влиянию.

**Как помочь себе и тем, кто рядом.**

- **Своевременное информирование** людей о возможных опасностях и имеющихся способах противодействия. Если информации нет - старайтесь не поддаваться слухам, проверяйте информацию, не теряйте голову.

- **Помнить о регрессии толпы.** Никто не вспомнит в эти минуты, пожилой вы или совсем маленький человек, больны вы или здоровы, хватит ли у вас сил самостоятельно выжить в этой ситуации. Необходимо помнить, что каждый спасает себя.

**- Помнить об эмоциональном кружении толпы.** Постараться сосредоточься, не терять головы, не поддаваться эмоциональному кружению, вспомнить о том, чему обучен.

- В преддверии паники и на ранней стадии развития паники может быть использован **юмор,** как способ противодействия паническим настроениям.

- **Команды по управлению толпой отдавать низким и громким голосом.** Лучше доверить это мужчине. Высокий пронзительный женский голос не способствует предотвращению паники. Для управления толпой применяются убеждение (если позволяет время), категорический приказ, использование силы и даже устранение наиболее злобных паникеров.

- Еще один комплекс приемов влияния на действующую толпу связан с **использованием ритма.** Действующая толпа аритмична, и поэтому громкий ритмичный звук способствует соответствующему превращению. Поэтому, известные народные песни, церковные песнопения или гимн страны способствуют довольно быстрому воздействию на паническую толпу.

- **Применение более сильного шокового воздействия**. Например, выстрел в закрытом помещении способен произвести новую «оторопь», люди на секунду застывают и становятся доступны для организованных мер.

- **Если вы оказались в толпе**, двигайтесь по ходу толпы. Не влезайте на ограды, будьте дальше от витрин, не хватайтесь за деревья, столбы - старайтесь избегать тех мест, где вас толпа может зажать.

- **Стараться выбраться из центра толпы к периферии**. Гео­графия толпы (особенно отчетливо фиксируемая при аэрофо­тосъемке) определяется различием между более плотным ядром и разреженной периферией. В ядре аккумулируется эффект циркулярной реакции, и оказавшийся там, сильнее испытывает его влияние. Помни главное правило: «Проникая в толпу, думай, как будешь из нее выбираться!»

- **Застегнуть наглухо всю одежду,** снять все шарфы, спрятать шнурки в обувь, заправить брюки в сапоги – все, за что можно зацепиться. При давке надо освободить руки от всех предметов, со­гнуть их в локтях, Снять с себя туфли на шпильках.

- **Сцепка локтями**: в ряду сцепиться друг с другом локтями, при этом, произнося хором совместно несколько слов, например, «Не толкай!»

**- Надо стараться всеми силами удержаться на ногах.**

Если упал, то свернуться быстро клубком, закрыть голову руками, поджать ноги и попытаться рывком встать с земли по ходу движения толпы.

- Не приближайтесь к агрессивно настроенным лицам и группам лиц.

**Как преодолеть панику самостоятельно.**

Систематические тренировки вооружат вас способностью ослаблять возникающие порой симптомы паники и контролировать более слабые симптомы страха.

**Регуляция учащенного дыхания.**

Дыхание учащается в силу нескольких причин: при повышенной температуре, при большой физической нагрузке, после неожиданного потрясения.

Однако, у некоторых людей дышать чаще превращается в привычку, особенно в минуты эмоционального напряжения или беспокойства. Такое дыхание само по себе может спровоцировать приступ паники.

**Техники дыхания.**

1. **Метод замедленного дыхания.**

Цель упражнения: в момент появления страха или паники замедлить дыхание до 8 -10 вдохов в минуту. Потом вдыхать и выдыхать на счет три:

- сосредоточиться на дыхании;

- дышите диафрагмой (грудь и плечи не двигаются);

- при выдохе задержите дыхание на 10 сек., глубоко не вдыхайте;

- медленно выдохните;

- считая до трех, вдохните и, также считая, выдохните. Продолжайте считать на счет три, стараясь не делать глубоких вдохов. Успокойте дыхание, чтобы на каждый вдох -выдох приходилось по три секунды;

- подышите в таком темпе;

- если все еще паникуете, задержите дыхание на 10 сек. и повторите упражнение.

**2**. **Метод бумажного пакета.**

Увеличивая содержание углекислого газа в крови, мы выравниваем дыхание.

- ощутив приближение паники, наденьте на рот и нос маленький бумажный пакет. Прижмите его к лицу руками как можно плотнее, чтобы воздух не проходил.

- медленно и ровно дышите в пакет до тех пор, пока паника не станет отступать, а дышать не станет легче.

Минус упражнения – дышать таким образом на людях не всегда удобно, да и пакет придется носить с собой.

Плюс упражнения – сумеете быстро восстановить газовый баланс в крови и успокоить страх.

**3. Ладони – чашечкой.**

**-** сложите ладони «чашечкой» и, плотно прикрыв нос и рот, медленно дышать в эту «чашечку».

**Методики отвлечения.**

1. **«Вдох - выдох».**

Дышать и выдыхать, мысленно проговаривая «вдох» на вдохе и «выдох» при выдохе. Стараться не думать ни о чем, только дышать, мысленно проговаривая слова.

1. **Метод резиновой ленты.**

Носите вокруг запястья резинку. Почувствовав приближение приступа паники, оттяните ее. Пусть она с достаточной силой щелкнет вас по руке. Резкое болезненное ощущение отвлечет ваше внимание от подступающих симптомов и даст время применить другие техники для контроля страха.

1. **Счет.**

Некоторым людямсчет помогает отвлечься от надвигающегося приступа. Считать можно что угодно. Можно перемножать числа в уме.

1. **Воображение.**

Полезно бывает вообразить себя где – нибудь в славном, тихом месте, далеко – далеко от повседневных забот. При первых признаках страха попытайтесь припомнить что – нибудь приятное из своей собственной жизни, из фильма, книги. Вспомните или представляйте что – то личное, интересное только для вас, и как можно подробнее (со звуками, светом, цветом) и реалистичнее. Можно «войти» в воображаемую сцену.

1. **Техника «Янтарного шара».**

Представить над собой янтарный, теплый, светящийся изнутри, шар небольшого размера.

- этот шар начинает вас обертывать как «конфету» сверху донизу. В этой «оболочке» вы надежно спрятаны. На вас не может подействовать ни посторонний взгляд, ни сказанное слово, ни один человек не в состоянии причинить вам вред. Теперь вы надежно защищены янтарной энергией «янтарного шара».

- Осмотритесь вокруг. Решите, какие дальнейшие действия теперь вы должны совершить.

1. **Размышление.**

Если вы признаете страхи как нечто реальное, объективное, существующее помимо вашего сознания, то при первых симптомах страха начинайте педантично фиксировать появление всех симптомов и, по мере их появления, сухо, без эмоций, оцените их остроту.

Минусы: такая методика подходит тем, кто способен посмотреть на свои страхи «со стороны», проанализировать их, засвидетельствовав как бы чужими глазами. Тогда приступ паники превращается из переживания в некое постороннее событие, которое можно рассматривать издалека.

1. **Простая будничная деятельность** – поговорить с приятелем по телефону, послушать радио, потанцевать, посмотреть телевизор – также может отвлечь вас от панических ощущений.

**Как отразить приступ паники: выбор методики.**

Выясните, какая из методик подойдет именно вам, т.е. благодаря какой из них вы, вооружившись умением справляться со страхами и неколебимой верой в это свое умение, окажетесь наиболее подготовлены лицом к лицу встретиться с трудной ситуацией. Составьте перечень методик. Оцените степень их эффективности для вас. Система оценки – от 0 до 10. Это упражнение с максимальной точность помогает определить «свою» методику.

Полезно перечислить все техники. Сделайте это лучше всего на карточке, которую можно носить с собой в кошельке или бумажнике. Тогда вы сможете при первых симптомах паники быстро напомнить себе, что нужно делать.

Например:

- удержи дыхание на 10 сек;

- замедли дыхание;

- сосредоточенно считай.

Или:

- щелкни резинкой по запястью;

- надень бумажный пакет на рот и нос;

- дыши медленно и неглубоко;

- представь что нибудь приятное для себя.

Подавите желание бежать, продолжайте делать то, что делали до этого. Вознаградите себя за эту победу чем – нибудь или хотя бы похвалите за то, что делали все правильно и мудро. Не забывайте помочь тем, кто рядом с вами.

**Острые расстройства психики при пожаре.**

Давно известно, что в стрессовых ситуациях человеческое поведение определяется чувством страха. В первую очередь это касается поведения человека при пожаре. В этом случае наши действия становятся неконтролируемыми, а нервное напряжение активизирует все "дремавшие" в нас инстинкты. Это выражается в том, что человек чувствует прилив энергии, возрастание мышечной активности, обнаруживает способности к преодолению препятствий. Сознание человека при обнаружении серьезной опасности как бы абстрагируется, теряет способность нормально воспринимать события и оценивать сложность ситуации.

Как следствие, действия при возникновении пожара несогласованны, часто совершаются в полуавтоматическом состоянии, без контроля рассудка. Состояние панического страха при эвакуации людей из горящего помещения создает ситуации, при которых могут образоваться пробки на пути из горящего помещения. Люди могут также игнорировать свободные выходы, не замечать запасных - в стрессовом состоянии практически полностью теряется способность к анализу и оценке окружающего мира.

Для предупреждения гибели людей на всех предприятиях и в госучреждениях создается инструкция действий при пожаре. Кроме того, очень важно пропагандировать получение знаний в области психологической подготовки персонала, а также отработки порядка действий при пожаре. Для того чтобы довести действия людей при эвакуации до автоматизма, необходимы регулярные тренировки совместных действий в случае пожара.

КРИКИ "ПОЖАР!", ПАНИКА В ОБЩЕСТВЕННОМ МЕСТЕ

1. Услышав крики "Пожар", постарайтесь сохранять спокойствие и выдержку, призывайте к этому стоящих людей. Оцените обстановку, убедитесь в наличии реальной опасности (возможно, кто-то этим криком хочет привлечь внимание людей).

2. Стоя на месте, внимательно оглядитесь вокруг. Увидев телефон или кнопку пожарной сигнализации, сообщите о реальном пожаре в пожарную охрану (не считайте, что кто-то сделает за Вас) и начинайте спокойно двигаться к ближайшему выходу. Если есть возможность справиться с огнем, попросите о помощи рядом стоящих людей и, используя средства пожаротушения и подручные средства, потушите пожар, немедленно оповестив об этом окружающих.

3. При заполнении помещения дымом, выключении освещения постарайтесь идти к выходу, держась за стены, поручни и т.п., дышите через носовой платок или рукав одежды, ведите детей впереди себя, держа их за плечи.

4. В любой обстановке сохраняйте выдержку и хладнокровие, своим поведением успокаивая окружающих, не давайте разрастаться панике (если можете, возьмите на себя руководство людьми). Двигаясь в толпе, задерживайте обезумевших людей. Помогите тем, кто скован страхом и не может двигаться, для приведения их в чувство бейте ладонями по щекам, разговаривайте спокойно и внятно, поддерживайте их под руки.

5. Люди, застигнутые пожаром в здании, стремятся найти спасение на верхних этажах или пытаются выпрыгнуть из окон и с балконов. В условиях пожара многие из них неправильно оценивают обстановку, допускают нецелесообразные действия. Следите, чтобы никто не покидал путей эвакуации.

6. Выбравшись из толпы, окажите помощь пострадавшим, перенесите их на свежий воздух, расстегните одежду, вызовите "Скорую помощь".

Открытые сооружения с массовым пребыванием людей рассчитаны на огромное число зрителей, и здесь основная опасность при пожарах – возникновение паники, даже если серьезной угрозы жизни нет. Для предотвращения паники и спокойного проведения спасательных работ требуется большое количество личного состава.

Наконец, большая опасность при пожаре – паника. Человека одолевает страх, подавляющий сознание и волю. В таком состоянии люди теряют способность ориентироваться и оценивать обстановку. 2. Постарайтесь сохранять спокойствие и выдержку, успокойте находящихся рядом людей, особенно женщин. Оцените обстановку, убедитесь в наличии реальной опасности, выясните, откуда она исходит, затем спокойно, без паники начинайте двигаться в обратную сторону, направляясь к выходу. Двигаясь в толпе, пропустите вперед детей, женщин и престарелых, останавливайте паникеров. Помогайте тем, кто скован страхом и не может двигаться, разговаривайте с ними спокойно и внятно, поддерживайте под руки.

3. Оказавшись в толпе, согните руки в локтях и прижмите их к бокам, сжав кулаки. Наклоните корпус назад, уперев ноги вперед, и попытайтесь сдерживать напор спиной, освободив пространство впереди и медленно двигаясь. Заслоняйте детей спиной или посадите их себе на плечи.

**Организация ПМП при массовых поражениях.**

**Оценка тяжести пострадавшего и характера повреждений.**

При массовых поражениях, в условиях дефицита времени, осмотр, опрос, оказание ПМП и сортировка раненых идет практически одновременно. Нельзя уделять слишком много времени одному пострадавшему, потому что следующий тяжелораненый может не дождаться Вашей помощи.

**Правила и порядок осмотра пострадавшего следующие:**

Осмотр проводится в 2 этапа.

На первом определяется наличие угрозы жизни, на втором решаются все вопросы оказания ПМП. Осмотр должен быть быстрым и по возможности целенаправленным.

Второй этап включает осмотр не только пострадавшего но и места происшествия, сбор паспортных данных, сведений о наличии хронических болезней у пострадавшего, моделирование механизма травмы, определения прогноза пострадавшего и тактика спасателя по проведению ПМП.

Осмотрев и оценив наиболее явные повреждения, следует, параллельно с оказанием помощи провести полный осмотр пострадавшего сверху вниз. Последовательность такова: голова, шея, руки, грудь, спина, живот, таз, ноги. Осмотр ведется щадящими методами, с учетом полученной травмы. По возможности, к оказанию ПМП привлекаются окружающие. Лица, создающие помехи изолируются. Рационально связаться по мобильной связи с сотрудниками скорой помощи и до приезда медиков оказывать ПМП под их руководством.

При подозрении на криминальный случай следует сохранить происшествия в нетронутом виде и организовать свидетелей. Проводя осмотр, следует помнить о правилах собственной безопасности и по возможности перемещаться в безопасное место.

Ориентировочно состояние пострадавшего можно определить уже при подходе к нему, в основном по определению возможного механизма травмы. Оценка общего состояния проводится по уровню сохранности сознания, виду и влажности кожных покровов, сохранности функций конечностей, занимаемой позе.

При отсутствии сознания у пострадавшего определяют наличие у него сердцебиения (по пульсации сонных артерий) и дыхания (по движению грудной клетки, дыхательным шумам или поднеся зеркало к губам). Если кровообращение и дыхание есть то, скорее всего, пострадавший в коме. Ему нужен покой в положении на боку с холодным компрессом на голове. Если отсутствует дыхание и кровообращение, производят цикл первой реанимационной помощи по отработанным алгоритмам до восстановления функций дыхания и кровообращения или до появления признаков биологической смерти.

*Основные критерии оценки состояния пострадавшего*

*Поведение и сознание.* Следует обратить внимание на адекватность поведения пострадавшего. При выраженном беспокойстве, отсутствии правильной оценки своего состояния и окружающей обстановки, неправильных или опасных для самого пострадавшего и окружающих действиях необходимо изолировать такого человека и успокоить его, дав 15-20 капель настойки валерианы или других успокаивающих средств. Неадекватное поведение может быть следствием развития реактивного психоза, нервно-психического напряжения или проявлением закрытой черепно-мозговой травмы. В любом случае таких пострадавших нельзя оставлять без внимания и наблюдения.

Отсутствие сознания или его изменения являются грозным симптомом тяжелого поражения. Такие пострадавшие нуждаются в срочной медицинской помощи. Проявления нарушения сознания могут быть различны: заторможенность, сонливость, безразличие к окружающему. В таком состоянии человек отвечает на вопросы не сразу, медленно, тихим голосом, односложно. Если пострадавший вообще не отвечает на вопросы и не реагирует на Ваши действия, это говорит о коматозном состоянии, т.е. об отсутствии сознания за счет глубокого торможения головного мозга с нарушением его функций.

*Наличие внешних повреждений.* Ссадины, раны, кровоизлияния и их локализация могут подсказать спасателю, в какой области следует искать травму внутренних органов, особенно при сочетании внешних повреждений с другими симптомами. Например, ссадина в области лба и отсутствие сознания может говорить о наличии у пострадавшего черепно-мозговой травмы.

*Окраска кожных покровов и слизистых оболочек.* Цианоз, резкая бледность или гиперемия кожных покровов и слизистых оболочек в сочетании с другими симптомами демонстрируют явное неблагополучие в состоянии пострадавшего, что требует безотлагательного вмешательства спасателя.

*Характер и частота дыхания.* Это важный и видимый при внешнем осмотре признак для определения тяжести состояния пострадавшего. Необходимо обратить на характер дыхания (наличие слышимых хрипов), частоту, глубину и ритм дыхательных движений, участие вспомогательных дыхательных мышц.

*Состояние пульса.* Изменение ритма, тахикардия или брадикардия, плохое наполнение и напряжение пульса говорят о произошедших нарушениях в сердечно-сосудистой системе.

Все перечисленные признаки не требуют длительного исследования и являются достаточно информативными. Наличие других видимых признаков: судороги, отсутствие движений в конечностях, отсутствие реакции зрачков на свет– дополняет картину состояния пострадавшего и говорит о необходимости срочных медицинских мероприятий.

Определить степень повреждений помогает осторожная пальпация (ощупывание) одновременно с осмотром пострадавшего. Ее проводят, начиная с головы, шеи, затем переходят к грудной клетке, животу, тазу и заканчивают пальпацией и осмотром конечностей.

Основной принцип оценки состояния пострадавшего в очаге ЧС – это *сокращение времени осмотра*, чтобы затем немедленно приступить к следующему этапу спасения – оказанию первой медицинской помощи. При этом в первую очередь устраняют жизненно опасные осложнения – кровотечения, нарушения дыхания и др. И только после этого переходят к наложению асептических повязок, транспортных шин и другим мероприятиям, не требующим срочного вмешательства. При наличии нескольких пострадавших в первую очередь помощь оказывается тем людям, состояние которых опасно для жизни, и лишь после этого занимаются другими пострадавшими.

**Сортировка раненых и пораженных.**

**Цель** медицинской сортировки заключается в определении *нуждаемости* пострадавших в ПМП и *перспективности* медицинских мероприятий для каждого пострадавшего (особенно в условиях массового поражения). При травмах несовместимых с жизнью пострадавшим оказывается лишь симптоматическая помощь. Не менее важно решить вопрос очередности оказания ПМП в зависимости от степени тяжести пострадавших и возможности спасателей.

**Организация медицинской сортировки.**

Организация сортировки – задача медицинского персонала, но в условиях начального периода догоспитального этапа, когда медицинские силы еще не прибыли в очаг, руководитель обязан выделить указанные 5 сортировочных групп хотя - бы приблизительно, это позволит высвободить медикам необходимое для оказания медицинской помощи время. Во всяком случае всегда надо выделять 1-ю и 5-ю группы.

Основные элементы медицинского пособия в очаге ЧС включают:

 Мероприятия первой срочности.

 Организационные мероприятия.

 Технические мероприятия.

Следует стремиться, чтобы все эти элементы организовывались одновременно.

Осмотр проводит весь личный состав спасателей с привлечением максимума помощников. Он должен быть быстрым и полным.

Отбираются наиболее тяжелые пострадавшие, им помощь оказывают параллельно.

Все пострадавшие обязательно проводятся по документации и маркируются желательно бирками разного цвета. Каждый цвет определяет очередность оказания дальнейшей помощи на данном и последующих этапах.

**Виды сортировки**.

***По очередности помощи выделяют три группы***:

1. Больные, требующие реанимационного пособия, раненые с массивными кровотечениями, пострадавшие в шоке, пострадавшие в коме.
2. Пострадавшие с тяжелыми, особенно множественными, сочетанными, комбинированными травмами, грозящие шоком. Пострадавшие с переломами позвоночника и таза. Больные с внезапными тяжелыми болезнями.
3. Все остальные категории пострадавших.

**Приняты следующие сортировочные группы:**

1. Тяжело пораженные с нарастающими нарушениями жизненно важных функций. Нуждаются в неотложной помощи по жизненным показаниям. При неоказании адекватной помощи переходят в 1-ю группу. Временно эвакуации не подлежат.
2. Лица с тяжелыми и среднетяжелыми повреждениями. Непосредственной угрозы жизни нет. Прогноз относительно благоприятный. Мед. помощь во вторую очередь, а эвакуация – в первую.
3. Повреждения средней тяжести, жизненные функции либо несущественно нарушены, либо полностью сохранены. Прогноз положительный. В предэвакуационном периоде может потребоваться мед. помощь. Эвакуация во вторую очередь.
4. Легкораненые. Прогноз абсолютно благоприятный. Эвакуация во вторую очередь.

С крайне тяжелыми, не совместимыми с жизнью повреждениями. В терминальном состоянии. Прогноз неблагоприятный. Эвакуации не подлежат.

**Эвакотранспортная сортировка** решает вопросы возможности эвакуации, очередности отправки, вид транспорта, положение пострадавшего, направление эвакуации.

**Лечебно-эвакуационное обеспечение** производится поэтапно. Этапы медицинской эвакуации развертываются на путях вывоза пострадавших. На них осуществляется прием, сортировка, оказание мед. помощи и подготовка нуждающихся к дальнейшей эвакуации по назначению. На этапах ЛЭО помощь осуществляют в основном медики, высвободившиеся спасатели переходят в их распоряжение.

Приняты следующие сортировочные группы:

1. С крайне тяжелыми, не совместимыми с жизнью повреждениями. В терминальном состоянии. Прогноз неблагоприятный. Эвакуации не подлежат.
2. Тяжело пораженные с нарастающими нарушениями жизненно важных функций. Нуждаются в неотложной помощи по жизненным показаниям. При неоказании адекватной помощи переходят в 1-ю группу. Временно эвакуации не подлежат.
3. Лица с тяжелыми и среднетяжелыми повреждениями. Непосредственной угрозы жизни нет. Прогноз относительно благоприятный. Мед. помощь во вторую очередь, а эвакуация – в первую.
4. Повреждения средней тяжести, жизненные функции либо несущественно нарушены, либо полностью сохранены. Прогноз положительный. В предэвакуационном периоде может потребоваться мед. помощь. Эвакуация во вторую очередь.
5. Легкораненые. Прогноз абсолютно благоприятный. Эвакуация во вторую очередь.

**Роль командиров формирований в ходе проведения СИДР.**

Эта роль в основном сводится к организации поиска, выноса пострадавших из очага ЧС и оказания им необходимой помощи. Особо велика она в начальном периоде догоспитального этапа. В это время неизбежны панические настроения, растерянность и неорганизованность. Командир обязан взять на себя моральную и юридическую ответственность за спасение и сохранение жизни пострадавших. Он должен не только четко знать свои функциональные обязанности, но и уметь принимать нестандартные решения. Внимание слушателей акцентируется на умении командира подавлять панику, направлять желание помочь у людей в организованное русло.

Основные элементы медицинского пособия в очаге ЧС включают:

1. Мероприятия первой срочности.
2. Организационные мероприятия.
3. Технические мероприятия.

Следует стремиться, чтобы все эти элементы организовывались одновременно.

Командир занимается общим ориентированием на местности, определением мест скопления пораженных, поиска одиночных пораженных, определением числа пораженных, организацией разбора завалов, эвакуации из очагов. При этом разрабатываются пути подходов и выноса (вывода), определяются места организации гнезд.

Важный вопрос – это определение количества спасающих на каждом участке очага ЧС, определения функций спасателей и объема их деятельности.

Большое значение придается организации изготовления технических средств, доставки лекарств и перевязочных материалов, организации обеспечения питья и еды, тепла и покоя. В решении последней группы вопросов необходимо тесное взаимодействие командира с руководящим составом и командирами других спасательных подразделений.

Все эти элементы должны обеспечить оказание ПМП и ПРП максимуму пострадавших в оптимальные сроки по возможности прямо в очаге ЧС и скорейшую передачу их в руки медиков.

Особое внимание направляется на вопросы профилактики ЧС.

При этом следует разобрать вопросы возможной профилактики для каждого конкретного предприятия, регион, с учетом анализа возможности той или иной ЧС, готовности к ней, наличия фактически личного состава подразделений и степени готовности каждого его члена к выполнению своих функциональных обязанностей.

Необходимо обсудить наличие материальной базы для оказания ПМП. Дать слушателям необходимый перечень средств оказания ПМП из расчета работающих.

Говоря о подготовке личного состава подразделений как об основной обязанности командира вне ЧС, необходимо подчеркнуть, что очень многое зависит от того, насколько команда добилась слаженности в работе и насколько подразделение ролей в спасательном процессе подобрано в соответствии с личностными характеристиками членов команд.

Моделирование ситуации с исполнением слушателями различных ролей в процессе спасения помогает выявить слабые места в подготовке. Преподаватель подчеркивает необходимость возобновления на производстве и в организациях практики создания санитарных дружин и санитарных постов и работы с ними по утвержденным, проверенным временем и практикой методикам.