



**Ханты-Мансийский автономный округ – Югра**

**МУНИЦИПАЛЬНОЕ КАЗЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ НИЖНЕВАРТОВСКОГО РАЙОНА  
«УПРАВЛЕНИЕ ПО ДЕЛАМ ГРАЖДАНСКОЙ ОБОРОНЫ  
И ЧРЕЗВЫЧАЙНЫМ СИТУАЦИЯМ»**

ул. Зырянова, 10, д. Вампугол, Нижневартовский район, Ханты-Мансийский автономный округ – Югра  
(Тюменская область), 628601 Телефон: (3466) 49-47-12, 49-47-78, тел/факс 49-47-39, E-mail:GOCS@nvraion.ru.

**УТВЕРЖДАЮ**

Директор муниципального казенного  
учреждения Нижневартовского района  
«Управление по делам гражданской  
обороны и чрезвычайным ситуациям»

  
В.М. Кубко  
«12» января 2021 года  


**КОНСПЕКТ ПО ТЕМЕ**

**«Правила оказания первой доврачебной помощи»**

**Для обучения неработающего населения  
в области гражданской обороны и защиты от чрезвычайных ситуаций**

**Составил:**

Начальник курсов гражданской обороны  
МКУ Нижневартовского района  
«Управление по делам гражданской  
обороны и чрезвычайным ситуациям»  
кандидат педагогических наук, доцент  
Рондырев – Ильинский В.Б.

**Первая помощь (ПП)** – простейшие срочные меры, необходимые для спасения жизни и здоровья пострадавшего при повреждениях, несчастных случаях и т.п. ПП оказывается на месте происшествия до прибытия медработника или доставки пострадавшего в больницу.

#### **Общая последовательность оказания ПП:**

1. Удалить пострадавшего из обстановки, вызвавшей несчастный случай (например, извлечь придавленного из-под обломков), устранить действие травматического фактора (например, дать доступ свежего воздуха при отравлении угарным газом, удалить от источника тока при электротравме и т.д.);
2. Устранить вредное влияние обстановки (перенести в помещение, а если надо в прохладное место, согреть и т.д.);
3. Оказать необходимую помощь (сделать повязку при ранении, наложить шину при переломе, произвести временную остановку кровотечения и т.д.);
4. Доставить пострадавшего в лечебное учреждение или вызвать «скорую медицинскую помощь».

Первая помощь оказывается на месте поражения, а ее вид определяется характером повреждений, состоянием пострадавшего и конкретной обстановкой в зоне чрезвычайной ситуации.

#### **Основные способы оказания первой медицинской помощи:**

**1. Проведение искусственной вентиляции легких (ИВЛ).** Искусственное дыхание проводится в тех случаях, когда пострадавший не дышит или дышит очень плохо (редко, судорожно, как бы со всхлипыванием), а также, если его дыхание постоянно ухудшается. Наиболее эффективным способом искусственного дыхания является способ "изо рта в рот", так как при этом обеспечивается поступление достаточного объема воздуха в легкие (за один вдох до 1000-1500 мл); выдыхаемый человеком воздух физиологически пригоден для дыхания пострадавшего. Вдувание воздуха производится через марлю, носовой платок, другую неплотную ткань или специальный "воздуховод". Этот способ искусственного дыхания позволяет легко контролировать поступление воздуха в легкие пострадавшего по расширению грудной клетки после вдувания и опусканию ее в результате пассивного выдоха.

Для проведения искусственного дыхания пострадавшего следует уложить на спину, расстегнуть стесняющую дыхание одежду. Комплекс реанимационных мероприятий следует начинать с проверки, а при необходимости с восстановления проходимости дыхательных путей. При бессознательном состоянии пострадавшего дыхательные пути могут быть закрыты запавшим языком, в полости рта могут быть рвотные массы, смещенные протезы и т.п., что необходимо быстро удалить пальцем, обернутым платком или краем одежды. Предварительно надо убедиться в отсутствии противопоказаний к запрокидыванию головы - тяжелой травмы шеи, переломов шейных позвонков.

При отсутствии противопоказаний проверка проходимости дыхательных путей, а также ИВЛ проводятся с использованием метода запрокидывания головы. Оказывающий

помощь располагается сбоку от головы пострадавшего, одну руку подсовывает ему под шею, а ладонью другой руки надавливает на его лоб, максимально запрокидывая голову. При этом корень языка поднимается и освобождает вход в гортань, а рот пострадавшего открывается. Реаниматор наклоняется к лицу пострадавшего, полностью плотно охватывает губами открытый рот пострадавшего и делает энергичный выдох, с некоторым усилием вдувая воздух в его рот; одновременно он закрывает нос пострадавшего щекой или пальцами руки, находящейся на лбу. При этом надо наблюдать за грудной клеткой пострадавшего, которая поднимается. После подъема грудной клетки нагнетание (вдувание) воздуха приостанавливают, происходит пассивный выдох у пострадавшего, продолжительность которого должна быть примерно вдвое больше вдоха. Если у пострадавшего хорошо определяется пульс и необходимо проводить только искусственное дыхание, то интервал между искусственными вдохами должен составлять 5 сек.

При эффективном искусственном дыхании кроме расширения грудной клетки может быть порозовение кожных и слизистых покровов, а также выход пострадавшего из бессознательного состояния и появление у него самостоятельного дыхания. Если челюсти пострадавшего плотно стиснуты и открыть рот не удастся, следует проводить искусственное дыхание "изо рта в нос". При появлении первых слабых вздохов следует приурочить проведение искусственного вдоха к моменту начала самостоятельного вдоха пострадавшего. Искусственное дыхание прекращают после восстановления у пострадавшего достаточно глубокого и ритмичного самостоятельного дыхания.

**2. Проведение сердечно-легочной реанимации (СЛР).** Наружный массаж сердца является важнейшей составной частью реанимации; он обеспечивает искусственные сокращения мышцы сердца, восстановление кровообращения. При проведении наружного массажа сердца реаниматор выбирает позицию слева или справа от пострадавшего и определяет точку приложения давления. Для этого он нащупывает нижний конец грудины и, отступая на два поперечных пальца выше, устанавливает ладонную поверхность кисти перпендикулярно груди. Вторая рука располагается сверху, под прямым углом. Очень важно, чтобы пальцы не касались грудной клетки. Это способствует эффективности массажа сердца и существенно уменьшает опасность перелома ребер. Непрямой массаж надо начинать с толчкообразного сдавливания грудины и смещения ее по направлению к позвоночнику на 4...5 см, продолжительностью 0,5 с и быстрого расслабления рук, без отрыва их от грудины. При проведении наружного массажа сердца частой причиной неудач являются длительные паузы между надавливаниями. Наружный массаж сердца сочетают с искусственным дыханием. Это может проводиться одним или двумя реаниматорами.

*При проведении реанимации* после каждого двух быстрых нагнетаний воздуха в легкие необходимо сделать 30 сдавливаний грудины (соотношение 2:30) с интервалом между вдохом и массажем сердца в 1 секунду, у детей (соотношение 2:15).

В период искусственного вдоха не производить надавливания на грудину для массажа сердца, т.е. необходимо операции по реанимации строго чередовать. При

правильных действиях по реанимации кожные покровы розовеют, зрачки сужаются, самостоятельное дыхание восстанавливается. Пульс на сонных артериях во время массажа должен хорошо прощупываться, если его определяет другой человек. После восстановления сердечной деятельности при хорошо определяемом собственном (без массажа) пульсе, массаж сердца немедленно прекращают, продолжая искусственное дыхание при слабом самостоятельном дыхании пострадавшего и стараясь, чтобы естественный и искусственный вдохи совпадали. При восстановлении полноценного самостоятельного дыхания искусственное дыхание также прекращают. Если ваши усилия увенчались успехом, и у пострадавшего, который находится без сознания, стали определяться дыхание и пульс, не оставляйте его лежать на спине, за исключением травмы шеи или спины. Переверните пострадавшего на бок, чтобы его дыхательные пути были открыты.

### **Виды кровотечений. Первая помощь при кровотечениях и ранениях.**

В зависимости от того, какой ранится кровеносный сосуд, различают три вида кровотечений: артериальное, венозное и капиллярное. В зависимости от вида кровотечения применяются различные способы его остановки.

При артериальном кровотечении кровь алого цвета, из раны бьет фонтанчик. При венозном кровотечении кровь темного цвета, из раны вытекает равномерной струей. Капиллярное кровотечение характеризуется тем, что кровь просачивается мелкими каплями из поврежденных тканей.

Различаются временные и постоянные способы остановки кровотечения. Первые применяются на месте происшествия в порядке взаимопомощи, вторые – в лечебных учреждениях. Необходимо хорошо знать временные способы остановок кровотечений, к которым относятся: прижатие пальцем кровоточащего сосуда к кости выше места ранения, максимальное сгибание конечности в суставе и наложение жгута, закрутки или давящей повязки.

Способ пальцевого прижатия кровоточащего сосуда к кости применяется на короткое время, необходимое для приготовления жгута или давящей повязки. Наиболее легко это сделать там, где артерия проходит вблизи кости или над нею.

Кровотечение из раны головы можно остановить или уменьшить, прижав на стороне ранения височную артерию, которая проходит в 1-1,5 см впереди ушной раковины, где можно легко обнаружить ее пульсацию. При кровотечении из раны, расположенной на шее, прижимают сонную артерию на стороне ранения ниже раны. Пульсацию этой артерии можно обнаружить сбоку от трахеи (дыхательного горла). При расположении раны высоко на плече, вблизи плечевого сустава или в подмышечной области остановить кровотечение можно прижатием подключичной артерии в ямке над ключицей. В случае кровотечения из средней части плеча сдавливается плечевая артерия, для чего кулак оказывающего помощь помещается в подмышечной впадине и там плотно фиксируется прижатием плеча, пораженного к туловищу. При кровотечении из раны в области предплечья плечевую артерию прижимают к плечевой кости у внутренней поверхности двуглавой мышцы четырьмя пальцами руки. Эффективность прижатия

проверяют по пульсации лучевой артерии. Кровотечение из кисти следует остановить прижатием лучевой или локтевой артерии. Остановить кровотечение при ранении бедра можно прижатием бедренной артерии, находящейся в верхней части бедра. При кровотечении из голени следует прижать подколенную артерию обеими руками. Большие пальцы кладут на переднюю поверхность коленного сустава, а остальными пальцами нащупывают артерию в подколенной ямке и прижимают к кости. Следует иметь в виду, что прижатие артерии к кости требует значительных усилий, и пальцы быстро устают. Даже физически очень сильный человек не может это делать более 15–20 мин.

На мелкие кровоточащие артерии и вены накладывается давящая повязка: рана закрывается несколькими слоями стерильной марли, бинта или подушечками из индивидуального перевязочного пакета. Поверх стерильной марли кладется слой ваты и накладывается круговая повязка, причем перевязочный материал, плотно прижатый к ране, сдавливает кровеносные сосуды и способствует остановке кровотечения.

Однако при сильном кровотечении для его остановки следует наложить **жгут**. Наложение жгута применяется в основном для крупных сосудов конечностей

**Методика его наложения сводится к следующему:**

- придать (по возможности) поврежденной конечности возвышенное положение;
- на обнаженную часть конечности, выше раны наложить салфетку, сделать несколько ходов бинта или использовать любую другую прокладку (одежду пострадавшего, платок и пр.);
- сильно растянутый жгут наложить на конечность выше раны на прокладку так, чтобы первый оборот жгута остановил кровотечение, проверить отсутствие пульса;
- закрепить конец жгута с помощью крючка и цепочки;
- поместить под жгут записку, в которой отметить дату и время наложения жгута;
- на рану наложить асептическую повязку;
- проверить правильность наложения жгута (по прекращению кровотечения отсутствию пульса на периферических артериях, бледному цвету кожи):
- в зимнее время конечности с наложенным жгутом обернуть ватой, одеждой.

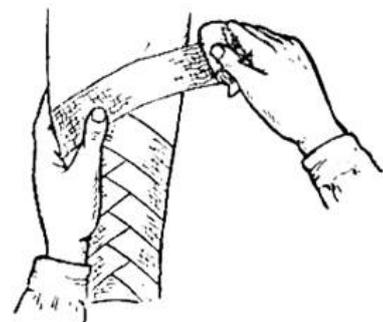
**Необходимо помнить**, что жгут может быть использован на срок не более 2 часов, так как в противном случае конечность омертвевает. При первой же возможности жгут снимают. Если нет такой возможности, то через 1,5-2 часа следует немного отпустить жгут на 1-2 мин до покраснения кожи и снова затянуть.

**Виды повязок. Правила и приёмы наложения повязок.**

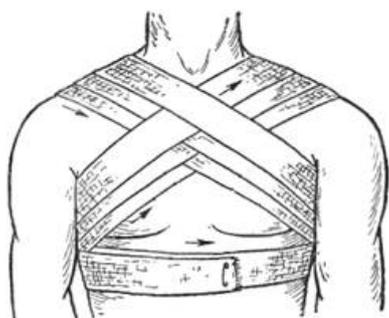
Существует много разных типов бинтовых повязок. Наиболее простая из них – **круговая повязка**. При наложении круговой повязки бинтуют так, чтобы каждый последующий оборот бинта полностью закрывал предыдущий. Она удобна, когда необходимо забинтовать какую-то ограниченную область, например запястье, лоб и т.п.

**Спиральную повязку** начинают так же, как и круговую, делая на одном месте 2 – 3 оборота бинта для того, чтобы закрепить его, а затем накладывают бинт так, чтобы каждый оборот его закрывал предыдущий лишь частично. Спиральная повязка применяется при бинтовании конечностей, причем конечность всегда бинтуется от периферии, т.е. начиная с более тонкой ее части.

При бинтовании области суставов, стопы, кисти применяют **восьмиобразные повязки**, называемые так потому, что при их наложении бинт все время как бы образует цифру 8.



При бинтовании раны, расположенной на груди или на спине, можно применять так называемую **крестообразную повязку**.



Мелкие повреждения кожи можно заклеить кусочком бактерицидного липкого пластыря, а поверх его положить еще кусочек лейкопластыря, на 0,5 см шире прежнего с каждой стороны. Такая повязка герметична и хорошо обеспечивает заживление ранки.

После наложения повязки и временной остановки кровотечения пострадавшим обязательно направляется в больницу для первичной хирургической обработки раны и окончательной остановки кровотечения.

**Синдром длительного сдавления (СДС)** – это патологическое состояние, связанное с восстановлением кровообращения в тканях, долгое время его лишенных. Возникает СДС при извлечении пострадавших из-под завалов, куда они попадают во время землетрясений, техногенных катастроф, терактов. Разновидность этой патологии – синдром позиционного сдавления, который возникает в конечностях людей, долгое время сохраняющих неподвижность (кома, алкогольная интоксикация). При этом сдавление конечностей происходит под массой собственного тела больного.

Меры первой помощи при синдроме длительного сдавления зависят от того, кто их оказывает, а также от доступности привлекаемых сил и наличия квалифицированного персонала. Неподготовленный человек мало что сможет сделать, чтобы предотвратить развитие тяжелых осложнений, тогда как профессиональные спасатели своими действиями серьезно улучшают прогноз для больного. Главной ее особенностью является категорический запрет на освобождение человека из-под тяжелого предмета без предварительного наложения жгута или давящей повязки.

В первую очередь извлеченный из-под должен быть перемещен в безопасное место. Выявленные при поверхностном осмотре раны, ссадины должны быть накрыты асептическими повязками. При наличии кровотечения следует принять меры к его скорейшей остановке, переломы иммобилизируют специальными шинами или подручными средствами. Если начало внутривенной инфузии на этом этапе невозможно, больного необходимо обеспечить обильным питьем. Эти меры может выполнить любой человек, участвующий в спасательных работах.

**Перелом** - внезапное нарушение целостности кости. Переломы бывают открытыми и закрытыми.

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

Обнаружить перелом можно при наружном осмотре поврежденной части тела. При необходимости прощупывают место перелома; почти всегда удается обнаружить неровности кости, острые края обломков и характерный хруст при легком надавливании. Ощупывать, особенно для определения подвижности кости вне области сустава, нужно осторожно, двумя руками, стараясь не причинить дополнительной боли и травмы пострадавшему.

**Открытые переломы** - это переломы, при которых имеется рана в зоне перелома, и область перелома сообщается с внешней средой. Они могут представлять собой опасность для жизни вследствие развития шока, кровопотери, инфицирования.

При открытых переломах транспортирование пострадавшего в лечебное учреждение проводится на носилках в положении лежа на спине.

**Закрытые переломы** - это переломы, при которых отсутствует рана в зоне перелома. Характерными внешними признаками закрытых переломов являются нарушение прямолинейности и появление «ступеньки» в месте перелома. Отмечаются ненормальная подвижность, боль, хруст отломков, припухлость.

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

При отсутствии стандартных шин можно использовать подручные средства: доски, палки, фанеру, картон, свернутые журналы, весла, зонтики и другие предметы. В исключительных случаях допускается транспортная иммобилизация путем прибинтовывания поврежденной конечности к здоровой части тела: верхней - к туловищу, нижней - к здоровой ноге.

**Оказание первой медицинской помощи при открытых переломах:**

- остановить кровотечение, обработать края раны;
- на рану наложить стерильную повязку;
- дать обезболивающее средство;
- провести иммобилизацию.

**Оказание первой медицинской помощи при закрытых переломах:**

- провести иммобилизацию;
- дать обезболивающее средство и наложить холод;

- доставить пострадавшего в медицинское учреждение.

**Основными принципами транспортной иммобилизации являются:**

- шина обязательно должна захватывать два (выше и ниже перелома), а иногда и три сустава (при переломах бедра, плеча);
- при иммобилизации конечности необходимо по возможности придать ей физиологическое положение, а если это невозможно, то такое положение, при котором конечность меньше всего травмируется;
- при открытых переломах вправление отломков не производят; накладывают стерильную повязку на место повреждения и конечность фиксируют в том положении, в каком она находится в момент повреждения;
- при закрытых переломах снимать одежду с пострадавшего не нужно;
- нельзя накладывать жесткую шину прямо на тело, под нее необходимо подложить мягкую прокладку (вата, полотенце);
- во время перекладывания больного с носилок поврежденную конечность должен поддерживать помощник.

**Способы иммобилизации различных частей тела:**

- а – головы;
- б - грудного отдела позвоночника;
- в - поясничного отдела позвоночника;
- г — таза;
- д — грудной клетки;
- е — верхних конечностей;
- ж - нижних конечностей.



**Ушиб** - это закрытое повреждение мягких тканей и кровеносных сосудов с образованием кровоподтеков.

Ушибы возникают при ударе о твердый тупой предмет. При ударе возникает небольшая боль, при ушибе живота возможен шок. Функции движения нарушаются незначительно. Отек образуется после удара, а кровоподтек образуется через несколько часов при поверхностном ушибе или через 2-3 дня при травме глубоких тканей. Первая помощь пострадавшим направлена на уменьшение кровоизлияния и снятие болей. Для остановки внутреннего кровотечения накладывают давящую повязку, придают возвышенное положение и охлаждают место ушиба. Боль уменьшают путем придания ушибленному органу состояния покоя. Пострадавшему создают общий покой и дают чай или кофе. Ушибы головы, груди и живота могут сопровождаться скрытыми повреждениями, поэтому необходимо направить пострадавшего в лечебное учреждение.

**Вывих** - это стойкое ненормальное смещение концов костей, входящих в сустав, происходящее при разрыве суставной сумки. Вывихи происходят при падении, ударе и даже при неловком движении. В момент травмы и в течение первых часов отмечается резкая боль. Функции движения в суставе нарушаются. Положение конечностей не

нормальное, не обычное. Первая помощь пострадавшему направлена на уменьшение болей и задержку в развитии отёка. На поврежденный сустав кладут холод и фиксируют конечность. Руку подвешивают на косынку или прибинтовывают к груди, а ногу обкладывают мягкими предметами. Нельзя вправлять вывих самостоятельно.

**Термические ожоги** возникают от непосредственного воздействия на тело высокой температуры (пламя, кипятки, горячие и горячие жидкости и др.). Тяжесть повреждения зависит от высоты температуры, длительности воздействия, обширности поражения и локализации ожога. Особенно тяжелые ожоги вызывают пламя и пар, находящийся под давлением. В последнем случае возможны ожоги полости рта, носа, трахеи и других органов, соприкасающихся с атмосферой.

Чаще всего наблюдаются ожоги рук, ног, глаза, реже — туловища и головы. Чем распространеннее ожог и чем глубже поражение, тем большую опасность представляет он для жизни больного. Ожог 1/3 поверхности тела часто заканчивается смертью.

#### **По глубине поражения тканей различают:**

**-ожоги первой степени**, характеризующиеся гиперемией и отеком кожи, жжением и болью в месте ожога. Через 4-5 дней наступает шелушение кожи и выздоровление;

**-ожоги второй степени** характеризуются появлением пузырей на покрасневшей и отечной коже. Пузыри наполнены прозрачной желтоватой жидкостью. После их разрыва или удаления обнаруживается болезненная ярко-красная поверхность росткового слоя кожи. Заживление ожога происходит в течение 10-15 дней без образования рубцов;

**-ожоги третьей степени** с омертвлением кожи не на всю толщу (ожоги третьей степени А) или с омертвлением всех слоев кожи (ожоги третьей степени Б); образуется струп серого или черного цвета;

**-ожоги четвертой степени** характеризуются омертвлением не только кожи, но и глубже лежащих тканей (сухожилий, фасций, костей и пр.).

**Первая помощь** должна быть направлена на прекращение воздействия высокой температуры на пострадавшего: следует погасить пламя на одежде, удалить пострадавшего из зоны высокой температуры, снять с поверхности тела тлеющую и резко нагретую одежду.

Вынос пострадавшего из опасной зоны, тушение тлеющей и горячей одежды необходимо осуществлять осторожно, чтобы грубыми движениями не нарушить целостность кожных покровов.

Для оказания первой помощи одежду лучше разрезать, особенно там, где она прилипает к ожоговой поверхности. Отрывать одежду от кожи нельзя; ее обрезают вокруг ожога и накладывают асептическую повязку поверх оставшейся части одежды. Раздевать пострадавшего не рекомендуется, особенно в холодный период года, так как охлаждение резко ухудшит общее состояние организма.

Следующей задачей первой помощи является скорейшее наложение сухой асептической повязки для предупреждения инфицирования ожоговой поверхности. Для этой цели желательно использовать стерильный бинт или индивидуальный пакет. При отсутствии специального стерильного перевязочного материала ожоговую поверхность

можно закрыть чистой хлопчатобумажной тканью, проглаженной горячим утюгом или смоченной этиловым спиртом, водкой либо перманганата калия. Такие повязки несколько уменьшают боль.

**Отморожения** – это повреждения, вызванные местным охлаждением тканей. Основной причиной является холодная и сырая погода. Чаще всего отморожению подвергаются пальцы рук и ног, нос, уши и щеки. Первыми признаками отморожения являются побледнение кожи из-за резкого сокращения сосудов и потеря чувствительности на пораженном участке.

**Отморожения могут быть четырёх степеней:**

1). **Отморожение первой степени** характеризуется синюшно-красной кожей и незначительной отечностью. Последствия отморожения проходят через несколько дней, однако пораженный участок сохраняет чувствительность к холоду.

2). **Отморожение второй степени:** омертвевает самый верхний слой кожи. На синюшно-красном фоне образуются мутные кровянисто-серозные пузыри.

3). **Отморожение третьей степени** характеризуется омертвлением всех слоев кожи.

4). **Отморожение четвертой степени** характеризуется поражением глубоко лежащих тканей.

**Первая помощь** пострадавшему заключается в восстановлении кровообращения и чувствительности в пораженном участке и согревание всего организма. Для этого пострадавшего помещают в теплое помещение, укрывают одеялами. На отмороженные участки накладывают нагретые шерстяные платки. Пострадавшего поят чаем или кофе, заставляют двигаться и не дают спать. Пораженные части легко и осторожно растирают руками и платками. Растирание производится от кистей к плечам и от паха к пальцам ног. Пораженные участки с пузырями не растираются. Согревание отмороженных конечностей можно производить в водяной ванне, постепенно повышая температуру от 18 до 40<sup>0</sup>С с одновременным массажем. Отмороженные участки нельзя смазывать какими-либо мазями, так как они затрудняют последующее лечение.

**Обморок** может возникнуть у любого человека, даже у абсолютно здорового. Однако чаще всего кратковременная потеря сознания происходит вследствие кислородного голодания мозга, мощных эмоциональных переживаний, как результат сердечной недостаточности.

Первое, что нужно сделать, это проверить сердцебиение человека. Если его нет, нужно делать массаж сердца и искусственное дыхание.

Если сердцебиение прослушивается (а оно может быть очень слабым), потерявшего сознание человека нужно положить спиной на ровную поверхность. Приподнимите ноги, подставив под них подушку или любой другой предмет. Такое положение обеспечивает максимальный приток крови к головному мозгу. Ни в коем случае не опускайте голову больного ниже уровня тела.

Голову пациента нужно повернуть в сторону, чтобы язык не запал – это может препятствовать нормальному дыханию.

Расстегните пострадавшему воротник, снимите галстук, так вы обеспечиваете пациента достаточным количеством кислорода.

Чтобы привести больного в чувство, можно дать ему понюхать нашатырного спирта. Капните немного нашатыря на ватный тампон и поднесите его к носу. Если под рукой нет нашатыря, используйте другие жидкости с резким запахом – уксус, спирт, бензин.

Если резкий запах не помогает, можно побрызгать на человека холодной водой. Ни в коем случае не бейте его по щекам – это абсолютно бесполезный способ.

После того, как больной пришел в чувство, он не должен делать резких движений. Нужно принять удобное положение тела и выпить стакан горячего сладкого чая.

Не поднимайте пациента, пока он не пришел в сознание, не теребите и не трясите его. Если человек не приходит в себя в течение 8-10 минут, нужно вызывать врача. До приезда бригады скорой помощи врач на том конце провода может дать некоторые рекомендации о том, как привести человек в чувство.

**Отравлением** называют системное поражение организма вследствие попадания внутрь ядовитых веществ.

Яд может проникнуть в организм через рот, дыхательные пути или кожные покровы. Различают следующие виды отравлений:

Пищевые отравления;

Отравления лекарственными препаратами;

Отравления ядовитыми химикатами (кислоты, щелочи, бытовая химия, продукты нефтепереработки);

Отравления угарным газом, дымом, парами аммиака и т.д.

**Принципы оказания экстренной помощи следующие:**

Прекратить контакт с ядовитым веществом;

Как можно быстрее вывести яд из организма;

Поддержать жизненно важные функции организма, в первую очередь дыхательную и сердечную деятельность.

В случае необходимости провести реанимационные мероприятия (закрытый массаж сердца, дыхание «рот-в-рот» или «рот-в-нос»);

Вызвать пострадавшему врача, в неотложных случаях – скорую помощь.

Важно точно установить, вследствие чего произошло отравление, это поможет быстро сориентироваться в ситуации и эффективно оказать помощь.