

УРОК № ____.

ОМСП Тема.1-1. Основні документи нормативно-правової бази щодо захисту життя та здоров'я людини в Україні. Загальні уявлення про будову та фізіологію людського організму.

Навчальна група: _____

Час: _____

Місце: _____

Мета: Дати основні поняття про нормативно - правові документи щодо захисту життя та здоров'я людини. Загальні уявлення про будову та фізіологію людського.

Обладнання: Методичні матеріали, схеми, підручник, плакати.

План уроку

1. Мета та завдання Основ медико-санітарної підготовки.
2. Нормативно - правові документи щодо захисту життя та здоров'я людини.
3. Опитування учнів на предмет знань з загальної анатомії , фізіології та будови тіла людини.

Хід уроку

- I. Шиккування. Привітання, огляд зовнішнього вигляду, захід у клас, розміщення
- II. Оголошення теми, мети та завдань уроку
- III. Відпрацювання основних питань.
- IV. Контрольне опитування.
- V. Підведення підсумків.
- VI. Домашнє завдання.

Розповідь вчителя.

1. Мета та завдання Основ медико-санітарної підготовки.

Під час проходження військової служби у Збройних Силах та інших військових формуваннях України, а також в повсякденній життєдіяльності, існує загроза виникнення травматичних пошкоджень, нещасних випадків у будь-якій ситуації та різноманітних захворювань. Тому майбутнім захисникам Вітчизни, важливо навчитися здійснювати основні прийоми надання першої допомоги – простим доцільним заходам для рятування життя людини, які попереджають ускладнення, додаткове травмування, усунення болю та інше

2. Нормативно - правові документи щодо захисту життя та здоров'я людини.

Головна цінність суспільства – життя та здоров'я його громадян. Захист життя та здоров'я людини забезпечується законодавством України, а також міжнародними нормативними документами.

Найбільшу юридичну силу в нашій державі має основний закон - Конституція України, де „людина, її життя і здоров'я ... визначаються найвищою соціальною цінністю” (розділ I, ст.3). Конституційне право кожного на охорону здоров'я, медичну допомогу (розділ II, ст. 49) підкріплюється багатьма законодавчими актами: „Основи законодавства України про охорону здоров'я”, Указ Президента України „Про додаткові заходи щодо поліпшення медичної допомоги населенню України” (2000р.) та інші.

Перша допомога може бути надана на місці ураження самим потерпілим (самопомога) чи його товаришем (взаємодопомога).

Щоб зробити це правильно, необхідно знати будову та функції здорового організму (все те, що ви вивчали на уроках „Біологія ”) –

Для правильного встановлення характеру й наслідків поранень і для надання ефективної першої допомоги необхідно знати структуру тіла й діяльність його органів.

Структура тіла. Клітка. Тіло людини складається із цілих рядів органів. Їх основною складовою частиною є клітка. Таким чином, тіло являє собою сукупність кліток. Їхня кількість досягає

декількох мільярдів. Клітка - це маленька камера в основному круглої або ж довгастої форми. Найбільш великою людською кліткою є жіноча яйцеклітина, яйце, а найменшої - чоловіча полові клітка - сперматозоїд (насіння).

Клітка представляє собою як би маленьку фабрику. Сукупність кліток однакового характеру й з однаковою функцією утворює тканину.

Різняться тканини нервові, м'язові, сполучні й покривні. Тканини поєднуються в утворення, що виконують певний вид діяльності. Це так звані апарати, органи. У зв'язку із цим тіло як сукупність органів називається організмом. Органи, діяльність яких взаємно зв'язана, утворюють комплекси, називані системами. В тілі людини різняться наступні системи: кісткова, м'язова, травна, дихальна, сечостатева, судинна, нервова, органи

почуттів, залоз внутрішньої секреції й шкірна. Рух людини здійснюється за допомогою кісткової й м'язової

систем. Харчування людини забезпечується травною системою, а подих - дихальною системою. Для виведення надлишкових рідин служать сечова й шкірна системи, для розмноження - система полової.

Кровообіг здійснюється судинною системою, по якій в організмі розносяться живильні речовини, кисень і гормони. Зв'язок між тканинами й органами, а також зв'язок організму із зовнішнім середовищем забезпечується нервовою системою. Продуктивність і процеси в організмі регулює, поряд з нервовою системою, система залоз внутрішньої секреції. Шкіра захищає тіло й видаляє продукти виділення ввиді поту.

Кожна система виконує певну, властиву тільки їй функцію, але діяльність систем взаємно зв'язана. Це створює єдність організму.

Будь-який шкідливий вплив на одну із систем тіла відбивається й на інших системах, ушкоджуючи весь організм у цілому. Таким шкідливим впливом є травма. Саме виходячи із цієї точки зору, при наданні першої допомоги необхідно брати до уваги взаємозв'язок систем, а при обробці ран не слід забувати про реакції - відбитті, що виникає в інших частинах тіла, а отже, і у всьому організмі людини.

3. опитати учнів щодо наявності знань в цій області.

IV. ЗАКРІПЛЕННЯ ВИВЧЕНОГО

Питання для закріплення знань:

1. Які існують нормативно-правові документи щодо захисту життя та здоров'я людини?
2. Хто може надавати першу допомогу потерпілому?
3. З чого складається скелет людини?
4. Назвіть основні показники роботи серцево-судинної системи.
5. Назвіть основні органи людини.

V. ДОМАШНЄ ЗАВДАННЯ

1. Самостійно відпрацювати та закріпити викладений матеріал.

Вчитель предмету «Захист Вітчизни»

УРОК № ____.

ОМСП Тема.2-1. Смерть, ознаки клінічної та біологічної смерті, методи оживлення потерпілих.

Навчальна група: _____

Час: _____

Місце: _____

Мета: Дати основні поняття про смерть, ознаки клінічної та біологічної смерті, методи оживлення потерпілих.

Обладнання: Методичні матеріали, схеми, підручник, плакати.

План уроку

1. Характеристика клінічної та біологічної смерті. Вірогідні та явні ознаки смерті.
2. Порядок дій щодо визначення ознак життя.
3. Основні правила та порядок проведення реанімації

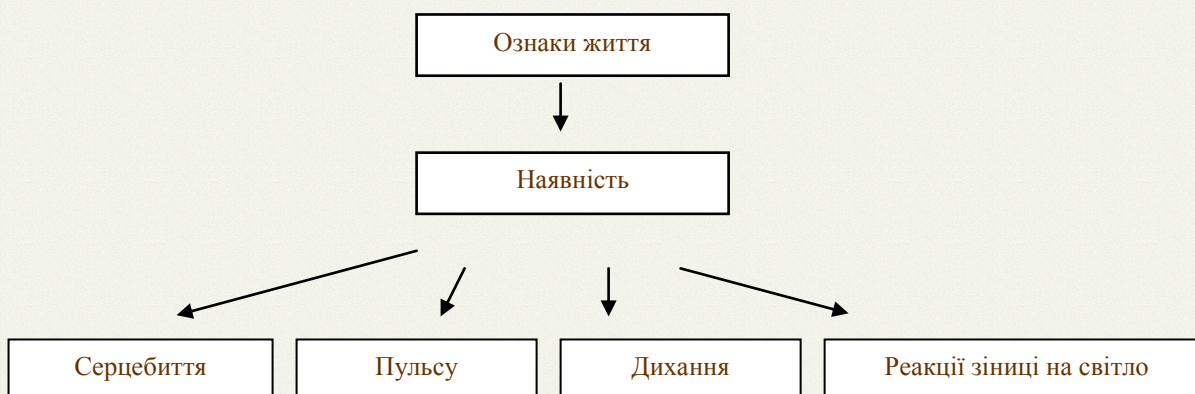
Хід уроку

- I. Шикування. Привітання, огляд зовнішнього вигляду, захід у клас, розміщення
- II. Оголошення теми, мети та завдань уроку
- III. Відпрацювання основних питань.
- IV. Контрольне опитування.
- V. Підведення підсумків.
- VI. Домашнє завдання.

Розповідь вчителя.

1. Характеристика клінічної та біологічної смерті. Вірогідні та явні ознаки смерті.

Нерідко зовнішній вигляд людини, яка потрапила в біду, значні ушкодження, нерухомість її тіла можуть створити враження, що вона померла. Тому необхідно насамперед виявити ознаки, які вказують на те, що потерпілий живий і потребує медичної допомоги.



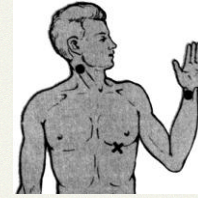
2. Порядок дій щодо визначення ознак життя:



мал. 212. Виявлення ознак життя за допомогою дзеркала і шматка вати



мал. 211. Місця визначення пульсу і вислуховування тонів серця

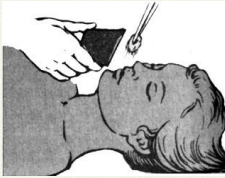


мал. 211. Місця визначення пульсу і вислуховування тонів серця

Однією рукою або вухом зліва, нижче соска визначити роботу серця і одночасно другою рукою перевірити лучевій перевірити

наявність пульсу на сонній або артерія (мал. 211);

наявність дихання – рух грудної клітки та живота; за допомогою дзеркала (блискучого предмета), прикладеного до рота (якщо пітніє) або ворухіння вати, піднесеної до носових отворів (мал. 212);



мал. 212. Виявлення ознак життя за допомогою дзеркала і шматка вати

Для визначення реакції зіниці на світло необхідно рукою підняти віко, щоб побачити величину зіниці та її реакцію на світло: зіниця звужується при наближенні джерела світла (запаленого сірника, електричного ліхтарика); розширюється при віддаленні; при денному світлі - на деякий час закрити око рукою потім швидко відвести руку у бік – при цьому повинно бути помітно звуження зіниці (мал.213).

Наявність хоча б однієї з ознак життя подає сигнал про необхідність негайного проведення заходів щодо оживлення постраждалого.

Запам'ятайте! Відсутність серцебиття, пульсу, дихання і реакції зіниць на світло, ще не свідчить про те, що постраждалий мертвий.

Смерть практично ніколи не настає відразу. Їй завжди передує період

вмирання – *термінальний стан*.

У термінальному стані можна виділити 3 фази або стадії:

1) *предагональний стан*, у якому свідомість потерпілого ще зберігається, але вона сплутана, пульс різко частішає і стає ниткоподібним, дихання утруднене, шкіряні покрови бліді;



мал.213. Визначення реакції зіниці на світло

2) *агонія*, під час якої відсутні свідомість, пульс, реакція зіниці на світло, дихання носить характер заковтування повітря з частотою 2-6 на хвилину (так дихає риба, викинута на берег);

3) *клінічна смерть* – короткочасна перехідна стадія між життям і смертю, яка настає при припиненні серцевої діяльності і диханні. Її ознаки називають вірогідними ознаками смерті: відсутність дихання й серцебиття, відсутність реакції на больове подразнення та реакції зіниць на світло, шкіряні покрови холодні.

Тривалість клінічної смерті дуже коротка – 3-6 хвилини. Проте в цей період можливе відновлення життєвих функцій. У більш пізні терміни наступають незворотні зміни в тканинах (насамперед у головному мозку) і клінічна смерть переходить в біологічну.



мал. 214. Явні ознаки смерті

При визначенні біологічної смерті виходять з вірогідних її ознак (як при клінічній смерті) і абсолютно явних.

Явними ознаками біологічної смерті є помутніння і висихання роговиці ока

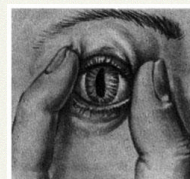
(мал. 214 -а – око живої людини; б – помутніння роговиці у мертвої людини);

наявність симптому „котяче око” – при здавленні ока з боків форми, нагадуючи око

зіниця набуває вертикальної витягнутої кішки (мал. 215);

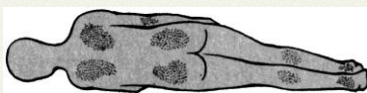
охладження тіла і з'явлення трупних фіолетові плями виступають на шкірі. При спині вони з'являються в області лопаток, при положенні на животі – на шії, грудях, животі (мал 216);

трупне оклякнення, яке виникає через 2-4 години після смерті (мал. 217). Після зупинки дихання й серцевої діяльності необхідно негайно розпочати реанімацію (оживлення).



мал. 215. Симптом “котяче око”

плям. Ці синьоположенні трупа на попереку, ягодиць, а



мал.216. Місця з'явлення трупних плям



мал. 217. Послідовність трупного оклякнення

3. Основні правила та порядок проведення реанімації

Реанімація (від лат. Re – знов, anima – життя, дихання) – це комплекс заходів, направлених на відновлення дихання і діяльності серця.

Правило 1. Врятувати від загибелі можливо тільки життєздатний організм при раптовому помирранні (при електротравмі, задушенні або при утопленні, гострих отруєннях, шоці, тяжких механічних травмах, гострої зупинці серця і т.п.).

Правило 2. Реанімація може бути успішною тільки у випадку, якщо вона реалізована своєчасно до настання в організмі безворотних змін.

Пам'ятайте! *Заходи для реанімації, застосовані у перші 1-2 хвилини після початку клінічної смерті, можуть врятувати 8 із 10 раптово померлих.*

Правило 3. Реанімація може бути успішною тільки у випадку, якщо вона виконується правильно і повноцінно.

При проведенні реанімації необхідно:

1. терміново відновити вільну прохідність дихальних шляхів;
2. провести штучну вентиляцію легенів;
3. провести непрямий (зовнішній, закритий) масаж серця.

IV. ЗАКРІПЛЕННЯ ВИВЧЕНОГО

Питання для закріплення знань:

1. Що таке реанімація?
2. Який порядок проведення реанімації?
3. Назвіть ознаки життя і порядок дій щодо їх визначення.
4. Які Ви знаєте явні ознаки смерті?
5. Що таке термінальний стан?

V. ДОМАШНЄ ЗАВДАННЯ

1. Самостійно відпрацювати та закріпити викладений матеріал.

Вчитель предмету «Захист Вітчизни»

УРОК № ___. Практичний.

ОМСП Тема.2-2. Порядок проведення реанімаційних заходів: Звільнення дихальних шляхів від сторонніх предметів. Техніка проведення штучної вентиляції легенів. Непрямий масаж серця.

Навчальна група: _____

Час: _____

Місце: _____

Мета: Дати основні поняття про порядок проведення реанімаційних заходів.

Обладнання: Методичні матеріали, схеми, підручник, плакати.

План уроку

1. Звільнення дихальних шляхів від сторонніх предметів
2. Техніка проведення штучної вентиляції легенів
3. Непрямий масаж серця

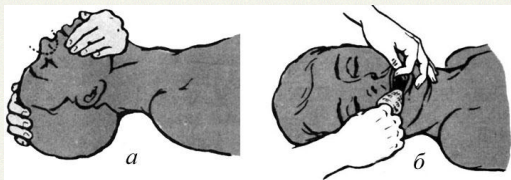
Хід уроку

- I. Шикування. Привітання, огляд зовнішнього вигляду, захід у клас, розміщення
- II. Оголошення теми, мети та завдань уроку
- III. Відпрацювання основних питань.
- IV. Контрольне опитування.
- V. Підведення підсумків.
- VI. Домашнє завдання.

Розповідь вчителя

1. Звільнення дихальних шляхів від сторонніх предметів

Для правильного виконання реанімаційних заходів треба терміново відновити вільну прохідність дихальних шляхів. *Техніка звільнення прохідності дихальних шляхів:*



мал. 218. Звільнення прохідності дихальних шляхів

щоб
218-

- покласти потерпілого на спину на тверду поверхню (підлога, земля);
- розстебнути всі стискаючі частини одягу;
- великим і вказівним пальцями взяти за підборіддя потерпілого і відхилити голову назад так, між нижньою щелепою і шиєю утворився тупий кут (можна під лопатки підкласти валик з одягу і т.п. – мал. а);

- висунути нижню щелепу вперед і натискуючи на підборіддя, розкрити рот;
- за допомогою вказівного пальця, обгорнутого серветкою (хусткою, марлею) очистити ротову порожнину від сторонніх предметів (мал.218-б).

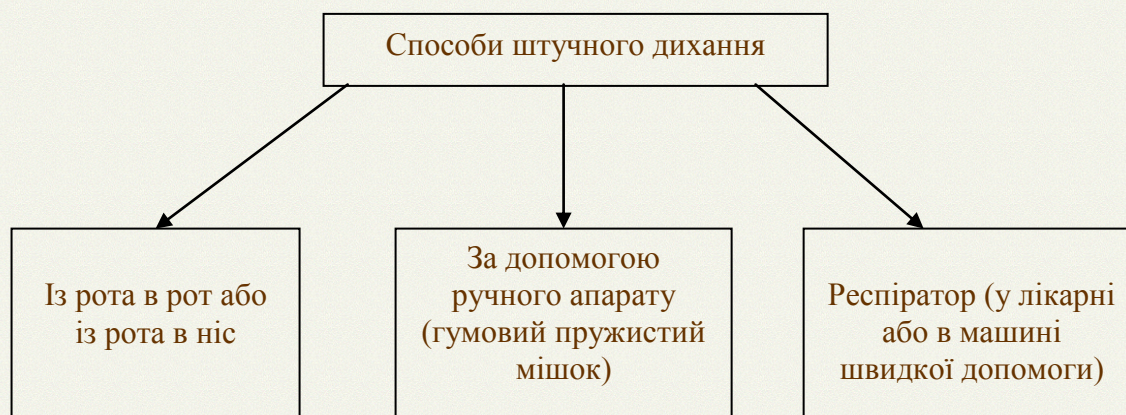
Пам'ятайте ! Надмірне відхилення голови може привести до звуження дихальних шляхів.

Якщо пошкоджено шийний відділ хребта, відхилення голови неприпустимо.

В даному випадку прохідність дихальних шляхів можна відновити тільки висунуттям нижньої щелепи, для цього підборіддя висунути вперед і угору.

2. Техніка проведення штучної вентиляції легенів

Достатню увагу треба приділити проведенню штучної вентиляції легенів. При цьому необхідно знати способи штучного дихання.



Загальнодоступним способом штучного дихання є спосіб із рота в рот або із рота в ніс.



мал. 219. Штучне дихання методом “із рота в рот”

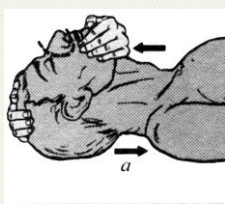
Техніка виконання штучного дихання „із рота в рот” (мал. 219):

1. стати на коліна біля голови потерпілого;
2. покласти одну руку на його чоло, при цьому великим і вказівним пальцями затиснути ніс, друга рука – на підборідді, рот відкритий (можна покласти носову хустинку, шматок бинта);
3. зробити глибокий вдих;
4. міцно притиснути свій рот до рота потерпілого і зробити різкий видих;

Показником ефективності вдихання буде підйом грудної клітини.

можливість здійснюватися видиху пасивно, за рахунок еластичних сил грудної клітини. Так повторювати 14-18 разів за хвилину до відновлення природного дихання.

Пам’ятайте! З метою видалення повітря з шлунку – через кожні п’ять вдихів надавлювати на живіт потерпілого.



мал. 220. Штучне дихання методом “із рота в ніс”

Техніка виконання штучного дихання „із рота в ніс” (мал. 220):

1. однією рукою відхилити за чоло голову потерпілого назад;
2. другою - захопити підборіддя так, щоб закрити рот потерпілому, при цьому одночасно змістити щелепу угору для попередження западання язика;
3. зробити глибокий вдих;
4. охопити губами ніс потерпілого і зробити видих.

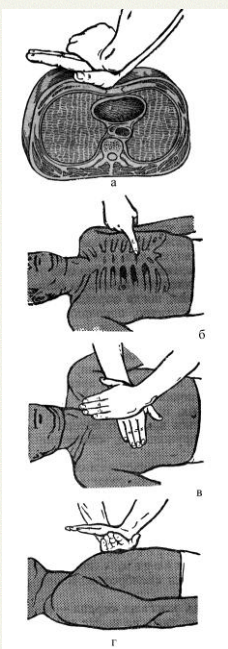
Пам’ятайте! При видиханні невеликих порцій повітря штучне дихання не буде ефективним.

У маленьких дітей штучне дихання також проводять з обов’язковим перерозігненням голови, але рятівник при вдиханні повітря накриває своїм ротом одночасно ніс і рот дитини.

Забороняється! Починати штучне дихання, якщо дихальні шляхи не звільнені від сторонніх предметів (слизу, крові, харчових мас)

3. Непрямий масаж серця

Зміст зовнішнього закритого масажу полягає у ритмічному стисканні серця між грудиною і хребтом. При цьому кров виштовхується з лівого шлуночка в аорту, а з правого – у легені, де насичується киснем. Після того, як тиск на грудику припиняється, порожнини серця знов заповнюються кров'ю.



мал. 221. Непрямий масаж серця.

Техніка зовнішнього масажу

1. Покласти потерпілого на спину на тверду поверхню (підлога, земля);
2. стати на коліна збоку від потерпілого;
3. намацати мечевидний відросток і відступити вгору на 2-3 пальці (дана точка відповідає приблизно третьому гудзику на сорочці або блузці) (мал. 221-б);
4. долонь однієї руки розмістити по середній лінії груднини, таким чином, щоб великий палець був у напрямку підборіддя або живота потерпілого, а долонь другої руки покласти поверх першої (пальці не повинні торкатися грудної клітини) (мал. 221-в);
5. випрямленими руками натиснути на грудику, прогнути її на 3-5 см (у дітей на 2-3 см) (мал. 221-г);
6. повторити ритмічні натискання з частотою 60-80 разів за хвилину.

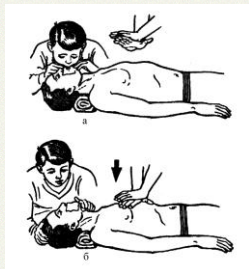
Пам'ятайте!

1. *Кожне наступне натискання необхідно починати тільки після того, як грудна клітина повернеться у вихідне положення.*
2. *При переломі ребер – продовжувати непрямий масаж серця.*
3. *Зупиняти масаж серця більш 15-20 секунд не можна!*

Коли потерпілі – літні люди, слід пам'ятати, що кістки в такому віці крихкі, тому рухи повинні бути не дуже енергійними (можливі переломи ребер!). У дітей до 10 років проводять масаж однією рукою в тому ж місці, а у грудних дітей – кінчиками двох

пальців із частотою 100-120 натисків у хвилину.

Якщо реанімацію робить 1 людина, то через кожні 15 натисків на грудику з інтервалом в 1 сек. вона повинна, припинивши масаж, зробити 2 сильні вдихи, по методу „із рота в рот” або „із рота в ніс”.



мал. 222. Штучне дихання і непрямий масаж серця: а – вдих; б - видих

Якщо в реанімації беруть участь двоє, варто робити одне роздування легенів після кожних 4-5 натисків на грудику. Під час вдихання повітря натискати на грудну клітку не можна, це потрібно робити по черзі. (мал. 222)

Реанімаційні міри здійснювати безперервно до відновлення серцевої діяльності і дихання або до появи явних ознак біологічної смерті.

IV. ЗАКРІПЛЕННЯ ВИВЧЕНОГО

Питання для закріплення знань:

1. Які способи виконання штучного дихання Ви знаєте?
2. Назвіть послідовність виконання штучного дихання “із рота в рот” і “із рота в ніс”.
3. Як виконується непрямий масаж серця?

V. ДОМАШНЄ ЗАВДАННЯ

1. Самостійно відпрацювати та закріпити викладений матеріал.

Вчитель предмету «Захист Вітчизни»

УРОК № ___. Практичний.

ОМСП Тема.3-1. Застосування фармакологічних засобів під час надання першої допомоги. Лікарські препарати необхідні для надання першої допомоги.

Навчальна група: _____

Час: _____

Місце: _____

Мета: Дати основні поняття про лікарські препарати необхідні для надання першої допомоги.

Обладнання: Методичні матеріали, схеми, підручник, плакати.

План уроку

1. Лікарські препарати необхідні для надання першої допомоги.
2. Домашня аптечка

Хід уроку

- I. Шиккування. Привітання, огляд зовнішнього вигляду, захід у клас, розміщення
- II. Оголошення теми, мети та завдань уроку
- III. Відпрацювання основних питань.
- IV. Контрольне опитування.
- V. Підведення підсумків.
- VI. Домашнє завдання.

Розповідь вчителя

1. Лікарські препарати необхідні для надання першої допомоги.

Для надання першої допомоги в деяких випадках необхідно використовувати лікарські препарати для попередження або лікування хвороби. Частіше всього це:

- розчин перекису водню – слабкий дезінфікуючий засіб. Використовується у вигляді 3% розчину для дезінфекції ран;
- розчин йоду спиртовий 3-5 % - використовується для дезінфекції шкіри навколо рани, змащування подряпин;
- калію перманганат – використовується у вигляді слабо-рожевого розчину для промивання шлунку при отруєнні;
- натрію гідрокарбонат (сода харчова) - використовується у вигляді 2% розчину для промивання шлунку при отруєнні кислотами;
- 1% розчин столового оцту використовують при отруєнні лугами;
- нашатирний спирт – використовується при втраті свідомості, тепловому та сонячному ударах (дати понюхати вату, яка змочена нашатирним спиртом);
- активоване вугілля – використовується при отруєннях як адсорбуючий засіб, який перешкоджає всмоктування отруйних речовин із шлунку в кров (з розрахунку 1 таблетка на 10 кг ваги постраждалого, краще розчинити у воді);
- анальгін – використовується, як знеболювальний засіб при травмах (як правило до 4 таблеток для дорослої людини);
- супрастин, тавегіл, діазолін, димедрол – використовується як протиалергічний засіб при алергічних реакціях;
- буторфолу тартрат (0,2% - 1 мл шприц-тюбик) – використовується як знеболювальний засіб при травмах (входять в комплект автомобільної аптечки);
- спирт етиловий (96%) – використовується для дезінфекції шкіряних покривів навколо ран;
- нітрогліцерин – використовується для підтримання роботи серця;
- любелін (цититон) - (внутрішньо 0,5 мл) – використовується для стимуляції центру дихання або при припиненні дихання;
- промедол, морфін, омнопон, фентаніл – використовується як знеболювальний засіб для запобігання травматичного шоку (як правило, використовуються разом з атропіном – 0,1%, 0,5 мл підшкірно з метою усунення пригнічення дихального центру);
- санорин або галазолін (краплі для носу) – використовуються як проти алергічний засіб при алергічних реакціях (при укусах комах закапати 4-5 крапель на ранку і по 2-3 краплі в кожен ніздрю).

Перед використання будь-якого лікарського засобу необхідно уважно прочитати його назву, звернути увагу на термін придатності і його стан.

2. ДОМАШНЯ АПТЕЧКА.

Найчастіше травми відбуваються в побуті. У зв'язку із цим саме будинку необхідно мати в озпорядженні всі необхідні засоби першої допомоги для порятунку пораненого члена родини й взагалі кожного, хто бідує у такій допомозі. На заводах, у сільськогосподарських об'єктах, в спортивних і шкільних установах, у транспорті є спеціальні шафки або ж невеликі набори засобів першої допомоги, необхідні для надання першої допомоги потерпілому. Тим більше необхідно,

щобу кожній родині були набори засобів першої допомоги - перев'язний матеріал, ліки й інші нескладні засоби. Такі комплекти називаються домашніми аптечками.

Домашні аптечки обов'язково повинні бути в кожному побуті, причому вони повинні відповідати конкретним вимогам.

Зберігати такі комплекти зручно в дерев'яних шафках із двома - трьома полками. Шафки повинні висіти на стіні, причому як можна вище, щоб до них не дотяглися маленькі діти. Шафки повинні бути позначені знайомий червоного хреста.

Склад домашньої аптечки. У домашню аптечку повинні входити наступні засоби першої допомоги: бинти - 10 пачок різної ширини й 5 кишенькових пов'язок (індивідуальних пакетів), лейкопластир і "швидка" пов'язка, 2 трикутні косинки, 2 пакетики стерильної гідрофільної марлі, 2 пакетики перев'язної вати, 50 мол аятинної, йодної або жфамосептенової настойки, 100 г 3%-ний перекису водню, 2-3 пакетики ацетилсаліцилової кислоти, 50 г 3%-ного борного вазеліну, шлункове вугілля, болеутишаючі засоби, 10 г марганцевокислого калію, ножиці, пінцет, що давить джгут, очна піпетка, термометр англійські шпильки. Останнім часом рекомендується також мати пластичний покривний бинт "Акутин".

При наданні першої допомоги не можна обійтися без перев'язного матеріалу.

Відповідно до вимог першої допомоги налагоджене виробництво засобів першої допомоги: аптечок; шафок; санітарних сумок, які повинні бути в кожній родині, школах, майстернях, автомашинах. Однак бувають такі випадки, коли замість цих стандартних засобів доводиться застосовувати засоби, наявні в розпорядженні в даний момент. Мова йде про так звані імпровізовані, тимчасові засоби. Аптечки (шафки) першої допомоги оснащені стандартними, фабричного виробництва засобами першої допомоги: перев'язним матеріалом, лікарськими препаратами, що дезінфікують засобами нескладними інструментами. Серед перев'язних засобів особливозручні кишенькові, індивідуальні пов'язки. При терміновому наданні першої допомоги в побуті, полі й на автостадах доводиться застосовувати імпровізовані, тимчасові засоби. До них можна віднести чисту носову хустку, простирадло, рушник і різне білизна. Для іммобілізації переламаних кінцівок можуть служити цівка, дошки, парасольки, лінійки й т.д. З ліж, санок і гілок дерева можна приготувати імпровізовані носилки. Необхідно сприяти більше широкому використанню стандартних засобів першої допомоги, які для цих цілей є самими зробленими ефективними засобами. Перев'язний матеріал і лікарські препарати треба періодично замінити й доповнювати. У першу чергу, це стосується перекису водню, дія якого слабшає через 1-2 тижні.

При встаткуванні домашньої аптечки деякі ліки може виписати лікар, інші потрібно закупити самим. Ціна зазначених засобів невелика. З іншого боку, їхнє значення й дія при швидкому й правильному наданні першої допомоги виявляються великою, навіть, можна сказати, неопцінено. Найчастіше травми відбуваються в побуті. Тому вдома треба мати всі необхідні засоби для надання першої допомоги. Аптечка представляє себе набір засобів першої допомоги: лікарських засобів, перев'язних матеріалів і нескладних інструментів. Для домашньої аптечки зручно використовувати невелику настінну шафку. Таким чином, у будинку, водному місці будуть перебувати всі основні засоби першої допомоги й охорони здоров'я. Домашня аптечка повинна бути розташована в місці, яке недоступно дітям. Крім того, аптечки повинні бути в автомобілях, спортивних залах і т.д. Дані засоби застосовуються при болючому синдромі різного походження: головний біль, зубний біль, ниркова й жовчна кольки, невралгія, кишкова колька. Також застосовуються при травмах, опіках, після операцій. Як жарознижуючі засоби використовуються: анальгін, аспірин і парацетамол. Дані засоби застосовуються при захворюваннях дихальних шляхів, супроводжуваних утворенням трудноотделяемого густого секрету: трахеобронхит, хронічний бронхіт, бронхіальна астма, пневмонія й т.буд. Поряд із бромгексином використовуються й інші препарати. Баралгін застосовується при шлункових і кишкових кольках, жовчної кольці й іншим болям. У цих випадках можна застосовувати ношпу. Маалокс застосовується при печії, шлункових болях, гастриті, виразковій хвороби; у випадку шлункового дискомфорту після погрішностей у дієті, після прийому ліків і зловживанням алкоголем, кава й нікотин. Як проносний засіб застосовується сеннаде. Ці засоби застосовуються при болях в області серця й за грудиною, при болях під лівою лопаткою. Дані засоби застосовуються при непритомності. Варто протерти на шатирем скроні й дати короткочасно вдихнути потерпілому. Перекис водню у вигляді 3%-ного розчину застосовується для промивання ран. Йод і 1% розчин брильянтового зеленого застосовуються для змазування саден, подряпин, країв ран. Як заміна можуть використовуватися бензин, спирт і інші вкнуті засоби. Дані засоби застосовуються при алергійних захворюваннях; сінній лихоманці, кропивниці; шкірній сверблячці різного походження, укусах комах для запобігання розвитку алергійної реакції.

Перев'язний матеріал застосовується для виготовлення й накладення різних пов'язок. Перев'язний матеріал можна придбати в аптеках у вигляді заготівель різних розмірів. Гумовий джгут складається з товстої гумової трубки або стрічки довгої 1-1.5 м із пристосуванням для фіксації на кінцівках.

Запам'ятайте! У разі відсутності етикетки, з простроченим терміном придатності – ліки не вживати.

IV. ЗАКРІПЛЕННЯ ВИВЧЕНОГО

1. Назвіть лікарські препарати для надання першої допомоги.

V. ДОМАШНЄ ЗАВДАННЯ

1. Самостійно відпрацювати та закріпити викладений матеріал.

Вчитель предмету «Захист Вітчизни» _____

УРОК № ____. Практичний.

ОМСП Тема.4-1. Поняття про рану. Класифікація ран. Види кровотеч. Перша допомога при кровотечі та проникаючих пораненнях грудей та живота. Техніка накладання пов'язок на голову, передпліччя, ліктьовий та плечовий, колінний та гомілковий суглоби. Кровоспинний джгут. Техніка стискання судин для зупинки кровотечі.

Навчальна група: _____

Час: _____

Місце: _____

Мета: Дати основні поняття про класифікація ран і кровотеч, першу допомогу при внутрішніх та зовнішніх кровотечах, техніку накладання джгута, техніку накладання пов'язок.

Обладнання: Методичні матеріали, схеми, підручник, плакати.

План уроку

1. Класифікація ран і кровотеч
2. Перша допомога при внутрішніх та зовнішніх кровотечах.
3. Техніка накладання джгута
4. Техніка накладання пов'язок.

Хід уроку

- I. Шикування. Привітання, огляд зовнішнього вигляду, захід у клас, розміщення
- II. Оголошення теми, мети та завдань уроку
- III. Відпрацювання основних питань.
- IV. Контрольне опитування.
- V. Підведення підсумків.
- VI. Домашнє завдання.

Розповідь вчителя

1. Класифікація ран і кровотеч

Раною називається пошкодження органів та тканин при обов'язковому порушенні цілісності шкіряних покривів та слизових оболонок у результаті механічного впливу. У сучасних війнах поранення зустрічаються в 35-40 % всіх випадків ураження. Залежно від кінетичної сили предмету, яким завдана рана, його форми, напрямку руху рани можуть бути: поверхневими

(якщо пошкоджується тільки шкіра) та глибокими, непроникаючими і проникаючими в порожнину черепа, грудну клітину, черевну порожнину (такі рани – найнебезпечніші), сліпими (якщо куля або уламок застрягає у тканині тіла) і наскрізними (якщо є вхідний і вихідний раневі отвори в шкірі), а також дотичними.

Крім того, рани бувають:

- **колоті** (виникають у результаті уколу голкою, цвяхом, гострою кісткою, шилом, штиком), характеризуються незначним вхідним отвором, майже повною відсутністю виділень із каналів рани. Такі рани можуть бути небезпечними через можливі ушкодження внутрішніх життєздатних органів (серця, судин, мозку та ін.);
- **різані** (є наслідком дії ріжучих предметів – ножа, бритви, скла), характеризуються рівними краями з малим пошкодженням навколишніх тканин, розходженням країв рани, що сприяє відтоку з рани виділень і своєчасним усуненням мікробів, вираженою кровотечею. Такі рани рідше загнуються, швидше загоюються;
- **розміжчені, рвані та вдарені** (виникають при грубих механічних пошкодженнях, що супроводжуються ураженням навколишніх тканин рани) характеризуються розривом шкіри,

- крововиливами в тканини, відшаруванням цілих клаптиків шкіри, пошкодженням сухожилля, м'язів, судин, мають нерівні краї, складну форму. Все це створює сприятливі умови для розвитку інфекції;
- **вогнепальні** (завдані вогнепальною зброєю - кулею, уламком) відрізняються складністю і особливостями пошкоджень тканин та органів;
- **рубані** (наносяться сокирою), супроводжуються як правило, пошкодженням кісток;
- **вквашені** (завжди інфіковані слиною), та інші.

Ознаки ран:

- біль (виникає внаслідок пошкодження рецепторів, нервових закінчень та сплетень);
- кровотеча;
- зяяння (виникає внаслідок анатомічного пошкодження тканин або їх втрати);
- порушення функції пошкодженої частини тіла.

Із перерахованими ознаками ран пов'язані можливі ускладнення їх: сильний біль може призвести до розвитку шоку, глибина рани сприяє потраплянню до неї мікроорганізмів та розвитку інфекцій (в тому числі гнійних, стовбняку та інших), кровотеча може бути причиною гострого малокров'я та бути загрозою для життя людини. Тому важливо своєчасно надати першу допомогу при пораненнях.

2.Перша допомога при внутрішніх та зовнішніх кровотечах

Порядок надання першої допомоги при пораненнях:

- 1) зупинити кровотечу з рани різними засобами;
- 2) швидко закрити рану стерильною пов'язкою за допомогою індивідуального перев'язувального пакету, чисто випраною бавовняною тканиною або носовою хустинкою:

Запам'ятайте :

- не можна торкатися рани руками ;
- недопустимо промивати рану водою, прикладати землю та інші так звані „народні ліки“;
- забруднену шкіру біля рани слід протерти стерильною ватою, марлею з індивідуального перев'язувального пакету (ППП);
- якщо сприяють умови, краї рани змазати йодом або зеленкою (не допускати попадання їх в рану - може бути опік та повільне заживання);
- не вилучати з рани зайві предмети, особливо ті, які знаходяться в тканинах;
- закрити рану стерильною серветкою чи марлею (не ватою!), а потім зверху накласти вату та забинтувати;

- 3) створити нерухомість (імобілізацію) місця пошкодження;

- 4) провести прості протишокові заходи (введення болезаспокійливих ліків, які є в індивідуальній аптечці; давати пити гаряче, якщо не ушкоджений живіт; укутування потерпілого);

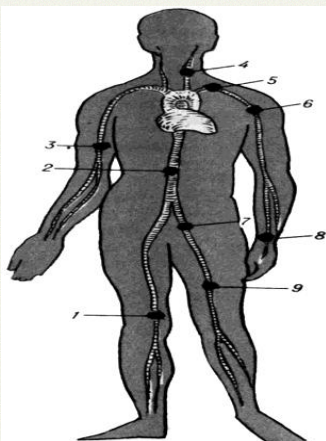
- 5) забезпечити обережне транспортування потерпілого у лікувальний заклад.

Кровотечами називають виток крові з ушкоджених кровоносних судин. Залежно від того, куди саме виливається кров, кровотечі бувають *зовнішніми* (кров витікає через рану в шкірі або з порожнин) і *внутрішніми* (кров виливається в тканини й органи тіла).

Залежно від характеру ушкодження судин розрізняють: *артеріальні, венозні, капілярні та паренхіматозні(пошкодження внутрішніх органів)* кровотечі.

Бувають і **змішані** кровотечі. Крім того, розрізняють помірні (крововтрата до 500 мл), середні (до 1000 мл), великі (до 1500 мл) і дуже великі (крововтрата понад 1500 мл – може призвести до смерті).

Залежно від виду кровотечі та засобів, що є під рукою, при наданні першої допомоги здійснюють *тимчасову* або *повну* зупинку кровотечі.



мал. 222. Пальцеве притискання артерій:
1- підколінне, 2 – брюшної аорти; 3 – плечової; 4 – сонної;
5 – підключична; 6 – під пахвова; 7, 9 – стегнова; 8 – променева;

У разі появи перших ознак *внутрішньої* кровотечі: раптової блідості на обличчі, збліднення і похолодання кистей і стоп, почастишення пульсу, запаморочення голови, шуму у вухах, холодного поту - потерпілого слід негайно відправити до лікувальної установи. Якщо є така можливість у тому місці тіла, де підозрюється внутрішня кровотеча, потрібно прикласти гумовий пузир з льодом чи холодною водою.

Тимчасово *зовнішню* кровотечу можна зупинити одним з таких способів: накласти тугу здавлюючу пов'язку; затиснути пальцем судину, що кровоточить; накласти кровоспинний джгут або джгут-закрутку; максимально зігнути кінцівку у суглобі. Додатково при будь-якій кровотечі треба створити підвищення для пораненої кінцівки: руку підвісити на хустинці; під ногу підкласти валик з одягу, подушку (завдяки цьому зменшується кровонаповнення кінцівки, швидше згортається кров у рані).

Накладання тугої здавлюючої пов'язки – найпростіший спосіб зупинки капілярної, венозної і невеликої артеріальної кровотечі. Для такої пов'язки використовують індивідуальний пакет або бинт і вату: рану закривають стерильним матеріалом (ватно-марлева подушечка, серветка, бинт), поверх накладають бинт або вату, або другу подушечку пакету перев'язувального

індивідуального, згорнуті у вигляді валика, а потім туго забинтовують. Проте туго пов'язку не слід накладати занадто туго.

Якщо після накладання пов'язки нога чи рука посиніє, то це означає, що пов'язка здавила вени, відтік крові до серця утруднений і вона застоюється. У такому випадку кровотеча може тільки посилитися.

Пальцеве притискання артерії – найбільш простий спосіб тимчасового припинення артеріальної кровотечі.

Затискання проводиться не в рані, а вище – ближче до серця, в тій точці, де артерія лежить неглибоко і може бути знайдена за пульсом і придавлена до кістки (мал. 222).

При ушкодженні судин обличчя або голови, шії потрібно швидко притиснути сонну артерію збоку від гортані до хребта.

При кровотечах у районі плеча і плечового пояса потрібно притиснути підключичну артерію – до I ребра в надключичній ямці або пахову артерію – до плечової кістки у паховій ямці.

При кровотечі з рани на кисті або передпліччі потрібно придавити плечову артерію з внутрішнього боку плеча до плечової кістки. При кровотечах із ран стегна, гомілки і стопи, притискають стегнову артерію на середині пахової складки.

Ще досить простим методом припинення артеріальної кровотечі є максимальне згинання кінцівки в суглобі.

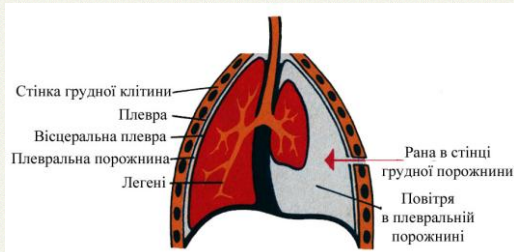
При ураженні підключичної артерії, зупинити кровотечу можливо, якщо зігнути в ліктях руки та максимально відвести їх назад і зафіксувати на рівні локтевих суглобів (мал. 223-а).

Якщо уражена кисть або передпліччя, потрібно зігнути руку в ліктьовому суглобі до відказу і зафіксувати її в такому положенні (мал. 223-г).

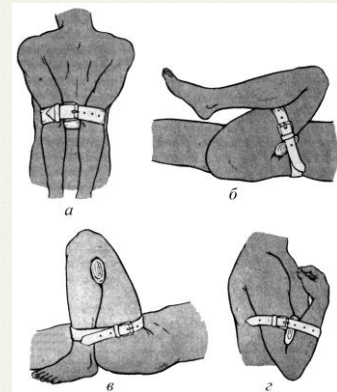
Якщо поранено гомілку або стопу, потрібно покласти в підколінну ямку валик з вати і марлі, максимально зігнути ногу в колінному суглобі і в такому положенні затягнути її ременем (бинтом, рушником, косинкою) (мал. 223-в).

При пульсуючій кровотечі з рани стегна потрібно ватно-марлевий валик покласти у пахову ділянку, стегно максимально притиснути до живота і закріпити у такому положенні (мал. 223-б). При припиненні кровотечі треба доставити потерпілого в лікарню не пізніше, чим через годину.

Проникаючі поранення грудної клітини надзвичайно небезпечні тим, що при них можуть бути пошкоджені внутрішні органи (серце, легені, аорта), поранення яких ведуть до важкого внутрішнього крововиливу і швидкій смерті. Крім того небезпека для життя пораненого обумовлена попаданням повітря в плевральну порожнину (пневмоторакс) і в результаті цього здавлюванням легеня, зміщуванням серця (мал. 224).



мал. 224. Повітря у плевральній порожнині



мал. 223. Тимчасова зупинка кровотечі

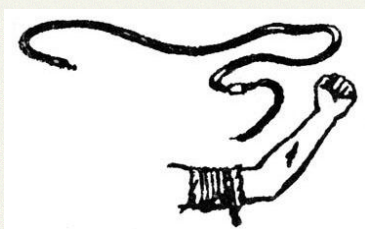
На рану грудної клітини слід негайно наложити герметизуючу (оклюзійну) пов'язку за допомогою липкого пластиру, який накладається у вигляді черепиці, за допомогою марлі, промоченої вазеліном, або з ППШ: на рану кладеться стерильна ватно-марлева подушечка, потім прогумована оболонка індивідуального перев'язувального пакета, що не пропускає повітря, і туго забинтовується. Герметизуючий матеріал повинен повністю закривати рану, виступаючи за її краї на 1-2 см.

Проникаючі поранення живота можуть призвести до розриву печінки, селезінки з рясно внутрішньою кровотечею або до ушкодження шлунка і кишки і запаленню очеревини (перитоніту). Описана ситуація нерідко ускладнюється випаданням через рану черевної стінки кишківника або сальника.

Органи, що випали, **ні в якому разі не вправляти**, а прикрити стерильною (чистою) тканиною, марлею, поверх якої накласти шар вати і закріпити пов'язкою. **Не поїти і не годувати хворого**, не давати ліки через рот.

Транспортувати його в лежачому положенні з піднятою верхньою частиною тулуба і зігнутими в колінах ногами. Найбільш надійним способом припинення сильної артеріальної кровотечі є накладання джгута.

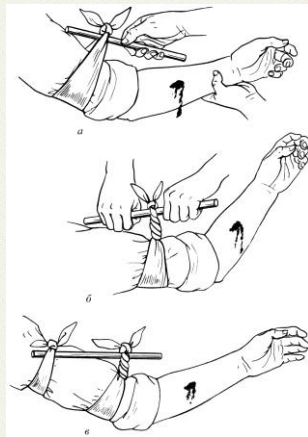
Сучасний гумовий джгут – гумова стрічка довжиною 125 см, шириною 2,5 см з кріпленням на кінцях.



мал. 225. Накладання кровоспинного джгута

3. Техніка накладання джгута :

- 1) перед накладанням джгута необхідно пальцями затиснути артерію і підняти кінцівку вгору на 3-5 сек. (якщо немає перелому кісток) (мал..225)
- 2) джгут накладається вище рани, якнайближче до неї (наскільки це можливо). На верхній кінцівці – на ділянку плечового суглоба, верхню третину тазостегнового суглоба, середню третину плеча (можливе придушення нерва) та на нижню третину стегна (притиснути артерію вдається лише за умови сильного пошкодження тканин);
- 3) на місце накладання джгута попередньо накладається м'яка прокладка (шмат тканини, бинта, рушник, рукав сорочки), обов'язково рівна, без зморшок;
- 4) при накладанні джгута його розтягують і обводять навколо кінцівки кількома обертами (2-3), зтягуючи лише до зупинки кровотечі (не більше);
- 5) джгут накладається черепацеподібно, так, щоб не защемити шкіру, кожен наступний оберт з меншим натягненням;
- 6) вільні кінці джгута закріплюються поверх обертів джгута гачком; під джгут кладуть записку з позначенням часу накладання;



мал. 226. Накладання закрутки

- 7) місце, де накладено джгут, залишають верх якого на видному місці прикріплюється ще одна завідкритим, а в холодну пору року закутують одягом, пописка з часом накладання джгута;
- 8) після накладання джгута проводиться іммобілізація кінцівки, вводять заспокійливе;
- 9) транспортувати поранених із джгутом необхідно в першу чергу;
- 10) джгут залишають на кінцівці не більше ніж на 2 години, а в

холодну пору року і при опроміненні на 1 годину. Час використання джгута чи закрутки у дітей зменшується наполовину. Через годину влітку, а взимку через півгодини, джгути необхідно ослабити на кілька хвилин, притиснувши відповідну артерію пальцем, а коли кінцівка порожевіє і потеплішає, джгут знову зтягують (мал. 226).

Якщо джгут накладено правильно, то кровотеча припиняється, пульс затихає на периферійних артеріях і кінцівка блідне.

Якщо джгута немає, то можна використати будь-який підручний матеріал (ремінь, гумову трубку) або ж накласти закрутку з носової хустинки, шматка марлі, галстука, шарфа, косинки і т. ін., але в жодному разі не провід, дрід або мотузку.

Правила накладання закрутки аналогічні. Техніка накладання: підручний матеріал складають у вигляді стрічки і обгортають навколо кінцівки, кінці зав'язуються подвійним вузлом, щоб під ними можна було просунути два пальці; паличку вставляють у вузол і закручують доти, поки не припиниться кровотеча. Кінець палички прив'язують до закрутки для того, щоб він не розкрутився (мал. 227).

4. Техніка накладання пов'язок

Будь-яка, навіть невелика рана становить загрозу для життя потерпілого, оскільки вона може бути джерелом зараження різними мікробами. Основний засіб профілактики цього ускладнення – якнайшвидше накладання на рану стерильної пов'язки.

Пов'язка – це перев'язувальний матеріал, яким закривають рану. Процес накладання пов'язки на рану називають перев'язкою.

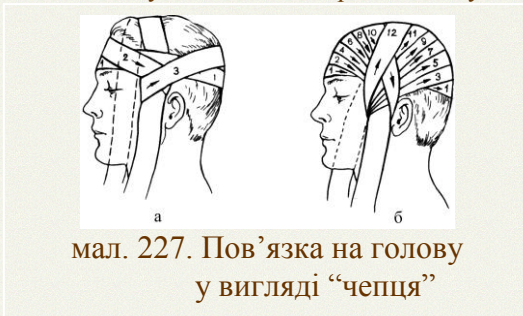
Основним перев'язувальним матеріалом для надання само – та взаємодопомоги є бинти різної ширини: вузькі (3-5-7 см) для перев'язування пальців, стопи, кисті; середні (10-12 см) – для голови, плеча, передпліччя, гомілки; широкі (14-18 см) – для грудної клітки живота; серветки стерильні: великі (70x68см) й маленькі (68x35 см), а також пакет перев'язувальний індивідуальний (ППІ).

Правила накладання пов'язки:

- перед накладанням пов'язки, необхідно оголити рану, не забруднюючи її, намагаючись не заподіяти

- болю хворому;
- хворого розміщують у зручному для нього положенні;
- під час накладання пов'язок частина тіла, яку бинтують, повинна бути нерухомою, розслабленою, легкодоступною, бажано на рівні грудей того, хто бинтує;
- пов'язку накладають в тому, положенні, в якому вона буде знаходитися під час подальшого лікування;
- під час надання допомоги той, хто бинтує, повинен перебувати перед обличчям потерпілого;
- пов'язку необхідно накладати від периферії кінцівки до центру в напрямі циркуляції крові;
- бинт повинен вільно розмотуватися по тій частині тіла, яку бинтують, без попереднього відмотування;
- бинт потрібно тримати в правій руці, розмотуючи його зліва направо, а лівою рукою підтримувати пов'язку та поправляти хід бинта;
- бинтування розпочинається з обертового закріплюючого ходу;
- кожен наступний оберт бинта повинен закривати половину або 2/3 попереднього;
- закінчивши бинтування, кінець бинта зав'язують або прошивають, але не на рані;
- пов'язка не повинна бути ні дуже тугою (за винятком тих випадків, коли потрібна спеціальна туга), щоб не порушити кровообігу, ні дуже слабкою, щоб не сповзала з рани.

При травмах голови можуть накладатися різного виду бинтові пов'язки:



мал. 227. Пов'язка на голову у вигляді “чепця”

- 1) „чепець” – накладають, якщо поранена волосиста частина голови (мал. 227):
 - від бинта відрізають шматок завдовжки до 1 м, кладуть його середню частину на тім'я поверх стерильної серветки, що закриває рану, кінці опускають вертикально донизу попереду вух і утримують в натягнутому стані;
 - навколо голови роблять коловий закріплюючий хід (1);
 - дійшовши до зав'язки, обертають бинт

- навколо неї (2) і ведуть косо на потилицю (3);
- на другій стороні бинт також обертають навколо зав'язки і ведуть косо на лоб (4);
- чергуючи ходи бинта через потилицю і через лоб (2-10) і щоразу направляючи його більш вертикально, закривають усю волосисту частину голови;



мал. 228. Хрестоподібна пов'язка

- двома-трьма коловими ходами закріплюють пов'язку;
 - кінці зав'язки бантом зав'язують під підборіддям.
- 2) хрестоподібна пов'язка – накладають при пораненні шиї, гортані або потилиці (мал. 228):
 - бинт спочатку закріплюють коловими ходами навколо голови (1,2);
 - вище лівого вуха і позаду нього опускають бинт косо вниз на шию (3);
 - ведуть бинт по правій бічній поверхні шиї, закривають ним її передню поверхню, повертаються на потилицю (4);
 - повторюють зроблені тури, чергуючи один коловий і один хрестоподібний оберти;
 - закріплюється пов'язка ходами бинта, навколо голови.
 - 3) пов'язка на одне око (мал. 229):

- коловим обертом;
 - з потилиці вести бинт під праве вуха на або під ліве вуха на ліве око);
 - чергують ходи бинта: один – через око, округ голови;
 - закінчити пов'язку коловим закріплюючим обертом.
- 4) пов'язка на два ока – складається із двох пов'язок, накладених на ліве і праве пращоподібна пов'язка – накладається на підборіддя (мал. 230).
 - 5) пов'язка на одне око

Під пов'язку на поранену поверхню обов'язково серветку чи бинт.



мал. 229. Пов'язка на одне око

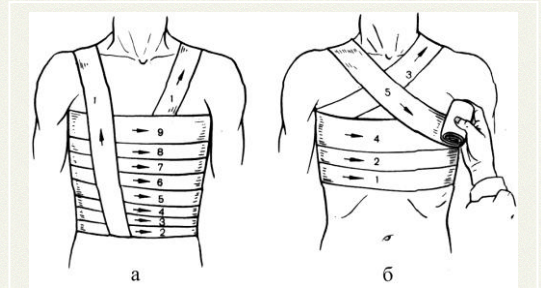
- закріпити бинт
 - праве око (
 - другий -
 - сполучення око.
 - ніс, лоб і
- підкладають стерильну



мал. 230. Пращоподібна пов'язка на ніс, чоло, підборіддя

При травмах груднини можуть накладатися:

- 1) спіральна пов'язка (з лямкою) (мал.231-а):
 - від бинта відрізають шматок завдовжки до 1,5 м і кладуть його на здорове передпліччя, залишивши його кінці вільно звисати на грудях;
 - починаючи знизу, спіральними ходами бинтують груднину клітину;
 - вільні кінці лямки зв'язують на другому надпліччі.
- 2) хрестоподібна пов'язка (мал. 231-б):
 - починається 2-3 коловими фіксуючими турами бинта знизу, від більш вузької частини грудної клітини;
 - ведуть бинт по передній поверхні груднини на ліве надпліччя;
 - фіксують коловим ходом;
 - бинт проходить по спині через праве надпліччя;



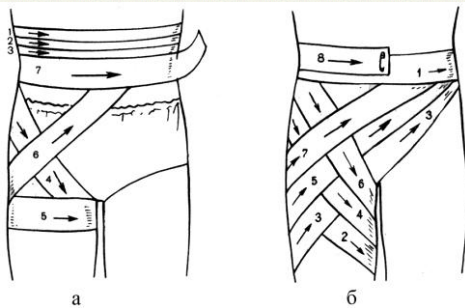
мал. 231 Пов'язки на грудну клітину

- і знов фіксується коловим ходом і т.д.

При травмах живота можуть накладатися:

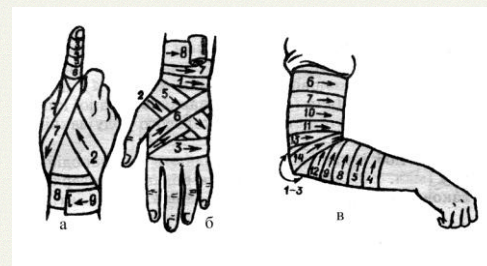
- 1) колова пов'язка;
- 2) спіральна пов'язка;
- 3) колосоподібна пов'язка на живіт і пахову частину тіла (мал. 232):

- починається з 1-3 колових ходів навколо живота;
 - потім бинт іде по зовнішній поверхні стегна, навколо стегна і знову по зовнішній поверхні стегна повертається на коловий хід навколо живота.



мал. 232. Колосоподібна пов'язка на живіт і пахову частину тіла

- 1) спіральні пов'язки:
 - на плече і передпліччя, бинтуючи від вузької частини кінцівки до широкої;
 - на палець – починаючи ходом навколо зап'ястка, далі з тильного боку кисті до нігтьової фаланги, потім зробивши спіральні ходи від кінця до початку пальця, зворотнім ходом по тильній поверхні кисті повертають бинт на коловий хід навколо зап'ястка, де закріплюють кінець бинта (мал.233-а,в);



мал. 233. Пов'язки:
 а – спіральна на палець; б – хрестоподібна на кисть; в – спіральна на ліктвовий суглоб

На верхні кінцівки накладають:

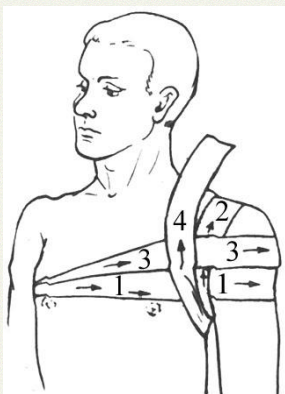
- 2) хрестоподібна пов'язка:

- на долонну або тильну поверхню кисті - починають з фіксованого колового ходу на зап'ястку, а далі з тильного боку над долонею, потім знову по тильній поверхні кисті повертають на коловий хід навколо зап'ястка (мал. 233-б).

- 3) колосоподібна пов'язка:

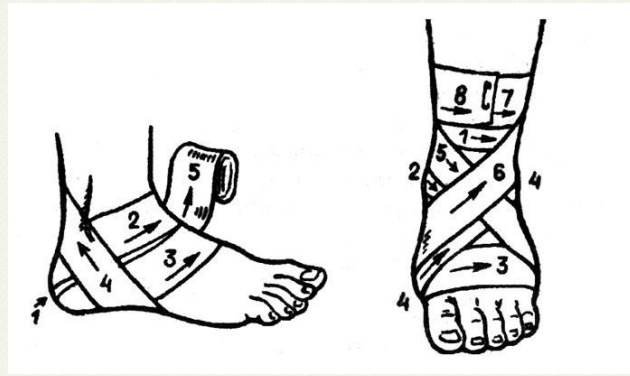
■ на плечовий суглоб та передпліччя – починають від здорового боку з пахової ямки по грудях (1) і зовнішній поверхні пошкодженого плеча ззаду через пахову ямку на плече (2), далі по спині через здорову пахову ямку на груди (3) і, повторюючи ходи бинта, поки вони не закриють весь суглоб закріплюють кінець бинта на грудях шпилькою (мал..234);

На нижні кінцівки накладають:



мал. 234. Пов'язка на плечовий суглоб

1) пов'язку на п'яту – першим ходом бинта через ту її частину, що найбільше виступає (1), далі по черзі вище (2) і нижче (3) першого ходу бинта, а далі для фіксації роблять косі (4) і вісімкоподібні (5) ходи бинта (мал. 235).



мал. 235. Пов'язка на п'яту.

мал. 236. Вісімкоподібна пов'язка на гомілково-стопний суглоб

2) вісімкоподібну пов'язку:

– на гомілково-стопний суглоб – починають з фіксуючого ходу бинта вище литки (1), далі – вниз на підшву (2) і навколо стопи (3), потім бинт ведуть по тильній поверхні стопи (4) вище литки, повертаються (5) на стопу і на литки (6) й закріплюють кінець бинта коловими ходами (7 і 8) вище литки (мал. 236).

4) спіральну пов'язку – на гомілку і стегно накладають так само, як і на передпліччя і плече.



мал. 237. Пов'язка за Маштафаровим

Крім бинтових пов'язок можливо застосовувати косиночні або з підручних засобів. Особливо зручні і економні пов'язки за Маштафаровим (мал. 237). Для них користуються шматками тканини (з простирадла, сорочки тощо) різної величини, надрізавши їх кінці для шворок. Спочатку на рану накладають стерильний бинт або серветку, а потім шматком тканини зі шворками закріплюють пов'язку.

Травматична ампутація кінцівки (віл латинського *amputatio* - відсічення) – це травма під час якої виникає відрив частини кінцівки людини.

Ця травма супроводжується:

- чисельним пошкодженням тканин (в тому числі кісток), великих судин і нервів;
- сильною артеріальною кровотечею;
- тяжким больовим (травматичним) шоком.

Схема дій рятувальника при травматичній ампутації кінцівки:

1. Накласти джгут.
2. Ввести протибольовий засіб (при наявності) або 2-4 таблетки анальгін (для дорослої людини).
3. Накласти стерильну пов'язку на рану або використати підручні засоби.
4. Забезпечити нерухомість постраждалого.
5. Напоїти постраждалого гарячим чаєм, мінеральною водою або простою водою.
6. Як можна швидше доставити в лікарню (на носилках в положенні лежачи).

IV. ЗАКРІПЛЕННЯ ВИВЧЕНОГО

Питання для закріплення знань:

1. Назвіть класифікацію ран і кровотеч.
2. Яка перша допомога надається при внутрішній та зовнішній кровотечах і травматичній ампутації кінцівки?
3. Які Ви знаєте способи тимчасової зупинки кровотечі?
4. Назвіть техніку накладання пов'язок, кровоспинного джгута і закрутки.

V. ДОМАШНЄ ЗАВДАННЯ

1. Самостійно відпрацювати та закріпити викладений матеріал.

Вчитель предмету «Захист Вітчизни»

УРОК № ____. Практичний.

ОМСП Тема.4-2. Поняття про переломи кісток. Види переломів. Табельні та підручні засоби іммобілізації. Накладання шин при переломах. Правила користування шприц-тюбиком. Правила транспортування потерпілих при різноманітних ушкодженнях та пораненнях.

Навчальна група: _____

Час: _____

Місце: _____

Мета: Дати основні поняття про переломи кісток. Види переломів. Табельні та підручні засоби іммобілізації. Накладання шин при переломах. Правила користування шприц-тюбиком. Правила транспортування потерпілих при різноманітних ушкодженнях та пораненнях.

Обладнання: Методичні матеріали, схеми, підручник, плакати.

План уроку

1. Поняття про переломи кісток
2. Перша допомога при переломах.
3. Правила користування шприц-тюбиком.
4. Засоби іммобілізації.
5. Порядок транспортування потерпілих.

Хід уроку

- I. Шикування. Привітання, огляд зовнішнього вигляду, захід у клас, розміщення
- II. Оголошення теми, мети та завдань уроку
- III. Відпрацювання основних питань.
- IV. Контрольне опитування.
- V. Підведення підсумків.
- VI. Домашнє завдання.

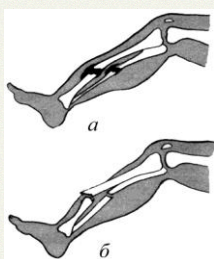
Розповідь вчителя

1. Поняття про переломи кісток

Вивих – пошкодження суглоба при якому відбувається стійке ненормальне зміщення кісток, які торкаються. Вивихи частіше відбуваються в кулястих суглобах (плечовому, тазостегновому).

Ознаками вивиху є:

- зміна зовнішнього вигляду суглоба;
- хворобливість і обмеження руху в ньому;
- зміна довжини кінцівки;
- при спробі рятувальника обережно зробити рух у суглобі відчувається пружинистий опір, а постраждалий відчуває біль.



мал. 238. Види переломів

Перша допомога при вивихах полягає в проведенні заходів, спрямованих на зменшення болю: охолодження суглоба, введення беззаспокійливих ліків, фіксація (іммобілізація) кінцівки в тому положенні, яке вона прийняла після травми. Ні в якому разі не можна намагатися вправити вивих. Це може призвести до серйозних ускладнень! Вправляти вивих повинен спеціаліст – травматолог. Тому потерпілого треба негайно відправити до лікарні.

Перелом – це раптове порушення цілісності кісток. Вони найчастіше виникають внаслідок різких рухів, ударів, падіння з висоти, здавлювання та з інших причин. Бувають **повними** і **неповними** (тріщини і надломи кісток); **закритими** (при яких не порушується цілісність шкіряного покриву) (мал.238-а) і **відкритими** (при яких є рана, вони найнебезпечніші, тому що створюють

умови для проникнення в рану інфекції) (мал. 238-б); **із зміщенням і без зміщення** кісткових уламків; залежно від кількості пошкоджених кісток **одиничними і чисельними** (під час аварій, катастроф, землетрусів, ядерного ураження), а також **вогнепальними** (що виникають внаслідок дії кулі або уламка снаряда; вони характеризуються розтрощенням кісток на великі й дрібні уламки, розможченням м'яких тканин тіла в місцях перелому і відриванням частин кінцівки.

Ознаки переломів:

а) абсолютні (дозволяють безпомилково встановити діагноз перелому):

- ненормальна рухливість кістки в місці перелому;
- укорочення або викривлення кінцівки;
- наявність у рані уламків кістки;

б) відносні (трапляються не тільки при переломах):

- різкий біль при спробах рухатися;
- припухлість на місці перелому, набряк;
- крововилив у тканини, синці або зовнішня кровотеча;
- порушення функцій кінцівки.

У тяжких випадках переломи супроводжуються різноманітними ускладненнями. Особливо часто розвивається **травматичний шок** – тяжкий, загрозливий для життя патологічний процес, що призводить до розладу всіх життєво важливих функцій організму (центральної нервової системи, системи кровообігу, дихання, обміну речовин). У розвитку шоку виділяють дві фази:

- фаза збудження – протягом 10 хвилин. Хворий виявляє неспокій, кричить від болю, просить допомоги, балакучий;

- фаза гальмування – при повній свідомості хворий не благає про допомогу, загальмований, всі життєві функції пригнічені, температура нижча за норму, тіло холодне, обличчя бліде, пульс слабкий, дихання ледь помітне.

Такий стан пізніше переходить у втрату свідомості і закінчується смертю.

2. Перша допомога при переломах

Основне правило надання першої допомоги при переломах – здійснення в першу чергу тих заходів, від яких залежить збереження життя потерпілого, а саме:

- зупинка артеріальної кровотечі всіма описаними раніше засобами;
 - запобігання травматичного шоку, а потім вже – накладання стерильної пов'язки на рану при відкритому переломі;
 - проведення іммобілізації ураженої кінцівки, щоб виключити пошкодження гострими кінцями кістки нервів, судин, шкіри і т.д.

При переломах ні в якому разі **не можна**:

- виправляти незвичайне положення кінцівки;
- вправляти уламки кістки при відкритому переломі;
- знімати одяг або взуття, якщо це не викликано необхідністю перев'язати рану або зупинити кровотечу;
 - переносити потерпілого без фіксації (іммобілізація) уламків.

3. Правила користування шприц-тюбиком

Для профілактики шоку необхідно насамперед усунути або послабити біль; цього можна досягти при введенні протибольового засобу за допомогою шприц – тюбиків (з аптечці індивідуальній).



мал. 238. Користування шприц-тюбиком

Шприц – тюбик складається з герметично закритого поліетиленового корпусу, ін'єкційної голки та захисного ковпачка; призначений для одноразового введення ліків підшкірно і у м'язи.

При застосуванні шприц – тюбика: (мал.238)

- взяти правою рукою його за корпус, лівою – за ребристий обідок;
 - повернути ковпачок і одночасно насунути його на корпус шприца до упору (мандрен голки при цьому проколює мембрану);
 - обертом у протилежний бік зняти захисний ковпачок;
- не торкаючись голки руками, вколоти її підшкірно або у м'язи в ділянці зовнішньої поверхні стегна, верхньої третини плеча, у зовнішній верхній квадрант сідниці (дозволяється навіть через одяг); міцно тримаючи пальцями корпус шприц – тюбика, ввести ліки;
- не розтискаючи пальців, вийняти голку;
- використаний шприц – тюбик вкласти в кишеню хворого (прибинтувати або приколоти до одягу на грудях), щоб було відомо, що йому введено безбезпечні ліки

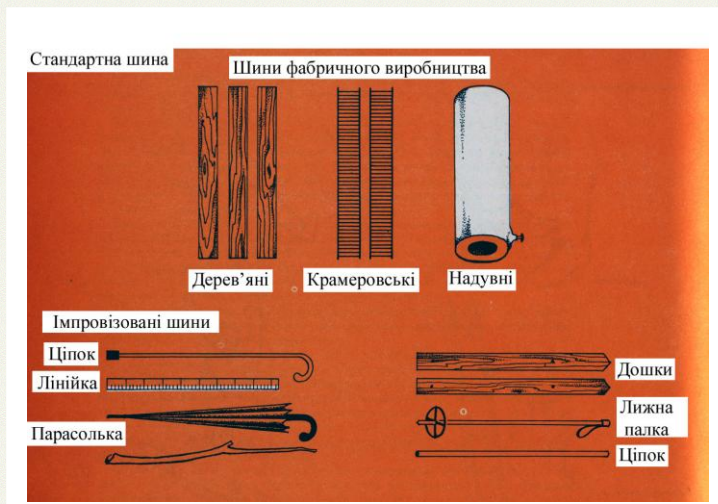
4.Засоби іммобілізації

Іммобілізація – це забезпечення нерухомості кісток у місці перелому. Якщо при першій допомозі перелом добре іммобілізований, потім він зростається швидше. Крім того, іммобілізація зменшує біль, що дає змогу уникнути травматичного шоку.

Нерухомість у місці перелому досягається накладанням **спеціальних транспортних шин** (шина Крамера із м'якого дроту, дерев'яна шина

Дітерікса для нижньої кінцівки, шини медичні пневматичні (ШМП), пластмасові шини) або **підручних засобів** з фіксацією двох найближчих суглобів (вище і нижче місця перелому). Така іммобілізація називається **транспортною**.

Підручними засобами іммобілізації можуть служити смужки фанери, палиці, тонкі дошки, різноманітні побутові предмети, за допомогою яких можна забезпечити нерухомість у місці перелому (мал.239).



мал. 239. Табельні

5.Порядок транспортування потерпілих

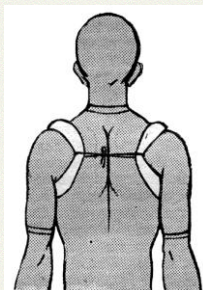
При переломах ключиці на зону надпліч накладають два ватно - марлевих кільця і зв'язують їх на спині (мал. 240).

При переломах плеча необхідно створити нерухомість трьох суглобів руки драбинною шиною, підручними засобами; підвісити руку на косинці і прибинтувати до тулуба .



мал. 241. Іммобілізація при переломах передпліччя.

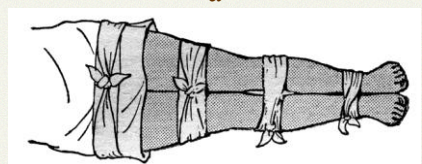
При переломі кісток передпліччя руку потрібно обережно зігнути в лікті під прямим кутом, повернути долонею до живота і в такому положенні зафіксувати шиною (від основи пальців до верхньої третини плеча) або підручними засобами (мал.241).



мал. 240. Іммобілізація при переломах ключиці.



а



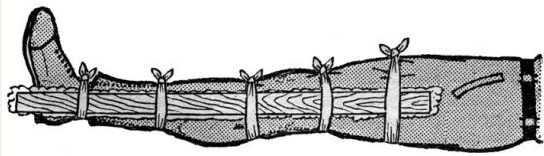
б

мал. 242. Іммобілізація при переломах стегна

Якщо потерпілий зламав стегна, доводиться фіксувати 3 суглоби – гомілковостопний, колінний і тазостегновий – за допомогою двох дощок (мал. 242-а):

довгий відрізок накладають на зовнішню поверхню стегна від пахви до стопи, другий – на внутрішню від промежини до стопи і фіксують до кінцівки і тулуба широким бинтом, рушником, або поясами.

При повній відсутності підручних засобів можна створити нерухомість положення по методу „нога до ноги” (мал. 242-б).



мал. 243. Іммобілізація при переломах гомілки

носилках (можна і імпровізованих).

При переломі гомілки дві шини або дошки прибинтовуються із зовнішнього та внутрішнього боку ноги від ступні до середини стегна (мал. 243).

Після накладання шин при будь-якому переломі необхідно:

- напоїти хворого гарячим чаєм;
- заспокоїти потерпілого;
- транспортувати його в залежності від ваги стану і місця перелому або пішки в супроводі рятувальника, або в лежачому положенні на

Розрізняють такі способи перенесення: на руках (мал. 244), на плечах, на спині, однією або двома особами з використанням носильних лямок і підручних засобів, на санітарних носилках.



мал. 245.

Перенесення на спині



мал. 244.

Перенесення на руках

Якщо допомога надається однією особою, то, щоб перенести потерпілого на руках, носій стає на коліно збоку від нього, бере його однією рукою під спину, а другою – під стегна; потерпілий охоплює носія за ший і притуляється до нього. Далі носій підводиться на ноги і несе потерпілого на руках перед собою. Такий спосіб допустимий для потерпілих без переломів кінцівок і ребер.

Можна переносити потерпілого на спині: носій садить його на підвищення, стає до нього спиною між його ногами і схиляється на одне коліно. Потерпілий охоплює носія за плечі, а той бере його обома руками під стегна і зводиться на ноги (мал. 245).

На невелику відстань зручно переносити потерпілого на плечі (мал. 246). Його кладуть на праве плече носія

головною вниз. Носій правою рукою охоплює його ноги, а лівою тримає за праве передпліччя або кисть. Проте цим способом не можна скористатися, якщо у потерпілого переломи кінцівок або грудної клітки.

Існують такі способи перенесення на руках двома особами: на „замку”, „один за одним” і з положення лежачи.

При перенесенні на „замку” носії стоять поруч і з’єднують руки таким чином, щоб утворилося сидіння („замок”). Якщо потрібно притримувати потерпілого, то „замок” робиться двома або трьома руками. На „замку” з чотирьох рук потерпілий сам

тримається за ший носіїв (мал. 247).

При перенесенні „один за одним” один з носіїв підходить до потерпілого збоку під руки зігнутими в ліктях руками, другий потерпілого спиною до нього, охоплює перший носій не повинен з’єднувати свої потерпілого, щоб не утруднювати його. Обидва носії одночасно підводяться і



мал. 246.

Перенесення на плечі

голови і підхоплює його носій стає між ногами його ноги під колінами (руки на грудях дихання) (мал. 248).

переносять потерпілого.

При перенесенні з використанням лямки в кільце лямку одягають на пальці розведених рук. цьому одну руку треба ліктьовому суглобі під прямим кутом; лямка не повинна провисати. Якщо немає носильних лямок, їх можна виготовити з ременів.

Перенесення здійснюється двома способами. Перший: носильну складену кільцем, підводять під потерпілого, який лежить на землі, одна половина лямки була під сідницями, а друга – на спині. По боки потерпілого утворюються петлі. Носій лягає спереду потерпілого, одягає собі на плечі петлі, зв’язує їх вільним кінцем себе на грудях і кладе потерпілого собі на спину, потім стає на одне коліно і піднімається на весь зріст. Потерпілий сидить на лямці, притиснутий до носія. Якщо у потерпілого поранено грудну клітку, то цей спосіб не годиться. Другий спосіб: носильну лямку складено вісімкаю, її перехрестя просовують під сідниці потерпілого і кладуть



мал. 247. Перенесення потерпілого на „замку” з рук



мал. 248. Перенесення „один за одним”

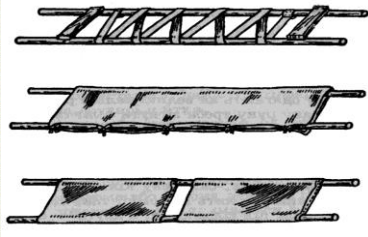
складену великі При зігнути в

поясних

лямку, так, щоб обидва

лямки в

його на здоровий бік. Носій лягає, притулившись до потерпілого спиною, одягає вільні кінці (петлі) лямки собі на плечі і кладе собі на спину потерпілого, який тримається за плечі носія. Із положення лежачи носій підводиться так само, як і в першому випадку.



мал. 249. Носилки з підручних матеріалів

При перенесенні способом „поруч” два носії стають поряд, одягають на себе лямку, складену вісімкою, так, щоб перехрестя лямки виявилось між ними на рівні кульшових суглобів, а петлі були перекинуті в одного носія через праве, а в другого – через ліве плече. Далі носії стають один на праве, друге на ліве коліно, піднімають і кладуть потерпілого на свої зімкнуті коліна, підводять лямку під його сідниці й разом зводяться на ноги.

Переносячи потерпілого на невелику відстань, два носії можуть також використовувати підручні засоби для утворення сидіння: рушники, палиці, поясні ремені, стільці. Можна переносити за допомогою жердини, простирадла, лямки (мотузки), ковдри.

Носилки можна виготовити з підручних матеріалів: з двох жердин, з'єднаних дерев'яними розпірками і сплетених лямками (мотузкою, ременем), з матрацного чохла і двох жердин, з двох мішків і двох жердин тощо (мал. 249).

IV. ЗАКРІПЛЕННЯ ВИВЧЕНОГО

Питання для закріплення знань:

- 1.Що розуміють під поняттям вивихи та переломи?
- 2.Яка перша допомога надається при вивихах, переломах?
- 3.Що таке іммобілізація?
4. Перерахуйте табельні засоби іммобілізації.
5. Які Ви знаєте способи перенесення потерпілих?

V. ДОМАШНЄ ЗАВДАННЯ

- 1.Самостійно відпрацювати та закріпити викладений матеріал.

Вчитель предмету «Захист Вітчизни»

УРОК № ____. Практичний.

ОМСП Тема.5-1 Опіки. Класифікація опіків. Перша допомога , профілактика болювого шоку. Тепловий та сонячні удари. Обмороження. Допомога при ураженні електричним струмом, здавлюванні, та гострому болі в животі.

Навчальна група: _____

Час: _____

Місце: _____

Мета: Дати основні поняття про опіки. Навчити першій допомозі при :больовому шоку, тепловому та сонячному удару , обмороженню, при ураженні електричним струмом, здавлюванні, та гострому болі в животі.

Обладнання: Методичні матеріали, схеми, підручник, плакати.

План уроку

- 1.Класифікація опіків.
- 2 Перша допомога при тепловому та сонячному ударі і відмороженнях.
3. Перша допомога при ураженні електричним струмом, утопленні та приваленому здавленні частин тіла людини

Хід уроку

- I. Шикування. Привітання, огляд зовнішнього вигляду, захід у клас, розміщення
- II. Оголошення теми, мети та завдань уроку
- III. Відпрацювання основних питань.
- IV. Контрольне опитування.
- V. Підведення підсумків.
- VI. Домашнє завдання.

Розповідь вчителя

1. Класифікація опіків

Опіки – це пошкодження тканин організму внаслідок дії на них термічних, хімічних та променевиx факторів. Залежно від причини опіки поділяються на:

■ **термічні** (які спричиняються дією високої температури при необережному користуванні перегрітими рідинами, відкритим вогнем, при пожежах, застосуванні напалму та інших запалювальних сумішей, при ядерних вибухах);

■ **хімічні** (викликані дією кислот, їдкого лугу, солей важких металів, фосфору тощо);

■ **променеві, радіаційні** (викликані дією γ – і β – частинок, ультрафіолетовими променями).

Залежно від глибини ураження шкіри і тканин тіла розрізняють **чотири ступені опіків:**

I ступінь (легкий) – почервоніння і припухлість шкіри, пекучий біль;

II ступінь (середньої тяжкості) – утворення пухирів, заповнених прозорою рідиною (мал. 250-1);



мал. 250. Опіки кистей

III ступінь (тяжкий) – омертвіння всієї товщини шкіри (утворення струпа) (мал. 250-2);

IV ступінь (надзвичайно тяжкий) – обуглювання тканин до кісток (мал. 250-3).

Ступінь важкості опіку залежить і від площі ураження. При великих (понад 10 – 15% поверхні тіла) ураженнях виникають тяжкі і тривалі порушення загального стану організму – **опікова хвороба**. Починається опікова хвороба з опікового шоку, який продовжується 24 – 72 години, характеризується гострою інтоксикацією, порушенням в організмі водно – сольового обміну. Все це часто призводить до запалення легенів, ураження печінки, нирок, гострих виразок шлунково – кишкового тракту.

Перша допомога при термічних опіках:

а) припинити дію високої температури на шкіру, для чого потрібно погасити одяг, якщо він горить, накривши щільно тканиною, накинувши пальто, ковдру тощо, засипавши піском, снігом. Іноді самому потерпілому вдається збити вогонь, катаючись по землі.

Коли опік викликаний гарячими рідинами, необхідно моментально зняти мокрий одяг.

б) ввести знеболювальний засіб (можна за допомогою шприц – тюрбика) або дати чотири таблетки анальгіну і теплий чай, каву, лужну мінеральну воду або теплий сольовий розчин (на літр води $\frac{1}{2}$ чайної ложки соди і $\frac{1}{2}$ чайної ложки повареної солі);

в) на пошкоджену поверхню накласти суху стерильну пов'язку. Для цього пошкоджену частину тіла звільняють від одягу, обрізаючи і залишаючи на місці ті його шматки, що прилипили до тіла.

Пам'ятайте! Не можна розрізати або роздушувати пухирі, торкатись обпаленої поверхні руками, змазувати її жиром, маззю, посипати сіллю, содою, застосовувати розчин „зеленки”, одеколон чи інші речовини.

Опікову рану треба без якогось попереднього опрацювання закрити стерильною марлевою пов'язкою. При відсутності стерильних перев'язувальних засобів можна використовувати будь – яку чисту тканину.

г) негайно відправити до лікарні.

2. Перша допомога при тепловому та сонячному ударі і відмороженнях

Тепловий удар – це хворобливий стан, обумовлений перегріванням організму в результаті тривалого впливу високої температури зовнішнього середовища.

Причиною перегріву є утруднена тепловіддача з поверхні тіла (висока температура і вологість, відсутність руху повітря) і підвищена продукція тепла (фізична робота, розлад терморегуляції).

Сонячний удар – це різновид теплового удару, виникає від безпосереднього впливу в жаркі дні прямих сонячних променів на голову, що викликає перегрів головного мозку.

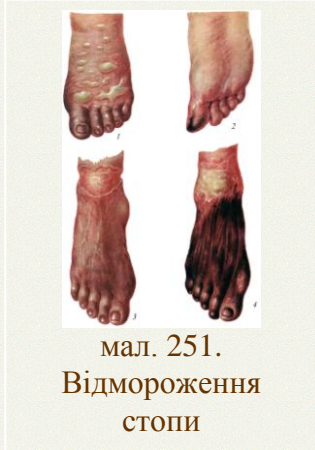
Симптоми цих захворювань подібні між собою. Спочатку хворий відчуває втому, головний біль. З'являються запаморочення, слабкість, болі в ногах, спині, нудота, а іноді блювота. Пізніше з'являється шум у вухах, потемніння в очах, задишка, часте серцебиття. При відсутності допомоги стан хворого погіршується – температура тіла підвищується до 41° і вище, хворий непритомніє, спостерігаються судороги, марення, галюцинації, подих стає нерівним, перестає визначатися пульс, і хворий може загинути в найближчі години в результаті паралічу подиху і серця.

При наданні першої допомоги хворого необхідно негайно перенести в прохолодне місце, у тінь, зняти одяг і укласти, дещо піднявши голову, забезпечити спокій, прикладати компреси або пляшки із холодною водою до голови, шиї, ділянки серця, „опухувати” потерпілого, дати понюхати нашатирний спирт, необхідно якомога більше давати пити (якщо людина при свідомості).

Відмороження – це ушкодження тканин організму внаслідок дії на них низьких температур.

Відмороження можливі навіть за температури вище 0° С, особливо при періодичних відлигах. До відмороження призводить мокре і тісне взуття, тривале перебування в нерухомому стані на холоді і в снігу, під холодним дощем.

Відмороженню частіше схильні кінцівки (насамперед нижні), вуха, ніс. При відмороженнях спочатку відчувається почуття холоду, що змінюється потім онімінням, зблідненням уражених місць, відсутністю чутливості. Це пов'язано з звужуванням судин під дією холоду, недостатнім кровопостачанням ділянки тіла. Якщо своєчасно не буде надана допомога, то може відбутися відмирання тканин.



мал. 251.
Відмороження
стопи

За тяжкістю і глибиною розрізняють 4 ступені відмороження (установити ступінь можна лише після відігрівання потерпілого, іноді через декілька днів):

I ступень (легкий) – набряклість, синюшність шкіри, тупі болі. Пізніше спостерігається лущення і сверблячка шкіри.

II ступень (середньої тяжкості) – шкіряні покрови багряно – синього кольору, набряклість, значні болі, міхури, наповнені прозорою рідиною (мал. 251-1).

III ступень (тяжкий) – відмирання шкіри і підшкірної клітковини) – відморожена тканина багрово – синюшна, нечутлива, утворюються пухирі з темно кров'яним вмістом. В подальшому простежується відторгнення мертвих тканин, утворення шрамів (мал. 251-2,3).

IV ступень (надзвичайно тяжкий) – змертвіння усіх м'яких тканин тіла і навіть кісток з наступним висиханням (муміфікація) і відторгненням тканин, утворенням культи (мал.251- 4).

Перша допомога при відмороженнях полягає в негайному зігріванні потерпілого й особливо відмороженої частини тіла: обережні розтирання спиртом, сухою тканиною, тільки не снігом; теплі ванни (від 20 – 24° до 37 - 40°С) до появи почервоніння та болю; накладання стерильної теплої пов'язки з товстим шаром вати; загальне зігрівання потерпілого (масаж усього тіла, гарячій напій – кава, чай, молоко, обкладання грілками тощо).

При дії низьких температур на весь організм може наступити **загальне замерзання** (найчастіше спостерігається у людей виснажених, зморених, знесилених і в стані алкогольного сп'яніння). Спочатку з'являється почуття утомленості, сонливості, скованості, байдужості, при зниженні температури тіла – втрата свідомості, потім зупинка дихання і кровообігу.

Надаючи допомогу, потерпілого насамперед слід перенести у тепле приміщення, потім помістити у ванну з водою кімнатної температури, провести обережний масаж усіх частин тіла, воду нагрівають до 36° С. При появі рожевого кольору шкіри і зникненні закоцюблення кінцівок проводять реанімаційні заходи: штучне дихання, масаж серця. При появі свідомості потерпілого переносять на ліжко, тепло укривають, дають гарячу каву, чай і організують його швидку доставку у лікувальний заклад.

3. Перша допомога при ураженні електричним струмом, утопленні та приваленому здавленні частин тіла людини

Ушкодження, що виникають від дії електричного струму (як технічного, так і атмосферного – блискавки), називаються **електротравмою**.

Тяжкість ураження залежить від виду струму (змінний струм небезпечніший, ніж постійний), величини струму, віку і стану здоров'я потерпілого. Мають також значення ступінь опору тканин (так, електричний струм добре проходить крізь вологі тканини тіла і погано – крізь шкіру долонь і п'ят), шлях, який проходить струм в організмі людини (більш небезпечно проходження струму крізь голову, серце).

Проходження електричного струму викликає в організмі локальні (місцеві) та загальні порушення.

Локальні (місцеві) зміни виявляються опіками тканини III – IV ступеня в місцях входу і виходу електричного струму – „знаки струму”. При впливі струмів високої напруги можливо розшарування тканин, в кістках можуть бути тріщини. При ураженні блискавкою на шкірі внаслідок розширення капілярів з'являється зигзагоподібний малюнок, який нагадує блискавку і зберігається кілька днів.

Загальні зміни при легких ураженнях можуть виявлятися у вигляді загальної слабкості, головного болю, зниження пам'яті, зору, слуху, непритомності; у тяжких випадках, крім зазначених симптомів, може спостерігатися втрата свідомості, судороги, припинення подиху, глибоке гноблення серцевої діяльності, паралічі тощо. При ураженні блискавкою загальні прояви більш яскраво виражені.

При наданні першої допомоги слід негайно, дотримуючись правил безпеки, припинити дію електроструму на потерпілого (вимкнути струм, перервати або відвести проводи від потерпілого сухою мотузкою, палицею). При легких ураженнях покласти потерпілого горизонтально, звільнити від тісного одягу, дати понюхати нашатирного спирту, закутати.

При відсутності ознак життя – реанімаційні заходи. На місце опіків накласти стерильні пов'язки. Усі хворі з електротравмою підлягають госпіталізації.

Перша допомога при життєнебезпечному стані – задуха (асфіксія).

При виникненні перешкоди для руху повітря у повітряносних шляхах розвивається життєнебезпечний стан – **задуха (асфіксія)**. Задуха може наступити в результаті **утоплення** – заповнення дихальних шляхів водою, в результаті удущення – здавлювання повітряносних шляхів зовні (руками, петлею) і т.д. Незалежно від причини, задуха, що різко з'явилася, проявляється різким посинінням обличчя і набуханням вен шиї, розширенням зіниць, короткочасною рефлекторною затримкою дихання, її швидко замінюють судорожні дихальні рухи та втрата свідомості. Пізніше відбувається зупинка серця внаслідок загибелі головного мозку і настає смерть.



мал. 252.

Видалення води із дихальних шляхів

Своєчасна і правильно надана допомога, спрямована на усунення головної причини задухи, відбудова серцевої діяльності і дихання може в більшій частині випадків запобігти смерті.

При витягуванні потопаючого із води підпливати до нього необхідно тільки ззаду, і, обхвативши його за волосся або під пахви, перевернути обличчям вгору так, щоб воно увесь час було над водою. Після витягування із води потерпілого швидко і обережно слід звільнити від стягуючого одягу (галстук, комір, поясний ремінь і таке інше), положити на живіт обличчям вниз на зігнуте коліно таким чином, щоб голова була нижче тулуба, пальцем і хусткою звільнити порожнину рота від мулу, піску, водоростів і ін. і енергійними рухами, стискаючи грудну клітину, наче вижати воду із дихальних шляхів і шлунку. (мал. 252)

Після цього потерпілого кладуть на рівну поверхню і починають проведення реанімаційних заходів.

За можливістю витягнутого із води зігрівають, розтирають сухим одягом.

При удущенні необхідно якомога швидше звільнити шию від здавлювання, покласти потерпілого у горизонтальне положення на спину і приступити до штучного дихання і непрямого масажу серця. У випадках, коли серцева діяльність ще збереглася, а дихання самостійно відновилося, допомога може бути обмежена забезпеченням покою, зігріванням (помірним!) і гарною вентиляцією приміщення, в якому знаходиться потерпілий.

Синдром стиснення – так називається тяжкий стан, що виникає у потерпілого витягнутого із завалів, у якого великою вагою розтриті м'які тканини.

У 80% випадків від тривалого стиснення страждають ноги. Після звільнення з-під завалу кров знову починає циркулювати по судинах ушкодженої руки або ноги, і продукти розпаду травмованих тканин надходять у загальний кровообіг всього організму й ушкоджують мозок, серце, печінку, нирки та інші органи. Наступає самоотруєння і постраждалий може швидко померти. Щоб цього не трапилося, перша допомога повинна бути зроблена правильно:

- при виявленні хворого (ще до звільнення з-під завалу):

а) дати йому пити стільки, скільки він захоче (спрага буває дуже сильною);

б) накласти джгут вище місця стиснення, не туго: тільки щоб здавити вену (по якій буде відтікати від кінцівки кров із продуктами розпаду), а не артерії: по ним повинна як і раніше подаватися організму свіжа кров із киснем;

- тільки після того можна звільнити завалену кінцівку;

- після цього накласти транспортну шину, навіть якщо немає підозри на перелом;
- обкласти кінцівки пляшками із льодом;
- забезпечити транспортування хворого у лікувальний заклад.

При обвалах, а також при авто – і залізничних катастрофах може виникнути **тривале стиснення грудної клітини**, - травматична асфіксія, що супроводжується різким порушенням дихання, а також синюшним кольором шкіри обличчя, шиї і грудей (внаслідок чисельних крововиливів), крововиливами в слизову ока, прискорюванням і ослабленням пульсу, іноді втратою свідомості.

Перша допомога: усунення стиснення, звільнення від стискуючого одягу, очищення роту і глотки від сторонніх предметів (при необхідності), термінове транспортування у лікарню.

Причиною появи **гострого болю у животі** можуть бути:

- забиті місця живота, які супроводжуються прихованим пошкодженням внутрішніх органів;
- „гострий живіт” – своєрідний сигнал лиха, - комплекс симптомів, які свідчать про гостре хірургічне захворювання органів черевної порожнини (гострий апендицит, проривна виразка шлунку, защемлена грижа, гостра кишкова непрохідність, розрив труби при позаматковій вагітності і таке інше).

Для усіх цих захворювань характерним є, що при відсутності негайної хірургічної допомоги вони приведуть до смерті. Найбільш загальними і першими ознаками катастрофи у черевній порожнині є:

- гострі болі у животі (різні за силою, місцем розташування, характером, розповсюдження);
- нудота і блювотиння;
- різні напруження м'язів передньої черевної стінки;
- затримка стула і газів;
- ознаки гострого недокрів'я (блідість, слабкість, запаморочення голови, слабкий і частий пульс та ін.).

У якості першої допомоги необхідно:

- створити умови максимального спокою;
- на живіт покласти пляшку із льодом або холодною водою;
- негайно транспортувати хворого у хірургічне відділення лікарні.

Категорично забороняється:

- годувати, давати пити хворому (можна тільки змочити губи).
- промивати шлунок;
- ставити очисні клізми;
- вводити протибольові засоби до консультації з лікарем;
- гріти живіт.

IV. ЗАКРІПЛЕННЯ ВИВЧЕНОГО

Питання для закріплення знань:

1. Назвіть види опіків.

2. Які ступені опіків та відморожень Ви знаєте?

3. Яка перша допомога надається при опіках, відмороженнях, тепловому та сонячному ударі, ураженні електричним струмом, утопленні, тривалому здавлюванні частин тіла людини.

V. ДОМАШНЄ ЗАВДАННЯ

1. Самостійно відпрацювати та закріпити викладений матеріал.

Вчитель предмету «Захист Вітчизни»

УРОК № ____. Практичний.

ОМСП Тема 5-2. Поняття про отруту та отруєння. Перша допомога при отруєнні хімічними речовинами. Перша допомога при отруєнні продуктами тваринного та рослинного походження, при укусах змій та комах . Попередження інфекційних та венеричних захворювань, СНІД.

Навчальна група: _____

Час: _____

Місце: _____

Мета: Дати основні поняття про отруту та отруєння, попередження інфекційних та венеричних захворювань, СНІД.. Навчити першій допомозі при отруєнні хімічними речовинами, при отруєнні продуктами тваринного та рослинного походження, при укусах змій та комах .

Обладнання: Методичні матеріали, схеми, підручник, плакати.

План уроку

- 1.Перша допомога при отруєнні хімічними речовинами.
- 2.Перша допомога при отруєнні продуктами тваринного та рослинного походження.
- 3.Перша допомога при укусах змій та комах.
- 4.Перша допомога при інфекційних захворюваннях.

Хід уроку

- I. Шикування. Привітання, огляд зовнішнього вигляду, захід у клас, розміщення
- II. Оголошення теми, мети та завдань уроку
- III. Відпрацювання основних питань.
- IV. Контрольне опитування.
- V. Підведення підсумків.
- VI. Домашнє завдання.

Розповідь вчителя

1.Перша допомога при отруєнні хімічними речовинами.

Отруєння – це порушення здоров'я, навіть до смертельного наслідку, які виникають при попаданні в організм отруйних речовин.

Відомі отруєння хімічними речовинами (кислотами), лікарськими препаратами, алкоголем і сурогатами алкоголю (метиловим спиртом, дихлоретаном і ін.), побутовим газом, вихлопними автомобільними, пороховими газами, продуктами рослинного походження (гриби, ягоди), речовинами тваринного походження (при укусах змій і так далі) і багато інших. Важкість отруєння і його наслідки залежать від багатьох факторів: властивостей і кількості отрути, яка поступила в організм, способу його надходження, тривалості перебування в організмі хворого (або контакту з отрутою), стану здоров'я потерпілого та інше.

При підозрі отруєння треба перш за все з'ясувати можливий характер отрути і те, яким шляхом потрапила вона в організм (через шлунково-кишковий тракт, через дихальні шляхи або шкіру і слизові оболонки) – від цього залежать особливості надання першої допомоги.

Головна умова при наданні першої допомоги при будь-яких отруєннях – швидкість дій.

Через дихальні шляхи в організм людини можуть потрапити газоподібні і пароподібні отрути (хлор, бром, аміак, фосген, оксид азоту, окис вуглецю, пари нітробензолу, аніліну порохові гази та ін.). Найбільш поширеним отруєнням цього типу є отруєння окисом вуглецю (чадним газом), який утворюється при неповному згоранні дров вугілля, бензину та ін., неповному закритті кранів газових плит, міститься у вихлопних газах автомобілів (особливо з двигунами із

несправними карбюраторами), порохових газах, будівельні фарби на маслах, що висихають, також виділяють СО. Газ, потрапляючи до організму, з'єднується з гемоглобіном крові, утворюючи карбоксигемоглобін, що перешкоджає переносу кисню кров'ю та засвоєння його клітинками організму. *Ознаками отруєння* є головний біль, запаморочення голови, шум у вухах, загальна слабкість, яка ускладнює прийняття рятівних мір самими потерпілими, нудота і блювотиння, в подальшому сонливість, задишка, пригнічення свідомості, червоно-багровий колір обличчя, судороги і смерть від задухи (асфіксії).

Перша допомога: термінове вилучення потерпілого із даного приміщення (в теплу пору року – на вулицю); штучне дихання, дати понюхати нашатирний спирт; після відновлення дихання покласти потерпілого з піднесеними догори ногами і зігріти; забезпечити швидку доставку у лікувальний заклад.

Отруєння отрутами, прийнятими усередину, зустрічаються найчастіше, ніж інші.

Важко протікають отруєння алкоголем і сурогатами алкоголю (метиловий спирт, якого для отруєння достатньо прийняти 7 – 10 г., антифриз, дихлоретан).

Ознаки: запах спирту із рота; спочатку збудження нервової системи, потім (по мірі розвитку отруєння) втрата свідомості, ослаблення рефлексів, синюшність шкіряних покривів, слабкий рідкий пульс, дихання слабе, може відбутися зупинка дихання. Отруєння сурогатами (метиловий спирт), крім того супроводжується (через 10-12 годин) болями у животі, блюванням, болями в очах, порушується зір, настає сліпота.

Перша допомога у даному випадку:

- Якщо потерпілий при свідомості, треба промити шлунок (дати випити 4-5 стаканів води, можна з додаванням 1 чайної ложки соди у кожний стакан і викликати блювання, повторити 2-3 рази – до „чистої води”). Дати сольове проносне: 1-2 столові ложки гіркої солі на стакан води.

Дати активоване вугілля (із розрахунку 1 таблетка на 10 кг. ваги потерпілого); доцільно прийняти обволікаючі речовини – яєчний білок, кисіль, желе; рясне пиття, можна міцний чай або каву.

- Якщо потерпілий без свідомості – укласти його без подушки на бік або на живіт, з опущеною вниз або поверненою в бік головою, щоб виключити можливість попадання блювотиння у дихальні шляхи. Дати вдихати пари нашатирного спирту. Якомога швидше доставити у лікарню.

2.Перша допомога при отруєнні продуктами тваринного та рослинного походження.

Харчове отруєння (харчова токсикоінфекція)- отруєння, яке викликано вживанням недоброякісних продуктів тваринного походження (м'ясо, риба, ковбасні вироби, м'ясні та рибні консерви, молоко і вироби із нього – крем, морозиво і т.п.)

Захворювання викликають мікроби та продукти їх життєдіяльності – токсини. М'ясо, риба можуть бути інфіковані:

- при житті тварин;
- під час приготування їжі;
- в результаті неправильного зберігання харчових продуктів.

Перші ознаки захворювання з'являються через 2-4год. після вживання отруєного продукту, в деяких випадках хвороба може розвиватися через великий проміж часу – 20-26 годин.

Ознаки захворювання:

- загальне нездужання;
- нудота і чисельне блювання;
- частий рідкий стул, іноді з домішками слизу і крові;
- зниження артеріального тиску та почастищення і послаблення пульсу;
- блідість шкіряних покривів;
- висока температура тіла (38-40⁰С) і спрага;
- схватнообразний біль у животі.

Пам'ятайте! Якщо хворого залишити без допомоги, катастрофічно швидко розвивається серцежно – судинна недостатність, виникають судомні скорочення м'язів, настає колапс і смерть

Правила надання першої допомоги при отруєнні їжею:

1. Промити шлунок водою за допомогою шлункового зонду або шляхом викликання штучного блювання(рясне вживання теплої води 1,5-2 л. з послідуочим роздратуванням кореня язика). Промивання проводити до “чистої води”.
2. Забезпечити вживання хворим карболену, а також послабшувального (25 г. солевого послабшувального на пів стакана води або 30 мл. касторової олії)
3. В гострому періоді (після промивання шлунку) – вживання горячого чаю або кофе
4. Хворого необхідно зігріти, обкласти грілками (до рук і ніг)
5. Викликати швидко допомогу або доставити хворого в лікувальний заклад.

Дуже поширеними залишаються отруєння отруйливими грибами (мал.253) бліда поганка, мухомор, строчки, отруйливі сирожки, волошки і таке інше. Отруєння поганкою є одним із найбільш небезпечних. Через 6-8 годин після прийняття отрути виникають нестримне блювання, колькоподібні болі у животі, пронос з кров'ю. На 2-3 день з'являються симптоми печінкової та ниркової недостатності, жовтяниця, відсутність сечі, потім порушення свідомості, максимальне розширення зіниць, падіння артеріального тиску. Смертність при даному отруєнні досягає 50%.



мал. 253. Отруйні гриби

При перших ознаках отруєння необхідно негайно розпочинати надання першої допомоги (як описувалося вище), але у подібних випадках не обійтися без втручання лікарів. Хворого потрібно терміново госпіталізувати.



мал. 254. 1 – блекота чорна, 2 – дурман звичайний, 3 – цикута отруйна, 4 – вовчі ягоди звичайні, 5 – черевиця Лобелієва, 6 – вороняче око чотирилисте.

Іноді отруєння пов'язані з вживанням у їжу плодів, листя або коренів отруйливих рослин (мал. 254), які помилково приймають за їстівні (аконіт, болиголов плямистий, дурман, вовче лико, молочай, хрестовик, чемериця та інші із майже 400, які зустрічаються у нашій країні).

Отруєння дає знати про себе вже через декілька хвилин слиноточивістю, печінням в роті, глотці, болем у животі, блюванням і таке інше.

Ураження нервової системи є провідним при гострих отруєннях багатьма отруйними рослинами, розвивається стан оглушення, кома, судоми, нечіткість зору та ін.

Перша допомога надається як описано вище у порядку само- і взаємодопомоги.

Отруєння можуть виникати і при надходженні отрути через шкіряні покрови і слизові оболонки (кислоти та

луги, хлорофос, етілірований бензин та ін.). Так, при роботі з етілірованим бензином може відбутися отруєння тетраетилсвинцем, який може попасти в організм різними шляхами: через шкіряні покрови, дихальні шляхи і шлунково–кишковий тракт. *Ознаки отруєння:* болі у животі, нудота, блювання, слабкість, запаморочення, неспокійний сон, галюцинації, рідкий слабкий пульс, зниження температури тіла, пригнічення центральної нервової системи, дихання та ін.

Дії щодо надання першої допомоги: змити отруйну речовину холодною водою з милом протягом 5-10 хв. Одяг (при попаданні на нього тетраетилсвинця) зняти і замінити новим. При значному ослабленні дихання – штучне дихання.

3. Перша допомога при укусах змій та комах

На території нашої країни небезпеку може являти гадюка звичайна, укусу якої супроводжується місцевою больовою реакцією, яка розповсюджується набряком тканин, в тяжких випадках порушеннями серцевої діяльності, ураженням нирок, запамороченням.

Перша допомога полягає у наступному:

- відсмоктуванні отрути із ранки (ефективно тільки протягом перших 10 хвилин від моменту укусу), постійно її спльовуючи.
- іммобілізація укушеної кінцівки, що значно уповільнює поширення отрути;
- накладання нетугої пов'язки шириною 2-4 см вище рани для припинення лімфообігу і кровотоку у поверхових венах (але не джгута!);
- рясне пиття для найскорішого виведення отрути;
 - швидке транспортування у лікувальний заклад.

Забороняється припалювати місця укусу розжареним залізом та ін, оскільки це не руйнує отруту, а навпаки – посилює тяжкість стану потерпілого.

При ужаленні бджолами, осами, шершнями може виникнути місцева або загальна реакція. Місцево укусу супроводжується сильним болем, набряком, сверблячкою, печінням, почервонінням. Ці ознаки можуть спостерігатися протягом 1-8 діб. У деяких людей, особливо чутливих до отрути комах, виникає алергічна реакція - кропивниця, набряк обличчя, слезоточивість, падає артеріальний тиск, можливе блювання, озноб, підвищення температури, втрата свідомості, в дуже тяжких випадках – набряк гортані, порушення серцевої діяльності.

Перша допомога:

- негайне вилучення жала разом з отруйним мішечком;
- приложити ватку з нашатирним спиртом, розведеним водою у співвідношенні 1:5;
- покласти холод на місце укусу;
- дати постраждалому таблетку супрастина (протиалергічний препарат);
- рекомендується більше пити;
- при виражених загальних ознаках доставити потерпілого у лікарню.

Отрута навукив викликає сильнішу біль і спазм м'язів, особливо брюшної стінки.

Перша допомога:

- оброблення рани розчином перманганату калія;
- вживання знеболювальних засобів, глюконата кальція;
- негайна доставка в лікувальний заклад.

4. Перша допомога при інфекційних захворюваннях

Інфекційні захворювання (від латиського *infekto* – заражати) – це захворювання, які викликані внаслідок потрапляння хвороботворних мікроорганізмів (бактерії, грибки, віруси) в організм людини від хворого організму та які здатні до масового розповсюдження.

Шляхи розповсюдження інфекції:

- через кров (СНІД) та в результаті укусів комах (малярія);
- повітряно-крапельним (грип, туберкульоз);
- через шлунково-кишковий тракт (холера, гепатит „А”);
- через предмети побуту (різні захворювання).

Попередження інфекційних захворювань:

1. Своєчасне виявлення та ізоляція джерела.
2. Дотримання правил особистої гігієни.
3. Недопущення потрапляння інфекції в шлунково-кишковий тракт (вживання свіжої, доброякісної їжі та добре вимитих овочів і фруктів).

4. Уникнення контакту з хворими на інфекцію дихальних шляхів.
5. Проведення дезінфекційних заходів (привітрювання приміщень та щоденне вологе прибирання).
6. Підвищення імунітету здорової людини за допомогою щеплення, а також шляхом закаливання, вживання вітамінів.

Останнім часом велике занепокоєння викликає зріст захворювання туберкульозом у світі і на Україні в тому числі. Відомо, що кожен годину три наших громадянина захворює туберкульозом, а один-два помирає.

Збудником туберкульозу є мікобактерія туберкульозу (паличка Коха), яка дуже стійка у зовнішньому середовищі (на різних предметах зберігається протягом кількох місяців).

Зараження людини на туберкульоз відбувається:

1. При вдиханні повітря, яке містить мокроти з туберкульозною паличкою (під час кашлю).
2. Через посуд, побутові предмети, якими користувався хворий на туберкульоз.

Частіше за всього захворювання в людини розвивається в результаті недостатнього харчування, паління, тривалого стресу, хронічних захворювань, незадовільних побутових умов.

При туберкульозі частіше за всього спостерігається враження легенів, але також може вражатися практично усі органи і тканини (окрім волосся і нігтів).

Однак для цього йому необхідно виявити на ранній стадії. З цією метою пропонується:

- дорослим – флюорографічні обстеження (не менш 1 раз на рік);
- дітям – проба Манту (туберкуліном).

Профілактика туберкульозу:

1. Імунопрофілактика (щеплення вакциною БЦЖ дітям від 3-5 років до 14 років).
2. Повноцінне та якісне харчування.
3. відсутність шкідливих звичок.
4. Добрі побутові умови.
5. Приймання протитуберкульозних препаратів для тих, хто знаходився в контакті з хворим на туберкульоз.

Венеричні захворювання (захворювання, що передаються статевим шляхом - ЗПСШ) – це захворювання, які передаються від однієї людини другій під час сексуальних контактів. На цей час їх відомо понад 30. Найбільш частіше зустрічаються: сифіліс; гонорея; гепатити В; С; Д; СНІД; трихоманоз; хламідіоз; герпес статевих органів; гастрологічні кондиломи статевих органів. Коли людина хворіє застудою, організм впорається з інфекцією самостійно, а від ЗПСШ організм самостійно звільнитися не може – йому потрібна допомога. Якщо ЗПСШ не лікувати, то вони можуть викликати серйозні ускладнення. Частіше ці захворювання зовнішні не помітні, не спричиняють занепокоєння. Але все ж можуть з'явитися *ознаки захворювання*:

- свербіння та палення статевих органів;
- незвичні кровотечі або виділення із статевих органів (іноді з домішкою крові);
- почервоніння, виразки або бородавки в області статевих органів і заднього проходу;
- часте, хворобливе сечовиділення.

Наслідки захворювання:

1. Безпліддя.
2. Зменшення народжуваності.
3. Виникнення хвороби у новонароджених та дітей.

Профілактика ЗПСШ

1. Дотримання правил особистої гігієни.
2. Виключення випадкових сексуальних контактів з незнайомими особами (особливо в стані алкогольного оп'яніння).
3. Безпосередньо перед статевим контактом і одразу ж після нього рекомендується сечовипускання, крім цього для чоловіків промивання зовнішніх статевих органів дезінфікуючими речовинами (0,05% розчин хлоргексидину (гібітану).
4. Застосування контрацептивів.

СНІД – це синдром набутого імунodefіциту. Набутого – тому, що це стан, який виникає внаслідок зараження, а не передається генетичним шляхом; імунно – тому, що вражає імунну

систему організму, яка бореться з хворобою; дефіцит – тому, що імунна система перестає працювати певним чином; синдром – тому. Що у хворих виникає багато різноманітних симптомів і захворювань.

Запам'ятайте! ВІЛ – означає вірус імунодефіциту людини.

ВІЛ передається:

1. При сексуальному контакті з ВІЛ-інфікованою людиною.
2. Коли порушена цілісність шкіряних покривів гострим предметом (голка, бритва або прибором для нанесення татуювання).
3. Під час повторного використання шприців або голки для введення ліків або наркотиків після вірусоносія.
4. Після переливання крові, яка містить ВІЛ.
5. Від інфікованої матері під час вагітності, пологів, грудне молоко.

ВІЛ не передається через повітря, їжу, поцілунок, дихання, комах, рукостискання, обіймання, пиття.

Перебіг хвороби:

ВІЛ-інфекція проходить декілька стадій:

1. Інкубаційний період (6-8 тижнів).
2. Гостра ВІЛ-інфекція – на цьому етапі у більшості людей розвиваються ознаки схожі на ГРЗ, ангіну (2-3 тижня), а потім проходять. Як правило, інфікований не пов'язує це з ВІЛ-інфекцією. На цій стадії діагностика не виявляє хвороби.
3. Період безсимптомного вірусоносійства (триває 2-5-10 років). На цьому етапі вірус можливо виявити в крові і він також може передаватися іншим людям.
4. СНІД – стадія других змін. Першими ознаками цієї стадії є поноси, тривалі (більш 1 місяця) підвищення температури, зменшення ваги тіла (на 10 % і більше), підвищене стомлення, нічна пітливість. Потім приєднуються різноманітні інфекції, пухлини, ураження нервової системи. Впродовж року, після встановлення діагнозу СНІД, помирає кожна людина, а через 3 роки – 80 % хворих.

Профілактичні заходи:

1. Утримання від статевих стосунків, якщо ви почуваете що не готові до цього.
2. Постійність у відношеннях.
3. Знання о безпечній поведінці.
4. Якщо Ви все ж таки вирішили почати жити статевим життям, то краще це робити з використанням презервативу.
5. Не використовуйте вдруге голки та шприци інших людей для введення ліків.

Запам'ятайте! Ви можете прийняти рішення мати тільки одного статевого партнера і зберігати взаємну відданість – це самий кращий спосіб запобігання від усіх статевих інфекцій

IV. ЗАКРІПЛЕННЯ ВИВЧЕНОГО

1. Перелікуйте загальні ознаки отруєння.
2. Яка допомога надається у разі отруєння, укусах змій, комах, павуків?
3. Які Ви знаєте венеричні захворювання?

V. ДОМАШНЄ ЗАВДАННЯ

1. Самостійно відпрацювати та закріпити викладений матеріал.

Вчитель предмету «Захист Вітчизни»

НПЗ.УРОК № ____ . (практичний на навчально-польових заняттях)

ОМСП. Тема.5-3.Надання першої допомоги при різноманітних ушкодженнях і захворюваннях . Виконання нормативів та завдань з першої допомоги.

Навчальна група: _____

Час: _____

Місце: _____

Мета: Прийняти у учнів контрольні нормативи..

Обладнання: Методичні матеріали, схеми, засоби першої допомоги.

План уроку

1.Виконання нормативів №№1-3.

Хід уроку

- I. Шикування. Привітання, огляд зовнішнього вигляду, захід у клас, розміщення
- II. Оголошення теми, мети та завдань уроку
- III. Відпрацювання основних питань.
- IV.Практична задача нормативів,
- V. Підведення підсумків.
- VI. Домашнє завдання.

Розповідь вчителя.

Нормативи з медико-санітарної підготовки

1. Тимчасова зупинка кровотечі

Учень знаходиться біля «пораненого», тримаючи в руках джгут. Команда «Джгут (закрутку) накласти!»

Помилки, які знижують оцінку:

1. Кінцівка надмірно перетягнена джгутом. Джгут накладено на невідповідну ділянку.
2. Джгут накладено на оголену частину тіла без підкладки.
3. Шкіра стиснута джгутом.
4. Учень не залишив записки, в якій зазначено час накладення джгута.
5. Не закріплено шпильку на одязі.

Бали	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
Помилки				одна			дві			три		
Накладання джгута на стегно або плече	27	30	33	36	50	53	56	60	63	66	70	73
Закрутка (с)	50	60	70	80	90	100	110	120	130	140	150	160

2. Накладання пов'язки

Учень з перев'язувальним матеріалом у руках знаходиться біля «пораненого». За командою «Пов'язку накласти!» починає накладання пов'язку (допускається бинтування поверх одягу).

Помилки, які знижують оцінку.

1. Не закріплена шпилька на одязі.
2. Неправильне положення бинта в руках учня.
3. Пов'язку накладено слабко (сповзає або при її накладанні утворюються «кишені», складки).
4. Пов'язку не закріплено або закріплено вузлом над раною.

Бали	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
Помилки				одна			дві			три, порушена стерильність		
Накладання пов'язки на голову (око, вухо), на кисть у вигляді вісімки, на передпліччя, ліктьовий суглоб, на нижні кінцівки (с)	80	90	100	110	120	130	140	150	160	170	180	190
Плечовий суглоб, груди (с)	110	120	130	140	150	160	170	180	190	200	210	220

3. Надання першої допомоги при переломах кінцівок

Учень біля «пораненого». Перев'язувальний матеріал і шина в руках або поряд з учнем. За командою «Шину накласти!» учень накладає шину. Виконання нормативу закінчується підвішуванням руки на хустку (бинт, ремінь).

Помилки, які знижують оцінку:

1. Необережне поводження з пораненою кінцівкою під час накладання шини.
2. Неточно підігнана шина.
3. Недостатня фіксація шини.
4. Порушення послідовності накладання шини.

Бали	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
Помилки				одна			дві			три, порушена стерильність		
Накладання шини з підручного матеріалу на плече (с)	80	90	100	110	120	130	140	150	160	170	180	190
На передпліччя (с)	110	120	130	140	150	160	170	180	190	200	210	220

V. ДОМАШНЄ ЗАВДАННЯ

1. Самостійно тренуватись в відпрацюванні нормативів.

Вчитель предмету «Захист Вітчизни»
