УТВЕРЖДАЮ

Зам. директора по безопасности

Р.И. Загородников

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2021 г

**ПЛАН-КОНСПЕКТ**

**проведения занятия по специальной подготовке**

**с личным составом санитарной дружины, санитарного поста НФГО**

**Тема № 18. Действия санитарной дружины, санитарного поста**

**по оказанию первой помощи пострадавшим.**

**Учебная цель занятия:**

- закрепить знания и умения личного состава формирования в выполнении приѐмов и способов оказания первой помощи пострадавшим в чрезвычайных ситуациях, эвакуации их в безопасные места, грамотном применении приборов, медицинского и другого табельного имущества;

- изучить с личным составом формирования порядок действий и взаимодействия при выполнении задач в очаге поражения.

**Время проведения:** 2 часа.

**Метод:** практическое занятие.

**Место:** учебный класс, объекты университета.

**Методическая литература и учебные пособия:**

1. Федеральный закон от 21.12.1994г. № 68 «О защите населения и территорий от чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера».

2. Федеральный закон от 12.02.1998г №28-Ф3 «О гражданской обороне».

3. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 04.05.2012 г. № 477 « Об утверждении перечня состояний, при которых оказывается первая помощь и перечня мероприятий по оказанию первой помощи».

4. Приложение к приказу МЧС России от 05.06.1998г. № 354 «Сборник временных типовых инструкций по охране труда и безопасному ведению поисково-спасательных работ в условиях чрезвычайных ситуаций».

5. «Подготовка командиров санитарных дружин, звеньев, постов». Г.С. Кузнецова. УМЦ по ГО и ЧС г. Москвы.

**Учебные вопросы.**

1. Оказание первой помощи пострадавшим.

2. Вынос пострадавших в безопасные места, сортировка раненых и поражѐнных, эвакуация в лечебные учреждения.

3. Ведение наблюдения за выполнением личным составом установленного режима работы, проведением санитарно-гигиенических, противоэпидемических мероприятий.

4. Действия медицинских формирований при проведении неотложных работ при ликвидации последствий ЧС.

5. Взаимодействие формирования с силами, действующими в очаге поражения.

6. Заключение.

**Введение**

Сложные условия работы в зоне чрезвычайной ситуации требуют не механически заученных, а сознательно усвоенных навыков, которые будут применены в любых условиях обстановки. Неустойчивость обстановки в очаге поражения, необходимость оказывать первую помощь и непрерывно вести наблюдение, выявлять новых поражѐнных и оценивать реальность угрозы повторного поражения (возможность обвала, распространения пожара, затопления и т. п.) требуют прочных, доведѐнных до автоматизма практических навыков по оказанию пострадавшим первой помощи.

**1. Оказание первой помощи пострадавшим.**

Одной из основных задач, стоящих перед санитарными дружинами, звеньями и постами, является оказание первой помощи поражѐнным при проведении аварийно-спасательных и других неотложных работ, при ликвидации последствий ЧС, аварий и катастроф.

Основополагающим документом по вопросу оказания первой помощи в настоящее время является приказ Минздравсоцразвития РФ № 477 от 4 мая 2012 г. «Об утверждении перечня состояний, при которых оказывается первая помощь и перечня мероприятий по оказанию первой помощи».

Перечень состояний, при которых оказывается первая помощь (приложение №1 к приказу):

1. Отсутствие сознания у пострадавших.

2. Остановка дыхания и кровообращения.

3. Наружные кровотечения.

4. Инородные тела в верхних дыхательных путях.

5. Травмы различных областей тела.

6. Ожоги, эффекты воздействия высоких температур, теплового излучения.

7. Отморожение и другие эффекты воздействия низких температур.

8. Отравления.

**Особое внимание необходимо обращать на оказание первой помощи пострадавшим, находящимся без сознания, с остановкой дыхания и кровообращения, наружными артериальными и венозными кровотечениями.**

Первая помощь указанным лицам оказывается незамедлительно, с целью сохранения жизни, т.е. по жизненным показаниям, и **не может быть отсрочена.**

Оказывающие первую помощь должны чѐтко представлять, что происходит с человеческим организмом при потере сознания, причины, приводящие к потере сознания и знать приѐмы, с помощью которых пострадавшего можно вывести из состояния обморока или обезопасить при коматозном состоянии. Отработку приѐмов оказания

первой помощи при коматозном состоянии пострадавшего (например, перевод в **устойчивое боковое положение**) желательно проводить с использованием тренажѐров-манекенов.

При прекращении сердечной деятельности у пострадавшего (основной признак - отсутствие пульса на сонной артерии) и дыхания, наступает состояние клинической смерти, которое через 5 минут, если не оказывать помощь, переходит в биологическую смерть. В условиях кислородного голодания (кровь не поступает в мозг, следовательно и клетки коры головного мозга не получают кислород, необходимый для их жизнедеятельности) мозг человека умирает.

Поэтому основной задачей спасения пострадавшего с остановкой сердца является восстановление снабжения клеток головного мозга кровью, и, следовательно, кислородом. Для этого проводится **непрямой массаж сердца и искусственная вентиляция лѐгких**. При проведении непрямого массажа сердца происходит периодическое сдавливание сердечной мышцы, расположенной в грудной клетке, и выдавливание порций крови из полостей сердца (желудочков) в кровеносную систему, т.е. искусственно восстанавливается кровообращение и снабжение клеток мозга кислородом.

При проведении непрямого массажа сердца пострадавший должен находиться на ровной и твѐрдой поверхности с максимально запрокинутой назад головой (восстановление проходимости дыхательных путей) и приподнятыми ногами (для быстрого возврата крови к сердцу). Надавливание на грудину производится основанием нижней ладони, при

этом еѐ большой палец направлен на подбородок пострадавшего, а край ладони

располагается на линии, проходящей на 2 см выше сращения нижних рѐбер (основания мечевидного отростка грудины), руки при этом в локтях не сгибаются, используется тяжесть плечевого пояса. **Глубина продавливания грудины – 5 см, частота – не менее 60** в минуту. После каждого нажатия грудная клетка должна возвращаться в исходное состояние, в это время полости сердца наполняются кровью, ладони при этом от грудной клетки не отрываются.

Кроме непрямого массажа сердца по возможности проводится искусственная вентиляция лѐгких – вдувание воздуха в лѐгкие пострадавшего, например, способом **«изо рта в рот».** Правильное соотношение надавливаний на грудину и вдохов искусственной вентиляции – 30 к 2, при этом создаѐтся достаточное давление в кровеносной системе и происходит доставка кислорода к мозгу.

Во время продавливания грудной клетки на 4-5 см из лѐгких выталкивается до 300 мл воздуха, при условии проходимости верхних дыхательных путей такое же количество воздуха всасывается в лѐгкие при возврате грудной клетки в исходное состояние. Когда выделения изо рта постадавшего представляют угрозу для здоровья и жизни спасающего, можно ограничиться проведением непрямого массажа сердца.

При проведении сердечно-лѐгочной реанимации необходимо периодически проверять пульсацию на сонной артерии.

**Проводить комплекс сердечно-лѐгочной реанимации следует:**

**• до появления пульса, далее искусственное дыхание продолжают в ритме**

**16-18 в минуту до восстановления самостоятельного дыхания;**

**• до получения более квалифицированного содействия;**

**• до появления признаков биологической смерти.**

При рассмотрении вопроса остановки **наружных кровотечений** необходимо обратить внимание обучающихся на разницу в давлении, создающемся в **артериальной** системе **(**кровь идѐт от сердца, бьѐт фонтаном) и **венозной (**кровь идѐт к сердцу, вытекает непрерывной струѐй). Разница в давлении крови в той или иной системе определяет и разницу в приѐмах и способах остановки кровотечения из повреждѐнных сосудов.

**Для остановки артериального кровотечения** необходимо так сдавить повреждѐнную артерию, чтобы по ней прекратился ток крови. Для этого необходимо прижать артерию к плотным образованиям – костям, мышцам. Место пережатия артерии должно находиться между сердцем и раной, ближе к ране. Можно временно пережать артерию пальцевым давлением в определѐнных точках (на период подготовки средств), затем использовать жгут, закрутку или максимальное сгибание конечности в соответствующем (до раны) суставе. Правильность действий по остановке артериального кровотечения подтверждается прекращением кровотечения из раны и отсутствием пульсации на артерии ниже места кровотечения.

Временная остановка **венозного кровотечения** осуществляется следующим образом: поверх раны накладывается тугой валик из стерильного бинта, ваты (без упаковки) и туго бинтуется.

Травмы различных областей тела – это ушибы, переломы костей, ранения. Все эти состояния сопровождаются болевым синдромом и требуют обезболивания. При ушибах рекомендуется охлаждение повреждѐнного места и иммобилизация (ограничение движений, обездвиживание) повреждѐнной конечности.

Основное правило оказания **первой помощи при переломах** – выполнение в первую очередь тех приѐмов, от которых зависит **сохранение жизни поражѐнного:**

- остановка артериального кровотечения;

- предупреждение травматического шока;

- наложение стерильной повязки на рану и проведение иммобилизации.

Основное правило обездвиживания – наложение шины таким образом, чтобы она захватывала суставы выше и ниже перелома. **Переломы больших костей, как, например, бедренной и плечевой, требуют фиксации трѐх суставов**.

Первая помощь **при ранениях** заключается в:

- остановке кровотечения;

- удалении поверхностно лежащих у раны обрывков одежды, грязи, инородных предметов**. Попавшие в рану инородные тела и находящиеся в ране костные отломки удалять нельзя;**

- предотвращении дополнительного загрязнения раны, для чего кожу вокруг раны обрабатывают дезинфицирующим раствором, работая от краѐв раны кнаружи;

- закрытии раны стерильной салфеткой, с последующим еѐ закреплением лейкопластырем, бинтованием.

Первая помощь **при термических ожогах** должна быть направлена на:

- прекращение воздействия высокой температуры на пострадавшего;

- охлаждение ожоговой поверхности.

**Недопустимо!**

1. Смазывать ожоговую поверхность жиром, посыпать крахмалом или мукой, что затрудняет отвод тепла от поражѐнного места.

2. Сдирать с повреждѐнной кожи одежду.

3. Вскрывать пузыри.

4. Бинтовать обожженную поверхность.

5. Смывать грязь и сажу с повреждѐнной кожи.

6. Обрабатывать спиртсодержащими растворами повреждѐнную поверхность.

**2. Вынос пострадавших в безопасные места, сортировка раненых и поражѐнных, эвакуация в лечебные учреждения.**

После оказания первой помощи непосредственно в зоне ЧС пострадавшего необходимо доставить в лечебное учреждение.

*Транспортировка поражѐнных может осуществляться:*

- вручную одним или несколькими спасателями;

- с использованием транспортных средств – автомобильным, железнодорожным, воздушным, водным и другими видами транспорта.

*Рациональными положениями тела при транспортировке являются:*

• **на спине** – при: сотрясениях головного мозга; травмах передней части головы и лица; повреждениях позвоночника, переломах костей таза и нижних конечностей; шоковых состояниях; травмах органов брюшной полости;

ампутации нижних конечностей (с валиком под травмированной ногой);

• **сидя** – при: травмах глаз, груди, дыхательных путей верхних конечностей; ушибах, порезах, ссадинах ног; травмах плечевого пояса;

 с поднятой вверх рукой – при ампутированной верхней конечности;

 **полусидя** со склонѐнной на грудь головой – при травмах шеи;

• **на животе** – при: травмах затылочной части головы; травмах спины, ягодиц, тыльной поверхности ног;

 **на животе или на правом боку** – при травмах спины;

 **на животе с валиком под грудью и головой** – при кровопотерях.

При массовом поражении людей перед транспортировкой производится сортировка поражѐнных, устанавливается очерѐдность транспортировки:

* **в первую очередь** транспортируются тяжело поражѐнные и дети;
* **во вторую очередь** – поражѐнные средней тяжести, которые могут перевозиться в сидячем положении;
* **в третью** – легко поражѐнные.

Транспортировка поражѐнных вручную может осуществляться одним или несколькими спасателями. Переноска пострадавшего **одним** спасателем может производиться на руках, на плече, на спине, с помощью лямки. Надо помнить, что такие виды переноски недопустимы при переломах позвоночника, костей таза и бедра. В этих случаях возможна транспортировка пострадавшего волоком (на плащ-палатке, брезенте, одеяле).

Транспортировка пострадавшего д**вумя** спасателями может осуществляться путѐм посадки его на сцепление в « замок » из двух, трѐх или четырѐх рук спасателей или « друг за другом », когда первый человек подхватывает пострадавшего под колени, а идущий сзади – под ягодицы, при этом туловище и голова пострадавшего располагаются у него на груди. При переломах позвоночника, костей таза и бедра переноску пострадавших лучше всего производить на щите (дверное полотно).

**3. Ведение наблюдения за выполнением личным составом установленного режима работы, проведением санитарно-гигиенических, противоэпидемических мероприятий.**

Командиры формирований обязаны (в соответствии с приложением к приказу № 354 от 05.06.1998 г.):

• уточнить время и порядок выдвижения к местам работ, время начала работ, порядок смены, места отдыха, установить время непрерывной работы в СИЗ;

• вести учет продолжительности работы личного состава в средствах защиты;

• проверить самочувствие спасателей по завершении отдыха.

При определении режима работы и отдыха устанавливаются общая продолжительность и интенсивность работы, перерывы в работе (микропаузы, перерывы в ходе работы для отдыха), межсменный отдых.

Контроль за состоянием здоровья и физиологическими изменениями в организме сандружинников организуется и осуществляется штатным медицинским персоналом учреждения (университета), командиром формирования.

Санитарная дружина может привлекаться для ликвидации эпидемического очага, а также принимать участие в проведении противоэпидемических мероприятий в очагах массовых санитарных потерь, при этом на неѐ возлагается выполнение следующих **задач:**

• участие в проведении эпидемиологической разведки (забор проб, укупорка и маркировка проб, осмотр территории на предмет санитарного состояния и др.);

• поквартирные обходы с целью выявления больных на закреплѐнной за ней территории;

• участие в проведении экстренной неспецифической и специфической профилактики среди персонала и студентов объекта;

• участие в эвакуации и госпитализации инфекционных больных в инфекционный полевой госпиталь, в лечебные учреждения;

• проведение текущей и заключительной дезинфекции в производственных и административных зданиях на объекте экономики при ухудшении эпидемической обстановки;

• проведение санитарной обработки лиц, контактировавших с инфекционными больными, и дезинфекция их вещей;

• уход за инфекционными больными в лечебных учреждениях инфекционного профиля;

• забор проб из объектов внешней среды и доставка их в лаборатории;

• участие в контроле за выполнением противоэпидемических и санитарно-

гигиенических мероприятий на объектах экономики, общественного питания, торговли, пищевой промышленности и др.;

• сандружинники закрепляются за производственными и административными зданиями с таким расчѐтом, чтобы на каждого из них приходилось до 80 сотрудников объекта (обход два раза в сутки для выявления больных);

• участие в проведении санитарно-просветительной работы среди персонала объекта.

**4. Действия медицинских формирований при проведении** неотложных работ по ликвидации последствий ЧС.

Медицинское обеспечение нештатных формирований ГО организуется и осуществляется в целях сохранения здоровья и работоспособности личного состава формирований, своевременного оказания медицинской помощи лицам, получившим травмы и больным, их эвакуация, лечения и быстрейшего возвращения в строй, а также в целях предупреждения возникновения инфекционных заболеваний среди личного состава формирований. Оно включает лечебно-профилактические, санитарно-гигиенические, лечебно-эвакуационные и противоэпидемические мероприятия, которые проводятся на всех этапах действий формирований.

Медицинское обеспечение в формированиях организуется врачом (фельдшером) данного объекта (района).

Медицинский пункт объекта проводит: оказание неотложной медицинской помощи при острых заболеваниях, ранениях и отравлениях личного состава, приѐм и амбулаторное лечение больных; медицинские осмотры, предохранительные прививки и другие мероприятия; своевременное выявление инфекционных больных, их изоляцию и госпитализацию с проведением противоэпидемических мероприятий; ведѐт наблюдение за выполнением личным составом установленного режима работ, санитарно-

гигиеническим состоянием района расположения, а также за состоянием питания, водоснабжения и организацией отдыха личного состава формирований.

При действиях формирования в районах применения оружия массового поражения врач (фельдшер) объекта (командир формирования) организует: медицинское наблюдение за личным составом, находящимся под воздействием радиоактивных, отравляющих веществ

и бактериальных средств; санитарно-профилактические мероприятия; мероприятия по предупреждению заболеваний личного состава инфекционными болезнями, контроль за их проведением в формировании; поддерживает связь с медицинской службой объекта (района) и согласовывает с ней мероприятия по медицинскому обеспечению формирования.

В очаге массовых санитарных потерь на санитарную дружину возлагается выполнение следующих задач:

• оказание первой помощи поражѐнным и больным, контроль за еѐ качеством, если она была оказана в порядке само- и взаимопомощи;

• организация проведения само- и взаимопомощи среди пострадавших;

• розыск поражѐнных и раненых совместно с аварийно-спасательными формированиями, проведение реанимационных мероприятий (искусственное дыхание и непрямой массаж сердца);

• проведение первичной сортировки с целью определения очерѐдности эвакуации поражѐнных, раненых и больных в лечебные учреждения;

• участие в медицинской разведке (определение мест для пунктов сбора поражѐнных и погрузки их на автотранспорт, уточнения мест скопления поражѐнных, оценка состояния маршрутов или проходов через завалы для эвакуации поражѐнных (больных), запись результатов наблюдений, забор проб из объектов внешней среды для проведения лабораторных исследований;

• участие в организации выноса, вывода и погрузки поражѐнных и больных на транспортные средства.

**Санитарные дружины (сандружинники) согласно организационно-штатным мероприятиям могут приписываться (приписываются) к следующим нештатным лечебно-эвакуационным формированиям:**

- мобильным медицинским отрядам в отделение санитаров-носильщиков;

- инфекционным подвижным госпиталям на 200 коек, 38 сандружинников;

- автосанитарным отрядам до 30 сандружинников;

- эвако-санитарным летучкам, санитарная дружина (21 человек).

В указанных формированиях сандружинники осуществляют:

• исправление, а при необходимости наложение повязок и шин;

• контроль за правильностью и сроком наложения жгута;

• руководство действиями носилочных звеньев при погрузке поражѐнных и раненых на автотранспорт, с учѐтом очерѐдности их эвакуации;

• перенос поражѐнных и раненых от автомашин до приѐмно-сортировочного отделения и затем в другие отделения мобильного медицинского отряда или инфекционного подвижного госпиталя;

• определение дозы полученного облучения поражѐнными, считывание показаний индивидуальных дозиметров и их регистрация;

• уход за поражѐнными и больными;

• участие в проведении частичной и полной санитарной обработки поражѐнных и больных;

• участие в регистрации поступающих поражѐнных, раненых и больных.

**5. Взаимодействие формирования с силами, действующими в очаге поражения.**

Непременным условием высокой эффективности действий органов управления и сил при проведении ликвидации последствий ЧС, аварий и катастроф является организация и поддержание тесного взаимодействия между всеми участниками неотложных работ.

Сущность взаимодействия состоит в целенаправленной управленческой деятельности, согласованной по целям, задачам, месту, времени и способам действий органов управления и сил на всех этапах работ. Взаимодействие организуется заблаговременно еще на стадии разработки и согласования планов гражданской обороны и защиты населения и планов действий по предупреждению и ликвидации чрезвычайных ситуаций, совершенствуется при их ежегодном уточнении, а также уточняется при угрозе нападения противника или возникновении конкретной чрезвычайной ситуации.

Оперативное взаимодействие между подразделениями, составляющими группировку сил, организуется с началом ликвидации последствий ЧС, аварии, катастрофы

руководителем (председателем КЧС и ПБ) организации. В ходе работ поддержание взаимодействия достигается единым оперативным планированием, постановкой и уточнением задач с учетом хода работ и изменений обстановки, отдачей согласованных по содержанию распоряжений, непрерывной координацией действий, контролем их результатов.

**Заключительная часть –** 5 мин.

Руководитель занятия:

* подводит итоги занятия
* отвечает на возникшие в ходе занятия вопросы
* ставит задачи на самостоятельное изучение материала темы.

Руководитель занятия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_