|  |  |
| --- | --- |
| Дата занятия по расписанию, номер группы | 07.05.20, группа № 31 |
| Преподаватель, предмет | Фатеев Сергей Витальевич, безопасность жизнедеятельности |
| Контактные данные преподавателя | [mgutus@mail.ru](mailto:mgutus@mail.ru) |
| Указания к самостоятельному изучению материала | Тема учебного занятия: «Первая медицинская помощь при травмах». |
| Указания к выполнению самостоятельных заданий | Прочитать материал урока и сделать краткое сообщение в файле или тетради. |
| Срок выполнения заданий | 08.05.20 до 16.45. |
| Примечания | Фото сообщения или файл отправить на мою эл. почту: [mgutus@mail.ru](mailto:mgutus@mail.ru) |

**Первая медицинская помощь при травмах**

**Травма** - нарушение целостности функций ткани и органов в результате воздействия факторов внешней среды.

Различают открытые и закрытые травмы. Виды травм: 1) раны, в том числе проникающие ранения грудной и брюшной полости, черепа; 2) сотрясения и ушибы головного мозга; 3) переломы; 4) вывихи, растяжения или разрывы связок, мышц и сухожилий; 5) электрические травмы.

Травмы опорно-двигательного аппарата являются наиболее распространёнными.

**Перелом** - это нарушение целостности кости. Он может быть полным и неполным. Неполный перелом - это трещина.

**Вывих** - это смещение кости по отношению к её нормальному положению в суставе. Вывихи обычно происходят при воздействии большой силы.

**Растяжение и разрыв связок** происходят, когда кость выходит за пределы обычной амплитуды движения. Наиболее распространёнными являются растяжения связок голеностопного и коленного суставов, пальцев и запястья.

**Растяжение мышц и сухожилий**. Наиболее распространёнными являются растяжения мышц шеи, спины, бедра или голени.

При ***проникающем ранении грудной полости*** возникает угроза остановки дыхания и летального исхода для пострадавшего вследствие асфиксии (удушья). В результате проникающего ранения в грудную полость выравнивается внешнее атмосферное и внутрибрюшное давление. При попытке пострадавшего вдохнуть воздух попадает в грудную полость, и легкие не расправляются.

***Травмы головы и мозга*** встречаются в 40% случаев повреждений. Приводят к нарушению жизненно важных функций организма. *Сотрясение головного мозга* по сравнению с его ушибом представляет собой более легкую форму повреждения. Нарушения при нем носят функциональный характер.

оглушение или кратковременная потеря сознания, утрата способности вспомнить, что было до травмы; головная боль, головокружение, тошнота, звон и шум в ушах, приливы крови к лицу, потливость, быстро проходящие расстройства дыхания, кратковременное учащение или замедление пульса.

***Переломы.*** Разделяют на *поперечные*, *продольные, косые, спиральные.*Встречаются и *оскольчатые*переломы, когда кость раздроблена на отдельные части. Переломы могут быть *закрытыми* и *открытыми*. При открытом переломе через рану выступают отломки кости.

Перелом всегда сопровождается повреждением мягких тканей. Особенно опасны повреждения крупных сосудов и нервных стволов, грозными спутниками которых являются острая кровопотеря и травматический шок. В случае открытого перелома возникает опасность *инфицирования раны.*

*Переломы позвоночника*принадлежат к наиболее тяжелым и болезненным травмам. Основной его признак - нестерпимая боль в месте перелома при малейшем движении.

*При переломах нижней челюсти,* прежде всего, принимают меры для устранения или предупреждения асфиксии (удушья). Если человек в результате травмы потерял сознание и лежит на спине, возможно западение языка и немедленное удушье.

*При переломах ребер* у пострадавшего отмечается выраженная боль, особенно при глубоком вдохе, кашле; пострадавший старается дышать поверхностно, говорить шепотом, сидит, сгибаясь в поврежденную сторону и вперед, прижимая рукой место перелома.

*Электротравм*а - поражение человека электрическим током, вызывающее глубокие функциональные изменения ЦНС, дыхательной и сердечно-сосудистой систем, сочетающееся нередко с местным повреждением тканей. Составляет 1-1,5% от всех видов травм, но по числу летальных исходов занимает одно из первых мест.

Тяжесть и исход поражения электрическим током зависят от различных условий. При силе тока 10-15 мА возникают судорожные сокращения мышц, которые не позволяют пострадавшему самостоятельно отключиться от токонесущего предмета. Ток силой 25-80 мА может вызвать электрическую асфиксию - судорожное сокращение дыхательных мышц в фазе вдоха. Ток силой 100 мА вызывает фибрилляцию желудочков сердца. Ток, который протекает в бытовой электросети (5-10 А), во много раз превышает пороговое смертельное действие. Сила тока зависит от сопротивления тела, через которое он проходит. Сухая кожа человека имеет большее сопротивление, чем влажная. Поэтому ток одинакового напряжения может в одних условиях быть безопасным, а в других вызвать смертельное поражение. Например, если к проводнику с напряжением 127 В человек прикоснется сухой рукой, то почувствует легкое покалывание в пальцах (сила тока - 1,27 мА), а если прикоснуться влажной рукой, стоя на сыром полу, то результатом этого будет поражение с фибрилляцией желудочков сердца (сил тока - 127 мА). При напряжении более 500 В величина сопротивления кожи уже не имеет значения, т.к. в месте контакта происходит "пробой" кожи и возникают так называемые метки тока. Это округлые пятна от 1 до 6 см в диаметре, темные внутри и синеватые по периферии.

Большое значение имеют пути прохождения тока - петли тока. Из них наиболее опасны петли, при которых ток проходит через сердце и головной мозг: "обе руки - обе ноги", "левая рука - ноги", "рука - рука", "голова - ноги".

Особое место занимает **поражение молнией**. Напряжение достигает до 10 млн. В, сила тока - сотни тысяч ампер, длительность разряда - доли секунды. Поражающие факторы молнии - электрический ток, световое излучение, ударная волна.

Поражение происходит током очень высокого напряжения, но, кроме того, пострадавший может быть выброшен ударной волной, и получить травматические повреждения, в частности, черепа. Могут также наблюдаться тяжелые ожоги, вплоть до обугливания (температура в области канала молнии может достигать 25 тыс. оС).

Признаки: местные - ожоги в местах входа и выхода электрического тока; внутренние - поражения различной тяжести - от потери чувствительности до глубоких ожогов, возможны расслоения тканей, их разрыв, иногда полный отрыв конечности. Могут развиться паралич, немота, глухота, а также произойти остановка дыхания и сердца.

В легких случаях общие проявления могут быть в виде обмороков, головокружения, общей слабости, тяжелого нервного потрясения.

**ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ТРАВМАХ**

При ***проникающем ранении грудной полости*** возникает угроза остановки дыхания и летального исхода для пострадавшего вследствие асфиксии (удушья).

В результате проникающего ранения в грудную полость выравнивается внешнее атмосферное и внутрибрюшное давление. При попытке пострадавшего вдохнуть воздух попадает в грудную полость, и легкие не расправляются.

Первая помощь: - в случае необходимости выполнить искусственное дыхание; - освободить от стягивающих одежд; - обеспечить доступ свежего воздуха; - закрыть рану воздухонепроницаемыми повязками (дать выдохнуть, зажать его рану рукой и заклеить любым подручным материалом (скотчем, упаковкой для стерильного пакета, полиэтиленовым пакетом). Если пострадавший без сознания - резко нажать на грудную клетку для имитации выдоха, после чего заклеить рану; - придать пострадавшему полусидячее положение; - дать доступное обезболивающее средство.

При ***проникающем ранении брюшной полости:*** - закрыть рану стерильной бинтовой повязкой; - если внутренние органы выпали наружу, не заправлять их в брюшную полость, а накрыть несколькими слоями марли, пропитанной вазелином, маслом или раствором пенициллина, аккуратно прибинтовать к туловищу; - холод на живот; - не давать пить.

При ***проникающем ранении черепа:***- удалить осколки торчащих костей или посторонних предметов; - рану плотно забинтовать (лучше всего использовать перевязочные пакеты. Для вскрытия пакета его берут в левую руку, правой захватывают надрезанный край оболочки и рывком обрывают склейку. Из складки бумаги достают булавку и закрепляют ее на своей одежде. Развернув бумажную оболочку, берут конец бинта, к которому пришита ватно-марлевая подушечка, в левую руку, а в правую - скатанный бинт и разводят руки. Бинт натягивается, при этом будет видна вторая подушечка, которая может передвигаться по бинту. Эту подушечку используют в том случае, если рана сквозная, одна подушечка при этом закрывает входное отверстие, а вторая - выходное, для чего подушечки раздвигают на нужное расстояние. К подушечкам можно прикасаться руками только со стороны, помеченной цветной ниткой. Обратной стороной подушечки накладывают на рану. Круговыми ходами бинта их закрепляют, а конец бинта закалывают булавкой. В том случае, когда рана одна, подушечки располагают рядом, а при ранах небольших размеров их накладывают друг на друга); - уложить пострадавшего на спину и повернуть голову набок; - на голову положить холод (снег или лёд в полиэтиленовых мешочках); - при отсутствии сознания - фиксация языка; - при отсутствии дыхания и сердечной деятельности приступить к реанимации.

***При массовых кровотечениях из ран головы*** больному накладывают давящую повязку и транспортируют в больницу на носилках с приподнятым изголовьем.

***При кровотечении из наружного слухового прохода*** производится его тампонада. Не рекомендуется вводить тампон глубоко в слуховой проход, так как возможно инфицирование раны.

***При травмах в области таза.***

Травмы тазовой области - комплекс самых разнообразных повреждений костей таза и прилегающих к нему мягких тканей и внутренних органов. Подразделяются на ушибы, сдавления, переломы и ранения. Могут быть открытыми и закрытыми, сочетаться с повреждениями других частей скелета или внутренних органов.

Ранения мягких тканей часто наблюдаются в ягодичной области и промежности, могут сочетаться с повреждениями внутренних органов.

Первая помощь: - уложить больного на спину со сведёнными ногами, согнутыми в тазобедренных и коленных суставах (положить валик из одежды под коленные суставы); - дать обезболивающее средство; - закрыть рану асептическими повязками; - на место раны положить холод (снег или лёд в полиэтиленовых мешочках).

***При травмах позвоночника, спины.***

Травма позвоночника, спины - одно из наиболее тяжёлых повреждений, лишающих организм опоры, а при вовлечении в травматический процесс спинного мозга - нарушающих функции внутренних органов и конечностей.

Травмы позвоночника, спины делятся на ушибы и переломы с вовлечением или без вовлечения в травматический процесс спинного мозга.

Первая помощь: - дать обезболивающее средство; - уложить пострадавшего на спину или живот. Ни в коем случае не давать двигаться!!!; - закрыть раны асептическими повязками.

***При переломах:***

- ни в коем случае не составлять отломки кости, устранять искривление конечности при закрытом переломе или вправлять вышедшую наружу кость при открытом; - пострадавшего как можно быстрее доставить в лечебное учреждение; - провести иммобилизацию повреждения с помощью подручных средств (шин):

а) при переломе предплечья руку согнуть в локте под прямым углом, пальцы полусогнуть, подложив под них валик из марли или ваты; наложить шину на два сустава, расположенные выше и ниже перелома;

б) при переломе плеча фиксировать плечевой и локтевой суставы;

в) при переломе позвоночника уложить пострадавшего на спину на твёрдую, ровную поверхность (широкую доску, щит), обеспечить полную неподвижность пострадавшего до прибытия врача;

г) при переломе голени и бедра, предплечья и плеча шины наложить на всю повреждённую ногу (руку) с наружной и внутренней стороны, лучше прямо на одежду, чтобы предотвратить сдавливание кожи, крупных сосудов, нервов. Если нет подручных предметов для шины, можно прибинтовать руку к туловищу, а ногу к неповреждённой ноге;

д) при переломе костей таза положить пострадавшего на спину на твёрдую поверхность, осторожно согнуть его ноги в коленях, слегка развести их в стороны, положить под колени валик из свёрнутой одежды, одеяла, подложить под голову подушку или одежду;

- дать пострадавшему обезболивающее; - положить на 15-20 мин на место травмы холод (снег или лёд в полиэтиленовых мешочках); - при открытых переломах и кровотечении наложить на рану стерильную повязку, произвести временную остановку кровотечения.

При ***переломе нижней челюсти*** принять меры для устранения или предупреждения асфиксии (удушья).

**Правила наложения повязок различных типов**.

***Круговая.*** Самая простая повязка. Накладывается на запястье, нижнюю часть голени, лоб и т.д. Бинт при круговой повязке накладывается так, чтобы каждый его последующий оборот полностью закрывал предыдущий.

***Спиральная.*** Применяют при бинтовании конечностей. Начинают накладывать, так же, как и круговую, делая на одном месте два-три оборота бинта для того, чтобы закрепить его. Начинают бинтовать с наиболее тонкой части конечности. Затем бинтуют по спирали вверх. При бинтовании по спирали, для того чтобы бинт прилегал плотно, не образуя карманов, после одного-двух оборотов его перевертывают. По окончании бинтования бинт закрепляют булавкой или разрезают его конец по длине и завязывают.

*Спиральные повязки*применяют для закрытия больших ран. Бинтование начинается с циркулярной повязки ниже повреждения, затем ходы бинта идут в косом направлении вверх, на 2/3 прикрывая предыдущий ход.

*На грудную клетку:* начать с того, что кусок бинта перебросить через надплечье. На грудную клетку накладываются два циркулярных витка бинта, затем укрепляющими турами, перекрывая на 2/3 каждый предыдущий тур, закрывают всю или часть проксимального отдела грудной клетки. Для предупреждения сползания циркулярных туров концы бинта, который был переброшен через надплечье, завязывают.

Спиральная повязка также накладывается при перевязке пальца на руке, на спине.

***Крестообразная (восьмиобразная).*** Используют для бинтования ран на груди, на затылочной области, кисти руки, голеностопного сустава, то есть для бинтования частей тела с неправильной поверхностью.

На груди начинают делать, накладывая витки бинта вокруг грудной клетки, затем перебинтовывают грудь крест-накрест, получая "восьмерку", причем верхнее кольцо "восьмерки" охватывает шею, а нижнее - грудную клетку.

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

***В виде "уздечки".*** Повязки на теменную и затылочную области. После 2-3 закрепляющих оборотов бинта вокруг головы им обтянуть или обернуть затылок, вести на шею и подбородок, далее сделать несколько вертикальных обводов через подбородок и темя, после чего бинт направить на затылок и закрепить его круговыми движениями. На затылок можно также накладывать восьмиобразную повязку.

***"Черепашья" повязка***накладывается на область суставов при согнутом положении. Выделяют расходящуюся и сходящуюся "черепашью" повязку.

Повязки накладываются в области коленного и локтевого сустава. Расходящаяся начинается с кругового хода через середину сустава, затем делают подобные ходы выше и ниже предыдущего. Последующие ходы все более расходятся, постепенно закрывая всю область сустава. И наоборот, сходящаяся повязка начинается с периферических туров выше и ниже сустава. Последующие ходы идут подобно предыдущим, постепенно сходясь к центру сустава. Заканчивают повязку циркулярным ходом на уровне середины сустава.

***В виде "чепца".*** На волосистую часть головы. Кусок бинта длиной примерно 1,5 метра кладут на темя, его концы (завязки) опускают вниз впереди ушных раковин. Делают 2 - 3 фиксирующих оборота вокруг головы. Далее натягивают вниз и несколько в стороны концы завязок, оборачивают бинт вокруг них справа и слева попеременно и ведут его через затылочную, лобную и теменную области, пока не закроют всю волосистую часть головы. Концы завязок закрепляют узлом под подбородком.

Повязку на *правый глаз* начинают с закрепляющих оборотов бинта против часовой стрелки вокруг головы, далее через затылок бинт ведут под правым ухом на правый глаз. Затем ходы чередуют: один - через глаз, другой - вокруг головы. При наложении повязки на *левый глаз* закрепляющие ходы вокруг головы делают по часовой стрелке, далее через затылок под левое ухо и на левый глаз. При наложении повязки на *оба глаза* после закрепляющих ходов чередуют ходы через затылок на правый глаз, а затем на левый.

***Пращевидная повязка.*** На нос, губы, подбородок, затылок и лоб, а также на все лицо. Для ее приготовления берут кусок широкого бинта длиной около 1 метра и с каждого конца разрезают по длине, оставляя целой среднюю часть. При небольших ранах вместо повязки можно применять наклейку. На рану накладывают стерильную салфетку, затем неразрезанную часть повязки, концы которой перекрещивают и завязывают сзади.

При ранении плечевого сустава применяют *колосовидную*повязку.

***Косыночная повязка*** накладывается при ранении головы, локтевого сустава и ягодицы.

***Пластырные повязки.*** При небольших ранах, ссадинах. Салфетку накладывают на рану и закрепляют ее полосками лейкопластыря. Бактерицидный лейкопластырь, на котором имеется антисептический тампон, после снятия защитного покрытия прикладывают к ране и приклеивают к окружающей ее коже. Следует учитывать, что липкий пластырь хорошо приклеивается только к сухой коже.

Недостатками являются возможность изменения кожи под пластырем (у некоторых больных вокруг полоски лейкопластыря развивается повреждение кожи) и не совсем надежная фиксация перевязочного материала.

**Общие правила бинтования:**

- перед началом бинтования стоять лицом к пострадавшему, насколько это возможно (наблюдение за пострадавшим);

- во время перевязки разговаривать с пострадавшим и до наложения повязки объяснить ее назначение (привлечение пострадавшего к содружеству, контроль состояния);

- пострадавший должен находиться в удобном положении;

- перевязываемая часть тела (конечность) должна быть неподвижной. Следует создать упор, например, при повязке на голень пострадавшего усадить, стопу поместить на табурет, подставку;

- повязка должна быть наложена удобно для пострадавшего с учетом того, будет он ходить или лежать после перевязки, будет ли двигаться пострадавшая часть тела;

- во время бинтования бинт держат в правой руке, а его начало - в левой;

- повязку делают в направлении слева направо и снизу вверх;

- бинтовать начинают с закрепления конца бинта. Каждый новый виток (тур) бинта должен придерживать часть предыдущего бинта;

- бинт не следует накладывать слишком туго или слишком свободно, чтобы он не сползал;

- бинтование ног проводят в их разогнутом состоянии, бинтование рук - в полусогнутом. Затем руку закрепляют в полусогнутом положении косынкой или шарфом;

- бинтование заканчивают выше места раны, конец бинта закрепляют или завязывают.

*При наложении повязки пострадавшего следует усадить или уложить, потому что даже при небольших повреждениях под влиянием нервного возбуждения, боли может наступить кратковременная потеря сознания -***обморок.**

***Электротравмы.*** Оказание помощи начинается с прекращения воздействия электрического тока на пострадавшего, отключение его от токонесущего предмета, т.к. сам он обычно освободиться не может. При этих мероприятиях важно тщательно соблюдать технику безопасности, чтобы исключить возможность попадания спасателя в положение пострадавшего. Либо отключить электричество, либо оттянуть пострадавшего от токонесущего предмета.

При освобождении пострадавшего принять меры безопасности (изолировать себя от земли, встав на сухую доску, резиновый коврик или, в крайнем случае, свернутую сухую одежду. На руки надеть резиновые перчатки или обернуть свои руки сухой материей. Оттягивать пострадавшего от провода рекомендуется за край одежды, не касаясь обнаженных частей тела. Если источником поражения электрическим током оказался упавший провод высоковольтной сети, то подходить к пострадавшему надо мелким шагом или передвигаться, прыгая на двух ногах, чтобы не попасть под шаговое напряжение).

Если после отключения пострадавшего от тока, он находится в бессознательном состоянии, дыхательные движения отсутствуют, пульс на сонных артериях не определяется, зрачок - широкий и неподвижный, то следует немедленно проводить искусственную вентиляцию легких и непрямой массаж сердца.

Если электротравма сопровождалась местными повреждениями в виде переломов костей или ожогов, то проводится накладывание шин и асептической (стерильной) повязки на обожженную поверхность.

*К сожалению, до сих пор имеет некоторое распространение предрассудок, что пораженного молнией или электротоком надо закопать на время в землю для выведения электротока из организма. Ни к чему, кроме потери драгоценного времени для проведения реанимации и загрязнения землей ожогов, это не приводит.*

Первая помощь при всех травмах опорно-двигательного аппарата одинакова:

- не причинять пострадавшему дополнительной боли;

- помочь ему принять удобное положение;

- обеспечить неподвижность и покой повреждённой части тела;

- прикладывать лёд (холод);

- обеспечить приподнятое положение повреждённой части тела.

***Способы иммобилизации и переноски пострадавшего.***

**Иммобилизация** - создание неподвижности (покоя) повреждённой или больной части тела.

Главная цель иммобилизации - обеспечить по возможности полный покой повреждённой части тела, что исключает дополнительную травматизацию и уменьшает боль.

Рекомендуется при всех повреждениях, сопровождающихся переломами костей, обширными ранениями и ожогами. В одних случаях необходимо правильно уложить пострадавшего, в других применить специальные обездвиживающие приспособления - шины.

**Рекомендуемые позы для переноски пострадавшего:**

1) лёжа:

на спине - с травмами головы, позвоночника, конечностей, если пострадавший в сознании;

на спине с согнутыми в коленях ногами (под колени положить валик-опору) - с травмами костей таза и брюшной полости;

на спине с приподнятыми ногами и опущенной вниз головой - при шоке и значительной кровопотере;

на животе - с травмами позвоночника, если пострадавший без сознания;

на боку - раненым без сознания, если нет другого выхода;

2) полусидя:

с вытянутыми ногами - при травмах головы, верхних конечностей;

с ногами, согнутыми в коленях (под колени положить валик-опору), - при травмах мочеполовых органов, брюшной полости, грудной клетки и кишечной непроходимости.

Первая помощь при синдроме длительного сдавливания.

При длительном сдавливании мягких тканей отдельных частей тела, нижних или верхних конечностей может развиться тяжелое поражение, получившее название *синдром длительного сдавливания конечностей,* или *травматический токсикоз*. Оно обусловливается всасыванием в кровь токсических веществ, являющихся продуктами распада размозженных тканей.

Признаки: боль в поврежденной части тела, тошнота, головная боль, жажда. На поврежденной части тела видны ссадины и вмятины. Кожа бледная, местами синюшная, холодная на ощупь. Поврежденная конечность через 30-40 минут после ее освобождения начинает быстро отекать. Различают три периода: ранний, промежуточный и поздний.

*Ранний* (сразу же после травмы и в течение двух часов). Пострадавший возбужден, сознание сохранено, он пытается освободиться от завала, просит о помощи.

*Промежуточный* (после пребывания в завале в течение двух часов и более). В организме нарастают токсические явления. Возбуждение проходит, пострадавший становится относительно спокойным, подает о себе сигналы, отвечает на вопросы, но периодически впадает в ступор.

Первая помощь:

- жгут накладывать не очень туго, чтобы не нарушить притока крови к конечностям;

- если конечности теплые на ощупь и повреждены не сильно, на них наложить тугую бинтовую повязку;

- после этого шприц-тюбиком ввести противоболевое средство (при его отсутствии дать выпить 50 г водки);

- поврежденные конечности, даже при отсутствии переломов, зафиксировать шинами;

- с первых же минут оказания помощи пораженному дать горячий чай или кофе, обильное питье с добавлением питьевой соды по 2-4 грамма на прием в 10 приемов (сода способствует восстановлению кислотно-щелочного равновесия внутренней среды организма, а обильное питье - выведению токсических веществ с мочой);

- пораженных с травматическим токсикозом как можно быстрее и бережнее на носилках доставить в медицинское учреждение.

**ТРАВМАТИЧЕСКИЙ ШОК И ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ШОКЕ**

Возникает после переломов, множественных ран, большой кровопотери, ранений органов грудной и брюшной полости, таза, обширных ожогов, чрезмерных болевых раздражений.

Развитие шока зависит, прежде всего, от тяжести повреждения. Способствуют развитию шока общее ослабление, переутомление и истощение организма, потеря крови, переохлаждение, плохая иммобилизация, тряска во время транспортировки.

Во время шока возникает перераздражение болью и истощение ЦНС, переходящее на сердечно-сосудистый и дыхательный центры, с понижением жизнедеятельности организма. Падает артериальное давление, учащается пульс ("нитевидный" пульс).

В развитии шока различают две фазы - *возбуждение*и *торможени*е:

Фаза возбуждения развивается сразу же после повреждения, как ответная реакция организма на сильнейшие болевые раздражители. Пострадавший проявляет беспокойство, возбужден, мечется от боли, кричит, просит о помощи, но общее состояние его еще мало изменено. Эта фаза, как правило, кратковременна (10-20 минут) и не всегда может быть обнаружена при оказании первой медицинской помощи.

Вслед за ней наступает фаза торможения. При полном сознании у пострадавшего отмечается полный упадок сил, он не просит о помощи, перестает жаловаться на боли, неподвижен, безучастен к окружающему, на вопросы отвечает с трудом, шепотом. Кожные покровы бледные с серым или синюшным оттенком, туловище и конечность холодные. Общее состояние тяжелое, пульс частый, еле прощупываемый, слабого наполнения, дыхание резко учащено, поверхностное, тело покрыто липким потом. Возможно появление жажды, тошноты, рвоты. Пульс становится все чаще и слабее. Тяжесть шока определяется по степени падения уровня артериального давления вплоть до 60/30; 40/10 мм рт. столба.

Пострадавший самостоятельно из шока не выходит. Тяжелый шок в итоге переходит быстрее или медленнее в терминальное состояние, сознание исчезает, пульс не определяется, дыхание становится прерывистым, зрачки расширены, не реагируют на свет. Возможно быстрое наступление смерти.

***Травматический шок.***

*Ответная реакция организма на тяжелую механическую травму или ожог, выражающаяся глубоким угнетением ЦНС, тяжелым расстройством всех жизненных процессов в организме и прогрессивным катастрофическим падением кровяного давления.*

Шок сопровождает обширные размозжения мягких тканей, повреждения крупных нервных стволов, ранения органов грудной или брюшной полости, раздробление костей и отрыв конечностей.

*Помощь при шоковых состояниях заключается в следующем:*

- пострадавшему предоставить максимальный покой (нельзя переносить, передвигать, переворачивать) до оказания последующих мероприятий;

- устранить или ослабить боли: а) путем иммобилизации травмированной части тела (конечности) с помощью шин, сделанных из подручного материала (доски, палки, лыжи, штакетник и т.д.) или специальных шин (если они окажутся рядом); б) путем дачи внутрь обезболивающих средств;

- одновременно, при наличии кровотечения, провести временную остановку его с помощью наложения жгута или других способов;

- наложить стерильную повязку на рану;

- дать выпить крепкий горячий чай, кофе и спиртные напитки (водка, вино, разведенный спирт, коньяк), если нет повреждения органов брюшной полости;

- пострадавшего необходимо согреть - укрыть одеялом, какой-либо одеждой и т.д.;

- целесообразно дать соляно-щелочное питье (1 чайная ложка питьевой соды и 1/2 чайной ложки поваренной соли на 1 литр воды).