Задание:

1. Отморожения, ожоги. Стадии, первая мед. помощь. Химические ожоги (кислотами, щелочами, фосфором). Признаки, первая мед. помощь
2. Классификация ОВ (СДЯВ). Отравление сероводородом, хлором, СО, этиловым спиртом. Признаки, первая мед. помощь
3. Синдром длительного сдавливания. Признаки, первая мед. помощь

1. Отморожения, ожоги. Стадии, первая мед. помощь. Химические ожоги (кислотами, щелочами, фосфором). Признаки, первая мед. помощь.

Обморожения. Причиной возникновения обморожений является воздействие низких температур, а при определенных условиях (мокрая и тесная обувь, неподвижное положение на холодном воздухе, алкогольное опьянение, и кровопотеря) обморожение может быть и при температуре выше 00С. Чаще подвергаются обморожению уши, нос, кисти (пальцы) рук, стопы ног. При отморожении вначале ощущаются чувство холода и жжения, затем появляется онемение. Кожа становится бледной, чувствительность утрачивается.

В дальнейшем действие холода не ощущается. Установить степень обморожения можно только после отогревания пострадавшего, иногда через несколько дней. Различают 4-е степени отморожения.

Обморожение 1-ой степени характеризуется побледнением кожи, незначительной отечностью и понижением ее чувствительности, т.е. небольшими обратимыми расстройствами кровообращения. При согревании пострадавшего кровоснабжение восстанавливается, кожа приобретает первоначальный цвет, отечность постепенно исчезает. Позже может возникнуть шелушение и зуд кожи, длительно сохраняться повышенная чувствительность кожи к холоду.

Обморожение 2-ой степени характеризуется более глубоким поражением кожи. При согревании бледные кожные покровы становятся багрово-синими, быстро развивающийся отек распространяется за пределы отморожения, образуются пузыри, наполненные прозрачной жидкостью, появляются сильные боли. У пострадавшего отмечается озноб, повышение температуры, нарушаются сон и аппетит. Поврежденные поверхностные слои кожи отторгаются.

Заживление при отсутствии осложнений (нагноения) происходит в течение 15-30 дней. Кожа раневой поверхности остается синюшней, ее чувствительность снижена.

Обморожение 3-ей степени характеризуется поражением всех слоев кожи и подлежащих мягких тканей на различную глубину. В первые дни на коже появляются пузыри, наполненные темно-бурой жидкостью, вокруг которых развивается воспаление, образуется резко выраженный отечный вал. После 3-5 дней выявляется глубокое повреждение ткани (влажная гангрена).

Пострадавшего беспокоят сильные боли, температура повышается до 38-390 С, потрясающий озноб сменяется потом, общее состояние значительно ухудшается.

Обморожение 4-ой степени характеризуется поражением кожи, мягких тканей и костей. При этом развиваются необратимые явления. Кожа покрывается пузырями с жидкостью черного цвета. Через 10-17 дней вокруг поврежденной зоны определяется линия отморожения, которая чернеет, высыхает и через 1,5-2 месяца отторгается. Рана заживает очень медленно. Общее состояние пострадавшего тяжелое, повышение температуры чередуется с ознобом, отмечаются изменения во внутренних органах, которые нарушают их нормальную работу.

Первая медицинская помощь при обморожении заключается в защите от воздействия низких температур, немедленном постепенном согревании пострадавшего. Прежде всего необходимо восстановить кровообращение в обмороженной части тела. Нельзя допускать быстрого согревания поверхностного слоя кожи на поврежденном участке, так как прогревание глубоких слоев происходит медленнее, в них слабо восстанавливается кровоток, а следовательно, не нормализуется питание верхних слоев кожи и они погибают. Поэтому противопоказано применение при отморожении горячих ванн, горячего воздуха. Переохлажденные участки тела нужно оградить от воздействия тепла, наложив на них теплоизолирующие повязки ( шерстяные, ватно-марлевые материалы). Повязка должна закрывать только измененные участки кожи и до тех пор, пока появится в поврежденной части чувство ощутимого тепла. В целях восполнения тепла в организме и улучшения кровообращения пострадавшему дают горячий сладкий чай. Поврежденным участкам тела необходим покой.

При длительном воздействии низких температур на весь организм возможны замерзание и смерть. Особенно способствует замерзанию алкогольное опьянение. При замерзании человек ощущает сначала усталость, сонливость, безразличие, а при дальнейшем охлаждении организма возникает обморочное состояние (потеря сознания, расстройства дыхания и кровообращения). При явлениях прекращения дыхания и остановки сердечной деятельности наступает смерть.

Массовые термические ожоги возникают у населения в очагах ядерного поражения от воздействия светового излучения и в следствии пожаров.

Нередки ожоги и при стихийных бедствиях, крупных производственных авариях, сопровождающихся пожарами, а также в быту.

Тяжесть термических ожогов зависит от глубины поражения кожи и подлежащих тканей, площади ожога и его локализации. В очагах сплошных пожаров возможны ожоги верхних дыхательных путей раскаленным воздухом, а также отравлением людей угарным газом. Световое излучение ядерного взрыва вызывает у незащищенных людей "профильные" ожоги, т.е. ожоги на той части и поверхности тела, которая обращена к месту взрыва, и на более значительных расстояниях – поражение сетчатки глаза или временное ослепление.

При авариях, стихийных бедствиях (например, при землетрясении) могут быть тяжелые ожоги пламенем в результате взрыва на газовой сети, электротоком при замыкании в электрических сетях, горячим паром при разрушении отопительных систем. В быту наблюдаются ожоги кипятком, паром, солнечной радиацией.

В зависимости от глубины поражения кожи и подлежащих тканей ожоги делятся на 4-е степени: легкую (1-ая), средней тяжести (2-я), тяжелую (3-я) и крайне тяжелую (4-ю).

Ожог 1-ой степени характеризуется покраснением кожи, отечностью, болью. Эти явления через 2-5 дней проходят, на месте ожога отмечается шелушение кожи.

Ожог 2-ой степени характеризуется резким покраснением кожи, образованием водянисто-серозных пузырей, жгучей болью. Если пузыри не прорываются (не нарушается целостность поверхности ожога) и не происходит инфицирования, то через 10-15 дней пораженные ткани восстанавливаются без образования рубцов, если пузыри срываются, ожоговая поверхность кожи загрязняется, заживление затягивается на более длительное время и на месте ожога могут образоваться рубцы.

Ожог 3-ей степени характеризуется омертвлением всех слоев кожи. Поверхность ожога покрывается плотной серо-коричневой пленкой (струпом), омертвевшие ткани нагнаиваются и отторгаются, а на месте развивается рубцевание тканей, на что уходит значительное время.

Ожог 4-ой степени возникает при воздействии на ткани очень высоких температур. Происходит обугливание кожи, подлежащих мягких тканей и даже костей. Характерно, что при ожогах 3-4 степени боль менее выражена, чем при ожогах 1-2 степени, что объясняется поражением при глубоких ожогах нервных окончаний, воспринимающих болевые ощущения.

Ожоги вызывают общее поражение организма: нарушение функций центральной нервной системы, изменения состава крови, отклонения в работе внутренних органов. Чем глубже поражение кожи и подлежащих тканей и больше площадь ожога, тем тяжелее общее состояние пораженного. Ожоги 2-3 степени с площадью поражения 8-10% поверхности тела рассматриваются как местные поражения, а при больших площадях ожоговой поверхности, при тех же степенях ожогов, развивается ожоговая болезнь. Ориентировочно площадь ожога можно определить путем измерения ее ладонью, размеры которой составляют 1-1,5% поверхности тела. Ладони не накладывают на обожженную поверхность, а лишь проецируют над ней. Другой способ – определение площади ожога по правилу девяток: поверхность головы и шеи составляет от поверхности всего тела 9%, двух верхних конечностей – 18%, двух нижних конечностей- 36%, туловища – 36% промежности 1%. Площадь кожи поверхности тела человека среднего роста равна 1,6 м2 .

Ориентировочное определение поверхности ожога в сочетании с оценкой степени его тяжести позволяют уже при оказании первой медицинской помощи определить тяжесть состояния пораженного. Ожоговая болезнь развивается не сразу, не в момент получения ожога, а в последующем, когда появляются интоксикация организма, его истощение в связи с потерей через ожоговую поверхность жидкости, нарушение питания тканей и другие функциональные расстройства внутренних органов. Ранним осложнением ожогов является шок, который может продолжаться от нескольких часов до 2-3 суток.

Первая медицинская помощь человеку в горящей одежде должна быть оказана без промедления. Нельзя тушить пламя руками, сбивать его каким-либо предметом. Пострадавшего надо облить водой, а при отсутствии воды положить его и накрыть одеялом, одеждой, плотной тканью, чтобы прекратить доступ кислорода к горящей одежде.

Тлеющую одежду надо снять или обстричь, при этом стараться не допустить нарушения целостности ожоговой поверхности. Не рекомендуется совсем раздевать пораженного, особенно в холодное время года. Прилипшую к ожогу одежду обрезают. Нельзя прокалывать пузыри, смазывать поверхность ожога жиром, различными мазями, присыпать порошком, прикасаться к ожогу руками. На ожоговую поверхность накладывают стерильную повязку, пораженному придают удобное положение, при котором его меньше беспокоят боли. При обширных ожогах средней, тяжелой и крайне тяжелой степени, если есть возможность, следует ввести пострадавшему противоболевое средство шприц-тюбиком, напоить его горячим чаем, тепло укрыть. В домашних условиях пораженного с обширными ожогами туловища или конечностей нужно завернуть в проглаженную утюгом простыню.

При этом необходимо проследить, чтобы обожженные поверхности на сгибах суставов и в других местах не соприкасались. Пораженный нуждается в бережной транспортировке.

Химические ожоги являются результатом воздействия на ткани (кожные покровы, слизистые оболочки) веществ, обладающих выраженным прижигающим свойством (крепкие кислоты, щелочи, соли тяжелых металлов, фосфор). Большинство химических ожогов кожных покровов являются производственными, а химические ожоги слизистой оболочки полости рта, пищевода, желудка чаще бывают бытовыми.

Воздействие крепких кислот и солей тяжелых металлов на ткани приводит к свертыванию, коагуляции белков и их обезвоживанию, поэтому наступает коагуляционный некроз тканей с образованием плотной серой корки из омертвевших тканей, которая препятствует действию кислот на глубжележащие ткани. Щелочи не связывают белки, а растворяют их, омыляют жиры и вызывают более глубокое омертвение тканей, которые приобретают вид белого мягкого струпа.

Следует отметить, что определение степени химического ожога в первые дни затруднено вследствие недостаточных клинических проявлений.

Первая медицинская помощь заключается в:

- немедленном обмывании пораженной поверхности струёй воды, чем достигается полное удаление кислоты или щелочи и прекращается их поражающее действие;

- нейтрализации остатков кислоты 2% раствором гидрокарбоната натрия (пищевой содой);

- нейтрализации остатков щелочи 2% раствором уксусной или лимонной кислоты;

- наложении асептической повязки на пораженную поверхность;

- приеме пострадавшим обезболивающего средства в случае необходимости.

Ожоги фосфором обычно бывают глубокими, так как при попадании на кожу фосфор продолжает гореть.

Первая помощь при ожогах фосфором заключается в:

- немедленном погружении обожженной поверхности в воду или в обильном орошении ее водой;

- очистке поверхности ожога от кусочков фосфора с помощью пинцета;

- наложении на ожоговую поверхность примочки с 5% раствором сульфата меди;

- наложении асептической повязки;

- приеме пострадавшим обезболивающего средства. Исключите наложение мазевых повязок, которые могут усилить фиксацию и всасывание фосфора.

2. Классификация ОВ (СДЯВ). Отравление сероводородом, хлором, СО, этиловым спиртом. Признаки, первая мед. помощь.

Отравляющие вещества нервно-паралитического действия

Попадая в организм, 0В нервно-паралитического действия поражают нервную систему. Характерной особенностью поражения является сужение зрачков глаз (миоз).

Отравляющие вещества кожно-нарывного действия

Основным 0В кожно-нарывного действия является иприт. В армии США используется технический (Н) и перегнанный (очищенный) иприт (НD).

Отравляющие вещества обшеядовитого действия

Отравляющие вещества общеядовитого действия, попадая в организм, нарушают передачу кислорода из крови к тканям. Это одни из самых быстродействующих 0В. К ним относятся синильная кислота (АС) и хлорциан (СК). В армии США синильная кислота и хлорциан являются запасными 0В.

Отравляющие вещества удушающего действия

К данной группе 0В относятся фосген. В армий США фосген (СG) — запасное 0В.

Отравляющие вещества психохимического действия

В настоящее время на вооружении армий западных государств принято психохимическое 0В Би-Зет (ВZ).

Отравляющие вещества раздражающего действия

Отравляющими веществами раздражающего действия являются химические соединения, вызывающие раздражение глаз и органов дыхания. Основными веществами этого класса являются Си-Эс (СS) и Си-Ар (СR).

ТОКСИНЫ

Токсинами называются химические вещества белковой природы микробного, растительного или животного происхождения, способные при попадании в организм человека или животного вызывать их заболевание и гибель.

В армии США на табельном снабжении находятся вещества ХR (Икс-Ар) и РG (Пи-Джи), относящиеся к новым высокотоксичным 0В.

Отравление сероводородом:

Сероводород может встречаться как в производственных, так и природных условиях: в местах естественного выхода газов, серных минеральных вод, в глубоких колодцах и ямах, где имеются гниющие органические вещества, содержащие серу. Он является главной составной частью клоачного газа. В воздухе канализационных сетей концентрация сероводорода может достигать 2—16 %. В ряде производств (химическая промышленность, текстильное, кожевенное производство) сероводород выделяется в воздух в качестве побочного продукта. Это сильный нервный яд, который только в 5—10 раз уступает по токсичности синильной кислоте.

Сероводород оказывает как местное (на слизистые оболочки), так и общетоксическое действие. При концентрациях около 1,2 мг/л и выше наблюдается молниеносная форма отравления. Смерть наступает вследствие кислородного голодания, которое вызывается блокированием тканевого дыхания в связи с угнетением клеточных окислительно-восстановительных процессов. При концентрациях сероводорода в пределах от 0,02 до 0,2 мг/л и выше отмечаются симптомы отравления со стороны нервной системы, органов дыхания и пищеварения. Появляется головная боль, головокружение, бессонница, общая слабость, снижение памяти, чиханье, кашель, стеснение дыхания и в редких случаях острый отек легких со смертельным исходом. Наблюдаются гиперсаливация, тошнота, рвота, понос. Характерно поражение слизистой оболочки глаз — конъюнктивит, светобоязнь. Роговица покрывается точечными поверхностными эрозиями. Опасность отравления увеличивается в связи с потерей обоняния, что ограничивает возможность своевременного выхода работающих из загрязненной атмосферы.

При отравлении сероводородом на ранних стадиях появляется резкое раздражение слизистых оболочек (слезотечение, чиханье, кашель, ринорея). Затем появляется общая слабость, тошнота, рвота, цианоз. Постепенно нарастает сердечная слабость и нарушение дыхания, коматозное состояние.

При благоприятном исходе отравления сероводородом через 7— 14 месяцев можно обнаружить вегетативно-астенический синдром, снижение памяти, полиневритический синдром, поражение экстрапирамидной системы.

Лечение. Первая помощь пострадавшему заключается прежде всего в том, чтобы вынести его из отравленной атмосферы на чистый воздух. Необходимо вводить сердечные и дыхательные антисептики. Рекомендуются также кровопускание, глюкоза, витамины, препараты железа.

С целью профилактики отравлений сероводородом рекомендуется перед очисткой засыпать выгребные ямы железным купоросом.

Отравление хлором:

Хлор СI2 - при обычных условиях желто-зеленый газ, обладающий резким специфическим удушающим запахом. Он в 2,5 раза тяжелее воздуха и поэтому может скапливаться на низких участках поверхности, в подвалах, тоннелях. На открытой местности облако хлора будет перемещаться по направлению ветра, прижимаясь к земле. В смеси с кислородом и водородом при ударе взрывается. Раздражающе действует на верхние дыхательные пути, может вызывать отек легких. Отравление высокими концентрациями хлора может привести к молниеносной смерти, которая наступает через несколько минут после вдыхания газа. При отравлении хлором наблюдается жжение и резь в глазах, удушье, сухой кашель. Первая помощь при отравлении: пострадавшего нужно отнести в тепло, вдыхание паров двухпроцентного раствора гипосульфита или 0,5%-го раствора соды. Промыть глаза, нос, рот раствором соды и пить горячее молоко или кофе, запрещается делать искусственное дыхание. Предельно допустимая концентрация 0, 001 мг/л.

Отравление СО:

Окись углерода СО (угарный газ) – окись углерода – газ без запаха, цвета т вкуса. В смеси с воздухом взрывается. Окись углерода, попадая в организм при вдыхании, взаимодействует с гемоглобином крови, образуя стойкое соединение – карбоксигемоглобин,, не способное передавать кислород тканым, в результате чего наступает кислородное голодание и удушье. При отравлении окисью углерода появляется головная боль, голова делается тяжелой, появляется ощущение сдавленивания лба, как будто обручем или клещами, затем сильная боль во лбу и висках. При высокой концентрации СО в воздухе более 1 млг на литр может наступить моментальное отравление, приводящее к прекращению дыхания и кровообращения. Предельно допустимая концентрация СО 0,03 мг/л. Первая помощь при отравлении: пострадавшего вынести на свежий воздух, давать вдыхать кислород или карбоген. При остановке дыхания делать искусственное дыхание, тепло, покой, даже легко отравленных рекомендуется транспортировать в больницу.

Отравление этиловым спиртом:

Этиловый спирт (этанол) используется в производстве алкогольных напитков. Его могут также прописывать в медицинских целях для возбуждения аппетита; он является также основой, в которой растворяют многие лекарственные ингредиенты.

Неотложная помощь при острых отравлениях заключается в сочетанном проведении следующих лечебных мероприятий: ускоренном выведении токсических веществ из организма; специфической терапии, благоприятно изменяющей превращения токсичного вещества в организме или уменьшающей его токсичность; симптоматической терапии, направленной на защиту и поддержание той функции организма, которая преимущественно поражается данным токсичным веществ.

На месте прошествия необходимо установить причину отравления, выяснить вид токсического вещества, его количество и путь поступления в организм, по возможности узнать время отравления, концентрацию токсического вещества в растворе или дозировку в лекарственных препаратах.

При отравлениях токсическими веществами, принятыми внутрь, обязательным и экстремальным мероприятием является промывание желудка через зонд. Для промывания желудка используют 12 – 15 литров воды комнатной температуры порциями 300 – 500 мл.

При тяжелых формах отравлений у больных, находящихся в бессознательном состоянии (отравления снотворными препаратами и пр.), промывают желудок повторно 2 – 3 раза в первые сутки после отравления, так как в связи с резким замедлением всасывания в состоянии глубокой комы в желудочно-кишечном тракте может сохраняться значительное количество не всосавшегося токсического вещества. По окончанию промывания в желудок вводят 100 – 150 мл 30% раствора сульфата натрия или вазелинового масла в качестве слабительного средства. Не менее важно раннее освобождение кишечника от токсического вещества с помощью высоких сифоновых клизм.

В коматозном состоянии больного, при отсутствии кашлевого и ларингеального рефлексов, с целью предотвращения аспирации рвотных масс в дыхательные пути промывают желудок после предварительной интубации трахеи трубкой с раздувной манжеткой.

Противопоказано назначение рвотных средств и взывание рвоты раздражением задней стенки глотки у маленьких детей (до 5 лет), у больных в сопорозном или бессознательном состоянии, а также у отравившихся прижигающими ядами.

Для всасывания находящихся в желудочно-кишечном тракте токсических активированный уголь с водой (в виде кашицы по одной столовой ложке внутрь до и после промывания желудка) или 5 – 6 таблеток карболена.

3.Синдром длительного сдавливания. Признаки, первая мед. помощь

В журнале "Проблемы безопасности при чрезвычайных ситуациях" выпуск 9 за 1995 год в статье С. А. Гончарова и Г.П. Лобанова: "0 лечебно-эвакуационной характеристике пораженных при землетрясениях" приведены данные о структуре поражений населения при крупных землетрясениях на территории бывшего СССР. Из них видно, что при Ашхабадском землетрясении (1948 год ) синдром длительного сдавливания составил 3,7 % к общему числу пораженных, в то же время в Армении (1988 год) синдром длительного сдавливания составил 23,4 % от общего числа пораженных. Увеличение в 8 раз, или почти четверть от общего числа пораженных. Однако нельзя забывать, что пораженные с таким диагнозом могут иметь и другие травмы.

Синдром длительного сдавливания – это заболевание, возникающее в результате длительного сдавливания мягких тканей.

Различается по видам в зависимости от:

объема сдавленных тканей: сегмент конечности; одна верхняя конечность; две верхних конечности; одна нижняя или две нижних конечности;

по времени сдавливания: менее 4-х часов; от 4-х до 6-ти часов; от 6 до 8 часов; 8 часов и более;

по степени тяжести:

легкой – сдавливание сегмента конечности – до 4 часов;

среднее – сдавливание в течение 6 часов – 2 верхних конечностей, 1 нижней или 2-х голеней;

тяжелая – сдавливание в течение 7 - 8 часов тех же отделов – погибают 25 - 30 % пострадавших;

сдавливание в течение 8 часов двух нижних конечностей – большинство пострадавших погибают в первые два дня.

Периоды течения синдрома длительного сдавливания (компрессии).

Следует отметить, что как такового раздавливания тканей не происходит, а имеет место нарушение кровоснабжения из-за сдавливания сосудов. В следствии этого погибает мышечная ткань и при ее разложении образуются токсические вещества, которые при освобождении сдавленной конечности устремляются в кровяное русло, вызывают сначала токсический шок, а затем нарушение функций жизненно важных органов – в первую очередь страдают печень и почки (особенно) – они закупориваются белком омертвевших мышц, возникает почечная недостаточность и гибель человека от накопления в организме ядовитых веществ, которые образуются при работе органов и тканей, в обычных условиях удаляемых почками.

Вследствие этого различают 3 периода в течение синдрома длительного сдавливания.

Ранний от момента освобождения пострадавшего до 24 - 48 часов. Характеризуется развитием шокоподобного состояния.

Сразу после освобождения конечности она бледная, холодная на ощупь, ногти синие, пульсация на сосудах отсутствует. Затем происходит ее быстро нарастающий отек, почти деревянистой консистенции. На коже появляются пузыри, заполненные мутной или кровянистой жидкостью. Пострадавшего беспокоят сильные боли в пораженной конечности.

Общее состояние пострадавшего – кожные покровы бледные с синюшным оттенком, заторможенность, безразличие к окружающему, но ему может предшествовать возбуждение речевое и двигательное. Его беспокоит жажда, может быть повторная рвота. Резко падает артериальное давление. Пострадавший может погибнуть уже в этот период от резкого падения артериального давления. Если он выживает, то наступает второй период.

Период промежуточный 3 - 7 суток – развитие острой почечной недостаточности, в следствии закупорки почечных канальцев продуктами распада омертвевших мышц. Наблюдается подъем температуры тела до 390 С, боли в поясничной области, апатия, тошнота, рвота. Если больной не умирает от почечной недостаточности наступает 3-й период.

Период поздний или период восстановления - 3 - 4 недели.

Нормализуется функция почек и на первый план выступают осложнения со стороны пораженной конечности – различные нагноения.

Ишемия конечностей и тканей – это состояние, возникающее при нарушении или прекращении кровоснабжения органов и тканей.

Основная функция крови – осуществление внутреннего дыхания, т.е. доставка кислорода к тканям и удаление из них продуктов жизнедеятельности (кислоты, углекислого газа). Первое происходит по артериям, второе – по венам. При нарушении кровоснабжения не происходит доставка кислорода к тканям и в них накапливается токсическое вещество обмена.

Вследствие этого происходит сначала гибель клеток, потом тканей, а затем и целого органа. Чем дольше длится ишемия, там больше гибнет тканей.

Оказание помощи пострадавшим:

необходимо как можно быстрее освободить пострадавшую конечность из-под придавившего ее предмета. Чем дольше она придавлена, тем больше отмирает тканей;

наложить жгут ваше места сдавливания, желательно до ее освобождения, чтобы воспрепятствовать попаданию в организм токсических продуктов распада тканей;

иммобилизировать пострадавшую конечность путем наложения шин или подручными средствами – это уменьшает боль и количество токсических продуктов, попадающих в кровь.

ввести обезболивающие – наркотик;

ввести сердечные средства, чтобы поддержать уровень артериального давления (кордиамин, кофеин).

отнести больного в теплое, спокойное место, дать ему горячего питья, хорошо укутать, при этом травмированную конечность, по возможности, обложить емкостью со льдом или исключительно холодной водой.

при общем тяжелом состоянии пострадавшего эвакуировать его не следует – он не перенесет транспортировки, а вызвать на себя врачебную бригаду.

Знание причин возникновения компрессионого синдрома его видов, периодов течения позволяет спасателям правильно оценить состояние пораженного, а последовательность оказания первой медицинской помощи при синдроме длительного сдавливания и правильное ее выполнение снизят воздействие токсических веществ на организм. Все это позволит сохранить жизни многим пострадавшим.

Литература

1. Аварии и катастрофы. Предупреждение и ликвидация последствий. Учебное пособие в 5-и книгах. / Под ред.: К.Е. кочеткова, В.А. Котляревского и А.В. Забегаева / - М.: Издательство АСВ / 1995. – 320 стр. с ил.
2. Безопасность жизнедеятельности / Учебник: А.В. Забегаев – М.: Издательство АСВ, 2001. – стр. с илл.
3. Гражданская оборона в Республике Беларусь: Учебное пособие / С.П. Бабовоз, В.А. Круглов, В.А. Генералов/ - Мн.: Амалфея, 2000 – 244 стр.
4. Защита населения и территорий в чрезвычайных ситуациях: Учебное пособие / В.П. Журавлёв и др. – Изд-во АСВ / 1999 – 376 стр.