

УТВЕРЖДАЮ

Директор МБУДО «СДЮСШОР»

_____ Д.А. Тихонцев

« 22 » мая 2018 г.

ПАМЯТКА

О СОБЛЮДЕНИИ МЕР БЕЗОПАСНОСТИ В ДЕТСКИХ ЛЕТНИХ ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫХ ЛАГЕРЯХ

Полезные советы воспитателям и вожатым и что обязан знать каждый отдыхающий

1. Как предотвратить солнечный удар

Весь яркий солнечный день ребенок провел на улице. К вечеру у него поднялась температура, появилась сильная головная боль и тошнота. Что делать?

Диагноз: солнечный удар.

Заболевание обусловлено интенсивным и длительным воздействием прямых солнечных лучей на область головы. Чаще всего это возникает при работе или длительных играх с непокрытой головой на открытой местности, при пребывании на пляже.

Длительное пребывание детей на солнце без головного убора недопустимо. Наиболее опасно время между 10 часами утра и 14 часами дня. Если ребенок блондин, то шансов перегреться у него значительно больше, чем у брюнета.

Профилактика солнечного удара гораздо важнее лечения.

Симптомы: сильная головная боль, головокружение, тошнота, рвота, слабость, покраснение кожи, обильное потоотделение, иногда носовое кровотечение.

Пульс и дыхание учащены, артериальное давление снижено. В тяжелых случаях температура тела повышается до 41°C, пострадавший теряет сознание, падает сердечная деятельность, развиваются судороги.

Симптоматика солнечного удара может развиваться как во время интенсивного солнечного облучения, так и спустя 6—8 часов после него.

Действия взрослых или старших подростков.

Пострадавшего переносят в тень или укладывают в постель, дают обильное питье, чтобы увеличить теплоотдачу, к голове прикладывают холодный компресс.

При повышении температуры необходимо дать жаропонижающие препараты (например, анальгин, который снимает и головную боль).

Обязательны покой и свежий воздух в прохладном, хорошо проветриваемом помещении.

Тело ребенка хорошо протереть влажным холодным полотенцем или водкой. В тяжелых случаях применяют обертывание влажной простыней.

В случае падения сердечной деятельности применяют сердечные средства. Применяют вдыхание увлажненного кислорода. Если ребенок отказывается есть, ни в коем случае не кормите его насильно, это может привести к сильной рвоте.

До прибытия врача необходимо продолжать делать охлаждающие процедуры или самим госпитализировать пострадавшего в терапевтическое отделение.

Транспортировка на носилках в положении лежа.

2. Если вас ужалила оса

Укусы насекомых — комаров, пчел, ос, шершней, слепней — это частые случаи летнего периода.

Обычно укус вызывает появление красного пятна с небольшой ранкой, иногда - кровотокающей, а также припухлость и отечность кожи. Сами по себе укусы не страшны, все зависит от индивидуальной аллергической реакции ребенка или подростка. Наиболее опасны для аллергических детей укусы пчел, ос, шершней.

Они могут вызвать покраснения кожи, сильную опухоль, отеки, кашель, затрудненное дыхание, повышение температуры, т. е. реакцию со стороны всего организма. Лечение здесь надо начать незамедлительно с применения антигистаминных препаратов, таких как супрастин, тавегил, димедрол.

При высокой температуре - жаропонижающие и обильное питье. Хорошо давать глюконат кальция или глицерофосфат от половины до целой таблетки 3 раза в день.

Место укуса надо промыть водой с мылом, при помощи пинцета удалить жало так, чтобы не раздавить его, затем наложить лед или холодный компресс, это поможет снять боль и зуд.

Необходимо помнить, что если ребенок имеет склонность к аллергии, то, возможно, у него будет осложненная реакция и на укусы насекомых.

3. Болезни, переносчиками которых служат клещи

Наиболее опасной для человека из них является клещевой менингоэнцефалит.

Клещевой энцефалит относится к группе природно-очаговых болезней человека.

Основным резервуаром и переносчиком вируса в природе являются иксодовые клещи.

Дополнительным резервуаром вируса являются заяц, еж, бурундук, полевая мышь, дрозд, щегол, чечетка, зяблик, волк.

Для заболевания характерна строгая весенне-летняя сезонность заболевания. Динамика заболеваемости находится в тесной связи с видовым составом клещей и наибольшей их активностью.

Чаще болеют лица в возрасте 20—40 лет. Основным путем инфицирования человека является трансмиссивная передача через укусы клещей. Возможна также передача инфекции при употреблении в пищу сырого молока коз и коров, а также при раздавливании клеща в момент его удаления с тела человека и, наконец, воздушно-капельным путем при нарушении условий работы в лабораториях.

Вирус клещевого энцефалита проникает в организм человека в естественных условиях через кожу при присасывании клеща или через сырое молоко домашних животных.

После присасывания клеща вирус распространяется с током крови, лимфы и по нервным волокнам и быстро проникает в мозг, фиксируясь здесь клетками, что определяет характерную клиническую картину.

Независимо от клинической формы у больных наблюдаются общие инфекционные проявления болезни, характеризующиеся лихорадкой, общей слабостью, головной болью и другими признаками синдрома общей инфекционной интоксикации.

Инкубационный период клещевого энцефалита длится в среднем 7—14 суток с колебаниями от одних суток до 30 дней.

Профилактика:

1. Использование защитной одежды и средств, отпугивающих насекомых. После выхода из леса-осмотр тела, особенно складок кожи, зоны воротника, волосистой части головы.

Клещи в основном обитают в густом подлеске, кустарнике.

2. Удаление клеща.

При самостоятельном удалении клеща соблюдайте следующие рекомендации: прочную нитку, как можно ближе к хоботку клеща завязывают в узел, клеща извлекают, подтягивая его вверх. Резкие движения недопустимы. Если при извлечении клеща оторвалась его головка, которая имеет вид черной точки, место присасывания протирают

ватой или бинтом, смоченными спиртом, а затем удаляют головку стерильной иглой (предварительно прокаленной на огне). Так, как удаляется обычная заноза. Удаление клеща необходимо производить с осторожностью, не сдавливая руками его тело, поскольку при этом возможно выдавливание содержимого клеща вместе с возбудителями болезней в ранку. Важно не разорвать клеща при удалении - оставшаяся в коже часть может вызвать воспаление и нагноение. При этом стоит учесть, что при отрыве головки клеща процесс инфицирования может продолжаться, так как в слюнных железах и протоках присутствует значительная концентрация вируса КЭ. После удаления клеща, кожу в месте его присасывания обрабатывают настойкой йода или спиртом. Если есть возможность - извлеченного клеща сохраняют и отвозят в лабораторию при СЭС или инфекционной больнице, чтобы определить, является ли он переносчиком вируса.

3 Термическая обработка молока, особенно, козьего.

4. Вакцинирование.

Однако следует помнить, что вакцинация против клещевого энцефалита не исключает всех остальных мер профилактики укусов клещей (репелленты, надлежащая экипировка), поскольку они переносят не только клещевой энцефалит, но и другие инфекции (болезнь Лайма, конго-крымская геморрагическая лихорадка, туляремия, эрлихиоз, бабезиоз, риккетсиозы, от которых нельзя защититься вакцинацией).

Лечение клещевого энцефалита проводится **ТОЛЬКО В ИНФЕКЦИОННОМ СТАЦИОНАРЕ**.

Человека с признаками клещевого энцефалита требуется транспортировать туда в состоянии полного покоя. Если условия походные, и нет возможности отправить человека в стационар сразу же - переноска на носилках, немедленный вызов спасательной службы. Допустима дача жаропонижающих препаратов.

Питание должно быть калорийным, легко усвояемым и не вызывающим нарушения глотания - жидким, кашецеобразным.

Чем быстрее человек будет доставлен в стационар, тем больше у него будет шансов выжить.

4. Как избежать грибных неприятностей

Ростовская область традиционно не считается грибной. Несмотря на это, ежегодно регистрируются до 20 случаев острых отравлений грибами, причем с наибольшей частотой в августе — сентябре. Случаются и летальные исходы.

Наибольшее количество пострадавших регистрируется в г. Азове, Шолоховском, Цимлянском, Неклиновском, Матвеево-Курганском районах.

По тяжести острые отравления грибами занимают ведущее место среди всех небактериальных пищевых отравлений. Основная причина отравлений — неосведомленность населения о грибах съедобных и несъедобных.

Из нескольких сотен разновидностей грибов, произрастающих на территории России, лишь немногие виды ядовиты постоянно, некоторые — только при определенных условиях (время года, употребление в сыром виде или с алкоголем). Тем не менее, не редкость тяжелые или даже смертельные интоксикации, связанные с употреблением грибов в пищу.

Особенно тяжело переносят отравление грибами дети.

В нашей области произрастает большое количество условно съедобных и ядовитых грибов. Но настоящих съедобных грибов всего несколько видов и отличить их от ядовитых практически невозможно. Если вы не уверены, что хорошо разбираетесь в грибах, не собирайте их!

Каждый гриб, собранный на территории Ростовской области, может быть смертельно ядовитым.

Многие, пренебрегая этим, продолжают собирать дикорастущие грибы во всевозможных

местах или приобретать их у случайных лиц. Это всегда заканчивается плачевно. Покупать свежие грибы можно только промышленного производства (вешенки и шампиньоны) при наличии документов, подтверждающих их качество и безопасность. Кроме того, необходимо обращать внимание на соблюдение холодого режима их хранения.

Микологи кафедры ботаники Ростовского государственного университета провели экспертизу 30 видов растущих на территории области грибов. Только 10 процентов из них являются условно съедобными! А это значит, что их употребление в пищу довольно опасно, тем более для тех, кто не знает, как их правильно готовить.

Условно съедобными называются грибы, которые пригодны для употребления лишь после сложной термической обработки. Никакая домашняя кулинария не сделает их безопасными для здоровья!

Употребление в пищу без специальной обработки условно съедобных грибов типа груздей, волнушек, валуев, горькушек, рядовок, толкачиков, скрипицы может вызвать симптомы острого гастроэнтерита вследствие интоксикации содержащимися в них смолоподобных веществ.

Несъедобные грибы — неядовитые грибы, по тем или иным причинам не употребляемые человеком в пищу. Основными причинами несъедобности грибов являются неприятный запах, неприятный вкус, малые плодовые тела, специфичность места произрастания, жёсткость мякоти, чешуйки, шипики, либо иные выросты на плодовом теле, редкость. Но можно отравиться и съедобными грибами.

Необходимо помнить, что при неблагоприятных экологических условиях они могут приобретать токсические свойства — вблизи промышленных объектов, химических комбинатов, автомобильных трасс, при выбросе токсических веществ в атмосферу, в воду. В измененных условиях грибы накапливают в высоких концентрациях ртуть, свинец, кадмий.

В старых грибах наряду с полезными веществами часто имеются продукты разложения белков, пагубно влияющие на организм человека. Поэтому пригодными для пищи являются только сравнительно молодые грибы. Кроме того, причиной отравления могут быть неправильно заготовленные или испорченные сушеные и консервированные грибы. Ни в коем случае нельзя мариновать или солить грибы в оцинкованной посуде – это может привести к отравлению.

Грибы с их губчатой структурой впитывают продукты сгорания автомобильного топлива, соли тяжелых металлов, сельскохозяйственные пестициды и радионуклиды. Поэтому особенно опасно собирать грибы возле дорог, в лесопарках и на полях. В губчатую структуру попадают так же и возбудители ботулизма, от которых можно полностью избавиться только в условиях промышленного производства.

В большинстве случаев причинами отравления является употребление в пищу ложных опят и бледной поганки. Их принимают за опята, шампиньоны или маслята, придумывают им свои названия (подтопольники, дубовики), а иногда и вовсе не знают, с чем имеют дело.

У бледной поганки у основания клубневидное утолщение с воротничком, а пластинки возле шляпки белые.

Ложные опята путают с настоящими опятами. У ядовитых на нижней стороне шляпки пластинки зеленоватого или темно-бурого цвета, тогда как у съедобных они кремового цвета.

Несвоевременное оказание первой медицинской помощи, неправильная лечебная тактика на догоспитальном и госпитальном этапе, может привести к трагическим последствиям. Степень выраженности интоксикации во многом определяется видом ядовитого гриба, а также нарушениями правил кулинарной обработки.

Наиболее тяжелая интоксикация с развитием недостаточности ряда органов отмечается

при отравлениях бледной поганкой, сатанинским грибом, ложными опятами, мухомором, пантерным и вонючим грибами.

Из-за многочисленности грибов, способных вызвать отравление, первым симптомом которого является острый гастроэнтерит, затрудняется ранняя диагностика самого опасного для жизни отравления бледной поганкой.

По силе токсического эффекта бледной поганке не уступают близкие ей по виду зеленая, весенняя и зловонная поганки.

При отравлении бледной поганкой и ее разновидностями поздно начатое лечение (2—5-е сутки) в большинстве случаев оказывается безуспешным.

По внешнему виду ядовитые грибы часто путают с зеленой сыроежкой, шампиньонами, со съедобным грибом-зонтиком. Наиболее распространенная ошибка — вместо зеленой сыроежки собирают зеленую поганку. Бледная поганка и близкие к ней виды ядовитых грибов содержат чрезвычайно токсичные соединения: фаллотоксины и аманитотоксины.

Для развития тяжелой интоксикации достаточно съесть хотя бы малую часть гриба.

Токсины всасываясь в желудочно-кишечном тракте, в значительной степени накапливаются в печени (до 60%) и почках (около 3%).

Длительное и отсроченное действие отдельных токсических веществ, содержащихся в бледной поганке, вызывает постепенно нарастающую клиническую симптоматику, что отражает поражение всех ведущих систем организма. В этой связи в течение 2—3 суток от момента отравления чрезвычайно сложно, а порой практически невозможно прогнозировать состояние больного.

Поражение желудочно-кишечного тракта относится к начальным клиническим проявлениям подавляющего большинства отравлений. Симптомы острого гастроэнтерита развиваются через 6—12 часов после употребления в пищу грибов. Заболевание начинается со схваткообразных болей по всему животу, тошноты, неукротимой рвоты, частого жидкого стула.

Появление рвоты типа кофейной гущи и примесь крови в кале при холероподобном характере стула типичны для отравления бледной поганкой.

Частота стула достигает 20—25 раз в сутки.

Поражение центральной нервной системы во многом определяется видом отравления. При употреблении в пищу мухоморов развиваются двигательное возбуждение, галлюцинации.

При отравлении грибами типа бледной поганки в начальном периоде симптомы интоксикации проявляются взволнованностью, двигательным беспокойством.

По мере нарастания гастроэнтерита на фоне водно-электролитных расстройств больные становятся заторможенными, безучастными.

При явлениях почечно-печеночной недостаточности возникает заторможенное состояние, переходящее в кому (бессознательное состояние).

Поражение сердечно-сосудистой системы проявляется на ранних этапах понижением давления крови, учащением пульса.

Поражение печени и почек определяется видом и количеством съеденных грибов.

Следует помнить, что дети и люди преклонного возраста переносят отравления грибами наиболее тяжело. Больные указанных возрастных групп порой погибают от острой сердечно-сосудистой недостаточности на фоне нарастающей интоксикации.

При появлении первых признаков острого отравления грибами больные подлежат тщательному медицинскому осмотру. При расспросе больного следует попытаться установить вид съеденных грибов, их количество, способ обработки, факт использования в пищу отвара, возможное количество пострадавших.

Лечебные мероприятия должны быть направлены на скорейшее удаление из организма ядовитых грибов.

Независимо от времени, прошедшего от момента отравления, желудок промывают через зонд 10—15 л воды комнатной температуры.

После промывания в желудок через зонд вводят 30—50 г активированного угля. В процессе лечения необходим тщательный контроль над артериальным давлением крови, пульсом. Больного следует срочно поместить в терапевтический стационар. Взрослые организаторы детского отдыха в обязательном порядке должны объяснить детям и подросткам, что можно есть в лесу (в данной местности), а что нет. Желательно добиться понимания, что в сыром виде вообще лучше ничего не употреблять.

5. Первая помощь при поражении молнией

Поражение молнией обусловлено мощным электрическим разрядом, а также воздушной ударной волной, которая может отбросить человека на несколько метров и стать причиной сотрясения мозга, переломов костей и т.д.

Поражению молнией чаще подвергаются люди, находящиеся под открытым небом.

Симптомы: в легких случаях пострадавшие жалуются на резкую головную боль, нарушение чувства равновесия, резь в глазах, снижение зрения, расстройство слуха. В тяжелых случаях — потеря сознания, потеря чувствительности в конечностях, судороги. Отмечаются ожоги кожи и глаз различной степени. Иногда встречаются расстройства функций внутренних органов.

Первая помощь состоит в проведении искусственного дыхания и непрямого массажа сердца. При необходимости применяют сердечные средства. Пораженные участки обрабатывают спиртом и накладывают асептические повязки.

Требуется госпитализация в реанимационное (хирургическое) отделение.

Транспортировка на носилках в положении лежа.

6. Первая помощь при ожогах

Ожоги бывают термическими, химическими и лучевыми.

Термические ожоги возникают при воздействии на кожу или слизистые оболочки (покровные ткани) высокой температуры, источником которой являются пламя, горячие предметы и жидкости, горячие газообразные вещества, горючие вещества и т.д.

Термические ожоги — тяжелые повреждения, приводящие в некоторых случаях к инвалидности и даже к смерти. Они могут наблюдаться на производстве, но гораздо чаще мы сталкиваемся с бытовыми поражениями.

Тяжесть ожога зависит от площади и глубины повреждения тканей. Даже местное поражение покровных тканей может вызвать серьезные нарушения в различных системах жизнеобеспечения организма и стать причиной ожоговой болезни, в частности, ее первой стадии — ожогового шока.

Прогноз при ожогах определяется, помимо уже упомянутых площади и глубины поражения тканей, наличием ожогового шока и его длительностью, степенью поражения дыхательных путей, возрастом пострадавшего, характером сопутствующих заболеваний и, безусловно, временем начала адекватного лечения.

Различают пять степеней поражения кожи при ожогах:

I степень — покраснение и отек кожи на месте поражения;

II степень — повреждение рогового слоя с отслойкой и образованием пузырей непосредственно после ожога;

III А степень — частичное омертвление кожи. Это так называемые поверхностные ожоги.

III Б степень — полная гибель кожи собственно кожи;

IV степень — омертвление кожи и глуболежащих тканей, вплоть до кости.

Поверхностные ожоги заживают практически самостоятельно.

При глубоких ожогах происходит отторжение омертвевших тканей с последующим заполнением дефекта.

Глубина поражения имеет несколько степеней:

I степень — покраснение и отечность кожи и слизистой;

II степень — образование пузырей, заполненных светло-желтой жидкостью, пузыри

небольшие, зона вокруг отека небольшая;

IIIA степень — большие напряженные пузыри, стенка которых, как правило, разорвана, дно раны розовое, влажное. Болевая чувствительность на дне пузыря сохранена или снижена. В более поздние сроки может образоваться светло-желтый струп, иногда с коричневым и серым оттенком;

IIIB степень — пузырь с явно кровянистым содержимым, стенка его чаще всего разрушена, дно сухое, белесоватое, с отдельными бледными пятнами, иногда с мраморным рисунком. Болевая чувствительность снижена или отсутствует, струп, если он образуется, темный или коричневый;

IV степень — характерный черный или коричневый струп, под которым могут просвечиваться тромбированные вены, поражены подлежащие ткани (мышцы, сухожилия и др.).

В первые дни после ожога судить об истинной глубине поражения трудно, это можно сделать только после отторжения струпа.

При оказании первой помощи глубина поражения определяется ориентировочно, при этом лучше предположить большую его степень.

Площадь ожога и общая площадь поражения рассчитываются в процентах к общей площади поверхности тела человека по правилу девяток и правилу ладони.

По правилу девяток у взрослых на площадь поверхности отдельных частей тела и конечностей (голова и шеи; груди; живота; голени и стоп; бедер; спины; поясницы и ягодиц) приходится по 9% от поверхности всего тела (или этот показатель кратен 9%), лишь площадь поверхности наружных половых органов и промежности составляет 1 %.

У детей для определения площади ожога рекомендуется модифицированное правило девяток, дающее достоверный результат с ошибкой не более +5%.

По правилу ладони площадь ожога определяется следующим образом: площадь ладони взрослого человека принимается за 1 % площади всего тела.

При небольших ожогах применяют правило ладони, при больших — правило девяток, а отдельные незначительные участки поражения измеряют по правилу ладони, после чего все суммируют.

Определение тяжести ожога.

Зная площадь и глубину поражения, можно определить его тяжесть.

Легкие ожоги — поражено менее 5% поверхности тела.

Ожоги средней тяжести — страдает менее 20% поверхности тела, а глубокие ожоги составляют не более 10%.

Тяжелые ожоги — поражено от 20 до 60% поверхности тела, при этом на глубокие ожоги приходится не более половины.

Крайне тяжелые ожоги — страдает более 60% поверхности тела, глубоких ожогов более половины.

Легкие ожоги у взрослых можно лечить амбулаторно.

Лечение детей требует индивидуального подхода в зависимости от локализации поражения.

Все остальные ожоги подлежат лечению в специализированных стационарах.

Ожоговый шок.

Это тяжелейшее осложнение ожогов протекает остро и обусловлено обширным термическим поражением кожи и подлежащих тканей, приводящим к нарушению кровообращения.

Уменьшается объем циркулирующей крови вследствие ее концентрирования и сгущения, понижается количество отделяемой мочи.

Прогноз зависит от ранней диагностики и раннего эффективного лечения ожогового шока.

В отличие от травматического шока, ожоговый нельзя распознать в раннем периоде на основании снижения артериального давления и частоты пульса. Артериальное давление обычно существенно не падает и может быть даже повышенным, резкое его снижение при

ожогах является плохим прогностическим признаком.

Практически всегда при площади ожога 15—20% и более и глубоком ожоге свыше 10% площади поверхности тела развивается ожоговый шок. Степень его тяжести также зависит от площади ожога: если она менее 20% поверхности тела, то говорят о шоке легкой степени, от 20 до 60% — тяжелой степени, свыше 60% — крайне тяжелой степени. Эти степени могут переходить одна в другую в зависимости от особенностей течения шока в каждом конкретном случае и времени начала и интенсивности лечения.

Для ранней диагностики ожогового шока важны следующие его клинические проявления и симптомы:

пострадавший возбужден или заторможен, сознание спутанное или вообще отсутствует, кожа и слизистые (вне ожога) бледные, холодные, выражена синюшность слизистых и конечностей, пульс повышен, одышка, рвота, жажда, озноб, мышечная дрожь, подергивание мышц, моча темного цвета, вплоть до бурого, количество ее резко уменьшается — характерный признак ожогового шока.

У детей признаки ожогового шока выражены слабо, что является причиной трудностей ранней диагностики. В первую очередь отмечают слабость, вялость, синюшность кожных покровов, похолодание конечностей, мышечная дрожь, рвота. В противошоковом лечении нуждаются все дети, у которых площадь ожога превышает 10% поверхности тела и дети младше 3 лет с ожогами более 5 % поверхности тела.

Значительно увеличивает опасность возникновения ожогового шока ожог дыхательных путей, возникающий при вдыхании горячего воздуха, пара, дыма и т.д. Ожог дыхательных путей следует заподозрить, если во время пожара пострадавший находился в закрытом помещении или в замкнутом пространстве. Считается, что ожог дыхательных путей оказывает на пораженного такое же воздействие, как и глубокий ожог кожи площадью около 10—12% поверхности тела.

Что же надо делать ?

При оказании первой помощи при ожоге обработки ожоговой поверхности не проводят. Накладывают асептическую повязку или специальную противоожоговую повязку, если она имеется. Допускается применение влажно-высыхающей повязки с антисептиками или антибиотиками.

При легких ожогах, лечение которых может быть амбулаторным, после предварительного обезболивания имеющимся обезболивающим препаратом выполняют туалет ожоговой раны: кожу вокруг ожога протирают 0,25%-ным или 0,5%-ным раствором нашатырного спирта, теплой мыльной водой или раствором антисептика, после чего обрабатывают спиртом или раствором йодоната. Далее протирают тампоном, смоченным раствором антисептика (фурацилин 1:5000, хлорацила, риванола), затем 0,25%-ным раствором новокаина и осторожно снимают посторонние наслоения, инородные тела, обрывки поверхностного слоя кожи. Целые пузыри не удаляют. Очень напряженные пузыри подсекают у основания.

Далее ожоговые поверхности, за исключением поражения лица и промежности, лечат закрытым методом. При поверхностных ожогах до 30% площади поверхности тела можно использовать повязки с нежирными кремами, мазями Вишневского, синтомициновой эмульсией, растворами фурацилина, хлорацила, антибиотиками на 0,5%-ном растворе новокаина (мономицин, канамицин, полимиксин и т.д.).

При ожогах лица, шеи, промежности II степени повязки не накладывают.

После туалета ран их поверхность 2-4 раза в день обильно смазывают вазелиновым маслом, синтомициновой или стрептоцидной эмульсиями. При этом образуются ожоговые струпа коричневатого цвета, которые следует удалять только после их полного отторжения.

Ожоги лица II степени обычно заживают в течение 12 суток.

Местные мероприятия при ожогах III A степени в первые 7-8 суток не отличаются от таковых при ожогах II степени

7. Что нужно делать для спасения укушенного змеей

Змеиный яд представляет собой биологически активное соединение весьма широкого спектра действия. Он способен проникать в клетки сквозь их оболочки — мембраны, поражая наиболее важные системы организма. Кроме того, змеиный яд повышает проницаемость тканей, что способствует его быстрому распространению из укушенного места.

Таким образом, наложение перетяжек выше места укуса, разрезы, прижигания и другие мероприятия, укоренившиеся среди населения, являются бесполезными.

Несмотря на наложение тугих перетяжек, способствующих образованию обширных участков омертвевшей ткани, воспрепятствовать распространению яда не удастся — развивается тяжелое отравление.

Следует также помнить о таком важном вопросе, как обеспечение нормального кровообращения на укушенном месте.

В результате наложения перетяжек ослабляется кровообращение, в связи с чем нередко образуются глубокие и обширные участки омертвения тканей, оставляющие долго незаживающие раны и опасные другими тяжелыми последствиями.

Попытки отсосать яд мало эффективны из-за плотного смыкания краев раны (вследствие эластичности тканей) и быстрого распространения яда. В некоторых случаях человек, отсасывающий яд из места укуса у пострадавшего, может отравиться и сам (при наличии ранки в ротовой полости, о чем человек может и не знать).

Для того чтобы избежать развития тяжелых, нередко трудно поддающихся лечению последствий, первая помощь укушенным должна быть следующей.

Пострадавшего следует уложить и следить, чтобы он лежал неподвижно, так как всякое движение ускоряет распространение яда в организме и соответственно ухудшает работу сердечно-сосудистой системы.

Внутрь дать 5—10 мг (1-2 таблетки) преднизолона, а через 25-30 минут в межлопаточную область подкожно вводят 500—1000 АЕ (1—2 ампулы) лечебной противозмеиной сыворотки.

Рекомендуется обильное питье — чай, кофе, минеральная вода.

В случае необходимости применяют средства, стимулирующие работу сердца и дыхательной системы.

Независимо от места и времени происшествия больного госпитализируют в ближайшую больницу.

В сопроводительном листке следует указать количество введенной лечебной противозмеиной сыворотки и преднизолона.

8. Общие требования к соблюдению мер безопасности на воде

Безопасность детей на водном объекте обеспечивается правильным выбором и оборудованнием мест, отведенных для купания, систематической разъяснительной работой с детьми о правилах поведения на водном объекте и соблюдением мер предосторожности. Не допускать купания детей в неустановленных местах и других нарушений правил поведения на водном объекте.

В детских лагерях и других детских учреждениях, расположенных у водных объектов, участок для купания детей должен выбираться у пологого песчаного берега (далее - место для купания детей).

Дно места для купания детей должно иметь постепенный уклон до глубины 2 метров, быть без ям и уступов, свободно от водных растений, коряг, камней, стекла и других опасных предметов.

Перед открытием купального сезона в детском лагере, учреждении дно водного объекта в пределах участка акватории, отведенного для купания, должно быть обследовано водолазами и очищено от опасных предметов.

В местах купания детей оборудуются участки для обучения плаванию детей дошкольного и младшего школьного возраста с глубиной не более 0,7 метра, а также для детей старшего возраста - не более 1,2 метра. Участки обозначаются линией поплавков, закрепленных на тросах, или специальным ограждением.

В местах с глубиной до 2 метров разрешается купаться хорошо плавающим детям в возрасте от 12 лет. Эти места ограждаются буйками с интервалом 25-30 метров.

Место для купания детей должно отвечать установленным санитарным требованиям, быть благоустроено и ограждено со стороны суши.

В местах для купания детей на расстоянии 3 метров от границы водного объекта, через каждые 25 метров, устанавливаются стойки (щиты) с размещенными на них спасательными кругами и спасательным средством "конец Александрова" (далее - спасательный инвентарь).

Территории детских учреждений оборудуются стендами с материалами о правилах поведения на водном объекте и информационными таблицами.

Места для купания детей оборудуются медицинскими пунктами и навесами для защиты от солнца.

Купание детей проводится с инструктором по плаванию группой не более 10 человек, продолжительность купания составляет не более 10 минут. Купание детей, не умеющих плавать, проводится отдельно от детей, умеющих плавать.

Ответственность за безопасность детей во время купания возлагается на инструктора по плаванию. Эксплуатация мест купания детских лагерей, учреждений запрещается без наличия в их штатах инструкторов по плаванию.

Перед началом купания детей проводится подготовка мест для купания (территории пляжа и участка акватории водного объекта, отведенного для купания):

границы участка, отведенного для купания детей, обозначаются вдоль береговой черты флажками;

на стойках (щитах) размещается спасательный инвентарь;

лодка со спасателем выходит за границу участка, отведенного для купания, и удерживается в 2 метрах от нее.

По окончании подготовки мест, отведенных для купания, детей группами выводят на участки для купания и проводят инструктаж по правилам поведения на воде.

Купание детей проводится под наблюдением инструкторов по плаванию, спасателей и медицинских работников.

Детям запрещается нырять в воду с перил, мостиков, заплывать за границу участка, отведенного для купания, плавать на не предназначенных для этого средствах.

Во время купания детей на участке запрещаются:

купание и нахождение посторонних лиц;

катание на лодках и катерах;

игры и спортивные мероприятия.

Для проведения на берегу водного объекта занятий по обучению плаванию ограждается и оборудуется специальная площадка.

На площадке должны находиться:

плавательные доски и резиновые круги для каждого ребенка;

2-3 шеста, применяемые для поддержки не умеющих плавать детей, плавательные поддерживающие пояса;

3-4 мяча;

2-3 переносных громкоговорящих устройства;

стенд с расписанием занятий, учебными плакатами по методике обучения и технике плавания;

медицинский пункт, оборудованный специальными средствами по спасению утопающих; спасательная лодка.

Для купания детей во время походов, прогулок, экскурсий выбирается неглубокое место с

пологим и чистым дном. Инструкторами по плаванию, спасателями проводится обследование места купания и осуществляется наблюдение за купанием детей.

Оказание помощи людям, терпящим бедствие на воде

Если на ваших глазах тонет человек, немедленно пользуйтесь спасательными средствами, а так же имеющимся подручным материалом, который может увеличить плавучесть человека и который вы в состоянии до него добросить.

Если вы добираетесь до тонущего вплавь, максимально учитывайте течение воды, ветер, расстояние до берега и т.д.

Приближаясь, старайтесь успокоить и ободрить терпящего бедствие на воде человека.

Подплыв к утопающему, поднырните под него, возьмите сзади одним из приемов захвата (классическим — за волосы) и транспортируйте к берегу.

В случае, если утопающему удалось схватить вас за руки, шею или ноги, освобождайтесь и немедленно ныряйте — инстинкт самосохранения заставит терпящего бедствие вас отпустить.

Если человек уже погрузился в воду, не бросайте попыток найти его в глубине, а затем вернуть к жизни.

Оказание первой помощи людям, потерпевшим бедствие на воде

Вернуть к жизни утонувшего человека можно при условии, если он был в воде около 6 минут.

Вытащив на берег, осмотрите потерпевшего: рот и нос могут быть забиты тиной или песком. Их надо немедленно очистить (пальцами, повернув человека набок).

Быстро положите пострадавшего животом на свое колено (голову свесить лицом вниз) и, сильно нажав, выплесните воду из желудка и дыхательных путей.

Быстро уложите пострадавшего на спину, расстегните ему пояс и верхние пуговицы и начинайте делать искусственное дыхание.

Встаньте на колени слева, максимально запрокиньте голову утонувшего (это очень важно!) и, сместив челюсть вниз, раскройте ему рот.

Сделайте глубокий вдох, приложите свои губы к губам пострадавшего (рекомендуется через платок или марлю) и с силой выдохните воздух. Ноздри пострадавшего при этом надо зажать рукой. Выдох произойдет самостоятельно.

Если у пострадавшего не бьется сердце, искусственное дыхание надо сочетать с непрямой массажем сердца. Для этого одну ладонь положите поперек нижней части грудины (но не на ребра), другую ладонь — поверх первой накрест.

Надавите на грудину запястьями так, чтобы она прогнулась на 3—5 сантиметров, и отпустите.

Прогибать нужно сильно, толчком, используя вес своего тела. Через каждое вдувание воздуха делайте 4—5 ритмичных надавливаний.

Если помощь оказывают двое, тогда один делает искусственное дыхание, другой затем — массаж сердца.

Не останавливайте меры по реанимации до прибытия «скорой помощи»: благодаря вашим действиям организм пострадавшего еще может жить.

Обладайте выдержкой, не впадайте в панику при несчастных случаях. Порой именно от ваших решительных действий будет зависеть жизнь пострадавшего.

9. Основные мероприятия по профилактике пищевых отравлений и кишечных инфекций.

Лицам, поступающим на работу в детские оздоровительные учреждения, необходимо проходить медицинские осмотры, профессиональную гигиеническую подготовку и аттестацию в установленном порядке.

работникам пищеблока детского оздоровительного учреждения необходимо соблюдать следующие меры личной гигиены:

верхнюю одежду, обувь, личные вещи оставлять в гардеробе;

перед началом работы тщательно мыть руки с мылом, надевать чистую санитарную одежду, подбирать волосы под колпак или косынку;

менять санитарную одежду по мере загрязнения;

при посещении туалета снимать санитарную одежду в специально отведенном месте,

после посещения туалета тщательно мыть руки с мылом;

при появлении признаков простудного заболевания или кишечной дисфункции, а так же нагноений и порезов, сообщать администрации и обращаться в медицинское учреждение для лечения;

сообщать обо всех случаях заболеваний кишечными инфекциями в семье работника;

не курить, не принимать пищу на рабочем месте.

Обработку сырых и готовых продуктов производить отдельно в специально оборудованных цехах, на разных разделочных досках, разными ножами в соответствии с маркировкой.

Разделочные доски и ножи маркируют: С (сельдь), РС (рыба сырая), РВ (рыба вареная), КС (куры сырые), КВ (куры вареные), МС (мясо сырое), МВ (мясо вареное), ОС (овощи сырые), ОВ (овощи вареные), Г (гастрономия), Х (хлеб).

Необходимо иметь достаточный набор разделочных досок и ножей.

Разделочные доски очищают ножом, моют горячей водой с добавлением моющих средств, ошпаривают кипятком и хранят поставленными на ребро непосредственно на рабочих местах или в подвешенном состоянии.

Уборка производственных, вспомогательных, складских и бытовых помещений производится уборщиками, а уборка рабочих мест – непосредственно работниками на рабочем месте.

Для уборки туалетов выделяется специальный персонал.

Разработал
Специалист по охране труда

Константинов С.С.