

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ АГЕНТСТВО ПО ОБРАЗОВАНИЮ

Государственное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
"Оренбургский государственный университет"

Кафедра безопасности жизнедеятельности

Е.Л.ЯНЧУК, Л.А.БЫКОВА

ОКАЗАНИЕ ПЕРВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОЖОГАХ

МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ
К ПРАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЕ

Рекомендовано к изданию Редакционно-издательским советом
государственного образовательного учреждения
высшего профессионального образования
"Оренбургский государственный университет"

Оренбург 2008

УДК 616-082(076.5)
ББК 51.1(2)2я73

Рецензент

доктор медицинских наук, профессор И.И.Греков

Я 66

Янчук, Е.Л.

Оказание первой медицинской помощи: методические указания к практической работе / Е.Л.Янчук, Л.А.Быкова. - Оренбург: ГОУ ОГУ, 2008. - 17 с.

Методические указания предназначены для обеспечения четкой организации проведения практического занятия.

Методические указания рекомендованы для обучения студентов, изучающих курс «Медицина катастроф».

ББК 51.1(2)2я73

© Янчук Е.Л.,
Быкова Л.А., 2008

© ГОУ ОГУ, 2008

Содержание

Введение	4
1 Цель работы	4
2 Оказание первой медицинской помощи при ожогах.....	4
2.1 Термические ожоги.....	4
2.1.1 Ожоговая болезнь.....	6
2.1.2 Первая медицинская помощь при термических ожогах	9
2.2 Химические ожоги.....	11
3 Медицинская сортировка обожженных.....	12
4 Порядок выполнения работы.....	13
5 Вопросы для самоконтроля.....	16
Список использованных источников.....	17

Введение

Первая медицинская помощь оказывается на месте поражения, а ее вид определяется характером повреждений, состоянием пострадавшего и конкретной обстановкой в зоне чрезвычайной ситуации

При авариях, катастрофах, стихийных бедствиях и других чрезвычайных ситуациях массовые поражения могут возникнуть внезапно и одновременно. Огромное количество раненых и пораженных будет нуждаться в первой медицинской помощи. Профессионалов - медицинских сестер и врачей на каждого пострадавшего просто не хватит, да и прибыть в район ЧС они могут не всегда быстро, как этого требует ситуация. Вот почему немедленная помощь может быть оказана только теми, кто окажется рядом с пострадавшим в порядке взаимопомощи, или самим пострадавшим в порядке самопомощи. Кроме того, любая травма может случиться в быту, во время похода или экскурсии, на отдыхе, в любом самом непредвиденном месте.

Поэтому приемами и способами первой медицинской помощи должен владеть каждый человек.

1 Цель работы

- 1 научить обучаемых оказывать первую медицинскую помощь в неотложных ситуациях.
- 2 совершенствовать навыки в оказании первой помощи в ЧС.

2 Оказание первой медицинской помощи при ожогах

Первая помощь – это простейшие срочные меры, необходимые для спасения жизни и здоровья пострадавшего при повреждениях, несчастных случаях. Она оказывается на месте происшествия до прибытия медицинского работника или доставки пострадавшего в больницу.

2.1 Термические ожоги

Одной из наиболее часто случающихся разновидностей травматических повреждений являются *термические ожоги*. Они возникают вследствие попадания на тело горячей жидкости, пламени или соприкосновения кожи с раскаленными предметами. В зависимости от температуры и длительности ее воздействия на кожу образуются ожоги разной степени.

Ожог I степени (эритема) проявляется гиперемией, отеком и болью на участке поражения. Поврежден поверхностный слой эпидермиса.

При *ожоге II степени* повреждается вся толщина эпидермиса до ростковой зоны. Его признаки: краснота, резкая боль, отек, образование пузырей с желтоватым экссудатом. Под эпидермисом, который легко снимается, находится ярко-розовая болезненная раневая поверхность.

Ожоги IIIa степени (язвенная форма) характеризуются омертвением всего эпидермиса и поверхностных слоев дермы. Вначале образуется либо сухой светло-коричневый струп (при ожогах пламенем), либо белесовато-серый влажный струп (воздействие пара, горячей воды). Иногда формируются толстостенные пузыри, заполненные экссудатом. Краснота и отек вокруг обожженного участка. Чувствительность есть.

При *ожогах IIIб степени (язвенная форма)* кожа гибнет на всю толщину, часто поражается и подкожная жировая клетчатка. Омертвевшие ткани формируют струп: при ожогах пламенем — сухой, плотный, темно-коричневого цвета; при ожогах горячими жидкостями и паром — бледно-серый, мягкий, тестоватой консистенции. Характерна полная потеря чувствительности в области струпа, исчезновение «игры капилляров» после кратковременного пальцевого прижатия. На дне струпа видны расширенные кровеносные сосуды, кровь в них не циркулирует. За пределами очага поражения наблюдается обширный отек.

Ожоги IV степени(обугливание) сопровождаются гибелью тканей, расположенных под собственной фасцией (мышцы, сухожилия, кости). Струп толстый, плотный, иногда с признаками обугливания.

Ожоги I, II и III степени относятся к поверхностным, III и IV степени — к глубоким.

Длительность заживления ожогов и возможность восстановления кожного покрова зависят от глубины его поражения.

Общая реакция организма в виде совокупности происходящих в нем изменений в результате ожоговой травмы называется **ожоговой болезнью**.

На развитие болезни влияют глубина и площадь ожога. К факторам, утяжеляющим течение болезни, относятся сопутствующие заболевания, детский и пожилой возраст пораженного и расположение ожога на верхних дыхательных путях.

Глубина ожога определяет длительность его заживления, а следовательно, время течения ожоговой болезни, вероятность присоединения вторичной инфекции, возможность самостоятельного заживления.

Площадь ожога является основным критерием для определения прогноза ожоговой болезни.

Кожа несет:

- защитную противомикробную функцию;
- препятствует потере жидкости организмом;
- играет огромную роль в терморегулировании за счет хорошо развитого кровообращения;
- участвует в дыхательной функции организма и выведении шлаков через потовые железы.

Поэтому поражение больших участков кожи опасно для человека.

Для определения площади ожогов, особенно когда они расположены в различных областях тела и в мозаичном порядке, можно пользоваться «правилом ладони». Известно, что ладонь вместе с пальцами составляет около 1 % поверхности тела. Сколько ладоней пораженного уместится над ожоговой поверхностью, такова и площадь ожогов.

Прогноз ожогов для жизни человека зависит от степени ожога и площади поражения тела. При площади ожога более 15 % поверхности тела у взрослых (10 % глубокого) или 10 % у детей и лиц старше 50 лет (5 % глубокого) развивается ожоговая болезнь, но у детей ожоговая болезнь может развиваться и при меньших размерах поражения. При ожогах ВДП крайне тяжелый шок может развиваться и при меньших площадях ожога.

2.1.1 Ожоговая болезнь

Выделяют четыре периода течения ожоговой болезни:

- ожоговый шок;
- острая ожоговая токсемия;
- септикотоксемия;

— период выздоровления (реконвалесценция).

Ожоговый шок — это общая реакция организма на сверхсильный раздражитель в виде болевого раздражения кожных нервных окончаний травмирующим агентом.

Ожоговый шок наступает сразу вслед за ожоговой травмой.

Кроме болевого компонента, пусковыми механизмами развития ожогового шока являются: потеря большого количества жидкой части крови (плазмы) через кожные дефекты, сгущение крови и поступление в организм продуктов распада поврежденных тканей.

Без проведения интенсивной противошоковой терапии, направленной на коррекцию жизненно важных функций организма, спасти пораженного практически невозможно.

Длительность течения ожогового шока на фоне интенсивной терапии составляет 2—3 суток.

В отличие от других шоков ожоговый шок имеет свои особенности.

Первая особенность это **длящаяся 1—2 часа** эректильная фаза (фаза возбуждения). В этой фазе пораженный беспокоен, возбужден, дезориентирован и неспособен критически оценивать ситуацию. У него отмечается двигательное и речевое возбуждение. АД нормальное или несколько повышено. Пораженный часто пытается бежать, находясь в объятиях пламени.

Второй особенностью ожогового шока является относительно долго остающееся в норме, а иногда повышенное АД. Это объясняется большим и длительным напряжением адреналовой системы и выбросом в кровь адреналина в ответ на сильное и продолжительное раздражение болевых рецепторов. Адреналин вызывает спазм периферических сосудов, что приводит к подъему АД и является компенсаторным механизмом самозащиты. На последующих стадиях этот механизм играет отрицательную роль, так как в результате длительного спазма сосудов ухудшается кровоснабжение тканей. Раннее снижение АД при ожоговом шоке считается плохим прогностическим признаком и расценивается как срыв компенсаторных механизмов.

Третьей особенностью ожогового шока является быстрый выход в кровь калия из разрушенных тканей и гемолизированных (разрушенных) эритроцитов за счет местной тканевой гипертермии при воздействии высокой температуры. Разрушенный миоглобин тканей и эритроцитов забивает почечные канальцы, способствуя развитию почечной недостаточности. Высокое содержание калия в крови может привести к нарушениям ритма, проводимости и сократимости сердечной мышцы.

Четвертой особенностью ожогового шока является быстрое нарастание **сгущения** крови за счет колоссальной кровопотери. Сгущение крови приводит к замедлению ее циркуляции по мелким сосудам, тромбообразованию, что усугубляет гипоксию органов и тканей. При обширных ожогах плазмопотеря может достигать 70 % ОЦП (*плазмы!*).

Вслед за эректильной фазой шока развивается торпидная фаза (фаза торможения), обусловленная развитием торможения коры головного мозга,

длящаяся в зависимости от тяжести ожогового шока 24—72 часа. В этой фазе больные заторможены, сонливы. В контакт вступают медленно, отвечают односложно. Как и при любом шоке, обожженные остаются в сознании до развития необратимых изменений в последней стадии шока. Отсутствие сознания должно насторожить оказывающего помощь. Следует найти причину этого синдрома, нехарактерного для ожогового шока, — ЧМТ, отравление пожарными газами и другие причины.

При ожоговом шоке часто отмечается озноб, конечности холодные. Как правило, пораженных мучает жажда. Нередким симптомом является рвота, возникающая самостоятельно или после питья. При тяжелом шоке быстро развивается парез кишечника, сопровождающийся его метеоризмом. Диурез быстро снижается, вплоть до развития анурии. При ожогах пламенем может быть бурая или черная моча с запахом гари (макро-гемоглобинурия).

Таблица 1 - Клиническая характеристика торпидной фазы ожогового шока

Признак	I степень	II степень	III степень
Сознание	Ясное	Пораженный заторможен	Спутанное или отсутствует
Кожные покровы	Обычные	Бледные, легкий цианоз губ, ногтевых лож	Серые, пепельные, выражен цианоз губ, ногтевых лож
Жажда	Да	Да	Да
Рвота	Редкая	Частая	Очень частая
Дыхание	Нормальное	Учащено	Частое, поверхностное
Температура тела	Нормальная	Понижена	Понижена
Индекс Франка	30-70 единиц	70-120 единиц	120 единиц, не менее

Течение ожогового шока утяжеляет ожог ВДП. На ожог ВДП могут указывать: осиплость голоса, одышка, кашель, жалобы на боли в горле, ожог слизистой губ, языка, зева, носа, опаленность волос в области рта и носа. Ожоги ВДП часто встречаются при пожарах в закрытых помещениях, где создается высокая температура горения и воздуха (комната, автомобиль).

О тяжести ожогового шока можно судить по **индексу Франка** (*у детей!*), при исчислении которого принимается, что 1 % ожога эквивалентен: при ожогах I, II ст. — 1 единице, ожогах IIIа — 2 единицам и при ожогах IIIб, IV степени — 3 единицам. При ожоге ВДП к полученному индексу Франка следует прибавить еще 20 единиц.

При определении индекса Франка можно выделить следующие группы обожженных (см. таблицу 2).

Таблица 2 – Группы обожженных по индексу Франка

Индекс Франка	Прогноз
До 30	благоприятен
30-60	относительно благоприятен
61-90	сомнителен
более 90	неблагоприятен

Острая ожоговая токсемия — второй период ожоговой болезни. Ожоговая токсемия — это токсическая фаза течения болезни. Продукты распада тканей поступают в кровь, приводя к эндогенной интоксикации. Кроме этого, в отравлении участвуют продукты жизнедеятельности инфекции, быстро развивающейся на ожоговых ранах.

Острая ожоговая токсемия продолжается около 2 недель. Клинически отмечается высокая лихорадка, нарастает анемия, появляется спутанность сознания, иногда судороги. В этом периоде у обожженных появляется бессонница, пропадает аппетит, они становятся раздражительными. Присоединяются инфекционные осложнения — пневмония, стоматиты, отиты, диспепсии, нередко ожоговая скарлатина.

Септикотоксемия — третий период ожоговой болезни. Во время септикотоксемии в кровь попадают не только токсины, но и сами патогенные микроорганизмы. Развивается ожоговый сепсис. Микроорганизмы, циркулируя в крови, могут оседать в любом органе, вызывая гнойные метастазы в виде флегмон, абсцессов, плевритов, менингитов. Этот период болезни часто осложняется гепатитами, перикардитами, нефритами, что значительно ухудшает прогноз на выздоровление. Вместе с отделяемым из раны происходит большая потеря белка. Развивается ожоговое истощение. Усугубляются нарушения водно-электролитного состава крови. Любое из развившихся осложнений может привести к гибели пораженного.

Опасность распространения инфекции и развития осложнений уменьшается, когда ожоговые раны очищаются и выстилаются грануляциями. Грануляции служат барьером для инфекции. Только восстановление кожного покрова может быть гарантией ликвидации всех патологических процессов в организме.

Выздоровление, или реконвалесценция — четвертый период ожоговой болезни. Выздоровление начинается с момента полного самостоятельного или оперативного восстановления кожного покрова. Продолжается этот период неопределенно долго, до устранения всех поражений внутренних органов и систем, иногда после заживления глубоких и обширных ожогов выздоровление затягивается на длительное время, которое требуется для восстановительного, консервативного и оперативного лечения последствий ожогов рубцов, контрактур, косметических дефектов, тугоподвижности в суставах.

2.1.2 Первая медицинская помощь при термических ожогах

Чем выше температура травмирующего агента и чем дольше контакт с ним, тем обширнее и глубже термическое поражение. Исходя из этого положения, первое и главное мероприятие при оказании помощи пораженному — это устранение действия травмирующего фактора.

При ожоге кипятком, горячей жидкостью, смолой надо быстро снять пропитанную горячей жидкостью одежду. При этом нельзя отрывать приставшие к коже участки одежды, следует осторожно обрезать одежду ножницами.

После этого длительно, в течение 10 минут, охлаждать обожженную поверхность под струей холодной проточной воды (20—25°C). Известно, что повреждающее действие продолжается еще какое-то время после обваривания, так как высокая температура сохраняется в глубоких слоях кожи.

При ожоге пламенем следует прежде всего потушить на пораженном пламя, завернув его в плотную ткань, не пропускающую воздух. Если пораженный пытается бежать, его надо любыми способами остановить, так как при беге пламя на одежде разгорается еще сильнее от притока воздуха. Когда пламя потушено, надо так же осторожно, как при ожоге кипятком, снять одежду и охладить обожженные места.

Нельзя применять повязки с мазями, жирами, маслами. Они загрязняют ожоговую поверхность и являются питательной средой для микроорганизмов.

Нельзя применять красящие вещества: марганцовокислый калий, синьку, зеленку. Они затрудняют определение глубины ожога при осмотре.

Нельзя применять порошки — соду, крахмал, а также мыло и сырые яйца. Они образуют на ожоговой поверхности трудно снимаемую пленку и также являются питательной средой для микробов.

При ожогах кистей снять кольца с пальцев (опасность ишемии!).

Наложить асептическую повязку (при обширных ожогах использовать стерильную простыню).

Дать обезболивающее лекарство (анальгин, баралгин, седальгин и т.д.).

При ожогах глаз остатки веществ с век, ресниц, слизистых оболочек глаза удаляют стерильным бинтом или струей воды. Ожоги век не отличаются по клинической картине от ожогов других участков кожи. Конъюнктивы при термических воздействиях становятся ишемичной и непрозрачной. При ожогах роговицы наблюдаются гибель ее переднего эпителия. Ожоговые изменения в хрусталике ведут к развитию осложненной катаракты.

Ожоги первой степени похожи на обыкновенный солнечный ожог. Для их лечения необязательно обращаться к врачу. Чтобы уменьшить болевые ощущения и избавиться от возможного отека, обожженное место надо протереть в течение 5-10 мин 96 % раствором этилового спирта.

При ожогах второй степени обожженное место нужно также подставить под струю холодной воды, а если ожог обширный, то пострадавшего поместить в холодную ванну на 10-15 минут. Обязательно дать обезболивающее лекарство

(анальгин, баралгин, седальгин и т.д.). Затем наложить сухую стерильную повязку место.

При ожоге второй степени пострадавшего следует направить в ближайшую поликлинику или травмпункт.

Ожоги третьей степени отличаются от ожогов второй степени большей глубиной поражения подкожных тканей. Первая помощь должна быть такой же, как и при ожогах второй степени. Дать обезболивающее лекарство. Если к ране прилипла одежда, не пытайтесь самостоятельно отделить ее от кожи. Наложить стерильную повязку, согреть пострадавшего, поить его подщелоченной, подсоленной водой (1 ч ложку соли растворить в 1 л воды), т.к. пострадавший испытывает жажду. Поить по 30 мл через каждые 0,5 часа. Противопоказанием является рвота. Доставить пострадавшего в лечебное учреждение наиболее щадящим транспортом.

2.2 Химические ожоги

В последние годы в связи с постоянным и широким использованием химических веществ в промышленности, сельском хозяйстве и в быту участились случаи ожогов химическими веществами.

Химические ожоги возникают в результате воздействия на кожу и слизистые оболочки концентрированных неорганических и органических кислот, щелочей, фосфора. Некоторые химические соединения на воздухе, при соприкосновении с влагой или другими химическими веществами легко воспламеняются или взрываются, вызывают *термохимические ожоги*. Чистый фосфор самовоспламеняется на воздухе, легко прилипает к коже и вызывает также термохимические ожоги. Бензин, керосин, скипидар, этиловый спирт, эфир часто бывают причиной ожогов кожи.

Химические ожоги вызываются и некоторыми растениями (лютиком, дурманом, подснежником и др.), используемыми в качестве компрессов для лечения радикулитов, артритов, полиартритов, особенно в период цветения этих растений.

Благодаря своевременному и правильному оказанию первой помощи пострадавшему на месте происшествия ликвидируются или предупреждаются глубокие поражения тканей, развитие общего отравления. Одежду, пропитанную химическим соединением, необходимо быстро снять, разрезать прямо на месте происшествия самому пострадавшему или его окружающим. Попавшие на кожу химические вещества следует смыть большим количеством воды из-под водопроводного крана в течение 30-40 минут до исчезновения специфического запаха вещества, тем самым, предотвращая его воздействие на ткани организма.

Нельзя смывать химические соединения, которые воспламеняются или взрываются при соприкосновении с водой. Ни в коем случае нельзя обрабатывать пораженную кожу смоченными водой тампонами, салфетками, так как при этом химические соединения еще больше втираются в кожу.

На поврежденные участки кожи накладывается повязка с нейтрализующим, обеззараживающим средством или чистая и сухая повязка. Мазевые (вазелиновые, жировые, масляные) повязки только ускоряют проникновение в организм через кожу многих жирорастворимых химических веществ (например, фосфора). После наложения повязки нужно попытаться устранить или уменьшить боли, для чего дать пострадавшему внутрь обезболивающее средство (анальгин, пенталгин 1-2 таблетки).

Как правило, ожоги кислотами обычно глубокие. На месте ожога образуется сухой струп. При попадании кислоты на кожу следует обильно промыть пораженные участки под струей воды, затем обмыть их 2 % раствором питьевой соды, мыльной водой, чтобы нейтрализовать кислоту и наложить сухую повязку. При поражении кожи фосфором и его соединениями кожа обрабатывается 5 % раствором сульфата меди и далее 5-10 % раствором питьевой соды. Оказание первой помощи при ожогах щелочами такое же, как и при ожогах кислотами, с той лишь разницей, что щелочи нейтрализуют 2 % раствором борной кислоты, растворами лимонной кислоты, столового уксуса.

3 Медицинская сортировка обожженных

При массовом поступлении обожженных рекомендуется пользоваться специальной таблицей (таблица 3). Если у пораженного отмечается от 4 до 8 перечисленных признаков, то прогноз неблагоприятный и обожженный может быть отнесен к I сортировочной группе; при наличии 3 признаков — ко II-III сортировочным группам.

Таблица 3 - Распределение при массовом поступлении пораженных с различной степени ожогами по сортировочным группам и функциональным подразделениям ОПМП

Сортировочная группа	Общая площадь ожога, %	Глубокие ожоги, %	Ожог дыхательных путей	Функциональное подразделение
I	до 60 и более	50, не менее	+	Изолятор находятся в терминальном состоянии, агонизируют
II	до 40	до 30	+	Перевязочная нуждаются в неотложной медпомощи
III	до 30	до 20	+	Госпитальное помощь может быть отсрочена
IV	до 15	10, не более	-	Легкораненых после оказания неотложной помощи направляют на амбулаторное лечение

При массовом поступлении для прогноза ожога можно использовать **правило сотни** (таблица 4). Прогностический индекс у обожженного определяется суммой показателей возраста и площади ожога:

Таблица 4 - Прогноз и исход ожоговой болезни в зависимости от прогностического индекса по «правилу сотни»

Прогностический индекс	Прогноз	Сортировочные группы
До 60	Благоприятный	IV
От 61 до 80	Относительно благоприятный	III
От 81 до 100	Сомнительный	II
101 и более	Неблагоприятный	I

Правило сотни можно использовать только для термического поражения у взрослых. При ожогах у детей применяется индекс Франка.

4 Порядок выполнения работы

4.1 В конце занятия студентам раздаются задания по теме «Оказание первой медицинской помощи при ожогах» в тестовой форме, на которые они отвечают и сдают преподавателю.

4.1.1 Задания в тестовой форме

1 Что характерно для термического ожога II степени:

- а) обратимая сосудистая реакция;
- б) отслойка эпидермиса;
- в) некроз всей толщи кожи;
- г) обугливание кожи.

2 Ожоговая болезнь у взрослых развивается при площади поверхностного ожога более:

- а) 5 %;
- б) 10 %;
- в) 15 %;
- г) 20 %.

3 Индекс Франка — это:

- а) сумма площади поверхностного и глубокого ожогов;
- б) отношение пульса к систолическому давлению;
- в) сумма площади поверхностного и глубокого ожогов, выраженная в условных единицах;
- г) общая площадь ожога, выраженная в процентах.

4 Если на месте ожога имеется небольшой ненапряженный пузырь, содержимое пузыря светло-желтое, жидкое, дно вскрытого пузыря розового цвета, то это степень ожога:

- а) II;
- б) IIIа;
- в) IIIб;
- г) IV.

5 Сумме показателей от 61 до 80 при использовании «правила сотни» соответствует прогноз:

- а) благоприятный;
- б) относительно благоприятный;
- в) сомнительный;
- г) неблагоприятный.

6 При термических ожогах одежда с пораженного:

- а) снимается;
- б) срезается;
- в) остается на пораженном;
- г) все ответы неверны.

7 Основным критерием для определения прогноза ожоговой болезни является:

- а) детский возраст пораженного;
- б) пожилой возраст пораженного;

- в) наличие сопутствующих заболеваний;
 - г) площадь ожога;
- 8 Длительность заживления ожога определяется:

- а) возрастом пораженного;
- б) глубиной ожога;
- в) присоединением вторичной гнойной инфекции;
- г) степенью потери жидкости организмом.

9 Для определения площади ожогов, расположенных в мозаичном порядке, пользуются правилом:

- а) девяток;
- б) ладони.

10 В течении ожоговой болезни в настоящее время выделяют:

- а) две фазы;
- б) три группы;
- в) четыре периода;
- г) пять степеней.

11 Пусковыми механизмами развития ожогового шока являются:

- а) болевая импульсация;
- б) площадь ожога;
- в) потеря плазмы;
- г) сгущение крови;
- д) эндогенная интоксикация.

12 Длительность течения ожогового шока на фоне интенсивной терапии составляет:

- а) 5-20 минут;
- б) 1 час;
- в) 1 сутки;
- г) 2—3 суток.

13 При ожоговом шоке артериальное давление:

- а) рано снижается, вплоть до критических цифр;
- б) относительно долго остается в норме;
- в) не изменяется;
- г) резко повышается.

14 При ожоговом шоке наблюдается:

- а) замедление циркуляции крови по мелким сосудам;
- б) сгущение крови;
- в) гиперволемия;
- г) гиперкалиемия.

15 О тяжести ожогового шока можно судить по индексу:

- а) Уоллеса;
- а) Франка.

16 Второй период ожоговой болезни:

- а) торпидная фаза;
- б) септикотоксемия;
- в) ожоговая токсемия;

г) ожоговый шок.

17 Ожоговый сепсис развивается во время:

- а) торпидной фазы;
- б) септикотоксемии;
- в) ожоговой токсемии;
- г) ожогового шока.

18 При массовом поступлении обожженных пораженные с общей площадью ожога до 40 % направляются в функциональное подразделение ОПМП:

- а) перевязочную;
- б) операционную;
- в) противошоковое отделение;
- г) госпитальное отделение;
- д) изолятор для агонизирующих.

19 Эректильная фаза ожогового шока длится:

- а) 5—20 минут;
- б) 1—2 часа;
- в) 1 сутки;
- г) 2—3 суток.

20 При массовом поступлении для прогноза ожога можно использовать правило сотни:

- а) для составления таблицы;
- б) для вычисления индекса Франка;
- в) у детей;
- г) у взрослых.

5 Вопросы для самоконтроля

3.1 Первая медицинская помощь и ее значение.

3.2 Оказание первой помощи при химических ожогах.

3.3 Термические ожоги, степени ожогов и чем характеризуются?

3.4 Как протекает заживление ожогов в зависимости от их степени?

3.5 Что такое «правило ладони»?

3.6 При какой площади поверхностного ожога развивается ожоговая болезнь у взрослых и детей?

3.7 Перечислить периоды течения ожоговой болезни.

3.8 Ожоговый шок, фазы развития и особенности.

3.9 Что такое индекс Франка?

3.10 Ожоговая токсемия, клиническая картина.

3.11 Клиническая картина септикотоксемии.

3.12 Что такое реконвалесценция и чем проявляется?

3.13 Как проводится медицинская сортировка обожженных?

3.14 Что такое «правило сотни»?

3.15 Первая медицинская помощь при термических ожогах.

Список использованных источников

1 **Буянов, В.М.** Первая медицинская помощь/В.М.Буянов. - М.: Медицина, 2000. – 194 с.

2 **Вандышев, А.Р.** Медицина катастроф/ А.Р. Вандышев. - Ростов-на-Дону: Феникс, 2002. – 234 с.

3 **Горячев, С.Ф.** Безопасность жизнедеятельности и медицина катастроф/ С.Ф. Горячев. – Ростов –на- Дону: Феникс, 2006.- 576 с.

4 **Кошелев, А.А.** Медицина катастроф. Теория и практика / А.А. Кошелев. - СПб.: Паритет, 2000. – 256 с.

5 Первая помощь при травмах и других жизнеугрожающих ситуациях / И.А. Симонов. - СПб.: ДНК, 2001. – 321 с.

6 **Рябочкин, В.М.** Медицина катастроф/ В.М. Рябочкин. - М.: ИНИ ЛТД, 1997. – 312 с.