

Лекционное занятие № 1

Тема «Роль и значение основ медицинских знаний в индустрии туризма и гостеприимства»

1. Введение в учебную дисциплину «Основы медицинских знаний (туристический аспект), Wellness-технологии в индустрии туризма и гостеприимства»: цель и задачи.
2. Нормативная и правовая база ВОЗ, ЮНВТО и Республики Беларусь.
3. Санитарно-эпидемиологические нормы и правила в индустрии туризма.

Безопасность в туризме - понятие емкое и многогранное. Первым и основным аспектом обеспечения безопасности туриста является наличие договора на все предоставляемые услуги между туристским предприятием и туристом, в котором последнее обязуется качественно и безопасно организовать отдых клиента на основании своих договоров с перевозчиком, принимающей стороной, туроператором, гостиницами, экскурсионными бюро, пунктами питания.

Совсем по иному, при условии выполнения этого основного и законодательно закрепленного в туризме, звучит термин «безопасность в туризме» для активных видов туризма: пешеходного, велосипедного, горного, лыжного, для всех видов самодетельного туризма. Здесь подразумевается донесение полной и достоверной информации о предлагаемых услугах, о мерах личной безопасности до каждого клиента.

Международный опыт по разработке мер безопасности туризма исследуется и обобщается Всемирной туристской организацией (ВТО).

Практика международного туризма показывает, что с увеличением количества путешествующих и расширением географии поездок резко возрастает необходимость более полного учета специфики поездок и соблюдения мер безопасности. Прежде всего, это касается регионов со сложной социально-политической обстановкой. Фактически речь идет о риске таких поездок, вплоть до реальной угрозы жизни и здоровью туристов.

Кроме того, к вопросам безопасности относятся и другие проблемы - эпидемии, ВИЧ-инфекция, криминогенные ситуации и преступность, распространение наркотиков, проституция, вандализм и иные формы насилия, пиратство, военные осложнения и перевороты, терроризм, а также рассмотрение всех возможных рисков, связанных с туристами, местными жителями, турфирмами и индустрией туризма в целом.

Пока же практически в каждой туристской группе, отправляющейся в жаркие страны, происходят одни и те же печальные события. Туристы при купании в море получают долго незаживающие раны от острых кораллов и морских ежей. Многие просто обгорают на солнце, поскольку не имеют ни малейшего понятия о правилах пользования защитными кремами.

Другие получают травмы при совершении морских прогулок на малых судах, например из-за качки падают в трюмные люки, сильно ударяются о

такелаж и т.д. Конкретных примеров на эту тему можно привести сколько угодно.

Существуют территории, куда туристы могут ездить лишь с большой осторожностью. Количество стран, в которых сохраняется сложная политическая обстановка, происходят военные или прочие серьезные конфликты остается на прежнем уровне - ежегодно порядка 30 государств относятся к числу неблагоприятных для туризма.

Обеспокоенная проблемой безопасности путешествий, ВТО разработала классификацию направлений выезда в зависимости от потенциальной угрозы жизни туристов.

К первой, наиболее опасной группе относятся страны (территории), в которых затянувшиеся военные конфликты, серии террористических актов и экономическая нестабильность не только оказывают постоянное негативное влияние на развитие туризма, но, по существу, стали отличительной чертой их туристского имиджа. Это — Ливан, Северная Ирландия, Афганистан, республики бывшей Югославии.

Страны «второй категории опасности» характеризуются отдельными, часто повторяющимися, иногда продолжительными вспышками насилия. К ним относятся Египет, Индия, Ямайка, Кения, Перу, Филиппины.

Гаагская Межпарламентская конференция по туризму в своей декларации констатировала: «Безопасность, защита туристов и уважение их достоинства являются неперенным условием развития туризма», поэтому необходимо:

а) чтобы меры по упрощению туристских путешествий сопровождались мерами по обеспечению безопасности и защиты туристов и туристских объектов;

б) чтобы в этих целях была сформирована эффективная политика, направленная на обеспечение безопасности и защиты туристов;

в) точно определить туристские товары, объекты и оборудование, которые из-за того, что они используются туристами, требуют особого внимания;

г) готовить соответствующую информацию и документацию, обеспечить к ней доступ в случае угрозы туристским объектам и туристским достопримечательностям;

д) выполнять в соответствии с процедурами и законодательством каждой отдельной страны, юридические положения в области защиты туристов, включая в частности, правоспособность туристов добиваться эффективной судебной защиты в судах в случае действий, наносящих вред им лично или их имуществу, и особенно при таком наиболее опасном акте, как терроризм;

е) чтобы государства сотрудничали в рамках ВТО при подготовке программ рекомендуемых мер, по регулированию вопросов безопасности и защиты туристов".

В Декларации также записано, что безопасность туристов и защита туризма в стране в целом или отдельном туристском регионе связаны с

большим количеством правил и постановлений, которые должны выполняться не только туристской администрацией, но и другими министерствами и ведомствами, в чью компетенцию входит поддержание общественного порядка, финансовая деятельность, сфера здравоохранения, охрана окружающей среды, проблемы занятости и т.д.

Туристские услуги и условия их предоставления должны быть безопасными для жизни, здоровья и имущества туристов и окружающей среды.

В процессе оказания туристских услуг необходимо обеспечить приемлемый уровень риска для жизни, здоровья и имущества туристов при совершении путешествий.

Безопасность туристов при совершении путешествия распространяется на:

- жизнь, здоровье, личную неприкосновенность туриста, включая физическое и психическое состояние, а также частную жизнь;
- имущество туриста, в том числе предметы туристского снаряжения и инвентаря, багаж, предметы личного обихода и другие предметы, которые используются и (или) приобретены туристом во время путешествия.

Основные факторы, влияющие на безопасность туристов при совершении путешествия, включают в себя:

- географические и природные особенности места пребывания туристов (морская, горная, пустынная местности, климат, наличие специфических животных и насекомых и т.д.);
- культурную, социальную среду временного пребывания, особенности местной пищи, язык, культурные, религиозные и этнические традиции и т.д.;
- особенности видов туристских путешествий (экстремальный туризм, спортивно-оздоровительный туризм и др.);
- уровень качества и безопасности оказываемых услуг;
- соблюдение туристами правил личной безопасности, в том числе законов, правил и традиций (культурных, религиозных и др.) страны (места) временного пребывания, санитарно-эпидемиологических норм и правил специальных предписаний, указаний и инструкций органов власти, специализированных служб МЧС, сопровождающих гидов и инструкторов-проводников, а также использование средств индивидуальной защиты.

Безопасность туристов обеспечивается посредством реализации комплекса мер организационно-технического, дипломатического, финансового, правоохранительного и иного характера, направленных на снижение рисков до приемлемого уровня, путем четкого разграничения и выполнения обязанностей всеми участниками процесса оказания туристских услуг и соблюдением туристами требований личной безопасности.

Перечень мер по обеспечению безопасности туристов включает:

- информирование туристов об угрозе безопасности в стране (месте) временного пребывания;
- выполнение требований безопасности жизни, здоровья и имущества туристов, содержащихся в договорах о реализации туристского продукта, а

также между юридическими лицами и частными предпринимателями, оказывающими туристские услуги;

- страхование жизни и здоровья туристов от несчастных случаев, включая прохождение ими маршрутов, представляющих повышенную опасность, страхование имущества и страхование от невыезда;

- обеспечение профилактики заболеваний, в том числе проведение профилактических медицинских прививок;

- оказание помощи туристам при возникновении чрезвычайных ситуаций и несчастных случаев (неотложная медицинская и правовая помощь, предоставление средств связи);

- обеспечение материально-технического состояния объектов туристской индустрии и оказание услуг, гарантирующих безопасность туристов;

- обеспечение сохранности имущества туристов в стране (месте) временного пребывания (в средствах размещения, во время перевозок туристов и т.д.);

- обеспечение сопровождения туристских групп специальными службами;

- защиту персональных данных туристов, охрану их чести и достоинства в стране (месте) временного пребывания;

- обеспечение квалификационной и профессиональной подготовки работников туристской индустрии;

- сертификацию (аттестацию, декларирование соответствия) оборудования объектов туристской индустрии и туристского снаряжения на соответствие заявленным требованиям;

- применение специальных средств индивидуальной защиты туристов и системы оповещения в случае возникновения угрозы безопасности;

- оказание помощи пострадавшим туристам (лечение, доставка потерпевших в медицинские учреждения и др.).

При формировании и реализации туристского продукта туроператоры обязаны:

- провести анализ возможных рисков для туристов;

- предусмотреть меры для снижения возможных рисков до приемлемого уровня;

- создать необходимые условия для обеспечения личной безопасности туристов, сохранности их имущества, беспрепятственного получения неотложной медицинской и правовой помощи;

- своевременно предоставлять туристам и экскурсантам необходимую, достоверную и полную информацию о туристском продукте, обеспечивающую возможность его правильного выбора и безопасность на туристском маршруте;

- обеспечивать услуги инструкторов-проводников, если организуемые путешествия (экскурсии) связаны с прохождением туристами маршрутов, представляющих повышенную опасность для жизни, здоровья в горной и труднопроходимой местности (спелеологические, водные и др. объекты);

- незамедлительно информировать федеральный орган исполнительной власти в сфере туризма, органы местного самоуправления, специализированные службы МЧС, спасательные службы и заинтересованных лиц о чрезвычайных происшествиях на маршрутах или во время проведения экскурсий на территории Республики Беларусь и за ее пределами;

- предоставлять туристам гарантии оплаты медицинской помощи, если законодательством страны (места) временного пребывания установлены требования таких гарантий;

- предоставлять возможность дополнительного страхования жизни, здоровья, имущества и рисков туристов при наличии угрозы безопасности;

- при возникновении необходимости организовать эвакуацию пострадавшего туриста с места происшествия и из страны (места) временного пребывания;

- приостановить путешествие, экскурсию в случае возникновения риска чрезвычайного происшествия (ситуации);

- обеспечить проведение для туристов необходимых инструктажей по безопасности с учетом специфики вида туристского путешествия (маршрута) или экскурсии;

- предоставлять туристам информацию о реальной возможности спасения, эвакуации и оказания на маршруте квалифицированной медицинской помощи, схемах оповещения и сеансах связи; об аттестации маршрутов, о местах дислокации поисково-(аварийно)-спасательных служб МЧС Республики Беларусь.

Информация, необходимая туристам в целях обеспечения безопасности их жизни, здоровья и имущества, должна предоставляться заблаговременно до заключения договора о реализации турпродукта или оказания туристских услуг, а также в процессе обслуживания туристов и в обязательном порядке должна содержать сведения, указанные в Правилах оказания услуг по реализации туристского продукта.

Туроператоры, работающие в сфере выездного туризма, при формировании и реализации турпродуктов должны:

- обеспечить четкое взаимодействие с консульскими учреждениями страны выезда российских туристов в чрезвычайных ситуациях;

- предусматривать при заключении договоров с принимающей стороной ответственность за обеспечение безопасности жизни, здоровья и имущества российских туристов и возмещение причиненного ущерба, а также предоставление медицинской и правовой помощи;

- оформить необходимые страховые документы со страховым покрытием, обеспечивающим оказание туристам необходимой медицинской помощи.

Туристы при совершении путешествий в целях обеспечения личной безопасности обязаны:

- соблюдать законодательство страны временного пребывания, уважать ее социальное устройство, обычаи, традиции, религиозные верования;

- сохранять окружающую природную среду, бережно относиться к памятникам природы, истории, культуры в стране временного пребывания;
- соблюдать правила въезда в страну временного пребывания и выезда из страны временного пребывания, а также страны транзитного проезда;
- проходить профилактические мероприятия (прививки) в соответствии с международными и внутренними медицинскими требованиями в случае совершения путешествия в страну временного пребывания, в которой они могут подвергнуться риску инфекционных заболеваний;
- соблюдать на маршрутах повышенной опасности дополнительные меры безопасности: использовать специальное снаряжение, оборудование, выполнять установленные требования и инструкции, подчиняться решениям инструктора-проводника, пройти соответствующий инструктаж.

В процессе оказания туристских услуг могут проявляться следующие источники опасности:

- источники опасности природного характера;
- источники опасности техногенного характера;
- источники опасности социального характера;
- источники опасности в чрезвычайных ситуациях.

В результате воздействия совокупности или отдельных источников опасности туристы могут быть подвергнуты различным рискам.

К рискам в туризме относятся: травмоопасность, пожароопасность, гидрометеорологическая опасность, биологическая, экологическая, токсикологическая, радиоактивная, криминогенная, военно-политическая опасности, а также специфические риски.

Специфические риски обусловлены:

- возможностью возникновения природных и техногенных катастроф в зоне размещения туристских организаций туристской индустрии, включая маршруты путешествия, и чрезвычайных происшествий и ситуаций (в том числе связанных с состоянием общественного порядка в стране временного пребывания туристов);
- ненадлежащим техническим состоянием используемых объектов материально-технической базы (туристских гостиниц, баз, кемпингов, канатных дорог и подъемников, туристских, в том числе горно-пешеходных, лыжных, горно-лыжных, водных трасс, транспортных средств, в том числе воздушных судов, поездов, автобусов, автомобилей, велосипедов, маломерных и гребных судов, архитектурных достопримечательностей и объектов показа);
- сложным рельефом местности (речными порогами, горными склонами, моренными, скальными, ледовыми участками туристских трасс и т.п.);
- непрофессиональностью персонала (гидов, экскурсоводов, инструкторов-проводников и др.);
- неподготовленностью туристов к передвижению по маршруту определенного вида и категории сложности (инструктаж, экипировка и т.п.);

- непредоставлением или предоставлением неполной информации об условиях путешествия туристам.

Снижение риска травмоопасности обеспечивается:

- соблюдением туристами правил проезда на транспортных средствах;
- соблюдением обслуживающим персоналом правил пассажирских перевозок;

- установкой защитных устройств и ограждений при пользовании подвижными механизмами (подъемниками, канатными дорогами), прохождении опасных участков территории (осыпей в горах, у водоемов, горнолыжных трасс и т.д.);

- использованием средств индивидуальной защиты (страховочных веревок при пересечении сложных участков туристского маршрута, шлемов, ледорубов, крючьев и прочего страховочного туристского снаряжения);

- соблюдением эргономических требований к туристскому снаряжению и инвентарю;

- соблюдением строительных требований к жилым и общественным зданиям и требований соответствующих нормативных документов, предъявляемых к техническому состоянию транспортных средств, используемых для перевозок туристов (экскурсионных автобусов, автомобилей, плавсредств и пр.);

- соблюдением правил эксплуатации инвентаря и оборудования (лифтов, подъемников, тележек и прочего), обеспечивающих его безопасную работу;

- упреждающим информированием туристов о факторах риска получения травм.

При оказании туристских услуг и эксплуатации объектов туристской индустрии должны соблюдаться установленные требования пожарной безопасности.

Снижение риска гидрометеорологической опасности обеспечивается путем:

- выбора благоприятного времени года и погодных условий для осуществления туристских поездок в стране временного пребывания;

- рациональным проектированием трассы туристского маршрута с учетом погодных особенностей района;

- сооружением на трассах туристских маршрутов укрытий от непогоды;

- оснащением помещений и транспортных средств устройствами кондиционирования, дезодорации воздуха, отопления, автоматического контроля, пожарной и охранной сигнализацией;

- обеспечением соответствующей экипировки туристов, включая средства индивидуальной защиты;

- своевременным информированием туристов о реальных и прогнозируемых погодных условиях на маршруте (в том числе климатических условиях, перепадах высот и др.).

Показатели микроклимата, атмосферного воздуха, освещенности в помещениях для обслуживания туристов (спальных, помещениях питания,

клубных и других туристских объектах), а также в транспортных средствах должны соответствовать действующим санитарно-эпидемиологическим нормам и правилам.

Снижение риска биологической опасности обеспечивается соблюдением установленных санитарно-эпидемиологических норм и правил при оказании туристских услуг, в том числе:

- применением оборудования и препаратов для дезинфекции, дезинсекции, стерилизации, дератизации, автоматизации производственных процессов;

- использованием знаков безопасности и необходимой маркировки на предметах оснащения и сооружениях, используемых при обслуживании туристов (посуды, кухонного инвентаря, в т. ч. для приготовления пищи в походе, мест водозабора, колодцев и пр.);

- проведением предварительных и периодических медицинских осмотров обслуживающего персонала;

- упреждающим информированием туристов об опасных животных, рыбах, пресмыкающихся, насекомых, растениях, области распространения которых совпадают с туристскими маршрутами, избеганием нежелательных контактов, а также неотложных действиях туриста (экскурсанта), которые следует предпринимать в случае получения травмы (контакта);

- информированием туристов о возникновении инфекционных заболеваний, массовых неинфекционных заболеваний (отравлений) и состоянии окружающей среды.

Снижение риска радиоактивной опасности обеспечивается информированием туристов о воздействии ультрафиолетового и других опасных видов излучения на человека и способах использования средств индивидуальной защиты.

Таким образом, безопасность туриста напрямую зависит от политики государства, от мер, принимаемых фирмами – турагентами и туроператорами, а также от действий самого туриста.

В соответствии с Законом Республики Беларусь «О туризме» от 25.11.1999 N 326-З с изменениями и дополнениями от 18.07.2016, субъектами государственного регулирования в сфере туризма являются:

- Президент Республики Беларусь;
- Парламент Республики Беларусь (Национальное собрание);
- Совет Министров Республики Беларусь;
- Министерство спорта и туризма Республики Беларусь;
- местные Советы депутатов, исполнительные и распорядительные органы;

- иные государственные органы в пределах их полномочий.

Административное регулирование включает в себя:

- лицензирование в туристической индустрии;
- стандартизация и сертификация туристического продукта;

- осуществление контроля за качеством туристических услуг и соблюдением законодательства;
- создание сайтов о Республике Беларусь;
- установление правил въезда в Республику Беларусь, выезда и пребывания на территории Республики Беларусь с учетом интересов развития туризма.

Информация об угрозе безопасности туристов в стране пребывания должна исходить от национальной туристской администрации, турагентов и туроператоров.

Для уменьшения рисков, возникающих в процессе обслуживания туристов, до безопасного уровня туристская организация в процессе своей деятельности должна руководствоваться действующими законодательными нормативными документами по обеспечению безопасности жизни, здоровья и имущества туристов.

Туроператоры, турагенты, предприятия туристской индустрии, должны разрабатывать и обеспечивать выполнение персоналом соответствующих инструкций по безопасности.

Цель учебной дисциплины «Основы медицинских знаний (туристический аспект) и Wellness-технологии в индустрии туризма и гостеприимства»:

формирование знаний и навыков и умений студентов по оказанию первой доврачебной помощи туристам в различных ситуациях;

применение Wellness-технологий в индустрии туризма и гостеприимства.

Задачи учебной дисциплины:

– сформировать профессиональные навыки по оказанию первой доврачебной помощи туристам;

– дать научно-теоретические подходы к использованию Wellness-технологий в индустрии туризма и гостеприимства.

Гаагская Межпарламентская конференция по туризму в своей декларации констатировала: "Безопасность, защита туристов и уважение их достоинства являются неперенным условием развития туризма, поэтому необходимо:

а) чтобы меры по упрощению туристских путешествий сопровождались мерами по обеспечению безопасности и защиты туристов и туристских объектов;

б) чтобы в этих целях была сформирована эффективная политика, направленная на обеспечение безопасности и защиты туристов;

в) точно определить туристские товары, объекты и оборудование, которые из-за того, что они используются туристами, требуют особого внимания;

г) готовить соответствующую информацию и документацию, обеспечить к ней доступ в случае угрозы туристским объектам и туристским достопримечательностям;

д) выполнять в соответствии с процедурами и законодательством каждой отдельной страны, юридические положения в области защиты

туристов, включая в частности, правоспособность туристов добиваться эффективной судебной защиты в судах в случае действий, наносящих вред им лично или их имуществу, и особенно при таком наиболее опасном акте, как терроризм;

е) чтобы государства сотрудничали в рамках ВТО при подготовке программ рекомендуемых мер, по регулированию вопросов безопасности и защиты туристов.

В Декларации также записано, что безопасность туристов и защита туризма в стране в целом или отдельном туристском регионе связаны с большим количеством правил и постановлений, которые должны выполняться не только туристской администрацией, но и другими министерствами и ведомствами, в чью компетенцию входит поддержание общественного порядка, финансовая деятельность, сфера здравоохранения, охрана окружающей среды, проблемы занятости и т.д.

Как было отдельно отмечено, неприменение законов и постановлений, а также их фрагментарный характер создают серьезные проблемы, для решения которых требуется энергичный подход к вопросу безопасности в туризме на глобальной и систематической основе со стороны всех тех, кто занимается вопросами туризма.

Конференция рекомендовала обратить особое внимание на защиту туристов от террористических актов и в целом от преступных действий, а также на их права как потребителей, охрану здоровья, сохранение и защиту окружающей среды.

В рекомендациях Гаагской конференции присутствуют следующие пункты:

- Законодательство в области безопасности и защиты туристов, туристских достопримечательностей и объектов должно разрабатываться и применяться в увязке со всеми другими законодательными мерами, направленными на устранение насилия и преступности, с одной стороны, а также на защиту и сохранение окружающей среды, особенно в районе туристских достопримечательностей - с другой;

- в каждом государстве должен быть назначен специализированный центральный орган, которому поручались бы вопросы продвижения и претворения в жизнь в качестве составной части национальной политики в области безопасности и защиты туристов, соответствующих превентивных мер особенно в районе туристских достопримечательностей и в случае эпидемий и угрозы проведения террористических актов, а также серьезных и систематических преступлений против туристов и их имущества;

- должны быть приняты все необходимые меры по обеспечению базового страхования туристов на случай основных рисков, с которыми они сталкиваются (болезнь, кража);

- для того чтобы способствовать проведению в жизнь своей политики в области безопасности и защиты туристов, государства в рамках своих политических и административных систем должны развивать эффективное сотрудничество между, с одной стороны, с компетентными органами на всех

уровнях и, с другой стороны, туристскими и гостиничными ассоциациями, туристскими агентствами, авиакомпаниями и в целом с любой организацией или органом, которые могут оказаться заинтересованными в решении вопросов, связанных с безопасностью и защитой туристов;

- важно, чтобы принимались законодательные, регулирующие и оперативные меры по обеспечению того, чтобы инфраструктура мест туристского назначения была способна принять и разместить эпизодически возникающие во время сезона толпы туристов с учетом сопутствующих негативных последствий для окружающей среды и санитарии в сфере общественного питания. Когда считается необходимым принятие мер по охране здоровья, а также важно максимально ограничить их негативное воздействие на туристов;

- для упрощения и ускорения внесудебного разрешения споров, возникающих между туристами и турфирмами, должен быть создан соответствующий орган, например, служба защиты потребителей или иной посредник по жалобам, которые имели бы общие или специальные полномочия и в которые могли бы обращаться туристы с целью разрешения их споров, эти просьбы должны максимально быстро рассматриваться;

- туристам, на личность или имущество которых были совершены серьезные посягательства, как минимум должны быть предоставлены следующие конкретные права:

а) право туриста известить свою семью, используя при этом наиболее быстрые средства связи;

б) право туриста на получение в случае необходимости неотложной и надлежащей медицинской помощи, предпочтительнее в рамках национальной системы социального страхования;

в) право без необходимости внесения какого-либо залога, требуемого от иностранцев, начать судебное дело в национальном суде против лиц, совершивших посягательства, и получить с этой целью необходимую юридическую помощь;

- должны приниматься все необходимые меры, чтобы способствовать:

а) быстрой репатриации в страну, откуда прибыл пострадавший турист;

б) возвращение похищенной и впоследствии найденной собственности в страну, откуда прибыл турист;

- государство должно:

а) распространять информацию как среди работников сферы туризма, так и общественности, с тем чтобы поднять уровень осведомленности по вопросам безопасности и защиты туристов;

б) поощрять всеми необходимыми средствами подготовку представителей различных профессий, прямо или косвенно отвечающих за безопасность и защиту туристов;

- принимающее государство и государство, откуда прибыл турист, должны активно сотрудничать на двусторонней основе, используя все необходимые средства для обеспечения защиты и безопасности туристов;

- в случае серьезных посягательства на туристов, особенно при террористических актах, принимающее государство должно предоставить в распоряжение других государств всю необходимую информацию об обстоятельствах, в которых произошел вышеупомянутый акт;

- государства должны:

а) предоставлять, когда это необходимо, взаимную техническую помощь путем обмена опытом в области безопасности и защиты туристов;

б) способствовать в рамках национального законодательства или международных соглашений по обмену специалистами по безопасности туристов, и особенно представителями туристских профессий.

При Исполнительном Совете ВТО создан Комитет по качеству туристского обслуживания, который непосредственно ответственен за разработку вопросов безопасности туризма, уменьшения рисков при путешествиях и защиты туристов.

В его компетенцию входят проблемы несчастных случаев, заболеваний, инфекционных болезней и эпидемий, терроризма, военных осложнений и конфликтов, пиратства, криминогенной обстановки и преступности, распространения наркотиков, радиоактивного и иного заражения местности, проституции, вандализма и любых форм насилия, комплексного рассмотрения всевозможных рисков, относящихся к туристам, местным жителям, турфирмам и индустрии туризма в целом.

Отмечена настоятельная необходимость своевременного и постоянного обмена информацией между странами, национальными туристскими администрациями и другими учреждениями сферы туризма, качественной взаимопомощи и координации, ответственности правительств и государств в устранении проблем, осложняющих развитие международного туризма, подчеркнута немаловажная роль средств массовой информации в повышении его безопасности.

Безопасность туризма должна быть основана на тщательно продуманной, целенаправленной и комплексной системе мер в целях создания таких условий, при которых любое происшествие с туристом заведомо не могло бы произойти. Безопасность туризма можно подразделить на ряд уровней, начиная с безопасности средств размещения и транспорта, гостиничных и рекреационных комплексов, туристских центров, а также страны в целом. При этом вводимые меры безопасности не должны наносить ущерб интересам, ущемлять права и свободы, как самих туристов, так и местных жителей.

Рекомендуемая литература:

ОСНОВНАЯ

1. Александрова, А.Ю. Международный туризм. / А.Ю. Александрова, М.: Аспект Пресс, 2012. – 337 с.

2. Бобкова, А.Г., Кудреватых, С.А. Безопасность туризма [Электронный ресурс]. – URL: https://www.russiatourism.ru/data/File/news_file/2014/BOBKOVA_Bezopasnost.pdf - Дата доступа: 11.10.2019 г.

3. Гаагская декларация межпарламентской конференции по туризму от 14.04.1989. [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.bestpravo.ru/fed1991/data02/tex12985.htm> - Дата доступа: 11.10.2019 г.

4. Декрет Президента Республики Беларусь от 23 ноября 2017 г. № 7 [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.mintrud.gov.by/system/extensions/spaw/uploads/files/Dokument-dekret-7.pdf> - Дата доступа: 11.10.2019 г.

5. Закон Республики Беларусь «О туризме» от 25.11.1999 N 326-3 с изменениями и дополнениями от 18.07.2016 [Электронный ресурс]. – URL: <https://dt.by/2016/10/17/zakon-respubliki-belarus-o-turizme-s-izmeneniyami-i-dopolneniyami-vstupayushhimi-v-silu-s-24-01-2017-goda/> - Дата доступа: 11.10.2019 г.

6. Маринин, М.М. Туристские формальности и безопасность в туризме / М.М. Маринин М.: Финансы и статистика, 2014. - 144 с.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ

1. Безопасность в туризме: содержание понятия [Электронный ресурс]. – URL: https://studopedia.ru/2_41620_lektsiya--ponyatie-bezopasnosti-v-sfere-turizma-sistema-bezopasnosti-tseli-printsipi-i-osnovnie-funktsii.html - Дата доступа: 11.10.2019 г.

Лекционное занятие №2

Тема «Распространенные инфекционные заболевания и их профилактика в различных странах мира»

1. Классификация инфекционных болезней зависимости от места локализации инфекции, грибка, вируса или паразита: кишечные инфекции; инфекции кожных покровов и слизистых оболочек; инфекции дыхательных путей; инфекции крови.
2. Возбудитель кишечных инфекций (дизентерия, холера, брюшной тиф, инфекционные гепатиты, ботулизм).
3. Возбудитель инфекций дыхательных путей (коклюш, дифтерия, корь, ОРВИ). Грипп – самая распространенная инфекционной болезнью.
4. Возбудитель инфекций крови (лейшманиоз, флеботомная лихорадка, малярия, энцефалит (клещевой и комариный), чума, лихорадка, тиф).
5. Возбудитель инфекций кожных покровов и слизистых оболочек (венерические заболевания, сибирская язва, рожа, чесотка, трахома).
6. Страны, в которых наблюдаются инфекционные болезни.

Инфекционные болезни делятся на четыре группы в зависимости от места локализации инфекции, грибка, вируса или паразита:

- кишечные инфекции
- инфекции кожных покровов и слизистых оболочек
- инфекции дыхательных путей
- инфекции крови.

В каждой группе присутствует индивидуальный способ передачи инфекции и свои пути передачи микроорганизмов.

Возбудитель кишечных инфекций (дизентерия, холера, брюшной тиф, инфекционные гепатиты, ботулизм) выделяется во внешнюю среду с фекалиями, рвотными массами. В организмы здоровых людей возбудитель кишечных инфекций попадает с зараженной водой и пищей, с невымытыми руками или при помощи мух.

Возбудитель инфекций дыхательных путей (коклюш, дифтерия, корь, ОРВИ) выделяется во внешнюю среду при кашле, при отхождении мокроты, при чихании и просто с выдыхаемым воздухом. В организмы здоровых людей инфекция попадает с зараженным воздухом и пылью.

Возбудитель инфекций крови (лейшманиоз, флеботомная лихорадка, малярия, энцефалит (клещевой и комариный), чума, лихорадка, тиф и др.) обитает в крови членистоногих. Здоровый человек заражается при укусах членистоногих: клещей, комаров, слепней, блох, вшей, мух, мошек.

Возбудитель инфекций кожных покровов и слизистых оболочек (венерические заболевания, сибирская язва, рожа, чесотка и др.) проникает в организм здорового человека через ранения и другие повреждения кожи. А также через слизистые оболочки.

Здоровый человек заражается данными инфекциями при половых контактах с больными людьми, при бытовых контактах (использование

полотенец и постельных принадлежностей, белья), при укусах зараженных животных, при ссадинах и царапинах, и попадании на поврежденные участки кожи зараженной почвы.

Помимо такой классификации, все заболевания, которыми заражается человек, разделяют еще на несколько групп:

1. Антропонозы – заболевания, свойственные только людям и передающиеся от человека к человеку.

2. Зоонозы – болезни, свойственные животным и людям и передающиеся только от животного к человеку.

3. Нозокомиальные инфекции, передающиеся ранее не инфицированному больному, вследствие внутригоспитального заражения. Подобные внутригоспитальные инфекции могут быть инициированы особо резидентными микроорганизмами, так как они существуют во внутригоспитальной среде в условиях использования антибиотиков широкого спектра действия. Стафилококковая инфекция среди внутригоспитальных по-прежнему считается одной из наиболее частых.

4. Аутоинфекция возникает в тех случаях, когда возбудителем является микроб, ранее являвшийся в организме сапрофитом. В качестве альтернативной аутоинфекции можно привести пример вторичной ятрогенной инфекции, возникшей как следствие манипуляций врача или медицинской сестры, устанавливающих мочевые или венозные катетеры.

При обнаружении инфекционного заболевания необходимо немедленно изолировать больного. Необходимо выявить всех людей, находившихся в контакте с больным и по возможности изолировать их на время инкубационного периода заболевания. Такие меры предпринимаются для того, чтобы не допустить эпидемии опасной инфекции.

География инфекционных болезней в значительной мере обусловлена влиянием природных (климат, наличие-отсутствие в воде, почве, а, следовательно, и в продуктах питания некоторых химических элементов и др.) и социальных (материальные условия жизни, культурный уровень населения, традиционный тип питания и т. д.) факторов.

Эпидемиологическая ситуация в мире по инфекционным заболеваниям, в том числе инфекциям, которые имеют международное значение и могут представлять собой чрезвычайную ситуацию в области общественного здравоохранения, продолжает оставаться неблагоприятной.

Наиболее вероятным является риск завоза на территорию Республики Беларусь таких инфекционных болезней как холера, желтая лихорадка, коронавирусная инфекция, неблагоприятная эпидемиологическая ситуация по которым складывается в последние годы в ряде регионов мира.

Чума регулярно регистрируется в 4-х странах африканского континента: Мадагаскар, Демократическая Республика Конго, Уганда, Танзания.

Оценка риска ВОЗ: с учетом удаленности затронутых районов и условий, необходимых для инфицирования этой болезнью, на основе имеющейся информации, нынешняя вспышка чумы маловероятна в качестве риска международного распространения.

. В западной части США возбудитель чумы циркулирует среди диких грызунов в сельской местности, что приводит к контакту с домашними животными (кошки, собаки) и реализуется в несколько случаев заболевания людей ежегодно.

Чума остается редким заболеванием, но люди должны принимать соответствующие меры предосторожности, особенно при общении с дикой природой и домашними животными.

Рекомендации в отношении поездок в страны, в которых регистрируются случаи чумы:

- Обязательно информировать лица, направляющиеся в страны, где регистрируются случаи заболевания чумы, о необходимости избегать контакта с животными и защищаться от укусов блох.

- Избегать общения с заболевшим, подозрительным на инфекционное заболевание, т.к. при легочной форме чумы возбудитель передается воздушно-капельным путем.

- На территории природных очагов чумы следует соблюдать правила личной профилактики (использовать репелленты для предупреждения укусов блох, резиновую обувь, перчатки; следить за тем, чтобы не было порезов рук и ног; избегать ночевки вблизи нор грызунов; меры предосторожности при отлове и разделке тушек промысловых грызунов и т.д.).

- Избегать любого контакта с дикими грызунами, даже в парках: не следует кормить белок, бурундуков, дотрагиваться до больных или мертвых зверьков.

- При появлении высокой температуры, сильного озноба, головной боли, увеличения лимфоузлов немедленно обратиться к врачу. Не заниматься самолечением, т.к. это сглаживает клиническую картину заболевания.

Эпидемиологическая обстановка в мире по чуме остается напряженной, поскольку чума представляет значительную угрозу в связи с существованием природных очагов. Сохраняется риск завоза и распространения чумы на территории Беларуси.

В 2017 году холера регистрировалась в 18-ти странах мира, число заболевших составляет свыше 54 тыс. человек. Наиболее сложная обстановка по холере отмечается на Гаити, и Демократической Республике Конго.

Неблагополучие по холере продолжается с 2010 года на Гаити и в Доминиканской Республике, а также на Кубе. Около 98% от общего числа заболевших в регионе Карибского бассейна регистрируется на Гаити.

По статистике Управления ООН по координации гуманитарных вопросов вспышка холеры наибольшее число случаев заражения произошло в Танзании, Эфиопии, Кении, Малави, Мозамбике и др.

Рекомендации в отношении поездок в страны, в которых регистрируются случаи холеры - соблюдение элементарных правил личной гигиены и безопасного приготовления пищи снизит риск заражения холерой:

- употреблять для питьевых целей, мытья фруктов и овощей, бытовых целей кипяченую или бутилированную воду (важно воздержаться от использования льда для охлаждения различных напитков);

- исключить из употребления сырые и недостаточно термически обработанные продукты водных объектов (море, океан, озеро, река и т.д.), не покупать пищевые продукты у уличных и случайных торговцев. Исключение составляют фрукты и овощи, которые необходимо собственноручно очистить (от кожицы и т.п.);

- использовать для купания только водоемы, разрешенные для организованного отдыха. При купании в открытых водоемах, плавательных бассейнах избегать попадания воды в полость рта.

Существует риск завоза холеры из стран, где складывается сложная эпидемиологическая ситуация по этой инфекции (устойчивая тенденция роста заболеваемости, регистрация крупных вспышек и эпидемий в ряде стран Африки и Азии, странах Карибского региона).

Ежегодно в мире регистрируется около 200 тысяч случаев желтой лихорадки, 30 тысяч из которых заканчиваются летальным исходом, примерно 90% из них – в Африке.

Согласно оценке ВОЗ, в настоящее время территории 30 стран Африки и 13 стран Южной и Центральной Америки являются эндемичными по желтой лихорадке. Зонами наибольшего риска в настоящее время считаются тропические районы Африки и Южной Америки, а также Восточной Панамы в Центральной Америке и Тринидад в Карибском море.

Профилактическая вакцинация против желтой лихорадки является самым надежным средством предупреждения заболевания. Иммуитет после введения вакцины против желтой лихорадки вырабатывается через 10 дней и сохраняется в течение всей жизни привитого.

Ежегодно ВОЗ публикует перечень стран, в которых существует наличие риска передачи желтой лихорадки, а также перечень стран, при въезде в которые требуется наличие международного свидетельства о вакцинации против желтой лихорадки.

Рекомендации в отношении поездок в страны, в которых регистрируются случаи желтой лихорадки:

- Обязательное проведение вакцинации в случае совершения поездок в эндемичные по желтой лихорадке районы.

- При посещении эндемичных районов целесообразно использовать одежду (желательно светлых тонов) с длинными рукавами, закрывающую как можно большую часть тела, а также применять инсектициды и репелленты для защиты от укусов комаров.

- При временном пребывании на эндемичной территории необходимо применять физические барьеры: сетки, закрытые двери, окна, предусмотреть оконные противомоскитные сетки в помещениях. Важно очищать, освобождать или накрывать емкости, в которых может скапливаться вода (ведра, цилиндры, горшки и т.д.).

- В случае возникновения первых симптомов заболевания, и особенно, при появлении высокой температуры, нужно обратиться к врачу и обязательно сообщить ему о месте путешествия, чтобы он учел риски возникновения «экзотических» инфекций.

В настоящее время заболеваемость населения лихорадкой Зика в результате местной передачи вируса наблюдается в 48 странах Американского региона, а также ряде государств Юго-Восточной Азии и Тихоокеанского региона.

Напряженная эпидемическая обстановка сохраняется в Колумбии, Сальвадоре, Гондурасе, Венесуэле и ряде других государств региона.

На сегодняшний день известно более, чем о 7500 случаях завоза лихорадки Зика на территорию 62 стран и отдельных территорий, в том числе в 22 страны Европейского региона, США, Новую Зеландию, Австралию, Китай и ряд других государств. С начала эпидемии случаи передачи лихорадки Зика половым путем зарегистрированы в 13 странах.

Рекомендации в отношении поездок в страны, в которых регистрируются случаи заболевания лихорадкой Зика:

- Выбирать в качестве места временного проживания жилье с кондиционированным воздухом (в котором окна и двери всегда плотно закрыты с целью недопущения выхода холодного воздуха и попадания комаров в помещения).

- Целесообразно использовать одежду (желательно светлых тонов) с длинными рукавами, закрывающую как можно большую часть тела, а также применять инсектициды и репелленты для защиты от укусов комаров.

- Избегать посещения районов в городах и поселках без водопроводной воды или с плохими санитарно-техническими условиями (идеальные условия для размножения комаров), в которых вероятность укуса комарами более высокая.

- Практиковать безопасный секс (использовать презервативы) или воздерживаться от половых отношений в ходе своего пребывания и, как минимум, в течение четырех недель после возвращения, особенно в том случае, если появились симптомы инфекционного заболевания.

ВОЗ не вводит каких-либо общих ограничений на поездки или торговлю в отношении стран, районов и/или территорий, где происходит передача вируса Зика.

Условия для заражения желтой лихорадкой и болезнью, вызванной вирусом Зика, на территории Республики Беларусь отсутствуют, однако возможен завоз этих инфекций из стран, в которых регистрируются случаи заболеваний.

За последние 10-15 лет наблюдается значительное повышение заболеваемости лихорадкой Денге в различных регионах.

В настоящее время болезнь является эндемической более, чем в 100 странах Африки, Америки, Восточного Средиземноморья и Западной части Тихого океана. Самый высокий уровень заболеваемости регистрируется в Южной Америке, Юго-Восточной Азии и Западной части Тихого океана. Вспышки этой инфекции в 2016 году регистрировались в Бразилии, Вьетнаме, Индонезии, Малайзии, Таиланде.

В последние годы страны Юго-Восточной Азии пользуются особой популярностью у российских и белорусских туристов, в связи с чем стали регистрироваться завозные случаи лихорадки Денге.

В настоящее время отмечается подъем заболеваемости лихорадкой Денге в Новой Каледонии, где за период с декабря прошлого года отмечено 163 случая заболевания лихорадкой Денге, 80 из них – с начала 2017 года. Случаи заболеваний регистрируются в городах Булупари, Ла-Фуа, Бурай, Пуандимье. Данная ситуация возникла в результате сложившихся погодных условий, что благоприятствует размножению комаров вида *Aedes Aegypti*, являющихся переносчиками вирусных лихорадок, в том числе и лихорадки Денге.

Медицинской службой принимаются меры по сдерживанию эпидемии, особое внимание уделяется авиарейсам, прибывающим из государства Вануату, где в настоящее время наблюдается эпидемия лихорадки Денге. Официальными представителями органов здравоохранения, с учетом резкого роста числа случаев заболевания с начала 2017 г., объявлено об эпидемии лихорадки Денге на территории Новой Каледонии.

Юго-Восточная Азия: Шри-Ланка. В декабре 2016 г. зарегистрирована вспышка лихорадки Денге – более 48 тыс. заболеваний с 77-ю летальными исходами. В зоне риска находятся 10 из 25 округов страны.

Рекомендации ВОЗ в отношении поездок в страны, в которых регистрируются случаи заболевания лихорадкой Денге:

- При посещении эндемичных районов (Перу, Таиланд, Индонезия, Индия, Вьетнам, Бангладеш, Гонконг и другие страны тропического климата) целесообразно использовать одежду с длинными рукавами, а также применять инсектициды и реппеленты.

- Предусмотреть наличие оконных противомоскитных сеток в помещениях.

- В случае возникновения первых симптомов заболевания, и особенно, при появлении высокой температуры, нужно обратиться к врачу и обязательно сообщить ему о месте вашего путешествия, чтобы он учел риски возникновения "экзотических" инфекций.

С сентября 2012 года ВОЗ извещена о подтвержденных случаях инфицирования коронавирусом ближневосточного респираторного синдрома в мире, из которых по меньшей мере 35% закончились летальным исходом (около).

Болезнь зарегистрирована в 26-ти странах, в том числе во многих странах Европейского региона, причем более 90% случаев – в Саудовской Аравии.

В 2017 году вспышки болезни зафиксированы в Саудовской Аравии в медицинских учреждениях – в больнице города Бурайда и в одной из больниц города Эр-Рияд.

Хотя большинство случаев заболевания людей объясняются передачей инфекции между людьми, верблюды, по всей вероятности, являются крупным резервуаром-хозяином для коронавируса ближневосточного респираторного синдрома и источником заражения людей.

Предполагается, что вирус передается от человека к человеку, если существует тесный контакт (например, при оказании пациенту медицинской помощи без средств индивидуальной защиты).

Общая оценка риска, по мнению ВОЗ, не меняется: на Ближнем Востоке будут происходить новые случаи инфицирования коронавирусом ближневосточного респираторного синдрома, в других странах будут регистрироваться завозные случаи заболевания у людей, которые могут инфицироваться в результате контактов с животными и продукцией животного происхождения (например, после контактов с верблюдами) или с людьми (например, в медицинском учреждении).

Рекомендации в отношении поездок в страны, в которых регистрируются случаи коронавирусного ближневосточного респираторного синдрома:

- При выезде в вышеуказанные страны в случае необходимости использовать защитные маски и воздержаться от посещения мест массового скопления людей и контактов с заболевшими людьми.

- Для профилактики заболевания регулярно проветривать помещения, делать влажную уборку помещений, соблюдать правила личной гигиены.

- Следует избегать контактов с животными, особенно верблюдами, при посещении ферм, рынков или скотных дворов как мест потенциальной циркуляции вируса. Следует соблюдать меры общей гигиены, такие как регулярное мытье рук до и после прикосновения к животным.

- Необходимо соблюдать пищевую гигиену. Исключить из употребления сырое верблюжье молоко и мясо, не прошедшее надлежащей тепловой обработки.

- При появлении лихорадки или гриппоподобных симптомов при возвращении из поездки необходимо своевременно обратиться к врачу, предоставив информацию о посещенных странах и сроках пребывания.

- Для предотвращения возможного распространения коронавируса ближневосточного респираторного синдрома в медицинских учреждениях решающее значение имеют меры по профилактике инфекции и инфекционному контролю. Работники здравоохранения должны всегда принимать стандартные меры предосторожности в отношении всех пациентов, независимо от их диагноза. При уходе за пациентами с симптомами острой респираторной инфекции, помимо стандартных мер предосторожности, необходимо принимать меры для защиты от инфекции, передаваемой воздушно-капельным путем; при уходе за пациентами с подтвержденной или возможной инфекцией коронавирусом ближневосточного респираторного синдрома следует также принимать меры по предотвращению контактов и защите глаз.

Сохраняется вероятность завоза и ограниченного распространения для коронавируса ближневосточного респираторного синдрома из стран Ближнего Востока (Королевство Саудовская Аравия, Катар, Иордания, Объединенные Арабские Эмираты).

Согласно статистике ВОЗ с начала 2013 г. зарегистрировано, в общей сложности, 916 подтвержденных случаев инфицирования людей вирусом птичьего гриппа А(Н7N9).

Случаи заболевания зарегистрированы в провинциях Китая Цзянсу, Чжэцзян, Аньхой, Гуандун и прочих.

Большинство пациентов подвергается воздействию вируса А(Н7N9) при контактах с инфицированной домашней птицей или загрязненной окружающей средой, включая рынки живой птицы. Поскольку вирус продолжает выявляться у животных и в окружающей среде, можно ожидать новых случаев инфицирования людей. Имеющиеся на сегодняшний день эпидемиологические и вирусологические данные позволяют предполагать, что этот вирус не приобрел способности к устойчивой передаче среди людей.

В связи с этим событием ВОЗ в настоящее время не рекомендует вводить какие-либо ограничения на поездки или торговлю.

Рекомендации в отношении поездок в страны, в которых регистрируются случаи птичьего гриппа:

- Избегать контакта с домашней и дикой птицей в домашних хозяйствах, рынках и местах массового скопления птицы на открытых водоемах.

- Не покупать для пищевых целей мясо птиц и яйца в местах несанкционированной торговли.

- Соблюдать меры личной гигиены (особенно при контакте с сырой мясной продукцией), а также употреблять в пищу продукцию от домашней птицы после надлежащей тепловой обработки.

- При появлении первых признаков заболевания срочно обратиться к врачу для установления диагноза и назначения адекватного и своевременного лечения, так как позднее начало лечения неизбежно приводит к развитию осложнений.

После посещения восточных районов Китая существует вероятность заноса вируса гриппа А(Н7N9) заболевшими (особенно при отсутствии симптомов). В то же время прогноз по риску распространения для Республики Беларусь по данной болезни можно оценить как относительно благоприятный.

Рекомендуемая литература:

ОСНОВНАЯ

1. Единое окно доступа к образовательным ресурсам [Электронный ресурс]. – URL: <http://window.edu.ru> - Дата доступа: 11.10.2019 г.

2. Издательство «Лань» [Электронный ресурс]: электронно-библиотечная система. – URL: <http://e.lanbook.com/> - Дата доступа: 11.10.2019 г.

3. Смолева, Э.В. Сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи: учеб. пособие / Э.В. Смолева. – Ростов-н/Д : Феникс, 2005. - 474 с.

4. Смоленко, Е.Д. Основы медицинских знаний: курс лекций / Е.Д. Смоленко, И.М. Прищепа ; Витеб. гос. ун-т им. П. М. Машерова. – Витебск : ВГУ им. П. М. Машерова, 2009. – 173 с.

5. Трушкин, А.Г. Основы первой медицинской помощи: учеб. пособие / А.Г. Трушкин [и др.]. – М. ; Ростов н/Д : МарТ, 2015. – 318 с.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ

1. Мамонов, Ю.П. Первая медицинская помощь при травмах: учеб. пособие / Ю.П. Мамонов. – Нижневартовск, 2004. – 168 с.

Лекционное занятие №3

Тема «Общие принципы оказания первой доврачебной медицинской помощи»

1. Мероприятия первой медицинской помощи.
2. Причины потери сознания.
3. Признаки жизни и смерти.
4. Клиническая смерть.
5. Биологическая смерть.
6. Транспортировка пострадавших.
7. Стандартные санитарные носилки.
8. Положение больного на носилках в зависимости от характера травмы.
9. Подручные средства. Способы переноски пострадавшего: с помощью «замка» из трех рук; на плече.

Первая помощь до оказания медицинской помощи оказывается гражданам при несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях и заболеваниях, угрожающих их жизни и здоровью.

Перечень состояний, при которых оказывается первая помощь:

1. Отсутствие сознания.
2. Остановка дыхания и кровообращения.
3. Наружные кровотечения.
4. Инородные тела верхних дыхательных путей.
5. Травмы различных областей тела.
6. Ожоги, эффекты воздействия высоких температур, теплового излучения.
7. Отморожение и другие эффекты воздействия низких температур.
8. Отравления.

Мероприятия по оказанию первой помощи

Перечень мероприятий по оказанию первой помощи включает в себя:

1. Мероприятия по оценке обстановки и обеспечению безопасных условий для оказания первой помощи:
 - определение угрожающих факторов для собственной жизни и здоровья;
 - определение угрожающих факторов для жизни и здоровья пострадавшего;
 - устранение угрожающих факторов для жизни и здоровья;
 - прекращение действия повреждающих факторов на пострадавшего;
 - оценка количества пострадавших;
 - извлечение пострадавшего из транспортного средства или других труднодоступных мест;
 - перемещение пострадавшего.
2. Вызов скорой медицинской помощи, других специальных служб, сотрудники которых обязаны оказывать первую помощь.
3. Определение наличия сознания у пострадавшего.

4. Мероприятия по восстановлению проходимости дыхательных путей и определению признаков жизни у пострадавшего:

- запрокидывание головы с подъемом подбородка;
- выдвижение нижней челюсти;
- определение наличия дыхания с помощью слуха, зрения и осязания;
- определение наличия кровообращения, проверка пульса на магистральных артериях.

5. Мероприятия по проведению сердечно-легочной реанимации до появления признаков жизни:

- давление руками на грудину пострадавшего;
- искусственное дыхание "Рот ко рту";
- искусственное дыхание "Рот к носу";
- искусственное дыхание с использованием устройства для искусственного дыхания.

6. Мероприятия по поддержанию проходимости дыхательных путей:

- придание устойчивого бокового положения;
- запрокидывание головы с подъемом подбородка;
- выдвижение нижней челюсти.

7. Мероприятия по обзорному осмотру пострадавшего и временной остановке наружного кровотечения:

- обзорный осмотр пострадавшего на наличие кровотечений;
- пальцевое прижатие артерии;
- наложение жгута;
- максимальное сгибание конечности в суставе;
- прямое давление на рану;
- наложение давящей повязки.

8. Мероприятия по подробному осмотру пострадавшего в целях выявления признаков травм, отравлений и других состояний, угрожающих его жизни и здоровью, и по оказанию первой помощи в случае выявления указанных состояний: проведение осмотра головы, шеи, груди, спины, живота и таза, конечностей:

- наложение повязок при травмах различных областей тела, в том числе окклюзионной:
 - (герметизирующей) при ранении грудной клетки;
 - проведение иммобилизации (с помощью подручных средств, аутоиммобилизация, с использованием изделий медицинского назначения;
 - фиксация шейного отдела позвоночника (вручную, подручными средствами, с использованием изделий медицинского назначения;
 - прекращение воздействия опасных химических веществ на пострадавшего (промывание желудка путем приема воды и вызывания рвоты, удаление с поврежденной поверхности и промывание поврежденной поверхности проточной водой);
 - местное охлаждение при травмах, термических ожогах и иных воздействиях высоких температур или теплового излучения;

- термоизоляция при отморожениях и других эффектах воздействия низких температур.

9. Придание пострадавшему оптимального положения тела.

10. Контроль состояния пострадавшего (сознание, дыхание, кровообращение) и оказание психологической поддержки.

11. Передача пострадавшего бригаде скорой медицинской помощи, другим специальным службам, сотрудники которых обязаны оказывать первую помощь.

Преходящие потери сознания — достаточно разнообразные состояния, которые включают в себя обмороки, приступы эпилепсии, критическое снижение уровня глюкозы крови, преходящие нарушения мозгового кровообращения.

Под обмороком понимают кратковременную потерю сознания, обусловленную глобальным снижением кровоснабжения головного мозга, обычно приводящую к падению.

Выделяют три группы обморочных состояний в зависимости от механизма их развития:

- нервно-рефлекторные — происходит потеря сознания при длительном пребывании в вертикальном положении, при сильных эмоциях (радости и страхе), после еды или нагрузки, при бритье и прочие.

- кардиальные — причиной потери сознания является патология сердца: аритмии, пороки, ишемическая болезнь, поражение сердечной мышцы.

- ортостатические — нарушается регуляция поддержания тонуса артерий, что приводит к снижению артериального давления в вертикальном положении.

У молодых людей доминирующей причиной потере сознания является дисфункция вегетативной нервной системы, что не представляет опасности для жизни.

У пациентов старших возрастных групп частые причины — это заболевания сердца, именно эти пациенты входят в группу риска и требуют особого внимания.

Самым частым вариантом обморока является так называемый «простой», который развивается при длительном пребывании в вертикальном положении (стоя), в душных и тесных помещениях, либо провоцируется эмоциональным стрессом. Предрасполагающими моментами к его развитию являются жаркая погода, недостаточный объем потребляемой жидкости, употребление алкоголя, переутомление, прием препаратов, снижающих артериальное давление. Чаще всего такие обмороки развиваются летом, преимущественные места возникновения — метро и другие виды транспорта, либо очереди.

Таким образом методами их профилактики являются:

- достаточный водный режим (обильное питье)
- отказ от алкоголя в жаркое время года
- избегания длительного пассивного пребывания в вертикальном положении — даже при необходимости длительного ожидания на одном месте

необходимо движение – ходьба на месте (переминаясь с ноги на ногу), попеременное напряжение мышц ног

В случае приближения обморока (при появлении его предвестников — чувства жара или холода, головокружения, «пелены», «тумана», «звездочек» перед глазами и т.д.) необходимо быстро лечь или сесть, это может предупредить развитие потери сознания и уменьшить вероятность развития травмы, связанной с падением.

При невозможности принятия горизонтального положения можно попробовать скрестить руки и ноги с одновременным напряжением мышц.

Признаками жизни являются:

- наличие сохраненного дыхания. Его определяют по движению грудной клетки и живота, запотеванию зеркала, приложенного к носу и рту, движению комочка ваты или бинта, поднесенного к ноздрям;
- наличие сердечной деятельности. Его определяют путем прощупывания пульса - толчкообразных, периодических колебаний стенок периферических сосудов.

Определить пульс можно на лучевой артерии, располагающейся под кожей между шиловидным отростком лучевой кости и сухожилием внутренней лучевой мышцы. В тех случаях, когда нельзя исследовать пульс на лучевой артерии, его определяют либо на сонной или височной артерии, либо на ногах (на тыльной артерии стопы и задней берцовой артерии). Обычно частота пульса у здорового человека 60-75 уд./мин, ритм пульса правильный, равномерный, наполнение хорошее (о нем судят путем сдавливания пальцами артерии с различной силой).

Пульс учащается при недостаточности сердечной деятельности в результате травм, при кровопотере, во время болевых ощущений. Значительное урежение пульса происходит при тяжелых состояниях (черепно-мозговая травма);

- наличие реакции зрачков на свет. Его определяют путем направления на глаз пучка света от любого источника; сужение зрачка свидетельствует о положительной реакции. При дневном свете эта реакция проверяется следующим образом: закрывают глаз рукой на 2-3 мин, затем быстро убирают руку; если зрачки сужаются, то это свидетельствует о сохранении функций головного мозга.

Отсутствие всего названного выше является сигналом к немедленному проведению реанимационных мероприятий (искусственное дыхание, непрямой массаж сердца) до восстановления признаков жизни.

Наступлению биологической смерти - необратимому прекращению жизнедеятельности организма предшествует клиническая смерть.

- Клиническая смерть - состояние, при котором отсутствуют основные признаки жизни: сердцебиение, дыхание, сознание, но еще не развились необратимые изменения в организме. Клиническая смерть длится 5-8 минут. Данный период необходимо использовать для оказания реанимационных мероприятий. По истечении этого времени наступает биологическая смерть.

Признаками биологической смерти являются:

- отсутствие дыхания;
- отсутствие сердцебиения;
- отсутствие чувствительности на болевые и термические раздражители;
- снижение температуры тела;
- помутнение и высыхание роговицы глаза;
- остаточная деформация зрачка после осторожного сжатия глазного яблока пальцами (синдром "Кошачий глаз");
- отсутствие рвотного рефлекса;
- трупные пятна сине-фиолетового или багрово-красного цвета на коже лица, груди, живота;
- трупное окоченение, проявляющееся через 2-4 ч после смерти.

При несчастном случае необходимо не только немедленно оказать пострадавшему доврачебную помощь, но и быстро и правильно доставить его в ближайшее лечебное учреждение. Нарушение правил переноски и перевозки пострадавшего может принести ему непоправимый вред.

При поднимании, переноске и перевозке пострадавшего нужно следить, чтобы он находился в удобном положении, и не трясти его. При переноске на руках оказывающие помощь должны идти не в ногу.

Поднимать и класть пострадавшего на носилки необходимо согласованно, лучше по команде. Брать пострадавшего нужно со здоровой стороны, при этом оказывающие помощь должны стоять на одном и том же колене и так подкладывать руки под голову, спину, ноги, ягодицы, чтобы пальцы показывались с другой стороны пострадавшего.

Надо стараться не переносить пострадавшего к носилкам, а, не вставая с колен, слегка приподнять его с земли, чтобы кто-либо подставил носилки под него. Это особенно важно при переломах: в этих случаях необходимо, чтобы кто-нибудь поддерживал рукой место перелома.

По ровному месту пострадавшего обычно несут ногами вперед. Нести пострадавшего на носилках могут два-четыре человека. При этом, чтобы предупредить толчки и не качать носилки, оказывающие помощь должны идти не в ногу, с немного согнутыми коленями, стараясь поднимать ноги минимально. Важно следить за правильным (горизонтальным) положением носилок в местах подъема и спуска.

Во время переноски на носилках следует наблюдать за пострадавшим, а также за состоянием наложенных повязок и шин. При длительной переноске нужно менять положение пострадавшего, поправлять его изголовье, утолять жажду (но не при травме живота).

Транспортировка пострадавшего должна быть по возможности быстрой, безопасной и щадящей.

В зависимости от вида травмы и имеющихся средств (подручных) транспортировка пострадавших может осуществляться разными способами: поддержание, вынос на руках, перевозка транспортом, вывод при поддержке с одной или двух сторон.

При транспортировке пострадавшего при спуске вниз или подъеме вверх следует укладывать его так, чтобы его голова была приподнята по направлению движения.

При транспортировке на носилках необходимо:

- следить, чтобы пострадавший был в правильном и удобном положении;
- чтобы при переноске на руках оказывающие помощь шли не в ногу;
- поднимать и класть пострадавшего на носилки согласованно (по команде);
- при переломах и тяжелых травмах не нести пострадавшего к носилкам на руках, а подставлять носилки под пострадавшего (место перелома необходимо поддерживать).

Правильные положения пострадавших при транспортировке:

- положение лежа на спине (пострадавший в сознании) – при травмах головы, позвоночника, конечностей;
- положение лежа на спине с согнутыми в коленях ногами (подложить под колени валик) – при переломах костей таза;
- положение лежа на спине с приподнятыми нижними конечностями и опущенной вниз головой – при значительных кровопотерях, обморочных состояниях и шоке;
- полусидячее положение с вытянутыми ногами – при травмах верхних конечностей;
- полусидячее положение с согнутыми ногами (под колени подложить валик) – при травмах мочеполовых органов, кишечной непроходимости и других внезапных заболеваниях, травмах брюшной полости и грудной клетки;
- положение на боку – при тяжелых травмах, если пострадавший находится в бессознательном состоянии;
- сидячее положение – при легких ранениях лица и верхних конечностей.

Итак, в группе произошел несчастный случай, есть пострадавший, которого решено собственными силами эвакуировать в безопасное место. В зависимости от того, по какому рельефу проходит транспортировка, выбираются способ ее, средства страховки пострадавшего и транспортировщиков.

Носилки из штормовок. При наличии лыж, лыжных палок, шестов из двух штормовок, в рукава которых просунуты эти длинные предметы, получаются вполне пригодные для транспортировки по несложному рельефу носилки. Для придания им поперечной жесткости в изголовье и ногах привязывают два ледоруба.

Веревочные носилки. Если предполагается спуск или подъем пострадавшего на веревке, носилки вяжутся из свободной веревки. Существует несколько способов вязки их: крестовые носилки — плетенки, носилки-корзина, носилки на узлах проводника). Транспортировка таких носилок

заметно облегчается, если в петли продеть длинные шесты, при этом сокращается и число носильщиков в одной смене.

Очень удобные простые носилки, так называемые носилки Пиготт, вяжутся следующим образом: оставляют конец из 5 м свободной веревки; затем вяжут серию из 8 узлов проводника длиной около 90 см каждая; далее резервируют достаточное количество веревки для изготовления наплечных лямок; оставшийся свободный конец продевают в петли, как показано на рис. 35, а. Неиспользованную веревку можно продеть в центральные петли, чтобы носилки можно было придерживать сбоку.

Носилки с пострадавшим крепятся к основной веревке в пяти точках. Иногда их можно крепить с помощью палки или ледоруба. Для удобства пострадавшего голову подвязывают специальной петлей или платком. Ни в коем случае нельзя пользоваться веревочными носилками при подозрении на перелом позвоночника или основания черепа!

Веревочные сиденья. Если состояние пострадавшего допускает транспортировку по несложному рельефу в сидячем положении, можно из веревки сделать седло для переноски одним или двумя носильщиками.

В зависимости от числа носильщиков веревка сматывается в кольца длиной 40-60 или 90-110 см.

Пострадавший надевает кольца на бедра, а спасатель — на плечи. Чтобы пострадавший не выпал из седла при резких наклонах, его подстраховывают за спину специальной петлей. Для переноски на веревке двумя носильщиками петли из смотанной веревки перекрещиваются восьмеркой, и носильщики надевают петли через плечо. Пострадавший садится между ними на перекрестье петель.

Вместо веревки в двух последних случаях могут использоваться системы для обвязки. При переноске вдвоем делают большую петлю из двух поясов.

В случаях, когда веревку или пояс использовать нельзя, для переноски пострадавшего и даже для спуска его по стене применяют рюкзак.

Рюкзак надевают наоборот, клапаном вниз, лямки максимально вытягивают, и пострадавший садится в рюкзак. Способ пригоден для переноски невысоких, "малогабаритных", пострадавших. Страховочная петля при этом обязательна. Гораздо удобнее чувствует себя пострадавший, если в рюкзаке по швам специально прорезаны дыры для ног.

В комплекте личного снаряжения альпинистов, идущих на маршруты III категории трудности, обязательна беседка, заблокированная с грудной обвязкой.

Если она почему-то отсутствует, для спусков и подъемов можно использовать беседки на конце веревки. При подъеме пострадавшего полезны специальные двойные и карабинные ролики, а для индивидуального самостоятельного подъема — различные зажимы типа "Жумар".

Транспортировать по пологому рельефу и тропам можно на носилках из шестов или жердей, а при ограниченном числе носильщиков — на носилках-волокушах, которые может тащить один человек. От обычных носилок волокуша отличается тем, что шесты для нее выбираются более длинные (порядка 4-5 м) и к ним подвязываются амортизаторы из длинных веток.

Для транспортировки по снегу волокуша может быть сделана из палатки. Описанные выше веревочные носилки также могут использоваться в качестве волокуши; при этом под веревочную плетенку подвязывают палатку, хлорвиниловую пленку или что-либо подобное для предохранения веревки.

При транспортировке по тропам и травянистым склонам страховка пострадавшего и спасателей осуществляется поддержкой сбоку. В узких и стесненных местах носилки передаются на руках от одной пары носильщиков к другой. Если пострадавшего переносят один или двое спасателей, их подстраховывают и поддерживают остальные члены группы.

При транспортировке по крутому рельефу, на скалах, где требуется страховка, налаживают места пересадок или удлинения веревки, страховочные и тормозные системы, описанные выше.

Однако, если необходимо срочно эвакуировать пострадавшего в безопасное место, на небольшое расстояние, спустить или поднять на одну веревку и для этого имеются хотя бы три-четыре человека, можно, не налаживая сложных тормозных систем, "бурлацким способом" осуществить эту несложную операцию, применяя в качестве тормоза, например, восьмерку или просто удерживая или вытягивая веревку вручную. Вручную можно натягивать и веревочные дороги через трещины.

Основное внимание при этом надо уделить страховке пострадавшего и спасателей, позаботиться о надежной страховке на конечном пункте, предусмотреть все меры безопасности от самых элементарных (не находиться под транспортируемым) до более серьезных (обезопасить путь и места, куда транспортируется пострадавший). К сожалению, в спешке иногда пренебрегают страховкой, что приводит к печальным последствиям.

В случае транспортировки по крутым мокрым травянистым склонам, когда организация надежной страховки затруднена, нелишними могут оказаться забитые прямо в травянистый склон ледорубы или ледовые крючья.

При транспортировке в рюкзаке пострадавший обязательно подстраховывается петлей из репшура к носильщику. При спуске или подъеме на двух веревках одну из них желательно использовать в качестве страхующей.

Особо следует подчеркнуть важность организации максимально возможных удобств для пострадавшего, включая и чисто бытовые (утеплить, напоить, накормить).

Рекомендуемая литература:

ОСНОВНАЯ

1. Основы первой медицинской помощи: учеб. пособие / под редакцией А.Г. Трушкин [и др.]. – М. ; Ростов н/Д : МарТ, 2015. – 318 с.
2. Смолева, Э. В. Сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи: учеб. пособие / Э. В. Смолева; ред. Б. В. Кабарухин. – Ростов-н/Д : Феникс, 2005. - 474 с.
3. Смоленко, Е. Д. Основы медицинских знаний: курс лекций / Е. Д. Смоленко, И. М. Прищепа ; Витеб. гос. ун-т им. П. М. Машерова. – Витебск : ВГУ им. П. М. Машерова, 2009. – 173 с.

4. Единое окно доступа к образовательным ресурсам [Электронный ресурс]. – URL: <http://window.edu.ru> - Дата доступа: 11.10.2019 г.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ

1. Мамонов, Ю.П. Первая медицинская помощь при травмах: учеб. пособие / Ю.П. Мамонов. – Нижневартовск : [б. и.], 2004. – 168 с.

Лекционное занятие №4

Тема «Перевязочный материал. Правила наложения повязок»

1. Применение повязок.
2. Виды повязок: по характеру использования материала; по назначению; по способу закрепления; по типу бинтования; по характеру и цели иммобилизации.
3. Правила наложения повязок.
4. Повязка из подручных средств: на спину; на бедро; на стопу.
5. Пакет перевязочный индивидуальный.
6. Повязка на голову в виде «чепца».
7. Повязки на нижнюю конечность.
8. Повязки на верхнюю конечность.

Кроме оказания медицинской помощи и лечения при повреждениях мягких тканей и костей, ожогах и отморожениях, защиты патологически измененных поверхностей кожи, слизистых и подлежащих тканей от высыхания, вторичного инфицирования, механического и других внешних воздействий, повязки применяются в целях иммобилизации, удержания лекарственных веществ, впитывания отделяемого ран и ускорения их заживления. Они применяются также для временной и окончательной остановки кровотечения, фиксации суставов и отломков костей при вывихах и переломах, коррекции врожденных и приобретенных деформаций конечностей и других костей скелета.

Будучи правильно наложенными, повязки способствуют быстрейшему выздоровлению. Кроме того, повязка оказывает положительное психологическое воздействие на больного и окружающих, так как вызывает чувство облегчения и успокоения после ее наложения, устраняет зрительное восприятие очага повреждения или заболевания. Плохо наложенная повязка причиняет двойные страдания, обусловленные, с одной стороны, раной или иным патологическим процессом, с другой - неудачным оказанием помощи.

Защита раны от заражения лучше всего достигается наложением повязки при соблюдении следующих правил:

- 1) нельзя касаться раны руками, так как на коже рук особенно много микробов;
- 2) перевязочный материал, которым закрывается рана, должен быть стерильным.

Перед наложением повязки, если позволяет обстановка, нужно вымыть руки с мылом и протереть их спиртом. При возможности кожу в окружности раны обрабатывают спиртом и смазывают 5% раствором йода – тем самым уничтожаются микробы, находящиеся на коже.

Сама повязка должна состоять из двух частей: стерильной салфетки или ватно-марлевой подушечки, которым непосредственно закрывают рану, и материала, которым их закрепляют.

При наложении повязок, оказывающий помощь, должен:

- находиться лицом к пострадавшему, чтобы, ориентируясь по выражению его лица, не причинять ему дополнительной боли;
- для предупреждения боли поддерживать поврежденную часть тела в том положении, в котором она будет находиться после перевязки;
- бинтовать начинать лучше снизу вверх, разматывая бинт правой рукой, а левой придерживая повязку и расправляя ходы бинта;
- бинт раскатывать, не отрывая от тела, обычно по ходу часовой стрелки, перекрывая каждый предыдущий ход наполовину;
- конечности бинтовать с периферии, оставляя свободными кончики неповрежденных пальцев;
- если не требуется давящая повязка для временной остановки кровотечения, накладывать обычную повязку следует очень туго, чтобы не нарушалось кровообращение в поврежденной части тела, но не слишком слабо, иначе она сползет. При наложении очень тугой повязки на конечности вскоре появляются посинение и отек;
- при закреплении конца повязки узлом, он должен находиться на здоровой части, чтобы не беспокоить пострадавшего.

Наиболее подходящим для перевязок является пакет перевязочный. При наложении повязки пакет вскрывают, ватно-марлевую подушечку прикладывают к ране той поверхностью, которой не касались руками. Подушечку прибинтовывают, а концы бинта закрепляют булавкой или завязывают.

Различают следующие виды повязок.

По характеру используемого материала: 1) мягкую; 2) отвердевающую; 3) жесткую.

По назначению: 1) укрепляющую (закрепляющую): а) защитную; б) лекарственную; 2) давящую (гемостагическую); 3) повязку с вытяжением: а) транспортную; б) лечебную; 4) иммобилизирующую: а) транспортную; б) лечебную; 5) корригирующую.

По способу закрепления перевязочного материала: 1) лейкопластырную; 2) клеевую; 3) косыночную; 4) пращевидную; 5) Т-образную; 6) бинтовую; 7) повязку, укрепленную трубчатым бинтом.

По типу бинтования: 1) круговую или циркулярную; 2) спиральную; 3) ползучую или змеевидную; 4) перекрещивающуюся, крестообразную или восьмиобразную; 5) колосовидную; 6) черепашую; 7) возвращающуюся.

По характеру и цели иммобилизации:

1) транспортную иммобилизацию: а) мягкие иммобилизирующие; б) шинные иммобилизирующие с использованием стандартных и импровизированных шин; в) отвердевающие иммобилизирующие повязки, гипсовые шины;

2) лечебную иммобилизацию: а) шинные иммобилизирующие повязки с использованием лечебных шин; б) применение установочных шин и приспособлений для постоянного вытяжения; в) отвердевающие повязки (гипсовые, крахмальные, клеевые и т. д.).

В зависимости от места ранения используются различные виды повязок: повязка в виде «уздечки» на теменную и затылочную области головы, повязка в виде чепца на волосистую часть головы, пращевидная повязка, круговая повязка, спиральная повязка, крестообразная или восьмиобразная повязка, пластырные повязки, косыночные повязки.

Повязка в виде «уздечки» на теменную и затылочную области головы. Для ее наложения после 2-3 закрепляющих ходов вокруг головы бинт ведут через затылок на шею и подбородок.

Далее делают несколько вертикальных ходов через подбородок и темя, после чего бинт ведут на затылок и закрепляют его круговыми ходами. На затылок можно также накладывать восьмиобразную повязку.

Повязка в виде чепца на волосистую часть головы накладывается следующим образом. Кусок бинта длиной примерно 0,5 метра кладут на темя его концы (завязки) спускают вниз впереди ушных раковин. Другим бинтом делают 2-3 фиксирующих хода вокруг головы, а затем, натягивая 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.

Повязка на глаз также начинается с закрепляющих ходов 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.

Пращевидную повязку удобно накладывать на нос, губы, подбородок, а также на все лицо. Ее ширина должна быть достаточной, чтобы закрыть всю поврежденную поверхность, а длина – около полутора окружностей головы. Подготовленную повязку разрезают вдоль с двух сторон, оставив середину целой, например, по размеру подбородка.

На рану накладывают стерильную салфетку, затем неразрезанную часть повязки, концы которой завязывают сзади на шее и на темени.

Круговая повязка – удобна, когда необходимо забинтовать какую-то ограниченную область, например запястье, нижнюю часть голени, лоб и т.п. При наложении ее бинт накладывают на нужную часть тела, бинтуют так, чтобы каждый последующий оборот полностью закрывал предыдущий.

Спиральную повязку начинают так же, как и круговую, делая на одном месте два – три оборота бинта для того, чтобы закрепить его, а затем накладывают бинт так, чтобы каждый оборот его закрывал предыдущий на две трети. Спиральную повязку в различных сочетаниях применяют при ранениях груди, живота, конечностей, пальцев кисти. При наложении спиральной повязки на грудь разматывают конец бинта длиной около 1

метра, который кладут на левое надплечье и оставляют висеть косо на правой стороне груди.

Бинтом, начиная снизу со спины, спиральными ходами справа налево бинтуют грудную клетку, далее ходом из левой подмышечной впадины бинт связывают со свободным концом через правое плечо.

Разновидностью спиральной повязки является колосовидная повязка. Она представляет собой спиральную повязку с перегибами. Ее накладывают на бедро, большой палец и др.

Крестообразная или восьмиобразная повязка, названная так по ходам бинта, описывающим восьмерку, удобна при бинтовании суставов, затылка, шеи, кистей рук, груди.

При некоторых ранениях груди, например, ножевых и осколочных, может нарушаться целостность плевры и сохраниться постоянное сообщение плевральной полости с атмосферной. В области раны при входе и выходе слышны хлюпающие, чмокающие звуки. На выдохе усиливается кровотечение из раны, кровь пенится. При такой ране при оказании первой медицинской помощи нужно как можно раньше прекратить доступ воздуха в плевральную полость. Для этого на рану накладывают ватно-марлевую подушечку из перевязочного пакета или сложенные в виде небольших квадратов салфетки из марли. Поверх них накладывают непроницаемых для воздуха материал (по типу компресса) – клеенку, полиэтиленовый пакет, оболочку перевязочного пакета, лейкопластырь. Края воздухонепроницаемого материала должны выходить за края ватно-марлевых подушечки или салфеток, накрывающих рану.

Герметизирующий материал укрепляют бинтовой повязкой. Транспортировать пострадавшего, необходимо в положении полусидя.

При небольших ранах, ссадинах быстро и удобно использовать пластырные повязки. Для этого лучше использовать бактерицидный лейкопластырь, на котором имеется антисептический тампон. После снятия защитного покрытия тампон прикладывают к ране и наклеивают к окружающей коже. В отсутствии бактерицидного тампона на рану накладывают гигиеническую салфетку и закрепляют ее полосками обычного лейкопластыря.

Для удержания перевязочного материала или для подвешивания поврежденной руки часто используют косыночные повязки. Несмотря на простоту ее наложения, нередко такая повязка является наиболее надежной и удобной.

Раневую поверхность закрывают стерильной салфеткой или чистой тканью, которые затем фиксируют косынкой. Такие повязки удобно применять при ранении головы, груди, промежности, локтевого, коленного и голеностопного суставов, кисти и стопы.

Рекомендуемая литература:

ОСНОВНАЯ

1. Камбалов, М.Н. Медицина экстремальных ситуаций. Основы организации медицинской помощи и защиты населения при чрезвычайных

ситуациях: учеб.-метод. пособие / М.Н. Камбалов. – Гомель : Гомельский государственный медицинский университет, 2008. – 224 с.

2. Колб, Л.И. Медицина катастроф и чрезвычайных ситуаций: учеб. пособие / сост.: Л. И. Колб [и др.]. – Минск : Выш. шк.; 2008. – 448 с.

3. Основы медицинских знаний, профилактики СПИДа и наркомании: учеб.-метод. комплекс / под общ. ред. Н. И. Максимушкиной; Полоц. гос. ун-т. – Новополоцк : ПГУ, 2007. – 412 с.

4. Основы первой медицинской помощи: учеб. пособие / А. Г. Трушкин [и др.]. – М. ; Ростов н/Д : МарТ, 2015. – 318 с.

5. eLIBRARY.RU [Электронный ресурс]: научная электронная библиотека. – URL: <http://www.elibrary.ru> - Дата доступа: 11.10.2019 г.

6. ibooks.ru [Электронный ресурс]: электронно-библиотечная система. – URL: <http://ibooks.ru> - Дата доступа: 11.10.2019 г.

7. Znanium.com [Электронный ресурс]: электронно-библиотечная система. – URL: <http://znanium.com> - Дата доступа: 11.10.2019 г.

8. Основы медицинских знаний и здорового образа жизни [Электронный ресурс]: – URL: https://www.e-reading.club/bookreader.php/1052988/Vayner_Osnovy_meditsinskih_znaniy_i_zdorovogo_obraza_zhizni.html - Дата доступа: 11.10.2019 г.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ

1. Мамонов, Ю.П. Первая медицинская помощь при травмах: учеб. пособие / Ю. П. Мамонов. – Нижневартовск : [б. и.], 2004. – 168 с.

Лекционное занятие № 5

Тема «Переломы. Неотложная помощь при переломах»

1. Ушибы. Растяжение. Вывих. Неотложная помощь при вывихах.
2. Виды переломов: закрытые, открытые, со смещением.
3. Повреждение черепа и головного мозга. Сотрясение мозга. Ушиб головного мозга. Сдавливание головного мозга. Закрытые переломы костей свода и основания черепа.
4. Повреждение позвоночника.
5. Травмы грудной клетки. Перелом костей таза. Особенности переломов у детей и взрослых.
6. Травматический шок при переломах. Травматический токсикоз.
7. Средства иммобилизации: стандартные шины; шина Дитерихса; пневматические шины.
8. Создание неподвижности сломанной конечности по методу «нога к ноге».
9. Наложение шин при переломах костей верхних и нижних конечностей, правила иммобилизации.

Ушибы – наиболее частый вид повреждений, который может встречаться как самостоятельно, так и сопутствовать другим более тяжелым травмам (вывихи, переломы, повреждения внутренних органов). Ушиб обычно является следствием падения с небольшой высоты или удара, нанесенного тупым предметом.

Основными симптомами ушиба являются боль, припухлость, гематома (синяк, кровоизлияние в ткани), нарушение функции. Боль возникает сразу в момент получения травмы и может быть весьма значительной, в течение нескольких часов боль стихает. Практически сразу после повреждения появляется болезненная припухлость, которая нарастает в течение нескольких часов (до конца первых суток).

Нарушение функции при ушибе происходит обычно не сразу, а по мере нарастания гематомы и отека. Страдают обычно активные движения: человек, например, не может самостоятельно согнуть поврежденную руку или ногу из-за сильной боли, но конечность может сгибаться пассивно (с помощью другого человека), хотя это тоже весьма болезненно. Этим ушибы отличаются от переломов и вывихов, при которых уменьшение объема движений возникает сразу после травмы и касается как активных, так и пассивных движений.

Лечение ушибов довольно простое. Для уменьшения развития гематомы и травматического отека как можно раньше следует местно применить холод и покой. Ушибленное место можно поместить под холодную проточную воду, приложить снег или лед, забинтовать мокрым полотенцем. Для уменьшения движений при ушибах в области суставов накладывают давящую повязку (как можно раньше от момента получения травмы). Для уменьшения отека применяют возвышенное положение конечности.

Растяжения обычно возникают при движениях в суставе, превышающих его возможности, или при движении в несвойственном суставе направлении. Чаще повреждаются связки суставов, особенно голеностопного (при подворачивании стопы). Симптомы при растяжении напоминают ушиб с локализацией в области суставов. Здесь также наблюдается боль, припухлость и гематома, а нарушение функции сустава выражено еще в большей степени, чем при ушибе.

Лечить растяжения дома можно, только если есть уверенность, что у пострадавшего нет перелома или вывиха. Необходимо наложить давящую повязку и холод на место повреждения.

Вывих – смещение суставных поверхностей костей в суставных сочленениях.

При этом возможно повреждение суставной сумки с травмой сосудов, нервных стволов. Вывихи возникают от чрезмерной нагрузки на суставы.

Наиболее часто встречаются вывихи плечевого, локтевого, тазобедренного и голеностопного суставов.

Признаки: боль в области сустава, его отек. Смещение костей сустава, изменение нормальной формы сустава. Ненормальное движение сустава. Изменение длины конечности. Очень похоже на переломы!

Не следует самостоятельно вправлять вывих или придавать конечности естественное положение. Нужно зафиксировать поврежденную конечность и сустав. При вывихах суставов руки нужно подвесить её на повязке по типу “косынки”. При вывихах суставов ног больного положить в горизонтальное положение. При вывихе крупных суставов вызывается скорая для госпитализации пострадавшего в больницу.

Основные причины закрытого перелома – сильное воздействие на травмированную область, неудачное падение, сильный удар, чрезмерная нагрузка.

Основные признаки закрытого перелома – хруст, изменение длины конечности и неестественное положение конечности. Лечение закрытого перелома зависит от тяжести повреждения кости.

Открытый перелом кости имеет один важный симптом, по которому его легко отличить от закрытого перелома – кость торчит наружу.

К симптомам открытого перелома также можно отнести боль, кровотечение и резкий перепад давления.

Первая помощь при переломе данного типа должна заключаться в госпитализации больного на носилках. Если сделать это быстро невозможно, то нужно уложить пострадавшего человека на ровную поверхность, немного приподнять изголовье и наложить выше места перелома жгут, чтобы остановить сильное кровотечение.

Очень важно продезинфицировать рану, чтобы не возникло заражение.

Перелом со смещением происходит, как правило, с повреждением надкостницы. Это характерная черта перелома со смещением у взрослых, так как кости теряют свою эластичность.

Опасность повреждения надкостницы состоит в том, что кусочки кости могут проникнуть в нервы, сосуды и мышцы, также могут повредить соседние ткани.

Первая помощь при переломе также необходима, особенно в том случае, когда приходится некоторое время ожидать приезда Скорой помощи. Человек может испытывать острую боль, потому при большинстве типов переломов первая помощь – это обезболивающее средство и попытки обездвижить поврежденную конечность шиной.

Движение или перемещение пострадавшего может привести к еще большим травмам, потому требуется делать это аккуратно. В идеале, если есть подозрение на травму шеи и позвоночника, не стоит вовсе транспортировать пострадавшего, а нужно дожидаться приезда Скорой помощи.

Первая помощь при переломе должна начинаться с обеспечения полного покоя пострадавшему человеку, наложения стерильной повязки при открытой переломе, а также остановки кровотечения наложением жгута выше места травмы. Если кровотечение венозное, то накладывать жгут нужно ниже места травмы. Чтобы обездвижить конечность, необходимо наложить шину. Сделать ее можно из веток, палок или любого другого подручного материала. Шину необходимо накладывать на одежду.

Тяжелая травма черепа и головного мозга приводит к нарушению жизненно важных функций организма, поэтому от своевременной и правильной первой помощи зависит не только дальнейший исход, но нередко и жизнь пострадавшего. Для того чтобы оказать эту помощь быстро и качественно, необходимо выявить и правильно оценить симптомы повреждения головного мозга.

Сотрясение головного мозга представляет собой более легкую форму повреждения. Нарушения при нем носят функциональный характер.

Основные симптомы: кратковременная потеря сознания; утрата больным способности вспомнить, что было с ним до травмы; головная боль, головокружение, тошнота, звон и шум в ушах, быстро проходящие расстройства дыхания, изменение пульса (кратковременное учащение или замедление).

Ушибы головного мозга – тяжелая травма с повреждением мозгового вещества.

Основные симптомы сходны с симптомами сотрясения, однако более выражены. При кровотечении из наружного слухового прохода и носа, производится тампонада.

Оказание помощи: остановить кровотечение, произвести фиксацию головы, уложить больного на носилки, с повернутой головой на бок, холод к голове, транспортировка в лечебное учреждение.

При прямом приложения силы ребро или несколько ребер прогибаются внутрь грудной полости, ломаются, и отломки их смещаются кнутри, нередко повреждая внутреннюю оболочку грудной полости (плевру) и легкое.

Симптомы перелома ребер: выраженная боль, усиливающаяся при

глубоком вдохе, кашле. Больной старается дышать поверхностно, говорить шепотом, сидит, наклоняясь в поврежденную сторону и вперед, прижимая рукой место перелома.

При переломах нижних ребер нужно помнить о возможности повреждения селезенки, печени, почек.

При отсутствии стандартных шин для иммобилизации можно использовать различный материал (деревянные рейки, бруски, толстый картон, пучки хвороста), менее пригодны орудия труда и предметы обихода (палки, лыжи, лопаты).

Если нет никаких подручных средств, самую примитивную иммобилизацию можно осуществить, прибинтовав поврежденную верхнюю конечность к туловищу, а поврежденную нижнюю конечность - к неповрежденной

Деревянную шину используют при повреждениях бедра, тазобедренного и коленного суставов и верхней трети голени. Эта шина используется и в настоящее время и является самым надежным способом для транспортной иммобилизации.

Шина состоит из двух деревянных костылей - наружного и внутреннего, подошвы и закрутки со шнуром. На подошве имеются два ушка, предназначенные для проведения костылей, и две петли для закрепления шнура.

Лестничная шина Крамера представляет собой длинную раму из толстой проволоки с поперечными перекладинами.

Она легко может быть изогнута в любом направлении. В каждом конкретном случае шину готовят индивидуально в зависимости от поврежденного сегмента и характера травмы. Можно использовать одну, две или три шины одновременно.

На месте происшествия иммобилизацию всей верхней конечности вне зависимости от локализации повреждения можно осуществить упрощенными методами, используя подручные средства. Всю верхнюю конечность просто прибинтовывают к туловищу. При этом плечо следует расположить по средней подмышечной линии, предплечье согнуть под прямым углом, а кисть просунуть между двумя застегнутыми пуговицами пиджака, пальто или сорочки.

Другой способ заключается в создании гамачка для подвешивания верхней конечности. Полу пиджака, пальто, шинели заворачивают кверху и в образовавшийся желоб помещают руку, согнутую в локтевом суставе под углом 90°.

Угол полы у нижнего края завязывают шпагатом (веревкой, бинтом, проволокой) и укрепляют вокруг шеи или фиксируют английскими булавками.

Для этой же цели можно ножом проколоть полу у нижнего угла и бинт провести через образовавшееся отверстие для подвешивания полы вокруг шеи.

Вместо полы верхней одежды можно использовать полотенце, кусок материи и т.п. В углах полотенце протыкают ножом (провоолокой). Через образовавшиеся отверстия пропускают шпагат (бинт, веревку), т.е. делают две тесемки, каждая из которых имеет два конца - передний и задний.

В желоб из полотенца помещают предплечье, переднюю тесемку на конце полотенца у кисти проводят на здоровое надплечье и там связывают с задней тесемкой от локтевого конца полотенца. Заднюю тесьму у кисти проводят горизонтально кзади и в области поясницы связывают с передней тесьмой от локтевого конца полотенца.

Широко применяется стандартная косынка для подвешивания верхней конечности. Больной сидит или стоит. Косынку накладывают на переднюю поверхность грудной клетки длинной стороной вдоль средней линии туловища, а вершину косынки - латерально, на уровне локтевого сустава поврежденной конечности.

Верхний конец длинной стороны косынки проводят через надплечье неповрежденной стороны. Предплечье, согнутое в локтевом суставе, огибают нижней половиной косынки спереди, конец ее помещают на надплечье больной стороны и связывают с другим концом, проведенным вокруг шеи. Вершиной косынки огибают спереди локтевой сустав и фиксируют ее английской булавкой.

Для транспортной иммобилизации при повреждениях лучезапястного сустава, кисти и пальцев используют лестничную или фанерную шину, начинающуюся от локтевого сустава и заходящую на 3-4 см за концы пальцев. Предплечье укладывают на шину в положении пронации.

Кисть надо фиксировать в состоянии небольшого тыльного сгибания, пальцы должны быть полусогнутыми с противопоставлением I пальца. Для этого под ладонь подкладывают ватно-марлевый валик.

Прибинтовывать шину лучше начиная с предплечья, перегибы бинта делают под шиной, чтобы уменьшить давление на мягкие ткани. На кисти циркулярные туры бинта проходят между I и II пальцем.

Обычно к валику на шине прибинтовывают только поврежденные пальцы, неповрежденные оставляют открытыми. Иммобилизацию заканчивают подвешиванием предплечья на косынке.

Лестничную шину необходимой длины можно использовать и в другом варианте, моделируя дистальный конец ее так, чтобы придать кисти положение тыльного сгибания, полусогнув пальцы. Если I палец не поврежден, его оставляют свободным за краем шины. К шине прибинтовывают ватно-марлевую прокладку.

При повреждениях только пальцев транспортная иммобилизация такая же, как описано выше. Можно ограничиться фиксацией пальцев бинтом к ватно-марлевому шару или валику и подвесить предплечье и кисть на косынке.

Иногда предплечье и кисть с фиксированным валиком укладывают на лестничную шину и затем подвешивают на косынке. Поврежденный I палец

следует фиксировать на валике в положении противопоставления остальным пальцам, что лучше осуществить на валике цилиндрической формы.

Простейшая и достаточно надежная транспортная иммобилизация при повреждении нижней конечности может быть осуществлена на месте происшествия путем прибинтовывания поврежденной нижней конечности к здоровой.

Для этой цели используют бинты, индивидуальный перевязочный пакет, поясной ремень, косынку, веревку и т.п.

При повреждениях стопы, ее заднего отдела придают положение подошвенного сгибания под углом 120 °; коленный сустав сгибают до угла 150-160 °. При повреждениях переднего отдела стопы ее фиксируют под углом 90 °, вследствие чего отпадает необходимость в фиксации коленного сустава. Высота шины ограничивается верхней третью голени.

Необходимо помнить, что при повреждениях стопы всегда возникают значительный травматический отек и сдавление мягких тканей.

Это может привести к развитию пролежней в результате давления обувью или при тугом бинтовании. Поэтому перед накладыванием шины рекомендуется обувь снять или разрезать.

Иммобилизация при закрытых переломах I пальца осуществляется узкими полосками липкого пластыря, которые накладывают на палец и стопу в продольном и поперечном направлениях, но без большого натяжения (свободно) во избежание последующего сдавливания отекающих мягких тканей пальца.

Особенно опасно в этом отношении накладывать замкнутые циркулярные полоски пластыря.

Рекомендуемая литература:

ОСНОВНАЯ

1. Варламов, В.Г. Основы безопасности в пешем походе [Электронный ресурс]: – URL: http://nkosterev.narod.ru/met/varl_bez.html - Дата доступа: 11.10.2019 г.

2. Махов, С.Ю. Организация безопасности активного туризма [Электронный ресурс]: – URL: <https://www.litres.ru/s-u-mahov/organizaciya-bezopasnosti-aktivnogo-turizma/> - Дата доступа: 11.10.2019 г.

3. Муравьева, А.С., Ильин, А.В. Оказание первой медицинской помощи в туристском походе [Электронный ресурс]: – URL: https://kopilkaurokov.ru/prochee/prochee/okazaniie_piervoi_mieditsinskoj_pomos_hchi_v_turistskom_pokhodie - Дата доступа: 11.10.2019 г.

4. Основы первой медицинской помощи: учеб. пособие / А. Г. Трушкин [и др.]. – М. ; Ростов н/Д : МарТ, 2015. – 318 с.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ

1. Смолева, Э.В. Сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи: учеб. пособие / Э. В. Смолева; ред. Б. В. Кабарухин. – Ростов-н/Д : Феникс, 2005. - 474 с.

2. Смоленко, Е.Д. Основы медицинских знаний: курс лекций / Е.Д. Смоленко, И.М. Прищепа ; Витеб. гос. ун-т им. П. М. Машерова. – Витебск : ВГУ им. П. М. Машерова, 2009. – 173 с.

Лекционное занятие № 6

Тема: «Ожоги и отморожения»

1. Определение понятия «ожог».
2. Термические ожоги.
3. Определение площади ожогов «по правилу десяти».
4. Химический ожог. Первая медицинская помощь.
5. Первый период ожоговой болезни – ожоговый шок.
6. Второй период ожоговой болезни – токсемия.
7. Третий период болезни - септикотоксемия и ожоговое истощение.
8. Четвертый период – период выздоровления.
9. Отморожение.
10. Четыре степени отморожения.
11. Первая медицинская помощь обмороженным.

Ожоги – повреждения тканей, вызванные действием высокой температуры, химических веществ (кислот, щелочей, солей тяжелых металлов), электрического тока, солнечных и рентгеновских лучей, а также некоторых медикаментозных средств.

Методы определения площади ожога:

1). Правило ладони применяется для оценки небольших ожогов: площадь ладони человека = 1% площади его тела.

2). Правило “девятки” применяется при обширных ожогах: голова и шея = 9% площади тела, рука = 9%, бедро = 9%, голень со стопой = 9%; а спина = 18%, грудь с животом - 18%.

3). Метод Постникова: поверхность ожога обводят на полиэтиленовой пленке, после чего высчитывают площадь на специальной миллиметровой бумаге.

По глубине поражения различают четыре степени ожога. Ожог 1 степени проявляется поверхностным повреждением кожи в виде покраснения, отёка и жгучей боли. Через 2-3 дня отёк и покраснение исчезают, поверхностные слои эпидермиса слущиваются, и к концу 1-ой недели наступает заживление ожога.

При ожоге 2 степени на фоне резко выраженного отёка и покраснения кожи появляются разных размеров пузыри, наполненные прозрачной, слегка желтоватой жидкостью. Эпидермис легко снимается, при этом обнажается ярко-розовая влажная блестящая раневая поверхность. Сильные боли отмечаются в первые 2-3 дня. Через 3-4 дня признаки воспаления уменьшаются, а полное заживление наступает на 8-10 день. Рубцов такие ожоги, как правило, не оставляют, но краснота и пигментация могут сохраняться несколько недель.

При ожогах 3 степени образуется сухой плотный коричневый струп (при действии горячих жидкостей и пара он приобретает серый цвет). Болевая чувствительность в месте ожога снижена или отсутствует. Заживление протекает длительно, с нагноением.

Ожоги 3 степени характеризуются выгоранием собственно кожи (дерма). На их месте в дальнейшем образуются гипертрофические и келоидные рубцы.

Ожог 4 степень представляет собой обугливание не только кожи, но и подкожной клетчатки и глубже лежащих структур. Возникающий струп более толстый и плотный, иногда с признаками обугливания. Омертвевшие ткани отторгаются медленно, особенно при поражении сухожилий, костей, суставов. Часто возникают гнойные осложнения. Даже в случае успешного оперативного лечения нередко развиваются гипертрофические и келоидные рубцы, контрактуры и другие деформации.

Тяжесть состояния больного зависит, кроме глубины поражения, от его распространённости. Ожог 25% поверхности тела уже считается опасным.

Термические ожоги возникают от непосредственного воздействия на тело высокой температуры (пламя, кипяток, горячие и горячие жидкости и газы, раскаленные предметы и расплавленные металлы и др.). Особенно тяжелые ожоги возникают при воздействии пламени и пара, находящегося под давлением. В последнем случае возможны ожоги полости рта, носа, трахеи и других органов. Чаще всего наблюдаются ожоги рук, ног, глаз, реже – туловища и головы. Ожог 1/3 поверхности тела часто заканчивается смертью.

Чем больше площадь ожога, тем больше повреждено нервных окончаний и шире выражены явления травматического (болевого) шока. Нарушения функций внутренних органов связано с обильным выделением через ожоговую поверхность жидкой части крови (плазмы) и отравлением организма всасывающимися из зоны поражения продуктами распада омертвевших тканей (интоксикация). Это проявляется головной болью, общей слабостью, тошнотой, рвотой, лихорадочным состоянием.

Первая помощь при ожогах направлена на профилактику ожогового шока и нагноения ожоговой поверхности.

Первая помощь при термических ожогах:

1. Удалить после прекращения горения остатки тлеющей одежды, или одежду, пропитанную жидкостями. Прилипшие к телу части одежды оставить, обрезав ткань вокруг.

2. Охладить пораженные участки. Это можно осуществить путем погружения поврежденной части тела в емкость с холодной водой; прикладывания к обожженной поверхности тела холодных примочек; полиэтиленовых пакетов, наполненных льдом или снегом.

Помещение области повреждения под струю холодной воды менее предпочтительно, так как при поверхностных ожогах возможно усиление болей. Охлаждение уменьшает боль и развитие отека, а также сохраняет минимальную зону термического повреждения.

Ожоговая болезнь у лиц молодого и среднего возраста развивается при поражении глубоким ожогом более 15% поверхности тела, у детей и стариков она может наблюдаться и при меньшей площади глубокого ожога, ограниченной 5-10% кожного покрова.

В течении ожоговой болезни различают 4 стадии:

1). Ожоговый шок (первые 3 суток)

– возникает при глубоких ожогах с площадью 15-20% поверхности тела.

В его развитии играют роль 2 механизма:

- Раздражение большого количества нервных окончаний. Это вызывает возбуждение симпатической нервной системы, что приводит к спазму сосудов, перераспределению крови и снижению ОЦК

- При термической травме освобождается большое количество медиаторов воспаления, что вызывает нарушение микроциркуляции, водно-солевого баланса и функции почек. Происходит депонирование крови во внутренних органах. Через ожоговую поверхность идет сильное испарение воды.

В результате падения АД развивается задержка мочи, что приводит к развитию уремии.

Отличия ожогового шока от травматического:

- Более длителен и выражен период возбуждения.
- Отсутствие кровопотери.
- Выраженная плазмопотеря.
- Гемолиз.
- АД снижается несколько позднее.

По клиническому течению выделяют 3 степени ожогового шока:

Ожоговый шок I степени (при ожоге 15-20% поверхности тела) характеризуется возбуждением, легкой тахикардией до 100 в минуту.

Ожоговый шок II степени (при повреждении 20-60% поверхности тела) характеризуется заторможенностью, тахикардией до 120 в минуту, падением АД до 80 мм. рт. ст., снижением диуреза.

Ожоговый шок III степени (при повреждении более 60% поверхности тела) характеризуется крайне тяжелым состоянием: резкая заторможенность, пульс нитевидный до 140 в минуту, АД снижается ниже 80 мм. рт. ст., что ведет к снижению кровоснабжения внутренних органов, ацидозу, гипоксии и анурии. Характерно развитие острых язв желудочно-кишечного тракта. Температура тела часто снижается до 36°C и ниже.

2). Ожоговая токсемия (3-15 сутки) характеризуется интоксикацией (тошнота, бледность кожи, тахикардия, сердечная недостаточность, психозы), связанной с накоплением в крови продуктов распада ожоговой раны.

3). Ожоговая септикотоксемия (с 4-5-го дня) начинается с момента отторжения ожогового струпа, т.к. это создает условия для развития инфекционных осложнений – нагноения раны, пневмонии, флегмоны и т.п. У больных с обширными ожогами может развиваться сепсис. Период септикотоксемии длится обычно около 2 недель, пока не закроется ожоговая рана.

Целесообразно разделить стадию септикотоксемии на 2 периода:

- От начала отторжения струпа до полного очищения раны. У больных имеется снижение аппетита, высокая лихорадка, тахикардия, анемия, может развиваться токсический гепатит, пиелонефрит.

- Фаза гранулирующей раны. Эта фаза характеризуется появлением различных инфекционных осложнений: пневмонии, острых язв ЖКТ (чаще в луковице ДПК и антральном отделе желудка). Возможна генерализация инфекции - ожоговый сепсис (ранний – до очищения ожоговой раны или поздний – после очищения).

После ликвидации ожоговой раны в течение некоторого времени сохраняются различные нарушения: пиелонефрит, амилоидоз почек, быстрая утомляемость, лабильность сердечно-сосудистой системы.

При неблагоприятном течении ожоговой болезни может развиваться ожоговое (раневое) истощение, приводящее к смерти.

Обморожение (отморожение) – повреждение тканей, возникшее при низких температурах (обычно ниже -10°C). Может наблюдаться при нулевой температуре окружающей среды в тех случаях, когда происходят большие потери теплоты за единицу времени.

В первую очередь агрессивному воздействию подвергаются выступающие и недостаточно защищенные части тела: ушные раковины, нос, щеки, кисти рук, стопы. Впоследствии развивается общее переохлаждение организма со снижением температуры тела до критических цифр.

Факторы риска, снижающие эффективность терморегуляции и способствующие развитию обморожения:

- усиленная теплоотдача (резкий ветер, высокая влажность, легкая одежда);

- местное нарушение микроциркуляции (тесная обувь, длительная неподвижность, вынужденное положение тела);

- сопутствующие состояния, ослабляющие устойчивость организма к экстремальным воздействиям (травмы, кровопотеря, физическое или эмоциональное истощение, стресс);

- сосудистые заболевания.

Наибольший риск обморожения, согласно статистическим данным, имеют лица в состоянии алкогольного опьянения (тяжелого или средней степени тяжести). Это обусловлено частичной или полной дезориентацией, замедлением реакции на раздражители, специфическим вегетативным фоном.

В зависимости от длительности и интенсивности агрессивного воздействия, а также от характера повреждения тканей выделяют 4 степени обморожения.

Начальные проявления во всех случаях схожи (что не позволяет достоверно определить степень обморожения в первые часы после травмы): бледность и похолодание кожи и снижение чувствительности.

После появления первых общих симптомов развивается специфическая для каждой степени обморожения симптоматика

1 Степень обморожения. Характеризуется легкой болезненностью кожных покровов, после согревания отмечают интенсивное покраснение и

незначительная отечность, возможно шелушение пораженных участков без развития некроза. Через 5-7 дней кожные проявления полностью исчезают.

2 Степень обморожения. На поврежденных участках кожи в течение 24-48 часов появляются пузыри разного размера, заполненные прозрачным (серозным) содержимым. Болевые ощущения интенсивные, характерны зуд, жжение травмированных кожных покровов. При должном лечении состояние кожи восстанавливается через 7-14 дней, рубцовые деформации на месте поражения отсутствуют.

3 Степень обморожения. Происходит омертвление поврежденного кожного покрова, что приводит к потере чувствительности и образованию после согревания массивных болезненных пузырей с багрово-синюшным основанием, заполненных кровянистым содержимым. Впоследствии пузыри некротизируются и отторгаются с образованием рубцов и грануляций. Рубцевание может длиться до месяца, также происходит отторжение ногтевых пластин, иногда необратимое.

4 Степень обморожения. Проявляется тотальным некрозом не только кожных покровов, но и подлежащих мягких тканей (вплоть до костей и суставов). Травмированные участки кожи синюшны, после согревания образуется резко нарастающий отек, пузыри отсутствуют, чувствительность кожи после согревания не восстанавливается, впоследствии развивается гангрена. Пораженные участки подлежат ампутации.

При длительном пребывании в условиях низких температур возможно общее переохлаждение, о чем свидетельствует снижение температуры тела до 34 °С и ниже (до 29-30 °С в тяжелых случаях). В зависимости от тяжести состояние проявляется угнетением деятельности дыхательной, сердечно-сосудистой и нервной систем различной интенсивности, вплоть до комы и летального исхода.

При поражении любой интенсивности в первую очередь необходимо в кратчайшие сроки доставить пострадавшего в теплое помещение. Если существует вероятность повторного отморожения, нельзя допускать оттаивания поврежденной части тела; в противном случае следует тщательно ее укрыть. Дальнейшие мероприятия зависят от степени обморожения.

При обморожении 1 степени требуется:

- согреть пораженные участки кожи (дыханием, осторожным растиранием мягкой шерстяной тканью или руками);
- наложить согревающую ватно-марлевую повязку в несколько слоев.
- дать выпить горячего чая, теплого молока, морса.

При обморожении 2-4 степени нужно:

- исключить быстрое согревание (массаж, растирание);
- наложить теплоизолирующую повязку (бинт и вату в несколько слоев, можно использовать шарфы, шерстяную ткань, платки);
- зафиксировать обмороженную конечность;
- вызвать бригаду скорой медицинской помощи.

Рекомендуется дать пострадавшему горячее питье и еду, можно принять аспирин, анальгин с папаверином или но-шпу для улучшения микроциркуляции крови.

При обморожении категорически запрещено:

- давать пить пострадавшему кофе и алкоголь, которые могут усугубить ситуацию;
- растирать обмороженную поверхность снегом, жесткой тканью (высока вероятность травмирования и последующего инфицирования поврежденной кожи);
- подвергать место отморожения интенсивному тепловому воздействию (при помощи горячей ванны, грелки, обогревателя и т. п.);
- растирать поврежденную кожу маслом, жиром, спиртом, поскольку это может осложнить течение заболевания;
- самостоятельно вскрывать пузыри и удалять некротизированные ткани.

В домашних условиях возможно лечение только отморожения 1 степени; во всех остальных случаях необходимо обратиться за специализированной помощью.

При обморожении 2 степени вскрытие пузырей и их обработка осуществляются в условиях хирургического кабинета. Для предотвращения присоединения инфекции накладывается асептическая повязка и назначается соответствующая терапия.

При обморожении 3-4 степени в условиях стационара удаляются некротизированные ткани, проводится противовоспалительная и антибактериальная терапия.

У детей отморожение развивается значительно быстрее, чем у взрослых, что связано с особенностью строения кожных покровов и их кровоснабжения.

Ситуация усугубляется невозможностью ребенка (особенно младшего возраста) критически оценить свое состояние. Продолжая находиться на улице, он может усугубить повреждение.

Покраснение открытых участков лица во время прогулки – нормальная реакция сосудов кожи на воздействие окружающей среды. Настораживающий признак – внезапно возникшая бледность кожных покровов: это может свидетельствовать о развивающемся отморожении.

Чтобы предотвратить переохлаждение и холодное повреждение мягких тканей следует соблюдать несколько правил:

- не употреблять спиртные напитки в холодную погоду на улице;
- курение также делает человека более уязвимым;
- не использовать тесную обувь и легкую одежду, так как прослойка воздуха замедляет охлаждение;
- надевать шапку, варежки и шарф;
- выходя зимой на улицу, не надевать металлические украшения;
- в мороз периодически осматривать лицо, особенно кончик носа, и конечности;

- при первых признаках обморожения, постараться вернуться в теплое помещение;

- не мочить кожу, так как при этом потери тепла увеличиваются.

Особое внимание следует обращать на маленьких детей и пожилых людей, потому что система их терморегуляции работает обычно не в полную силу. Им не желательно пребывать на улице в сильные морозы более 20 минут подряд.

Рекомендуемая литература:

ОСНОВНАЯ

1. Варламов, В.Г. Основы безопасности в пешем походе [Электронный ресурс]: – URL: http://nkosterev.narod.ru/met/varl_bez.html - Дата доступа: 11.10.2019 г.

2. Махов, С.Ю. Организация безопасности активного туризма [Электронный ресурс]: – URL: <https://www.litres.ru/s-u-mahov/organizaciya-bezopasnosti-aktivnogo-turizma/> - Дата доступа: 11.10.2019 г.

3. Муравьева, А.С., Ильин, А.В. Оказание первой медицинской помощи в туристском походе [Электронный ресурс]: – URL: https://kopilkaurokov.ru/prochee/prochee/okazaniie_piervoi_mieditsinskoj_pomoshchi_v_turistskom_pokhodie - Дата доступа: 11.10.2019 г.

4. Основы первой медицинской помощи: учеб. пособие / А. Г. Трушкин [и др.]. – М. ; Ростов н/Д : МарТ, 2015. – 318 с.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ

1. Смолева, Э. В. Сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи: учеб. пособие / Э. В. Смолева; ред. Б. В. Кабарухин. – Ростов-н/Д : Феникс, 2005. - 474 с.

2. Смоленко, Е. Д. Основы медицинских знаний: курс лекций / Е. Д. Смоленко, И. М. Прищепа ; Витеб. гос. ун-т им. П. М. Машерова. – Витебск : ВГУ им. П. М. Машерова, 2009. – 173 с.

Лекционное занятие № 9

Тема «Утопление»

1. Определение понятия «утопление».
2. Типы утопления:
 - первичное (истинное, или «мокрое»);
 - вторичное – асфиксическое («сухое»)
3. Клинические периоды утопления.
4. Симптомы утопления.
5. Краткий алгоритм действий при утоплении.
6. Правила поведения на воде.

Утопление – терминальное состояние или наступление смерти вследствие аспирации (проникновения) жидкости в дыхательные пути, рефлекторной остановки сердца в холодной воде, либо спазма голосовой щели, что в результате приводит к снижению или прекращению газообмена в легких.

Утопление - вид механической асфиксии (удушья) в результате попадания воды в дыхательные пути.

Различают следующие виды утопления:

- истинное («мокрое», или первичное);
- асфиксическое («сухое»);
- синкопальное;
- вторичное утопление («смерть на воде»);
- истинное утопление.

Состояние, сопровождающееся проникновением жидкости в легкие, возникающее примерно в 75 – 95% гибели на воде.

Примерами истинного утопления является утопление в пресной и морской воде.

Утопление в пресной воде.

При проникновении в лёгкие пресная вода быстро всасывается в кровь, так как концентрация солей в пресной воде намного ниже, чем в крови. Это приводит к разжижению крови, увеличению её объёма и разрушению эритроцитов. Иногда развивается отёк лёгкого. Образуется большое количество устойчивой розовой пены, что ещё больше нарушает газообмен. Функция кровообращения прекращается, в результате нарушения сократимости желудочков сердца.

Утопление в морской воде.

Вследствие того, что концентрация растворённых веществ в морской воде выше, чем в крови, при попадании морской воды в лёгкие жидкая часть крови вместе с белками проникает из кровеносных сосудов в альвеолы. Это приводит к сгущению крови, увеличению в ней концентрации ионов калия, натрия, кальция, магния и хлора. В альвеолах накапливается большое количество жидкости, что ведёт к их растяжению вплоть до разрыва.

Как правило, при утоплении в морской воде развивается отёк лёгких. То небольшое количество воздуха, которое находится в альвеолах, способствует во время дыхательных движений взбиванию жидкости с образованием стойкой белковой пены. Резко нарушается газообмен, возникает остановка сердца.

При истинном утоплении существует три клинических периода:

Начальный период.

Пострадавший в сознании и ещё способен задерживать дыхание при повторных погружениях под воду. Спасенные неадекватно реагируют на обстановку (одни могут находиться в депрессии, другие – чрезмерно активны и возбуждены). Кожные покровы и видимые слизистые синюшны. Дыхание частое, шумное, может прерываться приступами кашля. Первичная тахикардия и артериальная гипертензия вскоре сменяются брадикардией и последующим снижением артериального давления.

Верхний отдел живота, как правило, вздут в связи с поступлением большого количества воды в желудок. Может наблюдаться рвота заглоченной водой и желудочным содержимым. Острые клинические проявления утопления быстро проходят, восстанавливается ориентация, но слабость, головная боль и кашель сохраняются несколько дней.

Агональный период.

Пострадавший находится без сознания. Пульс и дыхательные движения сохранены. Сердечные сокращения слабые, глухие. Пульс может определяться исключительно на сонных и бедренных артериях. Кожные покровы синюшные, холодные на ощупь. Из рта и носа выделяется пенная жидкость розового цвета.

Период клинической смерти.

Внешний вид пострадавшего при данном периоде истинного утопления такой же, как в агональном. Единственным отличием является отсутствие пульса и дыхательных движений. При осмотре зрачки расширены, на свет не реагируют. В этом периоде реанимационные мероприятия редко являются успешными.

Асфиктическое утопление

Происходит вследствие раздражения жидкостью верхних дыхательных путей (без аспирации воды в легкие, в результате ларингоспазма) и наблюдается у 5—20% всех утонувших.

В большинстве случаев, асфиктическому утоплению предшествует предварительное угнетение ЦНС, состояние алкогольного опьянения, удар о поверхность воды. Как правило, начальный период диагностировать не удается. В агонии наблюдается редкий лабильный пульс на магистральных артериях. Дыхание может иметь вид «ложнореспираторного» (при чистых дыхательных путях). Со временем наступает угнетение дыхания и кровообращения и переход в период клинической смерти, который при асфиктическом утоплении длится дольше (4-6 минут). При реанимационных мероприятиях, как правило, трудно преодолеть спазм жевательных мышц.

Синкопальное утопление

Характеризуется первичной рефлекторной остановкой сердца и дыхания, вызываемой попаданием даже незначительного количества воды в верхние дыхательные пути. При данном виде утопления первоочередным является наступление клинической смерти. Пульс и дыхание отсутствуют, зрачки расширены, на свет не реагируют. Кожные покровы бледные. Сходный механизм развития имеет, так называемый «ледяной шок», или синдром погружения, развивающийся вследствие рефлекторной остановки сердца при резком погружении в холодную воду.

Вторичное утопление («смерть на воде»)

Происходит в результате первичной остановки кровообращения и дыхания (инфаркт миокарда, приступ эпилепсии и т.д.). Особенностью данного вида утопления является то, что попадание воды в дыхательные пути происходит вторично и беспрепятственно, так как человек уже находится в периоде клинической смерти.

Изменения, происходящие в организме при утоплении, в частности, сроки умирания под водой, зависят от ряда факторов: от характера воды (пресная, солёная, хлорированная пресная вода в бассейнах), от её температуры (ледяная, холодная, тёплая), от наличия примесей (ил, тина и т. д.), от состояния организма пострадавшего в момент утопления (переутомление, возбуждение, алкогольное опьянение и пр.).

При проведении реанимационных мероприятий крайне важное значение имеет фактор времени. Чем раньше начато оживление, тем больше шансов на успех. Исходя из этого, искусственное дыхание желательно начинать уже на воде. Для этого осуществляют периодическое вдувание воздуха в рот или в нос пострадавшего во время его транспортировки к берегу или к лодке. На берегу производят осмотр потерпевшего. Если пострадавший не терял сознания или находится в состоянии лёгкого обморока, то, чтобы устранить последствия утопления, достаточно дать понюхать нашатырный спирт и согреть пострадавшего.

Если функция кровообращения сохранена (пульсация на сонных артериях), но нет дыхания, полость рта освобождают от инородных тел. Для этого её очищают пальцем, обёрнутым бинтом, удаляют съёмные зубные протезы.

Нередко рот пострадавшего невозможно открыть из-за спазма жевательных мышц. В этих случаях проводят искусственное дыхание "рот в нос"; при неэффективности этого метода используют роторасширитель, а если его нет, то применяют какой-либо плоский металлический предмет (не сломать зубы!).

Что касается освобождения верхних дыхательных путей от воды и пены, то лучше всего для этих целей применить отсос. Если его нет, пострадавшего укладывают животом вниз на бедро спасателя, согнутое в коленном суставе. Затем резко, энергично сжимают его грудную клетку. Эти манипуляции необходимы в тех случаях реанимации, когда проводить искусственную вентиляцию лёгких невозможно из-за перекрытия дыхательных путей водой или пеной. Проводить эту процедуру надо быстро

и энергично. Если в течение нескольких секунд эффекта нет, надо приступать к искусственной вентиляции лёгких. Если кожные покровы бледные, то надо переходить непосредственно к искусственной вентиляции лёгких после очищения полости рта.

Пострадавшего укладывают на спину, освобождают от стесняющей одежды, голову запрокидывают назад, помещая одну руку под шею, а другую накладывают на лоб. Затем выдвигают нижнюю челюсть пострадавшего вперёд и вверх так, чтобы нижние резцы оказались впереди верхних. Эти приёмы выполняют с целью восстановления проходимости верхних дыхательных путей. После этого спасатель делает глубокий вдох, немного задерживает дыхание и, плотно прижимаясь губами ко рту (или к носу) пострадавшего, делает выдох. При этом рекомендуется зажимать пальцами нос (при дыхании рот в рот) или рот (при дыхании рот в нос) оживляемого. Выдох проводится пассивно, при этом дыхательные пути должны быть открыты.

Если при искусственной вентиляции лёгких из дыхательных путей пострадавшего выделяется вода, которая затрудняет вентиляцию лёгких, надо повернуть голову в сторону и приподнять противоположное плечо; при этом рот утонувшего окажется ниже грудной клетки и жидкость выльется наружу. После этого можно продолжать искусственную вентиляцию лёгких. Ни в коем случае нельзя прекращать искусственную вентиляцию лёгких при появлении самостоятельных дыхательных движений у пострадавшего, если его сознание ещё не восстановилось или нарушен или резко учащен ритм дыхания, что свидетельствует о неполном восстановлении дыхательной функции.

В том случае, если отсутствует эффективное кровообращение (нет пульса на крупных артериях, не выслушиваются удары сердца, не определяется артериальное давление, кожные покровы бледные или синюшные), одновременно с искусственной вентиляцией лёгких проводят непрямой массаж сердца. Оказывающий помощь становится сбоку от пострадавшего так, чтобы его руки были перпендикулярны к поверхности грудной клетки утонувшего. Одну руку реаниматор помещает перпендикулярно груди в её нижней трети, а другую кладёт поверх первой руки, параллельно плоскости грудины. Сущность непрямого массажа сердца заключается в резком сдавлении между грудиной и позвоночником; при этом кровь из желудочков сердца попадает в большой и малый круг кровообращения. Массаж должен выполняться в виде резких толчков: не надо напрягать мышцы рук, а следует как бы "сбрасывать" массу своего тела вниз - ведёт к прогибанию грудины на 3-4 см и соответствует сокращению сердца. В промежутках между толчками руки от грудины отрывать нельзя, но давления при этом не должно быть - этот период соответствует расслаблению сердца. Движения реаниматора должны быть ритмичными с частотой толчков около 100 в минуту.

Массаж является эффективным, если начинает определяться пульсация сонных артерий, сужаются до того расширенные зрачки, уменьшается

синюшность. При появлении этих первых признаков жизни непрямой массаж сердца следует продолжать до тех пор, пока не начнёт выслушиваться сердцебиение.

Если реанимация проводится одним человеком, то рекомендуется чередовать непрямой массаж сердца и искусственное дыхание следующим образом: на 4-5 надавливаний на грудину производится 1 вдувание воздуха. Если спасателей двое, то один занимается непрямой массажем сердца, а другой - искусственной вентиляцией лёгких. При этом 1 вдувание воздуха чередуют с 5 массажными движениями.

Следует учитывать, что желудок пострадавшего может быть заполнен водой, пищевыми массами; это затрудняет проведение искусственной вентиляции лёгких, непрямого массажа сердца, провоцирует рвоту.

После выведения пострадавшего из состояния клинической смерти его согревают (завёртывают в одеяло, обкладывают тёплыми грелками) и делают массаж верхних и нижних конечностей от периферии к центру.

При утоплении время, в течение которого возможно оживление человека после извлечения из воды, составляет 3-6 минут.

Большое значение на сроки возвращения к жизни пострадавшего оказывает температура воды. При утоплении в ледяной воде, когда температура тела снижается, оживление возможно и через 30 минут после несчастного случая.

Как бы быстро спасённый человек ни пришёл в сознание, каким бы благополучным ни казалось его состояние, помещение пострадавшего в стационар является неременным условием.

Транспортировку проводят на носилках - пострадавшего укладывают на живот или на бок с опущенной головой. При развитии отёка лёгких положение тела на носилках горизонтальное с поднятым головным концом. Во время транспортировки продолжают искусственную вентиляцию лёгких.

Краткий алгоритм действий:

Убедись, что тебе ничто не угрожает. Извлеки пострадавшего из воды. (При подозрении на перелом позвоночника — вытаскивай пострадавшего на доске или щите.)

Уложи пострадавшего животом на свое колено, дай воде стечь из дыхательных путей. Обеспечь проходимость верхних дыхательных путей. Очисти полость рта от посторонних предметов (слизь, рвотные массы и т.п.).

Вызови (самостоятельно или с помощью окружающих) «скорую помощь».

Определи наличие пульса на сонных артериях, реакции зрачков на свет, самостоятельного дыхания.

Если пульс, дыхание и реакция зрачков на свет отсутствуют — немедленно приступай к сердечно-легочной реанимации. Продолжай реанимацию до прибытия медицинского персонала или до восстановления самостоятельного дыхания и сердцебиения

После восстановления дыхания и сердечной деятельности придай пострадавшему устойчивое боковое положение. Укрой и согрей его. Обеспечь постоянный контроль за состоянием больного!

Правила поведения на воде.

Каждый год в водоемах Беларуси находят свою смерть 1000 человек! Причем по не зависящим от них причинам тонут, может быть, сотни. Остальные — по собственной глупости, нарушая элементарные правила безопасности. Главное ПРАВИЛО гласит: не зная броду — не суйся в воду!

В городских водоемах, более чем где-либо, опасно купаться в непроверенных местах и особенно прыгать с обрывистых берегов и импровизированных вышек.

Прыгнуть сверху в воду — запросто можно напороться на кучу битых кирпичей, вертикально торчащий прут металлической арматуры или запутаться в клубке колючей проволоки.

Собираясь купаться, особенно если среди вас маленькие дети, не поленитесь лишний раз проверить состояние дна. Это обережет вас от многих неприятностей.

Такую чистку бесполезно проводить даже на специально оборудованных пляжах, где дно может быть усеяно острыми осколками разбитых бутылок и банок.

Общеизвестно, что реже всего тонут люди, которые хорошо плавают и которые плохо плавают. Больше всего — пловцы, которые считают, что хорошо плавают. Они чувствуют себя в воде довольно уверенно и из-за этой, не подтвержденной опытом уверенности, и тонут.

Никогда не считайте себя отличным пловцом, и тогда, обещаю, будете плавать до глубокой старости!

Попав в водоворот, не паникуйте — наберите в легкие побольше воздуха, погрузитесь поглубже в воду и, резко выгребая руками и ногами, отплывайте в сторону от воронки.

Не стоит пытаться переплыть реки, озера и океаны на спор.

Не купайтесь долго в холодной воде!

Ни в коем случае не оставляйте без присмотра вблизи открытой воды малолетних детей! Они могут утонуть мгновенно! Даже на мелководье будьте с ними всегда рядом!

Если вы не умеете плавать — не следует чрезмерно доверять себя надувным матрасам, автомобильным камерам и прочим подручным плавсредствам. Во-первых, в самый неподходящий момент они могут лопнуть. Во-вторых, течением и ветром вас может отнести далеко от берега.

Несколько правил для любителей гребли на прогулочных лодках:

- Опасно перегружать лодку сверх установленной нормы.
- Купаться или нырять с лодки.
- Пересаживаться или пытаться сидеть на ее борту.
- Кататься возле шлюзов, плотин, дноуглубительных снарядов, посреди фарватера реки.

- Останавливать лодку под мостами и около мостов, где фарватер сильно сужается.

В связи с этим, да и просто купаниями в реке, прежде чем совершать дальние заплывы, нужно научиться отдыхать на воде.

Лучше всего лежать на спине. Для чего набрать побольше воздуха (при полном вдохе вы почувствуете, как ваше тело всплывает), расправить руки и ноги и, слегка подгребая ими, расслабиться. В таком положении можно находиться на плаву часами.

При сильном волнении, когда вода, перехлестывая через вас, заликает нос и рот, можно использовать менее комфортный способ отдыха — плавание «поплавком». Обычно с этого упражнения начинают обучать плаванию детей в бассейнах.

В этом случае следует вдохнуть побольше воздуха, согнуться в поясе, обхватить руками колени и находиться в таком положении, пока хватит воздуха. До тех пор пока у вас в легких есть воздух — утонуть вы не сможете. Потом надо, быстро подняв голову, набрать новую порцию воздуха. И снова всплыть спиной вверх.

И так, потихоньку помаленьку, чередуя отдых и плавание, добраться до берега. Особенно хорош этот способ в случае, когда у вас свело судорогой ногу и вам надо высвободить руки, чтобы помочь себе.

Для того чтобы избежать несчастного случая на воде, НАДО :

- Пользоваться оборудованными пляжами. И, если их нет, определить постоянное место для купания, проверив его с точки зрения безопасности.
- Научиться плавать.
- Перед тем как совершать дальние заплывы, научиться отдыхать на воде, лежа на спине и «поплавком».

НЕЛЬЗЯ :

- Прыгать с обрывов и случайных вышек, не проверив дно.
- Заплывать за буйки или пытаться переплыть водоемы.
- Выплывать на судоходный фарватер.
- Купаться в нетрезвом виде.
- Устраивать в воде опасные игры.
- Долго купаться в холодной воде
- Далеко отплывать от берега на надувных матрасах и кругах, если вы не умеете плавать.
- Находясь на лодках, ОПАСНО — пересаживаться, садиться на борта, перегружать лодку сверх установленной нормы, кататься возле шлюзов, плотин, дноуглубительных снарядов, посреди фарватера реки.

Отдельное НЕЛЬЗЯ, касающееся детей:

- Нельзя оставлять детей без присмотра возле воды.
- Разрешать купаться в незнакомых местах, тем более прыгать с обрывов.
- Разрешать далеко заплывать.

- Заходить в воду без надувных кругов и дальше чем по пояс, если ребенок не умеет плавать.

Рекомендуемая литература:

ОСНОВНАЯ:

1. Бурняшева, Л.А. Основы курортологии. Учеб. пособие [Электронный ресурс]. – URL: <https://docplayer.ru/40526251-L-a-burnyasheva-osnovu-kurortologii.html> - Дата доступа: 11.10.2019 г.

2. Кусков, А.С. Курортология и оздоровительный туризм: Учеб. пособие для вузов (Серия "Учебники для высшей школы") М. : Практическая медицина, 2006. – 415 с.

1. Медведев, А.С. Основы медицинской реабилитологии : [монография] / А.С. Медведев ; Нац. акад. наук Беларуси, Ин-т физиологии. – Минск : Беларуская навука, 2010. – 434 с.

3. Степанов, Е.Г. Основы курортологии Учеб. пособие 2006 [Электронный ресурс]. – URL: <https://studfiles.net/preview/5591363/> - - Дата доступа: 11.10.2019 г.

4. Хорошилова, Л.С. Основы курортологии: курс лекций / Л.С. Хорошилова. - Кемерово : Кемеровский гос. универ. 2012 [Электронный ресурс]. – URL: <http://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=232399> - Дата доступа: 11.10.2019 г.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ

1. Епифанов, В.А. Медицинская реабилитация / В. А. Епифанов. – Москва, 2005. - 328 с.

2. Епифанов, В.А. Лечебная физическая культура : учеб. пособие : рек. УМО по мед. и фарм. образованию вузов России / В. А. Епифанов. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 567 с.

Лекционное занятие № 8

Тема: «Поражения ядами животных и насекомых»

1. Местная болевая и воспалительная реакция на укус животных.
2. Местная болевая и воспалительная реакция на укус насекомых.
3. Общетоксические явления (озноб, тошнота, головокружение, сухость во рту).
4. Аллергические реакции на чужеродные вещества.
5. Первая медицинская помощь при укусе насекомых.
6. Общетоксические симптомы.
7. Первая помощь при укусе змей.

Лето в Беларуси – повод отправиться на природу. Тропинки в национальных парках, походы на болота, ночевки у озера и другие прекрасные места могут вызывать тревогу у городского жителя: не притаился ли в траве кто-то страшный, готовый подползти и укусить.

Диких животных, скорее всего, не встретятся. Они слышат людей и сами отходят подальше. Опасными они становятся в случае, если защищают свою территорию или, если болеют бешенством.

Бешенством болеют кабаны, барсуки, лисицы, зайцы, грызуны, енотовидные собаки, летучие мыши, лошади, коровы, кошки, собаки. Чаще всего бешенство передается через слюну животных. Бешенство – абсолютно смертельное заболевание, и комплекс прививок – единственный способ его предотвратить.

Если видишь диких животных – не думай, что это шанс стать звездой Youtube. Не подходи ближе, не делай резких движений, спокойно уходи. В адекватном состоянии приближаться к людям животное не будет, а вот бешенство лишает его осторожности. Если лиса вдруг идет навстречу – это не от внезапно проснувшейся любви к человеку. Никогда не следует гладить или брать на руки диких животных, даже самых милых.

Глобальных оценок распространенности укусов собак нет, но исследования позволяют предполагать, что на укусы собак приходится десятки миллионов ежегодных травм.

Большинством людей, подвергающихся укусам собак, являются дети, в основном, среднего и старшего возраста.

Что нужно делать после укуса собаки, чтобы не умереть от бешенства:

- Сразу после укуса — промыть рану проточной теплой водой с мылом. После этого обработать рану перекисью водорода.
- Идти в ближайший травмпункт. Не откладывать «на завтра», даже если укус произошёл ночью.
- В травмпункте осмотрят рану и примут решение о назначении лечения. Если есть возможность найти укусившее вас животное, то нужно сделать это. Если нет, необходимо начинать лечение сразу.
- Процедура лечения безболезненна и бесплатна. В настоящее время для профилактики бешенства нужно пройти курс из 6 уколов в плечо.

Уколы делаются на 0, 3, 7, 14, 30 и 90 день после укуса. Прививки от бешенства обязаны делаться бесплатно и вне очереди.

– Во время уколов и через полгода после них нельзя пить алкогольные напитки. Это может нивелировать эффект уколов и навредить вашему организму, особенно печени.

Нужно помнить, что бешенство очень опасно и убивает человека спустя 2 недели после появления первых симптомов. Болезнь может не проявиться сразу после укуса собаки, а переждать инкубационный период (до года). Намного лучше и эффективнее — начать лечение сразу после укуса собаки. Начинать лечение после появления симптомов бешенства — крайне неэффективно. Поэтому, даже если укусила домашняя собака — обязательно обращаться к врачу. У животных признаки бешенства могут проявляться не сразу.

Если есть возможность наблюдать за животным, которое укусило (например, если это домашняя собака) — хорошо. Если у животного не начнут проявляться признаки бешенства спустя 2 недели, то курс уколов можно приостановить.

Отдельные группы населения, особенно дети, должны быть проинформированы о рисках укусов собак и методиках их предотвращения, заключающихся в том, чтобы избегать бродячих собак и никогда не оставлять детей без присмотра рядом с какими-либо собаками.

Самые высокие показатели укусов кошек отмечаются у женщин.

Лечение зависит от места укуса и от того, было ли животное вакцинировано против бешенства.

Основные принципы медицинской помощи включают следующие:

- скорейшая медицинская обработка, включая очищение раны;
- профилактическая терапия антибиотиками для снижения риска инфицирования;
- постэкспозиционное лечение бешенства в зависимости от статуса вакцинации животного;
- введение противостолбнячной вакцины при отсутствии надлежащей вакцинации у пострадавшего человека.

На укусы обезьян приходится 2–21% травм, связанных с укусами животных. В Индии, например, как показали результаты двух исследований, обезьяны являются вторым после собак наиболее значительным источником травм, связанных с укусами животных.

Укусы обезьян представляют значительный риск для лиц, совершающих поездки, и после укусов собак занимают второе по значимости место среди укусов животных для лиц, совершающих поездки.

Лечение зависит от состояния здоровья пациента, места укуса и того, подозревается ли бешенство у обезьяны.

Основные принципы медицинской помощи включают следующие:

- скорейшая медицинская обработка, включая очищение раны;
- профилактическая терапия антибиотиками для снижения риска инфицирования;

– постэкспозиционное лечение бешенства в зависимости от статуса вакцинации животного;

– введение противостолбнячной вакцины при отсутствии надлежащей вакцинации у пострадавшего человека.

Отдельные сообщества и лица, совершающие поездки, должны быть проинформированы о рисках укусов обезьян и методиках их предотвращения.

В Беларуси можно встретить южнорусского тарантула (это паук размером примерно 3 см, может быть больше), особенно в Гомельской области на открытых территориях возле водоемов. Они живут в норах, скорее всего, будут избегать человека, но у них есть яд и укусы они тоже могут.

Если паук укусил – следует промыть место укуса чистой водой и продезинфицировать спиртом или йодом. Паук не очень опасен – скорее всего, на месте укуса появиться отек и болезненность, но лучше все равно в ближайшее время обратиться к врачу. Опасной может быть ситуация, если разовьется аллергическая реакция – следует выпить антигистаминные препараты и поехать в ближайшую больницу.

Чтобы не встретиться случайно с пауком, следует внимательно осматривать все места, куда собираешься садиться или ложиться – а также все, что собираешься брать руками.

Обычные летние обитатели лесов и полей, которые могут укусить – это пчелы, осы и шершни.

Если укусила пчела, чистым пинцетом или иглой следует удалить жало. Дальше со всеми укусами поступают одинаково: промывают место укуса чистой водой, дезинфицируют спиртом, йодом или перекисью водорода, делают холодный компресс и пьют много жидкости.

Если место укуса быстро отекает и немеет, появляется резкая слабость и головокружение – нужно выпить противоаллергические (антигистаминные препараты) и вызвать скорую помощь или срочно ехать в больницу.

Если рядом где-то гнездо, рой или пасака – их обходят стороной, не размахивая руками. Также на природе лучше не пользоваться косметикой с ярким запахом – есть мнение, что это может привлекать насекомых.

Клещи – членистоногие, которые отлично чувствуют себя в Беларуси и живут и в городских парках, и в глухих лесах. Для жизненного цикла им нужна кровь теплокровных – и поэтому к любому походу на природу добавляется еще один повод для беспокойства. Клещи могут переносить болезнь Лайма (клещевой боррелиоз, поражающий кожу, суставы и сердечно-сосудистую систему), а в некоторых регионах и клещевой энцефалит. В Беларуси это Беловежская пуца и Березинский заповедник.

Если замечен клещ, его надо удалить – чем раньше, тем лучше. Смазывать клеща маслом бесполезно.

Важно достать клеща полностью, не разорвав его и не оставив головку. Это можно сделать пинцетом или нитью:хвати клеща как можно ближе к коже и достань выкручивающими движениями. Если головка оторвалась, ее

удаляют стерильной иглой, как занозу, обработай место укуса спиртом. В качестве профилактики болезни Лайма сразу принимают антибиотик доксициклин – его назначает врач. Можно сдать клеща на исследование.

Что делать, чтобы не встретиться с клещем? Если идешь в лес, надо надевать закрытую одежду и головной убор.

Майку заправляют в штаны, штаны – в носки. Регулярно осматривают себя и товарища в поисках черных точек на одежде и коже: проще снять еще ползущего клеща, чем присосавшегося. Одежду можно обработать специальным средством от клещей (обычный репеллент от насекомых тут не подойдет). Если путешественники будут находиться в зоне, где распространен клещевой энцефалит, необходимо сделать заранее прививку.

Большинство укусов змей происходит в Африке и Юго-Восточной Азии. Укусы змей наиболее распространены среди людей, живущих в сельских районах с ограниченными ресурсами, занимающихся низкооплачиваемым, немеханизированным выращиванием полевых культур и другими видами сельского хозяйства.

В мире насчитывается примерно 600 видов ядовитых змей, и примерно 50-70% их укусов приводят к интоксикации.

Сразу же после укуса крайне важно обеспечить полную иммобилизацию пораженной части тела и незамедлительную доставку пострадавшего в медицинское учреждение. Наложение жгутов и вырезание места укуса не следует применять в качестве первой помощи, так как это может усилить воздействие яда.

Часто жертвам укусов змей требуется лечение антитоксином. Важно, чтобы использовался соответствующий антитоксин с учетом змей, эндемичных для данного района. Дополнительные меры включают очищение раны для снижения риска инфицирования, поддерживающую терапию, такую как поддержка дыхания, и при выписке введение противостолбнячной вакцины в случае, если пациент не вакцинирован надлежащим образом против столбняка.

В целях предотвращения укусов змей необходимо информировать местные сообщества, туристов о рисках укусов змей и методиках их предотвращения, таких как:

- избегать местностей с высокой травой;
- надевать защитную обувь/сапоги;
- не допускать грызунов в места хранения пищевых продуктов;
- освобождать от мусора, дров и низкой растительности прилегающую к дому местность;
- в домах хранить пищевые продукты в контейнерах, надежно защищающих их от грызунов, устраивать спальные места на приподнятом над полом уровне и тщательно заправлять противомоскитные сетки под матрасы.

Единственная ядовитая змея в Беларуси – гадюка обыкновенная. Выглядит змея так: длиной 50-70 см, от серого до бурого цвета с темной

зигзагообразной линией вдоль хребта (хотя некоторые могут быть полностью черными), с закругленной мордой с ядовитыми зубами.

Встретиться с ней можно, если отправиться в поход по лесам и болотам, а также при исследовании норы, пней и старых камней – гадюка любит там прятаться. При встрече она сама, скорее всего, попытается скрыться, а нападет только при угрозе собственной безопасности.

Если видишь змею – не делай резких движений и лучше не подходи ближе, чтобы выяснить, вдруг это все-таки ужик.

Если змея тебя все-таки укусила (место укуса – две точечные ранки), главное – не паниковать (укус гадюки крайне редко приводит к смерти).

Если змея укусила в руку, нужно снять все кольца, браслеты и тесную одежду, если в ногу – обувь (конечность будет отекает). Промывают ранку чистой водой, выдавливают яд из раны (это актуально только в первые минуты после укуса), дезинфицируют рану спиртом или йодом.

Наладывают шину на конечность (доска или палка, примотанные мягким бинтом), чтобы обеспечить ее неподвижность, пить надо много жидкости (кофе и алкоголь нельзя) и как можно быстрее доставить укушенного в больницу, где есть специальная сыворотка.

Укушенному лучше как можно меньше двигаться (транспортировать в больницу лучше лежа). Разрезать место укуса, прижигать или накладывать жгут на конечность нельзя – это может только ухудшить дело.

В походе – внимательно смотрят под ноги, выбирают закрытую обувь (высокие сапоги – надежная защита!), не ходят босиком, не пытаются подходить к змее (например, чтобы сфотографировать ее – инстаграм переживет отсутствие фотографии с подписью «за минуту до того, как меня укусила гадюка»). Проверяют пни и камни, прежде чем сесть на них.

Рекомендуемая литература:

ОСНОВНАЯ

1. Варламов, В.Г. Основы безопасности в пешем походе [Электронный ресурс]: – URL: http://nkosterev.narod.ru/met/varl_bez.html - Дата доступа: 11.10.2019 г.

2. Махов, С.Ю. Организация безопасности активного туризма [Электронный ресурс]: – URL: <https://www.litres.ru/s-u-mahov/organizaciya-bezopasnosti-aktivnogo-turizma/> - Дата доступа: 11.10.2019 г.

3. Муравьева, А.С., Ильин, А.В. Оказание первой медицинской помощи в туристском походе [Электронный ресурс]: – URL: https://kopilkaurokov.ru/prochee/prochee/okazaniie_piervoi_mieditsinskoi_pomos_hchi_v_turistskom_pokhodie - Дата доступа: 11.10.2019 г.

4. Основы первой медицинской помощи: учеб. пособие / А.Г. Трушкин [и др.]. – М. ; Ростов н/Д : МарТ, 2015. – 318 с.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ

1. Смолева, Э.В. Сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи: учеб. пособие / Э.В. Смолева; ред. Б.В. Кабарухин. – Ростов-н/Д : Феникс, 2005. - 474 с.

2. Смоленко, Е.Д. Основы медицинских знаний: курс лекций / Е. Д. Смоленко, И. М. Прищепа ; Витеб. гос. ун-т им. П.М. Машерова. – Витебск : ВГУ им. П. М. Машерова, 2009. – 173 с.

Лекционное занятие № 9

Тема «Характеристика основных активных видов отдыха и оздоровления»

1. Виды активного отдыха и оздоровления.
 2. Современный рынок медицинского отдыха.
 3. Формы организации активных видов отдыха.
 4. Лечебная физическая культура в системе активного отдыха.
 5. Основные виды ЛФК.
 6. Комплекс упражнений ЛФК. Факторы оздоровления.
1. Определение уровня физической нагрузки. Пешеходные прогулки.
 2. Методы лечения с помощью лечебной физической культуры.
 3. Основные принципы применения ЛФК

Активный туризм – это интенсивная деятельность человека в процессе отдыха, например, развлечения, спортивные нагрузки. К подобному туризму относятся различные туры, связанные с посещением экзотических мест, охота, рыбалка и т. д.

Пассивный туризм – это деятельность человека в процессе отдыха, которая не требует сильных физических нагрузок. Программы туров пассивного туризма больше ориентированы на физический отдых и познавательную деятельность. Подобные туры могут быть рассчитаны на семейные пары с детьми или пенсионеров.

Туризм представляет собой один из видов активного отдыха.

Следует отметить, что каждый человек самостоятельно принимает решение относительно того, какой вид отдыха ему подходит. Основными критериями при выборе того или иного способа являются: потребности и интересы человека, его физические особенности и финансовые возможности.

Активные виды отдыха и оздоровления очень популярны на курортах вследствие наличия ряда условий:

- материальной базы для занятий (пляж, бассейн, спортзал, спортплощадка, спортивные снаряды и пр.);
- специалистов лечебной физкультуры (ЛФК), инструкторов по спорту;
- свободного времени для занятий;
- партнеров по активным видам спорта;
- выраженного лечебного и оздоровительного эффекта физических упражнений;
- общей оздоровительной направленности пребывания на курорте и рекреационной атмосферы.

Основные формы оздоровительного отдыха на курорте:

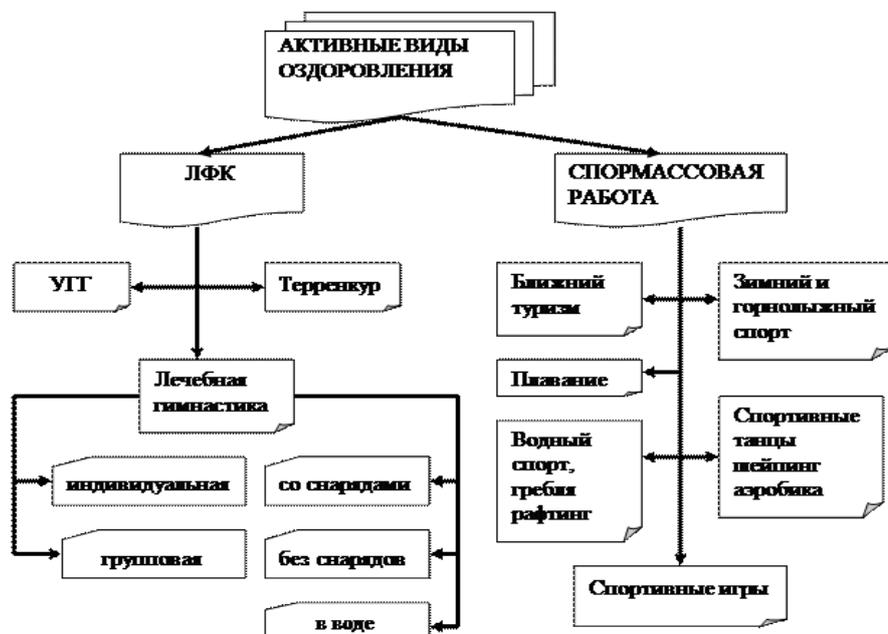
1. Закаливание: - ванны воздушные, солнечные, водные;
- купания морские, в реке, бассейне и др.
 - бани: русская, финская, греческая и др.

2. Физическая культура: - утренняя гимнастика, оздоровительные прогулки, бег

- терренкур, спортивные игры

3. Туризм, экскурсии и др.

Активный отдых предусматривает комплексное использование всех форм оздоровительных мероприятий. Все активные виды оздоровления можно объединить в две большие группы: собственно ЛФК и спортивно-массовую работу.



В настоящее время под лечебной физической культурой понимают:

1. Раздел клинической медицины, изучающий рациональное применение физической культуры и изменения, возникающие у больных под влиянием физических упражнений.

2. Метод неспецифической терапии, использующий средства физической культуры для восстановления здоровья и трудоспособности больного, предупреждения последствий патологического процесса.

3. Метод лечения, основанный на использовании физических упражнений, широко применяющийся в санаторно-курортных условиях с целью укрепления здоровья, лечения и медицинской реабилитации больных, предупреждения прогрессирования болезней и их осложнений.

Лечебная физкультура оказывает как общее действие на организм, способствуя нормализации функций сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, опорно-двигательного аппарата, так и местное действие - восстановление деятельности пораженных органов.

Основной терапевтический метод ЛФК — лечебная гимнастика, то есть специально подобранные для лечения физические упражнения. Основное средство ЛФК — физические упражнения, применяемые в соответствии с задачами лечения, с учетом этиологии, патогенеза, клинических

особенностей, функционального состояния организма, общей физической работоспособности.

Форма лечебной физической культуры — организационная форма, в рамках которой применяются средства лечебной физкультуры и осуществляются методы ЛФК.

Методы ЛФК по сути, являются задачами ЛФК. В наименовании методики ЛФК указывают то заболевание или патологическое состояние, при котором этот метод применяется. Например, «ЛФК при артрозе тазобедренного сустава в форме индивидуальных занятий утренней гимнастикой» или «ЛФК при хронической ишемической болезни сердца в форме группового занятия ЛФК», или «Обучение ходьбе с опорой на трость в форме индивидуального занятия ЛФК».

Средства ЛФК — действующие лечебные факторы, такие как гимнастические физические упражнения, физические упражнения в воде, ходьба, занятия на тренажерах и др.

Основные принципы применения ЛФК: индивидуально дозированная физическая тренировка; подбор упражнений и их сочетаний в зависимости от характера заболевания и его течения, возраст и состояние здоровья больного, регулярность и длительность применения ЛФК, постепенное возрастание физической нагрузки в процессе лечения. Упражнения могут быть активными или пассивными, предназначенными для рук, ног, брюшного пресса и т. д.; направленными на исправление осанки, тренировку дыхания и координации движений, расслабление мышечных групп и т.

Основные виды лечебной физкультуры:

1. Утренняя гигиеническая гимнастика. Проводится утром до завтрака, в теплое время года на открытом воздухе. Продолжительность утренней гимнастики от 5 до 20 минут. При этом она должна назначаться строго индивидуально.

2. Лечебная гимнастика - комплекс физических упражнений для воздействия на организм целиком или местно на больной участок тела или орган. Процедуры лечебной гимнастики проводят обычно не чаще одного раза в день. Продолжительность их зависит от состояния больного, его тренированности. Занятия организуются в группах или индивидуально, с использованием снарядов (в том числе и тренажеров) и без них. Лечебная гимнастика может проводиться на спортплощадках или в залах, а также в воде (бассейны или водоемы).

3. Пешеходные прогулки - лечебная процедура, доступная всем не только в санаториях и домах отдыха, но и в обычной жизни. При прогулках необходимо соблюдать соотношение дыхания и ходьбы. Под «правильным» дыханием понимается такое, которое наиболее полно и эффективно обеспечивает потребности организма в кислороде и позволяет полностью удалять из тканей и крови конечные продукты обмена веществ, в частности, углекислый газ. Ходьба во время прогулки должна сопровождаться свободными движениями рук.

4. Терренкур - это маршрут дозированной ходьбы, назначаемой отдыхающим в санаториях для тренировки сердечно-сосудистой системы, опорно-двигательного аппарата, дыхательной системы.

Занятия ЛФК проводятся, как правило, под наблюдением инструктора и назначаются с учетом приема других процедур. К примеру, не рекомендуются физические упражнения в первые два часа после приема сероводородных ванн, массаж лучше принимать после физических упражнений и т.д.

Другая форма активной деятельности на курортах – спортивно-массовая работа, носит оздоровительный характер, но не является строго лечебной деятельностью.

Основные формы спортивно-массовой работы на курорте:

1. Игры (настольный теннис, большой теннис, волейбол, бадминтон, водное поло, футбол, шахматы и пр.) и спортивные праздники. Они могут проводиться как в спортивных залах и спортплощадках, так и в водоемах. Различают игры малоподвижные, подвижные и спортивные. Подвижные и спортивные игры имеют особенно важное значение в детских лечебно-профилактических учреждениях.

2. Ближний туризм. Это однодневные походы в пределах территории курорта. Они проводятся под руководством методиста - специалиста ЛФК. Общая продолжительность похода не должна превышать 8 часов, а длительность пешеходного маршрута - 15 км.

3. Спортивные танцы, аэробика, шейпинг.

4. Зимние и горнолыжные виды спорта (где это позволяет климат и местность) – лыжи, горные лыжи, сани, скейтборды и пр.

6. Горно-водные виды (рафтинг, каноэ).

У каждого отдыхающего на курорте предусматривается индивидуальный режим активного отдыха. Однако необходимо придерживаться общих унифицированных организационных форм активного отдыха, которые объединяются в два основных режима:

- Щадящий режим. Его рекомендуют лицам старшего и пожилого возраста (женщины старше 50, мужчины - 55 лет), а также имеющим те или иные отклонения в состоянии здоровья, сниженную адаптацию организма к физическим нагрузкам или слабое физическое развитие.

- Тренирующий режим назначают лицам молодого и среднего возраста (женщины до 50 лет, мужчины до 55 лет), практически здоровым, имеющим незначительные отклонения в состоянии здоровья, не отражающиеся на общем состоянии, удовлетворительное и хорошее физическое развитие.

Основное отличие режимов предусматривает ограничения в отношении числа, интенсивности и продолжительности оздоровительных процедур (воздушные, солнечные, водные ванны), а также по формам их использования.

Содержание активного отдыха во многом определяется трудовой деятельностью отдыхающих. Для лиц умственного труда активный отдых

должен включать различные формы физической деятельности: прогулки, ближний туризм, пляжные и подвижные виды спорта. При этом мышечная активность в сочетании с положительным влиянием природно-климатических факторов способствует ликвидации явлений общего утомления и напряжения. Для лиц физического труда отдых на курорте должен носить успокоительный характер.

При занятиях физическими упражнениями важно знать уровень физической работоспособности, чтобы определить объем и интенсивность допустимой нагрузки.

Физическая работоспособность выражается количеством работы, которая выполняется при той или иной частоте сердечных сокращений. Определение общей физической работоспособности позволяет судить о степени приспособления организма к нагрузке. Быстро определить состояние сердечно-сосудистой системы можно при помощи простых функциональных проб.

Проба Руфье. Испытуемый, находящийся в покое в течение 5 мин, определяет частоту сердечных сокращений (ЧСС) за 15 секунд (P1); затем в течение 45 секунд выполняет 30 приседаний, при этом самостоятельно и громко считая, что позволяет избежать задержки дыхания.

Гарвардский степ-тест. Физическая нагрузка задается в виде восхождений на ступеньку. Высота ступеньки и время выполнения теста зависят от пола, возраста и физического развития испытуемого. Испытуемый на протяжении 5 мин должен совершать восхождение на ступеньку с частотой 30 раз в 1 мин.

Перед назначением занятий ЛФК определяются задачи использования физических упражнений, подбираются средства и формы занятий для их решения. Важно сочетать общее и местное (локальное) воздействие физических упражнений на организм, помня о том, что выздоровление во многом зависит от общего состояния организма.

Методика применения физических упражнений в каждом конкретном случае зависит от диагноза, стадии заболевания, функциональных возможностей, индивидуальных особенностей больного (уровня его физической подготовленности, возраста, профессии, наличия сопутствующих заболеваний), т. е. используется принцип индивидуального подхода. В методике ЛФК необходимо придерживаться и других общепедагогических дидактических принципов: сознательности и активности, наглядности, доступности, систематичности, постепенности увеличения нагрузок, регулярности, цикличности, новизны и разнообразия.

Только сознательное и активное участие самого больного в процессе лечения создает у него необходимый эмоциональный фон и психологический настрой, что повышает эффективность применения ЛФК.

При обучении больных физическим упражнениям осуществляется с помощью зрительного восприятия (показа). Показ физических упражнений делает словесное объяснение инструктора более понятным и помогает больному правильно выполнять упражнения. Принцип доступности

осуществляется на основании оценки врачом или методистом ЛФК уровня физической подготовленности больного и клинического течения болезни.

Принцип систематичности является основой лечебно-восстановительной тренировки в период реабилитации, который длится порой несколько месяцев и даже лет. Только систематически применяя различные средства реабилитации, можно обеспечить оптимальное для каждого больного воздействие на организм, способствующее улучшению его функционального состояния.

Постепенное увеличение физической нагрузки – по объему, интенсивности, количеству выполняемых упражнений, числу повторений, степени сложности упражнений.

Регулярное применение физических упражнений – ежедневно или несколько раз в день, дробными дозами.

Чередование в процессе занятий работы и отдыха; включение в комплекс ЛФК дыхательных упражнений для изменения плотности занятия.

В процессе занятий 10 – 15 % физических упражнений должны обновляться, а 85 – 90 % – повторяться для закрепления результатов лечения. Нередко больные и выздоравливающие имеют недостаточный уровень физической подготовленности, поэтому следует особенно тщательно придерживаться принципа новизны, иначе занятия ЛФК могут вызвать нежелательные осложнения и лишить больного веры в эффективность физических упражнений в процессах лечения и реабилитации.

В методике ЛФК важное значение имеет дозировка физической нагрузки, учитывающая общий объем и интенсивность. Интенсивность физических упражнений может быть малой, умеренной и максимальной.

К упражнениям малой интенсивности относятся движения для небольших мышечных групп, выполняемые преимущественно в медленном темпе; при этом физиологические сдвиги в организме незначительны.

К упражнениям умеренной интенсивности относятся движения для средних и крупных мышечных групп, выполняемые в медленном и среднем темпе: упражнения на гимнастических снарядах и тренажерах, упражнения с отягощениями, ходьба, бег, ходьба на лыжах и т. п. Эти упражнения предъявляют значительные требования к сердечно-сосудистой, дыхательной и нервно-мышечной системам, вызывая значительные физиологические сдвиги в организме, сроки восстановления которых варьируются (в пределах десятков минут).

Упражнения максимальной интенсивности характеризуются вовлечением в работу большого числа мышц и быстрым темпом выполнения движений: бег на скорость, значительные нагрузки на тренажерах, спортивные игры и др. При этом наблюдаются субмаксимальные и максимальные изменения пульса и частоты дыхания. Восстановление организма продолжается несколько часов и даже дней. Дозировка физической нагрузки зависит от характера заболевания, его стадии, функционального состояния различных систем организма (прежде всего сердечно-сосудистой и дыхательной).

Рекомендуемая литература:

ОСНОВНАЯ

1. Издательство «Лань» [Электронный ресурс]: электронно-библиотечная система. – URL: <http://e.lanbook.com/> - Дата доступа: 11.10.2019 г.
2. Издательство «Юрайт» [Электронный ресурс]: электронно-библиотечная система. – URL: <http://biblio-online.ru> - Дата доступа: 11.10.2019 г.
3. ibooks.ru [Электронный ресурс]: электронно-библиотечная система. – URL: <http://ibooks.ru> - Дата доступа: 11.10.2019
4. Минёнок, Е.В. Лечебная физическая культура / Е.В. Минёнок : Учеб.-метод. комплекс для студентов – Новополоцк : ПГУ, 2011. – 300 с.
5. Медведев, А.С. Основы медицинской реабилитологии : [монография] / А.С. Медведев ; Нац. акад. наук Беларуси, Ин-т физиологии. – Минск : Беларуская навука, 2010. – 434 с.

Лекционное занятие № 10

Тема: «Основные тенденции развития индустрии оздоровительных услуг Wellnes- и SPA-технологий»

1. Основные тенденции развития индустрии оздоровительных услуг: внедрение различных методик и процедур, связанных с улучшением состояния здоровья и самочувствия человека.
2. Определение основных составляющих Wellnes- и SPA деятельности.
3. Анализ существующих систем.
4. Способы оздоровления, оздоровительные мероприятия во внекурортных учреждениях

Мировая Wellnes- и SPA-индустрия являются одними из ведущих и наиболее динамично развивающихся секторов глобальной индустрии туризма.

Одной из важнейших тенденций ее развития является динамичный рост рынка лечебно-оздоровительного туризма, который проявляется, прежде всего, в стабильном росте внутренних и международных туристических потоков с целью лечения и оздоровления; увеличении количества Wellnes- и SPA-предприятий и иных типов курортно-рекреационных учреждений, на базе которых формируется лечебно-оздоровительный турпродукт; интенсивном росте доходов предприятий отрасли.

Ведущими генерирующими факторами динамичного развития спа-индустрии выступают массовые общественные потребности в лечении и оздоровлении, особенно на фоне осознания в современном обществе важности сохранения и укрепления здоровья, поддержания хорошей физической формы и благоприятного психоэмоционального состояния.

Важнейшие реализующие факторы: рост доходов и уровня жизни населения экономически развитых государств и динамично развивающихся новых индустриальных стран, развитие систем кредитования и социальной помощи, увеличение фонда свободного (рекреационного) времени, развитие личных и общественных средств транспорта, доступность информационных ресурсов.

Согласно данным Международной ассоциации Wellnes- и SPA-индустрии, в мире действуют свыше 50 тыс. предприятий Wellnes- и SPA-индустрии, общий доход которых в 2016 г. составил около 90 млрд долларов. Лидерами Wellnes- и SPA-индустрии по объему доходов и количеству действующих предприятий являются США, Франция, Великобритания, Италия, Китай, Таиланд, Бразилия.

Важной тенденцией является глобализация мировой Wellnes- и SPA-индустрии. Одно из основных ее проявлений — активное развитие международных компаний и транснациональных сетей Wellnes- и SPA-центров.

Вместе с тем, параллельно с развитием глобальных Wellnes- и SPA-сетей отмечается функционирование значительного количества малых предприятий, имеющих ограниченные финансовые возможности для инновационной и маркетинговой деятельности, но отличающихся исключительно гибким характером реагирования на изменения конъюнктуры рынка, ориентацией на конкретные целевые сегменты.

Широкая сеть таких малых предприятий обеспечивает доступность соответствующих услуг для массового потребителя в дестинациях с различным уровнем развития курортно-рекреационных функций, включая периферийные дестинации, не представляющие значительный интерес для транснациональных компаний.

Дифференциация туристического спроса и диверсификация туристического продукта Wellnes- и SPA-индустрии.

Значительные объемы спроса и его существенная дифференциация в зависимости от социально-демографических характеристик и уровня доходов туристов, мотивации путешествий и прочих факторов стимулируют процессы диверсификации предложения и сегментации рынка лечебно-оздоровительных туров.

Региональная специализация мировой Wellnes- и SPA-индустрии.

Наряду с активными процессами глобализации, мировая Wellnes- и SPA-индустрия испытывает влияние сформировавшихся национальных и региональных традиций лечебно-оздоровительного туризма, которые выступают факторами региональной специализации Wellnes- и SPA-индустрии.

Особый региональный тип турпродукта Wellnes- и SPA-индустрии формируется на основе американской традиции, ориентированной на коммерческую составляющую деятельности Wellnes- и SPA-предприятий, с акцентом на процедуры индустрии красоты в сочетании с развлечениями и познавательной активностью.

Специфику азиатской Wellnes- и SPA-индустрии придают региональная этика сервиса, традиции «целостной медицины» и духовные практики.

На мировом рынке лечебно-оздоровительного туризма имеют место тенденции эволюционного перехода Wellnes- и SPA-индустрии развитых стран от естественно-ресурсной к инвестиционно-инновационной стадии развития, когда ресурсные факторы утрачивают роль ведущего базиса формирования конкурентных преимуществ на туристическом рынке.

Этим объясняется появление качественно новых видов рекреационных занятий, формирующих турпродукт, а также инновационных бизнес-моделей глобальной Wellnes- и SPA-индустрии.

Развитые страны являются центрами формирования инноваций в Wellnes- и SPA-индустрии.

Диффузия инноваций в развивающиеся страны осуществляется через функционирование глобальных Wellnes- и SPA-сетей и иные формы

инвестирования, обмена рыночной информацией, технологиями и опытом менеджмента.

Развивающиеся страны до настоящего времени остаются реципиентами инноваций, факторы роста Wellnes- и SPA-индустрии в них остаются экстенсивными (природно-ресурсная составляющая, уникальные традиции оздоровительных практик, низкая стоимость рабочей силы и др.).

Мировая SPA-индустрия является одним из ведущих и наиболее динамично развивающихся секторов глобальной индустрии туризма.

SPA подразумевает комплекс водных процедур и воздействие с использованием водорослей, натуральных косметических средств, направленный на оздоровление и расслабление всего организма.

Одной из важнейших тенденций ее развития является динамичный рост рынка лечебно-оздоровительного туризма, который проявляется, прежде всего, в:

- стабильном росте внутренних и международных туристических потоков с целью лечения и оздоровления;
- увеличении количества SPA-предприятий и иных типов курортно-рекреационных учреждений, на базе которых формируется лечебно-оздоровительный турпродукт;
- интенсивном росте доходов предприятий отрасли.

Ведущими генерирующими факторами динамичного развития SPA-индустрии выступают массовые общественные потребности в лечении и оздоровлении, особенно на фоне осознания в современном обществе важности сохранения и укрепления здоровья, поддержания хорошей физической формы и благоприятного психоэмоционального состояния.

В 1959 году американский врач Хальберт Л. ввёл в практику понятие «Wellness» и первым сформулировал основные принципы здорового образа жизни.

Слово «Wellness» вошло в русский язык сравнительно недавно и встречается в разных вариантах написания (веллнесс, велнесс, веллес, вэллес, вэллнэсс), однако рекомендуются использовать написание велнес по аналогии с более устоявшимся в русском языке словом фитнес.

Wellness включает в себя понятие фитнеса, так как является понятием более широкого плана.

Wellness подразумевает комплексное использование методик оздоровления, состоящих из диетологии, реабилитационных программ, психологического оздоровления, функционального тренинга, SPA-процедур и т. д. Такое сочетание умеренной физической активности, расслабляющих процедур и здорового питания дает оздоровительный эффект. Вслед за этим происходит и восстановление душевного равновесия.

Главная задача Wellness-процедур — предотвращение и профилактика болезней, а также признаков старения, как внешних, так и внутренних.

Wellness — это философия благополучия человека во всех сферах его бытия: духовной, социальной и физической. Тот, кто живёт согласно с

философией Wellness — удачен, полон энергии, оптимистичен и бодр вне зависимости от возраста. Он уделяет внимание внешнему виду своего тела, следует принципам здорового питания, умеренно использует физические нагрузки.

Основные принципы философии Wellness:

- движение;
- умственная активность;
- расслабление и гармония;
- красота и уход за телом;
- сбалансированное питание.

Wellness-оборудование подразделяют на две группы: предназначенное для активных тренировок (тонусные столы, вакуумные тренажеры, иппотренажеры, баланс-платформы, виброплатформы) и предназначенное для пассивных процедур (прессотерапия, магнитотерапия, термотерапия инфракрасным излучением, массажные кровати).

Wellnes-оборудование позволяет улучшить внешность и общее состояние организма без тяжелых физических нагрузок и жестких диет.

Концепция Wellness – поддержание хорошей физической и духовной формы с удовольствием и без насилия над собой.

Дословный перевод слова Wellness – это «великолепное самочувствие», ощущение счастья и полноты жизни. Но в широком смысле Wellness - это здоровый образ жизни, это здоровье тела, разума и души, это философия отношения к обстоятельствам, окружающим людям, к самому себе, это гармония и уверенность.

Каковы же основные принципы данной философии?

- расслабление и гармония (избежание стрессов или избавление от них);
- красота и уход за телом;
- движение;
- питание (естественно, сбалансированное);
- умственная активность.

Новомодное слово «Wellness» в Белоруссию первыми привезли белорусские туристы, очарованные впечатлениями о незабываемом отдыхе с элементами релаксации в специальных пятизвездочных отелях, именуемых ныне повсеместно за рубежом Wellness - центрами.

Как считают специалисты этой отрасли, полноценный SPA-центр — это не просто комплекс косметологических процедур по уходу за телом, а место, где человек проходит процесс оздоровления, восстанавливает как физические, так и душевные силы, получает положительные эмоции.

Таким образом, Wellness – это система оздоровления организма путем достижения гармонии психического состояния через достижение телесного удовольствия.

Настоящий Wellness – это вода, огонь, цвет, свет, музыка, прикосновения, ароматы, вкус и безмятежность души.

Первое, что необходимо для Wellness – это вода.

Вода — древнейшее из всех природных лекарств — обладает мощным лечебным воздействием. Она издревле использовалась в традиционных средствах народного водолечения, так и в самых современных, научно обоснованных методах гидротерапии.

Вторая неперемнная составляющая Wellness – огонь. Наверное, не случайно, что рядом с водой на Востоке всегда помещают частичку огня. В Wellness-центрах его функции выполняют бани. Прогревающие процедуры всегда и у всех народов ценились высоко. Культура парения возводилась чуть ли не в священный культ. Парение дает очень много и телу и душе.

В Wellness – центрах к «огню и воде» всегда добавляют специальные музыкальные программы для релаксации. Сюда добавляется массаж, цветотерапия, ароматерапия, фито-чай, и многое другое – и все органы чувств будут работать в режиме Wellness.

Большую популярность в последние годы получили SPA-курорты. Такие курорты организуются не только в рекреационных зонах, но и в крупных мегаполисах, а также в гостиницах, предназначенных для делового туризма.

Индивидуальная программа, разработанная специалистами spa-центра делает человека не только более здоровым физически, но и способствует более позитивному восприятию окружающего мира.

Исцеление с помощью минеральной воды и лечебных грязей известно еще с давних пор. Не секрет, что древние греки применяли ванны с постоянными составляющими, чтобы поправить здоровье. Незадолго до нашей эры появились знаменитые римские купальни. Банная культура с распространением христианства в средневековой Европе была забыта. И лишь в конце XVII в., когда было доказано, что водные процедуры оказывают целебное воздействие на организм человека, они вновь стали востребованы, хотя на Востоке эта традиция не прерывалась (например, турецкая баня хаммам, существует на протяжении многих веков).

В наше время SPA-отели и отели со SPA-комплексами, как правило, расположены на бальнеокурортах, рядом с термоминеральными источниками, что дает возможность использовать воду определенного химического состава и температуры для различных лечебных, оздоровительных и косметических целей.

В SPA-комплексе помимо обычного набора (сауна, бассейн, массаж), клиенты ежедневно могут пройти, которая подразумевает наличие разнообразного физиотерапевтического оборудования и лицензированных специалистов - медиков и косметологов. В нем предусмотрены кабинеты для гидротерапии, по косметическому уходу за лицом и телом, сауна, мини бассейн, SPA-бар, залы для групповых/индивидуальных занятий фитнесом или другими видами физических упражнений (йога, аквааэробикой и пр.), зона релаксации, раздевалка. Располагаться такие отели могут как в черте города, так и за его пределами, даже на горнолыжных курортах, где SPA-программы предлагаются как дополнительная услуга. Например, участники

конференции или выставки могут пройти интенсивный курс для релаксации, снятия стресса или похудения.

SPA-отели санаторного типа находятся в курортной зоне и имеют полный набор физиотерапевтических программ. Прежде чем отправиться в подобный отель, целесообразно проконсультироваться с врачом. Это обусловлено индивидуальными особенностями состояния здоровья, так как принимаемые процедуры должны идти пациенту исключительно на пользу. Также там предлагают и Wellness-программы - общеоздоровительные, релаксационные и косметические, которые подойдут и совершенно здоровому человеку.

В гостиницах санаторного типа предусмотрено индивидуальное размещение в номере с душем, клиенту предоставляют халаты, тапочки и полотенца. Пройдя полное обследование, пациент может получить полную диагностику своего физического состояния, а пройдя курс полноценного лечения (21- 24 дня), добиться продолжительной ремиссии (отсутствия проявлений заболевания). Традиционные SPA-услуги дополняются специальными диетами и физическими нагрузками такими как пешие и велосипедные прогулки, теннис, гольф. Такие отели имеют при себе благоустроенную территорию с парком и цветниками, внутренний и внешний бассейны.

На морских курортах можно отдельно отметить отели с центрами талассотерапии (лечение морем, в которых во время процедур, в основном общеоздоровительных и косметических, применяются морская вода и всевозможные продукты моря (водоросли, морская соль, лечебные грязи), а также продукты известных косметических линий.

Положительное действие на организм и настроение человека оказывают купания в море, солнечные ванны, прогулки по берегу. В комплексе эти действия освежают и обновляют кожу, успокаивают нервы, укрепляют мышцы, совершенствуют не только тело, но и дух. Поэтому такое пребывание в очень модных ныне отелях с центрами талассотерапии нельзя назвать исключительно лечением, потому что это и отдых, и приятное времяпрепровождение с пользой для здоровья.

В результате исследований французскими косметологами было выяснено, что эффект от недельного курса сохраняется шесть-восемь месяцев.

Отели, предлагающие подобные услуги чаще всего имеют четырех- и пятизвездочную категорию. Весь персонал отелей стремится создать максимальный комфорт для отдыхающих, поэтому по окончании отдыха каждый клиент должен поправить свое здоровье, расслабиться, забыть о стрессе и повседневных заботах.

Множество различных техник включает в себя гидротерапия: душ, ванны (сидячие, общие, местные), паровые ингаляции, растирания, компрессы (горячие и холодные), обертывания и многое другое. Обычно процедура длится 15- 20 минут, некоторые - три-четыре минуты (например, орошение полости носа).

Больше всего пользуются спросом души и ванны. Душ действует таким образом, что мягко окутывает тело или, наоборот, массирует (тонизирует) его. Причем водные потоки обязательно должны направляться от периферических органов к сердцу. Души, различаются по следующим признакам:

- по температуре: холодный (+8...+18 °С), индифферентный (+33...+35 °С), теплый (+36...+38 °С), горячий (от +40 °С);
- по форме и направлению струй: дождевой, игольчатый, пылевой, циркулярный, струевой (душ Шарко и шотландский), веерный, восходящий;
- по степени давления воды: низкое (до 1 атм), среднее (1,5- 2 атм), высокое (2,5- 4 атм);
- по локализации воздействия: общий или местный. К примеру, подводный душ массаж проводится в специальной ванне с компактной струей воды, в результате чего у пациента улучшаются кровообращение и лимфоток, оказывается тонизирующее воздействие на организм.

В SPA-центрах широко применяются ванны с минеральной водой разных видов (углекислой, сероводородной, радоновой, азотной, хлоридной, натриевой) различной температуры и степени минерализации.

Многие женщины предпочитают жемчужные ванны, когда бурлящие пузырьки воздуха делают своеобразный "тактильный массаж". Суть их действия такова, что молекулы озона проникают сквозь кожу и активизируют антиоксидантную систему в поверхностных тканях. Воздействующей средой для жемчужных ванн является вода с множеством пузырьков воздуха, образуемых тонкими металлическими трубками с отверстиями, куда воздух поступает под давлением. Такие ванны показаны при функциональных расстройствах нервной системы, общем утомлении.

Пихтовые ванны не менее полезны, так как оказывают общеукрепляющее и успокаивающее действие, снимают воспалительные заболевания органов дыхания, улучшают настроение и работоспособность. Эвкалиптовые ванны прекрасное антисептическое средство для облегчения мышечной боли при ревматизме, артритах, миозитах, радикулитах и переутомлении мышц.

Так же, как и для местных ванн, которые используются для ног или рук, в сидячих ваннах для бедер по показаниям применяют холодную и горячую воду.

В SPA-отелях предлагают еще одну особенно приятную услугу так называемую "ванну Клеопатры", которая предназначена для принятия водных процедур в сочетании с ароматерапией. Она используется для закаливания, профилактики и лечения различных заболеваний, снятия стресса. В воду добавляют такие компоненты как морская вода или соль, водоросли, вино, молоко, мед, лепестки роз, зеленый чай, настои трав и цветов, а также различные лекарственные средства.

В SPA-центрах применяют и аппликации с лечебной грязью, глиной или отварами трав. Холодные растирания и обливания водой различной температуры считаются активными водолечебными процедурами. Обтирания

применяются в лечебных и гигиенических целях, а также для закаливания. Они могут быть общими или местными, а чтобы усилить их воздействие на кожу добавляются эфирные масла и соли. Укутывания бывают полными или частичными, влажными или сухими. Широко используются местные влажные укутывания. Во время процедуры горячие компрессы усиливают местный кровоток и метаболизм, понижают мышечный тонус холодные компрессы вызывают спазм поверхностных сосудов.

Современные SPA-отели могут похвастаться наличием шести и более различных бань, которые отражают многовековые традиции разных стран.

Одни из древнейших, но не утративших свою популярность - греческие и римские термы с помещениями для сухой и влажной бани, отдыха и раздевания, мытья и бассейном.

В турецких банях пол согревается горячим воздухом, а горячая вода, пролитая на пол, образует обильный пар. Очень популярны среди почитателей бани финские сауны и римско-ирландские бани. Это бани воздушного типа с умеренной температурой 50- 60 °С. Горячий воздух проходит под полом и по стенам подготовительного помещения и парилки, а затем поступает через дыры в полу. Специальная труба для выхода отработанного воздуха делает атмосферу в такой парной более здоровой, чем в римской бане.

Не менее популярна и полезна своими оздоровительными и лечебными эффектами традиционная русская баня с использованием различных ароматных веников.

Постоянно растет интерес к традиционным японским баням: сухой с использованием горячих опилок и водяной, которая устроена в большой деревянной бочке.

Среди наиболее распространенных процедур, включенных в "меню" SPA-центров, можно отметить грязелечение (пелоидотерапию), применяемое в лечебно-профилактических и реабилитационных целях, глинолечение, фототерапию (лечение светом), в частности гелиотерапию (солнечное облучение), массаж (традиционный, мануальный, тайский, аюрведический и пр.), ароматерапию и т. д.

Различные косметические, тонизирующие, расслабляющие, антицеллюлитные, детоксикационные, антистрессовые, омолаживающие и другие оздоровительные программы предлагаются в таком количестве, что ограничить их может только время пребывания на курорте.

Таким образом, курорты в настоящее время имеют свою классификацию, в зависимости от климата в том или ином регионе, и наличия оздоровительных природных факторов. Отдыхающим предлагается широкий спектр процедур и услуг, благотворно влияющих на их здоровье. Что касается водных процедур, то наиболее популярны в данное время SPA-курорты, SPA-отели и Wellness –программы.

Результат высокого профессионального уровня врачей, умелых рук массажистов и экспертов в сфере эстетики - все это используется с целью помочь гостям курортов обрести состояние гармонии и умиротворенности. В

рамках любой оздоровительной программы можно получить консультацию врача-специалиста, который назначит индивидуальную диету для соблюдения ее и в домашних условиях.

Рекомендуемая литература:

ОСНОВНАЯ:

1. Бурняшева, Л.А. Основы курортологии. Учеб. пособие [Электронный ресурс]. – URL: <https://docplayer.ru/40526251-L-a-burnyasheva-osnovu-kurortologii.html> - Дата доступа: 11.10.2019 г.

2. Кусков, А.С. Курортология и оздоровительный туризм: Учеб. пособие для вузов (Серия "Учебники для высшей школы") М. : Практическая медицина, 2006. – 415 с.

1. Медведев, А.С. Основы медицинской реабилитологии : [монография] / А.С. Медведев ; Нац. акад. наук Беларуси, Ин-т физиологии. – Минск : Беларуская навука, 2010. – 434 с.

3. Степанов, Е.Г. Основы курортологии Учеб. пособие 2006 [Электронный ресурс]. – URL: <https://studfiles.net/preview/5591363/> - - Дата доступа: 11.10.2019 г.

4. Хорошилова, Л.С. Основы курортологии: курс лекций / Л.С. Хорошилова. - Кемерово : Кемеровский гос. универ. 2012 [Электронный ресурс]. – URL: <http://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=232399> - Дата доступа: 11.10.2019 г.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ

1. Елифанов, В.А. Медицинская реабилитация / В. А. Елифанов. – Москва, 2005. - 328 с.

2. Елифанов, В.А. Лечебная физическая культура : учеб. пособие : рек. УМО по мед. и фарм. образованию вузов России / В. А. Елифанов. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 567 с.

Лекционное занятие № 11

Тема: «Wellness-технологии - индустрия гостеприимства, отдыха, здоровья, спорта и туризма»

1. Wellness-индустрия – система взаимосвязи медицинских, физических, психологических и социальных мероприятий
2. Составные части Wellness-направлений – фитнес, эстетическая косметология, диагностика, SPA и релаксация, разные способы омоложения и замедления процессов старения, правильное питание (без изнурения организма диетами), отказ от вредных привычек, позитивное отношение к себе и окружающим, достижение согласия с миром и самим собой.
3. Основная цель – долголетие, сохранение длительной активности, тонизация организма, достижение состояния физического и душевного благополучия
4. Wellness-индустрия – современная концепция здорового образа жизни

Wellness- и SPA-технологии отмечают растущий тренд из года в год. Растущая тенденция этих рынков происходит в результате сдвига в настроениях населения, которое становится все более ориентированным на улучшение здоровья и качества жизни, что проявляется, между прочим, в использовании услуг этих центров.

Wellness, как стиль жизни, является стремление каждого человека к достижению совершенного равновесия между разумом и телом. Этот термин состоит из двух понятий, well-being — благополучие (быть хорошо) и fitness — фитнес (быть в хорошей форме), что указывает на направление к максимальном использованию потенциала личности.

Сотрудники в этой индустрии, стараются научить своих клиентов думать велнес способом, что означает не только посещение Wellness-центра, но, достижение состояния, когда без особых усилий клиент в состоянии делать то, что хочет.

В первую очередь это предполагает активности, которые влияют на улучшение физического и психического состава личности, такие, как здоровое питание, постоянные физические упражнения, активный образ жизни, качественное время с друзьями и семьей и так далее. Кроме приведенных активностей, посещение Wellness-центра, безусловно, один из наиболее важных элементов, когда речь идет о оздоровительном образе жизни. Процедуры, которые представляют собой простой и быстрый способ, чтобы расслабиться и восстановиться.

Wellness — активный процесс осознания и принятия решений в отношении здоровой и полноценной жизни. Велнес больше, чем свобода от болезни, это динамичный процесс перемен и развития.

Парадигма Wellness включает шесть основных составляющих жизни, которые можно использовать в качестве ориентира для достижения благополучия: это социальная, интеллектуальная, эмоциональная, физическая, духовная и профессиональная.

Данные шесть аспектов постоянно влияют и уравновешивают друг друга:

- Физический: быть физически активным, вести здоровый образ жизни и отказываться от вредных привычек.

- Эмоциональный: осознавать свои чувства, свободно выражать мысли и чувства, противостоять стрессу.
- Интеллектуальный: быть способным умственно взаимодействовать с окружающим миром, учиться, решать проблемы, анализировать, проявлять творческие способности.
- Духовный: развиваться в понимании сущности и назначении человека, осознавать и переживать смысл своей жизни, ощущать причастность к духовной культуре общества.
- Социальный: взаимодействовать и общаться с другими людьми, ощущать комфорт в обществе, поддерживать здоровье окружающей среды.
- Профессиональный: самореализовываться, уметь управлять своими профессиональными знаниями и капиталом.

Wellness — не только осознанный здоровый образ жизни, это стремление к оптимальному физическому и духовному состоянию. Под ключевыми составляющими Велнеса понимают личную ответственность за свое здоровье и благополучие, двигательную активность, гармоничный баланс профессиональной самореализации и досуга, духовное развитие, эмоциональную социальную жизнь, здоровый сон и питание, а также технологии увеличения продолжительности активного периода жизни.

Популяризация идей здорового и активного образа жизни привела к появлению нового понятия - фитнес. Имеется в виду соответствие хорошей физической форме, позитивному восприятию жизни и успешной умственной деятельности. Посвящать свободное время фитнесу – означает при помощи физических упражнений различного характера, правильного питания и здорового образа жизни совершенствовать физическую форму, умственную и эмоциональную деятельность.

Рассмотрим основные разновидности этого вида спортивно-оздоровительного сервиса, прежде всего, аэробики как наиболее популярного и распространенного вида спортивно-оздоровительных услуг.

Аэробика - физические упражнения под музыку, стимулирующие работу сердечно-сосудистой и дыхательной систем, отличный способ для оздоровления, поднятия настроения и борьбы с лишним весом. Аэробика привлекательна своей доступностью, эмоциональностью и возможностью изменить содержание уроков в зависимости от интересов, физического состояния, возраста, уровня физической подготовленности занимающихся.

Спортивная аэробика превратилась в целую индустрию, включающую производство одежды, напитков, продуктов питания, проведение конкурсов, фестивалей, систему обучения и повышения квалификации тренеров, издание журналов и специальной литературы и т. п.

На сегодняшний день насчитывается около 40 видов аэробики, заниматься которыми можно как в фитнес-клубе, так и дома. Среди множества течений и разновидностей оздоровительной аэробики можно выделить следующие направления:

- гимнастическо-атлетическое (силовая аэробика, стретчинг);

- танцевальное (кардиоаэробика, джаз-аэробика, сальса-аэробика и др.);
- циклического характера (степ, сайкл-аэробика, спиннинг);
- направление «Восток-Запад», соединившее европейскую и восточную культуры в сфере фитнеса (йога, тай-чи, ки-бо);
- аквааэробика.

Существует множество способов и техник релаксации, где за основу взяты:

- Музыка,
- Дыхание,
- Визуализация,
- Различные виды медитаций,
- Глубокая медитация.

Эти техники способен освоить любой, и заниматься можно хоть дома, хоть в перерывах на работе.

Дыхательные практики связана с дыханием, концентрацией на нём, полным осознанием процесса вдоха и выдоха, ощущением его тепла. Этот способ очень действенный, но, чтобы он действительно вошёл в арсенал ваших средств для расслабления, нужно немного попрактиковаться.

Выполняя осознанное дыхание или пранаяму, можно добиться таких потрясающих результатов, что через какое-то время вам достаточно будет сделать пару циклов вдохов и выдохов, чтобы попасть в то состояние, которое называют глубокой релаксацией.

Релаксация, построенная на визуализации, включает в себя представление какого-то образа, ситуации. Важно, чтобы они были позитивно окрашены. Можно вспоминать приятные эпизоды из вашей жизни, возможно, это будет отдых, пейзажи природы, образы гор, водоёмов или райские места наподобие тропических пляжей Мальдив.

Подойдут любые успокаивающие, позитивно действующие образы, от одного представления которых можно перенестись в другую реальность. Одно только это позволит слиться с визуализируемым образом и ощутить себя в представляемой картине.

Эта техника не только поможет хорошо расслабиться, но и улучшит настроение, возвысит дух и поможет развить креативность. У творческих людей образы из будущих созданий в первую очередь возникают в голове; там начинают создаваться великие произведения, пишутся сценарии фильмов, сюжеты книг и театральных пьес. Всё начинается с идей, и затем постепенно мыслеформа материализуется.

Разные виды медитации, такие как медитация на объект, динамическая медитация, дзен, медитация осознанности, курс випассаны; все они могут быть отличным средством для того, чтобы погрузиться в расслабленное состояние.

Принцип любой медитации основан на том, что практикующий переходит в другое состояние сознания, и это возможно только при достижении надлежащей степени релаксации тела и ума.

Хотя расслабление — это одно из условий успешной медитации, одновременно это и её цель. Практикуя медитацию, можно более глубоко погрузиться в неё, отключается от внешних раздражителей и становясь предельно осознанными и восприимчивыми на новом уровне, погружаясь в состояние глубокой медитации.

Глубокая медитация приводит к полному расслаблению - это состояние характеризуется тем, что ритмы активности мозга постепенно замедляются, что и позволяет всему организму полностью расслабиться, разблокировать мышечные зажимы, расслабиться до такой степени, что тело станет как будто невесомым. Возможны и другие характеристики, описывающие данное состояние: тело «растворяется» или же, наоборот, чувствуете, как оно тяжелеет; ощущение дуновения лёгкого ветерка вокруг головы или в области конечностей. Оно может быть прохладным или, наоборот, тёплым.

Одним из наиболее действенных и известных упражнений, основанных на технике прогрессирующей релаксации, считается погружение в полное расслабление с помощью концентрации внимания на своём теле, его отдельных частях. Выполнение этого упражнения основано в том, что вы последовательно направляете сознание на разные части тела, прежде всего на мышцы. Начиная с мышц лица и заканчивая стопами.

Для того чтобы достичь эффекта релакса, сначала надо прочувствовать мышцы, т. е. напрячь их, а затем расслабить. И, таким образом, мысленно пройтись по всему телу сверху вниз, и к тому моменту, как закончится такой осмотр, расслабление будет достигнуто. Это очень лёгкое упражнение, доступное всем.

Практика «Йога-нидра» как метод релаксации - состояние, граничащее между сном и бодрствованием. Правильно выполненная релаксация приведёт и к эмоциональному расслаблению, что, в свою очередь, откроет канал доступа в мир подсознательного, где можно работать со своими эмоциональными блоками и даже эффективно разрешать многие жизненные ситуации.

Погружение в глубокую релаксацию достигается посредством отключения внешних чувств от внешних раздражителей.

Практика комплексов йоги как нельзя лучше подходит для того, чтобы привести эмоциональное состояние в норму, сбалансировать чувства и расслабить тело. Занимающиеся йогой знают, что удерживать позу и при этом быть расслабленным — одно из основных условий в практике йоги, оно также свидетельствует о правильности выполнения асан.

У человека оптимальный уровень двигательной активности способствует сохранению даже в пожилом возрасте достаточно высоких показателей обмена веществ и энергии, тонуса мышц, замедлению возрастной патологии, в первую очередь сердечно-сосудистых заболеваний, повышению кровоснабжения мозга и улучшению функции ЦНС.

Это связано с улучшением нейроэндокринной регуляции организма. Однако двигательная активность практически не влияет на продолжительность жизни людей.

Гидротерапия и бальнеолечение – применение воды с лечебной и профилактической целью. Первые 9 месяцев своего существования человек проводит в водной среде. Именно этим психологи объясняют удивительное ощущение легкости, неги и релаксации, которые нам дарят водные процедуры.

Гидротерапия - это души и ванны с использованием как самой обычной воды, так и с добавлением различных активных веществ. При наружном применении такая вода оказывает термическое, химическое и гидростатическое воздействие. Потоки воды насыщенные кислородом (жемчужные ванны) стимулируют процесс кровообращения и нормализуют кровяное давление, снимается напряжение мышц всего тела и успокаивается нервная система.

Гидротерапия представлена следующими видами водолечебных процедур:

- души: циркулярный, душ-Шарко, подводный душ-массаж;
- ванны: скипидарные, хвойные, жемчужные, минеральные (хлоридные натриевые, йодобромные, углекислые, сероводородные), бишофитные.
- мини-сауна «Кедровая бочка»;
- лечебный бассейн с гидромассажем.

Галотерапия - немедикаментозное лечение, в основе которого лежит воссоздание искусственного микроклимата, максимально приближенного к свойствам и условиям соляных пещер. Основная цель сеансов галотерапии заключается в оздоровлении органов дыхания, сердечно - сосудистой и нервной систем человека.

Электросвечение представляет собой физиотерапевтический метод, в основе которого лежит дозированное воздействие на организм пациента электрических токов, электрических и электромагнитных полей различных параметров в непрерывном и импульсном режимах, инфракрасных, ультрафиолетовых и других видов излучения.

Благодаря своему активному воздействию этот метод буквально пробуждает внутренние резервы организма, укрепляет иммунитет и тем самым сокращает сроки лечения, ускоряет заживление ран и воспалений, активизирует важнейшие биохимические процессы, настраивая естественные силы организма на выздоровление.

Электросветолечение в санатории представлено следующими процедурами:

1. Электротерапия:

- электросон;
- дидинамометрия;
- амплипульс (СМТ);
- Д'арсонвализация;
- УВЧ-терапия;
- магнитотерапия;
- ДМВ-терапия (электромагнитная терапия).

2. Светолечение:

- КУФ коротковолновое ультрафиолетовое облучение);
- лазеротерапия.

3. Механотерапия:

- ультразвук.

Основными лечебными эффектами теплотерапии принято считать: противовоспалительный, трофико-регенераторный, антиспастический, сосудорасширяющий и метаболический. Они и определяют использование теплотерапии в медицинской практике.

Теплотерапия представлена процедурами:

- парафино - озокеритолечение;
- пелоидотерапия (грязелечение);

Массаж оказывает разнообразное физиологическое воздействие на организм. Субъективные ощущения во время, а также после, выражаются в появлении ощущения приятного тепла во всем теле, улучшении самочувствия и повышении общего тонуса. Под влиянием массажа в организме человека возникает ряд местных и общих реакций, в которых принимают участие все ткани, органы и системы.

Лечебный массаж служит одним из наиболее эффективных средств, применяемых для избавления от различных патологических процессов и повреждений.

- ручной массаж;
- аппаратный массаж
- подводный душ - массаж.

Применяются различные методики лечебно-корректирующего, оздоровительного массажа с элементами пассивной гимнастики и точечного массажа биологически активных точек, антицеллюлитный массаж.

Прессотерапия - это лимфодренажный массаж, который способствует восстановлению тока лимфы и венозной крови. Лимфодренажный массаж применяется для выведения из организма излишек жидкости и вредных веществ.

Аэроионотерапия - лечение ионизированным воздухом. Воздействуя на кожные покровы человека, аэроионы способствуют регенерации и усиливают местную защиту биологических тканей, улучшают обмен веществ в них.

Широко используется ингаляционная терапия при помощи небулайзеров последнего поколения. Применяются лекарственные вещества, фитосборы, а также ингаляции с минеральной водой. Организовано лечение кислородным коктейлем на основе экстрактов растений.

Лечебная физкультура

- лечебная гимнастика в залах ЛФК (индивидуальные и групповые занятия);
- дозированная ходьба (скандинавская ходьба)
- терренкур.

Терренкуротерапия представлена маршрутами продолжительностью 500 м, 1, 2 и 3 км. Скандинавская ходьба при помощи специальных палок по терренкурам проводится под контролем инструктора ЛФК.

Гирудотерапия (лечение пиявками) - метод, стимулирующий транспорт лимфы, восстанавливающий микроциркуляцию, обладающий иммуностимулирующим, бактериостатическим и целым рядом других эффектов.

Секрет слюнных желез пиявок, выделяемый в кровоток в процессе кровососания, является источником уникальных биологически активных веществ (прежде всего это гирудин), которые обеспечивают противотромботическое, тромболитическое, гипотензивное, репаративное воздействие на поврежденную стенку кровеносного сосуда, антиатерогенное, антигипоксическое, иммуностимулирующее, анальгезирующее действие.

Метод гирудорефлексотерапии, то есть воздействие медицинской пиявки на точки рефлексотерапии, с успехом применяется для снятия приступов при бронхиальной астме, лечении гипертонической болезни и др.

Сухая углекислая ванна принимается в специальном пластиковом устройстве, наполненном углекислым газом. Отсюда и другие названия этой процедуры - газовый конверт или газовое обёртывание. Сухая углекислая ванна помогает людям, страдающим варикозным расширением вен и недостаточным поступлением крови в конечности. Это очень эффективный помощник в борьбе с целлюлитом и с ожирением.

Углекислые ванны в настоящее время признаны одним из самых эффективных методов санаторного лечения.

Грязи - природные образования мазеподобной консистенции, состоящие из воды, минеральных и органических веществ. Грязи обладают выраженным противовоспалительным, рассасывающим, десенсибилизирующим, болеутоляющим, трофическим, регенеративным действием. Грязевые аппликации ускоряют рассасывание спаек, рубцов при заболеваниях и травмах центральной и периферической нервной системы, улучшают условия регенерации (восстановления) периферических нервов, ослабляют болезненность нервных стволов, способствуют восстановлению двигательных функций. Грязелечению подлежат болезни опорно-двигательного аппарата. Грязями лечат также невриты лицевого нерва, радикулиты, невралгии, полирадикулоневриты.

Грязелечение — одна из наиболее эффективных процедур при кожной патологии: угревой сыпи, зудящих дерматозах, псориазе, склеродермии, узловых эритемах, пролежнях.

Аппаратный лимфодренаж – процедура, воздействующая на ткани тела с целью нормализации движения лимфы по сосудам и ликвидации избыточной жидкости из межклеточного пространства. Процедура лимфодренажа призвана заставить лимфатическую систему выводить шлаки и лишнюю жидкость из организма, что постепенно приводит к нормализации обмена веществ в организме и уменьшению жировых отложений.

Уменьшение отеков, выведение из организма токсинов, предотвращение накопления лишней жидкости, улучшение тока лимфы и кровообращения, эффект снятия усталости конечностей – вот положительные эффекты данной процедуры.

Электросон – физиотерапевтическая процедура, реализуемая при помощи специальных аппаратов серии «Электросон».

В основе этого метода – применение низкочастотных импульсных токов, генерируемых специальными устройствами.

В процессе его воздействия на человека происходит нормализация высшей нервной деятельности и улучшение кровообращения мозга, процедура действует усыпляющим образом на пациента.

Положительное воздействие электросна:

- улучшает вазомоторные реакции;
- восстанавливает организм;
- помогает справиться с заболеваниями ЖКТ и двенадцати перстной кишки, вегето – сосудистой дистонии, гипертонией и гипотонией, бронхиальной астмой
- улучшает обмен веществ.

Электросон похож на естественный сон и не имеет одинаковых характеристик с медикаментозным аналогом, поскольку не отравляет организм и не вызывает эффекта привыкания.

Рекомендуемая литература:

ОСНОВНАЯ

1. Разумов, А.Н., Бобровницкий, И. П., Восстановительная медицина. / А.Н.Разумов, И.П. Бобровницкий, А.М. Василенко Учебник для вузов, М. 2009. - 639 с.
2. Разумов, А.Н., Бобровницкий, И. П. Восстановительная медицина: роль и место в науке и практике здравоохранения. Актуальные вопросы восстановительной медицины. М., 2003. – 236с.
3. Степанов, Е.Г. Основы курортологии Учеб. пособие 2006 [Электронный ресурс]. – URL: <https://studfiles.net/preview/5591363/> - - Дата доступа: 11.10.2019 г.
4. Хорошилова, Л.С. Основы курортологии: курс лекций / Л.С. Хорошилова. - Кемерово : Кемеровский гос. универ. 2012 [Электронный ресурс]. – URL: <http://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=232399> - Дата доступа: 11.10.2019 г.