

ФГБОУ ВО ИвГМУ Минздрава России
Кафедра безопасности жизнедеятельности
и медицины чрезвычайных ситуаций

ПЛАН

чтения лекции по Безопасности жизнедеятельности
для студентов 2 курса факультета клинических психологов

ТЕМА 7 «Оказание первой помощи при бытовых травмах
и поражениях»

Утверждено на методическом заседании кафедры БЖ и МЧС
(протокол №_____ от «__»_____ 2025 г.)

Иваново 2025

I. Учебные вопросы:

1. Бытовые отравления
2. Острые отравления у детей
3. Бытовые травмы
4. Детский травматизм

II. Время: 45 минут

III. Расчет времени:

1. Бытовые отравления.....	10 мин
2. Острые отравления у детей.....	10 мин
3. Бытовые травмы.....	10 мин
4. Детский травматизм.....	10 мин
Заключение	5 мин

IV. Литература, используемая при подготовке к лекции

1. Колесниченко П.Л. (с соавт.) «Безопасность жизнедеятельности» Учебник для образовательных организаций, реализующих программу высшего профессионального образования медицинских вузов М.: изд. группа «ГЭОТАР-Медиа» 2017 г. стр. 436
2. Колесниченко П.Л. (с соавт.) «Безопасность жизнедеятельности. Алгоритм оказания первой помощи» Учебно-методическое пособие ИвГМА 2016 г.

V. Рекомендации преподавателю при подготовке к лекции

При подготовке к лекции необходимо обратить особое внимание на то, что в современном мире крайне высоким остается уровень травматизма и отравлений, наблюдаемых в повседневной жизни. Таким образом, знание механизма возникновения травмы или отравления, правил оказания первой помощи являются основными для сохранения жизни и здоровья человека

VI. Техническое оснащение:

1. Мультимедийный проектор
2. Презентации к лекции
3. Схемы
4. Плакаты и т.д.

КОНСПЕКТ ЛЕКЦИИ

Вопрос 1 Бытовые отравления

Отравления — заболевания, развивающиеся вследствие экзогенного воздействия на организм человека или животного химических соединений в количествах, вызывающих нарушения физиологических функций и создающих опасность для жизни.

В окружающей человека среде присутствуют химические вещества, обладающие токсическими свойствами, ядовитые растения и ядовитые животные. Вследствие производства огромного количества химических соединений, широко применяемых для сельскохозяйственных, производственных, бытовых, медицинских и других целей, сложилась так называемая токсическая ситуация. Ежегодно синтезируется несколько тысяч и вводится в практику несколько сотен новых химических средств. Многие из них в результате нарушения условий техники безопасности при производстве, использовании и хранении могут стать причиной острых и хронических отравлений.

Среди госпитализированных наибольшее число случаев составляют больные с острым отравлениями различными лекарственными средствами, в основном психотропного действия (60—30,4%); алкоголем и его суррогатами (40—10,6%); фосфорорганическими инсектицидами (6,3—1,8%); препаратами бытовой химии — кислотами и щелочами, преимущественно уксусной эссенцией (28,8—7,6%).

Значительную долю пострадавших от острых отравлений составляют дети.

При характеристике отравлений используют существующие классификации ядов по принципу их действия (раздражающие, прижигающие, гемолитические и др.) и «избирательной токсичности» (нефротоксические, гепатотоксические, кардиотоксические и др.).

В зависимости от пути поступления ядов в организм различают ингаляционные (через дыхательные пути), пероральные (через рот), перкутанные (через кожу), инъекционные (при парентеральном введении) и другие отравления.

Клиническая классификация строится на оценке тяжести состояния больного (легкое, средней тяжести, тяжелое, крайне тяжелое отравление), что с учетом условий возникновения (бытовое, производственное) и причины данного отравления (случайное, суицидальное и др.) имеет большое значение в судебно-медицинском отношении.

Этиология. Причиной острых отравлений являются различные по своей структуре токсические вещества, которые по цели их применения могут быть разделены на следующие группы:

- промышленные яды, используемые в промышленной среде в качестве растворителей, топлива, химических реактивов и др.;

- ядохимикаты сельскохозяйственные, применяемые для борьбы с вредителями и повышения урожайности (инсектициды, гербициды и пр.);
- лекарственные средства;
- средства бытовой химии;
- биологические, растительные и животные яды;
- природные ядовитые газы, которые образуются в районах действующих вулканов и при землетрясениях;
- боевые отравляющие вещества.

В общем количестве отравления бытовые составляют более 90%.

Причины попадания ядов в организм разделяют на две основные категории:

- субъективные, непосредственно зависящие от поведения пострадавшего
- объективные, связанные с конкретно создавшейся токсической ситуацией.

Однако в каждом случае отравления обычно можно обнаружить причины обеих категорий. Субъективные причины — отравление, связано в основном со случайным (ошибочным) или преднамеренным (суицидальным) приемом различных химических средств. К случайным относят отравления в результате передозировки лекарственных средств при самолечении, алкогольные интоксикации, ошибочное употреблением в пищу ядовитых грибов и растений, укусы ядовитых змей и насекомых.

Криминальные случаи отравления возникают вследствие использования токсических веществ с целью убийства или развития у потерпевшего беспомощного состояния. При этом с целью убийства обычно применяют токсические вещества (например, соединения таллия), симптоматика поражения которыми появляется после определенного бессимптомного периода. В наиболее частых случаях умышленных отравления с целью ограбления используют препараты психотропного действия, быстро вызывающие у пострадавшего беспомощное состояние с расстройством сознания, сходное по внешним признакам с алкогольным опьянением.

К объективным причинам, определяющим рост числа острых отравлений, относят напряженность современных условий жизни, вызывающих у некоторых людей потребность в постоянном приеме успокаивающих средств.

Особое место отводят хроническому алкоголизму и токсикоманиям. К числу других причин О. относится самолечение, а также употреблением токсических доз лекарств или химических препаратов для внебольничного прерывания беременности, особенно в странах, где запрещены аборты.

Патогенез. В патогенетическом аспекте целесообразно рассматривать отравления как химическую травму, развивающуюся вследствие внедрения в организм токсической дозы чужеродного химического вещества со специфическим действием, нарушающим определенные функции.

Токсикогенный эффект проявляется в самой ранней клинической стадии отравления — токсикогенной, когда токсический агент находится в организме в токсической дозе. Одновременно включаются и развиваются процессы

адаптационного характера, направленные на восстановление гомеостаза: активация гипоталамо-адреналовой системы (стресс-реакция), централизация кровообращения, лизосомная реакция, гипокоагуляция и др. Компенсаторные реакции и восстановительные процессы наряду с признаками нарушений структуры и функций различных органов и систем организма составляют содержание второй клинической стадии отравления — соматогенной, продолжающейся от момента удаления или разрушения токсического вещества до полного восстановления функций или гибели организма.

Распределение токсических веществ в организме зависит от трех основных факторов:

- пространственного
- временного
- концентрационного.

Пространственный фактор включает пути поступления, выведения и распространения яда, что связано с кровоснабжением органов и тканей. Количество яда, поступающее к органу, зависит от его объемного кровотока, отнесенного к единице массы. Соответственно этому можно выделить органы, в ткани которых обычно попадает наибольшее количество яда в единицу времени: легкие, почки, печень, сердце, головной мозг. При ингаляционных отравлениях основная часть яда поступает в почки, а при пероральных — в печень, т.к. соотношение удельного кровотока печень/почки составляет примерно 1:20. Активность токсического процесса определяется не только концентрацией яда в тканях, но и степенью их чувствительности к нему — избирательной токсичностью. Особенно опасны в этом отношении токсические вещества, вызывающие необратимые поражения клеточных структур (например, при химических ожогах тканей кислотами или щелочами).

Временной фактор характеризует скорость поступления яда в организм, его разрушения и выведения, т.е. он отражает связь между временем действия яда и его токсическим эффектом.

Концентрационный фактор, т.е. концентрация яда в биологических средах, в частности в крови, считается основным в клинической токсикологии. Оценка этого фактора позволяет различить токсикогенную стадию отравления от соматогенной, прогностически охарактеризовать пороговый, критический или смертельный уровень содержания ядов в крови и оценить эффективность детоксикационных мероприятий.

Специфическая (антидотная) терапия эффективна только в ранней токсикогенной фазе острых отравлений и может быть использована лишь при условии достоверного клинико-лабораторного диагноза. В противном случае антидот может сам оказать токсическое влияние на организм

Таблица 1

Основные лекарственные препараты для специфического (антидотного) лечения острых отравлений

Антидот	Виды токсических веществ
Амилнитрит	Синильная кислота (цианиды)
Атропина сульфат (0.1% Рур)	Карбофос, хлорофос, метафос, сердечные гликозиды, фосфорорганические инсектициды
Витамин В ₆	Изониазид, фтивазид, тубазид, гидразин
Дипироксим (15% раствор)	Фосфорорганические инсектициды
Диэтиксим (10% раствор)	Фосфорорганические инсектициды
Кислород гипербарический	Оксид углерода (угарный газ)
Липоевая кислота (20-30 мг/кг в сутки)	Грибной яд бледной поганки
Метиленовый синий (1% раствор)	Метгемоглобинообразователи (анилин, нитриты, нитраты и т.д.) цианиды
Налорфин (0,5% раствор)	Препараты опия (морфин, промедол, кодеин)
Натрия гидрокарбонат (4% раствор)	Все кислоты
Натрия тиосульфат (30% раствор)	Соединения тяжелых металлов и мышьяка, цианиды
Нитрит натрия (1% раствор)	Синильная кислота (цианиды)
Протамина сульфат (1% раствор)	Гепарин
Уголь активированный (30-50 г)	Неспецифический сорбент лекарственных препаратов, растительных ядов, фосфорорганических соединений и др
Унитиол (5% раствор)	Соединения тяжелых металлов и мышьяка (ртуть, свинец, медь), сердечные гликозиды, дихлорэтан
Физостигмин (0,1% раствор)	Амитриптилин, атропин, димедрол
Этиловый спирт (30% внутрь, 5% внутривенно)	Метиловый спирт, этиленгликоль

Профилактика отравления состоит в строгом соблюдении правил применения и хранения химических средств на производстве и особенно в быту. Недопустимо хранение сильнодействующих, ядовитых веществ в посуде из-под прохладительных напитков, пищевых продуктов, а также лекарственных препаратов в местах, доступных для детей. Особое внимание следует уделять разъяснению опасности самолечения лекарствами и приема суррогатов алкоголя. Перед началом летних оздоровительных мероприятий детям необходимо дать основные сведения о токсических свойствах различных растений, грибов, ядовитых животных и мероприятиях первой помощи при отравлениях растительными и животными ядами.

Вопрос 2 Острые отравления у детей

Острые отравления у детей занимают одно из первых мест среди несчастных случаев и характеризуются высоким процентом смертельных

исходов. По данным ВОЗ, причиной гибели 20% детей в возрасте до 15 лет являются экзогенные интоксикации. Наиболее часто они встречаются у детей в возрасте до 3 лет. Более 80% случаев составляют отравления детей лекарственными веществами, в основном сердечно-сосудистыми средствами (преимущественно клофелин), транквилизаторами и нейролептиками, седативными и снотворными препаратами, в т.ч. производными барбитуровой кислоты. Реже встречаются отравления сельскохозяйственными, промышленными и растительными ядами, грибами, ядами змей и насекомых, препаратами бытовой химии, алкоголем, нефтепродуктами, солями тяжелых металлов. Перечень химических веществ, которые вызывают отравления у детей первых 3 лет жизни, весьма обширен и практически не предсказуем, т.к. им может оказаться любое вещество, привлекающее внимание ребенка, например красивой, яркой упаковкой. Поэтому многие случаи отравления связаны с небрежным хранением лекарств и химических веществ, их доступностью для детей. Кроме того, известны отравления грудных детей различными лекарственными веществами, полученными ребенком с молоком матери. Нередко недооценивается возможность поступления яда в организм ребенка, особенно раннего возраста, через кожу при применении раствора резорцина, борной кислоты, салицилового спирта, содержащих ртуть мазей и др. Возможны отравления губной помадой, шампунями и другими косметическими средствами. Дети очень чувствительны к газообразным ядам, и поэтому возможно отравление при использовании в домашних условиях лаков, красок, растворителей и других испаряющихся веществ.

У детей старшего возраста значительное место занимают преднамеренные суицидальные и парасуицидальные отравления. Последние имеют целью вызвать к себе сочувствие, продемонстрировать свое несогласие с чем-либо, протест. Их причиной могут быть ссора в школе, с друзьями, дома, незаслуженная обида и др.

Общая летальность у детей с острым отравлениями составляет 1,1% и в значительной степени зависит от возраста (у детей первого года жизни она превышает 3%) и от токсичности химических веществ, вызвавших отравление. Наибольшее число летальных исходов отмечается в первые сутки. Из всех умерших более 30% детей погибают в отдаленном периоде (от 4 суток и до 2 месяцев) от осложнений, возникающих в результате перенесенного отравления.

Профилактика острых отравлений у детей начинается еще в период беременности. В женской консультации с женщиной проводят беседу о вредном воздействии различных лекарственных средств и химических веществ на развивающийся плод. При выписке матери и ребенка из родильного дома и в период патронажа врач или медсестра проводят с матерью беседу о правилах хранения лекарственных средств и химических веществ в быту и о возможности отравления ими новорожденного и грудного ребенка при выделении их с материнским молоком. С ростом ребенка, при достижении им возраста 8—10 мес. (начало самостоятельного передвижения), родители должны быть предупреждены об опасности нахождения домашней аптечки и

препаратов бытовой химии в доступных для ребенка местах. Врачи дошкольных учреждений и школ проводят постоянную работу с воспитателями, педагогами, которые должны быть осведомлены о возможном групповом отравлении детей во время игр, при сборе дикорастущих ягод, грибов.

Вопрос 3. Бытовые травмы

Травматизм—совокупность травм, повторяющихся при определенных обстоятельствах у одинаковых групп населения за определенный отрезок времени (месяц, год, квартал). Во всех случаях можно выявить причинно-следственные связи между внешними условиями, в которых пребывал пострадавший (работа, пользование транспортом, занятия спортом в т. п.), и состоянием организма. Эти связи определяют путем систематизации условий и обстоятельств возникновения травм, анализа внешних и внутренних факторов, вызывающих повторные травмы. Травматизм делят на производственный, непроизводственный, умышленный, военный. Особо выделяется детский травматизм.

Травматизм уличный - травмы, полученные пострадавшими вне производственной деятельности, на улицах, в открытых общественных местах, в поле, в лесу, независимо от вызвавших причин (кроме транспортных средств). Они связаны с падением (особенно во время гололедицы), поэтому их число значительно увеличивается в осенне-зимний период. Выявляется зависимость данного вида травматизма от времени суток. При падении людей на улицах переломы костей встречаются в 68—70% случаев, ушибы и растяжения в 20—22%, ранения мягких тканей в 4—6%. Главным образом повреждаются конечности (83—85%). Увеличению уличного травматизма способствуют плохая организация уличного движения, узкие улицы с интенсивным движением, недостаточная освещенность и сигнализация; нарушение пешеходами правил уличного движения; неисправное состояние уличных покрытий и т. п.

Профилактика травматизма при пешеходном движении предусматривает:

- 1) Рациональное планирование и благоустройство улиц и мостовых, надлежащий уход за ними (применение песка во время гололеда, заделка рытвин и т. д.), освещение улиц и площадей, ограждение строящихся и ремонтируемых зданий;
- 2) Рациональную организацию и регулирование уличного движения, строгий контроль за соблюдением правил уличного движения;
- 3) Обеспечение хорошего технического состояния уличного транспорта, его безопасность (исправность автоматических дверей в автобусах и трамваях и т. п.);
- 4) Надзор за детьми и их досугом;
- 5) Широкую воспитательную и разъяснительную работу с населением (печать, радио, телевидение, кино, лекции, доклады и др.).

Одной из важных мер по профилактике уличного травматизма является борьба с бытовым пьянством, поскольку уличные травмы часто получают лица в состоянии алкогольного опьянения.

Травматизм бытовой. К нему относят несчастные случаи, возникшие вне связи с производственной деятельностью пострадавшего—в доме, квартире, во дворе, личном гараже и т. д. Бытовой травматизм весьма высок и не имеет тенденции к снижению. Ведущей причиной этих травм (около трети случаев) является выполнение домашней работы - приготовление пищи, уборка и ремонт помещений и т. д. Среди травм преобладают ушибы, ранения, ожоги и др. Наиболее часто повреждается кисть. Около четверти бытовых травм возникает при падении во дворе, в квартире и т. д. Реже повреждения получают в различных бытовых эксцессах. В их возникновении значительная роль принадлежит алкогольному опьянению, особенно в праздничные и выходные дни. Бытовые травмы у мужчин встречаются в 3—4 раза чаще, чем у женщин, причем у лиц 18—25 лет они возникают в 4—5 раз чаще, чем у людей 45—50 лет.

Профилактика бытовых травм сводится к улучшению условий быта в расширению коммунальных услуг населению; рациональной организации досуга, проведению разнообразных культурно-массовых мероприятий; широкой антиалкогольной пропаганде, целенаправленной работе по созданию здорового быта; организации при жилищных конторах специальных комиссий по борьбе с бытовым травматизмом, широкому привлечению общественности.

Вопрос 4. Детский травматизм

Травматизм детский во всех странах становится предметом особой озабоченности широкого круга лиц и работников различных специальностей. В настоящее время от травм и несчастных случаев умирает во много раз больше детей, чем от детских инфекционных заболеваний. В возникновении повреждений существенное значение имеют анатомо-физиологические и психологические особенности детей, их физическое и умственное развитие, недостаточность житейских навыков, повышенная любознательность и т. п.

Выделяют следующие виды детского травматизма:

- 1) бытовой;
- 2) уличный (связанный с транспортом, нетранспортный);
- 3) школьный;
- 4) спортивный;
- 5) прочий.

При изучении детского травматизма учитывают следующие возрастные группы:

- а) грудной возраст (до года),
- б) преддошкольный (от 1 до 3 лет),
- в) дошкольный (от 3 до 7 лет),
- г) школьный (от 7 до 16 лет)

Характер травматизма меняется в зависимости от возраста ребенка. Так, в грудном и преддошкольном возрасте преобладают бытовые травмы, составляя соответственно 70—80 и 65—75%; в школьном большее распространение получают другие виды травм (уличные, спортивные и др.).

К детскому бытовому травматизму относят травмы, возникающие в домашней обстановке, во дворе, в детских дошкольных учреждениях. Наиболее тяжелыми из них являются ожоги (преимущественно у детей грудного возраста) и переломы. Довольно часто у детей от 1 до 3 лет встречаются повреждения связочного аппарата локтевого сустава как следствие резкого потягивания ребенка за руку. Среди причин выделяют ушибы (30—35%), травмы при падении (22—20%), повреждения острыми предметами (18—20%), термическое воздействие (15—17%). Травмы объясняются преимущественно недостаточным надзором за детьми.

Из многообразия причин детского бытового травматизма можно выделить следующие:

- 1) неправильный уход за ребенком;
- 2) отсутствие порядка в содержании домового хозяйства (незакрытые выходы на крыши, незащищенные перила лестничных проемов, открытые люки подвалов, колодцев, неогражденные траншеи при земляных работах, отсутствие ограждений ремонтируемых зданий, небрежное хранение материалов на стройках и др.);
- 3) дефекты воспитания дома и в школе, отсутствие навыков правильного поведения в местах общего пользования и др.

В последние годы бытовой травматизм приобретает массовый характер. Одни дети гибнут из-за своей любопытности и неосторожности или беспечности и халатности родителей. Другие остаются инвалидами на всю жизнь. К инвалидности приводят травмы, связанные с повреждением конечностей и сопровождающиеся ампутацией пальцев, кистей, стоп; потеря зрения и травмы мозга. Поражение концевых фаланг пальцев происходит при попадании их в двери, окна, когда взрослые закрывают их с силой. Глаза повреждаются при взрывах, неосторожном обращении с ножницами. Особое место занимает сотрясение головного мозга, последствия которого могут сказаться через много лет...

Естественно, все это не может никого из нас, взрослых, оставить равнодушными, особенно в летний период. Тем более что в структуре всего детского травматизма бытовые травмы не только наиболее грозное, но и самое распространенное явление. На их долю приходится от 50 до 75% всех несчастных случаев.

К группе риска относятся ребяташки первых шести лет жизни. По данным специалистов, на их долю приходится свыше 42% от числа несчастных случаев и травм, ежегодно регистрируемых среди детского населения крупных городов. Выявлены четкие возрастные градации. Меньше всего травм отмечено у детей первого года жизни, зато в группе от 3 до 6 лет травматизм больше в

три раза. Однако максимальный уровень травматизма отмечен у детей второго года жизни.

Нейрофизиологическое созревание основных мозговых структур продолжается до 9-10 лет. Область мозга (чаще это области левого полушария), «отвечающая» за ориентировку в пространстве, восприятие времени, формируется лишь к 9-10 годам. Это выражается в том, что до 10 лет ребенку сложно определить, с какой стороны исходит звук, лишь к этому возрасту мальчики и девочки способны использовать периферическое (боковое) зрение, так как их внимание фокусируется на объекте.

До 7 лет ребенок неправильно определяет расстояния до объектов, так как не знает настоящие их размеры и не представляет, как зрительно они меняются с увеличением расстояния. Нужно учитывать, что до 4 лет малыш не способен понять и запомнить все то, что вы рассказали ему о мерах безопасности. Дети эмоциональны, впечатлительны, с трудом переключают внимание, не способны концентрировать внимание и легко отвлекаются. Можно сказать, что ситуация в какой-то мере управляет ребенком. Действия детей импульсивны и конкретны, они сразу начинают что-либо делать не подумав. В результате примерно до 7-8 лет поведение зачастую непредсказуемо. Малыш может просто погладить собаку и будет удивлен, если она его укусит — ведь он не желал ей зла! А все потому, что дети дошкольного возраста воспринимают мир иначе, чем взрослые, они наивны и доверчивы.

Ребенок уверен, что правила поведения выполняются людьми не потому, что люди договорились их выполнять, а потому, что они не могут их не выполнять. Даже рост карапуза влияет на восприятие мира. Маленький рост ограничивает обзор, маленьких труднее заметить. Попробуйте побыть на уровне роста ребенка, посмотрите с этой точки обзора на вашу квартиру. Вы увидите, что теперь многие действия становятся неудобными. А ведь у чада нет вашей силы, ваших длинных рук и, главное, опыта, который подсказывает вам, что опасно, а что безопасно.

Мальчики получают травмы в 1,5 раза чаще, чем девочки. Эта закономерность действительно для всех возрастов и связана с психофизиологическими особенностями, различиями в поведении, воспитании, характере и формах проведения досуга.

Соотношение бытовых и уличных травм приблизительно составляет 2:1. При этом у детей первого года жизни свыше 95% — бытовые травмы, полученные дома. У ребят 3—6 лет доля травм, получаемых дома, свыше 35%. Это говорит о том, что, к сожалению, многие родители пока не сделали свой дом безопасным для детей.

Меры безопасности в доме:

1. Мебель должна быть крепкой и устойчивой. Дверцы шкафов лучше закрыть, чтобы ни дверцы шкафа, ни выдвижные ящики не могли защемить пальчики. На крыльях стола поставьте фиксаторы во избежание защемления ручки карапуза. Любые стекла на дверцах шкафа, книжных полках должны быть заметны малышу — красивые наклейки украсят стекло и предупредят

удар. Убедитесь, что ребенок сможет выбраться из шкафа или из-под дивана. Острые углы могут представлять опасность, и на них должны быть закреплены округлые уголки-страховки.

2. Большую опасность в доме представляет входная дверь с доводчиком (закрывается с ускорением). Стеклопакеты в дверях должны быть заметны малышу, чтобы он не пытался пройти «сквозь них». Замки и защелки на дверях в тех местах, куда малышу не следует входить, должны быть расположены высоко, чтобы он не смог их достать и открыть дверь.

3. На окнах установите фиксаторы.

4. Не оставляйте без присмотра маленького, когда он сам карабкается по лестнице. На верхних и нижних площадках лестничного марша нужно установить специальные «калитки», обитые мягким материалом. Ступени лестницы лучше покрыть мягким и шершавым материалом и зафиксировать его у основания каждой ступеньки.

5. Ковровые покрытия на полу смягчают падения и ушибы ребенка, но они не должны быть скользкими. На полу не раскладывайте провода, чтобы ребенок в них не запутался.

6. Стены в комнатах оклейте бумажными обоями.

8. Запретите ребенку трогать электрические приборы, розетки. Провода электроприборов не должны свисать, лучше иметь приборы с пружинящими проводами.

9. Обязательно прячьте от детей в недоступные места спички, не оставляйте в кармане зажигалки, а прицепите их на ключи, как брелок. Разместите оградительные решетки, чтобы ребенок не смог близко к ним подойти.

10. Ни на минуту не оставляйте ребенка одного в ванной комнате, даже если звонит телефон или домофон.

11. Все лекарства должны быть недоступны ребенку.

12. Средства дезинфекции храните под замком, только в своей упаковке.

13. Все острые предметы также уберите подальше от детей.

14. Желательно, чтобы игрушки не содержали мелких деталей.

15. Обратите внимание на ядовитые домашние растения и растения..

16. Собаки, особенно давно живущие в доме и избалованные хозяевами, невероятно ревниво ведут себя по отношению к новорожденным и даже могут напасть на них. Проследите, не требует ли собака знаков внимания всякий раз, когда вы берете ребенка на руки. Если да, то никогда не оставляйте ее наедине с ребенком в комнате.

Кошки не так ревнивы, как собаки, однако следите за тем, чтобы кошка не могла устроиться внутри коляски, свернувшись калачиком рядом с лицом малыша. Следите, не появляются ли царапины у ребенка постарше, который может тискать кошку так, что она начнет защищаться.

Заведующий кафедрой БЖ и МЧС

П.Л. Колесниченко

