

Государственное бюджетное учреждение дополнительного образования
Дворец детского (юношеского) творчества Фрунзенского района Санкт-Петербурга

СОГЛАСОВАНО
Председатель профсоюзного комитета
ГБУ ДО ДДЮТ Фрунзенского района
Санкт-Петербурга

 М.Г. Орлова

« 29 » 12 2020 г.

УТВЕРЖДАЮ
Директор
ГБУ ДО ДДЮТ Фрунзенского района
Санкт-Петербурга

 О.В. Федорова

« 29 » 12 2020 г.

ИНСТРУКЦИЯ по охране труда

**по оказанию первой помощи пострадавшим
при несчастных случаях на производстве**

(указать профессии либо виды работ)

ИОТ-004-2021

(обозначение)

ИНСТРУКЦИЯ
по охране труда
по оказанию первой помощи пострадавшим при несчастных случаях на производстве
(ИОТ-004-2021)

Согласовано:

Заместитель директора по безопасности,
специалист по охране труда



П.В. Рыхлов

Разработал:

Руководитель структурного подразделения



Д.Б. Никитин

Разработал:

Руководитель структурного подразделения

О.С. Коротеева

ИНСТРУКЦИЯ

по охране труда

по оказанию первой помощи пострадавшим при несчастных случаях на производстве

1. Общие требования

1.1. Первая помощь представляет собой комплекс срочных мероприятий, проводимых при несчастных случаях и внезапных заболеваниях, направленных на прекращение действия повреждающего фактора, на устранение явлений, угрожающих жизни, на облегчение страданий и подготовку пострадавшего к отправке в лечебное учреждение. Первая помощь – это простейшие медицинские действия, выполняемые непосредственно на месте происшествия в кратчайшие сроки после травмы. Она оказывается, как правило, не медицинскими работниками, а работниками, находящимися в момент происшествия непосредственно на месте происшествия или вблизи от него. Считается оптимальным сроком оказания первой помощи – 30 минут с момента получения травмы

1.2. Оказывающему первую помощь необходимо придерживаться следующих рекомендаций:

- освободить пострадавшего от дальнейшего воздействия на него опасного производственного фактора (электрического тока, химических веществ, воды и др.), оценить состояние пострадавшего, при необходимости вынести на свежий воздух, освободить от стесняющей дыхание одежды;

- определить характер и степень повреждения. В случае необходимости, раздевание и одевание пострадавшего должны производиться осторожно, не вызывая болезненных ощущений или повторного повреждения;

- выполнить необходимые мероприятия по спасению пострадавшего в порядке срочности (восстановить проходимость дыхательных путей, в случае необходимости провести искусственное дыхание, наружный массаж сердца, остановить кровотечение, иммобилизовать место перелома, наложить повязку и т.д.);

- вызвать медицинских работников либо принять меры для транспортировки пострадавшего в ближайшее лечебное учреждение;

- поддерживать основные жизненные функции пострадавшего до прибытия медицинского работника;

1.3. Оказывающий первую помощь должен знать:

- основы работы в экстремальных условиях;
- основные признаки нарушений жизненно важных функций организма человека;
- правила, методы, приемы оказания первой помощи применительно к особенностям конкретного несчастного случая, конкретного человека;

- основные способы переноски и эвакуации пострадавших.

1.4. Оказывающий помощь должен уметь:

- быстро и правильно оценивать ситуацию, ориентироваться в экстремальных условиях (в том числе: в электроустановках, на воде и пр.);

- оценивать состояние пострадавшего, диагностировать вид, особенности поражения (травмы);

- определять вид необходимой первой помощи, последовательность проведения соответствующих мероприятий,

- контролировать их эффективность, при необходимости – осуществлять коррекцию мероприятий;

- правильно осуществлять весь комплекс первой помощи, контролировать эффективность, корректировать;

- реанимационные мероприятия с учетом состояния пострадавшего;

- временно останавливать кровотечение путем наложения жгута, давящей повязки, пальцевого прижатия сосуда;

- выполнять искусственное дыхание «изо рта в рот» («изо рта в нос») и закрытый массаж сердца и оценивать их эффективность;

- накладывать повязки, косынки, транспортные шины при переломах костей, тяжелых ушибах;
- оказывать помощь при поражениях электрическим током, в том числе, в экстремальных условиях;
- оказывать помощь при тепловом и солнечных ударах, утоплении, остром отравлении, рвоте, бессознательном состоянии;
- использовать подручные средства при оказании первой медицинской помощи, при переносе, погрузке, транспортировке пострадавшего;
- определять необходимость вызова скорой медицинской помощи, медицинского работника;
- эвакуировать пострадавшего попутным (неприспособленным) транспортом;
- пользоваться аптечкой первой помощи.

1.5. В зависимости от воздействующего фактора травмы подразделяются на механические (раны, ушибы, разрывы внутренних органов, переломы костей, вывихи), физические (ожоги, тепловой удар, обморожения, поражения электрическим током или молнией, лучевая болезнь и др.), химические (воздействия кислот, щелочей, отравляющих веществ), биологические (воздействие бактериальных токсинов), психические (испуг, шок и др.). В зависимости от вида травмы пользуются определенным набором мер, направленных на спасение, жизни и здоровья пострадавшего.

1.6. Обо всех фактах получения людьми (работниками, обучающимися, посетителями) травм необходимо сообщить руководителю учреждения.

2. Основные правила личной безопасности и обеспечения безопасных условий для оказания первой помощи (возможные факторы риска, их устранение)

2.1. Перед началом действий на месте происшествия следует обеспечить безопасные условия для оказания первой помощи. При этом необходимо помнить, что может угрожать участнику оказания первой помощи, пострадавшему и очевидцам происшествия:

- поражение электрическим током;
- интенсивное дорожное движение;
- возможное возгорание или взрыв;
- поражение токсическими веществами;
- агрессивны настроенные люди;
- высокая вероятность обрушения здания или каких-либо конструкций;
- животные;
- иные факторы.

2.2. Для снижения риска поражения необходимо, например, выключить электричество, перекрыть бытовой газ, установить знаки аварийной остановки, перегородить проезжую часть автомобилем, попытаться потушить пожар, сообщить собравшимся людям, что сейчас будет оказываться первая помощь и т.д. Не следует пытаться оказывать первую помощь в неблагоприятных условиях. В этом случае следует обратиться к соответствующим службам (например, к сотрудникам аварийно-спасательных служб, полиции и т.д.).

3. Простейшие меры профилактики инфекционных заболеваний, передающихся при непосредственном контакте с человеком, его кровью и другими биологическими жидкостями

3.1. Для снижения риска заражения при оказании первой помощи следует использовать медицинские перчатки (для защиты рук) и защитные устройства для проведения искусственного дыхания «рот-устройство-рот», находящиеся в аптечках первой помощи. В настоящее время в России производятся устройства для искусственного дыхания различных конструкций. С правилами их использования можно ознакомиться в инструкциях, прилагаемых производителем каждого конкретного устройства.

3.2. В состав аптечки для оказания первой помощи работникам входят медицинские 3-слойные маски из нетканого материала, которые применяются для снижения риска инфицирования человека, оказывающего первую помощь.

3.3. В случае попадания крови и других биологических жидкостей на кожу следует немедленно смыть их проточной водой, тщательно вымыть руки. При наличии спиртовых антисептических салфеток из бумажного текстилеподобного материала (находятся в аптечке для оказания первой помощи работникам) необходимо обработать кожу с их помощью.

3.4. После проведения искусственного дыхания рекомендуется прополоскать рот.

4. Общий алгоритм оказания первой помощи

4.1. Провести оценку обстановки и обеспечить безопасные условия для оказания первой помощи:

4.1.1. определить угрожающие факторы для собственной жизни и здоровья;

4.1.2. определить угрожающие факторы для жизни и здоровья пострадавшего;

4.1.3. устранить угрожающие факторы для жизни и здоровья;

4.1.4. прекратить действие повреждающих факторов на пострадавшего;

4.1.5. при необходимости, оценить количество пострадавших;

4.1.6. извлечь пострадавшего из транспортного средства или других труднодоступных мест (при необходимости);

4.1.7. переместить пострадавшего (при необходимости);

4.2. Определить наличие сознания у пострадавшего (при наличии сознания перейти к п. 4.7 настоящей Инструкции, при отсутствии сознания перейти к п. 4.3 настоящей Инструкции).

4.3. Восстановить проходимость дыхательных путей и определить признаки жизни.

4.3.1. запрокинуть голову с подъемом подбородка

4.3.2. выдвинуть нижнюю челюсть (при необходимости)

4.3.3. определить наличие нормального дыхания с помощью слуха, зрения и осязания

4.3.4. определить наличие кровообращения путем проверки пульса на магистральных артериях (одновременно с определением дыхания и при наличии соответствующей подготовки).

При наличии дыхания перейти к п. 4.6 настоящей Инструкции, при отсутствии дыхания перейти к п. 4.4 настоящей Инструкции.

4.4. Вызвать скорую медицинскую помощь, другие специальные службы, сотрудники которых обязаны оказывать первую помощь в соответствии с федеральным законом или со специальным правилом (по тел. 03, 103 или 112, привлекая помощника или с использованием громкой связи на телефоне).

4.5. Начать проведение сердечно-легочной реанимации путем чередования

– давления руками на грудину пострадавшего

– искусственного дыхания «Рот ко рту», «Рот к носу», с использованием устройств для искусственного дыхания.

При появлении признаков жизни перейти к п. 4.6 настоящей Инструкции.

4.6. При появлении (или наличии) признаков жизни выполнить мероприятия по поддержанию проходимости дыхательных путей

Выполняется одним или несколькими способами:

– придать устойчивое боковое положение

– запрокинуть голову с подъемом подбородка

– выдвинуть нижнюю челюсть.

4.7. Провести обзорный осмотр пострадавшего и осуществить мероприятия по временной остановке наружного кровотечения

Выполняется одним или несколькими способами:

– наложением давящей повязки

– пальцевым прижатием артерии

– прямым давлением на рану

– максимальным сгибанием конечности в суставе

– наложением жгута.

4.8. Провести подробный осмотр пострадавшего в целях выявления признаков травм, отравлений и других состояний, угрожающих его жизни и здоровью, осуществить вызов скорой медицинской помощи (если она не была вызвана ранее) и выполнить мероприятия по оказанию первой помощи

- провести осмотр головы
- провести осмотр шеи
- провести осмотр груди
- провести осмотр спины
- провести осмотр живота и таза
- осмотр конечностей
- наложить повязки при травмах различных областей тела, в том числе окклюзионную (герметизирующую) при ранении грудной клетки
- провести иммобилизацию (с помощью подручных средств, аутоиммобилизацию, с использованием медицинских изделий)
- зафиксировать шейный отдел позвоночника (вручную, подручными средствами, с использованием медицинских изделий)
- прекратить воздействие опасных химических веществ на пострадавшего (промыть желудок путем приема воды и вызывания рвоты, удалить с поврежденной поверхности и промыть поврежденные поверхности проточной водой)
- провести местное охлаждение при травмах, термических ожогах и иных воздействиях высоких температур или теплового излучения
- провести термоизоляция при отморожениях и других эффектах воздействия низких температур.

4.9. Придать пострадавшему оптимальное положение тела (для обеспечения ему комфорта и уменьшения степени его страданий)

4.10. Постоянно контролировать состояние пострадавшего (наличие сознания, дыхания и кровообращения) и оказывать психологическую поддержку

4.11. Передать пострадавшего бригаде скорой медицинской помощи, другим специальным службам, сотрудники которых обязаны оказывать первую помощь в соответствии с федеральным законом или со специальным правилом при их прибытии и распоряжении о передаче им пострадавшего, сообщив необходимую информацию

5. Правила вызова скорой медицинской помощи, других специальных служб, сотрудники которых обязаны оказывать первую помощь

5.1. Единый телефонный номер для вызова экстренных служб является номер 112. Для вызова непосредственно скорой медицинской помощи можно пользоваться номером 03 со стационарного телефонного аппарата или 103 с мобильного телефонного аппарата.

Также по номеру 112 можно вызвать спасателей, полицейских и иные аварийные и экстренные службы.

5.2. При вызове скорой медицинской помощи необходимо обязательно сообщить диспетчеру следующую информацию:

- информацию о себе;
- место происшествия, что произошло;
- число пострадавших и тяжесть их состояния;
- какая помощь оказывается.

5.3. Телефонную трубку положить последним, после сообщения диспетчера о том, что вызов принят.

5.4. При отсутствии помощников и необходимости оказания помощи пострадавшему, можно использовать функцию громкой связи.

6. Правила определения сознания и самостоятельного дыхания

6.1. Общие правила определения сознания и самостоятельного дыхания у пострадавшего:

6.1.1. Аккуратно потормозить пострадавшего за плечи и спросить: "Что с Вами? Помощь нужна?".

6.1.2. При отсутствии у потерпевшего реакции на вопрос рекомендуется позвать помощника.

6.1.3. Открыть дыхательные пути. Для этого одну руку следует положить на лоб пострадавшего, двумя пальцами другой поднять подбородок и запрокинуть голову. Далее необходимо наклониться щекой и ухом ко рту и носу пострадавшего, смотреть на его грудную клетку.

6.1.4. Далее в течение 10 секунд прислушаться к дыханию пострадавшего, ощутить выдыхаемый воздух на своей щеке, установить наличие или отсутствие движений грудной клетки.

6.2. Для непрофессионалов оценка пульса может вызвать достаточно серьёзные затруднения, поэтому современные рекомендации (алгоритм проведения сердечно-лёгочной реанимации) не подразумевают этого мероприятия. Наличие или отсутствие кровообращения оценивается по косвенным признакам, в частности, по отсутствию произвольных движений, сознания и дыхания.

6.3. К основным признакам жизни относятся наличие сознания, самостоятельное дыхание и кровообращение. Они проверяются в ходе выполнения алгоритма сердечно-лёгочной реанимации.

6.4. Внезапная смерть (остановка дыхания и кровообращения) может быть вызвана заболеваниями (инфаркт миокарда, нарушения ритма сердца и др.) или внешним воздействием (травма, поражение электрическим током, утопление и др.). Вне зависимости от причин исчезновения признаков жизни сердечно-лёгочная реанимация проводится в соответствии с определенным алгоритмом, рекомендованным Российским Национальным Советом по реанимации и Европейским Советом по реанимации.

7. Правила проведения сердечно-лёгочной реанимации (надавливаний на грудную клетку и искусственного дыхания)

7.1. Необходимо уложить пострадавшего на спину на ровную твёрдую поверхность.

7.2. Если помощь оказывает один человек, он располагается сбоку от пострадавшего и, наклонившись, делает два быстрых энергичных вдувания, затем поднимается, оставаясь на той же стороне от пострадавшего, ладонь одной руки кладет на нижнюю половину грудины (отступив на два пальца выше от ее нижнего края), пальцы приподнимает и делает 30 надавливаний на грудную клетку пострадавшего.

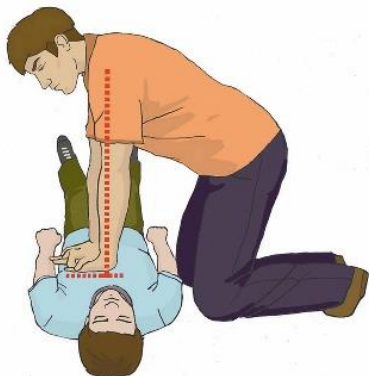
При участии в реанимации двух человек соотношение «дыхание – массаж» составляет 1:5. Во время искусственного вдоха пострадавшего тот, кто делает массаж сердца, надавливание не производит, так как усилия, развиваемые при надавливании, значительно больше, чем при вдувании (надавливание при вдувании приводит к безрезультатности искусственного дыхания, а следовательно, реанимационных мероприятий).

7.3. Правила проведения надавливаний на грудную клетку.

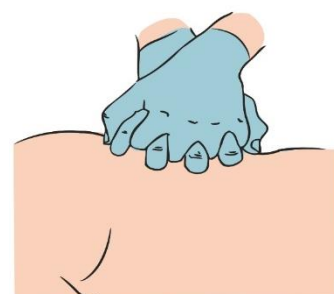
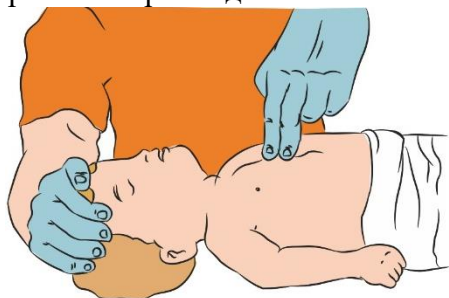
7.3.1. Основание ладони одной руки участника оказания первой помощи помещается на середину грудной клетки пострадавшего, вторая рука помещается сверху первой, кисти рук берутся в замок, руки выпрямляются в локтевых суставах, плечи участника оказания первой помощи располагаются над пострадавшим так, чтобы давление осуществлялось перпендикулярно плоскости грудины.



7.3.2. Давление руками на грудину пострадавшего выполняется весом туловища участника оказания первой помощи на глубину 5-6 см с частотой 100-120 в минуту.

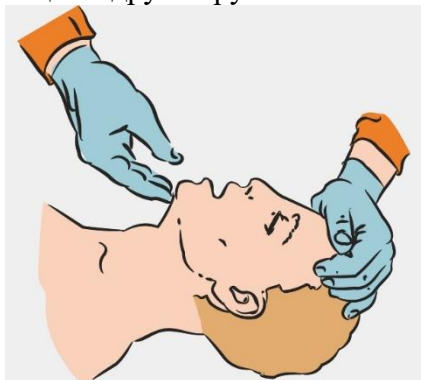


7.3.3. Детям грудного возраста надавливания производят двумя пальцами. Глубина надавливания у детей до 1 года составляет 3,5-4 см. Детям более старшего возраста - ладонью одной руки. Глубина надавливания у детей от 1 года до 14 лет составляет 4-5 см. У детей старшего возраста делается на основание ладоней, пальцы рук взяты в замок.

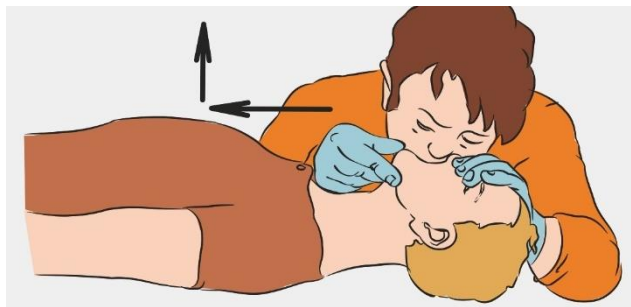


7.4. После 30 надавливаний руками на грудину пострадавшего необходимо осуществить искусственное дыхание методом «Рот-ко-рту». При выполнении вдохов рекомендуется использовать устройство для проведения искусственного дыхания "рот-устройство-рот", которое входит в состав аптечки.

7.4.1. Необходимо запрокинуть голову пострадавшего, положив одну руку на его лоб, приподняв подбородок двумя пальцами другой руки



7.4.2. Зажать нос пострадавшего большим и указательным пальцами. Герметизировать полость рта, произвести два плавных выдоха в рот пострадавшего, в течении 1 секунды каждый. Дай время 1-2 секунды на каждый пассивный выдох пострадавшего. Контролируй, приподнимается ли грудь пострадавшего при вдохе и опускается ли при выдохе.



7.4.3. Вдохи искусственного дыхания выполняются следующим образом: необходимо сделать свой нормальный вдох, герметично обхватить своими губами рот пострадавшего и выполнить равномерный выдох в его дыхательные пути в течение 1 секунды, наблюдая за движением его грудной клетки. Ориентиром достаточного объема вдуваемого воздуха и эффективного вдоха искусственного дыхания является начало подъема грудной клетки, определяемое участником оказания первой помощи визуально. После этого, продолжая поддерживать проходимость дыхательных путей, необходимо дать пострадавшему совершить пассивный выдох, после чего повторить вдох искусственного дыхания вышеописанным образом. На 2 вдоха искусственного дыхания должно быть потрачено не более 10 секунд. Не следует делать более двух попыток вдохов искусственного дыхания в перерывах между давлениями руками на грудину пострадавшего.

7.4.4. При проведении вдохов искусственного дыхания у детей следует визуально контролировать объем вдуваемого воздуха (до начала подъема грудной клетки). Детям до 1 года при проведении искусственного дыхания необходимо охватывать своими губами рот и нос одновременно.

7.5. Необходимо чередовать 30 надавливаний с 2 вдохами искусственного дыхания, независимо от количества человек, проводящих реанимацию.



7.6. К основным ошибкам при выполнении реанимационных мероприятий относятся:

- нарушение последовательности мероприятий сердечно-легочной реанимации;
- неправильная техника выполнения давления руками на грудину пострадавшего (неправильное расположение рук, недостаточная или избыточная глубина надавливаний, неправильная частота, отсутствие полного поднятия грудной клетки после каждого надавливания);
- неправильная техника выполнения искусственного дыхания (недостаточное или неправильное открытие дыхательных путей, избыточный или недостаточный объем вдуваемого воздуха);
- неправильное соотношение надавливаний руками на грудину и вдохов искусственного дыхания;
- время между надавливаниями руками на грудину пострадавшего превышает 10 сек.

7.7. Самым распространенным осложнением сердечно-легочной реанимации является перелом костей грудной клетки (преимущественно ребер). Наиболее часто это происходит при избыточной силе давления руками на грудину пострадавшего, неверно определенной точке расположения рук, повышенной хрупкости костей (например, у пострадавших пожилого и старческого возраста).

7.8. Показания к прекращению сердечно-лёгочной реанимации

Реанимационные мероприятия продолжаются до прибытия скорой медицинской помощи или других специальных служб, сотрудники которых обязаны оказывать первую помощь, и распоряжения сотрудников этих служб о прекращении реанимации, либо до появления явных признаков жизни у пострадавшего (появления самостоятельного дыхания, возникновения кашля, произвольных движений).

В случае длительного проведения реанимационных мероприятий и возникновения физической усталости у участника оказания первой помощи необходимо привлечь помощника к осуществлению этих мероприятий. Большинство современных отечественных и зарубежных рекомендаций по проведению сердечно-легочной реанимации предусматривают смену ее участников примерно каждые 2 минуты, или спустя 5-6 циклов надавливаний и вдохов.

Реанимационные мероприятия могут не осуществляться пострадавшим с явными признаками нежизнеспособности (разложение или травма, несовместимая с жизнью), либо в случаях, когда отсутствие признаков жизни вызвано исходом длительно существующего неизлечимого заболевания (например, онкологического).

8. Удаление инородного тела из дыхательных путей

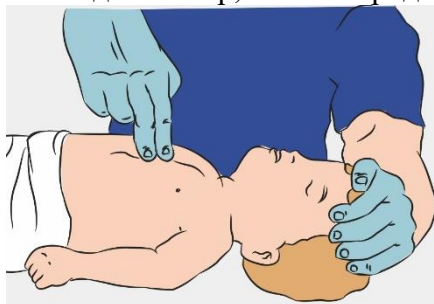
8.1. Признаки: пострадавший задыхается, не способен говорить, внезапно становится синюшным, может потерять сознание.

8.2. Удаление инородного тела из дыхательных путей у детей

8.2.1. Положи младенца на предплечье своей руки и ладонью хлопни 5-6 раз между лопатками



8.2.2. В случае, если хлопки не помогают, сделай 5 толчков двумя пальцами в грудь младенцу. Повторяй эти мероприятия до тех пор, пока инородный предмет не будет извлечён.



8.3. Следует помнить о необходимости дозирования усилий (удары и надавливания наносятся с меньшей силой). Кроме того, детям до 1 года нельзя выполнять надавливания на живот. Вместо них производятся толчки в нижнюю часть грудной клетки двумя пальцами. При выполнении ударов и толчков грудным детям следует располагать их на предплечье человека, оказывающего помощь, головой вниз; при этом необходимо придерживать голову ребенка.

Детям старше 1 года можно выполнять надавливания на живот над пупком, дозируя усилие соответственно возрасту.

8.4. Удаление инородного тела из дыхательных путей у взрослых

8.4.1. В соответствии с рекомендациями Российского Национального Совета по реанимации и Европейского Совета по реанимации выделяют частичное или полное нарушение проходимости верхних дыхательных путей, вызванное инородным телом. Для того, чтобы определить степень нарушения, можно спросить пострадавшего, подавился ли он.

При частичном нарушении проходимости верхних дыхательных путей пострадавший отвечает на вопрос, может кашлять.

При полном нарушении проходимости верхних дыхательных путей пострадавший не может говорить, не может дышать или дыхание явно затруднено (шумное, хриплое), может хватать себя за горло, может кивать.

8.4.2. При частичном нарушении проходимости следует предложить пострадавшему покашлять.

8.4.3. При полном нарушении проходимости верхних дыхательных путей необходимо предпринять меры по удалению инородного тела

8.4.3.1. Встать сбоку и немного сзади пострадавшего.

8.4.3.2. Придерживая пострадавшего одной рукой, другой наклонить его вперед, чтобы в случае смещения инородного тела оно попало в рот пострадавшего, а не опустилось ниже в дыхательные пути.

8.4.3.3. Нанести 5 резких ударов основанием своей ладони между лопатками пострадавшего.



8.4.3.4. Проверять после каждого удара, не удалось ли устранить нарушение проходимости.

8.4.3.5. Если после 5 ударов инородное тело не удалено, то следует:

– встать позади пострадавшего и обхватить его обеими руками на уровне верхней части живота;

– сжать кулак одной из рук и поместить его над пупком большим пальцем к себе;



– обхватить кулак другой рукой и, слегка наклонив пострадавшего вперед, резко надавить на его живот в направлении внутрь и вверх;



– при необходимости надавливания повторить до 5 раз.

8.4.3.6. Если удалить инородное тело не удалось, необходимо продолжать попытки его удаления, перемежая пять ударов по спине с пятью надавливаниями на живот.

8.4.4. Если пострадавший потерял сознание – необходимо начать сердечно-лёгочную реанимацию в объеме давления руками на грудь и искусственного дыхания. При этом следует следить за возможным появлением инородного тела во рту для того, чтобы своевременно удалить его.

8.4.5. При нарушении проходимости дыхательных путей у тучного человека или беременной женщины

8.4.5.1. В случае, если инородное тело нарушило проходимость дыхательных путей у тучного человека или беременной женщины, оказание первой помощи начинается также, как описано выше, с 5 ударов между лопатками.



8.4.5.2. У тучных людей или беременных женщин не осуществляется давление на живот. Вместо него проводятся надавливания на нижнюю часть груди.



8.5. При отсутствии эффекта от этих действий необходимо вызвать скорую медицинскую помощь и приступить к сердечно-легочной реанимации.

9. Алгоритм подробного осмотра пострадавшего

9.1. Целью обзорного осмотра является определение признаков кровотечения, требующего скорейшей остановки. Обзорный осмотр производится очень быстро, в течение 1-2 секунд, с головы до ног.

9.2. Порядок осмотра:

- осторожно и аккуратно осмотреть голову пострадавшего;
- осмотреть шею пострадавшего;
- осторожно и внимательно осмотреть грудь пострадавшего;
- осторожно и внимательно осмотреть таз пострадавшего;
- осмотреть обе руки пострадавшего;
- подробно осмотреть ноги пострадавшего.

10. Способы оказания первой помощи при наружном кровотечении

10.1.1. Все действия делаются в перчатках при помощи стерильных перевязочных средств.

10.1.2. Признаки различных видов наружного кровотечения (артериального, венозного, капиллярного, смешанного)

10.1.2.1. Наружное кровотечение сопровождается повреждением кожных покровов и слизистых оболочек, при этом кровь изливается наружу в окружающую среду.

Артериальные. Являются наиболее опасными, так как при ранении крупных артерий происходит большая потеря крови за короткое время. Признаком артериальных кровотечений обычно является пульсирующая алая струя крови, быстро расплывающаяся лужа крови алого цвета, быстро пропитываемая кровью одежда пострадавшего.

Венозные. Характеризуются меньшей скоростью кровопотери, кровь темно-вишневая, вытекает «ручьем». Венозные кровотечения могут быть менее опасными, чем артериальные, однако также требуют скорейшей остановки.

Капиллярные. Наблюдаются при ссадинах, порезах, царапинах. Капиллярное кровотечение непосредственной угрозы для жизни, как правило, не представляет.

Смешанные. Это кровотечения, при которых имеются одновременно артериальное, венозное и капиллярное кровотечение. Наблюдаются, например, при отрыве конечности. Опасны вследствие наличия артериального кровотечения.

10.1.3. Способы временной остановки кровотечения:

10.1.3.1. Прямое давление на рану является наиболее простым способом остановки кровотечений. При его использовании рана закрывается стерильными салфетками или стерильным бинтом, после чего на область раны осуществляется давление рукой участника оказания первой помощи с силой, достаточной для остановки кровотечения. При отсутствии бинта или салфеток для наложения на рану можно использовать любую подручную ткань. При отсутствии табельных и подручных средств допустимо осуществлять давление на рану рукой участника оказания первой помощи (при этом не следует забывать о необходимости использования медицинских перчаток).

Пострадавшему также можно рекомендовать попытаться самостоятельно остановить имеющееся у него кровотечение, используя прямое давление на рану.

10.1.3.2. Для более продолжительной остановки кровотечения можно использовать давящую повязку. При ее наложении следует соблюдать общие принципы наложения бинтовых повязок: на рану желательно положить стерильные салфетки из аптечки, бинт должен раскатываться по ходу движения, по окончании наложения повязку следует закрепить, завязав свободный конец бинта вокруг конечности. Поскольку основная задача повязки – остановить кровотечение, она должна накладываться с усилием (давлением). Если повязка начинает пропитываться кровью, то поверх нее накладывают еще несколько стерильных салфеток и туго прибинтовывают.

10.1.3.3. Пальцевое прижатие артерии позволяет достаточно быстро и эффективно останавливать кровотечение из крупных артерий. Давление осуществляется в определенных точках между раной и сердцем. Выбор точек обусловлен возможностью прижатия артерии к кости. Результатом является прекращение поступления крови к поврежденному участку сосуда и остановка или значительное ослабление кровотечения. Как правило, пальцевое прижатие артерии предшествует наложению кровоостанавливающего жгута и используется в первые секунды после обнаружения кровотечения и начала оказания первой помощи (так же, как и прямое давление на рану). Пальцевое прижатие артерии может быть как самостоятельным способом остановки кровотечения, так и использоваться в комплексе с другими способами (например, с давящей повязкой на рану). Эффективность и правильность использования этого способа определяется визуально – по уменьшению или остановке кровотечения.

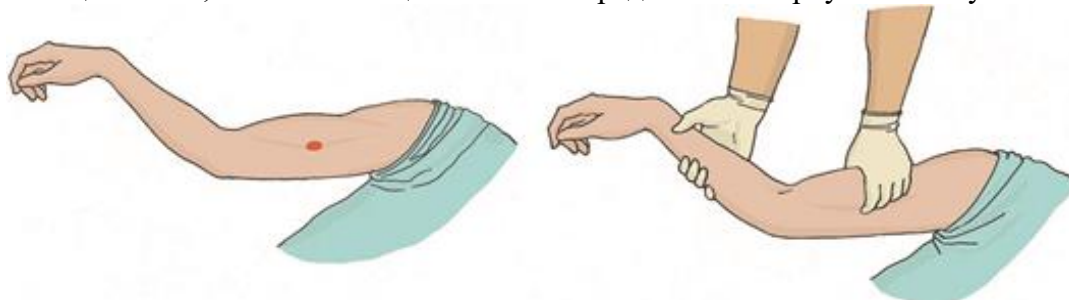
Общая сонная артерия прижимается на передней поверхности шеи снаружи от гортани на стороне повреждения. Давление в указанную точку может осуществляться четырьмя пальцами одновременно по направлению к позвоночнику, при этом сонная артерия придавливается к нему. Другим вариантом пальцевого прижатия сонной артерии является давление в ту же точку большим пальцем по направлению к позвоночнику. Прижимать необходимо с достаточной силой, т.к. кровотечения из сонной артерии очень интенсивные.



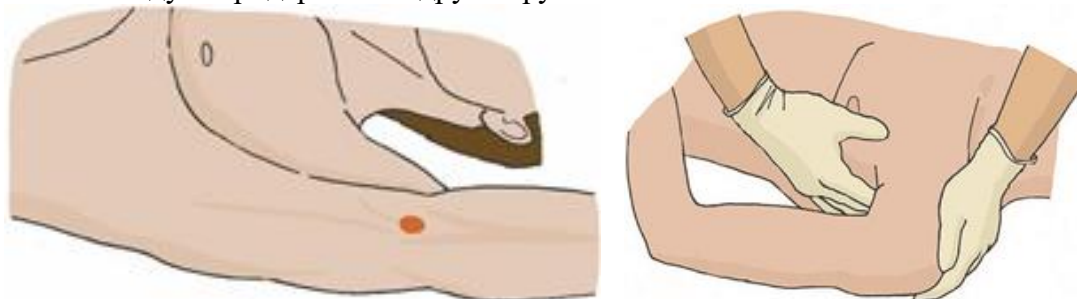
Подключичная артерия прижимается в ямке над ключицей к первому ребру. Осуществлять давление в точку прижатия подключичной артерии можно с помощью четырех выпрямленных пальцев. Другим способом пальцевого прижатия подключичной артерии является давление согнутыми пальцами.



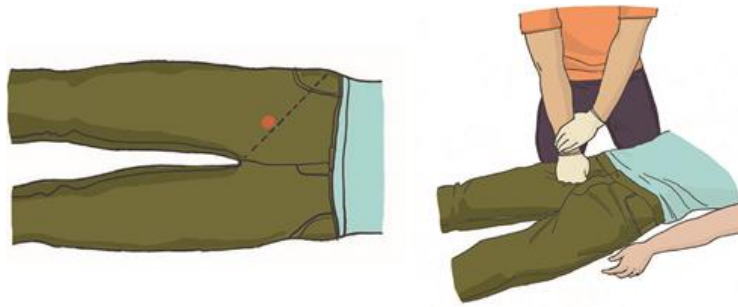
Плечевая артерия прижимается к плечевой кости с внутренней стороны между бицепсом и трицепсом в средней трети плеча, если кровотечение возникло из ран средней и нижней трети плеча, предплечья и кисти. Давление на точку прижатия осуществляется с помощью четырех пальцев кисти, обхватывающей плечо пострадавшего сверху или снизу.



Подмышечная артерия прижимается к плечевой кости в подмышечной впадине при кровотечении из раны плеча ниже плечевого сустава. Давление в точку прижатия подмышечной артерии производится прямыми, жестко зафиксированными пальцами с достаточной силой в направлении плечевого сустава. При этом область плечевого сустава пострадавшего следует придерживать другой рукой.



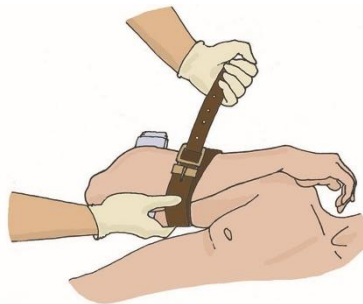
Бедренная артерия прижимается ниже паховой складки при кровотечении из ран в области бедра. Давление выполняется кулаком, зафиксированным второй рукой, весом тела участника оказания первой помощи.



10.1.3.4. Максимальное сгибание конечности в суставе приводит к перегибу и сдавлению кровеносного сосуда, что способствует прекращению кровотечения. Этот способ достаточно эффективно останавливает кровотечение. Для повышения эффективности в область сустава необходимо вложить 1-2 бинта или свернутую валиком одежду. После сгибания конечность фиксируют руками, несколькими турами бинта или подручными средствами (например, брючным ремнем).

При кровотечениях из ран верхней части плеча и подключичной области верхнюю конечность заводят за спину со сгибанием в локтевом суставе и фиксируют бинтом или обе руки заводят назад со сгибанием в локтевых суставах и притягивают друг к другу бинтом.

Для остановки кровотечения из предплечья в локтевой сгиб вкладывают валик, конечность максимально сгибают в локтевом суставе и предплечье фиксируют к плечу в таком положении, например, ремнем.



При повреждении сосудов стопы, голени и подколенной ямки в последнюю вкладывают несколько бинтов или валик из ткани, после чего конечность сгибают в коленном суставе и фиксируют в этом положении бинтом.



Для остановки кровотечения при травме бедра сверток из ткани или несколько бинтов вкладывают в область паховой складки, нижнюю конечность сгибают в тазобедренном суставе (притягивают колено к груди) и фиксируют руками или бинтом.



10.1.3.5. Наложение кровоостанавливающего жгута может применяться для более продолжительной временной остановки сильного артериального кровотечения.

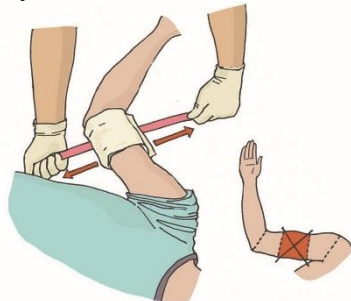
Для снижения негативного воздействия жгута на конечности его следует накладывать в соответствии со следующими правилами.

– Жгут следует накладывать только при артериальном кровотечении при ранении плеча и бедра.

– Жгут необходимо накладывать между раной и сердцем, максимально близко к ране. Если место наложения жгута приходится на среднюю треть плеча и на нижнюю треть бедра, следует наложить жгут выше.

– Жгут на голое тело накладывать нельзя, только поверх одежды или тканевой (бинтовой) прокладки.

– Перед наложением жгут следует завести за конечность и растянуть.



– Кровотечение останавливается первым (растянутым) туром жгута, все последующие (фиксирующие) туры накладываются так, чтобы каждый последующий тур примерно наполовину перекрывал предыдущий.



– Жгут не должен быть закрыт повязкой или одеждой, т.е. должен быть на виду.

– Точное время наложения жгута следует указать в записке, записку поместить под жгут



– Максимальное время нахождения жгута на конечности не должно превышать 60 минут в теплое время года и 30 минут в холодное.

– После наложения жгута конечность следует иммобилизовать (обездвижить) и термоизолировать (укутать) доступными способами.

– Если максимальное время наложения жгута истекло, а медицинская помощь недоступна, следует сделать следующее:

- осуществить пальцевое прижатие артерии выше жгута;
- снять жгут на 15 минут;
- по возможности выполнить лёгкий массаж конечности, на которую был наложен жгут;
- наложить жгут чуть выше предыдущего места наложения;
- максимальное время повторного наложения – 15 минут.

В качестве импровизированного жгута можно использовать подручные средства: тесьму, платок, галстук и другие подобные вещи. Для остановки кровотечения в этом случае из указанных материалов делается петля, закручивающаяся до остановки или значительного ослабления артериального кровотечения с помощью любого прочного предмета (металлического или деревянного прута). При достижении остановки кровотечения прут

прибинтовывают к конечности. Импровизированные жгуты накладываются также по вышеописанным правилам.

10.2. Способы оказания первой помощи при травмах головы

10.2.1. Травмы головы являются одними из наиболее тяжелых повреждений, которые пострадавшие могут получить в результате происшествий. Очень часто они (особенно ранения волосистой части головы) сопровождаются значительным кровотечением, которое может угрожать жизни пострадавшего на месте происшествия.

Травмы головы часто сопровождаются нарушением функции головного мозга. Для черепно-мозговой травмы характерны бледность, общая слабость, сонливость, головная боль, головокружение и потеря сознания. Пострадавший может быть в сознании, но при этом не помнит обстоятельств травмы и событий, ей предшествующих. Более тяжелое повреждение мозга сопровождается длительной потерей сознания, параличами конечностей. Переломы костей черепа могут сопровождаться, кроме того, следующими признаками: выделение бесцветной или кровянистой жидкости из ушей, носа; кровоподтеки вокруг глаз.

10.2.2. Первая помощь при травме головы будет заключаться в остановке кровотечения, вызове скорой медицинской помощи и контроле состояния пострадавшего.

10.2.3. Если пострадавший находится без сознания, следует придать ему устойчивое боковое положение, которое уменьшает вероятность западения языка и сводит к минимуму возможность попадания рвотных масс или крови в дыхательные пути.

10.2.4. При наличии раны и кровотечения надо выполнить прямое давление на рану, при необходимости – наложить повязку.

В случае, если у пострадавшего отмечаются признаки нарушения целостности костей черепа, необходимо обложить края раны бинтами и только после этого накладывать повязку. При нахождении в ране инородного предмета нужно зафиксировать его, обложив салфетками или бинтами, и наложить повязку. Извлекать инородный предмет запрещено.

10.2.5. Кровотечения при ранениях волосистой части головы, как правило, очень обильные, и не могут остановиться самостоятельно. Для остановки кровотечения из волосистой части головы необходимо выполнить прямое давление на рану и наложить давящую повязку

10.3. Способы оказания первой помощи при повреждении глаз или век

10.3.1. При травмах глаз или век наложить повязку на оба глаза (если не закрывать повязкой оба глаза, то движение здорового глаза будут вызывать движение и боль в пострадавшем глазу).

10.3.2. Вызвать скорую медицинскую помощь.

10.3.3. Передвигаться пострадавший должен только за руку с сопровождающим!

10.4. Способы оказания первой помощи при носовом кровотечении

10.4.1. Если пострадавший находится в сознании, необходимо усадить его со слегка наклоненной вперед головой и зажать ему нос в районе крыльев носа на 15-20 минут. При этом можно положить холод на переносицу. Если спустя указанное время кровотечение не остановилось, следует вызвать скорую медицинскую помощь, до приезда которой надо продолжать выполнять те же мероприятия.

10.4.2. Если пострадавший с носовым кровотечением находится без сознания, следует придать ему устойчивое боковое положение, контролируя проходимость дыхательных путей, вызвать скорую медицинскую помощь.

10.5. Способы оказания первой помощи при травме шеи

10.5.1. Временная остановка наружного кровотечения при травмах шеи

10.5.1.1. Наиболее быстрым способом является пальцевое прижатие сонной артерии между раной и сердцем, производимое на передней поверхности шеи снаружи от гортани по направлению к позвоночнику на стороне повреждения четырьмя пальцами одновременно или большим пальцем.



10.5.1.2. При затруднениях с определением места надавливания возможно использовать прямое давление на рану.

10.5.1.3. При наличии венозного кровотечения для его остановки используется давящая повязка.

10.5.2. Повреждение шейного отдела позвоночника может развиваться, например, при дорожно-транспортном происшествии (при ударе сзади или наезде на препятствие может возникнуть так называемая «хлыстовая» травма, приводящая к повреждению шейных позвонков вследствие резкого разгибания или резкого сгибания шеи), падении с высоты, нырянии и т.д. При травме шейного отдела позвоночника с повреждением спинного мозга пострадавший может быть в сознании, но полностью или частично обездвижен. Вывихи и переломы шейных позвонков проявляются резкой болью в области шеи. Пострадавший может поддерживать голову руками, мышцы шеи будут напряжены.

При оказании первой помощи следует помнить, что смещение поврежденных шейных позвонков может привести к тяжелым последствиям, вплоть до остановки дыхания и кровообращения. Необходимо исключить дополнительную травму и возможность повреждения спинного мозга при извлечении и перемещении пострадавшего. Для этого необходимо вручную поддерживать голову в положении, ограничивающем движение, дожидаясь прибытия скорой медицинской помощи.

10.5.2.1. При экстренном извлечении пострадавшего необходимо использовать фиксацию шеи рукой.



10.5.2.2. При перемещении пострадавшего необходимо фиксировать его голову и шею вручную предплечьями.



10.5.2.3. В качестве подручных средств для фиксации шейного отдела позвоночника могут быть использованы элементы одежды (куртка, свитер и т.п.), которые оборачивают вокруг шеи, предотвращая сдавление мягких тканей и органов шеи, но добиваясь того, чтобы края импровизированного воротника туго подпирали голову.

10.5.2.4. При наличии в оснащении табельных устройств для фиксации шейного отдела позвоночника (шейные воротники, шейные шины) необходимо использовать их в соответствии с их инструкциями по применению. Подобные устройства накладываются вдвоем, при этом один из участников оказания первой помощи фиксирует голову и шею пострадавшего своими руками, помощник располагает заднюю часть воротника на задней поверхности шеи пострадавшего. После этого загибает переднюю часть вперед и фиксирует (способ фиксации определяется конструкцией воротника).

10.5.3. Необходимо вызвать (самостоятельно или с помощью окружающих) скорую медицинскую помощь.

10.6. Способы оказания первой помощи при ранении грудной клетки

10.6.1. Травмы груди являются одними из наиболее тяжелых повреждений. В грудной клетке располагаются жизненно важные органы (сердце, легкие), крупные сосуды, повреждение которых может быть смертельно опасно. При повреждениях грудной клетки часто развиваются тяжелые осложнения (например, нарушения дыхания), которых можно избежать при своевременном оказании первой помощи.

Основные проявления травмы груди, особенности наложения повязок при травме груди, наложение окклюзионной (герметизирующей) повязки.

10.6.2. При травмах груди часто отмечаются переломы и ушибы ребер, которые характеризуются припухлостью в месте перелома, резкой болью, усиливающейся при дыхании и изменении положения тела пострадавшего.

При переломах и ушибах ребер необходимо придать пострадавшему полусидячее положение и контролировать его состояние до прибытия скорой медицинской помощи.

10.6.3. Помимо переломов ребер встречаются и ранения груди, при которых нарушается ее герметичность, что, в свою очередь, приводит к резким нарушениям в работе легких и сердца. Без оказания адекватной и своевременной помощи это может привести к смерти пострадавшего в течение короткого промежутка времени. Признаками такого повреждения является наличие раны в области грудной клетки, через которую во время вдоха с характерным всасывающим звуком засасывается воздух; на выдохе кровь в ране может пузыриться. Дыхание у пострадавшего частое, поверхностное, кожа бледная с синюшным оттенком.

При ранениях груди следует осуществить первичную герметизацию раны ладонью, после чего наложить герметизирующую (окклюзионную) повязку. Для этого непосредственно на рану помещается воздухонепроницаемый материал (упаковка от перевязочного пакета или бинта, полиэтилен, клеенка).

После наложения воздухонепроницаемого материала его можно закрепить лейкопластырем и оставить незафиксированным уголок. Оставленный свободный уголок выполняет функцию клапана – не дает воздуху поступать в грудную клетку и позволяет снизить избыточное давление в ней. Другим доступным способом является закрепление воздухонепроницаемого материала бинтом.

10.6.4. Пострадавшему также следует придать полусидячее положение с наклоном в пораженную сторону.

10.6.5. При обнаружении инородного тела в ране грудной клетки (осколка стекла, металла, ножа и т.д.) ни в коем случае не следует вынимать его из раны. Необходимо обложить инородный предмет салфетками или бинтами, наложив поверх них давящую повязку для остановки кровотечения.

10.6.6. Необходимо вызвать (самостоятельно или с помощью окружающих) скорую медицинскую помощь.

10.7. Способы оказания первой помощи при ранении живота и таза

10.7.1. Травмы живота могут быть закрытыми (без ранения брюшной стенки) и открытыми (при наличии раны на животе). Закрытая травма живота может оставаться незамеченной, пока внутреннее кровотечение не вызовет резкого ухудшения состояния. Открытая травма живота может сопровождаться выпадением внутренних органов и кровотечением.

10.7.2. Основной задачей первой помощи при травмах живота является остановка кровотечения при открытой травме (прямым давлением на рану, наложением давящей повязки), вызов скорой медицинской помощи и контроль состояния пострадавшего до ее прибытия.

10.7.3. Травмы таза также могут представлять опасность для жизни пострадавшего. К примеру, такие травмы наблюдаются у пешеходов, сбитых грузовым автотранспортом. Они очень часто сочетаются с повреждениями живота. Признаками травмы таза могут быть боли внизу живота, кровоподтеки и ссадины в этой области.

Первая помощь при травмах таза заключается в придании пострадавшему положения на спине с валиком под полусогнутыми разведенными ногами и контроле его состояния до прибытия бригады скорой медицинской помощи.

10.7.4. Способы оказания первой помощи при закрытой травме живота с признаками внутреннего кровотечения

При закрытых травмах живота повреждения его передней стенки могут быть малозаметными. При этом пострадавшие могут жаловаться на постоянную острую боль по всему животу, сухость во рту, тошноту и рвоту. Могут отмечаться признаки кровопотери: резкая общая слабость, чувство жажды, головокружение, мелькание «мушек» перед глазами, обморок (чаще при попытке встать), бледная, влажная и холодная кожа, учащённое дыхание и сердцебиение. При повреждении внутренних органов пострадавший нуждается в скорейшей хирургической помощи, поэтому все пострадавшие с любыми травмами живота должны быть быстро доставлены в лечебное учреждение.

Первая помощь при закрытой травме живота с признаками кровопотери – вызвать скорую медицинскую помощь, положить холод на живот, пострадавшему придать положение на спине с валиком под полусогнутыми разведенными в стороны ногами, контролировать его состояние.

10.7.5. При повреждении живота запрещается вправлять в рану выпавшие внутренние органы, туго прибинтовывать их, извлекать из раны инородный предмет, давать обезболивающие препараты, поить и кормить пострадавшего. Выпавшие внутренние органы необходимо закрыть стерильными салфетками (желательно, смоченными водой) или чистой тканью. При нахождении в ране инородного предмета - зафиксировать его, обложив салфетками или бинтами, и наложить повязку для остановки кровотечения.

10.7.6. Необходимо вызвать (самостоятельно или с помощью окружающих) скорую медицинскую помощь.

10.8. Способы оказания первой помощи при ранении конечностей

10.8.1. Травмы конечностей часто сопровождаются повреждением кровеносных сосудов, поэтому важно своевременно остановить обнаруженное кровотечение. Для этого применяются все способы: прямое давление на рану, наложение давящей повязки, пальцевое прижатие

артерии, максимальное сгибание конечности в суставе, наложение кровоостанавливающего жгута.

10.8.2. При сильном кровотечении необходимо вызвать (самостоятельно или с помощью окружающих) скорую медицинскую помощь.

11. 10.8. Способы оказания первой помощи при кровотечении из внутренних органов

11.1. Внутреннее кровотечение распознается по резкой бледности лица, слабости, очень частому пульсу, одышке, головокружению, сильной жажде и обморочному состоянию.

11.2. Вызвать (самостоятельно или с помощью окружающих) скорую медицинскую помощь.

11.3. Создать пострадавшему полный покой.

11.4. Нельзя давать пострадавшему пить, если есть подозрение на ранение органов брюшной полости.

11.5. На место травмы необходимо положить холод (резиновый пузырь со льдом, снегом или холодной водой, холодные примочки и т.п.).

12. Способы иммобилизации при травме конечностей

12.1. Иммобилизация – это создание неподвижности (покоя) поврежденной части тела с помощью подручных средств, готовых транспортных шин (изделий медицинского назначения, входящих в состав аптечек первой помощи) или используя здоровые части тела пострадавшего (аутоиммобилизация).

12.2. При наличии подозрения на травму костей, человеку, оказывающему первую помощь, следует определиться с тактикой действий в отношении пострадавшего.

Вызвать (самостоятельно или с помощью окружающих) скорую медицинскую помощь и дожидаться приезда бригады скорой медицинской помощи, которая сможет выполнить качественное обезболивание и иммобилизацию травмированной конечности. В данном случае до приезда бригады скорой медицинской помощи следует придерживать травмированную конечность вручную и контролировать состояние пострадавшего.

12.3. Если же в результате особых обстоятельств предполагается транспортировка пострадавшего (или его переноска на дальнейшее расстояние), следует выполнить иммобилизацию поврежденной конечности. При этом следует фиксировать минимум два сустава (один ниже, другой выше перелома). При переломе плеча и бедра надо фиксировать три сустава – плечевой, локтевой, лучезапястный или тазобедренный, коленный, голеностопный соответственно. Наиболее доступным, безопасным и эффективным для большинства участников оказания первой помощи способом иммобилизации при травме конечностей является так называемая аутоиммобилизация. Для этого поврежденную ногу можно прибинтовать к здоровой ноге, проложив между ними мягкий материал.

12.4. Поврежденную руку можно зафиксировать, прибинтовав к туловищу. На область предполагаемой травмы можно положить холод.

12.5. Иммобилизация также может осуществляться с помощью импровизированных шин (доски, куски плотного картона или пластмассы, лыжи и т.п.). Накладывать их нужно поверх одежды и обуви пострадавшего, без исправления положения конечности, также фиксируя два или три сустава (в зависимости от места перелома). Перед наложением импровизированную шину необходимо обмотать бинтом или обернуть тканью или одеждой. Использовать импровизированные шины рекомендуется ограниченно, поскольку фиксация с их помощью может быть затруднена, неудобна и небезопасна.

12.6. Необходимо защищать пострадавшего от переохлаждения, давать обильное тёплое сладкое питьё.

13. Способы оказания первой помощи при термических ожогах

13.1. Ожоги могут возникать под прямым воздействием на кожу пламени, пара, от горячего предмета (термические ожоги); кислот, щелочей и других агрессивных веществ (химические ожоги); электричества (электроожоги), излучения (радиационные ожоги, например, солнечные).

13.2. Оказание помощи при различных видах ожогов практически одинаково.

Существуют различные классификации степеней ожогов, однако для оказания первой помощи проще разделить ожоги на поверхностные и глубокие.

13.3. Признаками поверхностного ожога являются покраснение и отек кожи в месте воздействия поражающего агента, а также появление пузырей, заполненных прозрачной жидкостью.

13.4. Глубокие ожоги проявляются появлением пузырей, заполненных кровянистым содержимым, которые могут быть частично разрушены, кожа может обугливаться и становиться нечувствительной к боли. Часто при ожогах сочетаются глубокие и поверхностные поражения.

13.5. Тяжесть состояния пострадавшего зависит не только от глубины повреждения, но и от площади ожоговой поверхности. Площадь ожога можно определить «методом ладони» (площадь ладони примерно равна 1% площади поверхности тела) или «методом девяток» (при этом площадь тела делится на участки, размеры которых кратны 9% площади тела – голова и шея 9%, грудь 9%, живот 9%, правая и левая рука по 9%; правая и левая нога по 18%, спина 18%), оставшийся 1% – область промежности. При определении площади ожога можно комбинировать эти способы.

13.6. Опасными для жизни пострадавшего являются поверхностные ожоги площадью более 15% и глубокие ожоги площадью более 5% площади тела.

13.7. Первая помощь при ожогах заключается в прекращении действия повреждающего агента (тушение огня, удаление химических веществ, прекращение действия электрического тока на организм), охлаждении обожженной части тела под струей холодной воды в течение 20 минут (при отсутствии воды можно заменить приложением холода поверх повязки или ткани). При термическом ожоге немедленное охлаждение ослабляет боль, снижает отечность, уменьшает площадь и глубину ожогов.

13.8. Обожженное лицо необходимо закрыть стерильной марлей.

13.9. При ожогах глаз следует делать холодные примочки и немедленно направить пострадавшего в медицинское учреждение.

13.10. При химическом ожоге необходимо смыть вещество с поверхности кожи струей проточной воды. Учитывая то, что часто химическая структура повреждающего вещества неизвестна и нейтрализующие растворы отсутствуют или на их приготовление требуется много времени, ограничиваются промыванием кожи проточной водой в течение 20 минут. При этом химическое вещество полностью смывается в кожу, и нейтрализовать его нет необходимости.

13.11. Ожоговую поверхность следует закрыть нетугой повязкой, дать пострадавшему теплое питье. Обязательно следует вызвать скорую медицинскую помощь.

13.12. При оказании первой помощи запрещается вскрывать ожоговые пузыри, убирать с пораженной поверхности части обгоревшей одежды, наносить на пораженные участки мази, жиры.

13.13. Оказание первой помощи при ожогах верхних дыхательных путей.

13.13.1. Заподозрить наличие ожога верхних дыхательных путей у пострадавшего можно, если он находился в горящем помещении. Проявляется это состояние одышкой, кашлем. При этом могут отмечаться закопченность и ожоги лица, обгоревшие усы и борода. Первая помощь будет заключаться в скорейшем выносе пострадавшего на свежий воздух, придании ему оптимального положения (полусидя) и вызове скорой медицинской помощи.

14. Способы оказания первой помощи при тепловом (солнечном) ударе

14.1. Перегревание (тепловой удар) развивается обычно при нарушениях теплоотдачи организма вследствие длительного нахождения человека в условиях повышенной температуры

окружающего воздуха (особенно в сочетании с высокой влажностью), например, в автомобиле или жарком помещении; при работе в защитном снаряжении, затрудняющем теплоотдачу, и т.п.

14.2. Признаками перегревания являются повышенная температура тела, головная боль, тошнота и рвота, головокружение, слабость, потеря сознания, судороги, учащённое сердцебиение, учащённое поверхностное дыхание. В тяжелых случаях возможна остановка дыхания и кровообращения.

14.3. При возникновении признаков перегревания, пострадавшего необходимо переместить в прохладное место (тень, к открытому окну, включить систему кондиционирования воздуха и т.п.), при наличии сознания дать выпить охлаждённой воды, расстегнуть или снять одежду. Пострадавшему без сознания следует придать устойчивое боковое положение.

14.4. Положить на голову, шею, подмышки и паховую область смоченные в холодной воде полотенца (салфетки).

14.5. При судорогах необходимо удерживать голову и туловище пострадавшего, оберегая от травм.

14.6. При восстановлении сознания напоить пострадавшего прохладной водой.

14.7. Не следует допускать резкого охлаждения тела пострадавшего (например, помещать в ванну с холодной водой). До приезда скорой медицинской помощи нужно контролировать состояние пострадавшего, быть готовым к началу сердечно-легочной реанимации.

14.8. Вызвать (самостоятельно или с помощью окружающих) скорую медицинскую помощь.

15. Способы оказания первой помощи при отморожениях

15.1. Отморожение – местное повреждение тканей, вызванное воздействием низкой температуры. Признаки отморожения – потеря чувствительности кожи, появление на ней белых, безболезненных участков. Чаще всего развивается отморожение открытых участков кожи (уши, нос, щеки, кисти рук) или конечностей с нарушенным кровообращением (например, пальцев ног в тесной, неутепленной, влажной обуви).

15.2. При выраженном отморожении возможно появление «деревянного звука» при постукивании пальцем по поврежденной конечности, невозможность или затруднение движений в суставах. Через некоторое время после согревания на пораженной конечности появляются боль, отек, краснота с синюшным оттенком, пузыри.

15.3. Запрещено ускорять внешнее согревание отмороженных частей тела. Тепло должно возникнуть внутри с восстановлением кровообращения.

15.4. Первая помощь при отморожении – незамедлительно укрыть поврежденные конечности и участки тела теплоизолирующим материалом (вата, одеяло, одежда) или наложить теплоизолирующую повязку (с помощью подручных средств), т.к. согревание должно происходить «изнутри» с одновременным восстановлением кровообращения. Необходимо создать обездвиженность поврежденного участка тела, переместить пострадавшего в теплое помещение, дать теплое сладкое питье. Пораженные участки нельзя активно согревать (опускать в горячую воду), растирать, массировать, смазывать чем-либо.

15.5. В зависимости от состояния пострадавшего вызвать (самостоятельно или с помощью окружающих) скорую медицинскую помощь или направить пострадавшего в медицинское учреждение.

16. Способы оказания первой помощи при общем переохлаждении

16.1. Переохлаждение – расстройство функций организма в результате понижения температуры тела под действием холода. Как правило, развивается на фоне нарушений теплорегуляции, вызванных длительным нахождением на холоде во влажной одежде и обуви или в одежде, несоответствующей температурному режиму. Также переохлаждению может способствовать травма, физическое переутомление, голодание, алкогольное или наркотическое опьянение, детский или старческий возраст.

16.2. Признаками переохлаждения пострадавшего являются жалобы на ощущение холода, дрожь, озноб (в начальной стадии переохлаждения). В дальнейшем появляется заторможенность, утрачивается воля к спасению, появляется урежение пульса и дыхания.

16.3. При продолжающемся переохлаждении сознание утрачивается, пульс замедляется до 30-40 в минуту, а число дыханий до 3-6 раз в минуту. Переохлаждение может сочетаться с отморожениями, что следует учитывать при оказании первой помощи, в ходе которой следует поменять одежду пострадавшего на теплую и сухую, укутать его подручными средствами (например, одеялом), переместить в более теплое помещение, дать тёплое питье (если он находится в сознании). В помещении можно осуществить согревание в виде теплых воздушных ванн (направить на пострадавшего поток теплого воздуха).

16.4. Если пострадавший в сознании, дать обильное горячее сладкое питье. Накормить горячей пищей. Использование алкоголя запрещено!

16.5. При наличии спасательного изотермического покрывала (входит в состав аптечки для оказания первой помощи работникам), необходимо укутать им пострадавшего серебристой стороной внутрь, оставив свободным лицо.

16.6. При выраженном переохлаждении необходимо контролировать состояние, быть готовым к проведению сердечно-легочной реанимации в объеме давления руками на грудину пострадавшего и вдохов искусственного дыхания.

16.7. Вызвать (самостоятельно или с помощью окружающих) скорую медицинскую помощь.

17. Способы оказания первой помощи при утоплении

17.1. Извлеки пострадавшего из воды разрешается только без риска для своего здоровья и жизни!

Посмотреть, нет ли рядом спасательного средства. Им может быть все, что увеличит плавучесть человека и что вы в состоянии до него добросить.

Ободрите криком потерпевшего, что вы идете на помощь. Приближаясь, старайтесь успокоить и ободрить выбившегося из сил пловца. Если это удалось, и он может контролировать свои действия, пловец должен держаться за плечи спасателя. Если нет - обращаться с ним надо жестко и бесцеремонно. Можете даже оглушить утопающего, чтобы спасти свою и его жизнь.

17.2. Техника спасения

Подплыв к утопающему надо поднырнуть под него и взяв сзади одним из приемов захвата (классический - за волосы), транспортировать к берегу. В случае если утопающему удалось схватить вас за руки, шею или ноги, освобождайтесь и немедленно ныряйте - инстинкт самосохранения заставит потерпевшего вас отпустить.

Если человек погрузился в воду, не бросайте попыток найти его в глубине, а затем вернуть к жизни. Это можно сделать, если утонувший был в воде около 6 минут.

17.3. Вызвать (самостоятельно или с помощью окружающих) скорую медицинскую помощь.

17.4. Вытащив на берег, осмотрите потерпевшего: рот и нос могут быть забиты тиной или песком, их надо немедленно очистить. Затем переверните пострадавшего на живот, так чтобы голова оказалась ниже уровня его таза (ребенка можно положить животом на свое бедро) и, резко надавите на корень языка для провоцирования рвотного рефлекса и стимуляции дыхания. Если нет рвотных движений и кашля – положите пострадавшего на спину и приступите к реанимации:

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

– сделайте глубокий вдох, приложите свои губы к губам пострадавшего и с силой вдохните воздух, ноздри пострадавшего при этом нужно зажать рукой;

– если у пострадавшего не бьется сердце, искусственное дыхание надо сочетать с непрямой массаж сердца. Для этого ладонь положите поперек нижней части грудины (но не ребра!), другую ладонь – поверх первой накрест. Надавите на грудину запястьями так, чтобы

она прогнулась на 3-5 см, и отпустите. Через каждое вдухание делайте 4-5 ритмичных надавливаний;

– если помощь оказывают двое, тогда один делает искусственное дыхание, другой - массаж сердца. Не останавливайте меры по реанимации до прибытия скорой помощи;

– при проявлении признаков жизни переверните пострадавшего лицом вниз и удалите воду из легких и желудка; придайте пострадавшему устойчивое боковое положение.

– не оставляйте пострадавшего одного и не перевозите его самостоятельно, вызовите «скорую помощь».

18. Способы оказания первой помощи при отравлениях

18.1. Токсическое вещество может попасть в организм человека четырьмя путями.

– через пищеварительный тракт. Отравление через пищеварительный тракт чаще всего происходит при попадании токсических веществ в организм через рот. Это могут быть топливо, лекарственные препараты, моющие средства, пестициды, грибы, растения и т.д.

– через дыхательные пути. Газообразные токсические вещества попадают в организм при вдохе. К ним относятся газы и пары, например, угарный газ, хлор. Использование различных видов клея, красителей, растворителей, очистителей в определенных условиях также может приводить к отравлениям через дыхательные пути.

– через кожу и слизистые оболочки. Токсические вещества, проникающие через кожный покров, могут содержаться в некоторых растениях, растворителях и средствах от насекомых.

– в результате инъекции. Инъецируемые токсические вещества попадают в организм при укусе или ужалении насекомыми, животными и змеями, а также при введении яда, лекарства или наркотиков шприцем.

18.2. Основные проявления отравлений.

– Особенности места происшествия – необычный запах, открытые или опрокинутые емкости с химическими веществами, открытая аптечка с рассыпанными таблетками, поврежденное растение, шприцы и т.д.

– Общее болезненное состояние или вид пострадавшего; признаки и симптомы внезапного приступа заболевания.

– Внезапно резвившиеся тошнота, рвота, понос, боли в груди или животе.

– Затруднение дыхания, потливость, слюнотечение.

– Потеря сознания, мышечные подергивания и судороги, ожоги вокруг губ, на языке или на коже, неестественный цвет кожи, раздражение, ранки на ней.

– Странная манера поведения человека, необычный запах изо рта.

18.3. Вызвать (самостоятельно или с помощью окружающих) скорую медицинскую помощь.

18.4. Общие принципы оказания первой помощи при отравлении

– Прекратить поступление яда в организм пострадавшего (например, удалить из загазованной зоны).

– Опросить пострадавшего и попытаться выяснить, какой вид отравляющего вещества был принят, в каком количестве и как давно. Выяснение этих вопросов может облегчить оказание первой помощи, диагностику и интенсивную терапию отравления квалифицированными специалистами в дальнейшем. Если ядовитое вещество неизвестно, собрать небольшое количество рвотных масс для последующей медицинской экспертизы.

– Попытаться удалить яд (спровоцировать рвоту, стереть или смыть токсическое вещество с кожи и т.д.).

– Оценить состояние пострадавшего и оказать первую помощь в зависимости от его тяжести.

18.5. При отравлении через рот

18.5.1. Попытаться удалить ядовитое вещество. Для этого можно рекомендовать пострадавшему вызвать рвоту, выпив большое количество воды (5-6 стаканов) и надавив двумя пальцами на корень языка. Следует вызвать рвоту как можно в более короткий срок после приема вещества, способного вызвать отравление.

18.5.2. Рвоту нельзя вызывать, если пострадавший находится без сознания. После рвоты необходимо посоветовать пострадавшему выпить еще 5-6 стаканов воды, чтобы уменьшить концентрацию ядовитого вещества в желудке и, при необходимости, вызвать рвоту повторно. Общий объем принятой жидкости при промывании желудка должен быть не менее 2,5-5 л. Промывание желудка проводить до "чистых промывных вод". До прибытия скорой медицинской помощи необходимо контролировать состояние пострадавшего.

18.6. При отравлении через дыхательные пути

18.6.1. Убедиться, что место происшествия не представляет опасности, при необходимости следует использовать средства индивидуальной защиты. Надо изолировать пострадавшего от воздействия газа или паров, для этого нужно вынести (вывести) пострадавшего на свежий воздух.

Признаки отравления угарным газом: резь в глазах, звон в ушах, головная боль, рвота, потеря сознания, покраснение кожи.

Признаки отравления бытовым газом: тяжесть в голове, головокружение, шум в ушах, рвота, резкая мышечная слабость, усиление сердцебиения, сонливость, потеря сознания, непроизвольное мочеиспускание, побледнение (посинение) кожи, поверхностное дыхание, судороги.

18.6.2. При отсутствии сознания необходимо придать пострадавшему устойчивое боковое положение, а при отсутствии дыхания надо приступить к проведению сердечно-легочной реанимации в объеме давления руками на грудину пострадавшего и вдохов искусственного дыхания, при этом следует использовать маску с одноходовым клапаном или устройство для искусственного дыхания.

18.7. При отравлении через кожу

18.7.1. Снять загрязненную одежду

18.7.2. Удалить яд с поверхности кожи промыванием, при наличии повреждений кожи – наложить повязку

19. Способы оказания первой помощи при поражении электрическим током

19.1. Извлекать пострадавшего из зоны поражения электрическим током можно только если есть абсолютная уверенность, что напряжение бытовое (220/380 В) и/или электрический кабель обесточен. При отсутствии уверенности, что напряжение бытовое и/или что электрический кабель обесточен приближаться к пострадавшему запрещено!

19.2. Прикосновение к токоведущим частям, находящимся под напряжением, вызывает в большинстве случаев непроизвольное судорожное сокращение мышц и общее возбуждение, которое может привести к нарушению и даже к полному прекращению деятельности органов дыхания и кровообращения. Если пострадавший держит провод руками, его пальцы так сильно сжимаются, что высвободить провод из его рук становится невозможным.

Если пострадавший находится на высоте, то отключение установки и тем самым освобождение от тока может вызвать его падение. В этом случае необходимо принять меры, предупреждающие падение пострадавшего или обеспечивающие его безопасность.

19.3. Особенности удара током и электротравмы

Электрический ток при прохождении через тело человека вызывает нагрев тканей, и может привести к электрическим ожогам кожи и повреждениям подлежащих тканей и органов.

Электрические ожоги возникают в местах входа и выхода электрического тока и носят название «меток тока».

Электрические ожоги могут показаться незначительными на вид, но на самом деле они зачастую глубокие со значительными повреждениями мышц, костей и внутренних органов.

Электрический ток может нарушить работу сердца, вплоть до его остановки. У пострадавшего от удара тока может произойти остановка дыхания.

19.4. Признаки и симптомы удара током электротравмы.

- Нахождение оголенного источника электрического тока вблизи пострадавшего;
- Бессознательное состояние у пострадавшего;
- Очевидные ожоги на поверхности кожи;
- Нарушение дыхания с возможной остановкой дыхания;

- Пульс слабый, аритмичный или отсутствует;
- Входное и выходное отверстие электрического заряда обычно расположено на кистях рук или ступнях.

19.5. Вызвать (самостоятельно или с помощью окружающих) скорую медицинскую помощь.

19.6. Оцените обстановку. Не прикасайтесь к пострадавшему сразу же. Возможно, он все еще находится под действием электрического тока. Дотронувшись до пострадавшего, вы также можете попасть под удар. Если есть возможность, отключите источник электроэнергии (выверните пробки, выключите рубильник). Если это невозможно, отодвиньте источник тока от себя и от пострадавшего сухим, непроводящим ток предметом (веткой, деревянной палкой и т.д.).

19.7. Если необходимо оттащить пострадавшего от провода электросети, надо при этом помнить, что тело человека, через которое прошел ток, проводит ток так же, как и электропровод. Поэтому голыми руками не следует дотрагиваться до открытых частей тела пострадавшего, можно касаться только сухих частей его одежды, а лучше надеть резиновые перчатки или обернуть руки сухой шелковой материей.

19.8. После прекращения действия электрического тока необходимо обратить внимание на присутствие признаков жизни (дыхания и пульса на крупных сосудах).

19.9. При отсутствии признаков дыхания и пульса необходимы срочные реанимационные мероприятия: проведение закрытого массажа сердца и искусственной вентиляции легких (искусственного дыхания). Осмотрите открытые участки тела пострадавшего. Всегда ищите два ожога (места входа и выхода электрического тока). Наложите на обожженные участки стерильную или чистую салфетку. Не используйте с этой целью одеяло или полотенце – волокна с них могут прилипнуть к обожженной поверхности. Для улучшения работы сердца следует увеличить приток крови к нему. Для этого уложите пострадавшего так, чтобы его грудь находилась несколько ниже ног.

20. Способы оказания первой помощи при укусах ядовитых змей

20.1. Любую незнакомую змею следует считать заведомо ядовитой, однако желательно до похода и иных работ на местности изучить приметы безобидных и ядовитых змей. Например, уж отличается двумя ярко-желтыми пятнами в височной области головы.

20.2. Не пытайтесь без крайней необходимости ловить змей или играть с ними, даже если они малы размером и внешне вялы. Ядовиты и только что вылупившиеся из яйца детеныши змей. Следует соблюдать осторожность в обращении с мертвыми змеями, у некоторых из них яд сохраняет свои свойства долгое время. Случайный укол ядовитым зубом может вызвать отравление.

20.3. Сразу после укуса обеспечить пострадавшему полный покой в горизонтальном положении. Зафиксировать укушенную конечность. Чем больше движений, тем быстрее яд распространяется по организму.

При необходимости перенести пострадавшего в удобное, защищенное от непогоды место. Самостоятельное движение пострадавшего недопустимо!

Можно постараться выдавить яд из ранки, промыть её водой.

Если возможно доставить пострадавшего в только через несколько часов, целесообразно отсосать яд. Для этого необходимо взять укушенное место так, чтобы образовалась складка кожи и ранки открылись. Надавить, пока не появятся капельки крови. Отсасывать нужно быстро и резко, часто сплевывать. Если появился отек, продолжать не имеет смысла – яд уже всосался. В любом случае, даже после этой процедуры нужно показать больного врачу скорой помощи, ведь отсосать можно от 20 до 50 процентов яда. Процедура безопасна для отсасывающего яд только в том случае, если во рту нет ранок. Если мало слюны или есть ранки на губах, во рту, следует набрать в рот немного воды (вода разбавляет яд) и отсасывание яда проводить поочередно в течение 15 минут непрерывно. Попав в желудок и переварившись, ядовитое вещество не нанесет никакого вреда организму. Если пострадавший один, он должен самостоятельно отсосать яд.

20.4. Охлаждать место укуса не рекомендуется.

20.5. Ранку надо продезинфицировать, наложить стерильную повязку, которую по мере развития отека периодически ослаблять, чтобы она не врезалась в мягкие ткани.

20.6. Чтобы замедлить распространение яда в организме, ограничьте подвижность пострадавшего. Пораженные конечности иммобилизируйте. При укусе в ногу прибинтуйте ее к здоровой и, подложив что-либо под колени, слегка приподнимите их. При укусе в руку зафиксируйте ее в согнутом положении.

20.7. Давайте пострадавшему больше пить чая, бульона, воды (от кофе как возбуждающего лучше отказаться). Усиленное водопотребление способствует выводу яда из организма.

20.8. Постарайтесь немедленно доставить пострадавшего в ближайшее медицинское учреждение, транспортируйте его на носилках. Змею желательно отыскать и доставить врачу для опознания. В случае необходимости проводите продолжительное искусственное дыхание и массаж сердца.

20.9. При укусе змеи запрещено:

– Разрезать место укуса крестообразно или вырезать пораженный участок. Порезы случайными предметами (ножами, осколками стекла) приводят к инфекциям, к повреждению вен, сухожилий.

– Прижигать ранку раскаленными на огне предметами, угольями от костра, порохом. Ядовитые зубы змей достигают сантиметра в длину, яд вводится глубоко в мышечную ткань.

– Опасно и бесполезно прижигать место укуса едким калием, азотной, серной и карболовой кислотами.

– Нельзя накладывать жгут выше места укуса. Наложение жгута на пораженную конечность ухудшает состояние пострадавшего, провоцирует гангренозные явления (особенно при укусах гюрзы, гадюк), повышает возможность летального исхода.

– Давать алкоголь. Алкоголь не является противоядием, а, наоборот, затрудняет выведение яда из организма, усиливает его действие.

21. Способы оказания первой помощи при укусах насекомых

21.1. При укусе насекомым необходимо попытаться удалить жало из ранки. Для того чтобы аккуратно удалить мешочек с ядом, нужно «соскоблить» его с помощью любого твердого предмета. Не нужно пытаться тянуть за него, так как яд будет впрыскиваться еще быстрее.

21.2. Приложи холод к месту укуса.

21.3. При возникновении аллергической реакции или отсутствию возможности удалить жало из ранки следует обратиться в медицинское учреждение (вызвать скорую медицинскую помощь). Следить за состоянием пострадавшего до прибытия медицинского работника (в медицинское учреждение).

21.4. Укус пчелы, осы, шмеля, шершня может быть смертельным для человека в результате обострения аллергической реакции или удушья от отека дыхательных путей. Для профилактики развития аллергической реакции необходимо срочно принять или ввести специальные лекарства и доставить пострадавшего в больницу. В случае поражения ротовой полости пострадавшему нужно дать холодную воду или лед, при осложнении его необходимо срочно госпитализировать.

21.5. При укусе в лицо необходимо пристальное внимание обратить на отек от укуса: если он начал распространяться на губы и щеки, то, как можно скорее, обратиться в медицинское учреждение (вызвать скорую медицинскую помощь). Вместе с укусом в кровь, как правило, попадают химические вещества, которые раздражают места укусов. Именно поэтому они сначала краснеют, опухают и болят. Серьезные аллергические реакции может вызвать попавший в кровь яд.

21.6. При укусе в глотку или случайном проглатывании насекомого вероятен летальный исход, потому что тогда отёк при своем развитии будет перекрывать дыхательные пути. Может возникнуть интубация трахеи, коникотомия или трахеотомия. При таком развитии укуса помочь сможет только врач. В случае сильной интоксикации пострадавшего необходимо

привезти в медицинское учреждение (вызвать скорую медицинскую помощь). Также пострадавшему нужно пить холодную воду.

22. Порядок действий при обнаружении присосавшегося иксодового клеща

22.1. Обнаружив на себе клеща, не пытаться силой оторвать его. Клещ хорошо фиксируется в коже при помощи ротового аппарата, и вы можете оторвать тело клеща, оставив «головку», что вызовет сильную воспалительную реакцию.

22.2. Несколько основных правил извлечения клеща:

– клеща нельзя трогать голыми руками (существует риск заражения клещевыми инфекциями);

– удаляя клеща необходимо захватить его тело максимально ближе к голове;

– нельзя раздавливать клеща, это может привести к заражению;

– не пытаться обрабатывать клеща различными токсичными веществами, это не эффективно для него, но повышает риск инфицирования для укушенного человека;

– после извлечения клеща тщательно вымыть руки с мылом.

22.3. Руководители полевых подразделений обязаны поддерживать постоянную связь с руководством, безотлагательно сообщать о происшедших несчастных случаях. Тяжелые, групповые и смертельные несчастные случаи, происшедшие в экспедициях, отрядах, расследуются и учитываются в соответствии с Положением о расследовании и учете несчастных случаев на производстве.

22.4. Руководство полевого подразделения обязано принимать безотлагательные меры при любом нарушении распорядка дня, дисциплины, правил техники безопасности вплоть до отстранения нарушителя от работы и отправки его из экспедиции.

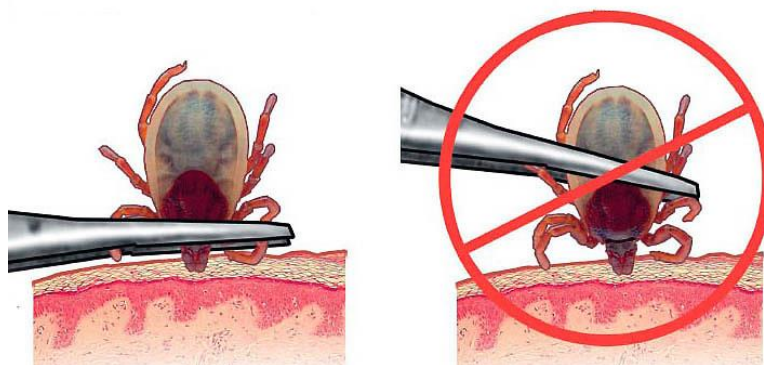
22.5. При присасывании клещей руководство полевого подразделения обязано принять все возможные меры, вплоть до прекращения производственной деятельности для ликвидации опасности и оказания помощи пострадавшим.

22.6. Присосавшихся к телу клещей следует немедленно удалить, стараясь не оторвать погруженный в кожу хоботок, ранку промыть водой и обратиться в медицинское учреждение для решения вопроса о необходимости специфической профилактики.

22.7. Способы удаления клеща:

22.7.1. Удаление с помощью пинцета

Клеща нужно захватить пинцетом максимально близко к поверхности кожи. Не сжимайте его тело, так как можете впрыснуть в кровоток возбудителей опасных заболеваний. Тяните клеща медленно и осторожно, не выкручивайте, иначе голова может оторваться и остаться в коже.



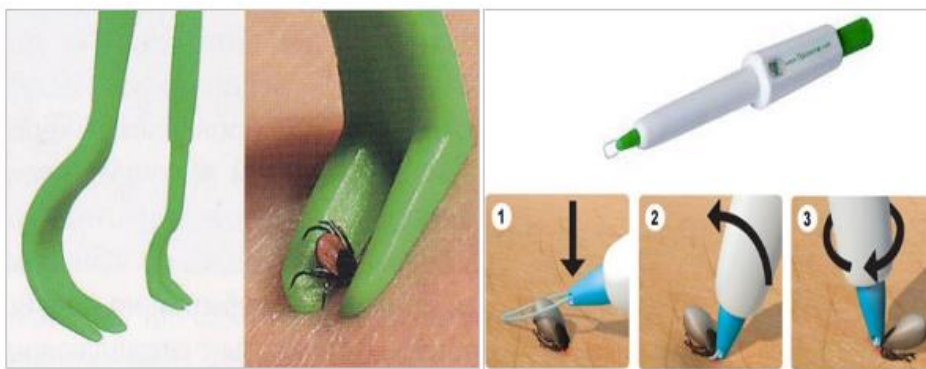
22.7.2. Удаление с помощью нити

Для удаления клеща с использованием нити необходимо наложить нить как можно ближе к хоботку, завязать узел вокруг головы клеща и осторожно без резких движений вытянуть клеща.



22.7.3. Удаление с помощью специальных приспособлений

Существуют специальные устройства для удаления клещей, такие как клещевёрт, ручка-лассо и др. Перед применением необходимо изучить инструкцию по эксплуатации этих приспособлений.



22.7.4. Удаление при помощи шприца

Необходимо отрезать верхнюю часть шприца максимально ровно. Смочить кожу вокруг клеща водой, приложить шприц к месту присасывания и тянуть поршень вверх. Таким образом, клещ удаляется под вакуумом



22.8. Присосавшегося клеща сохранить в плотно закрытом флаконе с плотной крышкой и положить влажную марлевую салфетку с целью сохранения клеща для последующей передачи его в лечебное (исследовательское) учреждение для определения его инфицированности. По возможности флакон хранить в холодильнике. Учреждения, которые в данном регионе проводят такие исследования должны быть известны руководителю практики. Для микроскопической диагностики клеща нужно доставить в лабораторию живым в течение 2-х суток с момента удаления.

После укуса одного клеща человек рискует заразиться несколькими возбудителями в отдельности или заболеть микст-инфекцией. Это совсем не новое простое и очевидное положение требует принципиального пересмотра всей стратегии профилактики, что приобрело особую актуальность сейчас, когда стали известны целые группы достаточно тяжелых «клещевых» облигатно-трансмиссивных инфекций разной этиологии, заболеваемость которыми уже соизмерима с заболеваемостью КЭ.

Существующие вакцины за редким исключением (туляремиальная вакцина) по ряду причин способны повлиять на общий уровень заболеваемости большинством природно-очаговых инфекций. Вакцинация остается важным средством их специфической профилактики, особенно

среди ограниченных групп населения, подверженного повышенному риску заражения при выезде в опасные в клещевом отношении районы и области. Поэтому особенно важно иметь отсутствующие в настоящее время комбинированные вакцины, применение которых могло бы одновременно защитить от комплекса наиболее распространенных инфекций, передающихся клещами.

23. Способы оказания первой помощи при укусах животных

23.1. По тяжести поражений принято выделять основные степени укусов:

- легкая – поверхностные повреждения кожного покрова туловища, верхних конечностей;
- средняя – погружение зубов животного в мягкие ткани, глубокие царапины;
- тяжелая – глубокие проколы тканей в области головы, лица, шеи. Зачастую фиксируются множественные травмы. Любые укусы бродячих, диких животных относят к тяжелым формам.

23.2. Если собака готова напасть необходимо остановиться и твердым голосом отдайте команды: «Место!», «Стоять!», «Сидеть!» или «Фу!». В некоторых случаях срабатывает серия команд, приводящих животное в растерянность. Для защиты целесообразно использовать зонтик, камни, палки, одновременно отступая к укрытию, забору или дому спиной, призывая на помощь окружающих. По возможности, необходимо обмотать плащом или пиджаком предплечье и руку, а затем, выставив ее вперед, спровоцируйте собаку на укус и сильно ударьте по верхней челюсти собаки. Болевыми точками у собаки являются: нос, пах и язык.

23.3. Если не удалось избежать неприятного контакта с зубами животного, то следует оказать первую помощь перед посещением медицинского учреждения:

- сразу после укуса при отсутствии у пострадавшего переломов костей попытаться выдавить кровь руками: 3-4 раза движениями пальцев и ладоней провести по коже сгоняя кровь в сторону места укуса;
- промыть рану после укуса мыльной водой. Оптимально использовать 20%-ный раствор мыла (размешать треть хозяйственного куса либо целиком туалетное мыло в 2-х стаканах воды). Удобный способ размешивания заключается в применении пластиковой бутылки с минеральной водой. Следует отлить часть жидкости, бросить в емкость измельченное мыло, встряхивать до растворения. Проводить обработку места укуса 5–7 минут. При наличии выбора — туалетное либо хозяйственное мыло, предпочтение нужно отдать хозяйственному куску, так как в его составе значительно больше щелочи — именно она эффективна в борьбе с вирусом бешенства. Данная обработка, весьма простая и доступная, может спасти человеку жизнь.
- остановить кровотечение зажатием раны стерильной салфеткой. Торопиться с тугой повязкой не стоит по причине удаления из раны с первыми выделениями крови инфицированной слюны животного, опасных бактерий.

– перевязать рану стерильным материалом.

– обратиться в медицинское учреждение.

23.4. При тяжёлых травмах и исходя из состояния пострадавшего вызвать скорую медицинскую помощь.

23.5. При наличии возможности, выяснить у хозяев, сделана ли собаке прививка от бешенства. Поставьте в известность о случившемся полицию и санитарные службы, указав, по возможности, точный адрес владельца собаки.

24. Способы оказания первой помощи при поражениях глаз

24.1. При химических ожогах глаз или попадании инородного тела осторожно раздвинь веки пальцами, обильно промой глаза чистой водой (желательно комнатной температуры). Промывать глаза следует так, чтобы вода стекала от носа к виску.

24.2. Наложить повязку с использованием стерильного перевязочного материала из аптечки первой помощи. Повязка в любом случае накладывает на оба глаза, так как при

оставлении здорового глаза открытым, он будет невольно следить за окружающим и приводить к движению пострадавшего глаза. Это может усугубить его повреждение.

24.3. Вызвать скорую медицинскую помощь или доставить пострадавшего в медицинское учреждение.

24.4. Передвигаться пострадавший должен только за руку с сопровождающим!

25. Способы оказания первой помощи при обмороке

25.1. Обморок (кратковременная потеря сознания) может случиться вследствие сильного волнения или испуга, из-за сильной боли, вида крови, жары, духоты. Также обмороки случаются из-за обострений имеющихся заболеваний.

25.2. Предвестники обморока — это общая слабость, потемнение в глазах, головокружение, шум в ушах, онемение конечностей, затуманенность сознания.

Заметить, что у больного вот-вот случится обморок, несложно: он как бы оседает на месте, резко бледнеет, его глаза закрываются, зрачки на свет не реагируют, его конечности холодеют. При обмороке пульс у больного едва прощупывается, артериальное кровяное давление падает.

25.3. Если вы видите, как человек начинает падать, его нужно поддержать. Это поможет избежать травмы головы при падении.

25.4. При обмороке в первую очередь необходимо вызвать скорую помощь и оценить состояние человека, то есть определить, дышит ли он и есть ли пульс, а также проверить реакцию зрачков на свет. Пострадавшего следует правильно уложить, а именно на спину, на ровную поверхность. Ноги следует несколько приподнять (подложить под ноги подушку, свернутое одеяло, сумку и так далее). Это способствует оттоку крови из нижней части тела и поступлению ее в головной мозг.

25.5. Голову следует повернуть на бок, это поможет избежать закупорки верхних дыхательных путей рвотными массами.

25.6. Расстегнуть стесняющую одежду. Обмахивать лицо импровизированным опахалом (например, журналом). Если обморок произошел в помещении, то открыть окно или дверь. Не допускать большого скопления народа возле пострадавшего, это затруднит доступ свежего воздуха к нему.

25.7. Растереть ушные раковины. Это провоцирует приток крови к голове. Также следует растереть руки и стопы, чтобы улучшить циркуляцию крови.

Если у пострадавшего наблюдается остановка дыхания и пульса, то следует приступить к выполнению сердечно-легочной реанимации. Человек должен лежать на ровной и твердой поверхности. Выполняют непрямой массаж сердца и искусственное дыхание. Реанимация продолжается до восстановления дыхания и сердечной деятельности или же приезда скорой помощи.

25.8. При обмороке запрещено:

– оставлять пострадавшего одного, даже если до приезда медиков он пришел в сознание!
– усаживать или стараться поднять падающего человека. В этом случае кровь будет скапливаться в нижней части тела, и головной мозг будет страдать от гипоксии.

– хлопать по лицу, лучше растереть уши. Человек, который оказывает помощь, может не рассчитать силу и причинить вред потерпевшему.

– давать лекарства. Обычный человек не может точно определить причину потери сознания, поэтому не может знать, какие препараты необходимы. В данном случае лекарства могут спровоцировать резкое ухудшение состояния.

– давать нюхать нашатырный спирт, если сознание уже утрачено. Это приведет к ожогу слизистой носа.

– поливать водой пострадавшего.

26. Способы оказания первой помощи при сердечном приступе

26.1. Признаки: острая боль за грудиной, отдающая в левую верхнюю конечность, сопровождающаяся «страхом смерти», повышенное сердцебиение, одышка.

26.2. Вызови (самостоятельно или с помощью окружающих) скорую медицинскую помощь.

26.3. Если пострадавший в сознании, обеспечь поступление свежего воздуха, расстегни тесную одежду, придай удобное положение.

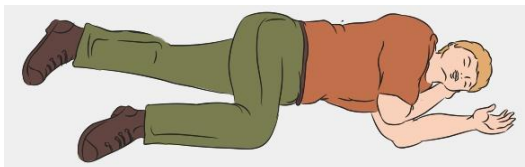
26.4. Если пострадавший без сознания, определи наличие самостоятельного дыхания.

26.5. При отсутствии признаков жизни приступай к сердечно-лёгочной реанимации.

26.6. Реанимацию продолжать до прибытия медицинского персонала или до восстановления самостоятельного дыхания и сердцебиения.

27. Придание пострадавшему оптимального положения тела

27.1. Устойчивое боковое положение



27.2. Положение на спине с приподнятыми и согнутыми в коленях ногами



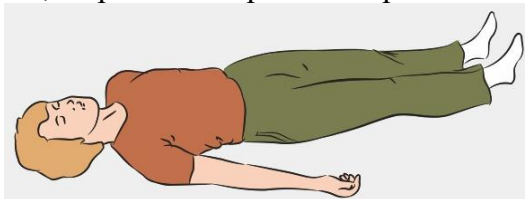
27.3. Положение лягушки с подложенным под колени валиком



27.4. Положение сидя или полусидя



27.5. Положение на спине, на ровной твёрдой поверхности.



27.6. Пострадавшему с травмой груди предпочтительно расположиться в полусидячем положении с наклоном туловища на пораженную сторону груди. Для этого пострадавшего можно опереть о стену, автомобиль и т.д.

Пострадавшему с подозрением на травму живота и таза лучше находиться в положении лежа на спине с полусогнутыми и разведенными ногами. Под колени подкладывается импровизированная опора – сумка, свернутая одежда.

Пострадавшему с травмами конечностей придается удобное положение, при котором он испытывает меньше страданий от имеющихся повреждений.

Пострадавшему без сознания необходимо придать устойчивое боковое положение.

Пострадавший с сильным наружным кровотечением или признаками кровопотери должен находиться в положении лежа на спине с приподнятыми ногами, под которые подкладываются сумки или одежда.

Пострадавший с подозрением на травму позвоночника должен располагаться на твердой ровной поверхности.

Пострадавших с тяжелыми травмами желательно укутать подручными средствами – одеждой, одеялом и т.д. При наличии спасательного изотермического покрывала (входит в состав аптечки для оказания первой помощи работникам), необходимо укутать им пострадавшего серебристой стороной внутрь, оставив свободным лицо.

28. Правила извлечения пострадавшего из автомобиля или труднодоступного места

28.1. Прежде всего необходимо убедиться в собственной безопасности!

28.2. Пострадавшего нужно извлекать из автомобиля или труднодоступного места в следующих случаях:

- Стойкий запах бензина в автомобиле.
- Задымление транспортного средства, помещения или признаки его возгорания.
- Характер травм и тяжесть состояния пострадавшего не позволяет оказывать помощь в салоне автомобиля, под завалом.
- Погодные условия не позволяют оставлять пострадавшего (холод, нет возможности согревания).

28.3. Если пострадавший находится в сознании, его экстренное извлечение производится так: руки участника оказания первой помощи проводятся под подмышками пострадавшего, фиксируют его предплечье, после чего пострадавший извлекается наружу.



28.4. При извлечении пострадавшего, находящегося без сознания или с подозрением на травму шейного отдела позвоночника, необходимо фиксировать ему голову и шею. При этом одна из рук участника оказания первой помощи фиксирует за нижнюю челюсть голову пострадавшего, а вторая держит его противоположное предплечье.



28.5. После извлечения следует переместить пострадавшего на безопасное расстояние.

29. Транспортировка пострадавшего

29.1. Перемещать пострадавшего до транспорта или в безопасное место можно различными способами, зависящими от характера травм и состояния пострадавшего, количества участников перемещения и их физических возможностей.

29.2. При переносе пострадавших нельзя идти «в ногу»!

29.3. При подозрении на повреждение шейного отдела позвоночника — обездвиживание головы вместе с шеей. При движении вверх по лестнице (при вносе в салон транспорта) пострадавшего переносят головой вперед. При движении вниз по лестнице (при выносе из транспорта) пострадавшего переносят ногами вперед. При перемещении пострадавшего с большой потерей крови его ноги должны быть выше головы. Несущий пострадавшего впереди внимательно смотрит под ноги и сообщает идущему сзади обо всех препятствиях. Несущий пострадавшего сзади следит за состоянием пострадавшего и при необходимости подает команды: «Стоп! Началась рвота!» или «Стоп! Потеря сознания!».

29.4. Перемещение пострадавшего в одиночку с поддержкой.

Используется для перемещения легкопострадавших лиц, находящихся в сознании.



29.5. Перемещение пострадавшего в одиночку волоком.

Применяется для перемещения на близкое расстояние пострадавших, имеющих значительный вес. Нежелательно использовать у пострадавших с травмами нижних конечностей.



29.6. Переноска пострадавшего в одиночку на спине

Может использоваться для переноски пострадавших, имеющих небольшой вес. Не применяется для переноски пострадавших, находящихся без сознания.



29.7. Переноска пострадавшего на руках

Используется лицами, имеющими достаточную для применения этого способа физическую силу. Этим способом возможна переноска пострадавших, находящихся без сознания. Нежелательно переносить так пострадавших с подозрением на травму позвоночника.



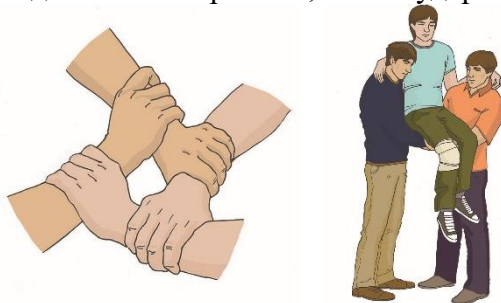
29.8. Переноска пострадавшего в одиночку на плече

При переноске таким способом следует придерживать пострадавшего за руку. Этот способ не применяется при переноске пострадавших с травмами груди, живота и позвоночника.



29.9. Переноска пострадавшего вдвоем на замке из четырех рук

Руки берутся таким образом, чтобы обхватить запястье другой руки и руки помощника. Фиксация кистей должна быть достаточно прочной, чтобы удержать пострадавшего.



После формирования «замка» пострадавший усаживается на него, после чего его поднимают и переносят. Пострадавший может придерживаться за плечи переносящих его людей.

29.10. Переноска пострадавшего вдвоем на замке из трех рук с поддержкой под спину.

При использовании этого способа один из участников оказания первой помощи не берет руку в замок, а располагает ее на плече у другого. На эту руку пострадавший может опираться при переноске. Таким образом осуществляется переноска пострадавших, у которых есть риск потери сознания или пострадавших, которые не могут удержаться на замке из четырех рук.



29.11. Переноска пострадавшего вдвоем за руки и ноги

При переноске этим способом, один из участников оказания первой помощи держит пострадавшего за предплечье одной руки, просунув руки подмышки, а другой – под колени.



29.12. Переноска пострадавшего с подозрением на травму позвоночника

Для переноски пострадавшего с подозрением на травму позвоночника необходимо несколько человек, которые под руководством одного из участников оказания первой помощи поднимают и переносят пострадавшего. При переноске один из участников оказания первой помощи должен фиксировать голову и шею пострадавшего своими предплечьями. Более

удобно и безопасно для пострадавшего с подозрением на травму позвоночника переносить его на твердой ровной поверхности (например, на щите).



