



**МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ М. В. ЛОМОНОСОВА
МЕХАНИКО-МАТЕМАТИЧЕСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ**

СОГЛАСОВАНО

Председатель профкома механико-
математического факультета
МГУ имени М. В. Ломоносова
профессор _____ Т.П. Лукашенко
« _____ » _____ 2009 г.

№ протокола ____ от _____ 2009 г.

Главный врач поликлиники №202
_____ В.Ю Шевелёв
« _____ » _____ 2009 г.

Заместитель декана механико-
математического факультета
по АХР
_____ В.П. Колпаков
« _____ » _____ 2009 г.

УТВЕРЖДАЮ

И.о. декана механико-математического
факультета МГУ имени М. В. Ломоносова
профессор _____ В.Н. Чубариков
« _____ » _____ 2009 г.

Приказ

№ _____ от _____ 2009 г.

**ИНСТРУКЦИЯ ПО ОКАЗАНИЮ ПЕРВОЙ ДОВРАЧЕБНОЙ ПОМОЩИ ПРИ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЯХ НА
ПРОИЗВОДСТВЕ**

Порядковый № 2

Москва, 2009

Инструкция по оказанию первой доврачебной помощи при несчастных случаях на производстве

I

ОБЩАЯ ЧАСТЬ

Инструкция разработана по решению профсоюзного комитета МЕХАНИКО-МАТЕМАТИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА МГУ имени М.В. Ломоносова в качестве документа направленного для подготовки лиц, не имеющих медицинского образования, но обязанных уметь оказывать первую неотложную доврачебную помощь при несчастных случаях.

Инструкция по оказанию первой доврачебной помощи при несчастных случаях является личным именованным нормативным документом для каждого работника и должна постоянно находиться у него.

Каждый работник, получивший настоящую инструкцию, обязан знать её содержание и уметь применять при необходимости в любой обстановке. Знание инструкции и навыки её применения ежегодно подтверждаются экзаменом.

Именной лист работника

(заполняется работодателем перед выдачей настоящей инструкции работнику)

Фамилия, И. О. работника

Место работы

Структурное подразделение мехмата МГУ

Категория персонала (Руководитель, специалист)

Группа крови, резус-фактор (Rh)

Противопоказанные лекарственные препараты

ТЕЛЕФОНЫ

Телефон работника (домашний)

Скорая помощь **03**

ГП поликлиника № 202 Телефон – **939-27-16**

Непосредственный руководитель работника

Дежурный инженер организации

Служба охраны труда организации **939-35-29**

1.1. ОБУЧЕНИЕ, ИНСТРУКТАЖ НА РАБОЧЕМ МЕСТЕ И ОРГАНИЗАЦИЯ ОБУЧЕНИЯ ОКАЗАНИЮ ПЕРВОЙ ДОВРАЧЕБНОЙ ПОМОЩИ ПРИ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЯХ

1.2. В соответствии с требованиями части 2 Статьи 225. Трудового кодекса Российской Федерации *для всех поступающих на работу, а также работников, переводимых на другую работу, работодатель или уполномоченное им лицо обязано организовывать обучение оказанию первой помощи пострадавшим* при несчастных случаях. Умение каждым работником оказывать первую доврачебную помощь пострадавшим предусматривается постановлением Минтруда России и Минобразования России от 13 января 2003 г. № 1/29 «Порядок обучения по охране труда и проверки знаний требований охраны труда работников организаций» и ГОСТ 12.0.004-90 ССБТ. Организация обучения безопасности труда. Общие положения. Эта тема включается в программу обучения по охране труда работников организаций и в перечень основных вопросов вводного инструктажа.

1.3. **Первая помощь** - это комплекс простейших медицинских действий, выполняемых непосредственно на месте происшествия в кратчайшие сроки после травмы. Она оказывается подготовленными людьми (не медиками), находящимися вблизи места происшествия. Считается, что оптимальный срок оказания такой помощи - до 30 минут после травмы.

1.4. Каждый работник должен знать телефон и место работы инструктора или лица, отвечающего за оказание первой доврачебной помощи в структурном подразделении Факультета.

1.5. Организация обучения способам оказания доврачебной помощи пострадавшему (пострадавшим) при несчастном (несчастных) случаях (случае) на Факультете возлагается на заместителя декана по административно - хозяйственной работе.

2. ОКАЗАНИЕ ПЕРВОЙ ДОВРАЧЕБНОЙ ПОМОЩИ ПРИ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЯХ

2.1. Оказание первой доврачебной помощи при несчастных случаях необходимо знать всем работникам Факультета. Правильное и своевременное оказание доврачебной помощи пострадавшему имеет большое значение для спасения его жизни и выздоровления.

2.2. Неправильное или неумелое оказание первой помощи пострадавшему при несчастном случае может явиться причиной осложнений, затягивающих выздоровление пострадавшего или даже ведущих к инвалидности, а в некоторых случаях (ранение с большой кровопотерей, поражение электрическим током, ожоги) может привести к смерти пострадавшего на месте травмирования.

2.3. Никогда не следует из-за отсутствия дыхания, сердцебиения или пульса у пострадавшего считать его умершим и отказываться от оказания ему помощи.

2.4. Дать заключение о смерти пострадавшего и решить вопрос о целесообразности действий по оживлению (реанимации) **имеет право только врач.**

2.5. Известно немало случаев (особенно при поражении электрическим током), когда пострадавший находился в состоянии клинической смерти, однако правильные и настойчивые действия по оживлению спасали ему жизнь.

3. ДЕЙСТВИЯ РАБОТНИКА ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ

3.1. Несчастные случаи, как правило, сопровождаются различными травмами.

3.1.1. **Травма** - ухудшение здоровья и болезни, связанные с работой: результаты отрицательного воздействия на здоровье работника химических, биологических, физических факторов, организационно-технических, социально-психологических и иных производственных факторов во время трудовой деятельности. Оказание немедленной первой

доврачебной помощи может спасти пострадавших и (или) пострадавшего от тяжелых последствий.

3.1.2. При возникновении несчастных случаев работник обязан выполнить следующие действия:

- вызвать скорую помощь (общегородской телефон **03**, поликлиника № **202** телефон – **939-27-16**). До приезда скорой помощи в случае тяжелого несчастного случая (пострадавший потерял сознание, самостоятельно не в состоянии передвигаться), вызвать инструктора и лицо, отвечающее за оказание первой доврачебной помощи в структурном подразделении Факультета.

3.2. УНИВЕРСАЛЬНАЯ СХЕМА ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ НА МЕСТЕ

При любом несчастном случае при оказании доврачебной помощи работник Факультета действует в соответствии с этой схемой

Оценить ситуацию Быстро определить, есть ли опасность для Вас и пострадавшего - угроза возгорания, взрыва, и проч.	
	Избежать опасности Обеспечить безопасность пострадавшему и себе. Перемещать пострадавшего только при крайней необходимости - вынести из огня, загазованного места, зоны поражения электрическим током и т. п.
→	Ожоги: <ul style="list-style-type: none"> • глаз; • кожи и т. п.
→	Отравление
→	Поражение электрическим током
Определить количество пострадавших Если пострадавших два, три и больше, прежде всего надо определить, кто из них находится без сознания	
ОКАЗАТЬ ПОМОЩЬ	
Если нет сознания и нет пульса на сонной артерии - ПРИСТУПИТЬ К РЕАНИМАЦИИ (ОЖИВЛЕНИЕ)	Если нет сознания, но есть пульс на сонной артерии 1. ПОВЕРНУТЬ НА ЖИВОТ; 2. ОЧИСТИТЬ РОТОВУЮ ПОЛОСТЬ.
ЕСЛИ ЕСТЬ ТРАВМЫ	
При артериальном кровотечении-НАЛОЖИТЬ ЖГУТ	Если есть признаки перелома костей конечностей - НАЛОЖИТЬ ТРАНСПОРТНЫЕ ШИНЫ
ПРИ НАЛИЧИИ РАН НАЛОЖИТЬ ПОВЯЗКИ: 1. На грудь. 2. На живот. 3. На глаза. 4. На конечности	

3.3. ЕСЛИ НЕТ СОЗНАНИЯ, НЕТ ПУЛЬСА НА СОННОЙ АРТЕРИИ (ВНЕЗАПНАЯ СМЕРТЬ), ПРИСТУПИТЬ К РЕАНИМАЦИИ

Внезапной (клинической, мнимой, кажущейся) смертью называют переходное состояние, условно продолжающиеся от 2 до 6 минут и предшествующие истинной (биологической) смерти человека. Такое состояние может наступить, например, при поражении электрическим током и т. п. При этом происходит паралич дыхания и паралич

сердца Кора головного мозга начинает испытывать недостаток обогащенной кислородом крови, поскольку сердце прекращает её подачу.

3.3.1. **Спасатель обязан знать**, что в такой ситуации малейшее промедление означает потерю человека.

3.3.2. Состояние клинической, мнимой, кажущейся смерти - **показания к реанимации** определяют по следующим признакам:

- отсутствие сознания (пострадавшего нужно громко окликнуть или потормошить);
- слабый, угасающий пульс или его отсутствие на шейной сонной артерии;
- зрачок расширен, не реагирует на свет;
- редкое, поверхностное дыхание или его отсутствие.

3.3.3. **Для проверки состояния зрачков:**

- положить кисть руки на лоб;
- большим пальцем оттянуть верхнее веко;
- закрыть глаз ладонью и резко отнять ее;
- если есть реакция на свет, зрачок сузится.

3.3.4. **Пульс определяют на сонной артерии:**

- сомкнутыми подушечками указательного, среднего и безымянного пальцев найти на передней поверхности шеи выступающую часть хряща трахеи (кадык);
- сдвинуть пальцы по краю кадыка в глубину тканей, между хрящом и мышцей, и осторожно надавить: должно возникнуть ощущение как бы шнуроподобного уплотнения и пульсовых толчков.

3.3.5. **Оценка состояния пострадавшего**

3.3.5.1. Проверить, нет ли у пострадавшего признаков **истинной (биологической) смерти**.

3.3.5.2. Признаки отсутствия истинной (биологической) смерти человека можно сразу определить после несчастного случая по форме зрачка, осторожно, приподняв вверх веко. Зрачок должен иметь нормальный вид правильной формы (рисунок 3.3.5.2.1.)



Рисунок 3.3.5.2.1..

3.3.5.3. **Признаки**, при которых реанимационные мероприятия бесполезны:

- высыхание роговицы глаз (проявляется в виде её «селёдочного» блеска);
- деформация зрачка глаза при осторожном сдавливании глазного яблока пальцами - зрачок принимает вид «кошачьего глаза» и остаётся таким (через 10 - 15 минут после наступления смерти) (рисунок 3.3.5.3.1.);



Рисунок 3.3.5.3.1..

- появление трупных пятен на теле (через 1 час после наступления смерти);

НЕЛЬЗЯ!

Переворачивать и перемещать умершего до прибытия сотрудников милиции и врача

3.3.6. Подготовка к искусственной вентиляции легких (ИВЛ) - обеспечение проходимости дыхательных путей

3.3.6.1. Пострадавшего уложить на жесткое основание, расстегнуть на нем воротник, ослабить галстук (у женщин бюстгальтер). Быстро и осторожно прощупать заднюю поверхность шеи - ровна ли она. Наличие костных выступов свидетельствует о переломе шейных позвонков или повреждениях черепа. Тогда реанимация противопоказана.

3.3.6.2. Тщательно, круговыми движениями очистите полость рта (извлеките сломанные зубы, протезы, рвотные массы и т.п.) (рисунок 3.3.6.2.1.).



Рисунок 3.3.6.2.1..

3.3.6.3. Поверните голову пострадавшего на бок, раскройте рот, фиксируя челюсти скрещенными большим и указательным пальцами. Указательный и средний пальцы другой руки оберните платком или бинтом и введите в рот.

3.3.6.4. Для запрокидывания головы займите место сбоку от пострадавшего. Положите руку на его лоб так, чтобы большой и указательный пальцы находились с обеих сторон носа. Другую руку положите под шею (рисунок 3.3.6.4.1.).



Рисунок 3.3.6.4.1..

3.3.6.5. Разнонаправленными движениями рук разогните шею, запрокинув голову до упора.

3.3.6.6. Обеспечьте проходимость дыхательных путей у пострадавшего, т. к. при клинической смерти язык у него опускается и перекрывает дыхательное горло. Для этого нужно голову пострадавшего запрокинуть назад и зафиксировать в таком положении. Займите место сбоку от пострадавшего. Положите руку на его лоб так, чтобы большой и указательный пальцы находились по обе стороны носа. Другую руку положите под шею. Разнонаправленными движениями разогните, запрокинув голову до упора рисунок.

Помните: нельзя применять чрезмерные усилия!

3.3.6.7. После запрокидывания головы рот пострадавшего обычно открывается.

3.3.6.8. Если этого не произошло, действуйте одним из трех способов:

- **Первый способ:** большие пальцы расположите упором на подбородке, а остальные под нижней челюстью. Ладонями, и частично с помощью предплечий запрокиньте голову пострадавшего и зафиксируйте ее. Большими пальцами сместите нижнюю челюсть немного вперед и вверх - так, чтобы нижние передние зубы слегка выступили над верхними (рисунок 3.3.6.8.1.).

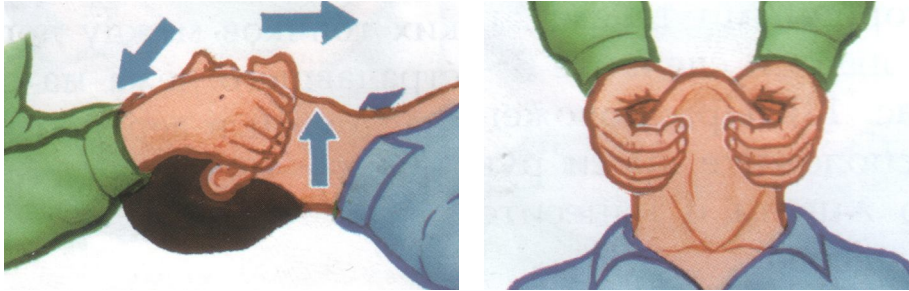


Рисунок 3.3.6.8.1..

- **Второй способ:** положите кисть руки на лоб, запрокиньте голову. Большой палец другой руки введите в рот пострадавшего за основания передних зубов. Указательным пальцем обхватите подбородок. Сомкнутыми остальными пальцами фиксируйте его в таком положении. Движением вниз откройте рот и одновременно немного выдвиньте нижнюю челюсть - рот откроется (рисунок 3.3.6.8.2.).



Рисунок 3.3.6.8.2..

- **Третий способ:** откройте пострадавшему рот захватом нижней челюсти сбоку (рисунок 3.3.6.8.3.).



Рисунок 3.3.6.8.3..

3.3.6.9. Если дыхательные пути пострадавшего закупорены инородными телами, поверните его на бок и основанием ладони сделайте 3-5 резких толчков между лопаток. При

положении пострадавшего «лежа на спине», расположите кисти рук одна над другой в верхней части живота и нанесите 3-5 резких толчков в сторону пищевода (рисунок 3.3.6.9.1.) **Без такой подготовки эффекта от ИВЛ не будет!**

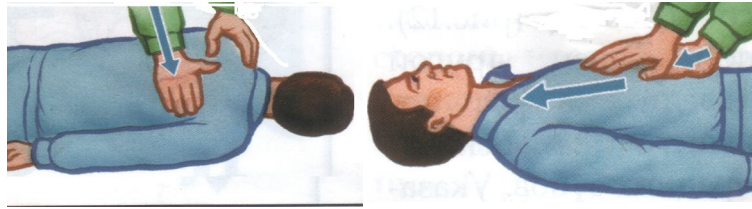


Рисунок 3.3.6.9.1..

4. ТЕХНИКА ВЫПОЛНЕНИЯ ИСКУССТВЕННОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЁГКИХ (ИВЛ)

4.1. Метод «рот в рот»

4.1.1. Большим и указательным пальцами руки, фиксирующей лоб пострадавшего, плотно зажмите его нос. Наберите в легкие воздух, плотно прижмитесь ртом ко рту (полная герметичность!) и резко вдуйте воздух в легкие. После раздувания легких - вдоха пострадавшего - рот освобождают и следят за самостоятельным пассивным выдохом. Не дожидаясь его окончания, проведите еще 3-5 вдохов (рисунок 4.1.1.1.).

Нельзя использовать прокладки (марлю, платки)!



Рисунок 4.1.1.1..

4.1.2. Метод «рот в нос»

4.1.2.1. Одной ладонью зафиксируйте голову пострадавшего, а другой обхватите его подбородок. Выдвиньте нижнюю челюсть немного вперед и плотно сомкните ее с верхней. Губы зажмите большим пальцем (рисунок 4.1.2.1.1.).



Рисунок 4.1.2.1.1..

4.1.2.2. Наберите в лёгкие воздух. Плотно обхватите губами основание носа пострадавшего, но так, чтобы не зажимать носовые отверстия, и энергично вдуйте в него воздух. Освободите нос, следите за пассивным выдохом.

4.1.2.3. При правильной искусственной вентиляции в легкие должно поступать каждый раз 0.8-1 л воздуха. Для этого спасателю нужно сделать достаточно глубокий вдох. Частота раздувания легких должна составлять 8-12 раз в минуту (1 вдох за 5 с).

Если при ИВЛ стенка груди пострадавшего не приподнималась, значит, воздух попал не в легкие, а в желудок. Быстро поверните пострадавшего на бок и надавите на область желудка. Воздух выйдет и можно продолжать оказывать помощь.

4.1.3. Ошибки при ИВЛ

4.1.3.1. Отсутствие герметичности между ртом спасателя и ртом или носом пострадавшего.

4.1.3.2. При методе «рот в рот» недостаточно зажат нос пострадавшего.

4.1.3.3. Недостаточно запрокинута голова пострадавшего, и воздух поступает в желудок.

4.1.3.4. Если после 3-5 искусственных вдохов пульс пострадавшего на сонной артерии не появился - немедленно начните наружный массаж сердца.

5. ТЕХНИКА РЕАНИМАЦИИ

5.1. Освободить грудную клетку от одежды и расстегнуть поясной ремень.

5.2. Убедиться в отсутствии пульса на сонной артерии. Для определения пульса на сонной артерии прижать подушечки 2-го, 3-го, 4-го пальцев к шее между кадыком и кивательной мышцей (рисунок 5.2.1.).

НЕЛЬЗЯ!
Терять время на определение признаков дыхания



Рисунок 5.2.1..

5.3. Удар в область сердца (прекардиальный удар)

5.3.1. Спасатель действует в следующем порядке:

- уложить пострадавшего спиной на твердое, ровное основание;
- освободить грудную клетку от одежды (она стесняет дыхание), расстегнуть поясной ремень;
- прикрывая двумя пальцами мечевидный отросток на груди пострадавшего (рисунок 5.3.1.1.);



Рисунок 5.3.1.1..

- нанести удар кулаком с высоты 20-30 см по нижней трети грудины (рисунок 5.3.1.2.). Такой удар называется **ПРЕКАРДИАЛЬНЫМ**. Он наносится **ТОЛЬКО ОДИН РАЗ!**;
- после **прекардиального** удара сразу же **проверяют пульс**.



Рисунок 5.3.1.2..

5.3.2. Массажные толчки

5.3.2.1. Массажные толчки выполняют скрещенными ладонями. Основание одной из них располагают на нижней половине грудины (отступив на два пальца выше мечевидного отростка), пальцы отогнуты вверх. Другую ладонь кладут поверх и делают быстрые надавливания - толчки.

5.3.2.2. При выполнении массажных толчков спасатель должен выпрямить руки в локтях. В конце каждого толчка сжатие задерживают на 0.7-0,8 с. Прогиб грудины должен составлять 3 - 4 см, а темп массажа - 100 толчков в минуту (рисунок 5.3.2.2.1.).

5.3.2.3. Необходимо постоянно контролировать пульс на сонной артерии!



Рисунок 5.3.2.2.1..

5.3.3. Реанимационный цикл: искусственная вентиляция лёгких (ИВЛ) + (НЗНМС)

5.3.3.1. Один спасатель выполняет в соотношении 2:15, т.е. после двух вдохов следует 15 массажных толчков.

5.3.3.2. **НЕЛЬЗЯ** выполнять искусственный вдох **ОДНОВРЕМЕННО** с массажным толчком.

6. ПРАВИЛА ВЫПОЛНЕНИЯ КОМПЛЕКСА РЕАНИМАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ

6.1. Выполнение комплекса реанимации

6.1.1. **НЕОБХОДИМО!** Непрерывно чередовать **наружный непрямой массаж сердца (НЗНМС) + ИВЛ** (рисунок 6.1.1.1.).

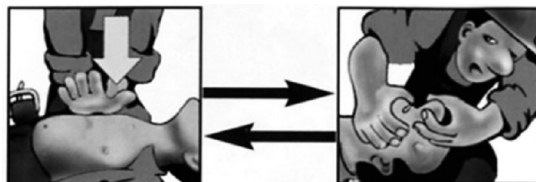


Рисунок 6.1.1.1..

6.1.2. **Проводить реанимацию следует на ровной жёсткой поверхности: ДВА «ВДОХА»** ИВЛ делают после 30 надавливаний на грудину независимо от количества участников реанимации.

6.1.3. Частота надавливания на грудную клетку 60-70 раз в минуту.

6.1.4. Продолжительность «ВДОХА» 2 секунды.

6.1.5. До прибытия медперсонала, или до появления пульса и дыхания, или до появления признаков биологической смерти.

6.1.6. **Дополнительные требования:**

- приподнять ноги пострадавшего - для быстрого возврата крови к сердцу;
- приложить холод к голове - для сохранения жизни головного мозга.

6.1.7. **Реанимация двумя спасателями**

6.1.7.1. Первый спасатель (ведущий) опускается на колени возле головы пострадавшего, второй у груди.

6.1.7.2. Первый выполняет диагностику, подготовку к реанимации, ИВЛ (частота 8-12 вдохов в минуту), контролирует пульс и состояние зрачков.

6.1.7.3. Второй по команде первого начинает наружный массаж сердца, который чередуется с ИВЛ, проводимой первым спасателем. При необходимости второму спасателю поручают остановить кровотечение или вызвать врача, а реанимацией в это время занимается первый спасатель (рисунок 6.1.7.3.1.).

6.1.7.4. Соотношение искусственных вдохов с массажными толчками должно составлять 1:5.



Рисунок 6.1.7.3.1..

6.1.8. **Реанимация тремя спасателями**

1. Организовать действия партнёров (рисунок 6.1.8.1.).



Рисунок 6.1.8.1..

2. **Первый спасатель** приподнимает ноги пострадавшего для притока крови к сердцу, и готовится сменить партнёра, выполняющего непрямой массаж сердца.

3. **Второй спасатель** проводит непрямой массаж сердца, отдаёт команду «ВДОХ» и контролирует эффективность вдоха по подъёму грудной клетки.

4. **Третий спасатель** проводит искусственное дыхание, контролирует реакцию зрачков и пульс на сонной артерии, информирует партнёров о состоянии пострадавшего «Есть реакция зрачков! Нет пульса! Есть пульс!» и т. п.

6.1.9. Действия после восстановления жизнедеятельности

6.1.9.1. Признаки восстановления кровообращения:

- пульс хорошо прощупывается;
- зрачки сужаются;
- кожные покровы розовеют.

6.1.9.2. После восстановления жизнедеятельности пострадавшего надо из положения, «лежа на спине» повернуть на правый бок. Иначе западает язык и наступает самоудушение. Поворот делают быстро и в строгой последовательности:

1. Правую ногу согнуть в колене.
2. Подтянуть стопу к колену другой ноги.
3. Левую руку согнуть в локте и положить на живот.
4. Правую руку выпрямить и прижать к туловищу.
5. Левую кисть подтянуть к голове.
6. Взять пострадавшего одной рукой за левое плечо, а другой за таз и перекатить на правый бок в положение полулежа на животе.
7. Голову запрокинуть, а левую кисть поудобнее расположить под ней.
8. Правую руку положить сзади вплотную к туловищу, немного согнув в локте.
9. За пострадавшим продолжают наблюдать. Периодически контролируют пульс и состояние зрачков.

7. ЕСЛИ НЕТ СОЗНАНИЯ, НО ЕСТЬ ПУЛЬС НА СОННОЙ АРТЕРИИ (СОСТОЯНИЕ КОМЫ)

7.1. Признаки состояния комы:

1. Потеря сознания более чем на 4 минуты.
2. Есть пульс на сонной артерии (рисунок 7.1.1.).



Рисунок 7.1.1..

7.2. Действия при выведении из комы

1. **Если пульс есть** - (состояние комы) повернуть пострадавшего на живот.
2. Пострадавший должен находиться до прибытия врачей только в положении лёжа.
3. Периодически удалить изо рта рвотные массы с помощью салфетки (платка, бинта, марли) или резинового баллончика (рисунок 7.2.1.).

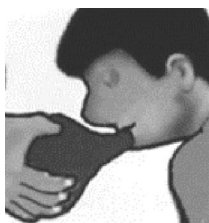


Рисунок 7.2.1..

4. Приложить холод к голове, используя пузырь со льдом, гипотермический пакет, бутылки с холодной водой (снегом) (рисунок 7.2.2.).

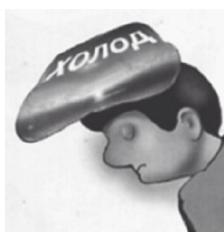


Рисунок 7.2.2..

НЕЛЬЗЯ!

Оставлять пострадавшего в состоянии комы лежать на спине

8. ОСТАНОВКА КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ РАНЕНИЯХ

Рана - повреждение кожных покровов тела или слизистых оболочек. Рана, при которой повреждена только кожа и слизистая оболочка, относится к поверхностной. Если повреждение распространяется глубже покровов тела (мышцы, сухожилия, кости и др.), то рана считается глубокой. Рану, сообщающуюся с полостью (грудной клетки, живота, головы и др.) называют проникающим ранением. В зависимости от характера ранящего предмета различают резаные, колотые, рубленые, ушибленные, лоскутные, скальпированные, размозженные и другие раны.

8.1. Правила оказания помощи при ранении

- запрещается при открытых ранах касаться ран руками или каким-то инструментом, удалять инородные тела с их поверхности;
- накрыть рану, полностью прикрывая края, чистой салфеткой или кусочком бинта, наложить ватно-марлевую повязку и забинтовывать;
- закрепить салфетку лейкопластырем;
- Нельзя! Вправлять выпавшие органы извлекать из раны инородные предметы на месте происшествия, давать пить и есть;
- грязь с окружающих рану участков кожи устраняют в направлении от раны;
- кожу вокруг раны необходимо обработать 5%-ным раствором йода;
- при кровотечении в брюшную полость: пострадавшего уложить на спину, на живот положить холод.
- при кровотечении в грудную полость: положение пострадавшего должно быть полусидящим.
- при кровотечении из полости рта: пострадавшего уложить на живот, голову повернуть в сторону.
- при проникающем ранении нельзя вправлять выпавшие органы. Такую рану следует закрыть стерильной марлевой салфеткой и забинтовать живот, но не слишком туго, чтобы не сдавить внутренности. На брюшную стенку вокруг выпавших внутренностей желательнее положить ватно-марлевое кольцо, которое предохранит их от сдавливания.

8.2. Признаки артериального кровотечения.

8.2.1. Ярко-красная кровь бьёт из раны фонтанирующей струёй.

8.2.2. Над раной образуется валик из вытекающей крови.

8.2.3. Большое кровавое пятно на одежде или лужа крови возле пострадавшего.

8.3. Действия спасателя при ранениях

8.3.1. **Первая помощь спасателя при ранениях** включает остановку кровотечения, закрытие раны стерильной повязкой, а при ранениях с большей зоной повреждения или переломом кости - накладывают шину или другой подручный материал.

9. ДЕЙСТВИЯ СПАСАТЕЛЯ В СЛУЧАЯХ АРТЕРИАЛЬНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ

9.1. Пострадавшего нужно уложить с приподнятыми конечностями ног, кроме случаев поражения головы или грудной клетки, или затруднения дыхания.

9.2. До наложения жгута повреждённую конечность прижать пальцами или кулаком подняв вверх пораженную конечность рисунок.

9.3. Спасатель обязан знать места прижатия артерий (рисунок 9.3.1.).



Рисунок 9.3.1..

9.4. Как действовать в случаях артериального кровотечения

9.4.1. Иллюстрация действий в случаях артериального кровотечения (рисунок 9.4.1.1.).



Рисунок 9.4.1.1..

9.4.2. **Точка прижатия артерии должна быть:**

- на конечностях - выше места кровотечения
- на шее и голове - ниже раны или в ране;

Нельзя! Терять время на освобождение конечностей от одежды

9.4.3. **Кровоостанавливающий жгут накладывают** при артериальном кровотечении из магистрального сосуда - артерии.

9.4.4. До наложения жгута поврежденную конечность следует оставить в приподнятом положении.

9.4.5. Наложение жгута всегда таит угрозу омертвления изолируемой части тела, развития тромбоза, невритов, а после снятия - смертельной интоксикации (отравления).

9.4.6. Неправильное наложение жгута усиливает кровотечение.

9.4.7. Действия спасателя при наложении кровоостанавливающего жгута на конечность осуществляются в соответствии с инструкцией (рисунок 9.4.7.1.).



Рисунок 9.4.7.1..

ПОМНИТЕ!

ЖГУТ НА КОНЕЧНОСТЬ МОЖНО НАЛОЖИТЬ НЕ БОЛЕЕ ЧЕМ НА 1 ЧАС

10. НАРУЖНОЕ ВЕНОЗНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ

10.1. **Признаки венозного кровотечения:**

- кровь темно-красная;
- вытекает вялой струей из периферической части сосуда.

ПОМНИТЕ!

Особенно опасны ранения шеи из-за возможного попадания воздуха в вены (приводит к параличу и смерти)

10.2. Остановка кровотечения из вены

1. Для временной остановки кровотечения сблизьте концы раны и сдавите ткани.
2. На рану наложите стерильную салфетку, а поверх нее вдоль оси конечности - плотный валик из материи.
3. Бинт, немного растянув, наложите на валик и сделайте закрепляющие ходы.
4. При ранении шеи сдавливающую повязку герметизируют клеенкой или полиэтиленом

10.3. ДЕЙСТВИЯ СПАСАТЕЛЯ ДЛЯ ОСТАНОВКИ ВЕНОЗНОГО И НОСОВОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ

10.3.1. При ранении мягких тканей головы:

- приложить к ране виска скатку бинта или сложенную в несколько раз марлю (рисунок 10.3.1.1.);
- закрепить рану повязкой (рисунок 10.3.1.2.).

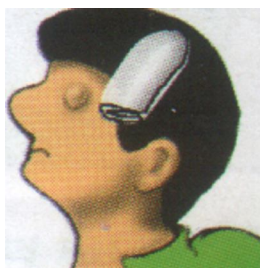


Рисунок 10.3.1.1..



Рисунок 10.3.1.2..

10.3.2. При ранении конечностей рук:

- приподнять поврежденную конечность рисунок (10.3.2.1.);
- наложить широкую давящую повязку рисунок (10.3.2.2.).



Рисунок 10.3.2.1..



Рисунок 10.3.2.2..

10.3.3. При ранении конечностей ног и других частей тела:

- накрыть рану полностью (прикрывая края) чистой салфеткой (рисунок 10.3.3.1.);
- закрепить салфетку бинтом или лейкопластырем рисунок (10.3.3.2.).



Рисунок 10.3.3.1..



Рисунок 10.3.3.2..

10.3.4. При носовом кровотечении:

- наклонить голову вперёд. Сжать крылья носа. Приложить к носу большой ватный тампон или сложенную в несколько раз марлю, ткань (рисунок 10.3.4.1.);
- приложить холод к переносице и затылку (рисунок 10.3.4.2.).



Рисунок 10.3.4.1..



Рисунок 10.3.4.2..

10.3.5. При кровотечении из носа: положить холод на основании носа и по бокам. Сжать ноздри на время 2-20 мин.

10.3.5.1. Капиллярное кровотечение, возникает в основном при ссадинах и поверхностных ранах.

10.3.5.2. Остановка кровотечения относится к числу основных жизненно необходимых мероприятий. Основным способом временной остановки кровотечения служит давящая повязка, которая эффективна при венозном, капиллярном, смешанном и даже при артериальном кровотечении из небольших сосудов.

10.3.5.3. При наложении повязки пострадавшего следует посадить, а лучше положить, т.к. даже при небольших повреждениях под влиянием нервного возбуждения, внезапной боли, вида крови у пострадавшего внезапно может наступить кратковременная потеря сознания - обморок.

10.3.5.4. Помощь при микротравме. **Микротравма** - повреждение покровов кожи, занозы, ссадины, царапины, уколы, мелкие порезы. При оказании помощи место микротравмы необходимо смазать настойкой йода и закрыть чистой повязкой (бактерицидным пластырем). В противном случае в необработанную рану может попасть инфекция, что обычно приводит к осложнениям с потерей трудоспособности. Для удаления из кожного покрова занозы и т. п. следует обратиться к врачу.

11. ПРОНИКАЮЩЕЕ РАНЕНИЕ ГРУДИ

11.1. При проникающем ранении грудной клетки рану нужно закрыть как можно быстрее. Для этого на нее кладут несколько слоев марли, толстый слой ваты и закрывают все это куском клеенки, воощеной бумагой, прорезиненной оболочкой индивидуального пакета или каким-либо другим, не пропускающим воздух материалом, после чего туго забинтовывают грудную клетку.

11.1.1. Оказание первой помощи при проникающем ранении груди

11.1.1.1. Прижать ладонь к ране и закрыть в неё доступ воздуха (рисунок 11.1.1.1.).



Рисунок 11.1.1.1..

11.1.1.2. Наложить герметичную повязку или лейкопластырь (рисунок 11.1.1.2.).

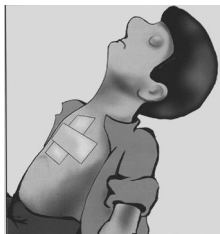


Рисунок 11.1.1.2..

11.1.2. При тяжелых несчастных случаях, например, при ранениях с большой потерей крови, сдавливании, поражении грудной клетки или брюшной полости с внутренним кровотечением или серьезных ожогах, существует высокий риск шокового состояния.

12. ПРОНИКАЮЩИЕ РАНЕНИЯ ЖИВОТА

12.1. Действия при открытых ранениях живота.

- При ранении приподнять ноги и расстегнуть поясной ремень (рисунок 12.1.1.);



Рисунок 12.1.1..

- положить холод на живот, смочить губы водой, укрыть пострадавшего;
- ожидание помощи и транспортировка - только в положении «лёжа на спине» с приподнятыми согнутыми в коленях ногами;

12.2. Как накладывать повязки на раны живота

12.2.1. Накрыть рану полностью (прикрывая края) (рисунок 12.2.1.1.).

(

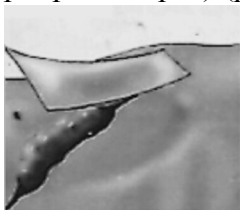


Рисунок 12.2.1.1..

12.2.2. Закрепить салфетку лейкопластырем (рисунок 12.2.2.1.).



Рисунок 12.2.2.1..

12.2.3. Запрещается вправлять выпавшие органы, извлекать из раны инородные предметы на месте происшествия, давать пить и есть (рисунок 12.2.3.1.).



Рисунок 12.2.3.1..

12.2.4. **Оказание первой помощи при внутреннем кровотечении**

Симптомы при травмах головы, груди, живота, при язвенной болезни желудка, кишечника:

- головокружение;
- одышка;
- быстрая утомляемость;
- шум в ушах;
- потемнение в глазах;
- возможна потеря сознания.

12.2.5. **Симптомы при травмах живота (разрывах желудка, кишечника, пищевода) и язвенной болезни:**

- резкие боли;
- рвота с кровью;
- черный стул;

12.2.6. **Симптомы при травмах груди:**

- боль при дыхании;
- одышка;
- кашель.

12.2.7. **Оказание помощи**

12.2.7.1. При кровотечении в брюшную полость: пострадавшего уложить на спину, на живот положить холод.

12.2.7.2. При кровотечении в грудную полость: положение пострадавшего должно быть полусидящим.

12.2.7.3. При кровотечении из полости рта: пострадавшего уложить на живот, голову повернуть в сторону.

ВНИМАНИЕ!**При ранении конечностей**

1. Накрыть рану (прикрывая края) чистой салфеткой.
 2. Закрепить салфетку бинтом или лейкопластырем.
- НЕЛЬЗЯ** вводить в рану спиртовые или любые другие растворы.

При ранении груди

1. Прижать ладонь к ране, чтобы закрыть в нее доступ воздуха.
2. Наложить герметичную повязку или лейкопластырь.
3. Транспортировка только в положении «сидя».

При ранении живота

1. Накрыть рану (прикрыв края) чистой салфеткой.
2. Закрепить салфетку бинтом или пластырем.

НЕЛЬЗЯ! извлекать из раны инородные предметы на месте происшествия.

13. ТРАВМЫ ГЛАЗ И ВЕК

Причины травм глаз: как показывает статистика, в 65% случаев травма глаз на производстве происходит из-за того, что работники не применяют имеющихся средств защиты. Травма органов зрения приводит нередко к стойкой утрате трудоспособности.

13.1. Среди причин глазного травматизма различают:

- механические повреждения;
- термические;
- химические;
- лучевые.

13.2. Механические повреждения

13.2.1. Механические повреждения приводят к ранениям, ушибам, контузии глаза.

13.2.2. Ранения различают:

- 1 Поверхностные.
- 2 Проникающие.

13.2.3. Поверхностные ранения

13.2.3.1. Среди поверхностных наиболее частыми являются повреждения инородными телами, приводящие к травмам слизистых оболочек глазного яблока, век, роговицы, а также царапины роговицы, например, веткой, листьями.

13.2.4. Оказание первой доврачебной помощи при ранении глаз и век

13.2.4.1. Пострадавший должен находиться в положении «ЛЁЖА».

13.2.4.2. Удалить инородное тело из мокроты глаза кончиком носового платка, закапать saniрующие капли в конъюнктивальную область глаз (3-4 капли альбунцида).

13.2.4.3. Если не удалось извлечь инородное тело необходимо:

- накрыть глаз чистой салфеткой (носовым) платком (рисунок 13.2.4.3.1).
- наложить повязку на оба глаза, зафиксировать салфетку для прекращения движения глазных яблок (рисунок 13.2.4.3.2.).



Рисунок 13.2.4.3.1..



Рисунок 13.2.4.3.2..

13.2.4.4. Если инородного тела нет, а имеется скальпированный лоскут эпителия на роговице, его пришивают или приклеивают (такую манипуляцию может производить только врач-специалист).

13.2.5. Проникающие ранения глазного яблока

13.2.5.1. Проникающие ранения глазного яблока являются одними из наиболее тяжелых видов травмы глаза. Особую опасность представляют те ранения, в результате которых происходит внедрение в среды глаза инородных тел (осколки камня, стекла, металла, дерева и т.д.). Проникающие ранения глазного яблока сопровождаются потерей зрения, протекают тяжело и дают осложнения.

13.2.6. Действия при возникновении проникающего ранения глазного яблока

13.2.6.1. Пострадавший должен находиться в положении лежа.

13.2.6.2. Накрывать глаз чистой салфеткой (носовым платком).

13.2.6.3. Зафиксируйте салфетку повязкой и обязательно прикройте этой же повязкой второй глаз для прекращения движения глазных яблок.

13.2.6.4. При подозрении на проникающее ранение глазного яблока следует немедленно доставить пострадавшего на любом виде транспорта к врачу-специалисту.

13.2.7. **Ожоги глаз «Снежная слепота»** - поражение глаз ультрафиолетовыми лучами. Случается на освещенном снегу, на море, при сварочных работах. Пострадавшего необходимо укрыть в темном месте, наложить на лоб мокрую тряпку, на глаза - непрозрачную повязку, делать примочки холодной водой или холодным настоем

ЗАПРЕЩАЕТСЯ!

1. Промывать водой колотые и резаные раны глаз и век.

13.3. ОБМОРОКИ И ПОТЕРЯ СОЗНАНИЯ

Обморок - это внезапно возникающая кратковременная утрата сознания. Обморок является легкой формой острой сосудистой мозговой недостаточности. Он обусловлен недостатком притока крови к мозгу.

13.1. **Простой обморок (признаки простого обморока)**

13.1.1. Затуманивание сознания, полная потеря сознания с выключением мышечного тонуса, больной медленно оседает.

13.1.2. Артериальное давление низкое, дыхание поверхностное, различимое с трудом. Приступ длится несколько десятков секунд (до 4-5 минут максимум), затем следует быстрое и полное восстановление сознания.

13.1.3. **Липотимия**

Липотимия - наиболее легкая степень обморока. Обычно приступ липотимии длится несколько секунд, но в любом случае, если вы успели уложить больного и обеспечить ему доступ кислорода, то можете быть спокойны, сознание он уже не потеряет.

13.1.4. **Признаки липотимии:**

13.1.4.1. Внезапное легкое затуманивание сознания, головокружение, звон в ушах, зевота.

13.1.4.2. Больной бледнеет, отмечается похолодание рук и ног, капли пота на лице.

13.1.5. **Оказание помощи пострадавшему при обмороке:**

13.1.5.1. Убедиться в наличии пульса на сонной артерии.

13.1.5.2. Больного надо немедленно уложить на спину (в легких случаях можно и просто усадить с опорой спиной на спинку стула, кресла).

13.1.5.3. Под голову ничего не подкладывать, голова должна быть как минимум на одном уровне с корпусом.

13.1.5.4. Обеспечить хороший доступ кислорода (зачастую одно это приводит к прекращению обморока) - расстегнуть воротник, если вокруг упавшего человека столпилось уйма зевак - расступиться.

13.1.5.5. Успокоить больного, возникающий страх может спровоцировать спазм мозговых артерий и усилить ишемию мозга.

13.1.5.6. Необходимо побрызгать на лицо холодной водой. Дать больному понюхать нашатырь. Можно, продолжая держать ватку с нашатырем у носа, на пару секунд прикрыть ладонью рот - весь вдыхаемый воздух пойдет через нос и пары нашатыря попадут в полость носа.

13.1.5.7. Если через 3-4 минуты сознание не появилось - перевернуть на живот и приложить холод к голове пострадавшего нужно уложить на бок и немного на живот.

13.1.5.8. Если больной уже потерял сознание, не нужно терзать его или пытаться поднять. Сознание вернется тогда, когда восстановится нормальное кровоснабжение мозга, а для этого требуется горизонтальное положение тела (тонус сосудов резко снижен и если мы поднимем голову или корпус, кровь просто оттечет в нижние конечности и ни о каком нормальном кровоснабжении, конечно, речь не пойдет).

13.1.5.9. Уложить пострадавшего так, чтобы ноги были приподняты выше уровня головы. Помогает тепло, поэтому пострадавшего нужно укрыть одеялом (рисунок 13.1.5.9.1.).

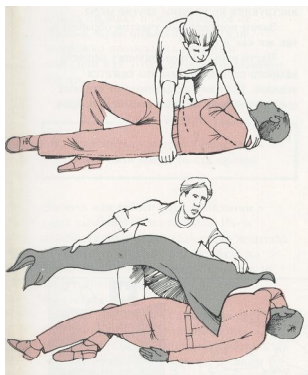


Рисунок 13.1.5.9.1..

13.1.6. Действия при обмороке

1. Если нет пульса на сонной артерии, приступить к реанимации
2. **Повторяйте дыхательные движения каждые пять секунд!**
3. Продолжайте ИВЛ - искусственное дыхание до тех пор, пока пострадавший не начнет дышать (или до прибытия врача).
4. Откиньте голову пострадавшему назад, надавите на болевую точку под носом (10-20).
5. Зажмите пострадавшему нос и вдуйте воздух через рот (рисунок 13.1.6.1.).
6. Во всех случаях обморока вызовите врача.

13.1.6.1. ЗАПРЕЩАЕТСЯ!

1. Прикладывать теплую грелку к животу и пояснице при болях в животе или при повторных обмороках.
2. Кормить в случаях голодного обморока.

13.1.6.2. Как только пострадавший придет в сознание, ему следует дать валериановые капли.

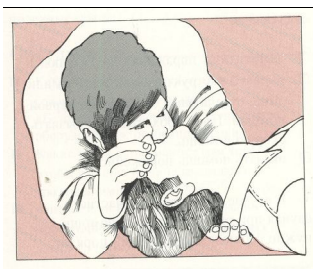


Рисунок 13.1.6.1..

14. СУДОРОЖНЫЙ ОБМОРОК

Признаки судорожного обморока

Судорожный обморок характеризуется присоединением к картине обморока судорог (общих, генерализованных или единичных подергиваний отдельных мышц).

Оказание помощи

1. Необходимо обеспечить, чтобы во время судорог не произошло механических повреждений головы, корпуса, рук.

ВНИМАНИЕ!

Судороги могут быть характерны для эпилептического припадка, при этом типичными признаками являются: прикус языка, часто бывают вскрики или стоны в начале припадка, нередко появляются покраснение и синюшность лица.

14.1. Виды обмороков, их признаки, оказание помощи

14.1.1. **Дроп-атаки** - это неожиданные, внезапные падения больных. При этом практически никогда не бывает потери сознания, хотя могут быть головокружения, резкая слабость, обычно наблюдаются у больных с остеохондрозом шейного отдела позвоночника, осложненного развитием вертебро-базиллярной недостаточности, а также у вполне здоровых молодых беременных женщин.

14.1.2. **Ортостатический обморок** - возникает при резком переходе из горизонтального положения в вертикальное, когда сердечно-сосудистая система не успевает перестроиться для полноценного обеспечения головного мозга. Особенно выражен при одновременном приеме бета-блокаторов, диуретиков, нитратов и т.д. Чаще, впрочем, бывает не обморок, а

т.н. пресинкопы, выражающиеся во внезапной слабости, головокружении, потемнении в глазах при перемене положения тела.

14.1.3. **Синдром гиперчувствительности каротидного синуса** - протекает по типу простого или, реже, судорожного обморока. Обусловлен гиперактивностью каротидного рефлекса (с каротидных синусов, расположенных на передне-боковых поверхностях шеи), что и вызывает внезапно возникающую брадикардию кратковременную остановку сердца, аритмию. Провоцирующими факторами могут являться резкий поворот головы, ношение тугих воротников - отсюда и вывод: никогда не забывайте при оказании помощи ослабить воротник, освободить шею пострадавшего.

14.1.4. **Аритмический обморок** - к потере сознания могут приводить и некоторые виды аритмий. Основными нарушениями ритма, способными приводить к потере сознания, являются пароксизмальные формы трепетания и мерцания предсердий, полная поперечная блокада, синдром удлиненного QT, пароксизмальная желудочковая тахикардия. Другие формы аритмий крайне редко приводят к потере сознания, однако, каждому больному, страдающему аритмией (и в особенности вышеперечисленными аритмиями), желательно проконсультироваться у лечащего врача о возможности у него данного осложнения и, совместно с врачом, выработать правила поведения, которые позволили бы свести к минимуму риск подобных осложнений.

15. ПОМОЩЬ ПРИ УШИБЕ

Ушиб - наиболее распространенный вид повреждения. При ушибах, как правило, не нарушается целостность кожного покрова, характерна сильная острая боль в момент получения и первые часы после травмы, сохранение в течение определенного времени болезненности и затруднения движения в области травмированной части тела, а также появление на месте ушиба припухлости и кровоподтека (синяка).

15.1. На ушибленное место кладут резиновый пузырь или пластмассовый мешочек со льдом, снегом, холодной водой. Применив холод в течение 15-20 минут, на область ушиба наложить тугую повязку. Поверх повязки следует снова положить пузырь со льдом и держать его еще 1 - 1,5 часа.

15.2. Не следует, если нет ранения кожи, смазывать место ушиба йодом, растирать, накладывать согревающий компресс - всё это ведет лишь к усилению боли.

15.3. При ушибах живота, при обморочном состоянии, резкой бледности лица и сильных болях нужно немедленно вызвать «скорую помощь» и отправить пострадавшего в больницу. Также следует поступить при тяжелых ушибах всего тела, вызванных падением.

15.4. При ушибах головы появляются рвотные симптомы, пострадавший может потерять сознание, что указывает на сотрясение мозга. В этом случае пострадавшего нужно уложить, положив ему на голову пузырь со льдом. Для того чтоб рвотные массы не попали в дыхательные пути и пострадавший не задохнулся, нужно повернуть ему голову на бок и пальцем, обмотанным бинтом или чистой материей, освободить полость рта.

15.5. Даже если потеря сознания была кратковременной, пострадавшему до осмотра врачом не следует садиться и тем более вставать.

15.6. При взрыве в результате сильного, мгновенного удара воздушной волной наблюдается общее поражение всего организма, называемого контузией. Всех, подвергшихся контузии, необходимо уложить и, в зависимости от состояния, оказать помощь.

15.7. При разрушении и обвале зданий или других сооружений обычно оказываются придавленными нижние конечности. При этом происходит обширное подкожное разможнение и раздавливание тканей, хотя кожа остается целой. Как только конечности будут освобождены, на них, выше места сдавливания, нужно наложить жгут, чтобы предупредить всасывание ядовитых веществ в кровь. На конечности наложить шины и отправить в здравпункт.

15.8. Пострадавшему с явлениями сотрясения мозга обеспечивают физический и психологический покой, укладывают с приподнятой головой, расстегивают ворот, охлаждают лоб влажным полотенцем.

16. ПЕРЕЛОМЫ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ

16.1. Признаки перелома конечностей:

- пострадавший не может изменить положения ног или рук;
- стопы развернуты и разведены.

16.1.1. Помощь при переломе костей и вывихе конечностей

16.1.1.1. Переломы костей конечностей подразделяются на открытые или закрытые. При переломе пострадавший испытывает сильную боль, резко усиливающуюся при попытке изменить положение. Оказывая первую помощь при переломе, необходимо обеспечить неподвижность места перелома, что уменьшает боль и предотвращает дальнейшее смещение сломанных костей.

16.1.1.2. При открытом переломе конечности следует освободить место перелома (разрезав брючину или рукав), остановить кровотечение и закрыв рану повязкой, наложить шину. При закрытых переломах освобождать место повреждения от одежды не нужно;

- **Запрещается** вливать в рану спиртовые или другие растворы.

16.1.1.3. Признаки открытого перелома конечностей:

- наличие раны часто с кровотечением в области перелома;
- видны костные отломки;
- деформация и отёк конечности.

16.2. Действия спасателей при открытом переломе:

- **сначала наложить повязку** - накрыть рану полностью (прикрывая края) чистой салфеткой, закрепить салфетку бинтом или лейкопластырем;
- **после наложения повязки** зафиксировать конечность с помощью складных шин или подручных средств (доски, трубы и т.п.);
- при отсутствии шины можно повреждённую ногу прибинтовать к здоровой, а руку в согнутом положении – к туловищу при помощи шарфа, под одежду. Между ногами нужно положить куртку, мягкий валик.

16.3. Признаки закрытого перелома:

- сильная боль при движении или нагрузке на конечность;
- деформация и отёк конечности;
- синюшный цвет кожи.

16.4. Действия спасателей при закрытом переломе:

- зафиксировать конечность с помощью складных шин или подручных средств (доски, трубы и т.п.) (рисунок 16.4.1., 16.4.2.);

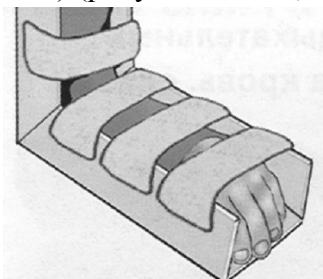


Рисунок 16.4.1..

Фиксирование костей предплечья и локтевого сустава шиной

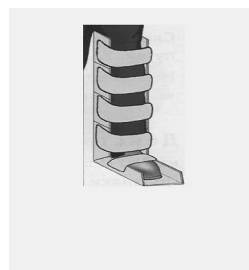


Рисунок 16.4.2..

Фиксирование костей голени, коленного и голеностопного сустава шиной

- при переломе костей голени, бедра и коленного сустава шины накладывать с обеих сторон туловища, привязывать плотно, но не туго. Фиксировать суставы выше и ниже перелома (рисунок 16.4.3.);
- обязательно положить между ногами валик из ткани;
- при отсутствии шины можно повреждённую ногу прибинтовать к здоровой, а руку в согнутом положении - к туловищу при помощи шарфа, под одежду. Между ногами нужно положить куртку мягкий валик.



Рисунок 16.4.3..

НЕЛЬЗЯ!
Использовать шины, если пострадавший лежит в позе «лягушки»

17. ПАДЕНИЕ С ВЫСОТЫ

17.1. **Вынужденная поза «лягушки» - признак опасных повреждений** (костей таза и тазобедренных суставов, бедренных костей, позвоночника и спинного мозга), разрывов внутренних органов и внутреннего кровотечения:

- пострадавший не может изменить положения ног;
- стопы развернуты и разведены (рисунок 17.1.1.).

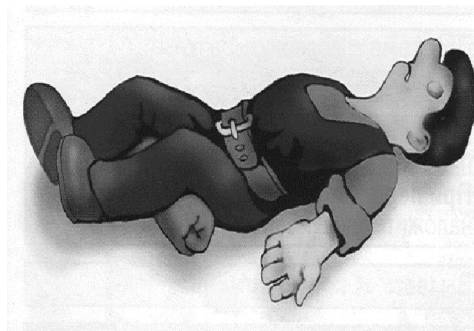


Рисунок 17.1.1..

17.2. **Действия спасателей при опасных повреждениях и сохранении сознания:**

- оценить состояние пострадавшего;
- положить под колени валик из одежды. Укрыть чем-то тёплым;
- следить за проходимость дыхательных путей. Удалять из носа кровь, слизь;
- незамедлительно вызвать «Скорую помощь».

НЕЛЬЗЯ!

Перемещать пострадавшего, снимать с него одежду или позволять ему шевелиться

17.3. Для транспортировки пострадавшего необходимо использовать **твёрдые** носилки, а при их отсутствии щит, дверь, ковшовые носилки и вакуумный матрас, стараясь не изменять положения туловища.

17.4. Если такое покрытие сделать не из чего, пострадавшего нужно положить на носилки животом вниз.

18. ВЫВИХИ КОНЕЧНОСТЕЙ

18.1. **Признаками вывиха конечностей являются:**

- резкая боль в области сустава сразу после получения травмы;
- практически полная невозможность самостоятельно произвести движение в пострадавшем суставе;
- неестественное положение конечности, резкая боль при малейшей попытке придать ей правильное положение и ее укорочение.

18.2. Первая помощь при вывихе конечностей заключается в фиксации конечности повязкой или косынкой, применении холода на область поврежденного сустава и (по возможности) доступных обезболивающих лекарств (анальгин, амидопирин). Совершенно необходимо обеспечить пострадавшему полный покой. При подозрении на вывих не следует самому пытаться вправлять поврежденную часть конечности, так как нередко это может сопровождаться переломом.

19. ТЕРМИЧЕСКИЕ ОЖОГИ КОЖИ

Ожогами называют повреждения тканей организма, возникшие в результате:

- местного воздействия высокой температуры (термические ожоги);
- химических веществ (химические ожоги);
- электрического тока (электрические ожоги);
- ионизирующего излучения (лучевые ожоги);

19.1. **Классификация ожогов**

19.1.1. **Термические ожоги** вызываются пламенем, горячими жидкостями и паром, воздействием раскаленных предметов.

19.1.2. **Химические ожоги** - действием едких щелочей, крепких растворов кислот, йода, марганцовокислого калия и т.д.

19.1.3. **Электрические ожоги** - появляются в результате дополнительного поражения электрическим током внутренних органов (электротравма).

19.1.4. **Лучевые ожоги** - могут быть вызваны инфракрасным, ультрафиолетовым и ионизирующим излучением, при этом всегда есть и общие изменения в организме (лучевая болезнь).

19.2. **Степень ожогов кожи**

Тяжесть ожога зависит от глубины и площади поражения тела. По глубине ожоги делятся на четыре степени.

19.2.1. **I. степень ожогов** характеризуется повреждением самого поверхностного слоя кожи (эпидермиса), состоящего из эпителиальных клеток. При этом появляется покраснение кожи, небольшая припухлость, сопровождающаяся болезненностью. Через два-три дня эти

явления самостоятельно проходят, и после ожога не остается никаких следов, исключая незначительный зуд и шелушение кожи.

19.2.2. **II степень ожогов** отличается образованием пузырей с желтоватой жидкостью на фоне покраснения кожи. Пузыри могут образовываться сразу после ожога или спустя некоторое время. Если пузыри лопаются, то обнажается ярко-красная эрозия. Заживление при этой степени происходит обычно к 10-12 дню без образования рубцов.

19.2.3. **III степень ожогов** характеризуется большей глубиной поражения с омертвением тканей (некроз) и образованием ожогового струпа. Струп представляет собой сухую корку от светло-коричневого до почти черного цвета; при ошпаривании же струп бывает мягким, влажным, белесовато-серого цвета. Выделяют III А степень, при которой сохраняются эпителиальные элементы кожи, являющиеся исходным материалом для самостоятельного заживления раны, и III Б степень, при которой все слои кожи полностью погибают, и образовавшаяся ожоговая рана заживает посредством рубцевания.

19.2.4. **IV степень ожогов** сопровождается обугливанием кожи и поражением глубже лежащих тканей - подкожной жировой клетчатки, мышц и костей.

19.2.5. Ожоги I-III А степени считаются поверхностными, а ожоги III Б-IV степени - глубокими. Точно определить степень ожога (особенно отличить III А от III Б степени) можно только в медицинском учреждении при использовании специальных диагностических проб.

19.3. **Определение площади пораженной поверхности ожогами кожи**

19.3.1. Для приблизительного определения площади пораженной поверхности пользуются «правилом ладони»: площадь ладони пострадавшего приблизительно равна 1% от площади поверхности его тела.

19.3.2. Для взрослых людей критическим состоянием считается **тотальный ожог I степени**, ожоги II-III А степени более 30% поверхности тела (хотя при правильном лечении спасают жизнь и при ожогах более 60%).

19.3.3. Опасен для жизни **глубокий ожог 10-15%** поверхности тела, а также ожоги лица, верхних дыхательных путей и промежности.

19.3.4. При обширных поверхностных ожогах и глубоких ожогах более 10% поверхности тела высока вероятность развития **ожогового шока**, причинами которого являются сильный болевой синдром и большая потеря жидкости через ожоговую поверхность. Для этого состояния характерно нарастание заторможенности вслед за кратковременной стадией возбуждения, человек зябнет, его мучает жажда, пульс учащается, артериальное давление падает, уменьшается мочеотделение. В особо тяжелых случаях пострадавший теряет сознание, моча становится темно-коричневого цвета. Ожоговый шок является первой стадией ожоговой болезни и всегда представляет опасность для жизни пострадавшего, лечить его можно только в условиях стационара.

19.4. **Первая помощь при ожогах**

19.4.1. В первую очередь **при ожогах** необходимо:

1. Срочно потушить горящую на пострадавшем одежду. Это можно сделать с помощью воды или накрыв пострадавшего плотной тканью, брезентом, курткой, чтобы прекратить доступ кислорода к горящей поверхности.
2. Остановить мечущегося или бегущего человека, так как при движении пламя усиливается. Немедленно сбросить горящую или тлеющую одежду.
3. Охладить поврежденную поверхность. Это достигается с помощью холодной воды. льда или снега и поводить должно в течение 10-15 минут.
4. Аккуратно срезать с обожженных частей тела одежду, наложить на ожоговую поверхность асептическую повязку (стерильная салфетка, бинт) и отправить пострадавшего в медицинское учреждение.

19.4.2. Совершенно недопустимо сразу смазывать обожженное место маслом, детским кремом, хозяйственным мылом и т.д., т.к. при этом вы только замедлите теплоотдачу, а, следовательно, увеличите площадь и глубину поражения. Облепиховое масло и различные мази используются на более поздних стадиях лечения, т.к. они ускоряют заживление ожогового дефекта.

19.5. **Оказание помощи без нарушения целостности ожоговых пузырей при ожоге паром:**

- пострадавшего нужно сразу же облить холодной водой или наложить грелку со льдом на 20-30 минут (рисунок 19.5.1.);

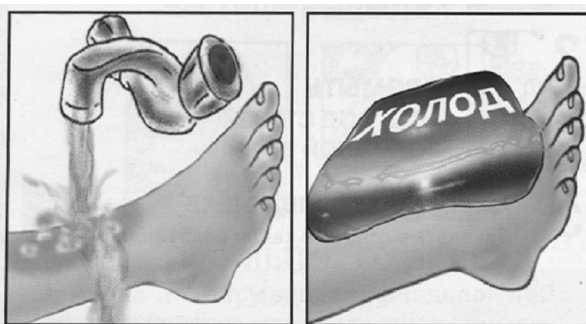


Рисунок 19.5.1..

- затем очень осторожно снять одежду, так как вместе с ней можно «содрать» поврежденную кожу и ткани (одежду лучше разрезать ножницами и удалять по частям).

НЕЛЬЗЯ!

- смазывать обожженную поверхность маслами и жирами;
- сдирать одежду с обожженной поверхности;
- вскрывать ожоговые пузыри отслаивать кожу.

19.6. **Оказание помощи при термических ожогах с нарушением целостности ожоговых пузырей:**

- накрыть ожог чистой сухой тканью, поверх чистой сухой ткани приложить холод (рисунок 19.6.1.);

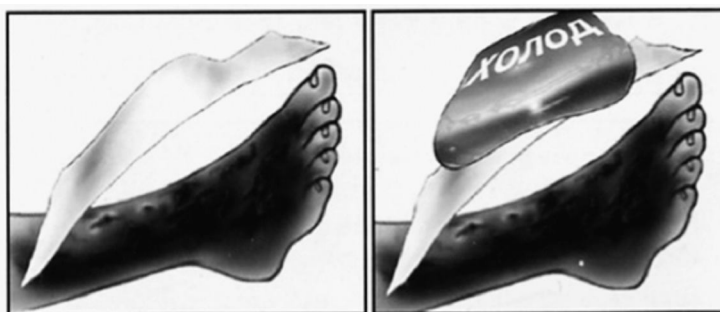


Рисунок 19.6.1..

НЕЛЬЗЯ!**При термических ожогах:**

- отрывать куски ткани, прилипшие к телу;
- бинтовать обожженную поверхность, накладывать пластырь;
- промывать водой;
- присыпать порошками;
- смазывать йодом, лосьонами, мазями.

19.7. Оказание помощи при ожогах первой степени:

- достаточно после охлаждения смочить обожженное место водкой;
- наложение повязки не обязательно.

19.8. Оказание помощи при глубоких и обширных ожогах:

- необходимо дать пострадавшему обезболивающее;
- укутать;
- дать теплое питье, желательно - щелочное (минеральную воду или раствор 1/2 чайной ложки соды и 1 чайной ложки поваренной соли на литр воды).

19.9. Оказание помощи при химических ожогах:

- как можно более обильно промыть ожоговую поверхность водой (лучше проточной) в течение 10-15 минут;
- при ожоге негашеной известью:
 1. Промывание ожоговой поверхности водой недопустимо, ее надо смывать растительным маслом или удалять механическим путем.
 2. Удалить все кусочки извести и затем наложить марлевую повязку.

19.10. При ожоге кислотой:

- 1 Пораженный участок кожи промывают 2% раствором пищевой соды.

19.10.1. При ожоге щелочами:

1. Пораженный участок кожи промывают слабым раствором лимонной кислоты.
2. После этого наложите стерильную повязку и отправьте пострадавшего в больницу.

19.11. Лечение ожогов

19.11.1. Дальнейшее лечение ожогов проводится в медицинском учреждении. Существует несколько методов лечения ожогов, однако здесь мы приведем только самые общие сведения о тактике ведения ожоговых больных. Они могут пригодиться в случае, если до лечебного учреждения сразу добраться будет невозможно. О методах, применимых только в лечебных учреждениях, мы здесь не упоминаем.

19.11.2. Лечение ожогов, если до лечебного учреждения сразу добраться будет невозможно:

1. Кожа вокруг ожога обрабатывается антисептиком, удаляются инородные тела и отслоившийся эпидермис.
2. Крупные пузыри подрезают у основания и опорожняют. При этом отслоившийся эпидермис не удаляют: он прилипает к раневой поверхности, образуя «биологическую повязку» (не нужно вскрывать пузыри самостоятельно до обращения в медицинское учреждение, т.к. это может привести к инфицированию раны).
3. Далее лечение ожогов проводят закрытым или открытым способом.

19.12. Закрытый способ лечения ожогов

1. Закрытый способ основан на применении повязок с различными лекарственными веществами.

2. **При обширных ожогах I степени и ожогах II степени** накладывают мазевые повязки. Используют 0,2% фурацилиновую мазь, дермазин (1% крем), левосульфаметакаин, синтомициновую эмульсию «Олазоль» и др. комбинированные препараты, в состав которых входит, как правило, левомицетин, облепиховое масло и другие вещества, ускоряющие регенерацию тканей (пантотеновая кислота в «Пантеноле»; нафталан, компоненты пчелиного воска и эфирные масла в бальзаме «Спасатель» и т.д.). Смена повязок - каждые 2-3 дня. Если же произошло нагноение, мазевые повязки вменяют на влажно-высыхающие с растворами антисептиков (фурацилин, хлоргексидин и др.).

3. **При ожогах III А степени** необходимо сохранять струп до тех пор, пока он не отторгнется самостоятельно. Поэтому на ожоги с сухим струпом накладывают сухие асептические повязки, а при наличии влажного струпа - влажно-высыхающие. После отторжения струпа на 2-3 неделе и при отсутствии гнойного отделяемого лечение продолжают мазевыми повязками для ускорения заживления.

4. При глубоких ожогах местное лечение направлено на ускорение отторжения омертвевших тканей. Сначала используют влажные повязки с антисептиками, а затем повязки с протеолитическими ферментами и салициловой мазью, которые расплавляют струп и ускоряют очищение раны. Полностью очищенная рана подготовлена к хирургическому этапу лечения - кожной пластике.

19.13. Открытый способ лечения ожогов

19.13.1. При открытом способе лечения повязки не накладываются. Ожоговую поверхность обрабатывают антисептиками с коагулирующими (высушивающими) свойствами (5% раствором марганцовки, спиртовым раствором бриллиантового зеленого и др.) и оставляют открытой для ускорения формирования сухого струпа. Этот метод используется в специальных ожоговых палатах с теплым, сухим стерильным воздухом. Без повязок также лечат обычно ожоги лица. промежности - в тех местах, где повязки наложить проблематично. При этом обожженную поверхность смазывают мазью с антисептиками (синтомициновая, фурацилиновая и др.) 3-4 раза в день.

19.13.2. Лечение ожогов серьезнее I степени должно проводиться если не в стационаре, то хотя бы амбулаторно под контролем врача.

ЗАПРЕЩАЕТСЯ!

При химических ожогах:

- **использовать сильнодействующие и концентрированные растворы кислот и щелочей для реакции нейтрализации на коже пострадавшего.**

20. ПОМОЩЬ ПРИ ОТРАВЛЕНИИ ТОКСИЧНЫМИ ВЕЩЕСТВАМИ (ГАЗОМ ИЛИ ПАРАМИ ЛЕТАУЧИХ СОЕДИНЕНИЙ, ПЫЛЬЮ, ТУМАНОМ)

Отравление токсичными веществами - поражение организма через слизистую оболочку верхних дыхательных путей или кожный покров токсичными веществами (газом или парами летучих соединений, пылью, туманом).

20.1. При отравлении организма токсичными веществами необходимо:

- прекратить дальнейшее поступление токсических веществ в организм. Вывести (или вынести) пострадавшего из зоны загрязнения атмосферного воздуха, пользуясь при этом индивидуальными средствами защиты, в теплое, проветриваемое и чистое помещение или на свежий воздух;

- освободить пострадавшего от стесняющей дыхание одежды (расстегнуть воротник, развязать галстук и расстегнуть ремень или пояс). Снять одежду, загрязненную токсическими веществами, т.к. такая одежда является дополнительным источником отравления (вдыхание выделяющихся паров, всасывание яда через кожу);
- освободить полость рта и носоглотки пострадавшего от посторонних предметов и слизи (пальцем, обернутым марлей или платком). Голову пострадавшего запрокинуть, широко раскрыть рот и сместить вперед нижнюю челюсть. Приступить к искусственной вентиляции легких (искусственное дыхание).

20.2. **Искусственная вентиляция легких (ИВЛ).** При способе ИВЛ «рот в рот» (нос пострадавшего зажимают) оказывающий помощь делает глубокий вдох и с силой вдует воздух в рот пострадавшего, у которого происходит пассивный вдох. Затем оказывающий помощь быстро отстраняется для нового глубокого вдоха, а пострадавший в это время «делает» пассивный выдох. Первые 5-10 вдуваний необходимо сделать быстро (за 20-30 секунд), а затем - со скоростью 12-15 вдуваний в минуту до возобновления самостоятельного дыхания пострадавшего. При появлении вздутия живота (частичное попадание воздуха в желудок) необходимо осторожно надавить рукой на верхнюю половину живота, не прекращая искусственной вентиляции легких. Если пострадавший получил травму жевательной мускулатуры, или испытывает спазм жевательной мускулатуры, то искусственную вентиляцию легких осуществляют через нос.

20.3. Использование других способов искусственной вентиляции легких, основанных на сжатии грудной клетки, поднимании и опускании рук и т.д., гораздо менее эффективно.

20.4. При отсутствии у пострадавшего пульса (возможно резкое ослабление или даже прекращение сокращений сердца) необходимо одновременно с искусственной вентиляцией легких проводить наружный массаж сердца.

21. ВЗРЫВНЫЕ ТРАВМЫ

Взрывные травмы возникают на объектах в результате внезапных взрывов.

Поражающий фактор - воздушная ударная волна. Она наносит поражение в виде объемного или одностороннего удара, резко изменяя соотношения внутрисполостных, межтканевых и межклеточных структур за счет больших перепадов давления, вызывая первичные повреждения - разрывы, растяжения, смещения и т.п., сопровождаемые лимфо - и кровоизлияниями во всех тканях. Пострадавшим в таких ситуациях оказывается помощь в соответствии с видом травмирования.

22. ОКАЗАНИЕ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПРИ ПОРАЖЕНИИ ЭЛЕКТРИЧЕСКИМ ТОКОМ

22.1. Последовательность действий спасателей при оказании первой доврачебной помощи пострадавшему от действия электрического тока в электроустановках напряжением до 1000 В (таблица 22.1.1.).

Таблица 22.1.1..



22.2. **Первая помощь** - это комплекс мероприятий, направленных на восстановление или сохранение жизни и здоровья пострадавшего, осуществляемый не медицинскими работниками или самим пострадавшим.

22.3. Одним из важнейших положений оказания первой помощи является ее срочность. Поэтому такую помощь своевременно может и должен оказать тот, кто находится рядом с пострадавшим.

22.4. Последовательность оказания первой помощи:

- устранить воздействие на организм повреждающих факторов (освободить от действия электрического тока, вынести из зараженной атмосферы, погасить горящую одежду и т.п.), оценить состояние пострадавшего;
- определить характер и тяжесть травмы, наибольшую угрозу для жизни пострадавшего и последовательность мероприятий по его спасению;
- выполнить необходимые мероприятия по спасению пострадавшего в порядке срочности (восстановить проходимость дыхательных путей, провести искусственное дыхание, наружный массаж сердца, остановить кровотечение и т.п.), при отсутствии пульса на сонной артерии следует нанести удар кулаком по груди и приступить к реанимации;
- вызвать скорую медицинскую помощь или врача, либо принять меры для транспортировки пострадавшего в ближайшее лечебное учреждение;
- поддерживать жизненные основные функции пострадавшего до прибытия медицинского работника.

22.5. Освобождение пострадавшего от действия электрического тока осуществляется в электроустановках до 1000 В путем отключения той части установки, которой касается пострадавший. Если отключить установку в данном случае невозможно, необходимо принять иные меры для освобождения пострадавшего.

22.6. Для отделения пострадавшего от токоведущих частей или проводов следует воспользоваться средствами защиты, канатом, палкой, доской или каким-либо другим сухим предметом, не проводящим электрический ток. Можно оттянуть пострадавшего за одежду (сухую), избегая при этом прикосновения к окружающим металлическим предметам и частям тела, не прикрытым одеждой.

22.7. Для изоляции рук оказывающий помощь должен надеть диэлектрические перчатки или обмотать руки сухой одеждой. Можно также изолировать себя, встав на резиновый коврик, сухую доску или какую-либо непроводящую электрический ток, подстилку, одежду и пр. При отделении пострадавшего от токоведущих частей рекомендуется действовать одной рукой.

22.8. Если электрический ток проходит через пострадавшего в землю и он судорожно сжимает в руке токоведущий элемент, можно прервать ток, отделив пострадавшего от земли (оттащить за одежду, положив под пострадавшего сухой предмет).

22.9. При напряжении выше 1000В для отделения пострадавшего от токоведущих частей следует надеть диэлектрические перчатки и боты и действовать штангой или изолирующими клещами, рассчитанными на соответствующее напряжение. При этом надо помнить об опасности напряжения шага, если токоведущая часть лежит на земле, и после освобождения пострадавшего от действия тока необходимо вынести его из опасной зоны.

22.10. 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.

22.11. В случае отсутствия в помещении дневного освещения или в ночное время необходимо обеспечить освещение места с пострадавшим отдельным источником света.

22.12. После освобождения пострадавшего от действия электрического тока необходимо оценить его состояние.

22.13. Признаки определения состояния пострадавшего:

- сознание (ясное, нарушено, отсутствует);
- цвет кожных покровов (разовый, бледный, «синюшный»);
- дыхание (нормальное, нарушено, отсутствует);
- пульс (хороший, плохой, отсутствует);
- зрачки (узкие, широкие).

22.14. Если у пострадавшего отсутствует сознание, дыхание, пульс, кожный покров «синюшный», зрачки расширены, то можно считать его в состоянии клинической (внезапной) смерти. В этом случае необходимо немедленно приступить к реанимационным мероприятиям и обеспечить вызов врача (скорой помощи).

22.15. Если пострадавший в сознании, но до этого был в бессознательном состоянии, его следует уложить на сухие предметы, расстегнуть одежду, создать приток свежего воздуха, согреть тело в холодную погоду или обеспечить прохладу в жаркий день, создать полный покой, непрерывно наблюдая за пульсом и дыханием, вызвать врача.

22.16. Если пострадавший находится в бессознательном состоянии, необходимо наблюдать за его дыханием, и в случае нарушения дыхания обеспечить выполнение реанимационных мероприятий.

22.17. Только врач может окончательно решить вопрос о состоянии здоровья пострадавшего.

22.18. При поражении молнией оказывается такая помощь, что при поражении электрическим током.

22.19. В случае невозможности вызова врача на место происшествия необходимо обеспечить транспортировку пострадавшего в ближайшее лечебное учреждение. Перевозить

пострадавшего можно только при удовлетворительном дыхании и устойчивом пульсе. Если состояние пострадавшего не позволяет его транспортировать, необходимо продолжать оказывать помощь.

22.20. Искусственное дыхание проводится в тех случаях, когда пострадавший не дышит или дышит редко (судорожно), а также если его дыхание постоянно ухудшается.

22.21. Наиболее эффективным способом искусственного дыхания является способ «изо рта в рот» или «изо рта в нос».

22.22. Для проведения ИВЛ - искусственного дыхания пострадавшего следует уложить на спину, расстегнуть стесняющую дыхание одежду.

22.23. Прежде чем начать искусственное дыхание, необходимо в первую очередь обеспечить проходимость дыхательных путей, которые в положении на спине при бессознательном состоянии всегда закрыты запавшим языком. Кроме того, в полости рта могут находиться инородные предметы, которые необходимо удалить пальцем, обернутым платком (бинтом).

22.24. После этого оказывающий помощь располагается сбоку от головы пострадавшего, запрокидывает его голову (подложив под шею свою руку) и проводит искусственное дыхание «рот в рот» (при закрытом носе пострадавшего).

22.25. Если у пострадавшего хорошо определяется пульс и необходимо только искусственное дыхание, то интервал между вдохами должен составлять 5 сек. (12 дыхательных циклов в минуту).

22.26. В случае отсутствия не только дыхания, но и пульса, делают подряд два искусственных вдоха и приступают к наружному массажу сердца.

22.27. Если помощь оказывает один человек, он располагается сбоку от пострадавшего, ладонь одной руки кладет на нижнюю половину грудины (отступив на два пальца выше от ее нижнего края), пальцы приподнимает. Ладонь второй руки он кладет поверх первой поперек или вдоль и надавливает, помогая наклоном своего корпуса. Руки при надавливании должны быть выпрямленными в локтевых суставах.

22.28. Надавливания следует проводить быстрыми толчками. Так чтобы смещать грудину не менее 3-4 см., продолжительность надавливания не более 0,5 сек., интервал между отдельными надавливаниями 0,5 сек.

22.29. Если оживление проводит один человек, то на каждые два вдувания он производит 15 надавливаний на грудину. При участии в реанимации двух человек соотношение «дыхание-массаж» составляет 2:5.

22.30. При отсутствии у пострадавшего пульса на сонной артерии можно восстановить работу сердца нанесением удара по груди кулаком, при этом рука должна быть согнута под углом 90° . Перед ударом у пострадавшего необходимо освободить грудную клетку от одежды, расстегнуть поясной ремень, прикрыть двумя пальцами мечевидный отросток и только после этого нанести удар по груди. Нельзя наносить удар по мечевидному отростку или по ключице.

22.31. После того, как восстановлена сердечная деятельность, массаж сердца должен быть немедленно прекращен, но при слабом дыхании пострадавшего искусственное дыхание продолжается. При восстановлении полноценного самостоятельного дыхания искусственное дыхание также прекращается.

22.32. Если сердечная деятельность или самостоятельное дыхание еще не восстановились, но реанимационные мероприятия эффективны, то их можно прекратить только при передаче пострадавшего медицинскому работнику.

22.33. Реанимационные мероприятия могут быть прекращены, если у пострадавшего будут проявляться признаки биологической смерти:

- высыхание роговицы глаза (появление «селечного» блеска);
- деформация зрачка при осторожном сжатии глазного яблока пальцами;
- появление трупных пятен.

22.34. Для оказания первой помощи при ранении необходимо использовать

индивидуальный перевязочный материал (бинт, платок, чистая ткань). Накладывать вату непосредственно на рану нельзя. Если в рану выпадает какая-либо ткань или орган, то повязку накладывают сверху, ни в коем случае не пытаясь вправить эту ткань или орган внутрь раны.

22.35. Для остановки кровотечения необходимо:

- поднять раненую конечность;
- закрыть рану перевязочным материалом и придавить сверху, не касаясь пальцами самой раны (4-5 мин.). Если кровотечение остановится, то, не снимая наложенного материала, забинтовать раненое место с небольшим нажимом, чтобы не нарушать кровообращение поврежденной конечности;
- при сильном кровотечении следует сдавить кровеносные сосуды пальцами, жгутом, либо согнуть конечность в суставах.

22.36. Внутренние кровотечения распознаются по резкой бледности лица, слабости, слабому пульсу, отдышке, головокружению, обморочному состоянию, сильной жажде. В этих случаях необходимо срочно вызвать врача, а до его прихода создать пострадавшему полный покой. Нельзя давать ему пить, если есть подозрение на ранение органов брюшной полости. На место травмы необходимо положить холодные примочки, мягкую емкость с холодной водой и т.п.

22.37. Быстро остановить кровотечение можно, прижав пальцами кровоточащий сосуд к подлежащей кости выше раны (ближе к туловищу). Придавливать пальцами кровоточащий сосуд следует достаточно сильно. Кровотечение из ран можно остановить:

- на нижней части лица - прижатием челюстной артерии к нижней челюсти;
- на виске и лбу - прижатием височной артерии над ухом;
- на голове и шее - прижатием сонной артерии к шейным позвонкам;
- на подмышечной впадине и плече - прижатием подключичной артерии к кости в подключичной ямке;
- на предплечье - прижатием плечевой артерии посередине плеча с внутренней стороны;
- на кисти и пальцах рук - прижатием двух артерий (лучевой и локтевой) к нижней трети предплечья у кисти;
- на голени - прижатием подколенной артерии;
- на бедре - прижатием бедренной артерии к костям таза;
- на стопе - прижатием артерии, идущей по тыльной части стопы.

22.38. При сильном кровотечении следует перетянуть всю конечность, накладывая жгут. В качестве жгута целесообразно использовать какую-либо упругую растягивающуюся ткань, резиновую трубку, подтяжки и т.п. Место, на которое накладывается жгут, должно быть обернуто чем-либо мягким, например, несколькими слоями бинта или куском марли. Можно накладывать жгут поверх рукава или брюк.

22.39. Перетягивание жгутом конечности не должно быть чрезмерным. Натягивать жгут нужно только до прекращения кровотечения. Правильность наложения жгута проверяется по пульсу. Если он не прощупывается, то жгут наложен неправильно, его необходимо снять и наложить снова.

22.40. Держать наложенный жгут больше одного часа не допускается, так как это может привести к омертвлению конечности.

22.41. При кровотечении из носа пострадавшего следует усадить, наклонить голову вперед, подставить под стекающую кровь какую-либо емкость, расстегнуть ему ворот, положить на переносицу холодную примочку, ввести в нос кусок ваты или марли, смоченной 3 % -ным раствором перекиси водорода, сжать пальцами крылья носа на 4—5 мин. При кровотечении изо рта пострадавшего следует уложить и срочно вызвать врача.

22.42. Если на пострадавшем загорелась одежда, нужно набросить на него любую плотную ткань или сбить пламя водой.

22.43. При оказании помощи пострадавшему нельзя касаться руками обожженных

участков кожи или смазывать их мазями, маслами, присыпать пищевой содой, крахмалом и т.п. Нельзя вскрывать ожоговые пузыри кожи, удалять приставшую к обожженному месту мастику, канифоли или другие смолистые вещества.

22.44. При небольших по площади ожогах первой и второй степени необходимо наложить на обожженный участок кожи стерильную повязку. Если куски одежды пристали к обожженному участку кожи, то поверх них следует наложить стерильную повязку и направить пострадавшего в лечебное учреждение.

22.45. При тяжелых и обширных ожогах пострадавшего необходимо завернуть в чистую простынь или ткань, не раздевая его, тепло укрыть и создать покой до прибытия врача.

22.46. Обожженное лицо следует закрыть стерильной марлей.

22.47. При ожогах глаз необходимо делать холодные примочки из раствора борной кислоты и немедленно направить пострадавшего к врачу.

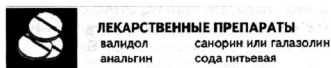
23. СРЕДСТВА ДЛЯ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЙ, ОБРАБОТКИ РАН И НАЛОЖЕНИЯ ПОВЯЗОК, ДЕЗИНФЕКЦИИ РУК СПАСАТЕЛЯ И МЕДИЦИНСКОГО ОБОРУДОВАНИЯ



СРЕДСТВА ДЛЯ ИСКУССТВЕННОГО ДЫХАНИЯ



СРЕДСТВА ДЛЯ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ И СИЛЬНЫХ УШИБАХ



ИНСТРУКЦИЮ РАЗРАБОТАЛ

Инженер по охране труда
на механико-математическом факультете

_____ С. Ф. Бельченко

« _____ » _____ 2009 г.