Приложение 6
к приказу ректора ИМЭС
от 29 июля 2022 г. № 85/1-од

Автономная некоммерческая организация высшего образования
«ИНСТИТУТ МЕЖДУНАРОДНЫХ ЭКОНОМИЧЕСКИХ СВЯЗЕЙ»
INSTITUTE OF INTERNATIONAL ECONOMIC RELATIONS

УТВЕРЖДЕНА
приказом ректора ИМЭС
от 29 июля 2022 года № 85/1-од

ИНСТРУКЦИЯ
по оказанию первой помощи при несчастных случаях в Автономной некоммерческой организации высшего образования «Институт международных экономических связей» (ИМЭС)

Москва – 2022

1. Общие положения

1.1. Настоящая Инструкция устанавливает общие требования по оказанию первой помощи при несчастных случаях на территории и в здании Автономной некоммерческой организации высшего образования «Институт международных экономических связей» (далее соответственно – Инструкция, Институт / ИМЭС) и является обязательной для исполнения всеми должностными и физическими лицами, находящимися на территории и в здании Института.

1.2.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.

1.3.Первая помощь – это простейшие медицинские действия, выполняемые непосредственно на месте происшествия в кратчайшие сроки после травмы. Она оказывается, как правило, не медиками, а лицами, находящимися в момент происшествия непосредственно на месте происшествия или вблизи него. Оптимальным считается срок оказания первой помощи в течение 30 минут после травмы.

1.4.Каждый работник и обучающийся должен уметь оказать пострадавшему первую помощь.

1.5.В Институте должны находиться укомплектованные в соответствии с требованиями к комплектации медицинскими изделиями аптечки для оказания первой помощи работникам (приказ Минздрава РФ от 15.12.2020 № 1331н.)

1.6.Оказывающий помощь должен знать:

– свойства вредных и опасных веществ, горючих и легковоспламеняющихся веществ и материалов;

– общие принципы оказания первой помощи и её приёмы применительно к характеру полученного пострадавшим повреждения;

– основные признаки жизненно важных функций организма человека;

– основные способы переноски и эвакуации пострадавших.

1.7.Оказывающий помощь должен уметь:

– оценивать обстановку, состояние пострадавшего и определять, в какой помощи в первую очередь он нуждается;

– проводить искусственное дыхание «изо рта в рот», в т.ч. при помощи устройства для проведения искусственного дыхания «Рот -Устройство - Рот» или карманной маски для искусственной вентиляции легких «Рот - маска» и закрытый массаж сердца;

– временно останавливать кровотечение;

– накладывать повязку при повреждении (ранении, ожоге, отморожении, ушибе);

– иммобилизовывать повреждённую часть тела при переломе костей, тяжёлом ушибе, термическом поражении;

– оказывать помощь пострадавшим при ранении, поражении электрическим током или молнией, тепловом и солнечном ударе, утоплении, остром отравлении, рвоте в бессознательном состоянии;

– использовать подручные средства при переноске, погрузке и транспортировке пострадавших;

– пользоваться аптечкой первой помощи.

2. Последовательность оказания первой помощи

2.1.Оказывающему 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 вывести (вынести) на свежий воздух, освободить от стесняющей дыхание одежды;

– 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, в случае необходимости провести искусственное дыхание, наружный массаж сердца, остановить кровотечение, иммобилизовать место перелома, наложить повязку и т.п.);

– поддерживать основные жизненные функции пострадавшего до прибытия медицинского работника;

– вызвать медицинских работников либо принять меры для транспортировки пострадавшего в ближайшее лечебное учреждение.

Смерть часто бывает клинической («мнимой»), поэтому, никогда не следует отказываться от оказания помощи пострадавшему и считать его мёртвым из-за отсутствия дыхания, сердцебиения, пульса. Решить вопрос о целесообразности или бесполезности мероприятий по оживлению пострадавшего и вынести заключение о его смерти имеет право только врач.

2.2. Показания к проведению основных манипуляций

Когда требуется немедленно нанести удар кулаком по грудине	1. Нет сознания
	2. Нет реакции зрачков на свет
	3. Нет пульса на сонной артерии

и приступить к сердечно-легочной реанимации	
Когда следует накладывать давящие повязки	1. При кровотечениях, если кровь пассивно стекает из раны.
	2. Сразу после освобождения конечностей при синдроме сдавливания
Когда следует немедленно наложить кровоостанавливающий жгут	1. Алая кровь из раны вытекает фонтанирующей струей
	2. Над раной образуется валик из вытекающей крови
	3. Большое кровавое пятно на одежде или лужа крови возле пострадавшего
Когда необходимо накладывать защитные жгуты	В случаях синдрома сдавления до освобождения конечностей
Когда необходимо накладывать шины на конечности	1. Видны костные отломки
	2. При жалобах на боль
	3. При деформации и отеках конечностей
	4. После освобождения придавленных конечностей
	5. При укусах ядовитых змей
Когда необходимо переносить пострадавших на щите с подложенным под колени валиком или на вакуум-носилках в позе «лягушки»	1. При подозрении на прелом костей таза
	2. При подозрении на прелом верхней трети бедренной кости и повреждение тазобедренного сустава
	3. При подозрении на повреждение позвоночника и спинного мозга
Когда пострадавших переносят только на животе	1. В состоянии комы
	2. При частой рвоте
	3. В случаях ожогов спины
	4. При подозрении на повреждение спинного мозга, когда в наличии есть брезентовые носилки
Когда пострадавших можно переносить и перевозить только сидя или полусидя	1. При проникающих ранениях грудной клетки
	2. При ранениях шеи
Когда пострадавшего можно переносить только на спине с	1. При проникающих ранениях брюшной полости
	2. При большой кровопотере или при

приподнятыми или согнутыми в коленях ногами	подозрении на внутреннее кровотечение

2.3. Признаки опасных повреждений и состояний

Признаки внезапной смерти (когда каждая потерянная секунда может стать роковой)	1. Отсутствие сознания
	2. Нет реакции зрачков на свет
	3. Нет пульса на сонной артерии
Признаки комы	1. Потеря сознания более чем на 4 минуты
	2. Обязательно есть пульс на сонной артерии
Признаки биологической смерти (когда проведение реанимации бессмысленно)	1. Высыхание роговицы глаза (появление «селедочного» блеска)
	2. Деформация зрачка при осторожном сжатии глазного яблока пальцами.
	3. Появление трупных пятен
Признаки артериального кровотечения	1. Алая кровь из раны вытекает фонтанирующей струей
	2. Над раной образуется валик из вытекающей крови
	3. Большое кровавое пятно на одежде или лужа крови возле пострадавшего
Признаки венозного кровотечения	1. Кровь пассивно стекает из раны
	2. Очень темный цвет крови
Признаки истинного утопления	1. Кожа лица и шеи с синюшным отеком
	2. Набухание сосудов шеи
	3. Обильные пенистые выделения изо рта и носа
Признаки обморока	1. Кратковременная потеря сознания (не более 3-4 минут)
	2. Потере сознания предшествуют: резкая слабость, головокружение, звон в ушах и потемнение в глазах
Признаки бледно утопления	1. Бледно-серый цвет кожи
	2. Широкий нереагирующий на свет зрачок
	3. Отсутствие пульса на сонной артерии

	4. Часто сухая, легко удаляемая платком пена в углах рта
Признаки переохлаждения	1. Озноб и дрожь
	2. Нарушение сознания: - заторможенность и апатия - бред и галлюцинации - неадекватное поведение
	3. Посинение или побледнение губ
	4. Снижение температуры тела
Признаки открытого перелома костей конечностей	1. Видны костные отломки
	2. Деформация и отек конечности
	3. Наличие раны, часто с кровотечением
Признаки синдрома сдавления нижних конечностей (появляются спустя 15 минут)	1. После освобождения сдавленной конечности – резкое ухудшение состояния пострадавшего
	2. Появление отека конечности с исчезновением рельефа мышц
	3. Отсутствие пульса у лодыжек
	4. Появление розовой или красной мочи
Признаки обморожения нижних конечностей	1. Потеря чувствительности
	2. Кожа бледная, твердая и холодная на ощупь
	3. Нет пульса у лодыжек
	4. При постукивании пальцем – «деревянный» звук
Признаки закрытого перелома костей конечности	1. Сильная боль при движении или нагрузке на конечность
	2. Деформация и отек конечности
	3. Синюшный цвет кожи

3. Виды и классификация травм

3.1.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 (воздействие кислот, щелочей, отравляющих веществ);

– биологические (воздействие бактериальных токсинов);

– психические (испуг, шок и др.).

3.2.В зависимости от вида травмы пользуются определенным набором мер, направленных на спасение пострадавшего.

4. Общая последовательность действий на месте происшествия с наличием пострадавших

4.1.Согласно Универсальному алгоритму первой помощи (далее – Алгоритм) в случае, если человек стал участником или очевидцем происшествия, он должен выполнить следующие действия:

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

– определить угрожающие факторы для собственной жизни и здоровья;

– определить угрожающие факторы для жизни и здоровья пострадавшего;

– устранить угрожающие факторы для жизни и здоровья;

– прекратить действие повреждающих факторов на пострадавшего;

– при необходимости, оценить количество пострадавших;

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

– переместить пострадавшего (при необходимости).

4.1.2. Определить наличие сознания у пострадавшего.

При наличии сознания перейти к п. 4.1.7. Алгоритма, при отсутствии сознания перейти к п. 4.1.3. Алгоритма.

4.1.3. Восстановить проходимость дыхательных путей и определить признаки жизни:

– запрокинуть голову с подъёмом подбородка;

– выдвинуть нижнюю челюсть (при необходимости);

– определить наличие нормального дыхания с помощью слуха, зрения и осязания;

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

При наличии дыхания перейти к п. 4.1.6. Алгоритма; при отсутствии дыхания перейти к п. 4.1.4. Алгоритма.

4.1.4. Вызвать скорую медицинскую помощь, другие специальные службы

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).

4.1.5. Начать проведение сердечно-лёгочной реанимации путём 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. 4.1.6. Алгоритма.

4.1.6. При появлении (или наличии) признаков жизни выполнить мероприятия по поддержанию проходимости дыхательных путей одним или несколькими способами:

– придать устойчивое боковое положение;

– запрокинуть голову с подъёмом подбородка;

– выдвинуть нижнюю челюсть.

4.1.7. Провести обзорный осмотр пострадавшего и осуществить мероприятия по временной остановке наружного кровотечения одним или несколькими способами:

– наложением давящей повязки;

– пальцевым прижатием артерии;

– прямым давлением на рану;

– максимальным сгибанием конечности в суставе;

– наложением жгута.

4.1.8. 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):

– 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 путём приёма воды и вызывания рвоты, удалить с повреждённой поверхности и промыть повреждённые поверхности проточной водой);

– провести местное охлаждение при травмах, термических ожогах и иных воздействиях высоких температур или теплового излучения;

– провести термоизоляцию при отморожениях и других эффектах воздействия низких температур.

4.1.9. Придать пострадавшему оптимальное положение тела.

Для обеспечения ему комфорта и уменьшения степени его страданий.

4.1.10. Постоянно контролировать состояние пострадавшего и оказывать психологическую поддержку.

Наличие сознания, дыхания и кровообращения.

4.1.11. Передать пострадавшего бригаде скорой медицинской помощи.

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. Способы оказания первой помощи

5.1.Оказание первой помощи при поражении электрическим током:

5.1.1. При поражении электрическим током необходимо как можно скорее освободить пострадавшего от действия тока. Необходимо оперативно отключить, с помощью выключателей, рубильника или другого отключающего аппарата, ту часть электроустановки, которую касается пострадавший.

От продолжительности воздействия электрического тока на пострадавшего зависит тяжесть электротравмы.

Если отключить установку достаточно быстро нельзя, необходимо принять иные меры к освобождению пострадавшего от действия электрического тока. Во всех случаях оказывающий помощь не должен прикасаться к пострадавшему без надлежащих мер предосторожности, так как это опасно для жизни. Он должен следить за тем, чтобы самому не оказаться в контакте с токоведущей частью.

Для отделения пострадавшего от токоведущих частей или провода следует воспользоваться канатом, палкой, доской или каким-либо другим сухим предметом, не проводящим электрический ток. Можно также оттянуть пострадавшего за одежду (если она сухая и отстает от тела), например, за полу пиджака или пальто, за воротник, избегая при этом прикосновения к телу пострадавшего.

5.1.2. Меры первой помощи зависят от состояния, в котором находится пострадавший после освобождения его от воздействия электрического тока.

5.1.3. Для определения этого состояния необходимо немедленно произвести следующие мероприятия:

– уложить пострадавшего на спину на твердую поверхность;

– проверить наличие у пострадавшего дыхания (определяется визуально по подъёму грудной клетки; с помощью зеркала);

– проверить наличие у пострадавшего пульса на лучевой артерии у запястья или на сонной артерии. Пульс на сонной артерии прощупывают подушечками второго, третьего и четвертого пальцев руки, располагая их вдоль шеи между кадыком (адамово яблоко) и кивательной мышцей и слегка прижимая к позвоночнику. Приёмы определения пульса на сонной артерии очень легко отработать на себе или своих близких.

– выяснить состояние зрачка (узкий или широкий); широкий зрачок указывает на резкое ухудшение кровоснабжения мозга.

5.1.4. Во всех случаях поражения электрическим током вызов врача является обязательным независимо от состояния пострадавшего.

5.1.5. Если пострадавший находится в сознании, но до этого был в состоянии обморока, его следует уложить в удобное положение (подстелить под него и накрыть его сверху чем-либо из одежды) и до прибытия врача обеспечить полный покой, непрерывно наблюдая за дыханием и пульсом. Запрещается позволять пострадавшему двигаться, а тем более продолжать работу, так как отсутствие тяжелых симптомов после поражения электрическим током не исключает возможности последующего ухудшения состояния пострадавшего. В случае отсутствия возможности быстро вызвать врача необходимо срочно доставить пострадавшего в лечебное учреждение, обеспечив для этого необходимые транспортные средства или носилки.

5.1.6. При возникновении у пострадавшего рвоты необходимо повернуть его голову и плечи налево для удаления рвотных масс.

5.1.7. Если пострадавший находится в бессознательном состоянии, но с сохранившимся устойчивым дыханием и пульсом, его следует ровно и удобно уложить, расстегнуть одежду, создать приток свежего воздуха, обрызгивать лицо водой и обеспечить полный покой. Если пострадавший плохо дышит - очень редко и судорожно (как умирающий), следует производить искусственное дыхание и непрямой (наружный) массаж сердца.

5.1.8. Приступив к реанимации пострадавшего, нужно позаботиться о вызове врача или скорой помощи, привлекая помощника или с использованием громкой связи на телефоне.

5.1.9. При отсутствии у пострадавшего признаков жизни (дыхания и пульса) нельзя считать его умершим. В таком состоянии пострадавший, если ему не будет оказана немедленная первая помощь в виде искусственного дыхания и наружного (непрямого) массажа сердца, может действительно

умереть. Искусственное дыхание следует производить непрерывно как до, так и после прибытия врача. Вопрос о целесообразности или бесцельности дальнейшего проведения искусственного дыхания решается врачом.

5.1.10. Во всех случаях констатировать смерть имеет право только врач.

5.1.11. Первую помощь следует оказывать немедленно и по возможности на месте происшествия. Переносить пострадавшего в другое место следует только в тех случаях, когда ему или лицу, оказывающему помощь, продолжает угрожать опасность или когда оказание помощи на месте невозможно.

5.1.12. В случае отсутствия возможности 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.

5.2.Производство искусственного дыхания и наружного массажа сердца.

5.2.1. Оживление организма, пораженного электрическим током, может быть произведено несколькими способами. Все они основаны на проведении искусственного дыхания. Однако самым эффективным является способ «изо рта в рот», проводимый одновременно с непрямым массажем сердца.

5.2.2. Искусственное дыхание следует производить только в случае, если пострадавший не дышит или дышит очень плохо (редко, судорожно), а также если дыхание пострадавшего постепенно ухудшается.

5.2.3. Начинать искусственное дыхание следует немедленно после освобождения пострадавшего от воздействия электрического тока и производить непрерывно до достижения положительного результата или появления бесспорных признаков действительной смерти (появление трупных пятен или трупного окоченения).

5.2.4. Во время производства искусственного дыхания необходимо внимательно наблюдать за лицом пострадавшего. Если пострадавший пошевелит губами или веками или сделает глотательное движение гортанью (кадыком), нужно проверить, не сделает ли он самостоятельного вдоха. Производить искусственное дыхание после того, как пострадавший начнёт дышать самостоятельно и равномерно, не следует, так как продолжение искусственного дыхания может причинить ему лишь вред.

5.2.5. Если после нескольких мгновений ожидания окажется, что пострадавший не дышит, производство искусственного дыхания следует немедленно возобновить. Прежде чем приступить к производству искусственного дыхания, необходимо:

– быстро освободить пострадавшего от стесняющей дыхание одежды – расстегнуть ворот, развязать галстук или шарф, расстегнуть брюки и т.п.;

– так же быстро обеспечить проходимость верхних дыхательных путей, освободить рот пострадавшего от посторонних предметов (удалить вставные челюсти, если они имеются) и слизи;

– если рот пострадавшего крепко стиснут, раскрыть его путём выдвижения нижней челюсти. Для этого четырьмя пальцами обеих рук захватывают нижнюю челюсть сзади за углы и, упираясь большими пальцами в ее край ниже углов рта, оттягивают и выдвигают челюсть вперед так, чтобы нижние зубы стояли впереди верхних.

5.3.Способ искусственного дыхания «изо рта в рот».

5.3.1. Способ искусственного дыхания «изо рта в рот» заключается в том, что оказывающий помощь производит выдох из своих легких в легкие пострадавшего через специальное приспособление (дыхательная трубка), или непосредственно в рот или в нос пострадавшего.

5.3.2. Способ «изо рта в рот» является наиболее эффективным, поскольку количество воздуха, поступающего в легкие пострадавшего за один вдох, в 4 раза больше, чем при других способах искусственного дыхания. Кроме того, при применении данного способа искусственного дыхания обеспечивается возможность контролировать поступление воздуха в легкие пострадавшего по отчётливо видимому расширению грудной клетки после каждого вдувания воздуха и последующему спаданию грудной клетки после прекращения вдувания в результате пассивного выдоха воздуха через дыхательные пути наружу.

5.3.3. Для производства искусственного дыхания пострадавшего следует уложить на спину, расстегнуть стесняющую дыхание одежду, раскрыть ему рот и удалить изо рта посторонние предметы и слизи пальцем обёрнутым платком (тканью) или бинтом, вложить в него трубку. При этом необходимо следить, чтобы язык пострадавшего не запал назад и не закрыл дыхательного пути и чтобы вставленная в рот трубка попала в дыхательное горло, а не в пищевод. Для предотвращения западания языка нижняя челюсть пострадавшего должна быть слегка выдвинута вперед.

5.3.4. Для раскрытия гортани следует запрокинуть голову пострадавшего назад, подложив под затылок одну руку, а второй рукой надавить на лоб пострадавшего так, чтобы подбородок оказался на одной линии с шеей. При таком положении головы просвет глотки и верхних дыхательных путей значительно расширяется и обеспечивается их полная проходимость, что является основным условием успеха искусственного дыхания по этому методу.

5.3.5. Для того чтобы выправить трубку во рту и направить её в

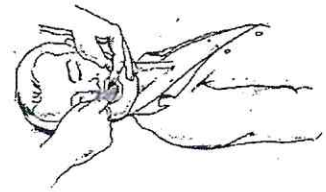
дыхательное горло, следует также слегка подвигать вверх и вниз нижнюю челюсть пострадавшего.

Затем, встав на колени над головой пострадавшего, следует плотно прижать к его губам фланец дыхательной трубки, а большими пальцами обеих рук зажать пострадавшему нос, с тем чтобы вдуваемый через приспособление воздух не выходил обратно, минуя легкие. Сразу после этого оказывающий помощь делает в трубку несколько сильных выдохов и продолжает их со скоростью около 10 - 12 выдохов в минуту (каждые 5 - 6 сек.) до полного восстановления дыхания пострадавшего или до прибытия врача. При этом обязательно надо наблюдать за грудной клеткой пострадавшего, которая поднимается. Как только грудная клетка поднялась, нагнетание воздуха приостанавливают, оказывающий помощь поворачивает лицо в сторону, происходит пассивный выдох у пострадавшего.

5.3.6. При каждом вдувании грудная клетка пострадавшего должна расширяться, а после освобождения рта и носа самостоятельно опускаться. Для обеспечения более глубокого выдоха можно легким нажимом на грудную клетку помочь выходу воздуха из легких пострадавшего.

5.3.7. В процессе проведения искусственного дыхания оказывающий помощь должен следить за тем, чтобы вдуваемый им воздух попадал в легкие, а не в живот пострадавшего. При попадании воздуха в живот, что может быть обнаружено по отсутствию расширения грудной клетки и вздутию живота, необходимо быстро нажатием на верхнюю часть живота под диафрагмой выпустить воздух и установить дыхательную трубку в нужное положение путём повторного перемещения вверх и вниз нижней челюсти пострадавшего. После этого следует быстро возобновить искусственное дыхание приведенным выше способом.

5.3.8. При отсутствии на месте происшествия необходимого приспособления следует быстро раскрыть у пострадавшего рот (приведённым выше способом), удалить из него посторонние предметы и слизь, запрокинуть ему голову и оттянуть нижнюю челюсть. После этого оказывающий помощь на рот пострадавшего укладывает марлю или платок, делает глубокий вдох и с силой выдыхает в рот пострадавшего. При вдувании воздуха оказывающий помощь плотно прижимает свой рот к лицу пострадавшего так, чтобы по возможности охватить своим ртом весь рот пострадавшего, одновременно он закрывает нос пострадавшего щекой или пальцами руки, находящейся на лбу.



5.3.9. После этого оказывающий помощь откидывается назад и делает

новый вдох. В этот период грудная клетка пострадавшего опускается, и он произвольно делает пассивный выдох. При этом необходимо несильно нажимать рукой на грудную клетку пострадавшего.

5.3.10. При возобновлении у пострадавшего самостоятельного дыхания некоторое время следует продолжать искусственное дыхание до полного приведения пострадавшего в сознание или до прибытия врача. В этом случае вдувание воздуха следует производить одновременно с началом собственного вдоха пострадавшего.

5.3.11. Если челюсти пострадавшего плотно стиснуты, и открыть рот не удается, следует проводить искусственное дыхание «изо рта в нос».

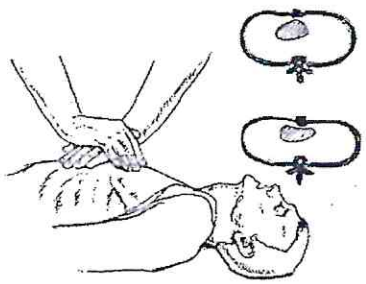
5.3.12. При проведении искусственного дыхания нельзя допускать охлаждения пострадавшего (не оставлять его на сырой земле, на каменном, бетонном или металлическом полу). Под пострадавшего следует подстелить что-либо тёплое, а сверху укрыть его.

5.4.Наружный (непрямой) массаж сердца.

5.4.1. При отсутствии у пострадавшего пульса для поддержания жизнедеятельности организма (для восстановления кровообращения) необходимо независимо от причины, вызвавшей прекращение работы сердца, одновременно с искусственным дыханием (вдуванием воздуха) проводить наружный массаж сердца. При этом следует иметь в виду, что без правильной и своевременной предварительной помощи пострадавшему до прибытия врача врачебная помощь может оказаться запоздалой и неэффективной.

5.4.2. Наружный (непрямой) массаж производится путём ритмичных сжатий через переднюю стенку грудной клетки при надавливании на относительно подвижную нижнюю часть грудины, позади которой расположено сердце. При этом сердце прижимается к позвоночнику и кровь из его полостей выжимается в кровеносные сосуды. Повторяя надавливание с частотой 60 - 70 раз в минуту, можно обеспечить достаточное кровообращение в организме при отсутствии работы сердца.

5.4.3. Для проведения наружного массажа сердца пострадавшего следует уложить спиной на жесткую поверхность (низкий стол, скамейку или на пол), обнажить у него грудную клетку, снять пояс, подтяжки и другие стесняющие дыхание предметы одежды. Оказывающий помощь должен встать с правой или с левой стороны пострадавшего и занять такое положение, при котором возможен более или менее значительный наклон над пострадавшим. Определив положение нижней трети грудины, оказывающий помощь должен положить на нее верхний край ладони разогнутой до отказа руки, а затем поверх



руки положить другую руку и надавливать на грудную клетку пострадавшего, слегка помогая при этом наклоном своего корпуса.

5.4.4. Надавливание следует производить быстрым толчком, так чтобы продвинуть нижнюю часть грудины вниз в сторону позвоночника на 3 - 4 см, а у полных людей - на 5 - 6 см. Усилие при надавливании следует концентрировать на нижнюю часть грудины, которая благодаря прикреплению ее к хрящевым окончаниям нижних ребер является подвижной. Верхняя часть грудины прикреплена неподвижно к костным ребрам и при надавливании на нее может переломиться. Следует избегать также надавливания на окончания нижних ребер, так как это может привести к их перелому. Ни в коем случае нельзя надавливать ниже края грудной клетки (на мягкие ткани), так как можно повредить расположенные здесь органы, в первую очередь печень. Надавливание на грудину следует повторять примерно 1 раз в секунду.

5.4.5. После быстрого толчка руки остаются в достигнутом положении примерно в течение одной трети секунды. После этого руки следует снять, освободив грудную клетку от давления, с тем чтобы дать возможность ей расправиться. Это благоприятствует присасыванию крови из больших вен в сердце и его заполнению кровью.

5.4.6. Поскольку надавливание на грудную клетку затрудняет её расширение при вдохе, вдувание следует производить в промежутках между надавливаниями или же во время специальной паузы, предусматриваемой через каждые 4 - 6 надавливаний на грудную клетку.

5.4.7. В случае если оказывающий помощь не имеет помощника и вынужден проводить искусственное дыхание и наружный массаж сердца один, следует чередовать проведение указанных операций в следующем порядке: после двух-трех глубоких вдуваний в рот или нос пострадавшего оказывающий помощь производит 4 - 6 надавливаний на грудную клетку, затем снова производит 2 - 3 глубоких вдувания и опять повторяет 4 - 6 надавливаний с целью массажа сердца и т.д.

5.4.8. При наличии помощника один из оказывающих помощь - менее опытный - должен проводить искусственное дыхание путём вдувания воздуха как менее сложную процедуру, а второй - более опытный - производить наружный массаж сердца. При этом вдувание воздуха следует приурочить ко времени прекращения надавливания на грудную клетку или прерывая на время вдувания (примерно на 1 сек.) массаж сердца.

5.4.9. При равной квалификации лиц, оказывающих помощь, целесообразно каждому из них проводить искусственное дыхание и наружный массаж сердца, поочередно сменяя друг друга через каждые 5 - 10 мин.

5.4.10. Эффективность наружного массажа сердца проявляется в

первую очередь в том, что каждое надавливание на грудину приводит к появлению у пострадавшего пульсирующего колебания стенок артерий (проверяется другим лицом).

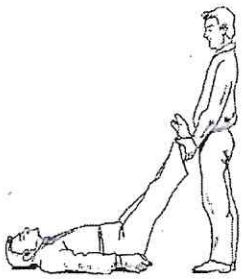
5.4.11. При правильном проведении искусственного дыхания и массажа сердца у пострадавшего появляются следующие признаки оживления:

– улучшение цвета лица, приобретающего розоватый оттенок вместо серо-землистого цвета с синеватым оттенком, который был у пострадавшего до оказания помощи;

– появление самостоятельных дыхательных движений, которые становятся все более равномерными по мере продолжения мероприятий по оказанию помощи (оживлению);

– сужение зрачков.

5.4.12. Степень сужения зрачков может служить наиболее верным показателем эффективности оказываемой помощи. Узкие зрачки у оживляемого указывают на достаточное снабжение мозга кислородом, и, наоборот, начинающееся расширение зрачков свидетельствует об ухудшении снабжения мозга кровью и необходимости принятия более эффективных мер по оживлению пострадавшего.



Поэтому может помочь поднятие ног пострадавшего примерно на 0,5 м от пола и оставление их в поднятом положении в течение всего времени наружного массажа сердца. Такое положение ног пострадавшего способствует лучшему притоку крови в сердце из вен нижней части тела. Для поддержания ног в поднятом положении под них следует что-либо подложить.

5.4.13. Искусственное дыхание и наружный массаж сердца следует проводить до появления самостоятельного дыхания и работы сердца, однако появление слабых вздохов (при наличии пульса) не даёт оснований для прекращения искусственного дыхания.

В этом случае, как уже указывалось выше, вдувание воздуха следует приурочить к моменту начала собственного вдоха пострадавшего.

5.4.14. О восстановлении деятельности сердца у пострадавшего судят по появлению у него собственного, не поддерживаемого массажем, регулярного пульса. Для проверки пульса прерывают массаж на 2 - 3 сек., и если пульс сохраняется, то это указывает на самостоятельную работу сердца. При отсутствии пульса во время перерыва необходимо немедленно возобновить массаж.

5.4.15. Следует помнить, что даже кратковременное прекращение оживляющих мероприятий (1 мин. и менее) может привести к непоправимым

последствиям.

5.4.16. После появления первых признаков оживления наружный массаж сердца и искусственное дыхание следует продолжать в течение 5 - 10 мин., приурочивая вдувание к моменту собственного вдоха.

5.5.Оказание первой помощи при ранении

5.5.1. Во всякую рану могут быть занесены микробы, находящиеся на ранящем предмете, на коже пострадавшего, а также в пыли, в земле, на руках оказывающего помощь и на грязном перевязочном материале.

5.5.2. Во избежание заражения столбняком особое внимание следует уделять ранам, загрязненным землей. Срочное обращение к врачу для введения противостолбнячной сыворотки предупреждает это заболевание.

5.5.3. Во избежание засорения раны во время перевязки оказывающий первую помощь при ранениях должен вымыть руки, а если это сделать почему-либо невозможно, следует смазать пальцы йодной настойкой. Прикасаться к самой ране даже вымытыми руками запрещается.

5.5.4. При оказании первой помощи необходимо строго соблюдать следующие правила:

– нельзя промывать рану водой или каким-либо лекарственным веществом, засыпать порошками и покрывать мазями, так как это препятствует заживлению раны, способствует занесению в нее грязи с поверхности кожи, что вызывает последующее нагноение;

– нельзя стирать с раны песок, землю и т.п., так как удалить таким способом все, что загрязняет рану, невозможно, но зато при этом можно глубже втереть грязь и легче вызвать заражение раны, очистить рану, как следует, может только врач;

– нельзя удалять из раны сгустки крови, так как это может вызвать сильное кровотечение;

– нельзя заматывать рану изоляционной лентой.

5.5.5. Для оказания первой помощи при ранении следует вскрыть имеющийся в аптечке первой помощи индивидуальный пакет, наложить содержащийся в нем стерильный перевязочный материал на рану и перевязать её бинтом.

5.5.6. Индивидуальный пакет, используемый для закрытия раны, следует распечатывать так, чтобы не касаться руками той части повязки, которая должна быть наложена непосредственно на рану.

5.5.7. Если индивидуального пакета не оказалось, то для перевязки следует использовать чистый носовой платок, чистую тряпочку и т.п. На то место тряпочки, которое приходится непосредственно на рану, желательно накапать несколько капель йодной настойки, чтобы получить пятно размером больше раны, а затем наложить тряпочку на рану, особенно важно применять

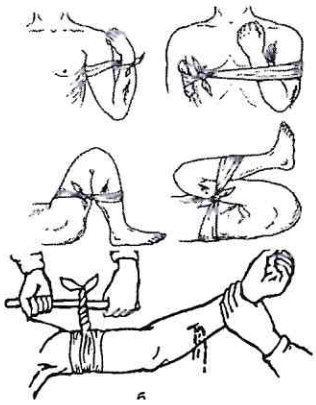
йодную настойку указанным способом при загрязненных ранах.

5.6.Оказание первой помощи при кровотечении.

5.6.1. Кровотечение возникает при нарушении целостности кожных покровов, мышечных и костных тканей. Оно может быть артериальным, венозным, капиллярным и смешанным.

5.6.2. **Артериальное кровотечение:** кровь алая, яркая вытекает из раны пульсирующим фонтанчиком или тонкой струей.

5.6.3. При повреждении средних и крупных сосудов временную остановку кровотечения производят пальцевым прижатием. Кровотечение из носа останавливают пальцевым прижатием или вводят в нос, смоченный перекисью водорода ватный (марлевый) тампон так, чтобы он плотно прилегал к стенкам носа.



5.6.4. При кровотечении из сосудов конечности и отсутствии видимых признаков перелома (резкая боль при надавливании, хруст, необычная подвижность) с усилием сгибают конечность выше кровоточащего места, производят её фиксацию в таком положении или накладывают закрутку или жгут. При небольшом кровотечении конечности придают высокое положение. Если это дает эффект, то другие меры не применяют.

Перед наложением жгута повреждённую конечность поднимают, а место наложения оборачивают несколькими слоями марли (или подкладывают платок, полотенце, одежду). Среднюю часть жгута подводят под конечность, натягивают конец жгута, после чего его с усилием, но так, чтобы не ущемлялись складки кожи, оборачивают 2 - 3 раза вокруг конечности и закрепляют. О правильности наложения жгута свидетельствуют прекращение кровотечения и исчезновение пульса в нижерасположенных участках артерий.

Под жгут вкладывают записку с указанием времени его наложения (жгут или закрутка могут находиться на конечности не более 1,5 - 2 часов, иначе произойдет её омертвление).

Если в течение 1,5 - 2 часов нет возможности оказать пострадавшему помощь, жгут ослабляют на 10 - 15 мин, а обильное кровотечение останавливают пальцевым прижатием.

5.6.5. **Венозное кровотечение:** кровь тёмная, вытекает непрерывной струей. Кровотечение останавливают наложением стерильной давящей повязки на поврежденное место и тугим бинтованием. Следует иметь в виду, что попадание воздуха в пораженную крупную вену, а затем в легочную артерию может вызвать моментальную смерть.

5.6.6. **Капиллярное кровотечение:** возникает при мелких травмах, при

этом кровоточит вся поверхность раны - накладывают давящую повязку.

5.6.7. Чаще всего кровотечение бывает смешанным: капиллярное сочетается с венозным или венозное с артериальным. Если кровотечение массивное и преобладает артериальное, то наложение жгута обязательно.

При одновременном кровотечении и переломе костей накладывают выше места кровотечения закрутку или жгут, после чего оказывают необходимую при переломах помощь или останавливают кровотечение пальцевым прижатием и далее выполняют рекомендации по фиксации переломов, после чего накладывают закрутку или давящую повязку.

5.6.8. Кровавая рвота может свидетельствовать о кровотечении в желудочно-кишечном тракте. В этом случае больного укладывают на спину, голову поворачивают набок и следят за тем, чтобы рвотные массы не попали в дыхательные пути.

5.7.Оказание первой помощи при переломах, ушибах, вывихах и растяжении связок.

5.7.1. При переломах и вывихах основной задачей первой помощи является обеспечение спокойного и наиболее удобного положения для поврежденной конечности, что достигается полной её неподвижностью. Это правило является обязательным не только для устранения болевых ощущений, но и для предупреждения ряда добавочных повреждений окружающих тканей вследствие прокалывания их костью изнутри.

5.7.2. Перелом черепа:

При падении на голову или при ударе по голове, вызвавшем бессознательное состояние, кровотечение из ушей или рта, имеется основание предполагать наличие перелома черепа. Первая помощь в этом случае должна заключаться в прикладывании к голове холодных предметов (резиновый пузырь со льдом или холодной водой, холодные примочки и т.п.).

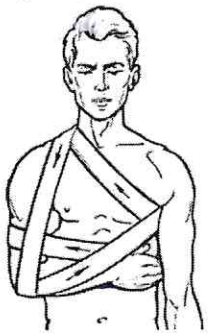
5.7.3. Перелом позвоночника:

При падении с высоты или при обвалах, если есть подозрение, что сломан позвоночник (резкая боль в позвоночнике, невозможно согнуть спину и повернуться), первая помощь должна сводиться к следующему: не передвигать пострадавшего, необходимо уложить аккуратно на твердую и ровную поверхность на спину.

5.7.4. Перелом и вывих ключицы:

Признаки – боль в области ключицы и явно выраженная припухлость.

Первая помощь:



– положить в подмышечную впадину поврежденной стороны небольшой комок ваты, марли или какой-либо материи;

– руку, согнутую в локте под прямым углом, прибинтовать к туловищу, бинтовать следует в направлении от больной руки к спине;

– к области повреждения приложить что-нибудь холодное.

5.7.5. Перелом и вывих костей рук:

Признаки – боль по ходу кости, неестественная форма конечности, подвижность в месте, где нет сустава (при наличии перелома), припухлость.

Первая помощь: наложить соответствующие шины, если шин почему-либо не оказалось, то так же, как и при переломе ключицы, руку следует подвесить на чём-либо к шее, а затем прибинтовать ее к туловищу, не подкладывая комка в подмышечную впадину. Если рука (при вывихе) отстает от туловища, между рукой и туловищем следует проложить что-либо мягкое (например, свёрток из одежды, мешков и т.п.).

К месту повреждения приложить холодный предмет.

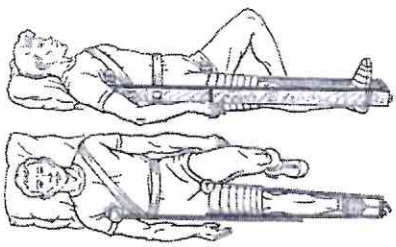
5.7.6. Перелом и вывих костей кисти и пальцев рук:

При подозрении на перелом или вывих костей кисти следует прибинтовать кисть руки к широкой (шириной с ладонь) шине так, чтобы шина начиналась от середины предплечья, а кончалась у конца пальцев. В ладонь поврежденной руки предварительно должен быть вложен комок ваты, бинт и т.п., чтобы пальцы были несколько согнуты. К месту повреждения следует приложить холодный предмет.

5.7.7. Перелом и вывих нижней конечности:

Признаки – боль по ходу кости, припухлость, неестественная форма в месте, где нет сустава (при переломе).

При повреждении бедренной кости укрепить больную конечность шиной, фанерой, палкой, картоном или каким-либо другим подобным предметом так, чтобы один конец шины доходил до подмышки, а другой достигал пятки. При необходимости вторую шину кладут от промежности до пятки. Этим достигается полный покой всей нижней конечности. Шины крепко прибинтовываются к конечности в 2 - 3 местах, но не рядом и не в месте перелома. По возможности шину следует накладывать, не приподнимая ноги, а придерживая её на шесте.



Проталкивать бинт чем-либо под поясницей, коленом или пяткой. К месту повреждения следует приложить холодный предмет.

5.7.8. Перелом ребер:

Признаки – боль при дыхании, кашле и движении.

Первая помощь: туго забинтовать грудь или стянуть ее полотенцем во время выдоха.

5.7.9. Ушибы:

При уверенности, что пострадавший получил только ушиб, а не перелом или вывих, к месту ушиба следует приложить холодный предмет и плотно забинтовать ушибленное место. При отсутствии ранения кожи растирать и накладывать согревающий компресс не следует, так как все это ведёт лишь к усилению боли.

При ушибах живота, наличии обморочного состояния, резкой бледности лица и сильных болях следует немедленно вызвать скорую помощь для направления пострадавшего в больницу (возможны разрывы внутренних органов с последующим внутренним кровотечением). Так же следует поступать и при тяжелых ушибах всего тела вследствие падения с высоты.

5.7.10. Растяжение связок:

При растяжении связок, например, при подвёртывании стопы, признаком чего являются резкая боль в суставе и припухлость, первая помощь заключается в прикладывании холодного предмета, тугом бинтовании и покое.

5.8.Оказание первой помощи при ожогах.

5.8.1. По интенсивности воздействия тепла различают четыре степени ожога: I степень – покраснение кожи, боль, отёчность; II степень – образование пузырей, резкая боль; III степень – образование крупных пузырей с кровянистой жидкостью, омертвление слоев кожи (серые или желтоватые струпья), резкая боль; IV степень – коричневые или черные плотные струпья, обугливание кожи, мышц, сухожилий, костей (ожог IV степени площадью 50% и более – смертелен).

5.8.2. При тяжелых ожогах надо очень осторожно снять с пострадавшего одежду – лучше разрезать её. Рана от ожога, будучи загрязнена, начинает гноиться и долго не заживает. Поэтому нельзя касаться руками обожженного участка кожи или смазывать его какими-либо мазями, маслами или растворами. Обожженную поверхность следует перевязать так же, как любую рану, покрыть стерилизованным материалом и закрепить бинтом. После этого пострадавшего следует направить в лечебное учреждение.

Такой способ оказания первой помощи следует применять при всех ожогах, чем бы они ни были вызваны: паром, вольтовой дугой, горячей мастикой, канифолью и т.п. При этом не следует вскрывать пузырей, удалять приставшую к обожженному месту мастику, канифоль или другие смолистые

вещества, так как, удаляя их, легко содрать кожу и тем самым создать благоприятные условия для заражения раны микробами с последующим нагноением. Нельзя также отдирать обгоревшие приставшие к ране куски одежды, в случае необходимости приставшие куски одежды следует обрезать ножницами.

5.8.3. При ожогах глаз электрической дугой следует делать холодные примочки из раствора борной кислоты и немедленно направить пострадавшего к врачу.

5.8.4. При ожогах, вызванных крепкими кислотами (серной, азотной, соляной), пораженное место должно быть немедленно тщательно промыто быстротекущей струей воды из-под крана или ведра в течение 10 – 15 минут. Можно также опустить обожженную конечность в бак или ведро с чистой водой и интенсивно двигать ею в воде. После этого пораженное место промывают
5%-ным раствором марганцево-кислого калия или 10%-ным раствором питьевой соды (одна чайная ложка соды на стакан воды). После промывания пораженные участки тела следует покрыть марлей, пропитанной смесью растительного масла (льняного или оливкового) и известковой воды в равном соотношении.

5.8.5. При попадании кислоты или её паров в глаза и полость рта необходимо произвести промывание или полоскание пострадавших мест 5%-ным раствором питьевой соды, а при попадании кислоты в дыхательные пути – дышать распыленным при помощи пульверизатора 5%-ным раствором питьевой соды.

5.8.6. В случае ожога едкими щелочами (каустической содой, негашенной известью) пораженное место следует тщательно промыть быстротекущей струей воды в течение 10 - 15 минут. После этого пораженное место нужно промыть слабым раствором уксусной кислоты (3 - 6% по объёму) или раствором борной кислоты (одна чайная ложка на стакан воды). После промывания пораженные места следует покрыть марлей, пропитанной 5%-ным раствором уксусной кислоты.

5.8.7. При попадании едкой щелочи или её паров в глаза и в полость рта промывание пораженных мест следует производить 2%-ным раствором борной кислоты.

5.8.8. При ранениях стеклом и одновременным воздействием кислоты или щелочи прежде всего необходимо убедиться в том, что в ране нет осколков стекла, а затем быстро промыть рану соответствующим раствором, смазать края её раствором йода и перевязать рану, пользуясь стерильной ватой и бинтом.

Пострадавшего после оказания первой помощи следует сразу же

направить к врачу.

5.9.Оказание первой помощи при обморожении.

5.9.1. Различают 4 степени обморожения: I степень – кожа бледнеет, теряет чувствительность; II степень – те же признаки, что и при I степени, но боль интенсивнее, и через некоторое время образуются пузыри, наполненные светлой жидкостью; III степень – наступает омертвление кожи, образуются пузыри, наполненные кровянистой жидкостью; IV степень – омертвление мягких и костных тканей.

5.9.2. При обморожении I степени обмороженные участки следует согреть до покраснения теплыми руками, легким массажем, растираниями шерстяной тканью, дыханием, а затем наложить ватно-марлевую повязку.

При общем охлаждении легкой степени достаточно эффективным методом является согревание пострадавшего в теплой ванне при начальной температуре воды 24 градусов, которую повышают до нормальной температуры тела.

5.9.3. При обморожении II - IV степени быстрое согревание, массаж или растирание делать не следует. На пораженную поверхность следует наложить теплоизолирующую повязку (слой марли, толстый слой ваты, вновь слой марли, а сверху клеенку или прорезиненную ткань). Пораженные конечности фиксируют с помощью подручных средств (дощечка, кусок фанеры, плотный картон), накладывая и прибинтовывая их поверх повязки. В качестве теплоизолирующего материала можно использовать ватники, фуфайки, шерстяную ткань и пр.

5.9.4. Не рекомендуется растирать обмороженные участки снегом, так как кровеносные сосуды кистей и стоп очень хрупки и поэтому возможно их повреждение, а возникающие микроссадины на коже способствуют внесению инфекции. Нельзя использовать быстрое отогревание обмороженных конечностей у костра, бесконтрольно применять грелки и тому подобные источники тепла, поскольку это ухудшает течение обморожения. Неприемлемый и неэффективный вариант первой помощи – втирание масел, жира, растирание спиртом тканей при глубоком обморожении.

5.9.5. При средней и тяжелой степени общего охлаждения с нарушением дыхания и кровообращения пострадавшего необходимо как можно скорее доставить в лечебное учреждение.

5.10.Оказание первой помощи при обмороке, тепловом и/или солнечном ударах и отравлениях.

5.10.1. При обморочном состоянии (головокружение, тошнота, стеснение в груди, недостаток воздуха, потемнение в глазах) пострадавшего следует уложить, опустив голову и приподняв ноги, дать выпить холодной воды. Класть на голову примочки и лед не следует. Так же следует поступать,

если обморок уже наступил.

5.10.2. При тепловом и солнечном ударах, когда человек, работающий в жарком помещении, под воздействием прямых солнечных лучей в душную безветренную погоду почувствует внезапно слабость и головную боль, он должен быть немедленно освобожден от работы и выведен на свежий воздух или в тень.

5.10.3. При появлении резких признаков недомогания (слабая сердечная деятельность – частый слабый пульс, бессознательное состояние, поверхностное слабое стонущее дыхание, судороги) необходимо удалить пострадавшего из жаркого помещения, перенести в прохладное место, уложить, раздеть, охладить тело, обмахивать лицо, смачивать голову и грудь, обрызгивать холодной водой.

При прекращении дыхания или резком его расстройстве следует делать искусственное дыхание. Немедленно обратиться к врачу.

5.10.4. При отравлении ядовитыми газами, в том числе угарным, ацетиленом, природным газом, парами бензина и т.д., появляются головная боль, шум в ушах, головокружение, тошнота, рвота; наблюдаются потеря сознания, резкое ослабление дыхания, расширение зрачков. При появлении таких признаков следует немедленно вывести пострадавшего на свежий воздух и организовать подачу кислорода для дыхания. Одновременно необходимо сразу же вызвать врача.

При заметном ослаблении дыхания необходимо производить искусственное дыхание с одновременной подачей пострадавшему кислорода.

При отсутствии кислорода первую помощь следует оказывать так же, как и при обмороке.

Если это возможно, пострадавшему следует выпить большое количество молока.

5.10.5. При отравлении хлором, кроме принятия указанных выше мер, следует дать пострадавшему вдыхать сильно разбавленный аммиак.

5.10.6. При отравлении соединениями меди появляется вкус меди во рту, обильное слюновыделение, рвота зелеными или сине-зелеными массами, головная боль, головокружение, боль в животе, сильная жажда, затрудненное дыхание, слабый и неправильный пульс, падение температуры, бред, судороги и паралич.

5.10.7. При появлении первых признаков отравления соединениями меди следует немедленно произвести продолжительное промывание желудка водой или раствором 1:1000 марганцовокислого калия, внутрь следует давать яичный белок и большое количество молока.

5.11.Оказание первой помощи при утоплении.

5.11.1. Объём первой помощи пострадавшему определяется его

состоянием:

Пострадавший в сознании, пульс и дыхание удовлетворительные, жалоб на затрудненное дыхание нет. В этом случае пострадавшего раздевают, укладывают на жёсткое покрытие так, чтобы голова оказалась запрокинутой, протирают сухой тканью, укрывают теплым одеялом и доставляют в лечебное учреждение.

Пострадавший без сознания, пульс слабый, дыхание затруднено. Выдвигают нижнюю челюсть. Для предотвращения смыкания рта между зубов вставляют твердый предмет (в крайнем случае – скрутку бинта). При необходимости очищают полости рта и носа, освобождают легкие от воды и производят искусственное дыхание. Затем вызывают врача или доставляют пострадавшего в лечебное учреждение.

Пострадавший без сознания, дыхания нет, сердцебиение и пульс на крупных сосудах отсутствуют. Освобождают дыхательные пути от воды. Если жидкости в дыхательных путях нет, производят искусственное дыхание и непрямой массаж сердца. Искусственное дыхание и непрямой массаж сердца делают до появления самостоятельных сердечных сокращений и дыхания или до прибытия врача. Пострадавшего срочно доставляют в лечебное учреждение.

6. Транспортировка пострадавшего в лечебное учреждение

6.1.После оказания пострадавшему первой помощи и невозможности ожидания приезда скорой помощи или врача его в кратчайший срок и со всеми предосторожностями доставляют в лечебное учреждение. Нарушение правил переноски и перевозки пострадавшего может принести ему непоправимый вред.

6.2.При поднимании, переноске и перевозке пострадавшего нужно следить, чтобы он находился в удобном положении, и не трясти его. При переноске на руках оказывающие помощь должны идти не в ногу. Поднимать и класть пострадавшего на носилки необходимо согласовано, лучше по команде. Брать пострадавшего нужно со здоровой стороны, при этом оказывающие помощь должны стоять на одном и том же колене и так подсовывать руки под голову, спину и ягодицы, чтобы пальцы показывались с другой стороны пострадавшего. Надо стараться не переносить пострадавшего к носилкам, а не вставая с колен, слегка приподнять его с земли, чтобы кто-нибудь поставил носилки под него. Это важно при переломах, в этих случаях необходимо, чтобы кто-нибудь поддерживал место перелома. Для переноски пострадавшего с повреждённым позвоночником на полотнище носилок необходимо положить доску, а поверх неё одежду:

пострадавший должен лежать на спине. При отсутствии доски пострадавшего необходимо класть на носилки на живот.

6.3.При переломе нижней челюсти, если пострадавший задыхается, нужно класть его лицом вниз.

6.4.При травме живота пострадавшего следует положить на спину, согнув его ноги в коленях, под колени положить валик из одежды.

6.5.Пострадавшего с повреждением грудной клетки следует переносить в полусидящем положении, подложив под спину одежду.

6.6.Чтобы предупредить толчки и не качать носилки, оказывающие помощь должны идти не в ногу. Во время переноски на носилках следует наблюдать за пострадавшим, за состоянием наложенных повязок и шин. При длительной переноске следует менять положение пострадавшего, поправлять его изголовье, утолять жажду (но не при травме живота), защищать от непогоды и холода.

6.7.Снимая пострадавшего с носилок, следует поступать так же, как и при укладывании его на носилки. При переносе носилок с пострадавшим на большие расстояния следует нести их на лямках, привязанных к ручкам носилок, перекинув лямки через шею.

6.8.При транспортировке пострадавшего размещают с учётом полученной травмы и его состояния:

– при сердечной недостаточности – в лежачем (можно в полулежачем) положении;

– при ранении головы – в лежачем (можно в полулежачем) положении;

– при ранениях верхних конечностей, плечевого сустава, лопатки и небольших ранениях грудной клетки – в сидячем или полусидячем положении с наклоном головы в сторону ранения (при этом необходимо следить за дыханием пострадавшего);

– при значительных ранениях груди – укладывать на раненый бок или спину (допускается, как исключение, полулежачее положение);

– при повреждении позвоночника – укладывают (при переломах – перекатывают) лицом вверх на ровную жесткую поверхность или лицом вниз на носилки, доставка в сидячем положении запрещается;

– при повреждении нижних конечностей – в лежачем или сидячем положении (в последнем случае стараются не травмировать поврежденную ногу);

– при ожогах – укладывают на неповрежденную сторону, тщательно укрывают, дают большое количество питья (можно перевозить, как исключение в полулежачем положении);

– при электротравмах – в лежачем или полулежачем положении.

6.9.Переносить пострадавшего из транспортного средства в лечебное учреждение целесообразно под руководством медицинского персонала.

7. Требования к комплектации аптечки первой помощи

В ИМЭС созданы санитарные посты с аптечками для оказания первой помощи (ст. 223 ТК РФ). Посты располагают с таким расчетом, чтобы работники в случае необходимости могли быстро и беспрепятственно получить к ним доступ. На стенах и дверях помещений, где расположены аптечки, размещены знак аптечки первой помощи – белый крест на зеленом фоне (табл. И2 ГОСТ Р 12.4.026-2001).

Порядок использования содержимого аптечки

1. При артериальном кровотечении из крупной (магистральной) артерии прижать сосуд пальцами в точках прижатия, наложить жгут кровоостанавливающий (п. 4 состава аптечки) выше места повреждения с указанием в записке времени наложения жгута, наложить на рану давящую (тугую) повязку (п. 5-6 состава аптечки).
2. При отсутствии у лица, которому оказывают первую помощь, самостоятельного дыхания провести искусственное дыхание при помощи устройства для проведения искусственного дыхания «Рот – Устройство – Рот» или карманной маски для искусственной вентиляции легких «Рот – маска» (п. 3 состава аптечки).
3. При наличии раны наложить давящую (тугую) повязку, используя стерильные салфетки (п. 7 состава аптечки) и закрепить ее лейкопластырем (п. 8-10 состава аптечки). При микротравмах использовать лейкопластырь бактерицидный (п. 8-10 состава аптечки).
4. При попадании на кожу и слизистые биологических жидкостей лиц, которым оказывается первая помощь, использовать салфетки марлевые тканые стерильные (п. 7 состава аптечки).
5. Покрывало спасательное изотермическое (п. 11 состава аптечки) расстелить (серебристой стороной к телу для защиты от переохлаждения; золотой стороной к телу для защиты от перегревания), либо оставить открытым, конец покрывала загнуть и закрепить.

Требования к комплектации медицинскими изделиями аптечки для оказания первой помощи работникам

Аптечка для оказания первой помощи работниками (далее – аптечка) комплектуется следующими медицинскими изделиями:

№ п/п	Наименование медицинского изделия	Требуемое количество, (не менее)
1.	Маска медицинская нестерильная одноразовая	10 шт.
2.	Перчатки медицинские нестерильные, размером не менее М	2 пары (размер не менее М)
3.	Устройство для проведения искусственного дыхания «Рот-Устройство-Рот»	1 шт.
4.	Жгут кровоостанавливающий для остановки артериального кровотечения	1 шт.
5.	Бинт марлевый медицинский размером не менее 5 м х 10 см	4 шт.
6.	Бинт марлевый медицинский размером не менее 7 м х 14 см	4 шт.
7.	Салфетки марлевые медицинские стерильные размером не менее 16 х 14 см N 10	2 уп.
8.	Лейкопластырь фиксирующий рулонный размером не менее 2 х 500 см	1 шт.
9.	Лейкопластырь бактерицидный размером не менее 1,9 х 7,2 см	10 шт.
10.	Лейкопластырь бактерицидный размером не менее 4 х 10 см	2 шт.
11.	Покрывало спасательное изотермическое размером не менее 160 х 210 см	2 шт.
12.	Ножницы для разрезания повязок	1 шт.