

СИБУР Холдинг



ООО «СИБУР»

УТВЕРЖДЕНО:

Директор, Охрана труда,
промышленная безопасность
и охрана окружающей среды,

Ляковский А.Н.

27.11.2017

A handwritten signature in blue ink, appearing to be "А.Н. Ляковский", written over a horizontal line.

(подпись)

№ СР/4.02

**Инструкция
по оказанию первой помощи пострадавшим**

**г. Москва
2017 г.**

Содержание

1. Область применения	3
2. Общие положения	3
3. Описание.....	3
3.1 Признаки нарушения жизненно важных функций организма человека.....	3
3.2 Последовательность оказания помощи (алгоритм)	3
3.3 Прекращение действия электрического тока на пострадавшего.....	6
3.4 Проведение сердечно-легочной реанимации	6
3.5 Оказание первой помощи при ранениях	10
3.6 Оказание первой помощи при кровотечениях.....	11
3.7 Оказание первой помощи при ожогах (термических и химических)	16
3.8 Оказание первой помощи при некоторых видах травм.....	16
3.9 Первая помощь при попадании инородных тел (под кожу, в глаза, в дыхательные пути)	20
3.10 Первая помощь при обмороке.....	21
3.11 Первая помощь при тепловом и солнечном ударах.....	22
3.12 Первая помощь при переохлаждении организма и обморожениях	22
3.13 Первая помощь при острых болях.....	23
3.14 Первая помощь при эпилептическом припадке	23
3.15 Первая помощь при синдроме длительного сдавливания.....	24
3.16 Первая помощь при укусах животных	24
3.17 Первая помощь при утоплении.....	24
3.18 Первая помощь при отравлениях.....	25
3.19 Правила и методы транспортировки пострадавшего	26
3.20 Ответственность.	28
Приложение № 1. Ссылочные документы	29
Приложение № 2. Термины, определения и сокращения (опционально).....	29
Приложение № 3. «Состав аптечки».....	30
Приложение № 4. «Ожоги химические»	30
Приложение № 5. «Отравления»	30

1. Область применения

Настоящая Инструкция устанавливает порядок и правила оказания первой помощи работниками предприятий ПАО «СИБУР Холдинг» (далее - Предприятие).

Инструкция разработана с целью обучения работников ПАО «СИБУР Холдинг» оказанию первой помощи пострадавшим.

2. Общие положения

Несчастные случаи на производстве – в подавляющем большинстве случаев результат несоблюдения требований безопасности, изложенных в правилах и инструкциях по охране труда.

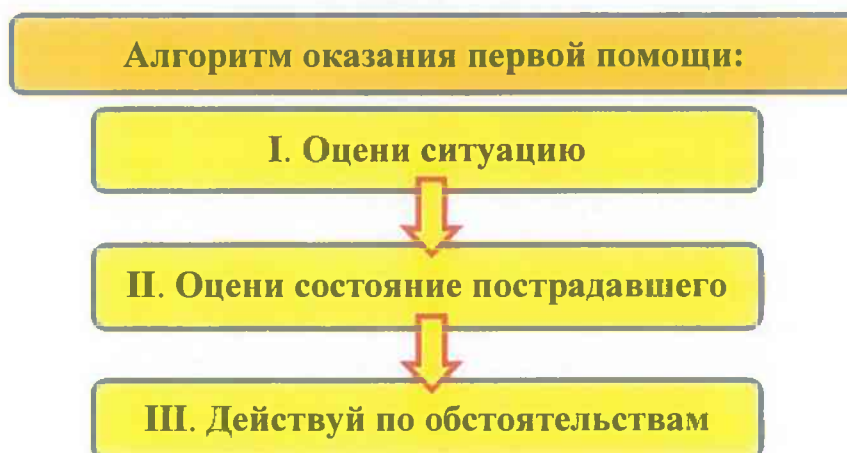
При несчастных случаях главное – правильно действовать в первые секунды, чтобы сохранить жизнь человека до прибытия специалистов скорой медицинской помощи. Никогда не следует отказываться от помощи пострадавшему и считать его мертвым только по отсутствию признаков жизни – дыхания, пульса, реакции зрачков на свет. Часто, особенно при поражении электрическим током, наступает состояние клинической смерти. Клиническая смерть – это переходное состояние между жизнью и биологической смертью. Состояние клинической смерти это обратимый процесс, из которого пострадавшего можно возратить к жизни. Только медицинский работник может вынести заключение о нецелесообразности оказания помощи пострадавшему в результате наступления биологической смерти, поэтому первую помощь необходимо оказывать до приезда скорой медицинской помощи (прибытия медицинского работника).

3. Описание

3.1 Признаки нарушения жизненно важных функций организма человека

Основными признаками нарушения жизненно важных функций организма человека являются: потеря сознания, отсутствие пульса, дыхания, сильное кровотечение.

3.2 Последовательность оказания помощи (алгоритм)



3.2.1 Оцени ситуацию

Прежде чем подойти к пострадавшему необходимо удостовериться в безопасности места происшествия. Определи, есть ли загазованность, угроза взрыва, возгорания, обрушения здания, поражения электротоком, движущимися механизмами и прочее.

В ситуации повышенной опасности, начав оказывать помощь, легко оказаться в роли второго пострадавшего и не только не сохранить жизнь пострадавшего до прибытия медицинского персонала, но и потерять собственную.

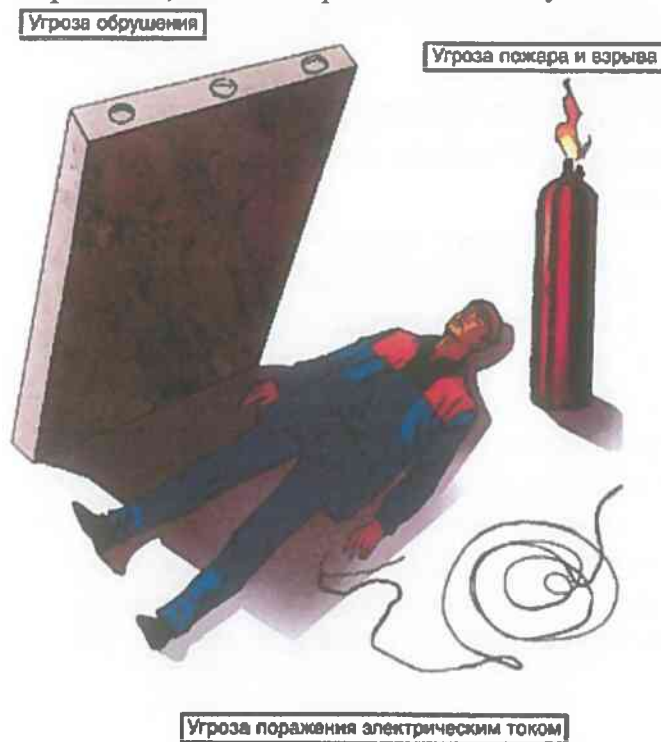


Рис.1

Устрани воздействие на пострадавшего опасных и вредных факторов и только после этого приступай к оказанию первой помощи.

Переносить пострадавшего следует только в тех случаях, если оказание помощи на месте происшествия невозможно.

**ПОМНИ О СОБСТВЕННОЙ
БЕЗОПАСНОСТИ!**

3.2.2 Оцени состояние пострадавшего

Определи состояние пострадавшего по наличию или отсутствию сознания (отвечает на вопросы или нет), пульса на сонной или другой доступной крупной артерии, дыхания, кровотечения, судорог. Обрати внимание на состояние видимых слизистых и кожных покровов (покраснение, бледность, синюшность, желтушность, наличие ран, ожоговых пузырей и др.), позу (естественная/неестественная).

Если пострадавший не отвечает на вопросы и неподвижен, необходимо немедленно убедиться в наличии пульса на сонной или другой доступной крупной артерии (*Исключение: при сильном кровотечении из магистральных артерий следует немедленно остановить кровотечение, прежде чем приступать к проверке наличия сознания и пульса у пострадавшего).



**НОРМАЛЬНАЯ РЕАКЦИЯ ЗРАЧКА НА СВЕТ:
ПРИ ЗАТЕМНЕНИИ - РАСШИРЯЕТСЯ, ПРИ
ОСВЕЩЕНИИ - СУЖАЕТСЯ.**

Рис.2

Расширенный зрачок и отсутствие сужения зрачка при освещении - один из признаков остановки сердца (клинической смерти).



**ВРЕМЯ ПРОВЕРКИ ПУЛЬСА -
10 СЕКУНД**

Рис.3

При невозможности проверить реакцию зрачка - ищи пульс на сонной или другой доступной крупной артерии в течение 10 секунд.

3.2.3 Действуй по обстоятельствам

- Приступи к восстановлению дыхания и кровообращения (реанимации);
- Поверни пострадавшего на бок;
- Останови кровотечение;
- Наложить повязку;
- Выясняй обстоятельства происшествия только после оказания первой помощи;
- Вызови бригаду скорой медицинской помощи, по возможности прибегнув к помощи других лиц, либо прими меры для транспортировки пострадавшего в ближайшее лечебное учреждение;
- Наложить транспортные шины, но только в том случае, если было принято решение об организации транспортировки пострадавшего в ближайшее лечебное учреждение собственными силами. Если была вызвана скорая медицинская помощь, то наложение транспортных шин собственными силами не целесообразно (чтобы не причинять дополнительную боль пострадавшему). В данном случае обеспечить покой пострадавшему.

Перечень медицинских средств, который необходимо иметь в аптечках первой помощи, указан в приложении №3. Места хранения аптечек и ответственных за контроль комплектности указаны в приложении №4. Проверка комплектности аптечек проводится не реже одного раза в год в рамках производственного контроля.

3.3 Прекращение действия электрического тока на пострадавшего

3.3.1 При поражении электрическим током необходимо как можно скорее освободить пострадавшего от действия тока, так как тяжесть травмы зависит от продолжительности его воздействия.

3.3.2 Если пострадавший соприкасается с токоведущими частями, необходимо быстро освободить его от действия электрического тока. Прикасаться к человеку, находящемуся под напряжением, опасно для жизни.

3.3.3 Простейшим способом освобождения пострадавшего от действия электрического тока является отключение оборудования, которого касается пострадавший. Для этого необходимо отключить напряжение (выдернуть штепсельную вилку из розетки, воспользоваться выключателем, рубильником отключения напряжения и т.д.). Если в зоне видимости находятся СИЗ (диэлектрические перчатки, диэлектрические боты, диэлектрический коврик) то необходимо воспользоваться ими. Также для освобождения пострадавшего от действия электрического тока можно воспользоваться сухой одеждой, доской, палкой, книгой, канатом или каким-либо другим предметом, не проводящим электрический ток. Можно оттащить пострадавшего от токоведущих частей за сухую одежду, дополнительно изолировав свои руки своей же сухой одеждой, избегая при этом прикосновения к открытым частям тела пострадавшего. При отделении пострадавшего от токоведущих элементов рекомендуется действовать по возможности одной рукой. Нельзя свободной рукой касаться электропроводящих предметов, которые могут способствовать прохождению тока через тело оказывающего помощь. Свободную руку рекомендуется держать за спиной.

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

3.3.5 Отсутствие тяжелых симптомов после поражения электрическим током не исключает возможности последующего ухудшения состояния пострадавшего вплоть до остановки сердца.

3.3.6 Шаговое напряжение может возникнуть, например, около упавшего на землю провода под напряжением или вблизи заземлителей электроустановок (при аварийном замыкании электроустановки на землю).

3.3.7 Передвигаться в зоне шагового напряжения следует либо в диэлектрических ботах (диэлектрических галошах), либо «гусиным шагом» - пятка шагающей ноги, не отрываясь от земли (шаркая по земле), приставляется к носку опорной ноги. Необходимо отдалиться не менее чем на 8 метров от упавшего провода.

3.3.8 Шаговое напряжение зависит от длины шага, удельного сопротивления грунта (пола помещения) и других параметров. В зоне шагового напряжения нельзя передвигаться бегом или длинными шагами.

3.4 Проведение сердечно-легочной реанимации

В связи с остановкой сердца происходит прекращение кровообращения, в результате чего наступает клиническая смерть. Остановка сердечной деятельности может произойти при прямом ударе в область сердца, при утоплении, задушении, отравлении газами, поражении электрическим током, при некоторых сердечных заболеваниях, при инфаркте миокарда, при длительном недостаточном дыхании, при тепловом ударе, кровопотерях, ожогах, замерзании.

Признаки остановки сердца:

- Потеря сознания;
- Расширение зрачков и отсутствие их реакции на свет;

- Отсутствие пульса на сонной или другой доступной крупной артерии;
- Отсутствие дыхания (определяется с помощью слуха, зрения и осязания).

При наличии признаков остановки сердца немедленно приступи к реанимации!

После остановки сердца жизненно важные функции (сердцебиение, дыхание) должны быть восстановлены в течение 4-5 минут. Важно начать проведение комплекса сердечно-лёгочной реанимации как можно раньше. Правильно проводимый непрямой массаж сердца (путём надавливаний на грудную клетку) обеспечивает мозг минимально необходимым количеством кислорода, пауза для искусственного дыхания ухудшает снабжение мозга кислородом, поэтому вдохи надо выполнять не менее чем через 30 нажатий на грудину, или не прерываться на проведение вдохов больше 10 сек. Соотношение должно быть 2 вдоха после 30 нажатий на грудину (компрессий).

3.4.1 Правила проведения реанимационных мероприятий:

Уложи пострадавшего на ровную жесткую поверхность.



Рис.4

Убедись в отсутствии пульса на сонной или на другой доступной крупной артерии, осмотри полость рта, при необходимости очисти полость рта и глотку в положении пострадавшего на боку, извлеки съемные зубные протезы (при наличии), придай голове пострадавшего максимально запрокинутое положение лежа на спине, зафиксируй положение головы путем подкладки валика под шею пострадавшего, освободи грудную клетку от одежды, ослабь (расстегни) ремень.

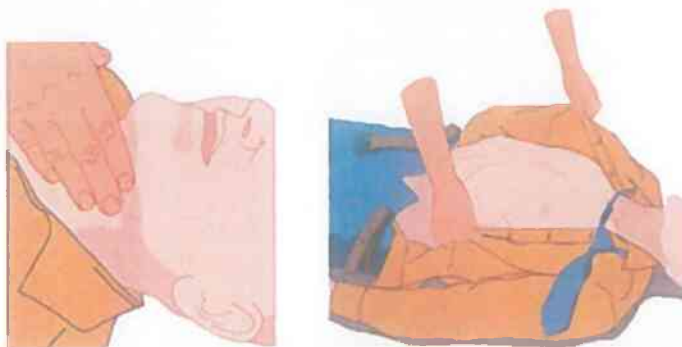


Рис.5

Начинай непрямой массаж сердца и проведение искусственного дыхания.

**РЕАНИМАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ
НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ
ДО ПРИБЫТИЯ
МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА
ИЛИ ДО ПОЯВЛЕНИЯ ПУЛЬСА
И САМОСТОЯТЕЛЬНОГО ДЫХАНИЯ.**

3.4.2 Правила проведения непрямого массажа сердца (компрессии грудной клетки)

Оказание помощи проводится строго на ровной, жёсткой поверхности. При компрессиях упор осуществляется на основания ладоней. Руки в локтевых суставах не должны быть согнуты. При компрессии линия плеч реаниматора должна находиться на одной линии с грудиной и параллельно с ней. Расположение рук перпендикулярно груди. Руки при компрессии должны быть расположены одна на другую «крест-накрест». Во время компрессии при расположении рук «крест-накрест» пальцы должны быть приподняты и не касаться поверхности грудной клетки. Месторасположение рук при компрессиях – на груди, на 2 поперечных пальца выше окончания мечевидного отростка.



Схема проведения непрямого массажа сердца



руки прямые, не согнуты в локтях



при компрессиях упор осуществляется на основания ладоней

Мечевидный отросток



Рис.6

Глубина продавливания грудной клетки - не менее 4-5 см (для взрослых).

Начинать надавливания на грудную клетку необходимо аккуратно, постепенно доводя число компрессий до необходимой частоты. Частота надавливания – не менее 100 надавливаний в минуту, по возможности ритмично (при возможности необходимо менять проводящего не прямой массаж сердца каждые 2 минуты во избежание усталости).

При компрессии нельзя отрывать руки от грудины. Компрессия выполняется маятникообразно, плавно, используя тяжесть верхней половины своего тела. Смещение основания ладоней относительно грудины недопустимо. Не допускается нарушение соотношения между компрессиями и принудительными вдохами: соотношение дыхание/компрессия должно быть 2:30, вне зависимости от количества человек, проводящих сердечно-лёгочную реанимацию.

Чтобы избежать перелома ребер, очередное надавливание на грудину следует проводить после возвращения ее в исходную точку (давайте грудной клетке полностью расправиться после нажатия).

В случае перелома ребер (неприятный хруст под ладонью) следует не столько уменьшить силу и глубину надавливаний, сколько снизить их частоту. При появлении пульса на сонной артерии при вдохе непрямой массаж сердца немедленно прекратить.

3.4.3 Правила проведения искусственного дыхания

Используя марлю, платок или перчатки медицинские (см. Приложение №3 пункт 3.3 состава аптечки первой помощи) освободи полость рта пострадавшего от инородных тел (сгустки крови, слизь, рвотные массы, выбитые зубы и др.) в положении пострадавшего на боку.



Рис.7

Зажми нос пострадавшего большим и указательным пальцами,хвати подбородок, запрокинь его голову, придай голове пострадавшего максимально запрокинутое положение лежа на спине, зафиксируй положение головы путем подкладки валика под шею пострадавшего, другой рукой за подбородок выдвини до отказа нижнюю челюсть, и сделай быстрый, но плавный, полный выдох в рот (используя устройство для проведения искусственного дыхания «Рот – Устройство - Рот» либо через марлю или платок).

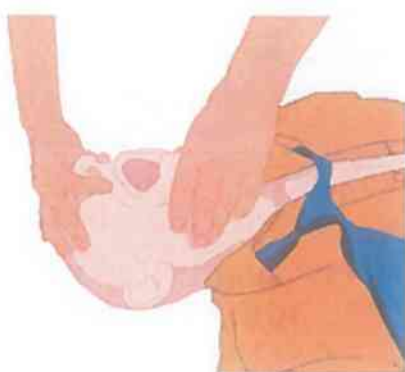


Рис.8

На каждые 2 дыхательных движения должно приходиться 30 массажных, вне зависимости от количества человек, проводящих сердечно-лёгочную реанимацию.

3.4.4 Проведение реанимации втрём

Человек со средними физическими данными, в одиночку, может проводить комплекс сердечно-лёгочной реанимации не более 3-4 минут! Три человека способны держать ритм реанимации больше часа. Действовать необходимо следующим образом:

Спасатель 1 делает искусственное дыхание, и контролирует пульс на сонной артерии; Спасатель 2 делает непрямой массаж сердца (компрессия грудной клетки); Спасатель 3 прикладывает «холод» к голове пострадавшего (по возможности), приподнимает ноги пострадавшего, добиваясь притока крови к головному мозгу. Ноги пострадавшего можно положить себе на колени, либо подложить под них какой-либо предмет.

Необходимо чаще меняться местами во избежание усталости. При смене спасателей: спасатель 1 сменяет (занимает место) спасателя 2; спасатель 2 сменяет спасателя 3; спасатель 3 переходит на позицию спасателя 1.



Рис.9

3.5 Оказание первой помощи при ранениях

3.5.1 Раны могут быть поверхностными, когда повреждаются только верхние слои кожи (ссадины), и глубокими, в том числе проникающими (повреждающими грудную, брюшную полости, полость черепа). Защита раны от инфицирования и загрязнения достигается наложением повязки.

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

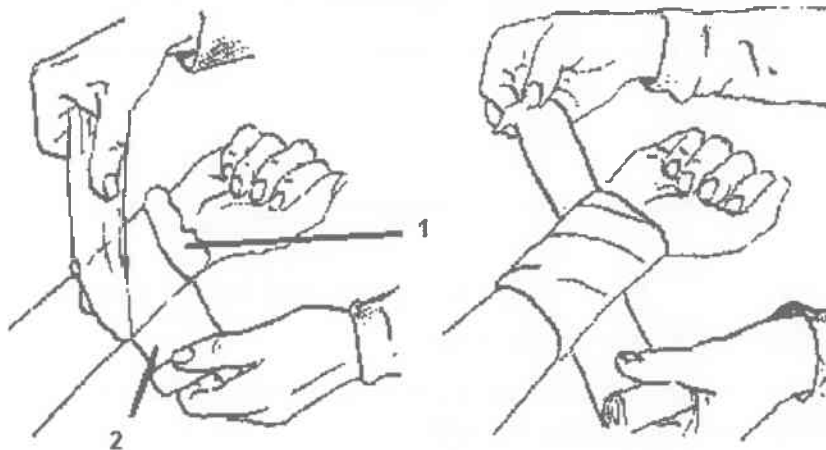
3.5.3 Нельзя удалять из раны сгустки крови, инородные тела (т.к. это может вызвать кровотечение). Нельзя вливать в рану спиртовые, и любые другие растворы, включая «зелёнку» и йод.

3.5.4 Запрещено вдавливать во внутрь раны выступающие наружу какие-либо ткани или органы. Их необходимо прикрыть сверху салфеткой марлевой стерильной (см. Приложение №3 пункт 1.9 состава аптечки первой помощи), а концы салфетки закрепить лейкопластырем.

3.5.5 Правила наложения повязок:

- Делай перевязку чистыми руками, протри руки антисептическими спиртовыми салфетками (см. Приложение №3 пункт 3.2 состава аптечки первой помощи) или используй перчатки медицинские (см. Приложение №3 пункт 3.3 состава аптечки первой помощи).

- Наложить на рану салфетку марлевую медицинскую стерильную (см. Приложение №3 пункт 1.9 состава аптечки первой помощи). Затем, используя бинт марлевый медицинский (см. Приложение №3 пункты 1.2, 1.3, 1.4, 1.5, 1.6, 1.7 состава аптечки первой помощи), забинтовать рану достаточно туго. Также можно использовать пакет перевязочный медицинский индивидуальный стерильный (см. Приложение №3 пункт 1.8 состава аптечки первой помощи). Перевязочный материал должен быть стерильным, нельзя касаться руками той части стерильной салфетки (пакета перевязочного и т.д.), которая накладывается непосредственно на рану.



1 - салфетка стерильная; 2 - бинт

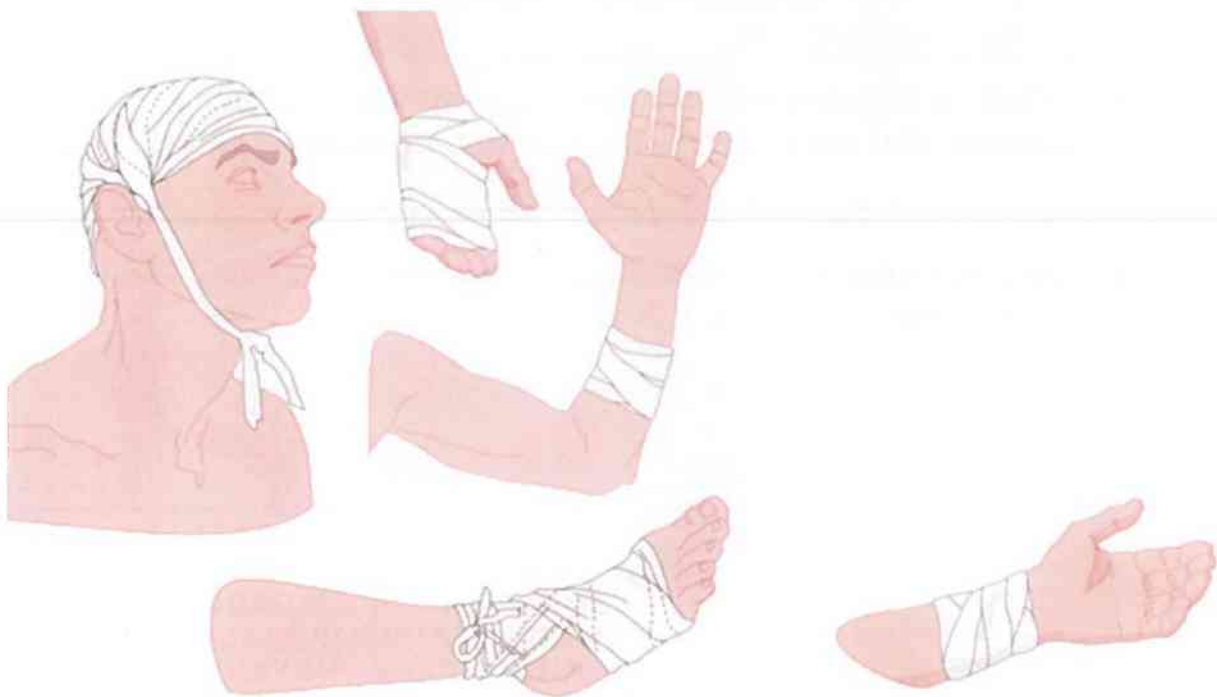


Рис.10

3.6 Оказание первой помощи при кровотечениях

Различают следующие виды кровотечений:

- капиллярное - возникает при поверхностных ранах, кровь сочится мельчайшими капельками. Для остановки кровотечения достаточно наложить слегка давящую стерильную повязку;
- венозное - кровь темно-красного цвета, вытекает ровной струей.

– артериальное - кровь алого цвета, вытекает из раны пульсирующей струей или выбрасывается вверх фонтаном). Артериальное кровотечение очень интенсивное.

При небольшом кровотечении (в том числе капиллярном) накладывают давящую повязку, а конечности придают возвышенное (выше уровня сердечной мышцы) положение. Если это дает эффект, то другие меры не применяют.



Рис: 11 Возвышенное положение конечности.

При артериальном кровотечении:

- Прижми артерию пальцами или кулаком (данная мера носит временный характер до наложения жгута);
- Приподними поврежденную конечность;
- Налож жгут или закрутку (или используй метод максимального сгибания конечности в суставе).

При артериальном кровотечении необходимо сначала остановить кровотечение, прижав артерию пальцами или кулаком.

Точки прижатия артерий располагаются: на конечностях - выше места кровотечения, на шее и голове - ниже раны или в ране.

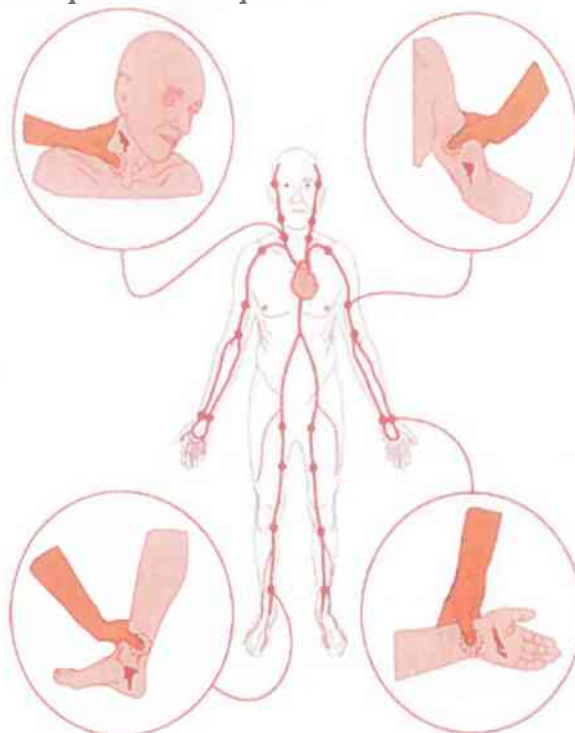


Рис.12

При венозном кровотечении:

- наложи стерильную давящую повязку;
- приподними конечность.

Правила наложения жгута:

- Жгут на голое тело не накладывается, поэтому перед наложением жгута расправь одежду на конечности или подложи ткань без швов и складок.

- Возьми жгут, заведи его за конечность, растяни с усилием и сделай виток вокруг конечности выше раны, максимально близко к ней.

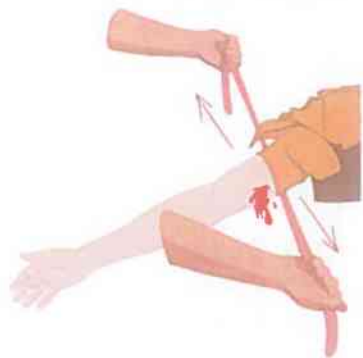


Рис.13

- Прижми первый виток жгута и убедись в отсутствии кровотечения.

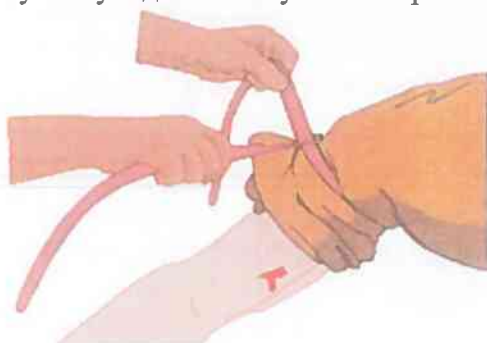


Рис.14

- Наложить следующий виток жгута с меньшим усилием и закрепи его.

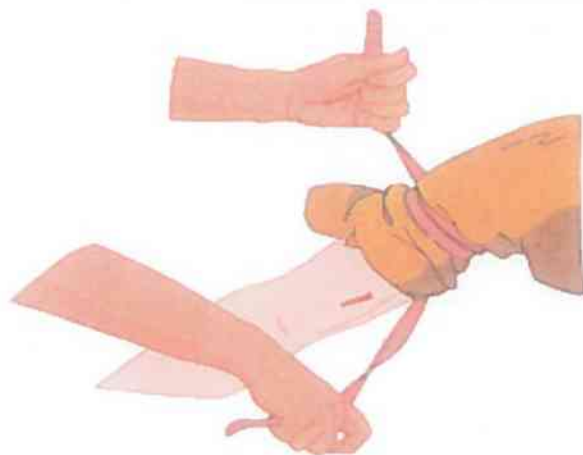


Рис.15

- Вложи под верхнюю петлю жгута записку о времени его наложения (дата, час, минуты).



Рис.16

Особенности при наложении жгута:

- В тканях ниже наложенного жгута прекращается кровообращение, поэтому увеличение срока его применения может привести к тяжёлым последствиям. Кровообращение в тёплой атмосфере более интенсивно, чем в холодной, поэтому в тёплое время года жгут накладывается на один час, а в холодное время года – на полчаса.

**При неправильном наложении жгута
(посинение кожи и отёк конечности)
немедленно наложи жгут заново.**

При длительной транспортировке постепенно ослабь жгут (до появления на ране капель крови) на несколько минут, затем снова затяни его несколько выше или ниже прежнего места. Вновь вложи записку с указанием времени повторного наложения жгута. При повторном наложении жгута срок наложения уменьшается в два раза.

Бедренное кровотечение очень тяжело остановить даже с помощью жгута. Чтобы создать дополнительное давление на артерию, под жгут необходимо подложить плотную упаковку бинта.

Правила наложения закрутки.

При отсутствии жгута воспользуйся ремнем (шарфом, толстой веревкой, лямкой от сумки, платком), закручивая его палкой (ручкой и т.д.) с усилием, позволяющим остановить кровотечение. Рычаг закрепляется к конечности.

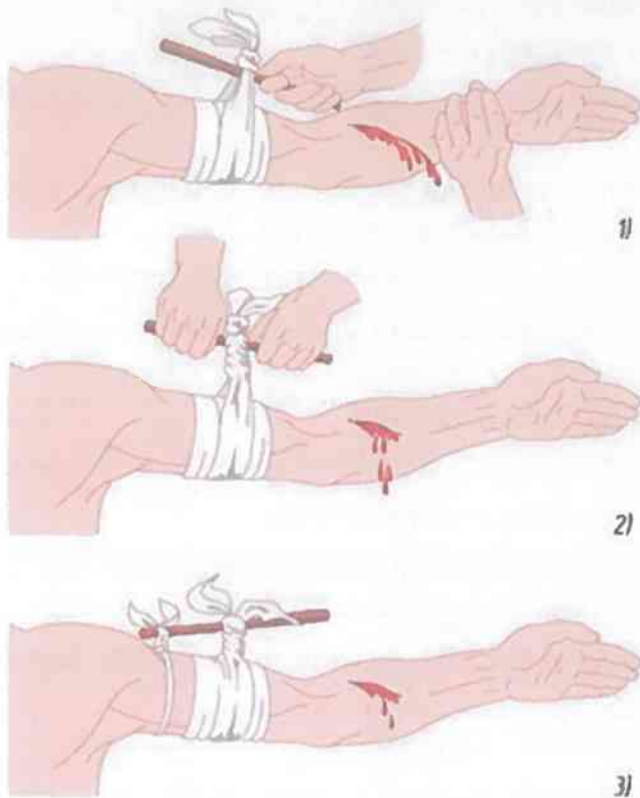


Рис.17

Остановка кровотечения методом максимального сгибания конечности.

При артериальном кровотечении из конечности и отсутствии видимых признаков перелома (резкая боль при надавливании, хруст, необычная подвижность) с усилием сгибают конечность выше кровоточащего места, и производят ее фиксацию в таком положении.



Рис.18

Рис: Метод остановки артериального кровотечения методом максимального сгибания конечности.

3.7 Оказание первой помощи при ожогах (термических и химических)

По степени воздействия ожоги различают:

- термические - вызванные огнем, паром, горячими предметами, кипящей жидкостью;
- химические - вызванные действием кислот и щелочей, солей тяжелых металлов и других химически активных веществ.
- электрические - вызванные воздействием электрического тока.
- лучевые - ожоги образуются под действием солнечного или радиоактивного излучения;

По степени тяжести ожоги подразделяются:

- ожоги 1 степени - характеризуются покраснением и отеком кожи;
- ожоги 2 степени - образуются пузыри на коже;
- ожоги 3 степени - характеризуются образованием струпов на коже в результате омертвения поверхностных и глубоких слоев кожи;
- ожоги 4 степени - происходит обугливание тканей кожи, поражение мышц, сухожилий и костей.

Первая помощь при термических ожогах:

- убрать поражающий фактор. Если горит одежда, необходимо потушить огонь: залить водой или сбить тканью;

- с обожженного участка тела нужно попытаться осторожно снять одежду, но если она прилипла, отрывать ее нельзя! Прилипшую одежду оставляют на месте ожога, аккуратно обрезав ткань вокруг;

- наложите стерильную сухую повязку (проследите, чтобы она не была тугой) и обеспечьте пострадавшему полный покой. Давайте пострадавшему пить как можно больше жидкости;

- необходимо срочно госпитализировать.

Первая помощь при химических ожогах в зависимости от специфики химических веществ указана в Приложении №5.

<в приложении указываются вещества и первая помощь в зависимости от специфики каждой площади.>

Поверхностные повреждения кожи, полученные при электрическом ожоге, обрабатываются так же, как и при ожоге термическом.

3.8 Оказание первой помощи при некоторых видах травм

3.8.1 Травмы головы

Признаки повреждения костей черепа: выделения из ушей, носа крови (или жидкости), потеря сознания.

Признаки сотрясения, ушиба головного мозга: оглушение, шум в ушах, тошнота, потеря сознания и памяти.

1) Уложи пострадавшего на живот и поверни его голову на ту сторону, с какой выделяется больше жидкости.



Рис.19

- 2) Если есть раны - наложи на голову стерильную повязку, приложи холод (при наличии).
- 3) Обеспечь покой.
- 4) Ограничь прием пострадавшим жидкости.
- 5) Следи за пульсом и дыханием до прибытия врача.
- 6) Будь готов при исчезновении пульса и дыхания приступить к реанимации.

3.8.2 Повреждения костей таза и тазобедренных суставов

Признаки: вынужденная поза "лягушки" (пострадавший не может изменить положение ног, стопы развернуты кнаружи, колени приподняты и разведены).

- 1) Обеспечь пострадавшему полный покой.
- 2) Подложи под колени валик из одежды.
- 3) Укрой от холода.
- 4) Удали изо рта и носа кровь, слезь.
- 5) Дожидайся приезда скорой помощи.

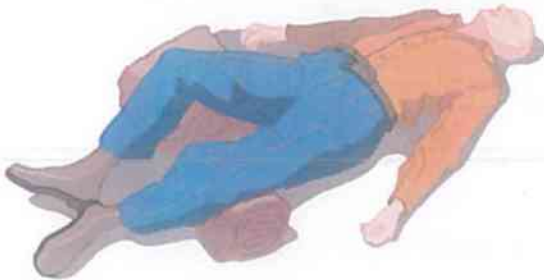


Рис.20

3.8.3 Переломы позвоночника

Признаки: боль в спине, онемение, ограничение подвижности, паралич конечностей, возможна потеря чувствительности (пострадавший не чувствует укола булавкой).



Рис.21

Если есть подозрения на перелом позвоночника, то пострадавшего нельзя перемещать и позволять ему двигаться. Пострадавший должен оставаться до прибытия скорой помощи в том же положении, в котором он был найден.

**ПРИ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ ТАЗА,
БЕДЕР, ПОЗВОНОЧНИКА
НЕ СНИМАЙ
С ПОСТРАДАВШЕГО ОДЕЖДУ,
НЕ ПОЗВОЛЯЙ ЕМУ ДВИГАТЬСЯ!**

3.8.4 Растяжения (микротравмы)

При растяжении тканей (мышц) следует обездвижить повреждённую конечность (любое движение может разорвать волокна, которые в данный момент просто сильно растянуты). Нельзя растирать, разминать потянутую руку или расхаживать потянутую ногу. Необходимо приложить холод для предотвращения отёка.

3.8.5 Вывихи суставов (микротравмы)

При вывихе суставов главная задача – обездвижить повреждённый сустав, не меняя его положения. Запрещено вправлять вывих самостоятельно. Необходимо вызвать скорую помощь. К суставу приложить холод.

3.8.6 Переломы

Признаки открытого перелома:

- Видны костные отломки;
- Деформация и отек конечности;
- Наличие раны, часто с кровотечением.



Рис.22

Признаки закрытого перелома:

- Сильная боль при движении или при нагрузке на конечность;
- Деформация и отек конечности;
- Синюшный цвет кожи;
- Подвижность конечности в необычном месте, ее неестественное положение.



Рис.23

Последовательность действий при переломах.

- 1) Освободи пострадавшего от воздействия травмирующих факторов;
- 2) При открытых переломах останови кровотечение и наложи повязку;
- 3) Зафиксируй конечность с помощью шин или подручных средств (доска, фанера и т.д.).

Правила наложения шин.

Шина накладывается для иммобилизации поврежденной конечности с **фиксацией суставов ниже и выше перелома.**

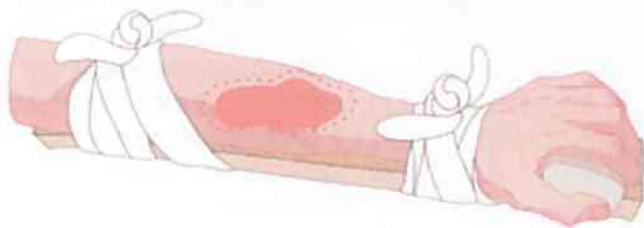


Рис.24

Переломы бедра.

- 1) Придай пострадавшему горизонтальное положение;
- 2) Наложите шины с обеих сторон конечности (снаружи шина накладывается от стопы до подмышечной впадины), зафиксируй плотно, равномерно, но не туго, чтобы не нарушить кровообращение.



Рис.25

- 3) При отсутствии шины поврежденную ногу прибинтуй к здоровой конечности, проложив между ними мягкий материал (свернутая одежда, вата, поролон).



Рис.26



Рис.27

Зафиксируй руку в согнутом положении, прибинтовав к туловищу.

3.9 Первая помощь при попадании инородных тел (под кожу, в глаза, в дыхательные пути)

3.9.1 При попадании инородного тела под кожу (или под ноготь) удалять его можно лишь в том случае, если есть уверенность, что возможно сделать это легко и полностью. При малейшем затруднении следует обратиться в медицинский пункт.

3.9.2 Инородные тела, попавшие в глаза, лучше всего удалять промыванием струей воды, направляя струю от наружного угла глаза (от виска) к внутреннему (к носу). Тереть глаза не следует. Не допускается удалять инородное тело из глаза с помощью марли, платка самостоятельно. Удаление из глаз осколков стекла или частичек стекловаты необходимо проводить только квалифицированным медперсоналом.

3.9.3 Инородные тела верхних дыхательных путей (приём Геймлиха).

Признаки: Пострадавший задыхается (судорожные дыхательные движения), не способен говорить, внезапно становится синюшным, может потерять сознание.

Пострадавший находится в сознании.

- 1) Встаньте за спиной пострадавшего, обхватите его руками. Корпус пострадавшего должен быть слегка наклонен вперед.
- 2) Сожмите одну руку в кулак и положите ее на живот пострадавшего той стороной, где расположен большой палец, на уровне между пупком и реберными дугами (на эпигастральную область живота).
- 3) Обхватите кулак ладонью другой руки, быстро сделайте 6–10 толчкообразных надавливаний на эпигастральную область живота по направлению внутрь и вверх к диафрагме.
- 4) Продолжайте выполнение приема до тех пор, пока не восстановится проходимость дыхательных путей или не прибудет скорая помощь.



Рис.28

Если пострадавший без сознания.

- 1) Положите пострадавшего на спину.
- 2) Сядьте верхом на бедра пострадавшего, лицом к голове.
- 3) Положите свои руки - одна на другую - на верхнюю область живота (эпигастральную область) пострадавшего.
- 4) Используя вес своего тела, энергично надавите на живот пострадавшего по направлению вверх к диафрагме.
- 5) Продолжайте выполнение приема до тех пор, пока не восстановится проходимость дыхательных путей или не прибудет скорая помощь.



Рис.29

3.10 Первая помощь при обмороке

Признаки: резкая слабость, головокружение, звон в ушах и потемнение в глазах, кратковременная потеря сознания (не более 3-4 минут).

Причины возникновения: кратковременное нарушение мозгового кровообращения, причиной которого может быть недостаток кислорода в воздухе, падение артериального давления, потеря крови, в том числе внутреннее кровотечение, болевые и психические травмы.

- 1) Уложи пострадавшего на спину, расстегни одежду и пояс, обеспечь доступ свежего воздуха и возвышенное положение нижних конечностей.

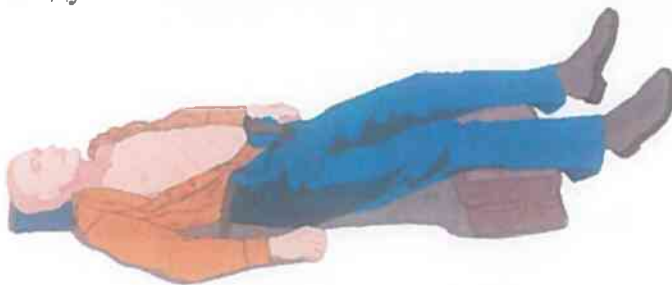


Рис.30

- 2) Обрызгай лицо пострадавшего водой, похлопай по щекам, чтобы привести пострадавшего в чувства.
- 3) Надави на болевую точку под носом или помассируй ее.

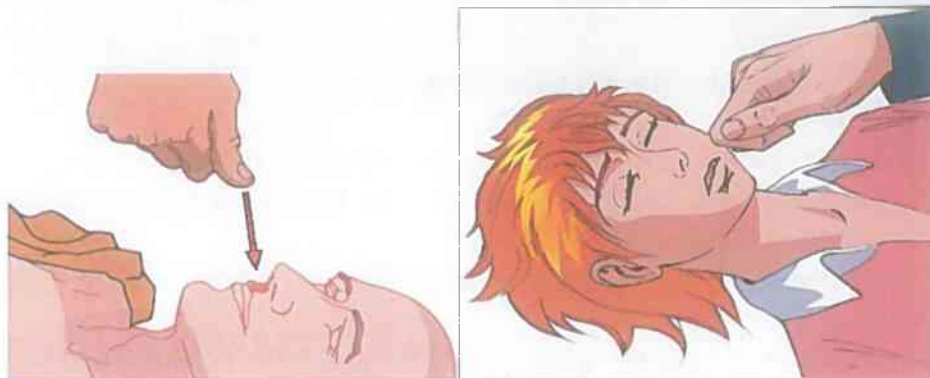


Рис.31

4) Если пострадавший в течение 3-4 минут не пришел в сознание - переверни его на бок и приложи холод к голове.

5) При болях в животе и повторных обмороках (возможно внутреннее кровотечение) положи холод на живот.

При голодном обмороке дай выпить сладкий чай, обеспечь покой.

НЕЛЬЗЯ КОРМИТЬ!

3.11 Первая помощь при тепловом и солнечном ударах

Немедленно поместите пострадавшего в тень или перенесите его в прохладное помещение.

Снимите одежду с верхней половины тела и уложите на спину, немного приподняв голову.

Положите на голову холодный компресс.

Опрыскивайте пострадавшего прохладной водой.

Дайте пострадавшему обильное питье.

При необходимости, вызовите врача.

3.12 Первая помощь при переохлаждении организма и обморожениях

3.12.1 Действия при переохлаждении организма:

При появлении озноба и мышечной дрожи необходимо дополнительно укрыть пострадавшего, предложить теплое сладкое питье или пищу с большим содержанием сахара (шоколад).

В теплом помещении - немедленно снять одежду и согреть доступными средствами (теплый душ, ванна, грелки и т.п.). Температура воды должна быть 35-40°C (терпит локоть).

После согревающих процедур обязательно укрыть теплым одеялом или надеть теплую сухую одежду.

Продолжать давать теплое сладкое питье до прибытия врачей.

НЕДОПУСТИМО: использовать для согревания воду с температурой ниже 30°C.

3.12.2 Действия при обморожении.

Как можно скорее доставить пострадавшего в теплое помещение.

Немедленно укрыть поврежденные конечности от внешнего тепла теплоизолирующей повязкой с большим количеством ваты или одеялами и теплой одеждой.

Дать обильное теплое питье.

Обязательно вызвать «Скорую помощь».

НЕДОПУСТИМО:

Растирать обмороженную кожу.

Помещать обмороженные конечности в теплую воду или обкладывать грелками.

Смазывать кожу маслами или вазелином.

3.13 Первая помощь при острых болях

3.13.1 При болях в области сердца:

- создать полный покой;
- положить больного и приподнять голову;
- срочно вызвать скорую медицинскую помощь;
- транспортировку пострадавшего осуществлять на носилках.

3.13.2 При болях в животе, не связанных с приемом пищи или алкоголем:

- уложить пострадавшего в горизонтальном положении;
- положить холод в область живота;
- исключить физические нагрузки, принятие пострадавшим жидкости, пищи;
- срочно вызвать квалифицированную медицинскую помощь;
- транспортировку пострадавшего осуществлять на носилках.

3.14 Первая помощь при эпилептическом припадке

Признаки: внезапная потеря сознания с характерным вскриком перед падением; часто расширенные зрачки (но есть пульс), судороги, непроизвольные телодвижения, пена изо рта (иногда с примесью крови вследствие прикусывания языка), непроизвольное мочеиспускание; после приступа – кратковременная потеря памяти.

Отодвиньте больного от опасных предметов (стекло, острые углы, части мебели и др.). Присядьте рядом с человеком и аккуратно придерживайте голову человека либо положите ему под голову мягкий предмет (недопустима жесткая фиксация головы). Других людей рядом не требуется, попросите их отойти.

Придерживая голову, приготовьте сложенный носовой платок или часть одежды человека. Это может потребоваться для вытирания слюны и, если рот открыт, то можно вставить кусочек этой материи, сложенный в несколько слоев, между зубами, это предотвратит прикусывание языка, щеки или даже повреждение зубов друг об друга во время судорог. Если челюсти сомкнуты плотно, не надо пытаться силой открывать рот (это вероятнее всего не получится и может травмировать ротовую полость) При усиленном слюноотделении продолжайте удерживать голову человека, но поверните её набок, для того чтобы слюна могла стекать на пол через уголок рта и не попадала в дыхательные пути. Ничего страшного, если немного слюны будет попадать на одежду или руки. Сохраняйте полное спокойствие, приступ с остановкой дыхания может длиться несколько минут, запоминайте последовательность симптомов приступа, чтобы потом описать их врачу. После окончания судорог и расслабления тела, необходимо положить пострадавшего в безопасное положение - на бок, это необходимо для предотвращения западения корня языка. При пострадавшем могут оказаться лекарства, но использовать их можно только по непосредственной просьбе пострадавшего, в ином случае может последовать ответственность за причинение вреда здоровью.

3.15 Первая помощь при синдроме длительного сдавливания

- обложить придавленные конечности пакетами со льдом, снегом или пакетами с холодной водой;
- срочно вызвать аварийно-спасательное формирование (при необходимости) и скорую медицинскую помощь;

НЕДОПУСТИМО:

- устранять препятствие кровотоку (освобождать сдавленные конечности) до наложения защитных жгутов и приема пострадавшим большого количества жидкости;
- согревать придавленные конечности.

3.16 Первая помощь при укусах животных

3.16.1 При укусах собакой (лис, прочее):

- забинтовать рану (для наложения повязки использовать стерильный или обычный бинт);
- обратиться в медицинский пункт за медицинской помощью.

3.16.2 При укусах змей:

- укушенную конечность нужно опустить и попытаться выдавить из ранки кровь, в которой находится яд;
- обеспечить неподвижность пораженной конечности (лангета или фиксирующая повязка);
- обеспечить покой в положении лежа при транспортировке в лечебное учреждение;
- положить на рану холод (пузырь со льдом) и доставить пострадавшего в лечебное учреждение;
- при потере сознания - повернуть на живот, а при остановке сердца и дыхания - приступить к реанимации;
- запрещено использовать грелку или согревающие компрессы;
- срочно вызвать квалифицированную медицинскую помощь.

3.16.3 При укусах клещом (контакте с клещом):

- обратиться в медицинский пункт за медицинской помощью.

3.17 Первая помощь при утоплении

Осмотрите потерпевшего: рот и нос могут быть забиты тиной или песком, их надо немедленно очистить. Затем переверните пострадавшего на живот так, чтобы голова оказалась ниже уровня его таза, и резко надавите на корень языка для провоцирования рвотного рефлекса и стимуляции дыхания. Если нет рвотных движений и кашля – положите пострадавшего на спину и приступите к реанимации.

При проявлении признаков жизни переверните пострадавшего лицом вниз и удалите воду из легких и желудка.

Как бы быстро ни восстановились дыхание, кровообращение и сознание, пострадавшего следует обязательно госпитализировать. **Запомните! В течение 3-5 суток после спасения сохраняется угроза повторной остановки сердца, развития отека легких, мозга и острой почечной недостаточности.**

На берегу не следует тратить много времени на попытку удаления воды из легких, тем более что освободить дыхательные пути от воды полностью практически невозможно.

Различают 3 механизма утопления:

1) Истинное утопление (70-80% всех случаев). Тонущие люди обычно находятся в состоянии сильного физического возбуждения, стараясь удержаться на воде, что истощает кислородные ресурсы организма. Учащенное поверхностное дыхание при выныривании приводит к гипоксии и гипокапнии, в результате которой уменьшается кровоток в сосудах головного мозга. Потеряв сознание, пострадавший погружается в воду. Возникает задержка дыхания, и углекислота быстро накапливается в организме. Накопившаяся углекислота стимулирует дыхательный центр, и пострадавший делает глубокие вдохи под водой, во время которых вода попадает в легкие, затапливая их. С каждым вдохом вода вытесняет из легких оставшийся воздух. Клинически истинное утопление проявляется «фиолетово-синим» цветом кожных покровов, выделением изо рта и носа белой или окрашенной кровью пены.

2) Асфиксическое утопление (10-15% всех случаев). У утонувшего человека вода не всегда заполняет бронхи и легкие. Так, если утоплению предшествовало торможение ЦНС под действием алкоголя, испуга, травмы черепа, то пострадавший быстро теряет сознание и погружается под воду. При этом глубокие вдохи под водой отсутствуют в связи с угнетением деятельности дыхательного центра. В ответ на попадание первой порции воды в дыхательные пути возникают рефлекторный ларингоспазм и закрытие голосовой щели. Вода в большом количестве заглатывается в желудок, но в легкие больше не попадает.

Клинические признаки истинного и асфиксического утопления (синюшность кожных покровов, «пушистая» пена изо рта и носа) практически одинаковые, что не позволяет различить эти виды утопления в период клинической смерти.

3) Синкопальное утопление (10-15% всех случаев). При этом виде утопления возникает моментальная рефлекторная остановка сердца при погружении человека в воду. Синкопальное утопление обычно встречается у женщин и детей; причинами его могут быть страх, резкий перепад температуры при попадании в холодную воду, сильное эмоциональное потрясение. Для этого вида утопления характерны бледность кожных покровов и отсутствие пенистой жидкости из полости рта и носа.

При истинном утоплении реанимация будет успешной, если пребывание под водой не превышает 3-6 мин. При асфиксическом и синкопальном утоплении эти сроки удлиняются до 10-12 мин. При утоплении в холодной воде проявляется защитный эффект гипотермии, и оживление возможно даже через 20 мин пребывания под водой. Поэтому важно проводить реанимационные мероприятия даже при длительном нахождении пострадавшего в состоянии утопления.

3.18 Первая помощь при отравлениях

Отравления бывают:

- острыми носящими внезапный характер и подразделяются на: легкие, средние, тяжелые;
- хроническими (относящиеся к профессиональным заболеваниям) – когда отравление организма происходит за длительный период.

Отравляющие вещества проникают в организм через: легкие во время дыхания (газы, пары, туман – наиболее опасны, т.к. быстро проникают в кровь); пищевой тракт (слюна, грязные руки, прием во внутрь); кожу (сухая и здоровая кожа лучше защищает; ссадины и мокрая кожа способствует проникновению отравляющих веществ);).

3.18.1 Отравление газами.

Признаки отравления: головная боль, помрачнение и потеря сознания, рвота.

При отравлении газами вынести пострадавшего на свежий воздух.

КАТЕГОРИЧЕСКИ ЗАПРЕЩАЕТСЯ! входить в загазованную зону для оказания помощи пострадавшему, не защитив органы дыхания индивидуальными средствами защиты изолирующего типа.

3.18.2 Пищевое отравление.

Признаки отравления: резкая слабость, головокружение, головная боль, повышение температуры тела, озноб, боль в животе, тошнота, рвота, понос.

При пищевом отравлении дать выпить пострадавшему 3-4 стакана кипяченой воды и вызвать рвоту. Предложить большое количество жидкости (чай, морс, компот). Тщательно следить за состоянием больного до прибытия медицинского работника.

В случае отсутствия сознания и пульса на сонной артерии – приступить к комплексу реанимации.

Во всех случаях отравления необходимо обратиться за медицинской помощью!

Первая помощь при отравлении химическими веществами указана в Приложении №6

<в приложении указываются вещества и первая помощь в зависимости от специфики каждой площадки.>

3.19 Правила и методы транспортировки пострадавшего

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

В зависимости от вида травмы и имеющихся средств (подручных) транспортировка пострадавших может осуществляться разными способами:

- поддержание;
- вынос на руках;
- перевозка транспортом;
- вывод при поддержке с одной или двух сторон.

Некоторые способы переноски пострадавшего показаны на рисунке.

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

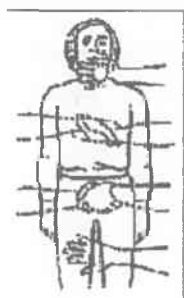
При транспортировке на носилках необходимо:

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

Правильные положения пострадавших при транспортировке:

- положение *лежа на спине* (пострадавший в сознании) – при травмах головы, позвоночника, конечностей;
- положение *лежа на спине с согнутыми в коленях ногами* (подложить под колени валик) – при переломах костей таза;

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



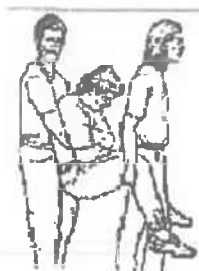
а



б



в



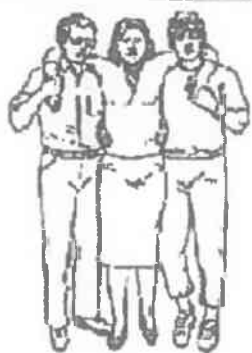
г



д



е



ж



з



и



к



л



м

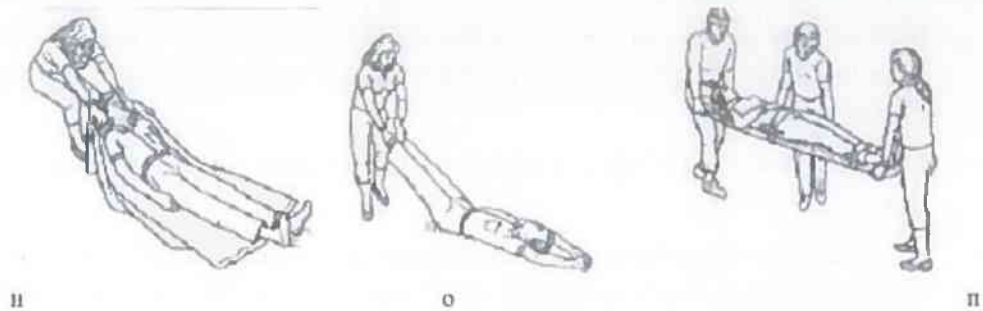


Рис.32

3.20 Ответственность.

За нарушения требований настоящей Инструкции работники несут ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

Ссылочные документы

1. Внешние регламентирующие документы:

1.1. "Об утверждении требований к комплектации изделиями медицинского назначения аптек для оказания первой помощи работникам" Приказ Минздравсоцразвития России от 05.03.2011 N 169н (Зарегистрировано в Минюсте России 11.04.2011 N 20452)

1.2. "Об утверждении перечня состояний, при которых оказывается первая помощь, и перечня мероприятий по оказанию первой помощи" Приказ Минздравсоцразвития России от 04.05.2012 N 477н (ред. от 07.11.2012) (Зарегистрировано в Минюсте России 16.05.2012 N 24183)

Приложение № 2

Термины, определения и сокращения (опционально)

Термины корпоративного словаря

Термины применимые в рамках инструкции

Термин	Сокращение	Определение
Первая помощь		Меры срочной помощи раненым или больным людям, предпринимаемые до прибытия медработника или до помещения больного в медицинское учреждение.
Клиническая смерть		Обратимый этап умирания, переходный период между жизнью и биологической смертью. На данном этапе прекращается деятельность сердца и процесс дыхания, полностью исчезают все внешние признаки жизнедеятельности организма. При этом гипоксия (кислородное голодание) не вызывает необратимых изменений в наиболее к ней чувствительных органах (головной мозг) и системах. Данный период переходного состояния, за исключением редких случаев, в среднем продолжается не более 3-4 минут, максимум 5-6 минут (при исходно пониженной или нормальной температуре тела). Состояние клинической смерти – обратимый процесс. На данном этапе возможно выживание.
Биологическая смерть (или истинная смерть)		Представляет собой необратимое прекращение физиологических процессов в клетках и тканях. Моментом смерти человека является момент смерти его мозга. Биологическая смерть – необратима. Со временем меняются возможности медицины по реанимации умерших пациентов. Поэтому признаки биологической смерти на каждом этапе развития медицины уточняются.
Кровотечение		Истечение крови из сосуда (артерии, вены, капилляра) в результате его травмы или осложнения некоторых заболеваний.

Ожог	Повреждения кожных покровов, которые вызваны тепловым, химическим, электрическим, радиационным воздействием. Ожог является серьезной физической травмой, получение которой сопровождается сильной болью и поражением кожи разной степени.
------	---

Приложение № 3

«Состав аптечки»



Состав
аптечки.docx

Приложение № 4

«Перечень мест хранения аптечек»



Перечень мест
хранения аптечек.d

Приложение № 5

«Ожоги химические»



Ожоги
химические.docx

Приложение № 6

«Отравления»



Отравления.docx