

УЧТЕНО МНЕНИЕ:

Председатель Профсоюзного комитета
О.В.Никифорова

«01» 03 2022 г.

СОДЕРЖАНИЕ

УТВЕРЖДАЮ:

Директор ГБУ РК «КЦСО г. Керчи»
Е.И.Богданова
2022 г.



Инструкция по охране труда по оказанию первой помощи ИОТ 07-2022

г. Керчь

Республика Крым

СОДЕРЖАНИЕ

1.	Общие положения	3
2.	Перечень состояний, при которых оказывается первая помощь	6
3.	Перечень мероприятий по оказанию первой помощи	9
4.	Реанимационные действия при отсутствии дыхания и нарушении сердечной деятельности	9
5.	Первая помощь при кровотечении	9
6.	Первая помощь при ранах	10
7.	Первая помощь при попадании инородного тела в дыхательные пути	
8.	Первая помощь при переломах, вывихах, ушибах и растяжении связок	
9.	Первая помощь при поражении электрическим током	
10.	Первая помощь при ожогах, воздействии высоких температур	12
11.	Первая помощь при отморожении и воздействии низких температур	14
12.	Первая помощь при отравлениях	15
13.	Основные приёмы извлечения пострадавших из повреждённой техники и других труднодоступных мест	17
14.	Переноска и перевозка пострадавшего	22

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

В соответствии с требованиями Трудового Кодекса РФ¹ работники обязаны проходить обучение оказанию первой помощи пострадавшим на производстве, так что оказание первой помощи является составной частью мероприятий по охране труда.

Работник, не прошедший в установленном порядке обучение по охране труда и проверку знаний и навыков в области охраны труда, к работе не допускается (ч. 1 ст. 76 ТК РФ).

Медицинская помощь - комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг.

Первая помощь - комплекс срочных мероприятий, проводимых при несчастных случаях и внезапных заболеваниях, направленных на прекращение действия повреждающего фактора, на устранение явлений, угрожающих жизни, на облегчение страданий и подготовку пострадавшего к отправке в лечебное учреждение.

Первая помощь не является медицинской - она оказывается до прибытия медиков или доставки пострадавшего в больницу.

Первая помощь до оказания медицинской помощи оказывается гражданам при несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях и заболеваниях, угрожающих их жизни и здоровью, лицами, обязанными оказывать первую помощь в соответствии с федеральным законом или со специальным правилом и имеющими соответствующую подготовку, в том числе сотрудниками органов внутренних дел Российской Федерации, сотрудниками, военнослужащими и работниками Государственной противопожарной службы, спасателями аварийно-спасательных формирований и аварийно-спасательных служб.

В соответствии с частью 4 статьи 31 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», водители транспортных средств и другие лица вправе оказывать первую помощь при наличии соответствующей подготовки и (или) навыков.

Целью первой помощи является устранение или ослабление действия поражающего фактора на организм человека, спасение жизни пораженным, предупреждение развития опасных для их жизни осложнений, обеспечение эвакуации в лечебное учреждение. Оптимальным сроком оказания первой помощи принято считать 20-30 мин с момента поражения. При остановке дыхания и прекращении сердечной деятельности это время сокращается до 5 мин.

К основным принципам оказания первой помощи относятся следующие:

1. Не навреди!
2. Действуй незамедлительно!
3. Действуй обдуманно!

Не следует пытаться лечить пострадавшего – это дело врача-специалиста. Нельзя давать пострадавшему таблетки, капли и другие медикаменты.

Внимание! Работники без медицинского образования не имеют права оказывать медицинскую помощь.

Для лиц, обязанных оказывать первую помощь, предусмотрена ответственность за неоказание первой помощи вплоть до уголовной (ст. 124 «Неоказание помощи больному», ст. 125 «Оставление в опасности»).

Для простых очевидцев происшествия, оказывающих первую помощь в добровольном порядке, никакая ответственность за неоказание первой помощи применяться не может.

¹ Далее по тексту – ТК РФ.

Особые нормы установлены в отношении водителей, причастных к ДТП. Принятие мер по оказанию первой помощи относится к обязанностям водителя в связи с ДТП, за невыполнение которых водителю грозит привлечение к административной ответственности и наказание в виде административного штрафа (ч. 1 ст. 12.27 Кодекса РФ об административных правонарушениях). В том случае, если гражданин заведомо оставил пострадавшего, находящегося в беспомощном состоянии без возможности получения помощи, он может быть привлечен к уголовной ответственности в случае, если он был обязан иметь о пострадавшем заботу (например, родитель о ребенке) или сам поставил его в опасное для жизни или здоровья состояние (например, водитель скрылся с места ДТП) по ст. 125 «Оставление в опасности» Уголовного кодекса РФ.

Настоящая инструкция представляет собой краткое руководство к действию по оказанию первой помощи при несчастных случаях в различных обстоятельствах.

2. ПЕРЕЧЕНЬ СОСТОЯНИЙ, ПРИ КОТОРЫХ ОКАЗЫВАЕТСЯ ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ

1. Отсутствие сознания.
2. Остановка дыхания и кровообращения.
3. Наружные кровотечения.
4. Инородные тела верхних дыхательных путей.
5. Травмы различных областей тела.
6. Ожоги, эффекты воздействия высоких температур, теплового излучения.
7. Отморожение и другие эффекты воздействия низких температур.
8. Отравления.

3. ПЕРЕЧЕНЬ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ОКАЗАНИЮ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ

Оказывающему первую помощь необходимо придерживаться следующего общего алгоритма оказания помощи:

1. Оценить сложившуюся обстановку и наличие возможных опасностей для себя, пострадавшего (пострадавших) и окружающих. После этого следует попытаться устранить угрожающие факторы или минимизировать риск собственного повреждения и риск для пострадавшего (пострадавших) и окружающих, обеспечив тем самым безопасные условия для оказания первой помощи и других видов помощи. При необходимости (вероятность возгорания, состояние клинической смерти) следует извлечь пострадавшего (пострадавших) из автомобиля или других труднодоступных мест. Также следует определить количество пострадавших и приоритетность оказания первой помощи.

2. Проверить наличие сознания у пострадавшего. При наличии сознания у пострадавшего - начать выполнять мероприятия, описанные в п. 7 и далее.

3. При отсутствии признаков сознания участнику оказания первой помощи необходимо самостоятельно или привлекая помощников, следует осуществить вызов скорой медицинской помощи (тел.: **101, 103, 112**), восстановить проходимость дыхательных путей у пострадавшего, после чего проверить наличие у него дыхания.

- 1) запрокидывание головы с подъёмом подбородка;
- 2) выдвижение нижней челюсти;
- 3) определение наличия дыхания с помощью слуха, зрения и осязания;
- 4) определение наличия кровообращения, проверка пульса на магистральных артериях.

При наличии дыхания у пострадавшего – начать выполнять мероприятия, описанные в [п. 6](#) и далее.

4. Одновременно с вызовом скорой медицинской помощи (если вызывает помощник) или после вызова (если вызов осуществлялся самостоятельно) участнику оказания первой помощи необходимо начать проведение базовой сердечно-легочной реанимации в объеме компрессий грудной клетки и искусственной вентиляции легких:

- 1) давление руками на грудину пострадавшего;
- 2) искусственное дыхание "Рот ко рту";
- 3) искусственное дыхание "Рот к носу";
- 4) искусственное дыхание с использованием устройства для искусственного дыхания.

Если при проведении реанимационных мероприятий появляются признаки наружного артериального кровотечения, участник оказания первой помощи привлекает помощника для его остановки или производит остановку кровотечения самостоятельно. Реанимационные мероприятия, проводимые участником оказания первой помощи, продолжают до прибытия скорой медицинской помощи или других аварийно-спасательных формирований и распоряжения их сотрудников о прекращении этих действий, либо до появления явных признаков жизнедеятельности у пострадавшего (появления самостоятельного дыхания и кровообращения, возникновения кашля, произвольных движений у пострадавшего). В случае длительного проведения реанимационных мероприятий и возникновения физической усталости у участника оказания первой помощи, необходимо привлечь помощника к осуществлению этих мероприятий, а в отсутствие помощника - прекратить их. Реанимационные мероприятия могут не осуществляться пострадавшим с явными признаками нежизнеспособности (разложение, травма несовместимая с жизнью), либо в случаях, когда отсутствие признаков жизни вызвано исходом длительно существующего неизлечимого заболевания (например, онкологического заболевания и т.п.).

5. В случае появления у пострадавшего признаков жизни и наличия самостоятельного дыхания необходимо осуществить поддержание проходимости дыхательных путей:

- 1) придание устойчивого бокового положение (пострадавших с подозрением на травму позвоночника следует поворачивать на бок с привлечением как минимум 2 помощников с ручной фиксацией позвоночника). **НЕЛЬЗЯ оставлять человека в состоянии комы лежать на спине.**
- 2) запрокидывание головы с подъемом подбородка;
- 3) выдвижение нижней челюсти.

6. Участнику оказания первой помощи необходимо провести обзорный осмотр пострадавшего на наличие признаков сильного артериального или смешанного кровотечения. При наличии этих признаков необходимо осуществить временную остановку кровотечения доступными способами:

- 1) пальцевое прижатие артерии;
- 2) наложение жгута;
- 3) максимальное сгибание конечности в суставе;
- 4) прямое давление на рану;
- 5) наложение давящей повязки.

7. При отсутствии явных признаков кровотечения следует выполнить подробный осмотр пострадавшего в следующей последовательности:

- 1) проведение осмотра головы;
- 2) проведение осмотра шеи;
- 3) проведение осмотра груди;
- 4) проведение осмотра живота;
- 5) проведение осмотра конечностей.

8. При выявлении травм, ранений и кровотечений участнику оказания первой помощи необходимо самостоятельно или с привлечением помощника вызвать скорую

медицинскую помощь (если она не была вызвана ранее) и сообщить диспетчеру характер повреждений, оказать соответствующую первую помощь, привлечь к оказанию первой помощи свидетелей и участников происшествия, организовать использование аптек и укладок, контролировать действия помощников:

- 1) наложение повязок при травмах различных областей тела, в том числе окклюзионной (герметизирующей) при ранении грудной клетки;
- 2) проведение иммобилизации (с помощью подручных средств, аутоиммобилизация, с использованием изделий медицинского назначения*);
- 3) фиксация шейного отдела позвоночника (вручную, подручными средствами, с использованием изделий медицинского назначения*);
- 4) прекращение воздействия опасных химических веществ на пострадавшего (промывание желудка путем приема воды и вызывания рвоты, удаление с поврежденной поверхности и промывание поврежденной поверхности проточной водой);
- 5) местное охлаждение при травмах, термических ожогах и иных воздействиях высоких температур или теплового излучения;
- 6) термоизоляция при отморожениях и других эффектах воздействия низких температур.

9. Придать пострадавшему оптимальное положение тела, определяющееся его состоянием и характером имеющихся у него травм и заболеваний.

10. Участнику оказания первой помощи следует самостоятельно или, привлекая помощников, контролировать состояние пострадавшего (пострадавших), которым уже оказана первая помощь, и оказывать пострадавшему (пострадавшим) первую психологическую помощь.

11. Передать пострадавшего бригаде скорой медицинской помощи, другим специальным службам, сотрудники которых обязаны оказывать первую помощь в соответствии с федеральным законом или со специальным правилом.

4. РЕАНИМАЦИОННЫЕ ДЕЙСТВИЯ ПРИ ОТСУТСТВИИ ДЫХАНИЯ И НАРУШЕНИИ СЕРДЕЧНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

4.1. Первичная сердечно-лёгочная реанимация состоит из трёх блоков:

- А – восстановление проходимости дыхательных путей;
- В – искусственная вентиляция лёгких (искусственное дыхание);
- С – непрямой массаж сердца.

4.2. Восстановление проходимости дыхательных путей

4.2.1. При необходимости проводят очищение ротовой полости. Для этого пострадавшего переводят в боковое положение, салфеткой (платком) круговым движением пальцев удаляют из полости рта инородные тела, слизь, рвотные массы и т. д. Возвращают в положение «на спине».

Для обеспечения проходимости дыхательных путей выполняют запрокидывание головы: одну руку помещают на лоб пострадавшего, другой охватывают подбородок (большим и указательным пальцами), приподнимают его. Голова оказывается запрокинутой назад, угол между нижней челюстью и шеей – тупой. Это осуществляется для устранения западения корня языка.



4.2.2. Другой приём – выдвижение нижней челюсти. Для этого охватывают голову руками с двух сторон, большие пальцы рук располагают на нижней челюсти (приоткрывают рот), другие пальцы – под нижней челюстью в области её углов (движением вперёд и вверх – выдвигают челюсть). При выдвижении нижней челюсти происходит смещение корня языка, открывается пространство для прохождения воздуха.



4.3. *Искусственное дыхание*

4.3.1. Искусственное дыхание производится в тех случаях, когда пострадавший не дышит или дышит очень плохо (редко, судорожно, как бы со всхлипыванием), а также, если его дыхание постоянно ухудшается независимо от того, чем это вызвано: поражением электрическим током, отравлением, утоплением и т. д.

4.3.2. Наиболее эффективным способом искусственного дыхания является способ "изо рта в рот" или «изо рта в нос», так как при этом обеспечивается поступление достаточного объёма воздуха в лёгкие пострадавшего. Способ «изо рта в рот» или «изо рта в нос» относится к способам искусственного дыхания по методу вентиляции, при котором выдыхаемый оказывающим помощь воздух насильно подаётся в дыхательные пути пострадавшего. Установлено, что выдыхаемый человеком воздух физиологически пригоден для дыхания пострадавшего в течение длительного времени. Вентиляцию можно производить через марлю, платок, специальное приспособление - «воздуховод».

4.3.3. Этот способ искусственного дыхания позволяет легко контролировать поступление воздуха в лёгкие пострадавшего по расширению грудной клетки после вдоха и последующему сжиманию её в результате пассивного выдоха.

4.3.4. Для проведения искусственного дыхания пострадавшего следует уложить на спину, расстегнуть стесняющую дыхание одежду.

4.3.5. После этого оказывающий помощь располагается сбоку от головы пострадавшего, а ладонью другой руки надавливает на его лоб, максимально запрокидывая голову (**Не выполнять при подозрении на перелом шейного отдела позвоночника!**). При этом корень языка поднимается и освобождается вход в гортань, а рот пострадавшего открывается. Оказывающий помощь наклоняется к лицу пострадавшего, делает глубокий вдох открытым ртом, полностью плотно охватывает губами открытый рот пострадавшего и

делает энергичный выдох, с некоторым усилием подавая воздух в его рот; одновременно он закрывает нос пострадавшего щекой или пальцами руки, находящейся на лбу. При этом надо наблюдать за грудной клеткой пострадавшего, которая поднимается. Как только грудная стенка поднялась, нагнетание воздуха приостанавливают, оказывающий помощь поворачивает лицо в сторону, происходит пассивный выдох у пострадавшего.



НЕЛЬЗЯ! Делать «вдох» искусственного дыхания, не зажав предварительно нос пострадавшего

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

4.3.7. Кроме расширения грудной клетки, хорошим показателем эффективности искусственного дыхания может служить порозовение кожных, покровов и слизистых, а также выход больного из бессознательного состояния и появление у него самостоятельного дыхания.

4.3.8. При проведении искусственного дыхания оказывающий помощь должен следить за тем, чтобы воздух не попал в желудок пострадавшего. При попадании воздуха в желудок, о чем свидетельствует вздутие живота «под ложечкой», осторожно надавливают ладонью на живот между грудиной и пупком. При этом может возникнуть рвота, тогда необходимо повернуть голову и плечи пострадавшего набок, чтобы очистить его рот и глотку.

4.3.9. Если после нагнетания воздуха грудная клетка не расправляется, необходимо выдвинуть нижнюю челюсть пострадавшего вперед. Для этого четырьмя пальцами обеих рук захватывают нижнюю челюсть сзади за углы и, опираясь большими пальцами в её край ниже углов рта, оттягивают и выдвигают челюсть вперед так, чтобы нижние зубы стояли впереди верхних.

4.3.10. Если челюсти пострадавшего плотно стиснуты и открыт рот не удаётся, следует проводить искусственное дыхание «изо рта в нос».

4.3.11. При отсутствии самостоятельного дыхания и наличии пульса искусственное дыхание можно выполнять и в положении сидя или вертикальном, если несчастный случай произошёл в люльке, на опоре или мачте. При этом как можно больше запрокидывают голову пострадавшего назад или выдвигают нижнюю челюсть. Остальные приёмы те же.

4.5.1. Маленьким детям подают воздух одновременно в рот и в нос, охватывая своим ртом и нос ребёнка. Чем меньше ребёнок, тем меньше ему нужно воздуха для вдоха и тем чаще следует производить вентиляцию по сравнению с взрослым человеком (до 15 ÷ 18 раз в минуту). Поэтому вдох должен быть не полным и менее резким, чтобы не повредить дыхательные пути пострадавшего. Новорождённому достаточно объёма воздуха, находящегося в полости рта у взрослого.

4.3.12. Прекращают искусственное дыхание после восстановления у пострадавшего достаточно глубокого и ритмичного самостоятельного дыхания.

4.4. В случае отсутствия не только дыхания, но и пульса на сонной артерии, делают подряд два искусственных вдоха и приступают к прямому (закрытому) массажу сердца.

4.5. *Непрямой (закрытый) массаж сердца*

4.5.2. При отсутствии пульса на сонной артерии **НЕЛЬЗЯ** терять время на определение признаков дыхания!

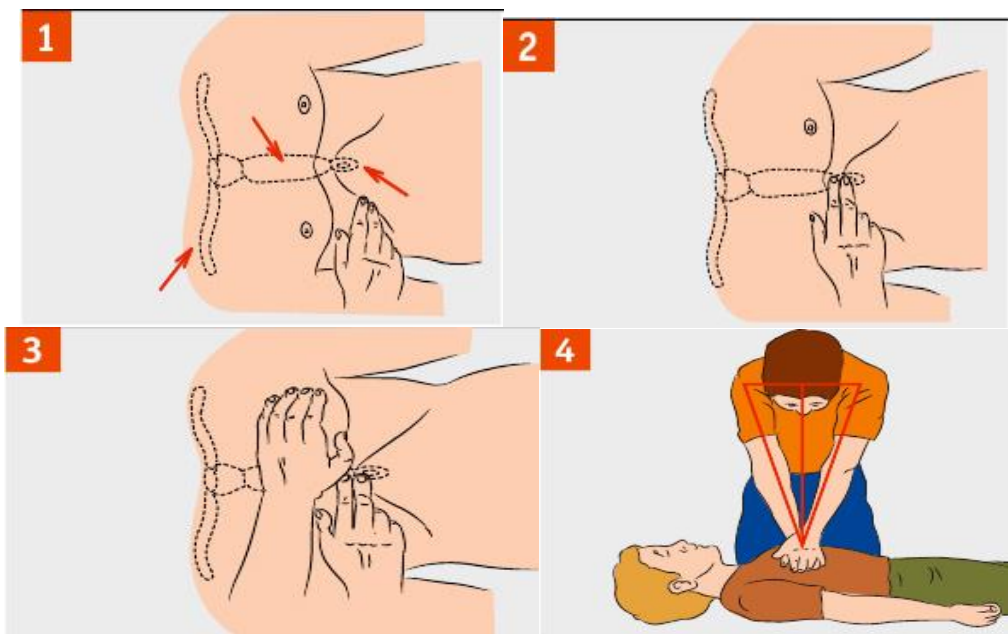
4.5.3. Показанием к проведению непрямого массажа сердца является остановка сердечной деятельности, для которой характерно сочетание следующих признаков: появление бледности или синюшности кожных покровов, потеря сознания, отсутствие пульса на сонной артерии, прекращение дыхания или судорожные неправильные вдохи. При остановке сердца, не теряя ни секунды, пострадавшего надо уложить на ровное жёсткое основание: скамью, пол, в крайнем случае, положить под спину доску (никаких валиков под плечи и шею подкладывать нельзя).

4.5.4. Проверить и обеспечить проходимость верхних дыхательных путей. Запрокинуть голову, выдвинуть нижнюю челюсть и приоткрыть рот. Провести ревизию ротовой полости. При помощи обмотанных салфеткой указательного и среднего пальцев извлекают изо рта рвотные массы, сгустки крови, осколки зубов, обломки протезов и другие посторонние предметы.

4.5.5. Расстегнуть или разорвать одежду на груди пострадавшего для того, чтобы не повредить себе руки во время реанимационных мероприятий о посторонний предмет (бумажник, ручка во внутреннем кармане, кулон и пр.) и для облегчения экскурсии лёгких (разница в окружности груди между вдохом и выдохом) у пострадавшего.

У лиц пожилого возраста перед началом проведения непрямого массажа сердца следует проверить эластичность грудной клетки одиночным нажатием на грудину для того, чтобы рассчитать усилия при проведении реанимационных мероприятий.

4.5.6. Если помощь оказывает один человек, он располагается сбоку от пострадавшего и, наклонившись, делает два быстрых энергичных вдувания (по способу «изо рта в рот» или «изо рта в нос»), затем поднимается, оставаясь на той же стороне от пострадавшего, ладонь одной руки кладёт на нижнюю половину грудины (отступив на два пальца выше от её нижнего края), а пальцы приподнимает. Ладонь второй руки кладёт поверх первой поперёк или вдоль и надавливает, помогая наклоном своего корпуса. Руки при надавливании должны быть выпрямлены в локтевых суставах.



4.5.7. Надавливание следует производить быстрыми толчками, так, чтобы смещать грудину на 4÷5 см, продолжительность надавливания не более 0,5 с. интервал между отдельными надавливаниями 0,5 с.

НЕЛЬЗЯ! Располагать ладонь на груди так, чтобы большой палец был направлен на оказывающего помощь.



4.5.8. Компрессии грудной клетки осуществляются в переднезаднем направлении перпендикулярно плоскости тела пострадавшего.

При их проведении руки работника должны быть выпрямлены в локтях. Давление на грудную клетку осуществляется не силой рук, а переносом тяжести тела человека, оказывающего первую помощь.



4.5.9. В паузах руки с грудины не снимают.

4.5.10. Если оживление проводит один человек, то на каждые два вдоха он производит 15 надавливаний на грудину. За 1 мин. необходимо сделать не менее 60 надавливаний и 12 вдуваний, т. е. выполнить 72 манипуляции, поэтому темп реанимационных мероприятий

должен быть высоким. Опыт показывает, что наибольшее количество времени теряется при выполнении искусственного дыхания: нельзя затягивать вентиляцию - как только грудная клетка пострадавшего расширилась, нагнетание воздуха прекращают.

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



НЕЛЬЗЯ! Располагаться спасателям друг напротив друга и обходить партнера сзади.

4.5.12. Если реанимационные мероприятия проводятся правильно, кожные покровы розовеют, зрачки сужаются, самостоятельное дыхание восстанавливается. Пульс на сонной артерии во время массажа должен хорошо прощупываться, если его определяет другой человек. После того, как восстановится сердечная деятельность и будет хорошо определяться пульс, массаж сердца немедленно прекращают, продолжая искусственное дыхание при слабом дыхании пострадавшего и, стараясь, чтобы естественный и искусственный вдохи совпадали.

4.5.13. При восстановлении полного самостоятельного дыхания искусственное дыхание также прекращают. Если сердечная деятельность или самостоятельное дыхание ещё не восстановились, но реанимационные мероприятия эффективны, то их можно прекратить только при передаче пострадавшего в руки медицинского работника. При неэффективности искусственного дыхания и непрямого массажа сердца (кожные покровы синюшно-фиолетовые, зрачки широкие, пульс на артериях во время массажа не определяется) реанимацию прекращают через 30 минут.

Внимание!

- для быстрого возврата крови к сердцу – приподнять ноги пострадавшего;
- для сохранения жизни головного мозга – приложить холод к голове;
- для удаления воздуха из желудка – повернуть пострадавшего на живот и надавить кулаками ниже пупка.

4.5.14. Сердечно-легочная реанимация у детей предусматривает закрытый массаж сердца с той же частотой и амплитудой, что и у взрослых. Детям старше 1 года до 7 лет массаж сердца производят, стоя сбоку, основанием одной кисти, а более старшим детям - обеими кистями рук (как взрослым). У грудных детей эффективен метод, при котором грудную клетку ребёнка обхватывают обеими ладонями, помещая большие пальцы на середину грудины, а остальные плотно прижимают к бокам и спине. Нажатия производят большими пальцами. Так же используется метод, при котором нажимают на грудину сомкнутыми вторым и третьим пальцами при положении ребёнка на спине.

4.5.15. Во время массажа грудная клетка должна прогибаться на $1 \div 1,5$ см у новорожденных, на $2 \div 2,5$ см у детей 1 ÷ 12 месяцев, $3 \div 4$ см у детей старше года.

Внимание!

Непрямой массаж сердца может сломать ребра, следовательно, сломанные кости легко могут повредить лёгкие и сердце.

Непрямой массаж сердца выполняется только после того как вы убедились что пульс и дыхание у пострадавшего отсутствуют, а врача по близости нет. **Нельзя** проводить закрытый массаж сердца при наличии пульса.

Во время пока один человек делает массаж сердца, кто-то второй обязательно должен вызвать скорую медицинскую помощь.

5. ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИИ

5.1. Кровотечения, при которых кровь вытекает из раны или естественных отверстий тела наружу, принято называть наружными. Кровотечения, при которых кровь скапливается в полостях тела, называют внутренними. Среди наружных кровотечений чаще всего наблюдаются кровотечения из ран, а именно:

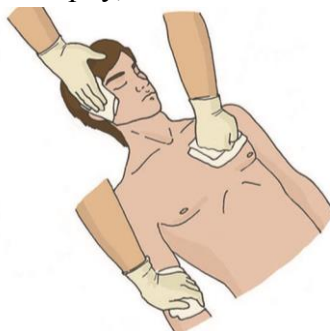
- **капиллярное** - при поверхностных ранах, при этом кровь из раны вытекает каплями;
- **венозное** - при более глубоких ранах, например, резаных, колотых, происходит обильное вытекание крови темно-красного цвета;
- **артериальное** - при глубоких рубленых, колотых ранах; артериальная кровь ярко красного цвета бьёт струёй из повреждённых артерий, в которых она находится под большим давлением;
- **смешанное** - в тех случаях, когда в ране кровоточат вены и артерии, чаще всего такое кровотечение наблюдается при глубоких ранах;

5.2. Внутреннее кровотечение – это потеря крови, при которой кровь истекает не наружу, а в одну из полостей человеческого тела. В случае внутреннего кровотечения не повреждается кожный покров и видимая рана отсутствует. Внутреннее кровотечение может быть результатом не только травмы (разрыв селезенки при тупой травме живота), но и заболевания (язвенная болезнь желудка, цирроз печени и т. д.). Диагностика внутреннего кровотечения на этапе оказания первой помощи очень затруднена. Оказание первой помощи должно быть направлено на создание условий, способствующих снижению интенсивности кровотечения вплоть до его остановки.

5.3. Остановка кровотечения повязкой

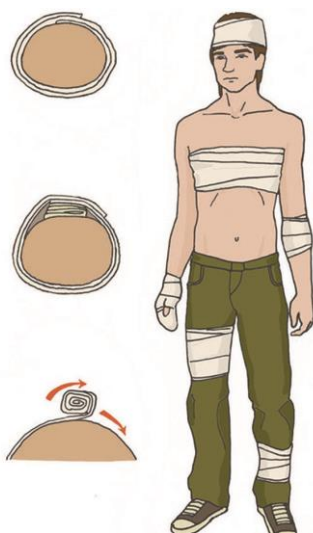
5.3.1. Поднять раненую конечность.

5.3.2. Закрывать кровоточащую рану перевязочным материалом (из пакета), сложенным в комочек, и придавить сверху, не касаясь пальцами самой раны.



5.3.3. В таком положении, не отпуская пальцев, держать 4 ÷ 5 минут. Если кровотечение остановится, то, не снимая наложенного материала, поверх него наложить ещё одну подушечку из другого пакета или кусок ваты и забинтовать раненое место с небольшим нажимом, чтобы не нарушать кровообращения повреждённой конечности. При бинтовании руки или ноги витки бинта должны идти снизу вверх - от пальцев к туловищу;

5.3.4. При сильном кровотечении, если его невозможно остановить давящей повязкой, следует сдавить кровеносные сосуды, питающие раненую область пальцами, жгутом или закруткой, либо согнуть конечности в суставах. Во всех случаях при большом кровотечении необходимо срочно вызвать врача и указать ему точное время наложения жгута (закрутки).



5.3.5. Правила бинтования разных частей тела

Голеностоп, локоть, пятка, бедро, плечо, предплечье, грудь - спиральная повязка.

Шея, грудь, гортань, руки и кисти, затылок - крестообразная повязка.

Череп - «чепец», напоминающий шлем.

Выпадение органов - слабая повязка без вправления внутренних органов.



Порядок наложения повязок:

- наложить на рану кусок стерильной марли или бинта, затем слой ваты и закрепить бинтом;
- бинтовать в наиболее удобном для пострадавшего положении, наблюдая за его лицом;
- бинт обычно держат в правой руке, а левой удерживают повязку и расправляют бинт. Бинт ведут слева направо и раскатывают, не отрывая от поверхности тела. Каждый последующий ход бинта должен прикрывать предыдущий на 1/2 или 2/3 его ширины;

• при бинтовании конечностей следует делать перегибы после 2–3 слоев, чтобы бинт не сползал, нужно сделать в начале и в конце закрепляющие слои;

• бинтовать руку при согнутом под небольшим углом локтевом суставе, а ногу - при согнутом под небольшим углом коленном суставе. Бинтовать конечности начинают с периферии и ходы бинта ведут по направлению к корню конечности. Неповрежденные кончики пальцев нужно оставлять открытыми, чтобы можно было по ним следить за кровообращением;

• при наложении повязки и по окончании бинтования проверяют, не туго ли лежит повязка, не слишком ли она свободна, не будет ли сползать и разматываться.

При ранении необходимо: остановить кровотечение; предотвратить возможное заражение раны.

Человек, решивший оказать первую медицинскую помощь при кровотечениях, должен по возможности продезинфицировать повреждение и применять стерильные материалы для перевязки. Если нет возможности, кровотечение останавливают подручными материалами и ожидают приезда неотложной помощи.

5.4. Остановка кровотечения пальцами

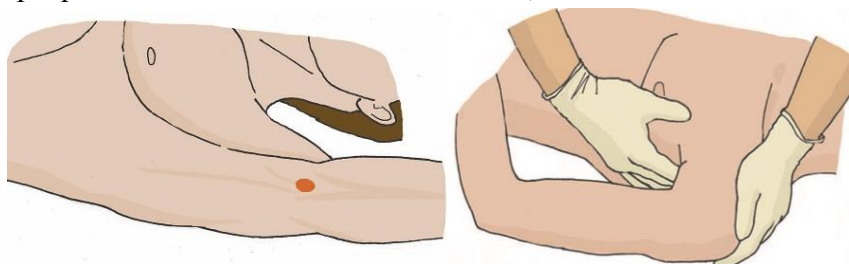
5.4.1. Быстро остановить кровотечение можно, прижав пальцами кровоточащий сосуд к подлежащей кости выше раны (ближе к туловищу). Придавливать пальцами кровоточащий сосуд следует достаточно сильно.

5.4.2. Кровотечение из ран останавливают:

- на нижней части лица - прижатием челюстной артерии к краю нижней челюсти;
- на виске и лбу - прижатием височной артерии впереди козелка уха;
- на затылке - прижатием затылочной артерии;
- на голове и шее - прижатием сонной артерии к шейным позвонкам;



- на подмышечной впадине и плече (вблизи плечевого сустава) - прижатием подключичной артерии к кости в подключичной ямке;



- на предплечье - прижатием подмышечной и плечевой артерии посередине плеча с внутренней стороны;

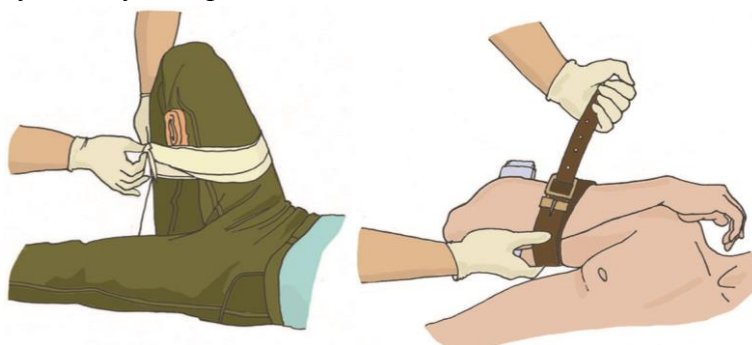


- на кистях и пальцах рук - прижатием артерий (лучевой и локтевой) в нижней трети предплечья у кисти;
- на бедре - прижатием бедренной артерии в паху к костям таза;



- на голени - прижатием бедренной артерии в середине бедра или подколенной артерии;
- на стопе прижатием тыльной артерии стопы или задней большеберцовой.

5.4.3. Остановка кровотечения из конечности может быть произведена сгибанием ее в суставах, если нет перелома костей этой конечности. У пострадавшего следует быстро засучить рукава или брюки и, сделав комок из любой материи, вложить его в ямку, образующуюся при сгибании сустава, расположенного выше места ранения; затем сильно, до отказа, согнуть сустав над этим комком. При этом сдавливаются проходящая в сгибе артерия, подающая кровь к ране. В таком положении сгиба ноги или руки надо связывать или привязывать к туловищу пострадавшего.



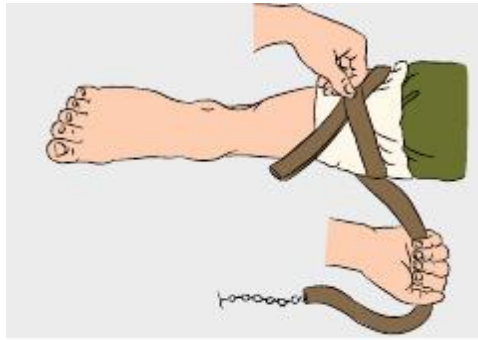
5.5. *Остановка кровотечения жгутом или закруткой*

5.6.1. Когда сгибание в суставе применять невозможно (например, при одновременном переломе костей той же конечности), то при сильном кровотечении следует перетянуть всю конечность, накладывая жгут.

5.6.2. В качестве жгута лучше всего использовать какую-либо упругую растягивающуюся ткань, резиновую трубку, подтяжки и т. п. Перед наложением жгута конечность (руку или ногу) нужно подтянуть.

5.6.3. Если у оказывающего помощь нет помощника, то предварительное прижатие артерии пальцами можно поручить самому пострадавшему.

5.6.4. Жгуты накладывают на ближайшую к туловищу часть плеча или бедра. Место, на которое накладывают жгут, должно быть обернуто чем-либо мягким, например, несколькими слоями бинта или куском марли, чтобы не прищемить кожу. Можно накладывать жгут поверх рукава или брюк.



5.6.5. Прежде чем наложить жгут, его следует растянуть, а затем туго забинтовать им конечность, не оставляя между оборотами жгута не покрытых им участков кожи.

5.6.6. Перетягивание жгутом конечности не должно быть чрезмерным, так как при этом могут быть стянуты и пострадать нервы; натягивать жгут нужно только до прекращения кровотечения. Если кровотечение полностью не прекратилось, следует наложить дополнительно (более туго) несколько оборотов жгута.

5.6.7. Правильность наложения жгута проверяют по пульсу. Если его биение прощупывается, то жгут наложен неправильно, его нужно снять и наложить снова.

5.6.8. Держать наложенный жгут больше 1,0 ч не допускается, так как это может привести к омертвлению обескровленной конечности. По его истечении жгут необходимо ослабить на 10 ÷ 15 минут. При необходимости можно затянуть вновь, но не более чем на 20 минут.

5.6.9. Боль, которую причиняет наложенный жгут, бывает очень сильной, в силу чего иногда приходится на время снимать жгут. В этих случаях перед тем, как снять жгут, необходимо прижать пальцами артерию, по которой идет кровь к ране, и дать пострадавшему отдохнуть от боли, а конечности - получить некоторый приток крови. После этого жгут накладывают снова. Распускать жгут следует постепенно и медленно. Даже если пострадавший может выдержать боль от жгута, все равно через час его следует снять на 10÷15 мин.

5.6.10. При отсутствии под рукой ленты перетянуть конечность можно закруткой, сделанной из нерастягивающегося материала: галстука, пояса, скрученного платка или полотенца, верёвки, ремня и т. п.

5.6.11. Материал, из которого делается закрутка, обводится вокруг поднятой конечности, покрытой чем-либо мягким (например, несколькими слоями бинта), и связывается узлом по наружной стороне конечности. В этот узел или под него продевается какой-либо предмет в виде палочки, который закручивается до прекращения кровотечения. Закрутив до необходимой степени палочку, её закрепляют так, чтобы она не смогла самопроизвольно раскрутиться.



5.6.12. После наложения жгута или закрутки необходимо написать записку с указанием времени их наложения или вложить её в повязку под бинт или жгут. Можно сделать надпись на коже повреждённой конечности.



Внимание!

Остановка кровотечения с использованием жгута может привести к ампутации конечности!

Наложите повязку из чистой ткани или стерильной марли на рану и придержите её. До прибытия врачей этого будет достаточно. Только при сильном кровотечении, когда риск смерти выше риска ампутации, позволительно пользоваться жгутом.

5.6. *Первая помощь при кровотечении из носа*

5.7.1. Причины: травма носа (удар, царапина); заболевания (высокое артериальное давление, пониженная свертываемость крови); физическое перенапряжение; перегревание.

5.7.2. Усадить пострадавшего, слегка наклонив его голову вперед и дать стечь крови. Сжать на 5 ÷ 10 минут нос чуть выше ноздрей. При этом пострадавший должен дышать ртом!

НЕЛЬЗЯ!

Запрокидывать голову или лечь на спину! Кровь может попасть в легкие или вызвать рвоту.

5.7.3. Предложить пострадавшему сплевывать кровь. (При попадании крови в желудок может развиваться рвота.)

5.7.4. Приложить холод к переносице (мокрый платок, снег, лед). Если кровотечение из носа не остановилось в течение 15 минут - ввести в носовые ходы свернутые в рулончик марлевые тампоны.

5.7.5. Если кровотечение в течение 15 ÷ 20 минут не останавливается, направить пострадавшего в лечебное учреждение.

5.7. *Внутреннее кровотечение.*

5.8.1. Кровотечения из внутренних органов представляют большую опасность для жизни. Внутреннее кровотечение распознается по резкой бледности лица, слабости, очень частому пульсу, одышке, головокружению, сильной жажде и обморочному состоянию. В этих случаях необходимо срочно вызвать врача, а до его прихода создать пострадавшему полный покой. Нельзя давать ему пить, если есть подозрение на ранение органов брюшной полости.

5.8.2. Действия при внутреннем кровотечении:

- Оценить ситуацию и обеспечить безопасные условия для оказания первой помощи.
- Максимально быстро обеспечить вызов бригады скорой помощи.
- Создать больному или пострадавшему полный покой.
- Положить на область предполагаемого источника кровотечения холод (пузырь со льдом или снегом, холодной водой).

6. ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ РАНАХ

6.1. **Раны (ранения)** – повреждение кожных покровов, слизистых и подлежащих тканей. Основные признаки раны – зияние краев, боль и кровотечение. Раной называется механическое повреждение покровов тела, нередко сопровождающееся нарушением целостности

мышц, нервов, крупных сосудов, костей, внутренних органов, полостей и суставов. В зависимости от характера повреждения и вида ранящего предмета различают раны резаные, колотые, рубленые, ушибленные, разможенные, огнестрельные, рваные и укушенные. Раны могут быть поверхностными, глубокими и проникающими в полость тела.

Причинами ранения могут явиться различные физические или механические воздействия. В зависимости от их силы, характера, особенностей и мест приложения они могут вести к разнообразным дефектам кожи и слизистых, травмам кровеносных сосудов, повреждениям внутренних органов, костей, нервных стволов и вызывать острую боль.

Различают следующие виды ранений:

Огнестрельное - в результате осколочного либо пулевого воздействия. Бывает сквозным (есть вход и выход в теле), слепым (пуля застряла в мягкой или костной ткани), касательным (лишь слегка задеты кожа и мягкие ткани). Отличительными особенностями огнестрельных ран являются следующие: наличие трех зон повреждения тканей - раневого канала; зоны травматического некроза; зоны молекулярного сотрясения; сложный анатомический характер раневого канала; высокая степень бактериального загрязнения.

Порез - это повреждение кожи, нанесенное острым предметом. Небольшие порезы задевают только кожу и жировую ткань непосредственно под кожей, они обычно проходят самостоятельно. Более серьезные порезы (резаные раны) могут затрагивать мышцы, сухожилия, кровеносные сосуды, связки и нервы.

Опасны резаные раны на шее и конечностях на участках пролегания крупных вен и артерий.

Колотое - результат проникновения в тело острого предмета (шила, иглы, штыка и пр.). Кожные покровы и слизистые повреждаются мало, но глубина поражения значительная. Опасность таких травм заключается в поражении внутренних органов и риске внутреннего кровотечения.

Рубленое - следствие воздействия острого предмета с параллельным ушибом тканей. Опасная травма, поскольку глубокое проникновение ранящего предмета вызывает сильные разрушения.

Ушибленное - возникает от удара тупым предметом. Основные характеристики ушибленных ран - широкий участок разможения, кровоподтеки, неровные края.

Царапины и ссадины – это поверхностное повреждение одного или нескольких слоев кожи. Царапины и ссадины обычно затрагивают самый верхний слой. Из них может идти кровь, но они никогда не становятся зияющими. Обычно царапины и ссадины возникают при падении на руки, колени и локти. Поскольку они часто задевают много нервных окончаний, они бывают очень болезненными. Обычно царапины и ссадины быстро проходят, но в случае попадания инфекции необходимо обратиться к врачу.

Укушенное - последствия контакта с животными. Раны характеризуются неправильной формой, заражаются слюной, поэтому сложно заживают.

Политравмы (множественные, сочетанные) - предполагают наличие ряда повреждений, которые опасны для жизни.

Определив вид травмы, первую помощь при ранении оказывают в соответствии со специфическими правилами.

6.2. Всякая рана легко может загрязниться микробами, находящимися на ранящем предмете, на коже пострадавшего, а также в пыли, земле, на руках оказывающего помощь и на грязном перевязочном материале.

6.3. Общие правила первой помощи

6.3.1. Оказывающий помощь при ранениях должен вымыть руки, использовать санитайзер, спиртовые растворы или обработать руки спиртовой салфеткой или смазать пальцы настойкой йода.

К самой ране, даже чистыми руками прикасаться не допускается!

6.3.2. Обработка йодом, зелёной, медицинским спиртом и водкой представляют опасность - они сжигают неповрежденные клетки и провоцируют болевой шок или ожог при контакте с раной.

Промойте рану чистой проточной водой (можно кипячёной, водой с растворённым мылом), 3% раствором перекиси водорода или розовым раствором марганцовки, 0,5%

раствором хлоргексидина или фурацилина и осушите салфеткой. Не накладывайте повязку из бинта или пластырь без необходимости. Перевязанная рана заживает намного дольше.

6.3.3. Осторожно снять грязь вокруг раны, обрывки одежды, инородные тела, очищая кожу от её краёв наружу, чтобы не загрязнять рану. Нельзя удалять из раны сгустки крови, инородные тела, так как это может вызвать сильное кровотечение.

6.3.4. Обработайте 2 ÷ 3 раза вокруг раны кожу антисептиком (йод, зелёнка или специальные антисептические средства). Наносить эти препараты нужно строго на кожу вокруг раны, избегая саму рану, иначе можно обжечь поврежденные ткани. Наложите стерильную марлевую салфетку и зафиксируйте её повязкой.

НЕЛЬЗЯ!

- накладывать вату непосредственно на рану;
- заматывать рану изоляционной лентой во избежание заражения столбняком;
- использовать на свежих ранах бактерицидные порошки, потому что они препятствуют процессу стягивания краев.

Если из раны выпадает какая-либо ткань или орган (мозг, кишечник), то повязку накладывают сверху, ни в коем случае не пытайтесь вправлять эту ткань или орган внутрь раны.

При использовании индивидуального перевязочного пакета² роль стерильных салфеток выполняют стерильные подушечки.



При наложении повязки подушечки стерильной стороной накладывают на рану или ожог в два слоя (одна на другую) или рядом (в один слой), если рана (площадь ожога) велика. При наличии входного и выходного отверстия раны, одно закрывают неподвижной подушечкой, а другое – подвижной, перемещаемой по бинту. При слепых, скальпированных ранах и ожогах подушечки накладываются друг на друга или рядом в зависимости от размеров раневой поверхности. Подушечки прибинтовывают и конец бинта закрепляют булавкой.

6.3.5. Необходимо срочно обратиться к врачу, если рана загрязнена землёй или рана нанесена грязным предметом, для введения противостолбнячной сыворотки (если последний раз она была введена более 10 лет назад), при глубоких или длинных порезах, порезах на лице, в случаях, когда невозможно соединить края раны с помощью пластыря или имеется зияющая рана. Глубокие порезы в области суставов, ладоней, лица, шеи, груди или любых других участков, где вы не допускаете возникновения шрамов, порез у маленького ребенка, особенно если он срывает повязку, признаки инфекции (покраснение, боль и припухлость вокруг раны), онемение поврежденного участка также требуют осмотра врача. Необходимо вызвать скорую помощь, если имеется неконтролируемое кровотечение, невозможность нормально двигаться или шевелить пальцами рук и ног, признаки шока.

Внимание! Если повреждение небольшое, то повязка не требуется. Если небольшие повреждения оставить открытыми, то они заживают намного быстрее. К тому же салфетки и бинты прилипают к коркам, а при снятии повязки корки срываются вместе с бинтами и это не только сопровождается болью, но и нарушает заживляемость раны. При больших ранах без повязок не обойтись. Это нужно для защиты и нанесения заживляющих средств, но к повязкам прибегают после того, как будет сформирована

² Далее – ИПП.

и подсохнет корочка. На глубокие раны повязка накладывается так, чтобы края раны были максимально стянуты.

6.4. Порезы, царапины и ссадины

6.4.1. Следует промыть рану слабым раствором антисептика, наложить давящую повязку.

6.4.2. Обычно при порезах и ссадинах возникает небольшое кровотечение, которое останавливается через 10 минут. При выраженном кровотечении или пульсации крови следует немедленно обратиться за медицинской помощью.

6.4.3. Убедитесь, что в ране нет грязи, осколков или других инородных тел.

6.4.4. Перебинтуйте рану самостоятельно, используя стерильные бинты или салфетки. При неглубоких порезах можно использовать бактерицидный пластырь. Повязку накладывайте поперек, а не вдоль, чтобы соединить края раны и ускорить заживление.

6.4.5. Влажные раны заживают быстрее и после них остаются меньшие шрамы, чем от сухих ран. Корка, образующаяся на сухих ранах, препятствует обновлению клеток эпидермиса (поверхностного слоя кожи).

6.5. Особенности оказания первой помощи при проникающих ранениях грудной клетки, живота, черепа

6.6.1. Проникающее ранение грудной клетки

Не важно, что стало причиной ранения: огнестрельное или холодное оружие, осколки стекла или проволока. Проникающее ранение грудной клетки приводит к попаданию воздуха в плевральную полость и сжатию легкого, что значительно ухудшает состояние раненого. Появляются одышка и чувство нехватки воздуха.

При оказании первой помощи любые ранения грудной клетки следует расценивать как проникающие.

Если острый предмет пробил грудную клетку, слышится свистящий звук при вдохе и выдохе. Чтобы не наступило тяжелое, угрожающее жизни состояние, необходимо:

- как можно быстрее перекрыть доступ воздуха в рану. Закрыть рукой, наложить прорезиненную ткань из перевязочного пакета или подручное средство, не пропускающее воздух (герметизирующая повязка) или прибинтовать. Если рана сквозная, закрыть все отверстия и со стороны спины;
- участки кожи, прилегающие к ране, обработать дезинфицирующей жидкостью (йодом, спиртом). В случае сквозного ранения при наличии ИПП неподвижная подушечка накладывается на входное отверстие, а подвижная – на выходное. В других случаях обе подушечки ИПП накладываются одна на другую.

При засасывании воздуха в рану подложить под подушечки прорезиненные оболочки ИПП чистой внутренней стороной или другие воздухонепроницаемые материалы. Обработать их йодом или спиртом;

- обеспечить тепло и покой.

Внимание!

Если из раны торчит какой-либо инородный предмет или холодное оружие, то ни в коем случае нельзя его извлекать. Чтобы избежать его малейшего смещения, следует зафиксировать этот предмет между двумя скатками бинта и прикрепить их лейкопластырем или скотчем к коже.



Если пострадавший с ранением грудной клетки потерял сознание, необходимо придать ему положение «полусидя» и следить за состоянием пульса и дыхания. При исчезновении пульса на сонной артерии приступить к реанимации.

Транспортировка пострадавшего только в положении «сидя».

6.6.2. Проникающее ранение брюшной полости

На месте происшествия любую рану в области живота следует расценивать как проникающую. Если в ране видны фрагменты внутренних органов, то не может быть никаких сомнений о тяжести состояния пострадавшего.

Через несколько часов после ранения начинается воспаление брюшины, появляется озноб, жар, повышение температуры. Беспокоит нестерпимая жажда. Такому пострадавшему нельзя давать пить.

Необходимо:

- уложить раненого на спину;
- приподнять ноги и согнуть их в коленях, расстегнуть поясной ремень;
- наложить на рану влажную асептическую повязку;
- положить холод на живот;
- через каждые 5 ÷ 10 минут смачивать губы раненого водой.
- укрыть пострадавшего.

НЕЛЬЗЯ! Вправлять выпавшие органы, давать есть и пить, извлекать инородный предмет из раны

Выпавшие внутренние органы нужно собрать максимально близко и накрыть влажной марлей. Важно исключить риск их высыхания во избежание некроза и отмирания. К ране следует приложить холод.

Транспортировать и ожидать помощи пострадавший должен только в положении «лежа на спине» с приподнятыми и согнутыми в коленях ногами.

6.6.3. Проникающее ранение черепа

При проникающих ранениях черепа повреждается твердая мозговая оболочка, находящаяся под костями черепа, и создаются условия для проникновения инфекции в головной мозг.

Такие ранения представляют тяжелый вид ранения, дающий высокую частоту наступления смертельных исходов (летальность), временной и постоянной нетрудоспособности.

Признаки:

- потеря сознания, которая может быть кратковременной или длительной – от нескольких часов до нескольких дней. При потере сознания пораженному угрожает остановка дыхания при западении языка. Кроме этого возникает рвота. Рвотные массы могут попасть в дыхательные пути, что также может привести к остановке дыхания;
- возможно наступление мозговой комы, когда бессознательное состояние сопровождается нарушением и расстройством функций жизненно важных органов.

Первая помощь пораженным с проникающим ранением черепа должна быть очень бережной, щадящей, но в то же время быстрой. Частый перенос пострадавших без необходимости противопоказан.

Необходимо:

- находящегося без сознания пострадавшего уложить на ровном месте;
- при наличии кровотечения принять меры по его остановке, уделить внимание защите раны от инфицирования. Одновременно провести обработку раны и наложить асептическую повязку;
- на голову положить холодный компресс;
- в случае затруднения дыхания, повернув голову на бок, проверить полость рта - не запал ли язык. Очистить полость рта от рвотных масс и других инородных предметов, произвести искусственную вентиляцию легких способом «изо рта в рот».

Транспортировка пострадавшего производится на носилках с опущенным головным концом, на спине вполоборота. Пострадавшего осторожно укладывают на спину, поддерживая голову на одном уровне с туловищем, голову поворачивают набок или укладывают ее в положение лежа на боку. Для предупреждения движений головы вокруг нее укладывают валик из одежды. При открытых переломах костей свода черепа (нарушение формы головы, наличие отломков костей в ране и т.д.)

для предохранения вещества мозга от сдавливания повязку накладывают не туго, предварительно уложив по краям раны валик из второго индивидуального пакета.

6.6.4. Ранения глаза

Ранение глаза может быть тупым или проникающим. От вида повреждения зависит то, каким образом оказать первую помощь при ранении глаз. При тупой травме их нужно промыть чистой, желательна кипяченой водой и закапать 2 ÷ 3 капли глазного противомикробного средства. Поврежденный глаз ни в коем случае нельзя тереть: это может привести к инфицированию.

Проникающие ранения глаз плохо поддаются лечению и могут привести к серьезным осложнениям. Из глаза нельзя извлекать инородный предмет. Напротив, чтобы предотвратить дополнительные повреждения, нужно надежно зафиксировать его.

Затем на глаз следует наложить стерильную повязку, полностью покрывающую травмированную область. Таким образом, кровотечение уменьшится, а место повреждения будет защищено от инфицирования.

6.6. Укусы животных и насекомых

6.6.1. Укусы принято считать опасными для человека, т.к. в ротовой полости животного множество организмов и опасных бактерий, которые могут вызвать инфекцию. Объясняется это тем, что во рту животных может иметься огромное количество микроскопических организмов, которым свойственно вызывать развитие тех или иных инфекционных патологий. В первую очередь необходимо помнить о том, что:

- укус кошки может провоцировать развитие местной инфекции. Существенными признаками является – отек не спадающий долгое время, потеря чувствительности, повышение температуры и покраснение кожи.

- укусы в области нижних и верхних конечностей подвергаются инфицированию особенно часто потому, что именно эти участки тела практически постоянно находятся во взаимосвязи с грязными поверхностями.

- особенно опасными считаются укусы крыс, так как данные животные очень часто заражены спирохетами, которым свойственно провоцировать в человеческом организме развитие лихорадки, сопровождающейся чрезмерным повышением температуры тела и возникновением многочисленных острых симптомов.

- при укусе возможно повреждение, как сосудов, так и мышц, а также сухожилий.

- у человека могут быть аллергические реакции на укусы, о которых он не знает.

6.6.2. Необходимо считать любое животное потенциально больным бешенством!

6.6.3. Эффективная первая помощь заключается в следующих действиях:

- необходимо тщательно промыть место укуса мыльной водой, а потом раствором перекиси водорода;

- настойкой, сделанной на основе йода, обработать участки кожи возле раны;

- на месте укуса нужно надежно закрепить марлевую салфетку, смоченную в растворе перекиси. Таким образом можно существенно уменьшить вероятность распространения инфекции;

- пострадавшего следует направить в лечебное учреждение для проведения курса прививок против бешенства. К врачу можно направить и лиц, которым слюна бешеного животного попала на кожу, в нос, в глаза или рот.

Внимание!

Если укус глубокий, то он будет сопровождаться кровотечением - сразу останавливать кровь не следует, оно поможет очистить рану от слюны животного. Особенно нежелательно сразу обрабатывать рану медицинским антисептическим раствором и водкой!

6.6.4. При всяком укусе, даже если укусившее животное на вид совершенно здорово, необходимо кожу вокруг раны и царапин, нанесённых животным, смазать настойкой йода и наложить стерильную повязку.

7.1. Укусы змей и ядовитых насекомых

6.6.5.1. При укусе ядовитых змей и насекомых появляются головокружение, рвота, тошнота, сухость и горький вкус во рту, учащённый пульс, сердцебиение, одышка и сонливость. В особо тяжёлых случаях могут отмечаться судороги, потеря сознания и остановка дыхания.

6.6.5.2. В местах укуса возникает жгучая боль, кожа краснеет, отекает. Помощь при укусах заключается в следующем. Пострадавшего необходимо уложить, чтобы замедлить распространение яда. Укушенной руке или ноге необходимо создать покой, прибинтовать к ней шину, доску, палку и т. п., а если таких предметов не окажется, можно прибинтовать руку к туловищу, а ногу - к другой, здоровой ноге. Поскольку отёк вокруг места укуса будет увеличиваться, повязку необходимо время от времени ослаблять, чтобы она не врезалась в тело. Только при укусе кобры в первые минуты следует наложить жгут или закрутку выше места укуса.

6.6.5.3. Пострадавшему следует дать большое количество питья (лучше горячего чая), 15 ÷ 20 капель настойки валерианы на полстакана воды.

6.6.5.4. Ни в коем случае нельзя прижигать место укуса, делать разрезы, перетягивать поражённую руку или ногу жгутом, давать пострадавшему алкоголь, отсасывать яд из раны и т. п. Пострадавшего необходимо отправить в лечебное учреждение. Нести и везти его нужно в положении лёжа.

7.2. Укусы насекомых

Первая помощь при укусах насекомых заключается:

- в удалении жала, если оно осталось на месте укуса (оставляют только пчелы);
- для уменьшения боли и отёка к месту укуса на 10 минут приложить холод;
- нанести противоаллергическую мазь. Если её нет в наличии, то следует нанести на место укуса кашицу, приготовленную из простой пищевой соды и воды. Можно смочить ватку в растворе пищевой соды и приложить к месту укуса, чтобы уменьшить зуд (лучше привязать на 1 ÷ 2 ч).
- если припухлость в месте укуса очень выражена, зона покраснения более 10 см, отмечается выраженный зуд, принять противоаллергическое средство общего действия;
- если сохраняется выраженный зуд, нарастает отёк и увеличивается диаметр покраснения, следует немедленно обратиться к врачу.

7. ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПОПАДАНИИ ИНОРОДНОГО ТЕЛА В ДЫХАТЕЛЬНЫЕ ПУТИ

7.1. При попадании инородного тела (например, куска пищи) в дыхательные пути пострадавшего, у которого имеются признаки удушья, но сознание сохранено, необходимо как можно быстрее обратиться за помощью к врачу. Какие-либо сжатия или удары в межлопаточную область опасны из-за возможности возникновения полной закупорки дыхательных путей. Удаление инородного тела при частичной закупорке дыхательных путей возможно при кашле или сплёвывании.

7.2. При установлении факта попадания инородного тела в дыхательные пути пострадавшего, находящегося в сознании или без него, при резко выраженной синюшности лица, неэффективности кашля и полной закупорке (при этом кашель отсутствует) любая процедура, которая может показаться эффективной, всегда оправдана, так как является «актом отчаяния». При этом пострадавшему наносят три-пять коротких ударов кистью в межлопаточную область при наклонённой вперёд голове или в положении лёжа на животе.

7.3. Если это не поможет, охватывают стоящего пострадавшего сзади так, чтобы кисти оказывающего помощь сцепились в области между мечевидным отростком и пупком и производят несколько (три-пять) быстрых надавливаний на живот пострадавшего.



7.4. Можно выполнять подобную процедуру и в положении пострадавшего лёжа на спине: располагая ладони кистей между пупком и мечевидным отростком, энергично надавливают (3 ÷ 5 раз) на живот.



7.5. Извлечь посторонний предмет пальцами, обернутыми салфеткой, бинтом. Перед извлечением инородного тела изо рта пострадавшего, лежащего на спине, необходимо повернуть голову набок.

8.1. Особенности удаления инородных тел у детей

7.6.1. Помощь при попадании инородных тел детям до 1 года Ребенка положить животом на предплечье левой руки, лицом вниз (предплечье опускают вниз на 60°, поддерживая подбородок и спину). Расположить ладонь правой руки между лопатками и 5 раз резко надавить ладонью по направлению вниз и вперёд. Проверить наличие предметов в ротовой полости и удалить их. Если нет результатов, перевернуть ребенка в положение на спине (головой вниз), положив ребенка на свои руки или колени. Произвести 5 толчков в грудную клетку на уровне нижней трети грудины на один палец ниже сосков. Не нажимать на живот! Если инородное тело видно - его извлекают. Если обструкция не устранена, вновь попытаться открыть дыхательные пути (подняв подбородок и запрокинув голову ребенка) и провести искусственную вентиляцию лёгких. В случае если помощь при инородном теле в дыхательных путях была безуспешна, нужно повторить приемы до прибытия Скорой помощи.

Ещё один вариант удаления инородного тела: возьмите ребенка за ножки, поднимите вниз головой, потрясите и похлопайте ладонями по спине между лопаток.

7.6.2. Помощь при попадании инородных тел детям старше 1 года. Для оказания первой помощи нужно выполнить прием Геймлиха: находясь сзади сидящего или стоящего ребенка, обхватить его руками вокруг талии, надавить на живот (по средней линии живота между пупком и мечевидным отростком) и произвести резкий толчок вверх до 5 раз с интервалом в 3 сек. Осмотреть ротовую полость, и если предмет или игрушку видно – его извлекают. При отсутствии эффекта повторять приемы до прибытия бригады «скорой». Из-за риска усугубления обструкции пальцевое удаление инородного тела вслепую у детей противопоказано!

Если ребёнок без сознания, уложите его на спину, встаньте рядом на колени, положите руку между пупком и углом между реберными дугами, сверху на нее другую руку и 6 ÷ 10 раз толчкообразно сильно нажмите на живот по диагонали вверх к диафрагме. Затем можно попытаться поднять ребенка вниз головой и похлопать по спине.

8. ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ, ВЫВИХАХ, УШИБАХ И РАСТЯЖЕНИИ СВЯЗОК

8.1. При переломах, вывихах, растяжении связок и других травмах пострадавший испытывает острую боль, резко усиливающуюся при попытке изменить положение повреждённой части тела. Иногда сразу бросается в глаза неестественное положение конечности и искривление её (при переломе) в необычном месте.

8.2. Самым главным моментом в оказании первой помощи как при открытом переломе (после остановки кровотечения и наложения стерильной повязки), так и при закрытом является иммобилизация (создание покоя) повреждённой конечности. Это значительно уменьшает боль и предотвращает дальнейшее смещение костных осколков. Для иммобилизации используются готовые шины, а также палка, доска, линейка, кусок фанеры и т. п.

8.3. При закрытом переломе не следует снимать с пострадавшего одежду - шину нужно накладывать поверх неё.

8.4. К месту травмы необходимо прикладывать холод (резиновый пузырь со льдом, снегом, холодной водой, холодные примочки и т. п.) для уменьшения боли.

8.5. Повреждение головы

8.5.1. При падении, ударе возможны переломы черепа (признаки: кровотечение из ушей и рта, бессознательное состояние) или сотрясение мозга (признаки: головная боль, тошнота, рвота, потеря сознания).

8.5.2. Первая помощь при этом состоит в следующем: пострадавшего необходимо уложить на спину, на голову наложить тугую повязку (при наличии раны стерильную) и положить холод, обеспечить полный покой до прибытия врача.

8.5.3. У пострадавшего, находящегося в бессознательном состоянии, может быть рвота. В этом случае следует повернуть его голову на левую сторону. Может наступить также удушье вследствие западания языка. В такой ситуации необходимо выдвинуть нижнюю челюсть пострадавшего вперёд и поддерживать её в таком же положении, как при проведении искусственного дыхания.

8.6. Повреждение позвоночника

8.6.1. Признаки: резкая боль в позвоночнике, невозможность согнуть спину и повернуться.

8.6.2. Первая помощь должна сводиться к следующему:

- осторожно, не поднимая пострадавшего, подсунуть под его спину широкую доску, дверь, снятую с петель, или повернуть пострадавшего лицом вниз и следить, чтобы при переворачивании его туловище не прогибалось во избежание повреждения спинного мозга. Транспортировать на доске лицом вниз.

8.7. Травмы глаз и век

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



8.7.2. Вызвать скорую медицинскую помощь.

Передвигаться пострадавший должен только за руку с сопровождающим!

8.8. Перелом костей таза

8.8.1. Признаки: боль при ощупывании таза, боль в паху, в области крестца, невозможность поднять выпрямленную ногу.

8.8.2. Помощь заключается в следующем: под спину пострадавшего необходимо подсунуть широкую доску, уложить его в положение «лягушка», т. е. согнуть его ноги в коленях и развести в стороны, а стопы сдвинуть вместе, под колени подложить валик из одежды. Нельзя поворачивать пострадавшего на бок, сажать и ставить на ноги (во избежание повреждения внутренних органов).

8.9. Перелом и вывих ключицы

8.9.1. Признаки: боль в области ключицы, усиливающаяся при попытке движения плечевым суставом, явно выраженная припухлость.

8.9.2. Первая помощь такова: положить в подмышечную впадину с повреждённой стороны небольшой комочек ваты, прибинтовать к туловищу руку, согнутую в локте под прямым углом, подвесить руку к шее косынкой или бинтом. Бинтовать следует от больной руки на спину.

8.10. Перелом и вывих костей конечности

8.10.1. Признаки: боль в кости, неестественная форма конечности, подвижность на месте, где нет сустава, искривление (при наличии перелома со смещением костных отломков) и припухлость.

8.10.2. Для оказания первой помощи несущественно, перелом или вывих у пострадавшего, так как во всех случаях необходимо обеспечить полную неподвижность повреждённой конечности. Нельзя пытаться самим вправить вывих, сделать это может только врач. Наиболее спокойное положение конечности или другой части тела необходимо создать также во время доставки пострадавшего в лечебное учреждение,

8.10.3. При наложении шины следует обеспечить неподвижность, по крайней мере, двух суставов - одного выше, другого ниже места перелома, а при переломе крупных костей - даже трёх. Центр шины должен находиться у места перелома. Шинная повязка не должна сдавливать крупные сосуды, нервы и выступы костей. Лучше обернуть шину мягкой тканью и обмотать бинтом. Фиксируют шину бинтом, косынкой поясным ремнём и т. п. При отсутствии шины следует прибинтовать повреждённую верхнюю конечность к туловищу, а повреждённую нижнюю конечность - к здоровой.

8.10.4. При переломе и вывихе плечевой кости шины надо накладывать на согнутую в локтевом суставе руку. При повреждении верхней части шина должна захватывать два сустава - плечевой и локтевой, а при переломе нижнего конца плечевой кости - лучезапястный на косынке или бинте к шее.

8.10.5. При переломе и вывихе предплечья шину (шириной с ладонь) следует накладывать от локтевого сустава до кончиков пальцев, вложив в ладонь пострадавшего плотный комок из ваты, бинта, который пострадавший как бы держит в кулаке. При отсутствии шин руку можно подвесить на косынке к шее или на поле пиджака. Если рука (при вывихе) отстаёт от туловища, между рукой и туловищем следует положить что-либо, мягкое (например, свёрток из одежды).

8.10.6. При переломе и вывихе костей кисти и пальцев рук кисть следует прибинтовать к широкой (шириной с ладонь) шине так, чтобы она начиналась с середины предплечья, а кончалась у конца пальцев. В ладонь повреждённой руки предварительно должен быть вложен комок ваты, бинт и т. п., чтобы пальцы были несколько согнуты. Руку подвесить на косынке или бинте к шее.

8.10.7. При переломе или вывихе бедренной кости нужно укрепить больную ногу шиной с наружной стороны так, чтобы один конец шины доходил до подмышки, а другой достигал пятки. Вторую шину накладывают на внутреннюю поверхность повреждённой ноги от промежности до пятки. Этим достигается полный покой всей нижней конечности. Шины следует накладывать по возможности не приподнимая ногу, а придерживая её на месте, и прибинтовать в нескольких местах (к туловищу, бедру, голени), но не рядом и не в месте перелома. Проталкивать бинт под поясицу, колено и пятку нужно палочкой.

8.10.8. При переломе или вывихе кистей голени фиксируются коленный и голеностопный суставы.

8.11. Перелом рёбер

8.11.1. Признаки: боль при дыхании, кашле и движении. При оказании помощи необходимо туго забинтовать грудь или стянуть её полотенцем во время выдоха.

8.12. Ушибы

8.12.1. Признаки: припухлость, боль при прикосновении к месту ушиба. К месту ушиба нужно приложить холод, а затем наложить тугую повязку. Не следует смазывать ушибленное место настойкой йода, растирать и накладывать согревающий компресс, так как это лишь усиливает боль.

8.13. Сдавливание тяжестью

8.13.1. После освобождения пострадавшего из-под тяжести необходимо туго забинтовать и приподнять повреждённую конечность, подложив под неё валик из одежды. Поверх бинта положить холод для уменьшения всасывания токсических веществ,

образующихся при распаде повреждённых тканей. При переломе конечности следует наложить шину.

8.13.2. Если у пострадавшего отсутствуют дыхание и пульс, необходимо сразу же начать делать искусственное дыхание и массаж сердца.

8.13.3. Растяжение связок чаще всего бывает в голеностопном и лучезапястном суставах. Признаки: резкая боль в суставе, припухлость. Помощь заключается в тугом бинтовании, обеспечении покоя повреждённого участка, прикладывании холода. Повреждённая нога должна быть приподнята, повреждённая рука - подвешена на косынке.

8.14. Растяжения связок

8.14.1. Растяжение представляет собой разрыв волокон связок сустава. В зависимости от интенсивности травмирующей силы возможны частичное нарушение целостности отдельных волокон, разрыв с полным перерывом связки на протяжении с разволокнением концов и отрыв, если связка отрывается у места прикрепления к кости. Иногда вместе со связкой отрывается костный фрагмент - отрывной перелом. У детей в аналогичной со взрослыми ситуации чаще наступает перелом кости, а связки остаются целыми. В большинстве случаев возникает разрыв отдельных волокон связки в результате движения в суставе, превышающем его физиологические пределы. Область вокруг поврежденного сустава опухает и болит, особенно сильно при движениях. Растяжения чаще всего случаются в голеностопном и коленном суставе, суставах пальцев, запястий. В некоторых случаях смещение кости, трещина или перелом ошибочно принимается за сильное растяжение. Следовательно, в случае сомнений следует обратиться к врачу с целью точной постановки диагноза и получения адекватной терапии.

Причины растяжения связок - сильное растяжение или разрыв связки при резком рывке (например, при вывихе лодыжки) или сильное повреждение при падении или скольжении.

8.14.2. Симптомы растяжения связок

- боль в суставе;
- припухлость и покраснение;
- ограничение или невозможность движения из-за сильной боли;
- в тяжёлых случаях деформация сустава.

8.14.3. Осложнения

- повреждение сухожилий (жёсткой волокнистой структуры, соединяющей мышцы с костями) или мышц;
- трещины или переломы костей;
- при повторяющихся растяжениях – ослабленный сустав.

8.14.4. Первая помощь при растяжении связок

- после травмы как можно скорее положить на повреждённый сустав пакет со льдом, чтобы уменьшить опухоль и боль;
- обмотать сустав эластичным бинтом;
- поднять повреждённый сустав выше уровня сердца, при этом спадет отёк и боль ослабнет.

Внимание! Активные движения в суставе до выздоровления часто приводит к повторному растяжению

9. ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПОРАЖЕНИИ ЭЛЕКТРИЧЕСКИМ ТОКОМ

9.1. Поражение электрическим током возникает при соприкосновении с электрической цепью, в которой присутствуют источники напряжения и/или источники тока, способные вызвать протекание тока по попавшей под напряжение части тела. Обычно чувствительным для человека является пропускание тока силой более 1 мА. Кроме того, на установках высокого напряжения возможен удар электрическим током без прикосновения к токоведущим элементам, в результате утечки тока или пробоя воздушного промежутка. Сила поражения зависит от мощности разряда, от времени воздействия, от характера тока (постоянный или переменный), от состояния человека - влажности рук и т. п., а также от места соприкосновения и пути прохождения тока по организму.

В результате непосредственного воздействия тока на организм возникают общие явления (расстройство деятельности центральной нервной, сердечно-сосудистой, дыхательной систем и др.).

Побочные явления в окружающей среде (тепло, свет, звук) могут вызвать изменения в организме (ослепление и ожоги вольтовой дугой, повреждение органов слуха и т. д.).

9.2. Можно выделить следующие возможные признаки поражения электрическим током:

- пострадавший лежит на электроприборе либо вблизи него;
- возможен запах горелого;
- бледный цвет кожи;
- отсутствие пульсации на сонных артериях;
- отсутствие дыхания;
- «знаки тока» (ожоги там, где вошел или вышел электроток).

9.3. При поражении электрическим током необходимо как можно скорее освободить пострадавшего от действия тока, так как от продолжительности этого действия зависит тяжесть электротравмы.

9.4. Освобождение от действия электрического тока

9.4.1. Прежде чем дотронуться до пострадавшего, его необходимо обесточить! Самое разумное в подобной ситуации — побыстрее сбросить с него провода (или электрический прибор) при помощи сухого токонепроводящего предмета: палки, линейки, швабры, книги, свернутых в трубку газет или журналов, а также при помощи резиновых перчаток.

9.4.2. Иногда легче, быстрее и разумнее попытаться отключить электричество, но при этом нужно помнить о том, что, отключая его, можно остаться в темноте, а это вызовет дополнительные проблемы.

9.4.3. Если электрические провода зажаты в руке пострадавшего, их перерезают ножом или ножницами с токонепроводящими ручками, но обязательно отдельно друг от друга и обязательно на разных уровнях.

9.4.4. В случае воспламенения проводов или возникновения пожара пламя не сбивают водой, а гасят песком или накрывают плотной тканью

9.4.5. Пострадавшего можно попытаться оттащить от опасного агрегата, но в этом случае **браться нужно за заведомо сухую одежду и только одной рукой, не касаясь его тела.**

9.4.6. Только после изъятия пострадавшего из электрической цепи до него можно дотронуться и оценить состояние.

9.4.7. Если пострадавший без сознания, открыть дыхательные пути и проверить, дышит ли он.

9.4.8. Проверить наличие пульса на сонной артерии; в случае его отсутствия в течение 7 секунд, как можно быстрее приступить к выполнению комплекса реанимационных действий, периодически (через каждые 2 минуты) проверяя появление пульса на сонных артериях.

9.4.9. Если у пострадавшего возобновились самостоятельный устойчивый пульс и дыхание, уложить его в «безопасное положение» самому (или попросить кого-нибудь) вызвать скорую медицинскую помощь и до ее приезда контролировать состояние пострадавшего.

9.4.10. Во всех случаях электротравмы с нарушением сердечной деятельности и потерей сознания необходима обязательная и, по возможности, срочная госпитализация (опасаться повторной остановки сердца!).

9.5. Первая помощь пострадавшему от электрического тока

9.5.1. После освобождения пострадавшего от действия электрического тока необходимо оценить его состояние. Признаки, по которым можно быстро определить состояние пострадавшего, следующие:

- сознание: ясное, отсутствует, нарушено (пострадавший заторможен, возбуждён);
- цвет кожных покровов и видимых слизистых (губ, глаз): розовые, синюшные, бледные;
- дыхание: нормальное, отсутствует, нарушено (неправильное, поверхностное, хрипящее);
- пульс на сонной артерии: хорошо определяется (ритм правильный или неправильный), плохо определяется, отсутствует;
- зрачки: узкие, широкие.

9.5.2. Цвет кожных покровов и наличие дыхания (по подъёму и опусканию грудной клетки) оценивают визуально. Нельзя тратить драгоценное время на прикладывание ко рту и носу зеркала, блестящих металлических предметов. Об утрате сознания также, как, правило, судят визуально, и, чтобы окончательно убедиться в его отсутствии, можно обратиться к пострадавшему с вопросом о самочувствии.

9.5.3. 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 на своих близких.

9.5.4. Ширину зрачков при закрытых глазах определяют следующим образом: подушечки указательных пальцев кладут на верхние веки обоих глаз и, слегка придавливая их к главному яблоку, поднимают вверх. При этом глазная щель открывается и на белом фоне видна округлая радужка, а в центре её округлой формы черные зрачки, состояние которых (узкие или широкие) оценивают по тому, какую площадь радужки они занимают.

9.5.5. Как правило, степень нарушения сознания, цвет кожных покровов и состояние дыхания можно оценить одновременно с прощупыванием пульса, что занимает не более 1 мин. Осмотр зрачков удаётся провести за несколько секунд.

9.5.6. Если у пострадавшего отсутствуют сознание, дыхание, пульс, кожный покров синюшный, а зрачки широкие (0,5 см в диаметре), можно считать, что он находится в состоянии клинической смерти и немедленно приступить к оживлению организма с помощью искусственного дыхания по способу «изо рта в рот» или «изо рта в нос» и

наружного массажа сердца. Не следует раздевать пострадавшего, теряя драгоценные секунды.

9.5.7. Если пострадавший дышит очень редко и судорожно, но у него прощупывается пульс, необходимо сразу же начать делать искусственное дыхание. Не обязательно, чтобы при проведении искусственного дыхания пострадавший находился в горизонтальном положении.

9.5.8. Приступив к оживлению, нужно позаботиться о вызове врача или скорой медицинской помощи. Это должен сделать не оказывающий помощь, который не может прервать её оказание, а кто-то другой.

9.5.9. Если пострадавший в сознании, но до этого был в обмороке или находился в бессознательном состоянии, но с сохранившимися устойчивыми дыханием и пульсом, его следует уложить на подстилку, например, из одежды; расстегнуть одежду, стесняющую дыхание; создать приток свежего воздуха; согреть тело, если холодно; обеспечить прохладу, если жарко; создать полный покой, непрерывно наблюдая за пульсом и дыханием; удалить лишних людей.

9.5.10. Если пострадавший находится в бессознательном состоянии, необходимо наблюдать за его дыханием и в случае нарушения дыхания из-за западания языка выдвинуть нижнюю челюсть вперёд, взявшись пальцами за её углы, и поддержать её в таком положении, пока не прекратится западание языка.

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

9.5.12. Ни в коем случае нельзя позволять пострадавшему двигаться, а тем более продолжать работу, так как отсутствие видимых тяжёлых повреждений от электрического тока или других причин (падение и т. п.) ещё не исключает возможности последующего ухудшения его состояния.

9.5.13. 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 (например, на опоре).

9.5.14. Ни в коем случае нельзя зарывать пострадавшего в землю, так как это принесёт только вред и приведёт к потере дорогих для его спасения минут.

9.5.15. При поражении молнией оказывается та же помощь, что при поражении электрическим током.

10. ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОЖОГАХ, ВОЗДЕЙСТВИИ ВЫСОКИХ ТЕМПЕРАТУР

10.1. Ожоги бывают:

- **термические** - вызванные огнём, паром, горячими предметами и веществами. Другая разновидность термического ожога - отморожение. Возникает при воздействии низких температур, например, при контакте с газами. Характеризуется сильным покраснением кожи, появлением пузырьков и пятен. При глубоком отморожении (при контакте с жидким азотом) кожа может почернеть, появятся симптомы сильной интоксикации.
- **химические** - кислотами и щелочами;

- **электрические** - воздействием электрического тока или электрической дуги.

10.2. По глубине поражения все ожоги делятся на четыре степени:

- первая - покраснение и отёк кожи;
- вторая - водяные пузыри;
- третья - омертвление поверхностных и глубоких слоёв кожи;
- четвертая - обугливание кожи, поражение мышц, сухожилий и костей.

10.3. Термические ожоги

10.3.1. Важно оценить и площадь поражения. В медицине принято, что площадь каждой из перечисленных ниже зон, составляет 9 % от площади тела:

- голова и шея;
- руки;
- грудь;
- живот;
- спина;
- голень;
- бедро;
- гениталии.

Бегло оценив состояние пострадавшего, можно приступить к оказанию первой помощи.

10.3.2. Алгоритм и порядок оказания первой помощи при ожоге I и II степени:

- устранить фактор, спровоцировавший ожог. Если горит одежда - облейте пострадавшего водой или оберните плотной тканью.
- обработайте ожог слабым раствором перманганата калия;
- наложите поверх повреждения бинт или чистую ткань;
- при большой площади ожога обработайте его мазью «Пантенол» или «Алазол»;
- в случае боли можно дать обезболивающее.

В случае появления признаков инфицирования - развития отёков, гнойные выделения, повышение температуры тела, направить пострадавшего к врачу. При нормальном течении кожа восстановится самостоятельно.

10.3.3. Действия при ожоге 3 степени:

- оценить состояние пострадавшего - пульс, дыхание, ответная реакция на внешние раздражители;
- вызвать скорую помощь;
- положить на обожжённый участок тела чистую ткань, смоченную в холодной воде;
- при ожоге пальцев постарайтесь снять с них кольца (если имеются), изолируйте пораженный палец от здорового;
- для профилактики ожогового шока дайте обезболивающее и обильное питьё.

Не прекращайте наблюдение за состоянием пострадавшего до прибытия бригады скорой помощи. Особое внимание уделяйте поведению, пульсу и дыханию.

10.3.4. Действия при ожогах IV степени:

- убрать источник ожога;
- вызвать скорую помощь;
- оцените состояние пострадавшего;

- снять с него одежду, за исключением участков, прилепившихся к коже. Одежду и обувь с обожжённого места нельзя срывать, а необходимо разрезать ножницами и осторожно снять. Если обгоревшие куски одежды прилипли к обожжённому участку тела, то поверх них следует наложить стерильную повязку.

- обернуть пострадавшего одеялом, курткой или чем-то подобным, чтобы не допустить потерю тепла, которая при ожоге IV степени опасна.

- принять меры по предупреждению ожогового шока - дать любое сильное обезболивающее;

- дать обильное питье, можно горячий чай или минералку.

Внимание! Если поражена голова, органы дыхания, гениталии - скорую помощь нужно вызывать вне зависимости от степени ожог

НЕЛЬЗЯ! Прикладывать к ожогу растения, картофель, сметану, яичный желток и другие средства народной медицины. Это поможет избежать заражения.

10.3.5. Обожжённое лицо необходимо закрыть стерильной марлей.

10.3.6. При ожогах глаз следует делать холодные примочки из раствора борной кислоты (половина чайной ложки кислоты на стакан воды) и немедленно направить пострадавшего к врачу.

10.3.7. Ожоги кипятком

При получении ожога кипятком очень важно среагировать как можно скорее. Как правило, такие инциденты всегда происходят внезапно, и болевые ощущения усиливаются с каждой секундой. Нужно оценить площадь ожога, если повреждено менее 10% тела, его можно считать местным. В этом может помочь «правило ладони» – ее площадь составляет около 1% от поверхности тела.

10.3.7.1. При ожоге руки:

- если руки были прикрыты одеждой, её необходимо сразу же снять, поскольку ткань обладает свойством удерживать тепло. Но если ожог настолько серьезный, что материя прилипла к коже, отдирайте её нельзя. Если на руке были надеты кольца или браслеты, их также нужно снять.

- далее руку необходимо поместить под проточную холодную воду, или в ёмкость с прохладной водой. Температура жидкости должна быть не менее 11 ÷ 12⁰С.. Длительность процедуры должна составлять не менее 5 минут, в среднем 25 ÷ 30.

НЕЛЬЗЯ! Прикладывать лёд, поврежденные ткани от этого будут разрушаться еще быстрее.

- если у пострадавшего наблюдается лишь покраснение и отёчность кожных покровов, необходимо нанести местные противоожоговые средства. Лечение дома может проводиться только при повреждениях 1 степени.

- при появлении волдырей или язв или обугливания кожи, речь идёт уже об ожогах 2 и 3 степени. Поражённую область нужно накрыть стерильной повязкой и обратиться за медицинской помощью в травмпункт или стационар - самостоятельно или посредством вызова бригады скорой помощи.

НЕЛЬЗЯ! • обрабатывать место ожога йодом, зеленкой, каким-либо маслом,

кисломолочными продуктами (например, распространено мнение о пользе сметаны);

- прокалывать волдыри при их появлении;
- заклеивать ожог пластырем.

Эти манипуляции приведут к ухудшению состояния пострадавшего.

10.3.7.2. При ожоге головы

- основной задачей остаётся охлаждение кожных покровов. Если есть возможность, нужно сделать это холодным душем, либо наложить прохладный марлевый компресс. Компресс нужно регулярно менять, так, чтобы он не успевал нагреваться от поверхности кожи.

- кожу нужно обработать антисептическим средством, это предупредит попадание внутрь инфекции;

- нужно обратить внимание на то, при каких обстоятельствах человек получил такую бытовую травму. Если травма была совмещена с ударом по голове, имеет смысл проверить, нет ли у пострадавшего сотрясения головного мозга.

10.3.8. Химические ожоги

10.3.8.1. При химических ожогах глубина повреждения тканей в значительной степени зависит от длительности воздействия химического вещества. Важно как можно скорее уменьшить концентрацию химического вещества и время его воздействия. Для этого поражённое место сразу же промывают большим количеством проточной холодной воды из-под крана, из резинового шланга или ведра в течение 15-20 мин.

10.3.8.2. Если кислота или щёлочь попали на кожу через одежду, то сначала её надо смыть водой с одежды, после чего промыть кожу,

10.3.8.3. При попадании на тело человека серной кислоты в виде твёрдого вещества необходимо её удалить сухой ватой или кусочком ткани, а затем поражённое место тщательно промыть водой.

10.3.8.4. При химическом ожоге полностью смыть химические вещества водой не удаётся. Поэтому после промывания поражённое место необходимо обработать соответствующими нейтрализующими растворами, используемыми в виде примочек (повязок).

10.3.8.5. Дальнейшая помощь при химических ожогах оказывается так же, как и при термических.

10.3.8.6. При ожоге кислотой делают примочки (повязки) раствором пищевой соды (одна чайная ложка соды на стакан воды).

10.3.8.7. При попадании кислоты в виде жидкости, паров или газов в глаза или полость рта необходимо промыть их большим количеством воды, а затем раствором пищевой соды (половина чайной ложки на стакан воды).

10.3.8.8. При ожоге кожи щёлочью делают примочки (повязки) раствором борной кислоты (одна чайная ложка на стакан воды) или слабым раствором уксусной кислоты (одна чайная ложка столового уксуса на стакан воды).

10.3.8.9. При попадании брызг щелочи или паров в глаза и полость рта необходимо промыть поражённые места большим количеством воды, а затем раствором борной кислоты (половина чайной ложки кислоты на стакан воды).

10.3.8.10. Если в глаз попали твёрдые кусочки химического вещества, то сначала их нужно удалить влажным тампоном, так как при промывании глаз они могут поранить слизистую оболочку и вызвать дополнительную травму.

10.3.8.11. При попадании кислоты или щелочи в пищевод необходимо срочно вызвать врача. До его прихода следует удалить слюну и слизь изо рта пострадавшего, уложить его и тепло укрыть, а на живот для ослабления боли положить холод.

10.3.8.12. Если у пострадавшего появились признаки удушья, необходимо делать ему искусственное дыхание по способу «изо рта в нос», так как слизистая оболочка рта обожжена.

10.3.8.13. Нельзя промывать желудок водой, вызывая рвоту, либо нейтрализовать попавшую в пищевод кислоту или щёлочь, уменьшая её прижигающее действие. Хороший эффект оказывает приём внутрь молока, яичного белка, растительного масла, растворенного крахмала.

10.3.8.14. При значительных ожогах кожи, а также при попадании кислоты или щелочи в глаза пострадавшего после оказания первой помощи следует сразу же отправить в лечебное учреждение.

10.3.9. Тепловой и солнечный удар

10.3.9.1. **Солнечный удар** - это состояние, которое развивается в результате длительного воздействия солнечных лучей на голову и верхнюю часть шеи в жаркую погоду.

10.3.9.2. **Тепловой удар** - результат общего перегревания организма, в том числе под воздействием солнечных лучей.

10.3.9.3. Необходимо различать такие признаки теплового (солнечного) удара как:

- ощущение пульсации висков;
- покраснение кожи, в особенности лица;
- увеличение частоты сердцебиения до ста и более ударов за минуту;
- головокружение;
- шум в ушах;
- тошнота;
- рвота.

10.3.9.4. При тепловых поражениях температура тела может достигать сорока градусов Цельсия. В самых тяжелых случаях пострадавший может потерять сознание.

10.3.9.5. Первая помощь при тепловом или солнечном ударе:

- срочно удалить пострадавшего из зоны повышенной температуры и солнечного излучения в холодное помещение. Если тень обеспечить не удастся, следует прикрыть голову и грудь потерпевшего собственной тенью.

- снять с пострадавшего одежду. При отсутствии затенения снимать следует только верхнюю стягивающую или плотную одежду. Необходимо взбрызнуть потерпевшего водой и интенсивно обмахивать подручными приспособлениями: (папкой, одеждой, полотенцем). Наложить холодный компресс на грудь и голову пострадавшего и дать ему обильное питье.

10.3.9.6. Известно, что к тепловым и солнечным ударам более склонны люди с нарушениями сердечной деятельности и системы кровообращения. В связи с этим ни в ком случае нельзя внезапно окунать (погружать) пострадавшего в холодную воду. Резкий

перепад температуры может привести к сердечному приступу, а то и к полной остановке сердца.

11. ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОТМОРОЖЕНИИ И ВОЗДЕЙСТВИИ НИЗКИХ ТЕМПЕРАТУР

11.1. Холодовая травма проявляется в виде общего воздействия пониженной температуры окружающей среды на все тело человека (переохлаждение) либо в виде локального повреждения организма (отморожение).

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

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

11.2. Степени переохлаждения организма:

- **1 степень переохлаждения (легкая)** - возникает, если температура тела понижается до 32 ÷ 34 градусов. Кожные покровы приобретают бледную окраску, появляются озноб, затруднения речи, «гусиная кожа». Артериальное давление остается нормальным, если повышается, то незначительно. При легком переохлаждении уже возможны обморожение разных участков тела, 1 ÷ 2 степени.

- **2 степень переохлаждения (средняя)** - влечёт за собой понижение температуры тела до 29 ÷ 32 градусов. Пульс при этом значительно замедляется – до 50 ударов в минуту. Кожа становится синюшной, на ощупь холодной. Несколько снижается артериальное давление, а дыхание становится поверхностным и редким. Часто при переохлаждении средней тяжести нападает внезапная сонливость. Позволять спать в таких условиях нельзя категорически, потому что выработка энергии во время сна снижается значительно, человек в таком состоянии может погибнуть. При этой стадии переохлаждения возможны обморожения 1 ÷ 4 степени.

- **3 степень переохлаждения (тяжелая)** - температура тела становится ниже 31 градуса. Человек уже теряет сознание, пульс его замедляется до 36 биений в минуту. Часто возникают судороги и рвота. Дыхание становится совсем редким – до 3 ÷ 4 в минуту. Происходит острое кислородное голодание головного мозга. Обморожения при этой степени переохлаждения очень тяжелые, и если не оказать немедленную помощь, наступит окоченение и смерть.

11.3. Степени обморожения организма:

- **отморожение I степени (наиболее лёгкое)** - обычно наступает при непродолжительном воздействии холода. Первые признаки такого отморожения - чувство жжения, покалывания с последующим онемением поражённого участка.

- **отморожение II степени** - возникает при более продолжительном воздействии холода. В начальном периоде имеется побледнение, похолодание, утрата чувствительности, но эти явления наблюдаются при всех степенях отморожения. Поэтому наиболее

характерный признак - образование в первые дни после травмы пузырей, наполненных прозрачным содержимым.

- **отморожение III степени** - продолжительность периода холодового воздействия и снижения температуры в тканях увеличивается. Образующиеся в начальном периоде пузыри наполнены кровянистым содержимым, дно их сине-багровое, нечувствительное к раздражениям.

- **отморожение IV степени** - возникает при длительном воздействии холода, снижение температуры в тканях при нём наибольшее. Оно нередко сочетается с отморожением III и даже II степени. Повреждённый участок конечности резко синюшный, иногда с мраморной расцветкой. Отёк развивается сразу после согревания и быстро увеличивается. Отсутствие пузырей при развившемся значительно отёке, утрата чувствительности свидетельствуют об отморожении IV степени.

11.3. Переохлаждение

11.4.1. Прежде всего, нужно перенести пострадавшего в тёплое место, или хотя бы безветренное, хорошо укутать шубой или тёплым одеялом.

11.4.2. Если пострадавший в сознании, дать ему выпить горячий чай, морс или молоко, но категорически запрещается алкоголь и кофе!

11.4.3. Не стараться быстро согреть человека, не набирать ему горячую ванну, не тянуть его в душ, интенсивно не растирать, не обкладывать грелками. При таких манипуляциях последствия переохлаждения могут быть губительными. Могут возникнуть нарушения сердечного ритма и внутренние кровоизлияния.

11.4.4. Если произошло только переохлаждение ног или переохлаждение головы, то нужно снять с человека тесную и мокрую обувь и одеть на него шапку, таким образом согревая человека постепенно.

11.4. Отморожение

11.5.1. Для согревания потерпевшего нужно занести в тёплое помещение, дать горячий чай или молоко. Укрыть повреждённые конечности теплоизолирующей повязкой.

11.5.2. Если отморожения незначительны, можно согреть пальцы рук, спрятав их под мышки. Если отморожен нос, тепла руки будет достаточно, чтобы согреть его. Не позволять согретому участку кожи замерзнуть снова. Чем чаще ткань замерзает и согревается, тем серьезнее может стать повреждение.

11.5.3. Если отморожены щёки или нос, отогревание можно сделать, растирая их на морозе, и затем отнести пострадавшего в помещение. Не рекомендуется растирать отмороженные участки снегом. Снег способствует еще большему охлаждению, а острые льдинки могут поранить кожу.

11.5.4. После оказания первой помощи больному необходимо быстро доставить в больницу, т.к. даже при незначительных переохлаждениях снижаются защитные силы организма.

12. ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОТРАВЛЕНИЯХ

12.1. **Отравление** - это расстройство жизнедеятельности организма, возникшее из-за попадания в него яда или токсина.

В зависимости от вида токсина различают отравления:

- угарным газом;
- ядохимикатами, кислотами и щелочами;
- алкоголем;
- лекарственными препаратами;

- пищей и другие.

12.2. Общие правила оказания первой помощи

12.2.1. Прежде чем оказать помощь, следует установить причину данного состояния. Обязательно расспросить пострадавшего, что он ел или пил за последние часы. Обратить внимание на признаки выраженного помутнения или изменения сознания и поведения.

12.2.2. Первая помощь заключается в следующем:

- прекратить поступление провоцирующего фактора в организм;
- немедленное промывание желудка - обильное питье теплой воды (1,5 ÷ 2л), лучше подсоленной, с последующим раздражением корня языка. Промывать следует до «чистой воды». Давать обильное питье нужно и при самостоятельной рвоте;

Внимание! Промывание желудка возможно только в том случае, если пострадавший в сознании.

При подозрении на отравление кислотой или щелочью, воду пить **запрещено**.

- дать пострадавшему выпить большое количество жидкости для восполнения потерянной воды;
- растворить в стакане воды 10 ÷ 20 таблеток (1,5 ÷ 2 г. на 10 кг веса) активированного угля, дать выпить это пострадавшему. Возможно, дать слабительное.
- дождаться приезда специалистов.

Для скорейшего удаления из кишечника инфицированных продуктов больному необходимо дать карболен (желудочный уголь) и слабительное. Запрещается прием какой-либо пищи (в течение суток), но назначается обильное питье.

12.3. Отравление алкоголем

12.3.1. Отравление алкоголем возникает по причине передозировки, или употребления суррогатных напитков низкого качества и имеет, как правило, острый характер. Тяжесть состояния зависит от концентрации спирта в крови и усугубляется по мере употребления алкоголя. Алкогольная интоксикация всегда приводит к нарушению дыхательных и сосудистых функций ЦНС, а также работы головного мозга.

12.3.2. Об остром отравлении алкоголем можно судить по таким симптомам, как рвота, холодный пот, бледность, или покраснение кожи, замедление пульса и дыхания. Но самая большая опасность алкоголя состоит в том, что при его передозировке человек может лишиться сознания или впасть в кому. Учитывая все возможные осложнения, доврачебную помощь пострадавшему следует оказать немедленно, следующим образом:

- обеспечить приток свежего воздуха;
- неоднократно промыть желудок солевым или содовым раствором, провоцируя рвоту;
- дать сорбент, при алкогольной интоксикации также хорошо помогает микрокристаллическая целлюлоза в таблетках.
- дать понюхать нашатырь - это прояснит сознание;
- обеспечить обильное питье - подкисленная вода;
- для улучшения функций сердца дать выпить кофе, крепкий чай;
- при потере сознания проводится массаж сердца и искусственная вентиляция легких.

Внимание! Нельзя принимать для обезболивания средства, содержащие парацетамол, так как он совершенно несовместим с алкоголем. Интервал между употреблением алкоголя и приёмом препарата должен составлять не меньше 9 часов.

12.4. Отравление пищевыми продуктами

12.4.1. Причиной пищевого отравления являются патогенные микробы, которые попадают в пищеварительный тракт при несоблюдении санитарных, гигиенических правил хранения и приготовления продуктов. Стафилококки, стрептококки, сальмонеллы, палочковые бактерии при определенных условиях активно размножаются и продуцируют эндотоксины (микробные клетки), вызывающие симптомы интоксикации.

При отравлении пищей сначала поражаются пищеварительные органы, их слизистые оболочки, а затем токсины начинают всасываться в кровь и воздействовать буквально на все системы и органы: сердце, печень, центральная нервная система.

12.4.2. Доврачебная помощь при пищевых отравлениях осуществляется в таком порядке:

- промывание желудка. Несмотря на присутствие рвоты, больному нужно выпить не менее литра подсоленной воды, раствора марганцовки - это ускорит выведение остатков инфицированной пищи. Если рвота отсутствует, ее следует спровоцировать нажатием на корень языка.
- дать сорбент (активированный уголь);
- давать обильное питье – минеральная негазированная вода.

Внимание! При потере сознания рвоту вызывать нельзя - промывание желудка в этом случае проводится исключительно медработником.

12.5. Отравление угарным газом

12.5.1. Отравление продуктами горения – основная причина (80% всех случаев) гибели людей на пожарах. Свыше 60% из них приходится на отравление угарным газом.

Угарный газ (окись углерода, или монооксид углерода, химическая формула CO) - газообразное соединение, образующееся при горении любого вида. После попадания в дыхательные пути молекулы угарного газа сразу оказываются в крови и связываются с молекулами гемоглобина. Образуется совершенно новое вещество – карбоксигемоглобин, который препятствует транспортировке кислорода. По этой причине очень быстро развивается кислородная недостаточность.

Самая главная опасность – угарный газ невидим и никак не ощутим, он не имеет ни запаха, ни цвета, то есть причина недомогания не очевидна, ее не всегда удастся обнаружить сразу. Монооксид углерода невозможно никак почувствовать, именно поэтому второе его название - тихий убийца. Почувствовав усталость, упадок сил и головокружение, человек допускает роковую ошибку - решает прилечь. И, даже если понимает потом причину и необходимость выхода на воздух, предпринять ничего уже, как правило, не в состоянии. Многих могли бы спасти знания симптомов отравления CO - зная их, возможно вовремя заподозрить причину недомогания и принять необходимые меры к спасению.

12.5.2. Степени тяжести отравления:

- **легкая степень тяжести** характеризуется следующими симптомами: общая слабость; головные боли, преимущественно в лобной и височной областях; стук в висках; шум в ушах; головокружение; нарушение зрения – мерцание, точки перед глазами; непродуктивный, т.е. сухой кашель; учащенное дыхание; нехватка воздуха, одышка; слезотечение; тошнота; гиперемия (покраснение) кожных покровов и слизистых оболочек; тахикардия; повышение артериального давления;
- **средняя степень тяжести** - это сохранение всех симптомов предыдущей стадии и их более тяжелая форма: затуманенность сознания, возможны потери сознания на короткое время; рвота; галлюцинации, как зрительные, так и слуховые; нарушение со стороны вестибулярного аппарата, нескоординированные движения; боли в груди давящего характера;
- **тяжелая степень отравления** характеризуется следующими симптомами: паралич; долговременная потеря сознания, кома; судороги; расширение зрачков; непроизвольное опорожнение мочевого пузыря и кишечника; учащение пульса до 130 ударов

в минуту, но при этом прощупывается он слабо; цианоз (посинение) кожных покровов и слизистых оболочек; нарушения дыхания - оно становится поверхностным и прерывистым.

12.5.3. Нетипичные формы отравления:

- **обморочная:** бледность кожных покровов и слизистых оболочек; снижение артериального давления; потеря сознания;
- **эйфорическая:** психомоторное возбуждение; нарушение психических функций: бред, галлюцинации, смех, странности в поведении; потеря сознания; дыхательная и сердечная недостаточность.

12.5.4. Первая помощь пострадавшим:

- как можно быстрее вынести пострадавшего на свежий воздух, расстегнуть одежду, стесняющую дыхание, обеспечить приток свежего воздуха;
- облегчить дыхание - очистить дыхательные пути, если это необходимо, расстегнуть одежду, уложить пострадавшего на бок для того, чтобы предотвратить возможное западание языка;
- стимулировать дыхание. Поднести нашатырь, растереть грудь, согреть конечности.
- вызвать скорую помощь. Даже если человек на первый взгляд находится в удовлетворительном состоянии, необходимо, чтобы его осмотрел врач, так как не всегда истинную степень отравления представляется возможным определить только по симптомам. Кроме того, своевременно начатые терапевтические мероприятия позволят снизить риск осложнений и летальности от отравления угарным газом.

У пострадавшего, находящегося в бессознательном состоянии, может быть рвота, поэтому необходимо повернуть голову в сторону

При тяжелом состоянии пострадавшего необходимо проводить реанимационные мероприятия до прибытия медиков.

12.6. Отравление ядохимикатами

12.6.1. Ядохимикаты - это отравляющие вещества, преимущественно фосфорорганического происхождения, применяемые в сельском хозяйстве для борьбы с сорняками, вредителями, грызунами. К таким относятся карбофос, хлорофос, дихлофос, тиофос и другие. Отравление этими ядами происходит в основном по причине халатности или при нарушении правил работы с ними.

В организм они чаще попадают ингаляционным путём (при вдыхании), а также при попадании на кожу, приёме внутрь с обработанными ядом продуктами. Ядохимикаты очень активно воздействуют на слизистые покровы, вызывая ожоги. Симптомы отравления проявляются быстро (через 15 ÷ 60 минут) повышенным слюноотделением, кашлем, потливостью, учащённым дыханием.

12.6.2. Помощь при химических отравлениях заключается в следующем:

12.6.2.1. Сначала нужно вызвать медицинскую скорую помощь – транспортировка больного в стационар при данном случае необходима.

12.6.2.2. Затем, до прибытия врачей, постараться оказать пострадавшему максимальную помощь:

- если яд попал ингаляционным путем, необходимо обеспечить приток воздуха, расстегнуть одежду, обеспечить обильное питье;
- при проникновении яда внутрь, следует выпить много воды, или раствора марганцовки, вызвать многократную рвоту, затем дать уголь и солевое слабительное (магнезия);
- при попадании на кожу, пораженную область нужно хорошо промыть водой, можно с мылом, затем протереть нашатырем, или содовым раствором;
- при попадании в глаза, следует сделать промывание раствором соды (1 ч ложка/стакан воды).

12.6.2.3. Затем больного уложить в постель.

12.6.2.4. При остановке сердечной деятельности проводятся реанимационные процедуры.

НЕЛЬЗЯ! Пить растительное масло (ядохимикаты в нём хорошо растворяются), молоко, горячий кофе, чай!

12.7. Отравление кислотами и щёлочами

12.7.1. Щёлочи и кислоты широко применяются в быту, входят в состав некоторых чистящих средств. Наиболее часто используются неорганические кислоты: соляная, серная, хлорная, нередко уксусная кислота или эссенция. Из щелочей человек в повседневной жизни может сталкиваться с аммиаком (нашатырь), каустической содой, известью, силикатом калия, или натрия (используется для изготовления клея, жидкого стекла).

Последствия отравления этими веществами очень серьёзные. При попадании внутрь они приводят к сильным ожогам слизистых покровов, удушью, нарушению целостности пищеварительных органов, внутреннему кровотечению. Проглатывание большого количества кислоты приводит к разрушению эритроцитов в крови, что может повлечь за собой смерть пострадавшего.

12.7.2. Первая помощь в данном случае следующая:

- **вызвать медицинскую помощь** – пострадавшему от данного вида ядов требуется промывание желудка с помощью зонда и обязательная госпитализация.

НЕЛЬЗЯ! Провоцировать рвоту при отравлении кислотой, так как выход жидкости может усугубить ожог дыхательных путей, пищевода.

- рот и горло прополоскать водой, которую необходимо выплюнуть;
- при попадании внутрь кислоты дать пострадавшему белковые продукты: молоко (не менее 2-х стаканов) сырые яйца (2 ÷ 3 штуки).
- снизить действие щелочи с помощью подкисленной вода. Для этого используется сок лимона, уксус.
- пострадавшего уложить, приподняв голову и плечи. Если он без сознания, укладывать нужно набок.
- при сильной боли положить на живот холод - обезболивающие препараты до приезда врача желательно не принимать.

12.8. Попадание ядов на кожные покровы

12.8.1. Попадание на кожу таких веществ как кислоты, ядохимикаты, пестициды, ртуть, щелочи, нефтепродукты приводит к изменению структуры кожи: ожогам, покраснению, гиперемии. При обильном попадании яда может происходить поражение более глубоких слоев тканей, что влечёт за собой постепенное отравление организма.

12.8.2. Первая помощь оказывается в таком порядке:

- убрать яд с кожи тампоном. Если ядом пропитана одежда, её нужно снять.
- место контакта с ядом промыть прохладной водой. Для смывания масляных ядов лучше использовать мыло. Для смывания кислоты используется 2% содовый раствор.
- при сильном повреждении кожи следует наложить повязку из стерильного бинта и направить пострадавшего к врачу;
- если яд попал в глаза, необходимо промыть проточной водой, закапать капли, снимающие воспаление (Вигамокс, Визин).

12.9. Отравление ядовитыми газами

12.9.1. Ежедневно мы сталкиваемся с бытовым газом (метан, этан, пропан), и иногда с токсичными парами (хлор, ртуть, аммиак), часто используемыми в производстве. При вдыхании воздуха с высокой концентрацией этих соединений у человека наблюдаются симптомы, характерные для отравления: головокружение, шум и боль в голове, рвота,

тошнота. Токсичные газы могут вызывать ожоги, отеки дыхательных путей, удушье, потерю сознания, и в отсутствие своевременной помощи приводить к смерти от недостатка кислорода.

12.9.2. Помощь при отравлениях газом следующая:

- перекрыть источник газа и удалить от него пострадавшего. Если вынести человека на воздух невозможно, следует открыть все окна, двери.
- независимо от состояния пострадавшего, вызвать неотложную помощь;
- если пострадавший в сознании, обеспечить усиленный питьевой режим - пить можно воду, чай;
- облегчить дыхание больному, расстегнуть одежду, уложить горизонтально, приподняв голову, укутать;
- положить холод на грудь и голову;
- при остановке сердца сделать закрытый массаж, искусственное дыхание.

13. ОСНОВНЫЕ ПРИЁМЫ ИЗВЛЕЧЕНИЯ ПОСТРАДАВШИХ ИЗ ПОВРЕЖДЕННОЙ ТЕХНИКИ И ДРУГИХ ТРУДНОДОСТУПНЫХ МЕСТ

При ДТП важным моментом оказания помощи пострадавшему является правильное извлечение его из автомобиля.

Основная ошибка - сначала вытаскивают из машины, а потом начинают оказывать первую помощь.

13.1. Зафиксировать пострадавшего (на случай если у него есть какие-то переломы, обязательно надо фиксировать позвоночник. При ДТП наиболее вероятно повреждение шейного отдела.

13.2. Если можно - вытащить пострадавшего из машины. Особенно сложно сделать это при деформации кузова и заклинивании двери, опрокидывании автомобиля. В этих случаях необходимо, используя монтировочную лопатку или другие подручные средства, открыть одну из дверей, желательнее со стороны пострадавшего. Получив доступ в салон (кабину) транспортного средства, немедленно выключите зажигание.

13.3. Извлекать пострадавшего следует как единое целое. Неправильное извлечение пострадавшего может привести к его смерти.

Внимание! Не спешите вынимать пострадавших из автомобиля. В большинстве случаев этого не требуется, а эвакуация может причинить человеку непоправимый вред. Особенно если речь о травмах позвоночника.

13.4. Если состояние пострадавшего не вызывает опасений и в данный момент ему ничто не угрожает (возгорание автомобиля, угроза его сползания или переворачивания) можно не извлекать его из автомобиля, так как допущенные при этом ошибки могут усугубить полученные человеком повреждения.

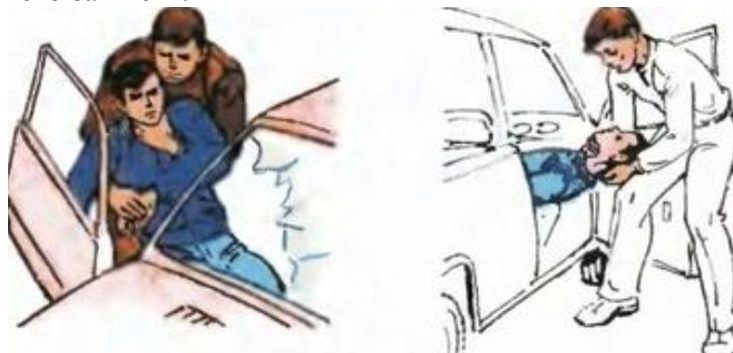
13.5. Если пострадавший без сознания, убедитесь в проходимости дыхательных путей и обеспечивайте её до извлечения из автомобиля.

13.6. Если человек находится в тяжелом состоянии (остановка дыхания и кровообращения, сдавливание тела, кровотечение и т. д.) или может получить новые повреждения, необходимо немедленно извлечь его из автомобиля.

13.7. Учитывая возможную травму грудной клетки, извлекайте пострадавшего за предплечье и подмышечные области, где рёбра повреждаются сравнительно редко. Грубые, сопряженные с применением значительных физических усилий приёмы могут нанести пострадавшему дополнительную травму и непоправимый вред.



13.8. Если существует опасность нарушения дыхания или усугубления травмы шейного отдела позвоночного столба, положение головы, шеи и грудной клетки необходимо сохранять неизменным относительно друг друга. В этом случае следует использовать приём, при котором оказывающий помощь одной рукой фиксирует подбородок пострадавшего, а другой - удерживает его за кисть.



13.9. При повреждении позвоночного столба извлекать пострадавшего из автомобиля должны несколько человек, аккуратно вытягивая за голову.

13.10. В случае если передняя дверь заблокирована, необходимо попытаться извлечь пострадавшего через заднюю дверь:

- убедиться в отсутствии сознания у пострадавшего;
- откинуть спинку кресла назад;
- аккуратно уложить пострадавшего;
- просунуть руки ему подмышки и захватить его предплечье одной рукой;
- захватить нижнюю челюсть пострадавшего второй рукой, зафиксировать его голову и потянуть пострадавшего из автомобиля наружу, чтобы извлечь его из автомобиля.



14. ПЕРЕНОСКА И ПЕРЕВОЗКА ПОСТРАДАВШЕГО

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

- вывод при поддержке с одной или двух сторон;



- вынос на руках;



- переноска на спине;



- перевозка транспортом.

14.2. При несчастном случае необходимо не только немедленно оказать пострадавшему первую помощь, но быстро и правильно доставить его в ближайшее лечебное учреждение. Нарушение правил переноски и перевозки пострадавшего может принести ему непоправимый вред.

14.3. 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 согласованно, 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, ноги и ягодицы, чтобы пальцы показывались с другой стороны пострадавшего. Надо стараться приподнять его с земли, чтобы кто-либо поставил носилки под него. Это важно при переломах, в этих случаях необходимо, чтобы кто-нибудь поддерживал место перелома.

14.4. 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.

14.5. При переломе нижней челюсти, если пострадавший задыхается, нужно класть его лицом вниз. Если пострадавший задыхается, нужно класть его лицом вниз, подложив под лоб сверток или сумку, чтобы челюсть отвисала.

14.6. При травме живота пострадавшего следует положить на спину, согнув его ноги в коленях. Под колени нужно подложить валик из одежды.

14.7. Пострадавшего с повреждением грудной клетки следует переносить в полусидячем положении, положив ему под спину одежду.

14.8. По ровному месту пострадавшего нужно нести ногами вперёд, при подъёме в гору или по лестнице - головой вперёд. Чтобы не придавать носилкам наклонного положения, оказывающие помощь, находящиеся ниже, должны приподнять носилки.

14.9. Во время переноски на носилках следует наблюдать за пострадавшим, а также за состоянием наложенных повязок и шин. При длительной переноске нужно менять положение пострадавшего, поправлять его изголовье, утолять жажду (но не при травме живота).

14.10. Снимая пострадавшего с носилок, следует поступать так же, как и при укладывании на носилки. При переноске носилок с пострадавшим на большие расстояния

оказывающие помощь должны нести их на лямках, привязанных к ручкам носилок, перекинув лямки через шею.

14.11. При перевозке тяжело пострадавшего лучше положить его (не перекладывая) в повозку или машину на тех же носилках, подстелив под них сено, траву. Везти пострадавшего следует осторожно, избегая тряски.

