



Общество с ограниченной ответственностью «Газпром нефтехим Салават»
(ООО «Газпром нефтехим Салават»)

РАСПОРЯЖЕНИЕ

«04» 09 2023 г.

№ 1950

О введении в действие инструкции ИПБ В002.0021-2023

В связи с разработкой «Инструкции по оказанию первой помощи пострадавшим» ИПБ В002.0021-2023

ОБЯЗЫВАЮ:

1. Утвердить инструкцию ИПБ В002.0021-2023 «Инструкция по оказанию первой помощи пострадавшим» (далее - инструкция ИПБ В002.0021-2023) и ввести в действие с 02.10.2023 (приложение).

2. Руководителей подразделений:

2.1. Принять к руководству инструкцию ИПБ В002.0021-2023.

2.2. Ознакомить с настоящим распоряжением руководителей, специалистов, работников рабочих профессий под личную подпись.
Срок: 29.09.2023.

2.3. Ознакомить с инструкцией ИПБ В002.0021-2023 руководителей, специалистов и работников рабочих профессий в листе ознакомления к инструкции ИПБ В002.0021-2023.
Срок: 29.09.2023.

2.4. Проводить ознакомление вновь принятых работников под личную подпись с инструкцией ИПБ В002.0021-2023.

2.5. Провести работникам рабочих профессий внеплановый инструктаж по инструкции ИПБ В002.0021-2023.
Срок: 29.09.2023.

2.6. Внести инструкцию ИПБ В002.0021-2023 в перечень нормативной документации по подразделению.

3. Начальника УЭПБиОТ В.А. Кузнецова обеспечить подразделения копиями инструкций ИПБ В002.0021-2023.

4. Контроль исполнения данного распоряжения возложить на начальника УЭПБиОТ В.А. Кузнецова.

Заместитель генерального директора
по промышленной, экологической
безопасности и охране труда

И.В. Таратунин

И.Н. Кабирова, 65-04
Разослать: по списку № 1

Приложение
УТВЕРЖДЕНА
распоряжением от 04.09.2023 № 1950

Общество с ограниченной ответственностью «Газпром нефтехим Салават»
ООО «Газпром нефтехим Салават»

ИНСТРУКЦИЯ
ПО ОКАЗАНИЮ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ

Дата вступления в действие: октябрь, 2023

ИПБ В002.0021-2023
Введена впервые

Содержание

1. Область применения.....	3
2. Общие требования	3
3. Универсальный алгоритм оказания первой помощи	5
4. Экстренное извлечение пострадавших из транспортного средства или труднодоступных мест	7
5. Оказание первой помощи при отсутствии сознания, остановке дыхания и кровообращения.....	10
6. Порядок оказания первой помощи при частичном и полном нарушении проходимости верхних дыхательных путей	14
7. Оказание первой помощи при наружных кровотечениях и травмах.....	15
8. Первая помощь при травматическом шоке	22
9. Последовательность подробного осмотра пострадавшего.....	23
10. Первая помощь при травмах	24
11. Оказание первой помощи при прочих состояниях	30
12. Порядок оказания первой помощи при неотложных состояниях, вызванных заболеваниями (острые нарушения сознания, дыхания, кровообращения, судорожный синдром).....	34
13. Оптимальные положения тела пострадавшего с различными видами травм.....	36
14. Психологическая поддержка.....	38
15. Принципы передачи пострадавшего бригаде скорой медицинской помощи.....	42
16. Ответственность	42
Приложение 1. Термины, определения и сокращения	43
Приложение 2. Схема универсального алгоритма оказания первой помощи...	45
Лист изменений/дополнений, внесенных в ИПБ В002.0021-2023	
Лист учета изменений к ИПБ В002.0021-2023	
Лист ознакомления с ИПБ В002.0021-2023	

1. Область применения

1.1. Настоящая инструкция является организационно-нормативным документом, устанавливающим требования по оказанию первой помощи пострадавшим, знание которых обязательно для работников Общества и лиц, находящихся на территории Общества.

1.2. Инструкция составлена в соответствии с требованиями учебного пособия для лиц, обязанных и (или) имеющих право оказывать первую помощь¹.

1.3. Требования настоящей инструкции не отменяют необходимости соблюдения требований действующих нормативных актов Российской Федерации.

1.4. Термины, определения и сокращения, используемые в настоящей инструкции, приведены в приложении 1.

2. Общие требования

2.1. Согласно статье 31 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» первую помощь до оказания медицинской помощи оказывают гражданам при несчастных случаях, травмах, ранениях, поражениях, отравлениях, других состояниях и заболеваниях, угрожающих их жизни и здоровью. Взаимопомощь оказывают лица, оказавшиеся вблизи с пострадавшим.

2.2. Первая помощь оказывается при следующих состояниях:

- отсутствие сознания;
- остановка дыхания и кровообращения;
- наружные кровотечения;
- инородные тела в верхних дыхательных путях;
- травмы различных областей тела;
- ожоги, эффекты воздействия высоких температур, теплового излучения;
- отморожение и другие эффекты воздействия низких температур;
- отравления.

2.3. Все работники Общества и лица, находящиеся на территории Общества обязаны знать и уметь оказывать первую помощь, знать номера телефонов экстренных служб², проходить обучение правилам и методам оказания первой помощи пострадавшим³.

¹ В соответствии с письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.10.2022 №16-1/и/2-17651.

² В соответствии с инструкцией «По общим вопросам производственной безопасности».

³ В соответствии со стандартом «Обязательное обучение работников».

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

- поражение электрическим током;
- интенсивное дорожное движение;
- возможное возгорание или взрыв;
- поражение токсическими веществами;
- агрессивно настроенные люди;
- высокая вероятность обрушения здания или каких-либо конструкций;
- животные и т.п.

2.5. Для оказания первой помощи необходимо использовать аптечку для оказания первой помощи работникам (далее – аптечка) и соблюдать меры профилактики инфекционных заболеваний, передающихся при непосредственном контакте с человеком, его кровью и другими жидкостями.

2.6. Для снижения риска заражения при оказании первой помощи следует использовать средства из аптечки:

- медицинские перчатки (для защиты рук);
- защитные устройства для проведения искусственного дыхания «рот-устройство-рот»;
- медицинские 3-слойные маски из нетканого материала, для снижения риска инфицирования человека, оказывающего первую помощь.

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

2.8. После проведения искусственного дыхания рекомендуется прополоскать рот.

2.9. Основные правила вызова скорой медицинской помощи:

2.9.1. Вызов скорой медицинской помощи производится по телефону⁴ 003 (вызов осуществляется только со стационарного телефона), 25-63, 28-90, 112.

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

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

⁴ Вызов с сотового телефона осуществляется по номеру 8-3476-39-XX-XX.

– фамилия и должность лица, вызвавшего скорую медицинскую помощь.

2.9.3. Телефонную трубку положить последним, после сообщения фельдшера о том, что вызов принят.

3. Универсальный алгоритм оказания первой помощи

3.1. Первая помощь пострадавшим при несчастных случаях должна оказываться в соответствии с универсальным алгоритмом оказания первой помощи⁵ (далее – алгоритм), приведённым в таблице 1, схема алгоритма - приложение 2.

Т а б л и ц а 1 - Универсальный алгоритм оказания первой помощи

Пункт Алгоритма	Меры реагирования	Срок
1.	<u>Проводят оценку обстановки и обеспечивают безопасные условия для оказания первой помощи:</u> 1) определяют угрожающие факторы для собственной жизни и здоровья; 2) определяют угрожающие факторы для жизни и здоровья пострадавшего; 3) устраняют угрожающие факторы для жизни и здоровья; 4) прекращают действие повреждающих факторов на пострадавшего; 5) оценивают количество пострадавших (при необходимости); 6) извлекают пострадавшего из транспортного средства или других труднодоступных мест (при необходимости); 7) перемещают пострадавшего (при необходимости).	Определяется в зависимости от обстоятельств происшествия
2.	<u>Определяют наличие сознания у пострадавшего.</u> При наличии сознания переходят к п. 7 Алгоритма; при отсутствии сознания переходят к п. 3 Алгоритма.	5 секунд
3.	<u>Восстанавливают проходимость дыхательных путей:</u> 1) запрокидывают голову с подъемом подбородка; 2) выдвигают нижнюю челюсть. <u>Определяют признаки жизни:</u> 3) определяют наличие нормального дыхания с помощью слуха, зрения и осязания; 4) определяют наличие кровообращения путем проверки пульса на магистральных артериях	2 секунды 10 секунд

⁵ В соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" и Приказом Минздрава России от 04.05.2012 № 477н «Об утверждении перечня состояний, при которых оказывается первая помощь, и перечня мероприятий по оказанию первой помощи».

Пункт Алгоритма	Меры реагирования	Срок
	(одновременно с определением дыхания и при наличии соответствующей подготовки). При наличии дыхания переходят к п. 6 Алгоритма; при отсутствии дыхания переходят к п. 4 Алгоритма.	
4.	<u>Вызывают скорую медицинскую помощь</u> (по телефону 003 (вызов осуществляется только со стационарного телефона), 25-63, 28-90, 112, привлекая помощника или с использованием громкой связи на телефоне).	1 минута
5.	<u>Начинают проведение базовой сердечно-легочной реанимации</u> (далее – СЛР) путем чередования: 1) давления руками на грудину пострадавшего; 2) искусственного дыхания "Рот ко рту" или "Рот к носу" с использованием устройств для искусственного дыхания. При появлении признаков жизни переходят к п. 6 Алгоритма.	До появления признаков жизни, приезда скорой медицинской помощи или других специальных служб, сотрудники которых обязаны оказывать первую помощь, или до появления чувства собственной усталости, не позволяющей продолжать СЛР.
6.	При появлении (наличии) признаков жизни выполняют <u>мероприятия по поддержанию проходимости дыхательных путей</u> одним или несколькими способами: 1) придают устойчивое боковое положение; 2) запрокидывают голову с подъемом подбородка; 3) выдвигают нижнюю челюсть.	20 секунд
7.	<u>Проводят обзорный осмотр пострадавшего и осуществляют мероприятия по временной остановке наружного кровотечения</u> одним или несколькими способами: 1) прямым давлением на рану; 2) пальцевым прижатием артерии; 3) наложением давящей повязки; 4) максимальным сгибанием конечности в суставе; 5) наложением жгута.	Определяется наличием и видом кровотечения, а также методами его остановки
8.	<u>Проводят подробный осмотр пострадавшего</u> в целях выявления признаков травм, отравлений и других состояний, угрожающих его жизни и здоровью, осуществляют вызов скорой медицинской помощи (если она не была вызвана ранее) и выполняют мероприятия по оказанию первой помощи: 1) проводят осмотр головы; 2) проводят осмотр шеи; 3) проводят осмотр груди; 4) проводят осмотр спины; 5) проводят осмотр живота и таза; 6) проводят осмотр конечностей;	Определяется наличием и характером травм, отравлений и прочих состояний, требующих оказания первой помощи

Пункт Алго- ритма	Меры реагирования	Срок
	7) накладывают повязки при травмах различных областей тела, в том числе окклюзионную (герметизирующую) при ранении грудной клетки; 8) проводят иммобилизацию (с помощью подручных средств, аутоиммобилизацию, с использованием изделий медицинского назначения); 9) фиксируют шейный отдел позвоночника (вручную, подручными средствами, с использованием изделий медицинского назначения); 10) прекращают воздействия опасных химических веществ на пострадавшего (промывают желудок путем приема воды и вызывания рвоты, удаляют с поврежденной поверхности и промывают поврежденные поверхности проточной водой); 11) проводят местное охлаждение при травмах, термических ожогах и иных воздействиях высоких температур или теплового излучения; 12) проводят термоизоляцию при отморожениях и других эффектах воздействия низких температур.	
9.	<u>Придают пострадавшему оптимальное положение тела.</u>	1 минута
10.	<u>Постоянно контролируют состояние пострадавшего (наличие сознания, дыхания и кровообращения) и оказывают психологическую поддержку.</u>	Определяется временем прибытия бригады скорой медицинской помощи
11.	<u>Передают пострадавшего бригаде скорой медицинской помощи, при их прибытии, сообщают необходимую информацию.</u>	1 минута

Примечание:

Перечень мероприятий Универсального алгоритма оказания первой помощи является типовым, временные параметры, необходимые для выполнения мероприятий определяются с учетом конкретных условий оказания первой помощи.

3.2. При несчастном случае необходимо сообщить своему непосредственному руководителю о происшествии и сохранить без изменений обстановку на рабочем месте, если это не угрожает жизни и здоровью других лиц.

4. Экстренное извлечение пострадавших из транспортного средства или труднодоступных мест

4.1. Извлечение пострадавших из транспортного средства или другого труднодоступного места выполняется только при наличии угрозы для его жизни и здоровья и невозможности оказания первой помощи в тех условиях, в которых находится пострадавший. Во всех остальных случаях лучше дождаться

приезда скорой медицинской помощи и других служб, участвующих в ликвидации последствий происшествия.

4.2. Извлечение пострадавшего осуществляется определенными способами:

4.2.1. Если пострадавший находится в сознании: руки участника оказания первой помощи проводятся под подмышками пострадавшего, фиксируют его предплечье, после чего пострадавший извлекается наружу (рисунок 1).



Рисунок 1

4.2.2. Если пострадавший, находится без сознания или с подозрением на травму шейного отдела позвоночника, необходимо фиксировать ему голову и шею (рисунок 2). При этом одна из рук участника оказания первой помощи фиксирует за нижнюю челюсть голову пострадавшего, а вторая держит его противоположное предплечье.



Рисунок 2

4.3. После извлечения следует переместить пострадавшего на безопасное расстояние.

В зависимости от характера травм и состояния пострадавшего, количества участников перемещения и их физических возможностей перемещать пострадавшего до транспорта или в безопасное место можно различными способами:

4.3.1. Перемещение пострадавшего в одиночку с поддержкой (рисунок 3). Используется для перемещения легкопострадавших лиц, находящихся в сознании.



Рисунок 3



Рисунок 4

4.3.2. Перемещение пострадавшего в одиночку волоком (рисунок 4). Применяется для перемещения на близкое расстояние пострадавших, имеющих значительный вес. Нежелательно использовать у пострадавших с травмами нижних конечностей.



Рисунок 5



Рисунок 6

4.3.3. Переноска пострадавшего в одиночку на спине (рисунок 5). Может использоваться для переноски пострадавших, имеющих небольшой вес. Не применяется для

переноски пострадавших, находящихся без сознания.

4.3.4. Переноска пострадавшего на руках (рисунок 6). Используется лицами, имеющими достаточную для применения этого способа физическую силу. Этим способом возможна переноска пострадавших, находящихся без сознания. Нежелательно переносить так пострадавших с подозрением на травму позвоночника.

4.3.5. Переноска пострадавшего в одиночку на плече (рисунок 7). При переноске таким способом следует придерживать пострадавшего за руку. Этот способ не применяется при переноске пострадавших с травмами груди, живота и позвоночника.

4.3.6. Переноска пострадавшего вдвоем на замке из четырех рук (рисунок 8). Руки берутся таким образом, чтобы обхватить запястье другой руки и руки помощника. Фиксация кистей должна быть достаточно прочной, чтобы удержать пострадавшего. После формирования «замка» пострадавший усаживается на него, после чего его поднимают и переносят. Пострадавший может придерживаться за плечи переносящих его людей (рисунок 9).

4.3.7. Переноска пострадавшего вдвоем на замке из трех рук с поддержкой под спину. При использовании этого способа один из участников оказания первой помощи не берет руку в замок, а располагает ее на плече у другого (рисунок 10). На эту руку пострадавший может опираться при переноске (рисунок 11). Таким образом осуществляется



Рисунок 7

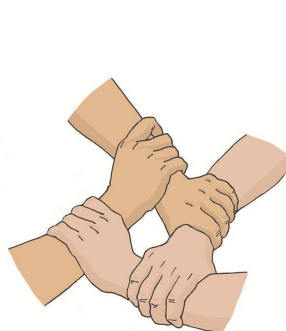


Рисунок 8



Рисунок 9



Рисунок 10



Рисунок 11



Рисунок 12

переноска пострадавших, у которых есть риск потери сознания или пострадавших, которые не могут удержаться на замке из четырех рук.

4.3.8. Переноска пострадавшего вдвоем за руки и ноги (рисунок 12). При переноске этим способом, один из участников оказания первой помощи держит пострадавшего за предплечье одной руки, просунув руки подмышки, а другой – под колени.



Рисунок 13



Рисунок 14

4.3.9. Переноска пострадавшего с подозрением на травму позвоночника. Для переноски пострадавшего с подозрением на травму позвоночника необходимо несколько человек, которые под руководством одного из участников оказания первой помощи поднимают и переносят пострадавшего (рисунок 13). При переноске один из участников оказания первой помощи должен фиксировать голову и шею пострадавшего своими предплечьями (рисунок 14). Более удобно и безопасно для пострадавшего с подозрением на травму позвоночника переносить его на твердой ровной поверхности (например, на щите).

5. Оказание первой помощи при отсутствии сознания, остановке дыхания и кровообращения

5.1. На месте происшествия участнику оказания первой помощи следует оценить безопасность для себя, пострадавшего (пострадавших) и окружающих. При наличии угрожающих факторов их следует устранить или минимизировать риск для собственного здоровья, риск для пострадавшего (пострадавших) и окружающих.

5.2. Далее проверяют наличие сознания у пострадавшего. Для проверки сознания необходимо аккуратно потормошить пострадавшего за плечи и громко спросить: «Что с Вами? Нужна ли Вам помощь?» (рисунок 15). Человек, находящийся в бессознательном состоянии, не сможет отреагировать и ответить на эти вопросы.



Рисунок 15

5.3. При отсутствии признаков сознания определяют наличие дыхания у пострадавшего. Для этого необходимо восстановить проходимость дыхательных путей у пострадавшего: одну руку положить на лоб пострадавшего, двумя пальцами другой руки взять за подбородок, запрокинуть голову, поднять подбородок и выдвинуть нижнюю челюсть. При подозрении на травму шейного отдела позвоночника запрокидывание следует выполнять максимально аккуратно и щадяще.

Для проверки дыхания следует наклониться щекой и ухом ко рту и носу пострадавшего (рисунок 16) и в течение 10 сек. попытаться услышать его дыхание, почувствовать выдыхаемый воздух на своей щеке и увидеть движения грудной клетки у пострадавшего. При отсутствии дыхания грудная клетка пострадавшего останется неподвижной, звуков его дыхания не будет слышно, выдыхаемый воздух изо рта и носа не будет ощущаться щекой.

5.4. При отсутствии дыхания у пострадавшего участнику оказания первой помощи следует организовать вызов скорой медицинской помощи привлекая помощника (рисунок 17). Для этого надо громко позвать на помощь, обращаясь к конкретному человеку, находящемуся рядом с местом происшествия и дать ему соответствующие указание. Указания следует давать кратко, понятно, информативно: *«Человек не дышит. Вызывайте «скорую». Сообщите мне, что вызвали».*



Рисунок 16

5.5. При отсутствии возможности привлечения помощника, скорую медицинскую помощь следует вызвать самостоятельно (например, используя функцию громкой связи в телефоне). Вызов осуществляется в соответствии с п.2.9. настоящей инструкции.

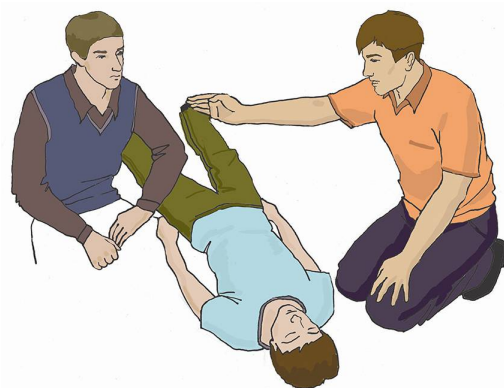


Рисунок 17

5.6. Одновременно с вызовом скорой медицинской помощи необходимо приступить к СЛР пострадавшего, который должен располагаться лежа на спине на твердой ровной поверхности.

5.7. Техника проведения СЛР:

5.7.1. Основание ладони одной руки участника оказания первой помощи помещается на середину грудной клетки пострадавшего, вторая рука помещается сверху первой, кисти рук берутся в замок

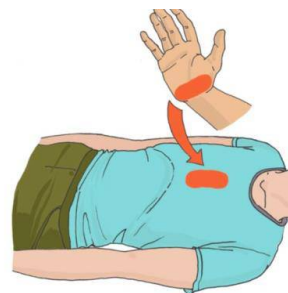


Рисунок 18

(рисунок 18, 19), руки выпрямляются в локтевых суставах, плечи участника оказания первой помощи располагаются над пострадавшим так, чтобы давление осуществлялось перпендикулярно плоскости грудины (рисунок 20).

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

5.7.2. После 30 надавливаний руками на грудину пострадавшего необходимо осуществить искусственное дыхание методом «Рот-ко-рту» (рисунок 21). Для этого следует открыть дыхательные пути пострадавшего (запрокинуть голову, поднять подбородок), зажать его нос двумя пальцами, сделать два вдоха искусственного дыхания.

5.7.3. Вдохи искусственного дыхания выполняются следующим образом: необходимо сделать свой нормальный вдох, герметично обхватить своими губами рот пострадавшего и выполнить равномерный выдох в его дыхательные пути в течение 1 секунды, наблюдая за движением его грудной клетки. Ориентиром достаточного объема вдуваемого воздуха и эффективного вдоха искусственного дыхания является начало подъема грудной клетки, определяемое участником оказания первой помощи визуально.

5.7.4. Продолжая поддерживать проходимость дыхательных путей, необходимо дать пострадавшему совершить пассивный выдох, после чего повторить вдох искусственного дыхания вышеописанным образом. На 2 вдоха искусственного дыхания должно быть потрачено не более 10 секунд. Не следует делать более двух попыток вдохов искусственного дыхания в перерывах между давлениями руками на грудину пострадавшего.

5.7.5. При этом рекомендуется использовать устройство для проведения искусственного дыхания из аптечки или укладки.

5.7.6. В случае невозможности выполнения искусственного дыхания методом «Рот-ко-рту» (например, повреждение губ пострадавшего), производится искусственное дыхание методом «Рот-к-носу». При этом техника



Рисунок 19

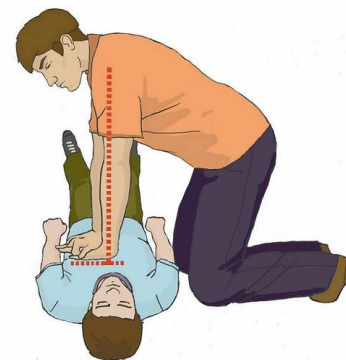


Рисунок 20



Рисунок 21

выполнения отличается тем, что участник оказания первой помощи закрывает рот пострадавшему при запрокидывании головы и обхватывает своими губами нос пострадавшего.

5.7.7. Далее следует продолжить реанимационные мероприятия, чередуя 30 надавливаний на грудину с 2-мя вдохами искусственного дыхания.

5.8. Осложнением СЛР является перелом костей грудной клетки (преимущественно ребер). Необходимо избегать избыточной силы давления руками на грудину пострадавшего, неверно определенной точке расположения рук.

5.9. Показания к прекращению СЛР:

5.9.1. Реанимационные мероприятия продолжаются до прибытия скорой медицинской помощи и распоряжения их сотрудников о прекращении реанимации, либо до появления явных признаков жизни у пострадавшего (появления самостоятельного дыхания, возникновения кашля, произвольных движений).

5.9.2. При длительном проведении реанимационных мероприятий и возникновения физической усталости у участника оказания первой помощи необходимо привлечь помощника к осуществлению этих мероприятий. Рекомендуется при проведении СЛР производить смену ее участников примерно каждые 2 минуты, или спустя 5-6 циклов надавливаний и вдохов.

5.9.3. Реанимационные мероприятия могут не осуществляться пострадавшим с явными признаками нежизнеспособности (травма, несовместимая с жизнью).

5.10. После прекращения СЛР при появлении самостоятельного дыхания у пострадавшего с отсутствующим сознанием (либо если у пострадавшего, внезапно потерявшего сознание, изначально имелось дыхание) ему необходимо придать устойчивое боковое положение. Для этого необходимо выполнить следующую последовательность действий (рисунок 22):

5.10.1. Расположить ближнюю руку пострадавшего под прямым углом к его телу (рисунок 22.1).

5.10.2. Дальнюю руку пострадавшего приложить тыльной стороной ладони к противоположной щеке пострадавшего, придерживая ее своей рукой (рисунок 22.2).

5.10.3. После этого согнуть дальнюю от себя ногу пострадавшего в колене, поставить ее с опорой на стопу, надавить на колено этой ноги на себя (в указанном на рисунке 22.3 направлении) и повернуть пострадавшего.

5.10.4. После поворота пострадавшего набок слегка запрокинуть его голову для открытия дыхательных путей и подтянуть ногу, лежащую сверху, ближе к животу (рисунок 22.4).

5.10.5. В результате описанных выше действий пострадавший будет находиться в положении, изображенном на рисунке 22.5. Необходимо

наблюдать за его состоянием до прибытия бригады скорой медицинской помощи, регулярно оценивая наличие у него дыхания.

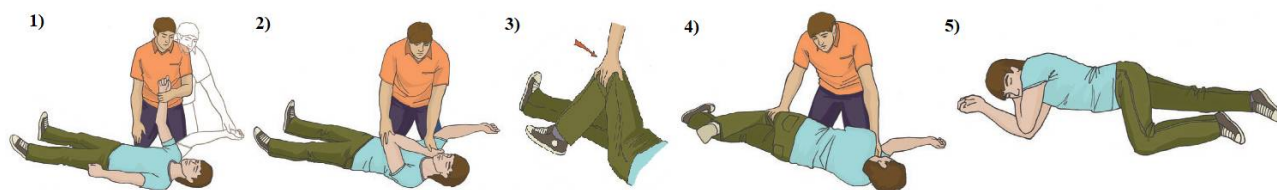


Рисунок 22

6. Порядок оказания первой помощи при частичном и полном нарушении проходимости верхних дыхательных путей

6.1. Признаком нарушения проходимости верхних дыхательных путей является поза, при которой человек держится рукой за горло и одновременно пытается кашлять, чтобы удалить инородное тело.

6.2. Чтобы определить степень нарушения, следует спросить пострадавшего, подавился ли он.

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

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

6.3. При частичном нарушении проходимости следует предложить пострадавшему покашлять (рисунок 23).



Рисунок 23

6.4. При полном нарушении проходимости верхних дыхательных путей необходимо предпринять меры по удалению инородного тела (рисунок 24):

6.4.1. Встать сбоку и немного сзади пострадавшего.

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

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

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

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



Рисунок 24

- встать позади пострадавшего и обхватить его обеими руками на уровне верхней части живота;
- сжать кулак одной из рук и поместить его над пупком большим пальцем к себе (рисунок 25);
- обхватить кулак другой рукой и, слегка наклонив пострадавшего вперед, резко надавить на его живот в направлении внутрь и кверху (рисунок 26);
- при необходимости надавливания повторить до 5 раз.



Рисунок 25



Рисунок 26

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

6.6. Если пострадавший потерял сознание – необходимо начать СЛР. При этом следует следить за возможным появлением инородного тела во рту для того, чтобы своевременно удалить его.

6.7. Если инородное тело нарушило проходимость дыхательных путей у тучного человека, оказание первой помощи начинается также, как описано выше, с 5 ударов между лопатками (рисунок 24). У тучных людей не осуществляется давление на живот. Вместо него проводятся надавливания на нижнюю часть груди. При отсутствии эффекта от этих действий необходимо приступить к СЛР.

7. Оказание первой помощи при наружных кровотечениях и травмах

7.1. При оказании первой помощи необходимо произвести обзорный осмотр пострадавшего для определения признаков кровотечения, требующего скорейшей остановки. Обзорный осмотр производится очень быстро, в течение 1-2 секунд, с головы до ног (рисунок 27).

7.2. Основные признаки острой кровопотери:

- резкая общая слабость;
- чувство жажды;
- головокружение;
- мелькание «мушек» перед глазами;
- обморок, чаще при попытке встать;
- бледная, влажная и холодная кожа;



Рисунок 27

- учащённое сердцебиение;
- частое дыхание.

7.3. По внешним признакам кровотечения подразделяются на следующие виды кровотечения:

- наружное кровотечение сопровождается повреждением кожных покровов и слизистых оболочек, при этом кровь изливается наружу в окружающую среду;
- внутреннее кровотечение чаще всего возникает при тупых травмах грудной клетки, живота, сопровождающихся повреждением внутренних органов-легких, селезенки, печени.

7.4. По виду поврежденных сосудов кровотечения бывают:

- Артериальные – наиболее опасные, так как при ранении крупных артерий происходит большая потеря крови за короткое время. Признаком артериальных кровотечений обычно является пульсирующая алая струя крови, быстро расплывающаяся лужа крови алого цвета, быстро пропитываемая кровью одежда пострадавшего.
- Венозные – характеризуются меньшей скоростью кровопотери, кровь темно-вишневая, вытекает «ручьем». Венозные кровотечения могут быть менее опасными, чем артериальные, однако также требуют скорейшей остановки.
- Капиллярные – наблюдаются при ссадинах, порезах, царапинах. Капиллярное кровотечение непосредственной угрозы для жизни, как правило, не представляет.
- Смешанные – кровотечения, при которых имеются одновременно артериальное, венозное и капиллярное кровотечение. Наблюдаются, например, при отрыве конечности. Опасны вследствие наличия артериального кровотечения.

7.5. Оказание первой помощи при кровотечениях проводят в соответствии с алгоритмом – после выполнения пунктов 1 - 6 «алгоритма» (таблица 1). Для оказания первой помощи пострадавшему при кровотечении следует:

- провести обзорный осмотр для определения наличия кровотечения;
- определить вид кровотечения;
- выполнить остановку кровотечения наиболее подходящим способом или их комбинацией.

7.6. Способы временной остановки кровотечения:

- прямое давление на рану;
- наложение давящей повязки;
- пальцевое прижатие артерии;
- максимальное сгибание конечности в суставе;

– наложение кровоостанавливающего жгута (табельного или импровизированного).

7.7. Мероприятия по остановке кровотечения выполняются в следующем порядке:

7.7.1. Прямое давление на рану является наиболее простым способом остановки кровотечений:

– рану закрывают стерильными салфетками или стерильным бинтом, после чего на область раны осуществляется давление рукой участника оказания первой помощи с силой, достаточной для остановки кровотечения (рисунок 28);

– при отсутствии бинта или салфеток для наложения на рану можно использовать любую подручную ткань;

– при отсутствии табельных и подручных средств допустимо осуществлять давление на рану рукой участника оказания первой помощи (при этом не следует забывать о необходимости использования медицинских перчаток);

– пострадавший может попытаться самостоятельно остановить имеющееся у него кровотечение, используя прямое давление на рану.

7.7.2. Для более продолжительной остановки кровотечения используют наложение давящей повязки (рисунок 29). При наложении давящей повязки следует соблюдать общие принципы наложения бинтовых повязок: на рану желательно положить стерильные салфетки из аптечки, бинт должен раскатываться по ходу движения, по окончании наложения повязку следует закрепить, завязав свободный конец бинта вокруг конечности. Поскольку основная задача повязки – остановить кровотечение, она должна накладываться с усилием (давлением). Если повязка начинает пропитываться кровью, то поверх нее накладывают еще несколько стерильных салфеток и туго прибинтовывают.

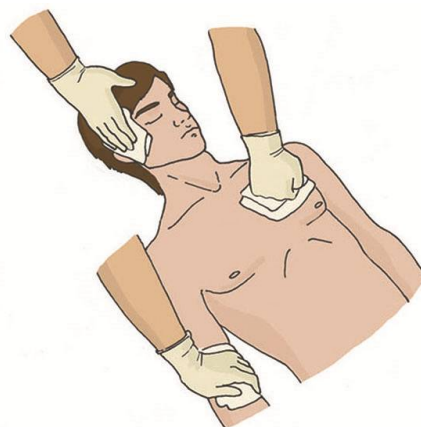


Рисунок 28

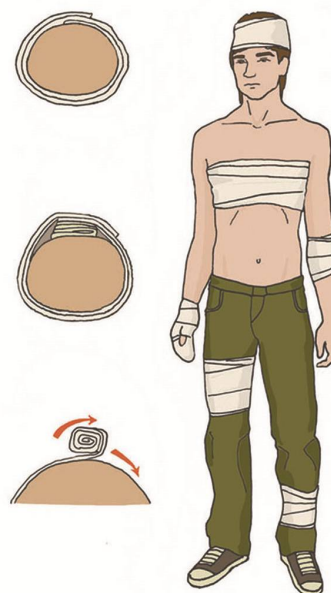


Рисунок 29

7.7.3. Пальцевое прижатие артерии позволяет достаточно быстро и эффективно останавливать кровотечение из крупных артерий.

– Давление осуществляется в определенных точках между раной и сердцем. Выбор точек обусловлен возможностью прижатия артерии к кости.

Результатом является прекращение поступления крови к поврежденному участку сосуда и остановка или значительное ослабление кровотечения.

- Пальцевое прижатие артерии предшествует наложению кровоостанавливающего жгута и используется в первые секунды после обнаружения кровотечения и начала оказания первой помощи (так же, как и прямое давление на рану).

- Пальцевое прижатие артерии может быть как самостоятельным способом остановки кровотечения, так и использоваться в комплексе с другими способами (например, с давящей повязкой на рану).

- Эффективность и правильность использования этого способа определяется визуально – по уменьшению или остановке кровотечения.

7.7.4. Способы остановки кровотечений из крупных артерий:

7.7.4.1. Общая сонная артерия прижимается на передней поверхности шеи снаружи от гортани на стороне повреждения (рисунок 30). Давление в указанную точку может осуществляться четырьмя пальцами одновременно по направлению к позвоночнику (рисунок 31), при этом сонная артерия придавливается к нему. Другим вариантом пальцевого прижатия сонной артерии является давление в ту же точку большим пальцем по направлению к позвоночнику (рисунок 32). Прижимать необходимо с достаточной силой, т.к. кровотечения из сонной артерии очень интенсивные.



Рисунок 30



Рисунок 31



Рисунок 32

7.7.4.2. Подключичная артерия прижимается в ямке над ключицей к первому ребру (рисунок 33). Осуществлять давление в точку прижатия подключичной артерии можно с помощью четырех выпрямленных пальцев (рисунок 34). Другим способом пальцевого прижатия подключичной артерии является давление согнутыми пальцами (рисунок 35).

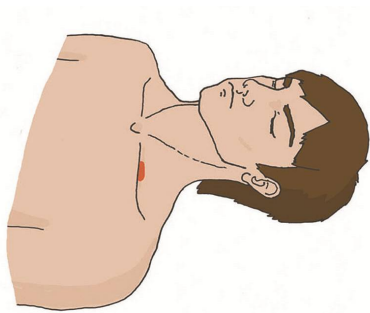


Рисунок 33

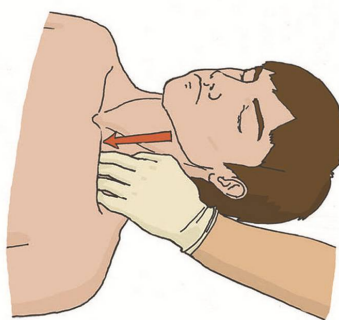


Рисунок 34

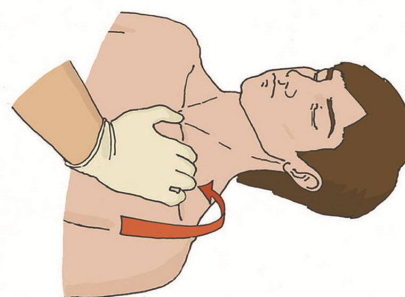


Рисунок 35

7.7.4.3. Плечевая артерия прижимается к плечевой кости с внутренней стороны между бицепсом и трицепсом в средней трети плеча (рисунок 36), если кровотечение возникло из ран средней и нижней трети плеча, предплечья и кисти. Давление на точку прижатия осуществляется с помощью четырех пальцев кисти, обхватывающей плечо пострадавшего сверху или снизу (рисунок 37).

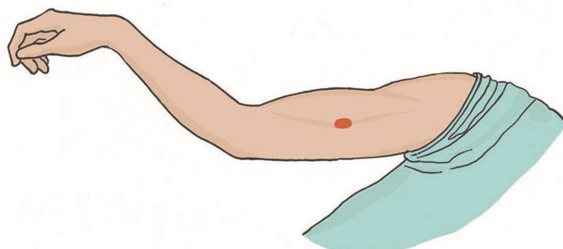


Рисунок 36

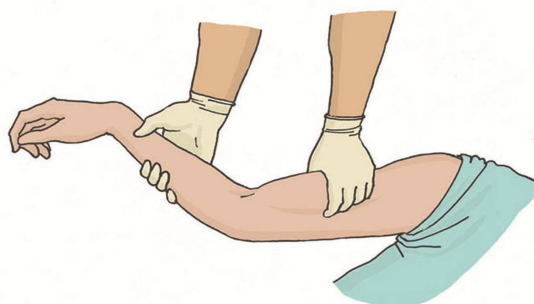


Рисунок 37

7.7.4.4. Подмышечная артерия прижимается к плечевой кости в подмышечной впадине (рисунок 38) при кровотечении из раны плеча ниже плечевого сустава. Давление в точку прижатия подмышечной артерии производится прямыми, жестко зафиксированными пальцами с достаточной силой в направлении плечевого сустава. При этом область плечевого сустава пострадавшего следует придерживать другой рукой (рисунок 39).

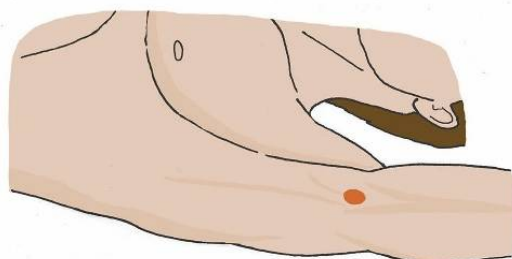


Рисунок 38



Рисунок 39

7.7.4.5. Бедренная артерия прижимается ниже паховой складки (рисунок 40) при кровотечении из ран в области бедра. Давление выполняется кулаком, зафиксированным второй рукой, весом тела участника оказания первой помощи (рисунок 41).

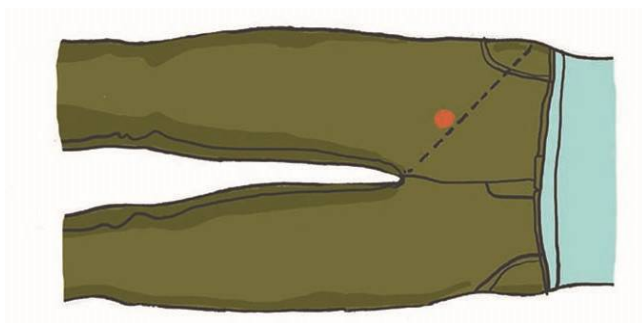


Рисунок 40

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

7.7.6. Остановка кровотечения максимальным сгибанием конечности:

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

7.7.6.2. Для остановки кровотечения из предплечья в локтевой сгиб вкладывают валик, конечность максимально сгибают в локтевом суставе и предплечье фиксируют к плечу в таком положении, например, ремнем (рисунок 42).

7.7.6.3. При повреждении сосудов стопы, голени и подколенной ямки в последнюю вкладывают несколько бинтов



Рисунок 41

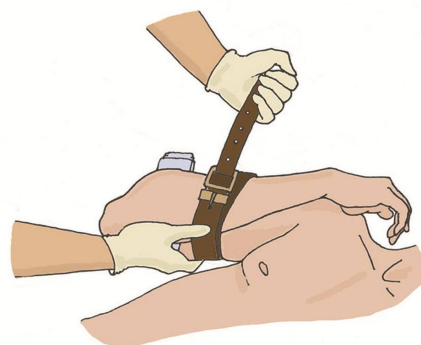


Рисунок 42



Рисунок 43



или валик из ткани, после чего конечность сгибают в коленном суставе и фиксируют в этом положении бинтом (рисунок 43).

Рисунок 44

7.7.6.4. Для остановки кровотечения при травме бедра сверток из ткани или несколько бинтов вкладывают в область паховой складки, нижнюю конечность сгибают в тазобедренном суставе (притягивают колено к груди) и фиксируют руками или бинтом (рисунок 44).

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

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

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

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

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

7.7.7.4. Перед наложением жгут следует завести за конечность и растянуть (рисунок 45).

7.7.7.5. Кровотечение останавливается первым (растянутым) туром жгута, все последующие (фиксирующие) туры накладываются так, чтобы каждый последующий тур примерно наполовину перекрывал предыдущий (рисунок 46).

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

7.7.7.7. Точное время наложения жгута следует указать в записке, записку поместить под жгут (рисунок 47).

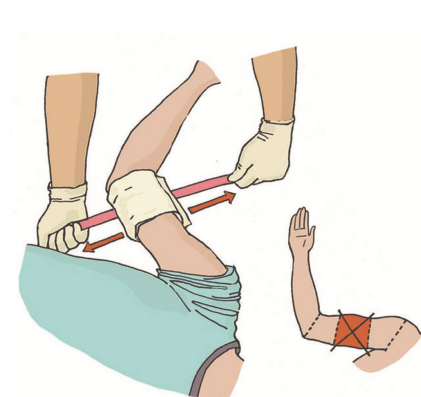


Рисунок 45

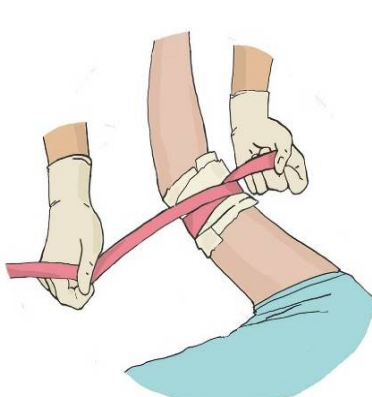


Рисунок 46



Рисунок 47

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

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

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

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

7.7.7.11. В качестве импровизированного жгута можно использовать подручные средства: тесьму, платок, галстук и другие подобные вещи (рисунок 48). Для остановки кровотечения в этом случае из указанных материалов делается петля, закручивающаяся до остановки или значительного ослабления артериального кровотечения с помощью любого прочного предмета (металлического или деревянного прута). При достижении остановки кровотечения прут

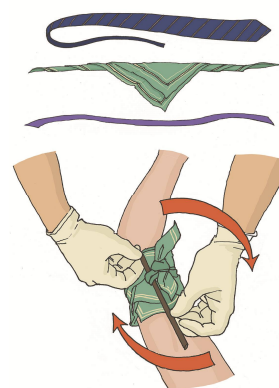


Рисунок 48

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

7.8. Оказание первой помощи при носовом кровотечении:

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

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

8. Первая помощь при травматическом шоке

8.1. При получении пострадавшим тяжелой травмы с сильным кровотечением наступает состояние травматического шока. Развитие травматического шока сопровождается тяжелыми нарушениями в работе всех систем организма, вплоть до смерти пострадавшего. Усугубляют тяжесть шока переохлаждение, выраженный болевой синдром.

8.2. Признаками травматического шока являются:

- наличие тяжелой травмы и сильного кровотечения;
- нарушения дыхания и кровообращения (учащенное дыхание и сердцебиение);
- бледная холодная влажная кожа;
- возбуждение, сменяющееся апатией.

8.3. Для предупреждения развития травматического шока необходимо выполнить следующие мероприятия:

- остановить кровотечение;
- придать пострадавшему оптимального положения тела;
- иммобилизовать травмированные конечности;
- защитить от переохлаждения (укутать подручными средствами или покрывалом спасательным изотермическим).

9. Последовательность подробного осмотра пострадавшего

9.1. Подробный осмотр производится с целью выявления травм различных областей тела и других состояний, требующих оказания первой помощи. Он более детальный, чем обзорный.

9.2. При проведении подробного осмотра необходимо обращать внимание на изменение цвета кожи и появление на ней каких-либо образований (пузырей, кровоподтеков, опухолей), наличие ранений, инородных тел, костных отломков, деформаций конечностей и т.п.

9.3. Подробный осмотр производится в следующей последовательности:

9.3.1. Вначале осматривается и аккуратно ощупывается голова (рисунок 49.1) для определения наличия повреждений, кровотечений, кровоподтеков.

9.3.2. Далее осматривается шея пострадавшего (рисунок 49.2) для выявления возможных деформаций, костных выступов, болезненных мест. Осматривать следует крайне осторожно и аккуратно.

9.3.3. Грудная клетка пострадавшего осматривается и ощупывается в следующей последовательности «передняя поверхность – задняя поверхность – боковые стороны» (рисунок 49.3). Без особой необходимости не следует поворачивать пострадавшего, чтобы осмотреть спину, достаточно аккуратно ощупать. В процессе осмотра грудной клетки можно обнаружить ранения ее различных отделов, деформацию.

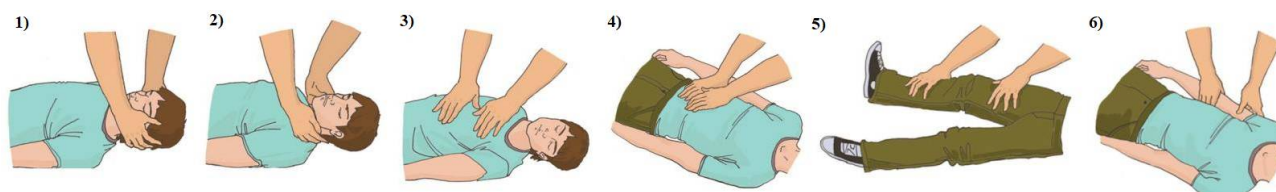


Рисунок 49

9.3.4. После осмотра грудной клетки следует осмотреть живот и область таза (рисунок 49.4). Важно уделить внимание не только поиску открытых ран, но и наличию явно видимых кровоподтеков и ссадин как признаков возможной тупой травмы живота, внутренних органов и костей таза.

9.3.5. Последними осматриваются и ощупываются ноги (рисунок 49.5) и руки (рисунок 49.6). При осмотре конечностей следует обратить внимание на их возможную деформацию как на один из признаков перелома костей.

9.4. Подробный осмотр следует проводить очень внимательно и осторожно, чтобы не причинить дополнительные страдания пострадавшему и не пропустить у него какой-либо тяжелой травмы.

10. Первая помощь при травмах

10.1. Травмы головы.

10.1.1. Травмы головы часто сопровождаются значительным кровотечением, нарушением функции головного мозга. Для черепно-мозговой травмы характерны бледность, общая слабость, сонливость, головная боль, головокружение и потеря сознания. Пострадавший может быть в сознании, но при этом не помнит обстоятельств травмы и событий, ей предшествующих. Более тяжелое повреждение мозга сопровождается длительной потерей сознания, параличами конечностей.

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

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

10.1.4. При наличии раны и кровотечения надо выполнить прямое давление на рану, при необходимости – наложить повязку (рисунок 50).

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



Рисунок 50

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

10.1.7. При повреждениях глаз следует наложить повязку с использованием стерильного перевязочного материала из аптечки первой помощи. Повязка в любом случае накладывается на оба глаза, так как при оставлении здорового глаза открытым, он будет невольно следить за окружающим и приводить к движению пострадавшего глаза. Это может усугубить его повреждение.

10.1.8. Травы носа очень часто сопровождаются наружным кровотечением. Оказание первой помощи при носовом кровотечении осуществляется в соответствии с п.7.8. настоящей инструкции. Самостоятельное вправление переломов носа недопустимо.

10.2. Травмы шеи.

10.2.1. Травмы шеи могут представлять непосредственную опасность для жизни в том случае, если имеется повреждение крупных сосудов, особенно сонных артерий, повреждение шейного отдела позвоночника.

10.2.2. Сразу после обнаружения артериального кровотечения произвести его остановку. Наиболее быстрым способом является пальцевое прижатие сонной артерии между раной и сердцем (осуществляется в соответствии с п.7.6.3.1 настоящей инструкции).

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

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

10.2.5. При травме шейного отдела позвоночника с повреждением спинного мозга пострадавший может быть в сознании, но полностью или частично обездвижен. Вывихи и переломы шейных позвонков проявляются резкой болью в области шеи. Пострадавший может поддерживать голову руками, мышцы шеи будут напряжены.

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

10.2.7. При экстренном извлечении пострадавшего необходимо использовать фиксацию шеи рукой (рисунок 51).

10.2.8. При перемещении пострадавшего необходимо фиксировать его голову и шею вручную предплечьями (рисунок 52).

10.2.9. В качестве подручных средств для



Рисунок 51

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



Рисунок 52

10.2.10. При наличии в оснащения табельными устройствами для фиксации шейного отдела позвоночника (шейные воротники, шейные шины) необходимо использовать их в соответствии с их инструкциями по применению. Подобные устройства накладываются вдвоем, при этом один из участников оказания первой помощи фиксирует голову и шею пострадавшего своими руками, помощник располагает заднюю часть воротника на задней поверхности шеи пострадавшего (рисунок 53). После этого загибает переднюю часть вперед и фиксирует (способ фиксации определяется конструкцией воротника) (рисунок 54).

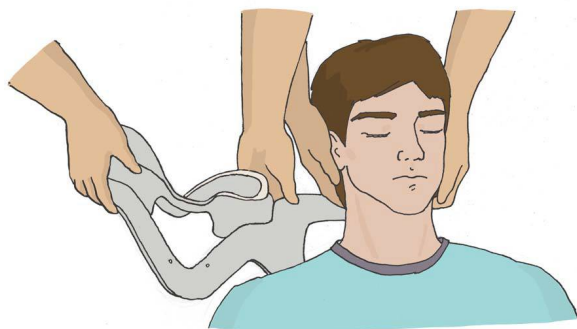


Рисунок 53



Рисунок 54

10.3. Травмы груди.

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

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

10.3.2. При переломах и ушибах ребер необходимо придать пострадавшему полусидячее положение и контролировать его состояние до прибытия скорой медицинской помощи (рисунок 55).



Рисунок 55

10.3.3. При ранениях груди нарушается ее герметичность, что, в свою очередь, признаками такого повреждения является наличие раны в области грудной клетки, через которую во время вдоха с характерным всасывающим звуком засасывается воздух, на выдохе кровь в ране может пузыриться. Дыхание у пострадавшего частое, поверхностное, кожа бледная с синюшным оттенком.



Рисунок 56

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

После наложения воздухонепроницаемого материала его можно закрепить лейкопластырем и оставить незафиксированным уголок (рисунок 56). Оставленный свободный уголок выполняет функцию клапана – не дает воздуху поступать в грудную клетку и позволяет снизить избыточное давление в ней.

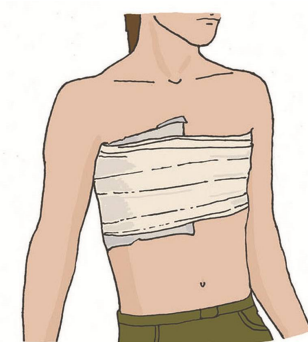


Рисунок 57

Другим доступным способом является закрепление воздухонепроницаемого материала бинтом (рисунок 57).

Такому пострадавшему также следует придать полусидячее положение с наклоном в пораженную сторону (рисунок 55).

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

10.4. Травмы живота и таза.

10.4.1. Травмы живота могут быть закрытыми (без ранения брюшной стенки) и открытыми (при наличии раны на животе). Закрытая травма живота может оставаться незамеченной, пока внутреннее кровотечение не вызовет

резкого ухудшения состояния. Открытая травма живота может сопровождаться выпадением внутренних органов и кровотечением.

10.4.2. При открытой травме живота необходимо остановить кровотечение (прямым давлением на рану, наложением давящей повязки), вызвать скорую медицинскую помощь и контролировать состояние пострадавшего до ее прибытия.

10.4.3. Травмы таза часто сочетаются с повреждениями живота. Признаками травмы таза могут быть боли внизу живота, кровоподтеки и ссадины в этой области.

Первая помощь при травмах таза заключается в придании пострадавшему положения на спине с валиком под полусогнутыми разведенными ногами и контроле его состояния до прибытия бригады скорой медицинской помощи (рисунок 58).



Рисунок 58

10.4.4. При закрытых травмах живота повреждения его передней стенки могут быть малозаметными. При этом пострадавшие могут жаловаться на постоянную острую боль по всему животу, сухость во рту, тошноту и рвоту. Могут отмечаться признаки кровопотери: резкая общая слабость, чувство жажды, головокружение, мелькание «мушек» перед глазами, обморок (чаще при попытке встать), бледная, влажная и холодная кожа, учащённое дыхание и сердцебиение.

Первая помощь при закрытой травме живота с признаками кровопотери – вызвать скорую медицинскую помощь, положить холод на живот, пострадавшему придать положение на спине с валиком под полусогнутыми разведенными в стороны ногами, контролировать его состояние (рисунок 58).

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

10.5. Травмы конечностей.

10.5.1. Травмы конечностей часто сопровождаются повреждением кровеносных сосудов, поэтому важно своевременно остановить обнаруженное кровотечение. Для этого применяются все способы, указанные в п.7.6 настоящей инструкции.

10.5.2. При наличии подозрения на травму костей, человеку, оказывающему первую помощь, следует придерживать травмированную конечность вручную и контролировать состояние пострадавшего до приезда скорой помощи.

10.5.3. Если предполагается транспортировка пострадавшего (или его переноска на дальнее расстояние), следует выполнить иммобилизацию поврежденной конечности. При этом следует фиксировать минимум два сустава (один ниже, другой выше перелома). При переломе плеча и бедра надо фиксировать три сустава – плечевой, локтевой, лучезапястный или тазобедренный, коленный, голеностопный соответственно.

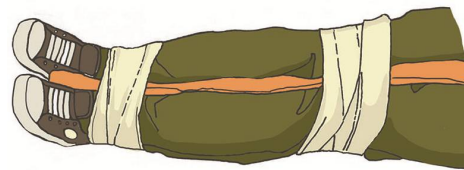


Рисунок 59

10.5.4. Наиболее доступным, безопасным и эффективным для большинства участников оказания первой помощи способом иммобилизации при травме конечностей является так называемая аутоиммобилизация. Для этого поврежденную ногу можно прибинтовать к здоровой ноге, проложив между ними мягкий материал (рисунок 59). Поврежденную руку можно зафиксировать, прибинтовав к туловищу (рисунок 60). На область предполагаемой травмы можно положить холод.



Рисунок 60

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

10.5.6. Табельные шины входят в ограниченное количество аптек и упаковок, предназначенных для профессиональных контингентов. Они бывают различных конструкций, перед их использованием необходимо ознакомиться с инструкцией производителя.

10.6. Травмы позвоночника.

10.6.1. Повреждение позвоночника – серьезный вид травм. Вывихи и переломы грудных и поясничных позвонков сопровождаются болями в области поврежденного позвонка. При повреждении спинного мозга могут быть нарушения чувствительности и движений в конечностях (параличи).

10.6.2. При оказании первой помощи необходимо уменьшить подвижность позвоночника. Для этого, например, после извлечения или при перемещении пострадавший должен находиться на ровной, жесткой, горизонтальной поверхности (рисунок 61).

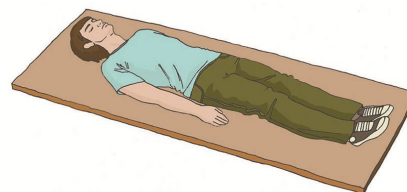


Рисунок 61

10.6.3. Перемещение или перекладывание пострадавшего следует осуществлять с помощью нескольких человек (рисунок 13), особое внимание следует уделить фиксации шейного отдела позвоночника (рисунок 14).

10.6.4. При отсутствии дыхания или кровообращения необходимо приступить к СЛР.

11. Оказание первой помощи при прочих состояниях

11.1. Виды ожогов, их признаки. Оказание первой помощи.

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

11.1.2. Оказание помощи при различных видах ожогов практически одинаково.

11.1.3. Для оказания первой помощи ожоги разделяют на поверхностные и глубокие.

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

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

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

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

11.1.5. Для оказания первой помощи при ожогах необходимо прекратить действия повреждающего агента (тушение огня, удаление химических веществ, прекращение действия электрического тока на организм), охладить обожженную часть тела под струей холодной воды в течение 20 минут (при отсутствии воды можно заменить приложением холода поверх повязки или ткани). При термическом ожоге немедленное охлаждение ослабляет боль, снижает отечность, уменьшает площадь и глубину ожогов.

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

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

11.1.8. Запрещается вскрывать ожоговые пузыри, убирать с пораженной поверхности части обгоревшей одежды, наносить на пораженные участки мази, жиры.

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

11.2. Перегревание, факторы, способствующие его развитию. Оказание первой помощи.

11.2.1. Перегревание (тепловой удар) развивается обычно при нарушениях теплоотдачи организма вследствие длительного нахождения человека в условиях повышенной температуры окружающего воздуха (особенно в сочетании с высокой влажностью), например, в автомобиле или жарком помещении; при работе в защитном снаряжении, затрудняющем теплоотдачу, и т.п.

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

11.2.3. При возникновении признаков перегревания, пострадавшего необходимо переместить в прохладное место, при наличии сознания дать выпить охлаждённой воды, расстегнуть или снять одежду. Пострадавшему без сознания следует придать устойчивое боковое положение (рисунок 62).

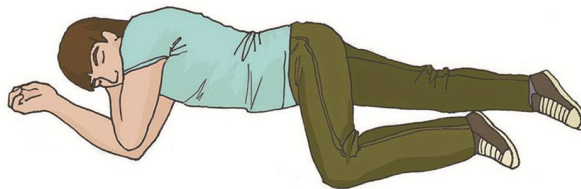


Рисунок 62

11.2.4. Не следует допускать резкого охлаждения тела пострадавшего (например, помещать в ванну с холодной водой). До приезда скорой

медицинской помощи нужно контролировать состояние пострадавшего, быть готовым к началу СЛР.

11.3. Основные проявления переохлаждения (гипотермии), отморожения, оказание первой помощи.

11.3.1. Переохлаждение развивается на фоне нарушений терморегуляции, вызванных длительным нахождением на холоде во влажной одежде и обуви или в одежде, несоответствующей температурному режиму.

11.3.2. Признаками переохлаждения пострадавшего являются жалобы на ощущение холода, дрожь, озноб (в начальной стадии переохлаждения). В дальнейшем появляется заторможенность, утрачивается воля к спасению, появляется урежение пульса и дыхания, при продолжающемся переохлаждении сознание утрачивается, пульс замедляется до 30-40 в минуту, а число дыханий до 3-6 раз в минуту. Переохлаждение может сочетаться с отморожениями.

11.3.3. При оказании первой помощи, следует поменять одежду пострадавшего на теплую и сухую, укутать его подручными средствами (например, одеялом), переместить в более теплое помещение, дать тёплое питье (если он находится в сознании). В помещении можно осуществить согревание в виде теплых воздушных ванн (направить на пострадавшего поток теплого воздуха).

11.3.4. При наличии спасательного изотермического покрывала (входит в состав аптечки для оказания первой помощи работникам), необходимо укутать им пострадавшего серебристой стороной внутрь, оставив свободным лицо (рисунок 63).



Рисунок 63

11.3.5. При выраженном переохлаждении необходимо контролировать состояние, быть готовым к проведению СЛР.

11.3.6. Признаки отморожения – потеря чувствительности кожи, появление на ней белых, безболезненных участков. При выраженном отморожении возможно появление «деревянного звука» при постукивании пальцем по поврежденной конечности, невозможность или затруднение движений в суставах. Через некоторое время после согревания на пораженной конечности появляются боль, отек, краснота с синюшным оттенком, пузыри.

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

согревать (опускать в горячую воду), растирать, массировать, смазывать чем-либо.

11.4. Отравления, пути попадания ядов в организм. Оказание первой помощи.

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

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

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

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

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

11.4.2. Основные проявления отравлений:

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

– общее болезненное состояние или вид пострадавшего, признаки и симптомы внезапного приступа заболевания;

– внезапно развившиеся тошнота, рвота, понос, боли в груди или животе;

– затруднение дыхания, потливость, слюнотечение;

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

– странная манера поведения человека, необычный запах изо рта.

11.4.3. Общие принципы оказания первой помощи при отравлении.

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

– Опросить пострадавшего и попытаться выяснить, какой вид отравляющего вещества был принят, в каком количестве и как давно. Выяснение этих вопросов может облегчить оказание первой помощи, диагностику и интенсивную терапию отравления квалифицированными

специалистами в дальнейшем. Если ядовитое вещество неизвестно, собрать небольшое количество рвотных масс для последующей медицинской экспертизы.

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

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

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

Рвоту нельзя вызывать, если пострадавший находится без сознания. После рвоты необходимо посоветовать пострадавшему выпить еще 5-6 стаканов воды, чтобы уменьшить концентрацию ядовитого вещества в желудке и, при необходимости, вызвать рвоту повторно. До прибытия скорой медицинской помощи необходимо контролировать состояние пострадавшего.

11.4.5. При отравлении через дыхательные пути – убедиться, что место происшествия не представляет опасности, при необходимости следует использовать средства индивидуальной защиты. Надо изолировать пострадавшего от воздействия газа или паров, для этого нужно вынести (вывести) пострадавшего на свежий воздух.

При отсутствии сознания необходимо придать пострадавшему устойчивое боковое положение, а при отсутствии дыхания необходимо приступить к проведению СЛР, при этом следует использовать маску с одноклапанным клапаном или устройство для искусственного дыхания.

11.4.6. При отравлении через кожу – снять загрязненную одежду, удалить яд с поверхности кожи промыванием водой, при наличии повреждений кожи – наложить повязку.

12. Порядок оказания первой помощи при неотложных состояниях, вызванных заболеваниями (острые нарушения сознания, дыхания, кровообращения, судорожный синдром).

12.1. Острые нарушения сознания могут развиваться в результате целого ряда причин – отравления, травмы, ухудшения течения хронических заболеваний (например, сахарного диабета), инфекционных болезней, нарушений мозгового кровообращения. Возможна кратковременная потеря сознания (обморок, продолжительность не более нескольких минут) и кома – более длительная потеря сознания, как правило, сопровождающаяся серьезными нарушениями дыхания и кровообращения. В любом случае, потеря сознания – это отсутствие реакции пострадавшего на внешние раздражители –

вопросы, прикосновения; при этом у пострадавшего сохраняются признаки жизни (дыхание и пульс).

Оказание первой помощи:

- При потере сознания необходимо убедиться в наличии признаков жизни пострадавшего (дыхания и кровообращения).
- При наличии признаков жизни следует придать пострадавшему устойчивое (стабильное) боковое положение.
- Контролировать состояние пострадавшего до прибытия бригады скорой медицинской помощи.

12.2. Острый сердечный приступ (приступ стенокардии, инфаркт миокарда) может возникнуть у пострадавшего вследствие обострения заболеваний сердечно-сосудистой системы, спровоцированных дорожно-транспортным происшествием или внезапно. Характерна типичная боль: загрудинная, постоянная, сжимающая, усиливающаяся с течением времени, может отдавать в левую руку, под левую лопатку, нижнюю челюсть; ощущение нехватки воздуха, чувство страха смерти. Кожа у больного может быть влажная, бледная, холодная.

Оказание первой помощи:

- Обеспечить больному физический и психоэмоциональный покой.
- Рекомендовать больному принять назначенные ему врачом препараты.
- Контролировать состояние пострадавшего до прибытия бригады скорой медицинской помощи.

12.3. Острое нарушение мозгового кровообращения (инсульт), как правило, развивается у людей с хроническими заболеваниями сердечно-сосудистой системы. Признаками инсульта являются нарушения двигательной активности (параличи), нарушения чувствительности, нарушения речи, внезапная потеря сознания.

Оказание первой помощи:

- При наличии сознания – вызвать скорую медицинскую помощь и контролировать состояние пострадавшего до её приезда.
- При отсутствии сознания - восстановить проходимость дыхательных путей, определить наличие признаков жизни у пострадавшего.
- При наличии признаков жизни – придать пострадавшему устойчивое боковое положение.
- При отсутствии признаков жизни приступить к выполнению СЛР.

12.4. Острые дыхательные нарушения развиваются в результате отравления летучими ядами, ожога дыхательных путей, отравления продуктами горения, сердечной патологии и т.д. При этом пострадавший жалуется на одышку (учащённое дыхание) до 40 в минуту (в норме частота дыхательных движений у взрослого человека составляет 12 - 20 в мин.), у него отмечаются

синюшный цвет лица, шумное булькающее или свистящее дыхание, пенистые выделения изо рта (в тяжёлых случаях); больной часто вынужден принимать полусидячее положение.

Оказание первой помощи:

- Придать больному полусидячее положение.
- Обеспечить доступ свежего воздуха.
- Контролировать состояние пострадавшего до приезда скорой медицинской помощи.

12.5. Эпилептический припадок. Причиной развития судорог в большинстве случаев является наличие у пострадавшего эпилепсии – хронического заболевания, проявляющегося периодическими судорожными припадками. Наиболее опасен для больного так называемый большой судорожный припадок – состояние, при котором на фоне потери сознания развиваются интенсивные судорожные сокращения всех мышц тела.

Оказание первой помощи:

- Убрать от пострадавшего предметы, которые могут причинить ему вред во время судорог (хрупкие и бьющиеся, металлические и т.п.).
- Стараться оберегать голову, конечности и туловище от травм (под голову можно подложить свернутую одежду).
- Контролировать состояние больного до прибытия скорой медицинской помощи.

12.6. Типичные ошибки при оказании первой помощи:

- попытка введения в рот больного каких-либо предметов;
- отсутствие попыток для защиты пострадавшего от травм во время судорог;
- отсутствие контроля состояния пострадавшего до прибытия скорой медицинской помощи.

13. Оптимальные положения тела пострадавшего с различными видами травм

13.1. После оказания помощи и устранения опасности для жизни пострадавшего до прибытия скорой медицинской помощи ему следует придать оптимальное положение тела, обеспечивающее комфорт, уменьшающее степень страданий и не усугубляющее нарушения жизненно важных функций. Оптимальное положение определяется характером повреждений у пострадавшего и удобством для него.

13.2. Пострадавшему с травмой груди предпочтительно расположиться в полусидячем положении с наклоном туловища на пораженную сторону груди (рисунок 64). Для этого пострадавшего можно опереть о стену, автомобиль и т.д.



Рисунок 64

13.3. Пострадавшему с подозрением на травму живота и таза лучше находиться в положении лежа на спине с полусогнутыми и разведенными ногами. Под колени подкладывается импровизированная опора – сумка, свернутая одежда (рисунок 65).



Рисунок 65

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

13.5. Пострадавшему без сознания необходимо придать устойчивое боковое положение (рисунок 66).



Рисунок 66

13.6. Пострадавший с сильным наружным кровотечением или признаками кровопотери должен находиться в положении лежа на спине с приподнятыми ногами, под которые подкладываются сумки или одежда (рисунок 67).



Рисунок 67

13.7. Пострадавший с подозрением на травму позвоночника должен располагаться на твердой ровной поверхности (рисунок 68).

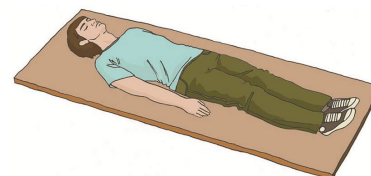


Рисунок 68

13.8. Пострадавших с тяжелыми травмами желательно укутать подручными средствами –

одеждой, одеялом и т.д. При наличии спасательного изотермического покрывала (входит в состав аптечки для оказания первой помощи работникам), необходимо укутать им пострадавшего серебристой стороной внутрь, оставив свободным лицо (рисунок 63).

13.9. До прибытия скорой медицинской помощи необходимо контролировать состояние пострадавшего и оказывать ему психологическую поддержку. Самым простым способом контроля состояния пострадавшего является диалог. В ходе общения с пострадавшим можно выяснить его жалобы. У пострадавших в бессознательном состоянии следует периодически проверять признаки дыхания. Обязательно выполнение периодического внешнего осмотра на предмет начавшегося или возобновившегося кровотечения и контроля наложенных повязок или жгутов. Кроме того, следует осуществлять

наблюдение за окружающей обстановкой для своевременного устранения возможных опасностей.

14. Психологическая поддержка.

14.1. Знание и понимание того, что происходит с человеком, как ему помочь и как помочь себе способствуют формированию психологической устойчивости.

14.2. Психологическая поддержка может быть направлена:

- на другого – помощь человеку, попавшему в беду;
- на результат – урегулирование ситуации, предотвращение возникновения сходных реакций у других людей;
- на себя – снятие собственной тревоги, связанной с тем как поступить, как вести себя в ситуации, когда другой нуждается в психологической поддержке.

14.3. Для оказания психологической поддержки людям необходимо знать следующее:

14.3.1. Психическое состояние и поведение человека в экстремальной ситуации отличается от повседневного.

Чаще всего отмечается частичная или полная утрата:

- способности к целенаправленной деятельности (какие действия необходимы в данной ситуации, их планирование);
- способности к критической оценке окружающего и своего поведения (оценке собственной безопасности, степени угрозы, своих возможностей);
- способности вступать в контакт с окружающими (отстранение от контакта, замкнутость, либо наоборот, повышенная говорливость, которая на самом деле не имеет под собой задачу войти в контакт с другим человеком).

14.3.2. Ключевые моменты, которые надо учитывать при оказании психологической поддержки.

Стремление помочь – это естественное желание любого человека. Вовремя протянутая рука может помочь человеку справиться с самыми страшными событиями в жизни. Но необходимо помнить о следующем:

- Позаботьтесь о собственной безопасности. Реально оцените внешние условия, свое состояние и силы, перед тем как принять решение, что вы готовы помочь.
- Пострадавший может в первую очередь нуждаться в оказании первой помощи и медицинской помощи. Необходимо убедиться, что у человека нет физических травм, проблем со здоровьем, и только тогда оказывать психологическую поддержку.
- Если вы чувствуете, что не готовы оказать человеку помощь, вам страшно, неприятно разговаривать с ним, не делайте этого.

– Если вы решили подойти к человеку, который нуждается в помощи, вам необходимо в первую очередь представиться и сказать, что вы готовы ему помочь.

– Необходимо внимательно относиться к тому, что и как вы собираетесь сказать:

- ✓ говорить нужно спокойным и уверенным голосом, четкими и короткими фразами, в побудительном наклонении;
- ✓ в речи не должно быть сложно построенных фраз, предложений;
- ✓ следует избегать в речи частицу «не», а также исключить такие слова как «паника», «катастрофа», «ужас» и т.п.

– Сохраняйте самообладание. Будьте готовы к тому, что вы можете столкнуться с различными эмоциональными реакциями и поступками. Они могут быстро сменять друг друга, а некоторые слова и действия могут быть направлены на вас. Кроме этого, многие реакции могут характеризоваться эмоциональным заражением. А значит, под их влиянием можете оказаться и вы. В данном случае особенно важно сохранять спокойствие.

14.3.3. Приемы оказания психологической поддержки в случае проявления реакции у пострадавшего:

<u>Вид реакции пострадавшего</u>	Прием оказания психологической поддержки
<u>Плач</u> <i>Признаки:</i> – человек уже плачет или готов разрыдаться; – подрагивают губы; – наблюдается ощущение подавленности. Плач – это та реакция, которая позволяет в сложной кризисной ситуации выразить переполняющие человека эмоции. Нужно дать этой реакции состояться.	– По возможности не оставляйте пострадавшего одного, необходимо позаботиться о том, чтобы рядом с ним кто-то находился, желательно близкий или знакомый человек. – Поддерживайте физический контакт с пострадавшим (это поможет человеку почувствовать, что кто-то рядом, что он не один). Постарайтесь выразить человеку свою поддержку и сочувствие. Не обязательно делать это словами, можно просто сесть рядом, дать почувствовать, что вы вместе с ним сочувствуете и сопереживаете. Можно просто держать человека за руку. – Дайте пострадавшему возможность говорить о своих чувствах. – Воздержитесь от советов, во многих случаях они могут вызвать негативную реакцию со стороны пострадавшего. – Если реакция плача затянулась, и слезы уже не приносят облегчения, помогите пострадавшему немного отвлечься: сконцентрировать внимание на глубоком и ровном дыхании, вместе с этим выполнять какую-либо несложную деятельность.
<u>Истероидная реакция (истерика)</u> <i>Признаки:</i> – чрезмерное возбуждение; – множество движений, театральные позы;	– Если вы чувствуете готовность к оказанию помощи и понимаете, что это безопасно, постарайтесь отвести пострадавшего от зрителей и замкнуть его внимание на себе. – Если зрителей удалить невозможно, постарайтесь стать самым внимательным слушателем, оказывайте человеку поддержку, слушайте, кивайте, поддакивайте.

– эмоционально насыщенная, быстрая речь; – крики, рыдания.	– Проявляйте спокойствие и не демонстрируйте пострадавшему сильных эмоций. – Говорите короткими простыми фразами, уверенным тоном. – Не потакайте желаниям пострадавшего и не вступайте в активный диалог по поводу его высказываний. – Переключите внимание пострадавшего, вызвав у него ориентировочную реакцию. Для этого задается неожиданный вопрос (не имеющий негативного содержания) или произносится имя пострадавшего, после чего пострадавшему задается вопрос, требующий развернутого ответа. – После истерики возможен упадок сил, поэтому необходимо предоставить человеку возможность для отдыха, передав его специалистам, либо близким людям.
<u>Агрессивная реакция</u> <i>Признаки:</i> – возбуждение; – раздражение, недовольство, гнев (по любому, даже незначительному поводу); – повышенное мышечное напряжение; – нанесение окружающим ударов руками или какими-либо предметами; – словесные оскорбления, брань.	– Четко оцените, насколько безопасно для вас будет оказывать помощь в данной ситуации, и что вы можете сделать для обеспечения большей безопасности. – Сохраняйте спокойствие, не демонстрируйте сильных эмоций. – Воздержитесь от эмоциональных реакций даже в том случае, если вы слышите оскорбления и брань, обращенные к вам. – Говорите с пострадавшим спокойным голосом, постепенно снижая темп и громкость своей речи. – Демонстрируйте благожелательность, не вступайте с пострадавшим в споры и не противоречьте ему. – Если вы чувствуете внутреннюю готовность и понимаете, что это необходимо, отойдите с пострадавшим от окружающих и дайте ему возможность выговориться. – Включите пострадавшего в какую-нибудь деятельность, связанную с физической нагрузкой.
<u>Страх</u> <i>Признаки:</i> – напряжение мышц (особенно лицевых); – сильное сердцебиение; – учащенное поверхностное дыхание; – сниженный контроль собственного поведения. Страх – это проявление базового инстинкта самосохранения. Он оберегает нас от рискованных, опасных поступков. Переживание чувства страха знакомо каждому человеку. Иногда страх может перерасти в панику. Панический страх, ужас	– Необходимо быть рядом с человеком, дать ему ощущение безопасности: страх тяжело переносить в одиночестве. – Если страх настолько силен, что парализует человека, то предложите ему выполнить несколько простых приемов. Например, задержать дыхание, а затем сосредоточиться на спокойном медленном дыхании; осуществить простое интеллектуальное действие (этот прием основан на том, что страх – эмоция, а любая эмоция становится слабее, если включается мыслительная деятельность). – Когда острота страха начинает спадать, говорите с человеком о том, чего именно он боится, не нагнетая эмоции, а наоборот, давая возможность человеку выговориться (когда человек «проговаривает» свой страх, он становится не таким сильным). – При необходимости предоставьте человеку информацию о том, что происходит вокруг, о ходе работ, если вам кажется, что сказанная информация будет полезна для человека и поможет улучшить его состояние

может побудить к бегству, вызвать оцепенение, агрессивное поведение. При этом он плохо контролирует свои действия и не осознает происходящее вокруг, что уже опасно для самого пострадавшего и окружающих его людей. Велика вероятность эмоционального заражения паникой.	(информационный голод провоцирует усиление страха).
<u>Апатия</u> <i>Признаки:</i> – непреодолимая усталость, когда любое движение, любое сказанное слово дается с трудом; – равнодушие к происходящему; – отсутствие, каких бы то ни было, эмоциональных проявлений; – заторможенность; – снижение темпа речи или полное ее отсутствие.	– Создайте для пострадавшего условия, в которых он мог бы отдохнуть и набраться сил, чувствовал себя в безопасности (например, проводите его к месту отдыха, по возможности помогите ему удобно устроиться). – Если это по каким-то причинам невозможно, то необходимо помочь человеку мягко выйти из этого состояния. Для этого можно предложить ему самомассаж (или помочь ему в этом) активных биологических зон – мочек ушей и пальцев рук. – Говорите с пострадавшим мягко, медленно, спокойным голосом, постепенно повышая громкость и скорость речи. – Постепенно задавайте пострадавшему вопросы, на которые он может ответить развернуто. – Предложите пострадавшему какую-либо незначительную физическую нагрузку (пройтись пешком, сделать несколько простых физических упражнений) или вовлеките его в посильную для него совместную деятельность (например, оказать посильную помощь другим пострадавшим: принести чай или воду и т.д.).

14.4. Способы самопомощи в экстремальных ситуациях:

14.4.1. Если вы оказались в ситуации, когда вас одолевают сильные чувства (душевная боль, злость, гнев, чувство вины, страх, тревога) – очень важно создать себе условия для того, чтобы быстро «выпустить пар». Это поможет немного снизить напряжение и сохранить душевные силы, которые так нужны в экстренной ситуации.

14.4.2. Можно попробовать один из универсальных способов:

- займитесь физическим трудом;
- дайте волю слезам, поделитесь своими переживаниями с людьми, которым вы можете доверять;
- можно попробовать дыхательные упражнения, например, сделайте глубокий вдох, задержите дыхание на 1-2 секунды, выдохните, повторите упражнение 2 раза, потом сделайте 2 нормальных (неглубоких) медленных вдоха-выдоха;
- чередуйте глубокое и нормальное дыхание до тех пор, пока не почувствуете себя лучше;

– умственные операции тоже помогают снизить уровень эмоционального напряжения. Можно считать, например, поочередно в уме отнимать от 100 то 6, то 7, перемножать двузначные числа, и т.д.;

– умойтесь холодной водой, помассируйте мочки ушей и пальцы рук.

14.5. Оказание психологической поддержки пострадавшим – важная часть оказания первой помощи. Знания и умения в этой области позволяют оказывающему помощь создать максимально возможную психологически безопасную обстановку, что значительно повышает общую безопасность и эффективность мероприятий первой помощи.

15. Принципы передачи пострадавшего бригаде скорой медицинской помощи

15.1. Передача пострадавшего бригаде скорой медицинской помощи осуществляется в любой момент по их прибытии, как правило, после устного распоряжения сотрудника прибывшей бригады.

15.2. При передаче пострадавшего желательно сообщить медицинским работникам информацию о происшествии, выявленных травмах, оказанной первой помощи и ответить на их вопросы, оказывать содействие, например, помогать в переноске пострадавших.

16. Ответственность

Все работники Общества и лица, находящиеся на территории Общества, несут ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение требований, предусмотренных настоящей инструкцией.

Приложение 1. Термины, определения и сокращения

Аутоиммобилизация - это создание неподвижности (покоя) поврежденной части тела, используя здоровые части тела пострадавшего.

Иммобилизация – это создание условий для неподвижности (покоя) поврежденной части тела с помощью подручных средств.

Кровотечение – выход крови за пределы сосудистого русла в окружающую среду (наружное кровотечение), в полость тела или в просвет полого органа (внутреннее кровотечение), что приводит к острой кровопотере – безвозвратной утрате части крови.

Ожог - это травма, возникающая в результате высокотемпературного, химического, электрического или радиационного воздействия, которое повреждает кожу и подлежащие ткани.

Окклюзионная повязка - это медицинское изделие, использование которой предотвращает попадание воздуха, влаги и микроорганизмов в рану из внешней среды.

Острая кровопотеря – это быстрая безвозвратная потеря крови организмом в течении короткого времени. Возникает вследствие кровотечения из поврежденных сосудов.

Острое отравление – это химическая болезнь (травма), развивающаяся в результате одномоментного поступления в организм чужеродного химического вещества (ксенобиотика) в токсической дозе.

Отморожение – местное повреждение тканей, вызванное воздействием низкой температуры.

Отравление – это острый патологический процесс, возникающий в результате воздействия на организм поступающих из окружающей среды ядовитых веществ различного происхождения.

Первая помощь - комплекс мероприятий, направленных на сохранение и поддержание жизни и здоровья пострадавших и проводимых при несчастных случаях, травмах, ранениях, поражениях, отравлениях, других состояниях и заболеваниях, угрожающих жизни и здоровью пострадавших, до оказания медицинской помощи.

Переохлаждение (гипотермия) – расстройство функций организма в результате понижения температуры тела под действием холода.

Психологическая поддержка – это система приемов, которая позволяет людям, не обладающим психологическим образованием, помочь окружающим (и себе), оказавшись в экстремальной ситуации, справиться с психологическими реакциями, которые возникают в связи с этим кризисом или катастрофой.

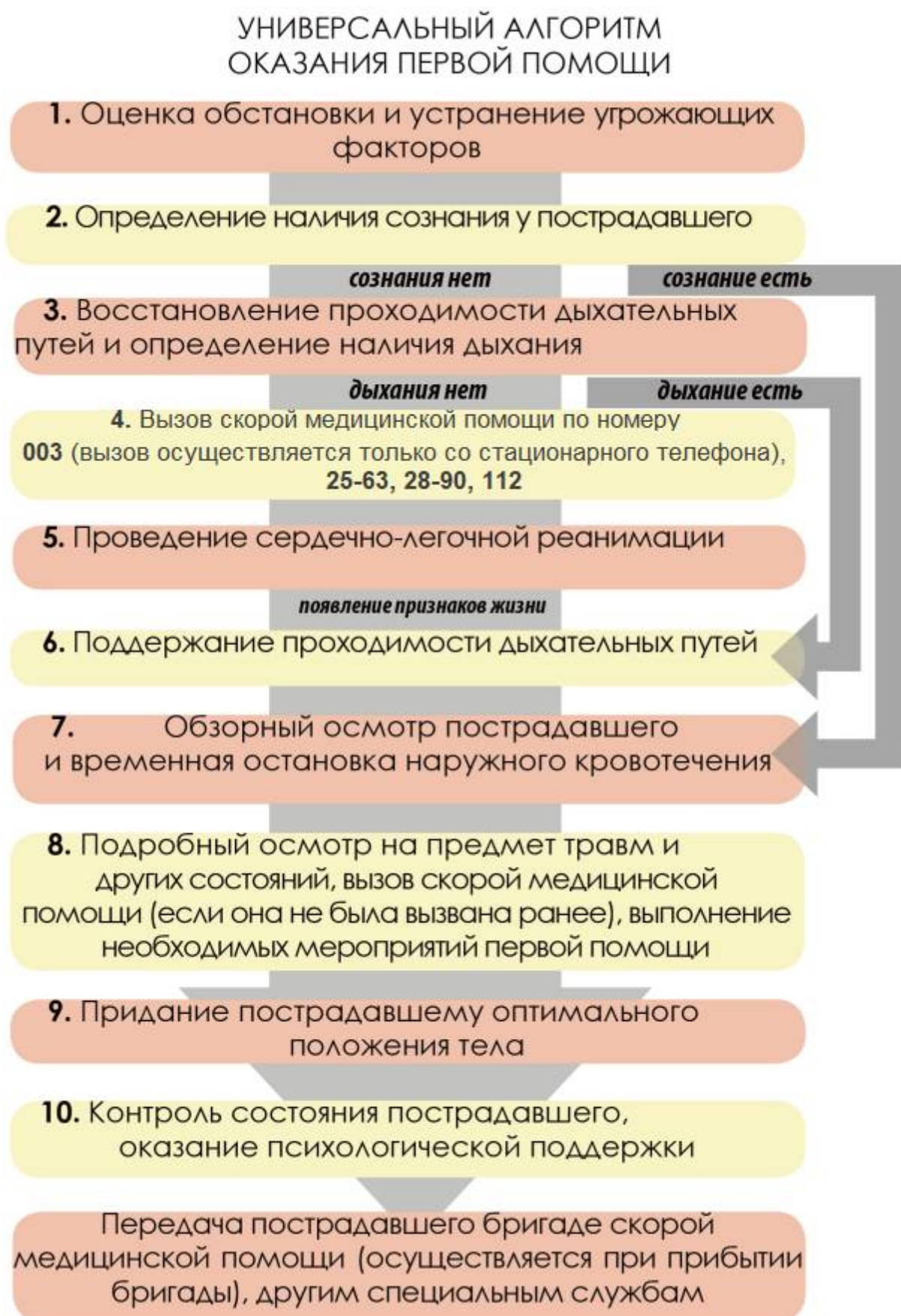
Сердечно-легочная реанимация — это система (комплекс) неотложных мероприятий, которые выполняются с целью выведения человека из терминального состояния и последующего поддержания его жизни.

Травматический шок — это патологическое состояние, угрожающее жизни пострадавшего, возникающее при тяжелых травмах, таких как переломы костей таза, черепно-мозговая травма, травма живота с повреждением внутренних органов, операциях, большой потере крови.

Сокращения

СЛР - Сердечно-легочная реанимация

Приложение 2. Схема универсального алгоритма оказания первой помощи



Лист изменений/дополнений, внесенных в ИПБ В002.0021-2023

[illegible]

Лист учета изменений к ИПБ В002.0021-2023

[illegible]

Лист ознакомления с ИПБ В002.0021-2023

[illegible]