

Министерство здравоохранения
Хабаровского края
Краевое государственное
бюджетное образовательное
учреждение дополнительного
профессионального образования
"ИНСТИТУТ ПОВЫШЕНИЯ
КВАЛИФИКАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ"
(КГБОУ ДПО ИПКСЗ)

УТВЕРЖДАЮ

И.о. ректора



С.М. Колесникова

18 октября 2024 года

ИНСТРУКЦИЯ

18.10.2024 № ИОТ-001-2024

по оказанию первой помощи
пострадавшим при несчастных случаях
на производстве

Данная инструкция разработана на основании приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 3 мая 2024 года № 220н «Об утверждении Порядка оказания первой помощи», зарегистрированного в Минюсте России 31.05.2024, регистрационный номер 78363, вступившего в силу с 1 сентября 2024 года, учебного пособия для лиц, обязанных и (или) имеющих право оказывать первую помощь ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрав России.

1. Общие требования, термины

1.1 Первая помощь — это комплекс срочных мероприятий, направленных на поддержание жизни и здоровья, оказываемых до оказания медицинской помощи пострадавшим при несчастных случаях, травмах, ранениях, поражениях, отравлениях, других состояниях и заболеваниях, угрожающих их жизни и здоровью, участниками оказания первой помощи. Цель её состоит в устранении явлений, угрожающих жизни, а также — в предупреждении дальнейших повреждений и возможных осложнений.

1.2 Первая помощь оказывается пострадавшим при несчастных случаях, травмах, ранениях, поражениях, отравлениях, других состояниях и заболеваниях, угрожающих жизни и здоровью пострадавших до оказания медицинской помощи. Перечень состояний, при которых оказывается первая помощь, приведен ниже.

1.3 Первая помощь может оказываться непосредственно на месте происшествия, в безопасном месте после перемещения пострадавшего с места происшествия, а также во время транспортировки пострадавшего в медицинскую организацию.

1.4 Первая помощь оказывается при условии отсутствия угрожающих факторов жизни и здоровью оказывающего ее лица.

1.5 Оказание первой помощи допускается, если отсутствует выраженный до начала оказания первой помощи отказ гражданина или его законного представителя от оказания первой помощи.

1.6 Первая помощь оказывается в соответствии с перечнем мероприятий по оказанию первой помощи и последовательностью их проведения, предусмотренными настоящей инструкцией.

1.7 Мероприятия по оказанию первой помощи, предусмотренные инструкцией, согласно Перечню мероприятий по оказанию первой помощи и последовательность их проведения могут проводиться в полном объеме либо в виде отдельных мероприятий.

1.8 Первоочередность оказания первой помощи двум и более пострадавшим определяется исходя из тяжести их состояния, при этом приоритет должен отдаваться детям (несовершеннолетним).

1.9 При оказании первой помощи используются укладки, наборы, комплекты и аптечки для оказания первой помощи с применением медицинских изделий.

1.10 При оказании первой помощи могут использоваться подручные средства.

1.11 Необходимо помнить, что при любом несчастном случае нужно немедленно осуществить вызов скорой медицинской помощи и других специальных служб по единому телефонному номеру для вызова экстренных служб 112 со стационарного телефона организации (вызов также может осуществляться с мобильного телефона по номерам 101; 102; 103; 112).

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

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

1.13 Телефонную трубку положить последним, после сообщения диспетчера о том, что вызов принят.

1.14 Перечень состояний, при которых оказывается первая помощь:

- 1) Отсутствие сознания.
- 2) Остановка дыхания и (или) остановка кровообращения.
- 3) Нарушение проходимости дыхательных путей инородным телом и иные угрожающие жизни и здоровью нарушения дыхания.
- 4) Наружные кровотечения.
- 5) Травмы, ранения и поражения, вызванные механическими, химическими, электрическими, термическими поражающими факторами, воздействием излучения.

6) Отравления.

7) Укусы или ужаления ядовитых животных.

8) Судорожный приступ, сопровождающийся потерей сознания.

9) Острые психологические реакции на стресс.

1.15 Оказывающий помощь должен знать:

- основы работы в экстремальных условиях;
- основные признаки нарушений жизненно важных функций организма человека;
- правила, методы, приемы оказания первой помощи применительно к особенностям конкретного несчастного случая, конкретного человека;
- основные способы переноски и эвакуации пострадавших.

2. Перечень мероприятий по оказанию первой помощи пострадавшему и последовательность их проведения

2.1. Оказывающий помощь должен действовать согласно Перечню мероприятий по оказанию первой помощи и последовательности их проведения.

2.2. Проведение оценки обстановки и обеспечение безопасных условий для оказания первой помощи:

– определение факторов, представляющих непосредственную угрозу для собственной жизни и здоровья, жизни и здоровья пострадавшего (пострадавших) и окружающих лиц;

– устранение факторов, представляющих непосредственную угрозу для жизни и здоровья пострадавшего (пострадавших), а также участников оказания первой помощи и

окружающих лиц, в том числе предотвращение дополнительного травмирования пострадавшего (пострадавших);

- обеспечение собственной безопасности, в том числе с использованием средств индивидуальной защиты (перчатки медицинские, маска медицинская);

- оценка количества пострадавших;

- устное информирование пострадавшего и окружающих лиц о готовности оказывать первую помощь, а также о начале проведения мероприятий по оказанию первой помощи;

- устранение воздействия повреждающих факторов на пострадавшего;

- извлечение пострадавшего из транспортного средства или других труднодоступных мест;

- обеспечение проходимости дыхательных путей при их закупорке инородным телом;

- перемещение пострадавшего в безопасное место.

2.3. Проведение обзорного осмотра пострадавшего (пострадавших) для выявления продолжающегося наружного кровотечения.

2.3.1. При необходимости осуществление мероприятий по временной остановке наружного кровотечения одним или несколькими способами:

- прямым давлением на рану;

- если прямое давление на рану невозможно, опасно или неэффективно (инородное тело в ране, открытый перелом с выступающими в рану костными отломками), наложение давящей повязки (в том числе с фиксацией инородного тела) и (или) кровоостанавливающего жгута;

- если кровотечение остановлено прямым давлением на рану - наложение давящей повязки;

- при обширном повреждении конечности, отрыве конечности, если кровотечение не останавливается при прямом давлении на рану и (или) давящая повязка неэффективна - наложение кровоостанавливающего жгута.

2.4. Определение наличия признаков жизни у пострадавшего:

- определение наличия сознания;

- при наличии сознания - проведение подробного осмотра и опроса пострадавшего в соответствии с пунктом 5 настоящего Перечня;

- при отсутствии сознания - восстановление проходимости дыхательных путей посредством запрокидывания головы с подъёмом подбородка;

- определение наличия дыхания с помощью слуха, зрения и осязания.

2.5. Проведение сердечно-лёгочной реанимации и поддержание проходимости дыхательных путей:

2.5.1. При отсутствии у пострадавшего признаков жизни (дыхания, кровообращения):

- призыв окружающих лиц (при их наличии) для содействия оказанию первой помощи, вызов скорой медицинской помощи;

- проведение сердечно-лёгочной реанимации на твёрдой ровной поверхности;

- использование автоматического наружного дефибриллятора (при наличии);

- при появлении у пострадавшего признаков жизни - выполнение мероприятий по поддержанию проходимости дыхательных путей в соответствии с подпунктом 4.2 пункта 4 настоящего Перечня;

2.5.2. При наличии у пострадавшего признаков жизни (дыхания, кровообращения) и отсутствии сознания:

- выполнение мероприятий по поддержанию проходимости дыхательных путей посредством придания пострадавшему устойчивого бокового положения;

–в случае невозможности придания устойчивого бокового положения в результате травмы или других причин - запрокидывание и удержание запрокинутой головы пострадавшего с подъёмом подбородка;

–вызов скорой медицинской помощи (если вызов скорой медицинской помощи не был осуществлён ранее).

2.6. Проведение подробного осмотра и опроса пострадавшего (при наличии сознания) для выявления признаков травм, ранений, отравлений, укусов или ужаливаний ядовитых животных, поражений, вызванных механическими, химическими, электрическими, термическими поражающими факторами, воздействием излучения, и других состояний, угрожающих его жизни и здоровью:

- опрос пострадавшего;
- проведение осмотра головы;
- проведение осмотра шеи;
- проведение осмотра груди;
- проведение осмотра спины;
- проведение осмотра живота и таза;
- проведение осмотра конечностей.

2.7. Выполнение мероприятий по оказанию первой помощи пострадавшему в зависимости от характера травм, ранений, отравлений, укусов или ужаливаний ядовитых животных, поражений, вызванных механическими, химическими, электрическими, термическими поражающими факторами, воздействием излучения, и других состояний, угрожающих его жизни и здоровью:

При ранении грудной клетки	наложение окклюзионной (герметизирующей) повязки;
При отравлении через рот	промывание желудка путём приёма воды и вызывания рвоты
При травмах, воздействиях излучения, высоких температур, химических веществ, укусах или ужаливаниях ядовитых животных	охлаждение
При эффектах воздействия низких температур	проведение термоизоляции и согревания
При травмах различных областей тела	наложение повязок
При травмах различных частей тела	проведение иммобилизации (обездвиживания) с использованием медицинских изделий или подручных средств; аутоиммобилизация или обездвиживание руками травмированных частей тела, для обезболивания и предотвращения осложнений
При судорожном приступе, сопровождающимся потерей сознания	не препятствуя судорожным движениям, предотвращение дополнительного травмирования головы, после окончания судорожного приступа - поддержание проходимости дыхательных путей, в том числе посредством придания пострадавшему устойчивого бокового положения.

2.8. Оказание помощи пострадавшему в принятии лекарственных препаратов для медицинского применения, назначенных ему ранее лечащим врачом.

2.9. Придание и поддержание оптимального положения тела пострадавшего.

2.9. Вызов скорой медицинской помощи (если вызов скорой медицинской помощи не был осуществлён ранее), осуществление контроля состояния пострадавшего (наличия сознания, дыхания, кровообращения и отсутствия наружного кровотечения), оказание пострадавшему психологической поддержки, перемещение, транспортировка

пострадавшего, передача пострадавшего выездной бригаде скорой медицинской помощи, медицинской организации, специальным службам, сотрудники которых обязаны оказывать первую помощь в соответствии с федеральными законами или иными нормативными правовыми актами.

3. Соблюдение правил личной безопасности и обеспечение безопасных условий для оказания первой помощи пострадавшему

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

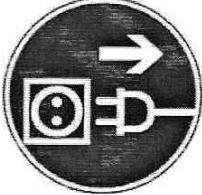
- поражение электрическим током;
- интенсивное дорожное движение;
- возможное возгорание или взрыв;
- поражение токсическими веществами;
- агрессивно настроенные люди;
- высокая вероятность обрушения здания или каких-либо конструкций;
- животные и т.п.

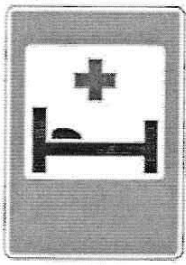
3.2. Для снижения риска поражения необходимо, например, выключить электричество, перекрыть бытовой газ, установить знаки аварийной остановки, перегородить проезжую часть автомобилем, попытаться потушить пожар, сообщить собравшимся людям, что сейчас будет оказываться первая помощь. Не следует пытаться оказывать первую помощь в неблагоприятных условиях. В этом случае следует обратиться к соответствующим службам (например, полиции, аварийно-спасательная служба и т.д.).

3.3. Простейшие меры профилактики для снижения риска заражения при оказании ПП:

- использовать медицинские перчатки (для защиты рук) и защитные устройства для проведения искусственного дыхания «рот-устройство-рот», находящиеся в аптечках первой помощи;
- применять медицинские 3-слойные маски из нетканого материала для снижения риска инфицирования человека, оказывающего ПП;
- 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 текстиля находятся в аптечке для оказания ПП, необходимо обработать кожу с их помощью;
- после проведения искусственного дыхания рекомендуется прополоскать рот.

4. ПОРЯДОК ДЕЙСТВИЙ ПРИ НЕСЧАСТНОМ СЛУЧАЕ НА ПРОИЗВОДСТВЕ

	оповестить всех работающих в помещении и прекратить работу
	предотвратить дальнейшее развитие чрезвычайной ситуации, отключить электрооборудование с помощью электроперсонала, потушить пожар с применением первичных средств пожаротушения;

	немедленно освободить пострадавшего/пострадавших от воздействия травмирующего фактора, если это не сопряжено с риском для жизни;
	немедленно сообщить своему непосредственному руководителю о произошедшем с работником несчастном случае, а также о любом несчастном случае с участием других работников своей или сторонней организации, свидетелем которого был работник;
	при необходимости вызвать скорую медицинскую помощь по телефону 103 или 112;
	до прибытия врача обратиться за медицинской помощью в медпункт или пригласить работника, умеющего оказывать первую доврачебную помощь для оказания помощи пострадавшему в зависимости от вида травмы, применять аптечку;
	по прибытии скорой помощи доставить в медучреждение с сопровождающим лицом;
	принять меры для сохранения обстановки несчастного случая, если это не сопряжено с опасностью для жизни и здоровья людей, а в случае невозможности ее сохранения – зафиксировать сложившуюся обстановку (составить схемы, зафиксировать обстановку на фото/видео, провести другие мероприятия); заполняется протокол осмотра места происшествия;
	при расследовании несчастного случая работник должен сообщить все известные ему обстоятельства произошедшего случая (для этого он может написать объяснительную с указанием даты происшествия, места происшествия, ФИО, должности пострадавшего и ФИО, должности свидетелей). Далее заполняется протокол опроса очевидца.

5. Помощь при отсутствии сознания, остановке дыхания и кровообращения

5.1. К основным признакам жизни относятся наличие сознания, самостоятельное дыхание и кровообращение. Они проверяются в ходе выполнения алгоритма сердечно-легочной реанимации (СЛР).

5.2. Способы проверки сознания, дыхания, кровообращения у пострадавшего

5.2.1. При оказании первой помощи используются простейшие способы проверки наличия или отсутствия признаков жизни:

- для проверки сознания участник оказания первой помощи пытается вступить с пострадавшим в словесный и тактильный контакт, проверяя его реакцию на это;

- для проверки дыхания используются осязание, слух и зрение;

- отсутствие кровообращения у пострадавшего определяется путем проверки пульса на магистральных артериях (одновременно с определением дыхания и при наличии соответствующей подготовки).

5.2.2. На месте происшествия участнику оказания ПП следует оценить безопасность для себя, пострадавшего (пострадавших) и окружающих. После этого следует устранить угрожающие факторы или минимизировать риск собственного повреждения, риск для пострадавшего (пострадавших) и окружающих. Далее необходимо проверить наличие сознания у пострадавшего. Для проверки сознания необходимо аккуратно потормошить пострадавшего за плечи и громко спросить: «Что с Вами? Нужна ли Вам помощь?»

5.2.3. Человек, находящийся в бессознательном состоянии, не сможет отреагировать и ответить на эти вопросы.

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

5.2.5. Для проверки дыхания следует наклониться щекой и ухом ко рту и носу пострадавшего 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. Отсутствие дыхания определяет необходимость вызова скорой медицинской помощи и проведения сердечно-легочной реанимации.

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

5.2.7. При отсутствии возможности привлечения помощника, скорую медицинскую помощь следует вызвать самостоятельно (например, используя функцию громкой связи в телефоне). При вызове необходимо обязательно сообщить диспетчеру следующую информацию:

- место происшествия, что произошло;
- число пострадавших и что с ними;
- какая помощь оказывается.

5.2.8. Телефонную трубку положить последним, после ответа диспетчера. Вызов скорой медицинской помощи и других специальных служб производится по номеру 9-112

со стационарного телефона организации (вызов также может осуществляться с мобильного телефона по номерам 101; 102; 103; 112).

5.3. Алгоритм оказания первой помощи

5.3.1. Одновременно с вызовом скорой медицинской помощи необходимо приступить к давлению руками на грудину пострадавшего, который должен располагаться лежа на спине на твердой ровной поверхности. При этом основание ладони одной руки участника оказания первой помощи помещается на середину грудной клетки пострадавшего, вторая рука помещается сверху первой, кисти рук берутся в замок, руки выпрямляются в локтевых суставах, плечи участника оказания первой помощи располагаются над пострадавшим так, чтобы давление осуществлялось перпендикулярно плоскости грудины.

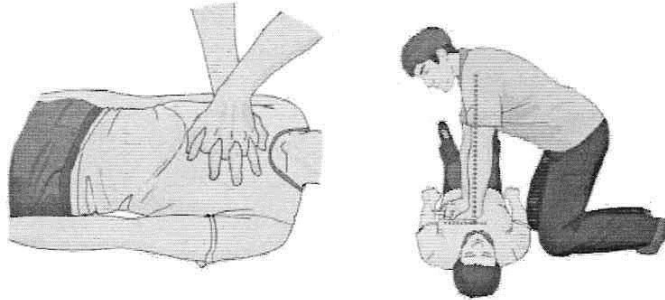


Рис. 1. Иллюстрация сердечно-легочной реанимации

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

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

5.3.4. 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. После этого, 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.

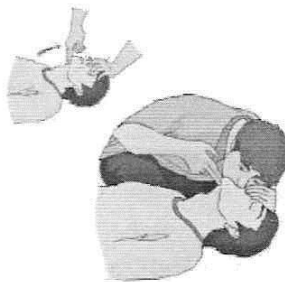


Рис. 2. Искусственное дыхание

5.3.5. При этом рекомендуется использовать устройство для проведения

искусственного дыхания из аптечки или укладки. В случае невозможности выполнения искусственного дыхания методом «Рот-ко-рту» (например, повреждение губ пострадавшего), производится искусственное дыхание методом «Рот-к-носу». При этом техника выполнения отличается тем, что участник оказания первой помощи закрывает рот пострадавшему при запрокидывании головы и обхватывает своими губами нос пострадавшего.

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

5.4. Показания к прекращению СЛР:

–прибытие скорой медицинской помощи или других специальных служб, сотрудники которых обязаны оказывать первую помощь, и распоряжения сотрудников этих служб о прекращении реанимации, либо до появления явных признаков жизни у пострадавшего (появления самостоятельного дыхания, возникновения кашля, произвольных движений).

–в случае возникновения физической усталости у участника оказания первой помощи. Необходимо привлечь помощника к осуществлению этих мероприятий. Смену ее участников примерно каждые 2 минуты, или спустя 5-6 циклов надавливаний и вдохов.

–не осуществлять СЛР у пострадавших с явными признаками нежизнеспособности (разложение или травма, несовместимая с жизнью), либо в случаях, когда отсутствие признаков жизни вызвано исходом длительно существующего неизлечимого заболевания (например, онкологического).

5.5. Мероприятия, выполняемые после прекращения СЛР. Устойчивое боковое положение

5.5.1. В случае появления 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:

Шаг 1. Расположить ближнюю руку пострадавшего под прямым углом к его телу.

Шаг 2. Дальнюю руку пострадавшего приложить тыльной стороной ладони к противоположной щеке пострадавшего, придерживая ее своей рукой.

Шаг 3. После этого согнуть дальнюю от себя ногу пострадавшего в колене, поставить ее с опорой на стопу, надавить на колено этой ноги на себя и повернуть пострадавшего.

Шаг 4. После поворота пострадавшего набок слегка запрокинуть его голову для открытия дыхательных путей и подтянуть ногу, лежащую сверху, ближе к животу.

5.5.2. В результате описанных выше действий пострадавший будет находиться в положении, изображенном на рисунке.

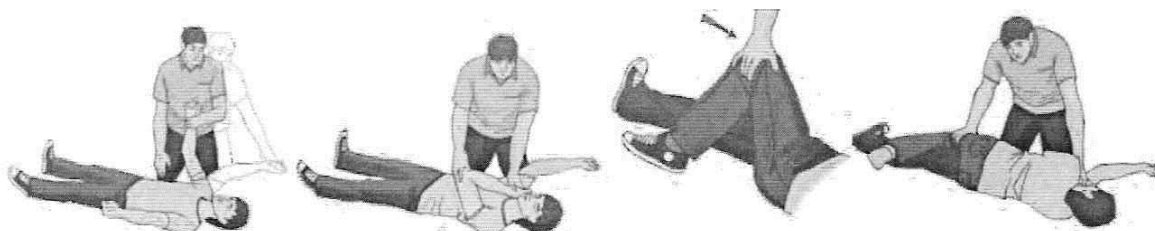


Рис. 3. Мероприятия, выполняемые после прекращения СЛР

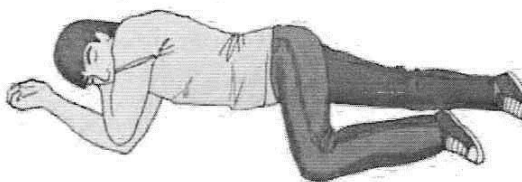


Рис. 4. Устойчивое боковое положение

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

6. Порядок оказания первой помощи при частичном и полном нарушении проходимости верхних дыхательных путей, вызванном инородным телом у пострадавшего в сознании, без сознания. Особенности оказания первой помощи тучному пострадавшему, беременной женщине.

6.1. Типичным признаком нарушения проходимости дыхательных путей является поза, при которой человек держится рукой за горло и одновременно пытается кашлять, чтобы удалить инородное тело. Выделяют частичное или полное нарушение проходимости верхних дыхательных путей, вызванное инородным телом. Для того, чтобы определить степень нарушения, можно спросить пострадавшего, подавился ли он.

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

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

6.4. При частичном нарушении проходимости следует предложить пострадавшему покашлять.

6.5. При полном нарушении проходимости верхних дыхательных путей необходимо предпринять меры по удалению инородного тела:

- встать сбоку и немного сзади пострадавшего;
- придерживая пострадавшего одной рукой, другой наклонить его вперёд, чтобы в случае смещения инородного тела оно попало в рот пострадавшего, а не опустилось ниже в дыхательные пути;
- нанести 5 резких ударов основанием своей ладони между лопатками пострадавшего;
- проверять после каждого удара, не удалось ли устранить нарушение проходимости.



Рис. 5. Удаление инородного тела

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

- 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;
- обхватить кулак другой рукой и, слегка наклонив пострадавшего вперед, резко надавить на его живот в направлении внутрь и кверху
- при необходимости надавливания повторить до 5 раз.

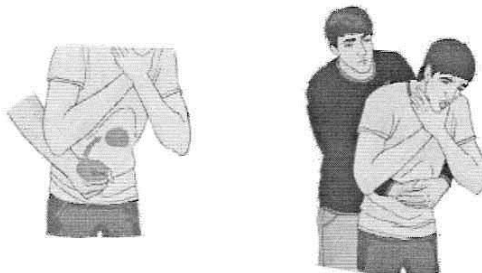


Рис. 6. Иной способ удаления инородного тела

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

6.8. Если пострадавший потерял сознание – необходимо начать СЛР в объеме давления руками на грудину и искусственного дыхания. При этом следует следить за возможным появлением инородного тела во рту для того, чтобы своевременно удалить его.

6.9. В случае если инородное тело нарушило проходимость дыхательных путей у тучного человека или беременной женщины, оказание первой помощи начинается также, как описано выше, с 5 ударов между лопатками. У тучных людей или беременных женщин не осуществляется давление на живот. Вместо него проводятся надавливания на нижнюю часть груди.

7. Первая помощь при кровотечении

7.1. Под кровотечением понимают ситуацию, когда кровь по разным причинам (чаще всего в результате травмы) покидает сосудистое русло, что приводит к острой кровопотере – безвозвратной утрате части крови. Это сопровождается снижением функции системы кровообращения по переносу кислорода и питательных веществ к органам, что сопровождается ухудшением или прекращением их деятельности.

7.2. Основные признаки кровопотери: резкая общая слабость; чувство жажды; головокружение; мелькание «мушек» перед глазами; обморок, чаще при попытке встать; бледная, влажная и холодная кожа; учащённое сердцебиение; частое дыхание. Указанные признаки могут наблюдаться как при наличии продолжающегося наружного кровотечения, так и при остановленном кровотечении, а также при отсутствии видимого или продолжающегося кровотечения.

7.3. Для начала необходимо провести обзорный (1-2 секунды) осмотр пострадавшего с ног до головы. Цель – определить признаки кровотечения, требующего скорейшей остановки.

7.4. 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 бьет струёй из поврежденных 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.

7.5. При оказании ПП используют способы временной остановки кровотечений:

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

Прямое давление на рану

Является наиболее простым способом остановки кровотечений. При его использовании рана закрывается стерильными салфетками или стерильным бинтом, после чего на область раны осуществляется давление рукой участника оказания первой помощи с силой, достаточной для остановки кровотечения. 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). Пострадавшему также можно рекомендовать попытаться самостоятельно остановить имеющееся у него кровотечение, используя прямое давление на рану.



Рис. 7. Прямое давление на рану

7.6. Давящая повязка

Для более продолжительной остановки кровотечения можно использовать давящую повязку. При ее наложении 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.

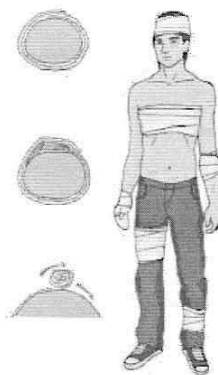


Рис. 8. Наложение давящей повязки

7.7. Пальцевое прижатие артерии

Данный способ 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. Как правило, 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.

7.8. Прижатие общей сонной артерии

Общая сонная артерия прижимается на передней поверхности шеи снаружи от гортани на стороне повреждения. Давление в указанную точку может осуществляться четырьмя пальцами одновременно по направлению к позвоночнику, 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. Прижимать необходимо с достаточной силой, т.к. кровотечения из сонной артерии очень интенсивные.



Рис. 9. Прижатие сонной артерии

7.9. Прижатие подключичной артерии

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

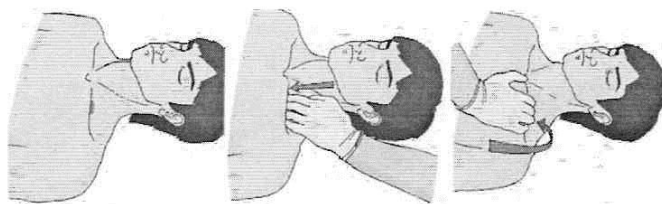


Рис. 10. Прижатие подключичной артерии

7.10. Прижатие плечевой артерии

Плечевая артерия прижимается к плечевой кости с внутренней стороны между бицепсом и трицепсом в средней трети плеча, 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.

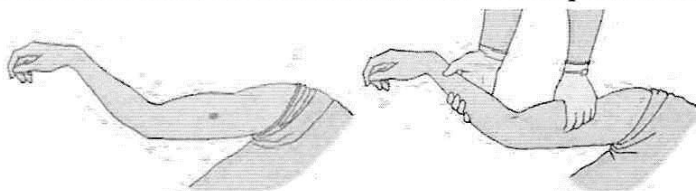


Рис. 11. Прижатие плечевой артерии

7.11. Прижатие подмышечной артерии

Подмышечная артерия прижимается к плечевой кости в подмышечной впадине 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.

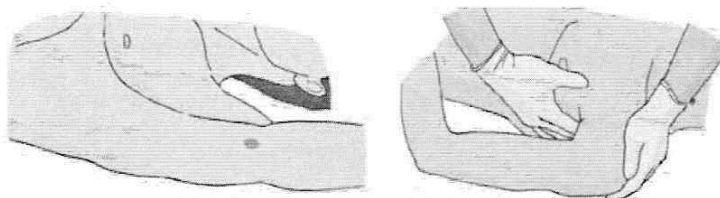


Рис. 12. Прижатие подмышечной артерии

7.12. Прижатие бедренной артерии

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

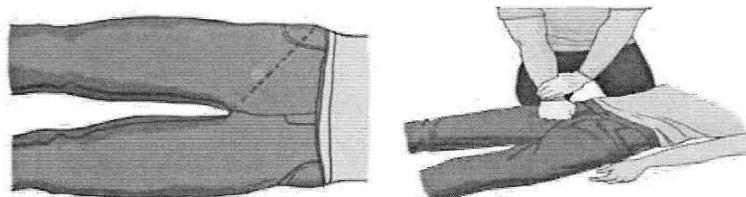


Рис. 13. Прижатие бедренной артерии

7.13. Максимальное сгибание конечности в суставе

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).

7.13.1. Кровотечение из ран верхней части плеча и подключичной области

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.

7.13.2. Остановка кровотечения из предплечья

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.

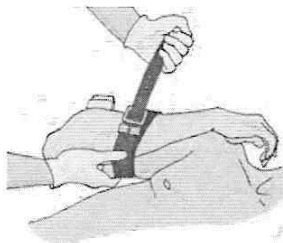


Рис. 14. Остановка кровотечения из предплечья

7.13.3. Повреждение сосудов стопы, голени и подколенной ямки

При повреждении сосудов стопы, голени и подколенной ямки в последнюю вкладывают несколько бинтов или валик из ткани, после чего конечность сгибают в коленном суставе и фиксируют в этом положении бинтом.

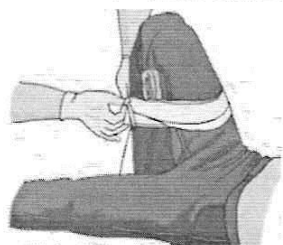


Рис. 15. Повреждение сосудов стопы, голени и подколенной ямки

7.13.4. Остановка кровотечения при травме бедра

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.



Рис. 16. Остановка кровотечения при травме бедра

7.14. Остановка кровотечения жгутом или закруткой

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

7.14.2. Если у оказывающего помощь нет помощника, то предварительное

прижатие артерии пальцами можно поручить самому пострадавшему.

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

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

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.

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

4) Перед наложением жгут следует завести за конечность и растянуть.

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

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

7) Точное время наложения жгута следует указать в записке, записку поместить под жгут или прикрепить ее рядом к одежде. Можно сделать надпись на коже поврежденной конечности.

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

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

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 и указать на той же записке новое время;

д) максимальное время повторного наложения – 15 минут.

7.14.4. Перетягивание жгутом конечности не должно быть чрезмерным, так как при этом могут быть стянуты и пострадать нервы; натягивать жгут нужно только до прекращения кровотечения.

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

7.14.6. 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.

7.14.7. При отсутствии под рукой жгута перетянуть конечность можно закруткой, сделанной из нерастягивающегося материала: галстука, пояса, скрученного платка, ремня и т. п.

7.14.8. 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 прочный предмет в виде прута, который закручивается до прекращения кровотечения. При достижении остановки кровотечения прут прибинтовывают к

конечности. Импровизированные жгуты накладываются также по вышеописанным правилам.

7.15. При кровотечении из носа

7.15.1. Если пострадавший находится в сознании, его следует усадить со слегка наклоненной вперед головой, сжать пальцами крылья носа на 15 - 20 минут, положить на переносицу холодную примочку. Если спустя указанное время кровотечение не остановилось, то вызвать скорую помощь, до приезда которой выполнять те же мероприятия.

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

7.16. При кровотечении изо рта

7.16.1. При кровотечении изо рта (кровохаркоте) пострадавшего следует уложить, повернув голову набок и срочно вызвать врача.

7.17. Кровотечения из внутренних органов

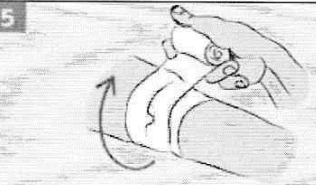
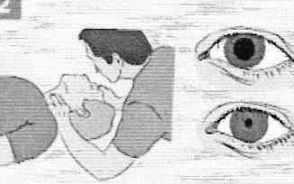
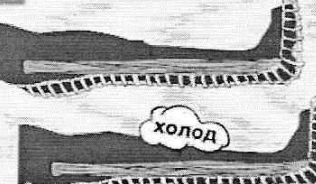
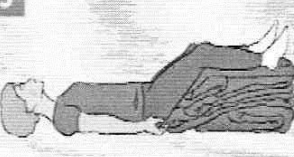
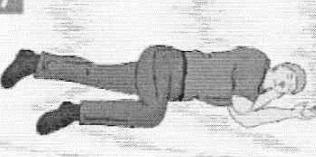
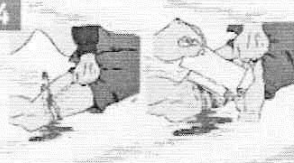
7.17.1. Внутреннее кровотечение распознается по резкой бледности лица, слабости, очень частому пульсу, одышке, головокружению, сильной жажде и обморочному состоянию.

7.17.2. В этих случаях необходимо срочно вызвать врача, а до его прихода создать пострадавшему полный покой.

7.12.3. Нельзя давать ему пить, если есть подозрение на ранение органов брюшной полости.

7.12.3. На место травмы необходимо положить холод (резиновый пузырь со льдом, снегом или холодной водой, холодные примочки и т. п.).

7.13. Общий алгоритм оказания первой помощи при наружном кровотечении

	Убедись, что ни тебе, ни пострадавшему ничто не угрожает, надень защитные (резиновые) перчатки, вынеси (выведи) пострадавшего за пределы зоны поражения.		Вызови (самостоятельно или с помощью окружающих) «скорую помощь». Наложить (чистую) асептическую повязку.
	Определи наличие пульса на сонных артериях, наличие самостоятельного дыхания, наличие реакции зрачков на свет.		Обеспечь неподвижность поврежденной части тела. Положи холод (пакет со льдом) на повязку над раной (на болезненное место).
	При значительной кровопотере: уложить пострадавшего с приподнятыми ногами.		Придай пострадавшему устойчивое боковое положение.
	Останови кровотечение!		Защити пострадавшего от переохлаждения, дай обильное теплое сладкое питье.

8. Помощь при травмах различных областей тела

8.1. Травматический шок – это серьезное состояние, причинами развития которого являются тяжелые травмы и сильные кровотечения. Развитие травматического шока сопровождается тяжелыми нарушениями в работе всех систем организма, вплоть до смерти пострадавшего как на месте происшествия, так и впоследствии, на этапе транспортировки бригадой скорой медицинской помощи, а также лечения в медицинской организации. Усугубляют тяжесть шока детский и старческий возраст пострадавшего, 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. Предупредить развитие шока или снизить его тяжесть помогут следующие мероприятия:

- остановка кровотечения;
- придание пострадавшему оптимального положения тела;
- иммобилизация травмированных конечностей;
- защита от переохлаждения (укутывание подручными средствами или покрывалом спасательным изотермическим).

8.4. С целью выявления различных травм и др. состояний, при которых требуется оказание ПП, проводится подробный осмотр. Он более детальный, чем обзорный. При его проведении 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.

8.5. Подробный осмотр производится в определенной последовательности:

–осматривается и аккуратно ощупывается голова для определения наличия повреждений, кровотечений, кровоподтеков.

–крайне аккуратно и осторожно осматривается шея пострадавшего для выявления возможных деформаций, костных выступов, болезненных мест;

–грудная клетка пострадавшего осматривается и ощупывается в следующей последовательности «передняя поверхность – задняя поверхность – боковые стороны» 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.

–живот и область таза. 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.

–осматриваются и ощупываются ноги и руки. При осмотре конечностей следует обратить внимание на их возможную деформацию как на один из признаков перелома костей. Осматривать следует внимательно и крайне осторожно и аккуратно, чтобы не причинить дополнительные страдания пострадавшему и не пропустить у него какой-либо тяжелой травмы.

8.6. Травмы головы.

8.6.1. Для черепно-мозговой травмы характерны: бледность, общая слабость, сонливость, головная боль, головокружение и потеря сознания. Более тяжелое повреждение мозга сопровождается длительной потерей сознания, параличами конечностей. Переломы костей черепа могут сопровождаться следующими признаками: выделение бесцветной или кровянистой жидкости из ушей, носа; кровоподтеки вокруг глаз.

8.6.2. Первая помощь при травме головы будет заключаться в остановке кровотечения, вызове скорой медицинской помощи и контроле состояния пострадавшего. 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. При наличии раны и кровотечения надо выполнить прямое давление на рану, при необходимости – наложить повязку.

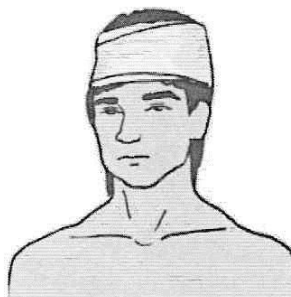


Рис. 17. Первая помощь при травме головы

8.6.3. В случае, 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.

8.6.4. 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.

8.7. Травмы глаза и носа.

8.7.1. 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.

8.7.2. Травмы носа очень часто сопровождаются наружным кровотечением. 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. Если пострадавший с носовым кровотечением находится без сознания, следует придать ему устойчивое боковое положение, контролируя проходимость дыхательных путей, вызвать скорую медицинскую помощь. Самостоятельное вправление переломов носа недопустимо.

8.8. Травмы шеи

8.8.1. Данные несут непосредственную опасность для жизни том случае, если имеется повреждение крупных сосудов, особенно сонных артерий.

8.8.2. Для того, чтобы предупредить смерть пострадавшего, необходимо сразу после обнаружения артериального кровотечения произвести его остановку пальцевым прижатием либо прямым давлением на рану. При венозном кровотечении используется давящая повязка.

8.9. Повреждение шейного отдела позвоночника

8.9.1. Травма может развиваться, например, при дорожно-транспортном происшествии (при ударе сзади или наезде на препятствие может возникнуть так называемая «хлыстовая» травма, приводящая к повреждению шейных позвонков вследствие резкого разгибания или резкого сгибания шеи), падении с высоты, нырянии и т.д.

8.9.2. 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.

8.9.3. При оказании первой помощи следует помнить, что смещение поврежденных шейных позвонков может привести к тяжелым последствиям, вплоть до остановки дыхания и кровообращения.

8.9.4. 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.

8.9.5. При экстренном извлечении пострадавшего необходимо использовать фиксацию шеи рукой, при перемещении – фиксировать голову и шею вручную предплечьями.

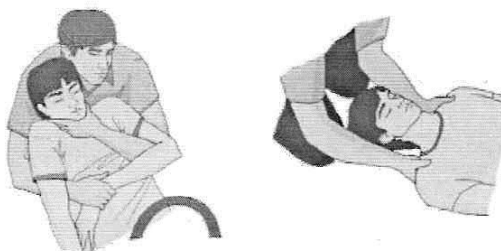


Рис. 18. Первая помощь при повреждении шейного отдела

8.9.6. В качестве подручных средств для фиксации шейного отдела позвоночника можно использовать элементы одежды (куртка, свитер), которые оборачиваются вокруг шеи, предотвращая сдавление мягких тканей и органов шеи, но чтобы края импровизированного воротника туго подпирали голову.

8.9.7. При наличии табельных устройств для фиксации шейного отдела позвоночника (шейные воротники, 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. После этого загибает переднюю часть вперед и фиксирует (способ фиксации определяется конструкцией воротника).

8.10. Травмы груди

8.10.1. Травмы груди являются одними из наиболее тяжелых повреждений, т.к. в грудной клетке располагаются жизненно важные органы, крупные сосуды, повреждение которых может быть смертельно опасно.

8.10.2. 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.

8.10.3. При переломах и ушибах ребер необходимо придать пострадавшему полусидячее положение и контролировать его состояние до прибытия скорой медицинской помощи.

8.10.4. Помимо переломов ребер встречаются и ранения груди, при которых нарушается ее герметичность, что, в свою очередь, приводит к резким нарушениям в работе легких и сердца.

8.10.5. 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.

8.10.6. При ранениях груди 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).

8.10.7. После наложения воздухонепроницаемого материала его можно закрепить лейкопластырем либо бинтом и оставить незафиксированным уголок. Оставленный свободный уголок выполняет функцию клапана – не дает воздуху поступать в грудную клетку и позволяет снизить избыточное давление в ней. Придать полусидячее положение с наклоном в пострадавшую сторону.

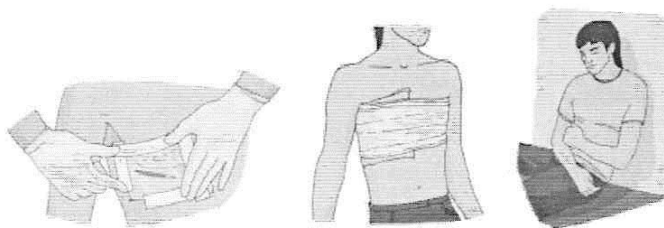


Рис. 19. Первая помощь при ранении груди

8.10.8. 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.

8.11. Травмы живота и таза.

8.11.1. 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.

8.11.2. Открытая травма живота может сопровождаться выпадением внутренних органов и кровотечением.

8.11.3. Основной задачей первой помощи при травмах живота является остановка кровотечения при открытой травме (прямым давлением на рану, наложением давящей повязки), вызов скорой медицинской помощи и контроль состояния пострадавшего до ее прибытия.

8.11.4. Травмы таза также могут представлять опасность для жизни пострадавшего. Признаками травмы таза могут быть боли внизу живота, кровоподтеки и ссадины в этой области.

8.11.5. 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.



Рис. 20. Первая помощь при травмах таза

8.11.6. 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.

8.11.7. Могут отмечаться признаки кровопотери: резкая общая слабость, чувство жажды, головокружение, мелькание «мушек» перед глазами, обморок (чаще при попытке встать), бледная, влажная и холодная кожа, учащенное дыхание и сердцебиение. При повреждении внутренних органов пострадавший нуждается в скорейшей хирургической помощи, поэтому все пострадавшие с любыми травмами живота должны быть быстро доставлены в лечебное учреждение.

8.11.8. 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.

8.11.9. 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.

8.12. Травмы конечностей

8.12.1. Травмы конечностей часто сопровождаются повреждением кровеносных сосудов, поэтому важно своевременно остановить обнаруженное кровотечение. Для этого применяются все способы: прямое давление на рану, наложение давящей повязки, пальцевое прижатие артерии, максимальное сгибание конечности в суставе, наложение кровоостанавливающего жгута.

8.12.2. Выбор способа определяется следующими факторами:

- вид кровотечения (для остановки венозного кровотечения не следует использовать наложение жгута или пальцевое прижатие артерии);

- место ранения;

- предполагаемый срок прибытия медработников (в случае, если их прибытие ожидается в ближайшее время, можно использовать более простые способы остановки кровотечения, например, прямое давление на рану);

- наличие оснащения (при отсутствии табельных жгутов для остановки артериального кровотечения возможно применение подручных средств – галстуков, ремней);

- состояние кровотечения (остановилось или не остановилось).

8.13. Иммобилизация

8.13.1. Иммобилизация – это создание неподвижности (покоя) поврежденной части тела с помощью подручных средств, готовых транспортных шин (изделий медицинского назначения, входящих в состав аптечек первой помощи) или используя здоровые части тела пострадавшего (аутоиммобилизация).

8.13.2. При наличии подозрения на травму костей, человеку, оказывающему первую помощь, следует определиться с тактикой действий в отношении пострадавшего. В основной массе случаев следует вызвать и дожидаться приезда бригады скорой медицинской помощи, которая сможет выполнить качественное обезболивание и иммобилизацию травмированной конечности.

8.13.3. В данном случае до приезда бригады скорой медицинской помощи следует придерживать травмированную конечность вручную и контролировать состояние пострадавшего.

8.13.4. Если же в результате особых обстоятельств предполагается транспортировка пострадавшего (или его переноска на дальнейшее расстояние), следует выполнить иммобилизацию поврежденной конечности. При этом следует фиксировать минимум два сустава (один ниже, другой выше перелома).

8.13.5. При переломе плеча и бедра надо фиксировать три сустава – плечевой, локтевой, лучезапястный или тазобедренный, коленный, голеностопный соответственно. 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. Поврежденную руку можно зафиксировать, прибинтовав к туловищу. На область предполагаемой травмы можно

положить холод.

8.13.6. Иммобилизация также может осуществляться с помощью импровизированных шин (доски, куски плотного картона или пластмассы, лыжи 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.

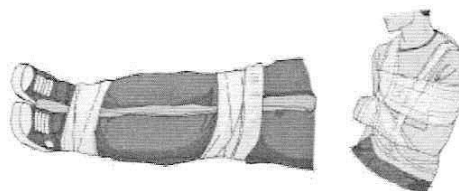
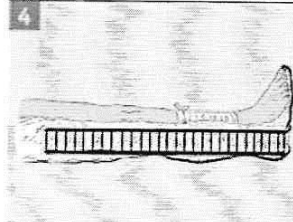
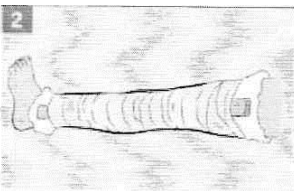
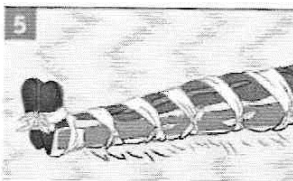
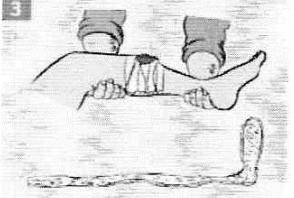


Рис. 21. Иллюстрация иммобилизации

8.13.7. Общие правила иммобилизации

 1 Коленный сустав Голеностопный сустав	Иммобилизация выполняется с обездвиживанием двух соседних суставов, расположенных выше и ниже места перелома.	 4	Шину на всем протяжении (исключая уровень перелома) прикрепить к конечности бинтом, плотно, но не очень туго, чтобы не нарушалось кровообращение. При переломе нижней конечности шины накладывать с двух сторон.
 2	В качестве иммобилизирующего средства можно использовать плоские узкие предметы: палки, доски, линейки, прутья, фанеру, картон и др. Острые края и углы шин из подручных средств должны быть сглажены. Шину после наложения необходимо зафиксировать бинтами или пластырем. Шину при закрытых переломах (без повреждения кожи) накладывают поверх одежды.	 5	При отсутствии шин или подручных средств поврежденную ногу можно иммобилизовать, прибинтовав ее к здоровой ноге, а руку — к туловищу.
 3	При открытых переломах нельзя прикладывать шину к местам, где выступают наружу костные отломки.		

8.14. Оказание первой помощи при травме позвоночника

8.14.1. 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).

8.14.2. При оказании первой помощи следует помнить о необходимости уменьшить подвижность позвоночника. Для этого, например, после извлечения или при перемещении пострадавший должен находиться на ровной, жесткой, горизонтальной поверхности. Перемещение или перекладывание пострадавшего следует осуществлять с помощью нескольких человек, особое внимание следует уделить фиксации шейного отдела позвоночника.

8.14.3. При отсутствии дыхания или кровообращения необходимо приступить к сердечно-легочной реанимации в объеме надавливаний на грудину и вдохов искусственного дыхания.

9. Помощь при ожогах

9.1. 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).

9.2. Оказание помощи при различных видах ожогов практически одинаково. Существуют различные классификации степеней ожогов, однако для оказания первой помощи проще разделить ожоги на поверхностные и глубокие:

- поверхностный ожог - покраснение и отек кожи в месте воздействия поражающего агента, а также появление пузырей, заполненных прозрачной жидкостью;
- глубокий ожог - появление пузырей, заполненных кровянистым содержимым, которые могут быть частично разрушены, кожа может обугливаться и становиться нечувствительной к боли.

9.3. Часто при ожогах сочетаются глубокие и поверхностные поражения. Тяжесть состояния пострадавшего зависит не только от глубины повреждения, но и от площади ожоговой поверхности.

9.4. 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.

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

9.6. Первая помощь при ожогах заключается в прекращении действия повреждающего агента (тушение огня, удаление химических веществ, прекращение действия электрического тока на организм), охлаждении обожженной части тела под струей холодной воды в течение 20 минут (при отсутствии воды можно заменить приложением холода поверх повязки или ткани).

9.7. При термическом ожоге немедленное охлаждение ослабляет боль, снижает отечность, уменьшает площадь и глубину ожогов.

9.8. 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.

9.9. Ожоговую поверхность следует закрыть не тугой повязкой, дать пострадавшему теплое питье. Обязательно следует вызвать скорую медицинскую помощь. При оказании первой помощи запрещается вскрывать ожоговые пузыри, убирать с пораженной поверхности части обгоревшей одежды, наносить на пораженные участки мази, жиры.

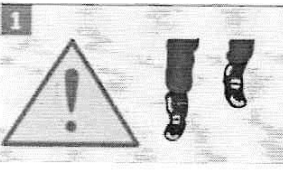
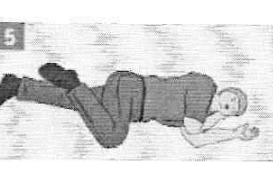
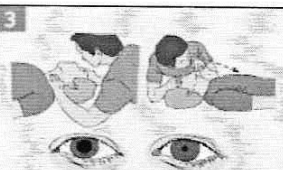
9.10. При подозрении на наличие ожога верхних дыхательных путей у пострадавшего, если он находился в горящем помещении (одышка, кашель), нужно как можно скорее вынести пострадавшего на свежий воздух, придать ему оптимальное положение (полусидя) и вызвать скорую медицинскую помощь.

9.11. При ожогах глаз - обильно промыть глаза чистой водой (желательно комнатной температуры). Промывать глаза так, чтобы вода стекала от носа к виску. Наложить повязку на оба глаза (если не закрыть повязкой оба глаза, то движения здорового глаза будут вызывать движения и боль в пострадавшем глазу). Немедленно обратиться в лечебное учреждение.

9.12. Нельзя промывать желудок водой, вызывая рвоту, либо нейтрализовать попавшую в пищевод кислоту или щелочь, уменьшая ее прижигающее действие.

9.13. 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.

9.14. Общие правила оказания первой помощи при поражении электрическим током, получении электроожогов

	Обеспечь свою безопасность. Надень сухие перчатки (резиновые, шерстяные, кожаные и т.п.), резиновые сапоги. По возможности отключи источник тока. При подходе к пострадавшему по земле иди мелкими, не более 10 см, шагами.		При отсутствии признаков жизни проводи сердечно-легочную реанимацию.
	Сбрось с пострадавшего провод сухим токонепроводящим предметом (палка, пластик). Оттащи пострадавшего за одежду не менее чем на 10 метров от места касания проводом земли или от оборудования, находящегося под напряжением.		При восстановлении самостоятельного дыхания и сердцебиения придай пострадавшему устойчивое боковое положение.
	Определи наличие пульса на сонной артерии, реакции зрачков на свет, самостоятельного дыхания.		Если пострадавший пришел в сознание, укрой и согрей его. Следи за его состоянием до прибытия медицинского персонала, может наступить повторная остановка сердца.

10. Первая помощь при обморожении и перегревании

10.1. 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.

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

10.3. При возникновении признаков перегревания, пострадавшего необходимо переместить в прохладное место, при наличии сознания дать выпить охлажденной воды, расстегнуть или снять одежду. Пострадавшему без сознания следует придать устойчивое боковое положение.

10.4. 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 сердечно-легочной реанимации.

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

10.6. 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.

10.7. 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.

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

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

10.10. При выраженном переохлаждении необходимо контролировать состояние, быть готовым к проведению сердечно-легочной реанимации в объеме давления руками на грудину пострадавшего и вдохов искусственного дыхания.

10.11. 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, щеки, кисти рук) или конечностей с нарушенным кровообращением (например, пальцев ног в тесной, неутепленной, влажной обуви).

10.12. 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.

10.13. 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. Первая помощь при отравлении

11.1. Признаки острого отравления:

–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 резвившиеся тошнота, рвота, понос, боли в груди или животе.

–затруднение дыхания, потливость, спонотечение.

–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.

11.2. Токсическое вещество может попасть в организм человека четырьмя путями:

–через пищеварительный тракт, 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. Инъецируемые токсические вещества попадают в организм при укусе или ужалении насекомыми, животными, а также при введении яда, лекарства или наркотиков шприцем.

11.3. Отравление легче предупредить, чем оказывать первую помощь. Для предупреждения случаев отравлений рекомендуется использовать при работе с ядами СИЗ (респираторы, перчатки, защитную одежду); хранить химические вещества в их фабричных упаковках с соответствующим названием; использовать специальные символы для ядовитых веществ; не употреблять в пищу просроченные продукты или продукты, качество которых вызывает сомнения. Для профилактики отравлений необходимо соблюдать все предупреждения, указанные на наклейках, ярлыках и плакатах с инструкциями по технике безопасности, и следовать описанным там мерам предосторожности.

11.4. Общие принципы оказания первой помощи при отравлении

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

11.4.2. 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.

11.4.3. Если ядовитое вещество неизвестно, собрать небольшое количество рвотных масс для последующей медицинской экспертизы.

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

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

11.5. Первая помощь при отравлении через рот

11.5.1. Первым этапом необходимо 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.

11.5.2. 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.

11.6. Первая помощь при отравлении через дыхательные пути

11.6.1. Для начала необходимо убедиться, что место происшествия не представляет опасности, при необходимости следует использовать средства индивидуальной защиты.

11.6.2. Надо изолировать пострадавшего от воздействия газа или паров, для этого нужно вынести (вывести) пострадавшего на свежий воздух.

11.6.3. При отсутствии сознания необходимо придать пострадавшему устойчивое боковое положение, а при отсутствии дыхания надо приступить к проведению сердечно-легочной реанимации в объеме давления руками на грудину пострадавшего и вдохов искусственного дыхания, при этом следует использовать маску с одноклапановым клапаном или устройство для искусственного дыхания.

11.7. Первая помощь при отравлении через кожу

11.7.1. Необходимо снять загрязненную одежду, удалить яд с поверхности кожи промыванием, при наличии повреждений кожи – наложить повязку.

11.7.2. 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 нарушение жизненно важных функций. Оптимальное положение определяется характером повреждений у пострадавшего и удобством для него.

12. Помощь при укусах или ужалении насекомых

12.1. При укусе или ужалении насекомыми (пчелами, осами, шмелями, шершнями) следует удалить жало, если оно осталось на коже, положить на место отека «холод» (лед, грелку с холодной водой, ткань, смоченную в холодной воде), дать пострадавшему большое количество питья. При возникновении аллергической реакции обратиться к врачу. Следить за состоянием больного до прибытия медицинского работника.

12.2. При нарушении дыхания и остановки сердца необходимо делать искусственное дыхание и наружный непрямой массаж сердца.

12.3. При всяком укусе, даже если укусившее животное на вид совершенно здорово, необходимо на рану наложить стерильную повязку. Пострадавшего следует направить в больницу для проведения курса прививок против бешенства. К врачу следует направить и лиц, которым слюна бешеного животного попала на кожу, в нос, в глаза или рот.

12.4. При укусе ядовитых змей и насекомых появляются головокружение, рвота, тошнота, сухость и горький вкус во рту, учащенный пульс, сердцебиение, одышка и сонливость. В особо тяжелых случаях могут отмечаться судороги, потеря сознания и остановка дыхания. В местах укуса возникает жгучая боль, кожа краснеет, отекает.

12.5. Помощь при укусах заключается в следующем: пострадавшего необходимо уложить. Ограничить подвижность пострадавшей конечности. При укусе ноги прибинтовать ее к другой ноге. При укусе руки — зафиксировать ее в согнутом положении. Пострадавшему следует дать большое количество питья (лучше горячего чая).

12.6. Ни в коем случае нельзя прижигать место укуса, делать разрезы, перетягивать пораженную 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 лежа.

12.7. При остановке сердца и дыхания приступить к сердечно-легочной реанимации.

13. Судорожный приступ, потеря сознания

13.1. Судороги – это опасное для жизни состояние, возникающее при многих заболеваниях. Например, при эпилепсии, на фоне алкогольной интоксикации, травмах головы, опухолях головного мозга, инфекциях, заболеваниях сердца, инсульте и многих

других болезнях. Предотвратить приближающийся приступ судорог невозможно, часто не только окружающие, но и сам пациент не знает, когда у него случится припадок. Опасность судорог заключается в том, что они возникают внезапно, в любом месте и в любое время.

13.2. В зависимости от причины, приступ судорог может протекать по-разному. Так, при эпилепсии приступ начинается с потери сознания и внезапного падения. В начале судорожного припадка пострадавший часто прикусывает язык, в результате чего изо рта может выделяться розовая пена. Дыхание становится шумным, неритмичным, лицо часто приобретает багрово-синюшный цвет, мышцы непроизвольно сокращаются и расслабляются, возможно непроизвольное мочеиспускание и дефекация. Через некоторое время судороги заканчиваются, и пострадавший засыпает примерно на 15-20 минут, дыхание становится ровным, нормализуется цвет лица. После пробуждения пациент не помнит о судорогах, некоторое время не понимает, где он находится, не помнит, как его зовут.

13.3. При оказании помощи важно сохранять спокойствие и не паниковать. Во-первых, необходимо засечь время начала судорог – это поможет медикам в постановке диагноза и оказании помощи. Во-вторых, вызвать скорую медицинскую помощь. Не следует перемещать пострадавшего, за исключением случаев крайней необходимости (например, если судороги начались в воде, на проезжей части и т. п.). Уберите от пациента предметы, о которые он может пораниться, и защитите голову от ударов во время судорог, например, подложите под голову мягкую сумку или одежду. Если изо рта выделяется много слюны или пены, можно повернуть пострадавшего на бок.

13.4. Запомните, никаких дополнительных действий во время судорог предпринимать не нужно. Ни в коем случае не следует пытаться разжать зубы и засовывать в рот твердые предметы – это может быть очень опасно и ухудшит состояние пострадавшего.

13.5. После окончания судорог необходимо зафиксировать время их окончания, и повернуть пострадавшего на бок. Не пытайтесь разбудить пострадавшего, не тормошите его. Во время судорожного припадка организм испытал чрезвычайную нагрузку, и ему необходимо время на восстановление. Находитесь с пострадавшим до приезда медиков.

14. Переноска и перевозка пострадавшего

14.1. Следует помнить, что экстренное извлечение пострадавших из автомобиля или другого труднодоступного места выполняется только при наличии угрозы для его жизни и здоровья и невозможности оказания ПП в тех условиях, в которых находится пострадавший. Во всех остальных случаях следует дожидаться приезда скорой медицинской помощи и других спецслужб.

14.2. Если пострадавший находится в сознании, его экстренное извлечение производится так: руки участника оказания первой помощи проводятся под подмышками пострадавшего, фиксируют его предплечье, после чего пострадавший извлекается наружу.



Рис. 23. Экстренное извлечение пострадавшего

14.3. Если без сознания или с подозрением на травму шейного отдела

позвоночника, необходимо фиксировать ему голову и шею. При этом одна из рук участника оказания первой помощи фиксирует за нижнюю челюсть голову пострадавшего, а вторая держит его противоположное предплечье. После извлечения следует переместить пострадавшего на безопасное расстояние.



Рис. 24. Экстренное извлечение пострадавшего при травме шейного отдела позвоночника

14.4. Перемещать пострадавшего до транспорта или в безопасное место можно различными способами, зависящими от характера травм и состояния пострадавшего, количества участников перемещения и их физических возможностей.

14.5. Перемещение пострадавшего:

- в одиночку с поддержкой - для перемещения легко пострадавших, в сознании;
- в одиночку волоком пострадавших, имеющих значительный вес. Нельзя использовать данный метод при травмах нижних конечностей;



Рис. 25. Перемещение пострадавшего волоком

- в одиночку на спине, для переноски имеющих небольшой вес. Нельзя для находящихся без сознания.



Рис. 26. Перемещение пострадавшего на спине

- на руках лицами, имеющими достаточную для применения этого способа физическую силу. Этим способом возможна переноска пострадавших, находящихся без сознания. Нельзя переносить так пострадавших с подозрением на травму позвоночника.



Рис. 27. Перемещение пострадавшего на руках

–в одиночку на плече. При переноске таким способом следует придерживать пострадавшего за руку. Этот способ не применяется при переноске пострадавших с травмами груди, живота и позвоночника.



Рис. 28. Перемещение пострадавшего в одиночку на плече

–вдвоем на замке из четырех рук. 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.

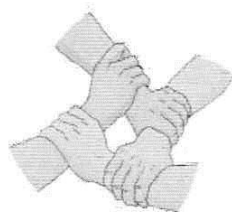


Рис. 29. Перемещение пострадавшего вдвоем на замке из четырех рук

–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. На эту руку пострадавший может опираться при переноске. Таким образом осуществляется переноска пострадавших, у которых есть риск потери сознания или пострадавших, которые не могут удержаться на замке из четырех рук.



Рис. 30. Перемещение пострадавшего вдвоем на замке из трех рук с поддержкой под спину

— вдвоем за руки и ноги. Один держит пострадавшего за предплечье одной руки, просунув руки подмышки, а другой — под колени.



Рис. 31. Перемещение пострадавшего вдвоем за руки и ноги

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

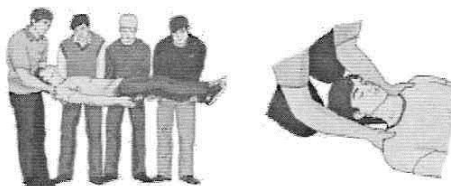


Рис. 32. Перемещение пострадавшего с подозрением на травму позвоночника

Переносить пострадавшего нужно головой вверх. Идущий впереди внимательно смотрит под ноги и сообщает идущему сзади о всех препятствиях. Участники должны двигаться не в ногу. Идущий сзади следит за состоянием пострадавшего и при необходимости дает команду «СТОП! ПОТЕРЯ СОЗНАНИЯ!»

Главный специалист по охране труда

О.А. Попова

СОГЛАСОВАНО:

Председатель профсоюзного комитета

Е.В. Кузнецова