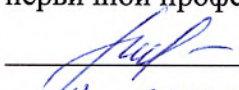


НИУ ВШЭ-Санкт-Петербург

СОГЛАСОВАНО

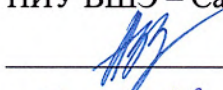
Председатель выборного органа
первичной профсоюзной организации

 Е.В. Черкашина
« 04 » июня 20 25 г.

УТВЕРЖДАЮ

Директор

НИУ ВШЭ – Санкт-Петербург

 А.Ю. Тышечкая
« 02 » июля 20 25 г.

ИНСТРУКЦИЯ
ПО ОКАЗАНИЮ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ
И-46-2025

г. Санкт-Петербург
2025 г.

1. Общие положения

1.1. Инструкция по оказанию первой помощи пострадавшим НИУ ВШЭ - Санкт-Петербург (далее – Инструкция) разработана в соответствии с требованиями Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», приказа Минздрава России от 03.05.2024 № 220н «Об утверждении Порядка оказания первой помощи», приказа Минздрава России от 24.05.2024 № 262н «Об утверждении требований к комплектации аптечки для оказания работниками первой помощи пострадавшим с применением медицинских изделий».

1.2. Инструкция предназначена для изучения методов и приемов оказания первой помощи пострадавшим при несчастных случаях. Инструкцией следует руководствоваться при проведении инструктажей и обучения по направлению охраны труда в НИУ ВШЭ – Санкт-Петербург.

1.3. 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. Цель ее состоит в устранении явлений, угрожающих жизни, а также – в предупреждении дальнейших повреждений и возможных осложнений.

1.4. 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.

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

1.6. Перед началом мероприятий первой помощи необходимо спросить разрешение на их проведение у пострадавшего. Оказание первой помощи допускается, если отсутствует выраженный до начала оказания первой помощи отказ пострадавшего или его законного представителя от оказания первой помощи.

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

1.8. При оказании первой помощи необходимо использовать аптечки для оказания первой помощи (приложение). Также допускается пользоваться подручными средствами.

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

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

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

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

1.11. Перечень состояний, при которых оказывается первая помощь:

- 1.11.1. отсутствие сознания;
- 1.11.2. остановка дыхания и (или) остановка кровообращения;
- 1.11.3. нарушение проходимости дыхательных путей инородным телом и иные угрожающие жизни и здоровью нарушения дыхания;
- 1.11.4. наружные кровотечения;
- 1.11.5. травмы, ранения и поражения, вызванные механическими, химическими, электрическими, термическими поражающими факторами, воздействием излучения;
- 1.11.6. отравления;
- 1.11.7. укусы или ужаления ядовитых животных;
- 1.11.8. судорожный приступ, сопровождающийся потерей сознания;
- 1.11.9. острые психологические реакции на стресс.
- 1.12. Оказывающий первую помощь должен знать:
 - 1.12.1. основы работы в экстремальных условиях;
 - 1.12.2. основные признаки нарушений жизненно важных функций организма человека;
 - 1.12.3. правила, методы, приемы оказания первой помощи применительно к особенностям конкретного несчастного случая, конкретного человека;
 - 1.12.4. основные способы транспортировки и эвакуации пострадавших.

2. Алгоритм оказания первой помощи

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

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

2.2.1. определение факторов, представляющих непосредственную угрозу для собственной жизни и здоровья, жизни и здоровья пострадавшего и окружающих лиц;

2.2.2. устранение факторов, представляющих непосредственную угрозу для жизни и здоровья пострадавшего, а также участников оказания первой помощи и окружающих лиц, в том числе предотвращение дополнительного травмирования пострадавшего;

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

2.2.4. оценка количества пострадавших;

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

2.2.6. устранение воздействия повреждающих факторов на пострадавшего;

2.2.7. извлечение пострадавшего из транспортного средства или других труднодоступных мест;

2.2.8. обеспечение проходимости дыхательных путей при их закупорке инородным телом;

2.2.9. перемещение пострадавшего в безопасное место.

2.3. Проведение обзорного осмотра пострадавшего для выявления продолжающегося наружного кровотечения. При необходимости осуществление мероприятий по временной остановке наружного кровотечения одним или несколькими способами:

2.3.1. прямым давлением на рану;

2.3.2. 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;

2.3.3. если кровотечение остановлено прямым давлением на рану – наложение давящей повязки;

2.3.4. 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:

2.4.1. определение наличия сознания;

2.4.2. при наличии сознания – проведение подробного осмотра и опроса пострадавшего в соответствии с пунктом 2.6;

2.4.3. при отсутствии сознания – восстановление проходимости дыхательных путей посредством запрокидывания головы с подъемом подбородка;

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

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

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

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

2.5.1.2. проведение сердечно-легочной реанимации на твердой ровной поверхности;

2.5.1.3. использование автоматического наружного дефибриллятора (при наличии);

2.5.1.4. при появлении у пострадавшего признаков жизни – выполнение мероприятий по поддержанию проходимости дыхательных путей в соответствии с подпунктом 2.5.2-2.5.2.3 пункта 2.5;

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

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

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

2.5.2.3. вызов скорой медицинской помощи (если вызов скорой медицинской помощи не был осуществлен 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:

2.6.1. опрос пострадавшего;

2.6.2. проведение осмотра головы;

2.6.3. проведение осмотра шеи;

- 2.6.4. проведение осмотра груди;
- 2.6.5. проведение осмотра спины;
- 2.6.6. проведение осмотра живота и таза;
- 2.6.7. 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:

2.7.1. при ранении грудной клетки – наложение окклюзионной (герметизирующей) повязки;

2.7.2. при отравлении через рот – промывание желудка путем приема воды и вызывания рвоты;

2.7.3. при травмах, воздействиях излучения, высоких температур, химических веществ, укусах или ужаливаниях ядовитых животных – охлаждение;

2.7.4. при эффектах воздействия низких температур – проведение термоизоляции и согревания;

2.7.5. при травмах различных областей тела – наложение повязок;

2.7.6. 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;

2.7.7. 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.

2.10. Вызов скорой медицинской помощи (если вызов скорой медицинской помощи не был осуществлен 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. Правила личной безопасности и обеспечение безопасных условий для оказания первой помощи

3.1. Перед началом действий на месте происшествия следует обеспечить безопасные условия для оказания первой помощи. Для этого необходимо оценить ситуацию и определить:

- 3.1.1. что произошло;
- 3.1.2. что явилось причиной происшествия;
- 3.1.3. количество пострадавших;

3.1.4. сохраняется ли опасность для вас и пострадавшего (например, интенсивное дорожное движение, отравляющие вещества, электричество, агрессивно настроенные люди и т.д.);

3.1.5. можно ли кого-нибудь привлечь для оказания помощи;

3.1.6. следует ли вызывать скорую помощь и как это сделать.

3.2. Если в ходе оценки ситуации установлено, что имеется опасность для вас и для пострадавшего, необходимо обеспечить безопасность на месте происшествия:

3.2.1. устранить источники опасности, 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 и т.д.;

3.2.2. если устранить источники опасности самому не представляется возможным, позвать кого-либо на помощь;

3.2.3. если устранить опасность нельзя, необходимо переместить пострадавшего в безопасное место. Делать это нужно крайне осторожно;

3.2.4. не следует пытаться оказывать первую помощь в неблагоприятных условиях. В этом случае следует обратиться к соответствующим службам (например, к сотрудникам аварийно-спасательных служб, полиции и т.д.).

3.3. Не рискуйте собой – иначе вы не сможете оказать помощь пострадавшему.

3.4. При оказании первой помощи и во избежание рисков инфекционного заражения необходимо применять средства индивидуальной защиты – медицинские перчатки (для защиты рук) и защитные устройства для проведения искусственного дыхания «рот-устройство-рот», находящиеся в аптечках первой помощи. Также в состав аптечки для оказания первой помощи работникам входят медицинские трехслойные маски из нетканого материала, которые применяются для снижения риска инфицирования человека, оказывающего первую помощь.

3.5. 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 для оказания первой помощи) необходимо обработать кожу с их помощью. После проведения искусственного дыхания рекомендуется прополоскать рот.

3.6. Одним из вариантов обеспечения безопасных условий для оказания первой помощи является экстренное извлечение пострадавшего из автомобиля или труднодоступного места и перемещение его в безопасное место (удаление из опасной зоны).

3.7. 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 первой помощи в тех условиях, в которых находится пострадавший. Во всех остальных случаях следует дожидаться приезда скорой медицинской помощи и других спецслужб.

4. Обзорный осмотр пострадавшего и временная остановка наружного кровотечения

4.1. Обзорный осмотр осуществляется достаточно быстро, в течение 2-3 секунд. Цель осмотра – обнаружить явные признаки наружного кровотечения (прежде всего, артериального).

4.2. Признаками артериального кровотечения могут быть пульсирующая струя крови, быстро расплывающаяся лужа крови алого цвета, быстро пропитываемая кровью одежда пострадавшего.

4.3. Венозное кровотечение представляет собой струю темного (темно-вишневого) цвета, разной интенсивности. Капиллярное кровотечение выглядит как незначительное выделение крови из раны. Смешанное кровотечение наблюдается при глубоких обширных ранениях или ампутациях конечностей, оно выглядит как сочетание артериального и венозного кровотечения.

4.4. При обнаружении признаков кровотечения следует постараться остановить его доступными приемами:

4.4.1. прямое давление на рану (в перчатках или через ткань);

4.4.2. в случае, если прямое давление на рану невозможно, опасно или будет явно неэффективно (инородное тело в ране, открытый перелом с выступающими в рану костными отломками), накладывается давящая повязка (в том числе с фиксацией инородного тела) и (или) кровоостанавливающий жгут;

4.4.3. если кровотечение остановлено прямым давлением на рану – наложение давящей повязки. Если давящая повязка неэффективна, следует наложить жгут;

4.4.4. при обширном повреждении конечности, отрыве конечности, следует немедленно наложить кровоостанавливающий жгут. Давящая повязка с целью остановки кровотечения не используется.

4.5. 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. 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).

4.6. Для наложения давящей повязки на рану следует 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.

4.7. 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. 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):

4.7.1. 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;

4.7.2. 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;

4.7.3. 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;

4.7.4. 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;

4.7.5. 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.

4.8. Наложение кровоостанавливающего жгута может применяться для более продолжительной временной остановки артериального кровотечения. Правила наложения:

4.8.1. на конечность накладывается тканевая прокладка, жгут подводится под конечность и растягивается. Далее растянутый жгут оборачивается вокруг конечности, после чего накладываются последующие туры;

4.8.2. по окончании наложения жгута он фиксируется имеющимися на нем креплениями. Под жгут подкладывается записка с указанием времени наложения, конечность пострадавшего иммобилизуется;

4.8.3. для остановки артериального кровотечения может использоваться жгут с дозированной компрессией;

4.8.4. для наложения жгут заводят на поврежденную конечность, концы ленты растягиваются в стороны и автоматически фиксируются пряжкой;

4.8.5. на резиновой вставке жгута имеются прямоугольники с надписью «Бедро» и «Плечо». При растяжении вставки они превращаются в квадраты. Превращение прямоугольника в квадрат на соответствующей конечности свидетельствует о достижении необходимого для остановки артериального кровотечения усилия давления.

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

4.9.1. жгут следует накладывать только при артериальном кровотечении при ранении плеча и бедра;

4.9.2. 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;

4.9.3. жгут на голое тело накладывать нельзя, только поверх одежды или тканевой (бинтовой) прокладки;

4.9.4. перед наложением жгут следует завести за конечность и растянуть;

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

4.9.6. жгут не должен быть закрыт повязкой или одеждой, т.е. должен быть на виду;

4.9.7. 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;

4.9.8. максимальное время нахождения жгута на конечности не должно превышать 60 минут в теплое время года и 30 минут в холодное;

4.9.9. после наложения жгута конечность следует иммобилизовать (обездвижить) и термоизолировать (укутать) доступными способами;

4.9.10. если максимальное время наложения жгута истекло, а медицинская помощь недоступна, следует сделать следующее:

4.9.10.1. осуществить пальцевое прижатие артерии выше жгута;

4.9.10.2. снять жгут на 15 минут;

4.9.10.3. по возможности выполнить легкий массаж конечности, на которую был наложен жгут;

4.9.10.4. наложить жгут чуть выше предыдущего места наложения и указать на той же записке новое время;

4.9.10.5. максимальное время повторного наложения – 15 минут;

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

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

4.9.13. 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;

4.9.14. при отсутствии под рукой жгута перетянуть конечность можно закруткой, сделанной из нерастягивающегося материала: галстука, пояса, скрученного платка, ремня, тесьмы и т. п.;

4.10. 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. При кровотечении из носа, 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.

4.11. При кровотечении из рта (кровоавой рвоте) пострадавшего следует немедленно вызвать скорую медицинскую помощь, далее уложить, повернув голову набок.

4.12. Кровотечения из внутренних органов представляют большую опасность для жизни. Внутреннее кровотечение распознается по резкой бледности лица, слабости, очень частому пульсу, одышке, головокружению, сильной жажде и обморочному состоянию. В этих случаях необходимо срочно вызвать врача, а до его прихода создать пострадавшему полный покой. При подозрении на ранение органов брюшной полости нельзя давать пострадавшему пить. На место травмы положить холод (резиновый пузырь со льдом, снегом или холодной водой, холодные примочки и т. п.).

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

5.1. Для того, чтобы определиться с необходимыми действиями по оказанию первой помощи, следует выяснить, имеются ли у пострадавшего признаки жизни. К основным и наиболее просто определяемым признакам жизни относятся сознание и дыхание. Они проверяются в ходе выполнения алгоритма сердечно-легочной реанимации.

5.2. Алгоритм проведения сердечно-легочной реанимации:

5.2.1. оценка обстановки и устранение угрожающих факторов;

5.2.2. проверка сознания;

5.2.3. проверка дыхания;

5.2.4. вызов скорой медицинской помощи по номерам 103 или 112;

5.2.5. проведение сердечно-легочной реанимации (30 надавливаний с частотой 100–120 в минуту чередуются с 2 вдохами);

5.2.6. поддержание проходимости дыхательных путей при проявлении признаков жизни (устойчивое боковое положение).

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

5.3.1. для проверки сознания участник оказания первой помощи пытается вступить с пострадавшим в словесный и тактильный контакт, проверяя его реакцию на это: необходимо аккуратно потормошить пострадавшего за плечи и громко спросить: «Что с Вами? Нужна ли Вам помощь?». При наличии сознания – переходим к подробному осмотру и опросу. При отсутствии сознания необходимо восстановить проходимость дыхательных путей: одну руку положить на лоб пострадавшего, двумя пальцами другой взять за подбородок и запрокинуть голову;

5.3.2. для проверки дыхания используются осязание, слух и зрение. Следует наклониться щекой и ухом ко рту и носу пострадавшего и в течение 10 секунд 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 из рта и носа не будет ощущаться щекой.

5.4. 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 указание. Указания следует давать кратко, понятно, информативно: «Человек не дышит. Вызывайте «скорую». Сообщите мне, что вызвали».

5.5. При отсутствии возможности привлечения помощника, скорую медицинскую помощь следует вызвать самостоятельно (например, используя функцию громкой связи в телефоне).

5.6. Одновременно с вызовом скорой медицинской помощи необходимо приступить к сердечно-легочной реанимации. Для этого расположить пострадавшего на спине на твердой ровной поверхности.

5.6.1. проведение сердечно-легочной реанимации начинается с надавливаний руками на грудину пострадавшего (компрессий грудной клетки). Для этого необходимо найти середину грудной клетки пострадавшего и расположить на ней основание одной из ладоней работника;

5.6.2. 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;

5.6.3. надавливания на грудную клетку производятся в переднезаднем направлении перпендикулярно плоскости тела пострадавшего на глубину 5-6 см с частотой 100–120 надавливаний в минуту. Давление на грудную клетку осуществляется не силой рук, а переносом тяжести тела человека, оказывающего первую помощь. 30 надавливаний на грудину чередуются с двумя вдохами искусственного дыхания методом «Рот-ко-рту»;

5.6.4. для этого следует снова восстановить проходимость дыхательных путей (запрокинуть голову и поднять подбородок). Чтобы обеспечить герметичность дыхательных путей необходимо зажать нос пострадавшего двумя пальцами руки работника, находящейся на лбу;

5.6.5. 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;

5.6.6. ориентиром достаточного объема вдуваемого воздуха и эффективного вдоха искусственного дыхания является начало подъема грудной клетки, определяемое участником оказания первой помощи визуально;

5.6.7. после этого, продолжая поддерживать проходимость дыхательных путей, необходимо дать пострадавшему совершить пассивный выдох, после чего повторить вдох искусственного дыхания вышеописанным образом.

5.7. 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.

5.8. При выполнении вдохов искусственного дыхания 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.

5.9. Показания к прекращению сердечно-легочной реанимации:

5.9.1. появление у пострадавшего явных признаков жизни;

5.9.2. прибытие бригады скорой медицинской помощи;

5.9.3. невозможность продолжения сердечно-легочной реанимации ввиду физической усталости. При возможности необходимо привлечь помощника к осуществлению сердечно-легочной реанимации. Смена ее участников должна происходить примерно каждые 2 минуты, или спустя 5-6 циклов надавливаний и вдохов.

5.10. Сердечно-легочная реанимация не осуществляется, если у пострадавших имеются явные признаки нежизнеспособности (разложение или травма, несовместимая с жизнью).

5.11. В случае появления признаков жизни необходимо обеспечить поддержание проходимости дыхательных путей, в том числе приданием устойчивого бокового положения. Для придания устойчивого бокового положения необходимо выполнить следующую последовательность действий:

5.11.1. расположить ближнюю руку пострадавшего под прямым углом к его телу;

5.11.2. вторую руку следует приложить тыльной стороной к щеке пострадавшего. При этом следует придерживать его руку своей рукой, поскольку у человека, находящегося без сознания, мышцы тела расслаблены, и его рука не будет самостоятельно сохранять приданное ей положение;

5.11.3. 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;

5.11.4. при надавливании на колено, как на рычаг, туловище и голова пострадавшего поворачиваются набок. После этого необходимо слегка запрокинуть голову пострадавшего и проконтролировать положение ноги, оказавшейся вверх (она должна быть согнута и подтянута к животу пострадавшего);

5.12. Пострадавших, находящихся в бессознательном состоянии и имеющих явные признаки тяжелых травм (переломов костей, подозрения на травму позвоночника), следует поворачивать набок крайне осторожно, только при угрозе вдыхания слюны, крови и содержимого желудка. При этом необходимо фиксировать поврежденные конечности, голову и позвоночник (включая его шейный отдел).

5.13. Состояние пострадавшего необходимо контролировать 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

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.

Признаки	Тяжесть состояния
----------	-------------------

	Частичное нарушение проходимости	Полное нарушение проходимости
Реакция на вопросы	Отвечает на вопрос «Вы поперхнулись?» словами	Не может говорить, может кивать
Другие признаки	Может кашлять, дышать	Не может дышать или дыхание явно затруднено (шумное, хриплое), может хватать себя за горло

6.2. При частичном нарушении проходимости следует предложить пострадавшему покашлять. Других мероприятий первой помощи не требуется.

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

6.3.1. встать сбоку и немного сзади пострадавшего;

6.3.2. 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;

6.3.3. нанести 5 резких ударов основанием своей ладони между лопатками пострадавшего;

6.3.4. проверять после каждого удара, не удалось ли устранить нарушение проходимости.

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

6.4.1. встать позади пострадавшего и обхватить его обеими руками на уровне верхней части живота;

6.4.2. сжать кулак одной из рук и поместить его над пупком большим пальцем к себе;

6.4.3. обхватить кулак другой рукой и, слегка наклонив пострадавшего вперед, резко надавить на его живот в направлении внутрь и кверху;

6.4.4. при необходимости надавливания повторить до 5 раз.

6.5. Если удалить инородное тело не удалось, необходимо продолжать попытки его удаления, перемежая удары по спине с давлением на живот по 5 раз. Если пострадавший потерял сознание – необходимо начать сердечно-легочную реанимацию в объеме надавливаний на грудину и искусственного дыхания. При этом следует следить за возможным появлением инородного тела во рту для того, чтобы своевременно удалить его.

6.6. В случае, если инородное тело оказалось в дыхательных путях тучного человека или беременной, оказание первой помощи начинается также, как и в предыдущем случае, с ударов между лопатками.

6.7. Особенностью оказания первой помощи при инородных телах верхних дыхательных путей у тучных или беременных является то, что у них не осуществляется давление на живот. Вместо него проводятся толчки в нижнюю часть груди.

7. Подробный осмотр пострадавшего. Оказание первой помощи при травмах различных областей тела

7.1. Подробный осмотр производится для выявления травм различных областей тела. 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.

7.2. Подробный осмотр производится в определенной последовательности: осмотр головы; осмотр шеи; осмотр груди и спины; осмотр живота; осмотр рук; осмотр ног.

7.3. Вначале осматривается и аккуратно ощупывается голова:

7.3.1. травмы головы – одни из наиболее опасных. 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;

7.3.2. остановка кровотечения при ранении головы возможна путем прямого давления на рану. При этом давление осуществляется для прижатия поврежденных сосудов к костям черепа. Нельзя применять этот способ при открытых черепно-мозговых травмах;

7.3.3. при нахождении в ране инородного предмета нужно зафиксировать его, обложив салфетками или бинтами, и наложить повязку. Извлекать инородный предмет запрещено;

7.3.4. 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.

7.4. Шея пострадавшего осматривается для выявления возможных деформаций, костных выступов, болезненных мест. Осматривать следует крайне осторожно и аккуратно:

7.4.1. одной из наиболее опасных травм шеи является повреждение шейного отдела позвоночника. При такой травме пострадавший может быть в сознании, но полностью или частично обездвижен. При оказании первой помощи следует помнить, что смещение поврежденных шейных позвонков может привести к тяжелым последствиям, вплоть до остановки дыхания и кровообращения. Поэтому важным является фиксация шейного отдела позвоночника с помощью специальных приспособлений (шейный воротник-шина). В качестве подручных средств для фиксации шейного отдела позвоночника можно также использовать элементы одежды (куртка, свитер), которые оборачиваются вокруг шеи, предотвращая сдавление мягких тканей и органов шеи так, чтобы края импровизированного воротника туго подпирали голову;

7.4.2. при наличии табельных устройств для фиксации шейного отдела позвоночника (шейные воротники-шины) необходимо использовать их в соответствии с инструкциями по применению. Подобные устройства накладываются вдвоем: работник, оказывающий помощь, удерживает голову пострадавшего своими кистями, расположив предплечья в области надплечий. После этого помощник накладывает и закрепляет шейный воротник-шину;

7.4.3. при экстренном извлечении пострадавшего с подозрением на травму шейного отдела позвоночника (ДТП, падение с высоты, ныряние) следует фиксировать его голову рукой за нижнюю челюсть;

7.4.4. в случае, когда пострадавшего с подозрением на травму шейного отдела позвоночника необходимо перенести, следует осуществлять фиксацию его головы и шеи предплечьями.

7.5. 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:

7.5.1. в грудной клетке располагаются жизненно важные органы, крупные сосуды, повреждение которых может быть смертельно опасно. 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. При переломах и ушибах ребер необходимо придать пострадавшему полусидячее положение;

7.5.2. 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. 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;

7.5.3. 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);

7.5.4. 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;

7.5.5. 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.

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

7.6.1. 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;

7.6.2. первая помощь в этом случае будет заключаться в остановке кровотечения (прямым давлением на рану или наложением давящей повязки), использовании местного охлаждения и придании пострадавшему «противошокового положения» (на спине с приподнятыми ногами);

7.6.3. при подозрении на травму костей таза (боли в паховой области, невозможности или выраженной болезненности при движениях ногами, наличии кровоподтеков в области таза) пострадавшему придать положение на спине с валиком под полусогнутыми и разведенными ногами;

7.6.4. запрещено вправлять или туго бинтовать выпавшие внутренние органы, поить и кормить пострадавшего. Выпавшие внутренние органы необходимо закрыть

стерильными салфетками или чистой тканью. При нахождении в ране инородного предмета – зафиксировать его, обложив салфетками или бинтами, и наложить повязку для остановки кровотечения.

7.7. Последними осматриваются конечности, также допускается аккуратное ощупывание указанных областей. При осмотре конечностей следует обратить внимание на их возможную деформацию как один из признаков перелома костей.

7.7.1. наибольшую опасность при травмах конечностей представляет интенсивное кровотечение. Для временной остановки кровотечения применяются все доступные способы: прямое давление на рану, наложение давящей повязки, пальцевое прижатие артерии, максимальное сгибание конечности в суставе, наложение жгута;

7.7.2. выбор способа остановки кровотечения определяется следующими факторами:

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

7.7.2.2. место ранения;

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

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

7.7.2.5. состояние кровотечения (остановилось или не остановилось);

7.7.3. при переломах костей конечностей иммобилизация (обездвиживание) требуется только в случае, когда есть необходимость перемещения или транспортировки пострадавшего попутным или служебным транспортом. При этом возможно проведение иммобилизации шинами, входящими в состав укладки, или выполнение мягкой иммобилизации (свернутой в валик одеждой). В некоторых случаях возможна аутоиммобилизация – например, прибинтовывание травмированной ноги к здоровой;

7.7.4. при переломе костей руки возможна фиксация поврежденной конечности к туловищу. В прочих случаях следует ограничиться приданием поврежденной конечности удобного для пострадавшего положения, приложения холода к месту предполагаемого перелома, вызова и ожидания скорой медицинской помощи. При открытом переломе (когда костные отломки повредили кожные покровы) оказание первой помощи следует начинать с остановки кровотечения.

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

8. Оказание первой помощи при ожогах и отморожениях

8.1. 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).

8.2. Существуют различные классификации степеней ожогов, однако для оказания первой помощи проще разделить ожоги на поверхностные и глубокие:

8.2.1. поверхностный ожог – покраснение и отек кожи в месте воздействия поражающего агента, а также появление пузырей, заполненных прозрачной жидкостью;

8.2.2. глубокий ожог – появление пузырей, заполненных кровянистым содержимым, которые могут быть частично разрушены, кожа может обугливаться и становиться нечувствительной к боли.

8.3. 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.

8.4. 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). При термическом ожоге немедленное охлаждение ослабляет боль, снижает отечность, уменьшает площадь и глубину ожогов. 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. Химическое вещество полностью смывается с кожи, и нейтрализовать его нет необходимости.

8.5. 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.

8.6. При подозрении на наличие ожога верхних дыхательных путей у пострадавшего, который находился в горящем помещении (одышка, кашель, запыленность и ожоги лица, обгоревшие усы и борода), нужно как можно скорее вынести пострадавшего на свежий воздух, придать ему оптимальное положение (полусидя) и вызвать скорую медицинскую помощь (если вызов скорой медицинской помощи не был осуществлен ранее).

8.7. 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 вызвать скорую медицинскую помощь (если вызов скорой медицинской помощи не был осуществлен ранее).

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

8.9. При значительных ожогах кожи, а также при попадании кислоты или щелочи в глаза пострадавшего после оказания первой помощи следует сразу же вызвать скорую медицинскую помощь (если вызов скорой медицинской помощи не был осуществлен ранее).

8.10. 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).

8.11. 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.

8.12. Первая помощь при отморожении – незамедлительно вызвать скорую медицинскую помощь, укрыть поврежденные конечности и участки тела пострадавшего 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.

9. Оказание первой помощи при перегревании и переохлаждении

9.1. 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.

9.2. 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.

9.3. 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.

9.4. 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.

9.5. Переохлаждение – расстройство функций организма в результате понижения температуры тела под действием холода. Как правило, развивается на фоне нарушений терморегуляции, 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.

9.6. 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.

9.7. 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).

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

9.9. 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. Оказание первой помощи при отравлениях

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

10.1.1. 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.;

10.1.2. 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;

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

10.1.4. в результате инъекции. Инъецируемые токсические вещества попадают в организм при укусе или ужалении насекомыми, животными и змеями, а также при введении яда или наркотиков шприцем.

10.2. Основные проявления отравлений:

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

10.2.2. общее болезненное состояние или вид пострадавшего; признаки и симптомы внезапного приступа заболевания;

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

10.2.4. затруднение дыхания, потливость, слюнотечение;

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

10.2.6. странная манера поведения человека, необычный запах изо рта.

10.3. Общие принципы оказания первой помощи при отравлении:

10.3.1. прекратить поступление яда в организм пострадавшего (например, удалить из загазованной зоны);

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

10.3.3. попытаться удалить яд (спровоцировать рвоту, стереть или смыть токсическое вещество с кожи и т.д.);

10.3.4. оценить состояние пострадавшего и оказать первую помощь в зависимости от его тяжести.

10.4. Первая помощь 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.

10.5. Первая помощь 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 надо приступить к проведению сердечно-легочной реанимации в объеме давления руками на грудину пострадавшего и вдохов искусственного дыхания, при этом следует использовать маску с одноклапанным клапаном или устройство для искусственного дыхания.

10.6. Первая помощь при отравлении через кожу – снять загрязненную одежду, удалить яд с поверхности кожи промыванием, при наличии повреждений кожи – наложить повязку.

10.7. 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.

11. Оказание первой помощи при укусах и ужаливании

11.1. При укусе или ужаливании 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 вызвать скорую медицинскую помощь. Следить за состоянием пострадавшего до прибытия скорой медицинской помощи.

11.2. При нарушении дыхания и остановки сердца необходимо делать искусственное дыхание и наружный непрямой массаж сердца (сердечно-легочной реанимации).

11.3. Укусы животных. При всяком укусе, даже если укусившее животное на вид совершенно здорово, необходимо вызвать скорую медицинскую помощь, далее на рану наложить стерильную повязку.

11.4. 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.

11.5. 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).

11.6. 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. Вызвать скорую медицинскую помощь.

11.7. При остановке сердца и дыхания приступить к искусственному дыханию и наружному непрямому массажу сердца (сердечно-легочной реанимации).

12. Оказание первой помощи при судорожном приступе

12.1. 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.

12.2. Во время приступа пострадавшего нельзя переносить, кроме тех случаев, когда ему может угрожать опасность, например, на проезжей части, возле огня, на лестнице или в воде.

12.3. При повышенном слюноотделении и рвоте пострадавшего надо положить на бок или повернуть его голову на бок. Делать это следует мягко, не применяя силу.

12.4. Не пытайтесь ограничивать движения человека.

12.5. Не пытайтесь открыть рот человека, даже если произошло прикусывание языка: это может привести к травме зубов, слизистой полости рта, верхней и нижней челюстей и самого языка. Мнение, что во время судорог западает язык – ошибочно. При судорожном припадке сокращаются все мышцы, в том числе и язык, а напряженный язык не западает. Важно понимать, что прикусывание языка возникает в самом начале приступа. Если пострадавший прикусил язык или щеку, то травма уже произошла. Дальнейшие попытки открыть рот бесполезны и могут привести к травмам слизистой полости рта.

12.6. Нужно подождать, когда закончится приступ, находясь рядом с пострадавшим и внимательно наблюдая за его состоянием, чтобы правильно и полно описать проявления приступа врачу.

12.7. После приступа, как правило, пострадавший чувствует слабость, истощение или засыпает. После окончания судорог необходимо зафиксировать время их окончания, и повернуть пострадавшего на бок, если не получилось сделать это ранее. Не пытайтесь разбудить пострадавшего, не тормозите его. Во время судорожного припадка организм испытал чрезвычайную нагрузку, и ему необходимо время на восстановление. Находитесь с пострадавшим до приезда скорой медицинской помощи.

13. Оказание первой помощи при проявлении острых психологических реакций на стресс

13.1. Люди, оказавшиеся в сложной жизненной ситуации, могут нуждаться в психологической помощи и психологической поддержке. 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.

13.2. Психологическая поддержка может быть направлена:

13.2.1. на другого – помощь человеку, попавшему в беду;

13.2.2. на результат – урегулирование ситуации, предотвращение возникновения сходных реакций у других людей;

13.2.3. на себя – снятие собственной тревоги, связанной с тем как поступить, как вести себя в ситуации, когда другой нуждается в психологической поддержке.

13.3. Знание и понимание того, что происходит с человеком, как ему помочь и как помочь себе способствуют формированию психологической устойчивости. Для оказания психологической поддержки людям необходимо знать следующее:

13.3.1. психическое состояние и поведение человека в экстремальной ситуации отличается от повседневного. Чаще всего отмечается частичная или полная утрата:

13.3.1.1. способности к целенаправленной деятельности (какие действия необходимы в данной ситуации, их планирование);

13.3.1.2. способности к критической оценке окружающего и своего поведения (оценке собственной безопасности, степени угрозы, своих возможностей);

13.3.1.3. 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).

Подобные изменения – одни из самых распространенных последствий, наблюдаемые у тех, кто тем или иным образом оказался вовлечен в экстремальную ситуацию. Это как люди, которые непосредственно пострадали, так и те, кто оказался рядом с ними;

13.3.2. 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:

13.3.2.1. позаботьтесь о собственной безопасности. Реально оцените внешние условия, свое состояние и силы, перед тем как принять решение, что вы готовы помочь;

13.3.2.2. 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;

13.3.2.3. если вы чувствуете, что не готовы оказать человеку помощь, вам страшно, неприятно разговаривать с ним, не делайте этого. В случае если вы чувствуете неуверенность в том, что сможете помочь (либо в том, что вы правильно понимаете, какие конкретно действия необходимо предпринять) обратитесь за помощью к профильным специалистам;

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

13.3.2.5. необходимо внимательно относиться к тому, что и как вы собираетесь сказать:

13.3.2.6. говорить нужно спокойным и уверенным голосом, четкими и короткими фразами, в побудительном наклонении;

13.3.2.7. в речи не должно быть сложно построенных фраз, предложений;

13.3.2.8. следует исключить слова «паника», «катастрофа», «ужас» и т.п.;

13.3.2.9. 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.

13.4. Различают следующие острые стрессовые реакции: плач, истероидную реакцию, агрессивную реакцию, страх, апатию.

13.5. Плач – это та реакция, которая позволяет в сложной кризисной ситуации выразить переполняющие человека эмоции:

13.5.1. признаки:

13.5.1.1. человек уже плачет или готов разрыдаться;

13.5.1.2. подрагивают губы;

13.5.1.3. наблюдается ощущение подавленности.

Нужно дать этой реакции состояться;

13.5.2. помощь при плаче:

13.5.2.1. по возможности не оставляйте пострадавшего одного, необходимо позаботиться о том, чтобы рядом с ним кто-то находился, желательно близкий или знакомый человек;

13.5.2.2. 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, иногда протянутая рука помощи – значит гораздо больше, чем сотни сказанных слов;

13.5.2.3. дайте пострадавшему возможность говорить о своих чувствах;

13.5.2.4. воздержитесь от советов, во многих случаях они могут вызвать негативную реакцию со стороны пострадавшего;

13.5.2.5. 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.

13.6. Истероидная реакция (истерика).

13.6.1. признаки:

13.6.1.1. чрезмерное возбуждение;

13.6.1.2. множество движений, театральные позы;

13.6.1.3. эмоционально насыщенная, быстрая речь;

13.6.1.4. крики, рыдания;

13.6.2. необходимо отметить, что довольно часто в разных источниках можно встретить информацию о том, что истероидная реакция не отражает истинных переживаний человека, а является симуляцией или грубой формой манипуляции, направленной на привлечение к себе внимания окружающих. В связи с этим человек не нуждается в помощи. Подобная точка зрения является некорректной;

13.6.3. помощь при истероидной реакции:

13.6.3.1. если вы чувствуете готовность к оказанию помощи и понимаете, что это безопасно, постарайтесь отвести пострадавшего от зрителей и замкнуть его внимание на себе;

13.6.3.2. если зрителей удалить невозможно, постарайтесь стать самым внимательным слушателем, оказывайте человеку поддержку, слушайте, кивайте, поддакивайте;

13.6.3.3. проявляйте спокойствие и не демонстрируйте пострадавшему сильных эмоций;

13.6.3.4. говорите короткими простыми фразами, уверенным тоном;

13.6.3.5. не потакайте желаниям пострадавшего и не вступайте в активный диалог по поводу его высказываний;

13.6.3.6. 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;

13.6.3.7. после истерики возможен упадок сил, поэтому необходимо предоставить человеку возможность для отдыха, передав его специалистам, либо близким людям.

13.7. Агрессивная реакция.

13.7.1. признаки:

13.7.1.1. возбуждение;

13.7.1.2. раздражение, недовольство, гнев (по любому, даже незначительному поводу);

13.7.1.3. повышенное мышечное напряжение;

13.7.1.4. нанесение окружающим ударов руками или какими-либо предметами;

13.7.1.5. словесные оскорбления, брань;

13.7.2. помощь при агрессивной реакции:

13.7.2.1. четко оцените, насколько безопасно для вас будет оказывать помощь в данной ситуации, и что вы можете сделать для обеспечения большей безопасности;

13.7.2.2. сохраняйте спокойствие, не демонстрируйте сильных эмоций;

13.7.2.3. воздержитесь от эмоциональных реакций даже в том случае, если вы слышите оскорбления и брань, обращенные к вам;

13.7.2.4. говорите с пострадавшим спокойным голосом, постепенно снижая темп и громкость своей речи;

13.7.2.5. демонстрируйте благожелательность, не вступайте с пострадавшим в споры и не противоречьте ему;

13.7.2.6. если вы чувствуете внутреннюю готовность и понимаете, что это необходимо, отойдите с пострадавшим от окружающих и дайте ему возможность выговориться;

13.7.2.7. включите пострадавшего в какую-нибудь деятельность, связанную с физической нагрузкой. В некоторых случаях агрессию можно снизить, объяснив пострадавшему негативный исход подобного поведения. Такой прием действенен, если у пострадавшего нет цели получить выгоду от агрессивного поведения; пострадавшему важно, чтобы подобный негативный исход не произошел; пострадавший понимает, что негативный исход действительно может последовать;

13.7.3. в случае если вы встретили пострадавшего, демонстрирующего агрессивное поведение, необходимо обратиться к нему внимание специалиста правоохранительных органов.

13.8. Страх – это проявление базового инстинкта самосохранения. Он оберегает нас от рискованных, опасных поступков. Переживание чувства страха знакомо каждому человеку.

13.8.1. признаки:

13.8.1.1. напряжение мышц (особенно лицевых);

13.8.1.2. сильное сердцебиение;

13.8.1.3. учащенное поверхностное дыхание;

13.8.1.4. сниженный контроль собственного поведения;

13.8.2. в некоторых случаях страх становится опасным для человека. Это происходит тогда, когда он:

13.8.2.1. не оправдан (переживание страха слишком интенсивно в сравнении с опасностью, по отношению к которой он возник);

13.8.2.2. настолько силен, что лишает человека способности думать и действовать;

Иногда страх может перерасти в панику. Панический страх, ужас может побудить к бегству, вызвать оцепенение, агрессивное поведение. Человек в страхе может вцепиться в какие-либо опасные предметы, забираться в небезопасные места, лишая себя возможности спастись в экстремальной ситуации. 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.

13.8.3. помощь при страхе:

13.8.3.1. необходимо быть рядом с человеком, дать ему ощущение безопасности: страх тяжело переносить в одиночестве;

13.8.3.2. 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);

13.8.3.3. 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);

13.8.3.4. 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 (информационный голод провоцирует усиление страха).

13.9. Апатия.

13.9.1. признаки:

13.9.1.1. непреодолимая усталость, когда любое движение, любое сказанное слово дается с трудом;

13.9.1.2. равнодушие к происходящему;

13.9.1.3. отсутствие, каких бы то ни было, эмоциональных проявлений;

13.9.1.4. заторможенность;

13.9.1.5. снижение темпа речи или полное ее отсутствие;

13.9.2. помощь при апатии:

13.9.2.1. 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);

13.9.2.2. 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;

13.9.2.3. говорите с пострадавшим мягко, медленно, спокойным голосом, постепенно повышая громкость и скорость речи;

13.9.2.4. постепенно задавайте пострадавшему вопросы, на которые он может ответить развернуто;

13.9.2.5. 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.).

13.10. Способы самопомощи в экстремальных ситуациях. 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.

13.10.1. можно попробовать один из универсальных способов:

13.10.1.1. займитесь физическим трудом;

13.10.1.2. дайте волю слезам, поделитесь своими переживаниями с людьми, которым вы можете доверять;

13.10.1.3. 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;

13.10.1.4. чередуйте глубокое и нормальное дыхание до тех пор, пока не почувствуете себя лучше;

13.10.1.5. 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.;

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

13.11. 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.

14. Переноска и перевозка пострадавшего

14.1. В результате любого происшествия может сложиться ситуация, в которой участники происшествия и люди, оказывающие им первую помощь, будут подвергаться риску дополнительного поражения (электрическим током, ядовитыми веществами, профессиональными вредностями и т.д.). Одним из вариантов устранения возможных повреждающих факторов является перемещение пострадавшего в безопасное место (удаление из опасной зоны).

14.2. В то же время, 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 первой помощи в тех условиях, в которых находится пострадавший. Во всех остальных случаях следует дожидаться приезда скорой медицинской помощи и других спецслужб.

14.3. Также транспортировка может быть целесообразна если прибытие бригады скорой медицинской помощи невозможно и принимается решение о доставке пострадавшего попутным или служебным транспортом. При этом следует соблюдать следующие принципы:

14.3.1. пострадавшего при транспортировке следует сопровождать для контроля за его состоянием и оказания необходимой помощи;

14.3.2. предпочтение следует отдавать автотранспорту, в котором с удобством могут расположиться пострадавший и сопровождающие лица, например, микроавтобусы, автобусы, грузовики с кунгом и т.п.;

14.3.3. во время транспортировки желательно, чтобы пострадавший находился в оптимальном для него положении, зависящем от его состояния.

14.4. 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.

14.5. При извлечении пострадавшего, находящегося 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.

14.6. 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:

14.6.1. перемещение пострадавшего в одиночку с поддержкой. Для перемещения легкопострадавших, в сознании;

14.6.2. перемещение на близкое расстояние пострадавших, имеющих значительный вес. Не рекомендуется использовать у пострадавших с травмами нижних конечностей;

14.6.3. переноска пострадавшего в одиночку на спине. Может использоваться для переноски пострадавших, обладающих небольшим весом. Не применяется для переноски пострадавших, находящихся без сознания;

14.6.4.переноска пострадавшего на руках. Используется людьми, имеющими значительную физическую силу. Этим способом возможна переноска бессознательных пострадавших. Не применяется для переноски пострадавших с подозрением на травму позвоночника;

14.6.5.переноска пострадавшего в одиночку на плече. При переноске таким способом следует поддерживать пострадавшего за руку. Этот способ не применяется при переноске пострадавших с травмами груди и живота;

14.6.6. формирование замка из четырех рук. Переноска пострадавшего 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, работники поднимают его и переносят. Пострадавший может придерживаться за плечи работников;

14.6.7. формирование замка из трех рук. Переноска пострадавшего с поддержкой вдвоем на замке из трех рук с поддержкой под спину. При использовании этого способа один из работников не берет руку в замок, а располагает ее на плече у помощника. 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;

14.6.8. переноска пострадавшего вдвоем за руки и ноги. При переноске этим способом, один из работников держит пострадавшего под мышки, а другой – под колени. Движение при этом производится вперед;

14.6.9. переноска пострадавшего с подозрением на травму позвоночника. Необходимо несколько человек, которые под руководством одного из участников оказания первой помощи 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);

14.6.10.переноска пострадавшего на носилках. При переноске на дальние расстояния целесообразно использовать табельные или импровизированные мягкие носилки. При этом один из участников оказания первой помощи обязательно должен руководить процессом перекладывания пострадавшего на носилки и их подъема.

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!».

15. Передача пострадавшего бригаде скорой медицинской помощи, другим службам, сотрудники которых обязаны оказывать первую помощь

15.1. Передача пострадавшего бригаде скорой медицинской помощи и другим службам 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.

Приложение
к Инструкции по оказанию
первой помощи пострадавшим
НИУ ВШЭ - Санкт-Петербург

1. Аптечка для оказания работниками первой помощи пострадавшим с применением медицинских изделий (далее – аптечка) комплектуется следующими медицинскими изделиями:

№ п/п	Код вида номенклатурной классификации медицинских изделий	Наименование вида медицинского изделия в соответствии с номенклатурной классификацией медицинских изделий	Наименование медицинского изделия	Требуемое количество, (не менее)
1.	182450	Маска хирургическая/медицинская, одноразового использования	Маска медицинская нестерильная одноразовая	2 шт.
	367580	Маска лицевая для защиты дыхательных путей, одноразового использования		
2.	122540	Перчатки смотровые/процедурные из латекса гевеи, неопудренные, нестерильные, не антибактериальные	Перчатки медицинские нестерильные, размером не менее М	2 пары
	122560	Перчатки смотровые/процедурные из латекса гевеи, опудренные, нестерильные		
	139350	Перчатки смотровые/процедурные из полихлоропрена, неопудренные, нестерильные		
	139360	Перчатки смотровые/процедурные из полихлоропрена, опудренные, нестерильные		
	185830	Перчатки смотровые/процедурные нитриловые, неопудренные, нестерильные, не антибактериальные		
	185850	Перчатки смотровые/процедурные нитриловые, опудренные, нестерильные		
	205280	Перчатки смотровые/процедурные виниловые, неопудренные, нестерильные		
	205290	Перчатки смотровые/процедурные виниловые, опудренные, нестерильные		
	298450	Перчатки смотровые/процедурные из гваюлового латекса, неопудренные		
	320790	Перчатки смотровые/процедурные нитриловые, неопудренные, антибактериальные		
	321530	Перчатки смотровые/процедурные полиизопреновые, неопудренные, нестерильные		
	349230	Перчатки смотровые/процедурные полиизопреновые, опудренные, нестерильные		
	351490	Перчатки смотровые/процедурные из латекса гевеи, неопудренные, антибактериальные		
3.	327410	Маска для сердечно-легочной реанимации, одноразового использования	Устройство для проведения искусственного дыхания "Рот- Устройство-Рот"	2 шт.
	351540	Загубник/покрытие для сердечно- легочной реанимации		

№ п/п	Код вида номенклатурной классификации медицинских изделий	Наименование вида медицинского изделия в соответствии с номенклатурной классификацией медицинских изделий	Наименование медицинского изделия	Требуемое количество, (не менее)
4.	210370	Жгут кровоостанавливающий на верхнюю/нижнюю конечность, ручной, многоразового использования	Жгут кровоостанавливающий для остановки артериального кровотечения	1 шт.
	210380	Жгут кровоостанавливающий на верхнюю/нижнюю конечность, ручной, одноразового использования		
5.	150130	Рулон марлевый тканый, нестерильный	Бинт марлевый медицинский размером не менее 5 м x 10 см или бинт фиксирующий эластичный нестерильный размером не менее 2 м x 10 см	4 шт.
	150140	Рулон марлевый тканый, стерильный		
	279290	Бинт эластичный, нелатексный, одноразового использования		
	326320	Бинт эластичный, нелатексный, многоразового использования		
6.	150130	Рулон марлевый тканый, нестерильный	Бинт марлевый медицинский размером не менее 7 м x 14 см или бинт фиксирующий эластичный нестерильный размером не менее 2 м x 14 см	4 шт.
	150140	Рулон марлевый тканый, стерильный		
	279290	Бинт эластичный, нелатексный, одноразового использования		
	326320	Бинт эластичный, нелатексный, многоразового использования		
7.	223580	Салфетка марлевая тканая	Салфетки медицинские стерильные размером не менее 16 x 13 см N 10	2 упак.
	302910	Салфетка нетканая		
8.	122900	Лейкопластырь кожный гипоаллергенный	Лейкопластырь фиксирующий рулонный размером не менее 2 x 500 см	1 шт.
	136010	Лейкопластырь кожный для фиксации повязки, несиликоновый		
	141730	Лейкопластырь кожный для фиксации повязки, силиконовый		
	269230	Лейкопластырь кожный водонепроницаемый		
9.	142270	Лейкопластырь для кожных покровов, антибактериальный	Лейкопластырь бактерицидный размером не менее 1,9 x 7,2 см	10 шт.
10.	142270	Лейкопластырь для кожных покровов, антибактериальный	Лейкопластырь бактерицидный размером не менее 4 x 10 см	2 шт.
11.	293880	Одеяло спасательное, многоразового использования	Покрывало спасательное изотермическое размером не менее 160 x 210 см	2 шт.
12.	116910	Ножницы для перевязочного материала, многоразового использования	Ножницы для разрезания перевязочного материала и ткани	1 шт.
	260590	Ножницы хирургические общего назначения, многоразового использования		

2. Аптечка комплектуется следующими изделиями:

№ п/п	Наименование	Требуемое количество, (не менее)
-------	--------------	----------------------------------

1.	Инструкция по оказанию первой помощи с использованием аптечки для оказания работниками первой помощи пострадавшим с применением медицинских изделий	1 шт.
2.	Блокнот формата не менее А7	1 шт.
3.	Маркер черный (синий) или карандаш	1 шт.
4.	Футляр или сумка	1 шт.

ПРИМЕЧАНИЯ:

При комплектации аптечки допускается комплектация:

– одного медицинского изделия из числа включенных соответственно в подпункты 4, 8 и 12 пункта 1.

– комбинации медицинских изделий с учетом требуемого минимального количества из числа включенных соответственно в подпункты 1–3 и 5–7 пункта 1.

По истечении сроков годности медицинские изделия и прочие средства, которыми укомплектована аптечка, подлежат списанию и уничтожению (утилизации) в соответствии с законодательством Российской Федерации.

В случае использования или списания и уничтожения (утилизации) медицинских изделий и прочих средств, предусмотренных настоящими требованиями, аптечку необходимо пополнить.

Не допускается использование медицинских изделий, которыми укомплектована аптечка, в случае нарушения их стерильности.

Не допускается использование, в том числе повторное, медицинских изделий, которыми укомплектована аптечка, загрязненных кровью и (или) другими биологическими жидкостями.

Футляр или сумка аптечки может быть носимым и (или) фиксирующимся на стену.

Аптечки для оказания первой помощи работникам, произведенные (укомплектованные) до дня вступления в силу Приказа Минздрава РФ от 24.05.2024 № 262Н "Об утверждении требований к комплектации аптечки для оказания работниками первой помощи пострадавшим с применением медицинских изделий, могут применяться до истечения срока годности содержащихся в них медицинских изделий, но не позднее 01.09.2027.