

НЧОУ ДПО «УЧЕБНЫЙ ЦЕНТР
«Персонал-Ресурс»»



www.personalkuban.ru



ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ



НЧОУ ДПО «Учебный центр «Персонал-Ресурс»

Лицензия Министерства образования и науки Краснодарского края от 29 августа 2016 г. № 06358

приглашает сотрудников Вашей организации пройти обучение по программам:

- Программа «Обучение по охране труда работников организаций» рассчитана на 40 часов.
По окончании курса выдается удостоверение установленного образца.
- Программа «Охрана труда и техноферная безопасность» рассчитана на 256 часов.
Обучение проходят специалисты служб охраны труда.
По окончании курса выдается диплом установленного образца
- Программа «Обучение мерам пожарной безопасности работников организаций»
По окончании курса выдается удостоверение установленного образца.
- «Обеспечение экологической безопасности руководителями и специалистами
общехозяйственных систем управления» рассчитана на 72 часа.
- «Обеспечение экологической безопасности при работах в области обращения с опасными
отходами» рассчитана на 112 часов.

Обучение проводят квалифицированные специалисты,
имеющие большой опыт практической деятельности

@ 0220540@mail.ru

☎ 8-989-271-07-08, 8 (861) 255-17-94

📍 г. Краснодар, ул. Красная, 111/ул. Калинина, 341

www.personalkuban.ru



НЧОУ ДПО «Учебный центр «Персонал-Ресурс»

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ

Краснодар, 2017

СОДЕРЖАНИЕ

МОДУЛЬ 1.

Введение. Принципы и порядок оказания первой медицинской помощи. 5

МОДУЛЬ 2.

Внезапная остановка сердца.
Искусственное дыхание и наружный массаж сердца. 8

МОДУЛЬ 3.

Первая помощь при кровотечениях. 14

МОДУЛЬ 4.

Первая помощь при получении травм (повреждение мягких тканей, костей, суставов) 20

МОДУЛЬ 5.

Первая помощь при поражении электрическим током и молнией 29

МОДУЛЬ 6.

Первая помощь при тепловом и солнечном ударе. 31

МОДУЛЬ 7.

Первая помощь при ожогах и обморожениях. 34

МОДУЛЬ 8.

Первая помощь при отравлениях. 37

МОДУЛЬ 9.

Первая помощь при утоплении. 41

МОДУЛЬ 10.

Первая помощь при различных вариантах асфиксии (удушении). 43

МОДУЛЬ 11.

Первая помощь при укусах. 45

МОДУЛЬ 12.

Первая помощь при развитии состояний, угрожающих жизни, у лиц с различными заболеваниями. 48

МОДУЛЬ 13.

Транспортировка пострадавших. 54

МОДУЛЬ 14.

Аптечка для оказания первой помощи 56

МОДУЛЬ 1.

ВВЕДЕНИЕ. ПРИНЦИПЫ И ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.

Первая медицинская помощь (ПМП) — это оказание комплекса экстренных медицинских мероприятий, проводимых лицу, с которым произошел несчастный случай, или у которого внезапно возникло тяжелое, угрожающее жизни заболевание, на месте происшествия и в период доставки его в медицинское учреждение.

Виды первой медицинской помощи (ПМП):

1) первая неквалифицированная медицинская помощь — осуществляется немедицинским работником, часто не имеющим необходимых медикаментов и средств;

2) первая доврачебная помощь (первая квалифицированная медицинская помощь) — проводится медицинским работником (фельдшер, медицинская сестра, лаборант, зубной техник и т.д.);

3) первая врачебная помощь — оказывается врачом, имеющим в своём распоряжении необходимое медицинское оборудование, инструментарий и медикаменты.

Юридическая сторона

За свои действия при оказании первой помощи вы несёте ответственность, причем не только моральную, но и уголовную. Оставив человека в опасности и не сообщив о случившемся, вы несёте юридическую ответственность в соответствии со статьёй «Оставление в опасности» гражданского кодекса. При оказании первой помощи пострадавшему следует помнить об этой составляющей своих действий. Собираясь оказать первую помощь человеку, помните о том, что перед этим обязательно нужно набрать 112 и вызвать скорую. Будьте сознательны и не проходите мимо пострадавшего.

- Оказание первой помощи — это Ваше ПРАВО, а не обязанность (исключение составляют медицинские работники, спасатели, пожарные, милиция, для них обязанность)!
 - Человеку без сознания можно оказывать помощь.
 - Если пострадавший отказывается от вашей помощи и, находясь в сознании на вопрос «Могу я вам помочь?» отказывается от помощи, не следует навязывать помощь.
 - В том случае если от пострадавшего исходят угрозы или опасность, то оказывать ему помощь не рекомендуется.
 - Не нужно получать согласие при суицидальных попытках.
 - Нельзя превышать свою квалификацию: нельзя давать (назначать) любые медикаменты, нельзя вправлять вывихи.
 - Статьи «Крайняя необходимость» Уголовного, Административного и Гражданского Кодексов защищают человека, оказавшего первую помощь, даже если пострадавший умер или ему в процессе оказания первой помощи был нанесен неумышленный вред.
-

Принципы и порядок оказания первой медицинской помощи.

При оказании первой помощи следует руководствоваться следующими принципами:

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ

1. правильность и целесообразность
2. быстрота
3. обдуманность, решительность и спокойствие

Порядок оказания первой помощи:



извлечь из воды и т.д.);

1. Прекратить действие поражающих факторов

Убедитесь, что вам и пострадавшему ничто не угрожает. Вынести пострадавшего в безопасную зону. Необходимо устранить воздействия на организм пострадавшего опасных и вредных факторов (освободить его от действия электрического тока, вынести из зараженной атмосферы, потушить горящую одежду,

2. Оценить общее состояние пострадавшего. При возможности опросить его.

При необходимости осуществить вызов скорой медицинской помощи. (тел.: 03, 112, 103)



ПРОВЕРЬТЕ СОЗНАНИЕ— Аккуратно встряхните пострадавшего за плечи. Громко спросите: «Что с вами?»



Определи наличие пульса, самостоятельного дыхания, реакции зрачков на свет.

- Пострадавший реагирует (например, открывает глаза или отвечает) Оставьте пострадавшего в том положении, в котором вы его обнаружили, убедившись, что угрозы нет. Перемещайте пострадавшего только в случае крайней необходимости. Постарайтесь узнать у пострадавшего, что случилось. При необходимости проведите подробный осмотр пострадавшего. Обратитесь за помощью, если это необходимо или если возникают сомнения. Регулярно проверяйте сознание пострадавшего и его дыхание.
- Пострадавший не реагирует. Зовите на помощь. Это необходимо, чтобы не остаться одному при оказании первой помощи.

3. Проверить наличие дыхания. При отсутствии признаков сознания необходимо проверить наличие дыхания и открыть дыхательные пути.



- Склонитесь над пострадавшим, поднесите свое ухо ко рту и носу пострадавшего на расстоянии 8-10 см:
- Посмотрите, поднимается и опускается ли его грудная клетка.
- Слушайте звуки дыхания.
- Ощущайте дыхание своей щекой.
- Смотрите, слушайте и ощущайте в течение 10 секунд, чтобы определить, нормально ли дышит пострадавший

Может показаться, что 10 секунд — это слишком долго, однако, если проверять дыхание менее 10 секунд, это может привести вас к неправильному заключению. В течение первых нескольких минут после остановки кровообращения пострадавший может делать редкие или нерегулярные шумные вдохи. Это агональное дыхание, не путайте его с нормальным дыханием. Если вы не уверены в том, что пострадавший дышит нормально, действуйте так же, как при отсутствии дыхания.

Для поддержания и восстановления дыхания, после освобождения дыхательных путей от инородных тел и слизи, необходимо предпринять следующие техники:

ВОССТАНОВЛЕНИЕ ПРОХОДИМОСТИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ.

Положите пострадавшего на спину и восстановите проходимость его дыхательных путей.

Для восстановления проходимости дыхательных путей необходимо запрокинуть голову пострадавшего и поднять его подбородок. Существует также способ восстановления проходимости дыхательных путей путем выдвижения нижней челюсти.

ТЕХНИКА:

ЗАПРОКИДЫВАНИЕ ГОЛОВЫ И ПОДЪЕМ ПОДБОРОДКА.



1. Положите свою ладонь на лоб пострадавшего и аккуратно запрокиньте его голову назад.
2. Держите большой и указательный пальцы свободными, чтобы зажать нос, если вам придется проводить искусственное дыхание.
3. Поместите кончики указательного и среднего пальцев другой руки под подбородок пострадавшего.
4. Поднимите ему подбородок, чтобы освободить дыхательные пути. Не давите на мягкие ткани под подбородком. Это может привести к затруднению дыхания.

ВЫДВИЖЕНИЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ.

При наличии подозрения на травму позвоночника для восстановления проходимости дыхательных путей вместо запрокидывания головы может быть применено выдвижение нижней челюсти. Однако если вы специально не обучены и у вас нет медицинского образования, не рекомендуется использовать этот метод восстановления проходимости дыхательных путей. Этот прием сложен в исполнении и сам по себе может вызвать движение в позвоночнике. Это может быть небезопасно для пострадавших с травмой. Выполняйте прием запрокидывания головы и подъема подбородка.

4. При отсутствии дыхания, проведение базовой сердечно-легочной реанимации.

Компрессии грудной клетки обеспечивают циркуляцию крови, которая необходима для кровоснабжения таких жизненно важных органов, как сердце, легкие и головной мозг. Кровоснабжение даже в небольшом объеме имеет очень важное значение. Искусственное дыхание обеспечивает насыщение крови кислородом. Во время проведения искусственного дыхания необходимо запрокидывать голову пострадавшего для поддержания проходимости дыхательных путей (см. выше)



Попросите помощника вызвать Скорую медицинскую помощь (103). Если помощника нет, вызовите ее сами. Начинайте с 30 компрессий грудной клетки.

Затем сделайте два искусственных вдоха «рот ко рту».

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ

Продолжайте чередовать 30 компрессий грудной клетки и 2 вдоха «рот ко рту».

Продолжайте реанимацию до тех пор, пока:

- не прибудет Скорая медицинская помощь и не продолжит реанимацию;
- пострадавший не начнет нормально дышать, двигаться, реагировать, открывать глаза;
- вы в состоянии продолжать реанимацию.

5. Поддержание проходимости дыхательных путей: в случае появления у пострадавшего признаков жизни и самостоятельного дыхания придать ему устойчивое боковое положение (пострадавших с подозрением на травму позвоночника следует поворачивать на бок с привлечением как минимум 2 помощников с ручной фиксацией позвоночника).

6. Обзорный осмотр пострадавшего на наличие признаков сильного кровотечения или травм

(голова, шея, грудь, живот, конечности)

7. Придать пострадавшему оптимальное положение тела.

8. Контроль за состоянием пострадавшего, психологическая поддержка.

МОДУЛЬ 2.

ВНЕЗАПНАЯ ОСТАНОВКА СЕРДЦА.

ИСКУССТВЕННОЕ ДЫХАНИЕ И НАРУЖНЫЙ МАССАЖ СЕРДЦА.

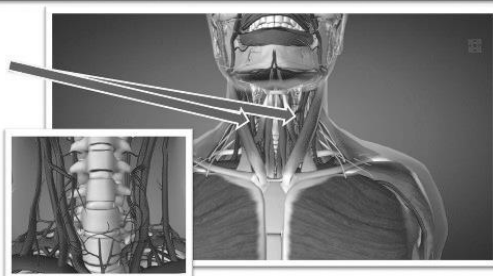
Существует большое количество факторов в нашем беспокойном мире, которые могут привести к смерти человека. Ежедневно из жизни уходит огромное количество людей. Причины смерти могут быть естественными (старость, неизлечимая болезнь) или же насильственными (авария, пожар, утопление, война и др.). Однако на сегодняшний день остается одна причина смерти, которая уносит ежегодно большое количество жизней. Хотя в данном случае смерть можно предотвратить — это остановка сердца, которая нередко наступает внезапно, даже у вполне здоровых людей. Нас учат, как оказывать первую медицинскую помощь, однако, как показывает практика, столкнувшись с такой ситуацией, не каждый может сразу выполнить необходимые меры по спасению человека. Для того, чтобы все сделать правильно, необходимо знать, с чем вы столкнулись в данном случае.

БАЗОВАЯ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНАЯ РЕАНИМАЦИЯ

ПРОВЕРКА ПУЛЬСА

СОННАЯ АРТЕРИЯ

ЛЮБЫЕ СОМНЕНИЯ
ТРАКТУЙТЕ КАК
ОТСУТСТВИЕ ПУЛЬСА



РОССИЙСКИЙ
КРАСНЫЙ КРЕСТ

Признаками остановки сердца являются:

Нет пульса на крупных артериях.

Для того чтобы определить пульс, необходимо приложить средний и указательный палец на сонную артерию и, если пульс не определяется, следует сразу приступить к реанимации.

Отсутствие дыхания.

ПРОВЕРКА ДЫХАНИЯ. «ВИЖУ, СЛЫ-

ШУ, ОЩУЩАЮ»

- Склонитесь над пострадавшим, поднесите свое ухо ко рту и носу пострадавшего на расстояние 8-10 см:
- Посмотрите, поднимается и опускается ли его грудная клетка. Слушайте звуки дыхания.
- Ощущайте дыхание своей щекой.

- Смотрите, слушайте и ощущайте в течение 10 секунд, чтобы определить, нормально ли дышит пострадавший.
- Может показаться, что 10 секунд — это слишком долго, однако, если проверять дыхание менее 10 секунд, это может привести вас к неправильному заключению. В течение первых нескольких минут после остановки кровообращения пострадавший может делать редкие или нерегулярные шумные вдохи. Это агональное дыхание, не путайте его с нормальным дыханием. Если вы не уверены в том, что пострадавший дышит нормально, действуйте так же, как при отсутствии дыхания.
- **Расширенные зрачки, которые не реагируют на свет.** Необходимо посветить в глаза фонариком и, если реакции никакой нет (зрачки не суживаются) — это будет свидетельствовать о прекращении функционирования миокарда.
- **Синий или серый цвет лица.** Если естественный розоватый цвет кожи сменяется — это важный признак, который свидетельствует о нарушении кровообращения.
- **Потеря сознания, которая наступает на 10-20 секунды.** Потеря сознания связана с фибрилляцией желудочков или асистолией. Определяют похлопыванием по лицу или с помощью звуковых эффектов (громкие хлопки, крик).

Если Вы оказались рядом с человеком, у которого случился данный недуг, главное с Вашей стороны — это не медлить. У Вас есть **всего 7 минут**, чтобы остановка сердца прошла для пострадавшего без серьезных последствий. Если вернуть человека удастся на 7-10 минутах, то у больного, скорее всего, будут психические и неврологические нарушения. Запоздалая помощь приведет к глубокой инвалидности пострадавшего, который на всю жизнь останется недееспособным.

Главной задачей при оказании помощи является восстановления дыхания, сердечного ритма и запуска системы кровообращения, так как с кровью в клетки и ткани поступает кислород, без которого невозможно существование жизненно-важных органов, особенно мозга.

Перед тем как оказывать помощь, необходимо убедиться, что человек без сознания. Потормошите пострадавшего, постарайтесь громко окликнуть его. Если ничего не получилось, стоит оказать первую помощь, которая включает в себя несколько основных этапов.

- Первым делом необходимо уложить больного на твердую поверхность и запрокинуть ему голову.
- После этого освободить дыхательные пути от инородных тел и слизи.
- Следующим шагом является искусственная вентиляция легких (изо рта в рот или нос)
- Непрямой (наружный) массаж сердца.

Перед тем, как приступать к непрямому массажу сердца необходимо выполнить «прекардиальный удар» — для этого ладонь одной руки размещают на нижней трети груди и наносят по ней короткий и резкий удар кулаком другой руки. Затем повторно проверяют наличие пульса на сонной артерии и при его отсутствии приступают к проведению **непрямого массажа сердца** и искусственной вентиляции легких. Главное, чтобы удар был не прямо в область сердца, так как это может усугубить положение пострадавшего. Прекардиальный удар помогает сразу реанимировать больного или же увеличивает эффект массажа сердца.

Каждые две-три минуты, необходимо проверять состояние пострадавшего — пульс, дыхание,

зрачки. Как только появилось дыхание, можно прекращать реанимацию, однако если появился только пульс, требуется продолжить искусственную вентиляцию легких. Массаж сердца необходимо делать до тех пор, пока окраска кожи не начнет приобретать нормальный, естественный цвет. Если вернуть к жизни больного не удастся, то прекращать помощь можно только тогда, когда прибыл врач, который и

Прекардиальный удар

Прекардиальным ударом можно заставить сердце заработать так же синхронно, как и прежде.

Цель удара как можно сильнее сотрясти грудную клетку, что станет толчком к запуску остановившегося сердца.

Если удар нанесен в течение первой минуты после остановки сердца, то вероятность оживления превышает 50%.

При нанесении удара в случае наличия пульса на сонной артерии, есть риск спровоцировать остановку сердца.



может дать разрешение о прекращении реанимации.

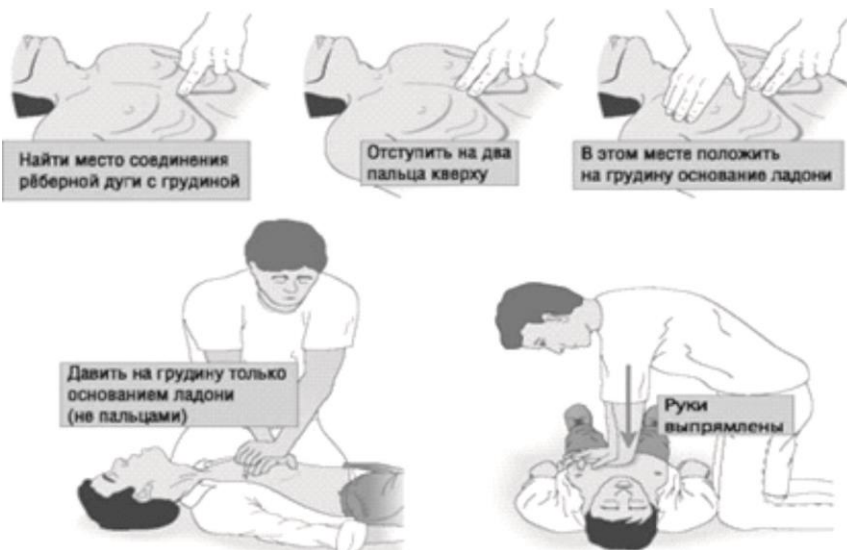
Техника выполнения непрямого массажа сердца



Оказание помощи проводится на ровной, жёсткой поверхности. При компрессиях упор осуществляется на основания ладоней. Руки в локтевых суставах не должны быть согнуты. При компрессии линия плеч реаниматора должна находиться на одной линии с грудиной и параллельно с ней. Расположение рук перпендикулярно груди.

Руки при компрессии могут быть взяты в «замок» или одна на другую «крест-накрест». Во время компрессии при расположении рук «крест-накрест» пальцы должны быть приподняты и не касаться поверхности грудной клетки.

Месторасположение рук при компрессиях — на груди не, на 2 поперечных пальца выше окончания мечевидного отростка.



Прекращать компрессию можно только на время, необходимое для проведения искусственной вентиляции лёгких, и на определение пульса на сонной артерии. Компрессия должна проводиться на глубину не менее 5 см (для взрослых)

Первая компрессия должна быть пробной, для определения эластичности и резистентности грудной клетки. Последующие компрессии производятся с такой же силой. Компрессия должна

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ

производиться с частотой не менее 100 в минуту, по возможности ритмично. Компрессии проводятся в переднезаднем направлении по линии, соединяющей грудину с позвоночником.

При компрессии нельзя отрывать руки от грудины. Компрессия выполняется маятникообразно, плавно, используя тяжесть верхней половины своего тела. Давите резко, давите часто. Смещение основания ладоней относительно грудины недопустимо.

Не допускается нарушение соотношения между компрессиями и принудительными вдохами: соотношение дыхание/компрессия должно быть 2:30, вне зависимости от количества человек, проводящих сердечно-лёгочную реанимацию.

Для немедиков — при нахождении точки компрессии возможно расположение рук по центру грудной клетки, между сосками.

Новорождённым детям непрямой массаж сердца проводят одним пальцем. Грудным детям — двумя пальцами, детям постарше — одной ладонью. Глубина нажатия на 1/3 высоты грудной клетки. (у младенца 1-2 см, у ребенка 2-4 см).

Как выполнять непрямой массаж сердца

1. Младенцу 2. Ребенку 3. Взрослому



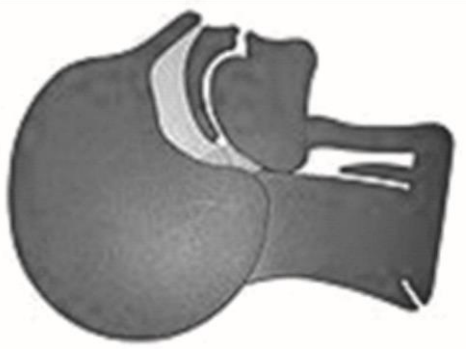
Признаки эффективности:

- **появление пульса** на сонной артерии
- порозовение кожи
- рефлекс зрачков на свет

При восстановлении дыхания и сердечной деятельности пострадавшего, находящегося в бессознательном состоянии, **обязательно укладывают на бок**, чтобы исключить его удушение собственным запавшим языком или рвотными массами. О западении языка часто свидетельствует дыхание, напоминающее храп, и резко затрудненный вдох.

ИСКУССТВЕННАЯ ВЕНТИЛЯЦИЯ ЛЁГКИХ

Существует два способа: «изо рта в рот» и в крайнем случае «изо рта в нос». При способе «изо рта в рот» необходимо освободить рот и нос пострадавшего от всего содержимого. Затем голову пострадавшего запрокидывают так, чтобы между подбородком и шеей образовался тупой угол



закрытые
дыхательные пути



открытые
дыхательные пути

Дыхательные пути на срезе головы. Слева до, справа после запрокидывания головы.

ТЕХНИКА: ИСКУССТВЕННОЕ ДЫХАНИЕ «РОТ КО РТУ».

1. Откройте дыхательные пути пострадавшего: положите ладонь одной своей руки на лоб пострадавшего, аккуратно запрокиньте его голову, а указательным и средним пальцами другой руки поднимите его подбородок.
2. Зажмите нос пострадавшего большим и указательным пальцами своей руки, находящейся на лбу.
3. Продолжайте поддерживать подбородок пострадавшего двумя пальцами своей руки, оставляя рот немного открытым.
4. Сделайте свой обычный вдох, плотно обхватите своим ртом рот пострадавшего. Убедитесь в том, что воздух, который вы выдыхаете, не проходит мимо рта пострадавшего.
5. Плавно вдуйте воздух в рот пострадавшего в течение 1 секунды. Следите за тем, чтобы поднималась его грудная клетка.
6. Дайте воздуху выйти, удерживая голову пострадавшего запрокинутой и подбородок поднятым вверх. Следите за тем, как опускается его грудная клетка.
7. Сделайте еще один свой обычный вдох и повторите искусственный вдох «рот ко рту».
8. Время, затраченное на проведение двух искусственных вдохов не должно быть более 5 секунд.

Если искусственное дыхание «рот ко рту» затруднительно, альтернативой может быть искусственное дыхание «рот к носу».

Важно не допустить раздувания желудка, которое возможно при чрезмерном запрокидывании шеи. Критерием эффективности ИВЛ является экскурсии грудной клетки (поднятие и опускание грудной клетки).

ТЕХНИКА: ИСКУССТВЕННОЕ ДЫХАНИЕ «РОТ К НОСУ».

1. Для проведения искусственного дыхания «рот к носу» плотно обхватите своими губами нос пострадавшего и закройте его рот рукой, продолжая удерживать его подбородок поднятым.
2. Ладонью другой руки удерживайте голову пострадавшего в разогнутом состоянии.
3. Плавно сделайте искусственный вдох.

4. Дайте воздуху выйти, удерживая голову пострадавшего запрокинутой и подбородок поднятым вверх. Следите за тем, как опускается грудная клетка.
5. Сделайте второй искусственный вдох.

ТЕХНИКА: ПРОВЕРКА ПОЛОСТИ РТА.

Если после первого искусственного вдоха у пострадавшего не поднялась грудная клетка, до начала второго вдоха выполните следующие шаги:

1. Проверьте, нет ли инородных предметов во рту пострадавшего.
2. Уберите все видимые инородные предметы, которые блокируют или могут блокировать дыхательные пути.
3. Проверьте, что голова пострадавшего запрокинута и подбородок выдвинут вверх.

У бессознательного больного причиной нарушения проходимости дыхательных путей может быть:

- завалившийся корень языка;
- рвотные массы;
- кровь, слюна;
- тампоны, салфетки, зубные протезы и т. д.

Если один или оба искусственных вдоха не получились (грудная клетка не поднималась), все равно приступайте к компрессиям грудной клетки.

РЕАНИМАЦИЯ БЕЗ ИСКУССТВЕННОГО ДЫХАНИЯ (ПРОВЕДЕНИЕ ТОЛЬКО КОМПРЕССИЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ).

Многие люди, в том числе и медицинские работники, признают, что они неохотно делают искусственное дыхание «рот ко рту».

В любом случае лучше выполнять только компрессии грудной клетки, чем не делать ничего. Даже если по каким-то причинам вы не готовы к искусственному дыханию «рот ко рту», выполняя одни только компрессии, вы увеличиваете шансы пострадавшего на выживание. Люди, не имеющие навыков проведения базовой реанимации, позвонив в Скорую медицинскую помощь, могут следовать полученным по телефону инструкциям, как проводить базовую реанимацию без искусственного дыхания. Однако лучший метод проведения базовой реанимации — это сочетание компрессий и искусственного дыхания. Это должно быть стандартом.

Если рядом с пострадавшим находится несколько обученных человек, лучше сменять друг друга при проведении реанимации. При качественном проведении компрессий усталость наступает очень быстро. Качество компрессий зачастую ухудшается через несколько минут. Человек, проводящий реанимацию, не всегда это осознает. Для уверенности в качественном выполнении компрессий, оказывающие первую помощь должны меняться каждые две минуты. Предпочтительно меняться после того, как сделано 2 искусственных вдоха.



— Первый участник оказания первой помощи проводит базовую реанимацию (компрессии грудной клетки и искусственные вдохи) в течение двух минут.

— Потом подключается второй и проводит базовую реанимацию в течение следующих двух минут. После этого они снова меняются

— По истечении каждых двух минут участники оказания первой помощи должны сменять друг друга как можно скорее.

Если пострадавший начал дышать самостоятельно:

ТЕХНИКА: УСТОЙЧИВОЕ БОКОВОЕ (ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ) ПОЛОЖЕНИЕ.

Пострадавший без сознания с нормальным дыханием должен быть помещен в устойчивое боковое (восстановительное) положение. После того, как вы поместите пострадавшего в устойчивое боковое положение, убедитесь, что его голова запрокинута и рот обращен к земле. Это поможет поддерживать проходимость дыхательных путей и предотвратит попадание рвотных масс или крови в легкие.

1. Если на пострадавшем есть очки, снимите их.
2. Опуститесь на колени рядом с пострадавшим. Убедитесь, что обе его ноги выпрямлены.
3. Уложите ближайшую к вам руку пострадавшего под прямым углом к туловищу ладонью вверх.

6



4. Своей рукой возьмите другую руку пострадавшего ладонь к ладони и положите ее поперек груди, поместив тыльную сторону ладони под его щеку со своей стороны. Придерживайте эту руку одной своей рукой.

5. Вашей свободной рукой захватите дальнюю ногу пострадавшего снаружи под коленом и согните ее так, чтобы стопа не отрывалась от земли.

6. Тяните ногу, согнутую в колене, на себя. При этом придерживайте руку пострадавшего, прижатую к его щеке. Поверните пострадавшего на себя, чтобы он оказался в положении на боку.

7. Уложите согнутую в колене ногу пострадавшего под прямым углом к туловищу.

8. Запрокиньте голову пострадавшего для поддержания проходимости дыхательных путей.

9. Убедитесь, что рот пострадавшего обращен к земле, чтобы предотвратить попадание рвотных масс или крови в легкие.

10. При необходимости поправьте руку пострадавшего, лежащую под его щекой, для устойчивого запрокинутого положения головы. Убедитесь, что пальцы руки разогнуты.

11. Проверьте дыхание и повторяйте проверку каждую минуту.

Данную технику также можно использовать для укладки в устойчивое боковое положение ребенка. В случае с грудным ребенком вы можете положить ему под спинку свернутую пеленку или одеяло.

Если пострадавший — беременная женщина, всегда укладывайте ее на левый бок. Это предотвращает ухудшение оттока крови от матки к сердцу.

Если пострадавший находится в восстановительном положении более 30 минут, переверните его на другой бок. Тем самым вы предотвратите повреждение нервов руки.

МОДУЛЬ 3.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ.

Кровотечение — это истечение крови из кровеносного сосуда в ткани или полости организма или в окружающую среду. Если кровь истекает в окружающую среду, такое кровотечение называют наружным. При истечении крови в ткани или полости организма говорят о внутреннем

Виды кровотечений



Артериальное
(возникает при повреждении артерий и является наиболее опасным)



Венозное
(возникает при повреждении стенок вен)



Капиллярное
(является следствием повреждения мельчайших кровеносных сосудов (капилляров))

кровотечении. Кроме того, в зависимости от поврежденного сосуда, различают артериальное, венозное, капиллярное и смешанное кровотечения. Знание типов кровотечения необходимо для того, чтобы предвидеть возможные последствия.

Кровь из артерии ярко-красная. Поскольку артериальная кровь идет прямо от сердца, она может пульсировать или брызгать из раны. Артериальное кровотечение остановить трудно, необходима срочная помощь.

Кровь из вены темно-красная и течет медленнее. Кровопотеря из вены может быть как незначительной, так и очень серьезной. Поскольку вены расположены ближе к коже, венозное кровотечение происходит чаще.

Большинство капилляров расположены близко к коже, поэтому небольшое повреждение обычно вызывает кровотечение из капилляров. Кровь из капилляров ярко-красного цвета, она сочится из раны.

Смешанное кровотечение возникает в тех случаях, когда в ране кровоточат одновременно вены и артерии. Чаще всего такое кровотечение наблюдается при глубоких ранах.

Наружное кровотечение

Наружное кровотечение — это кровотечение из раны или язвы непосредственно на поверхность тела. Рана— это нарушение целостности кожи или слизистых оболочек (часто и глубжележащих тканей и органов), вызванное механическим воздействием.

Внутреннее кровотечение

Причинами внутреннего кровотечения могут быть:

- удар в живот, грудную клетку или голову;
- перелом кости;
- колотые или огнестрельные раны;

- хронические заболевания.

Внутреннее кровотечение может быть скрытое и явное.

Скрытое внутреннее кровотечение — кровь изливается в замкнутое пространство (брюшная полость, плевральная полость, головной мозг).

СИМПТОМЫ И ПРИЗНАКИ СКРЫТОГО ВНУТРЕННЕГО КРОВОТЕЧЕНИЯ:

- Реакция — в большинстве случаев пострадавший в сознании, но состояние может ухудшаться очень быстро, вплоть до потери сознания.
- Дыхательные пути — чистые, но при потере сознания может быть западание языка и закрытие дыхательных путей.
- Дыхание — поверхностное, может прекратиться совсем.
- Циркуляция крови — пульс учащенный, слабый, может остановиться.
- Другие признаки — беспокойство и тревожность, слабость, бледная, влажная, холодная кожа, жажда, головокружение.
- Явное внутреннее кровотечение — кровь изливается в органы, имеющие сообщение с внешней средой. Выраженным признаком для распознавания явного внутреннего кровотечения может быть кровотечение из естественных отверстий человеческого тела — ушей, носа, рта, влагалища, анального отверстия, уретры.

ТИПЫ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ЕСТЕСТВЕННЫХ ОТВЕРСТИЙ ТЕЛА

Место на теле	Вид крови	Что это означает
ухо	свежая, ярко-красная	повреждены сосуды уха
водянистая		ранение мозга (черепно-мозговая травма)
нос	свежая, ярко-красная	повреждены сосуды носа
	водянистая	перелом костей черепа (вытекает жидкость из черепной коробки)
рот	свежая, ярко-красная	повреждены сосуды ротовой полости (язык, губы, полость рта)
	пенистая, ярко-красная	повреждены легкие
	рвота с кровью, темная, красно-коричневая	поврежден желудок
влагалище	свежая, темная	месячные, выкидыш, повреждение матки, результат изнасилования
анальное отверстие	свежая, ярко-красная	геморрой
	темная, дурно пахнущая	поврежден нижний отдел кишечника
уретра	красная, мутная моча	повреждены почки, мочевого пузыря, половой член

Какие известны методы временной остановки кровотечения? Вот они:

1. Прикладывание гемостатической губки, льда, орошение перекисью водорода (для капиллярных кровотечений).
2. Очень сильное сгибание конечности.

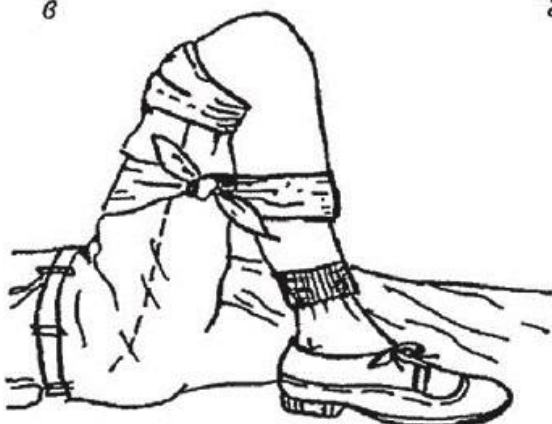
а



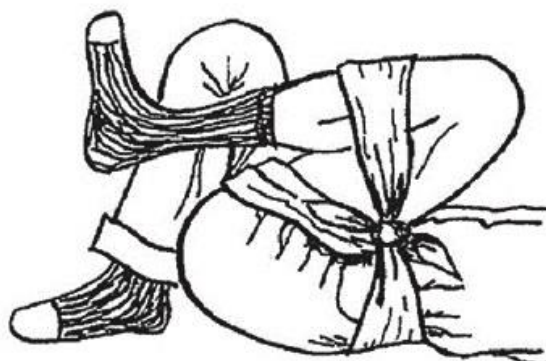
б



в



г



3. Давление (прижатие сосуда в ране, наложение давящей бинтовой повязки). **Зажать кровотокающий сосуд (рану)**

1



Артерию следует сильно прижать мякотью двух-четырех пальцев или кулаком к близлежащим костным образованиям до исчезновения пульса.

Пальцевое прижатие артерии болезненно для пострадавшего и требует большой выдержки и силы от оказывающего помощь. До наложения жгута не отпускай прижатую артерию, чтобы не возобновилось кровотечение. Если начал уставать, попроси кого-либо из присутствующих прижать твои пальцы сверху.



Точки прижатия крупных артерий:

1. Височная
2. Челюстная
3. Сонная
4. Лучевая
5. Плечевая
6. Подмышечная
7. Бедренная
8. Большеберцовая

На конечностях точка прижатия артерии к кости должна быть выше места кровотечения. На шее и голове — ниже раны или в ране (прижать пальцем).

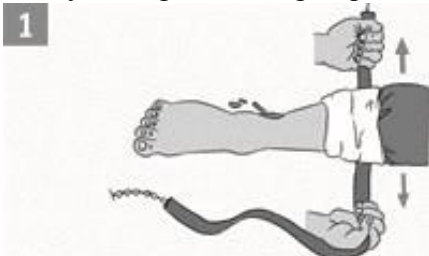
НАЛОЖИТЬ ДАВЯЩУЮ ПОВЯЗКУ ИЛИ ВЫПОЛНИТЬ ТАМПОНАДУ РАНЫ



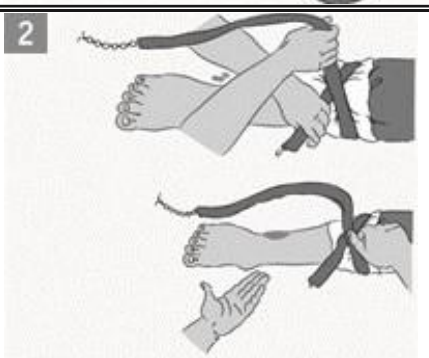
Удерживая зажатым сосуд, наложи давящую повязку из сложенных асептических (чистых) салфеток или нескольких туго свернутых слоев марлевого бинта. Тампонада раны: в рану плотно «набить» стерильный бинт, полотенце и т.д., затем прибинтовать к ране.

НАЛОЖИТЬ КРОВООСТАНАВЛИВАЮЩИЙ ЖГУТ

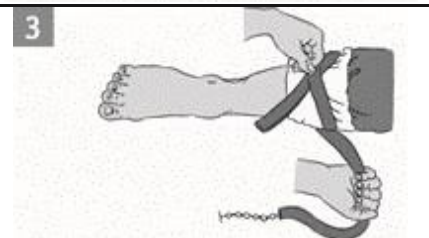
Жгут — крайняя мера временной остановки артериального кровотечения.



Наложить жгут на мягкую подкладку (элементы одежды пострадавшего) выше раны как можно ближе к ней. Подвести жгут под конечность и растянуть.



Затянуть первый виток жгута и проверить пульсацию сосудов ниже жгута или убедиться, что кровотечение из раны прекратилось, а кожа ниже жгута побледнела.



Наложить последующие витки жгута с меньшим усилием, накладывая их по восходящей спирали и захватывая предыдущий виток.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ

4



Вложи записку с указанием даты и точного времени под жгут. Не закрывай жгут повязкой или шиной. На видном месте — на лбу — сделай надпись «Жгут» (маркером).

Срок нахождения жгута на конечности 1 час, по истечении которого жгут следует ослабить на 10-15 минут, предварительно зажав сосуд, и снова затянуть, но не более чем на 20-30 минут.

Остановка наружного кровотечения жгутом-закруткой (более травматичный способ временной остановки кровотечения!)

<p>1</p> An illustration showing a person's arm with a tourniquet being applied. A stick is being inserted into a loop of fabric that has been wrapped around the arm.	<p>Наложит жгут-закрутку (турникет) из узкосложенного подручного материала (ткани, косынки, веревки) вокруг конечности выше раны поверх одежды или подложив ткань на кожу и завяжи концы его узлом так, чтобы образовалась петля. Вставь в петлю палку (или другой подобный предмет) так, чтобы она находилась под узлом.</p>
<p>2</p> An illustration showing the stick being rotated to tighten the fabric tourniquet around the arm.	<p>Вращая палку, затяни жгут-закрутку (турникет) до прекращения кровотечения.</p>
<p>3</p> An illustration showing the stick being secured to the arm with a piece of bandage or tape.	<p>Закрепи палку бинтом во избежание ее раскручивания. Каждые 15 минут ослабляй жгут во избежание омертвления тканей конечности. Если кровотечение не возобновляется, оставь жгут распущенным, но не снимай его на случай возникновения повторного кровотечения.</p>

ПРАВИЛА НАЛОЖЕНИЯ ЖГУТА

Пока он подготавливается, надо кулаком или пальцами прижать артерию к костям выше ранения, помним, что при травме крупного сосуда счет идет на минуты. Артерию плечевую прижимают к кости плеча по внутренней ее поверхности, локтевую — в локтевом сгибе, бедренную — в паховом сгибе, голени — в подколенной ямке, подмышечную — в одноименной впадине.

Раненую ногу или руку нужно поднять. Накладывают жгут, плотно затягивая и подложив между ним и кожей полотенце или тряпку. Если специального резинового жгута нет, можно использовать обычный бинт, шарф, тонкий резиновый шланг, брючный ремень, платок или даже веревку. Тогда ее завязывают вокруг конечности неплотно, просовывают в петлю палку и закручивают до нужного пережатия. Критерием правильности наложения жгута становится прекращение кровотечения. **Время пребывания его на конечности: не более двух часов летом и полчаса зимой.** Чтобы зафиксировать момент пережатия сосудов, время пишут на бумажке и закрепляют ее на пострадавшей конечности.

ОПАСНОСТЬ



Проблема заключается в том, что накладывать жгут более чем на вышеуказанный временной интервал нельзя из-за нарушения кровообращения в поврежденной ноге или руке, ткани отмирают. Функция конечности потом уже не восстановится полностью, порой становится необходима ампутация. Помимо того, есть опасность развития газовой гангрены в области повреждения (в рану попадают бактерии, которые обитают в почве и размножаются в живых тканях в отсутствие кислорода). Если человека еще не успели доставить в госпиталь за указанное время, в любом случае жгут

нужно ослабить на несколько минут. **Рану в течение них зажимают, используя чистую ткань.**

При ранении сонной артерии и кровотечении из нее, необходимо пережать ее пальцем и выполнить тампонаду раны стерильным перевязочным материалом. Жгут на шею накладывать можно, для этого применяется специальная техника, чтобы профильтровать удушье пострадавшего. Поднимают руку на противоположной травме стороне, и перетягивают шею жгутом ниже места повреждения вместе с конечностью.



ВЕНОЗНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ

При венозном кровотечении хорошо работает тугое бинтование либо наложение жгута. Особенность техники последнего состоит в том, что место его расположения — не выше места повреждения, как при травме артерии, а, напротив, ниже.

При любом способе остановки кровотечения саму рану закрывают стерильной салфеткой или чистой тканью. Если доступны обезболивающие лекарства дать таблетку, если он в сознании. Лежащего на земле человека нужно укрыть для предотвращения переохлаждения. Нельзя перемещать и переворачивать пострадавшего.

При подозрении на внутреннее кровотечение, вызванное травмой, необходимо обеспечить пациенту полный покой и как можно скорее отправить его в больницу.

Капиллярное кровотечение

При капиллярном кровотечении применяют метод давления, в том числе, ладонью или пальцами, наложение повязки, гемостатические губки, холодные объекты. При адекватной работе свертывающей системы временная остановка кровотечения становится окончательной.

Первая помощь при кровотечении из носа

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



Усади пострадавшего, слегка наклони его голову вперед и дай стечь крови. Сожми на 5-10 минут нос чуть выше ноздрей. При этом пострадавший должен дышать ртом!

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ

 <p>2</p>	<p>Предложи пострадавшему сплевывать кровь. (При попадании крови в желудок может развиваться рвота.)</p>
 <p>3</p>	<p>Приложи холод к переносице (мокрый платок, снег, лед).</p>
 <p>4</p>	<p>Если кровотечение из носа не остановилось в течение 15 минут — введи в носовые ходы свернутые в рулончик марлевые тампоны.</p>

Если кровотечение в течение 15-20 минут не останавливается, направь пострадавшего в лечебное учреждение.

МОДУЛЬ 4.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПОЛУЧЕНИИ ТРАВМ

(ПОВРЕЖДЕНИЕ МЯГКИХ ТКАНЕЙ, КОСТЕЙ, СУСТАВОВ)

ПОНЯТИЕ О ТРАВМЕ.

Анатомические или функциональные нарушения тканей и органов, возникающие в результате действия факторов внешней среды, называются травмой, или повреждением. Тяжесть травмы зависит от силы и времени воздействия повреждающих факторов.

Наиболее часто повреждения вызываются непосредственным действием механической силы (удар, сдавление, растяжение) на ткани организма. Механические повреждения могут быть закрытыми и открытыми. Закрытыми повреждениями считают такие, при которых нет нарушения целостности кожных покровов и слизистых оболочек. К ним относятся ушибы, растяжения, подкожные разрывы органов и мягких тканей (мышц, сухожилий, сосудов, нервов).

Открытые повреждения — это повреждения органов и тканей, сопровождающиеся нарушением целостности кожных покровов или слизистых оболочек (раны, открытые переломы)

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ УШИБАХ, РАСТЯЖЕНИЯХ, РАЗРЫВАХ, СДАВЛЕНИИ И ВЫВИХАХ

Кожа обладает значительной прочностью, и при травмах нарушения ее целостности часто не происходит, в то время как мягкие ткани и кости могут значительно разрушаться.

Наиболее распространенным повреждением мягких тканей и органов является ушиб, который чаще всего возникает вследствие удара тупым предметом. На месте ушиба быстро появляется припухлость, а часто и кровоподтек (синяк).

При разрыве крупных сосудов под кожей могут образоваться скопления крови (гематомы). Ушибы приводят к нарушению функции поврежденного органа. Если ушибы мягких тканей тела вызывают лишь боль и умеренное ограничение движения конечностей, то ушибы внутренних органов (мозг, печень, легкие, почки) могут привести к тяжелым нарушениям во всем организме и даже к смерти.

При движениях в суставе, превышающих его физиологический объем, или при движении в несвойственном суставу направлении возникают растяжения и разрывы связок, укрепляющих сустав. Растяжение характеризуется появлением резких болей, быстрым развитием отека в области травмы и значительным нарушением функций суставов.

Очень тяжелой травмой конечности является сдавление, при котором происходит разможнение мышц, подкожной жировой клетчатки, сосудов и нервов. Такие повреждения возникают от давления больших тяжестей (стена, балка, земля) во время обвалов, бомбардировок, землетрясений. Сдавления сопровождаются развитием шока, а в последующем — отравлением организма продуктами распада разрушенных мягких тканей.

При ушибе прежде всего необходимо создать покой поврежденному органу. На область ушиба необходимо наложить давящую повязку, придать этой области тела возвышенное положение, что способствует прекращению дальнейшего кровоизлияния в мягкие ткани. Для уменьшения болей и воспалительных явлений к месту ушиба прикладывают холод — пузырь со льдом, холодные компрессы.

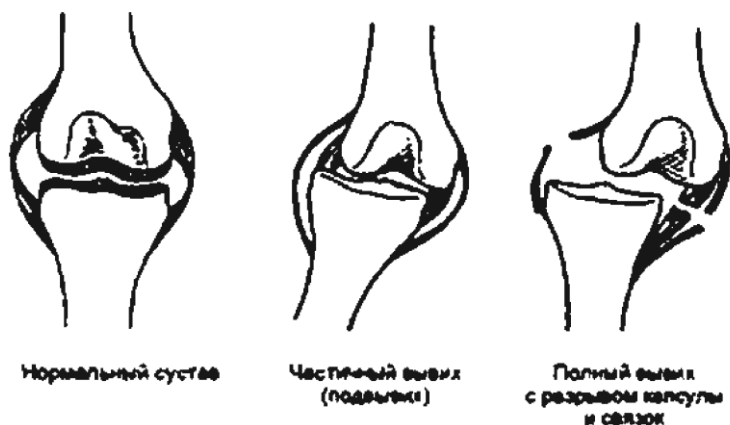


Первая помощь при растяжении связок такая же, как и при ушибах, т. е. прежде всего накладывают повязку, фиксирующую сустав. При разрыве сухожилий, связок первая помощь заключается в создании больному полного покоя, наложении тугой

повязки на область поврежденного сустава, чтобы прочно фиксировать его. Для уменьшения болей пострадавшему можно дать 0,25—0,5 г анальгина и, а к области травмы приложить пузырь со льдом.

При любом растяжении необходимо обратиться к врачу, так как подобная симптоматика может быть и при трещинах кости.

Основной задачей первой помощи при сдавлении является организация мер по немедленному извлечению пострадавшего из-под обрушившихся на него тяжестей. Сразу после освобождения



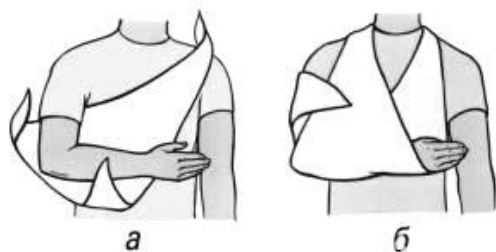
от тяжестей для предотвращения поступления ядовитых продуктов распада в организм из размозженных тканей конечностей на последние необходимо наложить жгуты как можно ближе к основанию конечности, как при остановке артериального кровотечения, обложить конечности пузырями со льдом или тканью, смоченной холодной водой. Поврежденные конечности иммобилизуют при помощи шин. У таких больных очень часто уже в момент травмы развивается тяжелое общее состояние — **шок**.

Для борьбы с шоком или для его профилактики больного следует тепло укрыть, дать горячего чая. Больной подлежит немедленной транспортировке в лечебное учреждение в положении лежа.

Повреждение сустава, при котором происходит смещение соприкасающихся в его полости костей с выходом одной из них через разрыв капсулы из полости сустава в окружающие ткани, называется вывихом. Вывих может быть полным, когда суставные поверхности костей перестают соприкасаться друг с другом, и неполным (подвывих), когда между суставными поверхностями имеется частичное соприкосновение.

Название вывих получает по той кости, которая находится дистальнее (периферичнее) поврежденного сустава: например, вывих стопы — при смещении костей в голеностопном суставе, вывих плеча — при вывихе в плечевом суставе и т. п.

Иммобилизация верхней конечности при повреждении плечевого сустава с помощью косынки: а, б — этапы иммобилизации.



Возникают вывихи в основном под действием не прямой травмы. Так, вывих бедра возможен при падении на согнутую ногу с одновременным поворотом ноги внутрь, вывих плеча — при падении на вытянутую руку.

Симптомами вывиха являются: боль в конечности, резкая деформация (западение) области сустава, отсутствие активных и невозможность пассивных движений в суставе, фиксация конечности в неестественном положении, не поддающемся исправлению, изменение длины конечности, чаще ее укорочение.

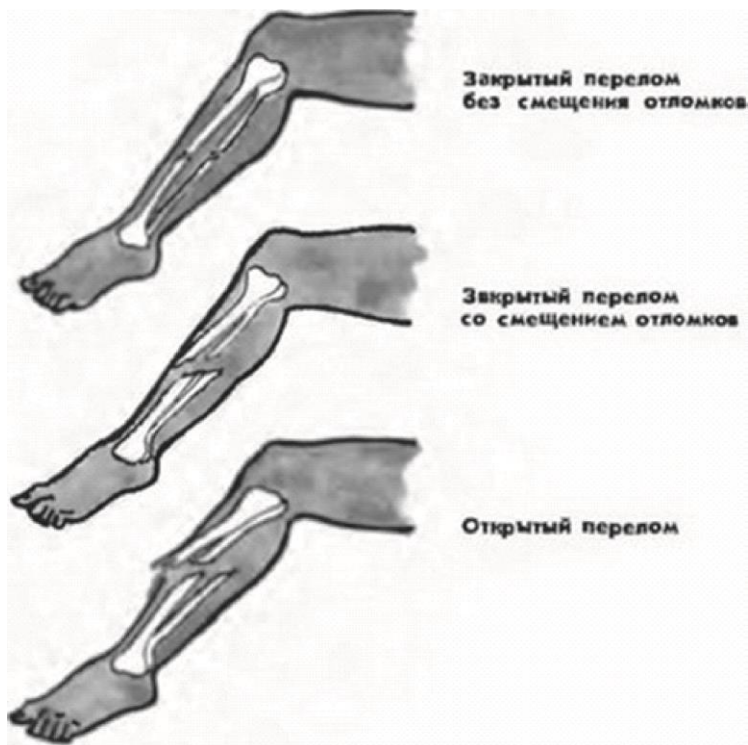
Первая помощь при вывихе заключается в проведении мероприятий, направленных на уменьшение болей: холод на область поврежденного сустава, применение обезболивающих (анальгин), иммобилизация конечности в том положении, которое она приняла после травмы.

Верхнюю конечность подвешивают на косынке или перевязке из бинта, нижнюю — иммобилизуют при помощи шин или подручных средств. Свежие вывихи вправлять значительно

легче, чем застарелые. Уже через 3—4 ч после травмы в области поврежденного сустава развивается отек тканей, скапливается кровь, что затрудняет вправление. Вправление вывиха— врачебная процедура, поэтому пострадавшего необходимо скорее доставить к врачу. При вывихах верхних конечностей больные могут прийти сами в больницу или быть доставлены на любом транспорте в положении сидя. Больных с вывихом нижних конечностей транспортируют в положении лежа.

Не следует пытаться вправить вывих, так как иногда трудно установить, вывих это или перелом, тем более что часто вывихи сопровождаются трещинами и переломами костей.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ



Переломом называется нарушение целостности кости. Различают переломы травматические и **патологические**. Возникновение последних обусловлено наличием патологических процессов в кости (туберкулез, остеомиелит, опухоли), при которых обычная нагрузка на определенном этапе течения этих болезней приводит к перелому.

Травматические переломы делятся на закрытые (без повреждения кожи) и открытые, при которых имеется повреждение кожи в зоне перелома. Открытые переломы опаснее закрытых, так как очень велика возможность инфицирования отломков и развития остеомиелита, что значительно затрудняет срастание костных отломков.

Перелом может быть **полным** и неполным. При **неполном** переломе нарушается какая-нибудь часть

поперечника кости, чаще в виде продольной щели — трещина кости. Переломы бывают самой разнообразной **формы**: поперечные, косые, спиральные, продольные. Часто наблюдаются оскольчатые переломы, когда кость разбита на отдельные осколки. Этот вид чаще встречается при огнестрельных ранениях. Перелом, возникающий от сдавления или сплющивания, называется **компрессионным**.

Большинство переломов сопровождается **смещением отломков**, что обусловлено, с одной стороны, направлением механической силы, вызвавшей перелом, с другой — тягой прикрепляющихся к кости мышц вследствие их сокращения после травмы. В зависимости от характера травмы, локализации перелома, силы прикрепляющихся мышц и т. д. смещения костных отломков могут быть различных видов: смещения под углом, смещения по длине, боковые смещения. Нередко встречаются **вколоченные** переломы, когда один из отломков внедряется в другой.

Для перелома характерны: резкая боль, усиливающаяся при любом движении и нагрузке на конечность, изменение положения и формы конечности, нарушение ее функциональности. При ощупывании места перелома больной ощущает резкую боль; при этом удается определить неровность кости, острые края отломков и хруст (крепитация) при легком надавливании. Проводить ощупывание конечности, особенно определение патологической подвижности, надо осторожно, двумя руками, стараясь не причинять боли, и так, чтобы не вызвать осложнений

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ

(повреждение отломками кости кровеносных сосудов, нервов, мышц, кожных покровов и слизистых).

При открытом переломе нередко в рану выступает отломок кости, что прямо указывает на перелом. В этом случае проводить ощупывание и исследование области перелома запрещается. Правильная и своевременная помощь при переломах является одним из важнейших моментов их лечения. Быстро оказанная первая помощь во многом определяет заживление переломов, позволяет часто предупредить развитие ряда осложнений (кровотечение, смещение отломков, шок и т. д.).

Основными мероприятиями первой помощи при переломах костей являются:

1. создание неподвижности костей в области перелома;
2. проведение мер, направленных на борьбу с шоком или его предупреждение;
3. организация быстрой доставки пострадавшего в лечебное учреждение.

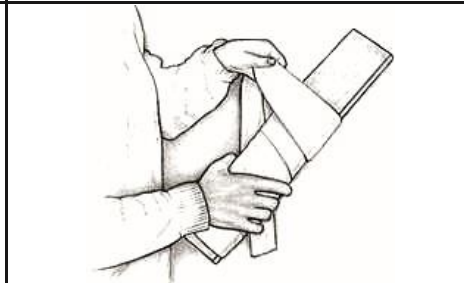
КАК НАЛОЖИТЬ ШИНУ

Шина нужна для того, чтобы фиксировать поврежденную часть тела и предотвратить ее дальнейшее травмирование. Не пытайтесь соединять костные фрагменты при переломах или вправлять вывихи. Всегда фиксируйте травмированную конечность в том положении, в каком она находится. Накладывая шину, руководствуйтесь изложенными ниже указаниями.

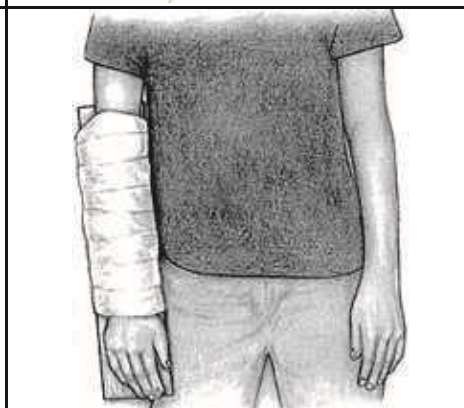
1. Используйте в качестве шины твердый плоский предмет (дощечку, линейку, палку, свернутый в трубку журнал). Можно воспользоваться также подушкой или одеялом или использовать в качестве шины здоровую ногу или палец ребенка.



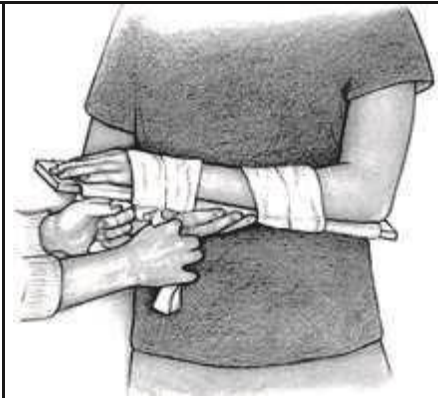
2. Если шина оказалась слишком грубой, обмотайте ее куском ткани или полотенцем перед тем, как накладывать.



3. Удостоверьтесь, что шина захватывает суставы выше и ниже перелома.



4. Прибинтуйте шину к травмированной части тела бинтом, лентой, ремнем или галстуком. Следите за тем, чтобы повязка не оказалась слишком тугой; если пальцы прибинтованной руки или ноги бледнеют и холодеют, сделайте повязку посвободней. Узлы не должны давить на участки повреждения.

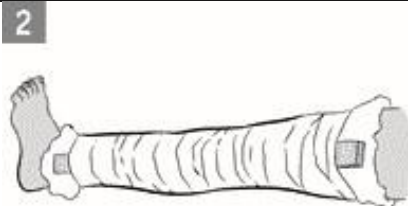


ПРАВИЛА ИММОБИЛИЗАЦИИ (ОБЕЗДВИЖИВАНИЯ)

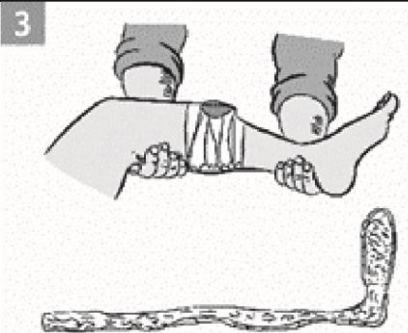
Иммобилизация является обязательным мероприятием. Только при угрозе пострадавшему спасателю допустимо сначала перенести пострадавшего в безопасное место.



Иммобилизация выполняется с обездвиживанием двух соседних суставов, расположенных выше и ниже места перелома.



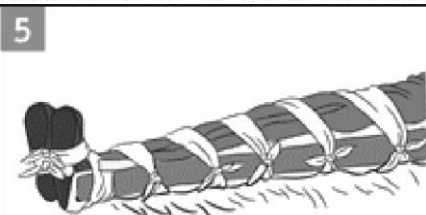
В качестве иммобилизирующего средства (шины) можно использовать плоские узкие предметы: палки, доски, линейки, прутья, фанеру, картон и др. Острые края и углы шин из подручных средств должны быть сглажены. Шину после наложения необходимо зафиксировать бинтами или пластырем. Шину при закрытых переломах (без повреждения кожи) накладывают поверх одежды.



При открытых переломах нельзя прикладывать шину к местам, где выступают наружу костные отломки.



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 накладывают с двух сторон.



При отсутствии шин или подручных средств поврежденную ногу можно иммобилизовать, прибинтовав ее к здоровой ноге, а руку — к туловищу.

ПЕРЕЛОМ ПОЗВОНОЧНИКА

Данное повреждение обычно возникает при падении с высоты, заваливании тяжестями, прямом и сильном ударе в спину (автотравма); перелом шейного отдела позвоночника часто наблюдается при ударе о дно при нырянии. Перелом позвоночника — чрезвычайно тяжелая травма. Признаком ее является сильнейшая боль в спине при малейшем движении. При переломе позвоночника возможна травма спинного мозга (разрыв, сдавление), что проявляется развитием паралича конечностей (отсутствие в них движений, чувствительности). При переломах позвоночника даже небольшие смещения позвонков могут вызвать разрыв спинного мозга, поэтому категорически запрещается пострадавшего с подозрением на перелом позвоночника сажать, ставить на ноги.

Пострадавшему прежде всего необходимо создать покой, уложив его на ровную твердую поверхность — деревянный щит, доски. Эти же предметы используют для транспортной иммобилизации. При отсутствии доски и бессознательном состоянии пострадавшего транспортировка наименее опасна на носилках в положении лежа на животе с подложенными под плечи и голову подушками. В случае перелома шейного отдела позвоночника транспортировку осуществляют на спине с иммобилизацией головы, как при повреждениях черепа. Транспортировать пострадавших с травмами позвоночника следует особо осторожно. Перекладывание, погрузку и транспортировку должны производить одновременно 3—4 человека, удерживая все время на одном уровне туловище пострадавшего, не допуская малейшего сгибания позвоночника; перекладывать пострадавшего лучше вместе с доской или щитом, на котором он лежит.

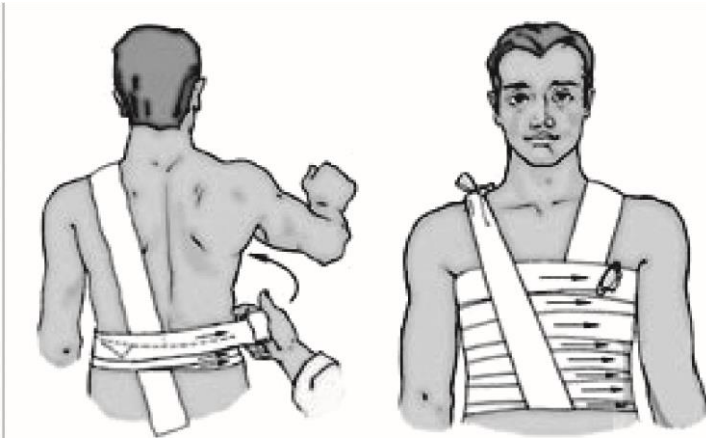
Переломы ключицы характеризуются болью в области травмы, нарушением функции руки на стороне поражения. Через кожу легко прощупываются острые края отломков. Первая помощь заключается в проведении иммобилизации области перелома. Это достигается путем фиксации руки с помощью косыночной повязки.

Перелом костей таза одна из наиболее тяжелых костных травм, часто сопровождается повреждением внутренних органов и тяжелым шоком. Возникает при падениях с высоты, сдавлениях, прямых сильных ударах. Признаком травмы является резчайшая боль в области таза при малейшем движении конечностями и изменении положения пострадавшего.



При переломах костей таза иммобилизацию при помощи шин произвести невозможно, поэтому первой помощью является придание пострадавшему положения, при котором реже возникают или усиливаются боли и менее всего возможны повреждения костными отломками внутренних органов. Больного следует уложить на ровную твердую поверхность, ноги согнуть в коленных и тазобедренных суставах, бедра несколько развести в стороны (положение лягушки), под колени подложить тугий валик из подушки, одеяла, пальто, сена и т. д. высотой 25—30 см. Очень важно проведение всех противошоковых мероприятий.

Транспортируют пострадавшего на носилках или твердом щите на спине, придав ему определенное положение. Для предупреждения соскальзывания бедер с валика их фиксируют чем-нибудь мягким (полотенце, бинт и др.)



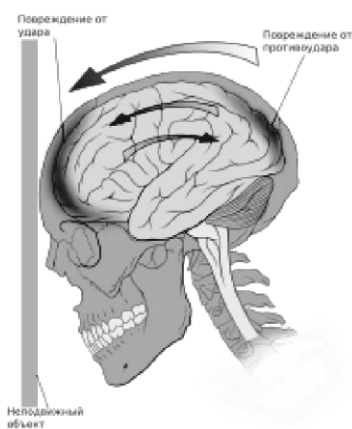
Перелом ребер возникает при сильных прямых ударах в грудь, сдавлении, падении с высоты; может произойти перелом и при сильном кашле, чиханье. Для перелома ребер характерны резкие боли в области перелома, усиливающиеся при дыхании, кашле, изменении положения тела. Множественный перелом ребер опасен нарастающей дыхательной недостаточностью. Острыми краями отломков возможно повреждение легкого

с последующим развитием пневмоторакса и внутриплеврального кровотечения. Первая помощь заключается в иммобилизации ребер — наложении тугой циркулярной повязки на грудную клетку. При отсутствии бинта для этого можно использовать полотенце, простыни, куски ткани. Для уменьшения болей и подавления кашля пострадавшему можно дать таблетку анальгина, кодеина, амидопирина. Наиболее безболезненна транспортировка в стационар в положении сидя. При тяжелом состоянии, когда пострадавший не может сидеть, транспортировку осуществляют на носилках с приданием ему полусидячего положения. Первая помощь и транспортировка в лечебное учреждение при осложненных переломах ребер (пневмоторакс, гемоторакс) такие же, как при проникающих ранениях грудной клетки

Повреждения черепа и мозга. Наибольшую опасность при ушибах головы представляют повреждения мозга, которые могут возникнуть даже без повреждения костей черепа.

Выделяют следующие виды повреждений мозга: сотрясение, ушиб (контузия) и сдавление. При сотрясении наблюдаются отек мозга, при ушибе и сдавлении — частичное разрушение мозговой ткани.

Для травмы мозга характерны **общемозговые симптомы**: головокружение, головная боль, тошнота и рвота, замедление пульса. Выраженность симптомов зависит от степени и обширности поражения мозга.



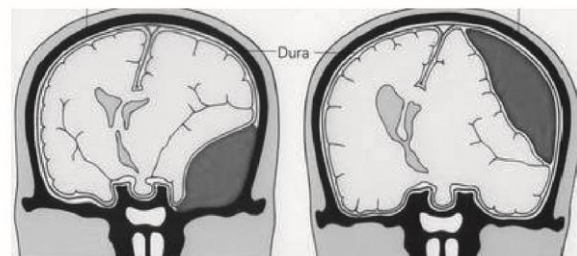
Наиболее часто встречаются **сотрясения головного мозга**.

Основные симптомы: потеря сознания (от нескольких минут до суток и более) и ретроградная амнезия — пострадавший не может вспомнить событий, которые предшествовали травме. При ушибе и сдавлении мозга появляются симптомы очагового поражения мозга: нарушение речи, чувствительности, движений конечностей, мимики и т.д.

При более тяжелых травмах возможен **перелом костей черепа**. Повреждения мозга при этом могут быть значительными не только от удара, но и от внедрения отломков костей и

изливающейся крови (сдавление гематомой). Особую опасность представляют открытые переломы костей свода черепа. При этом возможны истечение мозгового вещества и, что особенно опасно, инфицирование мозга. В первый момент после травмы трудно определить степень повреждения мозга, поэтому все больные с симптомами сотрясения, ушиба и сдавления должны быть немедленно доставлены в больницу.

Сдавление головного мозга



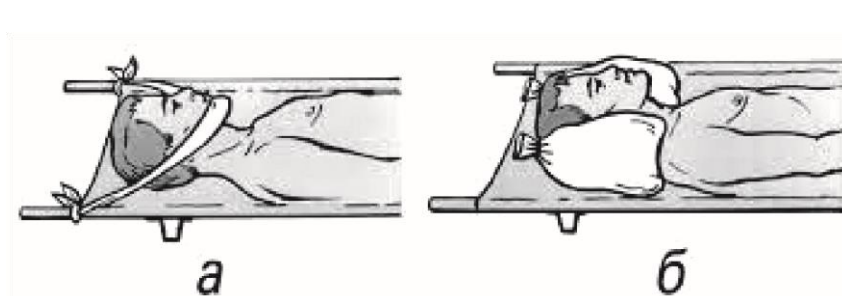
Причины сдавления:
Гематома
Костные отломки или вдавленный перелом
Отек мозга

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ

Первая помощь заключается в создании покоя. Пострадавшему придают горизонтальное положение, для успокоения можно дать настойку валерианы (15—20 капель), к голове — пузырь со льдом или ткань, смоченную холодной водой. Если пострадавший без сознания, необходимо очистить полость рта от слизи, рвотных масс, уложить его в фиксированное, стабилизированное положение и проводить все мероприятия, направленные на улучшение дыхания, сердечной деятельности.

При открытых переломах свода черепа особое внимание следует уделить защите раны от инфицирования — на рану накладывают асептическую повязку. Во время транспортировки необходимо постоянно наблюдать за больным, так как возможна повторная рвота, а следовательно, аспирация рвотными массами и асфиксия (удушение).

Транспортировку пострадавших с ранениями головы, повреждениями костей черепа и головного мозга следует осуществлять на носилках в положении лежа на спине. Для



предупреждения дополнительных повреждений и сотрясений головы производят иммобилизацию ее при помощи ватно-марлевого круга (баранка), надувного подкладного круга или подсобных средств (одежда, одеяло, сено, мешочки с песком и

др.) путем создания из

них валика вокруг головы. Иммобилизацию головы можно осуществить с помощью пращевидной повязки, проведенной под подбородком и фиксированной к носилкам. Если раны головы расположены в затылочной области или имеется перелом костей в этой зоне, то перевозить пострадавшего следует на боку. У больных с подобными травмами очень часто наблюдается рвота, поэтому за ними необходимо постоянное наблюдение, чтобы не допустить асфиксии рвотными массами.

Перелом костей носа часто сопровождается носовым кровотечением. Больных с этой травмой следует транспортировать также на носилках, но в полусидячем положении, т. е. с поднятой головой.

Транспортировку раненых с повреждением челюстей осуществляют в положении сидя, с некоторым наклоном головы вперед. Пострадавшего в бессознательном состоянии следует перевозить в положении лежа на животе с подложенными под лоб и грудь валиками из одежды, одеяла и других вещей. Это необходимо для предупреждения асфиксии кровью, слюной или запавшим языком. Перед транспортировкой следует произвести иммобилизацию челюстей: при переломах нижней челюсти — путем наложения пращевидной повязки, при переломах верхней — введением между челюстями полоски фанеры или линейки и фиксации ее к голове.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ РАНЕНИИ ЖИВОТА



1 Нельзя вправлять выпавшие органы в брюшную полость. Запрещено пить и есть! Для утоления чувства жажды смачивай губы.



2 Вокруг выпавших органов положи валик из марлевых бинтов (защити выпавшие внутренние органы).



3 Поверх валиков наложи асептическую повязку. Не прижимая выпавшие органы, прибинтуй повязку к животу.



4 наложи холод на повязку.



5 Защити пострадавшего от переохлаждения. Укутай теплыми одеялами, одеждой.

Вызови (самостоятельно или с помощью окружающих) «скорую помощь», обеспечь доставку пострадавшего в лечебное учреждение.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПРОНИКАЮЩЕМ РАНЕНИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

Признаки: кровотечение из раны на грудной клетке с образованием пузырей, подсасывание воздуха через рану.



1 При отсутствии в ране инородного предмета прижми ладонь к ране и закрой в нее доступ воздуха. Если рана сквозная, закрой входное и выходное раневые отверстия.



2 Закрой рану воздухонепроницаемым материалом (герметизируй рану), зафиксируй этот материал повязкой или пластырем.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ



Придай пострадавшему положение «полусидя». Приложи холод к ране, подложив тканевую прокладку.



При наличии в ране инородного предмета зафиксируй его валиками из бинта, пластырем или повязкой. Извлекать из раны инородные предметы на месте происшествия запрещается!

Вызови (самостоятельно или с помощью окружающих) «скорую помощь», обеспечь доставку пострадавшего в лечебное учреждение.

МОДУЛЬ 5.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПОРАЖЕНИИ ЭЛЕКТРИЧЕСКИМ ТОКОМ И МОЛНИЕЙ

Поражение электрическим током коротко называют электротравма, так как при воздействии электричества большой силы или молнии возникают не только ожоги, но и внутренние повреждения в организме. Электротравмы, как и другие ожоги, случаются внезапно, но они опаснее непредсказуемостью своих последствий. Выживет ли человек, во многом зависит от своевременной первой помощи, оказанной на месте несчастного случая.

Первую помощь при поражениях электрическим током начинают с обесточивания, то есть с прекращения действия электрического тока на человека. При этом нельзя касаться пострадавшего руками — возможен электрический удар. Надо выключить рубильник, если он есть, или отбросить в сторону оборванные провода каким-то сухим предметом: доской, палкой, веревкой. Заземление оборванных проводов под током (если сухая земля) или соединение их между собой — обезопасит людей от поражения. Раньше «заземляли» и пострадавшего, зарывая его в землю — категорически нельзя это делать! Закапывание в землю пострадавшего ухудшает его дыхание, затрудняет кровообращение, вызывает охлаждение. Но самое плохое — теряется время для оказания нужной помощи. После обесточивания надо внимательно осмотреть пострадавшего. Ожоги током надо обработать и закрыть повязкой, как любые ожоги.

Ожоги электрическим током возникают в месте выхода и входа его в тело человека. В зависимости от состояния человека на момент поражения, то есть от влажности кожи, утомлённого или истощенного состояния, а также от силы и напряжения тока возможны самые разнообразные ожоги током — от небольших темных пятен до глубоких ран, похожих на ожоги 3-4 степени. Такие ожоговые раны имеют форму кратера вулкана с похожими на мозоли серо-желтыми краями, иногда раны проникают до кости. При очень высоком напряжении тока возможно расслоение и разрыв тканей, иногда с полным отрывом конечности. При поражении молнией повреждения аналогичны поражению током, на коже часто появляются ветвистые пятна темно-синего цвета (из-за расширенных сосудов).

При поражениях электрическим током более опасны общие проявления травмы. Из-за повреждения нервных клеток развиваются тяжелые общие нарушения: потеря сознания, остановка дыхания, параличи, судороги, угнетение сердечной деятельности. Температура при ожоге током резко снижается, возможно даже состояние мнимой смерти: неживая бледность кожи, отсутствие дыхания и пульса, расширенные зрачки, не реагирующие на свет. При внимательном

прослушивании тонов сердца можно убедиться, что человек жив. В более легких случаях состояние проявляется обмороками, тяжелым нервным потрясением, головокружением, общей слабостью. При поражении молнией характерны параличи, глухота, немота, остановка дыхания. Однако и легкое состояние пострадавшего может внезапно резко ухудшиться в течение нескольких часов после травмы, поэтому все перенесшие электротравму должны быть срочно госпитализированы.

Первая помощь состоит, в основном, в наложении стерильной повязки для защиты пораженного места. На глубокую тяжелую рану наносят обезболивающий раствор типа лидокаин спрей и закрывают повязкой. Повязки при ожогах важны, но больше внимания уделяют общему состоянию. В качестве первой помощи дают болеутоляющее и успокаивающее средство, сердечные капли и отправляют в стационар в положении лёжа и тепло укрытым. Даже легко пострадавшего надо сопровождать в больницу и внимательно наблюдать за ним, так как в любой момент у него может случиться остановка сердца и дыхания. Надо быть готовым в пути оказать помощь. В изначально тяжелых случаях и состоянии мнимой смерти единственный шанс спасти человека — делать искусственное дыхание и непрямой массаж сердца долго, в течение нескольких часов и даже по пути в больницу.



1 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.



2 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.

КАК БЫСТРО ОСВОБОДИТЬ ПОСТРАДАВШЕГО ОТ ДЕЙСТВИЯ ЭЛЕКТРИЧЕСКОГО ТОКА?

(в зоне действия «бытового электричества»)

- Отключить источник питания (если рубильник, выключатель или розетка находятся недалеко и в доступном месте).
- Скинуть оголенные провода с пострадавшего любым, не проводящим ток предметом.
- Перерезать или перерубить провода с помощью топора, пассатижей или кусачек с изолированными ручками.
- Оттащить пострадавшего за одежду на безопасное расстояние, обмотав свои руки своей же сухой одеждой.

Вызови (самостоятельно или с помощью окружающих) «скорую помощь».



3 Определи наличие пульса на сонной артерии, реакции зрачков на свет, самостоятельного дыхания.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ

	<p>4</p> <p>При отсутствии признаков жизни проведи сердечно-легочную реанимацию.</p>
	<p>5</p> <p>При восстановлении самостоятельного дыхания и сердцебиения придай пострадавшему устойчивое боковое положение.</p>
	<p>6</p> <p>Если пострадавший пришел в сознание, укрой и согрей его. Следи за его состоянием до прибытия медицинского персонала, может наступить повторная остановка сердца.</p>

МОДУЛЬ 6.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ТЕПЛОВОМ И СОЛНЕЧНОМ УДАРЕ.

Тепловой и солнечный удар — это состояния, возникающие в результате значительного перегревания организма. Это происходит в тех случаях, когда затрудняется отдача тепла, поступающего в организм извне и образующегося в самом организме. Наиболее часто перегревание отмечается у детей и лиц пожилого возраста. **Тепловой удар** — результат общего перегревания организма. Причинами такого перегревания могут быть: высокая внешняя температура и влажность, отсутствие движения воздуха, плотная одежда, задерживающая испарения кожи, и усиленная физическая работа, нарушение питьевого и пищевого режима в условиях высокой температуры окружающей среды. Тепловой удар возникает быстрее при работе во влагонепроницаемой (прорезиненной, брезентовой, синтетической) одежде, в случае переутомления, недосыпания или алкогольного опьянения.

Солнечный удар — это результат местного перегревания головного мозга. Возникает вследствие воздействия прямых солнечных лучей на голову и обнаженное тело.

Симптомы теплового и солнечного ударов одинаковые. На ранних стадиях отмечаются жажда, недомогание, ощущение жара, общая слабость, одышка, учащение пульса до 100 — 120 уд/ мин., покраснение кожи, головная боль, пульсация и тяжесть в висках, тошнота, иногда рвота.

Если помощь пострадавшему не оказана и он продолжает оставаться в тех же условиях, его состояние прогрессивно ухудшается. При этом температура тела повышается до 40 — 41 С, пульс учащается до 150 — 170 уд/мин., а дыхание до 30 и более в мин. Отмечаются головокружение, шаткая походка, затемнение сознания вплоть до полной его потери, судороги. Покраснение кожи может сменяться бледностью, а затем синюшностью (цианозом). Кожа становится сухой и горячей, язык сухим. В случае не оказания своевременной помощи может наступить смертельный исход от отека мозга и вследствие нарушения дыхания и кровообращения.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ТЕПЛОВОМ И СОЛНЕЧНОМ УДАРАХ:

- пострадавшего положить на спину, в более прохладное место, для облегчения дыхания расстегнуть одежду и улучшить вентиляцию (обеспечить доступ свежего воздуха). При гиперемии (покраснении кожи) лица пострадавшего укладывают с приподнятой головой, а в случае бледных покровов с горизонтально расположенной или несколько приподнятой головой;
- необходимо смочить голову и грудь холодной водой, положить холодные компрессы (примочки) на голову (лоб, темя, затылок), области крупных сосудов — шейную, паховую, подключичную, подмышечную, подколенную артерии;
- если больной в сознании ему необходимо дать для питья холодную подсоленную воду и холодный крепкий сладкий чай. Установлено, что при перегревании раствор глюкозы понижает температуру тела. Поэтому, при тепловом и солнечном ударах целесообразно употреблять для питья 1% раствор глюкозы, газированный углекислым газом. Растворы глюкозы и хлорида натрия желателно применять также для профилактики перегревания организма;
- при расстройстве дыхания показана подача кислорода через маску, при остановке дыхания и кровообращения — проведение искусственного дыхания и наружного массажа сердца; Больные, перенесшие тепловой или солнечный удар, нуждаются в медицинском наблюдении, а в ряде случаев при расстройстве жизненно важных функций организма — в стационарном лечении.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ТЕПЛОВОМ (СОЛНЕЧНОМ) УДАРЕ

Признаки: слабость, сонливость, жажда, тошнота, головная боль; возможны учащение дыхания и повышение температуры, потеря сознания.



Перенеси пострадавшего в прохладное, проветриваемое место (в тень, к открытому окну).



Уложи пострадавшего. Расстегни воротник, ослабь ремень, сними обувь.



Определи наличие пульса на сонных артериях, самостоятельного дыхания, реакции зрачков на свет.

При отсутствии указанных признаков приступай к сердечно-легочной реанимации.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ

	<p>4</p> <p>Положи на голову, шею и паховые области смоченные в холодной воде полотенца (салфетки).</p>
	<p>5</p> <p>При потере сознания более чем на 3-4 минуты переверни пострадавшего в устойчивое боковое положение.</p>
	<p>6</p> <p>При судорогах удерживай голову и туловище пострадавшего, оберегая от травм.</p>
	<p>7</p> <p>При восстановлении сознания напои пострадавшего прохладной минеральной или обычной, слегка подсоленной водой.</p>

МОДУЛЬ 7.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОЖОГАХ И ОБМОРОЖЕНИЯХ.

Ожоги бывают

- термические — вызванные огнем, паром, горячими предметами и веществами;
- химические -кислотами и щелочами;
- электрические— воздействием электрического тока или электрической дуги.

По глубине поражения все ожоги делятся на четыре степени:

- первая — покраснение и отек кожи;
- вторая — водяные пузыри;
- третья — омертвление кожи;
- четвертая — обугливание кожи, поражение мышц, сухожилий и костей.

ТЕРМИЧЕСКИЕ И ЭЛЕКТРИЧЕСКИЕ ОЖОГИ

При небольших по площади ожогах первой и второй степени нужно наложить на освобожденный участок кожи стерильную повязку. При оказании первой помощи пострадавшему

во избежание заражения нельзя касаться руками обожженных участков кожи или смазывать их мазями, жирами, маслами и т.п. При ожоге второй степени нельзя вскрывать пузыри, так как, удаляя их, легко можно содрать обожженную кожу и тем самым создать благоприятные условия для заражения раны.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ТЕРМИЧЕСКИХ ОЖОГАХ



Убедись, что тебе ничто не угрожает. Останови (сбей с ног) пострадавшего.



Потуши горящую одежду любым способом (накрой человека покрывалом).

Вызови (самостоятельно или с помощью окружающих) «скорую помощь». Обеспечь доставку пострадавшего в ожоговое отделение больницы.



Вынеси (выведи) пострадавшего за пределы зоны поражения. Орошать место ожога разведенным водой спиртом (1:1), водкой 2-3 минуты (охлаждение, дезинфекция, обезболивание), затем холодной водой 15-30 минут.



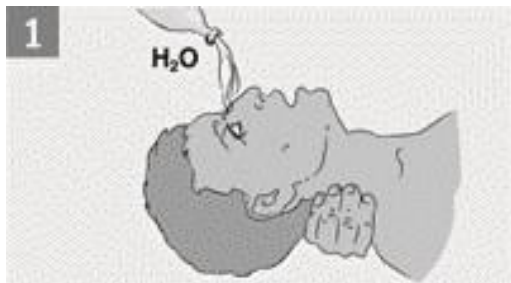
Пузыри не вскрывать, прилипшую одежду обрезать вокруг ожоговой раны! Из раны не удалять посторонние предметы и прилипшую одежду! Наложить на ожоговую поверхность стерильную повязку и холод поверх повязки. Дать обильное теплое подсоленное питье (минеральную воду).

При тяжелых и обширных ожогах пострадавшего необходимо завернуть в чистую простыню или ткань, не раздевая его, укрыть потеплее, напоить теплым чаем и создать покой до прибытия врача. Обожженное лицо необходимо закрыть стерильной марлей. При ожогах глаз следует делать холодные примочки, и немедленно направить пострадавшего к врачу. Если на пострадавшем загорелась одежда, то бежать в горячей одежде нельзя, так как ветер, раздувая пламя, увеличит и усилит ожог. Нужно сбить пламя водой либо набросить на пострадавшего любую плотную ткань (пальто, одеяло).

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ

ХИМИЧЕСКИЕ ОЖОГИ

При химических ожогах глубина повреждения тканей в значительной степени зависит от длительности воздействия химического вещества. Важно как можно скорее уменьшить концентрацию химического вещества и время его воздействия. Для этого пораженное место сразу же промывают большим количеством холодной воды в течение 15-20 минут. При химических ожогах глаз



Осторожно раздвинь веки пальцами, обильно промой глаза чистой водой (желательно комнатной температуры). Промывай 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.

Передвигаться пострадавший должен только за руку с сопровождающим!

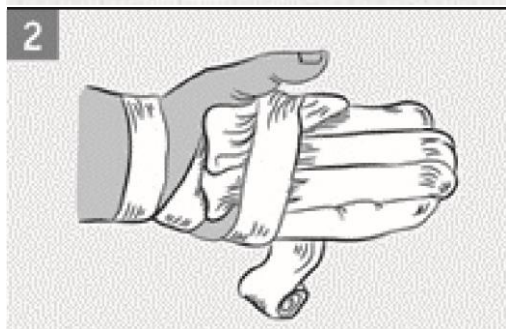
ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОБМОРОЖЕНИЯХ

Повреждение тканей в результате воздействия низкой температуры называется обморожением. Первая помощь заключается:

- немедленное согревание пострадавшего (перевести в теплое помещение);
- согреть обмороженную часть тела, восстановить в ней кровообращение;
- поврежденные участки надо высушить (протереть), накрыть стерильной повязкой и тепло укрыть;
- дать горячий кофе, чай, молоко и т.д.
- быстрая доставка пострадавшего в медицинское учреждение является также первой помощью.



Внеси пострадавшего в теплое помещение.



Укутай отмороженные участки тела в несколько слоев. Нельзя ускорять внешнее согревание отмороженных частей тела. Тепло должно возникнуть внутри с восстановлением кровообращения.

При отморожении использовать масло или вазелин, растирать отмороженные участки тела снегом запрещено.



Укутай пострадавшего в одеяла, при необходимости переодень в сухую одежду.



Дай обильное горячее сладкое питье. Накорми горячей пищей.

Вызови (самостоятельно или с помощью окружающих) «скорую помощь», обеспечь доставку пострадавшего в лечебное учреждение.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОБЩЕМ ПЕРЕОХЛАЖДЕНИИ



Вывеси (выведи) пострадавшего за пределы зоны поражения, обеспечив собственную безопасность.



Занеси пострадавшего в теплое помещение или согрей пострадавшего (укутай пострадавшего теплым (спасательным) одеялом, одеждой).

Вызови (самостоятельно или с помощью окружающих) «скорую помощь».



Если пострадавший в сознании, дай обильное горячее сладкое питье. Накорми горячей пищей. **Использование алкоголя запрещено!**

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ

При признаках собственного переохлаждения борись со сном, двигайся; используй бумагу, пластиковые пакеты и другие средства для утепления своей обуви и одежды; ищи или строй убежище от холода.

МОДУЛЬ 8.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОТРАВЛЕНИЯХ.

Отравление — повреждение организма, возникающее в ответ на проглатывание, вдыхание, прямой контакт с кожей или слизистыми токсического вещества. Отравления рассматривают как химическую травму, развивающуюся вследствие внедрения в организм чужеродного хим. вещества в токсической дозе.

Отравление возникает при попадании в организм яда, которым может быть всякое вещество, оказывающее вредное воздействие, а иногда даже приводящее к летальному исходу. Важно помнить, что яд может попадать различными путями: через рот, легкие, кожу (чаще у детей), слизистые оболочки (глаза, нос и т.п.), укусы насекомых и змей. От того, каким путем попал яд в организм, а также от состояния больного, во многом зависит первая помощь и лечение отравления.

Задачи первой помощи при отравлении:

- Остановить или ограничить поступление яда в организм.
- Как можно скорее вывести уже попавший яд, если это возможно.
- Обеспечить пострадавшему безопасные условия.
- Привести пострадавшего в чувства, при необходимости — провести искусственное дыхание и непрямой массаж сердца.
- Как можно скорее доставить пострадавшего в больницу.

Первая помощь может быть оказана как посторонними людьми, так и самим пострадавшим. Часто оказывается, что вовремя оказанная первая помощь в лечении отравления помогает спасти жизнь. Согласно статистике, в подавляющем большинстве случаев бытовые отравления составляют 97-98%, тогда как производственные всего 2-3%.

Бытовые отравления подразделяются на алкогольные интоксикации, несчастные случаи в быту и суицидальные отравления, предпринятые умышленно.

Основные признаки и симптомы отравления

- тошнота, рвота
- холодный пот
- озноб
- судороги
- внезапная вялость
- сонливость
- жидкий стул;
- головная боль и головокружение.
- угнетение дыхательной функции и нарушения сознания (в тяжелых случаях)
- слюнотечение и/или слезотечение
- ожоги вокруг губ, на языке или на коже
- странная манера поведения пострадавшего

Что делать при отравлении в зависимости от пути попадания яда:

При отравлении алкоголем, недоброкачественной пищей, грибами, ядовитыми растениями и их плодами и пр. ядами, когда яд в организм поступает через рот. Если пострадавший в сознании, ему дают выпить большое количество жидкости, затем вызывают рвоту

надавливанием на корень языка (для лиц старше 6 лет) пальцами, процедуру повторяют до чистых промывных вод.

После промывания желудка в лечении отравления используют растолченный активированный уголь (1 таблетка на 10 кг веса), смекту и др. сорбенты. Можно принять солевое слабительное средство.

Пострадавшего укладывают в восстановительное положение — на бок (чтобы он не захлебнулся рвотными массами), согревают с помощью грелок ноги. Дают обильное питье (для этого подойдет чай, вода).

Как можно скорее вызывают бригаду скорой медицинской помощи для госпитализации пострадавшего, так как его состояние может ухудшиться. Желательно сохранить и передать врачу вещество, которым отравился больной.

ПРИ ОТРАВЛЕНИИ КИСЛОТАМИ (УКСУС) И ЩЕЛОЧАМИ ПРОМЫВАТЬ ЖЕЛУДОК НЕЛЬЗЯ!!!

При отравлении газообразными химическими веществами (**угарный газ, окислы азота, аммиака, пары брома, фтористого водорода, хлор, сернистый газ, и др.**), когда яд поступает в организм через легкие при вдыхании. По частоте отравлений газами, отравление угарным газом происходит чаще, чем отравления другими газообразными ядами. Угарный газ образуется при сжигании любого вида топлива: газа, нефти, керосина, древесины или угля.

При отравлении **угарным газом**, пострадавшего в первую очередь нужно вывести на свежий воздух, обеспечить ему удобное горизонтальное положение, освободить от стесняющей одежды.

Необходимо растереть тело пострадавшего, затем тепло укутать, приложить согревающие грелки к его ногам, если пострадавший в сознании — ему можно прополоскать горло и рот раствором соды. В случае отсутствия дыхания или его значительного ослабления нужно начать проведение искусственного дыхания.

Независимо от степени отравления пострадавшего госпитализируют в стационар, на случай, если позднее возникнут осложнения со стороны нервной и дыхательной систем;

При отравлении токсическими веществами, проникающими через кожный покров (некоторые ядовитые растения, химические растворители и средства от насекомых-ФОСфосфорорганическими соединениями (карбофос, дихлофос и др.)), яд в организм проникает через кожу и слизистые поверхности.

При попадании ядовитого вещества на кожу нужно как можно быстрее снять это вещество с поверхности кожи ватным или марлевым тампоном или тряпкой, стараясь не размазывать его на поверхности кожи.

После этого кожу следует хорошо обмыть теплой водой с мылом или слабым раствором пищевой (пищевой) соды, обработать место поражения на коже 5—10% раствором нашатырного спирта. При наличии раны, например ожога, наложите чистую или стерильную влажную повязку. Далее дважды промыть желудок 2% раствором пищевой соды (1 ч. л. соды на 1 стакан воды).

Затем следует выпить 0,5 стакана 2% раствора пищевой соды с добавлением активированного угля или солевое слабительное. Пострадавшему дают выпить крепкий чай. Дождаться прибытия бригады скорой медицинской помощи.

При попадании отравляющего вещества в глаза надо немедленно промыть их струей воды при открытых веках. Промывание должно быть тщательным в течение 20-30 минут, так как даже небольшое количество ядовитого вещества, попавшего в глаза, может вызвать их глубокие поражения. После промывания глаз следует наложить сухую повязку и немедленно обратиться к главному врачу.

ЧЕГО НЕ ДЕЛАТЬ

- не вызывать рвоту, если человек без сознания
- не вызывать рвоту у беременных

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ

- не вызывать рвоту у тех, у кого слабое сердце и при судорогах
- не вызывать рвоту при отравлении нефтепродуктами, кислотами, щелочью
- не давать слабительное средство при отравлении нефтепродуктами, кислотами, щелочью
- не давать газировку!
- не давать кислоту при отравлении щелочью и наоборот!!!

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОТРАВЛЕНИЯХ

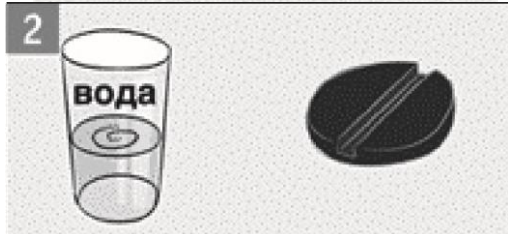
Первая помощь при пероральных отравлениях (при поступлении токсического вещества через рот)

Срочно вызови бригаду скорой медицинской помощи. Выясни обстоятельства происшедшего (в случае лекарственного отравления предъяви обертки от лекарств прибывшему медицинскому работнику).

Если пострадавший в сознании

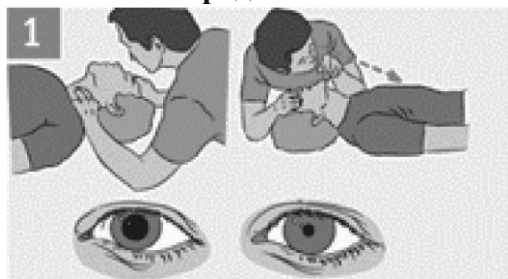


Обеспечь промывание желудка. Давай выпить по стакану чистой воды температурой 18-20 С. На один литр воды желательно добавить десертную ложку соли (10 г) и чайную ложку пищевой соды (5 г). После приема каждые 300-500 мл воды следует вызывать рвоту, прикоснувшись пальцами к корню языка. Общий объем принятой жидкости при промывании желудка должен быть не меньше 2500-5000 мл. Промывание желудка проводить до «чистых промывных вод». При отсутствии сознания желудок не промывать!



Раствори в стакане воды 10-20 таблеток активированного угля до состояния кашицы. Дай пострадавшему выпить (в качестве абсорбента).

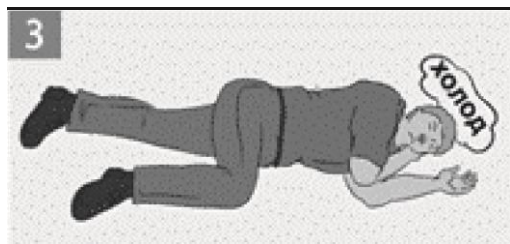
Если пострадавший без сознания



Определи наличие пульса на сонных артериях, реакции зрачков на свет, самостоятельного дыхания.



Если пульс, дыхание и реакция зрачков на свет отсутствуют, немедленно приступай к сердечно-легочной реанимации.



Уложи пострадавшего в устойчивое боковое положение.



Укутай пострадавшего теплыми одеялами, одеждой.

Вызови (самостоятельно или с помощью окружающих) «скорую помощь», обеспечь доставку пострадавшего в лечебное учреждение.

Первая помощь при ингаляционных отравлениях (при поступлении токсического вещества через дыхательные пути)

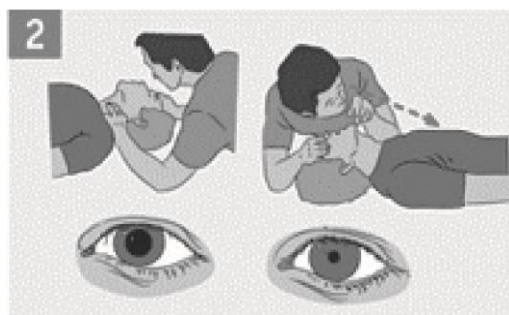
Признаки отравления угарным газом: резь в глазах, звон в ушах, головная боль, тошнота, рвота, потеря сознания, покраснение кожи.



Признаки отравления бытовым газом: тяжесть в голове, головокружение, шум в ушах, рвота; резкая мышечная слабость, усиление сердцебиения; сонливость, потеря сознания, непроизвольное мочеиспускание, побледнение (посинение) кожи, поверхностное дыхание, судороги.

Убедись, что ни тебе, ни пострадавшему ничто не угрожает, вынеси пострадавшего в безопасное место или открой окна, проветри помещение.

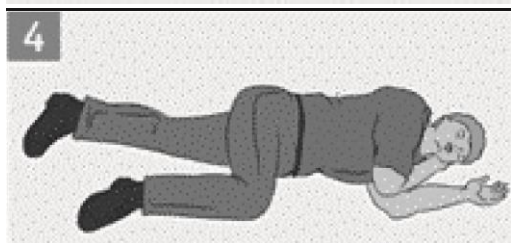
Вызови скорую медицинскую помощь.



Определи наличие пульса на сонных артериях, наличие реакции зрачков на свет, самостоятельного дыхания.



Если пульс, дыхание и реакция зрачков на свет отсутствуют — немедленно приступай к сердечно-легочной реанимации.



При восстановлении самостоятельного дыхания и сердцебиения придай пострадавшему устойчивое боковое положение.

МОДУЛЬ 9.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ УТОПЛЕНИИ.

Различают два вида утопления: истинное или синее утопление, при котором вода заполняет легкие, и бледное утопление, когда вода не проникает в легкие.

Синий тип утопления наблюдается в теплое время года при купании в пресной воде пруда, реки, озера. Тонущий не сразу погружается в воду, а пытается удержаться на ее поверхности, барахтается и при этом вдыхает и заглатывает большое количество воды. Через заполненные водой альвеолы кислород не может проникнуть в кровь, развивается гипоксия — кислородное голодание, она и обуславливает синий цвет кожи.

Бледный тип возникает при утоплении в ледяной воде или при утоплении в бессознательном состоянии. В первом случае происходит спазм голосовой щели, а во втором — отсутствие дыхательных движений. Обе эти причины ведут к тому, что вода в дыхательные пути не попадает.

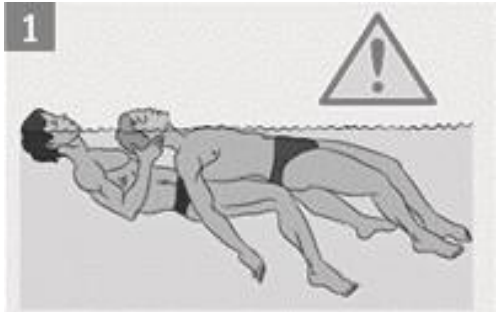
Помощь утопающему. При извлечении утопающего из воды необходимо быть осторожным. Подплыть к нему следует сзади. Схватив за волосы или подмышки, нужно перевернуть утопающего вверх лицом и плыть к берегу, не давая захватывать себя. Оказание первой помощи должно начаться сразу же после извлечения из воды.

Первая медицинская помощь при синем утоплении. После извлечения из воды не следует тратить время на определение признаков жизни (наличие пульса на сонной артерии и реакции зрачков на свет), а начинать оказывать помощь с удаления воды из желудка и дыхательных путей. Для этого маленького ребенка можно перевернуть вверх ногами и потрясти, а взрослого перекинуть как коромысло через спинку скамейки или через свое согнутое бедро и сильно нажать на спину. Затем очистить ему рот от песка и водорослей и нажать на корень языка, пытаясь вызвать рвоту. Если рвота появилась, то это означает, что человек живой и ему нет необходимости делать реанимацию. Просто надо продолжать тщательно удалять воду из дыхательных путей, сжимая грудную клетку с боков и надавливая на корень языка. Когда она перестанет выделяться, пострадавшего переворачивают на живот или на бок, тепло укрывают и вызывают «скорую помощь», если ее еще не вызвали.

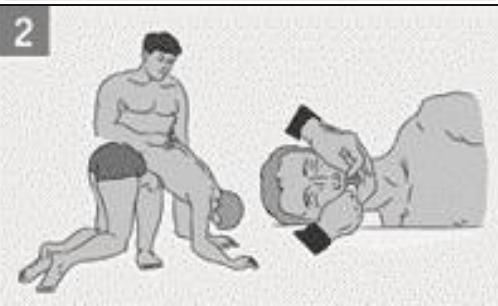
Если рвотный рефлекс отсутствует, то проверяют реакцию зрачков на свет и пульс на сонной артерии и при их отсутствии приступают к реанимации.

При оказании первой медицинской помощи при бледном утоплении нет необходимости тратить время на удаление воды из легких и желудка и переносить пострадавшего в теплое помещение, если у него отсутствуют признаки жизни. Надо немедленно приступить к реанимации. Если у пострадавшего появился пульс на сонной артерии и самостоятельное дыхание, его необходимо перенести в теплое помещение, переодеть в сухое белье и поить теплым чаем. Вызвать «скорую помощь». Необходимо помнить, что при утоплении в холодной воде есть все шансы спасти человека как бы долго он не был на холоде, так как низкая температура отодвигает срок наступления биологической смерти. Поэтому и реанимацию ему необходимо проводить длительное время.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ УТОПЛЕНИИ

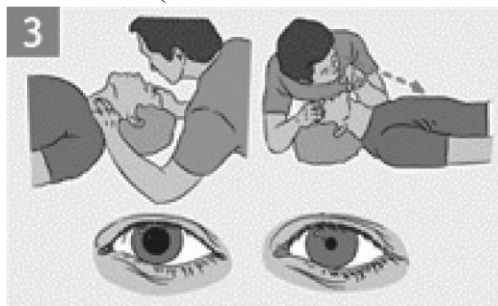


Убедись, что тебе ничто не угрожает. Извлеки пострадавшего из воды. (При подозрении на перелом позвоночника вытаскивай пострадавшего на доске или щите.)



Уложи пострадавшего животом на свое колено, дай воде стечь из дыхательных путей. Обеспечь проходимость верхних дыхательных путей. Очисти полость рта от посторонних предметов (слизь, рвотные массы и т.п.).

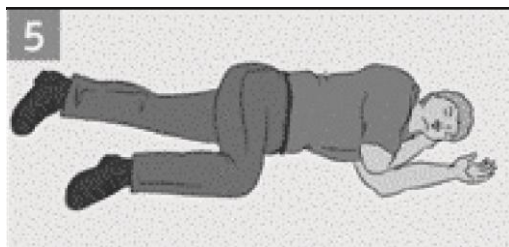
Вызови (самостоятельно или с помощью окружающих) «скорую помощь».



Определи наличие пульса на сонных артериях, реакции зрачков на свет, самостоятельного дыхания.



Если пульс, дыхание и реакция зрачков на свет отсутствуют — немедленно приступай к сердечно-легочной реанимации. Продолжай реанимацию до прибытия медицинского персонала или до восстановления самостоятельного дыхания и сердцебиения.



После восстановления дыхания и сердечной деятельности придай пострадавшему устойчивое боковое положение. Укрой и согрей его. Обеспечь постоянный контроль за состоянием.

МОДУЛЬ 10.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТАХ АСФИКСИИ (УДУШЕНИИ).

Асфиксия или удушье может возникнуть при различных обстоятельствах. При асфиксии характер оказания первой помощи зависит от характера ее возникновения. Дыхание может быть затруднено или перекрыто в результате ряда заболеваний либо механического воздействия. Вне зависимости от причины удушья, асфиксия ведет к остановке сердца уже через две-три минуты, поэтому действовать нужно крайне быстро. Аллергическое происхождение асфиксии, механическое или астматическое требуют индивидуального комплекса оказания помощи. Первое, с чего необходимо начать оказание помощи пострадавшему, — это попытаться обнаружить посторонние предметы, перекрывающие дыхательные пути и, по возможности, определить причину удушья для ее устранения. Если асфиксия вызвана аллергической реакцией, следует вызвать скорую помощь и дать принять больному антигистаминный препарат. Асфиксия может быть вызвана приступом астмы.

ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ АСФИКСИИ.

В случае, когда асфиксия вызвана сдавливанием грудной клетки тяжелыми предметами либо тесной одеждой, нужно избавиться от них и освободить грудную клетку. Сразу необходимо вызвать скорую медицинскую помощь, обеспечить свободный приток воздуха пострадавшему. Уложить пострадавшего на бок, во избежание спазмов, рвотных позывов, что может вызвать отек легкого, остановку дыхания кровообращения. Может наступить клиническая смерть. Если удушье произошло от инородного предмета (пища, рвотные массы), следует постараться извлечь его из горла с помощью пальцев рук. В случае, когда простое откашливание не помогает, нужно перегнуть пострадавшего через колено, предмет мебели либо просто наклонить корпус его тела вперед и ударить два-три раза по спине. Если от удушья страдает маленький ребенок (до трех лет), то необходимо взять обеими руками его за ноги в положении головой вниз и осторожными встряхивающими движениями освободить дыхательные пути. Эффективным при асфиксии является метод Геймлиха: резкое сильное сдавливание диафрагмы пострадавшего в положении сзади, обхватив его двумя сцепленными в замок руками спереди.

УДАЛЕНИЕ ИНОРОДНОГО ТЕЛА ИЗ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ПРИЕМОМ ГЕЙМЛИХА

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

Дети часто вдыхают части игрушек, орехи, конфеты.

<p>1</p> 	<p>Положи младенца на предплечье левой руки, ладонью правой руки хлопни 2-3 раза между лопатками. Переверни младенца вниз головой и подними его за ноги.</p>
<p>2</p> 	<p>Обхвати пострадавшего сзади руками и сцепи их в «замок» чуть выше его пупка, под реберной дугой. С силой резко надави — сложенными в «замок» кистями — в надчревную область. Повтори серию надавливаний 3 раза. Беременным женщинам сдавливать нижние отделы грудной клетки.</p>
<p>3</p> 	<p>Если пострадавший без сознания, сядь сверху на бедра, обеими ладонями резко надави на реберные дуги. Повтори серию надавливаний 3 раза.</p>
<p>4</p> 	<p>Извлеки посторонний предмет пальцами, обернутыми салфеткой, бинтом. Перед извлечением инородного тела изо рта пострадавшего, лежащего на спине, необходимо повернуть голову набок.</p>

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПОСТРАДАВШЕМУ В БЕССОЗНАТЕЛЬНОМ СОСТОЯНИИ

Если пострадавший потерял дыхание, следует предотвратить возможность удушья от западения языка. Для этого необходимо положить человека на спину и запрокинуть его голову как можно дальше назад. Затем нужно опустить, аккуратно выдвинуть вперед нижнюю челюсть, удержать язык пальцами с помощью куска ткани (носовой платок, марля) и каким-либо способом прикрепить его к нижней челюсти, например, с помощью булавки. Для предотвращения отечности гортанных тканей, нужно приложить к области шеи лед. Охлаждение поможет избежать усугубления ситуации. Оказывая первую помощь при асфиксии, каждые одну-две минуты необходимо проверять наличие пульса и дыхания. Если они отсутствуют, следует приступать к искусственной вентиляции легких. В случае остановки сердца, нужно произвести непрямой массаж сердца. Если вы стали свидетелем проявления у человека симптомов удушья (затрудненное дыхание, хрипы, беспорядочная жестикуляция, судороги), первая помощь при асфиксии должна быть немедленной. Действовать нужно самостоятельно, не ожидая приезда скорой помощи.

Удушье приводит к смерти за считанные минуты.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ УКУСАХ.

УКУСЫ НАСЕКОМЫХ (ПЧЁЛ, ОС, ШМЕЛЕЙ, ШЕРШНЕЙ)

Укусы жалящих насекомых обычно весьма болезненны и сопровождаются появлением покраснения и отёка. Опасность по большей части заключается в возможности развития аллергической реакции. В случае укуса необходимо:

- Проверить место поражения на предмет наличия жала насекомого. Его необходимо осторожно удалить из раны пинцетом.
- Обработать пострадавшую область ватным тампоном, смоченным раствором перекиси водорода, нашатырным спиртом, светло-розовым раствором перманганата калия или даже обычной водой с солью (чайная ложка на стакан).
- Приложить к месту укуса холод (лёд). Он снимет боль и отёчность.
- Пострадавшему необходимо обильное питьё, а в случае наличия у него предрасположенности к аллергическим реакциям следует обеспечить принятие антигистаминного препарата (супрастин, тавегил, кларитин и т.д.). Если эти меры не прекратят развитие симптомов, то следует незамедлительно обратиться к врачу.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ УКУСАХ НАСЕКОМЫХ



При укусе насекомого удали жало из ранки.



Приложи холод к месту укуса.

При возникновении аллергической реакции обратиться к врачу. Следи за состоянием больного до прибытия медицинского работника.

УКУС КЛЕЩА

Клещи заслуживают особо пристально внимания. Всем известно, что это маленькое с виду насекомое является разносчиком очень серьёзных заболеваний.



Извлекать клеща самостоятельно не рекомендуется, с этим лучше справятся специалисты в медицинском учреждении. Если нет возможности обратиться за помощью к профессионалу, то запаситесь пинцетом и спиртом. Ухватить клеща нужно как можно ближе к коже пострадавшего, а тянуть (не дёргать!) перпендикулярно её поверхности, медленно и аккуратно. Если головка насекомого всё же оторвалась, не спешите паниковать, а просто удалите её как обычную занозу, обработав рану спиртом или зелёной. Если вы опасаетесь инфекции, то

сохраните клеща в пузырьке и отвезите его на анализ в лабораторию.

УКУС ЗМЕИ

Отравление змеиным ядом всегда бывает опасно для жизни. Если есть возможность, то укушенному змеей (после оказания первой помощи) обязательно надо обратиться в лечебное учреждение, где ему будет введена специфическая противоядная сыворотка. Укус неядовитой змеи оставляет на теле две полоски тонких мелких царапин, ядовитое пресмыкающееся добавляет на конце каждой из них прокол от клыков. Первые минуты после поражения пострадавший не ощущает сильной боли, но уже через 10-15 минут она начинает усиливаться, приобретая жгучий характер. Самостоятельно оказать действенную помощь очень сложно.

- Укушенного змеей необходимо уложить, не давая ему возможности ходить и двигаться, чтобы яд не распространялся с током крови по организму.
- Следует помнить, что паника и нервозность также ускоряют кровоток, так что попытайтесь успокоиться.
- Обмойте укушенное место тёплой водой с мылом и наложите чистую повязку.
- Не рекомендуется: тугое бинтование выше места укуса и наложение шины. Это один из самых распространённых методов борьбы со змеиным ядом, но всё больше специалистов приходит к мнению, что он скорее вредит, чем помогает. Зарубежные исследователи установили, что наложение жгута значительно усиливает местные патологические процессы в организме вплоть до гангрены всей конечности. Иногда её приходится ампутировать.
- **Не рекомендуется:** Прижигать место укуса, делать надрезы. Это вызывает лишнюю кровопотерю, может спровоцировать дополнительное заражение, а рана после такого долго не заживает.
- **Не рекомендуется:** Отсасывать яд. Этот метод не столько опасен, сколько не оправдывает себя в виду низкой эффективности. Применить его можно, но только если пострадал маленький ребёнок или укус получен от крупной и весьма ядовитой змеи. В любом случае вы должны действовать уверенно и хладнокровно, а во рту (на губах, слизистых оболочках полости рта) не должно быть царапин и других повреждений.
- Может помочь пострадавшему и холод. Если человеку становится хуже, некоторые специалисты рекомендуют вызвать у него рвоту. Необходим обязательный и срочный вызов врача.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ УКУСАХ ЯДОВИТЫХ ЗМЕЙ

Ограничь подвижность пострадавшей конечности.



При укусе ноги прибинтуй ее к другой ноге.



При укусе руки — зафиксируй ее в согнутом положении.



При остановке сердца и дыхания приступай к сердечнолегочной реанимации.

Обеспечь доставку пострадавшего в лечебное учреждение для введения противозмеиной сыворотки.

УКУСЫ ЖИВОТНЫХ (КОШЕК, СОБАК)

Чаще всего люди страдают от укусов собак, реже — кошек, ещё реже — диких животных в природных условиях или в зоопарке. Такие укусы опасны заражением бешенством, токсоплазмозом и другими заболеваниями.

- Необходимо промыть поражённое место проточной водой, чтобы удалить из раны остатки слюны животного.
- Обработать кожу вокруг раны (не саму рану!) спиртом или настойкой йода, после чего наложить чистую повязку и доставить пострадавшего к врачу.
- Вопрос о вакцинации против бешенства решит врач. Само собой, будет очень здорово, если вы найдёте хозяина животного, которое нанесло укус, и тот предоставит вам информацию о здоровье и прививках обидчика. Если же животное бездомное, то пострадавшему в любом случае придётся выдержать не один укол.

Помните — многих укусов можно избежать, если правильно себя вести. Никогда не дразните животных сами и научите своих детей этого не делать. Особенно важно не провоцировать на агрессию змей, которые чаще всего сами уходят с пути человека, а нападают, лишь если их потревожили или раздражили. Носите во время прогулок по полю, лесу или в горах высокую обувь. Не трогайте без разрешения животных, принадлежащих другим хозяевам, и не позволяйте этого детям. Даже самая мирная и добродушная собака может неадекватно отреагировать на постороннего, ведь у неё свой характер и настроение. Не провоцируйте ситуаций, которые могут привести к укусу, чтобы потом не винить в этом окружающих. Если укус всё же имел место, от кого бы он не был получен, никогда не пытайтесь остановить кровь — вместе с ней из раны удаляются яд и другие вредные вещества, способные вызвать инфекцию.

МОДУЛЬ 12.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ РАЗВИТИИ СОСТОЯНИЙ, УГРОЖАЮЩИХ ЖИЗНИ, У ЛИЦ С РАЗЛИЧНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ.



Бронхиальная астма — это хроническая болезнь легких, вызывающая периодические приступы затруднения дыхания.

Во время приступа мелкие воздухопроводящие пути в легких (bronхиолы) слишком сильно реагируют на определенные раздражители. Дыхательные пути воспаляются, отекают и закупориваются, мышцы, окружающие бронхиолы, сжимает спазм. Доступ воздуха в

дыхательную систему затрудняется, и человек дышит словно через соломенную трубочку (свистящее дыхание).

Первый приступ астмы может произойти в любом возрасте, но около половины случаев впервые диагностируются у детей до 10 лет.

После этого врач назначает больному бронхорасширительный препарат в форме ингалятора, который нужно всегда носить с собой и применять при наступлении астматического приступа. Такой ингалятор довольно быстро купирует приступ. Но проблема возникает, когда больной забыл/потерял ингалятор, а у него начинается приступ.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ АСТМАТИЧЕСКОМ ПРИСТУПЕ

Итак, первым делом, при приступе астмы нужно помочь больному найти его ингалятор и (если он сам не в состоянии) сделать 2 ингаляции в рот. Если состояние не улучшится, через 10 минут — еще две. Если же приступ происходит впервые или ингалятора нет или ингаляции не помогают:

Необходимо обеспечить приток свежего воздуха (открыть окно, распахнуть одежду на шее) и помочь человеку найти удобное положение, которое несколько облегчит дыхание. Как показывает практика, лучше всего, если он сядет верхом на стул задом наперед, наклонится вперед и обопрется о его спинку.

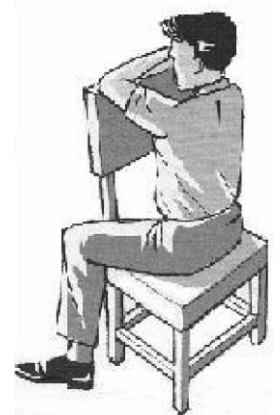
Очень важно успокоить человека. Если он успокоится — сможет немного расслабить мышцы легких, тогда дышать станет значительно легче.

Многие рекомендуют в таких случаях делать глубокие вдохи через нос. Так что скажите больному: «Спокойно! Все будет хорошо. Вдыхай через нос!»

Дайте больному 1-2 таблетки любого противоаллергического средства (супрастин, димедрол, тавегил, кларитин).

Также рекомендуется прогреть ноги — засунуть их в теплую воду минут на 20. Это способствует кровотоку от дыхательного тракта в полые вены в ногах.

Но если через 30-40 минут состояние не улучшится, надо вызывать скорую помощь.



ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ЭПИЛЕПТИЧЕСКОМ ПРИПАДКЕ

Эпилепсия — это распространенное неврологическое заболевание, вызванное повреждением нейронов мозга. Из-за этого повреждения, при воздействии различных внутренних и внешних факторов, у больного возникают приступы повышенной биоэлектрической активности клеток головного мозга. В результате этого случается эпилептический припадок, сопровождающийся потерей сознания и судорогами.



Больной эпилепсией обычно сам чувствует надвигающийся эпилептический приступ по усиливающейся раздражительности, головной боли, изменениям в настроении и другим факторам. У многих о припадках предупреждает состояние-предвестник и у каждого оно особенное. У одних неожиданно появляются приятные ощущения — радость и восторг, у других, наоборот, неприятные ощущения — головная боль, тошнота. Поэтому, если вы видите, что с человеком происходит что-то странное — будьте готовы к тому, что он сейчас упадет и не дайте ему удариться при падении.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ

При наступлении приступа человек очень сильно бледнеет, у него расширяются зрачки, расслабляются все мыш-

цы, он теряет сознание и падает. Тело больного сводит судорога, лицо искажается, изо рта идет пена.

Примерно через 30 секунд начинается вторая фаза припадка — все мышцы тела напрягаются, и происходит более резкое и равномерное сгибание конечностей. Челюсти тоже беспорядочно сжимаются и из-за этого часто больные прикусывают себе язык. Из-за судорожного сокращения мышц гортани, человек издает нечленораздельные звуки в виде мычания, стона. Эта фаза продолжается примерно 1-2 минуты.

Постепенно судороги ослабевают, наступает расслабление мускулатуры, дыхание выравнивается, становится спокойным, пульс замедляется. Больной засыпает и может проспать до нескольких часов. Проснувшись, человек совершенно не помнит, что с ним происходило.

Первая помощь при эпилептическом припадке

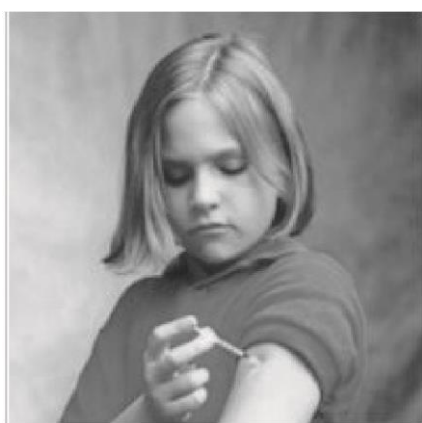
Главная задача при эпилептическом припадке — не дать больному травмировать себя, а главное — прикусить себе язык. Иначе может возникнуть очень опасное кровотечение и он потеряет много крови или захлебнется ею.

Поэтому, как можно быстрее нужно вставить между зубов человека плотно сложенный носовой платок, полотенце или другой мягкий предмет. Если челюсти плотно сжаты — не пытайтесь разжать их самостоятельно — но проконтролируйте — если рот откроется — вставьте платок.

Подложите под голову что-то мягкое для предотвращения травм.

Обязательно нужно вызвать скорую помощь. В некоторых случаях нужна госпитализация.

По окончании припадка поверните больного на бок, чтоб предотвратить западание языка и попадание слюны/рвоты в дыхательные пути. При отсутствии сознания у больного ни в коем случае не пытайтесь давать ему лекарства или вливать в рот воду. Если больной заснул, то не надо его будить.



ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ КОМЕ

Сахарный диабет — это всем известное заболевание, вызывающее нарушение усвоения сахара организмом. И это заболевание часто приводит к возникновению неотложных ситуаций. Почему они возникают?

Дело в том, что сахар (глюкоза) — это энергия, необходимая для работы всех клеток организма. Но чтоб эта энергия попадала в клетку, ей необходим ключ — инсулин, который вырабатывается поджелудочной железой. Только мозг и другие важные органы могут получать энергию без инсулина.

Так вот, у больных диабетом этого инсулина в организме недостаточно, и клетки начинают голодать. Если у человека вовремя диагностировали диабет, ему рекомендуют строго соблюдать диету и выдают шприцы с инсулином, который нужно периодически вводить.

Однако, если лечение начато поздно, или больной грубо нарушил диету, либо ввел неправильную дозу инсулина — может возникнуть критическая ситуация.

При недостатке инсулина — клетки голодают, отравляют себя собственными (токсичными) продуктами обмена, а в крови накапливается глюкоза. Организм старается вывести ее с мочой. А

это, в свою очередь, приводит к обезвоживанию организма. У человека появляется сильная жажда и сухость во рту. Он литрами пьет воду, но она быстро выводится. Из-за высокой концентрации токсинов появляется запах ацетона изо рта.

Когда обезвоживание и самоотравление становится критическим, у больного сначала нарушается сознание, а потом он впадает в диабетическую кому.

Такая же беда может случиться, если больной введет слишком много инсулина. При этом клетки мышц, жировых тканей мгновенно заберут всю глюкозу из крови, и мозгу ничего не останется. А мозг без энергии не может вообще — он сразу отключается. Кроме того, при низкой концентрации глюкозы в крови, выделение жидкости из организма приостанавливается, в результате чего может развиваться отек мозга.

Обычно больному в таком состоянии достаточно съесть кусочек сахара, конфету, немного варенья или обычного хлеба, чтобы восстановить уровень глюкозы. Но если он этого не сделает, либо передозировка слишком сильная — у него появляется общее беспокойство, страх, дрожь и он впадает в кому с потерей сознания и судорогами.

Первая помощь при диабетической коме

- Кажется бы, если рядом с вами человек с признаками обезвоживания и запахом ацетона изо рта теряет сознание — логично найти у него инсулиновый шприц и ввести инсулин. **НО ЭТОГО ДЕЛАТЬ НЕЛЬЗЯ.**
- Вы не знаете, какую дозу нужно вводить, а если вы введете больше чем нужно — мозг останется без питания, и человек умрет.
- Поэтому все что нужно сделать при признаках диабетической комы — уложить человека на бок, чтобы он не захлебнулся рвотой и не задохнулся из-за впавшего языка, и вызвать скорую.
- Ну и если к вам обратится «какой-то сумасшедший» и попросит конфетку или что-то сладкое — имейте в виду, что он может быть на грани диабетической комы.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ СЕРДЕЧНОМ ПРИСТУПЕ



Сердечный приступ (острая сердечная недостаточность) — это состояние, при котором сердце не может обеспечить адекватное кровообращение. Оно может развиваться в результате длительного кислородного голодания в связи с кровопотерей или расстройством дыхания, травматического шока, пороков сердца (закупорка сосудов, спазм коронарных сосудов, инфаркт миокарда), отравления токсическими веществами. При острой сердечной недостаточности сердечная мышца теряет свою сократительную способность, поэтому сердце не может перекачивать притекающую к нему кровь. Резко уменьшается сердечный выброс, возникает застой крови.

Если преобладает недостаточность левого желудочка, то кровь застаивается в легких, возникает переполнение малого круга кровообращения, развивается сердечная астма, отек легких. Если преобладает правожелудочковая недостаточность, то кровь застаивается в большом круге кровообращения, появляются отеки, увеличивается печень, уменьшается скорость кровотока и снабжение кислородом различных тканей и органов.

Обычно сердечный приступ развивается постепенно. При этом у больного появляется боль в области сердца, происходит усиление одышки, удушье с кашлем, ослабленное учащенное дыхание и скудные хрипы ниже лопатки. Если же происходит отек легких — то при кашле выделяется пенная розовая мокрота.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ СЕРДЕЧНОМ ПРИСТУПЕ

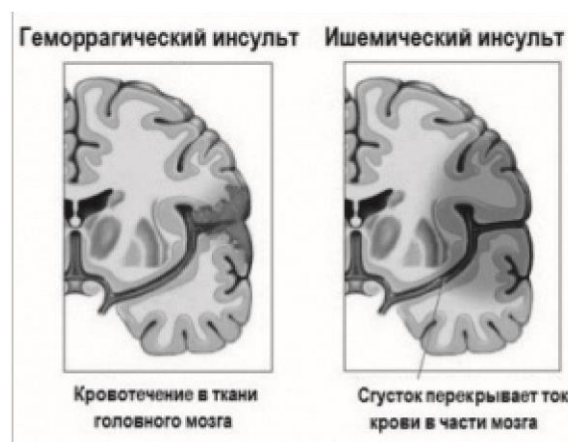
Если человек теряет сознание — проверяйте дыхание/пульс и при их отсутствии — приступайте к искусственному дыханию и массажу сердца.

Если приступ развивается медленно — успокойте и усадите человека. Вызовите скорую. Дайте ему из аптечки таблетки: нитроглицерин и аспирин.

Нитроглицерин понижает кровяное давление, расслабляет гладкую мускулатуру кровеносных сосудов. А аспирин делает тромбоциты менее липкими и помогает минимизировать формирование кровяных сгустков и предотвратить блокировку артерий.

Нитроглицерин кладут под язык до полного рассасывания таблетки. Он снимает болевой приступ в течение 3-5 минут. Если же нет, дайте вторую таблетку.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ИНСУЛЬТЕ



Инсульт — это острое нарушение мозгового кровообращения, вызванное либо закупоркой сосудов и прекращением кровоснабжения, либо кровоизлиянием в мозг. Кровоизлияние, как правило, развивается при высоком артериальном давлении.

Симптомами инсульта являются острая головная боль, головокружение, онемение и перекошенность лица, слабость, нарушение координации и речи, ухудшение зрения, потеря сознания.

Чтобы убедиться, что это инсульт — попросите человека улыбнуться, отчетливо выговорить какоенибудь слово или поднять обе руки. Если у него

это не получается — срочно вызывайте скорую. Точно

опишите диспетчеру все, что произошло, чтобы приехала специализированная неврологическая бригада.

Наиболее эффективное лечение возможно в первые 3 часа с момента нарушения мозгового кровообращения. Это так называемое терапевтическое окно, когда еще реально избежать развития в мозге необратимых изменений.

Больные с острым инсультом должны быть госпитализированы в стационар, оснащенный аппаратурой для проведения компьютерной или магнитно-резонансной томографии. Только с ее помощью возможно окончательное уточнение диагноза, а, следовательно, и проведение адекватного лечения.

В ожидании скорой — уложите человека в постель, придав ему удобное полусидячее или лежащее положение (как ему удобней). Не позволяйте ему вставать, ходить — это может вызвать осложнения.

Измерьте давление. Если оно высокое — немедленно дать больному то лекарства, которое он обычно принимает для понижения артериального давления.

Необходимо обеспечить больному доступ свежего воздуха, хотя бы открыть форточку.

Если человек потерял сознание — проверьте дыхание и пульс. При их отсутствии, сделайте искусственное дыхание и массаж сердца. Если дыхание есть — поверните голову на бок, чтобы человек не задохнулся.

Врачи скорой введут больному более сильные лекарства для нормализации давления, работы сердца и состава крови.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ВЫСОКОМ ДАВЛЕНИИ

Чем опасно высокое давление?

Артериальное давление — это давление крови на стенку сосуда (артерии). Величина давления зависит от трех параметров:

- тонуса сосудов
- силы сокращения сердца
- количества крови в организме

Постоянство артериального давления поддерживается сложной системой регуляции к которой относятся нервная система и почки. По различным причинам у некоторых людей эта система регуляции нарушается.



Эта болезнь называется гипертония.

Такие больные (после консультаций с врачом) соблюдают правильную диету, режим сна, физических нагрузок и периодически принимают лекарства для понижения артериального давления.

Однако иногда из-за несоблюдения рекомендаций врача, или из-за стресса, или из-за резкой смены погоды у таких больных резко повышается давление вплоть до 220/120. Такое состояние называется гипертонический криз.

Гипертонический криз обычно начинается с резкого возникновения сильной пульсирующей головной боли, часто она сопровождается головокружением и расстройством зрения («мушки в глазах»), тошнотой и однократной рвотой. Эти симптомы связаны с нарушением местного мозгового кровотока. Больного охватывают чувство страха, беспокойство, нездоровое возбуждение. Больной чувствует жар, у него усиливается потоотделение. В следующий момент он ощущает холод и дрожь в конечностях

Гипертонический криз опасен тем, что может привести к сердечному приступу или инсульту.

Первая помощь при высоком давлении

Измерьте больному давление с помощью тонометра, чтобы убедиться, что это гипертонический криз.

Вызовите скорую. Особенно в том случае, если гипертонический криз наступил у больного впервые.

Больного необходимо уложить в постель, придав ему удобное полусидячее положение с помощью подушек. Это нужно для того, чтобы избежать приступов удушья. Не позволяйте ему вставать, ходить — это может вызвать осложнения.

Больному нужно немедленно дать внеочередную дозу того лекарства, которое он обычно принимает для понижения артериального давления.

Кроме того, в случае резкой головной боли можно дать больному одну таблетку привычного для него мочегонного средства, если больной употребляет препараты этого действия.

При появлении сильных болей в области груди (сердце) можно дать больному таблетку нитроглицерина под язык.

Купирование гипертонического криза предполагает снижение давления в течение 1 часа на 25—30 мм рт. ст. по сравнению с исходным. Резко снижать давление нельзя, возможен риск осложнений (сердечная недостаточность с различными последствиями).

И, конечно, никаких новых препаратов давать больному нельзя, это дело врача.

Необходимо обеспечить больному доступ свежего воздуха, хотя бы открыть форточку. Также можно согреть больному ноги ножной горячей ванной. Это поможет отвести часть крови на периферию.

Больному при гипертоническом кризе очень важна и психологическая поддержка со стороны близких людей. У него происходит сильный выброс стрессовых гормонов, больной испытывает беспокойство, страх за свою жизнь, тревогу. И лучше, чем родные люди, хорошо и близко знающие

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ

больного, ему не поможет успокоиться никто. С больным нужно спокойно и доброжелательно разговаривать, не допуская собственных панических состояний, стараться убедить его в том, что ничего страшного не происходит, а врач непременно поможет ему.

Врач скорой помощи введет более активный антигипертензивный препарат внутривенно, если это необходимо, и решит, насколько необходима госпитализация. Обычно больные с неосложненным гипертоническим кризом не нуждаются в ней, а вот больных с осложненным гипертоническим кризом чаще всего необходимо бывает отвезти в кардиологическое отделение больницы.

Госпитализация требуется и тем больным, у кого гипертонический криз развился впервые.

Первая помощь при сердечном приступе

Признаки: острая боль за грудиной, отдающая в левую верхнюю конечность, сопровождающаяся «страхом смерти», сердцебиение, одышка.



Если больной без сознания, определи наличие пульса на сонных артериях, реакции зрачков на свет, самостоятельного дыхания.

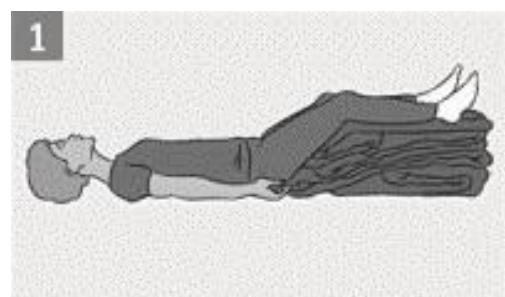


Определи наличие сердцебиения самостоятельного дыхания, реакции зрачков на свет. При отсутствии приступай к сердечно-легочной реанимации.

Вызови, поручи окружающим вызвать скорую медицинскую помощь. Обеспечь поступление свежего воздуха, расстегни тесную одежду, придай полусидячее положение.

Первая помощь при обмороке

Признаки: бледность, внезапная кратковременная потеря сознания.



Уложи пострадавшего на спину с приподнятыми ногами, ослабь галстук, расстегни ворот верхней одежды, ослабь брючный ремень, сними обувь, обеспечь доступ свежего воздуха. Обратиться к врачу для обследования и определения причины обморока.

Если сознание не восстанавливается более 3-5 минут, вызови (самостоятельно или с помощью окружающих) «скорую помощь».

МОДУЛЬ 13.

ТРАНСПОРТИРОВКА ПОСТРАДАВШИХ.



При серьезных травмах, а также при подозрении на них, особое внимание уделяется транспортировке пострадавших, поскольку неправильное перемещение может усугубить травму, став дополнительным повреждающим фактором.

Рекомендация врачей такова: транспортировать серьезно пострадавшего человека должны специалисты, поэтому лучше всего не делать этого самостоятельно, а вызвать скорую помощь. К сожалению, не всегда это представляется возможным. Транспортировать пострадавшего своими силами приходится в следующих ситуациях:

1) Непосредственная опасность для жизни там, где произошла травма. Например, если пострадавший находится на железнодорожном полотне, в горящем здании, задымленном помещении, здании, которое может в любой момент обрушиться и т.п. 2) Нет возможности приехать скорой помощи.

Всего выделяют три вида транспортировки:

1. **Экстренная.** Проводится при наличии непосредственной угрозы жизни, максимально быстро, используется любой подходящий способ удаления человека из опасной зоны в ближайшее безопасное место. Такая транспортировка может быть весьма травматичной для пострадавшего, но целью является спасение жизни человека, поэтому правилами перемещения пострадавших в данном случае пренебрегают;
2. **Краткосрочная.** Осуществляется своими силами людей, находящихся рядом с пострадавшим. В данном случае есть необходимость выбрать оптимальный метод перемещения пострадавшего с тем, чтобы по возможности не причинить ему дискомфорта, не усилить болезненные ощущения, не нанести вторичную травму. Как правило, в данном случае транспортировка осуществляется не слишком далеко, а до ближайшего места, где человеку могут оказать профессиональную помощь или где он может ее дожидаться в безопасной обстановке;
3. **Длительная.** Транспортировка силами и средствами специалистов, максимально удобная и безопасная для пострадавшего. Обычно проводится после оказания первой медицинской помощи на месте и обезболивания. В том случае, когда нет возможности приехать скорой помощи, длительную транспортировку приходится осуществлять силами окружающих. Рекомендации, о которых пойдет речь дальше, предназначаются для краткосрочной транспортировки, так как в условиях современной жизни, как правило, от неспециалистов требуется именно она.

ПОДГОТОВКА К ТРАНСПОРТИРОВКЕ ПОСТРАДАВШИХ.

Готовясь транспортировать человека, нуждающегося в помощи, следует иметь в виду: Пострадавшего необходимо внимательно осмотреть, чтобы составить представление о характере травм. Следует оценить состояние позвоночника, головы, шеи, грудной клетки, живота, тазовой области и конечностей. Убедитесь в том, что человек находится в сознании, если он без сознания, нужно проверить пульс и дыхание;

Если есть подозрение на тяжелый характер травм, множественные сочетанные травмы, пострадавшего нужно транспортировать лишь в крайнем случае, если нет надежды на приезд скорой помощи. При таких травмах перемещать пострадавшего следует по возможности в той позе, в которой он находится.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ

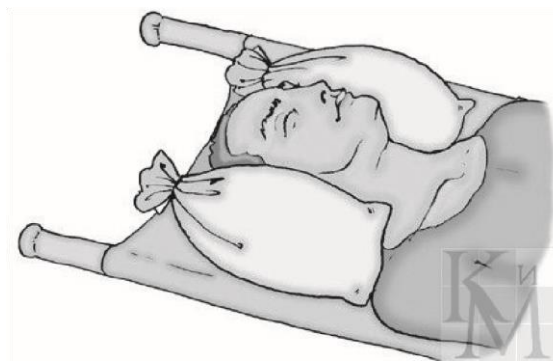
Общие правила перемещения пострадавших:

Правила и способы перемещения пострадавших могут различаться в зависимости от характера травм (кровопотеря, переломы и т.д.), однако есть несколько общих принципов:

При транспортировке человека с травмой шейного отдела позвоночника его голову и шею иммобилизуют, т.е. фиксируют, чтобы препятствовать движению.

Во всех остальных случаях пострадавшего транспортируют с головой, повернутой набок. Это необходимо, чтобы избежать попадания рвотных масс в дыхательные пути, а также асфиксии вследствие западения языка;

Человека с большой кровопотерей перемещают таким образом, чтобы его ноги находились выше головы. Такое положение обеспечивает приток крови к головному мозгу;



Положения пострадавшего при транспортировке

«Устойчивое боковое положение»



1. Без сознания.
2. При частой рвоте.
3. В случаях ожогов спины и ягодиц.

Положение «на спине» с приподнятыми и согнутыми в коленях ногами



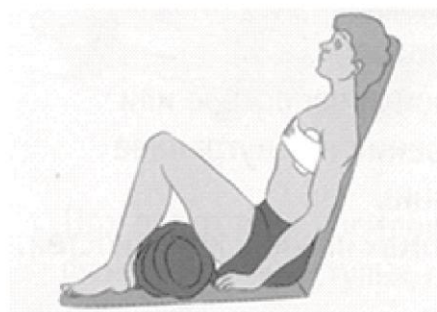
1. При проникающих ранениях брюшной полости.
2. При большой кровопотере или при подозрении на внутреннее кровотечение.
3. При переломах нижних конечностей.

Положение «лягушки» с подложенным под колени валиком



1. При подозрении на перелом костей таза.
2. При подозрении на повреждение позвоночника, спинного мозга.

Положение «сидя или полусидя»



1. При проникающих ранениях грудной клетки.
2. При ранениях шеи.
3. При переломах рук.

При подъеме по лестнице, а также при помещении в транспортное средство пострадавшего несут вперед головой, при спуске и выносе из транспорта — вперед ногами; Тот, кто несет

пострадавшего впереди, назначается главным, его задача — внимательно следить за дорогой, замечать препятствия и руководить перемещением, координируя действия остальных спасателей (пример команды: «на счет три поднимаем носилки — раз, два, три!»). При этом спасателям категорически запрещается двигаться «в ногу»; Тот, кто несет пострадавшего сзади, следит за его состоянием, и в случае ухудшения предупреждает остальных о необходимости остановки.

ВИДЫ ТРАНСПОРТИРОВКИ ПОСТРАДАВШИХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТРАВМЫ И СОСТОЯНИЯ

Различные способы транспортировки пострадавших

Выше указывалось, что при серьезных сочетанных травмах пострадавшего следует перемещать без изменения его положения. Теперь рассмотрим, в каких положениях следует транспортировать пострадавших в других, менее тяжелых ситуациях. Устойчивое положение на боку. В такой позе должны перемещаться пострадавшие в случае:

- а) приступов рвоты;
- б) нахождения в бессознательном состоянии;
- в) при ожогах или иных непроникающих травмах задней стороны тела (спина, ягодицы, задняя часть бедер);

Сидячее или полусидячее положение применяется в таких ситуациях: а)

- травмы шеи;
- б) травмы грудной клетки;
- в) переломы ключицы, рук;

Положение лежа на спине с приподнятыми ногами: а)

- травмы брюшной полости;
- б) подозрение на внутреннее кровотечение;
- в) наличие большой кровопотери;

Положение лежа на спине со слегка раздвинутыми ногами и подложенным под колени валиком («поза лягушки»):

- а) при травмах позвоночника, повреждении спинного мозга или подозрении на подобную травму;
- б) при переломе костей таза или подозрении на него.

При транспортировке необходимо постоянно следить за состоянием пострадавшего, помня о том, что оно в любой момент может ухудшиться. В случае если это произойдет, необходимо остановиться и начать проводить реанимационные мероприятия (дыхание «рот в рот», «рот в нос», непрямой массаж сердца). Реанимацию проводят до появления врача или до восстановления дыхания и пульса.

МОДУЛЬ 14.

АПТЕЧКА ДЛЯ ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ

Требования к комплектации изделиями медицинского назначения аптечек для оказания первой помощи работникам (Приказ Минздравсоцразвития РФ от 05.03.2011 N 169н «Об утверждении требований к комплектации изделиями медицинского назначения аптечек для оказания первой помощи работникам»). Изделия приведены с указанием их количества, формы выпуска и соответствия ГОСТам. По истечении сроков годности изделий или в случае их использования аптечку необходимо пополнить. Аптечка должна комплектоваться изделиями медицинского назначения, зарегистрированными на территории РФ.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ

№ п/п	Наименование изделий медицинского назначения	Нормативный выпуска документ	Форма (размеры)	Количество (штуки, упаковки)
1	Изделия медицинского назначения для временной остановки наружного кровотечения и перевязки ран			
		ГОСТ Р ИСО 10993-		
1.1	Жгут кровоостанавливающий	99*(1)		1 шт.
1.2	Бинт марлевый медицинский нестерильный	ГОСТ 1172-93*(2)	5 м x 5 см	1 шт.
1.3	Бинт марлевый медицинский нестерильный	ГОСТ 1172-93	5 м x 10 см	1 шт.
1.4	Бинт марлевый медицинский нестерильный	ГОСТ 1172-93	7 м x 14 см	1 шт.
1.5	Бинт марлевый медицинский стерильный	ГОСТ 1172-93	5 м x 7 см	1 шт.
1.6	Бинт марлевый медицинский стерильный	ГОСТ 1172-93	5 м x 10 см	2 шт.
1.7	Бинт марлевый медицинский стерильный	ГОСТ 1172-93	7 м x 14 см	2 шт.
1.8	Пакет перевязочный медицинский индивидуальный стерильный с гер-метичной оболочкой	ГОСТ 1179-93*(3)		1 шт.
1.9	Салфетки марлевые медицинские стерильные	ГОСТ 16427-93*(4)	Не менее 1 уп. 16 x 14 см № 10	
1.10	Лейкопластырь бактерицидный	ГОСТ Р ИСО 10993-99	Не менее 4 см x 10 см	2 шт.
1.11	Лейкопластырь бактерицидный	ГОСТ Р ИСО 10993-99	Не менее 1,9 см x 7,2 см	10 шт.
1.12	Лейкопластырь рулонный	ГОСТ Р ИСО 10993-99	Не менее 1 см x 250 см	1 шт.
2	Изделия медицинского назначения для проведения сердечно-легочной реанимации			
	Устройство для проведения искусственного дыхания			
2.1	«Рот-Устройство-Рот» или карман- ная маска для искусственной вентиляции лёгких «Рот-маска»	ГОСТ Р ИСО 10993-99		1 шт.
3	Прочие изделия медицинского назначения			
	Ножницы для разрезания повязок ГОСТ 21239-93 (ИСО			

3.1	1 шт. по Листеру 7741-86)*(5) Салфетки антисептические из бу-		
		Не менее 12,5	
3.2	мажного текстилеподобного мате- ГOST Р ИСО 10993-99		5 шт.
	см х 11,0 см риала стерильные спиртовые		
	ГOST Р ИСО 10993-99		
	ГOST Р 52238-		
	Перчатки медицинские нестериль- 2004*(6)	Размер	
3.3	2 пары ные, смотровые ГOST Р 52239- не менее М		
	2004*(7)		
	ГOST 3-88*(8)		
	Маска медицинская нестерильная		
3.4	3-слойная из нетканого материала с ГOST Р ИСО 10993-99	2 шт. резинками или с завязками	
	Покрывало спасательное изотерми- ГOST Р ИСО 10993-	Не менее 160	
3.5	1 шт. ческое 99, ГOST Р 50444-92 см х 210 см		
4	Прочие средства		
	Английские булавки стальные со		
4.1	ГOST 9389-75*(9) не менее 38 мм	3 шт. спиралью	
	Рекомендации с пиктограммами по использованию		
	изделий медицин-		
4.2	1 шт. ского назначения аптечки для оказания первой помощи работникам		
	4.3 Футляр или сумка санитарная	1 шт. формат не ме-	
	4.4 Блокнот отрывной для записей	ГOST 18510-87*(10)1 шт. нее А7	
4.5	Авторучка	ГOST 28937-91*(11)	1 шт.

