

ФГБОУ ВО «Омский государственный педагогический университет»

Согласовано

Председатель профсоюзного комитета

Е.А. Супиниченко

20 17 а 33

Утверждаю

И.о. ректора ОмГПУ

Г.В. Косяков

20 17

**ИНСТРУКЦИЯ****по оказанию первой помощи
ИОТ № 2017-0-03****1. Общие положения**

1.1. Несчастные случаи на производстве – результат несоблюдения требований безопасности, изложенных в правилах и инструкциях по охране труда. Несчастные случаи, как правило, сопровождаются различной тяжестью последствий. Своевременно и квалифицированно оказанная первая помощь может спасти пострадавшего от тяжелых последствий и сохранить ему здоровье и жизнь.

1.2. Первая помощь – это комплекс простейших мероприятий, выполняемых на месте происшествия и направленных на временное устранение причин, угрожающих жизни пострадавшего и предупреждающих развитие тяжелых осложнений. Как правило, такую помощь оказывает тот, кто находится рядом с пострадавшим.

Каждый работник должен уметь оказывать пострадавшему первую помощь.

Условиями успеха при оказании первой помощи пострадавшим при несчастных случаях является умение оказывающего помощь и быстрота его действий.

Для этого оказывающий помощь должен знать основные признаки нарушения жизненно важных функций организма человека, а также принципы оказания первой помощи и ее приемы применительно к характеру полученного пострадавшим повреждения.

1.3. Перечень состояний, при которых оказывается первая помощь:

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

1.4. Оказывающий помощь должен уметь:

- оценивать состояние пострадавшего и определять, в какой помощи в первую очередь он нуждается;
- правильно выполнять искусственное дыхание «изо рта в рот» и закрытый (непрямой) массаж сердца, останавливать кровотечение, накладывать повязку при

повреждении;

– оказывать помощь при ожогах, ушибах и т.д.

1.5. В первую очередь, оказывающий первую помощь, должен оценить обстановку и убедиться, что обеспечены безопасные условия для оказания первой помощи. Для этого должны быть проведены следующие мероприятия:

- 1) определение угрожающих факторов для собственной жизни и здоровья;
- 2) определение угрожающих факторов для жизни и здоровья пострадавшего;
- 3) устранение угрожающих факторов для жизни и здоровья;
- 4) прекращение действия повреждающих факторов на пострадавшего;
- 5) оценка количества пострадавших;
- 6) извлечение пострадавшего из труднодоступных мест;
- 7) перемещение пострадавшего.

1.6. Вызвать скорую медицинскую помощь

При вызове необходимо обязательно сообщить диспетчеру следующую информацию:

- место происшествия, что произошло;
- число пострадавших и тяжесть их состояния;
- какая помощь оказывается;
- телефонную трубку положить последним, после ответа диспетчера.

2. Правила и порядок осмотра пострадавшего. Оценка состояния пострадавшего

2.1. Осмотр пострадавшего осуществляется для определения его состояния, наличия и расположения возможных повреждений.

К основным показателям состояния пострадавшего относятся:

- сознание;
- дыхание;
- кровообращение.

Для оценки сознания пострадавшего необходимо взять его за плечи, аккуратно встряхнуть и громко окрикнуть и задать любой вопрос. При наличии сознания пострадавший сможет ответить на этот вопрос. Если пострадавший находится в сознании, следует перейти к его осмотру на наличие травм. В случае отсутствия признаков сознания у пострадавшего необходимо проверить у него наличие дыхания.

Для проверки дыхания следует открыть дыхательные пути путем запрокидывания головы и подъема подбородка (для этого одну ладонь кладут на лоб пострадавшего, двумя пальцами другой поднимают подбородок, запрокидывая голову назад и выдвигая нижнюю челюсть вперед и вверх), после чего необходимо наклониться ко рту и носу пострадавшего и в течение 10 секунд попытаться услышать нормальное дыхание, почувствовать выдыхаемый воздух щекой, увидеть движение грудной клетки. При наличии дыхания участник оказания первой помощи услышит нормальные вдохи-выдохи пострадавшего, почувствует выдыхаемый воздух на своей щеке, увидит дыхательные движения грудной клетки.

Для оценки кровообращения возможно определение пульса на сонной артерии.

2.2. Осмотр пострадавшего выполняется следующим образом:

2.2.1. Вначале осуществляется обзорный осмотр пострадавшего на наличие кровотечений. При этом лицу, оказывающему первую помощь, необходимо, прежде всего, обратить внимание на наличие признаков сильного артериального или смешанного кровотечения. При наличии этих признаков необходимо осуществить временную остановку кровотечения доступными способами.

2.2.2. При отсутствии явных признаков кровотечения следует продолжить осмотр пострадавшего, что осуществляется в следующей последовательности:

- проведение осмотра головы.
- проведение осмотра шеи.
- проведение осмотра груди.
- проведение осмотра живота и таза.
- проведение осмотра конечностей.

2.3. Осмотр следует осуществлять крайне аккуратно во избежание причинения дополнительных повреждений или страданий пострадавшему.

2.4. Наложение повязок при травмах различных областей тела, в том числе герметизирующей при ранении груди.

2.5. При наличии признаков травмы живота следует придать пострадавшему положение на спине с разведенными полусогнутыми ногами, при наличии раны накрыть ее стерильными салфетками из аптечки.

2.6. При наличии ранений конечностей приоритетным действием является остановка кровотечения доступными способами. При необходимости возможно проведение транспортной иммобилизации.

2.7. Для снижения риска заражения при оказании первой помощи следует использовать перчатки и защитные устройства для проведения искусственной вентиляции легких «рот-устройство-рот».

2.8. Подручные средства для оказания первой помощи следует применять в исключительных случаях и с осторожностью, избегая причинения дополнительных страданий и повреждений пострадавшему.

2.9. Основные транспортные положения. Транспортировка пострадавших.

2.9.1. Пострадавшего с подозрением на травму позвоночника следует перемещать методом «скандинавский мост». Для этого следует привлечь не менее 3 человек для того, чтобы при подъеме и перемещении пострадавшего постараться сохранить неподвижность его частей тела относительно друг друга.

2.9.2. Пострадавший, у которого отсутствуют признаки сознания (но сохранены дыхание и кровообращение), должен находиться в ожидании прибытия скорой медицинской помощи и на этапе транспортировки в устойчивом боковом положении, которое придается для поддержания проходимости дыхательных путей и снижения риска их перекрытия слюной, кровью, рвотными массами или языком.

2.9.3. В случаях, если у пострадавшего подозревается травма живота и таза, предпочтительно, чтобы в ожидании медицинской помощи или на этапе транспортировки он находился в положении на спине с согнутыми в коленях и разведенными ногами. При

этом под коленями должна находиться мягкая опора (свернутая валиком одежда и т.п.).

2.9.4. Пострадавшему с сильной кровопотерей (или с возможными признаками шока) следует придать положение на спине с приподнятыми ногами. Поддерживать ноги в приподнятом положении можно с помощью импровизированной опоры, либо с привлечением одного из участников оказания первой помощи (противошоковая поза).

2.9.5. Пострадавшему с травмой грудной клетки при транспортировке или ожидании медицинской помощи предпочтительно находиться в положении полусидя (по возможности с наклоном в сторону пораженной половины груди).

3. Оказание первой помощи при поражении электрическим током

3.1. Прекратить контакт пострадавшего с источником тока, соблюдая правила собственной безопасности. Нельзя приступать к оказанию помощи, не освободив пострадавшего от действия электрического тока.

3.2. Вызвать скорую медицинскую помощь.

3.3. Правила освобождения от действия электрического тока:

3.4. Если человек прикасается рукой к токоведущим частям, находящимся под напряжением, то это вызывает непроизвольное судорожное сокращение мышц кисти руки, после чего освободиться от токоведущих частей он самостоятельно уже не в силах. Поэтому **первым действием оказывающего помощь должно быть немедленное отключение электроустановки, которой касается пострадавший.**

3.5. Отключение производится с помощью выключателей, рубильников, снятия или вывертывания пробок и других способов.

3.6. Если пострадавший находится на высоте, то при отключении установки необходимо предусмотреть, чтобы он не упал. Главная задача – как можно быстрее спустить пострадавшего с высоты, чтобы приступить к оказанию первой помощи в более удобных и безопасных условиях.

3.5. При напряжении 220-380 вольт для освобождения пострадавшего от провода, упавшего на него, можно воспользоваться сухой доской, палкой, можно также оттянуть его за сухую одежду, избегая при этом прикосновения к металлическим частям и открытым участкам тела пострадавшего. Действовать оказывающему помощь необходимо одной рукой, держа вторую за спиной. Надежнее всего оказывающему помощь использовать для освобождения пострадавшего диэлектрические перчатки и резиновые коврики, чтобы самому не оказаться под напряжением.

3.6. При напряжении свыше 1000 вольт следует надеть диэлектрические перчатки, резиновую обувь, взять изолирующую штангу и сбросить изолирующей штангой провод с пострадавшего.

3.7. Оттащить пострадавшего за одежду не менее, чем на 8 метров от места касания проводом земли или от оборудования, находящегося под напряжением. В радиусе 8 метров можно попасть под «шаговое напряжение». Передвигаться в зоне «шагового» напряжения можно в диэлектрических ботах либо «гусиным шагом» - пятка шагающей ноги, не отрываясь от земли, приставляется к носку другой ноги.

3.8. Нельзя отрывать подошвы от земли, передвигаться широким шагом или бегом.

3.9. Меры первой помощи зависят от состояния, в котором находится пострадавший после освобождения от воздействия электрического тока.

3.10. В первую очередь необходимо оценить сознание, дыхание и кровообращение:

3.10.1. Если пострадавший находится в сознании, дыхание и пульс устойчивы, то необходимо уложить пострадавшего на спину на твердую поверхность, расстегнуть одежду, создать приток свежего воздуха, обрызгать лицо холодной водой и обеспечить полный покой, наблюдая за дыханием и пульсом. Поражённые электрическим током места на теле следует закрыть сухой стерильной (марлевой) салфеткой или наложить повязку. Ни в коем случае нельзя позволять пострадавшему двигаться, так как может наступить ухудшение состояния.

3.10.2. Если пострадавший без сознания, но есть дыхание и пульс, то ему необходимо придать стабильное боковое положение, расстегнуть одежду, создать приток свежего воздуха и обеспечить полный покой. Вести наблюдение за дыханием и пульсом. Быть готовым к проведению реанимации при ухудшении состояния.

3.10.3. Если пострадавший дышит очень редко и судорожно и у него прощупывается пульс, необходимо сразу же начать делать искусственное дыхание.

3.10.4. При отсутствии у пострадавшего сознания и дыхания, но есть пульс на сонной артерии необходимо приступить к искусственному дыханию. Запрокинуть голову пострадавшего, начать искусственное дыхание 10 вдохов в минуту. Контролировать «признаки жизни» через каждые 10 вдохов.

3.10.5. При отсутствии у пострадавшего признаков жизни (сознания, дыхания и пульса) немедленно приступить к сердечно-легочной реанимации в виде искусственного дыхания и наружного массажа сердца, продолжать реанимационные мероприятия до восстановления всех функций или до приезда скорой помощи. С помощью непрямого массажа сердца в сочетании с искусственным дыханием любой человек может вернуть пострадавшего к жизни или будет выиграно время, необходимое для прибытия бригады реаниматоров. Вопрос о прекращении дальнейшего проведения искусственного дыхания решается врачом.

4. Техника проведения искусственного дыхания.

4.1. Из всех существующих без аппаратных методов искусственного дыхания наиболее эффективным является метод «изо рта в рот», в данном случае необходимо отметить, что выдыхаемый воздух вполне пригоден для искусственной вентиляции легких пострадавшего.

4.2. Искусственное дыхание следует производить только в случае, если пострадавший не дышит или дышит очень плохо (редко, судорожно), и если дыхание пострадавшего постепенно ухудшается

4.3. Перед тем, как начать искусственное дыхание, необходимо обеспечить проходимость дыхательных путей, в бессознательном состоянии у человека расслабляются мышцы шеи, что приводит к западению корня языка и надгортанника и, таким образом, закупорке дыхательных путей.

4.4. Быстро, не теряя ни секунды, освободить пострадавшего от стесняющей дыхание одежды – расстегнуть ворот, развязать галстук или шарф, расстегнуть брюки и т.п.

4.5. Также быстро освободить рот пострадавшего от посторонних предметов (удалить вставные челюсти, если они имеются), слезы.

4.6. Пострадавшего необходимо уложить на спину на прямую поверхность, зажать нос, захватить подбородок и запрокинуть голову, выполнить выдох в дыхательные пути пострадавшего в течение 1 с. Ориентиром достаточного объема вдуваемого воздуха является начало подъема грудной клетки, определяемое визуально. После этого, продолжая поддерживать проходимость дыхательных путей, необходимо дать пострадавшему совершить пассивный выдох, после чего повторить вдох искусственной вентиляции легких. При проведении искусственной вентиляции легких рекомендуется использовать устройство для проведения искусственной вентиляции легких из аптечки оказания первой помощи работникам.

5. Техника проведения непрямого (наружного) массажа сердца

5.1. Сердце расположено между двумя костными образованиями: грудиной и позвоночником. Если человека положить на спину на что-нибудь жесткое (пол, стол), а на нижнюю треть грудины нажимать двумя руками с такой силой, чтобы сердце сдавливалось костными поверхностями, то кровь из него будет выталкиваться в крупные артерии. При отпусчении рук от груди за счет эластичности сердце возвращается к первоначальному объему, и кровь из крупных вен подсасывается в полость сердца.

5.2. Для проведения наружного массажа сердца пострадавшего следует уложить спиной на жесткую поверхность (низкий стол, скамейку или на пол), обнажить у него грудную клетку, снять пояс, подтяжки и другие стесняющие дыхание предметы одежды.

5.3. Оказывающий помощь должен встать с правой или с левой стороны пострадавшего и занять такое положение, при котором возможен более или менее значительный наклон над пострадавшим.

5.4. Определив нижний край грудины и, отступив на два пальца выше его, оказывающий помощь кладет основание ладони одной руки на середину грудной клетки пострадавшего, поверх ладони кладется другая рука, кисти рук берутся в замок, руки выпрямляются в локтевых суставах. Надавливания на грудную клетку пострадавшего следует производить быстрым толчком на глубину 5 – 6 см с частотой 80-100 в минуту перпендикулярно плоскости грудной клетки. Надавливания проводят выпрямленными в локтевых суставах руками, помогая себе наклоном корпуса.

5.5. Далее следует продолжить реанимационные мероприятия, чередуя 30 надавливаний на грудную клетку с 2-мя вдохами искусственной вентиляции легких.

5.6. Для быстрого возврата крови к сердцу – приподнять ноги пострадавшего.

5.7. Для удаления воздуха из желудка, который может попасть туда при проведении искусственного дыхания – повернуть пострадавшего на живот и надавить кулаками ниже пупка.

5.8. Реанимационные мероприятия, проводимые лицом, оказывающим первую помощь, продолжаются до прибытия скорой медицинской помощи, либо до появления явных

- 4.4. Быстро, не теряя ни секунды, освободить пострадавшего от стесняющей дыхание одежды – расстегнуть ворот, развязать галстук или шарф, расстегнуть брюки и т.п.
- 4.5. Также быстро освободить рот пострадавшего от посторонних предметов (удалить вставные челюсти, если они имеются), слезы.
- 4.6. Пострадавшего необходимо уложить на спину на прямую поверхность, зажать нос, захватить подбородок и запрокинуть голову, выполнить выдох в дыхательные пути пострадавшего в течение 1 с. Ориентиром достаточного объема вдуваемого воздуха является начало подъема грудной клетки, определяемое визуально. После этого, продолжая поддерживать проходимость дыхательных путей, необходимо дать пострадавшему совершить пассивный выдох, после чего повторить вдох искусственной вентиляции легких. При проведении искусственной вентиляции легких рекомендуется использовать устройство для проведения искусственной вентиляции легких из аптечки оказания первой помощи работникам.

5. Техника проведения непрямого (наружного) массажа сердца

- 5.1. Сердце расположено между двумя костными образованиями: грудиной и позвоночником. Если человека положить на спину на что-нибудь жесткое (пол, стол), а на нижнюю треть грудины нажимать двумя руками с такой силой, чтобы сердце сдавливалось костными поверхностями, то кровь из него будет выталкиваться в крупные артерии. При отпусчении рук от груди за счет эластичности сердце возвращается к первоначальному объему, и кровь из крупных вен подсасывается в полость сердца.
- 5.2. Для проведения наружного массажа сердца пострадавшего следует уложить спиной на жесткую поверхность (низкий стол, скамейку или на пол), обнажить у него грудную клетку, снять пояс, подтяжки и другие стесняющие дыхание предметы одежды.
- 5.3. Оказывающий помощь должен встать с правой или с левой стороны пострадавшего и занять такое положение, при котором возможен более или менее значительный наклон над пострадавшим.
- 5.4. Определив нижний край грудины и, отступив на два пальца выше его, оказывающий помощь кладет основание ладони одной руки на середину грудной клетки пострадавшего, поверх ладони кладется другая рука, кисти рук берутся в замок, руки выпрямляются в локтевых суставах. Надавливания на грудную клетку пострадавшего следует производить быстрым толчком на глубину 5 – 6 см с частотой 80-100 в минуту перпендикулярно плоскости грудной клетки. Надавливания проводят выпрямленными в локтевых суставах руками, помогая себе наклоном корпуса.
- 5.5. Далее следует продолжить реанимационные мероприятия, чередуя 30 надавливаний на грудную клетку с 2-мя вдохами искусственной вентиляции легких.
- 5.6. Для быстрого возврата крови к сердцу – приподнять ноги пострадавшего.
- 5.7. Для удаления воздуха из желудка, который может попасть туда при проведении искусственного дыхания – повернуть пострадавшего на живот и надавить кулаками ниже пупка.
- 5.8. Реанимационные мероприятия, проводимые лицом, оказывающим первую помощь, продолжаются до прибытия скорой медицинской помощи, либо до появления явных

признаков жизнедеятельности у пострадавшего (появления самостоятельного дыхания и кровообращения, возникновения кашля, произвольных движений и т.п.).

5.9. Эффективность реанимационных мер определяется по появлению пульса на крупных артериях, сужению зрачков и восстановлению самостоятельного дыхания.

5.10. В случае появления признаков жизни необходимо осуществить оценку дыхания у пострадавшего. При наличии дыхания у пострадавшего, находящегося без сознания, следует 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). После придания указанного положения необходимо осуществить осмотр пострадавшего (при необходимости выполнив необходимые действия по оказанию первой помощи) и осуществлять контроль признаков жизни до прибытия бригады скорой медицинской помощи.

6. Первая помощь при острой кровопотере и травматическом шоке.

6.1. Известно, что всякая рана легко может загрязниться микробами. Поэтому при оказании помощи необходимо строго соблюдать следующие правила:

- нельзя промывать рану водой, засыпать порошком и смазывать мазями;
- нельзя заматывать рану изоляционной лентой;
- нельзя удалять из раны сгустки крови;
- нельзя вливать в рану спиртовые или любые другие растворы.

6.2. По виду поврежденных сосудов кровотечения делятся на следующие виды:

- *Артериальное кровотечение* является наиболее опасным, так как при ранении крупных артерий происходит большая потеря крови за короткое время. Признаком артериального кровотечения обычно является алая пульсирующая струя крови (фонтаном), пропитывание кровью одежды, расплывающаяся лужа крови.

- *Венозное кровотечение* характеризуется меньшей скоростью кровопотери, кровь темно-вишневая, вытекает "ручьем". Является менее опасным, чем артериальное, однако ранение вен шеи является жизнеугрожающим из-за возможного засасывания в них воздуха и развития грозных осложнений.

- *Капиллярное кровотечение* наблюдается при ссадинах, порезах, царапинах. Слабое кровотечение, непосредственной угрозы для жизни, как правило, не представляет.

- *Смешанное кровотечение* – это кровотечение, при котором имеется одновременно артериальное, венозное и капиллярное. Наблюдается, например, при отрыве конечности. Опасно, преимущественно, вследствие наличия артериального кровотечения.

6.3. По внешним признакам кровотечения подразделяются на следующие виды:

- *Наружное кровотечение* сопровождается повреждением кожных покровов, при этом кровь изливается наружу.

- *Внутреннее кровотечение* чаще всего возникает при тупых травмах грудной клетки, живота, сопровождающихся повреждением внутренних органов - легких, печени, селезенки. Основным признаком внутреннего кровотечения является сочетание боли в месте травмы и признаков кровопотери:

- резкая общая слабость;

- чувство жажды;
- головокружение;
- мелькание мушек перед глазами;
- обморок, чаще при попытке встать;
- тошнота и рвота;
- бледная, влажная и холодная кожа;
- учащённый слабый пульс;
- частое дыхание;
- при возможности измерения артериального давления можно отметить его резкое снижение.

6.4. Способы временной остановки наружного кровотечения:

– *пальцевое прижатие артерии в ране или на протяжении* – самый быстрый и простой способ остановки кровотечения, при котором осуществляется прижатие артерии к кости между раной и сердцем для прекращения поступления крови к поврежденному участку сосуда. Артерии прижимаются в определенных точках. В некоторых случаях возможно пальцевое прижатие артерии в ране. Сильно надавив пальцами на мягкие ткани выше места ранения, артерию прижимают до тех пор, пока не подготовят и не наложат давящую повязку.

– *наложение давящей повязки* используется для остановки кровотечения из мелких артерий, а также для остановки венозного кровотечения. При этом бинт или индивидуальный перевязочный пакет накладывается с усилием (давлением), для усиления давления можно использовать дополнительные бинты, салфетки, тампоны. Поврежденную конечность надо приподнять. Вариантом давящей повязки является давящая повязка с помощью жгута, используемая при ранениях шеи, сопровождающихся повреждением крупных сосудов. В случае наложения такой повязки следует помнить о том, что давление на поврежденные сосуды осуществляется только с одной стороны шеи, при этом сосуды с противоположной стороны шеи защищают от передавливания с помощью поднятой руки пострадавшего или с применением подручных материалов (доски, крупные ветки и т.п.).

– *наложение кровоостанавливающего жгута различных конструкций* производится только в случае ранения крупных артерий (плеча и бедра), если медицинская помощь задерживается.

6.5. Основные правила наложения жгута:

6.5.1. Жгут следует накладывать только при артериальном кровотечении из плечевой и бедренной артерий.

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

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

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

6.5.5. Точное время наложения жгута следует указать в записке, записку поместить

под жгут.

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

6.5.7. После наложения жгута конечность следует обездвижить (иммобилизовать) доступными способами.

6.5.8. Необходимо термоизолировать (укутать) конечность.

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

а) Осуществить пальцевое прижатие артерии.

б) Снять или ослабить жгут на 15 минут.

в) По возможности выполнить лёгкий массаж конечности, на которую был наложен жгут.

г) Наложить жгут чуть выше предыдущего места наложения.

д) Максимальное время повторного наложения – 15 минут.

Далее эти циклы при необходимости повторяются.

– *Максимальное сгибание конечности в суставе* приводит к перегибу сосудов (и, следовательно, к остановке или снижению интенсивности кровотечения). Выбор сустава для сгибания зависит от местоположения раны. Для этого у пострадавшего следует быстро засучить рукава или брюки, под место сгиба подложить валик из бинта или ваты, затем с усилием согнуть конечность и зафиксировать ее в этом положении повязкой.

Когда сгибание в суставе применить невозможно (например, при одновременном переломе костей той же конечности), то при сильном кровотечении следует перетянуть всю конечность, накладывая жгут. Наиболее тугим должен быть первый виток, второй – с меньшим натяжением, а остальные – с минимальным.

7. Первая помощь при травме опорно-двигательной системы.

7.1. Травмы конечностей. Среди травм опорно-двигательного аппарата различают ушибы, повреждения связочного аппарата (разрывы связок), вывихи (стойкое смещение суставных концов костей по отношению друг к другу), открытые и закрытые переломы. Признаками большинства переломов костей конечностей являются наличие боли в месте травмы, неестественная подвижность вне суставов, деформация (укорочение, удлинение, неестественный поворот) конечности, невозможность или ограниченность активных и пассивных движений конечностью, отек и кровоподтеки в месте перелома; при открытом переломе могут быть видны костные отломки в ране. Открытые переломы могут представлять значительную опасность вследствие развития кровотечения.

7.2. Первая помощь:

Если предполагается транспортировка пострадавшего, следует обездвижить (иммобилизовать) поврежденную конечность. При этом следует фиксировать минимум два сустава (один ниже, другой - выше перелома), при переломе плеча надо фиксировать три сустава (плечевой, локтевой, лучезапястный), при переломе бедра – фиксировать три сустава (тазобедренный, коленный, голеностопный); на поврежденную конечность накладывать шины или подручные средства следует без исправления положения

конечности. При отсутствии шин поврежденную ногу необходимо прибинтовать к здоровой ноге, проложив между ними мягкий материал; поврежденную руку можно зафиксировать в согнутом положении и прибинтовать к туловищу.

При открытых переломах необходимо остановить кровотечение, наложить стерильную повязку на рану.

На область травмы, по возможности, положить холод.

7.3. Травмы позвоночника. Даже незначительное смещение поврежденных шейных позвонков может привести к тяжелым последствиям, вплоть до летального исхода. Вывихи и переломы шейных позвонков проявляются резкой болью в области шеи. Пострадавший может поддерживать голову руками, мышцы шеи будут напряжены. При травме шейного отдела позвоночника с повреждением спинного мозга пострадавший может быть в сознании, но полностью или частично обездвижен. Повреждения грудного и поясничного отделов позвоночника, вывихи и переломы грудных и поясничных позвонков сопровождаются болями в области поврежденного позвонка. При повреждении спинного мозга могут быть нарушения чувствительности и движений в конечностях (параличи).

7.4. Первая помощь:

Необходимо исключить дополнительную травму и возможность повреждения спинного мозга при переноске, транспортировке, перекладывании, исследовании (пострадавшего нельзя сажать, ставить на ноги, поворачивать голову).

Пострадавший должен находиться на ровной, жесткой, горизонтальной поверхности.

Перемещение пострадавшего следует осуществлять с помощью приема «скандинавский» мост. Перемещение осуществляется с помощью, как минимум, трех человек. Общая задача – удержать тело пострадавшего в горизонтальной плоскости.

При отсутствии дыхания или кровообращения необходимо приступить к сердечно-легочной реанимации в объеме компрессий грудной клетки и искусственной вентиляции легких.

7.5. Травмы таза также могут представлять опасность для жизни пострадавшего. Очень часто сочетаются с повреждениями живота. Признаками травмы таза могут быть боли в низу живота, кровоподтеки и ссадины в этой области.

7.6. Первая помощь:

Придать пострадавшему положение на спине с полусогнутыми разведенными ногами («поза лягушки»).

Под колени положить валик из одежды или одеял.

Контролировать состояние пострадавшего до прибытия скорой медицинской помощи.

7.7. Первая помощь при травме головы

Травмы головы являются одними из наиболее тяжелых повреждений. Очень часто они (особенно ранения волосистой части головы) сопровождаются значительным кровотечением, которое может угрожать жизни пострадавшего. Травмы головы могут также сопровождаться нарушением функции головного мозга. Для черепно-мозговой травмы характерны бледность, общая слабость, сонливость, головная боль, головокружение и потеря сознания. Пострадавший может быть в сознании, но при этом он может не помнить обстоятельств травмы и событий, ей предшествующих. Более тяжелое

повреждение мозга может сопровождаться длительной потерей сознания (кома), параличами конечностей. Переломы костей черепа могут сопровождаться, кроме того, следующими признаками: выделение бесцветной или кровянистой жидкости из ушей, носа; кровоподтеки вокруг глаз.

7.8. Первая помощь:

Пострадавшего в сознании необходимо уложить на спину и контролировать его состояние. Если пострадавший находится без сознания, следует придать ему устойчивое боковое положение, которое уменьшает вероятность западения языка и сводит к минимуму возможность попадания рвотных масс или крови в дыхательные пути.

При наличии раны надо наложить повязку. В случае если у пострадавшего отмечаются признаки нарушения целостности костей черепа, необходимо обложить края раны бинтами и только после этого накладывать повязку.

При развитии судорог следует попытаться обеспечить профилактику дополнительных травм (придержать голову руками и т.д.).

При повреждениях глаз следует наложить повязку с использованием стерильного перевязочного материала из аптечки первой помощи. Повязка в любом случае накладывается на оба глаза.

При отсутствии признаков дыхания необходимо приступить к проведению сердечно-легочной реанимации в объеме компрессий грудной клетки и искусственной вентиляции легких.

7.9. Травмы грудной клетки часто сопровождаются переломами и ушибами ребер, которые характеризуются припухлостью в месте перелома, резкой болью, усиливающейся при дыхании и изменении положения тела пострадавшего. Помимо переломов ребер возможны и ранения грудной клетки, при которых возможно нарушение ее герметичности, что, в свою очередь, приводит к резким нарушениям в работе легких и сердца. Признаками такого повреждения является наличие раны в области грудной клетки, через которую в неё во время вдоха с характерным всасывающим звуком засасывается воздух; на выдохе кровь в ране может пузыриться. Дыхание у пострадавшего частое, поверхностное, кожа бледная с синюшным оттенком.

7.10. Первая помощь при переломах и ушибах ребер:

Придать пострадавшему положение полусидя.

Контролировать состояние пострадавшего до прибытия скорой медицинской помощи.

7.11. Первая помощь при ранениях грудной клетки:

Осуществить первичную герметизацию раны ладонью пострадавшего до наложения повязки.

Наложить герметизирующую (окклюзионную) повязку с использованием воздухонепроницаемого материала (упаковка от перевязочного пакета или бинта, полиэтилен, клеенка).

Придать пострадавшему положение полусидя с наклоном в пораженную сторону.

При нахождении в ране инородного предмета – зафиксировать его, обложив салфетками или бинтами, и наложить повязку.

7.12. Травмы живота и таза. При различных происшествиях возможно получение тупой травмы живота и ранений живота пострадавшим. Тупая травма живота может оставаться незамеченной, пока внутреннее кровотечение не вызовет резкого ухудшения состояния, при этом пострадавшие будут жаловаться на постоянную острую боль по всему животу, сухость во рту; может отмечаться тошнота, рвота; наблюдается доскообразное напряжение мышц живота; признаки кровопотери. При ранениях живота с тяжёлыми травмами внутренних органов повреждения его передней стенки могут быть как значительными, так и малозаметными. При наличии проникающего ранения живота может быть выпадение внутренних органов, внутреннее или наружное кровотечение.

7.13. Первая помощь:

На рану наложить нетугую повязку, выпавшие внутренние органы закрыть стерильными салфетками.

Положить холод на живот.

Пострадавшему придать положение на спине с полусогнутыми ногами.

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

При повреждении живота запрещается вправлять в рану выпавшие внутренние органы, туго прибинтовывать их, извлекать из раны инородный предмет, давать обезболивающие препараты, поить и кормить пострадавшего.

Контролировать состояние пострадавшего до прибытия скорой медицинской помощи.

7.14. Длительное сдавление конечностей. При различных происшествиях возможно попасть под завал или на человека может упасть какой-либо тяжелый предмет. В этом случае пострадавший некоторое время, до прихода помощи, находится под этим предметом и у него развивается «синдром длительного сдавления».

7.15. Первая помощь:

Обложить придавленные конечности пакетами со льдом, снегом или холодной водой.

Дать пострадавшему обильное теплое питье.

Наложить защитные жгуты на сдавленные конечности до их освобождения.

Сразу же после освобождения туго забинтовать конечности.

Наложить шины.

Повторно приложить холод к поврежденным конечностям.

Продолжать давать обильное теплое питье до прибытия скорой медицинской помощи.

Нельзя устранять препятствие кровотоку (освобождать сдавленные конечности) до наложения жгутов и приема пострадавшим большого количества жидкости.

Нельзя согревать придавленные конечности.

8. Первая помощь при термических и химических ожогах, ожоговом шоке. Первая помощь при отморожении и переохлаждении. Первая помощь при перегревании.

8.1. Ожоги кожи. Могут возникать под воздействием прямого повреждения кожи пламенем, паром, горячим предметом (термические ожоги); кислот, щелочей и других агрессивных веществ (химические ожоги); электричеством (электроожоги); ультрафиолетового излучения (солнечные ожоги). Оказание помощи при различных видах

ожогов практически одинаково, за исключением солнечных (которые, как правило, не представляют опасности для взрослых).

Выделяют 4 степени ожогов, однако для оказания первой помощи проще разделить ожоги на поверхностные и глубокие.

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

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

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

Наиболее опасными для жизни пострадавшего являются поверхностные ожоги площадью более 15% и глубокие ожоги площадью более 5% площади тела

8.2. Первая помощь:

Прекратить действие повреждающего агента.

Охладить обожженную часть тела под струей холодной воды в течение 10-15 минут или приложением холода (пузырь с холодной водой, холодные примочки) на 20-30 минут.

Ожоговую поверхность закрыть нетугой асептической повязкой.

При глубоких ожогах с нарушением целостности пузырей – накрыть место ожога стерильной салфеткой или сухой чистой тканью, поверх положить холод. Глубокие ожоги запрещается промывать водой и бинтовать.

Дать пострадавшему теплое питье.

При оказании первой помощи запрещается вскрывать ожоговые пузыри, убирать с пораженной поверхности части обгоревшей одежды, наносить на пораженные участки мази, жиры.

8.3. Ожоги верхних дыхательных путей чаще всего возникают в результате вдыхания горячего пара, дыма, либо вследствие ингаляции летучих агрессивных веществ. Заподозрить ожог дыхательных путей можно по следующим признакам: обгоревшие волосы в преддверии носа, ожог шеи и лица, налет копоти на языке, осиплость голоса, кашель с мокротой черного цвета, а также, если пострадавший был извлечен из горящего помещения. Ожоги дыхательных путей крайне опасны, поскольку могут привести к смерти пострадавшего за короткий промежуток времени на месте происшествия в результате развития нарушений дыхания (если пострадавший не получает адекватную первую помощь).

8.4. Первая помощь:

Прекратить действие поражающего агента.

Освободить пострадавшего от стесняющей дыхательные движения одежды (ремень, пояс и др.), вынести на свежий воздух.

Придать пострадавшему, находящему в сознании, полусидячее положение.

При отсутствии дыхания приступить к сердечно-легочной реанимации в объеме компрессий грудной клетки и искусственной вентиляции легких.

8.5. Ожоги глаз или век в случае попадания едких химических веществ.

Пострадавшему осторожно раздвинуть веки пальцами и подставить под струю холодной воды.

Промывать глаз под струей холодной воды так, чтобы она стекала от носа кнаружи. Это поможет избежать затекания агрессивной жидкости во второй глаз.

Промывать глаз до приезда скорой медицинской помощи.

Недопустимо применять нейтрализующую жидкость при попадании в глаза химических веществ (кислота – щелочь).

9. Отравление угарным газом (окисью углерода) представляет опасность вследствие того, что угарный газ через легкие быстро проникает в клетки крови, заменяя содержащийся в них кислород. В результате этого в организме возникает кислородное голодание. Длительное и непосредственное воздействие угарного газа может привести к смерти. Отравление может произойти при работе бензиновых двигателей, сгорании природного газа, при пожаре и на некоторых промышленных объектах. Признаки отравления угарным газом – опоясывающая, сжимающая головная боль, тошнота, одышка, нарушение сознания, вишневый цвет кожи.

9.1. Первая помощь:

Необходимо следовать общим принципам оказания первой помощи при отравлениях через дыхательные пути – вынести пострадавшего из зоны отравления, как можно скорее перекрыть источник отравления.

Приступить к оказанию первой помощи, исходя из состояния пострадавшего.

10. Холодовая травма. Наиболее часто встречается **отморожение** – местное повреждение тканей, вызванное длительным воздействием низкой температуры. Признаки отморожения – потеря чувствительности кожи, появление на ней белых, безболезненных участков. При выраженном отморожении возможно появление «деревянного звука» при постукивании пальцем по поврежденной конечности, невозможность или затруднение движений в суставах. Через некоторое время после согревания на пораженной конечности появляются боль, отек, краснота с синюшным оттенком, пузыри.

10.1. Первая помощь при отморожении:

Незамедлительно укрыть поврежденные конечности и участки тела теплоизолирующим материалом (вата, одеяло, одежда), т.к. согревание должно происходить "изнутри" с опережающим восстановлением кровообращения.

Переместить пострадавшего в теплое помещение.

Дать теплое питье.

Создать обездвиженность поврежденного участка тела.

Пораженные участки нельзя активно согревать (опускать в горячую воду), растирать, массировать, смазывать чем-либо.

10.2. Переохлаждение (общее охлаждение, гипотермия) – расстройство функций организма в результате понижения температуры тела под действием холода. Как правило, развивается на фоне нарушений теплорегуляции, вызванных длительным нахождением на холоде в одежде, несоответствующей температурному режиму или в результате травмы, физического переутомления, голодания и др. Признаками переохлаждения пострадавшего являются жалобы на ощущение холода, дрожь, озноб (в начальной стадии переохлаждения). В дальнейшем появляется заторможенность, утрачивается воля к спасению, появляется урежение пульса и дыхания. При продолжающемся переохлаждении сознание утрачивается, пульс замедляется до 30-40 в минуту, а число дыханий до 6-3 в минуту. Переохлаждение может сочетаться с отморожениями, что следует учитывать при оказании первой помощи.

10.3. Первая помощь:

Поменять одежду на теплую и сухую, укутать пострадавшего.

Необходимо переместить пострадавшего в более теплое помещение.

Дать тёплое питье.

В помещении можно осуществить согревание в виде теплых воздушных ванн (направить на пострадавшего поток теплого воздуха).

При выраженном переохлаждении контролировать состояние, быть готовым к проведению сердечно-легочной реанимации в объеме компрессий грудной клетки и искусственной вентиляции легких.

11. Перегревание (тепловой удар, гипертермия) развивается обычно при нарушениях теплоотдачи из организма вследствие длительного нахождения людей в условиях повышенной температуры окружающего воздуха (особенно в сочетании с высокой влажностью) – в автомобиле или помещении; при работе в защитном снаряжении, затрудняющем теплоотдачу. Признаками перегревания являются повышенная температура тела, влажная бледная кожа, головная боль, тошнота и рвота, головокружение, слабость, потеря сознания, судороги, учащённое сердцебиение, учащённое поверхностное дыхание. В тяжелых случаях возможно развитие сердечного приступа, остановка дыхания и кровообращения.

11.1. Первая помощь:

Переместить пострадавшего в прохладное место.

При наличии сознания дать выпить охлаждённой воды.

Расстегнуть или снять одежду.

Пострадавшему без признаков сознания следует придать устойчивое (стабильное) боковое положение.

Не следует допускать резкого охлаждения тела пострадавшего.

Контролировать состояние пострадавшего, быть готовым к проведению сердечно-легочной реанимации в объеме компрессий грудной клетки и искусственной вентиляции легких.

12. Первая помощь при острых отравлениях

Отравление происходит при попадании токсичного вещества (яда) внутрь организма. Этим веществом может быть лекарство или любой другой химикат. Жертвами отравлений чаще всего становятся в результате нарушений правил техники безопасности, производственной аварии.

Токсическое вещество может попасть в организм человека четырьмя путями:

Через пищеварительный тракт. Отравление через пищеварительный тракт чаще всего происходит при попадании токсических веществ в организм через рот. Это могут быть лекарственные препараты, моющие средства, дезинфицирующие средства, яды, пестициды.

Через дыхательные пути. Газообразные или вдыхаемые токсические вещества попадают в организм при вдохе. К ним относятся газы и пары, например, угарный газ, хлор, различные виды клея, красителей и растворителей-очистителей.

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

В результате инъекции. Инъецируемые токсические вещества попадают в организм при укусе насекомыми, животными и змеями, а также при введении лекарства шприцем.

12.1. Общие признаки отравлений:

Особенности места происшествия – необычный запах, открытые или опрокинутые емкости с химическими веществами.

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

Внезапно развившиеся тошнота, рвота, понос. Боли в груди или животе.

Затруднение дыхания.

Потливость. Слюнотечение.

Потеря сознания.

Мышечные подергивания и судороги.

Ожоги вокруг губ, на языке или на коже.

Неестественный цвет кожи, раздражение, ранки на ней.

Странная манера поведения человека.

Необычный запах изо рта.

12.2. Для предупреждения случаев отравлений рекомендуется:

Использовать при работе с ядами рекомендованные правилами и нормами средства индивидуальной защиты (респираторы, перчатки, защитные очки, защитную одежду).

Хранить все химические вещества в их фабричных упаковках с соответствующим названием в специально отведенном месте.

Использовать специальные символы для ядовитых веществ.

Не употреблять в пищу просроченные продукты или продукты, качество которых вызывает сомнения.

Для профилактики отравлений необходимо соблюдать все предупреждения, указанные на наклейках, ярлыках и плакатах с инструкциями по технике безопасности, и следовать описанным там мерам предосторожности.

12.3. Общие принципы оказания первой помощи при отравлении:

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

Опросить пострадавшего и попытаться выяснить, какой вид отравляющего вещества был принят, в каком количестве и как давно. Выяснение этих вопросов может облегчить оказание первой помощи, диагностику и интенсивную терапию отравления квалифицированными специалистами в дальнейшем. Если ядовитое вещество неизвестно, соберите небольшое количество рвотных масс для последующей медицинской экспертизы. Попытаться удалить яд (рекомендовать спровоцировать рвоту, стряхнуть или смыть токсическое вещество и т.д.).

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

12.4. Первая помощь при отравлении через рот:

Следует попытаться удалить ядовитое вещество. Для этого можно рекомендовать пострадавшему вызвать рвоту, надавив двумя пальцами на корень языка как можно в более короткий срок после приема вещества, способного вызвать отравление. Рвоту нельзя вызывать, если пострадавший находится без сознания. Так же нельзя вызывать рвоту при случайном употреблении едких химических веществ (кислота – щелочь).

Дать пострадавшему выпить 5-6 стаканов воды, чтобы уменьшить концентрацию ядовитого вещества в желудке и, при необходимости, вызвать рвоту повторно (если разрешается).

Контролировать состояние пострадавшего до прибытия скорой медицинской помощи.

12.5. Первая помощь при отравлении через дыхательные пути:

Необходимо убедиться, что место происшествия не представляет опасности.

При необходимости следует использовать индивидуальные средства защиты.

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

При отсутствии сознания необходимо придать пострадавшему устойчивое боковое положение, а при отсутствии дыхания надо приступить к проведению сердечно-легочной реанимации в объеме компрессий грудной клетки и искусственной вентиляции легких. При этом для проведения искусственной вентиляции легких следует использовать специальные средства защиты (маску с односторонним клапаном, устройство дыхательной реанимации).

12.6. Первая помощь при отравлении через кожный покров:

Снять загрязненную одежду.

Удалить химическое вещество с поверхности кожи промыванием под струей проточной воды.

Химическое вещество или яд в виде порошка сначала стряхнуть, затем промыть водой пораженный участок.

Нельзя протирать поверхность кожи влажными салфетками. Это приведет к ещё большему проникновению химического вещества в кожу.

Нельзя смывать водой некоторые виды химических веществ. Например, негашенная известь при соединении с водой вступает в реакцию и выделяет много тепла. В результате можно получить и химический ожог.

При наличии повреждений кожи необходимо наложить повязку.

13. Порядок оказания первой помощи при неотложных состояниях, вызванных заболеваниями. Острые нарушения сознания (обморок, кома), кровообращения, дыхания, судорожный синдром.

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

13.2. Первая помощь:

При потере сознания необходимо убедиться в наличии признаков жизни пострадавшего (дыхания и кровообращения).

При наличии признаков жизни следует придать пострадавшему устойчивое (стабильное) боковое положение.

Контролировать состояние пострадавшего до прибытия бригады скорой медицинской помощи.

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

13.4. Первая помощь:

Обеспечить больному физический и психоэмоциональный покой.

Рекомендовать больному принять назначенные ему врачом препараты.

Контролировать состояние пострадавшего до прибытия бригады скорой медицинской помощи.

13.5. Острое нарушение мозгового кровообращения (инсульт), как правило, развивается у людей с хроническими заболеваниями сердечно-сосудистой системы.

Признаками инсульта являются нарушения двигательной активности (параличи), нарушения чувствительности, нарушения речи, внезапная потеря сознания.

13.6. Первая помощь:

При наличии сознания – вызвать скорую медицинскую помощь и контролировать состояние пострадавшего до его приезда.

При отсутствии сознания - восстановить проходимость дыхательных путей, оценить признаки жизни у пострадавшего.

При наличии признаков жизни – придать пострадавшему устойчивое боковое положение.

При отсутствии признаков жизни приступить к выполнению сердечно-легочной реанимации в объеме компрессий грудной клетки и искусственной вентиляции легких.

13.7. Острые дыхательные нарушения развиваются в результате отравления летучими ядами, ожога дыхательных путей, отравления продуктами горения, сердечной патологии и т.д. При этом пострадавший жалуется на одышку (учащённое дыхание) до 40 в минуту (в норме частота дыхательных движений у взрослого человека составляет 12 - 20 в мин.), у него отмечаются синюшный цвет лица, шумное булькающее или свистящее дыхание, пенистые выделения изо рта (в тяжёлых случаях); больной часто вынужден принимать положение полусидя.

13.8. Первая помощь:

Придать больному положение полусидя.

Обеспечить доступ свежего воздуха.

Контролировать состояние пострадавшего до приезда скорой медицинской помощи.

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

13.10. Первая помощь:

Убрать от пострадавшего предметы, которые могут причинить ему вред во время судорог (хрупкие и бьющиеся, металлические и т.п.).

Стараться оберегать голову, конечности и туловище от травм (под голову можно подложить свернутую одежду).

Контролировать состояние больного до прибытия скорой медицинской помощи.

14. Типичные ошибки при оказании первой помощи:

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

15. Состав аптечки для оказания первой помощи работникам

№ п/п	Наименование изделий медицинского назначения	Форма выпуска (размеры)	Количество (штуки, упаковки)
1	Изделия медицинского назначения для временной остановки наружного кровотечения		
1.1	Жгут кровоостанавливающий		1 шт.
1.2	Бинт марлевый медицинский нестерильный	5 м x 5 см	1 шт.
1.3	Бинт марлевый медицинский нестерильный	5 м x 10 см	1 шт.
1.4	Бинт марлевый медицинский нестерильный	7 м x 14 см	1 шт.
1.5	Бинт марлевый медицинский стерильный	5 м x 7 см	1 шт.
1.6	Бинт марлевый медицинский стерильный	5 м x 10 см	2 шт.
1.7	Бинт марлевый медицинский стерильный	7 м x 14 см	2 шт.
1.8	Пакет перевязочный медицинский индивидуальный стерильный с герметичной оболочкой		1 шт.
1.9	Салфетки марлевые медицинские стерильные	Не менее 16 см x 14 см № 10	1 уп.
1.10	Лейкопластырь бактерицидный	Не менее 4 см x 10 см	2 шт.
1.11	Лейкопластырь бактерицидный	Не менее 1,9 см x 7,2 см	10 шт.
1.12	Лейкопластырь рулонный	Не менее 1 см x 250 см	1 шт.
2	Изделия медицинского назначения для проведения сердечно-легочной реанимации		
2.1	Устройство для проведения искусственного дыхания «Рот – Устройство – Рот» или карманная маска для искусственной вентиляции легких «Рот – маска»		1 шт.
3	Прочие изделия медицинского назначения		
3.1	Ножницы для разрезания повязок по Листеру		1 шт.
3.2	Салфетки антисептические из бумажного текстилеподобного материала стерильные спиртовые	не менее 12,5 см x 11,0 см	5 шт.
3.3	Перчатки медицинские нестерильные, смотровые	Размер не менее М	2 пары
3.4	Маска медицинская нестерильная 3-слойная из нетканного материала с резинками или с завязками		2 шт.
3.5	Покрывало спасательное изотермическое	не менее 160 см x 210 см	1 шт.
4	Прочие средства		
4.1	Английские булавки стальные со спиралью	не менее 38 мм	3 шт.
4.2	Рекомендации с пиктограммами по использованию изделий медицинского назначения аптечки для оказания первой помощи работникам		1 шт.
4.3	Футляр или сумка санитарная		1 шт.
4.4	Блокнот отрывной для записей		1 шт.
4.5	Авторучка		1 шт.