

СОГЛАСОВАНО
Председатель профкома
МКДОУ «Маляевский детский сад»
Аюпова Д.М.Аюпова
«01» 06 2018 г.



ИНСТРУКЦИЯ № 15
по оказанию первой помощи
пострадавшему

1. Общие положения

1.1. Первая доврачебная помощь — это комплекс мероприятий, направленных на восстановление или сохранение жизни и здоровья пострадавшего. Ее должен оказывать тот, кто находится рядом с пострадавшим (взаимопомощь), или сам пострадавший (самопомощь) до прибытия медицинского работника.

1.2. Ответственность за организацию обучения по оказанию первой доврачебной помощи в образовательном учреждении возлагается на инженера по охране труда и медицинских работников.

1.3. Для того чтобы первая доврачебная помощь была эффективной, в учреждении должны быть:

- аптечки с набором необходимых медикаментов и медицинских средств для оказания первой доврачебной помощи;

- плакаты, изображающие приемы оказания первой доврачебной помощи пострадавшим при несчастных случаях и проведении искусственного дыхания и наружного массажа сердца.

1.4. Оказывающий помощь должен знать основные признаки нарушения жизненно важных функций организма человека, а также уметь освободить пострадавшего от действия опасных и вредных факторов, оценить состояние пострадавшего, определить последовательность применяемых приемов первой доврачебной помощи, при необходимости использовать подручные средства при оказании помощи и транспортировке пострадавшего.

1.5. Последовательность действий при оказании первой помощи пострадавшему:

- устранение воздействия на организм пострадавшего опасных и вредных факторов (освобождение его от действия электрического тока, гашение горячей одежды, извлечение из воды и т. д.);

- оценка состояния пострадавшего;

- определение характера травмы, создающей наибольшую угрозу для жизни

пострадавшего, и последовательности действий по его спасению;

- выполнение необходимых мероприятий по спасению пострадавшего в порядке срочности (восстановление проходимости дыхательных путей; проведение искусственного дыхания, наружного массажа сердца; остановка кровотечения; иммобилизация места перелома; наложение повязки и т. п.);

- поддержание основных жизненных функций пострадавшего до прибытия медицинского персонала;

- вызов скорой медицинской помощи или врача либо принятие мер для транспортировки пострадавшего в ближайшее лечебное учреждение.

1.6. В случае невозможности вызова медицинского персонала на место происшествия необходимо обеспечить транспортировку пострадавшего в ближайшее лечебное учреждение. Перевозить пострадавшего можно только при устойчивом дыхании и пульсе.

1.7. В том случае, когда состояние пострадавшего не позволяет его транспортировать, необходимо поддерживать его основные жизненные функции до прибытия медицинского работника.

2. Признаки для определения состояния здоровья пострадавшего

2.1. Признаки, по которым можно быстро определить состояние здоровья пострадавшего, следующие:

- сознание: ясное, отсутствует, нарушено (пострадавший заторможен или возбужден);

Отсутствие сознания у пострадавшего определяют визуально. Чтобы окончательно убедиться в этом, следует обратиться к пострадавшему с вопросом о самочувствии;

- цвет кожных покровов и видимых слизистых оболочек (губ, глаз): розовые, синюшные, бледные.

- дыхание: нормальное, отсутствует, нарушено (неправильное, поверхностное, хрипящее).

Цвет кожных покровов и наличие дыхания (по подъему и опусканию грудной клетки) оценивают также визуально. Нельзя тратить драгоценное время на прикладывание ко рту и носу зеркала и блестящих металлических предметов;

- пульс на сонных артериях: хорошо определяется (ритм правильный или неправильный), плохо определяется, отсутствует.

Для определения пульса на сонной артерии пальцы руки накладывают на адамово яблоко (трахею) пострадавшего и, продвигая их немного в сторону, ощупывают шею сбоку;

- зрачки: расширенные, суженные.

Ширину зрачков при закрытых глазах определяют следующим образом: подушечки

указательных пальцев кладут на верхние веки обоих глаз и, слегка придавливая их к главному яблоку, поднимают вверх. При этом глазная щель открывается и на белом фоне видна округлая радужка, а в центре ее — округлой формы черные зрачки, состояние которых (суженные или расширенные) оценивают по площади радужки, которую они занимают.

При определенных навыках, владея собой, оказывающий помощь за минуту должен оценить состояние пострадавшего и решить, в каком объеме и порядке следует оказывать ему помощь.

Степень нарушения сознания, цвет кожных покровов и состояние дыхания можно оценивать одновременно с прощупыванием пульса, что отнимает не более минуты. Осмотр зрачков можно провести за несколько секунд.

3. Комплекс реанимационных мероприятий.

Если у пострадавшего отсутствуют сознание, дыхание, пульс, кожный покров синюшный, а зрачки расширенные, следует немедленно приступить к восстановлению жизненно важных функций организма путем проведения искусственного дыхания и наружного массажа сердца.

Требуется заметить время остановки дыхания и кровообращения у пострадавшего, время начала проведения искусственного дыхания и наружного массажа сердца, а также продолжительность реанимационных мероприятий и сообщить эти сведения прибывшему медицинскому персоналу.

3.1. Искусственное дыхание.

Искусственное дыхание проводится в тех случаях, когда пострадавший не дышит или дышит очень плохо (редко, судорожно, как бы со всхлипыванием), а также если его дыхание постоянно ухудшается независимо от того, чем это вызвано: поражением электрическим током, отравлением, утоплением и т. д.

Наиболее эффективным способом искусственного дыхания является способ «изо рта в рот» или «изо рта в нос», так как при этом обеспечивается поступление достаточного объема воздуха в легкие пострадавшего. Способ «изо рта в рот» или «изо рта в нос» основан на применении выдыхаемого оказывающим помощь воздуха, который насильно подается в дыхательные пути пострадавшего и физиологически пригоден для дыхания пострадавшего. Воздух можно вдвухать через марлю, платок и т. п. Этот способ искусственного дыхания позволяет легко контролировать поступление воздуха в легкие пострадавшего по расширению грудной клетки после вдвухания и последующему спаданию ее в результате пассивного выдоха.

Для проведения искусственного дыхания пострадавшего следует уложить на спину, расстегнуть стесняющую дыхание одежду и обеспечить проходимость верхних дыхательных путей, которые в положении на спине при бессознательном состоянии закрыты запавшим языком. Кроме того, в полости рта может находиться инородное содержимое (рвотные массы, песок, ил, трава, и т. п.), которое необходимо удалить указательным пальцем, обернутым платком (тканью) или бинтом, повернув голову пострадавшего набок.

После этого оказывающий помощь располагается сбоку от головы пострадавшего, одну

руку подсовывает под его шею, а ладонью другой руки надавливает на лоб, максимально запрокидывая голову. При этом корень языка поднимается и освобождает вход в гортань, а рот пострадавшего открывается. Оказывающий помощь наклоняется к лицу пострадавшего, делает глубокий вдох открытым ртом, затем полностью плотно охватывает губами открытый рот пострадавшего и делает энергичный выдох, с некоторым усилием вдувая воздух в его рот; одновременно он закрывает нос пострадавшего щекой или пальцами руки, находящейся на лбу. При этом обязательно следует наблюдать за грудной клеткой пострадавшего, которая должна подниматься. Как только грудная клетка поднялась, нагнетание воздуха приостанавливают, оказывающий помощь приподнимает свою голову, происходит пассивный выдох у пострадавшего. Для того чтобы выдох был более глубоким, можно несильным нажатием руки на грудную клетку помочь воздуху выйти из легких пострадавшего.

Если у пострадавшего хорошо определяется пульс и необходимо проводить только искусственное дыхание, то интервал между искусственными вдохами должен составлять 5 с, что соответствует частоте дыхания 12 раз в минуту.

Кроме расширения грудной клетки хорошим показателем эффективности искусственного дыхания может служить порозовение кожных покровов и слизистых оболочек, а также выхода пострадавшего из бессознательного состояния и появление у него самостоятельного дыхания.

При проведении искусственного дыхания оказывающий помощь должен следить за тем, чтобы вдуваемый воздух попадал в легкие, а не в желудок пострадавшего. При попадании воздуха в желудок, о чем свидетельствует вздутие живота «под ложечкой», осторожно надавливают ладонью на живот между грудиной и пупком. При этом может возникнуть рвота, поэтому необходимо повернуть голову и плечи пострадавшего набок (лучше налево), чтобы очистить его рот и глотку.

Если челюсти пострадавшего плотно стиснуты и открыть рот не удастся, следует проводить искусственное дыхание по способу «изо рта в нос».

Маленьким детям вдувают воздух одновременно в рот и нос. Чем меньше ребенок, тем меньше воздуха нужно ему для вдоха и тем чаще следует производить вдувание по сравнению со взрослым человеком (до 15—18 раз в мин).

При появлении первых слабых вдохов у пострадавшего следует приурочить проведение искусственного вдоха к моменту начала у него самостоятельного вдоха.

Прекращают искусственное дыхание после восстановления у пострадавшего достаточно глубокого и ритмичного самостоятельного дыхания.

Нельзя отказываться от оказания помощи пострадавшему и считать его умершим при отсутствии таких признаков жизни, как дыхание или пульс. Делать вывод о смерти пострадавшего имеет право только медицинский работник.

3.2. Наружный массаж сердца.

Показанием к проведению наружного массажа сердца является остановка сердечной деятельности, для которой характерно сочетание следующих признаков: бледность или синюшность кожных покровов, потеря сознания, отсутствие пульса на сонных артериях, прекращение дыхания или судорожные, неправильные вдохи. При остановке

сердца, не теряя ни секунды, пострадавшего надо уложить на ровное жесткое основание: скамью, пол, в крайнем случае, подложить под спину доску.

Если помощь оказывает один человек, он располагается сбоку от пострадавшего и, наклонившись, делает два быстрых энергичных вдувания (по способу «изо рта в рот» или «изо рта в нос»), затем разгибается, оставаясь на этой же стороне от пострадавшего, ладонь одной руки кладет на нижнюю половину грудины (отступив на два пальца выше от ее нижнего края), а пальцы приподнимает. Ладонь второй руки он кладет поверх первой поперек или вдоль и надавливает, помогая наклоном своего корпуса. Руки при надавливании должны быть выпрямлены в локтевых суставах.

Надавливать следует быстрыми толчками так, чтобы смещать грудину на 4—5 см, продолжительность надавливания не более 0,5 с, интервал между отдельными надавливаниями не более 0,5 с.

В паузах руки с грудины не снимают (если помощь оказывают два человека), пальцы остаются приподнятыми, руки полностью выпрямленными в локтевых суставах.

Если оживление производит один человек, то на каждые два глубоких вдувания (вдоха) он производит 15 надавливаний на грудину, затем снова делает два вдувания и опять повторяет 15 надавливаний и т. д. За минуту необходимо сделать не менее 60 надавливаний и 12 вдуваний, т. е. выполнить 72 манипуляции, поэтому темп реанимационных мероприятий должен быть высоким. Опыт показывает, что больше всего времени затрачивается на искусственное дыхание. Нельзя затягивать вдувание: как только грудная клетка пострадавшего расширилась, его надо прекращать.

При правильном выполнении наружного массажа сердца каждое надавливание на грудину вызывает появление пульса в артериях.

Оказывающие помощь должны периодически контролировать правильность и эффективность наружного массажа сердца по появлению пульса на сонных или бедренных артериях. При проведении реанимации одним человеком ему следует через каждые 2 мин прерывать массаж сердца на 2-3 с для определения пульса на сонной артерии. Если в реанимации участвуют два человека, то пульс на сонной артерии контролирует тот, кто проводит искусственное дыхание. Появление пульса во время перерыва массажа свидетельствует о восстановлении деятельности сердца (наличии кровообращения). При этом следует немедленно прекратить массаж сердца, но продолжать проведение искусственного дыхания до появления устойчивого самостоятельного дыхания. При отсутствии пульса необходимо продолжать делать массаж сердца.

Искусственное дыхание и наружный массаж сердца необходимо проводить до восстановления устойчивого самостоятельного дыхания и деятельности сердца у пострадавшего или до его передачи медицинскому персоналу.

Длительное отсутствие пульса при появлении других признаков оживления организма (самостоятельное дыхание, сужение зрачков, попытки пострадавшего двигать руками и ногами и др.) служит признаком фибрилляции сердца. В этих случаях необходимо продолжать делать искусственное дыхание и массаж сердца пострадавшему до передачи его медицинскому персоналу.

4. Первая доврачебная помощь при различных видах повреждения организма

человека.

4.1. Ранение.

Оказывая первую доврачебную помощь при ранении, необходимо строго соблюдать следующие правила.

Нельзя:

- промывать рану водой или каким-либо лекарственным веществом, засыпать ее порошком и смазывать мазями, так как это препятствует заживлению раны, вызывает нагноение и способствует занесению в нее грязи с поверхности кожи;
- удалять из раны песок, землю и т. п., так как убрать самим все, что загрязняет рану, невозможно;
- удалять из раны сгустки крови, остатки одежды и т. п., так как это может вызвать сильное кровотечение;
- заматывать раны изоляционной лентой или накладывать на них паутину во избежание заражения столбняком.

Надо:

- оказывающему помощь вымыть руки или смазать пальцы йодом;
- осторожно снять грязь с кожи вокруг раны, очищенный участок кожи нужно смазать йодом;
- вскрыть имеющийся в аптечке перевязочный пакет в соответствии с указанием, напечатанным на его обертке. При наложении перевязочного материала не следует касаться руками той его части, которая должна быть наложена непосредственно на рану. Если перевязочного пакета почему-либо не оказалось, для перевязки можно использовать чистый платок, ткань и т. п.). Накладывать вату непосредственно на рану нельзя. На то место ткани, которое накладывается непосредственно на рану, накапать йод, чтобы получить пятно размером больше раны, а затем положить ткань на рану;
- по возможности быстрее обратиться в лечебное учреждение, особенно, если рана загрязнена землей.

4.2. Кровотечение.

4.2.1. Внутреннее кровотечение.

Внутреннее кровотечение распознается по внешнему виду пострадавшего (он бледнеет; на коже выступает липкий пот; дыхание частое, прерывистое, пульс частый слабого наполнения). Надо:

- уложить пострадавшего или придать ему полусидячее положение;
- обеспечить полный покой;
- приложить к предполагаемому месту кровотечения «холод»;
- срочно вызвать врача.

Нельзя:

- давать пострадавшему пить, если есть подозрение на повреждение органов брюшной полости.

4.2.2. Наружное кровотечение.

Надо:

- а) при несильном кровотечении
- кожу вокруг раны смазать йодом;
- на рану наложить перевязочный материал, вату и плотно прибинтовать;

- не снимая наложенного перевязочного материала, поверх него наложить дополнительно слой марли, вату и туго забинтовать, если кровотечение продолжается;

б) при сильном кровотечении

- в зависимости от места ранения для быстрой остановки прижать артерии к подлежащей кости выше раны по току крови в наиболее эффективных местах (височная артерия; затылочная артерия; сонная артерия; подключичная артерия; подмышечная артерия; плечевая артерия; лучевая артерия; локтевая артерия; бедренная артерия; бедренная артерия в середине бедра; подколенная артерия; тыльная артерия стопы; задняя большеберцовая артерия);

- при сильном кровотечении из раненой конечности согнуть ее в суставе выше места ранения, если нет перелома этой конечности. В ямку, образующуюся при сгибании, вложить комок ваты, марли и т. п., согнуть сустав до отказа и зафиксировать сгиб сустава ремнем, косынкой и др. материалами;

- при сильном кровотечении из раненой конечности наложить жгут выше раны (ближе к туловищу), обернув конечность в месте наложения жгута мягкой прокладкой (марля, платок и т. п.). Предварительно кровоточащий сосуд должен быть прижат пальцами к подлежащей кости. Жгут наложен правильно, если пульсация сосуда ниже места его наложения не определяется, конечность бледнеет. Жгут может быть наложен растяжением (эластичный специальный жгут) и закруткой (галстук, скрученный платок, полотенце);

- пострадавшего с наложенным жгутом как можно быстрее доставить в лечебное учреждение.

4.3. Поражение электрическим током.

После освобождения пострадавшего от действия электрического тока уложите его на подстилку и тепло укройте, быстро, в течение 15-20 с, определите характер требующейся первой медицинской помощи, организуйте вызов врача и примите следующие меры:

- если пострадавший дышит и находится в сознании, уложите его в удобное положение, расстегните на нем одежду. До прихода врача обеспечьте пострадавшему полный покой и доступ свежего воздуха, следите за его пульсом и дыханием. Не позволяйте пострадавшему до прихода врача вставать и двигаться, а тем более продолжать работу;

- если пострадавший находится в бессознательном состоянии, но у него сохраняются устойчивые дыхание и пульс, постоянно следите за ними, давайте ему нюхать нашатырный спирт и обрызгивайте лицо водой, обеспечивая полный покой до прихода врача;

- при отсутствии дыхания, а также редком, судорожном дыхании, остановке сердца (отсутствие пульса) немедленно делайте искусственное дыхание, закрытый массаж сердца.

Искусственное дыхание и массаж сердца начинайте проводить не позднее чем через 4-6 минут с момента прекращения сердечной деятельности и дыхания, так как после этого срока наступает клиническая смерть.

4.4. Переломы костей.

При закрытом переломе придайте конечности удобное положение, обращайтесь с ней при этом осторожно, не допускайте резких движений, наложите шины. Шины накладывайте с двух сторон, подложите под них вату, чтобы шины не касались кожи конечностей, и обязательно захватите суставы выше и ниже мест перелома. Шины можно наложить поверх одежды. При открытом переломе остановите кровотечение, смажьте края раны йодом, перевяжите рану и наложите шины. Не трогайте руками и не

вправляйте в рану торчащие из нее обломки костей. При отсутствии шин используйте фанеру, доски, черенки лопат и т. п. В крайнем случае, прибинтуйте сломанную ногу к здоровой ноге, а руку к грудной клетке.

При переломе ключицы или лопатки в подмышечную область с поврежденной стороны вложите тугой ватный валик, а руку подвесьте на косынку. При переломе ребер туго забинтуйте грудь или стяните ее полотенцем во время выдоха.

При переломе позвоночника осторожно уложите пострадавшего на доски или фанеру, следите за тем, чтобы туловище не перегибалось (во избежание повреждения спинного мозга).

При переломе костей примите срочные меры к доставке пострадавшего в ближайшее медицинское учреждение.

4.5. Вывихи.

При вывихе обеспечьте неподвижность поврежденной конечности, наложите шины, не изменяя того угла, который образовался в суставе при вывихе. Вывихи должны вправлять только врачи. Для доставки пострадавшего в медицинское учреждение уложите его на носилки или в кузов автомобиля, а конечность обложите валиками из одежды или подушек.

4.6. Ожоги.

При термическом ожоге снимите одежду с обожженного места, не отрывая прилипшие части одежды, накройте место ожога стерильным материалом, сверху положите слой ваты и забинтуйте. Во время оказания помощи не прикасайтесь к обожженным местам, не прокалывайте пузыри. Обожженную поверхность смазывайте мазями и не засыпайте порошками. При сильных ожогах пострадавшего немедленно доставьте в больницу.

При ожоге кислотой снимите одежду и тщательно, в течение 15 мин, промойте обожженное место струей воды, затем промойте 5 %-ным раствором перманганата калия или 10 %-ным раствором пищевой соды (чайная ложка на стакан воды). После этого пораженные участки тела накройте марлей, пропитанной смесью растительного масла и известковой воды, забинтуйте.

При ожогах щелочью пораженные участки в течение 10-15 мин промойте струей воды, а затем 3-6 %-ным раствором уксусной кислоты или раствором борной кислоты (чайная ложка кислоты на стакан воды). После этого пораженные участки накройте марлей, пропитанной 5 %-ным раствором уксусной кислоты, и забинтуйте.

4.7. Обморожение.

При обморожении I степени (кожа отечная, бледная, синюшная, утрачивает чувствительность) пострадавшего внесите в прохладное помещение и разотрите кожу сухой чистой материей до покраснения или ощущения тепла, смажьте жиром (маслом, салом, борной мазью) и наложите утепленную повязку. Напоить пострадавшего горячим чаем и перенесите в теплое помещение.

При обморожении II-IV степени (на коже появляются пузыри с кровянистой жидкостью, и она приобретает багрово-синюшную окраску - II степень; мертвеют слои кожи и подлежащие ткани, кожа становится черной - III степень; полное омертвление кожи и тканей - IV степень) на пораженную кожу наложите сухую повязку, дайте пострадавшему выпить горячего чаю или кофе и немедленно отправьте в ближайшее медицинское учреждение.

4.8. Тепловой и солнечный удары.

При первых признаках недомогания (головная боль, шум в ушах, тошнота, учащенное дыхание, сильная жажда, иногда рвота) пострадавшего уложите в тень или внесите в прохладное помещение, освободите шею и грудь от стесняющей одежды; а если пострадавший в сознании, дайте попить холодной воды; голову, грудь и шею периодически смачивайте холодной водой, давайте понюхать нашатырный спирт. Если

пострадавший не дышит, сделайте искусственное дыхание согласно п. 4.11 настоящей инструкции.

4.9. Отравления пестицидами, минеральными удобрениями, консервантами и продуктами их распада, ядовитыми газами.

Пострадавшего прежде всего вынесите из загрязненной зоны и освободите от стесняющей дыхание одежды и средств защиты органов дыхания. Примите меры оказания первой помощи, направленные на прекращение поступления яда в организм:

- через дыхательные пути: удалите пострадавшего из опасной зоны на свежий воздух;

- через кожу: тщательно смойте препарат струей воды, лучше с мылом, или, не размазывая по коже и не втирая, промокните его куском ткани, затем обмойте холодной водой или слабощелочным раствором; при попадании яда в глаза обильно промойте их водой, 2 %-ным раствором питьевой соды или борной кислоты;

- через желудочно-кишечный тракт: дайте выпить несколько стаканов воды (желательно теплой) или слабо-розового раствора марганцовокислого калия и, раздражая заднюю стенку глотки, вызовите рвоту. Повторите эту процедуру 1-3 раза.

Рвоту можно вызвать при помощи горчицы (1/2-1 чайная ложка сухого порошка на стакан теплой воды), соли (2 столовые ложки на стакан теплой воды) или стакана мыльного раствора. Не вызывайте рвоту у пострадавшего, находящегося в бессознательном состоянии или с судорожным синдромом. После рвоты дайте выпить полстакана воды с двумя-тремя столовыми ложками активированного угля, а затем солевое слабительное (20 г горькой соли на полстакана воды), не давайте в качестве слабительного касторовое масло; при отравлении кислотой дайте выпить раствор питьевой соды (1 чайная ложка на стакан воды), молока или воды; при отравлении щелочью дайте выпить молока, лимонного сока или уксусной воды.

Во всех случаях отравления (даже легкого) немедленно направьте пострадавшего к врачу или фельдшеру.

При отравлении ядовитыми газами (головная боль, шум в ушах, головокружение, расширение зрачков, тошнота и рвота, потеря сознания) пострадавшего немедленно выведите на свежий воздух и организуйте подачу кислорода для дыхания, воспользовавшись резиновой подушкой или баллоном с кислородом. При отсутствии кислорода пострадавшего уложите, приподнимите ноги, дайте выпить холодной воды или много молока, понюхать вату, смоченную нашатырным спиртом. При слабом дыхании или прекращении его делайте искусственное дыхание до прибытия врача или восстановления дыхания.

4.10. Повреждение глаз.

При засорении глаз промойте их 1 %-ным раствором борной кислоты, струей чистой воды или влажным ватным (марлевым) тампоном. Для этого голову пострадавшего положите так, чтобы можно было направить струю от наружного угла глаза (от виска) к внутреннему. Не трите засоренный глаз. При попадании брызг кислоты и щелочи в глаз промойте его в течение 5 мин чистой водой. После промывки на глаз наложите повязку и отправьте пострадавшего к врачу.

4.11. Отравления окисью углерода

ОТРАВЛЕНИЯ ОКИСЬЮ УГЛЕРОДА наступают при его вдыхании и относятся к острым отравлениям. Образование окиси углерода происходит при горении и в производственных условиях.

ПОРАЖАЮЩЕЕ ДЕЙСТВИЕ окиси углерода основано на реакции соединения с

гемоглобином (химическое соединение крови, состоящее из белка и железа, осуществляющее снабжение ткани кислородом), в результате чего образуется карбоксигемоглобин, неспособный осуществлять транспортировку кислорода тканям, следствием чего является гипоксия (кислородное голодание тканей). Этим и объясняются наиболее ранние и выраженные изменения со стороны центральной нервной системы, особенно чувствительной к недостатку кислорода.

ПРИЗНАКИ: головная боль, головокружение, тошнота, рвота, оглушенное состояние, резкая мышечная слабость, затемнение сознания, потеря сознания, кома. При воздействии высоких концентраций окиси углерода наблюдаются тяжелые отравления, которые характеризуются потерей сознания, длительным коматозным состоянием, приводящим в особо тяжелых случаях к смертельному исходу. При этом наблюдается расширение зрачков с вялой реакцией на свет, приступ судорог, резкое напряжение (ригидность) мышц, учащенное поверхностное дыхание, учащенное сердцебиение. Смерть наступает при остановке дыхания и сердечной деятельности.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ.

Необходимо:

- вынести пострадавшего на свежий воздух;
- освободить шею и грудную клетку от стесняющей одежды;
- по возможности провести ингаляцию кислорода (проводит медицинский персонал);
- при необходимости сделать искусственное дыхание и непрямой массаж сердца;
- срочно доставить в лечебное учреждение.

4.12. Укусы змей и ядовитых насекомых

Нельзя высасывать яд змей из ранки во избежание передачи инфекций от пострадавшего спасателю и наоборот. Нельзя накладывать жгут на поврежденную конечность выше места укуса, делать надрезы на месте укуса, прижигать место укуса.

ПРИЗНАКИ при укусах ядовитых насекомых и змей:

головноекружение, озноб;

- тошнота, рвота;
- сухость и горький привкус во рту;
- учащенный пульс, одышка;
- сонливость (в особо тяжелых случаях могут быть судороги, потеря сознания и остановка дыхания);
- в месте укуса возникает жгучая боль, покраснение и отек кожи.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ:

- уложить пострадавшего в горизонтальном положении и обеспечить покой. Постараться успокоить пострадавшего;
- транспортировать пострадавшего в положении лежа в безопасное место, если приезд скорой помощи невозможен или задерживается;
- придать пораженному участку телу возвышенное положение;
- наложить на рану стерильную повязку (лучше со льдом);
- зафиксировать пораженную конечность, прибинтовав ее к шине (подручными средствами) или туловищу;
- дать пострадавшему большое количество жидкости (частями);
- следить за состоянием пострадавшего.
- Не рекомендуется:
 - прижигать место укуса;
 - давать пострадавшему алкоголь;
 - высасывать яд из раны.

4.13. Укусы животных

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ при укусах животных:

- наложить на рану стерильную повязку;
- направить (сопроводить) пострадавшего в лечебное учреждение.

5. Требования к комплектации аптечки первой помощи

Аптечка для оказания первой помощи работникам Общества должна быть укомплектована изделиями медицинского назначения в соответствии с перечнем, указанным в приложении 1.

Нельзя изменять состав аптечки. При использовании или при окончании срока годности препаратов нужно пополнить аптечку.

В организации должны быть созданы санитарные посты с аптечками для оказания первой помощи (ст. 223 ТК РФ). Посты располагают с таким расчетом, чтобы работники в случае необходимости могли быстро и беспрепятственно получить к ним доступ. На стенах и дверях помещений, где расположены аптечки, надо разместить знак аптечки первой помощи – белый крест на зеленом фоне (табл. И2 ГОСТ Р 12.4.026-2001). Размещение аптечек должно быть указано на плане эвакуации.

ПОРЯДОК ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СОДЕРЖИМОГО АПТЕЧКИ

- При артериальном кровотечении из крупной (магистральной) артерии прижать сосуд пальцами в точках прижатия, наложить жгут кровоостанавливающий (п. 1.1 состава аптечки) выше места повреждения с указанием в записке (п. 4.4–4.5 состава аптечки) времени наложения жгута, наложить на рану давящую (тугую) повязку (п. 1.2–1.12 состава аптечки).
- При отсутствии у лица, которому оказывают первую помощь, самостоятельного дыхания провести искусственное дыхание при помощи устройства для проведения искусственного дыхания «Рот – Устройство – Рот» или карманной маски для искусственной вентиляции легких «Рот – маска» (п. 2.1 состава аптечки).
- При наличии раны наложить давящую (тугую) повязку, используя стерильные салфетки (п. 1.9 состава аптечки) и бинты (п. 1.2–1.7 состава аптечки) или применяя пакет перевязочный стерильный (п. 1.8 состава аптечки). При отсутствии кровотечения из раны и отсутствии возможности наложения давящей повязки наложить на рану стерильную салфетку (п. 1.9 состава аптечки) и закрепить ее лейкопластырем (п. 1.12 состава аптечки). При микротравмах использовать лейкопластырь бактерицидный (п. 1.10–1.11 состава аптечки).
- При попадании на кожу и слизистые биологических жидкостей лиц, которым оказывается первая помощь, использовать салфетки антисептические из бумажного текстилеподобного материала стерильные спиртовые (п. 3.2 состава аптечки).
- Покрывало спасательное изотермическое (п. 3.5 состава аптечки) расстелить (серебристой стороной к телу для защиты от переохлаждения; золотой стороной к телу для защиты от перегревания), лицо оставить открытым, конец покрывала загнуть и закрепить.

Приложение 1
из приказа Минздравсоцразвития России
от 5 марта 2011 г. № 169н

Приложение. Требования к комплектации изделиями медицинского назначения аптечек
для оказания первой помощи работникам

№ п/п	Наименование изделий медицинского назначения	Нормативный документ	Форма выпуска (размеры)	Количество (штуки, упаковки)
1	Изделия медицинского назначения для временной остановки наружного кровотечения и перевязки ран			
1.1	Жгут кровоостанавливающий	ГОСТ Р ИСО 10993-99 ¹		1 шт.
¹ ГОСТ Р ИСО 10993-99 «Изделия медицинские. Оценка биологического действия медицинских изделий». Принят и введен в действие постановлением Госстандарта России от 29 декабря 1999 г. № 862-ст. «Издательство стандартов», 1999.				
1.2	Бинт марлевый медицинский нестерильный	ГОСТ 1172-93 ²	5 м × 5 см	1 шт.
² ГОСТ 1172-93 «Бинты марлевые медицинские. Общие технические условия». Принят Межгосударственным советом по стандартизации, метрологии и сертификации 21 октября 1993 года. Постановлением Комитета РФ по стандартизации, метрологии и сертификации от 2 июня 1994 г. № 160 межгосударственный стандарт ГОСТ 1172-93 введен в действие непосредственно в качестве государственного стандарта РФ с 1 января 1995 года. «Издательство стандартов», 1995.				
1.3	Бинт марлевый медицинский нестерильный	ГОСТ 1172-93	5 м × 10 см	1 шт.
1.4	Бинт марлевый медицинский нестерильный	ГОСТ 1172-93	7 м × 14 см	1 шт.
1.5	Бинт марлевый медицинский стерильный	ГОСТ 1172-93	5 м × 7 см	1 шт.
1.6	Бинт марлевый медицинский стерильный	ГОСТ 1172-93	5 м × 10 см	2 шт.
1.7	Бинт марлевый медицинский стерильный	ГОСТ 1172-93	7 м × 14 см	2 шт.
1.8	Пакет перевязочный медицинский индивидуальный стерильный с герметичной оболочкой	ГОСТ 1179-93 ³		1 шт.
³ ГОСТ 1179-93 «Пакеты перевязочные медицинские. Технические условия». Принят				

Межгосударственным советом по стандартизации, метрологии и сертификации 21 октября 1993 года. Постановлением Комитета РФ по стандартизации, метрологии и сертификации от 2 июня 1994 г. № 160 межгосударственный стандарт ГОСТ 1179-93 введен в действие непосредственно в качестве государственного стандарта РФ с 1 января 1995 года. «Издательство стандартов», 1995.

1.9	Салфетки марлевые медицинские стерильные	ГОСТ 16427-93 ⁴	Не менее 16 × 14 см № 10	1 уп.
-----	--	----------------------------	--------------------------	-------

⁴ ГОСТ 16427-93 «Салфетки и отрезки марлевые медицинские. Технические условия». Принят Межгосударственным советом по стандартизации, метрологии и сертификации 21 октября 1993 года. Постановлением Комитета РФ по стандартизации, метрологии и сертификации от 2 июня 1994 г. № 160 межгосударственный стандарт ГОСТ 16427-93 введен в действие непосредственно в качестве государственного стандарта РФ с 1 января 1995 года. «Издательство стандартов», 1995.

1.10	Лейкопластырь бактерицидный	ГОСТ Р ИСО 10993-99	Не менее 4 см × 10 см	2 шт.
1.11	Лейкопластырь бактерицидный	ГОСТ Р ИСО 10993-99	Не менее 1,9 см × 7,2 см	10 шт.
1.12	Лейкопластырь рулонный	ГОСТ Р ИСО 10993-99	Не менее 1 см × 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»	ГОСТ Р ИСО 10993-99		1 шт.
-----	---	---------------------	--	-------

3 Прочие изделия медицинского назначения

3.1	Ножницы для разрезания повязок по Листеру	ГОСТ 21239-93 (ИСО 7741-86) ⁵		1 шт.
-----	---	--	--	-------

⁵ ГОСТ 21239-93 (ИСО 7741-86) «Инструменты хирургические. Ножницы». Принят Межгосударственным советом по стандартизации, метрологии и сертификации 21 октября 1993 года. Постановлением Комитета РФ по стандартизации, метрологии и сертификации от 2 июня 1994 г. № 160 межгосударственный стандарт ГОСТ 21239-93 введен в действие непосредственно в качестве государственного стандарта РФ с 1 января 1995 года. «Издательство стандартов», 1995.

3.2	Салфетки антисептические из бумажного текстилеподобного материала стерильные спиртовые	ГОСТ Р ИСО 10993-99	Не менее 12,5 × 11,0 см	5 шт.
3.3	Перчатки медицинские нестерильные, смотровые	ГОСТ Р ИСО 10993-99 ГОСТ Р 52238-2004 ⁶	Размер не менее М	2 пары

		ГОСТ Р 52239-2004 ⁷ ГОСТ 3-88 ⁸		
<p>⁶ ГОСТ Р 52238-2004 (ИСО 10282:2002) «Перчатки хирургические из каучукового латекса стерильные одноразовые». Утвержден и введен в действие постановлением Госстандарта России от 9 марта 2004 г. № 103-ст. «Издательство стандартов», 2004.</p> <p>⁷ ГОСТ Р 52239-2004 (ИСО 11193-1:2002) «Перчатки медицинские диагностические одноразовые». Утвержден и введен в действие постановлением Госстандарта России от 9 марта 2004 г. № 104-ст. «Издательство стандартов», 2004.</p> <p>⁸ ГОСТ 3-88 «Перчатки хирургические резиновые». Утвержден и введен в действие постановлением Государственного комитета СССР по стандартам от 19 июля 1988 г. № 2688. «Издательство стандартов», 1988.</p>				
3.4	Маска медицинская нестерильная трехслойная из нетканого материала с резинками или с завязками	ГОСТ Р ИСО 10993-99		2 шт.
3.5	Покрывало спасательное изотермическое	ГОСТ Р ИСО 10993-99, ГОСТ Р 50444-92	Не менее 160 × 210 см	1 шт.
4	Прочие средства			
4.1	Английские булавки стальные со спиралью	ГОСТ 9389-75 ⁹	Не менее 38 мм	3 шт.
<p>⁹ ГОСТ 9389-75 «Проволока стальная углеродистая пружинная». Утвержден и введен в действие постановлением Государственного комитета стандартов Совета Министров СССР от 17 июля 1975 г. № 1830. «Издательство стандартов», 1975.</p>				
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	ГОСТ 18510-87 ¹⁰	Формат не менее А7	1 шт.
<p>¹⁰ ГОСТ 18510-87 «Бумага писчая. Технические условия». Утвержден и введен в действие постановлением Государственного комитета стандартов Совета Министров СССР от 23 сентября 1987 г. № 3628. «Издательство стандартов», 1985.</p>				
4.5	Авторучка	ГОСТ 28937-91 ¹¹		1 шт.

¹¹ ГОСТ 28937-91 "Ручки автоматические шариковые. Общие технические требования и методы испытаний". Утвержден и введен в действие постановлением Государственного комитета СССР по управлению качеством продукции и стандартам от 20 марта 1991 года № 295. Издательство стандартов, 1991.