

ИНСТРУКЦИЯ

по оказанию первой медицинской помощи при несчастных случаях на производстве

Общие вопросы тактики

Как правило, ситуация, требующая оказания экстренной медицинской помощи возникает внезапно, в условиях дефицита времени и в отсутствие людей с медицинским образованием. Но действия в эти ситуации требуют решительных и незамедлительных. Попробуем представить себе вопросы, встающие у людей, ставших непосредственными свидетелями несчастного случая, потенциальными спасателями. Главными являются три:

1. Что случилось?
2. Чем помочь?
3. Что, в какой последовательности и что вообще делать?

Универсальная схема поведения при несчастном случае

Какое бы несчастие не произошло – ДТП, падение с высоты, поражение электротоком или утопление, в любом случае оказание помощи начинается с первичного осмотра пострадавшего и места происшествия.

Первичный осмотр пострадавшего и места происшествия

1. Не должен превышать 10–30 секунд
2. Определить конкретную ситуацию ДТП, падение с высоты, поражение электротоком, утопление и т.д.
3. Определить состояние пострадавшего по следующей схеме:
 - а) сознание (в сознании, без сознания, адекватен или нет, оглушён);
 - б) наличие пульса на центральных артериях (если пульс отсутствует, сразу приступить к реанимации);
 - в) наличие дыхания (если его нет, обеспечить искусственное дыхание);
 - г) наличие кровотечения и его тип (если есть, остановить по алгоритму);
 - д) наличие переломов.
4. Осмотр должен закончиться выводом о конкретном состоянии пострадавшего и на его основе определяется дальнейшая тактика оказания помощи.

Неотложные мероприятия по спасению жизни пострадавшего, должны быть параллельны с вызовом бригады СМП или ближайшего медработника. Схемы оказания помощи будут даны при разборе конкретных ситуаций.

Вызов бригады СМП

1. Бригада вызывается только после осмотра пострадавшего и места происшествия.
2. При переговорах с диспетчером 03 знать, ФИО больного, его возраст, адрес или ближайшее известное место, где можно встретить бригаду СМП.
3. Состояние больного и ситуацию.
4. Номер телефона, с которого производится вызов.
5. Чётко ответить на дополнительные вопросы диспетчера (№ этажа, подъезда, возможные пути подъезда бригады и т.д.).
6. Обеспечить встречу бригады (доступ в подъезд, на объект и т.д.).
7. Помочь с инвентарём, оборудованием и т.д.

Именно такая параллельная схема оказания помощи поможет сохранить жизнь пострадавшему и обеспечит своевременное оказание квалифицированной медицинской помощи. В любых ситуациях, если есть малейшая возможность вызвать бригаду СМП, то никаких попыток самостоятельной госпитализации предпринимать не стоит, т.к. транспортировка тяжёлого больного является дополнительным повреждающим фактором и должна проводиться специалистами на санитарном автотранспорте с соблюдением соответствующих норм.

Универсальная схема оказания первой медицинской помощи

А. Нет сознания и нет пульса

1. Убедиться в отсутствии центрального пульса (сонные, бедренные, плечевые артерии)

нельзя терять время на определение при определении признаков дыхания.

2. Уложить больного на спину на ровную поверхность, освободить грудную клетку от одежды и расстегнуть поясной ремень (действовать аккуратно с учётом возможных переломов).
3. Прикрыть двумя пальцами мечевидный отросток грудины (найти границу средней и нижней трети грудины).
4. Нанести удар кулаком в найденную точку. Нельзя наносить удар при наличии пульса, переломах грудины и рядом расположенных рёбер.
5. Начать непрямой массаж сердца (глубина компрессии 3-5 см, частота 60-70 в минуту).
6. Сделать «вдох» искусственного дыхания:
 - а) запрокинуть голову, очистить рот от инородных тел (слизь, остатки пищи и т.д.); б) зажать нос, отвести рукой подбородок, сделать выдох пострадавшему в рот;
 - в) правильно выполненный «вдох», сопровождается видимым подъёмом грудной клетки с последующим её "спаданием", если этого не происходит, повторно очистить рот и вывести нижнюю челюсть.
7. Выполнять комплекс реанимации один реаниматор - два вдоха 15 компрессий, два реаниматора – 1 вдох, 5-6 компрессий.
8. Контролировать эффективность реанимации
 - Сужение зрачков
 - Порозовение кожных покровов
 - Восстановление спонтанного дыхания и сердцебиения
 - Восстановление сознания
9. Проводить комплекс реанимации до прибытия бригады СМП или появления признаков биологической смерти.

Нельзя прекращать реанимацию при эффективности проводимых мероприятий. Организация действий партнёров

Первый номер – непрямой массаж сердца (находится справа от больного), ведёт счет компрессий, подаёт команду «вдох!».

Второй номер – искусственное дыхание (у головы больного справа), контролирует эффективность мероприятий.

Если есть третий, готовится к смене первого. Нельзя располагаться реаниматорам друг напротив друга, обходить друг друга сзади, наблюдающим вмешиваться в действия реаниматоров.

Б. Нет сознания, но есть пульс

1. Повернуть больного на живот или бок (самого или голову).
2. Освободить верхние дыхательные пути.
3. Вызвать СМП.
4. Приложить холод к голове (по возможности).
5. Наблюдать за состоянием больного до приезда СМП.

Нельзя оставлять больного в положении «навзничь», оставлять без присмотра.

В. Сознание есть, пульс есть

1. При возможности серьёзной травмы уложить на бок, вызвать СМП (ДТП, падение с высоты, поражение электротоком или утопление).
2. Наблюдать за больным до приезда СМП.

Нельзя оставлять больного без наблюдения, пренебрегать вызовом СМП при возможности серьёзной травмы.

Кровотечения и их остановка

А. Артериальные кровотечения

Признаки:

- а) алый цвет крови;
- б) струёй с усилением при пульсовом толчке

Правила и способы остановки:

- 1) Пальцевое прижатие выше места кровотечения на конечностях, ниже на шее, голове;
- 2) Жгут выше локтя и колена на конечностях обязательно на прокладку с запиской о времени наложения.

Правила наложения жгута:

1. Завести жгут за конечность и растянуть.
2. Прижать первый виток с максимальным усилием. Критерий правильности -остановка кровотечения и отсутствие пульса ниже места наложения жгута.
3. Наложить следующие витки с меньшим усилием.
4. Зафиксировать и вложить записку со временем наложения.
5. Наложить асептическую повязку.
6. Зимой укутать конечность.
7. Время наложение жгута не более 1,5 часов.

Доставка в больницу: чем раньше, тем лучше. В случае посинения и отёка конечности жгут немедленно снять и наложить заново. Нельзя терять время на снятие одежды, накладывать жгут без прокладки, накладывать жгут ниже локтя и колена.

3) Максимальное сгибание

1. Проложить валик с внутренней поверхности конечности.
2. Максимально согнуть конечность через валик и зафиксировать ремнём или бинтом с сильным натяжением.
3. Время – 1,5 часа.

Нельзя использовать способ при переломах.

Б. Венозное кровотечение.

Признаки: а) тёмно-бордовый цвет крови, б) вытекает струёй без толчков

Правила и способы остановки: тугая давящая повязка с тампонадой раны. Нельзя накладывать жгуты.

В. Капиллярное кровотечение

Признаки: красный цвет крови, нет выраженной струи, кровит вся раневая поверхность.

Правила и способы остановки: давящая асептическая повязка.

Правила наложения повязок

1. Первичная очистка раны (удаляются легкодоступные инородные тела, промывается дезраствором).
2. На рану накладывает стерильная салфетка (при тампонаде дополнительно несколько салфеток тугим комком соответствующим размеру раны).
3. Бинтование или фиксация лейкопластырем.

Обработка: спиртовой раствор йода – обрабатываются только края раны или мелкие ссадины, спиртовой раствор бриллиантового зелёного (зелёнка) то же, раствор перекиси водорода (H₂O₂) 3% - обмыть раневую поверхность тампоном, просушить, наложить асептическую повязку.

Запрещается промывать рану водой, вливать все растворы в рану, накладывать на рану вату. Бинтование производится по правилу восьмёрок. Асептическая повязка накладывает плотно, главная задача – удержать салфетку на ране. Бинтовать с усилием до остановки кровотечения. Имobilизирующая повязка – бинтовать много, туго, до создания бинтового корсета.

Ранения грудной клетки

Требуется вызов СМП

1. Прижать ладонь к ране и закрыть доступ воздуху.
2. Наложить окклюзионную повязку: салфетка, сверху изолирующий герметичный материал(полиэтилен), фиксировать лейкопластырем.
3. Усадить больного и передать СМП. Повязка должна быть герметична!

Нельзя извлекать из раны инородные предметы, ходить, лежать.

Ранения брюшной полости

Требуется вызов СМП.

1. Рану обложить салфетками, зафиксировать их лейкопластырем.
2. Уложить больного и расстегнуть поясной ремень.

3. Ожидать скорую в положении лёжа, с приподнятыми ногами. Нельзя вправлять выпавшие органы, давать больному пить.

Термические ожоги

Требуется вызов СМП.

Без нарушения целостности кожных покровов.

1. Под холодную воду на 10-15 минут.
2. Асептическая салфетка и сухой холод сквозь неё.

Нельзя смазывать обожжённую поверхность маслами и жирами, прокалывать пузыри.

С нарушением целостности кожных покровов.

1. Накрыть обожжённую поверхность стерильными салфетками или чистой тканью.
2. Сухой холод через прокладку.

Нельзя промывать водой, бинтовать, отделять приставшие предметы (одежду, битум, брызги металла, пластика и т.д.)

Химические ожоги

Требуют вызова СМП.

1. Проточной водой долго, до приезда СМП.
2. Промывать. Перед промыванием удаляются твёрдые частицы (известь). Нельзя применять нейтрализаторы, накладывать повязки.

Химические ожоги глаз и век

Требуют вызова СМП.

Раздвинуть веки и промывать глаз от носа наружу проточной водой, долго. Нельзя применять нейтрализаторы, накладывать повязки.

Ранения глаз и век

Требуют вызова СМП.

Все манипуляции лёжа или сидя откинувшись назад.

1. Накрыть чистой салфеткой.
2. Зафиксировать салфетку и прикрыть второй глаз (бинокулярная повязка).

Нельзя промывать водой колотые и резаные раны, пытаться самим удалить инородные тела.

Переломы конечностей

Требуют вызова СМП.

Определить тип (открытый, закрытый). Действовать по следующей схеме:

1. Остановка кровотечения.
2. Асептическая салфетка на место перелома.
3. Шинирование.

Правила шинирования:

1. Если есть возможность вызвать СМП, самим не шинировать.
2. Шины моделируются по здоровой конечности.
3. При шинировании обездвиживается один сустав ниже места перелома и один сустав выше.

Нельзя накладывать шины пострадавшему, лежащему в позе лягушки, пытаться самим вправить костные отломки.

Поражение электрическим током

Требуется вызов СМП.

1. Освобождение пострадавшего от действия электрического тока:

а) не попасть самому под действие тока;
б) обесточить пострадавшего снятием провода или набросом; в) оттащить не менее чем на 10 метров от источника тока.

2. Правила приближения к больному под током:

а) не отрывая ног от земли (гуськом, волоча ноги); б) предмет для обесточивания – сухой

диэлектрик.

3. Осмотр пострадавшего: при отсутствии пульса – реанимация, вызов СМП. Положить на живот, бок, вызвать СМП.

4. При ожогах и ранах – асептические повязки

Нельзя прекращать реанимацию до установления биологической смерти или до прибытия бригады СМП.

Падение с высоты

Требуется вызов СМП.

1. Осмотр (при позе лягушки возможен перелом таза).

2. Оказание помощи и вызов СМП с учётом возможных переломов.

Нельзя перекладывать больного, позволять перемещаться, раздевать, пренебрегать вызовом СМП, даже если нет видимых повреждений.

Тактика при ДТП

1. Осмотр места происшествия с определением количества пострадавших, их состояния.

2. Вызов СМП и при необходимости службы спасения, ГИБДД.

3. Оказание неотложной помощи пострадавшим.

Нельзя сразу оказывать помощь ближайшему больному без предварительной медицинской разведки, переносить или перетаскивать пострадавших без крайней необходимости (угроза взрыва, пожара и т.д.).

Утопления

Требуют вызова СМП.

1. Извлечь из воды, перевернуть лицом вниз, опустить голову ниже таза.

2. Очистить рот от инородного содержимого и надавить на корень языка. Есть рвотный рефлекс:

1. Продолжать вызывать рвоту и удалять воду из верхних дыхательных путей, параллельно вызывать СМП.

2. Передать больного бригаде СМП. Нет рвотного рефлекса:

1. Перевернуть больного на спину.

2. Проверить, есть ли пульс.

а) Есть пульс: - уложить на живот, бок

- передать бригаде СМП. б) Пульса нет: - реанимация

- передать бригаде СМП.

Нельзя оставлять пострадавшего без присмотра в связи с возможностью наступления синдрома вторичного утопления, самостоятельно перевозить больного, если есть доступ к СМП, терять время на извлечение всей воды из дыхательных путей, прекращать реанимационные мероприятия до наступления биологической смерти или приезда бригады СМП.

Схема действий в случае попадания в прорубь

1. Не суетись!

2. Выбираться на лёд необходимо с той стороны, с которой угораздило свалиться.

3. Наваливаться на лёд необходимо не ладонями. А всей верхней половиной туловища.

4. По-пластунски необходимо проползти 3-4 метра и обязательно по собственным следам.

Схема действий при общем переохлаждении

1. При появлении озноба, мышечной дрожи дополнительно укрыть, дать тёплый сладкий чай.

2. По возможности дать 50 мл крепкого алкоголя и в течение часа доставить в тёплое помещение.

3. Снять верхнюю одежду, поместить больного в ванну с температурой 35-40⁰ С или к источнику тепла и вызвать СМП.

4. Переодеть в сухое, укрыть, повторно дать 50 мл алкоголя.

5. Продолжать давать тёплое, сладкое питьё до передачи СМП.

Нельзя давать алкоголь в случае алкогольного опьянения, использовать воду с температурой

ниже 30⁰. Если пострадавший неадекватен, жалуется на жар, раздевается на морозе – это верный признак критического переохлаждения.

Схема действия при отморожениях

1. Как можно скорее доставить в тепло.
2. Аккуратно снять с отмороженных конечностей обувь и одежду.
3. Наложить тёплую изолирующую повязку с ватой или укутать теплыми вещами.
4. Дать тёплое, сладкое обильное питьё, немного крепкого алкоголя.
5. Обязательно дать до 1 грамма анальгина.
6. Как можно раньше вызвать СМП

Нельзя растирать, применять ванночки, грелки, смазывать маслами и жирами.

Схема действий в случае обморока

Требует вызова СМП.

Уложить на ровную поверхность. Смотри схему №2.

Нельзя пренебрегать вызовом СМП, т.к. обморок может быть симптомом более серьёзного заболевания. Прикладывайте грелку к животу или пояснице, если есть боли. Кормить в случае голодного обморока, давать какие-либо препараты.

Схема действия в случае длительного сдавления конечностей

Требует вызова СМП и службы спасения.

1. Обложить пакетами с холодом.
2. Дать 1-1,5 г. анальгина.
3. Обильное тёплое питье.
4. Перед деблокацией наложить защитный жгут выше места сдавления.
5. После деблокации туго забинтовать и обязательно шинировать.
6. Повторно холод, обильное питьё.
7. Госпитализация только после шинирования, передача СМП на любом этапе.

Нельзя устранять препятствия кровотоку после 15 минут сдавления до наложения жгутов и дачи обильного питья.

Схема действий при укусах ядовитых насекомых, змей

1. Если жало в ранке – удалить, вызвать СМП.
2. Выдавить или высосать каплю крови из ранки.
3. Холод к месту укуса (к ранке от укуса гадюки приложить брюшком лягушку или наложить спецсалфетку «Колетекс»).
4. Закапать 5-6 капель "галазолина" или "санорина" в нос и ранку от укуса.
5. Обязательно наложить шину.
6. Давать обильное сладкое питьё и 1-2 таблетки антигистаминного препарата под язык ("супрастин", "тавегил", "димедрол", "кларитин" и т.д.).
7. Следить за состоянием пострадавшего до прибытия СМП.
8. При потере сознания, уложить на живот, бок, при отсутствии пульса приступить к реанимации.

Нельзя использовать грелки и согревающие компрессы.

Схема действий в случае отравления ядовитыми газами

1. Согласованно эвакуироваться из зоны поражения
2. Вызвать СМП.
3. Передать больных СМП и оказывать помощь вплоть до реанимации.
4. При вызове СМП постараться назвать тип газа, площадь поражения, количество пострадавших.

Нельзя проводить искусственное дыхание без защиты реаниматора (маска с клапаном).

Схема действий в очагах чрезвычайных ситуаций (ЧС)

Определение ЧС. Чрезвычайными ситуациями считаются любые ситуации с 4 и более

пострадавшими или 2 трупами. К ним относятся: техногенные аварии, пожары, наводнения, землетрясения и т.д.

1. Организованно эвакуироваться из очага.
2. Сообщить о катастрофе по телефонам тревожных служб 01,02,03.
3. Если возможно чётко определить границу очага, ожидать приезда специалистов на границе очага вблизи от подъездных путей.

Нельзя неорганизованно предпринимать спасательные действия без средств защиты и подстраховки.

Правила переноски больных (нидерландский мост)

Больной переносится лёжа на спине или животе. Желательно участие 3-х и более человек.

Первый спасатель держит голову и плечи, второй захватывает таз и руки и координирует действия команды, подаёт команду «раз, два взяли!», третий захватывает стопы и голени. Все спасатели находятся с одной стороны от пострадавшего, носилки с противоположной стороны. Если спасателей много и они находятся с двух сторон от пострадавшего, носилки подставляют с ног.

Задача спасателей обеспечить горизонтальность и неподвижность пострадавшего при перекладывании и транспортировке.

Переноска пострадавшего на носилках

Вверх по лестнице, в салон санитарного автотранспорта и по прямой – головой вперёд. Вниз по лестнице, из салона санитарного автотранспорта – ногами вперёд.

Идущий впереди выбирает дорогу и сообщает идущим сзади обо всех препятствиях. Идущие сзади контролируют состояние больного.

Признаки основных жизнеопасных состояний

1. Клиническая смерть: отсутствие сознания, центрального пульса, дыхания, реакции зрачков на свет.
2. Биологическая смерть: симптомы клинической смерти плюс высыхание роговицы глаза (помутнение склер, деформация зрачка при нажатии двумя пальцами – симптом Белоглазова «кошачьего глаза»), гипостатические (трупные) пятна, трупное окоченение.
3. Кома (стойкое угнетение сознания): сознание угнетено (больной в контакт не вступает), витальные признаки сохранены (дыхание, сердцебиение), реакция на боль не целенаправленная.
4. Шок патологическое состояние организма, характеризующееся недостаточностью кровообращения в ответ на самые разные повреждающие факторы: боль, кровопотеря, травма головного мозга, отравление и т.д. Симптомы: сознание как правило сохранено, кожа бледная, влажная, артериальное давление резко снижено (центральный пульс есть, периферического нет, сердцебиение учащено более 100 ударов в минуту).
5. Артериальное кровотечение. Кровь алая, струя фонтаном, пульсирует. Над раной валик из вытекающей крови, скорость кровопотери значительная.
6. Венозное кровотечение. Очень тёмный цвет крови, вытекает пассивной струёй без толчков.
7. Капиллярное кровотечение. Кровит вся поверхность раны.
8. Признаки истинного утопления (синюшного). Кожа лица и шеи с синюшным оттенком, набухание сосудов шеи, обильные пенистые выделения изо рта и носа, возможно развитие клинической смерти.
9. Признаки ложного утопления (бледного, асфиктического): бледно-серый цвет кожи, широкий, не реагирующий на свет зрачок, сухая незначительная пена в углах рта, дыхание отсутствует обязательно.
10. Обморок: кратковременная потеря сознания, возможно наличие предвестников – резкая внезапная слабость, потемнение в глазах, шум в ушах.
11. Синдром длительного сдавления (появляется спустя 15 минут после сдавления конечности с прекращением кровообращения). Острая боль сменяется полной

нечувствительностью, отсутствие периферического пульса на повреждённой конечности. После освобождения конечности ухудшение состояния больного (появление розовой мочи, резкой одышки, деревянистого отёка повреждённой конечности).

12. Общее переохлаждение. Озноб и дрожь, посинение, побеление губ, конечностей, нарушение сознания: заторможенность и апатия, бред и галлюцинации, неадекватное поведение. При критическом переохлаждении чувство жара, тепла, ощущение эйфории, больной раздевается на морозе.

13. Отморожение конечностей. Потеря чувствительности, похолодание конечности, её побеление, твёрдость. В дальнейшем – отсутствие периферического пульса, деревянный звук при постукивании. При отогревании – острая боль в поражённой конечности, появление покраснения, волдырей, отёка.

14. Закрытый перелом. Сильная боль при любой попытке движения в конечности, деформация конечности, отёк в месте перелома. Укорочение конечности, появление патологической подвижности отломков.

15. Открытый перелом. Те же симптомы плюс видимые костные отломки, как правило осложняется кровотечением.

Перечень состояний, не являющихся несчастными случаями, но представляющих опасность для жизни и здоровья

1. Повышение температуры – лихорадка, гипертермия. Действия: жаропонижающие при температуре выше 38 С, обязателен осмотр врача, соблюдение его рекомендаций.

2. Аллергические реакции- крапивница, отек век, лица, горла, рук, ног, зуд, насморк, слезотечение, одышка. В случае острого начала вызов СМП, дать одну таблетку антигистаминного препарата, обязателен осмотр врача и соблюдение его рекомендаций.

3. Боль в животе. В случае резкого начала вызов СМП. В случае привычного развития, прием типоспецифических препаратов (для хронических больных), в случае непривычного развития – вызов СМП.

4. Судорожный припадок. Придерживать голову во избежания травм, профилактика западения языка и его прикусывания (деревянный, резиновый предмет между зубов, вызов СМП обязателен, в случае клинической смерти – реанимация). Нельзя вставлять между зубами металлический предмет, пытаться втиснуть между зубами твердые предметы, при спазме жевательной мускулатуры.

5. Острая дыхательная недостаточность – одышка в покое свыше 20 в одну минуту. Возникает на фоне простудных заболеваний, аллергических реакций. Больного усадить, обязательно вызвать СМП.

6. Массовое отравление – массовыми считаются отравления при одновременном заболевании более одного человека. В случае массовой рвоты, поноса и т.д., вызов на дом врача, при тяжелом состоянии больных вызов СМП.

Перечень средств аптечки первой помощи

1. Жгут.

2. Баллончик для отсоса слизи.

3. Перевязочные средства: стерильные бинты, салфетки, лейкопластырь.

4. Лекарственные средства: анальгин, уголь активированный, антигистаминные препараты, корвалол или валокордин, раствор перекиси водорода 3%, спиртовой раствор йода, сода пищевая, галазолин, сульфацил-натрий (альбуцид), но-шпа.

5. Защитные средства: перчатки, напальчники.

6. Инструменты: ножницы, пипетка, мензурка.

7. Дополнительно: бумага для записок, авторучка, возможно копия инструкции, список отряда или бригады с указанием ФИО (полностью), адресов, возрастов.

На объекте возможно пользоваться стандартной автомобильной аптечкой.

В расположении отряда кроме данного набора желательно жаропонижающие препараты, а так жеспецифические препараты для бойцов с хроническими заболеваниями.