

**Краевое государственное бюджетное
профессиональное образовательное учреждение
«ХАБАРОВСКИЙ КРАЕВОЙ КОЛЛЕДЖ ИСКУССТВ»
(КГБ ПОУ «ХККИ»)**

СОГЛАСОВАНО

Председатель профкома



В.Н. Верещагина

«05» _____ 2023 г.

УТВЕРЖДАЮ

Директор КГБ ПОУ «ХККИ»



Н.Е.Козлова

«05» _____ 2023г.

**Инструкция по оказанию первой помощи при несчастных случаях
в краевом государственном бюджетном профессиональном
образовательном учреждении «Хабаровский краевой колледж искусств»**

Хабаровск 2023

1. Общие положения

1.1. Настоящая инструкция по оказанию первой помощи при несчастных случаях в краевом государственном бюджетном профессиональном образовательном учреждении «Хабаровский краевой колледж искусств» (далее – КГБ ПОУ «ХККИ») разработана в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения и развития Российской Федерации от 04 мая 2012 г., Приказом Министерства труда и социальной защиты от 29 октября 2021 №772 и «Об утверждении основных требований к порядку разработки», Постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 28 сентября 2020 г. №28 «Об утверждении санитарных правил СП 2.4.3648-20 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям воспитания и обучения, отдыха и оздоровления детей и молодежи», Постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 28 января 2021 г. №2 «Об утверждении санитарных правил и норм СП 1.2.3685-21 «Гигиенические нормативы и требования к обеспечению безопасности и (или) безвредности для человека факторов среды обитания», ГОСТом Р12.0.007-2009 «Система стандартов безопасности труда. Система управления охраной труда в организации. Общие требования по разработке, применению, оценке и совершенствованию»; разделом X Трудового кодекса РФ и иными нормативно-правовыми актами по охране труда.

1.2. Данная инструкция разработана для изучения всеми сотрудниками КГБ ПОУ «ХККИ» приемов и способов оказания первой помощи пострадавшим при несчастных случаях.

1.3. Настоящей инструкцией необходимо руководствоваться во время обучения оказанию первой помощи пострадавшим, а также при непосредственном оказании помощи при возникновении несчастного случая в КГБ ПОУ «ХККИ».

2. Общие требования

2.1. Директору КГБ ПОУ «ХККИ» при возникновении несчастного случая следует незамедлительно организовать первую помощь пострадавшему при несчастном случае и, если необходимо, оперативно вызвать скорую помощь, транспортировать пострадавшего в медицинское учреждение, а также сообщить родителям (лицам их заменяющих) в случае, если пострадал несовершеннолетний.

2.2. Сотрудник, оказывающий первую помощь должен знать:

- основы оказания первой помощи пострадавшему;
- признаки (симптомы) повреждения жизненно важных органов организма;
- правила, способы и приемы оказания первой помощи потерпевшим в зависимости от каждой конкретной ситуации;
- все возможные способы перемещения пострадавшего.

2.3. Оказывающий первую помощь должен быть обучен:

- определению состояния пострадавшего, выполнению диагностики вида и особенностей поражения (травмы), подбору вида требуемой первой помощи, порядку проведения необходимых действий;
- правильному выполнению всего комплекса экстренной реанимационной помощи, выполнению контроля над эффективностью и, если это необходимо, корректировке реанимационных действий, учитывая состояние пострадавшего;
- остановке кровотечения путем наложения жгута, давящих повязок и т.д.;
- наложению повязок, косынок, транспортных шин при переломах костей, вывихах, тяжелых ушибах;
- оказанию помощи в случае острых отравлений.
- применению подручных средств оказания первой доврачебной помощи пострадавшему, для переноса, погрузки, транспортировки пострадавшего; пользованию аптечкой первой медицинской помощи.

2.4. Перечень состояний, при которых оказывается первая помощь.

- отсутствие сознания;
- остановка дыхания и кровообращения;
- наружные кровотечения;
- инородные тела в верхних дыхательных путях;
- травмы различных областей тела;
- ожоги;
- отморожения;
- отравления.

3. Признаки для определения состояния здоровья пострадавшего

3.1. Признаки, по которым можно быстро определить состояние здоровья пострадавшего, следующее:

-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.

-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.

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

3.3. Степень нарушения сознания, цвет кожных покровов и состояние дыхания можно оценить одновременно с прощупыванием пульса, что занимает не более минуты. Осмотр зрачков можно провести за несколько минут.

4. Перечень необходимых действий при оказании первой помощи

4.1. Действия по оценке обстановки и обеспечению безопасных условий для оказания первой помощи:

- определить угрожающие факторы для собственной жизни и здоровья;
- определить угрожающие факторы для жизни и здоровья потерпевшего;
- ликвидировать угрожающие жизни и здоровью факторы;
- прекратить действие травмирующих факторов на пострадавшего;
- определить число пострадавших при несчастном случае;
- вытащить потерпевшего из труднодоступных мест;
- переместить потерпевшего при необходимости;
- вызвать скорую медицинскую помощь.
- установить наличие сознания у потерпевшего.

4.2. Действия по выполнению сердечно-легочной реанимации до момента появления признаков жизни:

- надавливание руками на грудину пострадавшего;
- искусственное дыхание «рот в рот»;
- искусственное дыхание «рот к носу»;
- искусственное дыхание с помощью устройства для искусственного дыхания;
- мероприятия по поддержанию проходимости дыхательных путей;
- придание устойчивого бокового положения;
- запрокидывание головы с подъемом подбородка;
- выдвижение нижней челюсти.

4.3. Мероприятия по обзорному осмотру пострадавшего и временной остановке наружного кровотечения

- обзорный осмотр пострадавшего на наличие кровотечения;
- пальцевое прижатие артерии;
- наложение жгута;
- максимальное сгибание конечности в суставе;
- прямое давление на рану;
- наложение давящей повязки на рану.

4.4. Наложение повязок

-проведение иммобилизации (создание неподвижности (покоя) поврежденной части тела с помощью подручных средств, готовых транспортных шин (изделий медицинского назначения, входящих в состав аптечек первой помощи) или используя здоровые части тела пострадавшего (аутоиммобилизация)).

- фиксация шейного отдела позвоночника;
- прекращение воздействия опасных химических веществ;
- местное охлаждение при ожогах и других воздействиях высоких температур;
- термоизоляция при отморожениях;
- придание телу пострадавшего оптимального положения;
- контроль состояния пострадавшего;
- передача пострадавшего бригаде скорой медицинской помощи.

4.5. Сердечно-легочная реанимация

- отступите 3-4 см выше мочевидного отростка грудины;
- повернув голову на бок, освободите дыхательные пути;
- выполните 2 искусственных вдоха «рот в рот»;

Внимание:

- вызовите экстренные службы по номеру 112 до оказания помощи;
- освободите грудную клетку от одежды;
- чередуйте 30 компрессий (надавливаний) и 2 вдоха;
- перед проведением вдохов зажмите нос пострадавшего и разогните голову;
- сжимайте грудную клетку на 4-5 см;
- контролируйте пульс и дыхание;
- продолжайте реанимацию до прибытия медиков.

4.6. Действия по восстановлению проходимости дыхательных путей:

При частичном нарушении проходимости верхних дыхательных путей пострадавший отвечает на вопросы, может кашлять.

При полном нарушении проходимости верхних дыхательных путей пострадавший не может говорить, не может дышать или дыхание явно затруднено (шумное, хриплое), может хватать себя за горло, может кивать.

Если удалить инородное тело не удалось необходимо продолжать попытки его удаления, перемежая пять ударов по спине с пятью надавливаниями на живот. Если пострадавший потерял сознание необходимо начать сердечно-легочную реанимацию в объеме давления руками на грудину и искусственного дыхания. При этом следует следить

за возможным появлением инородного тела во рту для того, чтобы своевременно удалить его. Если инородное тело нарушило проходимость дыхательных путей у тучного человека или беременной женщины оказание первой помощи начинается также, как описано выше, 5 ударов между лопатками. У тучных людей или беременных женщин не осуществляется давление на живот. Вместо него проводятся надавливания на нижнюю часть груди. Если инородное тело перекрыло дыхательные пути ребенку, то помощь оказывается похожим образом. Однако следует помнить о необходимости дозирования усилий (удары и надавливания наносятся с меньшей силой).

4.7. Способ остановки артериального кровотечения

- артериальное кровотечение сопровождается пульсирующим излитием крови.
- прижмите через салфетку пальцами место кровотечения;
- затяните жгут выше места кровотечения на конечностях до прекращения кровотечения;
- наложите стерильную повязку на рану.

Внимание:

- накладывайте жгут только при артериальном кровотечении;
- накладывайте жгут выше раны на 8-10 см;
- подложите под жгут марлевую салфетку или ткань;
- отметьте время наложения жгута.

Последовательность при наложении кровоостанавливающего жгута: жгут накладывается в случае повреждения крупных артерий конечностей выше раны так, чтобы он полностью пережимал артерию. Для наложения жгута конечность приподнимают, подложив под него мягкую ткань (бинт, одежду и пр.), затем делают несколько витков до тех пор, пока кровотечение не остановится полностью. Витки нужно делать так, чтобы они ложились вплотную один к другому и чтобы между витками не попадали складки одежды. Концы жгута надежно фиксируют. Если жгут наложен правильно, то произойдет остановка кровотечения и исчезнет периферический пульс. К жгуту в обязательном порядке должна прикрепляться записка, где указывается время наложения жгута. Жгут можно накладывать летом не дольше 30 минут, а в зимнее время на – 1 час. Запрещается скрывать наложенный жгут под одеждой. В случае крайней необходимости наиболее продолжительного пребывания жгута на конечности его ослабляют на 5-10 минут (до восстановления кровоснабжения конечности), выполняя в это время пальцевое прижатие поврежденного сосуда. Наложить жгут чуть выше предыдущего места наложения. Жгут должен быть наложен так, чтобы он был виден. Максимальное время повторного наложения жгута – 15 минут. Пострадавшего с наложенным жгутом незамедлительно отправляют в медицинское учреждение.

4.8. Способ остановки венозного кровотечения

- при венозном кровотечении кровь стекает с краев раны;
- закройте рану стерильными салфетками и туго забинтуйте.

Внимание:

- не накладывайте жгут при венозном кровотечении;
- не промывайте рану водой или другими растворами;
- придайте конечности возвышенное положение и приложите холод к ране.

4.9. Первая помощь при ожогах

Ожоги подразделяются на: термические (от воздействия пламени, раскаленных предметов, горячей и горячей жидкости), химические (от воздействия кислот и щелочей), ожоги от воздействия солнечных лучей (лучевые), электрического тока (электрические).

Существует 4 степени ожогов:

I степень – покраснение кожи, отёчность. Самая легкая степень ожога.

II степень – появление пузырей, заполненных прозрачной жидкостью (плазмой крови).

III степень – омертвление всех слоёв кожи. Белки клеток кожи и кровь свёртываются и образуют плотный струп, под которым находятся повреждённые и омертвевшие ткани.

IV степень – обугливание тканей. Это самая тяжёлая форма ожога, при которой повреждаются кожа, мышцы, сухожилия, кости.

Первым фактором, влияющим на тяжесть состояния пострадавшего, является площадь ожога.

Определить площадь ожога можно с помощью «правила девяток»: когда кожная поверхность ладони составляет 1%,

кожная поверхность руки составляет 9% поверхности тела,

кожная поверхность ноги – 18%,

кожная поверхность грудной клетки спереди и сзади – по 9%,

кожная поверхность живота и поясницы живота и поясницы – по 9%. Ожог промежности и гениталий – 1% площади ожога. Ожоги этих областей являются шокогенными повреждениями.

При больших по площади ожогах происходит опасное для жизни обезвоживание организма.

Алгоритм действий при ожогах:

1. Прекратить воздействие высокой температуры на пострадавшего, погасить пламя на его одежде, удалить пострадавшего из зоны поражения.

2. Уточнить характер ожога (ожог пламенем, горячей водой, химическими веществами и т.д.), а также площадь и глубину. Пострадавшего завернуть в чистую простыню и срочно доставить в медсанчасть.

3. Провести транспортную иммобилизацию, при которой обожжённые участки тела должны быть в максимально растянутом положении.

4. При небольшом ожоге обожжённый участок можно поместить под струю холодной воды из крана на 10-15 минут, при обширных ожогах этого делать нельзя.

5. Одежду в местах ожога лучше разрезать и наложить вокруг ожога асептическую повязку, вату при этом накладывать нельзя.

6. При поражении пальцев переложить их бинтом.

7. Обожжённую часть тела зафиксировать, она должна находиться сверху.

8. При транспортировке раненого в лечебное учреждение обеспечить ему покой.

Запрещается:

- оставлять пострадавшего одного;

- наносить на обожжённое место мазь, крем, растительное масло, присыпать порошками;

- прокалывать пузыри;

- снимать остатки одежды с ожоговой поверхности;

- при ожоге полости рта давать пить и есть.

Химические ожоги

Вызываются кислотами, щелочами, отравляющими веществами кожно-резорбтивного действия, ядовитыми техническими жидкостями. При всасывании данных веществ они нередко сопровождаются общим отравлением организма.

Алгоритм действий при химических ожогах:

1. Определить вид химического вещества.

2. Поражённое место промывают большим количеством проточной холодной воды из-под крана в течение 15-20 мин.

3. Если кислота или щелочь попала на кожу через одежду, то сначала надо смыть её водой с одежды, а потом осторожно разрезать и снять с пострадавшего мокрую одежду, после чего промыть кожу.

4. При попадании на тело человека серной кислоты или щелочи в виде твердого вещества необходимо удалить ее сухой ватой или кусочком ткани, а затем пораженное место тщательно промыть водой.

5. При поражениях щелочью места ожогов промыть под струей холодной воды, при наличии лимонной и уксусной кислоты - обрабатывают 2% раствором.

6. На место ожога наложить асептическую повязку.

7. При ожогах, вызванных фосфорорганическими веществами, обожжённую часть промыть под сильной струёй воды и наложить асептическую повязку.

8. При ожогах негашеной известью удалить её частицы и наложить асептическую повязку (можно нанести примочку с 20% раствором сахара).

Запрещается:

-смывать химические соединения, которые воспламеняются или взрываются при соприкосновении с водой.

-обрабатывать пораженную кожу смоченными водой тампонами, салфетками, так как при этом химические соединения еще больше втираются в кожу.

4.10. Первая помощь при отморожениях и переохлаждении организма.

Первая помощь при переохлаждении организма

В случае легкого обморожения (побледнение и покраснение кожи вплоть до онемения), оказывающий первую помощь должен:

-насколько возможно быстрее поместить пострадавшего в теплое помещение, снять с него промерзшую одежду, обувь, носки, перчатки;

-одновременно с проведением мероприятий по оказанию первой помощи вызвать бригаду скорой помощи или службу спасения для оказания врачебной помощи; наложить на обмороженную поверхность теплоизолирующую повязку (слой марли, толстый слой ваты, вновь слой марли, а сверху – клеенку или прорезиненную ткань);

-зафиксировать пораженные конечности при помощи подручных средств (наложив и перебинтовав их поверх повязки);

-дать выпить пострадавшему горячего сладкого чая, накормить горячей пищей.

Нельзя:

-срывать или прокалывать образовавшиеся пузыри поскольку это грозит нагноением;

-втирать жиры, мази, масла и т.д. давать какие-либо медикаменты;

-растирать снегом, спиртом, а также прикладывать горячую грелку обмороженным участкам тела.

Медицинскую помощь разрешено оказывать исключительно квалифицированному медицинскому персоналу.

3.11. Первая помощь при отравлениях.

При пищевых отравлениях надо: дать пострадавшему выпить не менее 3-4 стаканов воды с последующим вызовом рвоты; повторить промывание желудка несколько раз; напоить теплым чаем; при нарушении дыхания и кровообращения приступить к проведению искусственного дыхания и наружного массажа сердца.

При отравлениях газами, в т.ч. угарным, природным, ацетиленом, парами бензина: появляется головная боль, «стук в висках», звон в ушах, общая слабость, головокружение, учащенное сердцебиение, тошнота и рвота.

а) при сильном отравлении наступает сонливость, апатия, безразличие.

б) при тяжелом отравлении – возбужденное состояние с беспорядочными движениями, потеря или задержка дыхания, расширение зрачков.

Надо:

-пострадавшего вывести или вынести из отравленной зоны, расстегнуть одежду стесняющую дыхание, обеспечить приток свежего воздуха, уложить его, приподнять ноги, укрыть тепло.

-при отравлении газами пострадавшего следует вынести на свежий воздух, уложить, приподнять ноги, поить чаем, кофе.

При попадании яда на кожу быстро уберите его с помощью ватного или марлевого тампона. Промойте поврежденное место теплой проточной водой не меньше 20 минут – это снизит концентрацию яда.

Если ядовитое вещество попало в глаза, промойте их струей воды в течение 20-30 минут по направлению от внутреннего глаза к наружному.

5. Оказание первой помощи при несчастных случаях. Признаки травм.

5.1. Первая помощь при несчастном случае – это простые срочные действия, которые необходимы для спасения жизни и здоровья пострадавшего в случае повреждений, несчастных случаев и неожиданных заболеваний. Такую помощь оказывают на месте происшествия до прибытия медицинских работников или доставки пострадавшего в медицинское учреждение.

Важно не забывать, что от своевременности и качества оказания первой помощи в большой степени зависит дальнейшее состояние здоровья пострадавшего и, в отдельных случаях, его жизнь. Оказание первой помощи очень важный момент, но никогда не заменяет квалифицированной медицинской помощи, если в этом есть необходимость.

Нельзя пытаться самостоятельно лечить пострадавшего – это должен делать врач-специалист. Также не следует давать пострадавшему какие-либо медикаменты (таблетки, капли и прочее). Сотрудники КГБ ПОУ «ХККИ», не имеющие медицинского образования, не имеют права на оказание медицинской помощи.

Сотрудник должен оперативно руководствоваться данной инструкцией по оказанию первой помощи пострадавшим при возникновении несчастных случаев, в обязательном порядке сообщать о фактах травмирования директору КГБ ПОУ «ХККИ» и специалисту по охране труда.

5.2. Растяжение

Растяжение – повреждение мягких тканей (связок, мышц, сухожилий, нервов) под действием силы, без нарушения их целостности.

Признаки растяжения: появление внезапных сильных болей, припухлости, нарушение движений в суставах, кровоизлияние в мягкие ткани (синяки). При ощупывании места растяжения проявляется болезненность.

Первая помощь при растяжении предполагает обеспечение покоя пострадавшему, тугой повязкой поврежденного сустава, обеспечивающей его подвижность и уменьшение кровоизлияния. Впоследствии необходимо обратиться к врачу-травматологу.

5.3. Вывих

Вывихом называется смещение суставных концов костей, частично или полностью нарушающее их взаимное соприкосновение.

Признаки вывиха – это появление сильной боли в области пораженного сустава; нарушение двигательной функции конечности, проявляющееся в невозможности выполнять движения; принятие вынужденного положения конечности и деформация формы сустава; смещение суставной головки с запускованием суставной капсулы и пружинящая фиксация конечности при ее обычном положении.

При травматических вывихах суставов требуется срочное оказание первой помощи. Самим вывихи вправлять нельзя. Вовремя вправленный медицинским работником вывих при его правильном последующем лечении приводит к полному восстановлению нарушенной функции конечности.

Первая помощь при вывихе должна включать в себя оценку ситуации и обеспечение безопасных условий для оказания помощи, вызове скорой медицинской помощи, фиксации поврежденной конечности в положении, в котором она оказалась после вывиха и придании конечности наиболее возвышенного положения. Фиксируют конечность при помощи повязки или подвешивания ее на косынке. В случае вывихов суставов нижней конечности пострадавшего необходимо доставить в больницу в лежащем положении (на носилках), подложив под конечность подушки, зафиксировать ее. Никаких

обезболивающих давать нельзя. Назначать к применению медикаменты может исключительно квалифицированный медработник.

5.4. Перелом

Перелом – нарушение целостности кости. Открытые переломы характеризуются наличием в области перелома раны, а при закрытых отсутствует нарушение целостности покровов (кожи и слизистой оболочки).

Признаки перелома: очень сильные боли, деформация и нарушение двигательной функции и конечности, укорочение конечности, своеобразный хруст.

В случае перелома черепа наблюдается тошнота, рвота, нарушение сознания, замедления пульса – признаки сотрясения (ушиба) головного мозга, кровотечение из носа и ушей.

Переломы таза всегда сопровождаются большой кровопотерей и в 30 процентах случаев развитием травматического шока.

Очень опасны травмы шейного отдела позвоночника, которые приводят к серьезным нарушениям сердечно-сосудистой и дыхательной системы.

Первая помощь при переломе – обеспечение неподвижности отломков кости (транспортной иммобилизации) поврежденной конечности шинами или имеющимися подручными средствами (картон, журнал, ветки деревьев, спортивный инвентарь, пластиковая бутылка, валик из одежды), возможна фиксация поврежденной конечности к туловищу или к здоровой конечности.

Внимание:

- при иммобилизации переломов конечностей фиксируйте смежные суставы;
- не производите грубых и резких движений поврежденной конечностью;
- при иммобилизации шеи добейтесь неподвижности головы пострадавшего. В случае перелома позвоночника пострадавшего транспортируют на щите.

При переломе костей таза, также используют твердый щит, но нижние конечности полусогнуты в коленных суставах, под них необходимо подложить валик.

При переломе ребер – во время максимального выдоха накладывается повязка на грудную клетку.

На предплечье шины накладывают следующим образом: конечность согнуть под прямым углом в локтевом суставе и подвесить на косынке.

Основным способом иммобилизации поврежденной конечности на период транспортировки пострадавшего в лечебное учреждение является шинирование. Шину накладывают поверх одежды. Желательно обернуть ее ватой или какой-нибудь мягкой тканью, особенно в области костных выступов (лодыжки, мыщелки и т.п.), где давление, оказываемое шиной, может обусловить возникновение потертости и пролежня.

При наличии раны, например, в случаях открытого перелома конечности, одежду лучше разрезать (можно по швам, но таким образом, чтобы вся рана стала хорошо доступна). Затем на рану накладывают стерильную повязку и лишь после этого осуществляют иммобилизацию (фиксирующие шину ремни или бинты не должны сильно давить на раневую поверхность).

При сильном кровотечении из раны, когда есть необходимость в применении жгута кровоостанавливающего, его накладывают до шинирования и не прикрывают повязкой. Не следует отдельными турами бинта (или его заменителя) сильно перетягивать конечность «для лучшей» фиксации шины, т.к. это может вызвать нарушение кровообращения или повреждение нервов. Если после наложения транспортной шины замечено, что все же произошла перетяжка, ее необходимо рассечь или заменить, наложив шину вновь. В зимнее время или в холодную погоду, особенно при длительной транспортировке, после шинирования поврежденную часть тела тепло укутывают.

При наложении импровизированных шин необходимо помнить, что должны быть фиксированы не менее двух суставов, расположенных выше и ниже поврежденного

участка тела. При плохом прилегании или недостаточной фиксации шины она не фиксирует поврежденное место, сползает и может вызывать дополнительную травму.

5.5. Раны

Раны (ранения) – повреждение покровов кожи, слизистых и подлежащих тканей. Главные признаки раны – открытие краев, боль и кровотечение. Раной называется механическое повреждение покровов тела, нередко сопровождающиеся нарушением целостности мышц, нервов, крупных сосудов, костей, внутренних органов, полостей и суставов.

В зависимости от характера повреждения и вида ранящего предмета выделяют раны резаные, колотые, рубленые, ушибленные, размозженные, огнестрельные, рваные и укушенные.

Раны могут быть поверхностными, глубокими и проникающими в полость тела.

Резаные раны. Резаная рана обычно всегда раскрыта, имеет ровные края и сильно кровоточит. При такой ране окружающие ткани повреждаются незначительно и менее склонны к инфицированию.

Колотые раны – это следствие проникновения в тело колющих предметов. Колотые раны часто являются проникающими в полости (грудную, брюшную, суставную). Форма входного отверстия и раневого канала зависит от вида ранящего предмета и глубины его проникновения. Колотые раны характеризуются глубоким каналом и часто значительными повреждениями внутренних органов. Часты при этом внутренние кровотечения в полости тела. Учитывая то, что раневой канал вследствие смещения тканей обычно извилистый, могут образовываться затеки между тканями и развиваться инфекции.

Рубленые раны. Такие раны характеризуются глубоким повреждением тканей, широким раскрытием, ушибом и сотрясением окружающих тканей.

Ушибленные и рваные раны характеризуются большим количеством размятых, ушибленных пропитанных кровью тканей.

Первая помощь при ране. На любую рану необходимо наложить повязку, желательно асептическую (стерильную). При наложении перевязочного материала не следует касаться руками той его части, которая должна быть наложена непосредственно на рану. Нельзя накладывать вату непосредственно на рану.

Если ранение сопровождается обильным кровотечением, следует остановить его любым подходящим для этого способом. В случае обширных ранений мягких тканей, переломов костей и ранений крупных кровеносных сосудов и нервных стволов необходима иммобилизация. Пострадавшего следует как можно быстрее доставить в медицинское учреждение.

Недопустимо: промывание раны спиртом, раствором йода – это может вызвать ожог. Применение перекиси водорода – это спровоцирует кровотечение. Отдирать прилипшие кусочки одежды – они могут содержать тромб, который в этом случае создает препятствие дальнейшей кровопотере, внутри кровеносного сосуда. Присыпать рану лекарствами в виде порошков, смазывать ее какими-нибудь мазями или маслами. Удалять инородные тела, а в случае выпадения внутренних органов – вправлять их в рану (можно только закрыть их стерильными материалами).

5.6. Виды черепно-мозговых травм. Признаки черепно-мозговых травм. Принципы оказания первой помощи при черепно-мозговой травме.

Виды черепно-мозговых травм:

-сотрясение головного мозга (нарушение функций самого мозга без каких-либо повреждений его вещества);

-ушиб головного мозга (травматическое повреждение мозгового вещества в точке приложения травмирующей силы или на противоположной стороне – по типу противоудара);

-сдавление головного мозга (сдавливание самого вещества мозга либо кровью из поврежденных сосудов либо костными отломками черепной коробки, инородным предметом).

Признаки черепно-мозговых травм. Признаки, характерные для черепно-мозговых травм, условно можно разделить на две группы: общие и частные.

Общие признаки черепно-мозговых травм:

- постоянная головная боль;
- оглушенность, заторможенность;
- головокружение, тошнота, рвота (не приносящая облегчения);
- звон и шум в ушах;
- dezориентация в пространстве и времени;
- утрата памяти (кратковременная или стойкая).

Дополнительно к общим признакам могут иметь место и частные признаки черепно-мозговых травм:

- напряжение мышц затылка (голова как бы запрокидывается назад);
- нистагм (подергивание глазных яблок при взгляде в сторону);
- замедление пульса;
- повышение температуры тела;
- кратковременная или длительная потеря сознания;
- шумное прерывистое дыхание;
- расстройство чувствительности и (или) речи;
- разная величина зрачков (как правило, расширенный зрачок указывает на сторону повреждения);
- симптом «очков» (кровоподтеки вокруг глазных яблок, которые образуются при ударе в область переносицы);
- истечение крови и (или) ликвора (спинномозговой жидкости) из ушей или носа (возникает при нарушении целостности внутренней оболочки черепной коробки);
- судороги (непроизвольные мышечные подергивания);
- участки вдавления и (или) похрустывание костных отломков при ощупывании места травмы.

Первая помощь при различных видах черепно-мозговых травм сводится к выполнению следующих основных принципов:

- обеспечение покоя пострадавшему (желательно – лежа);
- голова должна быть зафиксирована (особенно на период транспортировки) при помощи импровизированного валика из одежды либо перевязочным материалом к носилкам.
- обеспечение холода к месту травмы (или ко всей голове) при помощи пакетов со льдом, снегом, холодной водой;
- при наличии ран – произвести обработку по общим принципам;
- если в ране застрял какой-либо предмет (не извлекать его), необходимо прикрыть края раны чистым, а лучше стерильным материалом, не накрывая сам предмет; после чего, положив с обеих сторон от предмета прокладку, произвести бинтование вокруг предмета по типу «креста»;
- если из уха и (или) рта вытекает кровь или ликвор, прикрыть чистым материалом и уложить пострадавшего на сторону истечения;
- перемещение пострадавшего, если необходимо, следует осуществлять с предельной осторожностью и обязательно с фиксацией шейного отдела позвоночника;
- при бессознательном состоянии пострадавшего постоянно осуществлять контроль за проходимость дыхательных путей и дыханием, при этом голову пострадавшего лучше всего зафиксировать в положении набок.
- при угрозе жизни начать выполнение комплекса сердечно-легочной реанимации

-если имеются признаки повреждения головного мозга, а также рвота – ни в коем случае при оказании помощи не давать пострадавшему обезболивающее.

-переноску пострадавшего следует осуществлять только лежа в положении на боку (животе) с обязательным контролем состояния пострадавшего.

5.7. Травма глаз или век

При травмах глаз или век надо: положить пострадавшего «лежа»; накрыть глаз чистой салфеткой (носовым платком); зафиксировать салфетку повязкой и обязательно этой же повязкой второй глаз для прекращения движения глазных яблок.

При термических ожогах, для которых характерны интенсивная болезненность и отек, не нужно пытаться открыть веки – это вызовет дополнительные болевые страдания пострадавшего и только ухудшит ситуацию; пораженный глаз накрыть стерильным (или, в крайнем случае, чистым) материалом, можно слегка влажным, и принять меры к срочной госпитализации.

При химических ожогах глаз чистыми руками нужно осторожно попытаться раздвинуть веки и осуществить промывание пораженного глаза холодной водой, например, подставив его под струю воды.

Важно: промывание необходимо осуществлять таким образом, чтобы пораженный глаз находился ниже здорового.

Нельзя: промывать водой колотые и резаные раны глаз и век; удалять из глаза торчащие инородные предметы.

Если в глаз попал песок или пыль – промыть глаз обильной струей холодной или погрузить лицо в воду и под водой часто поморгать.

Если на кожу попала негашеная известь – необходимо удалить известь сухой тканью. Ни в коем случае не мочить и не промывать водой.

Попадание в глаза инородных тел

Инородные тела в глазу доставляют массу неудобств пострадавшему, дискомфорт, постоянное моргание и слезотечение, а также иногда и серьезные болевые ощущения. Вокруг инородного тела (кусочки дерева, металла, стекла) развивается воспаление, как правило, образуется кровоточащая ранка. Иногда, вследствие попадания в глаза инородных предметов, пострадавший может отмечать существенное снижение зрения.

Удалять инородные тела, застрявшие в глазном яблоке, ни в коем случае нельзя из-за опасения дополнительной травматизации.

Необходимо накрыть пораженный глаз чистым материалом и принять меры к срочной госпитализации в офтальмологическое отделение. Инородные тела в конъюнктиве (прозрачной оболочке, выстилающей внутреннюю поверхность век) глаза могут быть удалены и самостоятельно.

Если пострадавший ощущает инородное тело в области нижнего века, его нужно оттянуть вниз и чистым материалом (например, кончиком носового платка или бинта) попытаться аккуратно извлечь инородное тело. Как правило, эта манипуляция не вызывает особых сложностей при ее проведении; важнее проводить ее чистыми руками использовать чистый материал.

При нахождении инородного тела в области верхнего века первая помощь будет выглядеть чуть сложнее: надо попросить пострадавшего закрыть глаз, пальцами (чистыми) одной рукой взяться за ресницы верхнего века, потянув слегка вниз, а пальцами другой руки аккуратно нажать на верхнюю поверхность века – в этот момент верхнее веко вывернется.

Если эти действия не удались, а также при значительном повреждении конъюнктивы, дальнейшие самостоятельные попытки удаления инородного тела считаются нецелесообразными, поэтому необходимо, прикрыв поврежденный глаз чистым материалом, срочно обратиться к офтальмологу.

5.8. Травмы уха

Повреждение уха возникает при воздействии самых разнообразных факторов. При травме могут быть повреждены различные участки уха. Однако чаще наблюдаются комбинированные травмы, когда повреждаются и соседние с ухом органы. Среди повреждающих факторов наиболее частыми являются механические, химические и термические. Особое место среди повреждающих факторов занимают чрезмерное акустическое воздействие; вибрации и перепады атмосферного давления.

Повреждения могут быть поверхностными, когда травмируются только мягкие ткани уха без нарушения костей, и глубоким, которые сопровождаются трещинами, переломами и т.д.

Механические повреждения уха

Повреждения ушной раковины. Ушная раковина часто подвергается различным повреждениям. Поверхностные повреждения ушной раковины могут возникнуть в результате ушиба, удара, укуса и т.д.

Отогематома (скопление крови) возникает в результате ушиба ушной раковины или длительного давления на нее, при этом возможно кровоизлияние. Отогематома обычно находится на передней поверхности верхней половины ушной раковины. При осмотре определяется округлой формы флюктуирующая (флюктуация – симптом наличия жидкости) припухлость красного цвета с синюшным оттенком. Пальпация отогематомы, как правило, безболезненна.

Повреждения барабанной перепонки. Различают прямые и косвенные повреждения барабанной перепонки. Прямые повреждения могут возникать при использовании для очистки уха различных предметов (спички, шпильки и др.), которые приводят к разрыву барабанной перепонки при случайных толчках. Возможны повреждения барабанной перепонки мелкими ветками при ходьбе или беге по кустарнику, а также в случаях неумелой попытки удалить инородное тело из слухового прохода.

Повреждения барабанной перепонки могут наблюдаться при внезапном сжатии или разрежении воздуха в наружном слуховом проходе, например при падении на ухо, ударе по нему, прыжках с высоты в воду. Эти повреждения встречаются при нарушении правил компрессии и декомпрессии у водолазов и кессонщиков, при аэротравме, а также в результате действия воздушной волны при взрывах на близком расстоянии.

Повреждения барабанной перепонки могут ограничиваться травмой сосудов с точечным кровоизлиянием в ее толщу, но часто приводят к разрывам перепонки различной формы; реже встречается полное ее разрушение (при воздействии паром, горячей жидкостью или химическим веществом). Повреждения барабанной перепонки сопровождаются появлением внезапной резкой боли, шума в ухе и тугоухости.

Первая помощь при изолированном кровотечении из уха

-ухо закупоривать нельзя.

-придайте пострадавшему полусидячее положение с наклоном головы в сторону повреждения, чтобы кровь свободно вытекала из уха.

-наложите на ухо стерильную повязку, не используя тугих тампонов.

-вызовите «скорую помощь» или доставьте пострадавшего в лечебное учреждение

-дальнейшее лечение проводится в отделении челюстно-лицевой хирургии стационара совместно с ЛОР-врачом.

6. Транспортировка пострадавших при несчастном случае

6.1. Транспортировать пострадавшего нужно как можно быстрее, при этом транспортировка должна быть безопасной и щадящей. В зависимости от вида травмы и имеющихся средств транспортировка пострадавших может выполняться разными способами: поддержание, вынос на руках, перевозка транспортом.

6.2. Транспортировка раненного вниз или вверх всегда выполняется головой вверх. Укладывать пострадавшего на носилки следует со стороны, противоположной травмированной части тела.

6.3. При транспортировке на носилках очень важно:

- постоянно следить, чтобы пострадавший был в правильном и удобном положении; чтобы переноса пострадавшего на руках, оказывающие помощь, шли «не в ногу»;
- поднимать и класть пострадавшего на носилки одновременно (по команде);
- в случае переломов и тяжелых травм нельзя нести пострадавшего к носилкам на руках, а нужно подставить носилки под пострадавшего (место перелома следует поддерживать).

6.4. Правильные положения пострадавших во время транспортировки:

- положение «лежа на спине» (пострадавший в сознании), рекомендуется при травмах головы, позвоночника, конечностей;
- положение «лежа на спине с согнутыми в коленях ногами» (подложить под колени валик), рекомендуется при открытых ранах брюшной полости и переломах костей таза;
- положение «лежа на спине приподнятыми нижними конечностями и опущенной вниз головой», рекомендуется при сильных кровопотерях и шоке;
- положение «лежа на животе», рекомендуется при травмах позвоночника (в бессознательном состоянии)
- полусидящее положение с вытянутыми ногами» – при травмах шеи и сильных ранениях верхних конечностей;
- «полусидящее положение с согнутыми ногами» (под колени подложить валик) – в случае травмирования мочеполовых органов, кишечной непроходимости и иных внезапных заболеваний, травмах брюшной полости и грудной клетки;
- положение «на боку», рекомендуется в случае тяжелых травм, когда пострадавший без сознания;
- «сидячее положение», рекомендуется при легких травмах лица и верхних конечностей.

7. Правила вызова скорой помощи и спасательных служб

7.1. Если вы один на месте происшествия, то сначала следует оказать первую помощь и только затем приступить к вызову бригады скорой помощи.

7.2. Вызвать скорую помощь по телефону 03 (103 - с мобильного) или служба спасения 112, соединившись с оператором необходимо четким голосом сообщить:

- адрес места происшествия, улицу, номер дома, название учреждения, структурного подразделения (отдел), номер группы (кабинета);
- вид повреждения: поражение током, падение с высоты, автодорожное происшествие, утопление и пр.;
- с кем произошел несчастный случай: мужчина, женщина, ребенок, а также количество пострадавших;
- состояние пострадавшего и характер повреждений: в сознании или без сознания, повреждение конечностей, кровотечение, термические или химические ожоги и пр.;
- кто сообщает (ФИО, должность)), время вызова. Уточнить, кто принял вызов.