

# AKKERMANN

Общество с ограниченной ответственностью  
«Горнозаводскцемент»

СОГЛАСОВАНО


Председатель профкома

 Щепилова А.В.

«12» 12 2022 г.

УТВЕРЖДАЮ

Начальник производства

 Бахматов А.А.

«12» 12 2022 г.

**Инструкция по охране труда  
по оказанию первой помощи пострадавшим при несчастном случае на  
производстве  
ИОТ.Р.16.011.2022**

г. Горнозаводск  
2022

**СОДЕРЖАНИЕ**

|  |    |
|--|----|
| 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ .....   | 3  |
| 2. СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНАЯ РЕАНИМАЦИЯ.....   | 4  |
| 3. ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОБМОРОКЕ .....  | 9  |
| 4. ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ В СЛУЧАЕ ОБМОРОКА ВСЛЕДСТВИЕ ТЕПЛОВОГО ИЛИ<br>СОЛНЕЧНОГО УДАРА..... | 10 |
| 5. ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ В СЛУЧАЕ РАЗВИТИЯ КОМЫ .....  | 11 |
| 6. ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПОРАЖЕНИИ ЭЛЕКТРИЧЕСКИМ ТОКОМ.....                              | 13 |
| 7. ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ РАНЕНИИ .....   | 15 |
| 8. ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИИ .....  | 18 |
| 9. ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ .....   | 20 |
| 10. ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОЖОГАХ.....  | 23 |
| 11. ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПОПАДАНИИ ИНОРОДНОГО ТЕЛА.....                                 | 25 |
| 12. ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ УКУСАХ ЯДОВИТЫХ ЗМЕЙ, НАСЕКОМЫХ, ЖИВОТНЫХ....                  | 26 |
| 13. ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПЕРЕОХЛАЖДЕНИИ.....  | 27 |
| 14. ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ УТОПЛЕНИИ.....   | 28 |
| 15. ТРАНСПОРТИРОВКА ПОСТРАДАВШЕГО.....   | 28 |

## 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1 Несчастные случаи, как правило, сопровождаются различной тяжестью последствий. Своевременно и квалифицированно оказанная помощь может спасти жизнь пострадавшего.

1.2 Первая помощь при несчастных случаях на производстве (далее первая помощь) представляет собой комплекс срочных мероприятий, проводимых: при несчастных случаях и внезапных заболеваниях, направленных на прекращение действия повреждающего фактора, на устранение явлений, угрожающих жизни, на облегчение страданий и подготовку пострадавшего к отправке в лечебное учреждение.

1.3 Первая помощь при несчастных случаях на производстве — это простейшие медицинские действия, выполняемые непосредственно на месте происшествия в кратчайшие сроки после травмы. Она оказывается, как правило, не медиками, а работниками, находящимися в момент происшествия непосредственно на месте происшествия или вблизи него. Оптимальным считается срок оказания первой помощи в течение 30 минут после травмы.

1.4 Каждый работник должен уметь оказать пострадавшему первую помощь.

1.5 Перечень состояний при которых оказывается первая помощь:

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

1.6 Оказывающий помощь должен знать:

- основы работы в экстремальных условиях;
- признаки (симптомы) нарушений жизненно важных систем организма;
- правила, методы, приемы оказания и применительно к особенностям конкретного человека

в зависимости от ситуации;

- способы транспортировки пострадавших и др.

1.7 Оказывающий помощь должен уметь:

- оценивать состояние пострадавшего, диагностировать вид, особенности поражения (травмы), определять вид необходимой первой медицинской помощи, последовательность проведения соответствующих мероприятий;

- правильно осуществлять весь комплекс экстренной реанимационной помощи, контролировать эффективность и при необходимости корректировать реанимационные мероприятия с учетом состояния пострадавшего;

- останавливать кровотечение путем наложения жгута, давящих повязок и др.; накладывать повязки, косынки, транспортные шины при переломах костей скелета, вывихах, тяжелых ушибах;

- оказывать помощь при поражениях электрическим током, в том числе в экстремальных условиях (на опорах ЛЭП и пр.), при утоплениях, тепловом, солнечном ударе, при острых отравлениях;

- использовать подручные средства при оказании первой помощи, при переносе, погрузке, транспортировке пострадавшего;

- определить необходимость вызова скорой медицинской помощи, медицинского работника, эвакуировать пострадавшего попутным (неприспособленным) транспортом, пользоваться аптечкой скорой помощи.

1.8 Оказывающему помощь необходимо придерживаться следующего алгоритма действий по спасению жизни и сохранению здоровья пострадавшего:

- применить средства индивидуальной защиты (при необходимости, в зависимости от



ситуации);

- устранить причины воздействия угрожающих факторов (вывод из загазованной зоны, освобождение от действия электрического тока и т.д.);
- оценить состояния пострадавшего (визуальный осмотр, справиться о самочувствии, определить наличие признаков жизни);
- позвать на помощь окружающих, а также вызвать «скорую помощь»;
- придать пострадавшему безопасного для каждого конкретного случая положения;
- принять мер по устранению опасных для жизни состояний (реанимационные мероприятия, остановка кровотечения и т.д.);
- не оставлять пострадавшего без внимания, постоянно контролировать его состояние, продолжать поддерживать жизненные функции его организма до прибытия медицинских работников или до появления признаков биологической смерти.

1.9 Универсальная схема оказания первой помощи на месте происшествия:

1.9.1 Нет сознания и пульса на сонной артерии (клиническая смерть). Если в течение 4-5 минут после остановки сердца не приступить к реанимации, шансов на оживление пострадавшего практически нет. Следует использовать все возможное, что повышает шансы на оживление. Главное - вернуть пострадавшего к жизни;

1.9.2 Нет сознания, но есть пульс на сонной артерии (кома). Если в течение 4-5 минут после потери сознания пострадавшего не перевернуть на живот, он может погибнуть: захлебнуться рвотными массами или удавиться собственным языком.

1.9.3 Опасная кровопотеря, размер лужи крови более 1 метра (артериальное кровотечение). Если в течение 2 минут кровотечение из бедренной артерии не будет остановлено, шансов на выживание у пострадавшего нет. Зафиксировать время наложения жгута (на записке, на жгуте или лбу пострадавшего).

1.9.4 Наличие раны. Наложить стерильную повязку и закрепить ее фиксирующей повязкой, бинтом или пластырем. Выполнить приемы простейшего обезболивания: положить холод на область раны; выполнить иммобилизацию; придать пострадавшему правильное транспортное положение.

1.9.5 Переломы костей. Конечность фиксировать в том положении в котором она находится? Костные обломки, торчащие из раны, не вправлять! Давящую повязку на рану не накладывать!

1.9.6 Вызов скорой помощи

1.10 Именно такая схема действий поможет сохранить жизнь пострадавшего до прибытия медицинского персонала

1.11 Аптечка для оказания первой помощи должна быть укомплектована изделиями медицинского назначения в соответствии с законодательством РФ.

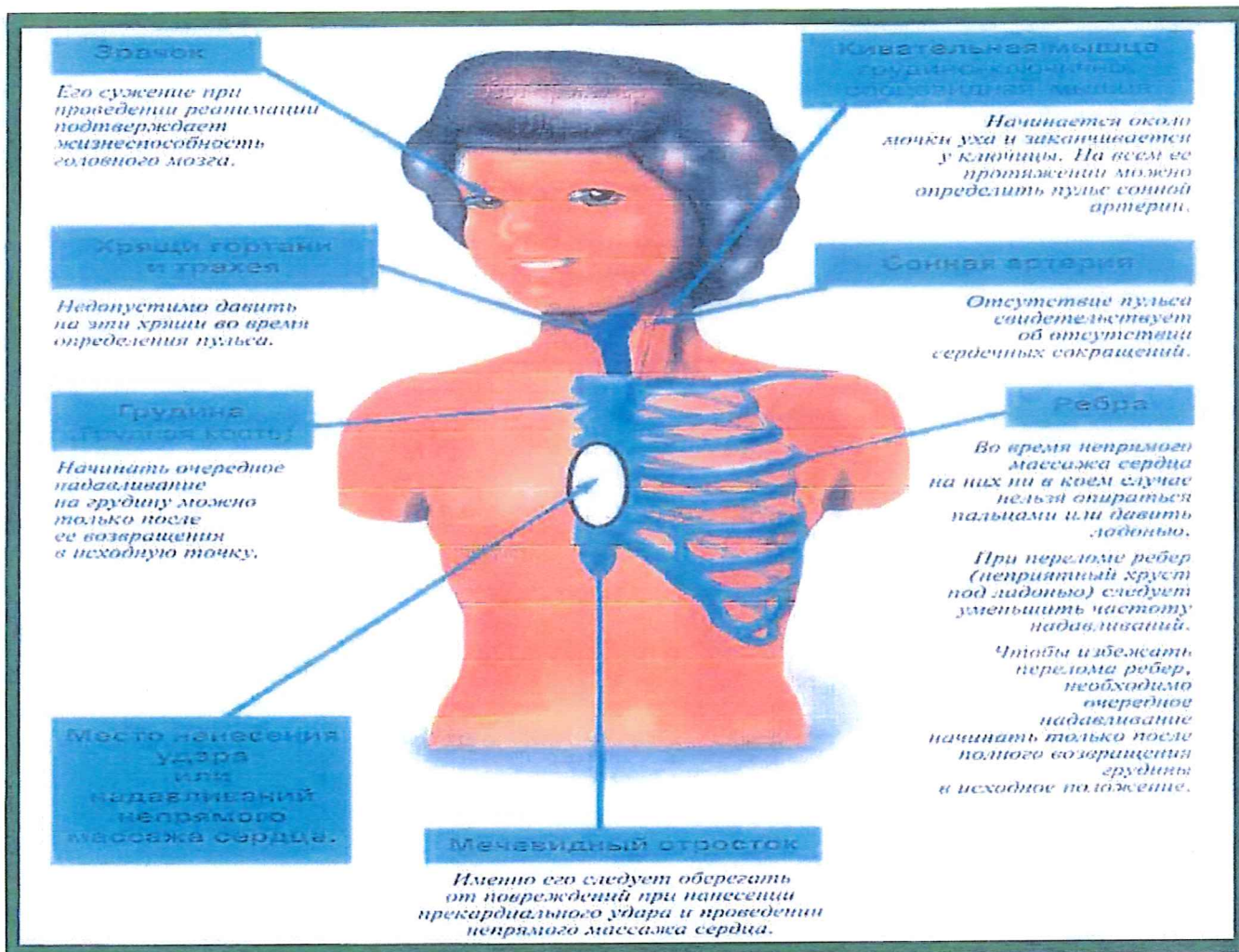
## 2. СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНАЯ РЕАНИМАЦИЯ

2.1. Анатомические ориентиры, необходимые для проведения реанимации.

2.2. Фундаментальное значение трех важнейших приемов сердечно-легочной реанимации в их логической последовательности сформулировано в виде «Правила АВС»

- А. ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРОХОДИМОСТИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ
- В. ПРОВЕДЕНИЕ ИСКУССТВЕННОГО ДЫХАНИЯ
- С. ВОССТАНОВЛЕНИЕ КРОВООБРАЩЕНИЯ





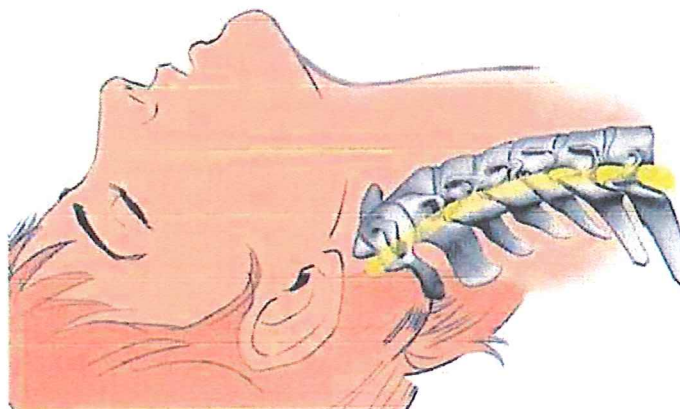
### 2.3. Искусственная вентиляция легких.

2.3.1. Искусственная вентиляция легких (ИВЛ) методом донора - это искусственная вентиляция легких по способу «ото рта ко рту» или «ото рта в нос».

2.3.2. Порядок выполнения искусственной вентиляции легких:

2.3.3. Придать пострадавшему соответствующее положение: уложить на твердую поверхность, на спину положив под лопатки валик из одежды.

2.3.4. Голову максимально закинуть назад. Подкожная мышца крепится к нижней челюсти и верхним ребрам. Она натягивается при сильном запрокидывании головы и, приоткрывая рот, разжимает зубы.



### 2.3.5. Открыть рот и осмотреть ротовую полость:

- при судорожном сжатии жевательных мышц для его открытия применить нож, отвертку, ложку и т.д.;
- очистить ротовую полость от слизи и рвотных масс намотанным на указательный палец носовым платком;
- если язык запал - вывернуть тем же пальцем.

2.3.6.левой рукой придерживая голову пострадавшего в запрокинутом положении, одновременно прикрыть пальцами носовые ходы.

### 2.3.7. Сделать пробный вдох.

2.3.8. При неэффективности пробного вдоха максимально выдвинуть нижнюю челюсть вперед и вверх; для этого либо поднять подбородок одной рукой, помещая первый палец в рот пострадавшего, либо захватить нижнюю челюсть двумя руками у основания; зубы нижней челюсти должны располагаться впереди зубов верхней челюсти.

2.3.9. Оказывающий помощь, набрав в легкие воздух и плотно прижав свои губы ко рту пострадавшего, делает выдох. Выдох надо делать энергичнее, чем обычно, наблюдая за грудью пострадавшего.

2.3.10. После этого спасающий откидывается назад и делает новый вдох. В этот период грудная клетка пострадавшего опускается, и он произвольно делает пассивный выдох. При этом необходимо несильно нажимать рукой на грудную клетку пострадавшего. После этого производит очередное вдыхание воздуха пострадавшему.



2.3.11. Глазами контролировать подъем грудной клетки. Частота дыхательных циклов 6 - 8 в 1 минуту.

2.3.12. При появлении признаков самостоятельного дыхания у пострадавшего ИВЛ сразу не прекращать, продолжать до тех пор, пока число самостоятельных вдохов не будет соответствовать 12 -15 в 1 минуту.

2.3.13. После первых трех-пяти быстрых вдуваний воздуха в легкие пострадавшего проверьте пульс на сонной артерии (на шее). Отсутствие пульса служит показанием для проведения одновременно непрямого массажа сердца.

## 2.4. Непрямой массаж сердца

### 2.4.1 Сердце может перестать сокращаться от различных причин:

- спазма коронарных сосудов;
- острой сердечной недостаточности;
- инфаркта миокарда;
- тяжелой травмы;



- поражения молнией или электрическим током и т.д.

2.4.2 Непрямой массаж сердца основан на том, что при нажатии на грудь «спереди назад» сердце, расположенное между грудиной и позвоночником, сдавливается настолько, что кровь из его полостей поступает в сосуды. После прекращения надавливания сердце расправляется и в полости его поступает венозная кровь.

2.4.3 Наиболее эффективен массаж сердца, который был начат немедленно после остановки сердца!

2.4.4 Эффективность кровообращения, создаваемого массажем сердца, определяется по трем признакам:

- возникновению пульсации сонных артерий в такт массажу;
- сужению зрачков
- появлению самостоятельных вдохов.

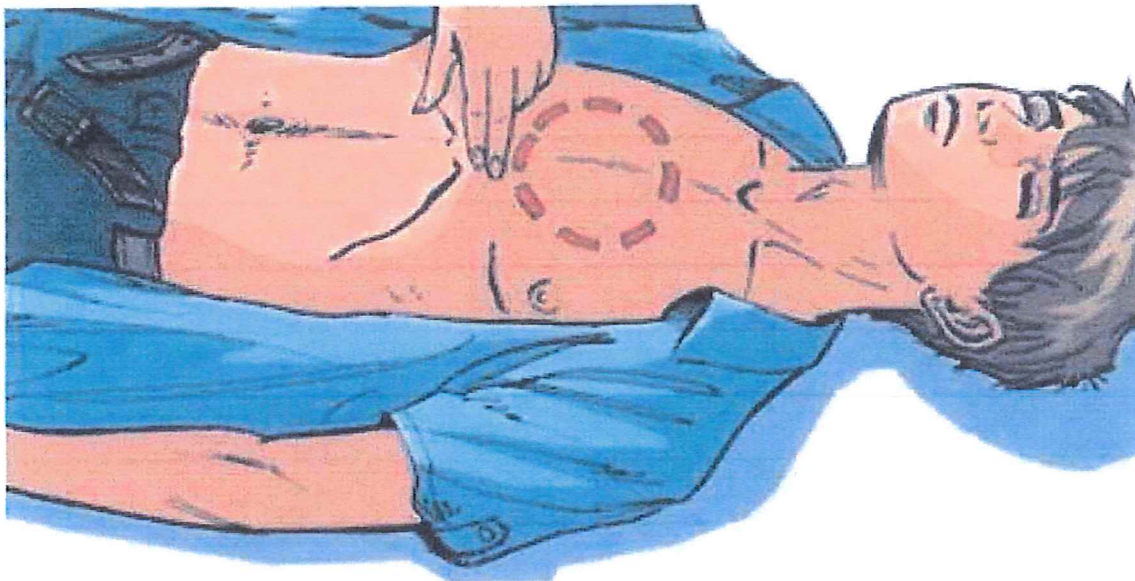
2.4.5 Сердечная реанимация начинается с нанесения удара в «область сердца»:

2.4.5.1. Прикрыть двумя пальцами мечевидный отросток. При ударе по мечевидному отростку он может отломить от грудной кости и травмировать печень.

2.4.5.2. Нанести удар кулаком, выше своих пальцев, прикрывающихся мечевидный отросток.

2.4.5.3. После удара проверить пульс на сонной артерии.

2.4.6 Эффективность непрямого массажа сердца обеспечивается правильным выбором места приложения силы к грудной клетке пострадавшего (2 поперечных пальца выше основания мечевидного отростка грудины или упрощенный вариант - центр грудной клетки, строго по средней линии).

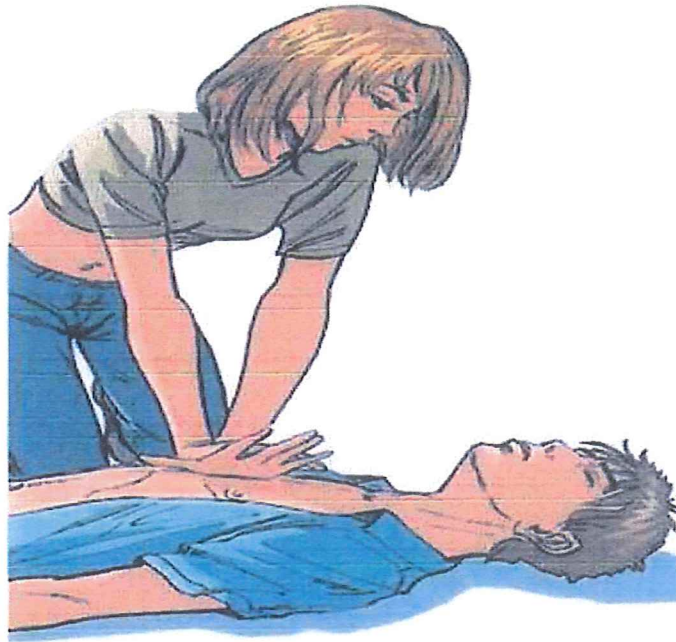


2.4.7 Положите основание ладони на эту точку, а другой рукой зафиксируйте первую. Руки должны быть прямыми и не сгибаться в локтевых суставах во время массажного толчка.

2.4.8 Производящий массаж должен стоять как бы нависая своим телом над пострадавшим и оказывая давление на грудь не только усилием рук, но и весом своего тела.

2.4.9 Короткими толчками действуя всей массой вашего тела, сдавливайте грудную клетку пострадавшего так, чтобы она прогибалась на 4 – 5 см.





2.4.10 Частота сдавливаний не реже 60 в 1 минуту.

2.4.11 Соотношение массажных толчков к числу вдохов должно составлять 30:2, после каждых 30 массажных толчков, производить 2 искусственных вдоха, снова 30 толчков и так далее. Если сердечно-легочная реанимация выполняется одним спасателем, то возможно применять 15 массажных толчков, потом производить 2 искусственных вдоха, во избежание усталости спасателем и возможностью проведения реанимации как можно дольше.

2.4.12 Тот, кто выполняет искусственное дыхание, должен следить за проходимость дыхательных путей и за правильностью выполнения непрямого массажа сердца.

2.4.13 Помощник, выполняющий массажные толчки, должен считать их вслух, чтобы напарник точно знал момент своего включения в реанимационный цикл.

2.4.14 Обязательным условием проведения массажа сердца является постоянный контроль за его эффективностью.

2.4.15 Критериями эффективности массажа следует считать:

- появление пульсового толчка на сонной и бедренной артериях, а иногда и на лучевой артерии;

- изменение цвета кожи - она становится менее бледной, серой;

- сужение зрачков, если они были расширены, с появлением реакции зрачков на свет;

- иногда - появление самостоятельных дыхательных движений.

2.4.16 При наличии признаков восстановления кровообращения, но при отсутствии тенденции к сохранению самостоятельной сердечной деятельности массаж сердца проводят либо до достижения необходимого эффекта (восстановление эффективности кровотока), либо до стойкого исчезновения признаков жизни с развитием симптомов смерти мозга.

2.4.17 Типичные ошибки при проведении непрямого массажа сердца:

- нет жесткой основы для проведения массажа сердца;

- резкие, рывкообразные и поэтому слишком короткие массажные толчки;

- невертикальное направление массажного толчка;

- паузы более 5 секунд при переходе от массажа к ИВ Л и обратно;

- сдавливание груди в проекции мечевидного отростка, а не нижней половины грудины - опасность повреждения печени при переломе мечевидного отростка грудины;

- смещение массажной площадки в стороны от средней линии - опасность множественных переломов ребер вплоть до «разбитой грудной клетки» и неэффективной фазой декомпрессии;

- руки отрываются от грудины и резко ставятся на нее снова - опасность повреждения ребер;

- спасающий забывает регулярно контролировать эффективность своих действий.

#### 2.4.18 Как избежать ошибок при проведении непрямого массажа сердца:

- чем больше масса тела спасающего, тем меньше переломов ребер. Этот парадокс связан с тем, что ему достаточно небольших наклонов корпуса, чтобы достичь прогиба груди пострадавшего на 5 см, в то время, как «легковесный» реаниматор этой цели добивается за счет увеличения скорости толчка;

- проверяйте каждый раз место приложения силы: массажная площадка находится на 2 пальца выше конца грудины, а не на нем!

- выполняйте массаж, «зависнув» над телом пострадавшего, чтобы избежать толчков в боковом направлении!

- следите, чтобы пальцы массирующих ладоней были направлены вверх, выполняя массаж лишь основанием ладони?

#### 2.4.19 Реанимацию можно прекратить, если:

- прощупывается самостоятельный пульс на сонной артерии, а грудная клетка поднимается и опускается, то есть пострадавший дышит сам;

- реанимационные мероприятия берет на себя прибывшая бригада скорой медицинской помощи;

- врач дает указания о ее прекращении ввиду неэффективности (констатирует смерть);

- при неэффективности реанимационных мероприятий, направленных на восстановление жизненно важных функций, в течение 30 минут.

#### 2.4.20 Реанимация не проводится:

- при наступлении клинической смерти на фоне неизлечимых последствий острой травмы, не совместимой с жизнью (это решает только врач);

- если совершенно точно известно, что с момента остановки кровообращения прошло более 30 минут, или при явных признаках биологической смерти.

#### 2.4.21 Признаки биологической смерти:

- симптом «кошачьего зрачка». При сдавливании с боков глазного яблока через 10-15 минут после смерти, зрачок приобретает стойкую овальную форму;

- трупное высыхание. Высыхание глаз (тусклый блеск «рыбьей чешуи»), красной каймы губ, других слизистых оболочек. Время появления и скорость развития зависит от состояния окружающей среды, при обычных условиях через 2-3 часа;

- понижение температуры тела. Прекращение обменных процессов приводит к постепенному охлаждению тела. Через 1 час ощущается похолодание кистей рук, через 2-3 часа - кожи лица;

- трупные пятна. После остановки сердца кровь начинает спускаться в нижележащие отделы тела, где просвечивает через кожу, образуя так называемые трупные пятна, которые появляются обычно через 2-4 часа после смерти;

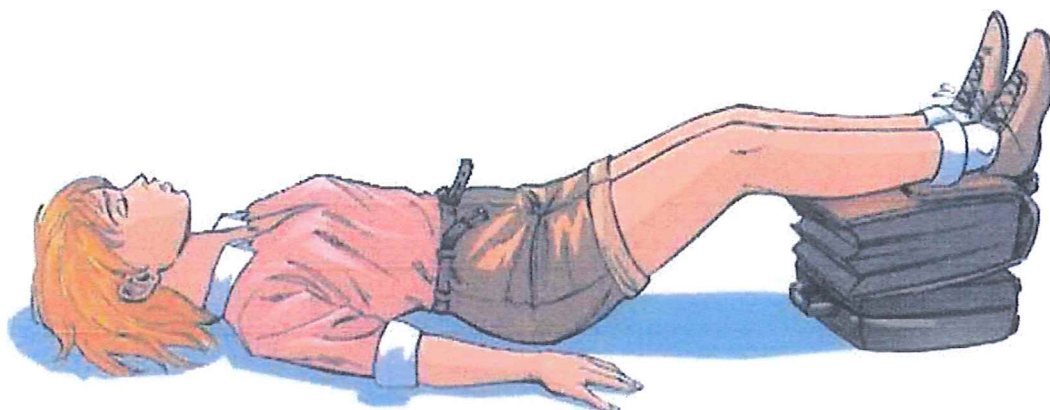
- трупное окоченение. Спустя 2-4 часа после смерти мышцы трупа начинают уплотняться, что препятствует сгибанию-разгибанию в суставах.

### 3. ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОБМОРОКЕ

#### 3.1. Неотложная помощь при обмороке обычно не требуется.

- пострадавшего необходимо уложить в горизонтальном положении на спину;
- придать нижним конечностям возвышенное положение;
- освободить от стесняющей одежды шею и грудь, расстегнуть поясной ремень;
- обеспечить приток свежего прохладного воздуха.





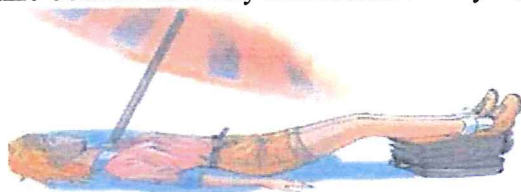
#### 4. ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ В СЛУЧАЕ ОБМОРОКА ВСЛЕДСТВИЕ ТЕПЛОВОГО ИЛИ СОЛНЕЧНОГО УДАРА

4.1. При долгом нахождении на солнце человек может потерять сознание от солнечного удара. В жарком помещении или в жару на улице возможен и тепловой удар.

4.2. Перенести пострадавшего в тень или прохладное место и приподнять ему ноги.

4.3. Предложить ему холодную воду. А лучше - холодный сладкий чай, минеральную воду без газа, мороженое или лед.

4.4. Если у пострадавшего появилось чувство нехватки воздуха, одышка или боли в груди, - лучше обеспечить ему положение полусидя.



4.5 Если у него очень бледное лицо - как можно скорее приложите ему холод к голове, груди, животу, стопам и ладоням



4.6 Если у пострадавшего очень красное лицо и отмечаются судорожные подергивания, то как можно скорее приложите холод к его голове, но НЕ ПРИПОДНИМАЙТЕ ЕГО НОГИ!



## 5. ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ В СЛУЧАЕ РАЗВИТИЯ КОМЫ

5.1. Кома - угрожающее жизни состояние, характеризующееся потерей сознания, резким ослаблением или отсутствием реакции на внешние раздражения, угасанием рефлексов до полного их исчезновения, нарушением глубины и частоты дыхания, изменением сосудистого тонуса, учащением или замедлением пульса, нарушением температурной регуляции.

5.2. Признаки комы:

- Потеря сознания более чем на 5 минут.
- Наличие пульса на сонной артерии.
- Нажатие на область пульсации сонной артерии является болевой точкой.
- Если пострадавший не отреагирует на ваши действия стоном, словами или попыткой отстранить вашу руку, то можно сделать безошибочный вывод: он без сознания. Наличие пульса на сонной артерии: он жив.

5.3. Не теряйте время на оклики пострадавшего и определение сознания путем ожидания ответов на вопросы: «Все ли у тебя в порядке? Можно ли приступить к оказанию помощи?» Не теряйте время на определение признаков дыхания. Достаточно произвести попытку определения пульса на сонной артерии, чтобы сделать вывод о наступлении комы.



5.4. Если во время определения пульса на сонной артерии пострадавший отреагирует взглядом, стоном или любыми другими действиями, то можно сделать безошибочный вывод, что он в сознании. В этом случае следует прекратить дальнейшую попытку определения пульса.

Если при наличии пульса на сонной артерии пострадавший не отреагирует на надавливание — можно сделать вывод, что он жив, но без сознания и находится в состоянии комы.

5.5. Если у пострадавшего подтвердились признаки комы - Немедленно поверните пострадавшего на живот, иначе он может в любую секунду захлебнуться рвотными массами или удушиться собственным языком.

Внимание: В состоянии комы невозможно определить повреждения шейного отдела позвоночника.

5.6. Заведите ближнюю к себе руку пострадавшего за его голову.

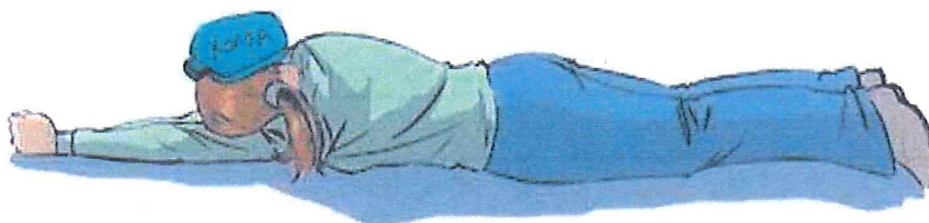
Заведенная за голову рука страхует шейный отдел позвоночника от опасных боковых смещений во время поворота на живот.



5.7. Одной рукой возьмитесь за дальнее от себя плечо, а другой — за поясной ремень или бедро пострадавшего. Заведенная за голову рука пострадавшего не только страхует шейный отдел позвоночника, но и значительно облегчает поворот тела.



5.8. Поверните пострадавшего на живот с подстраховкой шейного отдела позвоночника. Очистите пальцами или салфеткой ротовую полость и надавите на корень языка. Когда челюсти пострадавшего сжаты, не следует пытаться их разжимать. Плотно стиснутые зубы не препятствуют прохождению воздуха.



5.9. Внимание! Сначала надо повернуть пострадавшего на живот и только затем, вызвать скорую помощь!

5.10. Запомните! Лежа на спине, пострадавшие редко доживают до прибытия спасательных служб. Пострадавшие в состоянии комы должны дожидаться прибытия бригады скорой помощи в положении «лежа на животе».





## 6. ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПОРАЖЕНИИ ЭЛЕКТРИЧЕСКИМ ТОКОМ.

6.1. Электротравма - повреждения, возникающие в результате воздействия электрического тока большой силы или разряда атмосферного электричества (молнии).

6.2. Воздействовать на человека может:

- электрический ток;
- электрическая дуга (молния);
- статическое электричество;
- электромагнитное поле.

6.3. Если через организм человека протекает электрический ток, то он может вызывать разнообразный характер воздействия на различные органы, в том числе центральную нервную систему.

6.4. Факторы определяющие исход поражения электрическим током:

6.4.1. Величина тока и напряжение

1 мА - Едва ощутимое сокращение мышц.

8-10 мА - Непроизвольное сокращение мышц. «Неотпускающий ток».

25-50 мА - Мощное сокращение дыхательных мышц. Возможна остановка дыхания.

50-200 и более - Остановка дыхания и кровообращения. Клиническая смерть.

6.4.2. Продолжительность воздействия тока

Установлено, что поражение электрическим током возможно лишь в стоянии полного покоя сердца человека, когда отсутствуют сжатие или расслабление желудочков сердца и предсердий. Поэтому при малом времени воздействие тока может не совпадать с фазой полного расслабления, однако всё, что увеличивает темп работы сердца, способствует повышению вероятности остановки сердца при ударе током любой длительности.

К таким причинам следует отнести:

- усталость;
- возбуждение;
- голод, жажду;
- испуг;
- принятие алкоголя, наркотиков, некоторых лекарств, курение;
- болезни и т.п.

6.4.3. Сопротивление тела

Сопротивление уменьшается под действием следующих факторов:

- высокое напряжение;
- влажность кожи (потение ладоней);
- длительное время воздействия;
- уменьшение содержания кислорода в воздухе (в плохо проветриваемых помещениях человек становится существенно более уязвим);

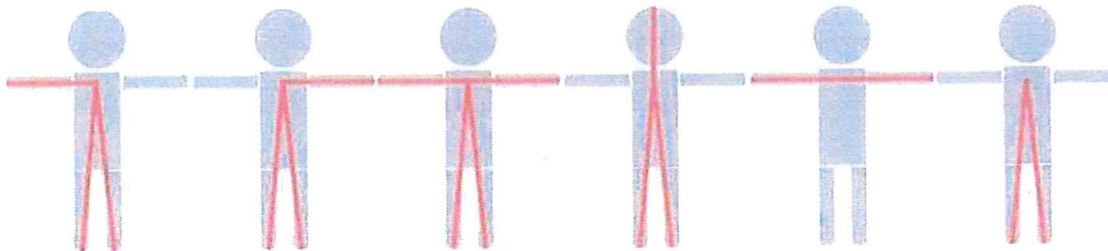


- повышение содержания углекислого газа в воздухе;
- высокая температура воздуха;
- беспечность, психическая неподготовленность к возможному электрическому удару.

#### 6.4.4. Путь прохождения тока

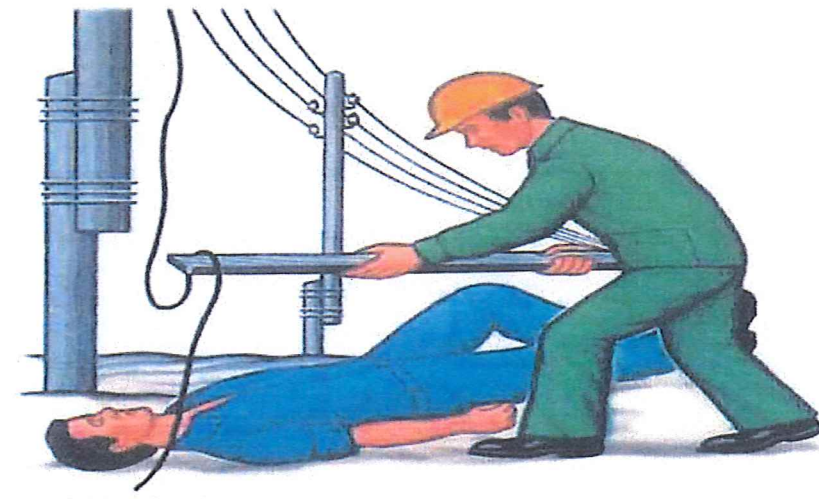
Наиболее вероятными признаны следующие:

- «правая рука - ноги» (20% случаев поражения);
- «левая рука - ноги» (17%);
- «обе руки - ноги» (12%);
- «голова - ноги» (5%);
- «рука - рука» (40%);
- «нога - нога» (6%).



#### 6.5. Последовательность оказания первой помощи:

- устранить воздействие на организм повреждающих факторов (освободить от действия электрического тока, как можно быстрее выключить рубильник и т.д.);
- если быстро не получается отключить электроустановку необходимо защититься от поражения электротоком используя следующие методы: встать на сухие доски, бревна, резиновый коврик или диэлектрические калоши, надеть диэлектрические перчатки,
- нельзя: дотрагиваться до металлических предметов и до тела пострадавшего, можно касаться только его одежды;
- освободить пострадавшего от токоведущего элемента любым сухим предметом, не проводящим ток: палкой, доской канатом, перерубить провод топором с сухим деревянным топорищем, перекусить (каждую фазу отдельно) кусачками с изолированными рукоятками.

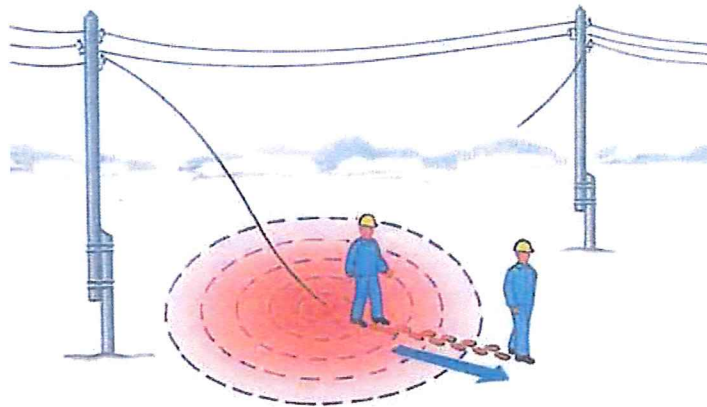


- оценить состояние пострадавшего;
- определить характер и тяжесть травмы, наибольшую угрозу для жизни пострадавшего и последовательность мероприятий по его спасению;
- выполнить необходимые мероприятия по спасению пострадавшего в порядке срочности (восстановить проходимость дыхательных путей, провести искусственное дыхание, наружный массаж сердца, остановить кровотечение и т.п.);
- вызвать скорую медицинскую помощь, либо принять меры для транспортировки пострадавшего в ближайшее лечебное учреждение;
- поддерживать основные жизненные функции пострадавшего до прибытия медицинского работника.

#### 6.6 Недопустимо забывать о собственной безопасности!

В радиусе 10 м от места касания проводом земли можно попасть под шаговое напряжение. Передвигаться здесь надо в диэлектрических ботах или галошах или гусиным шагом (пятку одной ноги не отрывая от земли, приставить к носку другой ноги)

ПРАВИЛА ВЫХОДА ИЗ ЗОНЫ РАСТЕКАНИЯ ТОКА



Если токоведущий элемент лежит на земле, возникает опасность напряжения шага.  
Двигаясь в зоне растекания тока, используйте диэлектрические галоши и коврики, сухие доски.  
При отсутствии защитных средств выходить из зоны растекания тока следует короткими шагами, передвигая ноги без отрыва их от земли и одной ступни от другой.

## 7. ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ РАНЕНИИ.

7.1. Рана - результат механического повреждения тканей, при котором нарушается целостность кожи, слизистых оболочек и, возможно, глубже лежащих тканей и органов.

7.2. Рану характеризуют следующие признаки:

- боль;
- кровотечение;
- зияние краев раны (расхождение краев);
- нарушение функций поврежденного органа.

7.3. Классификация ран:

7.3.1. А. По характеру повреждения:

- колотые раны;
- рваные раны;
- резаные раны;
- рубленые раны;
- ушибленные раны;
- укушенные раны и т.д.



7.3.2.Б. По отношению к полостям тела (черепа, груди, живота, суставов) различают проникающие и непроникающие раны.

7.4. Первая помощь при ранениях:

- Остановить кровотечение.
- При большой кровопотере провести противошоковые мероприятия (успокоить если в сознании; согреть; уложить на спину и приподнять ноги, если в сознании и нет травм головы, шеи и позвоночника).
- Наложить стерильную повязку и закрепить ее фиксирующей повязкой, бинтом или пластырем.
- Выполнить приемы простейшего обезболивания: положить холод на область раны; выполнить иммобилизацию; придать пострадавшему правильное транспортное положение.
- Вызвать скорую медицинскую помощь.
- Доставить пострадавшего в медицинское учреждение если прибытие скорой ожидается позднее, чем через 30 минут.
- Во время оказания первой помощи поддерживать словесный контакт с пострадавшим.

7.5. Во время оказания первой помощи при ранах запрещается:

- вправлять выпавшие органы, суставы, кости;
- удалять из раны торчащие костные обломки;
- накладывать на выпавшие органы давящие повязки;
- удалять из раны инородные тела;
- поить пострадавшего при травме живота (даже при подозрении на нее), в бессознательном состоянии и при рвоте;
- накладывать на рану мазевые повязки, засыпать в рану порошки лекарственных препаратов (антибиотики, стрептоцид и другие);
- заливать в рану спиртовые препараты (йод, спирт и прочие).

7.6. Ранение мягких тканей головы.

7.6.1. Из-за угрозы воздушной эмболии нельзя менять тампон, даже сильно пропитанный кровью. Следует накладывать другой тампон сверху первого.

7.6.2. Усадить или уложить пострадавшего.

7.6.3. Прижать к ране скатку бинта или многослойную чистую ткань.

7.6.4. Зафиксировать этот тампон при помощи косынки или шапки.

7.6.5. При ранении мягких тканей головы не следует прижимать рану пальцами (особенно в области височных костей), так как кости тоже могут быть поврежденными.

7.7. Ранение шеи

7.7.1. Повреждение вен вызывает обильную кровопотерю, способную привести к смерти в течение нескольких минут, а при попадании воздуха в вену - в течение нескольких секунд. Стало быть, помощь должна быть оказана моментально

7.7.2. Усадить пострадавшего и прижать рану пальцем

7.7.3. Подложить под палец тампон

7.7.4. Прижать тампон жгутом

7.7.5. Даже если прибытия медперсонала придется ждать много часов ни в коем случае не распускайте жгут даже на несколько секунд?





## 7.8. Ранение груди

7.8.1. В первые минуты после ранения груди даже врач не может определить, насколько оно опасно. Поэтому при оказании первой помощи к любой ране груди следует относиться как к проникающей.

7.8.2. Необходимо закрыть доступ воздуха в рану, избежать его поступления в плевральную полость.

7.8.3. Усадить пострадавшего, прижать ладонь к ране.

7.8.4. Наложить на рану пластырь или скотч.

7.8.5. Если из раны торчит посторонний предмет:

- зафиксировать предмет двумя скатками бинта.
- прикрепить их к коже лейкопластырем или скотчем.
- наложить на рану пластырь или скотч.



7.8.6. Поступайте так, даже если посторонний предмет внешне кажется маленьким. Никто не может сразу определить, насколько глубоко он ушел в тело и какие органы затронул.

7.8.7. Если пострадавший потерял сознание, придайте ему положение «полусидя» и следите за состоянием его пульса и дыхания. Если исчезнет пульс на сонной артерии, приступайте к реанимации.

## 7.9 Ранение живота

7.9.1. Любую рану в области живота следует расценивать как проникающую в брюшную полость.

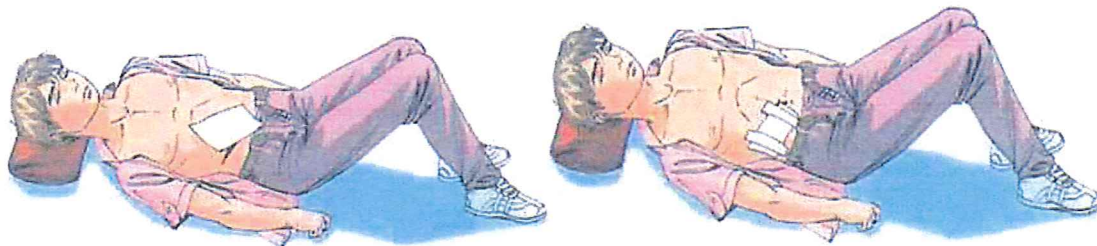
7.9.2. Приподнять пострадавшему ноги и расстегнуть ремень

7.9.3. Обеспечить покой в положении "лежа на спине"

7.10. В положении "лежа на спине" с согнутыми в коленях ногами достигается предельное расслабление брюшного пресса.

7.11. Полностью прикрыть рану чистой салфеткой

7.12. Зафиксировать салфетку лейкопластырем.



7.13. Положить на живот холод.



7.14. Это уменьшит боль и страдания, а также снизит скорость внутреннего кровотечения.

7.15 Если из раны выступают или выпадают внутренние органы, ни в коем случае не вправляйте их обратно, а накройте чистой тканью. Края салфетки должны на 2-3 сантиметра превышать границы раны.

7.16 Ни в коем случае не давайте пострадавшему пить! Можно только протирать губы мокрой ваткой или салфеткой.

## 8. ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИИ.

8.1. Кровотечение - истечение крови из кровеносных сосудов при нарушении целостности их стенки.

8.2. Виды кровотечений:

- внутреннее, когда кровь скапливается в тканях и полостях тела.
- наружное, когда кровь вытекает из ран или естественных отверстий тела человека.

По происхождению кровотечения бывают:

- травматическими, вызванными повреждением сосудов;
- нетравматическими, связанными с их разрушением каким-либо патологическим процессом или с повышенной проницаемостью сосудистой стенки.

8.3. Виды кровотечений:

8.3.1. Капиллярное кровотечение из мельчайших сосудов кожи, опасная потеря крови бывает редко.

8.3.2. Артериальное кровотечение, характеризуется алой струей крови, пульсирующим «фонтаном» бьющей из раны.

8.3.3. Венозное кровотечение - кровь темная, вишневого цвета, не пульсирует в ране, а стекает с ее краев.

8.3.4. Паренхиматозное кровотечение (из таких органов как печень, почки и селезенка) относится к внутренним кровотечениям и может привести к опасной потере крови.

8.4. Главное в оказании первой помощи при острой кровопотере - максимально быстрая и эффективная остановка кровотечения. От этого в большинстве случаев зависит жизнь пострадавшего.

8.5. На этапе первой помощи проводится временная остановка кровотечения, окончательная возможна лишь в лечебном учреждении.

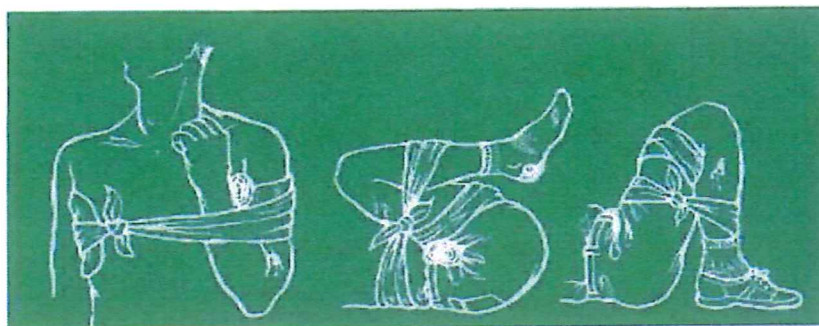
8.6. Из способов временной остановки кровотечения применяются:

- максимальное сгибание конечности;
- пальцевое прижатие артерии;
- прямое давление на рану;
- наложение жгута;
- давящая повязка;
- тугое бинтование раны.

8.7. Максимальное сгибание конечности. Этим способом пользуются при кровотечениях

- из ран предплечья - сгибание руки в локтевом суставе,
- из ран голени - сгибание в коленном суставе,
- из ран бедра - сгибание в тазобедренном суставе.

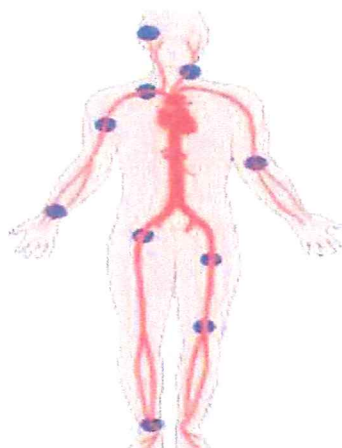




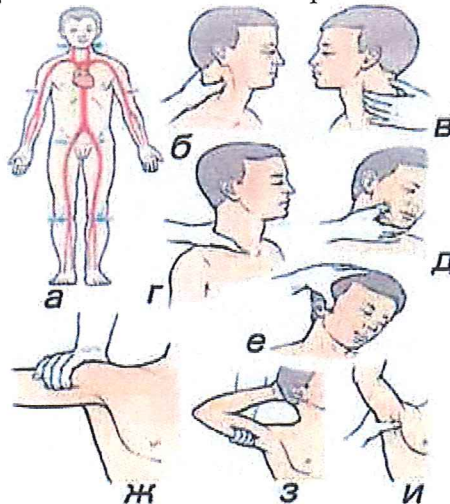
Часто этот прием интуитивно выполняет сам пострадавший тотчас после повреждения, в порядке «самопомощи».

8.8. Пальцевое прижатие артерии. Артерия прижимается пальцем или кулаком к находящейся под ней кости:

- сонная - к поперечным отросткам V шейного позвонка
- подключичная - к первому ребру в надключечной ямке
- подмышечная - к головке плечевой кости
- подчелюстная - к углу нижней челюсти
- височная - к височной кости черепа
- бедренная - к паховой складке
- плечевая - к плечевой кости



Недостатки: силы пальцевого прижатия хватает не более, чем на 10 минут. При этом способе остановки кровотечения пострадавшего невозможно перекладывать и переносить.



8.9. Прямое давление на рану. Кровоточащий сосуд сдавливается через стерильную салфетку или с помощью тугого марлевого тампона прямо в ране или по ее верхнему краю. В исключительных случаях допускается сдавливание ладонью или кулаком.

Недостаток: нельзя применять при открытых переломах так как в глубине раны сломанная кость!

8.10. Наложение импровизированного жгута. В качестве импровизированных жгутов могут быть использованы галстук, ремень или прочная ткань, скрученная в виде полосы шириной 2-3 см.

Нельзя использовать слишком широкие полосы ткани - они не создают достаточного давления.

Нельзя применять шнуры, струны, проволоку из-за опасности прорезания кожи вместе с еще неповрежденными сосудами.

8.11. Наложение жгута. Остановка артериального кровотечения чаще всего выполняется наложением эластичного резинового жгута или импровизированного жгута из подручных средств.

Правила наложения жгута:

- жгут накладывается на конечность только выше раны;
- жгут накладывают на одежду или проложенную ткань;
- жгут с силой натягивается в руках, чтобы остановить кровь первым самым тугим витком. Остальные витки накладываются вплотную и с меньшей силой, после чего жгут завязывается;
- время наложения жгута фиксируется (на записке, на жгуте или лбу пострадавшего);
- конечность, на которую наложен жгут должна быть тепло укрыта.
- **время наложения жгута на конечности: не более 1 часа зимой и 2-х часов - летом.**

8.12. Наложение давящей повязки

Давящая повязка обычно применяется для остановки венозных и несильных артериальных кровотечений.

Закрывать рану стерильной салфеткой.

Наложить поверх салфетки туго скрученный тампон, изготовленный из бинта или куска подручной ткани и по размерам соответствующий ране.

С силой вдавливать тампон в рану в течение 7-10 минут, следя за тем, чтобы кровотечение прекратилось.

Туго прибинтовать тампон к конечности.

Выполнить иммобилизацию раненой конечности или придать пострадавшему удобное положение

8.13. Первая помощь при носовом кровотечении

При носовом кровотечении необходимо усадить пострадавшего, слегка наклонив его голову вперед, сжать крылья носа на 15-20 минут. При этом пострадавший должен дышать ртом!

Приложить к переносице холод (мокрый платок, снег, лед).

Пострадавшему необходимо сплевывать кровь (при попадании крови в желудок может развиваться рвота).

Если кровотечение в течение 15-20 минут не останавливается, вызвать скорую медицинскую помощь.

## 9. ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ.

9.1. Переломами называют полное или частичное нарушение целостности кости.

9.2. Переломы могут быть открытыми и закрытыми

9.3. Признаки закрытых переломов:

- боль, усиливающаяся при движении;
- нарушение функции конечности;
- кровоподтек в области перелома;



- ненормальная подвижность в месте перелома;
- хруст при ощупывании места перелома;
- деформация поврежденной конечности.

9.4. При открытых переломах дополнительно:

- рана в месте перелома, в которой могут быть видны отломки костей;
- кровотечение из раны при повреждении сосудов.

9.5. При наличии любой раны в области предполагаемого перелома следует считать перелом открытым!

9.6. В основе первой помощи при переломах лежит транспортная иммобилизация - придание неподвижности поврежденной конечности.

9.7. Транспортная иммобилизация - временная мера, которая выполняется только для доставки пострадавшего в лечебное учреждение.

9.8. Первая помощь при закрытых переломах:

- Вызвать скорую медицинскую помощь.
- Осмотреть пострадавшего.
- Оценить пульс.
- Постараться придать конечности наименее болезненное положение
- Выполнить транспортную иммобилизацию при помощи подручных шин.
- Приложить «холод» к области травмы.
- До приезда скорой медицинской помощи контролировать состояние пострадавшего.

9.9. Первая помощь при открытых переломах:

- Вызвать скорую медицинскую помощь.
- Остановить сильное кровотечение пальцевым прижатием артерии выше раны, наложить кровоостанавливающий жгут.
- Наложить стерильную повязку на рану.
- Оценить пульс.
- Провести осмотр для исключения других травм.
- Если не определяется или плохо определяется пульс на запястье: приподнять ноги (здоровую ногу при переломе нижней конечности) на высоту 30 - 40 см.
- Выполнить транспортную иммобилизацию при помощи подручных шин.

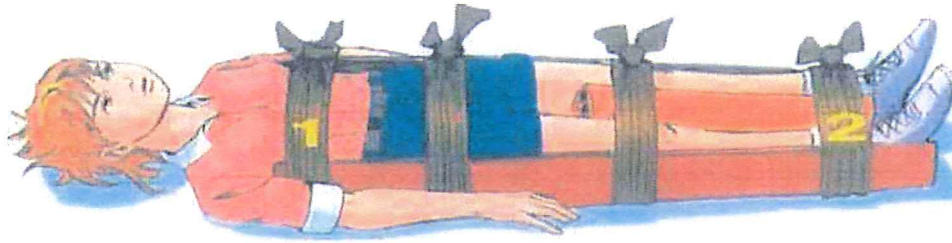
9.10. При повреждении костей предплечья наложить шину и зафиксировать руку на косынке.

9.11. При сильном кровотечении - сначала наложить кровоостанавливающий жгут на плечо, потом повязку на рану, затем шину и зафиксировать руку. Приложить к месту перелома холод.



9.12. При переломе бедренной кости и повреждении коленного сустава:

- приложить к месту перелома холод;
- удобно положить пострадавшего;
- положить между его ног скатку (валик) из мягкой ткани;
- зафиксировать шину: 1 - на груди; 2 - на стопах



9.13. При переломе костей голени и повреждении голеностопного сустава.

Если пострадавший не может опереться на поврежденную ногу и даже пошевелить пальцами стопы, следует заподозрить перелом костей голени и голеностопного сустава.

Нельзя:

- ощупывать ногу для уточнения места перелома.
- снимать с поврежденной ноги одежду и обувь до действия обезболивающего средства.
- накладывать повязки и шины без обезболивания.

Если из раны в области перелома обильно идет кровь и видны обломки костей, то сначала наложите жгут, только потом наложите повязку на рану и шину на ногу. Если стопа или голень деформированы или неестественно вывернуты, то до приезда "скорой" зафиксируйте ногу в том положении, которое не причиняет дополнительную боль.

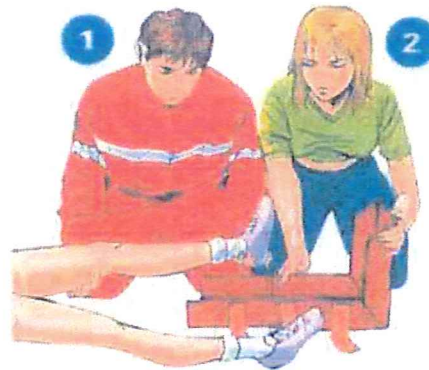
Необходимо сформировать шину по форме и размеру здоровой ноги.

Приложить к месту перелома холод. Наложить транспортную шину.

Действовать надо вдвоем:

Первый спасатель фиксирует ногу,

Второй - формирует шину и, удерживая ее, заводит под приподнятую ногу.



9.14. При повреждении костей таза, тазобедренных суставов или верхней трети бедренных костей пострадавший находится в позе "лягушки". Такая поза позволяет уберечь сосуды и окружающие ткани от дополнительного травмирования обломками костей.



Подложить валик под колени. Положить холод к животу.

Если пострадавший в состоянии комы, то немедленно переверните его на живот, так как иначе смерть может наступить в ближайшую минуту от западания языка и попадания содержимого желудка в дыхательные пути. В этом случае идеальное средство иммобилизации - вакуумный матрас, зафиксированного в нем пострадавшего можно повернуть на бок.



Если в течение 40 минут не подложить валик под колени или не зафиксировать пострадавшего в вакуумном матрасе, то появится мышечная дрожь усталости бедренных мышц, а при трении краев поврежденных костей их фрагменты начнут попадать в кровоток. Пострадавший обязательно погибнет в первые трое суток.

## 10. ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОЖОГАХ.

10.1. Ожог - повреждение тканей, возникающее под действием высокой температуры, электрического тока, кислот, щелочей или ионизирующего излучения.

10.2. Ожоги в зависимости от поражающего фактора различают термические, химические и электрические.

Термические ожоги возникают вследствие непосредственного воздействия на кожный покров пламени, пара, горячих жидкостей и мощного теплового излучения.

Химические ожоги возникают в результате попадания на кожу агрессивных веществ, чаще - крепких растворов кислот и щелочей.

Термические ожоги встречаются наиболее часто, на них приходится 90 -95% всех ожогов.

10.3. На тяжесть состояния влияют в основном площадь и глубина ожога. Площадь ожога измеряется в процентах к площади поверхности тела.

\* Измерение площади ожогов у взрослых принято называть «методом девяток»

| Поверхность тела             | Взрослые |
|------------------------------|----------|
| Г олова и шея                | 9%       |
| Каждая рука                  | 9%       |
| Каждая нога                  | 18%      |
| Грудь и живот                | 9+9 %    |
| Спина и ягодицы              | 18%      |
| Половые органы и промежность | 10%      |

10.4. Тяжесть местных и общих проявлений ожогов зависит от глубины повреждения тканей и площади поражения поверхности.

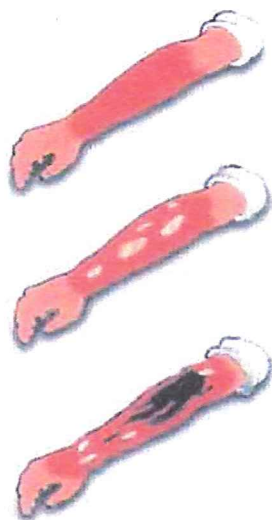
I степень -отечность кожи, чувство жжения и боль.

II степень - то же плюс пузыри с желтоватой жидкостью.

III-а степень - образование струпа - плотной корки от желтого до темно коричневого цвета, иногда формируются толстостенные пузыри.

III-б степень - кожа гибнет на всю толщ, формируется струп.

IV степень - гибель тканей, формирование струпа, иногда с признаками обугливания



### 10.5. При поверхностных термических ожогах:

- охлаждение водой не менее 15 минут или пока не стихнет боль или пока не прибудет бригада скорой помощи;
- срезание обгоревшей одежды по краю ожоговой раны;
- наложение широкой, стерильной или чистой, сухой повязки на рану.



### 10.6. При ожогах запрещается:

- прикладывать к поверхности ожога масло, маргарин, мази и бальзамы.
- обрабатывать ожоги спиртом, йодом, зеленкой.
- охлаждать проточной водой ожоги II и выше степени тяжести.
- прокалывать, удалять, надрезать пузыри.
- производить любые манипуляции в ожоговой ране.
- удалять отслаивающуюся кожу или остатки одежды из раны.
- откладывать вызов скорой медицинской помощи.
- пытаться поить пострадавшего, если он без сознания.



### 10.7. При химических ожогах:

- снять одежду и украшения в области поражения, так же подвергнувшиеся попаданию на них химических веществ.
- смыть химические вещества с поверхности кожи с помощью проточной воды в течение 15



и более минут. **ИСКЛЮЧЕНИЕ**

- при порошкообразной форме воздействующего химического вещества сначала удалить его остаток с кожного покрова, после чего промыть.
- после промывания приступить к нейтрализации:
- Ожог кислотой - 2%-ный раствор пищевой соды (2.5 стакана воды + 1 ч.л. пищевой соды) или мыльную воду.
- Ожог щелочью - слабый раствор лимонной кислоты или уксуса.
- Ожог компонентами извести - 2%-ный раствор сахара.
- наложить свободную повязку (с исключением возможности сдавливания) из сухой чистой ткани или из сухого бинта/марли

## 11. ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПОПАДАНИИ ИНОРОДНОГО ТЕЛА.

11.1. Первая помощь при попадании инородного тела в дыхательные пути.

11.1.1. Метод «Буратино».

Если рост и вес пострадавшего не позволяют вам уложить его себе на колени, то следует:

- придвинуть стул спинкой к груди пострадавшего;
- ухватить его за ремень и ворот;
- перегнуть животом через спинку стула;
- ударить 3-4 раза ладонью по спине.



Если в течение 15-20 секунд нет эффекта, то следует применить другие способы

11.1.2. Метод «Геймлиха».

Удар сложенными в "замок" кистями наносится под диафрагму, что приводит к резкому ее поднятию. Наружу выталкивается 200-300 миллилитров воздуха. В итоге инородное тело, как правило, вылетает.

Но такой удар может спровоцировать остановку сердца, поэтому данный способ следует применять только в том случае, если все иные способы оказались безрезультатны.

- Стать позади пострадавшего
- Обхватить его руками, сцепив в "замок" под реберной дугой
- С силой ударить "замком" в надчревную область
- После удара не следует сразу же распускать кисти, сложенные в "замок". Будьте готовы сразу поддержать пострадавшего, если он начнет падать.



Если после удара произошла внезапная остановка сердца, положите пострадавшего на спину, резко надавите ему двумя руками под реберную дугу и приступайте к сердечно-легочной реанимации.

11.2. Инородные тела, попавшие в глаза, лучшего всего удалять промыванием струей чистой воды. Промывание можно производить из чайника, с ватки или марли, положив пострадавшего на здоровую сторону и направляя струю от наружного угла глаз (от виска) к внутреннему (к носу). Запрещается тереть глаза. При тяжелых травмах необходимо наложить на глаз стерильную повязку и срочно доставить пострадавшего в медицинское учреждение.

## 12. ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ УКУСАХ ЯДОВИТЫХ ЗМЕЙ, НАСЕКОМЫХ, ЖИВОТНЫХ.

12.1. При укусе ядовитой змеи необходимо ограничить подвижность пострадавшей конечности.

- При укусе в ногу необходимо прибинтовать её к другой ноге



- При укусе в руку необходимо зафиксировать её к туловищу в согнутом положении



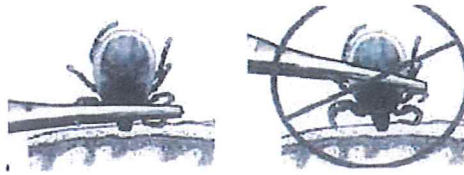
- При отсутствии признаков жизни приступай необходимо вызвать скорую помощь и приступить к сердечно-легочной реанимации

12.2. При укусе насекомого необходимо удалить жало из ранки и приложить холод к месту укуса. При возникновении аллергической реакции следует обратиться к врачу

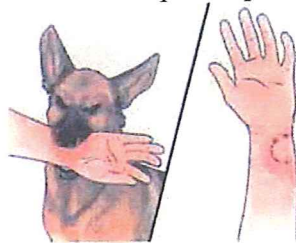




12.3. При укусе клеща необходимо аккуратно зацепив клеща как можно ближе к коже, с помощью очень тонкого пинцета или щипцов и медленно, но точно вытащить его из кожи.



12.4. Укусы животных необходимо обильно промыть проточной водой не менее 5 мин, чтобы свести к минимуму риск развития бактериальных инфекций и бешенства. Наложить на рану стерильную повязку, как можно скорее обратиться в медицинское учреждение.



### 13. ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПЕРЕОХЛАЖДЕНИИ

13.1. Переохлаждение - опасное состояние организма. Сперва начинается озноб, человека бросает в дрожь. Потом ощущение холода может пройти, но сознание затуманивается. Человек становится заторможенным, могут появиться апатия, бред и галлюцинации. Температура тела понижается. Бледнеют или даже синеют губы.

13.2. Необходимо:

- тепло укутать, заставить двигаться;
- дать выпить или съесть что-нибудь теплое и очень сладкое;
- в течение 1 часа доставить в теплое помещение.



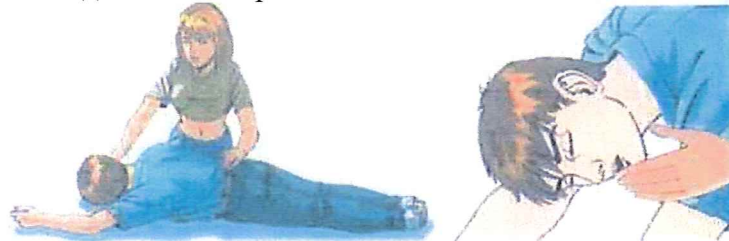
13.3. Раздеть, усадить в ванну с теплой водой (35-40°). Или обложить пострадавшего теплыми грелками той же температуры в нескольких местах (как показано на рисунке). После ванны тепло укрыть и вызвать врача. Продолжать давать теплое питье.



## 14. ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ УТОПЛЕНИИ.

14.1. Синее» утопление - легкие наполнены водой. Признаки:

- лицо синюшного цвета;
- видны набухшие вены на шее;
- много пенистых выделений изо рта и носа.



14.2. Бледное" утопление - вода не попала в желудок и легкие. Признаки

- резкая бледность;
  - выделение небольшого количества пены изо рта (или ее отсутствие);
  - отсутствие сознания и пульса на сонной артерии;
  - зрачки расширены, не реагируют на свет
- необходимо срочно приступить к реанимации.**



## 15. ТРАНСПОРТИРОВКА ПОСТРАДАВШЕГО

15.1. Если бригада «скорой помощи» не может прибыть к вам, то будьте готовы приступить к транспортировке пострадавшего самостоятельно - на носилках. Два самых распространенных способа перекладывания на носилки: «Нидерландский мост» и «Скрутка» (или «Скатка»).

15.2. Способ «Нидерландский мост» - применим, если количество спасателей не меньше 3-х.

15.2.1. Первый спасатель: Захватывает пострадавшего под мышками и располагает его голову на своих предплечьях.

15.2.2. Второй спасатель: Подкладывает руки под тазовую и поясничную области.

15.2.3. Третий спасатель: Располагает голени и стопы пострадавшего на своих предплечьях



15.2.4. Главная задача - удерживать туловище, конечности и голову в одной плоскости.

15.2.5. Основная тяжесть распределена между ПЕРВЫМ и ВТОРЫМ спасателями.

15.2.6. Команду на подъем пострадавшего дает ВТОРОЙ спасатель



15.3. Способ «Скрутка» (или «Скатка») - применим, если количество спасателей не меньше 4-х и только если на пострадавшем одежда из плотной ткани.

15.3.1. Первый спасатель: придерживает голову

15.3.2. Второй, третий и четвертый спасатели: наворачивают на руки одежду пострадавшего.



15.3.3. Главная задача - так скрутить материю в руках, чтобы поднять за нее пострадавшего и перенести на носилки. Штанины брюк - обе скрутить вместе.

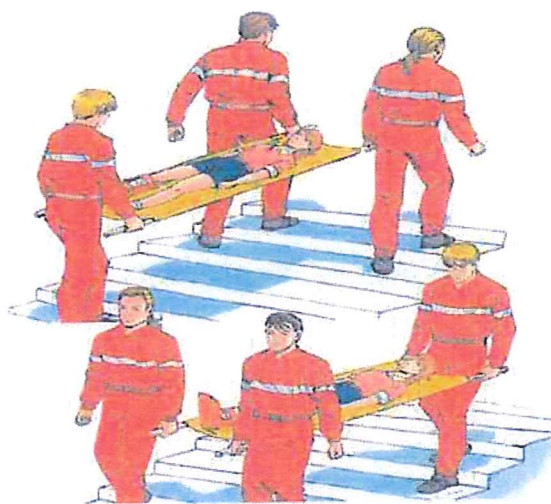
15.3.4. Команду на подъем пострадавшего дает ПЕРВЫЙ спасатель

15.4. Как правильно транспортировать пострадавшего на носилках.

15.4.1. Идущий сзади следит за состоянием пострадавшего. Если у пострадавшего потеря сознания, судороги или приступы рвоты, то этот спасатель сразу дает команду об экстренной остановке.

15.4.2. Идущий впереди следит за состоянием пострадавшего. Если у пострадавшего потеря сознания, судороги или приступы рвоты, то этот спасатель сразу дает команду об экстренной остановке.

15.4.3. Вверх по лестнице или в горизонтальном положении - головой вперед. Вниз по лестнице - точно так же, но непременно головой назад



15.5. Придание пострадавшему оптимального положения тела

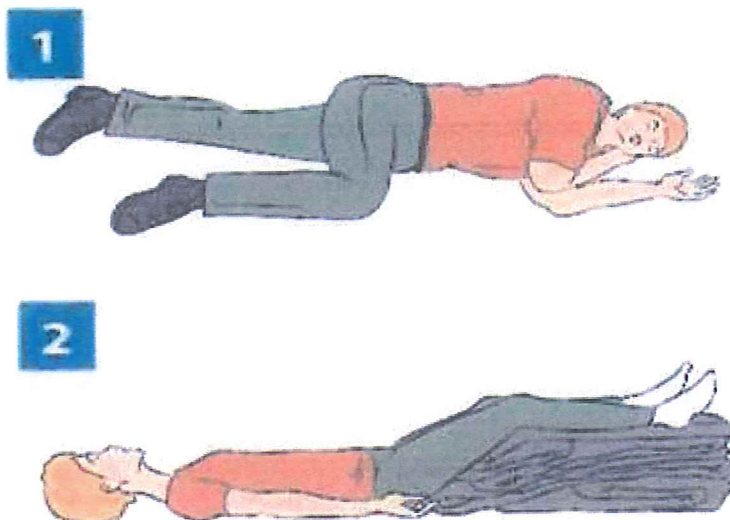
15.5.1. Устойчивое боковое положение:

- без сознания;
- при частой рвоте;
- в случаях ожогов спины и ягодиц.

15.5.2. Положение на спине с приподнятыми и согнутыми в коленях ногами:

- при травмах брюшной полости;

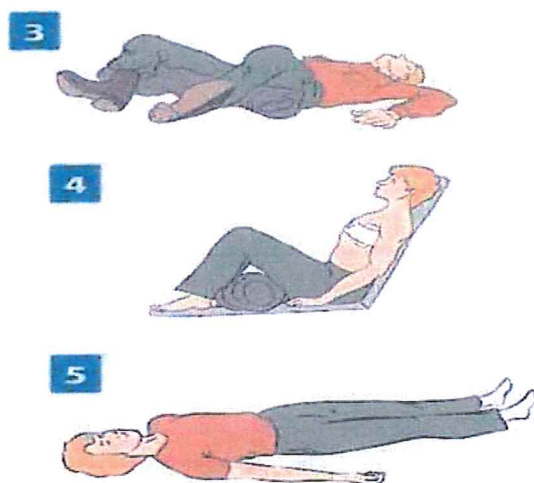
- при большой кровопотере или подозрении на внутреннее кровотечение



15.5.3. Положение лягушки с подложенными под колени валиком при подозрении на перелом костей таза.

15.5.4. Положение сидя или полусидя при травмах грудной клетки.

15.5.5. Положение на спине, на твердой ровной поверхности при подозрении на травму позвоночника.



Разработал

Специалист по охране труда

Согласовано

Начальник ОЭ, ОТ и ПБ

Ю.В. Ширинкина

С.В. Рудаков



