

МУНИЦИПАЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "УПРАВЛЕНИЕ ДОШКОЛЬНОГО
ОБРАЗОВАНИЯ НАДТЕРЕЧНОГО МУНИЦИПАЛЬНОГО РАЙОНА
Муниципальное бюджетное дошкольное образовательное учреждение
"Детский сад"Радуга" с.п. Верхненаурское Надтеречного муниципального района
МУНИЦИПАЛЬНИ УЧРЕЖДЕНИ "НАДТЕРЕЧНИ ША -ШЕНА УРХАЛЛА ДЕЧУ
К1ОШТАН ИШКОЛАЛ ХЪАЛХАРА УРХАЛЛА
Ша шена урхалла дечу бюджетни ишколал хъалхара дешаран хъукмат
Верхненаурски юьртан "Берийн беш"Радуга"

СОГЛАСОВАНО

Председатель профкома

/Х.М.Султаева /

Протокол ПК № _____ от "05" 02 2018



УТВЕРЖДАЮ

Заведующий

МБДОУ "Детский сад"Радуга"

/Х.Х. Хажханова/

" " 2018



Введена в действие "08" 02 2018

Приказ № 18 от "06" 02 2018

**ИНСТРУКЦИЯ по правилам оказания
первой медицинской помощи**

ИОТ № 42

1. Внезапная остановка сердца
2. Кровотечения
3. Переломы костей и травмы черепа
4. Ранения
5. Ушибы
6. Шок
7. Ожоги
8. Обморожения
9. Отравления
10. Обмороки, солнечные и тепловые удары
11. Электротравмы
12. Утопление
13. Транспортировка пострадавшего в лечебное учреждение

1. Внезапная остановка сердца

Остановка сердца у человека может произойти в результате заболеваний сердца и сосудов (инфаркт миокарда, нарушение кровообращения головного мозга), а также несчастного случая (тяжелая травма, утопление, поражение электрическим током или молнией, тяжелое отравление и др.).

Состояние клинической смерти (прекращение сердечных сокращений и, как следствие, — отсутствие пульсовых волн на крупных сосудах, в том числе на шее, где проходит сонная артерия; прекращение самостоятельного дыхания; расширение зрачков и отсутствие их реакции на свет) может продолжаться всего 4—5 мин. Затем клиническая смерть переходит в биологическую, против которой медицина в настоящее время бессильна. Только энергично и правильно проведенные во время клинической смерти реанимационные мероприятия (непрямой массаж сердца и искусственное дыхание) помогут врачу продолжить борьбу за жизнь пострадавшего. Непрямой массаж сердца обеспечит необходимое для

жизни организма кровообращение и заставит внезапно остановившееся сердце вновь самостоятельно сокращаться.

Непрямой массаж сердца и искусственное дыхание не следует проводить:

— если после остановки сердца прошло 10—15 мин (за исключением случаев, когда наступлению клинической смерти предшествовало постепенное и длительное охлаждение организма);

— если пострадавший без сознания, но у него присутствует дыхание и работает сердце. Искусственное дыхание нельзя проводить при открытом повреждении грудной клетки или при подозрении на перелом ребер, так как можно травмировать сосуды и усилить кровотечение.

Показателями правильности выполнения непрямого массажа сердца и искусственного дыхания являются сокращение (сужение) зрачков и появление их реакции на свет.

При успешных действиях по оживлению пострадавшего доставляют в лечебное учреждение, соблюдая особую осторожность, так как возможна повторная остановка сердца и дыхания (в этом случае все реанимационные мероприятия повторяют).

Правила оказания первой помощи при наступлении клинической смерти

Пострадавшего укладывают лицом вверх на пол, землю, любое ровное твердое неупругое покрытие (при мягком покрытии эффективность непрямого массажа сердца не достигается). Под плечи подкладывают валик, что обеспечивает запрокидывание головы и предотвращает западание языка, которое препятствует проведению искусственного дыхания.

Оказывающий помощь становится слева от пострадавшего, руки кладет одна на другую на нижнюю треть грудной клетки и ритмично надавливает на нее (одно нажатие в секунду), при этом сердце пострадавшего сдавливается между грудной клеткой и позвоночником, а кровь из полостей сердца выталкивается в кровеносные сосуды. Массажные движения должны быть

достаточно энергичными, но не грубыми. Массаж сердца проводится одновременно с искусственным дыханием.

Приступая к искусственному дыханию, очищают (с помощью марли, платка и т.д.) полости рта и носа пострадавшего от крови, слизи, инородных тел или жидкости и т.д.

Зажав пострадавшему нос, плотно прижимают свой рот к его открытому рту и, после глубокого вдоха, делают сильный вдох в рот пострадавшего. Можно провести искусственное дыхание другим способом: зажав рот пострадавшему, вдвухать воздух через нос. Об эффективности искусственного дыхания свидетельствует появление у пострадавшего дыхательных движений грудной клетки в такт с вдвуханием воздуха. Искусственное дыхание можно делать через платок или несколько слоев марли.

Если около пострадавшего находится один человек, он производит искусственное дыхание и массаж в следующем порядке: два-три вдвухания через рот и нос, шесть-восемь нажатий на грудную клетку. Если около пострадавшего находятся двое, то один вызывает скорую помощь, а другой проводит реанимационные мероприятия. Затем один выполняет непрямой массаж сердца, другой — искусственное дыхание в следующем ритме: одно вдвухание воздуха — пять массажных движений. Массажные движения и искусственное дыхание требуют физической силы, поэтому двое, наиболее выносливые, приступают к искусственному дыханию и непрямому массажу сердца, а третий принимает меры по доставке пострадавшего в лечебное учреждение.

Мероприятия по непрямому массажу сердца и искусственному дыханию не должны прерываться на протяжении всего пути в больницу.

2. Кровотечения

Кровотечение возникает при нарушении целостности кожных покровов, мышечных и костных тканей. Оно может быть артериальным, венозным, капиллярным и смешанным.

1. *Артериальное*. Кровь алая, яркая, вытекает из раны пульсирующим фонтанчиком или тонкой струей.

При повреждении средних и крупных сосудов временную остановку кровотечения производят пальцевым прижатием.

Кровотечение из носа останавливают пальцевым прижатием или вводят в нос смоченный перекисью водорода ватный (марлевый) тампон так, чтобы он плотно прилегал к стенкам носа.

При кровотечении из сосудов конечности и отсутствии видимых признаков перелома (резкая боль при надавливании, хруст, необычная подвижность) с усилием сгибают конечность выше кровоточащего места, фиксируют ее в таком положении или накладывают закрутку или жгут. При небольшом кровотечении конечности придают высокое положение. Если это дает эффект, то другие меры не применяют.

Перед наложением жгута поврежденную конечность поднимают, а место наложения оборачивают несколькими слоями марли (или подкладывают

платок, полотенце, одежду). Среднюю часть жгута подводят под конечность, натягивают его концы, после чего с усилием, но так, чтобы не ущемлялись складки кожи, жгут оборачивают 2—3 раза вокруг конечности и закрепляют. О правильности наложения свидетельствуют прекращение кровотечения и исчезновение пульса в ниже расположенных участках артерии.

Под жгут вкладывают записку с указанием времени его наложения: жгут или закрутка могут находиться на конечности не более 1,5—2 ч, иначе произойдет ее омертвление. Если в течение этого времени нет возможности оказать пострадавшему квалифицированную помощь, жгут на несколько минут ослабляют, а обильное кровотечение останавливают пальцевым прижатием.

2 *Венозное*. Кровь темная, вытекает непрерывной струей.

Кровотечение останавливают наложением стерильной давящей повязки на поврежденное место и тугим бинтованием. Следует иметь в виду, что попадание воздуха в пораженную крупную зону, а затем в легочную артерию может вызвать моментальную смерть.

3. *Капиллярное*. Возникает в случае мелких травм, при этом кровоточит вся поверхность раны, ее обрабатывают сначала перекисью водорода, затем йодом и накладывают давящую повязку.

Чаще всего кровотечение бывает *смешанным* капиллярное сочетается с венозным или венозное с артериальным. Если кровотечение массивное и преобладает артериальное, то наложение жгута обязательно.

При одновременных кровотечениях и переломе костей выше места кровотечения накладывают закрутку или жгут, оказывают необходимую при переломах помощь или останавливают кровотечение пальцевым прижатием и далее выполняют рекомендации по фиксации переломов, после чего накладывают закрутку или давящую повязку.

Кровавая рвота может свидетельствовать о кровотечении в желудочно-кишечном тракте. В этом случае больного укладывают на спину, голову поворачивают набок и следят за тем, чтобы рвотные массы не попали в дыхательные пути.

3. Переломы костей и травмы черепа

Перелом — нарушение целостности кости; его признаки, резкая боль при надавливании в месте травмы,

хруст, отсутствие самостоятельных движений, необычная подвижность и изменение формы конечности или части тела, где имеется травма; при повреждении ребер — боль во время вдоха и выдоха. Переломы бывают открытые, с нарушением целостности кожных покровов и мягких тканей, и закрытые, без их нарушения.

Закрытые переломы протекают более благоприятно, чем открытые, если при перемещении пострадавшего обеспечить неподвижность конечности.

Признаки закрытой травмы черепа — нарушение сознания, резкая головная боль, иногда возбуждение, тошнота, рвота, резкое замедление пульса. В некоторых случаях зрачки бывают разной величины, возможно кровотечение

из носа и ушей. При травме черепа больного укладывают на носилки, под голову кладут круглый валик, на голову пузырь — со льдом. При рвоте пострадавшего укладывают лицом вверх, повернув его голову набок для предотвращения попадания рвотных масс в дыхательные пути.

Если имеются подозрения на травму позвоночника, пострадавшего укладывают лицом вниз на носилки или лицом вверх на лист толстой фанеры, доски. При этом больного разрешается только перекачивать, не сажая и не поднимая его.

При переломе костей таза пострадавшего укладывают на щит лицом вверх, подложив под коленные впадины валик.

При закрытых переломах (кожа и мышцы не повреждены и костные обломки не контактируют с внешней средой) обеспечивают неподвижность повреждений конечности.

Для фиксации используют любой подручный материал (обрезки досок, щепу, ветки, зонты и др.); поврежденную нижнюю конечность можно прибинтовать к здоровой.

При открытых переломах (повреждены кожа и мышцы, костные обломки контактируют с внешней средой) края раны обрабатывают перекисью водорода и настойкой йода, на рану накладывают стерильную повязку, а поврежденные конечности фиксируют.

При переломе ребер накладывают стерильную повязку или полотенце, при переломе ключицы фиксируют пояс или прибинтовывают плечо к туловищу. Травмы часто сочетаются между собой, поэтому пострадавшего внимательно осматривают, устанавливают место повреждения и принимают необходимые меры. Если пострадавший без сознания, в первую очередь обеспечивают нормальное дыхание. При рвоте очищают полость рта или устраняют западание языка, выдвинув вперед нижнюю челюсть и повернув голову пострадавшего набок. После этого ожидают прибытия скорой помощи или, соблюдая меры предосторожности, транспортируют пострадавшего в лечебное учреждение.

4. Ранения

В первую очередь осторожно, стараясь не причинить боли, снимают с пострадавшего одежду, не прикасаясь к поверхности раны, удаляют грубые, свободно лежащие инородные тела (при тяжелых ранениях одежду разрезают, не удаляя частей, прилипших к ране). Кожу на расстоянии 6—10 см от краев раны обмывают или протирают 3%-ным раствором перекиси водорода, спиртовым 3-5%-ным раствором йода. Затем закрывают рану стерильной марлей, салфеткой, бинтом и перевязывают. Если на ране в области грудной клетки образовался лоскут из кожи и ткани, который при вдохе втягивается внутрь, после обработки раны накладывают несколько слоев марли и покрывают их воздухонепроницаемым материалом (пластырь, клеенка, целлофан, вощеная бумага и др.). После этого грудную клетку плотно забинтовывают.

5. Ушибы

Ушиб — повреждение тканей и органов в результате травмы без нарушения целостности кожи. Признаки: кровоподтеки, припухлость, боль, иногда нарушение нормального функционирования поврежденного органа или конечности. К ушибленному месту прикладывают лед, снег, пузырь с холодной водой, холодные металлические предметы и обеспечивают покой (верхнюю конечность подвешивают на косынке, нижнюю поднимают, придав ей наиболее удобное положение).

Категорически запрещается греть и массировать ушибленные места. При сильных ушибах (тошнота, рвота, боль в животе, грудной клетке) пострадавшего укладывают, освободив от стесняющей одежды, и вызывают врача или доставляют в ближайшее лечебное учреждение.

6. Шок

Шок — состояние резкого угнетения всех функций организма, обусловленное нарушением деятельности центральной нервной, сердечно-сосудистой, дыхательной и других жизненно важных систем в ответ на тяжелые травматические повреждения или резкие болевые раздражители, связанные с травмой или заболеванием. Перед оказанием помощи находящемуся в состоянии шока в первую очередь выясняют причину болевых импульсов, затем принимают меры к их устранению. Так, при переломе уже одно наложение шины оказывает благоприятное действие. Пострадавшему дают сильные болеутоляющие средства, при болях в сердце — нитроглицерин.

Пострадавшего согревают (укрывают одеялом, обкладывают грелками), дают горячий сладкий чай (кофе), в холодное время года вносят в теплое помещение, принимают меры к возможно быстрому оказанию врачебной помощи.

7. Ожоги

Различают четыре степени ожогов:

- I степень — происходит покраснение кожи, появляется боль;
- II степень — образуются пузыри, наполненные прозрачной жидкостью;
- III степень — поражается не только кожа, но и подкожные ткани;
- IV степень — наступает обугливание тканей.

При тепловых, электрических и химических ожогах (прижигающими жидкостями: кислотами, щелочами) в первую очередь устраняют повреждающий агент и принимают необходимые меры.

Кожу вокруг ожоговой поверхности промывают спиртом, водкой (но не йодом) и, не вскрывая пузырей, закрывают стерильной повязкой. При ожогах прижигающими жидкостями обильно промывают обожженное место чистой водой.

При ожоге II степени удаляют одежду (прилипшие к коже части одежды обрезают как можно ближе к ране), место ожога закрывают стерильной повязкой.

При ожогах II—IV степеней пострадавшего доставляют в лечебное учреждение для оказания квалифицированной помощи и принятия профилактических мер против столбняка. Пострадавшему дают обезболивающие препараты и большое количество воды. При обширных ожогах пострадавшего заворачивают в чистую (желательно только что проглаженную) простыню и срочно доставляют в ближайшую больницу.

8. Обморожения

Различают четыре степени обморожения:

- I степень — кожа бледнеет, теряет чувствительность;
- II степень — те же признаки, что и при ожогах I степени, но боль интенсивнее, и через некоторое время образуются пузыри, наполненные светлой жидкостью;
- III степень — наступает омертвление кожи, образуются пузыри, наполненные кровянистой жидкостью;
- IV степень — омертвление мягких и костных тканей.

При обморожении I степени обмороженное место немедленно растирают и смазывают вазелином. После отогревания кожа краснеет, могут появиться боль, отек; через два-три дня начинается шелушение обмороженного участка кожи.

При обморожениях II—IV степеней пострадавшего вносят в теплое помещение, протирают пораженные участки спиртом (водкой) и растирают чистыми руками до покраснения кожи. При обморожении сравнительно большого участка конечностей делают теплую ванну из слабого (бледно-розового) раствора марганцовокислого калия температурой 32—36 °C или прикладывают нагретые предметы.

В случае общего обморожения производят возможно быстрое отогревание (пострадавшего опускают в теплую ванну с температурой 20—22 °C). Если нет пузырей и язв, обмывают обмороженные участки мыльным раствором, дают горячий чай (кофе, спирт) и доставляют пострадавшего в лечебное учреждение.

9. Отравления

Признаки отравления окисью углерода (угарным газом) — головная боль, шум в ушах, головокружение, сердцебиение, одышка, тошнота, рвота.

Пострадавшего выносят на свежий воздух, дают понюхать раствор аммиака (нашатырный спирт). При остановке дыхания приступают к искусственному дыханию.

Признаки отравления прижигающими жидкостями (кислотами, щелочами) — резкая боль, ожог губ, слизистой оболочки рта, боль при глотании, рвота с кровью.

Объем первой помощи пострадавшему определяется его состоянием. Если пострадавший в сознании, пульс и дыхание удовлетворительные, жалоб на затрудненное дыхание нет, его раздевают, укладывают на жесткое покрытие так, чтобы голова оказалась запрокинутой, протирают сухим полотенцем, укрывают теплым одеялом и доставляют в лечебное учреждение.

Если пострадавший без сознания, пульс слабый, дыхание затруднено, выдвигают нижнюю челюсть, для предотвращения смыкания рта между зубами вставляют твердый предмет (в крайнем случае, скрутку бинта). При необходимости очищают полости рта и носа, освобождают легкие от воды и производят искусственное дыхание, затем вызывают врача или доставляют пострадавшего в лечебное учреждение.

Если пострадавший без сознания, дыхания нет, сердцебиение и пульс отсутствуют, освобождают дыхательные пути от воды. Если жидкости в дыхательных путях нет, производят искусственное дыхание и непрямой массаж сердца до появления самостоятельных сердечных сокращений и дыхания или до прибытия врача. Пострадавшего срочно доставляют в лечебное учреждение.

13. Транспортировка пострадавшего в лечебное учреждение

После оказания пострадавшему первой помощи его в кратчайший срок и со всеми предосторожностями доставляют в лечебное учреждение.

При транспортировке пострадавшего размещают с учетом тяжести полученной травмы и его состояния:

- при сердечной недостаточности — в лежачем (можно в полулежачем) положении;
- ранении головы — в лежачем (можно в полулежачем) положении;
- ранениях верхних конечностей, плечевого сустава, лопатки и небольших ранениях грудной клетки — в полу- или сидячем положении с наклоном головы в сторону ранения (следить за дыханием);
- значительных ранениях груди — на раненом боку или спине (допускается, как исключение, полулежачее положение);
- ранении живота и внутренних его повреждениях — на спине или поврежденном боку (можно перевозить и в полулежачем положении);
- повреждении позвоночника — (при переломах — перекатывают) лицом вверх на ровной жесткой поверхности или лицом вниз на носилках. Доставка в сидячем положении запрещается;
- повреждениях нижних конечностей — в лежачем или сидячем положении в последнем случае стараются не травмировать поврежденную ногу;
- ожогах — укладывают на неповрежденной стороне, тщательно укрывают, дают большое количество питья (можно перевозить, как исключение, в полулежачем положении);
- электротравмах — в лежачем или полулежачем положении. После оказания первой помощи

водитель переносит пострадавшего (или помогает ему перейти) в транспортное средство и размещает там со всеми предосторожностями. Это целесообразно делать с помощниками (пассажир, пешеход). При перевозке в салоне легкового автомобиля пострадавшего размещают на заднем сидении. Водитель должен записать фамилии адреса свидетелей, а также пострадавшего.

Транспортное средство следует вести плавно, не допуская резкого торможения. В пути наблюдают за состоянием пострадавшего и при необходимости оказывают нужную помощь: делают искусственное дыхание и непрямой массаж сердца, поправляют сбившиеся повязки, если нужно, дают нюхать нашатырный спирт и др. (желательно, чтобы в автомобиле, кроме водителя, находился сопровождающий для наблюдения и ухода за пострадавшим).

Переносить пострадавшего из транспортного средства в лечебное учреждение целесообразно под руководством медицинского персонала. В лечебном учреждении водитель знакомится с заключением врача, принявшего больного, записывает его фамилию, время доставки, при необходимости вызывает представителя Госавтоинспекции.