



Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова

Согласовано

Председатель ОПК МГУ

И.Б. Котлобовский

И.Б. Котлобовский

«04» июля 2005 г

Зам. главного врача гор. п-ки № 202

В.П. Михайленко

В.П. Михайленко

«30» июля 2005 г

Начальник Отдела охраны труда МГУ

А.Д. Вишняков

А.Д. Вишняков

«30» июля 2005 г

Утверждаю

Проректор МГУ

Н.А. Мамонтов

Н.А. Мамонтов

«20» июля 2005 г

ИНСТРУКЦИЯ

по оказанию первой доврачебной помощи

Москва
2005 г.



№ 268 08.08.

МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
им. М.В. ЛОМОНОСОВА

РАСПОРЯЖЕНИЕ

25 июля 2005.

Москва

№ 50

О введении в действие инструкции по оказанию первой доврачебной помощи в структурных подразделениях МГУ

В целях предупреждения неблагоприятных последствий при внезапных заболеваниях, несчастных случаях и травмах во время производственного и учебного процессов среди работников и обучающихся МГУ и для оказания своевременной доврачебной медицинской помощи ввести в действие Инструкцию по оказанию первой доврачебной помощи.

Руководителям структурных подразделений МГУ:

1. организовать и провести в подразделениях среди работников и обучающихся инструктаж по оказанию первой доврачебной помощи при внезапных заболеваниях, несчастных случаях и травмах с регистрацией в журнале первичного инструктажа на рабочем месте или контрольных листах для обучающихся;
2. оснастить все подразделения медицинскими аптечками. Рекомендуемый комплект медицинских препаратов приведен в Инструкции. Доукомплектовывать аптечки по мере необходимости;
3. проинформировать работников и обучающихся о местах размещения медицинских аптечек и порядке их использования;
4. незамедлительно докладывать обо всех внезапных заболеваниях, несчастных случаях и травмах во время производственного и учебного процессов среди работников и обучающихся в Отдел охраны труда и техники безопасности.

Контроль за исполнением настоящего распоряжения оставляю за собой.

ПРОРЕКТОР
Московского университета


В.А. МАМОНТОВ

Проект распоряжения вносит
начальник ООТ и ТБ

 А.Д. Вишняков

«20» июля 2005 г.

ИНСТРУКЦИЯ по оказанию первой доврачебной помощи

I. ОБЩИЕ ТРЕБОВАНИЯ

1. Правила оказания первой медицинской помощи необходимо знать всем работникам МГУ, поскольку правильно и своевременно оказанная доврачебная помощь имеет большое значение для жизни и здоровья пострадавшего.
2. Неправильное или неумелое оказание первой медицинской помощи может явиться причиной осложнений, а в некоторых случаях (ранение с большой кровопотерей, поражение электрическим током, ожоги) привести к смерти пострадавшего.
3. Никогда не следует из-за отсутствия дыхания, сердцебиения или пульса у пострадавшего считать его умершим и отказываться от оказания ему помощи. Дать заключение о смерти пострадавшего и решить вопрос о целесообразности действий по оживлению (реанимации) имеет право только врач.
4. При несчастном случае необходимо оказать пострадавшему первую медицинскую помощь и сообщить о случившемся руководству структурного подразделения МГУ к которому относится пострадавший. В зависимости от состояния пострадавшего необходимо принять меры к его транспортировке в ближайшее лечебное учреждение, либо вызвать врача из поликлиники №202 по телефону 939-00-21, в случае необходимости вызвать скорую медицинскую помощь по телефону 03.
5. Растворы, содержащие спирт, НЕ ДАВАТЬ!

II. ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ ПРИ РАНЕНИЯХ

1. Рана – повреждение покровов тела (кожи, слизистых оболочек). Раны, при которых повреждены только кожа и слизистые оболочки, относятся к поверхностным. Если повреждение распространяется на глубже расположенные ткани (мышцы, сухожилия, кости и др.), то раны считаются глубокими. Раны, сообщающиеся с полостью (грудной клетки, живота, головы и др.), называются проникающими.
2. Первая помощь при ранениях включает остановку кровотечения и закрытие раны стерильной повязкой, при ранениях с большей зоной повреждения или переломом кости накладывают шину из подручного материала (см. ниже).
3. Кровотечения разделяются на три вида – артериальное, венозное и капиллярное:
 - 3.1 артериальное кровотечение распознается по характерному ритмичному выбрасыванию из раны струи ярко-красной (алой) крови. Наиболее опасно кровотечение из магистральных артерий (сонной, бедренной, плечевой и др.);
 - 3.2 венозное кровотечение характеризуется медленным выделением темно-красной крови;
 - 3.3 капиллярное кровотечение возникает в основном при ссадинах и поверхностных ранах.
4. Остановка кровотечения относится к числу основных жизненно необходимых мероприятий.
5. Прежде, чем наложить повязку, необходимо обнажить область ранения. Для этого снимают или разрезают (лучше по шву) одежду, удаляют с кожи вокруг раны кровь и ее края смазывают настойкой йода. Не следует промывать рану никаким раствором.
6. Только при значительном загрязнении раневой поверхности землей, обломками дерева и другими предметами или веществами их можно осторожно удалить.

7. Одним из главных условий правильного наложения повязки является предохранение от загрязнения той ее части, которая обращена к ране. Нельзя прикасаться руками к этой стороне повязки, а также перемещать ее по телу раненого, так как при этом может нарушиться её стерильность.
8. В первую очередь необходимо устранить боль – пострадавшему следует дать аналгин или иное обезболивающее и успокаивающее – валериановые капли.
9. Находящегося в обморочном состоянии необходимо уложить так, чтобы голова находилась ниже ног (для притока крови к голове), расстегнуть воротник, пояс, обеспечить приток свежего воздуха. Лицо и грудь обрызгать холодной водой, к носу поднести вату, смоченную нашатырным спиртом.
10. При наложении повязки пострадавшего следует посадить, а лучше положить, т. к. даже при небольших повреждениях под влиянием нервного возбуждения, внезапной боли, вида крови у пострадавшего внезапно может наступить кратковременная потеря сознания – обморок.
11. При проникающем ранении живота из раны могут выпадать внутренности. Вправлять их в брюшную полость нельзя. Такую рану следует закрыть стерильной марлевой салфеткой и забинтовать, но не слишком туго, чтобы не сдавить внутренности. На брюшную стенку вокруг выпавших внутренностей желательнее положить ватно-марлевое кольцо, которое предохранит их от сдавливания.
12. При проникающем ранении грудной клетки рану нужно закрыть как можно быстрее. Для этого на нее кладут несколько слоев марли, толстый слой ваты и закрывают все это сверху куском клеенки, вощеной бумагой, прорезиненной оболочкой индивидуального пакета или каким-либо другим не пропускающим воздух материалом, после чего туго забинтовывают грудную клетку.

III. ОСТАНОВКА КРОВОТЕЧЕНИЯ

1. Основным способом временной остановки кровотечения служит давящая повязка, которая может оказаться эффективна при артериальном, венозном, капиллярном и смешанном кровотечении.
2. Перед наложением давящей повязки рану закрывают стерильной ватно-марлевой салфеткой и туго бинтуют.
3. Кровоостанавливающий жгут применяют при артериальном кровотечении из магистральных сосудов – артерий. Наложение жгута всегда таит угрозу омертвления изолируемой части тела, развития тромбоза, невритов, а после снятия – интоксикации (отравления). Неправильное наложение жгута усиливает кровотечение.
4. Жгут накладывают в непосредственной близости от раны на мягкую тканую прокладку или на одежду. Чрезмерное сдавливание тканей жгутом приводит к быстрому появлению болей в области жгута, приносящих больному страдания больше, чем сами повреждения. Место наложения жгута оставляют на виду, обязательно делают записку (рекомендуется подсовывать её под жгут) о времени его наложения. Продолжительность сдавливания конечности жгутом составляет приблизительно 2 часа, при охлаждении конечности (до 10 – 15°C) этот срок можно увеличить до 3 часов.
5. При кровотечении из раны головы нужно прижать височную артерию со стороны ранения. Эта артерия проходит в 1–1.5 см спереди ушной раковины.
6. Если за указанное выше время пострадавшему не представляется возможным оказать квалифицированную медицинскую помощь, то жгут распускают на 5 – 15

минут для возобновления кровообращения в изолированной части тела, а затем накладывают его повторно. В последующем данную процедуру проводят через каждые 60 минут. Если кровотечение остановилось, жгут повторно не накладывают.

IV. ПОМОЩЬ ПРИ УШИБАХ

1. Ушиб возникает при падении или ударе каким-либо тупым предметом. На месте ушиба образуется припухлость, как следствие разрыва мелких кровеносных сосудов ткани. Ощупывание ушибленного места почти всегда вызывает боль. На ушибленное место оперативно кладут резиновый пузырь (полиэтиленовый пакет) со льдом, снегом или с холодной водой. Применив холод в течение 15 – 20 минут, на область ушиба следует наложить тугую повязку. Поверх повязки можно снова положить пузырь со льдом и держать его еще 1–1.5 часа.
2. При подозрении на ушибы внутренних органов до прибытия скорой помощи необходимо освободить пострадавшего от стесняющей его одежды, обеспечить ему покой и положить на ровное место. Ушибы внутренних органов могут вызвать внутренние кровотечения с тяжёлыми последствиями. Симптомы аналогичны симптомам, вызванным большой кровопотерей.
3. При ушибах головы могут появляться рвотные симптомы, пострадавший может потерять сознание, что указывает на возможное сотрясение мозга. В этом случае пострадавшего нужно уложить, положив ему на голову пузырь со льдом. Для того, чтобы рвотные массы не попали в дыхательные пути и пострадавший не задохнулся, нужно повернуть ему голову на бок и пальцем, обмотанным бинтом или чистой материей, освободить полость рта (если есть необходимость).
4. Даже если потеря сознания была кратковременной, пострадавшему до осмотра врачом не следует садиться и тем более вставать.
5. Пострадавшему с сотрясением мозга обеспечивают физический и психический покой, укладывают с приподнятой головой, расстегивают ворот, охлаждают лоб влажным полотенцем.
6. При разрушении и обвале зданий или других сооружений обычно оказываются придавленными конечности. При этом происходит обширное подкожное разможение или раздавливание тканей, хотя кожа остается целой. Как только конечности будут освобождены (если продолжительность сдавливания конечности более 2 часов, а при охлаждении конечности (до 10 – 15°C) этот срок можно увеличить до 3 часов), на них выше места сдавливания нужно наложить жгут, чтобы предупредить всасывание ядовитых веществ в кровь. На повреждённые конечности наложить шины.

V. ПОМОЩЬ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ И ВЫВИХАХ

1. При переломе пострадавший может испытывать сильную боль резко усиливающуюся при попытке изменить положение.
2. Переломы подразделяются на открытые и закрытые:
 - 2.1 закрытые – кость сломана, но кожный покров на месте перелома не нарушен;
 - 2.2 открытые – в области перелома имеется рана, из которой иногда торчат обломки кости.
3. Оказывая первую помощь при переломе, необходимо обеспечить неподвижность места перелома, что уменьшает боль и предотвращает дальнейшее смещение сломанных костей.

4. При открытом переломе конечности следует освободить место перелома (разрезав одежду), остановить кровотечение и, закрыв рану повязкой, наложить шину. При закрытых переломах освобождать место повреждения от одежды не нужно.
5. При подозрении на перелом позвоночника необходимо избегать подворачивания и перекалывания пострадавшего. Транспортировать пострадавшего необходимо на носилках и обязательно с подкладыванием под него досок, двери или другого негнущегося материала. Если такое покрытие сделать не из чего, пострадавшего нужно положить на носилки животом вниз.
6. Пострадавших с подозрением на повреждение позвоночника нельзя поднимать за ноги или за руки. В положении на спине под шею и под поясницу подкладывают валики из одежды, материи.
7. При вывихах суставов нужно наложить повязку, обеспечивающую неподвижность поврежденного сустава.

VI. ПОМОЩЬ ПРИ МИКРОТРАВМАХ

1. Микротравмы – занозы, ссадины, царапины, уколы, мелкие порезы необходимо смазать настойкой йода или зелёнки и закрыть чистой повязкой. В противном случае в необработанную рану может попасть инфекция, что обычно приводит к осложнениям с временной потерей трудоспособности.

VII. ПОМОЩЬ ПРИ ОЖОГАХ

1. Ожоги — повреждения ткани тела, вызванные действиями высокой температуры (пламя, пар и т. п.) или едких химических веществ (кислоты, щелочи, фенол и т. п.).
2. Ожоги бывают:
 - 2.1 I степени – на обожженном месте имеется покраснение и болезненность;
 - 2.2 II степени – на месте ожога образуются пузыри;
 - 2.3 III степени – характеризуется омертвлением всех слоев кожи;
 - 2.4 IV степени – когда поражена не только кожа, но и сухожилия, мышцы, кости.
3. Ожоги площадью более 1/3 поверхности тела опасны для жизни.
4. При воспламенении одежды на пострадавшем первая помощь заключается, прежде всего, в тушении воспламенившейся одежды, для чего пострадавшего нужно облить водой, а если ее нет – обернуть его тканью, халатом и т. п. Потушив огонь, пострадавшего освобождают от одежды.
5. Прилипшие части одежды не сдирают, а обрезают вокруг и оставляют на месте.
6. Категорически запрещается вскрывать пузыри на теле пострадавшего. При обширных ожогах, после снятия одежды лучше всего завернуть пострадавшего в чистую ткань (простынь). На обожженную поверхность тела накладывают сухую стерильную повязку.
7. Перед этим поврежденные части тела следует освободить от предметов, которые могут вызвать сдавливание тканей (часы, кольца).
8. При ожогах отдельных частей тела кожу вокруг поврежденного места нужно протереть спиртом или одеколоном.
9. При ожогах крепкими кислотами (азотной, серной, соляной) пораженная часть тела немедленно тщательно и активно промывается водой.
10. После этого пораженное место промывают 5%-ным раствором марганцовокислого калия (бледно-розовый раствор) или 10%-ным раствором пищевой соды (одна чайная ложка на стакан воды). После промывания пораженные участки тела следует накрыть марлей, пропитанной смесью растительного масла и известковой воды в

равных пропорциях. При химических ожогах I и II степени рекомендуется промыть обожженные участки тела мыльным раствором с хозяйственным (щелочным) мылом.

11. При попадании кислоты или ее паров в глаза или полость рта необходимо (соответственно) промыть или прополоскать 5%-ным раствором питьевой соды, а при попадании кислоты в дыхательные пути – дышать распыленными при помощи пульверизатора 5%-ным раствором питьевой соды.
12. В случае ожога едкими щелочами (каустической содой, негашеной известью и т.п.) пораженное место следует тщательно промыть водой. Затем промыть слабым раствором уксусной кислоты (3 – 5%-ным) или раствором борной кислоты (одна чайная ложка на стакан воды).
13. После промывания пораженное место следует покрыть марлей, пропитанной 5%-ным раствором уксусной кислоты.
14. При попадании едкой щелочи или ее паров в глаза или рот промывание следует производить 2%-ным раствором борной кислоты.
15. При ранениях стеклом с одновременным воздействием кислоты или щелочи, прежде всего, необходимо убедиться в том, что в ране нет осколков стекла, а затем быстро промыть рану соответствующим раствором, смазать ее края раствором йода и перевязать рану. Удалять стекла, застрявшие в глазном яблоке. – ЗАПРЕЩЕНО!
16. Если в глаз попали твердые кусочки химического вещества, то сначала их нужно осторожно удалить влажным тампоном (промокая, не в коем случае не тереть), так как при промывании они могут поранить слизистую оболочку и вызвать дополнительную травму.

IX. ПОМОЩЬ ПРИ ПОРАЖЕНИИ ЭЛЕКТРИЧЕСКИМ ТОКОМ

1. Первым действием оказания помощи при поражении электрическим током должно быть быстрое отключение той части установки или токопровода, которой касается пострадавший.
2. Для определения состояния пострадавшего надо:
3. уложить пострадавшего на спину на твердую поверхность;
4. проверить наличие у пострадавшего дыхания (определяется по подъему грудной клетки);
5. проверить наличие у пострадавшего пульса;
6. выяснить состояние зрачка (узкий или широкий). Широкий зрачок указывает на резкое ухудшение кровоснабжения мозга.
7. Обо всех случаях поражения электрическим током необходимо сообщить в медицинское учреждение независимо от состояния пострадавшего, поскольку поражение электрическим током может вызвать остановку дыхания или сердцебиения даже спустя продолжительное время после окончания воздействия электрического тока на пострадавшего.
8. Если пострадавший находится в сознании, но до этого был в состоянии обморока, его следует уложить в удобное положение, тепло укрыть, напоить чаем и до прихода врача обеспечить покой и наблюдение за ним.
9. Если пострадавший находится в бессознательном состоянии, но с сохранившимся устойчивым дыханием и пульсом, то его следует удобно уложить, расстегнуть одежду, создать приток свежего воздуха и, обеспечив покой, вызвать врача.
10. При отсутствии у пострадавшего дыхания и сердцебиения немедленно начать делать искусственное дыхание и наружный массаж сердца.

IX. ПОМОЩЬ ПРИ ОТРАВЛЕНИЯХ ГАЗАМИ ИЛИ ЯДОХИМИКАТАМИ

1. При отравлении организма через дыхательные пути (вдыхание токсических паров, газов, пыли, туманов) необходимо прекратить дальнейшее поступление токсичных веществ в организм, вывести (или вынести) пострадавшего из загрязненной атмосферы в теплое, проветриваемое и чистое помещение или на свежий воздух.
2. Освободить от стесняющей дыхание одежды (расстегнуть воротник, пояс). Снять одежду, загрязненную токсичными веществами, т. к. такая одежда является дополнительным источником отравления (вдыхание выделяющихся паров, всасывание яда через кожу).
3. При отравлении ядохимикатами необходимо промыть желудок, при отравлении:
 - 3.1 кислотами желудок промывается подщелоченной или простой холодной водой принятием 2 – 3 стаканов жидкости с последующим вызовом рвоты;
 - 3.2 щелочами желудок промывают подкисленной водой (1 г. лимонной кислоты на полстакана воды или 1 столовая ложка 3% раствора уксуса на стакан воды);
 - 3.3 свинцом, его соединениями необходимо немедленно произвести промывание желудка 0.5 – 1 % раствором глауберовой соли;
 - 3.4 других видах (в том числе антифризом или нефтепродуктами) желудок неоднократно промывается большим количеством воды до полного его очищения, желательнo с 5%-ным раствором марганцовокислого калия (бледно розовый раствор).

X. ИСКУССТВЕННАЯ ВЕНТИЛЯЦИЯ ЛЕГКИХ (ИСКУССТВЕННОЕ ДЫХАНИЕ)

1. Прежде, чем приступить к искусственному дыханию необходимо:
 - 1.1 быстро освободить пострадавшего от стесняющей дыхание одежды (расстегнуть воротник, развязать галстук и освободить ремень);
 - 1.2 освободить полость рта и носоглотки пострадавшего от посторонних предметов и слизи (пальцем, обернутым марлей или платком);
 - 1.3 голову пострадавшего запрокинуть, широко раскрыть рот и сместить вперед нижнюю челюсть.
2. При способе искусственного дыхания «рот в рот» (нос пострадавшего зажимают) оказывающий помощь делает глубокий вдох и с силой вдвует воздух в рот пострадавшего, у которого происходит пассивный вдох. Затем оказывающий помощь быстро отстраняется для нового глубокого вдоха, а пострадавший в это время "делает" пассивный выдох. Первые 5 – 10 вдуваний необходимо сделать быстро (за 20 – 30 секунд), а затем — со скоростью 12 – 15 вдуваний в минуту до возобновления самостоятельного дыхания пострадавшего.
3. При появлении вздутия живота (частичное попадание воздуха в желудок) необходимо осторожно надавить рукой на верхнюю половину живота, не прекращая искусственной вентиляции легких.
4. Если у пострадавшего имеется челюстно-лицевая травма или спазм жевательной мускулатуры, то искусственную вентиляцию легких осуществляют через нос.
5. Использование других способов искусственной вентиляции легких, основанных на сжатии грудной клетки, поднимании и опускании рук и т. д., гораздо менее эффективно. Однако они оказывают положительный эффект для активизации пассивного выдоха при искусственном дыхании (см. пункт 2).

XI. ПОМОЩЬ ПРИ ОСТАНОВКЕ СЕРДЦА (ЗАКРЫТЫЙ МАССАЖ СЕРДЦА)

1. При отсутствии у пострадавшего пульса (возможно резкое ослабление или даже прекращение сокращений сердца) необходимо одновременно с искусственной вентиляцией легких проводить закрытый массаж сердца.
2. Закрытый массаж сердца производится путем ритмичных нажатий на подвижную часть грудины. Давление на грудину оказывают двумя руками: основание ладони одной кисти устанавливают на середине грудины, а другую кисть помещают сверху. СЛЕДУЕТ ПОМНИТЬ, что при чрезмерных усилиях возможны переломы ребер, грудины, повреждения сердца, печени, селезенки и других органов. Данные повреждения могут привести к летальному исходу.
3. Если помощь оказывает один человек, то, сделав несколько (3 – 4) надавливаний на грудину, он прерывает массаж и один раз вдвухает через рот или нос воздух в легкие пострадавшего, затем снова делает надавливание на грудину, опять вдвухает воздух и т. д.

XII. ПОМОЩЬ ПРИ УТОПЛЕНИИ

1. При истинном утоплении в лёгкие пострадавшего поступает большое количество воды (не менее 10 – 12 мл/кг массы тела).
2. Через несколько минут после поступления воды в лёгкие происходит ряд патологических изменений в организме (независимо от типа воды), в результате которых наступает отёк лёгких и крайняя степень гипоксии.
3. Признаки утопления:
 - 3.1 кожные покровы и видимые слизистые синюшного цвета;
 - 3.2 дыхание шумное с приступами кашля;
 - 3.3 повышенное давление и учащенное сердцебиение (тахикардия) сменяются на падение давления и редкое сердцебиение (брадикардия);
 - 3.4 часто возникает рвота проглоченной водой и желудочным содержимым;
 - 3.5 изо рта и носа идёт пенная жидкость розового цвета;
 - 3.6 подкожные вены шеи и предплечий расширенные и набухшие;
 - 3.7 сознание утрачено;
 - 3.8 дыхание и сердечная деятельность отсутствуют;
 - 3.9 зрачки расширены и на свет не реагируют.
4. Оказание помощи:
 - 4.1 сразу же после извлечения утонувшего из воды Следует перевернуть его лицом вниз и опустить голову ниже таза;
 - 4.2 очистить рот от инородного содержимого и слизи;
 - 4.3 резко надавить на корень языка, при появлении рвотного и кашлевого рефлексов – добиться полного удаления воды из дыхательных путей и желудка;
 - 4.4 если нет рвотных движений и кашля – положить его животом себе на колено, затем обеими руками осторожно надавливая на спину в районе легких и желудка и пострадавшего добиться вытекания ВСЕЙ воды и появления розовой пены на губах;
 - 4.5 добившись, чтобы из желудка и дыхательных путей вылилась вода, пострадавшего положить на спину и приступить к реанимации;
 - 4.6 при появлении признаков жизни – перевернуть лицом вниз и вторично удалить воду из легких и желудка.
5. Оставлять пострадавшего без внимания (может наступить остановка сердца) – НЕДОПУСТИМО!

XIII. ВЗРЫВНЫЕ ТРАВМЫ

1. Взрывные травмы возникают в основном в результате взрывов. Воздушная ударная волна наносит поражение в виде объемного или одностороннего удара, резко изменяя соотношения внутрисосудистых, межтканевых и межклеточных структур за счет больших перепадов давления, вызывая первичные повреждения – разрывы, растяжения, смещения, и т. п., сопровождаемые лимфо – и кровоизлияниями во всех тканях.
2. При взрыве в результате сильного удара воздушной волной обычно наблюдается общее поражение всего организма, называемое контузией. Всех, подвергшихся контузии, необходимо уложить и, в зависимости от состояния, оказать соответствующую помощь.

XIV. ОТРЫВ, ОТСЕЧЕНИЕ КОНЕЧНОСТИ (ТРАВМАТИЧЕСКАЯ АМПУТАЦИЯ)

1. Различают полную и неполную травматическую ампутацию конечностей и их частей. При полной ампутации отсеченный палец или сегмент конечности не имеет связей с культей. При неполной травматической ампутации происходит повреждение сосудов, нервных стволов, сухожилий с частичным сохранением кожного покрова и мягких тканей.
2. Первостепенное значение для успешного восстановления прежней целостности оторванной или отрезанной конечности (реплантации) имеет оказание первой помощи пострадавшим и выполнение необходимых условий хранения и транспортировки ампутированного сегмента конечности. Решающее значение имеет также время от момента травмы до поступления пострадавшего в хирургическое отделение. Причем чем меньше разрушены ткани отчлененной конечности или ее культя, тем больше оснований для хирургической операции по реплантации.
3. Не подлежат реплантации ампутированные фаланги IV и V пальцев ног, фаланги и пальцы с многочисленными переломами и обширным разможением тканей. Противопоказанием к реплантации является также тяжелое общее состояние, старческий возраст, критический срок с момента ампутации до поступления в больницу.
4. Продолжительность сохранения жизнеспособности отчлененного пальца или сегмента зависит от видов (полная, неполная) ампутации и способов сохранения (тепловой и холодной) ампутированной конечности (см. Таблицу).
5. Сроки сохранения жизнеспособности ампутированных сегментов конечностей в зависимости от температуры окружающей среды.

Уровень травматической ампутации	Срок в часах	
	При t° от 0 до +4°C	При t° более +4°C
Пальцы	16	8
Кисть	12	6
Предплечье, плечо, стопа, голень, бедро	6	4

6. Первая помощь. Прежде всего, необходимо остановить кровотечение из поврежденной конечности наложением давящей повязки, пакуными манжетами

(жгут накладывается в крайнем случае). Вместо стандартного жгута кровоостанавливающего используют ремень (галстук, туго свернутый платок, косынку). Поврежденную конечность держат в приподнятом положении. Раневую поверхность укрывают чистой (стерильной) салфеткой. Отсеченную (оторванную) часть конечности или палец обертывают стерильной или просто чистой тканью или опускают в полиэтиленовый мешок, который должен быть, в свою очередь, помещен в другой полиэтиленовый мешок или иную емкость (банка, кастрюля и др.), заполненную снегом или льдом. При этом важно не допускать прямого соприкосновения сегмента конечности со снегом, льдом или холодной жидкостью. Нельзя отчлененные палец, кисть, стопу и др. помещать в холодильник, а также промывать каким-либо раствором. Пакет с ампутированным сегментом конечности должен во время транспортировки и хранения находиться в подвешенном состоянии, класть его не следует, это может в результате сдавливания нарушить жизнеспособность тканей. К пакету нужно прикрепить записку с указанием времени травмы.

7. При неполной ампутации конечности, когда сохранены кожа и другие мягкие ткани, сухожилия, пересекать, отделять их от оторванной части конечности не следует. Необходима тщательная иммобилизация всей конечности и охлаждение оторванной части.
8. О случившемся немедленно сообщают на станцию скорой помощи. Транспортировать пострадавшего нужно вместе с ампутированной конечностью. Время транспортировки должно быть сокращено до предела.

XV. ОБМОРОЖЕНИЕ

1. Обморожение – повреждение тканей в результате воздействия низкой температуры. Причины обморожения могут быть различны, и при соответствующих условиях обморожение может наступить даже при температуре плюс 3–7°C. Более подвержены отморожению конечности, уши, нос и т. д.
2. При обморожениях вначале ощущается чувство холода, сменяющееся затем онемением, при котором исчезают вначале боль, а потом всякая чувствительность. Наступившая анестезия делает незаметным продолжающееся воздействие низкой температуры, что чаще всего является причиной тяжелых необратимых изменений в тканях.
3. По тяжести и глубине различают четыре степени обморожения, установить которое возможно лишь после отогревания пострадавшего, иногда через несколько дней:
- 2.1 Обморожение I степени характеризуется поражением кожи в виде обратимых расстройств кровообращения. Кожа пострадавшего бледной окраски, несколько отечная, чувствительность ее резко снижена или полностью отсутствует. После согревания кожа приобретает сине-багровую окраску, отечность увеличивается, при этом часто наблюдаются тупые боли. Воспаление (отечность, краснота, боли) держится несколько дней, затем постепенно проходит. Позднее наблюдаются шелушение и зуд кожи. Область обморожения часто остается очень чувствительной к холоду.
- 2.2 Обморожение II степени проявляется омертвением поверхностных слоев кожи. При отогревании бледный кожный покров пострадавшего приобретает багрово-синюю окраску, быстро развивается отек тканей, распространяющийся за пределы обморожения. В зоне отморожения образуются пузыри, наполненные прозрачной

или белого цвета жидкостью.

- 2.3 При обморожении III, IV степени наблюдается нарушение кровоснабжения (тромбоз сосудов), что приводит к омертвлению всех слоев кожи и мягких тканей на различную глубину. Глубина повреждения выявляется постепенно. В первые дни отмечается омертвление кожи: появляются пузыри, наполненные жидкостью темно-красною и темно-бурого цвета. Вокруг омертвевшего участка развивается воспалительный вал (демаркационная линия). Повреждение глубоких тканей выявляется через 3-5 дней в виде развивающейся влажной гангрены. Ткани совершенно нечувствительны, но больные страдают от мучительных болей.
4. Первая помощь заключается в немедленном согревании пострадавшего и особенно обмороженной части тела, для чего пострадавший должен быть как можно быстрее переведен в теплое помещение. Прежде всего, необходимо согреть обмороженную часть тела, восстановить в ней кровообращение. Наиболее эффективно и безопасно это достигается с помощью теплоизолирующей повязки, состоящей из нескольких слоев марли и ваты.
5. При обморожениях II степени и выше следует немедленно обратиться в ближайшее лечебное учреждение.

XVI. ОЗНОБЛЕНИЕ

1. Ознобление – безмикробное воспаление кожи, вызванное длительным переохлаждением. Развивается при постоянном, хотя и несильном переохлаждении организма – при работе на улице в холодную сырую погоду или в сырых помещениях, при ношении тесной неутепленной обуви и др. На коже кистей, ног, ушных раковин, реже на носу и щеках, появляются красновато-синюшные или багровые пятна; кожа припухшая, напряжена и холодна на ощупь. Беспочвенно зуд, жжение, особенно при быстром согревании.
2. Лицам, работающим в условиях, вызывающих переохлаждение, для предупреждения ознобления и укрепления тонуса кровеносных сосудов кожи рекомендуются местные ванны контрастной температуры: подвергающуюся охлаждению часть тела погружают попеременно (на 5 – 7 мин) в холодную и горячую воду со слабым (розовым) раствором марганцовокислого калия, после ванны полезен легкий массаж с растиранием камфарным маслом.

XVII. ПЕРЕГРЕВАНИЕ ОРГАНИЗМА

1. Перегрев организма – болезненное состояние, которое может развиваться в результате длительного воздействия на организм повышенной температуры внешней среды (на производстве, в условиях, затрудняющих теплоотдачу с поверхности тела, в районах с жарким климатом и т. п.).
2. Характер проявлений перегревания организма и их выраженность могут быть различными: головная боль, общее головокружение, слабость, сонливость, усталость, заторможенность, возможны тошнота, рвоты, судороги, кратковременная потеря сознания, повышение температуры тела до 40°C, боли в области сердца, обмороки.
3. Наиболее сильно выраженное последствие перегрева организма, которые завершаются потерей сознания и падением – называется тепловым ударом.
4. При тяжелых формах теплового удара щеки пострадавшего западают, нос заострен.

глаза окружены темными кругами, губы синюшные. Пульс 100 – 140 ударов в минуту, нередко нитевидный (с трудом прощупывается). Могут многократно повторяться приступы судорог.

5. Первая помощь при тепловом ударе включает комплекс мероприятий. Прежде всего, пострадавшего нужно перенести в прохладное место, снять стесняющую одежду, положить холод (пузырь со льдом или холодной водой, мокрое полотенце или простыню) на голову, область сердца, крупные сосуды (шея, подмышечные, паховые области), позвоночник. Полезно обернуть пострадавшего смоченной в холодной воде простыней. При не полностью утраченном сознании рекомендуется обильное питье – подсоленная вода (можно минеральная), холодный чай, кофе (взрослым). Воду пьют многократно, небольшими порциями (по 75 – 100 мл); рекомендуется дать понюхать нашатырный спирт. В случае остановки дыхания до прибытия скорой помощи проводят искусственное дыхание.
6. Солнечный удар развивается при перегревании головы, не защищенной от прямого действия солнечных лучей. Он проявляется в виде головокружения, головной боли в сочетании с резким покраснением лица, учащения, а иногда замедления пульса, кратковременного нарушения ориентирования в окружающей обстановке, сопровождающегося необоснованными действиями, помрачением, а потом потерей сознания. Усиления потоотделения может не быть. При тяжелых формах отмечаются подергивания отдельных мышц, иногда судороги, непроизвольные подергивания глаз, резкое расширение зрачков.
7. Первая помощь при солнечном ударе такая же, как и при тепловом. Особое внимание следует обращать на охлаждение головы – необходимо часто сменять холодные компрессы, пузырь со льдом.

XVIII. ОБМОРОК

1. Обморок – внезапная потеря сознания на короткое время. Происходит обычно в результате острой недостаточности кровообращения, которая ведет к снижению кровоснабжения мозга.
2. Факторами, провоцирующими наступление обморока, являются тепловой или солнечный удар, злоупотребление алкоголем, инфекция, интоксикация, недавно перенесенные тяжелые заболевания, черепно-мозговая травма, нахождение в душном помещении. Обморок может возникнуть в результате волнения, испуга, при виде крови, от сильной боли при ударах и травмах.
3. Признаки наступления обморока: появляются головокружение со звоном в ушах, чувство пустоты в голове, резкая слабость, зевота, потемнение в глазах, холодный пот, дурнота, тошнота, онемение конечностей, усиление деятельности кишечника. Кожа становится бледной, пульс слабым, нитевидным, артериальное давление снижается. Глаза сначала блуждают, затем закрываются, наступает кратковременная потеря сознания (до 10 сек.), больной падает. Затем сознание постепенно восстанавливается, глаза открываются, нормализуется дыхание и сердечная деятельность. Некоторое время после обморока остаются головная боль, слабость, недомогание.
4. Первая помощь. Если больной не потерял сознание, ему надо предложить сесть, наклониться и низко опустить голову для улучшения кровотока и поступления кислорода к мозгу.

5. Если больной потерял сознание, его укладывают на спину с опущенной головой и приподнятыми ногами. Необходимо расстегнуть воротник и пояс, обрызгать лицо водой и растереть его полотенцем, смоченным в холодной воде, дать вдохнуть пары нашатырного спирта, одеколона, уксуса. В душном помещении хорошо открыть окно, чтобы обеспечить доступ свежего воздуха.

XIX. СОДЕРЖИМОЕ МЕДИЦИНСКОЙ АПТЕЧКИ

Для оказания своевременной и эффективной до врачебной помощи ООТ и ТБ рекомендуется следующий вариант комплектации медицинской аптечки.

1. Индивидуальные перевязочные антисептические пакеты – 5 шт. (для наложения повязок).
2. Бинты – 5 шт.
3. Вата – 5 пачек по 50 г.
4. Ватно-марлевый бинт (для бинтования при переломах) – 3 шт.
5. Жгут (для остановки кровотечения) – 1 шт.
6. Шины проволочные (для укрепления конечностей при переломах) – 3 - 4 шт.
7. Резиновый пузырь для льда – 1 шт.
8. Стакан (для приема лекарств, промывания глаз и желудка и т.п.) – 1 шт.
9. Чайная ложка (для приготовления растворов) – 1 шт.
10. Настойка йода – 1 флакон (10 – 20 мл).
11. Раствор бриллиантовой зелени (зеленка или Жидкость Новикова) – 1 флакон (10-20 мл).
12. Нашатырный спирт – 1 флакон (50 мл).
13. Борная кислота – 1 пакет (25 г).
14. Сода питьевая – 1 пакет (25 г).
15. Раствор перекиси водорода (3%-ный) – 1 флакон (50 мл).
16. Настойка валерианы – 1 флакон (10 мл).
17. Валидол – 1 упаковка.
18. Горькая (английская) соль (при пищевых и прочих отравлениях) – 50 г.
19. Анальгин – 1 упаковка.
20. Комплект бинтов трубчатых.
21. Пинетка глазная – 1 шт.

Инструкцию разработала:
Зам. начальника ООТ и ТБ МГУ
Т.Н. Куракова
« 13 » _____ 2005 г.