

Введена в действие приказом начальника
Управления по делам ГО, ЧС и ПБ
Администрации г. Абакана от 06.07.2018 № 31

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА
проведения занятия с работающим населением
в области гражданской обороны и защиты от чрезвычайных ситуаций
природного и техногенного характера

Тема № 6: «Оказание первой помощи».

Тренировка
Время: 2 часа (90 минут)

Разработана сотрудниками УГОЧС и ПБ
Администрации города Абакана
под общей редакцией Ключева А.В.
Рецензент: Гребенюк С.С.
Автор: Пивунов С.Н.

СОДЕРЖАНИЕ

Название	Страница
ВВЕДЕНИЕ	3
1-й учебный вопрос: «Основные правила оказания первой помощи в неотложных ситуациях».	4
2-й учебный вопрос: «Первая помощь при кровотечениях и ранениях. Способы остановки кровотечения. Виды повязок. Правила и приемы наложения повязок на раны».	6
3-й учебный вопрос: «Первая помощь при переломах. Приемы и способы иммобилизации с применением табельных и подручных средств. Способы и правила транспортировки и переноски пострадавших».	10
4-й учебный вопрос: «Первая помощь при ушибах, вывихах, химических и термических ожогах, отравлениях, обморожениях, обмороке, поражении электрическим током, тепловом и солнечном ударах».	14
5-й учебный вопрос: «Правила оказания помощи утопающему».	16
6-й учебный вопрос: «Правила и техника проведения искусственного дыхания и непрямого массажа сердца».	16
7-й учебный вопрос: «Основы ухода за больными».	20
8-й учебный вопрос: «Возможный состав аптечки для оказания первой помощи работникам».	21
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	25
Список сокращений	26
БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК	27

ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

Учебные цели:

1. Изучить основные правила оказания первой помощи в неотложных ситуациях, основы ухода за больными.
2. Практически отработать наложение повязок.
3. Привести практическую тренировку по проведению искусственного дыхания и непрямого массажа сердца.
4. Изучить возможный состав домашней медицинской аптечки.

Метод проведения: Тренировка

Место проведения: По решению руководителя занятий.

Время проведения: 90 мин.

Довести тему и цель занятия. Проверить наличие и готовность слушателей к занятию.

ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ: ВВЕДЕНИЕ

Крайне важно знать и уметь оказывать первую помощь пострадавшим, внедрять в жизнь технологии массового обучения населения навыкам оказания первой медицинской помощи. Учить людей использовать любой шанс для спасения человека. В экстремальной ситуации лучше использовать даже не самые правильные способы оказания первой помощи, чем смотреть на умирающего, сетовать на отсутствие врачей, и этим оправдывать свою бездеятельность в спасении человека.

Первая помощь - это комплекс мероприятий, направленных на восстановление или сохранение жизни и здоровья пострадавшего. Её должен оказывать тот, кто находится рядом с пострадавшим. От того насколько умело и быстро оказана первая помощь, зависит жизнь пострадавшего и, как правило, успех последующего лечения.

Оказывающий помощь должен знать основные признаки нарушения жизненно важных функций организма человека, уметь оценить состояние пострадавшего, определить последовательность применяемых приёмов первой помощи, при необходимости использовать подручные средства при оказании первой помощи и транспортировке пострадавшего. При этом оказывающий помощь должен защитить себя от воздействия того же травмирующего фактора, применяя соответствующие средства защиты.

Способы оказания первой помощи зависят от состояния пострадавшего. При определённых навыках, владея собой, оказывающий помощь должен оценить состояние пострадавшего и решить в каком объёме и порядке следует оказывать помощь.

Своевременно оказанная и правильно проведенная первая помощь подчас не только спасает жизнь пострадавшему, но и обеспечивает его дальнейшее успешное лечение, предупреждает развитие тяжелых осложнений.

Эффективность помощи оценивается по величине предотвращения смертности среди пораженных и больных в течение суток после поражения. Эффективность помощи возрастает, если ее оказывают в наиболее короткие сроки, так, например если ее оказывают через 30 мин. после воздействия, то осложнения уменьшаются в 2 раза, через 1 час осложнения уменьшаются на 30%.

В экстремальных ситуациях мирного и военного времени успех в оказании само - и взаимопомощи зависит от умелых, грамотных действий и психологической устойчивости.

К первой помощи относится: временная остановка кровотечения; иммобилизация поврежденных конечностей; проведение искусственной вентиляции легких; непрямого массажа сердца; извлечение пострадавших из-под завалов, убежищ, укрытий, из воды; тушение горячей одежды и т. д.

1-й учебный вопрос: «Основные правила оказания первой помощи в неотложных ситуациях».

Существует четыре основных правила оказания первой медицинской помощи при неотложных ситуациях: осмотр места происшествия, первичный осмотр пострадавшего, вызов «скорой помощи», вторичный осмотр пострадавшего.

Осмотр места происшествия. При осмотре места происшествия обратите внимание на то, что может угрожать жизни пострадавшего, вашей безопасности и безопасности окружающих: оголенные электрические провода, падение обломков, интенсивное дорожное движение, пожар, дым, вредные испарения, неблагоприятные погодные условия, глубина водоема или быстрое течение и многое другое. Если вам угрожает какая-либо опасность, не приближайтесь к пострадавшему. Немедленно вызовите «скорую помощь» или службу спасения. В ситуации повышенной опасности помощь должна оказываться профессиональными сотрудниками службы «скорой помощи», службы спасения, имеющими соответствующую подготовку и снаряжение.

Постарайтесь определить характер происшествия. Обратите внимание на детали, которые могли бы вам подсказать вид полученных травм. Они особенно важны, если пострадавший находится без сознания. Посмотрите, нет ли на месте происшествия других пострадавших.

Приблизившись к пострадавшему, постарайтесь успокоить его. Находитесь на уровне его глаз, говорите спокойно, спросите: «Кто Вы?», предложите помощь, проинформируйте о том, что собираетесь делать. Прежде чем приступить к оказанию первой помощи, по возможности получите на это разрешение пострадавшего.

Первичный осмотр пострадавшего. В процессе первичного осмотра необходимо выяснить, в каком состоянии находится дыхательная и сердечнососудистая система.

Проверка дыхания. Если пострадавший в бессознательном состоянии, обратите внимание на наличие у него признаков дыхания. Грудь при дыхании должна подниматься и опускаться. Кроме того, необходимо почувствовать дыхание, чтобы убедиться, что человек действительно дышит. Для этого положите свою руку на грудь пострадавшего и визуально наблюдайте за движениями грудной клетки. Время, которое отводится для этого, не должно быть более 5 сек. Если пострадавший не дышит, Вы обязаны сделать искусственную вентиляцию легких

Обеспечение проходимости дыхательных путей. Дыхательными путями являются воздухоносные проходы рта и носа к легким. Любой человек, который в состоянии говорить или издать звук, находится в сознании, и дыхательные пути у него открыты. Если же пострадавший находится без сознания, необходимо убедиться в проходимости его дыхательных путей. Для этого запрокиньте его голову немного назад и приподнимите подбородок. При этом язык перестает закрывать заднюю часть горла, пропуская воздух в легкие. Если в дыхательные пути пострадавшего попало инородное тело, его следует удалить.

Внимание! Прежде чем запрокинуть голову пострадавшего, необходимо обязательно проверить, нет ли у него повреждения шейного отдела позвоночника. Для этого очень осторожно пальцами прощупайте шейный отдел позвоночника.

Проверка пульса. Она включает определение пульса, выявление сильного кровотечения и признаков шокового состояния. Если дыхание отсутствует, следует определить пульс пострадавшего. Для этого нащупайте сонную артерию на его шее со стороны, находящейся ближе к вам. Для обнаружения сонной артерии найдите «адамово яблоко» (кадык) и сдвиньте пальцы (указательный, средний и безымянный) в углубление между трахеей и длинной боковой линией шеи. При замедленном или слабом сердцебиении пульс бывает трудно определить, поэтому пальцы надо приложить к коже с очень-очень слабым давлением. Если вам не удалось нащупать пульс с первого раза, начните снова с кадыка, передвигая пальцы на боковую поверхность шеи. При отсутствии пульса у пострадавшего необходимо проведение реанимационных мероприятий.

Далее у пострадавшего выявляют наличие сильного кровотечения, которое должно быть остановлено как можно быстрее. Иногда у пострадавшего может возникнуть внутреннее кровотечение. Внешнее и внутреннее кровотечения опасны усилением шокового состояния пострадавшего. Шок возникает при большой травме и потере крови; кожа пострадавшего при этом бледная и прохладная при прикосновении.

Если ваши усилия увенчались успехом, и у пострадавшего, который находится без сознания, стали определяться дыхание и пульс, не оставляйте его лежать на спине, за исключением травмы шеи или спины. Переверните пострадавшего на бок, чтобы его дыхательные пути были открыты.

В этом положении язык не закрывает дыхательные пути. Кроме того, в этой позе рвотные массы, выделения и кровь могут свободно выходить из ротовой полости, не вызывая закупорки дыхательных путей.

Вызов «скорой помощи». «Скорая помощь» должна вызываться в любой ситуации. Особенно в случаях: бессознательного состояния или с изменяющимся уровнем сознания; проблем с дыханием (затрудненное дыхание или его отсутствие); непрекращающихся болей или ощущения давления в груди; отсутствия пульса; сильного кровотечения; сильной боли в животе; рвоты с кровью или кровянистыми выделениями (с мочой, мокротой и т.д.); отравления; судорог; сильной головной боли или невнятной речи; травм головы, шеи или спины; вероятности перелома костей; внезапно возникших нарушений движения.

Звонящий должен сообщить диспетчеру «Скорой помощи» следующую информацию: точное нахождение места происшествия, адрес или местоположение, название населенного пункта или ближайших пересекающихся улиц (перекрестков или дорог), ориентиры; свои фамилию, имя, отчество; что произошло (ДТП, пожар и т.д.); число пострадавших; характер повреждений (боли в груди, затрудненное дыхание, отсутствие пульса, кровотечение и т.п.).

Находясь один на один с пострадавшим, громким голосом позовите на помощь. Крик может привлечь внимание прохожих, которые могли бы вызвать «скорую помощь». Если никто не откликается на ваш крик, постарайтесь сами как можно быстрее позвонить по телефону «103» (мобильный «112»). После этого возвратитесь к пострадавшему, продолжите оказание первой помощи.

Вторичный осмотр пострадавшего. После вызова «скорой помощи» и уверенности в том, что у пострадавшего нет состояний, угрожающих его жизни, переходят к проведению вторичного осмотра. Вновь опросите пострадавшего и присутствующих о случившемся. Проверьте у него признаки жизни и проведите общий осмотр. К признакам жизни относятся: наличие пульса, дыхания, реакция зрачка на свет и уровень сознания. Важность вторичного осмотра заключается в обнаружении проблем, которые не представляют угрозы жизни пострадавшего непосредственно, но могут иметь серьезные последствия, если их оставить без внимания и оказания первой медицинской помощи.

2-й учебный вопрос: «Первая помощь при кровотечениях и ранениях. Способы остановки кровотечения. Виды повязок. Правила и приемы наложения повязок на раны».

Остановка кровотечений.

Рана - это нарушение целостности кожи, слизистых оболочек или органов, возникшее в результате механического или иного воздействия. Раны подразделяются на поверхностные и глубокие. Ранящий предмет может проникнуть в полость тела (брюшную, грудную, полость черепа), такие ранения называются проникающими.

Всякая рана сопровождается кровотечением и опасностью проникновения в организм инфекции. Основная задача первой помощи - остановка кровотечения, т.к. потеря 1,5-2,0 литра крови несет угрозу для жизни человека.

Кровотечение бывает: артериальным, венозным, капиллярным, внутренним.

Артериальное - кровь бьет струей, высота которой меняется с каждой пульсовой волной, цвет ярко красный.

Венозное - менее интенсивное, цвет более темный.

Капиллярное - возникает при повреждении мельчайших кровеносных сосудов, которое бывает несильным и обычно прекращается самостоятельно.

Внутреннее кровотечение возникает при нарушении внутренних органов. При наружном кровотечении кровь поступает через рану наружу, при внутреннем - в какую-нибудь полость (брюшную, плевральную). Внутреннее кровотечение особенно опасно, так как протекает скрытно и диагностика его затруднена.

Существуют два способа остановки кровотечений: временный и окончательный.

При оказании помощи проводится временная остановка кровотечения путем:

- а) пальцевого прижатия артерии к подлежащей кости;
- б) максимального сгибания конечностей;
- в) наложение стерильной давящей повязки;
- г) наложение жгута (закрутки).

Места прижатий при кровотечениях:

- из ран головы: височная артерия большим пальцем прижимается впереди ушной раковины;

- из ран на лице: нижнечелюстная артерия прижимается большим пальцем к углу нижней челюсти;

- общая сонная артерия прижимается к позвонкам на передней поверхности шеи сбоку от гортани, затем на рану кладут валик (скатку) из бинта и накладывается давящая повязка;
- подключичная артерия прижимается к I-му ребру в ямке под ключицей при кровотечении в области плечевого сустава, верхней трети плеча, в подмышечной впадине;
- плечевую артерию прижимают к плечевой кости с внутренней поверхности плеча сбоку от двуглавой мышцы;
- бедренную артерию прижимают кулаком в паховой области к лобной кости таза (повреждение бедренной артерии) в области бедра, в области подколенной ямки (при повреждении в области голени стопы);
- в сгиб конечности вложить валик (закатанный рукав или штанину брюк) и до отказа согнуть конечность;
- в рану наложить ватно-марлевую подушечку или сложенную в несколько слоев салфетку (кусок бинта) и прибинтовать бинтом;
- кровотечение из сосудов верхних и нижних конечностей, из культи конечности останавливают в два этапа:
 - вначале применяется пальцевое прижатие артерии выше места кровотечения, чтобы уменьшить кровопотерю во время подготовки к наложению жгута;
 - затем накладывается жгут (закрутка). Слишком слабое затягивание жгута вызывает передавливание вен, что усиливает кровотечение, слишком сильное - может вызвать паралич периферического отдела. Жгут накладывается поверх одежды или мягкой подкладки из бинта, чтобы не прищемить кожу. Его накладывают на бедро, голень, плечо, предплечье выше места кровотечения, ближе к ране.



Табельный жгут представляет собой эластичную резиновую ленту длиной 1-1,5 м. с металлическим крючком на одном конце и цепочкой - на другом, или с застежками.

Чтобы наложить резиновый жгут, необходимо растянуть его и обернуть несколько раз конечность выше места повреждения, располагая витки рядом один с другим. Конечность перед наложением жгута приподнимается. О времени наложения жгута делается запись с указанием даты, часа и минут. Записка подкладывается под жгут, она должна быть видна. Конечность тепло укутывают.

Держать жгут на конечности можно не более 1,5 часов - зимой, 2 часа - летом. Если жгут необходимо держать дольше (например, при длительной эвакуации пострадавшего), то его расслабляют на 5-10 минут, предварительно сделав пальцевое прижатие поврежденного сосуда. Затем снова накладывают жгут несколько выше того места, где он лежал, но не более чем на 1 час.

При отсутствии жгута используют поясной ремень, носовой платок, тесьму, ткань. Под платок, тесьму, ткань подводят палочку и делают закрутку.

Носовое кровотечение. Помощь - возвышенное положение головы. Прижать крыло носа к перегородке носа, перед этим можно ввести в преддверие носа ватный шарик (сухой или смоченный 3% раствором перекиси водорода). Холод на затылок.

При внутреннем кровотечении на предполагаемую область кровотечения кладут пузырь со льдом с последующей экстренной доставкой в лечебное учреждение.

Наложение повязок на раны и ожоговые поверхности.

Для защиты раны от загрязнения и заражения используется перевязочный материал: марлевые бинты, салфетки большие и малые, повязки большие и малые, трубчатые бинты, лейкопластырь, вата.

Бинт - полоска марли в скатанном состоянии. Скатанная часть называется головкой, свободный конец - началом бинта. Бинт держат в правой руке, а левой удерживают его свободный конец. Бинтование производится слева направо круговыми ходами, каждый последующий ход прикрывает предыдущий на 1/3 ширины бинта. Бинтование должно быть плотным, но не затрудняющим кровообращение.

Рана, перед наложением повязки, обнажается и оберегается от загрязнения. Одежду, прилипшую к ране, обрезают. Кожу вокруг раны обработать дезинфицирующим раствором (перекиси водорода, фурацилина, настойки йода и др.).

Головку бинта держат в правой руке, левой разглаживают ходы бинта, чтобы не было складок и карманов, раскатывают головку, не отрывая от повязки.

На ожоговую поверхность накладывается сухая стерильная повязка.

При наложении повязки запрещается:

- касаться руками поверхности перевязочного материала, который прикладывается к ране;
- удалять прилипшую к ожоговой поверхности одежду, вскрывать пузыри;
- удалять инородные тела из раны, промывать ее водой;
- вправлять выехавшие внутренние органы.

Бинтовые повязки.

Пакет перевязочный индивидуальный состоит из 2-х ватно-марлевых подушечек, бинта шириной 10 см. и длиной 7 м. Одна из подушечек свободно передвигается по бинту. Перевязочный материал стерильный, завернут в пергаментную бумагу и помещен в прорезиненную ткань (герметизированный чехол). В пакет вложена булавка. При вскрытии пакета разворачивают перевязочный материал, не касаясь пальцами внутренней поверхности подушечек (наружная поверхность прошита цветными (черными) нитками).

При сквозном ранении подвижную подушечку перемещают по бинту на нужное расстояние и закрывают оба отверстия.

При ранении грудной клетки (открытый пневмоторакс) непосредственно на рану накладывается прорезиненный чехол внутренней поверхностью, поверх его подушечки с последующим тугим бинтованием.

Бинтование начинают с круговых укрепляющих ходов, конечности бинтуют с периферии.

Повязка на голову «череп».

Отрывается кусок бинта около 0,5 м., средняя часть его кладется на салфетку, закрывающую рану, концы спускаются вниз впереди ушных раковин и удерживаются натянутыми. Вокруг головы делают закрепляющий ход, дойдя до завязки, оборачивают вокруг нее и, попеременно, ведут через затылочную и лобную области, закрывая всю волосистую часть головы, концы завязывают под подбородком.

Спиральная повязка на грудь.

Отрывается кусок бинта, кладется на здоровое надплечье. Начиная снизу со спины, спиральными ходами бинтуют грудную клетку. Висящие концы связывают.

Крестообразная повязка на грудь.

Накладывается снизу круговыми ходами бинта, далее со спины справа на левое надплечье, фиксирующим круговым ходом снизу через правое надплечье, опять вокруг грудной клетки и закрепляют.

Повязка на плечевой сустав.

Накладывают, начиная от здоровой стороны из подмышечной впадины по груди и наружной поверхности плеча сзади через подмышечную впадину через плечо, по спине через здоровую подмышечную впадину на грудь и, повторяя ходы бинта, пока не закроют весь сустав, закрепляют конец на груди.

Повязка на локтевой сустав.

Начинают 2-3 хода бинта через сустав и далее спиральными ходами, попеременно чередуя их на предплечье и плечо с перекрещиванием в локтевой ямке.

Повязка на коленный сустав.

Техника исполнения аналогична предыдущей повязке.

Повязка на голеностопный сустав.

Фиксирующий ход делают над лодыжкой, далее вниз на подошву и вокруг стопы, затем бинт накладывается по тыльной поверхности стопы выше лодыжек и возвращается на стопу, закрепляют бинт выше лодыжки.

Повязка на кисть.

Начинают с фиксирующего хода на запястье, далее по тылу кисти на ладонь, вокруг кисти у основания пальцев, по тылу кисти через запястье к основанию 5-го пальца, по ладонной поверхности и опять на тыл кисти, закрепляют вокруг запястья.

Косыночные повязки.

Косынки не стерильные. Рану предварительно закрывают стерильной салфеткой или бинтом. Косыночные повязки накладывают на различные части тела, косынку применяют для подвешивания поврежденной конечности.

Повязки трубчатыми трикотажными бинтами, фиксирующие перевязочный материал.

Подручные средства.

При отсутствии табельных перевязочных средств используют матерчатые повязки по методу Маштафорова. Повязка изготавливается из широкого материала, края которого надрезаются для получения тесемок. Повязка изготавливается с учетом ее использования: на плечо, на конечность и т. д.

После краткого изложения учебного материала руководитель занятий приступает к отработке практической части данного вопроса.

Отработка практической части проводится в учебном кабинете гражданской обороны и защиты от чрезвычайных ситуаций.

В ходе отработки практической части обучаемые накладывают повязки всех видов.

Обучаемые должны четко усвоить порядок наложения повязок на рану с целью остановки кровотечения.

Руководитель занятия после отработки практической части указывает на положительные и отрицательные стороны в действиях обучаемых.

3-й учебный вопрос: «Первая помощь при переломах. Приемы и способы иммобилизации с применением табельных и подручных средств. Способы и правила транспортировки и переноски пострадавших».

Различают переломы изолированные (одной кости), множественные (двух и более), сочетанные (одной или нескольких костей с одновременным повреждением внутренних органов), а также закрытые и открытые.

ВНИМАНИЕ! При открытом переломе необходимо обнажить конечность, остановить наружное кровотечение, обработать края раны и наложить на нее стерильную повязку. Касаться раны, вправлять отломки кости, удалять осколки и инородные тела нельзя! Перелом любого типа требует доставки пострадавшего в больницу. Этому должна предшествовать транспортная иммобилизация, т.е. обездвиживание повреждённого участка тела.

Цели транспортной иммобилизации – создать покой для поврежденной части, обездвижить отломки кости, исключить вторичные повреждения сосудов, нервов, мягких тканей.

Используются следующие технические средства:

- стандартная проволочная лестничная шина Крамера размерами 10x110 и 10x60 см, предварительно ее обкладывают ватой и закрепляют ходами бинта;
- деревянная шина Дитерихса (при переломе нижней конечности);
- деревянный щит (при переломах позвоночника и костей таза).

При отсутствии стандартных шин применяют любые подручные средства – узкие доски, лыжи, палки, а для фиксации – полосы плотной ткани, жгуты, веревки. За неимением других средств обездвиживание верхней конечности достигается фиксацией ее к туловищу, а нижней – к здоровой ноге.

Фиксируют не менее двух суставов с обеих сторон от перелома. На плечевой и бедренной костях – не менее трех. Суставы и костные выступы во всех случаях обкладывают ватно-марлевыми прокладками или ветошью, не допуская складок и неровностей, и закрепляют их бинтом. Затем накладывают шины. При

закрытом переломе шины накладывают непосредственно на одежду, расправив на ней складки и освободив карманы. В холодное время надо утеплить пострадавшего, особенно его конечности. Для обезболивания дают под язык размельченные 1-2 таблетки анальгина.

Верхние конечности, плечевой пояс, переломы костей рук, плечевого пояса, ребер.

Предплечье зафиксируйте под углом 90°. Кисть пострадавшего должна быть немного отклонена в тыльную сторону, пальцы полусогнуты. В кисть вложите плотный ватно-марлевый валик. При множественных переломах – предплечья, согнутые под углом 90°, расположите рядом, правое перед левым, на спаренных шинах, закрепленных спереди и сзади и подвешенных к шее на перекрестных бинтах. Обе шины фиксируют третьей, горизонтальной шиной, расположенной чуть выше средней трети плеча. После наложения шины конечность с изолированным переломом фиксируют косынкой, полосой ткани, полым пиджака, брючным ремнем или повязкой Дезо.



Для фиксации сломанной ключицы изготовьте два кольца из плотных ватно-марлевых или матерчатых жгутов толщиной 3 см и длиной 70 см. Кольца наденьте на предплечья через подмышечные впадины. Пострадавший должен выпрямиться, расправить плечи, немного развернув их наружу. В этом положении кольца прочно свяжите в межлопаточной области. Под узел подложите вату. При переломе лопатки конечность фиксируют на косынке.

Пострадавший от перелома ребер должен сделать выдох, и в этот момент на нижнюю часть грудной клетки наложите круговую повязку из широкого бинта, жесткого полотенца или шарфа. Можно использовать лейкопластырь (скотч) шириной не менее 10 см. При переломе верхних ребер дополнительно наложите вертикальную полосу из широкого бинта (пластыря, скотча) через предплечье на стороне травмы.

Голень, голеностопный сустав, стопа, перелом костей голени.

При переломе обеих костей голени используют 3 шины Крамера или 3 планки. Если сломана одна кость, накладывают одну шину по задней поверхности. Стопу фиксируют под углом 90°.

Перелом костей, растяжение связок голеностопного сустава, стопы. Накладывают шины по наружной и внутренней поверхностям голени от коленного сустава до пятки и на 5-10 см дальше. Фиксируют шины, голень и стопу (под углом 90°).



Перелом бедренной кости.

Фиксируют три сустава – тазобедренный, коленный и голеностопный. Требуется три шины:



- наружная – от подмышечной впадины до стопы и несколько далее (из двух-трех шин Крамера);
- задняя – от ягодичной складки вдоль задней поверхности бедра до стопы и далее с поворотом на 90° к стопе немного дальше пальцев;
- внутренняя – от паховой области вдоль внутренней поверхности бедра до ее наружного края.

Наружную шину фиксируют к туловищу в нескольких местах. Все три шины фиксируют к бедру и голени в верхних отделах и вблизи голеностопного сустава. Стопу прибинтовывают к шинам перекрестно.

Для иммобилизации бедра можно также использовать прочные планки, жерди:

- две наружные (шириной 4-5 см) – от подмышечной впадины на 5-6 см дальше края стопы;
- две внутренние – от паха до того же уровня;

- две задние – от ягодичной складки до стопы.

При отсутствии бинтов их заменяют 8-9 лентами или полосами прочной ткани. Можно использовать ремни и шнуры (обязательно с прокладкой из мягкой ткани). Верх наружных и внутренних шин также защищают мягким матерчатым валиком. Стопу располагают под углом 90° к оси конечности и фиксируют к голени и шинам перекрестными ходами жгута или полос из ткани. При множественных переломах бедра принцип накладки шин тот же.

Перелом костей коленного сустава.

Накладывают три шины Крамера или три планки вдоль задней поверхности ноги – от верхней трети бедра до голеностопного сустава. При переломе надколенника, неполных переломах других костей можно ограничиться одной шиной.

Переломы позвоночника.

Переломы позвоночника требуют особенно, аккуратного обращения с пострадавшим. При его перемещении и укладке позвоночник не должен провисать в зоне перелома, иначе возможна травма спинного мозга, паралич. Спасатель действует с помощником. Бинт по всей длине обкладывают ватой и осторожно накладывают циркулярными перекрывающимися ходами, создавая ватно-марлевый воротник. Нельзя допускать смещения позвонков и сдавливания сонных артерий. Пострадавшего размещают на деревянном щите и транспортируют, наблюдая за его состоянием.



Пострадавшего от перелома грудного или поясничного отдела позвоночника укладывают на щит или иммобилизуют подручными средствами используя:

- две прочные планки шириной 8-10 см на 15-16 см длиннее роста пострадавшего;
- три планки длиной около 1/4-1/3 первых;
- 12 полос крепкой ткани, жгутов или лент.

Короткие планки прикрепляют к паре длинных на уровне надплечий, таза и стоп. На эту крестовину осторожно укладывают пострадавшего и фиксируют матерчатыми полосами в области груди, живота, бедер, голени, голеностопных

суставов. Таз фиксируют к средней перекладине ходами полос через промежность, а надплечья и кисти рук – к верхней, косыми ходами.

4-й учебный вопрос: «Первая помощь при ушибах, вывихах, химических и термических ожогах, отравлениях, обморожениях, обмороке, поражении электрическим током, тепловом и солнечном ударах».

При **ушибах**, растяжениях и разрыве связок необходимо создать покой поврежденному органу, наложить тугую давящую повязку и приложить холод.

При растяжении и разрыве связок фиксируют сустав тугой повязкой и создают неподвижность конечностей.

Вывих - повреждение сустава, при котором происходит смещение соприкасающихся в полости костей сустава с выходом одной из них через разрыв капсулы из полости сустава.

Первая помощь заключается в иммобилизации конечности в том положении, которое она приняла после травмы. Верхнюю подвешивают на косынке, нижнюю - шинируют. Прикладывают холод, дают обезболивающие средства.

На месте происшествия, прежде всего надо остановить у пострадавшего кровотечение, наложить повязки на раны, зафиксировать с помощью шин переломы костей. Только после этого можно переносить, грузить и транспортировать его в лечебное учреждение, по возможности быстро и осторожно.

Ожог - повреждение тканей, вызванное воздействием высокой температуры (световое излучение, пламя, кипяток) - термический ожог, воздействие химических веществ - химический ожог.

В зависимости от глубины поражения ожоги подразделяются на 4 степени тяжести (I-IV).

Первая помощь:

- тушение горячей одежды;
- повязка на обожженную поверхность тела;
- холод (лед, вода).

При химических ожогах обожженный участок тела обильно орошают струей воды и накладывают повязку.

Во всех случаях рекомендуется дать подсоленное питье.

Поражение электрическим током.

Пострадавшего, как можно быстрее освободить от воздействия электрического тока (перерубить провод с обеих сторон, отбросить его сухой палкой, выключить рубильник, оттащить пораженного за одежду).

При прекращении сердечной деятельности и дыхания провести реанимацию.

Обморожение (замерзание).

Обморожение - повреждение тканей, возникающее в результате воздействия низкой температуры. Общее замерзание выражается в глубоких изменениях всех тканей организма вследствие постепенного прекращения кровообращения, в т. ч. головного мозга.

Первая помощь: согревание обмороженных участков, восстановление в них кровообращения.

Общие мероприятия: горячий чай, водяные ванны 18-37⁰С в течение 20-30 мин.

Тепловой и солнечный удар - наступает при длительном воздействии на организм высокой температуры внешней среды или при работе в изолирующей защитной одежде.

Признаки: головная боль, шум в ушах, головокружение, слабость, тошнота, рвота, судороги, учащение дыхания, пульса, расширение зрачков.

Первая помощь: пострадавшего разместить в тени, снять изолирующую одежду (расстегнуть пуговицы), уложить, слегка приподнять голову. Положить холод на голову, обтереть грудь пострадавшего увлажненной тканью, обрызгать лицо водой, дать понюхать нашатырный спирт.

Шок - это тяжелая общая реакция организма, проявляющаяся при травматических повреждениях, ожогах и т. д. Делится на первичный и вторичный.

Первичный шок проявляется в момент тяжелой травмы или вскоре после нее.

Вторичный шок может возникать после оказания помощи пораженному вследствие его небрежной транспортировки или плохой иммобилизации. Он проявляется в возбуждении и торможении. Фаза возбуждения развивается сразу после травмы, далее наступает торможение.

Помощь заключается в прекращении воздействия на человека травмирующего фактора, обратив особое внимание на остановку кровотечения, при переломах, вывихах обеспечить иммобилизацию, устранить боль путем приема обезболивающих средств, а также дать сердечные средства, согреть, напоить горячим чаем.

При поражении АХОВ удушающего действия.

При воздействии хлора, аммиака и других ядовитых веществ удушающего и выраженного прижигающего действия в незначительных концентрациях наблюдаются покраснения конъюнктивы, слизистой мягкого неба и глотки, бронхит, охриплость, легкая одышка, чувство сдавленности груди.

Если воздействовали малые и средние концентрации, отмечаются за грудиные боли, жжение и резь в глазах, слезотечение, сухой кашель, увеличивается одышка, учащается пульс, начинается отделение желтой или красноватой со слизью мокроты. Возможна тяжелая бронхопневмония с повышением температуры, развитием токсического отека легких. Наиболее выраженным симптомом отека легких является одышка с частотой дыханий 30-35 раз в минуту и более, переходящая в удушье. Пострадавший занимает положение, сидя или полусидя. Он возбужден, беспокоен. В наиболее тяжелых случаях отек легких сопровождается артериальной гипотонией, заторможенностью сознания и другими признаками шока.

Первая медицинская помощь. Надеть на пострадавшего противогаз (промышленный с коробкой марки «В» желтого цвета). Можно использовать гражданские ГП-5, ГП-5М, ГП-7, ГП-7В, детские (в отдельных случаях противогазовые респираторы РПГ-67, РУ-60М, У-2ГП) и вывезти (вынести) из опасной зоны.

В случае рефлекторной остановки дыхания провести искусственную вентиляцию легких.

5-й учебный вопрос: «Правила оказания помощи утопающему».

Оказание помощи при истинном (синем) утоплении:

- сразу же после извлечения утопающего из воды перевернуть его лицом вниз и опустить голову ниже его таза;
- очистить рот от инородного содержимого и слизи;
- резко надавить на корень языка;
- при появлении рвотного рефлекса добиться полного удаления воды из дыхательных путей и желудка;
- при отсутствии рвотного рефлекса и дыхания - положить на спину и приступить к реанимации, периодически удаляя содержимое ротовой полости и носа;
- при появлении признаков жизни перевернуть лицом вниз и удалить воду из легких и желудка;
- в случае развития отека легких: усадить, наложить жгуты на ребра, наладить дыхание кислорода через пары спирта;
- переносить пострадавшего только на носилках.

Оказание помощи после извлечения пострадавшего из проруби:

- перенести тело на безопасное расстояние от проруби;
 - при отсутствии пульсации на сонной артерии приступить к сердечно-легочной реанимации;
 - при появлении признаков жизни перенести в теплое помещение, переодеть в сухую одежду, дать теплое питье;
 - вызвать «Скорую помощь».
- Недопустимо!**
- терять время на удаление воды из легких и желудка при появлении признаков клинической смерти (помутнение роговицы глаз, трупные пятна);
 - переносить пострадавшего в теплое помещение, если нет признаков жизни.

6-й учебный вопрос: «Правила и техника проведения искусственного дыхания и непрямого массажа сердца».

Показания к реанимации: слабый угасающий пульс или его отсутствие; расширенные, не реагирующие на свет зрачки; редкое поверхностное дыхание или его отсутствие.

Подготовка к реанимации. Пострадавшего уложить на жесткое основание, расстегнуть на нем воротник, ослабить галстук (у женщин бюстгальтер). Быстро и осторожно прощупать заднюю поверхность шеи – равна ли она. Наличие костных выступов свидетельствует о переломе шейных позвонков или повреждениях черепа.

Для запрокидывания головы займите место сбоку от пострадавшего. Положите руку на его лоб так, чтобы большой и указательный пальцы находились с обеих сторон носа. Другую руку подложите под шею. Разнонаправленными

движениями рук разогните шею, запрокинув голову до упора. Чрезмерных усилий применять нельзя.

После запрокидывания головы рот пострадавшего обычно открывается. Если этого не произошло, действуйте одним из трех способов:



1) большие пальцы расположите упором на подбородке, а остальные – под нижней челюстью. Ладонями и частично с помощью предплечий запрокиньте голову пострадавшего и зафиксируйте ее. Большими пальцами сместите нижнюю челюсть немного вверх и вперед – так, чтобы нижние передние зубы слегка выступали над верхними;

2) положите кисть руки на лоб, запрокиньте голову. Большой палец другой руки введите в рот пострадавшего за основание передних зубов; указательным пальцем обхватите подбородок. Сомкнутыми остальными пальцами поддержите его в таком положении. Движением вниз откройте рот и одновременно немного выдвиньте нижнюю челюсть, рот откроется;

3) откройте рот захватом нижней челюсти сбоку. Если дыхательные пути пострадавшего закупорены инородными телами, поверните его на бок и основанием ладони сделайте 3-5 резких толчков между лопаток. При положении пострадавшего лежа на спине расположите кисти рук одна на другой в верхней части его живота и нанесите 3-5 резких толчков в сторону пищевода.

Затем приступают к искусственному дыханию (искусственной вентиляции легких – ИВЛ). Если после 2-3 пробных вдохов воздух в легкие не поступает, поверните голову пострадавшего набок, откройте рот, фиксируя челюсти скрещенными большим и указательным пальцами. Указательный и средний пальцы другой руки оберните платком или бинтом и введите в рот. Тщательно, круговыми движениями, очистите полость рта (извлеките сломанные зубы, протезы, рвотные массы и т.п.).

Искусственная вентиляция легких (ИВЛ) – первая часть реанимации.

По методу «рот в рот» – большим и указательным пальцами руки, фиксирующей лоб пострадавшего, плотно зажмите его нос. Наберите в легкие воздух, плотно прижмитесь ртом ко рту (полная герметичность) и резко вдуйте воздух в легкие, после раздувания легких – вдоха пострадавшего – рот

освобождают и следят за самостоятельным пассивным выдохом. Не дожидаясь его окончания, проведите еще 3-5 вдохов.



Использовать прокладки – марлю, платки нельзя!

По методу «рот в нос» – одной ладонью зафиксируйте голову пострадавшего, а другой обхватите его подбородок. Выдвиньте нижнюю челюсть немного вперед и плотно сомкните ее с верхней. Губы зажмите большим пальцем. Наберите в легкие воздух. Плотно обхватите губами основание носа пострадавшего, но так, чтобы не зажать носовые отверстия, и энергично вдуйте в него воздух. Освободив нос, следите за пассивным выдохом. При правильном ИВЛ в легкие должно поступать каждый раз 1-1,5 л воздуха. Для этого спасателю надо делать достаточно глубокий вдох. Частота раздуваний легких должна составлять 10-12 раз в минуту (один вдох за 5 с).

Если при ИВЛ стенки груди пострадавшего не приподнялись, значит, воздух попал не в легкие, а в желудок. Быстро поверните пострадавшего на бок и надавите на желудок. Воздух выйдет и можно продолжать оказывать помощь.

Ошибки при ИВЛ: отсутствие герметичности между ртом спасателя и ртом или носом пострадавшего; при методе «рот в рот» недостаточно зажат нос пострадавшего; не до конца запрокинута голова пострадавшего, и воздух попадает в желудок.

Если после 3-5 искусственных вдохов пульс пострадавшего на сонной артерии не появился, немедленно начинайте наружный массаж сердца.

Наружный массаж сердца – вторая часть реанимации. Он включает цикл: удар в область сердца – проверка эффективности – массажные толчки. Удар наносят кулаком в среднюю часть грудины. Сразу же проверяют пульс. При выполнении массажных толчков спасатель должен выпрямить руки в локтях. В конце каждого толчка сжатие задерживают от 0,7 – 0,8с. Прогиб груди должен составлять 4 см, а темп массажа – 60-70 толчков в минуту. Необходимо постоянно контролировать пульс!



Массажные толчки выполняют скрещенными ладонями. Основание одной из них располагают на нижней половине грудины (отступив на два пальца выше мечевидного отростка), пальцы отогнуты вверх. Другую ладонь кладут поверх и делают быстрые надавливания – толчки.

Реанимационный цикл «ИВЛ + массаж» выполняют в соотношении 2:15, т.е. после двух вдохов следуют 15 массажных толчков. При участии в реанимации двух спасателей это соотношение составляет 1:5. Нельзя делать искусственный вдох одновременно с массажным толчком!

Реанимация двумя спасателями.

Первый (ведущий) опускается на колени возле головы пострадавшего, второй – у груди.

Первый выполняет диагностику, подготовку к реанимации, ИВЛ с частотой 12 вдохов в минуту, контролирует пульс и состояние зрачков.

Второй по команде первого начинает наружный массаж сердца, который чередуется с ИВЛ, проводимой первым спасателем. При необходимости второму спасателю поручают остановить кровотечения или вызвать врача.



Признаки восстановления кровообращения: пульс хорошо прощупывается, зрачки сужаются, кожные покровы розовеют. При отсутствии этих признаков в течение 30 мин реанимацию прекращают.

После восстановления жизнедеятельности пострадавшего надо из положения, лежа на спине, перевернуть его на правый бок. Иначе западает язык и наступает самоудушение.

Переворот делают быстро и в строгой последовательности:

- 1 - правую ногу согнуть в колене;
- 2 - подтянуть стопу к колену другой ноги;
- 3 - левую руку согнуть в локте и положить на живот;
- 4 - правую руку выпрямить и прижать к туловищу;
- 5 - левую кисть подтянуть к голове;

6 - взять пострадавшего одной рукой за левое плечо, а другой за таз и перекатить на правый бок в положение полулежа на животе;

7 - голову запрокинуть, а левую кисть поудобнее расположить под ней;

8 - правую руку положить сзади вплотную к туловищу немного согнуть в локте. За пострадавшим продолжают наблюдать.

Периодически контролируют пульс и состояние зрачков.

После краткого изложения учебного материала руководитель занятий приступает к отработке практической части данного вопроса.

Отработка практической части проводится в учебном кабинете гражданской обороны и защиты от чрезвычайных ситуаций.

В ходе отработки практической части обучаемые, используя робот-тренажёр «Гоша» отработывают технику реанимации пострадавшего самостоятельно, а также с привлечением помощника.

Обучаемые должны чётко усвоить технику реанимации для восстановления жизнедеятельности пострадавшего.

Руководитель занятия после отработки практической части указывает на положительные и отрицательные стороны в действиях обучаемых.

7-й учебный вопрос: «Основы ухода за больными».

Основы ухода за больными.

Уход - совокупность мероприятий, направленных на облегчение состояния больного и обеспечение успеха лечения. Это существенная часть лечения.

Хронические больные большую часть времени находятся дома и нуждаются в соответствующих состоянию здоровья условиях. Они нуждаются в уходе, выполнении врачебных назначений. Так длительная неподвижность может привести к атрофии мышц, нарушению деятельности кишечника, появлению пролежней.

От ухаживающего требуется такт, терпение, выдержка, благожелательное и чуткое отношение к больному.

Рассмотрим общие правила ухода:

- для больного желательна отдельная комната или отгороженная часть комнаты;

- регулярное проветривание комнаты;

- подход к кровати больного должен быть обеспечен с разных сторон;

- при повышенном артериальном давлении голова больного должна быть приподнята, а при пониженном - горизонтально с туловищем. В случае воспаления вен ног им придают возвышенное положение. Длительно в одном положении больному находиться не рекомендуется, время от времени его поворачивают.

- смену постельного белья проводить не реже 1-го раза в неделю. Для смены простыни у тяжело больного применяют 2 способа:

1. Приподнимают голову, головной конец простыни собирают к пояснице, затем, подняв ноги, собирают ножной конец и осторожно простынь убирают. Под поясницу подкладывают новую простынь, скатанную в валик и расправляют ее.

2. Больного поворачивают на бок ближе к краю постели, простынь, на освободившемся месте, скатывают. Одновременно кладут новую простынь, также валиком. Больного возвращают на прежнее место, убирая сменяемую простынь, и расправляют новую.

Гигиена больного.

Ежедневно больной умывается. Лежащих больных обтирают с помощью смоченной губки или тампонов. По возможности больного моют в ванной.

Для предупреждения пролежней рекомендуется менять положение больного (каждые 2 часа), на постели не должно быть складок, места образования пролежней (область лопаток, пятки, крестец, позвоночник) протирают камфарным спиртом. Покрасневшая кожа протирается 5-10% раствором перманганата калия, подкладывается резиновый круг.

На гиперемированные места можно накладывать мазовые повязки. После каждого приема пищи тяжело больным обрабатывается рот ватным шариком, смоченным в 5% растворе борной кислоты или 2%-м растворе пищевой соды.

В домашних условиях за больным должен ухаживать постоянно один человек, больному выделяется отдельная посуда и предметы ухода, остатки пищи и его выделения подвергаются дезинфекции, регулярно проводится влажная уборка помещения с дезинфицирующими средствами.

Большую роль имеют в экстренной профилактике инфекционных заболеваний лечение антибиотиками и проведение предохранительных прививок.

Надежным заслоном инфекции является комплексное решение этого вопроса: создание невосприимчивости к заболеваниям населения, своевременное уничтожение очагов инфекции, их обеззараживание, прерывание путей передачи инфекции, уничтожение переносчиков (насекомых, клещей, грызунов).

Для влажной уборки помещения используют осветленные 0,2 - 5 процентные растворы хлорной извести (1 кг сухой хлорной извести на 10 л. воды). Посуда обеззараживается кипячением или обмыванием 2,2 - 1 процентным раствором хлорамина. Для обеззараживания выделений больных используют сухую хлорную известь. (1\5 от их объёма).

Если инфекционного больного госпитализируют, то проводится заключительная дезинфекция специальной бригадой.

8-й учебный вопрос: «Возможный состав аптечки для оказания первой помощи работникам».

Требования к комплектации изделиями медицинского назначения аптечек для оказания первой помощи работникам

(Приложение к приказу Минздравсоцразвития РФ от 05.03.2011 № 169н «Об утверждении требований к комплектации изделиями медицинского назначения аптечек для оказания первой помощи работникам»)

№ п/п	Наименование изделий медицинского назначения	Нормативный документ	Форма выпуска (размеры)	Количество (штуки, упаковки)
1. Изделия медицинского назначения для временной остановки наружного кровотечения и перевязки ран				
1.1	Жгут кровоостанавливающий	ГОСТ Р ИСО 10993-99 ¹		1 шт.

№ п/п	Наименование изделий медицинского назначения	Нормативный документ	Форма выпуска (размеры)	Количество (штуки, упаковки)
1ГОСТ Р ИСО 10993-99 «Изделия медицинские. Оценка биологического действия медицинских изделий». Принят и введен в действие постановлением Госстандарта России от 29 декабря 1999 года № 862-ст. Издательство стандартов, 1999.				
1.2	Бинт марлевый медицинский нестерильный	ГОСТ 1172-93 ²	5 м x 5 см	1 шт.
2 ГОСТ 1172-93 «Бинты марлевые медицинские. Общие технические условия». Принят Межгосударственным советом по стандартизации, метрологии и сертификации 21 октября 1993 года. Постановлением Комитета Российской Федерации по стандартизации, метрологии и сертификации от 2 июня 1994 года № 160 межгосударственный стандарт ГОСТ 1172-93 введен в действие непосредственно в качестве государственного стандарта Российской Федерации с 1 января 1995 года. Издательство стандартов, 1995.				
1.3	Бинт марлевый медицинский нестерильный	ГОСТ 1172-93	5 м x 10 см	1 шт.
1.4	Бинт марлевый медицинский нестерильный	ГОСТ 1172-93	7 м x 14 см	1 шт.
1.5	Бинт марлевый медицинский стерильный	ГОСТ 1172-93	5 м x 7 см	1 шт.
1.6	Бинт марлевый медицинский стерильный	ГОСТ 1172-93	5 м x 10 см	2 шт.
1.7	Бинт марлевый медицинский стерильный	ГОСТ 1172-93	7 м x 14 см	2 шт.
1.8	Пакет перевязочный медицинский индивидуальный стерильный с герметичной оболочкой	ГОСТ 1179-93 ³		1 шт.
3ГОСТ 1179-93 «Пакеты перевязочные медицинские. Технические условия». Принят Межгосударственным советом по стандартизации, метрологии и сертификации 21 октября 1993 года. Постановлением комитета Российской Федерации по стандартизации, метрологии и сертификации от 2 июня 1994 года № 160 межгосударственный стандарт ГОСТ 1179-93 введен в действие непосредственно в качестве государственного стандарта Российской Федерации с 1 января 1995 года. Издательство стандартов, 1995.				
1.9	Салфетки марлевые медицинские стерильные	ГОСТ 16427-93 ⁴	Не менее 16 x 14 см № 10	1 уп.
4ГОСТ 16427-93 «Салфетки и отрезки марлевые медицинские. Технические условия». Принят Межгосударственным советом по стандартизации, метрологии и сертификации 21 октября 1993 года. Постановлением комитета Российской Федерации по стандартизации, метрологии и сертификации от 2 июня 1994 года № 160 межгосударственный стандарт ГОСТ 16427-93 введен в действие непосредственно в качестве государственного стандарта Российской Федерации с 1 января 1995 года. Издательство стандартов, 1995.				
1.10	Лейкопластырь бактерицидный	ГОСТ Р ИСО 10993-99	Не менее 4 см x 10 см	2 шт.
1.11	Лейкопластырь бактерицидный	ГОСТ Р ИСО 10993-99	Не менее 1,9 см x 7,2 см	10 шт.

№ п/п	Наименование изделий медицинского назначения	Нормативный документ	Форма выпуска (размеры)	Количество (штуки, упаковки)
1.12	Лейкопластырь рулонный	ГОСТ Р ИСО 10993-99	Не менее 1 см х 250 см	1 шт.
2. Изделия медицинского назначения для проведения сердечно-легочной реанимации				
2.1	Устройство для проведения искусственного дыхания «Рот – Устройство – Рот» или карманная маска для искусственной вентиляции легких «Рот – маска»	ГОСТ Р ИСО 10993-99		1 шт.
3. Прочие изделия медицинского назначения				
3.1	Ножницы для разрезания повязок по Листеру	ГОСТ 21239-93 (ИСО 7741-86) ⁵		1 шт.
⁵ ГОСТ 21239-93 (ИСО 7741-86) «Инструменты хирургические. Ножницы». Принят Межгосударственным советом по стандартизации, метрологии и сертификации 21 октября 1993 года. Постановлением комитета Российской Федерации по стандартизации, метрологии и сертификации от 2 июня 1994 года № 160 межгосударственный стандарт ГОСТ 21239-93 введен в действие непосредственно в качестве государственного стандарта Российской Федерации с 1 января 1995 года. Издательство стандартов, 1995.				
3.2	Салфетки антисептические из бумажного текстилеподобного материала стерильные спиртовые	ГОСТ Р ИСО 10993-99	Не менее 12,5 х 11,0 см	5 шт.
3.3	Перчатки медицинские нестерильные, смотровые	ГОСТ Р ИСО 10993-99 ГОСТ Р 52238-2004 ⁶ ГОСТ Р 52239-2004 ⁷ ГОСТ 3-88 ⁸	Размер не менее М	2 пары
⁶ ГОСТ Р 52238-2004 (ИСО 10282:2002) «Перчатки хирургические из каучукового латекса стерильные одноразовые». Утвержден и введен в действие постановлением Госстандарта России от 9 марта 2004 года № 103-ст. Издательство стандартов, 2004. ⁷ ГОСТ Р 52239-2004 (ИСО 11193-1:2002) «Перчатки медицинские диагностические одноразовые». Утвержден и введен в действие постановлением Госстандарта России от 9 марта 2004 года № 104-ст. Издательство стандартов, 2004. ⁸ ГОСТ 3-88 «Перчатки хирургические резиновые». Утвержден и введен в действие постановлением Государственного комитета СССР по стандартам от 19 июля 1988 года № 2688. Издательство стандартов, 1988.				
3.4	Маска медицинская нестерильная 3-слойная из нетканого материала с резинками или с завязками	ГОСТ Р ИСО 10993-99		2 шт.
3.5	Покрывало спасательное изотермическое	ГОСТ Р ИСО 10993-99, ГОСТ Р 50444-92	Не менее 160 х 210 см	1 шт.

№ п/п	Наименование изделий медицинского назначения	Нормативный документ	Форма выпуска (размеры)	Количество (штуки, упаковки)
4. Прочие средства				
4.1	Английские булавки стальные со спиралью	ГОСТ 9389-75 ⁹	Не менее 38 мм	3 шт.
⁹ ГОСТ 9389-75 «Проволока стальная углеродистая пружинная». Утвержден и введен в действие постановлением Государственного комитета стандартов Совета Министров СССР от 17 июля 1975 года № 1830. Издательство стандартов, 1975.				
4.2	Рекомендации с пиктограммами по использованию изделий медицинского назначения аптечки для оказания первой помощи работникам			1 шт.
4.3	Футляр или сумка санитарная			1 шт.
4.4	Блокнот отрывной для записей	ГОСТ 18510-87 ¹⁰	Формат не менее А7	1 шт.
¹⁰ ГОСТ 18510-87 «Бумага писчая. Технические условия». Утвержден и введен в действие постановлением Государственного комитета стандартов Совета Министров СССР от 23 сентября 1987 года № 3628. Издательство стандартов, 1985.				
4.5	Авторучка	ГОСТ 28937-91 ¹¹		1 шт.
¹¹ ГОСТ 28937-91 «Ручки автоматические шариковые. Общие технические требования и методы испытаний». Утвержден и введен в действие постановлением Государственного комитета СССР по управлению качеством продукции и стандартам от 20 марта 1991 года № 295. Издательство стандартов, 1991.				

Примечания:

1. Изделия медицинского назначения, входящие в состав аптечки для оказания первой помощи работникам (далее — Состав аптечки), не подлежат замене.

2. По истечении сроков годности изделий медицинского назначения, входящих в состав аптечки, или в случае их использования аптечку необходимо пополнить.

3. Аптечка для оказания первой помощи работникам подлежит комплектации изделиями медицинского назначения, зарегистрированными в установленном порядке на территории Российской Федерации.

4. Рекомендации с пиктограммами по использованию изделий медицинского назначения аптечки для оказания первой помощи работникам должны предусматривать описание (изображение) следующих действий:

а) при оказании первой помощи все манипуляции выполнять в медицинских перчатках. При наличии угрозы распространения инфекционных заболеваний использовать маску медицинскую;

б) при артериальном кровотечении из крупной (магистральной) артерии прижать сосуд пальцами в точках прижатия, наложить жгут кровоостанавливающий выше места повреждения с указанием в записке времени наложения жгута, наложить на рану давящую (тугую) повязку;

в) при отсутствии у лица, которому оказывают первую помощь, самостоятельного дыхания провести искусственное дыхание при помощи устройства для проведения искусственного дыхания «Рот – Устройство – Рот» или карманной маски для искусственной вентиляции легких «Рот – маска»;

г) при наличии раны наложить давящую (тугую) повязку, используя стерильные салфетки и бинты или применяя пакет перевязочный стерильный. При отсутствии кровотечения из раны и отсутствии возможности наложения давящей повязки наложить на рану стерильную салфетку и закрепить ее лейкопластырем. При микротравмах использовать лейкопластырь бактерицидный;

д) при попадании на кожу и слизистые биологических жидкостей лиц, которым оказывается первая помощь, использовать салфетки антисептические из бумажного текстилеподобного материала стерильные спиртовые;

е) покрывало спасательное изотермическое расстелить (серебристой стороной к телу для защиты от переохлаждения; золотой стороной к телу для защиты от перегревания), лицо оставить открытым, конец покрывала загнуть и закрепить.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Руководитель занятий при подведении итогов занятия указывает, как выполнена учебная цель, отмечает положительные и отрицательные стороны в практической отработке изучаемых вопросов, проводит контрольный опрос слушателей, отвечает на вопросы, дает задание на самостоятельную подготовку по работе над рекомендуемой литературой, дополнению записей в рабочих тетрадях.

Руководитель занятий _____

Список сокращений

ГП – гражданский противогаз;

ИВЛ – искусственная вентиляция лёгких.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК ИСТОЧНИКИ

Законодательные материалы

1. Федеральный закон от 21.12.1994 № 68-ФЗ «О защите населения и территорий от чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера»;
2. Федеральный закон от 12.02.1998 № 28-ФЗ «О гражданской обороне»;
3. Федеральный закон от 21.12.1994 № 69-ФЗ «О пожарной безопасности»;
4. Федеральный закон от 06.03.2006 № 35-ФЗ «О противодействии терроризму»;
5. Постановление Правительства Российской Федерации от 04.09.2003 № 547 «О порядке подготовки населения в области защиты от чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера»;
6. Постановление Правительства Российской Федерации от 02.11.2000 № 841 «Об утверждении Положения об организации обучения населения в области гражданской обороны»;
7. Нормативные правовые акты Администрации города Абакана, регламентирующие вопросы обучения работающего населения города Абакана в области ГО и защиты от ЧС.
8. ГОСТ Р ИСО 10993-99 «Изделия медицинские. Оценка биологического действия медицинских изделий». Принят и введен в действие постановлением Госстандарта России от 29 декабря 1999 года № 862-ст. Издательство стандартов, 1999.
9. ГОСТ 1172-93 «Бинты марлевые медицинские. Общие технические условия». Принят Межгосударственным советом по стандартизации, метрологии и сертификации 21 октября 1993 года. Постановлением Комитета Российской Федерации по стандартизации, метрологии и сертификации от 2 июня 1994 года № 160 межгосударственный стандарт ГОСТ 1172-93 введен в действие непосредственно в качестве государственного стандарта Российской Федерации с 1 января 1995 года. Издательство стандартов, 1995.
10. ГОСТ 1179-93 «Пакеты перевязочные медицинские. Технические условия». Принят Межгосударственным советом по стандартизации, метрологии и сертификации 21 октября 1993 года. Постановлением комитета Российской Федерации по стандартизации, метрологии и сертификации от 2 июня 1994 года № 160 межгосударственный стандарт ГОСТ 1179-93 введен в действие непосредственно в качестве государственного стандарта Российской Федерации с 1 января 1995 года. Издательство стандартов, 1995.
11. ГОСТ 16427-93 «Салфетки и отрезки марлевые медицинские. Технические условия». Принят Межгосударственным советом по стандартизации, метрологии и сертификации 21 октября 1993 года. Постановлением комитета Российской Федерации по стандартизации, метрологии и сертификации от 2 июня 1994 года № 160 межгосударственный стандарт ГОСТ 16427-93 введен в действие непосредственно в качестве государственного стандарта Российской Федерации с 1 января 1995 года. Издательство стандартов, 1995.

12. ГОСТ 21239-93 (ИСО 7741-86) «Инструменты хирургические. Ножницы». Принят Межгосударственным советом по стандартизации, метрологии и сертификации 21 октября 1993 года. Постановлением комитета Российской Федерации по стандартизации, метрологии и сертификации от 2 июня 1994 года № 160 межгосударственный стандарт ГОСТ 21239-93 введен в действие непосредственно в качестве государственного стандарта Российской Федерации с 1 января 1995 года. Издательство стандартов, 1995.

13. ГОСТ Р 52238-2004 (ИСО 10282:2002) «Перчатки хирургические из каучукового латекса стерильные одноразовые». Утвержден и введен в действие постановлением Госстандарта России от 9 марта 2004 года № 103-ст. Издательство стандартов, 2004.

14. ГОСТ Р 52239-2004 (ИСО 11193-1:2002) «Перчатки медицинские диагностические одноразовые». Утвержден и введен в действие постановлением Госстандарта России от 9 марта 2004 года № 104-ст. Издательство стандартов, 2004.

15. ГОСТ 3-88 «Перчатки хирургические резиновые». Утвержден и введен в действие постановлением Государственного комитета СССР по стандартам от 19 июля 1988 года № 2688. Издательство стандартов, 1988.

16. ГОСТ 9389-75 «Проволока стальная углеродистая пружинная». Утвержден и введен в действие постановлением Государственного комитета стандартов Совета Министров СССР от 17 июля 1975 года № 1830. Издательство стандартов, 1975.

17. ГОСТ 18510-87 «Бумага писчая. Технические условия». Утвержден и введен в действие постановлением Государственного комитета стандартов Совета Министров СССР от 23 сентября 1987 года № 3628. Издательство стандартов, 1985.

18. ГОСТ 28937-91 «Ручки автоматические шариковые. Общие технические требования и методы испытаний». Утвержден и введен в действие постановлением Государственного комитета СССР по управлению качеством продукции и стандартам от 20 марта 1991 года № 295. Издательство стандартов, 1991.

ЛИТЕРАТУРА

Справочные издания

1. Перевошиков В.Я. и др. Обучение работников организаций и других групп населения в области ГО и защиты от ЧС. – М.: НРБ, 2011. – 471.
2. Безопасность жизнедеятельности. Безопасность в чрезвычайных ситуациях природного и техногенного характера: Учебное пособие/В. А. Акимов, Ю.Л. Воробьев, М.И. Фалеев и др. Издание 2-е, переработанное. – М.: Высшая школа, 2007.
3. Крючек Н.А., Латчук В.Н. Безопасность и защита населения в чрезвычайных ситуациях: Учебно-методическое пособие для проведения занятий с населением / Под общ. ред. Г.Н. Кирилова. – М.: НЦ ЭНАС, 2005. – 152 е..
4. Петров М.А. Защита от чрезвычайных ситуаций (Темы 1-7). Библиотечка «Военные знания». – М.: Военные знания, 2005. – 160 е.
5. Защита от чрезвычайных ситуаций. – М.: Военные знания.
6. Действия населения по предупреждению террористических актов. – М.: Военные знания.
7. Д. В. Тихомиров, А. Ю. Тараканов, Э. Н. Аюбов, Я. И. Грищенко. Гражданская оборона и защита от чрезвычайных ситуаций для работающего населения. Пособие для самостоятельного изучения - М. ООО «Термика.ру», 2018.-338 с.
8. Современное оружие. Опасности, возникающие при его применении. – М.: Военные знания.
9. Экстренная допсихологическая помощь. Практическое пособие. – М.: ФГБУ «Объединенная редакция МЧС России», 2012. – 48 с.
10. Проведение занятий с работающим населением в области ГО, защиты от ЧС по пожарной безопасности и безопасности людей на водных объектах. Учебно-методическое пособие для руководителей занятий. – М.: ИРБ, 2011.
11. Первая медицинская помощь в ЧС. М., 1999.
12. Основы медицинских знаний. М., 1991.
13. Гражданская защита. Понятийно-терминологический словарь. М., 2001.