

УТВЕРЖДАЮ

Спортивный директор

АНО «ФК «Уфа» РБ

И.Ф. Биглов

«24» 08 2017 г.



ИНСТРУКЦИЯ № 2

ПО ОКАЗАНИЮ ПЕРВОЙ ДОВРАЧЕБНОЙ ПОМОЩИ

ПРИ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЯХ

УФА
2017 год

- обеспечить страховку, при появлении у занимающихся признаков утомления или при жалобе на недомогания – направить воспитанника к врачу;
4. Монтаж и демонтаж тяжелого спортивного оборудования производить только взрослыми;
 5. К занятиям и к участию в соревнованиях допускаются воспитанники, прошедшие медицинский осмотр и имеющие допуск;
 6. Не допускать проведения занятий с применением неисправного оборудования и спортивного инвентаря, без спортивной одежды и обуви;
 7. Тренер-преподаватель не должен покидать группу во время тренировок и по окончании сопровождать группу в раздевалку.

3. ПРАВИЛА ОБРАЩЕНИЯ С ПОСТРАДАВШИМИ

Перед оказанием пострадавшему первой помощи необходимо:

- устранить причины поражения /удалить пострадавшего из помещения, наполненного угарным газом, извлечь из воды, снять электропровод при поражении электротоком и т.д./ и удалить все то, что может ухудшить состояние пострадавшего или нанести дополнительную травму / извлечь из-под обломков разрушенных зданий, из охваченного пожаром здания и т.д./;
- оценить его общее состояние и в первую очередь предотвратить наибольшую угрозу для жизни и здоровья, например, остановить кровотечение при повреждении крупных артерий, начать проводить искусственное дыхание и непрямой массаж сердца при остановке дыхания и нарушения сердечной деятельности;
- при наличии нескольких пострадавших оказывать помощь и выносить из очага аварии в первую очередь тех, у кого поражения тяжелее и больше угроза для жизни. При одинаковых поражениях помощь оказывают сначала женщинам, подросткам, а затем уже мужчинам;
- учитывать, что первая помощь всегда бывает лишь предварительной и в большинстве случаев нужна последующая квалифицированная помощь медицинского работника /врача/;
- не переносить пострадавшего без особой надобности для оказания первой помощи, если ему не угрожает пожар, обвал здания и другие бедствия;
- всегда бережно относиться к пострадавшему, чтобы не причинять ему боль и не ухудшать его состояние. Оказывать первую помощь надо спокойно и уверенно и при этом;
- не оставлять человека, находящегося без сознания, лежать на спине, особенно при позывах на рвоту. Его нужно осторожно перевернуть на бок или хотя бы повернуть набок его голову;
- проявлять особую осторожность при снятии с пострадавшего одежды, если это требуется для оказания первой помощи. Иногда целесообразно одежду на месте ранения разрезать и отвернуть в сторону, а потом вернуть в обратное положение и закрепить английской булавкой или бинтом;
- зимой и в ненастье необходимо укрыть пострадавшего от холода и осадков и согреть тем или иным доступным способом, не забывая, что перегрев также вреден;
- при оказании первой помощи уметь пользоваться не только стандартными, но и подручными средствами.

4. ХАРАКТЕР ПОВРЕЖДЕНИЯ И МЕРЫ ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ

4.1. Ушиб.

На месте ушиба появляется припухлость, а часто и кровоподтек /синяк/. Ушиб с

Неподвижность костей достигается фиксацией двух суставов выше и ниже перелома.

Длину шины выбирают такой, чтобы она захватывала два ближайших к сломанной кости сустава /например, локтевой и лучезапястный при переломе предплечья/, а при переломе бедренной кости – три сустава /тазобедренный, коленный и голеностопный/.

Придав шине форму поверхности здоровой конечности, оборачивают ее ватой и обматывают бинтом. Если всего этого нет, шину можно обмотать полотенцем, аккуратно сложенной одеждой, шарфом и т.д. Если в качестве шины используют доски, палки, перед наложением конечность обертывают ватой, полотенцем, бельем.

Накладывать шину лучше вдвоем: один приподнимает и держит сломанную конечность, другой производят накладку. Шину прибинтовывают мягким бинтом, начиная с периферии конечности.

Если состояние пострадавшего после наложения шины не улучшается, и боли продолжаются, значит ее наложили неправильно. В этом случае шину обязательно накладывают вновь.

Переломы костей стопы фиксируются шиной, которая накладывается на подошву.

После шинирования пострадавшего укрывают теплым одеялом или пальто дают выпить один-два стакана горячего сладкого чая.

4.4.1. Помощь при переломах костей черепа.

Обычно травма головы происходит в результате падения различных грузов с высоты, автомобильных аварий, опрокидывания машин, снегоходов, ушибов о острые предметы. В большинстве случаев переломы костей черепа сопровождаются потерей сознания, иногда кровотечением из носа, ушей, рвотой, другими подобными явлениями.

Пострадавшему, прежде всего, создают полный покой. Если на голове имеется кровоточащая рана, кровь останавливают, наложив тугую повязку. Поверх нее кладут резиновую грелку со льдом или холодной водой. Пострадавшего на носилках очень бережно доставляют в больницу, при этом он должен обязательно лежать.

Помощь при переломах нижней челюсти оказывают путем фиксации дощечками, фанерой, картоном размером примерно 10 x 5 см. Вначале их обертывают ватой, а затем прикладывают к нижней челюсти и прибинтовывают к голове. Можно прибинтовать нижнюю челюсть мягким бинтом или косынкой /працевидная повязка/ к голове. При наличии стандартного набора для оказания первой помощи применяют имеющуюся в нем пластмассовую працевидную шину, которую прикрепляют к матерчатой шапочке резиновыми тягами.

Большую опасность представляет западание языка и удушье в результате двухстороннего перелома нижней челюсти. Для предотвращения этого пострадавшего укладывают на живот, а язык выводят изо рта. Если предстоит длительная поездка до лечебного пункта, поступают следующим образом, прошивают ниткой по средней линии кончик языка, а затем привязывают ее к пуговице на груди или прикалывают булавкой у воротника одежды.

4.4.2. Помощь при переломах позвоночника.

Переломы позвоночника – тяжелые виды травм, потому что при повреждении спинного мозга может наступить паралич. К этим видам относятся переломы шейных, грудных и поясничных

4.4.6. Помощь при переломе предплечья.

Шину / дощечку, фанеру, свернутый журнал / накладывают от локтевого сустава до пальцев кисти, затем предплечье руки подвешивают на косынку или бинт.

4.4.7. Помощь при переломах кистей и пальцев.

Чаще всего бывают при ремонте техники. При переломах костей пальцев и кисти шина не накладывается. Пострадавшему дают в руку скатанный из марли и ваты комок / можно маленький мячик / и в этом хватательном положении, забинтовывают кисть.

Можно травмированную кисть прикрепить к небольшой фанере, предварительно подложив под пальцы и ладонь небольшой валик. После этот предплечье подвешивают на косынке или бинте.

4.4.8. Помощь при переломах бедра.

Это очень тяжелая травма, часто сопровождающаяся шоком. Первая помощь заключается в наложении шин из досок, палок, других материалов. Шины накладывают с двух боковых сторон переломанной конечности. Их длина должна обеспечивать фиксацию трех суставов: тазобедренного, коленного и голеностопного. Накладывать шину только по длине бедра не следует, так как это малоэффективно.

Перед наложением шины переломанную конечность обязательно обертывают ватой поверх одежды, а стопу слегка растягивают и ставят в правильное положение. Шины укрепляют бинтами или другими. Внешнюю шину ставят от подмышечной впадины до стопы, внутреннюю – от стопы до паха.

4.4.9. Помощь при переломах малоберцовой и большой берцовой костей.

В первую очередь накладывают шины из подручных средств. Если их нет под рукой, переломанную голень прибинтовывают к здоровой. Шинирование проводят как при переломе бедра, но шины располагают от верхней трети бедра до стопы.

Если при открытом переломе голени после шинирования кровь продолжает течь, сверху на повязку кладут вату и слегка прибинтовывают ее. Затем под конечность кладут подушку, а на место перелома – пузырь со льдом. Пострадавшего укладывают на носилки на спину.

^ При любых видах переломов необходимо вызвать к месту происшествия медицинскую помощь или организовать быструю доставку пострадавшего в лечебное учреждение.

4.5. Раны.

Наибольшая опасность при ранениях представляют кровотечения, загрязнение и инфицирование ран. При оказании первой помощи необходимо соблюдать следующие правила:

- не прикасаться к ране;
- не промывать ее;
- не извлекать из раны попавшие в нее инородные тела /песок, землю и т.д./.

Для перевязки раны пользоваться индивидуальным перевязочным пакетом или стерильными бинтами. При отсутствии стерильного перевязочного материала можно использовать чистый

салфетку /желательно стерильную/ из нескольких слоев марли или какой либо другой чистой хлопчатобумажной ткани и туго бинтуют. Если повязка намокает, сверху накладывают еще салфетку и прибинтовывают. Обычно достаточно такой давящей повязки и при венозном кровотечении, но при этом конечность приподнимают.

Внутреннее кровотечение остановить в порядке взаимопомощи практически нельзя. При явном внутреннем кровотечении или подозрении на него пострадавшему обеспечивают полный покой и к предполагаемой области кровотечения /живот, голова, грудь/ прикладывают резиновый пузырь, полиэтиленовый мешочек со снегом или льдом /футляр или бутылку с холодной водой/. Такого пострадавшего бережно на носилках или подручных средствах срочно транспортируют в медицинский пункт.

Для защиты раны от заражения ее поверхности нельзя касаться руками и задевать одеждой. Для доступа к ране одежду пострадавшего не снимают, а разрезают и раздвигают в стороны, не трогая краев раны. Промывать рану водой нельзя, так как имеющиеся в ней микробы могут с поверхности проникнуть вглубь. Кожу вокруг раны смазывают настойкой йода, спиртом или одеколоном.

Для защиты от заражения рану закрывают чистой марлевой салфеткой, куском чистой хлопчатобумажной ткани и накладывают повязку, используя бинт или косынку. Нельзя извлекать из раны, попавшие в нее предметы /осколки стекла, кусочки одежды, дерева и т.д./. Лучше всего воспользоваться стерильным /обеззараженным / индивидуальным перевязочным пакетом.

При кожных кровотечениях прикладывают тампоны, смоченные перекисью водорода.

При носовых кровотечениях не следует укладывать пострадавшего, приподнимать и запрокидывать голову. Необходимо приложить холодные компрессы на переносицу и затылок, в нос вставить тампоны, увлажненные перекисью водорода.

4.7. Ранение живота.

При поверхностном ранении живота без нарушения целостности брюшной полости накладывают обычную повязку. Проникающие ранения живота могут носить куски стекла, камня, обломки кирпичей, прочие предметы с острыми краями. При этом нередко наступает шок, т.е. резкий упадок сил и угнетение всех жизненных функций организма, сильное кровотечение, а при нарушении целостности брюшной стенки – выпадение наружу внутренних органов.

Пострадавшего осторожно укладывают животом кверху на носилки. Колени слегка сгибают и под них кладут валик из одежды. Выпавшие внутренние органы нельзя трогать руками и пытаться вправлять, необходимо прикрыть их стерильной марлевой салфеткой. Поверх всей раны кладут большую марлевую салфетку /чистое полотенце/ и туго бинтуют ее. Нельзя промывать рану и давать пострадавшему пить. Его как можно скорее на носилках транспортируют в медицинский пункт.

4.8. Ранение груди.

При проникающих ранениях грудной клетки возможны опасные для жизни повреждения легких, сердца, внутриполостные кровотечения. При этом наружный воздух попадает в плевральную полость, сдавливает легкое, резко затрудняет дыхание.

После смазывания кожи вокруг раны настойкой йода на нее накладывают герметичную повязку, чтобы не дать воздуху проникнуть внутрь. Для этого на рану кладут марлевую салфетку с тонким слоем ваты поверх нее. Затем повязку покрывают прорезиненной оболочкой индивидуального пакета или клеенкой и рану бинтуют при положении грудной клетки на выдохе.

4.11. При попадании инородного тела в глаз.

При попадании инородного тела в глаз необходимо промыть его раствором борной кислоты /одной чайной ложки на стакан воды/ или чистой кипяченой водой, нельзя тереть глаз рукой. Если инородное тело извлечь не удастся, необходимо обратиться к врачу.

Глазное яблоко могут повредить крупные осколки и другие острые предметы. На поврежденный глаз /глаза/ в таком случае накладывают повязку и направляют пострадавшего в медицинский пункт.

4.12. Ожоги.

Ожоги бывают термические, химические и электрические. Существуют четыре степени ожогов, причем ожоги второй, третьей и четвертой степени очень опасны для жизни.

Первая степень – характеризуется покраснением, припухлостью и болезненностью обожженного участка.

При ожогах первой степени вначале освобождают поврежденную поверхность от обгоревшей одежды. Затем пораженное место можно смочить раствором марганцовокислого калия или 2%-ным раствором пищевой соды, или смазать специальной мазью от ожогов, а затем наложить стерильную повязку.

Вторая степень – характеризуется образованием пузырей.

При ожогах второй степени ни в коем случае не вскрывать пузыри и не смазывать обожженный участок каким-либо жиром. Место ожога нужно смочить раствором марганцовокислого калия, после чего наложить стерильную повязку. Накладывать повязку надо осторожно, чтобы не порвать пузырей. Применять какие-либо мази и жиры при ожогах нельзя.

Третья и четвертая степень – обугливание пораженного участка с полным нарушением кожного покрова и подкожных тканей.

При ожогах третьей и четвертой степени – наложить стерильную повязку и вызвать к месту происшествия врача или направить пострадавшего в лечебное учреждение.

При ожогах слизистой оболочки глаз и полости рта обожженное место надо промыть 2%-ным раствором пищевой соды в течение 5 минут.

При ожогах глаз излучениями электрической дуги - наложить на глаза холодную примочку из борной кислоты и немедленно обратиться к врачу.

При ожогах кислотами и щелочами в производственных условиях нужно немедленно и обильно обмыть пораженную кожу струей воды в течение 15-20 мин. После этого накладывают влажную повязку, смоченную 2%-ным раствором соды/ при ожогах кислотами/ или 1%-ным раствором борной или уксусной кислоты /при ожогах щелочами/.

4.13. Отморожение.

Отморожение – это повреждение тканей и органов в результате воздействия низкой температуры воздуха. По тяжести изменений, происходящих в тканях, различают четыре степени отморожения.

Первая степень – небольшая краснота и припухлость кожи, ощущение зуда или покалывания, которые появляются после отогревания, побеление кожных покровов и потеря их

Меры первой помощи: пострадавшего надо освободить от стесняющей одежды, уложить в прохладном месте, приподнять голову и верхнюю часть туловища, положить холодный компресс на голову и область сердца, либо sprysнуть холодной водой. При остановке дыхания следует делать искусственное дыхание.

4.15. Отравление нефтяными парами и газами.

Пострадавшего надлежит вывести /или вынести/ на свежий воздух и освободить от стесняющей одежды/ расстегнуть ворот, пояс/. В холодное время года пострадавшего не выносят на свежий воздух, а переводят в теплое, хорошо вентилируемое помещение.

При потере сознания, при остановке или ослаблении дыхания до прибытия врача необходимо делать искусственное дыхание. Когда пострадавший придет в сознание, напоить его крепким чаем или кофе и немедленно вызвать врача или направить пострадавшего в лечебное учреждение с сопровождающим.

При случайном проглатывании нефтепродуктов нудно немедленно вызвать рвоту, давая пострадавшему обильное количество воды, и срочно доставить его в лечебное учреждение.

При попадании этилированного бензина в глаза чистым бинтом или ватой / по возможности стерильным / промыть глаза чистой теплой водой или, в крайнем случае, холодной водой.

4.16. Отравление окисью углерода.

Пострадавшего необходимо немедленно вынести на свежий воздух. При бессознательном состоянии применяется искусственное дыхание. Когда пострадавший придет в себя, его вносят в проветренное помещение, укладывают в постель, согревают грелкой, бутылками с горячей водой, поят крепким чаем, кофе, дают несколько глотков спирта.

4.17. Отравление ядовитыми веществами.

Первая помощь при отравлении ядами пострадавшим людям, работающие вместе с ними, не дожидаясь прибытия медиков. Правила оказания первой помощи не определяются характером яда, вызывавшего отравление, они общие для всех случаев.

Если яд поступает через дыхательные пути, удаляют пострадавшего из отравленной зоны на свежий воздух. При попадании через кожу его тщательно смывают струей воды или. Не размывая, снимают куском какой-либо ткани, затем обмывают это место водой. Если яд попал в глаза, обильно промывают их водой или 2%-ным раствором пищевой соды, борной кислоты.

При попадании яда в организм через желудочно-кишечный тракт. Пострадавшему дают выпить несколько стаканов молока, воды /желательно теплой/ или слабо-розового раствора марганцовокислого калия и пальцем вызывают рвоту /2-3 раза/. Рвоту можно вызвать с помощью: горчицы /1/2 – 1 чайная ложка сухого порошка на стакан теплой воды/; соли /2 столовые ложки на стакан теплой воды/ или стакана мыльного раствора /нельзя вызвать рвоту у больного в бессознательном состоянии или с судорожным синдромом/. После этого пострадавшему дают выпить полстакана воды с 2-3 столовыми ложками активированного угля, затем – солевое слабительное /20г горькой соли на 0,5 стакана воды/.

При заглатывании раздражающих веществ, например формалина, больному дают выпить обволакивающее средство /крахмальная слизь/. Нельзя давать молоко, жиры, алкогольные напитки.

При ослаблении дыхания пострадавшему дают понюхать нашатырный спирт, а в случае его

оттянуть пострадавшего от токоведущих частей, отбросить провод/.

При этом необходимо учесть следующее:

- одновременно может выключиться электрическое освещение, поэтому в ночное время необходимо обеспечивать освещение от другого источника;
- пострадавший может упасть, если он находится на высоте, в этом случае должны быть приняты меры, обеспечивающие безопасность при падении пострадавшего;
- непосредственное прикосновение к человеку, находящемуся под током, опасно для оказывающего помощь, так как он сам может попасть под напряжение.

Оказывающий помощь должен принять меры личной предосторожности: надеть резиновые перчатки, калоши. Резиновые перчатки можно заменить сухой шелковой или шерстяной тканью /шарф, суконная кепка/, а вместо резиновой обуви подложить под ноги автомобильную шину или камеру, сухую доску, сухую одежду.

В том случае, когда не удастся быстро отключить ток, пострадавшего надо отделить от провода или токоведущей части оборудования сухой деревянной палкой, доской, веревкой. Пользоваться в этих случаях металлическими или мокрыми предметами нельзя.

Перерезают или перерубают провод инструментом с изоляционной ручкой или в диэлектрических перчатках.

Если напряжение выше 400В, применяют диэлектрические боты, изолирующую штангу или клещи. Перерубать провод надо каждый в отдельности.

Пострадавшего можно иногда оттащить от токоведущих частей, взяв его одежду /при условии, что она сухая и не прилегает к телу/, например, за полы у пиджака или пальто, избегая при этом прикосновения к окружающим металлическим предметам и к телу пострадавшего. Если электрический ток проходит через тело пострадавшего в землю, и он судорожно сжимает в руках один провод, рекомендуется подсунуть под ноги пострадавшего сухую доску, чтобы прервать ток.

При поражении током напряжением свыше 1000 В необходимо выключить ток или, надев изолирующие боты и перчатки, действовать штангой или клещами, рассчитанными на данное напряжение.

После освобождения пострадавшего от действия электротока необходимо убедиться, не потерял ли он сознание и есть ли у него дыхание пульс. Помощь нужно оказывать срочно и энергично до прибытия врача.

Если пострадавший потерял сознание, но дыхание сохранилось, его следует удобно уложить, расстегнуть стесняющую одежду, создать приток свежего воздуха и обеспечить полный покой. Пострадавшему надо дать понюхать нашатырный спирт, сбрызнуть лицо водой, растереть и согреть тело. Если у пострадавшего отсутствует пульс и дыхание или он дышит очень резко и судорожно, ему делают искусственное дыхание и массаж сердца до появления признаков жизни. Наиболее эффективный способ искусственного дыхания – «рот в рот» непосредственно, или при помощи S-образной трубки.

После этого пострадавшего надо согреть, укрыв одеялом, одеждой и т.д., напоить теплым чаем или кофе, дать 15-20 капель валериановой настойки.

5. ИСКУССТВЕННОЕ ДЫХАНИЕ И НЕ ПРЯМОЙ МАССАЖ СЕРДЦА.

Это простейшие способы реанимации. К ним прибегают в исключительных случаях, когда пострадавший находится в крайне тяжелом состоянии клинической смерти. Перед началом искусственного дыхания необходимо убедиться в проходимости верхних дыхательных путей, которые могут быть закрыты запавшим языком или накопившейся слизью.

При нарушении проходимости дыхательных путей голову пострадавшего следует повернуть набок, удалить слизь и, если имеются зубные протезы, вынуть их изо рта.

Затем пострадавшего укладывают на спину, освобождают грудь от стесняющей дыхание одежды, под лопатки подкладывают небольшой валик. Голову следует запрокинуть так, чтобы подбородок находился на одной линии с шеей, /это обеспечивает проходимость верхних дыхательных путей/. После быстрой подготовки приступают к искусственному дыханию. Оказывающий помощь делает вдох и, прижав свой рот через марлю плотно ко рту пострадавшего, вдует в его легкие воздух. Как только грудная клетка пострадавшего достаточно расширится, вдувание прекращается. Пострадавший производит пассивный выдох, а оказывающий помощь снова делает вдох и повторяет вдувание. При способе «изо рта в рот» рекомендуется в минуту делать 12-20 таких активных вдохов.

Искусственное дыхание повторяют до появления самостоятельного дыхания у пострадавшего.

Непрямой массаж сердца – ритмические сжатие грудной клетки пострадавшего в области нижней трети грудины. Его применяют при остановке сердца от разных причин /тяжелый шок, удушье, отравление и т.д./ для восстановления кровообращения.

Массаж сердца /закрытый/ осуществляется следующим образом. Пострадавший лежит на спине на чем-нибудь твердом, /например, на полу/, а оказывающий помощь занимает место сбоку. Ладонь одной руки кладут на нижнюю треть грудины, другой – на тыльную поверхность первой. Энергичными толчками обеих рук смещают переднюю стенку клетки на 4-5 см в сторону позвоночника. Во время массажа следует избегать грубых толчков, чтобы не вызвать перелома ребер и не повредить внутренних органов. Массаж сердца следует производить ритмично. Темп толчков 50-60 раз в минуту. Массаж проводят до появления пульса на сонной и бедренной артериях /сонная артерия хорошо прощупывается в области переднебоковой поверхности шеи и в верхней трети, бедренная – в паховой области/.

Удобнее, когда искусственное дыхание и массаж производят два человека, /один делает искусственное дыхание, другой – массаж/. При этом в момент вдувания воздуха массаж сердца прекращается. Рекомендуется за одним вдуванием воздуха в легкие пострадавшему делать четыре надавливания на грудину. Таким образом. В течение 1 мин. Пострадавшему делают 12 «вдохов» и 48 надавливаний на грудину.

Если первую помощь оказывает один человек, то через каждые 15 сек. массажа / по одному надавливанию в секунду/ делают одно вдувание воздуха. Несмотря на простоту способа искусственное дыхание «рот в рот» и закрытого массажа сердца, они требуют практического показа, что должны обеспечивать работники медицинского учреждения.

Заместитель директора
СП «Футбольная школа «Уфа»



Е. В. Семенов