



ПОЛИТЕХ
Санкт-Петербургский
политехнический университет
Петра Великого

СОГЛАСОВАНО

Председатель профсоюзного
Комитета



В. С. Кобчиков

УТВЕРЖДАЮ

Проректор по инженерно-
техническому обеспечению и
строительству
М.А. Греков



рег. № 326 / 2022

ИНСТРУКЦИЯ № 105-22

по оказанию первой помощи при несчастных случаях

1. Общие положения

1.1. Настоящая Инструкция устанавливает общие требования по оказанию первой помощи при несчастных случаях на территории, в зданиях и сооружениях ФГАОУ ВО «СПбПУ» (далее - Университет) и является обязательной для исполнения всеми должностными и физическими лицами.

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

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

1.4. Первая помощь до оказания медицинской помощи оказывается работникам при несчастных случаях, травмах, ранениях, поражениях, отравлениях, других состояниях и заболеваниях, угрожающих их жизни и здоровью самим пострадавшим (самопомощь) или находящимися вблизи лиц (взаимопомощь).

1.5. Каждый работник должен уметь оказать пострадавшему первую помощь.

1.6. Обучение по оказанию первой помощи пострадавшим проводится не реже одного раза в три года.

1.7. Каждое подразделение должно быть обеспечено аптечками, хранение которых поручается ответственному лицу.

1.8. Каждый работник в зависимости от характера работы и условий ее выполнения должен быть обеспечен средствами индивидуальной и коллективной защиты, знать свойства вредных и опасных веществ, горючих и легковоспламеняющихся веществ и материалов.

1.9. Оказывающему помощь необходимо придерживаться следующих рекомендаций:

1.9.1. Освободить пострадавшего от дальнейшего воздействия на него опасного производственного фактора (электрического тока, химических веществ, воды и др.), оценить состояние пострадавшего, при необходимости вывести (вынести) на свежий воздух, освободить от стесняющей дыхание одежды.

1.9.2. Выполнить необходимые мероприятия по спасению пострадавшего в порядке срочности (восстановить проходимость дыхательных путей, в случае необходимости провести искусственное дыхание, наружный массаж сердца, остановить кровотечение, иммобилизовать место перелома, наложить повязку и т.п.).

1.9.3. Поддерживать основные жизненные функции пострадавшего до прибытия медицинского работника.

1.9.4. Вызвать медицинских работников либо принять меры для транспортировки пострадавшего в ближайшее медицинское учреждение.

1.10. В зависимости от воздействующего фактора травмы подразделяются на:

1.10.1. Механические (раны, ушибы, разрывы внутренних органов, переломы костей, вывихи).

1.10.2. Физические (ожоги, тепловой удар, обморожения, поражения электрическим током или молнией, лучевая болезнь и др.).

1.10.3. Химические (воздействие кислот, щелочей, отравляющих веществ).

1.10.4. Биологические (воздействие бактериальных токсинов).

1.10.5. Психические (испуг, шок и др.).

1.11. В зависимости от вида травмы пользуются определенным набором мер, направленных на спасение пострадавшего.

2. Способы оказания первой помощи

2.1. Оказание первой помощи при поражении электрическим током

2.1.1. Меры первой помощи зависят от состояния, в котором находится пострадавший после освобождения его от воздействия электрического тока.

2.1.2. Для определения этого состояния необходимо немедленно произвести следующие мероприятия:

2.1.2.1. Уложить пострадавшего на спину на твердую поверхность.

2.1.2.2. Проверить наличие у пострадавшего дыхания (определяется визуально по подъему грудной клетки; с помощью зеркала).

2.1.2.3. Проверить наличие у пострадавшего пульса на лучевой артерии у запястья или на сонной артерии на переднебоковой поверхности шеи.

2.1.2.4. Выяснить состояние зрачка (узкий или широкий); широкий зрачок указывает на резкое ухудшение кровоснабжения мозга.

2.1.3. Во всех случаях поражения электрическим током вызов врача является обязательным независимо от состояния пострадавшего.

2.1.4. Если пострадавший находится в сознании, но до этого был в состоянии обморока, его следует уложить в удобное положение (подстелить под него и накрыть его сверху чем-либо из одежды) и до прибытия врача обеспечить полный покой, непрерывно наблюдая за дыханием и пульсом. Запрещается позволять пострадавшему двигаться, а тем более продолжать работу, так как отсутствие тяжелых симптомов после поражения электрическим током не исключает возможности последующего ухудшения состояния пострадавшего. В случае отсутствия возможности быстро вызвать врача необходимо срочно доставить пострадавшего в медицинское учреждение, обеспечив для этого необходимые транспортные средства или носилки.

2.1.5. Если пострадавший находится в бессознательном состоянии, но с сохранившимся устойчивым дыханием и пульсом, его следует ровно и удобно уложить, расстегнуть одежду, создать приток свежего воздуха, обрызгивать лицо водой и обеспечить полный покой. Если пострадавший плохо дышит - очень редко и судорожно (как умирающий), следует производить искусственное дыхание и непрямой (наружный) массаж сердца.

2.1.6. При отсутствии у пострадавшего признаков жизни (дыхания и пульса) нельзя считать его умершим. В таком состоянии пострадавший, если ему не будет оказана немедленная первая помощь в виде искусственного дыхания и наружного (непрямого) массажа сердца, может действительно умереть. Искусственное дыхание следует производить непрерывно как до, так и после прибытия врача. Вопрос о целесообразности или бесцельности дальнейшего проведения искусственного дыхания решается врачом.

2.1.7. Первую помощь следует оказывать немедленно и по возможности на месте происшествия. Переносить пострадавшего в другое место следует только в тех случаях, когда ему или лицу, оказывающему помощь, продолжает угрожать опасность или, когда оказание помощи на месте невозможно.

2.1.8. Во всех случаях констатировать смерть имеет право только врач.

2.2. Производство искусственного дыхания и наружного массажа сердца

2.2.1. Оживление организма, пораженного электрическим током, может быть произведено несколькими способами. Все они основаны на проведении искусственного дыхания. Однако самым эффективным является способ «изо рта в рот», проводимый одновременно с непрямой массажем сердца.

2.2.2. Искусственное дыхание следует производить только в случае, если пострадавший не дышит или дышит очень плохо (редко, судорожно), а также если дыхание пострадавшего постепенно ухудшается.

2.2.3. Начинать искусственное дыхание следует немедленно после освобождения пострадавшего от воздействия электрического тока и производить непрерывно до достижения положительного результата или появления бесспорных признаков действительной смерти (появление трупных пятен или трупного окоченения).

2.2.4. Во время производства искусственного дыхания необходимо внимательно наблюдать за лицом пострадавшего. Если пострадавший пошевелит губами или веками, или сделает глотательное движение гортанью (кадыком), нужно проверить, не сделает ли он самостоятельного вдоха. Производить искусственное дыхание после того, как пострадавший начнет дышать самостоятельно и равномерно, не следует, так как продолжение искусственного дыхания может причинить ему лишь вред.

2.2.5. Если после нескольких мгновений ожидания окажется, что пострадавший не дышит, производство искусственного дыхания следует немедленно возобновить. Прежде чем приступить к производству искусственного дыхания, необходимо:

2.2.5.1. Быстро освободить пострадавшего от стесняющей дыхание одежды - расстегнуть ворот, развязать галстук или шарф, расстегнуть брюки и т.п.

2.2.5.2. Так же быстро освободить рот пострадавшего от посторонних предметов (удалить вставные челюсти, если они имеются) и слизи.

2.2.5.3. Если рот пострадавшего крепко стиснут, раскрыть его путем выдвигания нижней челюсти.

2.3. Способ искусственного дыхания «изо рта в рот» и непрямой массаж сердца

2.3.1. Способ искусственного дыхания «изо рта в рот» заключается в том, что оказывающий помощь производит выдох из своих легких в легкие пострадавшего через специальное приспособление (дыхательная трубка), или непосредственно в рот или в нос пострадавшего.

2.3.2. Способ «изо рта в рот» является наиболее эффективным, поскольку количество воздуха, поступающего в легкие пострадавшего за один вдох, в 4 раза больше, чем при других способах искусственного дыхания. Кроме того, при применении данного способа искусственного дыхания обеспечивается возможность контролировать поступление воздуха в легкие пострадавшего по отчетливо видимому расширению грудной клетки после каждого вдувания воздуха и последующему спаданию грудной клетки после прекращения вдувания в результате пассивного выдоха воздуха через дыхательные пути наружу.

2.3.3. Для производства искусственного дыхания пострадавшего следует уложить на спину, раскрыть ему рот и после удаления изо рта посторонних предметов и слизи (платком или концом рубашки) вложить в него трубку. При этом необходимо следить, чтобы язык пострадавшего не запал назад и не закрыл дыхательного пути, и чтобы вставленная в рот трубка попала в дыхательное горло, а не в пищевод. Для предотвращения западания языка нижняя челюсть пострадавшего должна быть слегка выдвинута вперед.

2.3.4. Для раскрытия гортани следует запрокинуть голову пострадавшего назад, подложив под затылок одну руку, а второй рукой надавить на лоб пострадавшего так, чтобы подбородок оказался на одной линии с шеей (рис. 1а, б). При таком положении головы просвет глотки и верхних дыхательных путей значительно расширяется и обеспечивается их полная проходимость, что является основным условием успеха искусственного дыхания по этому методу.

2.3.5. Для того чтобы выправить трубку во рту и направить ее в дыхательное горло, следует также слегка подвигать вверх и вниз нижнюю челюсть пострадавшего.

Затем, встав на колени над головой пострадавшего, следует плотно прижать к его губам фланец дыхательной трубки, а большими пальцами обеих рук зажать пострадавшему нос, с тем чтобы вдуваемый через приспособление воздух не выходил обратно, минуя легкие. Сразу после этого оказывающий помощь делает в трубку несколько сильных выдохов и продолжает их со скоростью около 10 - 12 выдохов в минуту (каждые 5 - 6 сек.) до полного восстановления дыхания пострадавшего или до прибытия врача (рис. 1д).

2.3.6. Для обеспечения возможности свободного выхода воздуха из легких пострадавшего оказывающий помощь после каждого вдувания должен освободить рот и нос пострадавшего (не вынимая при этом изо рта пострадавшего трубки приспособления).

2.3.7. При каждом вдувании грудная клетка пострадавшего должна расширяться, а после освобождения рта и носа самостоятельно опускаться. Для обеспечения более глубокого выдоха можно легким нажимом на грудную клетку помочь выходу воздуха из легких пострадавшего.

2.3.8. В процессе проведения искусственного дыхания оказывающий помощь должен следить за тем, чтобы вдуваемый им воздух попадал в легкие, а не в живот пострадавшего. При попадании воздуха в живот, что может быть обнаружено по отсутствию расширения грудной клетки и вздутию живота, необходимо быстро нажатием на верхнюю часть живота под диафрагмой выпустить воздух и установить дыхательную трубку в нужное положение путем повторного перемещения вверх и вниз нижней челюсти пострадавшего. После этого следует быстро возобновить искусственное дыхание приведенным выше способом.

2.3.9. При отсутствии на месте происшествия необходимого приспособления следует быстро раскрыть у пострадавшего рот (приведенным выше способом), удалить из него посторонние предметы и слизь, запрокинуть ему голову и оттянуть нижнюю челюсть. После этого оказывающий помощь на рот пострадавшего укладывает марлю или платок, делает глубокий вдох и с силой выдыхает в рот пострадавшего (рис. 1в,г). При вдувании воздуха оказывающий помощь плотно прижимает свой рот к лицу пострадавшего так, чтобы по возможности охватить своим ртом весь рот пострадавшего, а своим лицом зажать ему нос.

2.3.10. После этого оказывающий помощь откидывается назад и делает новый вдох. В этот период грудная клетка пострадавшего опускается, и он произвольно делает пассивный выдох. При этом необходимо несильно нажимать рукой на грудную клетку пострадавшего.



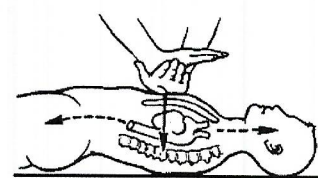
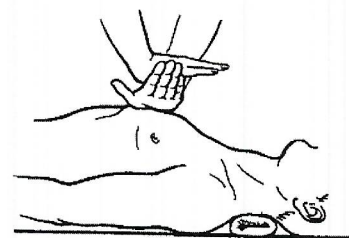
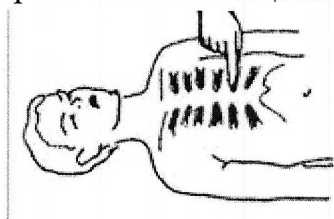
Рисунок 1 (п. 2.3.4; п. 2.3.5; п. 2.3.9)

2.3.11. При возобновлении у пострадавшего самостоятельного дыхания некоторое время следует продолжать искусственное дыхание до полного приведения пострадавшего в сознание или до прибытия врача. В этом случае вдвухание воздуха следует производить одновременно с началом собственного вдоха пострадавшего.

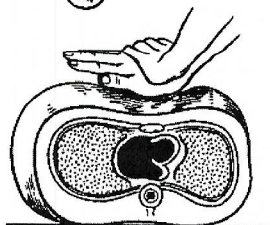
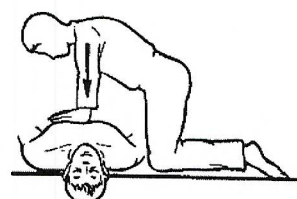
2.3.12. При проведении искусственного дыхания нельзя допускать охлаждения пострадавшего (не оставлять его на сырой земле, на каменном, бетонном или металлическом полу). Под пострадавшего следует подстелить что-либо теплое, а сверху укрыть его.

2.4. Наружный (непрямой) массаж сердца

2.4.1. При отсутствии у пострадавшего пульса для поддержания жизнедеятельности организма (для восстановления кровообращения) необходимо независимо от причины, вызвавшей прекращение работы сердца, одновременно с искусственным дыханием (вдвуханием воздуха) проводить наружный массаж сердца. При этом следует иметь в виду, что без правильной и своевременной предварительной помощи пострадавшему до прибытия врача врачебная помощь может оказаться запоздалой и неэффективной.



2.4.2. Наружный (непрямой) массаж производится путем ритмичных сжатий через переднюю стенку грудной клетки при надавливании на относительно подвижную нижнюю часть грудины, позади которой расположено сердце. При этом сердце прижимается к позвоночнику и кровь из его полостей выжимается в кровеносные сосуды. Повторяя надавливание с частотой 60 - 70 раз в минуту, можно обеспечить достаточное кровообращение в организме при отсутствии работы сердца (рис. 2).



2.4.3. Для проведения наружного массажа сердца пострадавшего следует уложить спиной на жесткую поверхность (низкий стол, скамейку или на пол),

обнажить у него грудную клетку,

Рисунок 2 (п. 2.4.2; п. 2.4.3; п. 2.4.4)

снять пояс, подтяжки и другие стесняющие дыхание предметы одежды. Оказывающий помощь должен встать с правой или с левой стороны пострадавшего и занять такое положение, при котором возможен более или менее значительный наклон над пострадавшим. Определив положение нижней трети грудины, оказывающий помощь должен положить на нее верхний край ладони разогнутой до отказа руки, а затем поверх руки положить другую руку и надавливать на грудную клетку пострадавшего, слегка помогая при этом наклоном своего корпуса (рис. 2).

2.4.4. Надавливание следует производить быстрым толчком, так чтобы продвинуть нижнюю часть грудины вниз в сторону позвоночника на 3 - 4 см, а у

полных людей - на 5 - 6 см. Усилие при надавливании следует концентрировать на нижнюю часть грудины, которая благодаря прикреплению ее к хрящевым окончаниям нижних ребер является подвижной. Верхняя часть грудины прикреплена неподвижно к костным ребрам и при надавливании на нее может переломиться. Следует избегать также надавливания на окончания нижних ребер, так как это может привести к их перелому. Ни в коем случае нельзя надавливать ниже края грудной клетки (на мягкие ткани), так как можно повредить расположенные здесь органы, в первую очередь печень. Надавливание на грудь следует повторять примерно 1 раз в секунду (рис. 2).

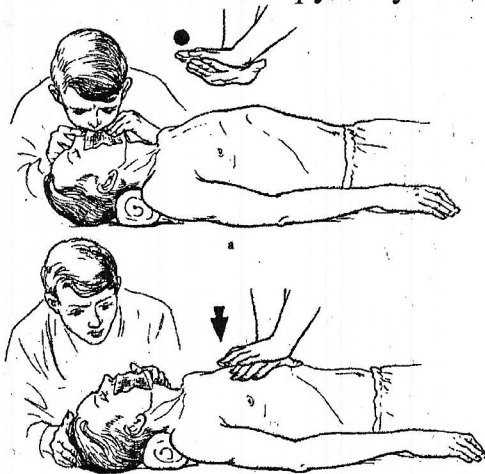


Рисунок 3 (п. 2.4.5; п. 2.4.6)

каждые 4 - 6 надавливаний на грудную клетку (рис. 3)

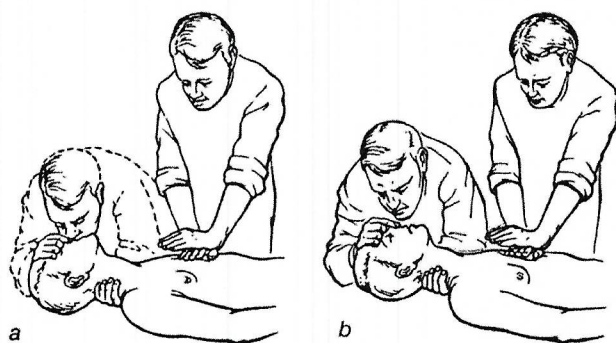


Рисунок 4 (п. 2.4.7; п.2.4.8)

затем снова производит 2 - 3 глубоких вдувания и опять повторяет 4 - 6 надавливаний с целью массажа сердца и т.д. (рис. 4а).

2.4.8. При наличии помощника один из оказывающих помощь - менее опытный - должен проводить искусственное дыхание путем вдувания воздуха как менее сложную процедуру, а второй - более опытный - производить наружный массаж сердца. При этом вдувание воздуха следует приурочить ко времени прекращения надавливания на грудную клетку или прерывая на время вдувания (примерно на 1 сек.) массаж сердца. (рис. 4б).

2.4.9. При равной квалификации лиц, оказывающих помощь, целесообразно каждому из них проводить искусственное дыхание и наружный массаж сердца, поочередно сменяя друг друга через каждые 5 - 10 мин.

2.4.10. Эффективность наружного массажа сердца проявляется в первую очередь в том, что каждое надавливание на грудь приводит к появлению у

2.4.5. После быстрого толчка руки остаются в достигнутом положении примерно в течение одной трети секунды. После этого руки следует снять, освободив грудную клетку от давления, с тем чтобы дать возможность ей расправиться. Это благоприятствует присасыванию крови из больших вен в сердце и его заполнению кровью (рис. 3).

2.4.6. Поскольку надавливание на грудную клетку затрудняет ее расширение при вдохе, вдувание следует производить в промежутках между надавливаниями или же во время специальной паузы, предусматриваемой через

2.4.7. В случае если оказывающий помощь не имеет помощника и вынужден проводить искусственное дыхание и наружный массаж сердца один, следует чередовать проведение указанных операций в следующем порядке: после двух-трех глубоких вдуваний в рот или нос пострадавшего оказывающий помощь производит 4 - 6 надавливаний на грудную клетку,

затем снова производит 2 - 3 глубоких вдувания и опять повторяет 4 - 6 надавливаний с целью массажа сердца и т.д. (рис. 4а).

пострадавшего пульсирующего колебания стенок артерий (проверяется другим лицом).

2.4.11. При правильном проведении искусственного дыхания и массажа сердца у пострадавшего появляются следующие признаки оживления:

2.4.11.1. Улучшение цвета лица, приобретающего розоватый оттенок вместо серо-землистого цвета с синеватым оттенком, который был у пострадавшего до оказания помощи.

2.4.11.2. Появление самостоятельных дыхательных движений, которые становятся все более равномерными по мере продолжения мероприятий по оказанию помощи (оживлению).

2.4.11.3. Сужение зрачков.

2.4.12. Степень сужения зрачков может служить наиболее верным показателем эффективности оказываемой помощи. Узкие зрачки у оживляемого указывают на достаточное снабжение мозга кислородом, и, наоборот, начинающееся расширение зрачков свидетельствует об ухудшении снабжения мозга кровью и необходимости принятия более эффективных мер по оживлению пострадавшего. Поэтому может помочь поднятие ног пострадавшего примерно на 0,5 м от пола и оставление их в поднятом положении в течение всего времени наружного массажа сердца. Такое положение ног пострадавшего способствует лучшему притоку крови в сердце из вен нижней части тела. Для поддержания ног в поднятом положении под них следует что-либо подложить.

2.4.13. Искусственное дыхание и наружный массаж сердца следует проводить до появления самостоятельного дыхания и работы сердца, однако появление слабых вдохов (при наличии пульса) не дает оснований для прекращения искусственного дыхания.

В этом случае, как уже указывалось выше, вдувание воздуха следует приурочить к моменту начала собственного вдоха пострадавшего.

2.4.14. О восстановлении деятельности сердца у пострадавшего судят по появлению у него собственного, не поддерживаемого массажем, регулярного пульса. Для проверки пульса прерывают массаж на 2 - 3 сек., и если пульс сохраняется, то это указывает на самостоятельную работу сердца. При отсутствии пульса во время перерыва необходимо немедленно возобновить массаж.

2.4.15. Следует помнить, что даже кратковременное прекращение оживляющих мероприятий (1 мин. и менее) может привести к непоправимым последствиям.

2.4.16. После появления первых признаков оживления наружный массаж сердца и искусственное дыхание следует продолжать в течение 5 - 10 мин., приурочивая вдувание к моменту собственного вдоха.

2.5. Оказание первой помощи при ранении

2.5.1. Во всякую рану могут быть занесены микробы, находящиеся на ранящем предмете, на коже пострадавшего, а также в пыли, в земле, на руках оказывающего помощь и на грязном перевязочном материале.

2.5.2. Во избежание заражения столбняком особое внимание следует уделять ранам, загрязненным землей. Срочное обращение к врачу для введения противостолбнячной сыворотки предупреждает это заболевание.

2.5.3. Во избежание засорения раны во время перевязки оказывающему первую помощь при ранениях запрещается прикасаться к самой ране.

2.5.4. При оказании первой помощи необходимо строго соблюдать следующие правила:

2.5.4.1. Нельзя промывать рану водой или каким-либо лекарственным веществом, засыпать порошками и покрывать мазями, так как это препятствует заживлению раны, способствует занесению в нее грязи с поверхности кожи, что вызывает последующее нагноение.

2.5.4.2. Нельзя стирать с раны песок, землю и т.п., так как удалить таким способом все, что загрязняет рану, невозможно, но зато при этом можно глубже втереть грязь и легче вызвать заражение раны; очистить рану, как следует, может только врач.

2.5.4.3. Нельзя удалять из раны сгустки крови, так как это может вызвать сильное кровотечение.

2.5.4.4. Нельзя заматывать рану изоляционной лентой.

2.5.5. Для оказания первой помощи при ранении следует наложить содержащийся в аптечке стерильный перевязочный материал на рану и перевязать ее бинтом.

2.5.6. Если стерильного перевязочного материала не оказалось, то для перевязки следует использовать чистый носовой платок, чистую тряпочку и т.п.

2.6. Оказание первой помощи при кровотечении

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

2.6.2. Артериальное кровотечение: кровь алая, яркая вытекает из раны пульсирующим фонтанчиком или тонкой струей.

2.6.3. При повреждении средних и крупных сосудов временную остановку кровотечения производят пальцевым прижатием. Кровотечение из носа останавливают пальцевым прижатием или вводят в нос ватный (марлевый) тампон так, чтобы он плотно прилегал к стенкам носа.

2.6.4. При кровотечении из сосудов конечности и отсутствии видимых признаков перелома (резкая боль при надавливании, хруст, необычная подвижность) с усилием сгибают конечность выше кровоточащего места, производят ее фиксацию в таком

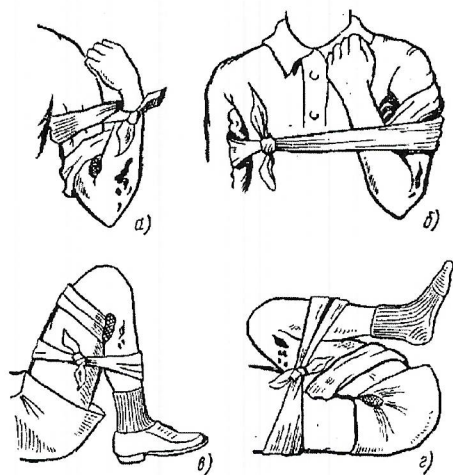


Рисунок 5 (п.2.6.4)

положении или накладывают жгут. При небольшом кровотечении конечности придают высокое положение. Если это дает эффект, то другие меры не применяют (рис. 5).

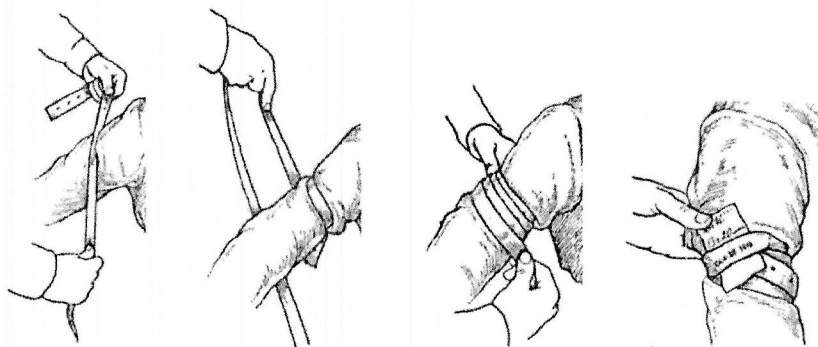


Рисунок 6 (п. 2.6.5)

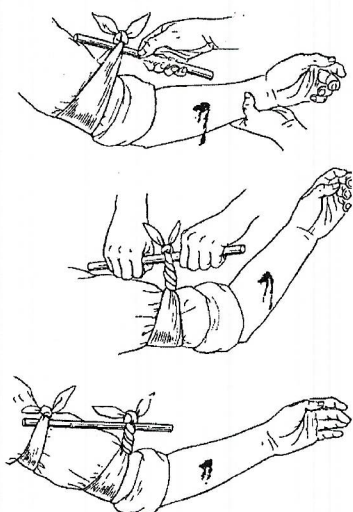


Рисунок 7 (п. 2.6.5)

2.6.5. Перед наложением жгута поврежденную конечность поднимают, а место наложения оборачивают несколькими слоями марли (или подкладывают платок, полотенце, одежду). Среднюю часть жгута подводят под конечность,

натягивают конец жгута, после чего его с усилием, но так, чтобы не ущемлялись складки кожи, оборачивают 2 - 3 раза вокруг конечности и закрепляют. О правильности наложения жгута свидетельствуют прекращение кровотечения и исчезновение пульса в нижерасположенных участках артерий (рис. 6).

Под жгут вкладывают записку с указанием времени его наложения (жгут (рис. 6) или закрутка (рис.7) могут находиться на конечности не более 1,3 - 2 часов, иначе произойдет ее омертвление).

Если в течение 1,5 - 2 часов нет возможности оказать пострадавшему помощь, жгут ослабляют на 10 - 15 мин, а обильное кровотечение останавливают пальцевым прижатием.

2.6.6. Венозное кровотечение: кровь темная, вытекает непрерывной струей. Кровотечение останавливают наложением стерильной давящей повязки на поврежденное место и тугим бинтованием. Следует иметь в виду, что попадание воздуха в пораженную крупную вену, а затем в легочную артерию может вызвать моментальную смерть.

2.6.7. Капиллярное кровотечение: возникает при мелких травмах, при этом кровоточит вся поверхность раны - накладывают давящую повязку.

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

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

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

2.7. Оказание первой помощи при переломах, ушибах, вывихах и растяжении связок

2.7.1. При переломах и вывихах основной задачей первой помощи является обеспечение спокойного и наиболее удобного положения для поврежденной конечности, что достигается полной ее неподвижностью. Это правило является обязательным не только для устранения болевых ощущений, но и для предупреждения ряда добавочных повреждений окружающих тканей вследствие прокалывания их костью изнутри.

2.7.2. Перелом черепа:

2.7.2.1. При падении на голову или при ударе по голове, вызвавшем бессознательное состояние, кровотечение из ушей или рта, имеется основание предполагать наличие перелома черепа. Первая помощь в этом случае должна заключаться в прикладывании к голове холодных предметов (резиновый пузырь со льдом или холодной водой, холодные примочки и т.п.).

2.7.3. Перелом позвоночника:

2.7.3.1. При падении с высоты или при обвалах, если есть подозрение, что сломан позвоночник (резкая боль в позвоночнике, невозможно согнуть спину и повернуться), первая помощь должна сводиться к следующему: не передвигать пострадавшего, необходимо уложить аккуратно на твердую и ровную поверхность на спину.

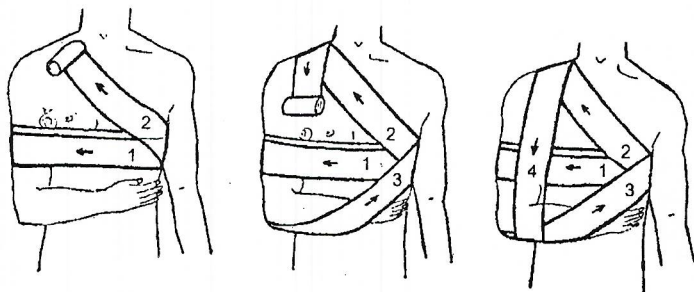


Рисунок 8 (п. 2.7.4)

2.7.4. Перелом и вывих ключицы (рис. 8):

2.7.4.1. Признаки - боль в области ключицы и явно выраженная припухлость.

2.7.4.2. Первая помощь:

2.7.4.2.1. Положить в

подмышечную впадину поврежденной стороны небольшой комочек ваты, марли или какой-либо материи.

2.7.4.2.2. Руку, согнутую в локте под прямым углом, прибинтовать к туловищу, бинтовать следует в направлении от больной руки к спине.

2.7.4.2.3. К области повреждения приложить что-нибудь холодное.

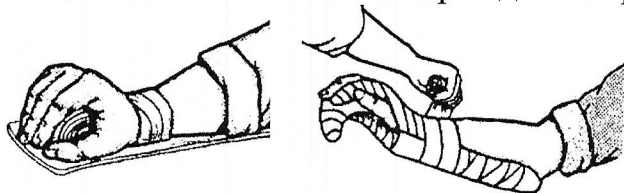


Рисунок 9 (п.2.7.5)

2.7.5. Перелом и вывих костей рук (рис. 9):

2.7.5.1. Признаки - боль по ходу кости, неестественная форма конечности, подвижность в месте, где нет сустава (при наличии перелома), припухлость.

2.7.5.2. Первая помощь: наложить соответствующие шины, если шин почему-либо не оказалось, то так же, как и при переломе ключицы, руку следует подвесить на чем-либо к шее, а затем прибинтовать ее к туловищу, не подкладывая комка в подмышечную впадину. Если рука (при вывихе) отстает от туловища, между рукой и туловищем следует проложить что-либо мягкое (например, сверток из одежды, мешков и т.п.).

К месту повреждения приложить холодный предмет.

2.7.6. Перелом и вывих костей кисти и пальцев рук:

2.7.6.1. При подозрении на перелом или вывих костей кисти следует прибинтовать кисть руки к широкой (шириной с ладонь) шине так, чтобы шина начиналась от середины предплечья, а кончалась у конца пальцев. В ладонь поврежденной руки предварительно должен быть вложен комок ваты, бинт и т.п., чтобы пальцы были несколько согнуты. К месту повреждения следует приложить холодный предмет.

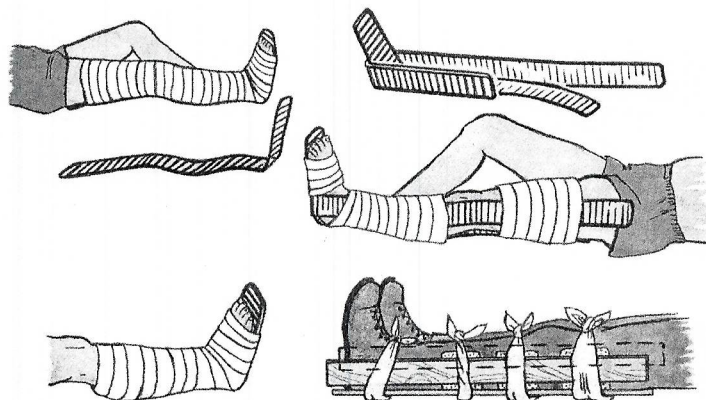


Рисунок 10 (п. 2.7.7)

шины доходил до подмышки, а другой достигал пятки. При необходимости вторую шину кладут от промежности до пятки. Этим достигается полный покой всей нижней конечности. Шины крепко прибинтовываются к конечности в 2 - 3 местах, но не рядом и не в месте перелома. По возможности шину следует накладывать, не приподнимая ноги, а придерживая ее на шесте. Проталкивать

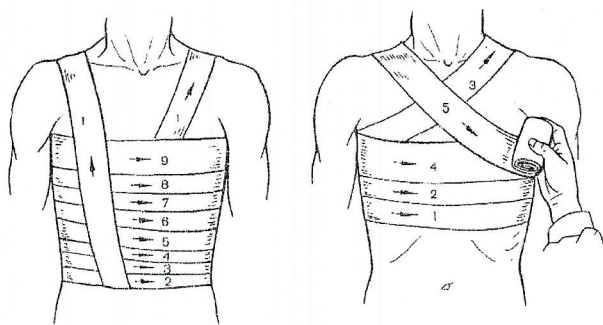


Рисунок 11 (2.7.8)

2.7.9. Ушибы:

2.7.9.1. При уверенности, что пострадавший получил только ушиб, а не перелом или вывих, к месту ушиба следует приложить холодный предмет и плотно забинтовать ушибленное место. При отсутствии ранения кожи растереть и накладывать согревающий компресс не следует, так как все это ведет лишь к усилению боли.

2.7.9.2. При ушибах живота, наличии обморочного состояния, резкой бледности лица и сильных болях следует немедленно вызвать скорую помощь для направления пострадавшего в больницу (возможны разрывы внутренних органов с последующим внутренним кровотечением). Так же следует поступать и при тяжелых ушибах всего тела вследствие падения с высоты.

2.7.7. Перелом и вывих нижней конечности (рис. 10):

2.7.7.1. Признаки - боль по ходу кости, припухлость, неестественная форма в месте, где нет сустава (при переломе).

2.7.7.2. При повреждении бедренной кости укрепить больную конечность шиной, фанерой, палкой, картоном или каким-либо другим подобным предметом так, чтобы один конец

бинт чем-либо под поясицей, коленом или пяткой. К месту повреждения следует приложить холодный предмет.

2.7.8. Перелом ребер (рис. 11):

2.7.8.1. Признаки - боль при дыхании, кашле и движении.

2.7.8.2. Первая помощь: туго забинтовать грудь или стянуть ее полотенцем во время выдоха.

2.7.10. Растяжение связок:

2.7.10.1. При растяжении связок, например, при подворачивании стопы (рис. 12), признаком чего являются резкая боль в суставе и припухлость, первая помощь заключается в прикладывании холодного предмета, тугом бинтовании и покое.

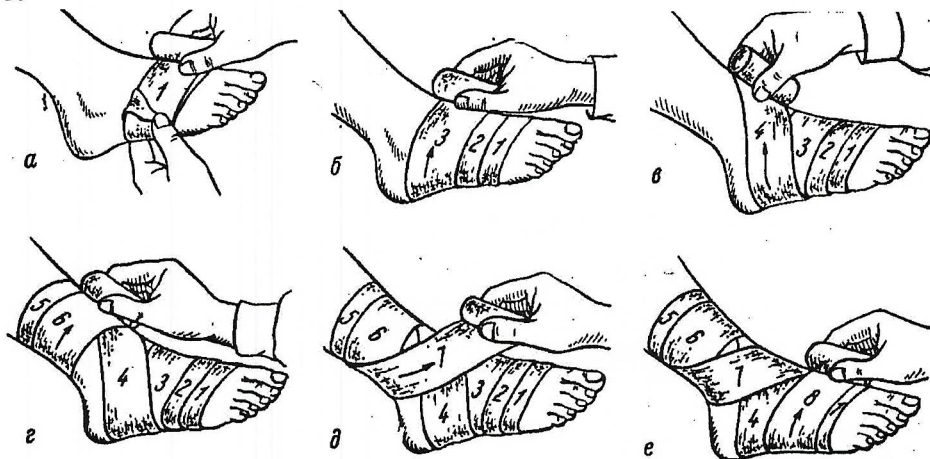


Рисунок 12 (п. 2.1.10)

2.8. Оказание первой помощи при ожогах

2.8.1. По интенсивности воздействия тепла различают четыре степени ожога: I степень - покраснение кожи, боль, отечность; II степень - образование пузырей, резкая боль; III степень - образование крупных пузырей с кровянистой жидкостью, омертвление слоев кожи (серые или желтоватые струпья), резкая боль; IV степень - коричневые или черные плотные струпья, обугливание кожи, мышц, сухожилий, костей (ожог IV степени площадью 50% и более - смертелен).

2.8.2. При тяжелых ожогах надо очень осторожно снять с пострадавшего одежду - лучше разрезать ее. Рана от ожога, будучи загрязнена, начинает гноиться и долго не заживает. Поэтому нельзя касаться руками обожженного участка кожи или смазывать его какими-либо мазями, маслами или растворами. Обожженную поверхность следует перевязать так же, как любую рану, покрыть стерилизованным материалом и закрепить бинтом. После этого пострадавшего следует направить в медицинское учреждение.

Такой способ оказания первой помощи следует применять при всех ожогах, чем бы они ни были вызваны: паром, вольтовой дугой, горячей мастикой, канифолью и т.п. При этом не следует вскрывать пузырей, удалять приставшую к обожженному месту мастику, канифоль или другие смолистые вещества, так как, удаляя их, легко содрать кожу и тем самым создать благоприятные условия для заражения раны микробами с последующим нагноением. Нельзя также отдирать обгоревшие приставшие к ране куски одежды; в случае необходимости приставшие куски одежды следует обрезать острыми ножницами.

2.8.3. При ожогах, вызванных крепкими кислотами (серной, азотной, соляной), пораженное место должно быть немедленно тщательно промыто быстротекущей струей воды из-под крана или ведра в течение 10 - 15 минут. Можно также опустить обожженную конечность в бак или ведро с чистой водой и интенсивно двигать ею в воде. После этого пораженное место промывают 10%-

ным раствором питьевой соды (одна чайная ложка соды на стакан воды). После промывания пораженные участки тела следует покрыть марлей.

2.8.4. При попадании кислоты или ее паров в глаза и полость рта необходимо произвести промывание или полоскание пострадавших мест 5%-ным раствором питьевой соды, а при попадании кислоты в дыхательные пути - дышать распыленным при помощи пульверизатора 5%-ным раствором питьевой соды.

2.8.5. В случае ожога едкими щелочами (каустической содой, негашеной известью) пораженное место следует тщательно промыть быстротекущей струей воды в течение 10 - 15 минут. После этого пораженное место нужно промыть слабым раствором уксусной кислоты (3 - 6% по объему) (одна чайная ложка на стакан воды). После промывания пораженные места следует покрыть марлей, пропитанной 5%-ным раствором уксусной кислоты.

2.8.6. При ранениях стеклом и одновременным воздействием кислоты или щелочи прежде всего необходимо убедиться в том, что в ране нет осколков стекла, а затем быстро промыть рану и перевязать ее, пользуясь стерильным перевязочным материалом.

Пострадавшего после оказания первой помощи следует сразу же направить к врачу.

2.9. Первая помощь при отравлениях

2.9.1. При отравлении газами (ацетилен, угарный газ, пары бензина и т.п.) пострадавшие ощущают: головную боль, «стук в висках», «звон в ушах», общую слабость, головокружение, сонливость; в тяжелых случаях может быть возбужденное состояние, нарушение дыхания, расширение зрачков.

2.9.2. Оказывающий помощь должен:

2.9.2.1. Вывести или вынести пострадавшего из загазованной зоны.

2.9.2.2. Расстегнуть одежду и обеспечить приток свежего воздуха;

2.9.2.3. Уложить пострадавшего, приподняв ноги (при отравлении угарным газом - строго горизонтально).

2.9.2.4. Укрыть пострадавшего одеялом, одеждой и т.п.

2.9.2.5. Поднести к носу пострадавшего ватку, смоченную раствором нашатырного спирта.

2.9.2.6. Дать выпить большое количество жидкости.

2.9.2.7. При остановке дыхания приступить к искусственному дыханию.

2.9.2.8. Срочно вызвать квалифицированную медицинскую помощь.

2.9.3. При отравлении хлором необходимо:

2.9.3.1. Промыть глаза, нос и рот раствором питьевой соды (1/2 чайной ложки на стакан воды).

2.9.3.2. Дать пострадавшему пить небольшими глотками теплое питье.

2.9.3.3. Направить пострадавшего в медицинское учреждение.

2.9.4. При отравлениях испорченными продуктами (могут возникать головные боли, тошнота, рвота, боли в животе, общая слабость) необходимо:

2.9.4.1. Дать выпить пострадавшему 3-4 стакана воды, или розового раствора марганцовокислого калия с последующим вызовом рвоты.

2.9.4.2. Повторять промывание 2-3 раза.

- 2.9.4.3. Дать пострадавшему активированный уголь (таблетки).
- 2.9.4.4. Напоить пострадавшего теплым чаем.
- 2.9.4.5. Уложить и тепло укрыть пострадавшего.
- 2.9.4.6. При нарушении дыхания и остановке сердечной деятельности приступить к проведению искусственного дыхания и наружного массажа сердца.
- 2.9.4.7. Доставить пострадавшего в медицинское учреждение.
- 2.9.5. Первая помощь при отравлении едкими веществами:
 - 2.9.5.1. При отравлении крепкими кислотами (серная, соляная, уксусная) и крепкими щелочами (едкий натр, едкий калий, нашатырный спирт) происходят ожоги слизистой оболочки полости рта, глотки, пищевода, а иногда и желудка.
 - 2.9.5.2. Признаками отравления являются: сильные боли во рту, глотке, желудке и кишечнике, тошнота, рвота, головокружение, общая слабость (вплоть до обморочного состояния).
- 2.9.6. При отравлении кислотой необходимо:
 - 2.9.6.1. Давать пострадавшему внутрь через каждые 5 минут по столовой ложке раствора соды (2 чайные ложки на стакан воды) или 10 капель нашатырного спирта, разведенного в воде.
 - 2.9.6.2. Дать пить пострадавшему молоко или взболтанный в воде яичный белок.
 - 2.9.6.3. При нарушении дыхания делать искусственное дыхание.
 - 2.9.6.4. Доставить пострадавшего в медицинское учреждение.
- 2.9.7. При отравлении крепкой едкой щелочью пострадавшему необходимо:
 - 2.9.7.1. Понемногу давать пить холодную воду, подкисленную уксусной или лимонной кислотой (2 столовые ложки 3% раствора уксуса на стакан воды).
 - 2.9.7.2. Дать внутрь растительное масло или взболтанный с водой яичный белок.
 - 2.9.7.3. Приложить горчичник к подложечной области.
 - 2.9.7.4. Доставить пострадавшего в медицинское учреждение.

2.10. Оказание первой помощи при обморожении

2.10.1. Различают 4 степени обморожения: I степень - кожа бледнеет, теряет чувствительность; II степень - те же признаки, что и при I степени, но боль интенсивнее, и через некоторое время образуются пузыри, наполненные светлой жидкостью; III степень - наступает омертвление кожи, образуются пузыри, наполненные кровянистой жидкостью; IV степень - омертвление мягких и костных тканей.

2.10.2. При обморожении I степени обмороженные участки следует согреть до покраснения теплыми руками, легким массажем, растираниями шерстяной тканью, дыханием, а затем наложить ватно-марлевую повязку.

При общем охлаждении легкой степени достаточно эффективным методом является согревание пострадавшего в теплой ванне при начальной температуре воды 24 градусов, которую повышают до нормальной температуры тела.

2.10.3. При обморожении II - IV степени быстрое согревание, массаж или растирание делать не следует. На пораженную поверхность следует наложить теплоизолирующую повязку (слой марли, толстый слой ваты, вновь слой марли,

а сверху клеенку или прорезиненную ткань). Пораженные конечности фиксируют с помощью подручных средств (дощечка, кусок фанеры, плотный картон), накладывая и прибинтовывая их поверх повязки. В качестве теплоизолирующего материала можно использовать ватники, фуфайки, шерстяную ткань и пр.

2.10.4. Не рекомендуется растирать обмороженные участки снегом, так как кровеносные сосуды кистей и стоп очень хрупки и поэтому возможно их повреждение, а возникающие микрорасдины на коже способствуют внесению инфекции. Нельзя использовать быстрое отогревание обмороженных конечностей у костра, бесконтрольно применять грелки и тому подобные источники тепла, поскольку это ухудшает течение обморожения. Неприемлемый и неэффективный вариант первой помощи - втирание масел, жира, растирание спиртом тканей при глубоком обморожении.

2.10.5. При средней и тяжелой степени общего охлаждения с нарушением дыхания и кровообращения пострадавшего необходимо как можно скорее доставить в медицинское учреждение.

2.11. Оказание первой помощи при обмороке, тепловом и/или солнечном ударах

2.11.1. Обморок – это внезапная, кратковременная потеря сознания (от нескольких секунд до нескольких минут).

2.11.2. Обморок может возникать в результате: испуга, сильной боли, кровотечения, резкой смены положения тела (из горизонтального в вертикальное и т.д.).

2.11.3. При обмороке у пострадавшего наблюдается: обильный пот, похолодание конечностей, слабый и частый пульс, ослабленное дыхание, бледность кожных покровов.

2.11.4. Оказывая первую помощь при обмороке необходимо:

2.11.4.1. Уложить пострадавшего на спину, опустить голову, приподнять ноги.

2.11.4.2. Расстегнуть одежду и обеспечить приток свежего воздуха.

2.11.4.3. Смочить лицо холодной водой.

2.11.4.4. Поднести к носу ватку, смоченную раствором нашатырного спирта.

2.11.4.5. Слегка похлопать по щекам.

2.11.4.6. После выведения пострадавшего из обморочного состояния дать потерпевшему крепкий чай, кофе.

2.11.4.7. При повторном обмороке вызвать квалифицированную медицинскую помощь.

2.11.4.8. Транспортировать пострадавшего на носилках.

2.11.5. Тепловой и солнечный удары возникают в результате значительного перегревания организма и, вследствие этого, значительного прилива крови к головному мозгу.

2.11.6. Перегреванию способствуют: повышенная температура окружающей среды, повышенная влажность воздуха, влагонепроницаемая

(резиновая, брезентовая) одежда, тяжелая физическая работа, нарушение питьевого режима и т.д.

2.11.7. Тепловой и солнечный удары характеризуются возникновением: общей слабости, ощущением жара, покраснением кожи, обильным потоотделением, учащенным сердцебиением (частота пульса 100-120 ударов в минуту), головокружением, головной болью, тошнотой (иногда рвотой), повышением температуры тела до 38-40°C. В тяжелых случаях возможно помрачение или полная потеря сознания, бред, мышечные судороги, нарушения дыхания и кровообращения.

2.11.8. При тепловом и солнечном ударах необходимо:

2.11.8.1. Немедленно перенести пострадавшего в прохладное помещение.

2.11.8.2. Уложить пострадавшего на спину, подложив под голову подушку (сверток из одежды и т.п.).

2.11.8.3. Снять или расстегнуть одежду.

2.11.8.4. Смочить голову и грудь холодной водой.

2.11.8.5. Положить холодные примочки или лед на голову (лоб, теменную область, затылок), паховые, подключичные, подколенные, подмышечные области (места сосредоточения многих сосудов).

2.11.8.6. При сохраненном сознании дать выпить крепкого холодного чая или холодной подсоленной воды.

2.11.8.7. При нарушении дыхания и кровообращения провести весь комплекс реанимационных мероприятий (искусственное дыхание и наружный массаж сердца). Вызвать «скорую помощь».

2.12. Оказание первой помощи при утоплении

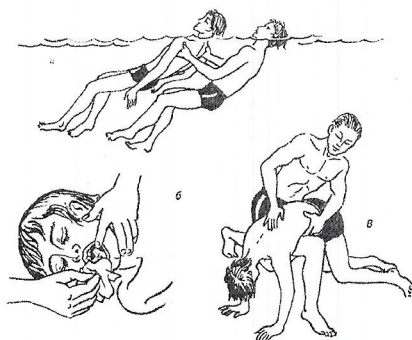


Рисунок 13 (п. 2.12.1.; п. 2.12.2)

2.12.1. Осмотрите пострадавшего: рот и нос могут быть забиты тиной или песком, их надо немедленно очистить (рис 13б).

2.12.2. Перекинуть пострадавшего животом вниз через бедро или скамейку, чтобы голова оказалась ниже уровня его таза, после чего нажмите с усилием на спину (рис. 13в), резко надавите на корень языка для провоцирования рвотного рефлекса и стимуляции дыхания.

2.12.3. Как только закончится отхаркивание пострадавшим жидкости, переверните его на бок и накройте чем-нибудь теплым: покрывалом, полотенцем, верхней одеждой.

2.12.4. Если нет рвотных движений и кашля – положите пострадавшего на спину и приступите к реанимации:

2.12.4.1. Встаньте на колени слева, максимально запрокиньте голову

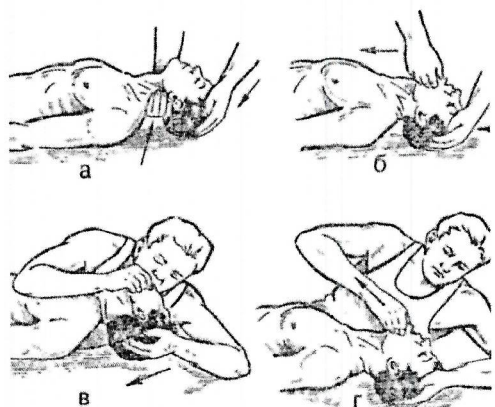


Рисунок 14 (п. 2.12.4.1.; п. 2.12.4.2.)

пострадавшего (это очень важно!) и сместив челюсть вниз раскройте ему рот (рис. 14а,б).

2.12.4.2. Сделайте глубокий вдох, приложите свои губы к губам пострадавшего и с силой вдохните воздух, ноздри пострадавшего при этом нужно зажать рукой (рис. 14в,г).

2.12.4.3. Если у пострадавшего не бьется сердце, искусственное дыхание надо сочетать с непрямой массажем сердца.

2.12.4.4. При проявлении признаков жизни переверните пострадавшего лицом вниз и удалите воду из легких и желудка.

2.12.4.5. Если помощь оказывают двое, тогда один делает искусственное дыхание, другой - массаж сердца. Не останавливайте меры по реанимации до прибытия скорой помощи.

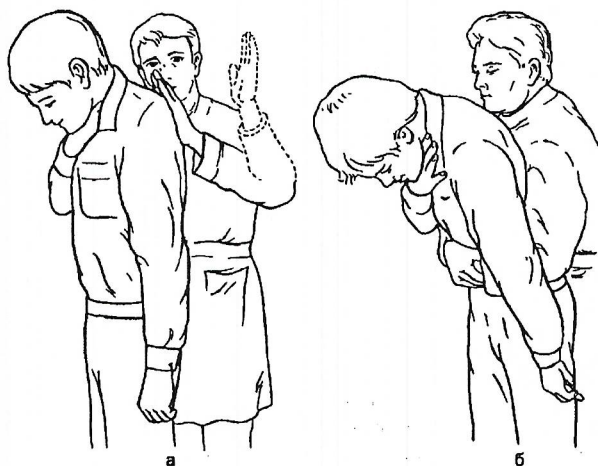
2.12.4.6. Не оставляйте пострадавшего одного и не перевозите его самостоятельно, вызовите «скорую помощь».

2.13. Первая помощь при попадании инородных тел

2.13.1. При попадании инородного тела в дыхательное горло необходимо:

2.13.1.1. Попросить пострадавшего сделать несколько резких кашлевых толчков;

2.13.1.2. Нанести пострадавшему 3-5 коротких ударов кистью в межлопаточную область при наклоненной вниз голове или в положении лежа на животе;



2.13.1.3. Охватить пострадавшего сзади, сцепив кисти рук между мечевидным отростком грудины и пупком и произвести 3-5 быстрых надавливаний на живот пострадавшего.

2.13.2. При попадании инородного тела (соринки) в глаз необходимо промыть глаз струей воды (из стакана при помощи ватки или марли), направляя последнюю от угла глаза (виска) внутреннему углу глаза (к носу). Запрещается тереть глаз.

Рисунок 14 (п. 2.13.1.2.; п. 2.13.1.3.)

2.13.3. При тяжелых травмах необходимо наложить на глаз стерильную повязку и срочно доставить пострадавшего в медицинское учреждение.

2.13.4. При попадании инородных тел в мягкие ткани (под кожу, ноготь и т.п.) необходимо:

2.13.5. Удалить инородное тело (если есть уверенность, что это можно сделать).

2.13.6. Обработать место внедрения инородного тела раствором йода.

2.13.7. Наложить стерильную повязку.

2.14. Помощь при укусах насекомых и животных

2.14.1. Единичные укусы пчел, ос, шмелей неприятны, болезненны, но особой опасности не представляют. В случае укусов из ранки вынимают жало и накладывают примочку из холодной воды или нашатырного спирта с водой.

2.14.2. Опасны укусы клещей. Эти укусы могут привести к развитию тяжелой болезни головного мозга – энцефалиту. В первые 2–3 часа после присасывания к коже клещ выпускает в кровь человека небольшое количество возбудителей заболевания, и заражение маловероятно. Поэтому клеща следует как можно быстрее удалить с кожи. Внедрившееся в кожу насекомое можно заставить вылезти, смазывая кожу вокруг места внедрения камфорным маслом. После этого насекомое удаляется более легко пальцами или пинцетом. Пострадавшего от укуса человека следует направить к врачу.

2.14.3. При укусе змеи необходимо произвести немедленное отсасывание яда ртом из ранки. Это может сделать как сам пострадавший, так и лицо, оказывающее помощь. Яд змеи, попавший в рот и желудок, безопасен. После этого пострадавшему обеспечивается покой и обильное питье. Не следует применять пережатие конечности жгутом, прижигание укушенной раны, вырезание и т. п.

2.14.4. Укус собаки или кошки может стать причиной такого опасного заболевания, как бешенство. При укусе животного из ранки выдавливают кровь, место укуса промывают кипяченой водой и накладывают на него повязку. Пострадавшего следует срочно направить в медицинское учреждение для проведения прививок против бешенства.

3. Транспортировка пострадавших

3.1. После оказания пострадавшему первой помощи и невозможности ожидания приезда скорой помощи в кратчайший срок и со всеми предосторожностями доставляют в медицинское учреждение.

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

3.2.1. При сердечной недостаточности - в лежачем (можно в полулежачем) положении.

3.2.2. При ранении головы - в лежачем (можно в полулежачем) положении.

3.2.3. При ранениях верхних конечностей, плечевого сустава, лопатки и небольших ранениях грудной клетки - в сидячем или полусидячем положении с наклоном головы в сторону ранения (при этом необходимо следить за дыханием пострадавшего).

3.2.4. При значительных ранениях груди - укладывать на раненый бок или спину (допускается, как исключение, полулежачее положение).

3.2.5. При повреждении позвоночника - укладывают (при переломах - перекатывают) лицом вверх на ровную жесткую поверхность или лицом вниз на носилки; доставка в сидячем положении запрещается.

3.2.6. При повреждении нижних конечностей - в лежачем или сидячем положении (в последнем случае стараются не травмировать поврежденную ногу).

3.2.7. При ожогах - укладывают на неповрежденную сторону, тщательно укрывают, дают большое количество питья (можно перевозить, как исключение в полулежачем положении).

3.2.8. При электротравмах - в лежачем или полулежачем положении.

3.3. Переносить пострадавшего из транспортного средства в медицинское учреждение целесообразно под руководством медицинского персонала.

4. Требования к комплектации медицинскими изделиями аптечки для оказания первой помощи работникам

4.1. Аптечка для оказания первой помощи работникам (далее - аптечка) комплектуется следующими медицинскими изделиями:

№ п/п	Код вида номенклатурной классификации и медицинских изделий	Наименование вида медицинского изделия в соответствии с номенклатурной классификацией медицинских изделий	Наименование медицинского изделия	Требуемое количество, (не менее)
1.	182450	Маска хирургическая, одноразового использования	Маска медицинская нестерильная одноразовая	10 шт.
	367580	Маска лицевая для защиты дыхательных путей, одноразового использования		
2.	122540	Перчатки смотровые/процедурные из латекса гевеи, неопудренные, нестерильные	Перчатки медицинские нестерильные, размером не менее М	2 пары
	122560	Перчатки смотровые/процедурные из латекса гевеи, опудренные		
	139350	Перчатки смотровые/процедурные из полихлоропрена, неопудренные		

	139360	Перчатки смотровые/процедурные из полихлоропрена, опудренные		
	185830	Перчатки смотровые/процедурные нитриловые, неопудренные, нестерильные		
	185850	Перчатки смотровые/процедурные нитриловые, опудренные		
	205280	Перчатки смотровые/процедурные виниловые, неопудренные		
	205290	Перчатки смотровые/процедурные виниловые, опудренные		
	298450	Перчатки смотровые/процедурные из гваюлового латекса, неопудренные		
	320790	Перчатки смотровые/процедурные нитриловые, неопудренные, антибактериальные		
	321530	Перчатки смотровые/процедурные полиизопреновые, неопудренные		
3.	327410	Маска для сердечно-легочной реанимации, одноразового использования	Устройство для проведения искусственного дыхания «Рот- Устройство- Рот»	1 шт.
4.	210370	Жгут на верхнюю/нижнюю конечность, многоразового использования	Жгут кровоостанавли вающий для	1 шт.

	210380	Жгут на верхнюю/нижнюю конечность, одноразового использования	остановки артериального кровотечения	
5.	150130	Рулон марлевый тканый, нестерильный	Бинт марлевый медицинский размером не менее 5 м x 10 см	4 шт.
	150140	Бинт марлевый тканый, стерильный		
6.	150130	Рулон марлевый тканый, нестерильный	Бинт марлевый медицинский размером не менее 7 м x 14 см	4 шт.
	150140	Бинт марлевый тканый, стерильный		
7.	223580	Салфетка марлевая тканая, стерильная	Салфетки марлевые медицинские стерильные размером не менее 16 x 14 см N 10	2 уп.
8.	136010	Лейкопластырь кожный стандартный	Лейкопластырь фиксирующий рулонный размером не менее 2 x 500 см	1 шт.
	122900	Лейкопластырь кожный гипоаллергенный		
	141730	Лейкопластырь кожный силиконовый		
	269230	Лейкопластырь кожный водонепроницаемый		
9.	142270	Лейкопластырь для поверхностных ран антибактериальный	Лейкопластырь бактерицидный размером не менее 1,9 x 7,2 см	10 шт.
10.	142270	Лейкопластырь для поверхностных ран антибактериальный	Лейкопластырь бактерицидный размером не менее 4 x 10 см	2 шт.
11.	293880	Одеяло спасательное	Покрывало спасательное	2 шт.

			изотермическое размером не менее 160 x 210 см	
12.	260590	Ножницы хирургические общего назначения, многоразового использования	Ножницы для разрезания повязок	1 шт.
	116910	Ножницы для перевязочного материала, многоразового использования		
	103290	Ножницы для разрезания тонкой гипсовой повязки		
	151740	Ножницы диссекционные		

4.2. В состав аптечки также включаются следующие прочие средства:

№ п/п	Наименование	Требуемое количество, (не менее)
1.	Инструкция по оказанию первой помощи с применением аптечки для оказания первой помощи работникам	1 шт.
2.	Футляр	1 шт.
	Сумка	

4.3. При комплектации аптечки медицинскими изделиями допускается комплектация:

4.3.1. Одного медицинского изделия из числа включенных соответственно в подпункты 4, 8 и 12 пункта 1 настоящих требований;

4.3.2. Комбинации медицинских изделий с учетом требуемого минимального количества из числа включенных соответственно в подпункты 1, 2, 5 и 6 пункта 1 настоящих требований;

4.3.3. Одного прочего средства из числа включенных соответственно в подпункт 2 пункта 2 настоящих требований.

4.4. По истечении сроков годности медицинские изделия и прочие средства, которыми укомплектована аптечка, подлежат списанию и уничтожению (утилизации) в соответствии с законодательством Российской Федерации.

4.5. В случае использования или списания и уничтожения (утилизации) медицинских изделий и прочих средств, предусмотренных настоящими требованиями, аптечку необходимо пополнить.

4.6. Не допускается использование медицинских изделий, которыми укомплектована аптечка, в случае нарушения их стерильности.

4.7. Не допускается использование, в том числе повторное, медицинских изделий, которыми укомплектована аптечка, загрязненных кровью и (или) другими биологическими жидкостями.

4.8. Футляр или сумка аптечки может быть носимым и (или) фиксирующимся на стену.

5. Заключительные положения

5.1. Настоящая Инструкция вступает в действие с момента ее утверждения.

5.2. Лица, виновные в нарушении настоящей Инструкции, в зависимости от характера нарушений и последствий несут ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

Разработчик:
Ведущий специалист
Управления охраны труда



А.М. Соколинская

Согласовано:
Начальник Управления охраны труда



Т.Г. Комарова