Приложение № 4

УТВЕРЖДЕНА

приказом ФГБОУ ВО «Чеченский государственный педагогический университет»
от 23 октября № 417-д

ИНСТРУКЦИЯ ПО ОКАЗАНИЮ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШЕМУ ОТ ЭЛЕКТРИЧЕСКОГО ТОКА

I. ОПАСНОСТЬ ЭЛЕКТРИЧЕСКОГО ТОКА

1. Прикосновение к токоведущим частям электроустановки или предметам, случайно оказавшимся под напряжением, может привести к:

– электрическому удару-поражению электрическим током разной степени, смертельному поражению;

– электрическому ожогу током и вольтовой дугой;

– ослеплению – ожогу роговицы при вольтовой дуге;

– другим несчастным случаем, связанным с поражением током - падению, ушибам, переломам и др.

II. ОСВОБОЖДЕНИЕ ПОСТРАДАВШЕГО ОТ ДЕЙСТВИЯ ЭЛЕКТРИЧЕСКОГО ТОКА

2. При поражении электрическим током необходимо как можно скорее освободить пострадавшего от действия тока, так как от продолжительности этого действия зависит тяжесть электротравмы.

3. Прохождение электрического тока по организму человека вызывает остановку сердца, нарушает деятельность центральной нервной системы, прекращается дыхание. Мышцы сокращаются судорожно и, не подчиняются воле человека. Если пострадавший держит провод руками, его пальцы так сильно сжимаются, что высвободить провод из его рук становится невозможным. Поэтому первым действием оказывающего помощь должно быть немедленное отключение той части электроустановки, которой касается пострадавший. Отключение производится с помощью выключателей, рубильника или другого отключающего аппарата, а также путем снятия или вывертывания предохранителей, разъема штепсельного соединения. При этом необходимо принять меры от падения, если пострадавший находится на высоте.

4. Если нет возможности быстро отключить установку, то необходимо отдернуть пострадавшего за его одежду (если она сухая), предохранив себя диэлектрическими перчатками, в их отсутствие – своей одеждой, или накинуть на пострадавшего прорезиненную материю (плащ) или просто сухую материю.

5. При однофазном касании, когда ток проходит через пострадавшего, пострадавшего можно приподнять – оторвав от земли. При этом оказывающий помощь должен надежно изолировать себя от земли – стать на резиновый коврик, фанеру, картон, пальто, плащ и др., избегать касания тела пострадавшего и металлических частей установки.

6. При касании двух фаз необходимо перекусить провода инструментом с изолированными рукоятками или перерубить их топором с сухой деревянной рукояткой (рубить и кусать провода надо по одному проводу).

7. При отключении электроустановки может одновременно погаснуть электрический свет. В связи с этим при отсутствии дневного освещения необходимо позаботиться об освещении от другого источника с учетом взрывоопасности и пожароопасности помещения, не задерживая отключения электроустановки и оказания помощи пострадавшему.

III. МЕРЫ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШЕМУ ОТ ДЕЙСТВИЯ ЭЛЕКТРИЧЕСКОГО ТОКА

8. Жизнь пострадавшего от действия электрического тока может быть сохранена, если своевременно начать и правильно проводить мероприятия по оживлению.

9. При поражении электрическим током смерть часто бывает клинической, поэтому никогда не следует отказываться от оказания помощи пострадавшему и считать его мертвым из-за отсутствия дыхания, сердцебиения, пульса. Решать вопрос о целесообразности или бесполезности мероприятий по оживлению пострадавшего и вынесении заключения о его смерти имеет право только врач.

10. Помощь пострадавшему должна оказываться до прибытия врача.

11. Если у пострадавшего отсутствуют: сознание, дыхание, пульс, кожный покров синюшный, а зрачки широкие, считать, что он находится в состоянии клинической смерти и немедленно приступать к проведению **сердечно-легочной реанимации**. Вызвать врача.

12. Если пострадавший в сознании, но до этого был в обмороке с сохранившимся устойчивым дыханием и пульсом, его следует уложить, обеспечить покой, непрерывно наблюдая за пульсом и дыханием.

13. При возникновении у пострадавшего рвоты необходимо повернуть его голову и плечи на бок для удаления рвотной массы.

14. Ни в коем случае нельзя позволять пострадавшему двигаться, а тем более продолжать работу. Только врач может дать заключение о состоянии здоровья пострадавшего.

IV. СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНАЯ РЕАНИМАЦИЯ

Базовые реанимационные мероприятия (БРМ) включают в себя обеспечение проходимости дыхательных путей, поддержание кровообращения и дыхания без использования специальных устройств, кроме защитных. Алгоритм базовых реанимационных мероприятий

15. Убедиться в безопасности для себя, пострадавшего и окружающих; устранить возможные риски.

16. Проверить реакцию пострадавшего: аккуратно встряхнуть его за плечи и громко спросить: «Что с Вами?». Не следует тратить время на проверку пульса на сонной (или другой) артерии – это не всегда достоверный метод.

17. Принять решение:

– если пострадавший реагирует – оставить его в том же положении, попытаться выяснить причины происходящего и позвать на помощь, регулярно оценивать состояние пострадавшего;

– если пострадавший не реагирует – громко позвать на помощь, повернуть на спину и открыть дыхательные пути путем запрокидывания головы и подтягивания подбородка – рукой нужно надавить на лоб, а другой рукой подтянуть подбородок. Альтернативный способ – запрокидывание головы путем подведения одной руки под шею больного, а другой – на лоб пострадавшего.

18. Поддерживая дыхательные пути открытыми необходимо увидеть, услышать и почувствовать дыхание, наблюдая за движениями грудной клетки, прислушиваясь к шуму дыхания и ощущая движение воздуха на своей щеке. Исследование продолжать не более 10 сек. Принять решение: дыхание нормальное, ненормальное или отсутствует. Необходимо помнить о том, что у 40% пострадавших в первые минуты после остановки кровообращения может развиваться агональное дыхание (редкие, короткие, глубокие судорожные дыхательные движения) или другие патологические типы дыхания. Агональное дыхание может возникнуть во время проведения компрессий грудной клетки как признак улучшения перфузии головного мозга, но не признак восстановления спонтанного кровообращения. Если возникают сомнения в характере дыхания – вести себя так, как будто дыхание патологическое. Таким образом, отсутствие сознания и дыхания (или патологическое дыхание) – признаки остановки кровообращения и показания к началу СЛР.

19. Принять решение:

– если пострадавший дышит нормально – поместить его в боковое стабильное положение, вызвать скорую помощь, регулярно оценивать состояние и наличие нормального дыхания;

– если у пострадавшего патологический тип дыхания или оно отсутствует – попросить окружающих вызвать помощь (или сделать это самостоятельно по мобильному телефону).

20. Начать компрессии грудной клетки:

– встать на колени сбоку от пострадавшего;

– расположить основание одной ладони на центре грудной клетки пострадавшего (т.е. на нижнюю половину грудины);

– расположить основание другой ладони поверх первой ладони;

– сомкнуть пальцы рук в замок и удостовериться, что вы не оказываете давление на ребра; выгнуть руки в локтевых суставах; не оказывать давление на верхнюю часть живота или нижнюю часть грудины;

– расположить корпус тела вертикально над грудной клеткой пострадавшего и надавить на глубину как минимум на 5 см, но не более 6 см;

– обеспечивать полную декомпрессию грудной клетки без потери контакта рук с грудиной после каждой компрессии;

– продолжать компрессии грудной клетки с частотой от 100 до 120/ мин;

– компрессии и декомпрессии грудной клетки должны занимать равное время;

– компрессии грудной клетки следует проводить только на жесткой поверхности. При выполнении базовых реанимационных мероприятий (далее-БРМ) в ограниченных по площади пространствах, компрессии возможно выполнять через голову пострадавшего или, при наличии двух спасателей, стоя над пострадавшим с расставленными ногами.

21. Компрессии грудной клетки необходимо сочетать с искусственными вдохами (“изо рта в рот”, “изо рта в нос”)

– после 30 компрессий открыть дыхательные пути, как было описано выше;

– зажать крылья носа большим и указательным пальцами руки, расположенной на лбу;

– открыть рот, подтягивая подбородок;

– сделать нормальный вдох и плотно охватить своими губами рот пострадавшего;

– произвести равномерный вдох в течение 1 сек, наблюдая при этом за подъемом грудной клетки, что соответствует дыхательному объему около 500-600 мл (признак эффективного вдоха); избегать форсированных вдохов;

– поддерживая дыхательные пути открытыми, приподнять свою голову и наблюдать за тем, как грудная клетка опускается на выдохе;

– Принять решение: если первый искусственный вдох оказался неэффективным, перед следующим вдохом необходимо удалить инородные тела изо рта пострадавшего, проверить адекватность открывания дыхательных путей. Не следует делать более 2-х попыток искусственных вдохов;

– сделать еще один искусственный вдох. Всего необходимо сделать 2 искусственных вдоха, которые должны занять не более 5 сек. Следует избегать гипервентиляции, которая ухудшает венозный возврат к сердцу.

– возможная альтернатива проведения БРМ для лиц без медицинского образования – выполнение только непрерывных, качественных компрессий грудной клетки с частотой 100-120/мин. Тем не менее, полноценные БРМ (компрессии+дыхание) предпочтительны. БРМ без искусственного дыхания

неприемлемы при гипоксической ОК (утопление, обструкция дыхательных путей инородным телом и др.)

22. После этого сделать 30 компрессий грудной клетки и далее продолжать СЛР в соотношении компрессии: вентиляции 30:2. Компрессии грудной клетки должны выполняться с минимальными перерывами.

23. Реанимационные мероприятия прекращают только при признании их абсолютно бесперспективными или констатации биологической смерти, а именно: a. при констатации смерти человека на основании смерти головного мозга, в том числе на фоне неэффективного применения полного комплекса мероприятий, направленных на поддержание жизни; b. при неэффективности реанимационных мероприятий, направленных на восстановление жизненно важных функций в течение 30 мин.

24. Реанимационные мероприятия не проводятся:

– при наличии признаков биологической смерти;

– при наступлении состояния клинической смерти на фоне прогрессирования достоверно установленных неизлечимых заболеваний.

Сердечно-лёгочная реанимация двумя спасателями: один спасатель выполняет компрессии грудной клетки, другой – искусственную вентиляцию. Спасатель, выполняющий компрессии грудной клетки, громко считает количество компрессий и отдает команду второму спасателю на выполнение 2-х вдохов. Спасатели меняются местами каждые 2 мин.

СОГЛАСОВАНО:

Председатель Чеченской региональной общественной организации- Профсоюзная организация в ФГБОУ ВО «Чеченский государственный педагогический университет» А.Х. Вахаев

Заведующий сектором гражданской обороны, чрезвычайных ситуаций и охраны труда А.И. Ахмедов