



ПРАВИТЕЛЬСТВО САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

КОМИТЕТ ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ

Малая Садовая ул., д. 1, Санкт-Петербург,
191023
Тел. (812) 595-89-79, (812) 571-34-06
факс (812) 314-18-14
E-mail: kzdrav@gov.spb.ru
<http://www.gov.spb.ru>

ОКПО 00086970 ОКОГУ 97400 ОГРН 1037843003285
ИНН/КПП 7808043833/784101001

10.10.2011 № 01/20-1090/11-0-0

на № _____ от _____

О типовых инструкциях, определяющих действие персонала по оказанию первой помощи в физиотерапевтических отделениях (кабинетах)

Начальникам отделов здравоохранения администраций районов Санкт-Петербурга

Главным врачам Санкт-Петербургских государственных учреждений здравоохранения

В соответствии с п.1.10. ОСТ 42-21-16-86 «Система стандартов безопасности труда. Отделения, кабинеты физиотерапии. Общие требования безопасности», наличие инструкций, определяющих действие персонала по оказанию первой помощи при поражении электрическим током, световым излучением является обязательным требованием при работе в отделениях и кабинетах физиотерапии. Городским организационно – методическим отделом по физиотерапии выявлено отсутствие данных инструкций в физиотерапевтических кабинетах, за исключением санаторно-курортного звена детской сети.

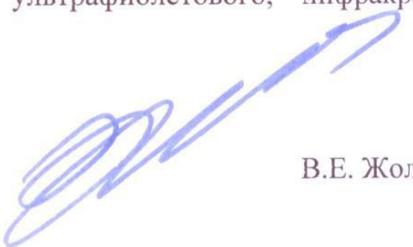
Комитет по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга направляет Вам типовые инструкции, определяющие действие персонала по оказанию первой помощи при поражении электрическим током, световым излучением в физиотерапевтических отделениях (кабинетах), на основании которых должны быть разработаны и утверждены руководителем учреждения инструкции по оказанию первой помощи в физиотерапевтических кабинетах в соответствии с представленными видами физиотерапии Вашего ЛПУ.

Приложение: 1. Типовая инструкция, определяющая действие персонала по оказанию первой помощи при поражении электрическим током – 2 л. в 1 экз.

2. Типовая инструкция, определяющая действие персонала по оказанию первой помощи при передозировке лазерного излучения – 2 л. в 1 экз.

3. Типовая инструкция, определяющая действие персонала по оказанию первой помощи при передозировке ультрафиолетового, инфракрасного излучения – 2 л. в 1 экз.

Первый заместитель Председателя
Комитета по здравоохранению


В.Е. Жолобов

УТВЕРЖДАЮ

Первый

заместитель Председателя

Комитета по здравоохранению

Правительства Санкт-Петербурга

В.Е. Жолобов

2011 г.



ТИПОВАЯ ИНСТРУКЦИЯ, ОПРЕДЕЛЯЮЩАЯ ДЕЙСТВИЕ ПЕРСОНАЛА ПО ОКАЗАНИЮ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПРИ ПОРАЖЕНИИ ЭЛЕКТРИЧЕСКИМ ТОКОМ.

Основные причины поражения электрическим током – несоблюдение правил охраны труда при пользовании электроприборами, неисправность электроприборов, повреждение изоляции проводов.

Электрический ток вызывает местные и общие нарушения в организме.

Местные изменения проявляются ожогами ткани в местах выхода и входа электрического тока. Площадь ожога рассчитывается по правилу «девяток» или по специальным таблицам. По глубине поражения тканей различают 4 степени ожога:

I-я степень – покраснение кожи

II-я степень – образование пузырей

III-IV-я степень – эпидермис полностью разрушен, ожоговые раны имеют мозаичную картину с чередованием участков розового и белесоватого цвета с преобладанием последних при III степени и образованием ожогового струпа при IV степени.

Порядок оказания первой помощи при местном поражении электрическим током:

1. Прекратить действие электрического тока – выключить общий рубильник в групповом щите кабинета
2. Провести обезболивание
3. Снять одежду, которая соприкасается с ожоговой поверхностью
4. Закрыть раны стерильным материалом (салфеткой, пеленкой, полотенцем и т.д.)
5. Госпитализация

Общие нарушения в организме возникают при воздействии на организм электрического тока высокого напряжения (выше 100 В), что вызывает электротравму.

Тяжесть электротравмы зависит от силы тока, напряжения, длительности воздействия, физиологического состояния организма, возраста, сопротивления тканей в месте контакта, условий внешней среды.

По тяжести электротравма подразделяется на 4 степени:

I степень:

Жалобы на ощущение удара, кратковременное потемнение в глазах. В ряде случаев – кратковременное локальное судорожное сокращение мускулатуры (чаще – кисть руки). Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Амнезии не отмечается. Гемодинамика стабильная, нарушений ритма сердца нет.

2 степень:

Состояние удовлетворительное или средней тяжести. Сознание ясное. Выявляется один или несколько следующих признаков:

- кратковременная потеря сознания, амнезия
- кратковременный спазм дыхательной мускулатуры
- головная боль, тошнота, рвота
- боль в грудной клетке или животе
- экстрасистолия

3 степень:

Состояние тяжелое. Дезориентация. Оглушение, иногда – сопор. Выделяется один или несколько следующих признаков:

- потеря сознания более чем на 5 мин.
- генерализованные судороги
- нарушение зрения, речи
- патологические очаговые неврологические симптомы, анизорефлексия
- нарушения ритма сердечной деятельности (полиморфная экстрасистолия)

4 степень:

Состояние крайне тяжелое, кома, самостоятельное дыхание неадекватное. Гемодинамика нестабильная. Возможно развитие терминального состояния.

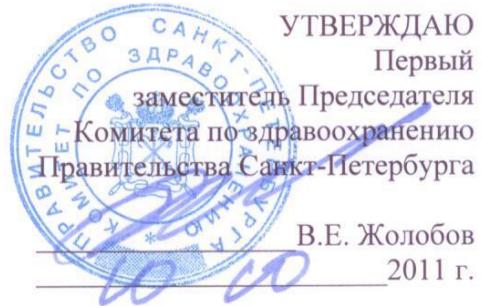
Порядок оказания первой помощи при общем поражении электрическим током:

1. Прекратить действие электрического тока – выключить общий рубильник в групповом щите кабинета.
2. Освободить пострадавшего от электропроводов. Необходимо надеть диэлектрические перчатки или обмотать руки куском шелковой (шерстяной) ткани и пользоваться сухой деревянной палкой. На ноги надеть диэлектрические калоши или встать на диэлектрический коврик, сухую доску. Если пострадавший находится в воде, подходить к нему надо только в изоляционной обуви!
3. Не прикасаться к пострадавшему голыми руками!
4. После освобождения пострадавшего от действия электрического тока необходимо:
 - обеспечить проходимость дыхательных путей
 - оценить тяжесть поражения электрическим током
 - при 1-й степени тяжести – направление в стационар в связи с возможностью развития отсроченных осложнений
 - при 2-й степени тяжести – ЭКГ, мониторный контроль ритма, госпитализация
 - при 3-й степени тяжести – ЭКГ, оксигенотерапия, противоаритмическая терапия, противосудорожная терапия по показаниям, госпитализация в отделение реанимации
 - при 4-й степени тяжести – мониторный контроль ритма, посиндромная терапия, проведение сердечно-легочной реанимации при необходимости, вызов реанимационной бригады скорой помощи и госпитализация.

Все пострадавшие от электрического тока, независимо от степени тяжести, должны быть госпитализированы в крупнопрофильные стационары, т.к. у данной категории пострадавших возможны повторные отсроченные нарушения дыхания и сердечной деятельности!

Заведующая Городским организационно-методическим
отделом по физиотерапии СПб МИАЦ

И.В. Мельницкая



ТИПОВАЯ ИНСТРУКЦИЯ, ОПРЕДЕЛЯЮЩАЯ ДЕЙСТВИЕ ПЕРСОНАЛА ПО ОКАЗАНИЮ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПРИ ПЕРЕДОЗИРОВКЕ ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ.

Выраженность повреждений при передозировке лазерного излучения зависит от ряда факторов: характеристик лазерного пучка (плотности потока мощности, энергии, фокусировки, диаметра пучка, модовой структуры, длины волны, времени воздействия), вида и свойств биологических тканей - глаза, слизистые, кожа(цвет, наличие волоссяного покрова) и условий облучения(угол падения луча, площадь ожога).

При передозировке лазерного излучения возможны обмороки (тепловой стресс), ожоги, кровотечения, летальный исход от остановки сердца и дыхания.

Степень выраженности поражений кожного покрова различна: от ожогов эпидермиса до обугливания.

Лазерные ожоги имеют некоторую специфику, проявляющуюся в очерченности границ поражения в виде окружности, овала, ломаной линии, кратерообразного углубления, различной степени выраженности повреждения. На поверхности ожога видны точечные пигментации, наиболее выраженные по его периферии. Для лазерного ожога специфично наличие зон, разнородных по степени нарушений, отличающихся по структуре, форме и цвету. Отек тканей умеренный, рана болезненна. Сроки заживления лазерных ожогов различны, в зависимости от длины волны и мощности лазерного излучения.

Порядок оказания первой помощи при передозировке лазерного излучения:

1. Немедленно выключить лазерную установку и вызвать врача, скорую помощь.
2. При ожогах необходимо исключить дальнейшую травматизацию и загрязнение поврежденной поверхности:
 - 2.1. в случае возгорания одежды быстро потушить пламя;
 - 2.2. незамедлительно охладить участок поражения кожи (вода, лед) на несколько минут, что позволит снизить на одну степень глубину ожога;
 - 2.3. промыть рану дезинфицирующим раствором;
 - 2.4. наложить сухую стерильную повязку (индивидуальный пакет);
 - 2.5. при глубоких и обширных ожогах кожи необходимо ввести обезболивающие средства;
 - 2.6. направить пострадавшего к хирургу.
3. При ожогах век и роговицы закапать в конъюнктивальный мешок раствор местных анестетиков или заложить за веко лекарственную пленку с местным анестетиком или мазь с антибиотиками или сульфаниламидаами. Мазь наносят и на пораженные участки кожи век. На обожженные веки и прилегающие участки лица должна быть наложена асептическая повязка (индивидуальный перевязочный пакет).

4. При ожоге радужной оболочки и заднего отдела глаза, в том числе и глазного дна, вызванном лазерным излучением видимого и инфракрасного диапазонов спектра, в конъюнктивальный мешок закапать раствор местных анестетиков или заложить за веко лекарственную пленку с местным анестетиком. На пораженный глаз накладывают асептическую повязку. При ослаблении зрения необходимо наложить бинокулярную повязку и срочно направить пострадавшего к офтальмологу. После оказания первой помощи пострадавшего направляют в глазной стационар.

Заведующая Городским организационно-методическим
отделом по физиотерапии СПб МИАЦ



И.В. Мельницкая

УТВЕРЖДАЮ

Первый

заместитель Председателя

Комитета по здравоохранению

Правительства Санкт-Петербурга

В.Е. Жолобов

2011 г.



ТИПОВАЯ ИНСТРУКЦИЯ, ОПРЕДЕЛЯЮЩАЯ ДЕЙСТВИЕ ПЕРСОНАЛА ПО ОКАЗАНИЮ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПРИ ПЕРЕДОЗИРОВКЕ УЛЬТРАФИЛЕТОВОГО, ИНФРАКРАСНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ.

Лучевые ожоги могут быть вызваны инфракрасным, ультрафиолетовым и лазерным излучением, при этом всегда есть и общие изменения в организме (лучевая болезнь). Передозировка ультрафиолетовыми лучами при общих и локализованных облучениях, приеме солнечных ванн в случае охвата больших участков кожного покрова сопровождается мучительной болезненностью и значительным нарушением общего состояния. Отмечается медленное заживление ожогов после передозировки УФЛ и солнечной радиации вследствие подавления регенерации клеток ультрафиолетовыми лучами.

Тяжесть ожога зависит от глубины и площади поражения тела. По глубине ожоги делятся на четыре степени:

I степень характеризуется стойкой гиперемией кожи, небольшой ее припухлостью, сопровождающейся сильной болезненностью.

II степень - на фоне гиперемированной кожи образуются пузыри, наполненные прозрачной желтоватой жидкостью. Пузыри могут образовываться сразу после ожога или спустя некоторое время. Если пузыри лопаются, то обнажается ярко-красная эрозия. Заживление при этой степени происходит обычно к 10-12 дню без образования рубцов.

III степень - на фоне участков гиперемии, вскрывшихся пузырей видны участки белой («свиной») кожи с образованием ожогового струпа. Струп представляет собой сухую корку от светло-коричневого до почти черного цвета

IV степень ожогов характеризуется обугливанием кожи и поражением глубже лежащих тканей – подкожной жировой клетчатки, мышц и костей.

Степень ожога определяют на основании характерных симптомов, площадь по правилу «девяток» или правилу ладони, помня, что площадь ладони составляет примерно 1% площади поверхности тела.

Особенно тяжело ожоги протекают у детей, и чем меньше возраст, тем тяжелее. Шоковое состояние может наступить у детей при наличии ожоговой поверхности, составляющей до 8% общей площади кожи. Шоку, как правило, предшествуют многократная рвота, судороги, выраженные явления токсемии.

Опасен для жизни глубокий ожог 10-15% поверхности тела, а также ожоги лица, верхних дыхательных путей и промежности. При обширных поверхностных ожогах и глубоких ожогах более 10% поверхности тела высока вероятность развития ожогового шока, характеризующегося выраженными болевыми ощущениями, психомоторным возбуждением, дезориентированностью, умеренным повышением АД. Возбуждение сменяется прострацией с падением АД, снижением диуреза.

Критическим состоянием для взрослых считается тотальный ожог I степени, ожоги II-III A степени более 30% поверхности тела.

Важно своевременно диагностировать наличие шока у пострадавшего, учитывая площадь ожога и его глубину, несмотря на нормальный или повышенный уровень АД.

Ультрафиолетовая часть светового спектра может вызывать поражения глаз, называемые электроофтальмией. Ожоги глаз, вызываемые ультрафиолетовыми лучами, относятся, как правило, к легким ожогам I степени. Обычно через 4-8 часов после поражения появляется резь в глазах, светобоязнь, слезотечение, блефароспазм. Объективно могут наблюдаться лишь гиперемия и отек век и роговицы.

Инфракрасная часть светового спектра может мгновенно поразить сетчатку вплоть до образования дырчатого дефекта и значительного снижения остроты зрения.

Порядок оказания первой помощи при передозировке ультрафиолетовым, инфракрасным излучением:

1. Немедленно выключить аппарат и прекратить воздействие фактора.
2. Ожоговую реакцию на кожных покровах при передозировке УФЛ можно предотвратить, облучая зону поражения инфракрасными лучами от стационарного или портативного облучателя в слаботепловой дозе непосредственно сразу после воздействия УФЛ.
3. При ожогах I степени пораженную кожную поверхность обрабатывают дезинфицирующим раствором.
4. При ожогах II степени (образование пузырей) пораженную поверхность обрабатывают дезинфицирующим раствором и закрывают сухой асептической повязкой. Пузыри вскрывать нельзя. При необходимости, для профилактики болевого шока больному вводят анальгетики и антигистаминные препараты.
5. Дальнейшее лечение, особенно детей, проводится в условиях хирургического стационара для противошоковой, инфузационной терапии и получения квалифицированной хирургической помощи.
6. Перед отправкой в стационар может понадобиться проведение регидратационной терапии, введение нейроплегических средств или антиконвульсантов.
7. При поражении глаз первая помощь включает: обезболивание (инстилляция в конъюнктивальный мешок растворов местных анестетиков, внутримышечное введение или прием внутрь анальгетиков), прикладывание на область век холодных примочек с водой. При ослаблении зрения необходимо наложить бинокулярную повязку. После оказания первой помощи необходимо срочно направить пострадавшего к офтальмологу, при поражении инфракрасными лучами – в глазной стационар.

Заведующая Городским организационно-методическим
отделом по физиотерапии СПб МИАЦ

И.В. Мельницкая