



МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ
ЛУГАНСКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ
ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
ЛУГАНСКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ
«ЛУГАНСКИЙ ИНСТИТУТ РАЗВИТИЯ ОБРАЗОВАНИЯ»
(ГБОУ ДПО ЛНР «ЛИРО»)
ЕСУРСНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ ЦЕНТР ПО УЧЕБНЫМ ПРЕДМЕТАМ «ОСНОВЫ
БЕЗОПАСНОСТИ И ЗАЩИТЫ РОДИНЫ»,
«ТРУД (ТЕХНОЛОГИЯ)»

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

на тему:
"Оказание первой помощи
пострадавшим"



Луганск 2026 г.

Методические рекомендации по теме «Оказание первой помощи пострадавшим» разработаны ресурсно-методическим центром по учебным предметам «Основы безопасности и защиты Родины», «Труд (технология)».

Методические рекомендации составлены в соответствии с тематикой Федеральной рабочей программы по учебному предмету «Основы безопасности и защиты Родины» и предназначены в качестве учебного пособия для преподавания модуля «Основы медицинских знаний. Оказание первой помощи» для учащихся 9 и 11 классов общеобразовательных организаций.

Предлагаемые темы нацелены на изучение организационно-правовых аспектов оказания первой помощи, истории возникновения скорой медицинской помощи и первой помощи, алгоритмов оказания первой помощи при отсутствии сознания, остановке дыхания и кровообращения, наружных кровотечениях, травмах, ранениях и поражениях, судорожных состояниях, сопровождающихся потерей сознания и при острых психологических реакциях на стресс.

*Составитель:
Сальник С. А., методист РМЦ
ГБОУ ДПО ЛНР «ЛИРО»*

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ. ЮРИДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ И ОСНОВОПОЛАГАЮЩИЕ ПРИНЦИПЫ.

Оказание первой помощи является важным фактором в спасении жизни и здоровья пострадавших, т.к. позволяет устранить угрожающие жизни нарушения в организме. Оказать первую помощь могут очевидцы происшествия и сотрудники спасательных служб. Для этого они должны быть обучены и оснащены для оказания первой помощи.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ – это комплекс срочных простейших мероприятий по спасению жизни человека. Цель ее – устранить явления, угрожающие жизни, а также предупредить дальнейшие повреждения и возможные осложнения.

Первая помощь оказывается пострадавшим при несчастных случаях, травмах, ранениях, поражениях, отравлениях, других состояниях и заболеваниях, угрожающих жизни и здоровью пострадавших до оказания медицинской помощи.

Следует помнить, что от своевременности и качества оказания первой помощи в значительной степени зависит дальнейшее состояние здоровья пострадавшего и его жизнь.



В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 03.05.2024 № 220н «Об утверждении Порядка оказания первой помощи» существует 9 неотложных состояний и 9 мероприятий по спасению жизни, освоить которые может практически любой человек.

ПЕРЕЧЕНЬ СОСТОЯНИЙ, ПРИ КОТОРЫХ ОКАЗЫВАЕТСЯ ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ:

1. Отсутствие сознания.
2. Остановка дыхания и (или) кровообращения.
3. Нарушение проходимости дыхательных путей инородным телом и иные угрожающие жизни и здоровью нарушения дыхания.
4. Наружные кровотечения.
5. Травмы, ранения и поражения, вызванные механическими, химическими, электрическими, термическими поражающими факторами, воздействием излучения.
6. Отравления.
7. Укусы или ужаления ядовитых животных.
8. Судорожные состояния, сопровождающиеся потерей сознания.
9. Острые психологические реакции на стресс.

Для того, чтобы говорить о состояниях, требующих оказания первой помощи, необходимо уточнить, какие именно системы обеспечивают жизнедеятельность человеческого организма. Общеизвестно, что человек получает необходимую для жизни энергию за счет обменных процессов, в которых участвует кислород – абсолютно необходимый для жизни газ. Он попадает в организм в процессе дыхания (обеспечивается органами дыхания) и доставляется к органам и тканям кровью (обеспечивается системой кровообращения). Управляет всеми процессами (в том числе и дыханием, и деятельностью сердца и легких) – головной мозг.

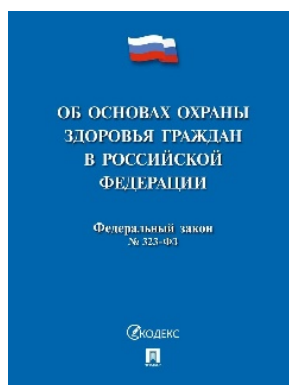
Таким образом, головной мозг, легкие и сердце – это жизненно-важные органы



Непоправимое повреждение этих органов, лишение их кислорода как жизнеобеспечивающего газа, а также перерыв в их деятельности по любой причине приводят к смерти организма. Кроме того, стоит помнить, что и 4-5 минут без кислорода небезопасны для головного мозга нетренированного человека.

Исходя из этих соображений, вполне логичен перечень состояний, требующих оказания первой помощи. В приказ Минздравсоцразвития России от 04.05.2012 N 477н "Об утверждении перечня состояний, при которых оказывается первая помощь, и перечня мероприятий по оказанию первой помощи" был внесен ряд поправок во избежание разночтений. Пункт об инородных телах верхних дыхательных путей дополнен иными угрожающими жизни и здоровью нарушениями дыхания. Все варианты травм, ранений и поражений объединены в один пункт. В отдельные пункты вынесены укусы и ужаливания ядовитых животных, судорожный приступ с потерей сознания и острые психологические реакции на стресс. Таким образом, перечень состояний, требующих оказания первой помощи со временем был упрощен и унифицирован. При угрожающей жизни ситуации необходимо определить, какие именно из девяти угроз имеются у пострадавшего, и выполнить соответствующие простые действия.

Мировой рекорд по статической задержке дыхания установил фридайвер из Хорватии Будумир Шобат весной 2021 года – 24 минуты 33 секунды. Но обычный человеческий мозг без доставки кислорода уже через несколько минут получает несовместимые с жизнью повреждения. Оценив эти цифры, можно еще раз убедиться в огромной важности именно первой помощи.



Статья 31 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» устанавливает 3 категории участников оказания первой помощи:

Первая категория – это лица, обязанные оказывать первую помощь в соответствии с федеральными законами или иными нормативными правовыми актами. К ним относятся лица, которые в силу должностных обязанностей первыми оказываются на месте происшествия с пострадавшими: *сотрудники органов внутренних дел Российской Федерации; сотрудники, военнослужащие и работники всех видов пожарной охраны; спасатели аварийно-спасательных служб и аварийно-спасательных формирований; военнослужащие Вооруженных Сил Российской Федерации; военнослужащие (сотрудники) войск национальной гвардии; работники ведомственной охраны, частные охранники, должностные лица таможенных органов; военнослужащие органов федеральной службы безопасности, судебные приставы, внештатные сотрудники полиции и народные дружинники, инструкторы-проводники.*

Обязанность по оказанию первой помощи для вышеуказанных лиц сформулирована по-разному. Сотрудников полиции закон обязывает оказывать первую помощь при любых обстоятельствах, требующих ее оказания, и не только в служебное время. Для всех иных должностных лиц закон устанавливает обязанность оказывать первую помощь только в рабочее (служебное) время.

Для простых граждан обязанность по оказанию первой помощи может возникать в следующих случаях. Во-первых, такая обязанность у граждан, имеющих соответствующую подготовку, возникает на территориях, где введены режим повышенной готовности или чрезвычайная ситуация. Во-вторых, если гражданин является водителем, причастным к ДТП, в котором погибли или ранены люди, он обязан принять меры для оказания первой помощи.

Обязанности по оказанию первой помощи устанавливаются не только для физических, но и для юридических лиц. Для всех юридических лиц, являющихся работодателями, предусмотрена обязанность при несчастном случае на производстве немедленно организовать первую помощь пострадавшему и при необходимости доставку его в медицинскую организацию. Для организаций, осуществляющих образовательную деятельность, установлена обязанность обеспечивать организацию оказания первой помощи не только работникам, но и обучающимся в период их пребывания в этой организации.

Вторая категория – сами пострадавшие (самопомощь) или находящиеся вблизи лица (взаимопомощь) в случаях, предусмотренных федеральными законами.

Третья категория – иные лица, при наличии соответствующей подготовки и (или) навыков, в добровольном порядке.



Первая помощь может оказываться непосредственно на месте происшествия, в безопасном месте после перемещения пострадавшего с места происшествия, а также во время транспортировки пострадавшего в медицинскую организацию.

Первая помощь оказывается при условии отсутствия угрожающих факторов жизни и здоровью оказывающего ее лица.

Оказание первой помощи допускается, если отсутствует выраженный до начала оказания первой помощи отказ гражданина или его законного представителя от оказания первой помощи.

Первоочередность оказания первой помощи двум и более пострадавшим определяется исходя из тяжести их состояния, при этом приоритет должен отдаваться детям (несовершеннолетним).

При оказании первой помощи используются укладки, наборы, комплекты и аптечки для оказания первой помощи с применением медицинских изделий и (или) лекарственных препаратов, требования к комплектации которых утверждаются Министерством здравоохранения Российской Федерации (в соответствии с частью 5 статьи 31 Федерального закона N 323-ФЗ)

При оказании первой помощи могут использоваться подручные средства.

СОРТИРОВКА ПОСТРАДАВШИХ

Необходимость сортировки объясняется недостатком спасателей при большом количестве пострадавших. Суть ее – заниматься в первую очередь теми, чье спасение наиболее вероятно и социально значимо. Кратко принцип сортировки пострадавших при оказании ПП выглядит следующим образом.

1. Выявить легкораненых
2. Выявить пострадавших, подлежащих ПП в первую очередь
3. Выявить пострадавших, подлежащих эвакуации в первую очередь
4. Сообщить примерные данные при вызове экстренных служб

Основой сортировки является выявление определенных жизнеугрожающих состояний.



Для лиц, обязанных оказывать первую помощь (организовать ее оказание), в случае бездействия предусмотрена юридическая ответственность вплоть до уголовной.

ИЗ ИСТОРИИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И ПЕРВОЙ ПОМОЩИ

Тысячелетиями человечество накапливало опыт оказания срочной помощи людям, внезапно заболевшим либо пострадавшим от несчастных случаев в быту, на производстве, в бесчисленных войнах и катастрофах, прежде чем осознать необходимость создания скорой медицинской помощи (СМП) в современных ее формах.

Начало развития, попытки оказания первой помощи относятся к эпохе раннего средневековья. К самому древнему учреждению, оказывавшему первую помощь, можно отнести «ксендохий» – в Византийской империи приют для путешественников, бедных и больных (330 год). Первые оборудованные станции скорой помощи были созданы в 1417 году в Нидерландах вследствие наличия там множества каналов и большого числа утопающих. Основной задачей станций было спасение тонущих и оказание им помощи. В 1769 году подобные станции были открыты в Гамбурге, Париже и Лондоне. В 1876 году в Париже были организованы ночные пункты при полицейских участках для больных и пострадавших на участке в ночное время. К пациенту направлялись три человека: тот, кто вызывал врача, врач и полицейский. На обратном пути полицейский сопровождал врача до дома и выдавал ему чек для получения гонорара.

Ряд историков датой основания «современной» службы «скорой помощи» считают 8 декабря 1881 года – день пожара в Венском театре комической оперы (рис.1). Это происшествие, унесшее жизни 479 человек, представляло собой ужасающее зрелище. Перед театром на снегу лежали сотни обожженных людей, многие из которых получили также различные травмы во время падения. Пострадавшие более суток не могли получить никакой медицинской помощи, при том, что в Вене в то время находилось множество первоклассных и хорошо оснащенных клиник. Ужасная картина потрясла находившегося на месте происшествия профессора хирурга Яромира Мунди, который не мог оказать пострадавшим действенной помощи.



*Рисунок 1. Пожар в Венском театре
космической оперы в 1881 году*

На следующий же день доктор приступил к созданию **Венского добровольного спасательного общества**. В него вошли пожарная, лодочная команды и станция скорой медицинской помощи (центральная и филиал) для оказания срочной помощи пострадавшим от несчастных случаев. В составе бригад работали врачи и студенты медицинского факультета. За год служба оказала помощь 2067 пострадавшим.

В России в XV–XVI веках начала постепенно зарождаться система государственных богаделен. В XIX веке помогать медикам стали пожарные и городовые. Они подбирали пострадавших с мест происшествий и привозили в приемные покои, существовавшие при полицейских домах. По сути, это были первые бригады скорой помощи. Но необходимый в таких случаях медицинский осмотр на месте происшествия отсутствовал.

В 1898 году в Москве были открыты две Станции скорой помощи. На каждой станции было по одной карете, оснащенной медикаментами, инструментарием и перевязочным материалом. Выезжали на них врач, фельдшер и санитар (рис. 2).

7 марта 1899 года в Санкт-Петербурге, по инициативе выдающегося хирурга Николая Вельяминова, были открыты пять Станций скорой помощи. В 1912 году доктором Московского почтамта Владимиром Поморцовым была разработана конструкция городской кареты скорой медицинской помощи, которая легла в основу создания первого отечественного санитарного транспорта (рис. 3).

В 1919 году решением Коллегии врачебно-санитарного отдела Московского совета рабочих депутатов в Москве была учреждена городская Станция скорой помощи (ныне – Станция скорой и неотложной помощи имени Пучкова) при Шереметевской больнице (ныне – ГБУЗ «Научно-исследовательский институт скорой помощи имени Н. В. Склифосовского»). Приоритетом ее работы было признано оказание помощи при несчастных случаях на фабриках и заводах.



Рисунок 2. Карета скорой помощи в России, конец XIX века



Рисунок 3. Машина скорой помощи в России, начало XX века

В последующие десятилетия система скорой помощи в России постепенно развивалась: росло количество бригад, а также появлялись специализированные бригады, включая кардиологические и токсикологические.

ВСЕМИРНЫЙ ДЕНЬ ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ



Всемирный день оказания первой помощи отмечается ежегодно во вторую субботу сентября. Эта дата была учреждена в 2000 году по инициативе Международной федерации обществ Красного Креста и Красного Полумесяца.

Цель этого дня — напомнить о том, что каждый человек при наличии соответствующих знаний и навыков может спасти чью-то жизнь в чрезвычайной ситуации, при несчастном случае или внезапном ухудшении здоровья.

Оказание первой помощи особенно эффективно в течение так называемого «золотого часа». В этот промежуток времени максимальные компенсаторные функции организма человека, получившего внезапные и серьёзные повреждения, эффективно поддерживают его стабильное состояние.

В России к этой дате традиционно присоединяются национальные общества Красного Креста и Красного Полумесяца, а также государственные органы, Министерство здравоохранения, МЧС, образовательные учреждения и некоммерческие организации.

«Действие – вот спасение от всех недугов».

Жан-Кристоф Гранже Кайкен

Человечество преодолело за свою историю большой путь развития от палки как орудия труда до полета в космос. К сожалению, все его достижения не дают ответа на вопрос смертной природы человека. Человеку приходится мириться с тем, что его тело и при современном развитии науки и техники однозначно имеет границы физического существования. «...Я бы не хотел умереть скоропостижно. Это все равно что уйти из ресторана, не расплатившись», – писал Иннокентий Анненский. Что делать, если внезапная смерть лишает человека возможности реализоваться в жизни? Это в полной мере объясняет экзистенциальные страхи человечества, учитывая внезапность и непредсказуемость даже ожидаемой смерти. Но даже один сочувствующий, желающий помочь может изменить текущую ситуацию, предоставляя тем самым пострадавшему шанс вернуться в мир живых и сделать его лучше, что есть, с нашей точки зрения, смысл человеческой жизни.

В названии «первая помощь» нет определения «медицинская», потому что алгоритм действий при развитии жизнеугрожающих состояний один и для высококласного реаниматолога, и для нянечки в детском саду. Алгоритмы экстренной медицинской помощи, оказываемой уже медработниками, в основе своей имеют все те же постулаты первой помощи.

ПЕРЕЧЕНЬ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ОКАЗАНИЮ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ:

1. Оценка обстановки и обеспечение безопасных условий для оказания первой помощи.
2. Проведение обзорного осмотра пострадавшего (пострадавших) для выявления продолжающегося наружного кровотечения. При необходимости осуществление мероприятий по временной остановке кровотечения одним или несколькими способами.
3. Определение наличия признаков жизни у пострадавшего (сознания и дыхания).
4. Проведение сердечно-легочной реанимации в случае отсутствия сознания и дыхания. В случае наличия дыхания, но отсутствия сознания поддержание проходимости дыхательных путей. Вызов скорой медицинской помощи.
5. Проведение подробного осмотра пострадавшего и опроса пострадавшего (при наличии сознания) для выявления признаков травм, ранений, отравлений, укусов или ужаливаний ядовитых животных, поражений, вызванных механическими, химическими, электрическими, термическими поражающими факторами, воздействием излучения, и других состояний, угрожающих жизни и здоровью.
6. Оказание первой помощи в зависимости от характера травм, ранений, отравлений, укусов или ужаливаний ядовитых животных, поражений, вызванных механическими, химическими, электрическими, термическими поражающими факторами, воздействием излучения, и других состояний, угрожающих жизни и здоровью.
7. Оказание помощи пострадавшему в принятии лекарственных препаратов для медицинского применения, назначенных ранее врачом. В некоторых случаях состояние пострадавшего может ухудшаться из-за ранее выявленных заболеваний. В таких случаях может потребоваться помощь пострадавшему в принятии лекарственных препаратов, назначенных ранее лечащим врачом. При оказании первой помощи (если пострадавший в сознании) необходимо спросить, есть ли у него какие-то заболевания (например, диабет, повышенное/пониженное давление и пр.) и принимает ли он какие-то лекарственные препараты на постоянной основе. При необходимости нужно помочь пострадавшему достать лекарство и принять его.
8. Придание и поддержание оптимального положения тела пострадавшего.
9. Вызов скорой медицинской помощи, (если вызов не был осуществлен ранее), контроль состояния, оказание психологической поддержки, перемещение, транспортировка, передача выездной бригаде скорой медицинской помощи, медицинской организации, специальным службам, обязанным оказывать первую помощь.

Согласно ст. 31 ФЗ РФ от 21.11.2011 № 323 «Об основах охраны здоровья граждан» каждый человек в России имеет право оказать первую помощь в случае экстренной ситуации при наличии у него специальной подготовки и (или) навыков. Кроме того, статья «Крайняя необходимость» Уголовного, Административного и Гражданского Кодексов РФ защищает человека, оказывавшего первую помощь, даже если пострадавший умер или ему был нанесен неумышленный вред при оказании первой помощи.



ОСНОВОПОЛАГАЮЩИЕ ПРИНЦИПЫ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ

БЕЗОПАСНОСТЬ	СКОРОСТЬ	НЕПРЕРЫВНОСТЬ
Главное отличие состояния, при котором оказывается ПП, – угроза жизни. Именно она формирует модели поведения в данной ситуации. Во-первых, раз существует угроза жизни пострадавшего, значит, вполне вероятно и угроза жизни спасателя. Но стоит помнить, что наряду с этим, с одной стороны, реализовавшаяся угроза жизни спасателя никак не поможет пострадавшему, а, в лучшем случае, усложнит работу специально обученных служб (МЧС, МВД). При изучении алгоритмов ПП можно заметить, что любой из них начинается именно с оценки и обеспечения безопасности. Причем, сначала обеспечивается безопасность спасателя, а после – пострадавшего.	Второй особенностью угрожающих жизни состояний является быстрота их развития и крайне лимитированное время для их устранения. Это объясняется тем, что при угрожающих жизни состояниях, что, собственно, следует из названия, мишенью повреждающего фактора являются жизнеобеспечивающие системы. При нарушении их деятельности человеческий организм очень быстро достигает предела прочности. Изменения становятся необратимыми, шанс к жизни теряется. Чтобы организм не потерял способности к восстановлению жизнедеятельности, надо либо быстро прекратить воздействие повреждающего фактора, либо предотвратить возможные катастрофические последствия, либо быстро начать поддержку систем жизнеобеспечения, а чаще – совершать одновременно эти действия.	Чаще всего угроза жизни пострадавшего все-таки требует квалифицированной медицинской помощи для полного восстановления процессов жизнедеятельности. В связи с этим, в мероприятия ПП включены и вызов соответствующих экстренных служб, и передача им пострадавшего. Здесь срабатывает третий принцип ПП – непрерывность. Другими словами, процесс оказания ПП – это искусственное поддержание возможности жить до момента ликвидации причины возникновения такого состояния.

УНИВЕРСАЛЬНЫЙ АЛГОРИТМ ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ

ОКАЗАНИЕ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ

УНИВЕРСАЛЬНЫЙ АЛГОРИТМ ОКАЗАНИЯ
ПЕРВОЙ ПОМОЩИ (Действует с 1 сентября 2024 года)



ОБЩАЯ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ДЕЙСТВИЙ НА МЕСТЕ ПРОИСШЕСТВИЯ С НАЛИЧИЕМ ПОСТРАДАВШИХ



ПРОВЕРКА УСЛОВИЙ ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ НА ПРЕДМЕТ БЕЗОПАСНОСТИ



Убедитесь, что вам и пострадавшему ничего не угрожает. Используйте медицинские перчатки и маски. При необходимости переместите пострадавшего в безопасное место. Для этого используйте один из способов перемещения пострадавшего.

ОПОВЕЩЕНИЕ О ГОТОВНОСТИ ОКАЗАТЬ ПЕРВУЮ ПОМОЩЬ



Оцените количество пострадавших и, по возможности, проинформируйте их о готовности оказывать первую помощь. *Окликните человека: «Мужчина вам нужна помощь? Вы меня слышите?»*

Находясь на расстоянии от пострадавшего обратите внимание на окружающее его пространство: присутствуют ли следы крови на земле или на одежде?

ПЕРВИЧНЫЙ ОСМОТР ПОСТРАДАВШЕГО ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ПРОДОЛЖАЮЩЕГОСЯ НАРУЖНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ



Если человек не отвечает, необходимо подойти к нему со стороны головы. Для выполнения более детального обзорного осмотра нужно зафиксировать руку пострадавшего своим коленом.

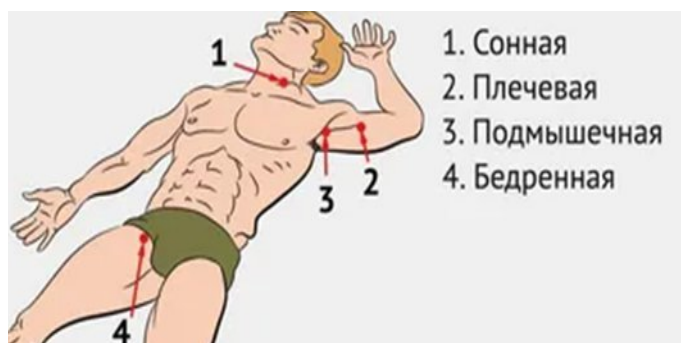


Рисунок 4. Места прохождения жизненно важных артерий

Первоначально производится проверка на предмет кровотечения в местах прохождения жизненно важных артерий: на шее, в подмышечной области и паху (рис. 4). После осмотра каждого из участков тела необходимо проверять руки на наличие крови. **ОСТАНОВИТЕ НАРУЖНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ ПРИ ЕГО ВЫЯВЛЕНИИ.**

ОПРЕДЕЛЕНИЕ НАЛИЧИЯ СОЗНАНИЯ У ПОСТРАДАВШЕГО



Рисунок 5. Определение наличия сознания у пострадавшего. Положение рук.

Необходимо еще раз окликнуть пострадавшего. Для проверки сознания аккуратно потормошите пострадавшего за плечи и спросите: «Что с Вами? Вам помощь нужна? Вы меня слышите?» (рис. 5).

ОПРЕДЕЛЕНИЕ НАЛИЧИЯ ДЫХАНИЯ У ПОСТРАДАВШЕГО

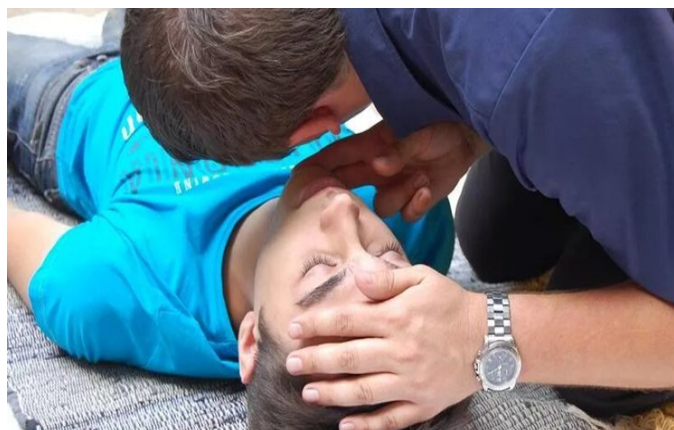
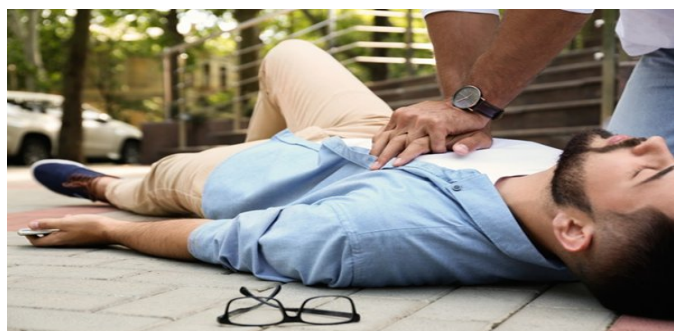


Рисунок 6. Определение наличия дыхания у пострадавшего. Положение рук.

Определите наличие дыхания у пострадавшего: откройте дыхательные пути. Для этого одну руку следует положить на лоб пострадавшего, двумя пальцами другой поднять подбородок и запрокинуть голову. Наклонитесь щекой и ухом ко рту и носу пострадавшего, смотрите на его грудную клетку. Прислушайтесь к его дыханию, ощутите выдыхаемый воздух на своей щеке, установите наличие или отсутствие движений грудной клетки. Проверка выполняется в течение 10 секунд (рис. 6).

ПРОВЕДЕНИЕ БАЗОВОЙ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ



Если у пострадавшего нет сознания и дыхания – **НАЧНИТЕ ПРОВЕДЕНИЕ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ.**

ВТОРИЧНЫЙ ОБЗОРНЫЙ ОСМОТР ПОСТРАДАВШЕГО

для выявления признаков травм, ранений, отравлений, укусов или ужаливаний ядовитыми животными, поражений, вызванных механическими, химическими, электрическими, термическими поражающими факторами, воздействием излучения, и других состояний, угрожающих жизни и здоровью.



Рисунок 7. Последовательность проведения вторичного осмотра пострадавшего

Подробный осмотр пострадавшего проводится максимально осторожно и аккуратно. Последовательность осмотра (рис. 7):

1. Осмотрите голову и шею пострадавшего
2. Осмотрите грудь и спину пострадавшего
3. Выполните осмотр живота и таза пострадавшего
4. Выполните подробный осмотр ног пострадавшего
5. Осмотрите каждую руку пострадавшего

При выявлении травм и других состояний, угрожающих жизни и здоровью пострадавшего, выполните соответствующие мероприятия первой помощи.

ПОДДЕРЖАНИЕ ПРОХОДИМОСТИ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ. УСТОЙЧИВОЕ БОКОВОЕ ПОЛОЖЕНИЕ



Рисунок 8. Устойчивое боковое положение

При отсутствии сознания в случае появления признаков жизни у пострадавшего (или если эти признаки имелись у него изначально) **выполните поддержание проходимости верхних дыхательных путей – придайте пострадавшему устойчивое боковое положение (рис. 9).**

УСТОЙЧИВОЕ БОКОВОЕ ПОЛОЖЕНИЕ

- это положение тела человека, находящегося без сознания, но с сохранённым дыханием. Оно используется для обеспечения проходимости дыхательных путей и предотвращения удушья. В таком положении снижается риск западения языка, а также попадания рвотных масс, слюны или крови в дыхательные пути (рис.8)

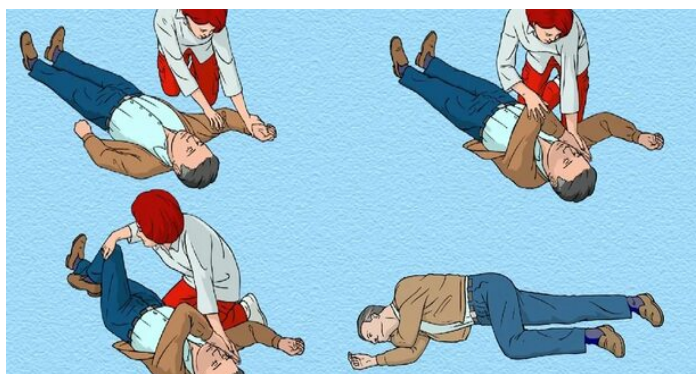


Рисунок 9. Последовательность перевода пострадавшего в устойчивое боковое положение

ПРИДАНИЕ И ПОДДЕРЖАНИЕ ОПТИМАЛЬНОГО ПОЛОЖЕНИЯ ТЕЛА ПОСТРАДАВШЕГО

Оптимальное положение тела пострадавшего - это положение, которое после оказания первой помощи и устранения опасности для жизни пострадавшего до прибытия скорой медицинской помощи обеспечивает комфорт, уменьшает степень страданий и не усугубляет нарушения жизненно важных функций. Оно определяется характером повреждений у пострадавшего и его удобством.



Рисунок 10. Оптимальное положение тела при отсутствии сознания у пострадавшего



Рисунок 11. Оптимальное положение тела при травмах брюшной полости



Рисунок 12. Оптимальное положение тела при травмах грудной клетки



Устойчивое боковое положение оптимально при отсутствии сознания у пострадавшего, в тех случаях, когда человек дышит самостоятельно (рис. 10) Также применяется при частой рвоте и в случаях ожогов спины и ягодиц.

Положение лежа на спине с приподнятыми и согнутыми в коленях ногами: оптимально при травмах брюшной полости, большой кровопотере или подозрении на внутреннее кровотечение (рис. 11). Так же возможно положение «лягушки» с подложенными под колени валиками при подозрении на перелом костей таза.

Положение сидя или полусидя: оптимально при травмах грудной клетки (рис. 12).

Положение на спине, на твердой ровной поверхности: оптимально при подозрении на травму позвоночника.

ПОРЯДОК ВЫЗОВА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

НАБЕРИТЕ НОМЕР ЕДИНОЙ ДИСПЕТЧЕРСКОЙ СЛУЖБЫ СКОРОЙ ПОМОЩИ – 103.

При вызове необходимо обязательно сообщить диспетчеру скорой помощи необходимую информацию в определенной последовательности:

- **Адрес.** Город, улица, дом, подъезд, этаж, код домофона. Если место нестандартное (за городом), подробно описать ориентиры.
- **Сообщить, что произошло, количество пострадавших.** Кратко расскажите о состоянии пострадавшего: потеря сознания, остановка дыхания, сильное кровотечение, ожог, отравление.
- **Сообщите ваши данные** и ваш актуальный номер телефона для связи.



Сотрудники скорой медицинской помощи могут давать рекомендации по оказанию первой помощи пострадавшему. Закончить разговор и отключить телефонную трубку нужно только после сообщения диспетчера о том, что вызов принят.

ДЕЙСТВИЯ ПРИ ПРИБЫТИИ БРИГАДЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Передача пострадавшего бригаде скорой медицинской помощи или сотрудникам других специальных служб осуществляется в любой момент по ее прибытии.

Обеспечьте свободный доступ для сотрудников скорой помощи. Откройте двери, калитку, шлагбаум, чтобы бригада могла беспрепятственно подъехать и войти. Если пострадавший в общественном месте, встретьте медиков и проведите к нему.

При этом необходимо сообщить медицинским работникам следующую информацию:

- О происшествии.
- О выявленных у пострадавшего травмах и других состояниях.
- О том, что было сделано при оказании первой помощи.

Следует также ответить на возникшие вопросы. После передачи пострадавшего необходимо оказать дальнейшее содействие сотрудникам (помогать перемещать пострадавшего, обеспечивать безопасные условия для оказания медицинской помощи).



СПОСОБЫ ТРАНСПОРТИРОВКИ ПОСТРАДАВШЕГО ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ТРАВМАХ

Транспортировка – это любое перемещение пострадавшего в более безопасное место или лечебное учреждение. Транспортировка пострадавшего может быть экстренная и плановая.

Важно: не перемещайте пострадавшего без необходимости. Всегда лучше переадресовать эту задачу специалистам.

Необходимость в транспортировке может возникнуть:

- Если что-то угрожает пострадавшему.
- Если положение пострадавшего не позволяет вам оценить его состояние.
- Вам нужно доставить пострадавшего в место оказания медицинской помощи.

Экстренная транспортировка по схеме «увидел – схватил – побежал» применяется при угрозе безопасности пострадавшего. Плановая транспортировка предполагает возможность подготовиться к транспортировке.

Что нужно учесть при транспортировке:

- Степень опасности места происшествия.
- Состояние пострадавшего.
- Габариты пострадавшего и ваши физические возможности.
- Возможность получения помощи со стороны.
- Подручные средства и материалы.

ОБЩИЕ ПРАВИЛА ТРАНСПОРТИРОВКИ ПОСТРАДАВШЕГО

- При движении вверх по лестнице (при вносе в салон транспорта) пострадавшего переносят головой вперед. При движении вниз по лестнице (при выносе из транспорта) пострадавшего переносят ногами вперед (рис. 13).

При отсутствии носилок используйте доски, двери, листы толстой фанеры и иные подходящие предметы.



Рисунок 13. Транспортировка пострадавшего по лестнице

- При перемещении пострадавшего с большой потерей крови его ноги должны быть выше головы.

- Несущий пострадавшего впереди внимательно смотрит под ноги и сообщает идущему сзади обо всех препятствиях. Несущий пострадавшего сзади следит за состоянием пострадавшего и при необходимости подает команды: «Стоп! Началась рвота!» или «Стоп! Потеря сознания!».
- *ПРИ ПЕРЕМЕЩЕНИИ ПОСТРАДАВШИХ НЕЛЬЗЯ ИДТИ «В НОГУ»!*

ИЗВЛЕЧЕНИЕ ПОСТРАДАВШЕГО ИЗ АВТОМОБИЛЯ ИЛИ ТРУДНОДОСТУПНОГО МЕСТА

При извлечении пострадавшего из автомобиля или иного труднодоступного средства прежде всего, необходимо убедиться в собственной безопасности. Когда нужно извлекать пострадавшего из автомобиля или другого труднодоступного места:

- При наличии угрозы для его жизни и здоровья.
- При невозможности оказания первой помощи в тех условиях, в которых находится пострадавший.

Извлечение пострадавшего без фиксации шеи рукой

(рис. 14):

- Необходимо слегка развернуть пострадавшего спиной к себе, держась за брючный ремень или пояс.
- Просунуть свои руки подмышки, взяться за предплечье одной руки пострадавшего.
- Извлечь пострадавшего.



Рисунок 14. Извлечение пострадавшего без фиксации шеи рукой

Извлечение с фиксацией шейного отдела позвоночника

(рис. 15):

- Выполнить описанные выше приемы.
- При этом рукой, что ближе к согнутому локтю пострадавшего, зафиксировать его подбородок и прижать голову пострадавшего к своей груди.
- Извлечь пострадавшего.
- После извлечения пострадавшего переместите его в безопасное место.



Рисунок 15. Извлечение пострадавшего с фиксацией шейного отдела позвоночника



При подозрении на повреждение шейного отдела позвоночника необходимо обездвиживание головы вместе с шеей (рис. 16)

Рисунок 16. Фиксация шейного отдела позвоночника

Перемещать пострадавшего до транспорта или в безопасное место можно различными способами, зависящими от характера травм и состояния пострадавшего, количества участников перемещения и их физических возможностей.

ВИДЫ ПЕРЕНОСА ПОСТРАДАВШИХ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ТРАВМАХ

1) Перемещение пострадавшего в одиночку с поддержкой. Используется для перемещения легко пострадавших лиц, находящихся в сознании.



Рисунок 17. Перемещение пострадавшего в одиночку с поддержкой за руку

2) Перемещение пострадавшего в одиночку волоком (рис. 18). Применяется для перемещения на близкое расстояние пострадавших, имеющих значительный вес. Нежелательно использовать у пострадавших с травмами нижних конечностей.



Рисунок 18. Перемещение пострадавшего в одиночку волоком.

3) Переноска пострадавшего в одиночку на спине (рис. 19) Может использоваться для переноски пострадавших, имеющих небольшой вес. Не применяется для переноски пострадавших, находящихся без сознания.



Рисунок 19. Переноска пострадавшего в одиночку на спине.

4) Переноска пострадавшего на руках (рис. 20). Используется лицами, имеющими достаточную физическую силу. Этим способом возможна переноска пострадавших, находящихся без сознания.



Рисунок 20. Переноска пострадавшего на руках.

5) Переноска пострадавшего в одиночку на плече (рис. 21). При переноске таким способом следует придерживать пострадавшего за руку. Этот способ не применяется при переноске пострадавших с травмами груди, живота и позвоночника.



Рисунок 21. Переноска пострадавшего в одиночку на плече.

- 6) **Переноска пострадавшего вдвоем на замке из четырех рук** (рис. 22). Руки берутся таким образом, чтобы обхватить запястье другой руки и руки помощника. Фиксация кистей должна быть достаточно прочной, чтобы удерживать пострадавшего.

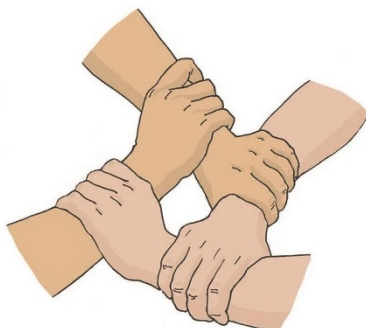


Рисунок 22. Переноска пострадавшего вдвоем на замке из четырех рук.

- 7) **Переноска пострадавшего вдвоем за руки и ноги** (рис. 23). При переноске этим способом, один из участников оказания первой помощи держит пострадавшего за предплечье одной руки, просунув руки подмышки, а другой – под колени.



Рисунок 23. Переноска пострадавшего вдвоем за руки и ноги.

- 8) **Переноска пострадавшего с подозрением на травму позвоночника** (рис. 24). Для переноски пострадавшего с подозрением на травму



Рисунок 24. Переноска пострадавшего с подозрением на травму позвоночника.

позвоночника необходимо несколько человек, которые под руководством одного из участников оказания первой помощи поднимают и переносят пострадавшего. При переноске один из участников оказания первой помощи должен фиксировать голову и шею пострадавшего своими предплечьями. Более удобно и безопасно для пострадавшего с подозрением на травму позвоночника переносить его на твердой ровной поверхности (например, на щите).

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ НАРУЖНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

Наружное кровотечение — это истечение крови из повреждённых сосудов кожи, слизистых оболочек, мышц и подкожной клетчатки во внешнюю среду. Как правило, развивается в результате острой травмы — воздействия, по силе превышающего прочностные характеристики сосуда.

Острая кровопотеря — состояние, при котором организм быстро и безвозвратно теряет определенный объем крови в результате кровотечения. Возникает вследствие кровотечения из поврежденных сосудов. Влияет на состояние всех органов и систем. Потеря значительного объема крови сопровождается развитием геморрагического шока представляющего угрозу для жизни человека.

Объём циркулирующей крови (ОЦК) — это суммарный объём крови, которая в данный момент находится в кровеносном русле (в сосудах) и активно участвует в кровообращении. Это один из фундаментальных показателей гомеостаза - постоянства внутренней среды (рис. 25).

Существует несколько систематизаций острой кровопотери. Наиболее широко в клинической практике используется следующая классификация:

- Легкая степень – потеря до 1 литра (10-20% ОЦК).
- Средняя степень – потеря до 1,5 литров (20-30% ОЦК).
- Тяжелая степень – потеря до 2 литров (40% ОЦК).
- Массивная кровопотеря – потеря более 2 литров (более 40% ОЦК).

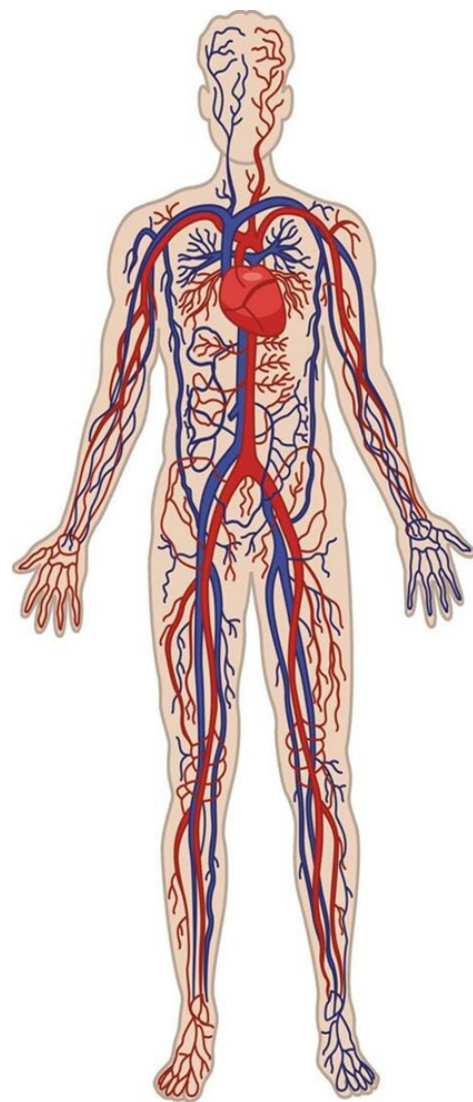


Рисунок 25. Сердечно-сосудистая система человека

Кроме того, выделяют сверхмассивную или смертельную кровопотерю, при которой пациент теряет свыше 50% ОЦК. При такой острой кровопотере даже в случае немедленного восполнения объема в абсолютном большинстве случаев развиваются необратимые изменения гомеостаза.

Основные признаки острой кровопотери:

- Резкая общая слабость.
- Чувство жажды.
- Головокружение.
- Мелькание «мушек» перед глазами.
- Обморок (чаще при попытке встать).
- Бледная, влажная и холодная кожа.
- Учащенное сердцебиение.
- Частое дыхание.

повреждение сосуда



Кровотечение наиболее частая причина смерти при травмах. Во время военных действий причиной смерти раненых в 30-50% случаев является кровотечение. **Следовательно, правильно и своевременно оказанная помощь при кровотечениях может сохранить большое число жизней.**

Кровеносные сосуды — это трубчатые структуры, образующие замкнутую систему в теле человека, которая обеспечивает циркуляцию крови, доставку кислорода и питательных веществ к органам и тканям, а также удаление продуктов обмена (рис. 26).

Выделяют три основных вида кровеносных сосудов:



Рисунок 26. Виды кровеносных сосудов

Жизненно важные артерии — это сосуды, которые обеспечивают кровоснабжение ключевых органов и систем организма. Они играют ключевую роль в поддержании жизнедеятельности, поэтому их расположение и анатомия имеют большое значение для медицины и анатомии.

Основные артерии в организме человека: аорта, сонные артерии, подключичные артерии, общие подвздошные артерии, бедренная артерия.

ВИДЫ НАРУЖНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

По виду поврежденных сосудов кровотечения бывают:

Артериальные. Являются наиболее опасными, так как при ранении крупных артерий происходит большая потеря крови за короткое время. Признаком артериальных кровотечений обычно является пульсирующая алая струя крови, быстро расплывающаяся лужа крови алого цвета, быстро пропитываемая кровью одежда пострадавшего (рис. 27).



Рисунок 27.
Артериальное
кровотечение



Рисунок 28.
Венозное
кровотечение

Венозные. Характеризуются меньшей скоростью кровопотери, кровь темно-вишневая, вытекает «ручьём». Венозные кровотечения могут быть менее опасными, чем артериальные, однако также требуют скорейшей остановки (рис. 28).

Капиллярные. Наблюдаются при ссадинах, порезах, царапинах. Капиллярное кровотечение непосредственной угрозы для жизни, как правило, не представляет.

Смешанные. Это кровотечения, при которых имеются одновременно артериальное, венозное и капиллярное кровотечения. Наблюдаются, например, при отрыве конечности. Опасны вследствие наличия артериального кровотечения.

Признаками интенсивного наружного кровотечения являются:

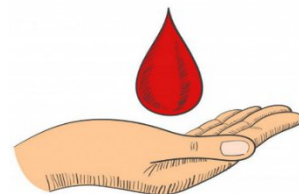
- Одежда, пропитанная кровью.
- Скопление значительного количества крови на земле возле пострадавшего.
- Видимые раны с интенсивно вытекающей из них кровью.

Обнаружение таких признаков является сигналом к немедленным действиям по остановке кровотечения, поэтому обзорный осмотр пострадавшего производится очень быстро, в течение 1–2 секунд, с головы до ног. Сразу же после обнаружения признаков угрожающего жизни кровотечения приступают к его остановке всеми доступными способами.

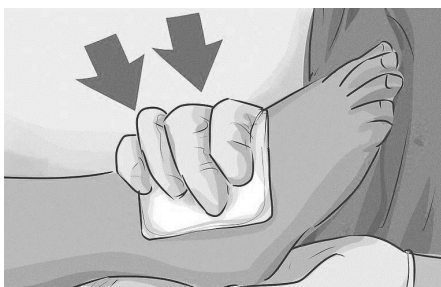
СПОСОБЫ ВРЕМЕННОЙ ОСТАНОВКИ НАРУЖНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ

При оказании первой помощи для временной остановки кровотечения используют:

- Прямое давление на рану.
- Наложение давящей повязки.
- Наложение кровоостанавливающего жгута.



ПРЯМОЕ ДАВЛЕНИЕ НА РАНУ



Это наиболее простой способ остановки кровотечения. Рана закрывается стерильными салфетками, стерильным бинтом или любой подручной тканью, после чего на область раны осуществляется давление рукой участника оказания первой помощи с силой, достаточной для остановки кровотечения (рис. 29).

Рисунок 29.

Прямое давление на рану

НАЛОЖЕНИЕ ДАВЯЩЕЙ ПОВЯЗКИ

Наложение давящей повязки на рану используется для более продолжительной остановки кровотечения (рис. 30). Основная задача повязки – остановить кровотечение. Поэтому она должна накладываться с усилием (давлением). Для этого на рану накладываются стерильные салфетки, вскрытый бинт или свернутая ткань. Другой бинт, раскатываясь по ходу движения, с усилием оборачивается вокруг раненой части тела (необходимо делать периодические перекруты разматываемого бинта). По окончании наложения повязку следует закрепить, завязав свободный конец бинта вокруг конечности. **Наложение более двух давящих повязок считается не целесообразным.**



Рисунок 30.

Наложение давящей повязки

НАЛОЖЕНИЕ ДАВЯЩЕЙ ПОВЯЗКИ ПРИ НАЛИЧИИ В РАНЕ ИНОРОДНОГО ПРЕДМЕТА

Извлекать из раны инородные предметы на месте происшествия **запрещается!** При обнаружении интенсивного кровотечения из раны с инородным телом (осколок металла, стекла) или отломками костей при открытом переломе наложение давящей повязки для остановки кровотечения может представлять сложности из-за риска дополнительного травмирования. **Поэтому при отсутствии интенсивного кровотечения достаточно оставить инородное тело в ране и ограничить двигательную активность пострадавшего для профилактики дополнительных повреждений и развития кровотечения** (рис. 31). При этом края раны и инородное тело обкладываются несколькими бинтами так, чтобы зафиксировать инородный предмет, после чего накладывается давящая повязка без давления на инородный предмет.



Рисунок 31.
Наложение давящей повязки «колодец» на рану с инородным телом

НАЛОЖЕНИЕ КРОВООСТАНАВЛИВАЮЩЕГО ЖГУТА

Жгут накладывается только на кровотечение из конечности в том случае, когда остановка кровотечения невозможна другим способом или они не **эффективны!** Жгут накладывается на мягкую подкладку/элемент одежды пострадавшего (исключение составляет жгут-турникет) выше раны и как можно ближе к ней на расстоянии 5-7 см от раны (рис. 32). Если место ранения неизвестно (например, скрыто одеждой), жгут накладывается на конечность максимально близко к туловищу.

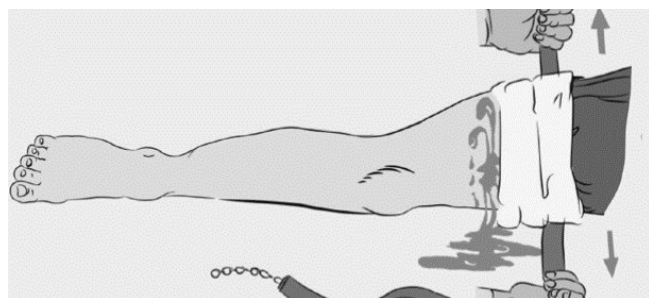


Рисунок 32.
Наложение кровоостанавливающего жгута.

Техника наложения кровоостанавливающего жгута:

- 1) Подведите жгут под конечность и растяните. Затяните первый виток жгута и убедитесь, что кровотечение из раны прекратилось.
- 2) Наложите последующие витки жгута с меньшим усилием по восходящей спирали, захватывая предыдущий виток примерно наполовину.
- 3) Вложите под жгут записку с указанием даты и точного времени наложения. Не закрывайте жгут повязкой или элементами одежды (рис. 33)

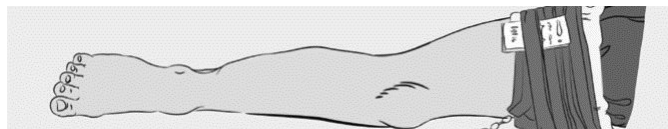


Рисунок 33.
Наложение кровоостанавливающего жгута.
Записка с указанием даты и времени.

После наложения жгута травмированную конечность необходимо обездвижить (иммобилизировать) и укутать теплой одеждой или термоодеялом.

Максимально безопасное время наложения жгута – 2 часа в любое время года. После этого времени снятие жгута возможно **ТОЛЬКО** в специализированном медицинском учреждении.

Если помощь придет не раньше, чем истечет максимальное время наложения жгута, при наличии подготовки сделайте следующее:

- 1) Осуществите прямое давление на рану.
- 2) Ослабьте жгут на 15 минут.
- 3) По возможности выполните массаж конечности.
- 4) Наложите жгут чуть выше предыдущего места наложения.
- 5) **Если кровотечение возобновилось и прямое давление на рану не помогает – НЕМЕДЛЕННО затяните жгут!**

При значительной кровопотере уложите пострадавшего и приподнимите ноги (рис. 34).



Рисунок 34.
Оптимальное положение тела пострадавшего
при значительной кровопотере

Области наложения жгута при
кровотечениях (рис. 35)

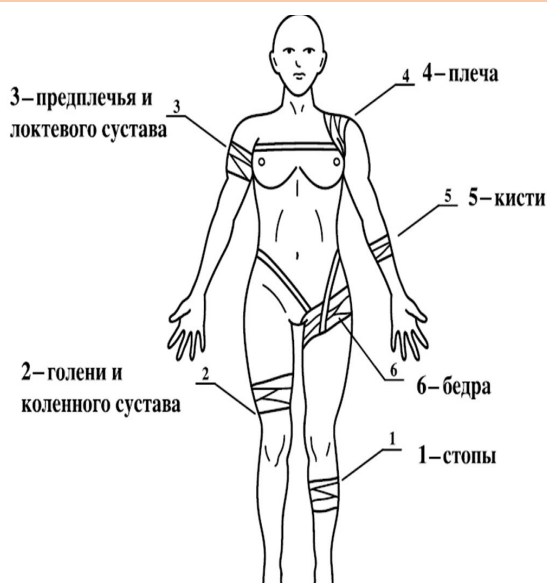


Рисунок 35.

Области наложения жгута при кровотечениях

Рисунок 35.

Участки тела, в которых нельзя
накладывать жгут (рис. 37)

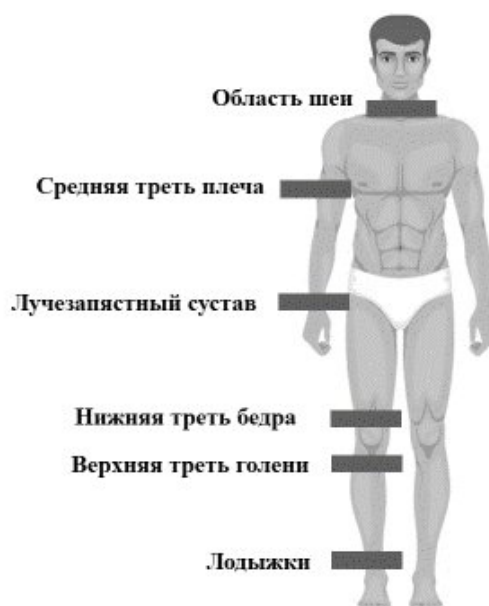


Рисунок 36.

Участки тела, в которые нельзя
накладывать жгут

ВИДЫ КРОВООСТАНАВЛИВАЮЩИХ ЖГУТОВ

Кровоостанавливающие жгуты делятся на несколько групп:

1 ГРУППА

Простые эластичные жгуты - это полосы или полотна из растягивающегося материала — резины, полимеров — длиной 70–150 см. Их наматывают на конечность и фиксируют с помощью клипс, резинок или других приспособлений. Такие жгуты просты и недороги, но с их помощью сложно регулировать давление на сосуды, их сложно накладывать при самопомощи, они могут сползать и ослабляться.

Жгут Эсмарха - это узкая эластичная полоска длиной около 1,5 м с отверстиями и клипсами для фиксации (рис. 37). Одна сторона плоская, другая — выпуклая.



Рисунок 37.
Жгут Эсмарха



Рисунок 38.
Альфа жгут (Бубнова)

Альфа жгут (Бубнова) – это атравматичный кровоостанавливающий жгут ленточного типа, разработанный врачом В. Г. Бубновым (рис. 38). Он предназначен для временной остановки кровотечения из верхних и нижних конечностей. Альфа жгут имеет рельефную поверхность. Для фиксации используется узкий резиновый шнур, вставленный в отверстие по центру полосы.

2 ГРУППА

Жгуты-турникеты - это эластичные бандажи с механизмом для затягивания и фиксации (рис. 39). Они позволяют точнее регулировать давление, что снижает дискомфорт и риск осложнений. Многие турникеты можно накладывать и затягивать одной рукой, а некоторые — даже без рук, зубами.



Рисунок 39.
Жгут-турникет

3 ГРУППА

Импровизированные жгуты

В качестве импровизированного жгута могут использоваться подручные средства: тесьма, платок, галстук и другие подобные вещи. Из указанных материалов делается петля, закручивающаяся до остановки или значительного ослабления кровотечения с помощью любого прочного предмета (металлического или деревянного прута). При достижении остановки кровотечения прут прибинтовывают к конечности.

Это важно! Не рекомендуется использование табельного или импровизированного жгута шириной менее 2,5 см.

ПРАВИЛА НАЛОЖЕНИЯ ПОВЯЗОК

Общие правила наложения повязок направлены на защиту раны от заражения, обеспечение комфорта пострадавшего и правильное фиксирование перевязочного материала.

Подготовка к наложению повязки

- **Стерильность материала.** Перевязочный материал должен быть стерильным. Это предотвращает вторичное заражение раны. При отсутствии стерильного материала можно использовать чистую, проглаженную горячим утюгом хлопчатобумажную ткань.
- **Положение пострадавшего.** Больной должен находиться в удобном положении, обеспечивающем мышечное расслабление и свободный доступ к бинтуемой части тела.
- **Положение конечности.** Конечности, на которую накладывают повязку, следует придать функционально выгодное положение — такое, в котором уравновешено действие мышц-антагонистов и возможно максимальное использование функции конечности.
- **Положение оказывающего помощь.** Бинтующий должен находиться лицом к пострадавшему, чтобы по выражению его лица видеть, не причиняет ли повязка боль.

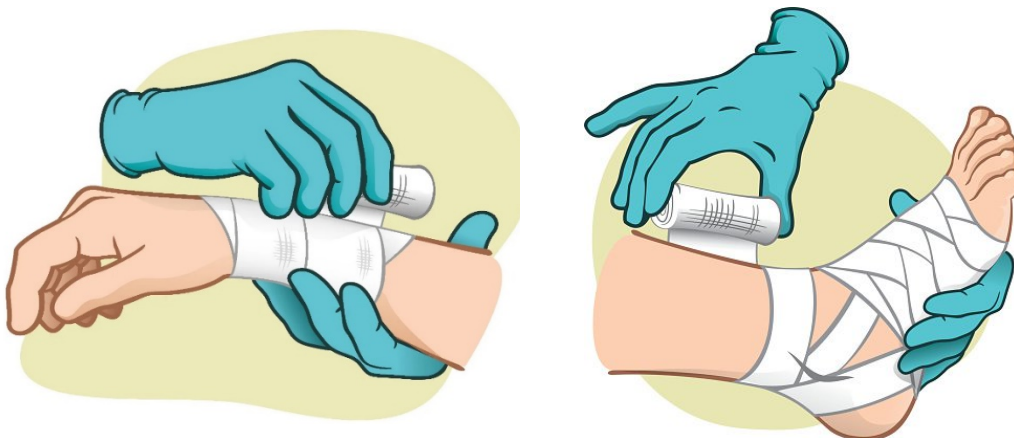
Техника наложения бинтовой повязки

- **Начало бинтования.** Повязку накладывают от периферии конечности в направлении к туловищу. Начинают с фиксирующего тура, который закрепляет конец бинта на бинтуемой поверхности.
- **Направление бинтования.** Обычно бинт раскатывают слева направо спинкой по бинтуемой поверхности тела, не отрывая рук от неё и не растягивая бинт в воздухе. Однако в некоторых случаях (например, при наложении повязок на правую височную область лица, грудную клетку) бинтование может проводиться справа налево.
- **Натяжение бинта.** Бинт должен накладываться с равномерным натяжением, чтобы предупредить венозный стаз и отёки конечности. Каждый последующий тур должен прикрывать от половины до двух третей ширины предыдущего тура.

- **Раскатывание бинта.** Бинт должен катиться гладко, не образовывать складок, края не должны отставать от поверхности и образовывать «карманы».
- **Закрепление повязки.** По окончании бинтования конец бинта надрывают или надрезают ножницами в продольном направлении, оба конца перекрещивают и завязывают. Ни перекрёст, ни узел не должны ложиться на раневую поверхность. Иногда конец бинта подгибают под последний круговой ход.

Важные требования к готовой повязке:

- Повязка должна прочно фиксировать перевязочный материал и хорошо прикрывать раневую поверхность.
- Повязка не должна нарушать кровообращение, но и не должна быть слишком слабой, чтобы не сползала с раны.
- Повязка должна быть лёгкой и не толстой, также, по возможности, следует избегать круговых ходов, которые могут быть неприятны больному и стеснять его движения.
- После наложения повязки нужно проверить, хорошо ли она закрывает поражённую часть тела, не давит ли, не мешает ли движениям.
- **Важно!** При появлении признаков нарушения кровообращения (синюшность кожных покровов, отёчность, болезненные ощущения, онемение, покалывание) повязку необходимо ослабить или заменить.
- **Запрещается!** Удалять пропитанный кровью перевязочный материал до полной остановки кровотечения. Отрывать прилипшую к ране повязку. Накладывать на рану вату или ватные шарики.



АЛГОРИТМ ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПО ОСТАНОВКЕ НАРУЖНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ РАНЕНИЯХ РАЗЛИЧНЫХ ОБЛАСТЕЙ ТЕЛА

ОКАЗАНИЕ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ

ОСТАНОВКА НАРУЖНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ РАНЕНИЯХ РАЗЛИЧНЫХ ОБЛАСТЕЙ ТЕЛА



Обзорный осмотр

В течение нескольких секунд, поиск интенсивного продолжающегося кровотечения – требует немедленной остановки. **Признаки:**

1. Одежда пропитана кровью
2. Много крови на земле
3. Кровь интенсивно вытекает из раны.



Инородное тело в ране

Не двигать его в ране! Интенсивное продолжающееся кровотечение:

НЕТ – пострадавший не должен двигаться!

ДА – перейти к наложению кровоостанавливающего жгута.

Если невозможно наложить жгут: обложить края раны и инородное тело бинтами и зафиксировать повязкой.



Способы временной остановки наружного кровотечения

1 Прямое давление на рану

Сильное давление рукой в перчатке, через салфетки, бинт или ткань до остановки кровотечения.

При отсутствии табельных и подручных средств допустимо давление на рану руками в перчатках. Пострадавший может остановить кровотечение в порядке самопомощи путем прямого давления на рану.



2 Наложение давящей повязки

Фиксация салфетки, бинта или свернутой ткани на ране бинтом, раскатанным с усилием вокруг раневой части. Усиление может осуществляться перекрутами бинта. Закрепить свободный конец бинта.



3 Наложение кровоостанавливающего жгута в виде эластичной ленты

Только при кровотечении из конечностей, если невозможно остановить его другими способами.

- Поверх ткани
- Между раной и сердцем 5-7 см от раны
- Максимально растянуть за конечностью и первым туром остановить кровотечение
- Каждый последующий тур наполовину перекрывает предыдущий
- Жгут должен быть виден
- Зафиксировать время наложения

Относительно безопасный срок наложения жгута на конечность – 2 часа.



Остановка наружного кровотечения при ранениях:



Голова:

- Прямое давление на рану
- Давящая повязка



Шея:

- Прямое давление на рану
- Давящая повязка через противоположную рану подмышку или руку



Грудная клетка, живот и таз:

- Прямое давление на рану
- Давящая повязка



Конечности:

- Прямое давление на рану
- Давящая повязка
- Жгут

Для остановки кровотечения смежных зон – мест сочленения конечностей и шеи с туловищем – предпочтительно использовать прямое давление на рану.

* Способ выбирается в зависимости от интенсивности кровотечения, места ранения, предполагаемого срока прибытия медработников и наличия оснащения. Указанные способы временной остановки кровотечения могут использоваться самостоятельно или в различных комбинациях.



ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОТСУТВИИ СОЗНАНИЯ, ДЫХАНИЯ И КРОВООБРАЩЕНИЯ. ПРОВЕДЕНИЕ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ

К основным признакам жизни относятся наличие сознания, самостоятельное дыхание и кровообращение. Они проверяются в ходе выполнения алгоритма сердечно-легочной реанимации.

Причины нарушения дыхания и кровообращения

Внезапная смерть (остановка дыхания и кровообращения) может быть вызвана заболеваниями (инфаркт миокарда, нарушения ритма сердца и др.) или внешним воздействием (травма, поражение электрическим током, утопление и др.).

Сердечно-легочная реанимация (СЛР) — это комбинация действий, направленных на восстановление сердцебиения и самостоятельного дыхания у человека без сознания и с отсутствием указанных функций организма. Процедура включает закрытые компрессии грудной клетки и искусственное дыхание методом «рот в рот» или с помощью специальных устройств. СЛР условно делят на два уровня: базовую и расширенную.

Вне зависимости от причин исчезновения признаков жизни сердечно-легочная реанимация проводится в соответствии с определенным алгоритмом, рекомендованным Российским Национальным Советом по реанимации и Европейским Советом по реанимации. Реанимационные мероприятия могут не осуществляться пострадавшим с явными признаками нежизнеспособности (разложение или травма, несовместимая с жизнью), либо в случаях, когда отсутствие признаков жизни вызвано исходом длительно существующего неизлечимого заболевания (например, онкологического).

Базовая сердечно-легочная реанимация — это действия по восстановлению сердцебиения и дыхания, которые может выполнить любой человек, даже не имеющий медицинского образования. Процедура предназначена для поддержания жизнедеятельности организма вне медицинского учреждения, в экстремальных условиях, во время военных действий или различных катастроф. Базовая СЛР не предусматривает использования какого-либо вспомогательного оборудования для выполнения искусственного дыхания и дефибрилляции.

Самым распространенным осложнением сердечно-легочной реанимации является перелом костей грудной клетки (преимущественно ребер). Наиболее часто это происходит при избыточной силе давления руками на грудину пострадавшего,



неверно определенной точке расположения рук, повышенной хрупкости костей (например, у пострадавших пожилого и старческого возраста). Избежать или уменьшить частоту этих ошибок и осложнений можно при регулярной и качественной подготовке.

Проведение сердечно-легочной реанимации является наиболее сложным и ответственным моментом в оказании первой помощи по нескольким причинам. Первая причина – психологический аспект, принятие решения о необходимости проведения сердечно-легочной реанимации, вторая – это достаточно высокая физическая нагрузка для человека, оказывающего первую помощь.

ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ

- 1) **ОБЕСПЕЧИТЬ БЕЗОПАСНУЮ ОБСТАНОВКУ** для проведения сердечно-легочной реанимации (далее – СЛР). На месте происшествия участнику оказания первой помощи следует оценить безопасность для себя, пострадавшего (пострадавших) и окружающих. После этого следует устранить угрожающие факторы или минимизировать риск.
- 2) **ПРОВЕРИТЬ НАЛИЧИЕ СОЗНАНИЯ У ПОСТРАДАВШЕГО.** Для проверки сознания необходимо аккуратно потормошить пострадавшего за плечи и громко спросить: «Что с Вами? Нужна ли Вам помощь?». Человек, находящийся в бессознательном состоянии, не сможет отреагировать и ответить на эти вопросы.
- 3) **ПРОВЕСТИ ПЕРВИЧНЫЙ ОСМОТР ПОСТРАДАВШЕГО** для выявления продолжающегося наружного кровотечения. Наружные кровотечения устраняются в первую очередь при оказании первой помощи.
- 4) **ПРОВЕРИТЬ НАЛИЧИЕ ДЫХАНИЯ У ПОСТРАДАВШЕГО методом «слышу-вижу-ощущаю».** Для этого необходимо восстановить проходимость дыхательных путей у пострадавшего: одну руку положить на лоб пострадавшего, двумя пальцами другой взять за подбородок, запрокинуть голову и поднять подбородок (рис. При подозрении на травму шейного отдела позвоночника запрокидывание следует выполнять максимально аккуратно и щадяще. Для проверки дыхания следует наклониться щекой и ухом ко рту и носу пострадавшего и в течение 10 секунд попытаться услышать его дыхание,



Рисунок 40. Определение
наличия дыхания у
пострадавшего

почувствовать выдыхаемый воздух на своей щеке и увидеть движения грудной клетки у пострадавшего.

- 5) При отсутствии нормального дыхания грудная клетка пострадавшего останется неподвижной, звуков его дыхания не будет слышно, выдыхаемый воздух изо рта и носа не будет ощущаться щекой. Отсутствие нормального дыхания определяет необходимость вызова скорой медицинской помощи и проведения сердечно-легочной реанимации.
- 6) **ОРГАНИЗОВАТЬ ВЫЗОВ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ. ВЫБРАТЬ ПОМОЩНИКА** (если рядом есть люди). При отсутствии нормального дыхания у пострадавшего участнику оказания первой помощи следует организовать вызов скорой медицинской помощи. Для этого надо громко позвать на помощь, обращаясь к конкретному человеку, находящемуся рядом с местом происшествия и дать ему соответствующие указания. Указания следует давать кратко, понятно, информативно, например: «Мужчина в коричневой рубашке. Мне нужна ваша помощь. Человек не дышит. Вызовите скорую помощь. Приступаю к сердечно-легочной реанимации». При отсутствии возможности привлечения помощника скорую медицинскую помощь следует вызвать самостоятельно (например, используя функцию громкой связи в телефоне).
- 7) **ПРОВЕДЕНИЕ СЛР**
- 8) **ЗАВЕРШЕНИЕ СЛР**

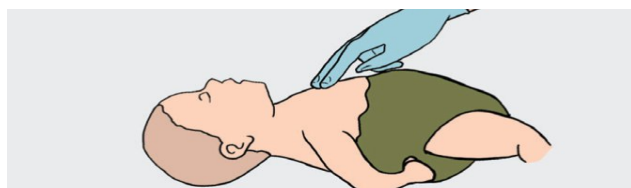
ОСОБЕННОСТИ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ У ДЕТЕЙ

У детей сердечно-легочная реанимация может проводиться в той же последовательности, что и у взрослых, с той же частотой и тем же соотношением давления руками на грудину пострадавшего и вдохов искусственного дыхания, что и у взрослых.

Сердечно-легочная реанимация ребенку:

Надавливания на грудину выполняются на глубину, равную одной трети переднезаднего размера грудной клетки (примерно 4 см. у детей до 1 года и 5 см. у детей более старшего возраста). Давление на грудину производится двумя пальцами (для детей до 1 года), одной или двумя руками для детей более старшего возраста.

При проведении вдохов искусственного дыхания следует визуально контролировать объем вдуваемого воздуха (до начала подъема грудной клетки). Детям до 1 года при проведении искусственного дыхания необходимо охватывать своими губами рот и нос одновременно.



ПРАВИЛА ПРОВЕДЕНИЯ НАДАВЛИВАНИЙ НА ГРУДНУЮ КЛЕТКУ

СЛР ПРОВОДИТСЯ ТОЛЬКО НА ТВЕРДОЙ РОВНОЙ ПОВЕРХНОСТИ!

Не допускаются проведения сердечно-легочной реанимации на любой амортизирующей поверхности.

Перед проведением СЛР необходимо расстегнуть или убрать объёмную одежду на груди пострадавшего для того, чтобы не было объёмной подушки в виде ткани, чтобы обеспечить плотное соприкосновение рук с грудной клеткой пострадавшего. Тонкие футболки и рубашки расстегивать не нужно.

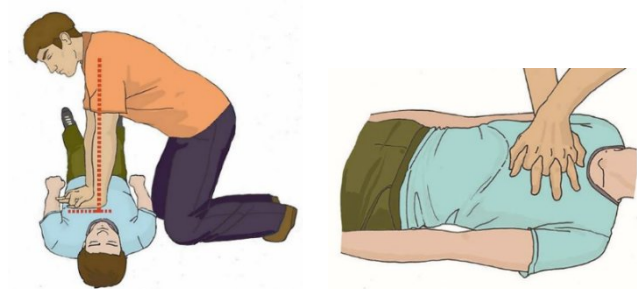


Рисунок 41. Положение рук при проведении СЛР

Положите основание ладони на середину грудной клетки. Вторую руку поместите сверху первой, пальцы возьмите в замок. Руки выпрямите в локтевых суставах, плечи расположите над пострадавшим так, чтобы давление осуществлялось перпендикулярно плоскости груди (рис. 41)



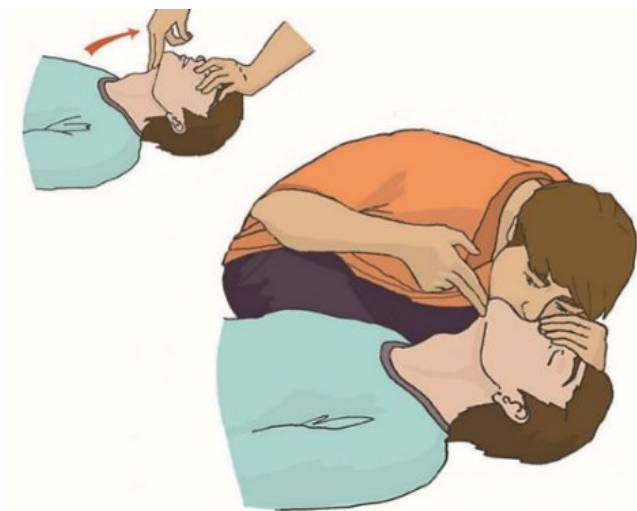
Давление руками на грудину пострадавшего выполняйте весом всего туловища на глубину 5-6 см с частотой 100-120 в минуту. Количество компрессий грудной клетки – 30 надавливаний на 2 вдоха.

Рекомендуется осуществлять счет вслух, считаемый десятками до тридцати, акцентируя на десять, двадцать, тридцать.



Чередуйте 30 надавливаний на грудину с 2 вдохами искусственного дыхания, независимо от количества человек, проводящих реанимацию.

ПРАВИЛА ПРОВЕДЕНИЯ ИСКУССТВЕННОГО ДЫХАНИЯ



Запрокиньте голову пострадавшего, положив одну руку на его лоб, приподняв подбородок двумя пальцами другой руки. Жажмите нос пострадавшего двумя пальцами. Сделайте свой нормальный вдох, герметично обхватите своими губами рот пострадавшего, выполните равномерный выдох в его дыхательные пути в течение 1 секунды, наблюдая за подъемом его грудной клетки. На 2 вдоха искусственного дыхания должно быть потрачено не более 10 секунд.



Рисунок 42. Применение мешка Амбу при проведении СЛР

При проведении искусственного дыхания мероприятия рекомендуется использовать устройство для проведения искусственного дыхания «Амбу», входящее в состав аптечек.

Мешок Амбу (Ambu) — это ручное медицинское устройство для проведения искусственной вентиляции лёгких (ИВЛ) в экстренных ситуациях, когда человек не может дышать самостоятельно. Мешок Амбу обеспечивает подачу воздуха или обогащённой кислородом смеси в лёгкие через лицевую маску или другие переходники.

Сердечно-легочную реанимацию можно прекратить, если:

- Прибыли бригады скорой медицинской помощи или специальных служб.
- У пострадавшего появились явные признаки жизни.
- Невозможно продолжать сердечно-легочную реанимацию ввиду физической усталости (необходимо привлечь помощника). Большинство современных рекомендаций по проведению сердечно-легочной реанимации предусматривают смену ее участников примерно каждые 2 минуты или спустя 5–6 циклов надавливаний и вдохов. В случае отсутствия помощника при возникновении чрезмерной усталости реанимационные мероприятия могут быть прекращены, так как они становятся неэффективными.
- Возникла угроза для человека, оказывающего первую помощь.

АЛГОРИТМ ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОТСУТСТВИИ СОЗНАНИЯ. ОСТАНОВКЕ ДЫХАНИЯ И КРОВООБРАЩЕНИЯ

ОКАЗАНИЕ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ

ПРИ ОТСУТСТВИИ СОЗНАНИЯ, ОСТАНОВКЕ ДЫХАНИЯ И КРОВООБРАЩЕНИЯ



АЛГОРИТМ ПРОВЕДЕНИЯ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ

1 Оценка обстановки и устранение угрожающих факторов

Для того, чтобы определиться с необходимыми действиями по оказанию первой помощи, следует выяснить, имеются ли у пострадавшего признаки жизни. К основным и наиболее просто определяемым признакам жизни относятся сознание и дыхание.

2 Проверка сознания

Для проверки сознания – аккуратно потормошить пострадавшего за плечи и громко спросить: «Что с Вами? Нужна ли Вам помощь?».

нет реакции → сознание отсутствует



3 Проверка дыхания

Для восстановления проходимости дыхательных путей у пострадавшего следует одну руку положить на лоб пострадавшего, двумя пальцами другой взять за подбородок и запрокинуть голову.



Для проверки дыхания надо поднести щеку и ухо ко рту и носу пострадавшего и в течение 10 сек.:

- послушать дыхание ухом,
- почувствовать дыхание щекой,
- посмотреть на движения грудной клетки. При отсутствии дыхания необходимо привлечь помощника.



При отсутствии дыхания – поручить помощнику вызвать скорую медицинскую помощь: «Человек не дышит. Вызывайте скорую. Сообщите мне, что вызвали».

если дыхание есть

4 Вызов скорой медицинской помощи по номерам 103 или 112

Необходимо сообщить - место происшествия, что произошло, диспетчеру:

- место происшествия, что произошло,
- число пострадавших и что с ними,
- какая помощь оказывается.

Отключиться последним, после ответа диспетчера.

5 Проведение сердечно-легочной реанимации

30 надавливаний на грудину чередуются с 2-мя вдохами искусственного дыхания

- открыть дыхательные пути,
- зажать нос пострадавшего,
- плотно обхватить губы пострадавшего своими губами и выполнить выдох в рот пострадавшего не дольше 1 секунды до начала подъема грудной клетки.



Сердечно-легочную реанимацию можно прекратить в следующих случаях:

1. Появление у пострадавшего явных признаков жизни.
2. Прибытие бригады скорой медицинской помощи.
3. Невозможность продолжения сердечно-легочной реанимации ввиду физической усталости.

МЕРОПРИЯТИЯ ПОСЛЕ ПРЕКРАЩЕНИЯ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ

В случае появления признаков жизни (нормального дыхания) необходимо обеспечить поддержание проходимости дыхательных путей (в т. ч. приданием устойчивого бокового положения) и осуществлять контроль признаков жизни до прибытия скорой медицинской помощи или других специальных служб. В течение этого времени следует контролировать состояние пострадавшего, оказывать ему психологическую поддержку.

Придание пострадавшему устойчивого бокового положения



1 Располагать одну руку пострадавшего под прямым углом к его телу.



2 Вторую руку пострадавшего приложить тыльной стороной к щеке пострадавшего, придерживая ее своей рукой.



3 После этого согнуть дальнюю ногу пострадавшего в колене, поставить ее с опорой на стопу и, надавив на колено этой ноги на себя в указанном на рисунке направлении, повернуть пострадавшего на себя.



4 После поворота пострадавшего набок слегка запрокинуть его голову и подтянуть ногу, лежащую сверху, к животу.



5 В результате этих действий пострадавший должен принять положение, изображенное на рисунке.



ОКАЗАНИЕ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПРИ ПОЛНОМ НАРУШЕНИИ ПРОХОДИМОСТИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ИНОРОДНЫМ ТЕЛОМ

ПОМОЩЬ ПОСТРАДАВШЕМУ (у взрослых):

- 1) Встаньте позади пострадавшего, наклоните его вперёд, основанием ладони нанесите 5 резких ударов между лопатками. После каждого удара проверяйте – не удалось ли устранить непроходимость.
- 2) Если инородное тело не удалено, обхватите пострадавшего руками на уровне верхней части живота. Сожмите одну руку в кулак и поместите его над пупком большим пальцем к себе. Обхватите кулак другой рукой и резко надавите на его живот в направлении внутрь и кверху. Повторите серию надавливаний 5 раз (прием Геймлиха).



ПРИЕМ ГЕЙМЛИХА (абдоминальные толчки) — это экстренный метод первой помощи, который применяют при полной обструкции (закупорке) верхних дыхательных путей инородным телом (чаще куском пищи). Цель — искусственно повысить давление в нижних дыхательных путях и вытолкнуть предмет наружу с помощью остаточного воздуха в лёгких. Технику оказания первой помощи при удушье разработал Генри Геймлих в 1974 году (рис. 44).

ЕСЛИ ЧЕЛОВЕК В СОЗНАНИИ

Встаньте позади пострадавшего



Сожмите руку в кулак, сверху положите ладонь другой руки. Прижмите кулак чуть ниже грудной клетки



Резко надавите вверх



Рисунок 44. Прием Геймлиха

У беременных и тучных пострадавших нельзя или невозможно сделать толчки в живот. В таком случае необходимо начинать с ударов между лопатками, а надавливания делать на нижнюю часть грудной клетки (рис. 45).



Рисунок 45. Помощь беременной женщине при нарушении проходимости дыхательных путей инородным телом

ПОМОЩЬ ПОСТРАДАВШИМ (у детей):

- Признаки нарушения проходимости дыхательных путей инородным телом: ребенок задыхается, не способен говорить, внезапно становится синюшным, может потерять сознание. Необходимо положить ребенка на предплечье руки, головой вниз, придерживая его голову, нанести 5 ударов между лопатками. В случае, если хлопки не помогли, сделать 5 толчков двумя пальцами в нижнюю часть грудной клетки. Повторять эти мероприятия до тех пор, пока инородный предмет не будет извлечён.



Рисунок 46. Помощь ребенку при нарушении проходимости верхних дыхательных путей инородным телом

- Если пострадавший потерял сознание – начните сердечно-легочную реанимацию. При этом следите за возможным появлением инородного тела во рту для того, чтобы своевременно удалить его.
- После восстановления дыхания придайте пострадавшему устойчивое боковое положение. Обеспечьте постоянный контроль за дыханием до прибытия скорой медицинской помощи!



АЛГОРИТМ ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПРИ ЗАКУПОРКЕ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ИНОРОДНЫМ ТЕЛОМ

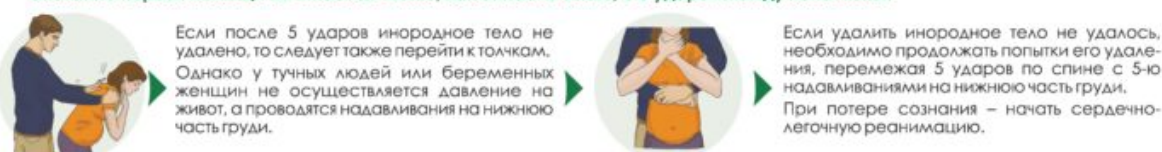
ОКАЗАНИЕ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ЗАКУПОРКЕ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ИНОРОДНЫМ ТЕЛОМ



ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ТУЧНОМУ ЧЕЛОВЕКУ ИЛИ БЕРЕМЕННОЙ

Оказание первой помощи начинается также, как описано выше, с 5 ударов между лопатками.



ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ

Детям старше 1 года удары по спине и надавливания на живот выполняются таким же способом, как и взрослым. При этом усилия дозируют соответственно возрасту.

Ребенка до года расположить на своем предплечье головой вниз, при этом придерживать голову ребенка. Выполнить 5 ударов основанием ладони другой руки по спине ребенка, считая удары вслух. После каждого удара проверять не извлечено ли инородное тело.



При отсутствии эффекта, продолжая придерживать голову и шею, переложить ребенка спиной на другую руку. Выполнить до 5 надавливаний двумя пальцами (указательным и средним) в центр груди.



При отсутствии эффекта чередовать 5 ударов по спине и 5 надавливаний пальцами в центр груди, периодически осматривая полость рта. При появлении там явно видимого инородного тела, удалить его. Так же признаками извлечения инородного тела является появление дыхания и плача у ребенка.

При потере ребенком сознания необходимо начать сердечно-легочную реанимацию.

САМОПОМОЩЬ

Для того, чтобы при полной закупорке дыхательных путей помочь самому себе, ударьтесь верхней частью живота о какой-либо выступающий предмет, например, о спинку стула или кресла. Повторите это до извлечения инородного тела.



ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ТРАВМАХ, ВОЗДЕЙСТВИЯХ ИЗЛУЧЕНИЯ, ВЫСОКИХ ТЕМПЕРАТУР, ХИМИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ, УКУСАХ И УЖАЛИВАНИЯХ ЯДОВИТЫХ ЖИВОТНЫХ.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ТРАВМАХ

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ТРАВМЕ ГОЛОВЫ

Травмы головы являются одними из наиболее тяжелых повреждений, которые пострадавшие могут получить в результате происшествий. Очень часто травмы головы (особенно ранения волосистой части головы) сопровождаются значительным кровотечением, которое может угрожать жизни пострадавшего на месте происшествия.

Основные симптомы травмы головы:

- Для черепно-мозговой травмы характерны бледность, общая слабость, сонливость, головная боль, головокружение, паралич конечностей и потеря сознания. Пострадавший может быть в сознании, но при этом не помнит обстоятельств травмы и событий, ей предшествующих.
- Переломы костей черепа могут сопровождаться, кроме того, следующими признаками: выделением бесцветной или кровянистой жидкости из ушей и носа, кровоподтеками вокруг глаз.

ПОМОЩЬ ПОСТРАДАВШЕМУ:

- Остановите кровотечение прямым давлением на рану и наложением давящей повязки.
- Вызовите (самостоятельно или с помощью окружающих) скорую медицинскую помощь.
- Контролируйте наличие сознания и дыхания.
- При отсутствии признаков жизни приступайте к сердечно-легочной реанимации. Проводите СЛР до восстановления самостоятельного дыхания или до прибытия медицинского персонала.
- После восстановления дыхания (или если дыхание было сохранено) придайте пострадавшему устойчивое боковое положение (рис. 47). Обеспечьте постоянный контроль за дыханием до прибытия скорой медицинской помощи.

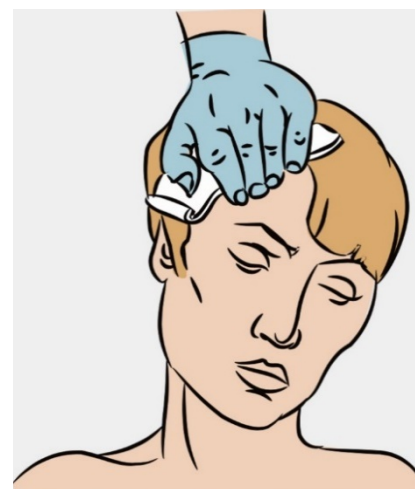




Рисунок 47. Варианты оптимального положения тела пострадавшего при травмах головы

ПОВЯЗКА «ЧЕПЕЦ» ПРИ ТРАВМЕ ГОЛОВЫ

Повязка «Чепец» — это бинтовая повязка, которая применяется при травмах волосистой части головы для остановки кровотечения, защиты раны от загрязнения и фиксации перевязочного материала. Она охватывает голову, как шапочка, и надёжно удерживает салфетку на ране (рис. 48)

Показания к наложению

Повязку накладывают при повреждениях в следующих зонах:

- Лоб.
- Теменная часть.
- Затылок.

Виды травм, при которых применяется повязка-чепец:

- Скальпированные раны (резаные, рваные, укушенные и др.).
- Ушибы, гематомы.
- Нагноения, фурункулы.
- Ожоги.

Цели использования повязки:

- Остановка кровотечения за счёт давления бинта и марлевого тампона.
- Защита места ранения от внешней среды и профилактика бактериального заражения.
- Защита от механических повреждений (при надевании головного убора, во время сна и т. д.).
- Закрепление стерильной марлевой салфетки (или пропитанной лекарством).

Алгоритм наложения повязки «Чепец»:

- 1) Усадить пострадавшего лицом к себе, попросить не двигать головой во время процедуры.
- 2) На рану наложить стерильную марлевую салфетку.
- 3) Взять отрезок бинта-завязки длиной около 1 метра, согнуть его пополам, чтобы найти середину. Этой серединой приложить завязку к теменной области (макушке) пострадавшего. Опустить оба конца завязки вертикально вниз перед ушными раковинами. Попросить пострадавшего или помощника удерживать концы в слегка натянутом состоянии у углов нижней челюсти.
- 4) Сделать два закрепляющих круговых тура вокруг головы через лобные и затылочные бугры (направление тура — слева направо).
- 5) При следующем ходе, дойдя до завязки, обернуть вокруг неё бинт. Провести бинт на затылочную область и, закрыв половину предыдущего тура, дойти до завязки противоположной стороны.
- 6) Повторять этап 2, пока не будет закрыта вся волосистая часть головы. Каждый следующий тур смещать к центру, перекрывая предыдущий на половину или две трети ширины бинта. Все ходы бинта последовательно оборачивать вокруг завязок, что формирует прочную «шапочку».
- 7) После покрытия всей головы сделать последний фиксирующий круговой тур (или два тура) вокруг головы.
- 8) Конец бинта обернуть вокруг одной из завязок и завязать крепкий узел. Оставшийся конец бинта (длиной 15–20 см) разрезать продольно на две ленты и связать их с соответствующими концами завязки-основы под подбородком пострадавшего. Лишнее обрезать.

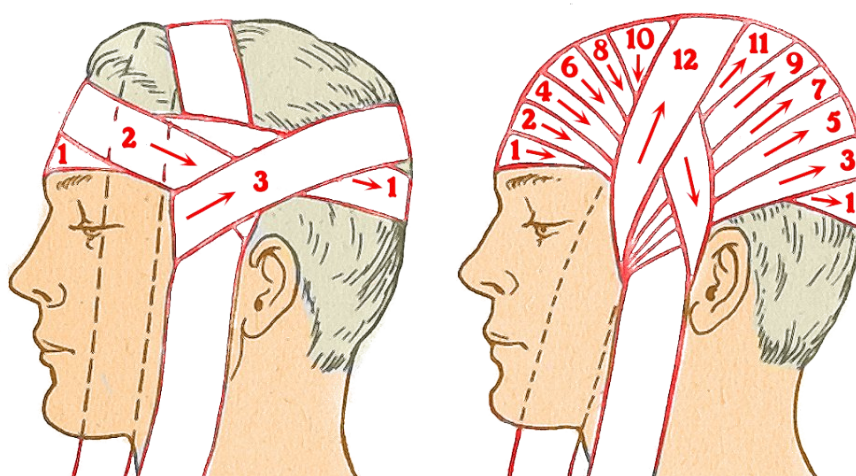


Рисунок 48. Повязка «Чепец»

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ТРАВМЕ ГЛАЗ

ПОМОЩЬ ПОСТРАДАВШЕМУ:

- При травмах глаз и век наложите повязку на оба глаза (если не закрывать повязкой оба глаза, то движения здорового глаза будут вызывать движение, боль и дополнительные повреждения в пострадавшем глазу). Уши пострадавшего должны быть открыты (рис. 49)
- Вызовите скорую медицинскую помощь.
- Передвигаться пострадавший должен только за руку с сопровождающим.

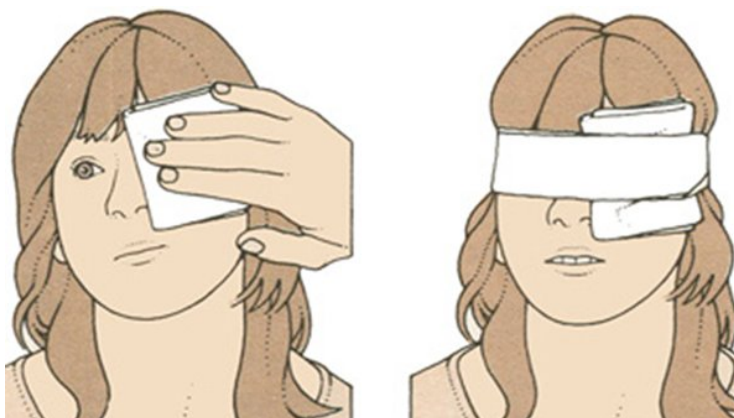


Рисунок 49. Повязка при травме глаз

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ НОСОВОМ КРОВОТЕЧЕНИИ

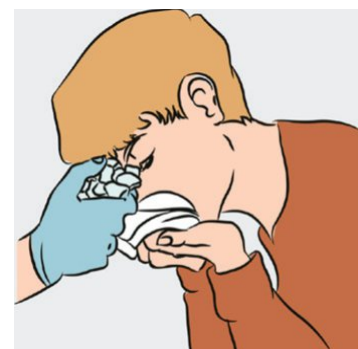
ПОМОЩЬ ПОСТРАДАВШЕМУ:

- При носовом кровотечении усадите пострадавшего, слегка наклоните его голову вперёд. Сожмите крылья носа на 15-20 минут.

При этом пострадавший должен дышать ртом.

- Приложите к переносице холод.
- Рекомендуйте пострадавшему сплевывать кровь (при попадании крови в желудок может развиваться рвота).

- Если кровотечение в течение 15-20 минут не останавливается, вызовите скорую медицинскую помощь.



ПРАЩЕВИДНАЯ ПОВЯЗКА ПРИ ТРАВМЕ НОСА

Пращевидная повязка — это простой способ зафиксировать перевязочный материал или обеспечить лёгкую иммобилизацию (неподвижность) на выступающих или сложно очерченных участках тела (рис. 50). Этот тип повязки оптимально подходит для таких анатомических зон со сложным рельефом: подбородок и нижняя челюсть, нос, лоб и теменная область.

Алгоритм наложения пращевидной повязки:

- 1) Усадить пострадавшего в удобное положение.
- 2) Если есть открытая рана, наложить стерильную салфетку.
- 3) Центральную (неразрезанную) часть пращи уложить поверх салфетки.
- 4) Верхние и нижние концы перекрестить между собой.
- 5) Завязать концы повязки на противоположной стороне.
- 6) Проверить фиксацию: повязка не должна сползать, но и не должна быть слишком тугой (чтобы не нарушать дыхание или кровообращение).

Особенности пращевидной повязки для носа: центральную часть повязки укладывают поперёк лица на нос. Концы перекрещивают в области скуловых костей: верхние ленты проходят под ушными раковинами, а нижние — над ними. Затем концы повязки связывают на затылке.



Рисунок 50. Пращевидная повязка на нос

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ТРАВМЕ ШЕИ

Травмы шеи могут представлять непосредственную опасность для жизни в том случае, если имеется повреждение крупных сосудов, особенно сонных артерий. Для того, чтобы предупредить смерть пострадавшего, необходимо сразу после обнаружения кровотечения произвести его остановку.

Серьезной травмой является повреждение шейного отдела позвоночника, которое может развиваться, например, при дорожно-транспортном происшествии, падении с высоты, нырянии, падении тяжелого предмета на голову. При травме шейного отдела позвоночника с повреждением спинного мозга пострадавший может быть в сознании, но полностью или частично обездвижен. Вывихи и переломы шейных позвонков проявляются резкой болью в области шеи. Пострадавший может поддерживать голову руками, мышцы шеи будут напряжены. Однако, столь явных признаков травмы шейного отдела позвоночника может и не быть, поэтому при оказании первой помощи необходимо ориентироваться, прежде всего, на механизм получения травмы и во всех вышеописанных случаях относиться к пострадавшему как к потенциально травмированному.

ПОМОЩЬ ПОСТРАДАВШЕМУ:

При оказании первой помощи при травме шеи необходимо исключить дополнительную травму и возможность повреждения спинного мозга при извлечении и перемещении пострадавшего!

- При кровотечении выполните прямое давление на рану и наложите давящую повязку.
- При подозрении на травму шейного отдела позвоночника (ДТП, падение с высоты, ныряние), если необходимо перемещение пострадавшего, фиксируйте его голову и шею вручную предплечьями. При экстренном извлечении пострадавшего фиксируйте его шею рукой. При наличии необходимо зафиксировать шею пострадавшего с помощью шейного воротника.



- Вызовите (самостоятельно или с помощью окружающих) скорую медицинскую помощь.



ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ РАНЕНИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

Травмы груди являются одними из наиболее тяжелых повреждений. В грудной клетке располагаются жизненно важные органы (сердце, легкие), крупные сосуды, повреждение которых может быть смертельно опасно.

Наиболее тяжелое повреждение – это ранение грудной клетки с нарушением ее герметичности (пневмоторакс).

Пневмоторакс — это патологическое состояние, при котором воздух скапливается в плевральной полости (пространстве между лёгкими и грудной стенкой). Пневмоторакс бывает закрытым, открытым и клапанным (рис. 51)

В нормальном состоянии в плевральной области воздуха нет — есть только небольшое



Рисунок 52.
Пневмоторакс

количество жидкости, которая обеспечивает скольжение листков плевры и позволяет лёгким свободно расправляться при вдохе. Когда воздух попадает в эту полость, он нарушает баланс давлений: лёгкое частично или полностью спадается (коллабирует), из-за чего страдает дыхание и газообмен. Это потенциально опасное для жизни состояние, особенно если воздух накапливается быстро.

Пневмоторакс

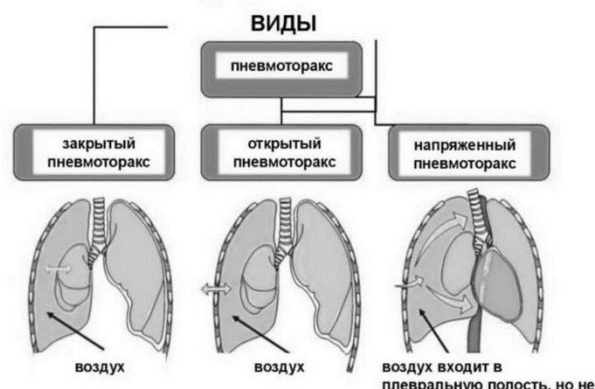


Рисунок 51. Виды пневмоторакса

Признаками ранения грудной клетки с нарушением ее герметичности являются:

- Наличие раны в области грудной клетки, через которую во время вдоха с характерным всасывающим звуком засасывается воздух.
- На выдохе кровь в ране может пузыриться.
- Дыхание у пострадавшего частое, поверхностное, кожа бледная с синюшным оттенком.

ПОМОЩЬ ПОСТРАДАВШЕМУ:

- При отсутствии в ране инородного предмета прижмите ладонь к ране и закройте в нее доступ воздуха. Если рана сквозная, закройте входное и выходное раневые отверстия.

- Закройте рану воздухонепроницаемым материалом (герметизируйте рану), зафиксируйте этот материал повязкой или пластырем.
- Придайте пострадавшему полусидячее положение с наклоном в пораженную сторону.
- При наличии в ране инородного предмета - зафиксируйте его валиками бинта, пластырем или повязкой.
- **Извлекать из раны инородные предметы на месте происшествия запрещается!**
- Вызовите (самостоятельно или с помощью окружающих) скорую медицинскую помощь.

ОККЛЮЗИОННАЯ ПОВЯЗКА ПРИ РАНЕНИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

Окклюзионная повязка — это герметичная повязка, которая полностью изолирует рану от воздуха, влаги и внешних микроорганизмов, одновременно создавая в ней влажную среду, благоприятную для заживления (рис. 53). Основное показание к применению окклюзионной повязки - открытый пневмоторакс. При проникающем ранении грудной клетки воздух может засасываться в плевральную полость, что приводит к спадению лёгкого и угрожает жизни. Герметичная повязка предотвращает этот процесс.

Основные функции окклюзионной повязки:

- Герметизация раны. Предотвращает попадание воздуха, жидкости и патогенных микроорганизмов извне.
- Создание влажной среды. Способствует эффективному очищению раны от некротических тканей, ускорению регенерации.
- Защита от вторичного инфицирования.

Алгоритм действий при наложении окклюзионной повязки:

- 1) Непосредственно на рану помещается воздухонепроницаемый материал, превышающий по размеру величину раны (упаковка от перевязочного пакета или бинта, полимерная пленка). Необходимо накладывать повязку так, чтобы её края заходили на здоровую неповреждённую кожу минимум на 2-3 сантиметра. Иначе герметичности не будет.
- 2) После наложения воздухонепроницаемого материала он закрепляется лейкопластырем с трех сторон, оставляя незафиксированным уголок или край внизу. Оставленный свободный уголок или край выполняет функцию клапана – не дает воздуху поступать в грудную клетку и позволяет ему выходить, чтобы снизить избыточное давление в ней.

- 3) При наличии в оснащении специальных окклюзионных повязок для закрытия ранений грудной клетки можно использовать их.

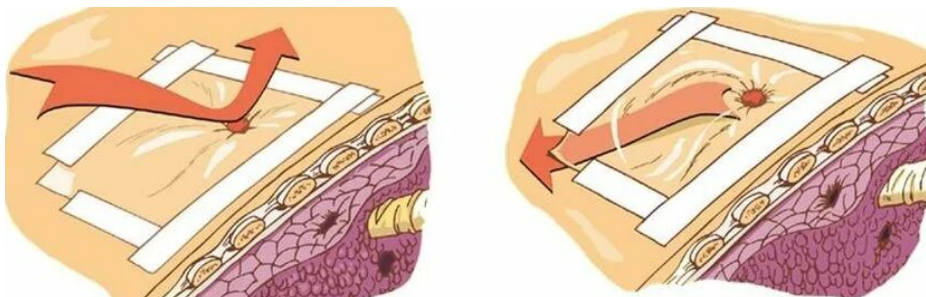


Рисунок 53. Окклюзионная повязка

ВИДЫ ОККЛЮЗИОННЫХ ПОВЯЗОК

Существует несколько видов окклюзионных повязок, которые различаются материалом и особенностями применения:

- **Плёночные повязки** (изготавливаются из тонкой плёнки, иногда с адгезивным клеевым слоем).
- **Пенополиуретановые повязки** (имеют губчатый слой с хорошей впитывающей способностью, а верхний слой выполнен из непроницаемой плёнки, которая обеспечивает герметичность)

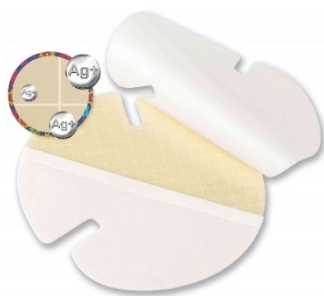


Рисунок 54.
Гидроколлоидная повязка

- **Гидроколлоидные повязки** (гидроколлоидный слой нанесён на бактерицидную и водонепроницаемую полиуретановую плёнку) (рис.54).

- **Гидрогелевые повязки** (в их состав входят гидрогелевые частицы, которые при контакте с экссудатом поглощают его, образуя гель)

- **Повязки из полиуретана.**

- **Окклюзионные пластыри промышленного производства.**

Они упрощают процесс герметизации при пневмотораксе, могут быть с клапаном или вентиляционными отверстиями, позволяющими воздуху и крови выходить из раны при выдохе, но оставаться герметичными при вдохе.



Рисунок 55.
Пенополиуретановая повязка

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ТРАВМАХ ЖИВОТА

Травмы живота могут быть закрытыми (без ранения брюшной стенки) и открытыми (при наличии раны на животе). Закрытая травма живота может оставаться незамеченной, пока внутреннее кровотечение не вызовет резкого ухудшения состояния. Открытая травма живота может сопровождаться выпадением внутренних органов и кровотечением.

Основные симптомы закрытой травмы живота с кровопотерей:

- Постоянная острая боль по всему животу, сухость во рту, тошнота и рвота.
- Могут отмечаться признаки кровопотери: резкая общая слабость, чувство жажды, головокружение, мелькание «мушек» перед глазами, обморок (чаще при попытке встать), бледная, влажная и холодная кожа, учащённое дыхание и сердцебиение.

ПОМОЩЬ ПОСТРАДАВШЕМУ:

- При наличии кровотечения необходимо осуществить прямое давление на рану, наложить давящую повязку.
- **Запрещается вправлять в рану выпавшие внутренние органы, туго прибинтовывать их, извлекать из раны инородный предмет!**
- При ранении живота с выпадением внутренних органов – вокруг выпавших органов положите валик из марлевых бинтов (защитите выпавшие внутренние органы, прикройте их бинтом, который необходимо систематически смачивать водой). Поверх валика наложите повязку или чистую ткань. Не прижимая выпавшие органы, прибинтуйте повязку к животу.
- Требуется защитить пострадавшего от переохлаждения. Укутать теплыми одеялами, одеждой.
- При закрытой травме живота (без видимых ранений брюшной стенки) можно положить холод на живот, придать пострадавшему положение на спине с валиком под полусогнутыми и сведенными ногами (рис. 56).



Рисунок 56. Оптимальное положение тела пострадавшего при закрытой травме живота

- Вызовите (самостоятельно или с помощью окружающих) скорую медицинскую помощь.
- При травмах живота пострадавшему запрещено пить и есть! Для утоления чувства жажды – смочите ему губы.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ТРАВМАХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Травмы конечностей часто сопровождаются повреждением кровеносных сосудов, поэтому важно своевременно остановить обнаруженное кровотечение. Для этого применяются все способы: прямое давление на рану, наложение давящей повязки, наложение кровоостанавливающего жгута.

Одним из наиболее тяжелых повреждений конечностей является отрыв (ампутация) какой-то ее части либо целиком. В этом случае необходимо остановить кровотечение (при отрыве крупных частей конечности можно накладывать кровоостанавливающий жгут, в остальных случаях можно выполнить прямое давление на рану или наложить давящую повязку). Оторванную часть нужно уложить в пакет со льдом и передать медицинским работникам.

Перелом – это нарушение анатомической целостности кости — полное или частичное, которое возникает под действием внешней силы, превышающей прочность костной ткани. При этом может повреждаться не только сама кость, но и окружающие её мягкие ткани, сосуды, нервы.

Переломы могут быть закрытыми и открытыми (рис. 57). При закрытых переломах кожные покровы над местом перелома не повреждены. Открытые переломы сопровождаются раной, через которую могут выступать костные отломки.



Рисунок 57. Виды переломов

Основные признаки травмы костей (перелома):

- Деформация конечности.
- Возникновение сине-багровой припухлости в месте перелома, сильные боли.

ПОМОЩЬ ПОСТРАДАВШЕМУ:

- Убедитесь, что ни вам, ни пострадавшему ничего не угрожает. Используйте медицинские перчатки для защиты от биологических жидкостей пострадавшего. Переместите пострадавшего (при необходимости).
- Вызовите (самостоятельно или с помощью окружающих) скорую медицинскую помощь.
- Остановите наружное кровотечение.
- Если предполагается самостоятельная транспортировка пострадавшего – обеспечьте неподвижность места переломов костей с помощью шин или подручных средств, наложенных поверх одежды.

Иммобилизация – это создание неподвижности поврежденной части тела с помощью подручных средств, готовых транспортных шин (изделий медицинского назначения, входящих в состав аптечек и упаковок первой помощи) или используя здоровые части тела пострадавшего - **аутоиммобилизация** (рис. 58 - 59).



Рисунок 58. Иммобилизация

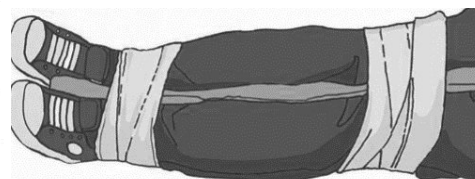


Рисунок 59. Аутоиммобилизация

ПРАВИЛА ТРАНСПОРТНОЙ ИММОБИЛИЗАЦИИ

Как правило, иммобилизация выполняется с обездвиживанием двух соседних суставов, расположенных выше и ниже места перелома. При переломе плеча и бедра фиксируются три сустава.

При переломе плеча фиксируются три сустава:

- Плечевой.
- Локтевой.
- Лучезапястный.

При переломе бедра фиксируются три сустава:

- Тазобедренный.
- Коленный.
- Голеностопный.

В качестве иммобилизирующего средства можно использовать шины или плоские узкие предметы: палки, доски, линейки, прутья, фанеру, картон и др. Острые края и углы шин из подручных средств должны быть сглажены, обмотаны бинтом. После наложения шину необходимо зафиксировать бинтами или пластырем. При переломах шину накладывают поверх одежды и обуви.

При открытых переломах нельзя прикладывать шину к местам, где выступают наружу костные отломки.

Шину на всем протяжении (исключая уровень перелома) необходимо плотно прикрепить к конечностям бинтом, но не очень туго, чтобы не нарушалось кровообращение. При переломе нижней конечности шины накладываются с двух сторон.

При отсутствии шин или подручных средств поврежденную ногу можно иммобилизовать, прибинтовав ее к здоровой ноге, а руку — к туловищу.

ВИДЫ СРЕДСТВ ТРАНСПОРТНОЙ ИММОБИЛИЗАЦИИ

Для иммобилизации при переломах конечностей используются различные виды шин, которые различаются по конструкции, назначению и принципу действия. Они позволяют зафиксировать поврежденную конечность, уменьшить боль и предотвратить дополнительные травмы при транспортировке пострадавшего.

Шины Крамера

Шины Крамера представляют собой гибкие лестничные шины, изготовленные из металлической проволоки, которые могут быть сформированы под любую часть тела. Эти шины часто используются для иммобилизации и поддержки конечностей при переломах и вывихах. Они легко адаптируются к форме конечности, обеспечивая надежную фиксацию и минимизируя риск дальнейшего повреждения. Лестничные шины изготавливаются из алюминиево-проволочных рамок, покрытых мягким материалом для дополнительного комфорта.



Рисунок 60. Шины Крамера

Их можно легко формовать для поддержки различных частей тела, особенно конечностей. Эти шины актуальны как для временной, так и постоянной иммобилизации в чрезвычайных ситуациях.

Складные картонные шины

Складные картонные шины являются легкими и недорогими устройствами для временной иммобилизации. Они обычно применяются для транспортировки пациентов с подозрением на перелом или вывих. Эти шины легко формируются и могут быть размещены под конечности, чтобы обеспечить временную стабилизацию до оказания полноценной медицинской помощи.



Рисунок 61. Складные картонные шины

Транспортные вакуумные шины

Транспортные вакуумные шины представляют собой устройства, наполненные мелкими гранулами и содержащие вакуумный насос для создания жесткости. Когда воздух удаляется из шины, она принимает форму тела и остается жесткой, обеспечивая надежную иммобилизацию и минимизируя движение.



Рисунок 62. Транспортные вакуумные шины

Шины транспортные складные многоразовые для верхней и нижней конечности

Шины предназначены для проведения транспортной иммобилизации пострадавших разного возраста с разными антропометрическими данными при травмах

верхних и нижних конечностей на этапах оказания первой помощи. Шины в рабочем состоянии представляют собой Г-образную жесткую конструкцию. Шины изготавливаются из легкого листового пластика. Конечности фиксируются ремнями с застежками.

ИММОБИЛИЗАЦИЯ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ ПОМОЩИ ШИН КРАМЕРА

ИММОБИЛИЗАЦИЯ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ПРЕДПЛЕЧЬЯ

Основные правила иммобилизации:

- **Фиксация двух суставов.** При переломе предплечья необходимо обездвижить локтевой и лучезапястный суставы (рис. 63).
- Рука пострадавшего должна быть согнута в локтевом суставе под прямым углом, кисть — обращена ладонью к животу и незначительно отведена в тыльную сторону. В кисть вкладывают ватно-марлевый валик для удержания пальцев в положении полусгибания. Для транспортной иммобилизации применяют лестничные шины длиной 80 см. шину прибинтовывают на всём протяжении, а руку подвешивают на косынку или перевязь. Перед наложением шины под костные выступы подкладывают мягкую ткань (ватно-марлевые салфетки), чтобы избежать пролежней.

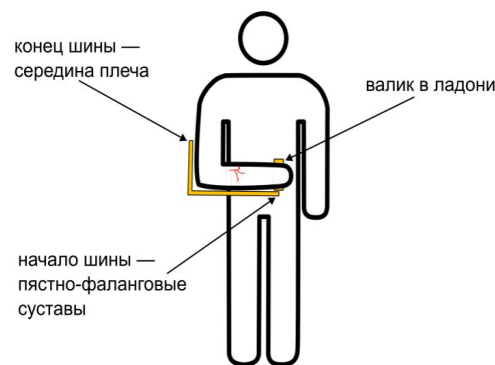


Рисунок 63. Иммобилизация при переломе предплечья

ИММОБИЛИЗАЦИЯ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ПЛЕЧА

Основные правила иммобилизации:

- **Фиксация трех суставов.** При переломе плеча необходимо обездвижить три сустава: плечевой, локтевой и лучезапястный (рис. 64).

- Шину накладывают от середины лопатки здоровой стороны, затем она идёт по спине, огибает плечевой сустав, спускается по плечу до локтевого сустава, изгибается под прямым углом и идёт по предплечью и кисти до основания пальцев. Перед наложением шину предварительно моделируют, прикладывая к себе: укладывают предплечье на один из концов шины, захватывают свободной рукой другой конец и направляют его по задне-наружной поверхности через надплечье и спину до надплечья противоположной стороны, где фиксируют и делают нужный изгиб. Шину фиксируют к руке и туловищу марлевыми бинтами, после чего руку с шиной подвешивают на косыночной повязке.



Рисунок 64. Иммобилизация при переломе плеча

ИММОБИЛИЗАЦИЯ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ПРЕДПЛЕЧЬЯ

Иммобилизация при переломе голени необходима для того, чтобы обездвижить повреждённую ногу с целью предотвращения смещения костных отломков, повреждения сосудов и нервов, а также для снижения боли и риска травматического шока.

Основные правила иммобилизации:

- **Фиксация двух суставов.** При переломе голени необходимо зафиксировать два сустава: коленный и голеностопный. Поэтому шины (лестничные, фанерные или из подручных средств — досок, палок) подбирают так, чтобы они доходили до верхней трети бедра и захватывали стопу (рис. 65)

- При закрытом переломе шину накладывают поверх одежды и обуви. При открытом переломе сначала на рану накладывают стерильную повязку, и только потом делают иммобилизацию. К месту травмы можно приложить холод (через ткань), чтобы уменьшить боль и отёк. Необходимо защитить костные выступы. Под шину (или под одежду) обязательно подложите ватно-марлевые прокладки, чтобы не натереть кожу и не вызвать пролежни. После наложения шины проверьте кровообращение. Убедитесь, что пульс на стопе есть, нет онемения, похолодания или посинения пальцев — это признаки того, что повязка слишком тугая и сдавливает сосуды.

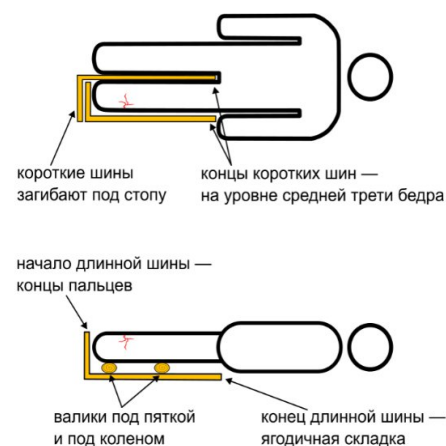


Рисунок 65. Иммобилизация при переломе предплечья

ИММОБИЛИЗАЦИЯ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ БЕДРА

Основные правила иммобилизации:

- **Фиксация трех суставов.** При переломе бедра нужно зафиксировать три сустава — тазобедренный, коленный и голеностопный (рис. 66)

- Для иммобилизации при переломе бедра наиболее предпочтительным средством являются шины Дитерихса. Лестничные шины Крамера используют, если шин Дитерихса нет. Шины предварительно обматывают ватой и бинтами, чтобы защитить кожу и избежать давления в точках костных выступов. Обычно берут три шины: одну моделируют по задней поверхности ноги (с изгибом в подколенной области, чтобы нога была слегка согнута), вторую — по наружной поверхности (от подмышечной области до стопы), третью — по внутренней (от паха до стопы, с аналогичным загибом на стопе). Шины укрепляют марлевыми бинтами.
- Не снимайте с пострадавшего одежду и обувь — это может усилить боль и привести к дополнительной травме. Если нужно осмотреть место повреждения, одежду разрезают по швам. Придайте конечности наименее болезненное положение. После наложения шины проверьте пульс на сосудах повреждённой конечности.
- При перекладывании пострадавшего с наложенной шиной на носилки или в машину поддерживайте повреждённую конечность.

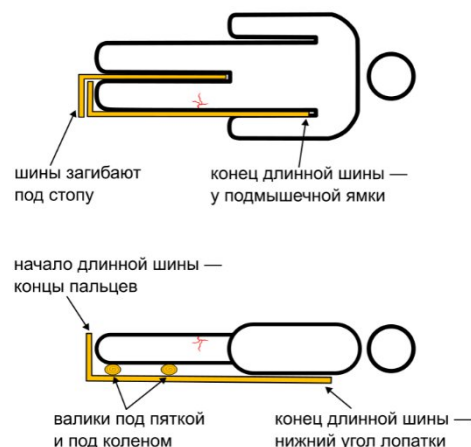


Рисунок 66. Иммобилизация при переломе бедра

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ТРАВМАХ ТАЗА

Травмы таза также могут представлять опасность для жизни пострадавшего. К примеру, такие травмы наблюдаются у пешеходов, сбитых грузовым автотранспортом. Травмы таза очень часто сочетаются с повреждениями живота. Признаками травмы таза

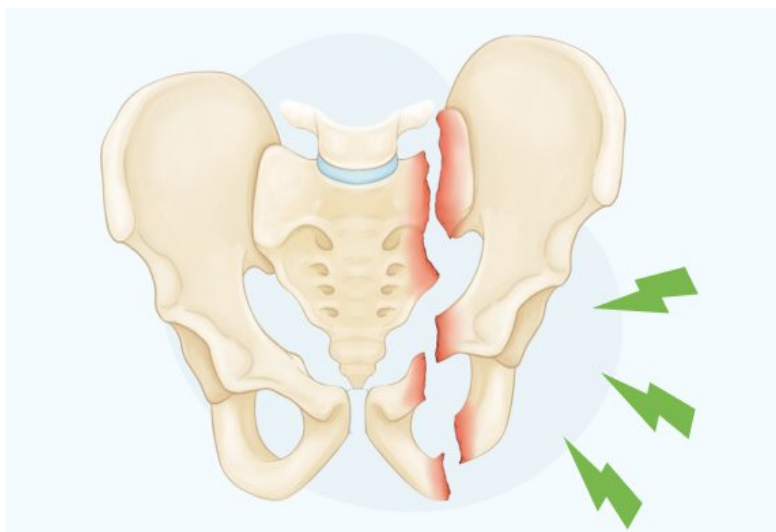
могут быть боли внизу живота, кровоподтеки и ссадины в этой области. Анатомические образования таза:

1. Крупные кости, перелом которых опасен развитием массивного внутреннего кровотечения.
2. Внутренние органы: мочеточники, мочевого пузыря, половые органы, толстый кишечник. Все эти органы очень хорошо кровоснабжаются. Повреждение любого из них опасно развитием массивного внутреннего кровотечения.
3. Крупные сосуды. Сильные наружные кровотечения тазовой области крайне опасны. Остановить их очень сложно.

ПОМОЩЬ ПОСТРАДАВШЕМУ:

- Придание пострадавшему оптимального положения тела. Рекомендуется подложить под колени валик (одежду или сумку), действуя очень аккуратно, свести коленные и голеностопные суставы.
- Вызов скорой помощи.
- Контроль состояния пострадавшего до прибытия бригады скорой медицинской помощи.

При переломах костей таза часто пишут, что пострадавшего нужно уложить в, так называемую, позу «лягушки». Это не совсем верно. Такое положение часто принимает сам пострадавший в результате перелома, то есть оно является вынужденным. Если пострадавший находится в каком-либо другом положении, не нужно придавать ему насильно положение «лягушки». Любое смещение сломанных костей крайне нежелательно и может привести к утяжелению состояния пострадавшего. Иммобилизация и транспортировка пострадавшего производится в том положении, в котором он оказался в результате травмы.



АЛГОРИТМ ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПРИ ТРАВМАХ. ОПТИМАЛЬНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ТЕЛА.

ОКАЗАНИЕ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ

ТРАВМЫ. ОПТИМАЛЬНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ТЕЛА



МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ



Российское общество
первой помощи

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОТРАВЛЕНИЯХ

Отравление — это острое патологическое состояние организма, вызванное попаданием в него токсических веществ (токсинов и ядов) в количестве, превышающем возможности естественных защитных механизмов организма. Такие вещества

нарушают нормальные биохимические процессы в клетках, приводя к сбоям в работе органов и систем, а в тяжёлых случаях — к угрожающим жизни состояниям.

Токсическое вещество может попасть в организм человека четырьмя путями:

- Пищеварительный тракт.
- Дыхательные пути.
- Кожу и слизистые оболочки.
- В результате инъекции.

Основные проявления отравлений:

- Особенности места происшествия – необычный запах, открытые или опрокинутые емкости с химическими веществами, открытая аптечка с рассыпанными таблетками, поврежденное растение, шприцы.
- Внезапно развившиеся тошнота, рвота, понос, боли в груди или животе.
- Затруднение дыхания, потливость, слюнотечение.
- Потеря сознания, мышечные подергивания и судороги, ожоги вокруг губ, на языке или на коже, неестественный цвет кожи, ранки на ней.
- Странная манера поведения человека, необычный запах изо рта.



ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОТРАВЛЕНИИ
(через пищеварительный тракт)

ПОМОЩЬ ПОСТРАДАВШЕМУ:

- Вызовите (самостоятельно или с помощью окружающих) скорую медицинскую помощь. Выясните обстоятельства происшедшего (в случае лекарственного отравления предъявите упаковку от лекарств прибывшему медицинскому работнику).

- Если пострадавший в сознании, предложите ему выпить 5-6 стаканов воды и вызвать рвоту, надавив двумя пальцами на корень языка. После рвоты промывание повторить. Общий объем принятой жидкости при промывании желудка должен быть 2,5–5 л. Промывание желудка проводить до «чистых промывных вод». При отсутствии сознания промывать желудок нельзя.



- Если пострадавший без сознания, определите наличие у него самостоятельного дыхания и (или) кровообращения. При отсутствии признаков жизни приступайте к сердечно-легочной реанимации. Проводите СЛР до восстановления самостоятельного дыхания или до прибытия медицинского персонала.

- После восстановления дыхания (или если дыхание было сохранено) придайте пострадавшему устойчивое боковое положение. Обеспечьте постоянный контроль за дыханием до прибытия скорой медицинской помощи!
- Укутайте пострадавшего теплыми одеялами, одеждой.



ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОТРАВЛЕНИИ (через дыхательные пути)

Отравление через дыхательные пути (ингаляционное) происходит, когда токсичные вещества попадают в организм при вдыхании. Это могут быть разные формы веществ: газы (угарный газ, сероводород, хлор, аммиак), пары (органических растворителей, кислот, щелочей, некоторых металлов), дым (при пожарах, пиролизе материалов) или токсичная пыль. Симптомы отравления зависят от того, какое именно вещество, в какой концентрации и как долго воздействовало.

Признаки отравления угарным газом: резь в глазах, звон в ушах, головная боль, рвота, потеря сознания, покраснение кожи. **Признаки отравления бытовым газом:** тяжесть в голове, головокружение, шум в ушах, рвота, резкая мышечная слабость, усиление сердцебиения, сонливость, потеря сознания, непроизвольное мочеиспускание, побледнение (посинение) кожи, поверхностное дыхание, судороги.

ПОМОЩЬ ПОСТРАДАВШЕМУ:

- Убедитесь, что ни вам, ни пострадавшему ничего не угрожает, вынесите или выведите пострадавшего в безопасное место или откройте окна, проветрите помещение.
- При отсутствии признаков жизни приступайте к сердечно-легочной реанимации. Проводите СЛР до восстановления самостоятельного дыхания или до прибытия медицинского персонала.
- Вызовите (самостоятельно или при помощи окружающих) скорую медицинскую помощь.
- После восстановления дыхания (или если дыхание было сохранено) придайте пострадавшему устойчивое боковое положение. Обеспечьте постоянный контроль за дыханием до прибытия скорой медицинской помощи.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПОРАЖЕНИИ ГЛАЗ

ПОМОЩЬ ПОСТРАДАВШЕМУ:

- 1) При химических ожогах глаз или попадании в глаза инородных тел осторожно раздвиньте веки пальцами, обильно промойте глаза чистой водой (желательно комнатной температуры). Промывать глаза следует так, чтобы вода стекала от носа к виску.
- 2) Наложите повязку на оба глаза (если не закрыть повязкой оба глаза, то движения здорового глаза будут вызывать движения и боль в пострадавшем глазу). Вызовите (самостоятельно или с помощью окружающих) скорую медицинскую помощь. Передвигаться пострадавший должен только за руку с сопровождающим!



ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ ТЕРМИЧЕСКИХ ПОРАЖАЮЩИХ ФАКТОРОВ

Термические факторы могут оказывать на пострадавшего общее или местное воздействие. Общее воздействие высокой температуры на организм человека вызывает перегревание - **тепловой удар**, а местное – **ожоги** различной площади и глубины. Холодовая травма проявляется в виде общего воздействия пониженной температуры окружающей среды на все тело человека – **переохлаждение**, либо в виде местного повреждения - **отморожение**.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ТЕПЛОВОМ (СОЛНЕЧНОМ) УДАРЕ

Перегревание (тепловой удар) развивается при нарушениях теплоотдачи организма вследствие длительного нахождения человека в условиях повышенной температуры (особенно в сочетании с высокой влажностью).

Признаками перегревания являются: повышенная температура тела, головная боль, тошнота и рвота, головокружение, слабость, потеря сознания, судороги, учащённое сердцебиение, учащённое поверхностное дыхание. В тяжелых случаях возможна остановка дыхания и кровообращения.

ПОМОЩЬ ПОСТРАДАВШЕМУ:

- При появлении признаков теплового (солнечного) удара переведите (перенесите) пострадавшего в прохладное, проветриваемое место (в тень, к открытому окну).
- При отсутствии признаков жизни приступайте к сердечно-легочной реанимации. Вызовите (самостоятельно или при помощи окружающих) скорую медицинскую помощь. Проводите СЛР до восстановления самостоятельного дыхания или до прибытия медицинского персонала.
- После восстановления дыхания (или если дыхание было сохранено) придайте пострадавшему устойчивое боковое положение. Обеспечьте постоянный контроль за дыханием до прибытия скорой медицинской помощи. Положите на голову и шею смоченные в холодной воде полотенца (салфетки). При восстановлении (наличии) сознания напоите пострадавшего прохладной водой.



ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОЖОГАХ

Ожог — это травматическое повреждение кожи, слизистых оболочек, а в некоторых случаях и более глубоких тканей (мышц, сухожилий, костей) из-за воздействия высокой температуры, химических веществ, электрического тока, излучения или ультрафиолета (рис. 67)

По глубине поражения ожоги делят на 4 вида:

- **Ожоги I степени** характеризуются гиперемией (покраснением) и отеком кожи.
- **Ожоги II степени** характеризуются отслойкой эпидермиса (наружного слоя кожи) с образованием пузырей.
- **Ожоги III степени** вызывают некроз (омертвление) всех слоев кожи.
- **Ожоги IV степени** приводят к поражению не только кожи, но и глубже лежащих тканей (подкожной клетчатки, мышц, костей).

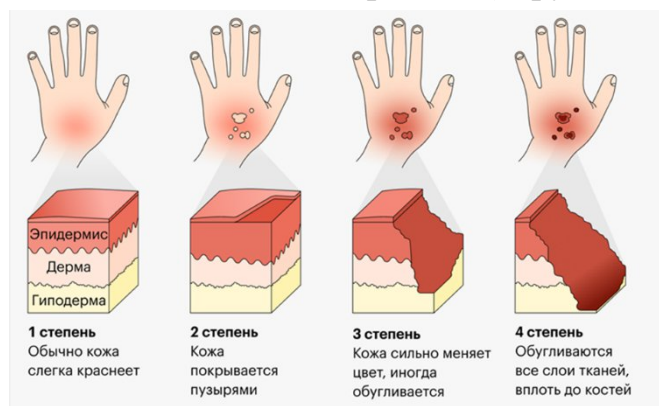


Рисунок 67. Степени ожогов

ПОМОЩЬ ПОСТРАДАВШЕМУ:

- Убедитесь, что вам ничего не угрожает. Остановите пострадавшего, уложите его на землю. Потушите горящую одежду любым способом (например, накройте человека негорючей тканью).
- Охладите ожоговую поверхность водой в течение 20 минут.
- Не вскрывайте пузыри, не удаляйте из раны посторонние предметы и прилипшую одежду! Наложите на ожоговую поверхность стерильную повязку и холод поверх повязки. Дайте обильное питье.
- Вызовите (самостоятельно или с помощью окружающих) скорую медицинскую помощь.



ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОБЩЕМ ПЕРЕОХЛАЖДЕНИИ

Переохлаждение – расстройство функций организма в результате понижения температуры тела под действием холода. Развивается на фоне нарушений терморегуляции, вызванных длительным нахождением на холоде во влажной одежде и обуви или в одежде, несоответствующей температурному режиму. Переохлаждению может способствовать травма, физическое переутомление, голодание, алкогольное или наркотическое опьянение, детский или старческий возраст.



Признаки переохлаждения организма:

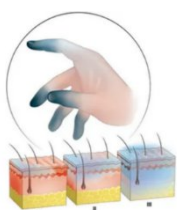
- Жалобы на ощущение холода, дрожь, озноб (в начальной стадии переохлаждения). Нарушение координации движений, мелкой моторики, речи.
- Заторможенность, утрата воли к спасению, уменьшение частоты пульса и дыхания. Невнятная речь. Пострадавшему сложно или невозможно удерживать вертикальное положение тела.
- При продолжающемся переохлаждении сознание утрачивается.
- В тяжелых случаях происходит остановка дыхания и кровообращения.

ПОМОЩЬ ПОСТРАДАВШЕМУ:

- Занесите пострадавшего в теплое помещение или согрейте пострадавшего (укутайте теплым одеялом, спасательным покрывалом, одеждой).
- Вызовите (самостоятельно или с помощью окружающих) скорую медицинскую помощь.
- Если пострадавший в сознании, дайте обильное горячее сладкое питье. Накормите горячей пищей.



ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОТМОРОЖЕНИЯХ



Отморожение - это локальное повреждение тканей организма, вызванное воздействием низких температур. При этом температура кожи и подлежащих слоёв понижается до уровня, при котором происходит кристаллизация воды внутри клеток, что приводит к разрушению

тканевых структур, некрозу (омертвению) и возможной потере повреждённого участка (рис. 68).

Чаще всего развивается отморожение открытых участков кожи (уши, нос, щеки, руки) или конечностей с нарушенным кровообращением (например, пальцев ног в тесной, неутепленной, влажной обуви).

По глубине поражения выделяют 4 степени отморожения:

- **Отморожение I степени** развивается при непродолжительном воздействии холода. Бледность кожи при отогревании сменяется гиперемией (покраснением). Тактильная и болевая чувствительность сохранены. Движения в пальцах кисти и стопы активные. Отмечается умеренный отек в границах гиперемии.
- **Отморожение II степени** характеризуется образованием пузырей, наполненных прозрачной жидкостью. До этого же кожные покровы гиперемизированы, с синюшным оттенком. Отек умеренный.
- **При отморожении III степени** пузыри возникают рано, наполнены кровянистым содержимым. До их образования кожные покровы имеют багрово-синюшную окраску и холодны на ощупь. Поврежденные участки не чувствительны к химическим (этиловый спирт) и болевым раздражителям. При таком поражении омертвление захватывает всю дерму (средний слой кожи) до подкожно-жировой клетчатки, вследствие чего их заживление происходит с образованием грубых рубцов.
- **При отморожении IV степени** граница поражения проходит на уровне костей и суставов.

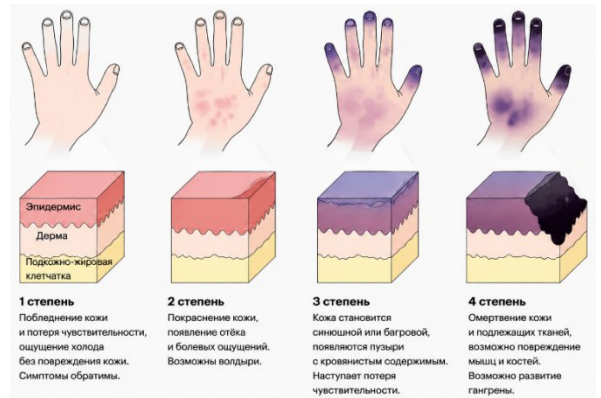


Рисунок 68. Классификация степеней отморожения

ПОМОЩЬ ПОСТРАДАВШЕМУ:

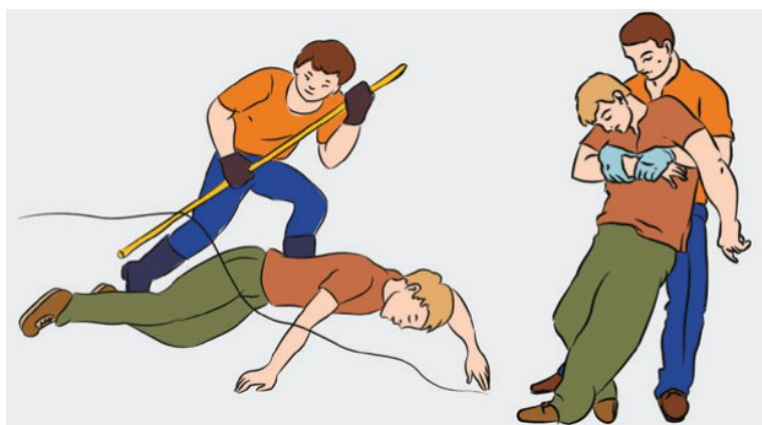
- Переместите пострадавшего в более теплое помещение. Укройте поврежденные конечности и участки тела теплоизолирующим материалом.
- Пораженные участки нельзя активно согревать (например, опускать в горячую воду), растирать, массировать.
- Дайте обильное горячее сладкое питье. Накормите горячей пищей.
- Вызовите (самостоятельно или с помощью окружающих) скорую медицинскую помощь.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПОРАЖЕНИИ ЭЛЕКТРИЧЕСКИМ ТОКОМ

Воздействие электрического тока на организм человека опасно, прежде всего, тем, что может вызывать остановку дыхания и кровообращения. Поэтому при оказании первой помощи пострадавшим необходимо быть готовым к выполнению реанимационных мероприятий. Также при поражении человека электрическим током могут возникать травмы, кровотечения, электрические ожоги (первая помощь при них оказывается аналогично термическим).

ПОМОЩЬ ПОСТРАДАВШЕМУ:

- Необходимо вызвать экстренные оперативные службы и обеспечить свою безопасность. Не прикасаться к пострадавшему сразу же, поскольку он может находиться под воздействием электрического тока. При поражении электричеством на производстве или высоковольтных электрических сетях, необходимо дождаться прибытия аварийно-спасательных формирований.
- По возможности необходимо отключить источник тока – в случае бытового электричества это можно сделать самостоятельно, воспользовавшись выключателем или устройством автоматического отключения в электросчетчике.
- При подходе к пострадавшему по земле нужно идти мелкими шагами. Можно сбросить с пострадавшего провод сухим, не проводящим ток, предметом (палка, пластик). Оттащить пострадавшего за одежду не менее чем на 10 метров от места касания проводом земли или от оборудования, находящегося под напряжением.
- Определить наличие самостоятельного дыхания. При отсутствии признаков жизни приступить к проведению сердечно-легочной реанимации. Проводить СЛР до восстановления самостоятельного дыхания или до прибытия медицинского персонала.



- После восстановления дыхания (или если дыхание было сохранено) придать пострадавшему устойчивое боковое положение. Обеспечить постоянный контроль за дыханием до прибытия скорой медицинской помощи.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ УКУСАХ ИЛИ УЖАЛИВАНИЯХ ЯДОВИТЫХ ЖИВОТНЫХ

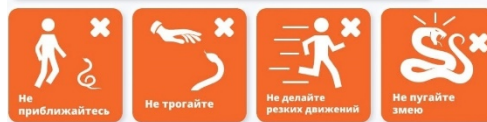
ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ УКУСЕ ЗМЕИ

ПОМОЩЬ ПОСТРАДАВШЕМУ:

- Ограничьте подвижность пострадавшей конечности. При укусе ноги прибинтуйте ее к другой ноге. При укусе руки — зафиксируйте ее к туловищу в согнутом положении. Можно приложить холод к месту укуса.
- При отсутствии признаков жизни приступайте к сердечно-легочной реанимации. Вызовите (самостоятельно или при помощи окружающих) скорую медицинскую помощь. Проводите СЛР до восстановления самостоятельного дыхания или до прибытия медицинского персонала.
- После восстановления дыхания (или если дыхание было сохранено) придайте пострадавшему устойчивое боковое положение. Обеспечьте постоянный контроль за дыханием до прибытия скорой медицинской помощи.

Правила поведения при встрече со змеей

РФ



Во время прогулки на природных территориях



ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ УКУСЕ НАСЕКОМЫХ

Особенности оказания первой помощи при укусах насекомых зависят от того, какое насекомое укусило или ужалило. Главное — действовать спокойно и быстро, чтобы замедлить распространение яда и облегчить состояние.

ПОМОЩЬ ПОСТРАДАВШЕМУ:

- При укусе насекомого удалите жало из ранки.
- Приложите холод к месту укуса.
- При возникновении аллергической реакции следует обратиться к врачу.
- Следите за состоянием пострадавшего до прибытия медицинского работника.



ДЕЙСТВИЯ, ЕСЛИ СОБАКА ГОТОВА НАПАСТЬ:

- Встретив агрессивно настроенную собаку, остановитесь и твердым голосом отдайте команды, типа: «Место!», «Стоять!», «Сидеть!», «Уйди» или «Фу!». В некоторых случаях срабатывает серия команд, приводящих животное в растерянность.
- Имитируйте поднятие и бросок условного предмета
- По возможности, обмотайте плащом или пиджаком руку, приготовив ее на случай атаки животного, одновременно отступая к укрытию, забору или дому спиной, внимательно наблюдая за реакциями собаки и призывая на помощь окружающих.

ДЕЙСТВИЯ, ЕСЛИ УКУСИЛА СОБАКА:

- Остановите кровотечение. Промойте рану и места, куда попала слюна животного теплой проточной водой с мылом.
- Обработайте укус. Наложите чистую повязку.
- Обязательно обратитесь в ближайший травмпункт, для получения квалифицированной медицинской помощи.
- Поставьте в известность о случившемся санитарные службы.



ОПАСНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ УКУСА СОБАКИ

Собака может нанести разную травму: от поверхностной колотой раны до глубокого разрыва мягких тканей (мышц, сухожилий, сосудов). В тяжёлых случаях возможен перелом костей. Особенно опасны укусы в голову, шею, кисти рук — из-за близости к центральной нервной системе и обилия нервных окончаний вирус бешенства быстрее распространяется по организму. Во рту у собаки (даже у домашней и привитой) обитает множество бактерий. При укусе они вместе со слюной попадают в ткани человека. Это повышает риск воспаления, нагноения, а в тяжёлых случаях — распространения инфекции (целлюлита) или даже сепсиса (заражения крови). Бешенство - это вирусное заболевание, которое передаётся со слюной заражённого животного. После появления клинических симптомов болезнь практически неизлечима и заканчивается летальным исходом. Поэтому при укусе (особенно если животное было диким, бродячим или его прививочный статус неизвестен) критически важно, как можно скорее обратиться за медицинской помощью для экстренной профилактики.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОБМОРОКЕ

Обморок – кратковременная потеря сознания. Причина – внезапное кратковременное нарушение кровоснабжения головного мозга (резкая перемена положения тела, душное помещение, усталость, голодание, беременность и др.).

Чаще всего, обморок начинается с «предвестников» – потемнение перед глазами, головокружение, слабость. В связи с этим, при обмороке пострадавшие редко причиняют себе травмы. Кроме того, знание механизма развития обморока и наличие форы по времени позволяют избежать развития угрожающего жизни состояния «отсутствие сознания». Достаточно придать телу горизонтальное положение и, по возможности, прекратить действие провоцирующего фактора (вынести пострадавшего из душного помещения, например).

ПОМОЩЬ ПОСТРАДАВШЕМУ:

- Придайте пострадавшему устойчивое боковое положение, ослабьте галстук, расстегните ворот верхней одежды, ослабьте брючный ремень, снимите обувь, обеспечьте доступ свежего воздуха.
- Если сознание не восстанавливается более 3-5 минут, вызовите (самостоятельно или с помощью окружающих) скорую медицинскую помощь.
- В любом случае следует обратиться к врачу для обследования и определения причины обморока.



ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ СУДОРОЖНЫХ СОСТОЯНИЯХ, СОПРОВОЖДАЮЩИХСЯ ПОТЕРЕЙ СОЗНАНИЯ

В отличие от обморока, эпилептический припадок чаще всего развивается внезапно, «предвестники» кратковременны. Потеря сознания в этом случае сопровождается судорожными сокращениями всех мышц. Развитие судорог с потерей сознания опасно, прежде всего, тем, что человек может травмировать себя при падении или в процессе судорог, так как контроль над своими движениями в этот момент утрачен. Соответственно, помощью в этом состоянии будет предотвращение травмирования, особенно, головы.

После окончания судорог человек некоторое время может находиться без сознания, поэтому подвергает себя опасности нарушения проходимости дыхательных путей.

Признаки судорожного приступа: *неожиданные, неконтролируемые, ритмичные мышечные сокращения (конвульсии), нерегулярное или временное отсутствие дыхания/сознания, отделение слюны или пены изо рта, закатывание глаз, возможно прикусывание языка.*

Приоритетная задача оказания первой помощи такому пострадавшему – это предупредить его травмирование, обеспечив безопасные условия на месте происшествия (убрав острые, бьющиеся предметы).

ПОМОЩЬ ПОСТРАДАВШЕМУ:

- При возникновении судорожных состояний поддержите пострадавшего (если он падает), удерживайте (но не давите) голову и туловище пострадавшего, оберегая от травм.
- Запрещено вводить между зубами какие-либо предметы во время судорожного приступа и после него.
- После завершения приступа может наступить кратковременная потеря сознания. Придайте пострадавшему устойчивое боковое положение и вызовите (самостоятельно или с помощью окружающих) скорую медицинскую помощь.
- В любом случае при возникновении судорожных состояний следует обратиться к врачу.

Распространённо заблуждение, что при эпилептическом припадке человек может «подавиться языком» или «откусить язык», поэтому во что бы то ни стало необходимо разжать ему челюсти чаще всего посторонним предметом. В кризисной ситуации это практически невозможно, так как жевательные мышцы, сжимающие челюсти, – самые сильные в человеческом организме. Это опасно как для пострадавшего (нанесение травм, инородное тело верхних дыхательных путей, инородное тело ротоглотки, пищевода и т. д.), так и для спасателя (травмы, инфекции, передающиеся через кровь).



ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОСТРЫХ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ РЕАКЦИЯХ НА СТРЕСС

Острые психологические реакции на стресс – кратковременные выраженные изменения в когнитивной, эмоциональной, поведенческой и соматической сферах человека в ответ на воздействие физических или психологических стрессоров.

Выделяют следующие острые психологические реакции на стресс:
истероидная, агрессивная, страх, тревога, плач и апатия.

Некоторые характеристики острых стрессовых реакций:

- **Чёткая связь с психотравмирующим событием.** Содержание реакции понятно и соотносится с ситуацией, вызвавшей стресс.
- **Временный и обратимый характер.** Симптомы постепенно ослабевают по мере отдаления от момента травмирующего события.
- **Сопровождение вегетативными реакциями.** Могут наблюдаться тахикардия, повышенное потоотделение, покраснение кожных покровов, головная боль, мышечное напряжение и другие физиологические изменения.
- **Развитие в течение определённого времени после воздействия стрессора.** Развитие симптомов часто происходит в течение одного часа с момента критического инцидента, а продолжительность реакции обычно не превышает нескольких часов или дней.

Важно: если симптомы сохраняются длительное время или вызывают значительный дискомфорт, рекомендуется обратиться к специалисту. В некоторых случаях острая стрессовая реакция может перерасти в более серьёзные состояния, например, посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР).

Алгоритм действий при оказании допсихологической помощи:

- Необходимо убедиться, что у человека нет физических травм, острых проблем со здоровьем. Окажите первую помощь. При необходимости вызовите скорую помощь.
- Позаботьтесь о собственной безопасности.
- Уважайте того человека, которому хотите оказать помощь. Не обманывайте его.
- Реально оценивайте свое состояние и собственные силы, перед тем как принять решение, что сейчас вы можете и готовы помогать. Будьте искренни.
- Используйте только те приемы, в которых уверены, что они могут помочь и не навредят.



ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ИСТЕРОИДНОЙ РЕАКЦИИ

Истероидная острая реакция на стресс — это кратковременное расстройство, которое возникает у человека в ответ на исключительный по силе стресс (например, угрозу жизни, серьёзную травму, потерю близкого).

Важно понимать, что это нормальная реакция психики на ненормальные обстоятельства, а не признак психического расстройства. Истерика развивается быстро (в течение нескольких минут после стрессового события) и обычно проходит в течение нескольких часов. Человек в момент истерики действительно переживает сильный стресс, а демонстративность — это один из способов психики справиться с непереносимым напряжением.



ПОМОЩЬ ПОСТРАДАВШЕМУ:

- Постарайтесь удалить зрителей и замкнуть внимание на себе: чем меньше зрителей, тем быстрее истероидная реакция прекратится. Если зрителей удалить невозможно, постарайтесь стать самым внимательным слушателем.
- Сократите свою вербальную активность (количество слов, которые говорите). Не вступайте с пострадавшим в активный диалог. Говорите короткими простыми фразами, обращаясь к человеку по имени.
- Сохраняйте спокойствие, не показывайте пострадавшему ярких эмоций.
- Если есть возможность, постарайтесь переключить внимание пострадавшего. Для этого задайте неожиданный вопрос, требующий развернутого ответа. Выбирайте максимально отдаленную от происшествия тему. Вопросы не должны иметь негативного содержания. Дайте пострадавшему простое физическое действие – подайте стакан воды, мокрое полотенце.
- После истерики наступает упадок сил, поэтому необходимо дать человеку возможность отдохнуть.

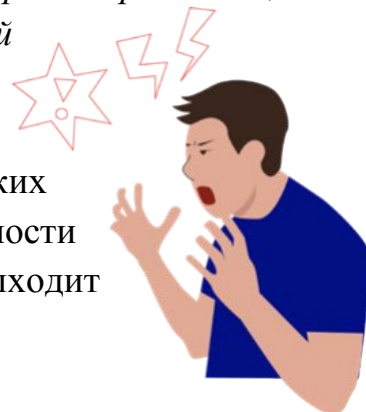
НЕДОПУСТИМЫЕ ДЕЙСТВИЯ:

- Не совершайте неожиданных действий: таких как дать пощечину человеку, облить водой, потрясти человека. Нельзя смеяться, кричать в ответ.
- Нельзя уговаривать, жалеть, потакать капризам человека в истерике. В тоже время не оставляйте пострадавшего без спокойного внимания.
- Не говорите шаблонных фраз: «успокойся», «возьми в себя в руки», «так нельзя».

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ АГРЕССИВНОЙ РЕАКЦИИ

Агрессивная острая реакция на стресс — это кратковременное, но интенсивное состояние, при котором человек в ответ на сильный физический или психологический стресс проявляет агрессию.

Такая реакция является одним из вариантов острой стрессовой реакции, которая развивается у людей без видимых психических расстройств в ответ на исключительный по своей интенсивности стресс. Агрессивная форма — это когда на первый план выходит именно гнев и импульсивное, порой опасное поведение.



ПОМОЩЬ ПОСТРАДАВШЕМУ:

- Реакция гнева может быть опасной для самого человека, для вас и для окружающих – убедитесь в безопасности и примите меры, чтобы ее обеспечить.
- Сохраняйте спокойствие, не показывайте ярких эмоций. Вступая в диалог с человеком, который проявляет агрессию, говорите немного тише, медленнее и спокойнее, чем он.
- Признайте чувство: «Ты злишься. Давай вместе сожмем кулаки 5 раз».
- Не обращайте внимания на оскорбления и брань от пострадавшего. Не вступайте с пострадавшим в споры и не противоречьте ему. Не переубеждайте логикой – это только усиливает гнев.
- Обращайтесь к человеку по имени, задавайте вопросы, которые помогли бы ему сформулировать и понять его требования к этой ситуации. Если чувствуете внутреннюю готовность и понимаете, что это необходимо, отойдите с пострадавшим от окружающих и дайте ему возможность выговориться.
- Отвлеките пострадавшего деятельностью, связанной с физической нагрузкой. Предложите безопасный выход эмоциям: «Порви газету», «Потопай ногами», «Покричи в подушку».

НЕДОПУСТИМЫЕ ДЕЙСТВИЯ:

- Не нужно считать, что человек, выражающий агрессию, по характеру злой. Через гнев человек выражает свою эмоциональную боль.
- Не старайтесь переспорить человека или переубедить его, даже если считаете, что он не прав. Не применяйте силу без крайней необходимости.
- Не угрожайте и не запугивайте. Не приближайтесь слишком близко к агрессивному человеку, особенно, если у него в руках какой-нибудь предмет.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ СТРАХЕ

Страх как острая реакция на стресс — это интенсивная, быстро возникающая эмоциональная реакция на реальную или воображаемую угрозу, которая мобилизует организм для выживания.

В основе острой реакции страха лежит активация симпатической нервной системы и выброс стрессовых гормонов (адреналина, норадреналина, кортизола). Это так называемая реакция «бей или беги» (fight-or-flight), которая эволюционно помогала человеку выживать при встрече с опасностью. Опасным страх становится, когда он не оправдан (человек боится того, что не представляет для него опасности) или силен настолько, что лишает человека способности думать и действовать.



ПОМОЩЬ ПОСТРАДАВШЕМУ:

- Не оставляйте человека одного в панике, страх тяжело переносится в одиночестве. Дайте простую информацию о том, что происходит вокруг.
- Создайте ощущение безопасности – сядьте рядом, говорите ровным голосом.
- Если страх настолько силен, что буквально парализует человека, то можно предложить ему сделать несколько простых упражнений. Например, задержать дыхание, насколько это возможно, а после сосредоточиться на спокойном медленном дыхании. Подстройтесь под дыхание – дышите вместе с человеком, постепенно замедляя ритм.
- Другой прием основан на том, что страх – это эмоция, а любая эмоция становится слабее, если включается мыслительная деятельность, поэтому можно предложить человеку простое интеллектуальное действие, например, отнимать от 100 по 5.
- Когда острота страха начинает спадать, поговорите с человеком о том, чего он боится, дайте возможность человеку выговориться. Если же страх был вызван объективной травмирующей экстремальной ситуацией, то рекомендуется не обсуждать с человеком вновь те события, которые вызвали сильный страх.

НЕДОПУСТИМЫЕ ДЕЙСТВИЯ:

- Даже если вы считаете, что страх неоправданный или нелепый, то не нужно пытаться убедить в этом человека фразами: «Не думай об этом», «Это ерунда», «Это глупости». Когда человек находится в таком состоянии, для него страх серьезен и эмоционально болезнен.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ТРЕВОГЕ

Тревога — это эмоциональное состояние, которое возникает в ситуациях неопределённой опасности, когда человек ожидает неблагоприятного развития событий.

Тревога связана с чувством внутреннего напряжения, беспокойства и мрачных предчувствий, связанное с ожиданием чего-то неприятного, но при этом неясного и трудноопределимого. Ключевое отличие в том, что страх — это реакция на конкретный, осознаваемый объект или ситуацию угрозы. Тревогу иногда называют «эмоцией будущего», так как она часто связана с прогнозированием негативных событий. Источником тревоги очень часто являются недостаток информации и состояние неопределенности, которое характерно для любой чрезвычайной ситуации. Состояние тревоги – это одно из тех состояний, которое может длиться долго, вытягивая из человека силы и энергию, лишая его возможности отдыха, парализуя способность действовать.



ПОМОЩЬ ПОСТРАДАВШЕМУ:

- При тревоге очень важно постараться «разговорить» человека и понять, что именно его беспокоит. В этом случае возможно, что человек осознает источник тревоги, и тогда она трансформируется в страх. А со страхом справиться проще, чем с тревогой.
- Часто человек тревожится, когда у него не хватает информации о происходящих событиях. Тогда можно проанализировать, какая информация необходима, когда и где ее можно получить, составить план действий. Дайте человеку правдивую информацию.
- Можно предложить человеку сделать несколько активных движений, физических упражнений, чтобы снять напряжение, а еще лучше вовлечь его в продуктивную деятельность, связанную с происходящими событиями (сложить вещи, помочь раздать воду).
- Предложите технику «Круг контроля» - нарисуйте два круга: что зависит от человека и что нет. Выполните с человеком дыхательные техники.

НЕДОПУСТИМЫЕ ДЕЙСТВИЯ:

- Не оставляйте человека одного.
- Не убеждайте его, что тревожиться незачем, особенно если это не так.
- Не скрывайте от него правду о ситуации.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПЛАЧЕ

Плач — это эмоциональная реакция, которая позволяет выразить переполняющие эмоции, справиться с внутренним напряжением и восстановить эмоциональное равновесие. Это сложный психофизиологический процесс, который включает как биологические, так и психологические механизмы.

Во время плача происходят биохимические изменения: вырабатываются окситоцин (создаёт чувство тепла и близости), эндорфины (обеспечивают лёгкое обезболивание), снижается уровень кортизола (гормона стресса). Это помогает восстановить внутренний баланс организма. Основные функции плача: разрядка нервной системы, проживание эмоций, восстановление контакта с собой, также плач может служить сигналом о потребности в поддержке и помощи. В присутствии поддерживающего человека плач часто становится более эффективным для снятия напряжения.



ПОМОЩЬ ПОСТРАДАВШЕМУ:

- Нужно дать этой реакции состояться. Постарайтесь выразить человеку свою поддержку и сочувствие. Не обязательно делать это словами, можно просто сесть рядом, дать почувствовать, что вы ему сочувствуете и сопереживаете. Можно просто держать человека за руку.
- Важно дать человеку возможность говорить о своих чувствах. Воздержитесь от советов. Используйте активное слушание - кивайте, говорите «я слышу», «тебе очень больно», «я рядом». Говорите коротко и спокойно: «поплачь», «я здесь», «я вижу, что тебе плохо».
- Если вы видите, что реакция плача затянулась и слезы уже не приносят облегчения человеку, можно предложить ему выпить стакан воды.
- Можно предложить человеку сконцентрироваться на глубоком и ровном дыхании, вместе с ним заняться каким-нибудь делом.

НЕДОПУСТИМЫЕ ДЕЙСТВИЯ:

- Оставлять человека одного.
- Не нужно пытаться остановить эту реакцию, успокоить человека и убедить его не плакать.
- Не стоит считать, что слезы являются проявлением слабости. Обесценивать чувства: «ничего страшного», «все будет хорошо».

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ АПАТИИ

Апатия — это состояние психики, которое характеризуется безразличием, безучастностью, эмоциональной холодностью и утратой интереса к происходящему, собственной жизни и ранее значимым занятиям. При этом человек теряет мотивацию, инициативу и способность эмоционально вовлекаться в события — как положительные, так и отрицательные.

Апатия в острой фазе стресса — это одна из форм острой стрессовой реакции. В данном случае апатия является защитным механизмом психики: при слишком сильном потрясении мозг снижает эмоциональную и двигательную активность, чтобы сберечь ресурсы. По сути, апатия здесь — вариант «замирания» (freeze-реакции), наряду со ступором. При экстремальном стрессе резко повышается уровень кортизола и адреналина. Чтобы предотвратить истощение, включаются тормозные процессы в центральной нервной системе. Происходит снижение активности префронтальной коры головного мозга, которая отвечает за планирование и принятие решений. В стрессе она временно «тормозится», поэтому человеку сложно собраться и начать действовать.



ПОМОЩЬ ПОСТРАДАВШЕМУ:

- Если это возможно, дайте такой реакции состояться, постарайтесь обеспечить человеку те условия, в которых он мог бы отдохнуть.
- Если это по каким-то причинам невозможно, то необходимо помочь человеку мягко выйти из этого состояния. Для этого вы можете предложить ему самомассаж активных биологических зон - мочек ушей и пальцев рук. Можно дать стакан сладкого чая, предложить какую-то умеренную физическую нагрузку (пройтись пешком, сделать несколько простых физических упражнений).
- Поговорите с человеком, задайте ему несколько простых вопросов.
- Часто людей пугает состояние апатии, человеку кажется, что он должен испытывать более яркие эмоции, в этом случае поговорите с ним об этом и скажите, что его реакция в сложившихся обстоятельствах нормальна.

НЕДОПУСТИМЫЕ ДЕЙСТВИЯ:

- Не «выдергивайте» человека из этого состояния и не прекращайте течение этой реакции без крайней на то нужды.
- Кричать на человека, требовать активных действий или быстрых ответов.

АПТЕЧКА ПЕРВОЙ ПОМОЩИ.

СОВРЕМЕННЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ

Часть 5 статьи 31 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (введена Федеральным законом от 14.04.2023 № 135-ФЗ) регулирует вопросы оснащения и использования средств для оказания первой помощи.

Требования к комплектации упаковок, наборов, комплектов и аптечек для оказания первой помощи с применением медицинских изделий и (или) лекарственных препаратов утверждаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти по согласованию с федеральными органами исполнительной власти, осуществляющими функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в соответствующей сфере, если иное не предусмотрено федеральными законами. Требования к размещению, хранению и использованию упаковок, наборов, комплектов и аптечек утверждаются федеральными органами исполнительной власти, осуществляющими функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в соответствующей сфере, по согласованию с уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

К наборам средств и устройств, используемых для оказания первой помощи на производстве, относятся «Аптечка для оказания первой помощи работникам» и «Аптечка первой помощи (автомобильная)».

Очевидцы ДТП могут оказывать первую помощь, используя аптечку, состав которой регламентирован Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24.05.2024 №260н. Производственная аптечка, оснащенная согласно Приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24.05.2024 № 262н, по составу практически не отличается от автомобильной, должна оснащаться средствами для временной остановки кровотечения и перевязки ран, а также изделиями для проведения сердечно-легочной реанимации.

Утвержденный новый состав аптечки рассчитан на оказание первой помощи при травмах и угрожающих жизни состояниях и является обязательным (замена компонентов аптечки не допускается). При расходовании или истечении срока годности компонентов аптечка подлежит пополнению. Спасатели вправе использовать для оказания первой помощи подходящих подручных средств.



В состав указанных аптек входят следующие компоненты:

- [illegible]

В настоящий момент продолжается разработка и утверждение различных укладок и аптечек первой помощи для разных служб и обстоятельств.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Первая помощь – это комплексное понятие, включающее изучение важнейших аспектов строения человеческого организма и сохранения безопасности и здоровья человека. Базовые медицинские знания необходимы каждому для применения в повседневной жизни и чрезвычайных ситуациях, т. к. они формируют представления человека о важности базовых потребностей, сохранении режима отдыха и соблюдении санитарно-гигиенических норм. Сущность первой помощи заключается в прекращении дальнейшего воздействия травмирующих факторов, проведении простейших мероприятий и в обеспечении скорейшей транспортировки пострадавшего в лечебное учреждение. Ее задача заключается в предупреждении опасных последствий травм, кровотечений, инфекций и шока. Правильно оказанная первая помощь сокращает время специального лечения, способствует быстрейшему заживлению ран и часто является решающим моментом при спасении жизни пострадавшего.

Понятие «первая помощь» нашло отражение в нормативно-правовой базе, установленной государственными органами Российской Федерации. В ходе организации работы на уроках предмета «Основы безопасности и защиты Родины», необходимо руководствоваться положениями данных нормативно-правовых документов. На данном этапе четко закреплён перечень состояний, при которых оказывается первая помощь, а также перечень мероприятий по оказанию первой помощи и последовательность их проведения. Самым важным моментом в проведении всех видов занятий по модулю «Основы медицинских знаний. Оказание первой помощи» является итоговый результат знаний учащихся. По окончании курса они не только должны быть способны разбираться в теоретических вопросах предмета, но и понимать, как оказать первую помощь при несчастных случаях и обострениях различных заболеваний человека.

Данные методические рекомендации по теме «Оказание первой помощи пострадавшим» содержат актуальные материалы по основным разделам темы, с помощью которых преподаватели-организаторы ОБЗР смогут более эффективно готовиться к теоретическим и практическим занятиям по предмету.

СПИСОК РЕКОМЕНДОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бордик, И.В. Экстренная психологическая помощь пострадавшим в чрезвычайных ситуациях / И.В. Бордик, Т.Ю. Матафонова. – Москва: ООО Сам Полиграфист, 2009. – 249 с.
2. Дежурный, Л. И. «Оказание первой помощи. 10–11 классы». Учебное пособие. М.: Просвещение, 2024. – 96 с.
3. Кутбиддинова, Р.А. Психология стресса (виды стрессовых состояний, диагностика, методы саморегуляции): учебно-методическое пособие / Р.А. Кутбиддинова. – Южно-Сахалинск: СахГУ, 2019. – 124 с.
4. Основы безопасности жизнедеятельности. Учебник в 2 частях для 8-9 классов / под общей ред. Ю.С. Шойгу. – М.: Просвещение, 2024. – 255 с.
5. Приказ Минздрава России от 03.05.2024 N 220н «Об утверждении Порядка оказания первой помощи» (Зарегистрировано в Минюсте России 31.05.2024 N 78363), вступил в силу 01.09.2024.
6. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24 мая 2024 г. № 260н «Об утверждении требований к комплектации аптечки для оказания первой помощи с применением медицинских изделий пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях (автомобильной)».
7. Постановление Правительства Российской Федерации от 02.04.2020 № 417 «Об утверждении Правил поведения, обязательных для исполнения гражданами и организациями, при введении режима повышенной готовности или чрезвычайной ситуации».
8. Постановление Правительства РФ от 24 декабря 2021 г. N 2464 «О порядке обучения по охране труда и проверки знания требований охраны труда» (с изменениями и дополнениями).
9. Справочник тактической медицины Министерства обороны Российской Федерации, версия 2.0 от 27.07.2022.
10. Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 08.08.2024, с изм. от 26.09.2024) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.09.2024).



ПОЛЕЗНЫЕ ССЫЛКИ

для преподавателей-организаторов ОБЗР

УЧЕБНИКИ И УЧЕБНЫЕ ПОСОБИЯ ИЗ ФЕДЕРАЛЬНОГО ПЕРЕЧНЯ УЧЕБНИКОВ ПО ОБЗР:

Ссылка на документ: <httpsdocs.cntd.ru/document/1310504426>

МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ ПО УЧЕБНОМУ ПРЕДМЕТУ «ОБЗР» ОТ ВЕДУЩИХ ЭКСПЕРТОВ ОТРАСЛИ:

Ссылка на документ: <https://edsoo.ru/mr-obzh/>

ФЕДЕРАЛЬНАЯ РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ООО (ОСНОВНОГО ОБЩЕГО ОБРАЗОВАНИЯ) ПО УЧЕБНОМУ ПРЕДМЕТУ «ОБЗР»:

Ссылка на документ: https://edsoo.ru/wp-content/uploads/2024/03/frp-obzr_5-9_26032024.pdf

ФЕДЕРАЛЬНАЯ РАБОЧАЯ ПРОГРАММА СОО (СРЕДНЕГО ОБЩЕГО ОБРАЗОВАНИЯ) ПО УЧЕБНОМУ ПРЕДМЕТУ «ОБЗР»:

Ссылка на документ: https://edsoo.ru/wp-content/uploads/2024/03/frp-obzr_10-11_22032024.pdf

ПРИКАЗ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ от 3 мая 2024 года N 220н «ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОРЯДКА ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ».

Ссылка на документ: <http://publication.pravo.gov.ru/document/0001202405310015>

ОБЩЕРОССИЙСКАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ «РОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО ПЕРВОЙ ПОМОЩИ»

Ссылка на сайт: <https://oooropp.ru/>

ИНТЕРНЕТ-СЛУЖБА ЭКСТРЕННОЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ МЧС РОССИИ

Ссылка на сайт: <https://psi.mchs.gov.ru/>

ЦЕНТР ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ И МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ «РАЗВИТИЕ»

Ссылка на сайт: <https://луганск-развитие.до-лнр.рф/>

САЙТ ПРОФИЛЬНОЙ КОМИССИИ МИНЗДРАВА РОССИИ «ВСЕ О ПЕРВОЙ ПОМОЩИ»

Ссылка на сайт: <https://allfirstaid.ru/>

ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЦЕНТР МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ РФ

Ссылка на сайт: https://fcmk.minzdrav.gov.ru/pervaya_popmosch/

ДЛЯ ЗАМЕТОК

