



Частное образовательное учреждение
дополнительного профессионального
образования
«Высшая школа медицины «Эко-безопасность»

«Оказание первой помощи пострадавшим»
(учебно-методическое пособие)

**Автор- Гойкалов
Николай Геннадьевич,
врач скорой медицинской помощи**

**Санкт-Петербург
2025 г.**

Понятие «первая помощь»

Первая помощь - это безотлагательные простейшие мероприятия по спасению жизни человека.

Первая помощь - комплекс мероприятий, направленных на поддержание жизни и здоровья пострадавших при несчастных случаях, травмах, отравлениях, других состояниях и заболеваниях, угрожающих их жизни и здоровью, проводимых участниками оказания первой помощи до прибытия медицинской помощи

Она оказывается в порядке само- и взаимопомощи, может оказываться любым человеком и специального оборудования не требуется.

Иногда сталкиваемся с нечеткими или размытыми определениями целей и задач первой помощи. Для уточнения обратимся к определениям. Цель – это планируемый конечный результат. Задачи – это способы достижения поставленной цели. План – как это делать.

Цель первой помощи – спасение жизни и сохранение здоровья пострадавшего.

Задачи первой помощи - состоят в уменьшении и прекращении воздействия фактора, угрожающего жизни, а также – в предупреждении дальнейших повреждений и возможных осложнений.

В оказании первой помощи не бывает не нужных людей и вещей.



Участники оказания первой помощи могут иметь различные подготовку к ее оказанию и оснащение. Также они могут быть обязанными оказывать первую помощь, либо иметь право ее оказывать.

В случае какого-либо происшествия, как правило, оказать первую помощь могут очевидцы происшествия – обычные люди, имеющие право ее оказывать. В большинстве случаев, они имеют минимальную подготовку и не обладают необходимым оснащением.

Тем не менее, очевидцы происшествия могут выполнить простые действия, тем самым устранив непосредственную опасность для жизни пострадавших.

Далее к ним могут присоединиться водители транспортных средств или работники организаций и предприятий, изучавшие приемы оказания первой помощи во время соответствующей подготовки. У них имеется аптечка первой помощи (автомобильная) или аптечка для оказания первой помощи работникам, которые можно использовать для более эффективных действий.

Сотрудники органов внутренних дел и пожарно-спасательных подразделений обязаны оказывать первую помощь и имеют соответствующее оснащение. При прибытии на место происшествия они должны приступить к оказанию первой помощи сменив других участников оказания первой помощи.

В большинстве случаев первая помощь должна заканчиваться передачей пострадавших прибывшей бригаде скорой медицинской помощи, которая, продолжая оказание помощи в пути, доставляет пострадавшего в лечебное учреждение.

Таким образом, оказание первой помощи в большинстве случаев занимает небольшой промежуток времени (иногда всего несколько минут) до прибытия на место происшествия более квалифицированного сотрудника. Но без оказания первой помощи в этот короткий промежуток времени пострадавший может потерять шанс выжить в экстренной ситуации, либо у него разовьются тяжелые нарушения в организме, которые негативно повлияют на процесс дальнейшего лечения.

Перечень состояний,

при которых оказывается первая помощь (согласно Приложению N 1 к приказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 4 мая 2012 г. N 477н)

1. Отсутствие сознания.
2. Остановка дыхания и кровообращения.
3. Наружные кровотечения.
4. Инородные тела верхних дыхательных путей.
5. Травмы различных областей тела.
6. Ожоги, эффекты воздействия высоких температур, теплового излучения.
7. Отморожение и другие эффекты воздействия низких температур.
8. Отравления.

Перечень мероприятий

по оказанию первой помощи (согласно Приложению N 2 к приказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 4 мая 2012 г. N 477н)

1. Мероприятия по оценке обстановки и обеспечению безопасных условий для оказания первой помощи:

- 1) определение угрожающих факторов для собственной жизни и здоровья;
- 2) определение угрожающих факторов для жизни и здоровья пострадавшего;
- 3) устранение угрожающих факторов для жизни и здоровья;
- 4) прекращение действия повреждающих факторов на пострадавшего;
- 5) оценка количества пострадавших;
- 6) извлечение пострадавшего из транспортного средства или других труднодоступных мест;
- 7) перемещение пострадавшего.

2. Вызов скорой медицинской помощи, других специальных служб, сотрудники которых обязаны оказывать первую помощь в соответствии с федеральным законом или со специальным правилом.

3. Определение наличия сознания у пострадавшего.

4. Мероприятия по восстановлению проходимости дыхательных путей и определению признаков жизни у пострадавшего:

- 1) запрокидывание головы с подъемом подбородка;
 - 2) выдвижение нижней челюсти;
 - 3) определение наличия дыхания с помощью слуха, зрения и осязания;
 - 4) определение наличия кровообращения, проверка пульса на магистральных артериях.
5. Мероприятия по проведению сердечно-легочной реанимации до появления

признаков жизни:

- 1) давление руками на грудину пострадавшего;
- 2) искусственное дыхание "Рот ко рту";
- 3) искусственное дыхание "Рот к носу";
- 4) искусственное дыхание с использованием устройства для искусственного дыхания

<*>.

<*> В соответствии с утвержденными требованиями к комплектации медицинскими изделиями аптек (укладок, наборов, комплектов) для оказания первой помощи.(в ред. Приказа Минздрава России от 07.11.2012 N 586н)

6. Мероприятия по поддержанию проходимости дыхательных путей:

- 1) придание устойчивого бокового положения;
- 2) запрокидывание головы с подъемом подбородка;
- 3) выдвижение нижней челюсти.

7. Мероприятия по обзорному осмотру пострадавшего и временной остановке наружного кровотечения:

- 1) обзорный осмотр пострадавшего на наличие кровотечений;
- 2) пальцевое прижатие артерии;
- 3) наложение жгута;
- 4) максимальное сгибание конечности в суставе;
- 5) прямое давление на рану;
- 6) наложение давящей повязки.

8. Мероприятия по подробному осмотру пострадавшего в целях выявления признаков травм, отравлений и других состояний, угрожающих его жизни и здоровью, и по оказанию первой помощи в случае выявления указанных состояний:

- 1) проведение осмотра головы;
- 2) проведение осмотра шеи;
- 3) проведение осмотра груди;
- 4) проведение осмотра спины;
- 5) проведение осмотра живота и таза;
- 6) проведение осмотра конечностей;

7) наложение повязок при травмах различных областей тела, в том числе окклюзионной (герметизирующей) при ранении грудной клетки;

8) проведение иммобилизации (с помощью подручных средств, аутоиммобилизация, с использованием изделий медицинского назначения <*>);

<*> В соответствии с утвержденными требованиями к комплектации медицинскими изделиями аптек (укладок, наборов, комплектов) для оказания первой помощи. (в ред. Приказа Минздрава России от 07.11.2012 N 586н)

9) фиксация шейного отдела позвоночника (вручную, подручными средствами, с использованием изделий медицинского назначения <*>);

<*> В соответствии с утвержденными требованиями к комплектации медицинскими изделиями аптек (укладок, наборов, комплектов) для оказания первой помощи. (в ред. Приказа Минздрава России от 07.11.2012 N 586н)

10) прекращение воздействия опасных химических веществ на пострадавшего (промывание желудка путем приема воды и вызывания рвоты, удаление с поврежденной поверхности и промывание поврежденной поверхности проточной водой);

11) местное охлаждение при травмах, термических ожогах и иных воздействиях высоких температур или теплового излучения;

12) термоизоляция при отморожениях и других эффектах воздействия низких температур.

9. Придание пострадавшему оптимального положения тела.

10. Контроль состояния пострадавшего (сознание, дыхание, кровообращение) и оказание психологической поддержки.

11. Передача пострадавшего бригаде скорой медицинской помощи, другим специальным службам, сотрудники которых обязаны оказывать первую помощь в соответствии с федеральным законом или со специальным правилом.

Оказание первой помощи при отсутствии сознания, остановке дыхания и кровообращения.

Основные признаки жизни у пострадавшего. Причины нарушения дыхания и кровообращения. Способы проверки сознания, дыхания, кровообращения у пострадавшего

Основные признаки жизни у пострадавшего - 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.). 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.

Способы проверки сознания, дыхания, кровообращения у пострадавшего. При оказании первой помощи используются простейшие способы проверки наличия или отсутствия признаков жизни:

— для проверки сознания участник оказания первой помощи пытается вступить с пострадавшим в словесный и тактильный контакт, проверяя его реакцию на это;

— для проверки дыхания используются осязание, слух и зрение;

— отсутствие кровообращения у пострадавшего определяется путем проверки пульса на магистральных артериях (одновременно с определением дыхания и при наличии соответствующей подготовки). В виду недостаточной точности проверки наличия или отсутствия кровообращения способом определения пульса на магистральных артериях, для принятия решения о проведении сердечно-легочной реанимации рекомендуется ориентироваться на отсутствие сознания и дыхания.

Современный алгоритм проведения сердечно-легочной реанимации (СЛР). Техника проведения давления руками на грудину пострадавшего и искусственного дыхания при проведении 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 собственного повреждения, риск для пострадавшего (пострадавших) и окружающих.

Далее необходимо проверить наличие сознания у пострадавшего. Для проверки сознания необходимо аккуратно потормозить пострадавшего за плечи и громко спросить: «Что с Вами? Нужна ли Вам помощь?» (рисунок 17). Человек, находящийся в бессознательном состоянии, не сможет отреагировать и ответить на эти вопросы.



При отсутствии признаков сознания следует определить наличие дыхания у пострадавшего. Для этого необходимо восстановить проходимость дыхательных путей у пострадавшего: одну руку положить на лоб пострадавшего, двумя пальцами другой взять за подбородок, запрокинуть голову, поднять подбородок и нижнюю челюсть. 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 (рисунок 18) и в течение 10 сек. попытаться услышать его дыхание, почувствовать выдыхаемый воздух на своей щеке и увидеть движения грудной клетки у пострадавшего. При отсутствии дыхания грудная клетка пострадавшего останется неподвижной, звуков его дыхания не будет слышно, выдыхаемый воздух изо рта и носа не будет ощущаться щекой. Отсутствие дыхания определяет необходимость вызова скорой медицинской помощи и проведения сердечно-легочной реанимации.



При отсутствии 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 указание. Указания следует давать кратко, понятно, информативно: «Человек не дышит. Вызывайте «скорую». Сообщите мне, что вызвали».

При отсутствии возможности привлечения помощника, скорую медицинскую помощь следует вызвать самостоятельно (например, используя функцию громкой связи в телефоне). При вызове необходимо обязательно сообщить диспетчеру следующую информацию:

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

Телефонную трубку положить последним, после ответа диспетчера. Вызов скорой медицинской помощи и других специальных служб производится по телефону 112 (также может осуществляться по телефонам 01, 101; 02, 102; 03, 103 или региональным номерам).

Одновременно с вызовом скорой медицинской помощи необходимо приступить к давлению руками на грудину пострадавшего, который должен располагаться лежа на спине на твердой ровной поверхности. При этом основание ладони одной руки участника оказания первой помощи помещается на середину грудной клетки пострадавшего, вторая рука помещается сверху первой, кисти рук берутся в замок (рисунок 21), руки выпрямляются в локтевых суставах, плечи участника оказания первой помощи располагаются над пострадавшим так, чтобы давление осуществлялось перпендикулярно плоскости грудины (рисунок 22).



Давление руками на грудину пострадавшего выполняется весом туловища участника оказания первой помощи на глубину 5-6 см с частотой 100-120 в минуту.

После 30 надавливаний руками на грудину пострадавшего необходимо осуществить искусственное дыхание методом «Рот-ко-рту» (рисунок 23). Для этого следует открыть дыхательные пути пострадавшего (запрокинуть голову, поднять подбородок), зажать его нос двумя пальцами, сделать два вдоха искусственного дыхания.

Вдохи искусственного дыхания выполняются следующим образом: необходимо сделать свой нормальный вдох, герметично обхватить своими губами рот пострадавшего и выполнить равномерный выдох в его дыхательные пути в течение 1 секунды, наблюдая за движением его грудной клетки. Ориентиром достаточного объема вдвухаемого воздуха и эффективного вдоха искусственного дыхания является начало подъема грудной клетки, определяемое участником оказания первой помощи визуально. После этого, продолжая поддерживать

проходимость дыхательных путей, необходимо дать пострадавшему совершить пассивный выдох, после чего повторить вдох искусственного дыхания вышеописанным образом. На 2 вдоха искусственного дыхания должно быть потрачено не более 10 секунд. Не следует делать более двух попыток вдохов искусственного дыхания в перерывах между давлениями руками на грудину пострадавшего.



При этом рекомендуется использовать устройство для проведения искусственного дыхания из аптечки или укладки. В случае невозможности выполнения искусственного дыхания методом «Рот-ко-рту» (например, повреждение губ пострадавшего), производится искусственное дыхание методом «Рот-к-носу». При этом техника выполнения отличается тем, что участник оказания первой помощи закрывает рот пострадавшему при запрокидывании головы и обхватывает своими губами нос пострадавшего. Далее следует продолжить реанимационные мероприятия, чередуя 30 надавливаний на грудину с 2-мя вдохами искусственного дыхания.

Ошибки и осложнения, возникающие при выполнении реанимационных мероприятий

К основным ошибкам при выполнении реанимационных мероприятий относятся:

- нарушение последовательности мероприятий сердечно-легочной реанимации;
- неправильная техника выполнения давления руками на грудину пострадавшего (неправильное расположение рук, недостаточная или избыточная глубина надавливаний, неправильная частота, отсутствие полного поднятия грудной клетки после каждого надавливания);
- неправильная техника выполнения искусственного дыхания (недостаточное или неправильное открытие дыхательных путей, избыточный или недостаточный объем вдуваемого воздуха);
- неправильное соотношение надавливаний руками на грудину и вдохов искусственного дыхания;
- время между надавливаниями руками на грудину пострадавшего превышает 10 сек.

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.

Показания к прекращению сердечно-легочной реанимации

Реанимационные мероприятия продолжаются до прибытия скорой медицинской помощи или других специальных служб, сотрудники которых обязаны оказывать первую помощь, и распоряжения сотрудников этих служб о прекращении реанимации, либо до появления явных признаков жизни у пострадавшего (появления самостоятельного дыхания, возникновения кашля, произвольных движений).

В случае длительного проведения реанимационных мероприятий и возникновения физической усталости у участника оказания первой помощи необходимо привлечь помощника к осуществлению этих мероприятий. Большинство современных отечественных и зарубежных рекомендаций по проведению сердечно-легочной реанимации предусматривают смену ее

участников примерно каждые 2 минуты, или спустя 5-6 циклов надавливаний и вдохов.

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).

Мероприятия, выполняемые после прекращения сердечно-легочной реанимации. Устойчивое боковое положение

В случае появления самостоятельного дыхания у пострадавшего с отсутствующим сознанием (либо если у пострадавшего, внезапно потерявшего сознание, изначально имелось дыхание) ему необходимо придать устойчивое боковое положение. Для этого необходимо выполнить следующую последовательность действий:

Шаг 1. Расположить ближнюю руку пострадавшего под прямым углом к его телу



Шаг 2. Дальнюю руку пострадавшего приложить тыльной стороной ладони к противоположной щеке пострадавшего, придерживая ее своей рукой



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



Шаг 4. После поворота пострадавшего набок слегка запрокинуть его голову для открытия дыхательных путей и подтянуть ногу, лежащую сверху, ближе к животу



В результате описанных выше действий пострадавший будет находиться в положении, изображенном на рисунке ниже. Необходимо наблюдать за его состоянием до прибытия бригады скорой медицинской помощи, регулярно оценивая наличие у него дыхания.



Особенности сердечно-легочной реанимации у детей

При проведении СЛР до 2010 года использовался единый стандарт, основы которого были заложены Питером Сафаром. Этот стандарт носит условное название “Система ABC”, мнемонический принцип построения которого, основан на первых буквах английского алфавита и выглядит следующим образом:

A - air open the way – обеспечение и поддержание проходимости верхних дыхательных путей

B - breath for victim – искусственная вентиляция легких и оксигенация

C - circulation of blood – компрессии грудной клетки

D - drugs and fluids intravenous lifeline administration – внутривенное введение лекарственных средств

E - electrocardiography diagnosis – оценка ЭКГ

F - fibrillation treatment – дефибриляция

G - gauging – оценка состояния пациента и выявление причин, приведших к остановке сердца

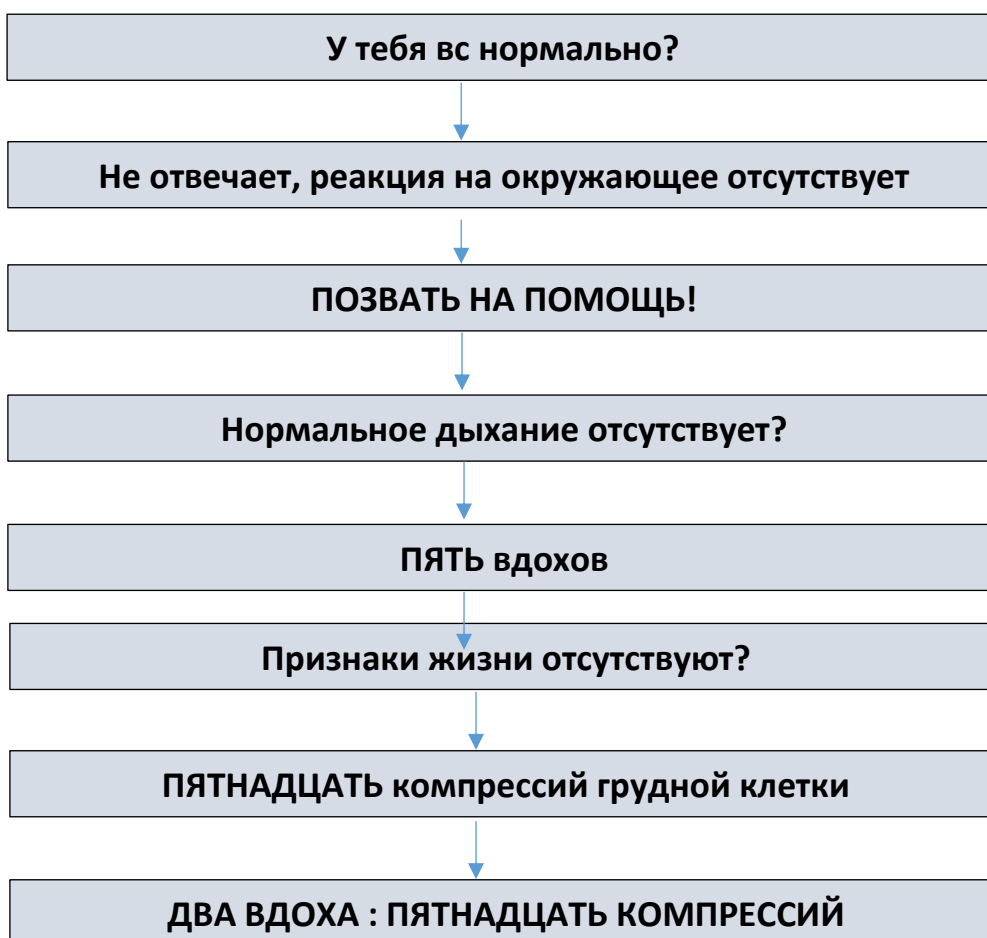
H - human mentation – мероприятия по восстановлению сознания пациента

I - intensivacare – собственно интенсивная терапия

Однако, согласно рекомендациям Европейского совета по реанимации (European resuscitation council) 2010 г. и Американской ассоциации сердца (American Heart Association) 2010 г. при проведении СЛР реанимационные мероприятия должны быть начаты с поддержания адекватной циркуляции крови (C –circulation of blood, КГК), а не с

обеспечения и поддержания проходимости верхних дыхательных путей (air open the way). Таким образом, «система АВС» была заменена на систему «САВ». В то же время, необходимо отметить, что такой подход наиболее эффективен у взрослых пациентов, у которых остановка кровообращения, в большинстве случаев, обусловлена кардиальными причинами, в то время как у детей основная причина смерти – это прогрессирование респираторных нарушений на фоне различных заболеваний. Поэтому при проведении СЛР у детей целесообразно помнить ранее известный принцип «АВС» и при этом стремиться одинаково быстро и практически одновременно выполнить как этап «А», так и «С». Кроме этого, в Европейских рекомендациях по сердечно-легочной реанимации у детей (2010 г.), которые легли в основу настоящих Российских клинических рекомендаций, по-прежнему, рекомендуется использование известного алгоритма «АВС».

У детей младше 14 лет сердечно-легочная реанимация начинается с 5 искусственных вдохов, после чего снова проверяют признаки жизни. Если они отсутствуют (нет сознания, нет дыхания, нет пульса на магистральных сосудах) – начинают компрессии грудной клетки. 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. Детям до 1 года при проведении искусственного дыхания необходимо охватывать своими губами рот и нос одновременно. Частота компрессий Не менее 100 и не более 120 в минуту, **15 : 2** - соотношение компрессий и ЧД (вне зависимости от числа спасателей!). итак, согласно алгоритма Европейским рекомендациям 2010 г и Российских клинических рекомендаций от 2014г:



У детей старше 14 лет сердечно-легочная реанимация проводится 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.

При проведении вдохов искусственного дыхания следует визуально контролировать объем вдываемого воздуха (до начала подъема грудной клетки).

Порядок оказания первой помощи при частичном и полном нарушении проходимости верхних дыхательных путей, вызванном инородным телом у пострадавших в сознании, без сознания. Особенности оказания первой помощи тучному пострадавшему, беременной женщине, ребёнку

Типичным признаком нарушения проходимости дыхательных путей является поза, при которой человек держится рукой за горло и одновременно пытается кашлять, чтобы удалить инородное тело.

В соответствии с рекомендациями Российского Национального Совета по реанимации и Европейского Совета по реанимации выделяют частичное или полное нарушение проходимости верхних дыхательных путей, вызванное инородным телом. Для того, чтобы определить степень нарушения, можно спросить пострадавшего, подавился ли он.

При частичном нарушении проходимости верхних дыхательных путей пострадавший отвечает на вопрос, может кашлять.

При полном нарушении проходимости верхних дыхательных путей пострадавший не может говорить, не может дышать или дыхание явно затруднено (шумное, хриплое), может хватать себя за горло, может кивать.

При частичном нарушении проходимости следует предложить пострадавшему покашлять.

При полном нарушении проходимости верхних дыхательных путей необходимо предпринять меры по удалению инородного тела:

1. Встать сбоку и немного сзади пострадавшего.
2. Придерживая пострадавшего одной рукой, другой наклонить его вперёд, чтобы в случае смещения инородного тела оно попало в рот пострадавшего, а не опустилось ниже в дыхательные пути.
3. Нанести 5 резких ударов основанием своей ладони между лопатками пострадавшего.



4. Проверять после каждого удара, не удалось ли устранить нарушение проходимости.
5. Если после 5 ударов инородное тело не удалено, то следует:
 - встать позади пострадавшего и обхватить его обеими руками на уровне верхней части живота;
 - сжать кулак одной из рук и поместить его над пупком большим пальцем к себе.



— обхватить кулак другой рукой и, слегка наклонив пострадавшего вперед, резко надавить на его живот в направлении внутрь и кверху



— при необходимости надавливания повторить до 5 раз.

Если удалить инородное тело не удалось, необходимо продолжать попытки его удаления, перемежая пять ударов по спине с пятью надавливаниями на живот.

Если пострадавший потерял сознание – необходимо начать сердечно-лёгочную реанимацию в объеме давления руками на грудину и искусственного дыхания. При этом следует следить за возможным появлением инородного тела во рту для того, чтобы своевременно удалить его.

В случае, если инородное тело нарушило проходимость дыхательных путей у тучного человека или беременной женщины, оказание первой помощи начинается также, как описано выше, с 5 ударов между лопатками



У тучных людей или беременных женщин не осуществляется давление на живот. Вместо него проводятся надавливания на нижнюю часть груди



Если инородное тело перекрыло дыхательные пути ребенку, то помощь оказывается похожим образом. Однако следует помнить о необходимости дозирования усилий (удары и надавливания наносятся с меньшей силой).

Кроме того, **детям до 1 года** нельзя выполнять надавливания на живот. Вместо них производятся толчки в нижнюю часть грудной клетки двумя пальцами. При выполнении ударов и толчков грудным детям следует располагать их на предплечье человека, оказывающего помощь, головой вниз; при этом необходимо

придерживать голову ребенка.

Детям старше 1 года можно выполнять надавливания на живот над пупком, дозируя усилие соответственно возрасту. При отсутствии эффекта от этих действий необходимо приступить к сердечно-легочной реанимации.

Оказание первой помощи при наружных кровотечениях и травмах.

Цель и порядок выполнения обзорного осмотра пострадавшего. Понятия «кровотечение», «острая кровопотеря»

Целью обзорного осмотра является определение признаков кровотечения, требующего скорейшей остановки. Обзорный осмотр производится очень быстро, в течение 1-2 секунд, с головы до ног.

Под кровотечением понимают ситуацию, когда кровь (в норме находящаяся внутри сосудов человеческого тела) по разным причинам (чаще всего в результате травмы) покидает сосудистое русло, что приводит к острой кровопотере – безвозвратной утрате части крови. Это сопровождается снижением функции системы кровообращения по переносу кислорода и питательных веществ к органам, что сопровождается ухудшением или прекращением их деятельности.

Основные признаки острой кровопотери:

- резкая общая слабость;
- чувство жажды;
- головокружение;
- мелькание «мушек» перед глазами;
- обморок, чаще при попытке встать;
- бледная, влажная и холодная кожа;
- учащённое сердцебиение;
- частое дыхание.

Указанные признаки могут наблюдаться как при наличии продолжающегося наружного кровотечения, так и при остановленном кровотечении, а также при отсутствии видимого

или продолжающегося кровотечения. В зависимости от величины кровопотери, вида сосуда, от того, какой орган кровоснабжался поврежденным сосудом, могут возникнуть различные нарушения в организме человека – от незначительных до прекращения жизнедеятельности, т.е. гибели пострадавшего. Это может произойти при повреждении крупных сосудов при неоказании первой помощи, т.е. при не остановленном сильном кровотечении. Компенсаторные возможности человеческого организма, как правило, достаточны для поддержания жизни при кровотечении слабой и средней интенсивности, когда скорость кровопотери невелика. В случае же повреждения крупных сосудов скорость кровопотери может быть настолько значительной, что гибель пострадавшего без оказания первой помощи может наступить в течение нескольких минут с момента получения травмы.

До сих пор выделяют три типа кровотечений: артериальное, венозное и капиллярное.

Артериальные кровотечения 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.

Венозные кровотечения характеризуются меньшей скоростью кровопотери, кровь темно-вишневая, вытекает «ручьем». Венозные кровотечения могут быть менее опасными, чем артериальные, однако также требуют скорейшей остановки.

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

На практике можно визуально определить степень опасности и необходимые действия:

Фонтан	Много крови	Мало крови
Смертельная кровопотеря	Опасность кровопотери	Опасность инфекции
Прижать артерию	Асептически накрыть рану	промыть
Жгут	Давящая повязка	повязка

- для промывки годится любая бесцветная жидкость, которую можно пить
- для повязки - чистая (относительно) ткань

Если в течение первого часа оказать полноценную медицинскую помощь, то выживает 90%. Если помощь оказывается через два часа, то выживет 10 %.

Если скорость кровотечения:

- 30 мл/мин – смерть без оказания помощи может наступить через 2 часа;
- 30-150 мл/мин – смерть наступает в пределах 1 часа;
- более 150 мл/мин – смерть через 15-20 мин.

Дети и лица старше 70 - 75 лет плохо переносят даже сравнительно небольшую кровопотерю.

В настоящее время при оказании первой помощи используются следующие способы временной остановки кровотечения:

1. Прямое давление на рану.
2. Наложение давящей повязки.
3. Пальцевое прижатие артерии.
4. Максимальное сгибание конечности в суставе.
5. Наложение кровоостанавливающего жгута (табельного или импровизированного)
6. Скручивание из подручных средств.

Прямое давление на рану

Является наиболее простым способом остановки кровотечений. При его использовании рана закрывается стерильными салфетками или стерильным бинтом, после чего на область раны осуществляется давление рукой участника оказания первой помощи с силой, достаточной для остановки кровотечения. При отсутствии бинта или салфеток для наложения на рану можно использовать любую подручную ткань. При отсутствии табельных и подручных средств допустимо осуществлять давление на рану рукой участника оказания первой помощи (при этом не следует забывать о необходимости использования медицинских перчаток). Пострадавшему также можно рекомендовать попытаться самостоятельно остановить имеющееся у него кровотечение, используя прямое давление на рану.

Давящая повязка

Для более продолжительной остановки кровотечения можно использовать давящую повязку. При ее наложении следует соблюдать общие принципы наложения бинтовых повязок: на рану желательно положить стерильные салфетки из аптечки, бинт должен раскатываться по ходу движения, по окончании наложения повязку следует закрепить, завязав свободный конец бинта вокруг конечности. Поскольку основная задача повязки – остановить кровотечение, она должна накладываться с усилием (давлением). Если повязка начинает пропитываться кровью, то поверх нее накладывают еще несколько стерильных салфеток и туго прибинтовывают.

Пальцевое прижатие артерии

Позволяет достаточно быстро и эффективно останавливать кровотечение из крупных артерий. Способ пальцевого прижатия не применяется при переломе костей в точке предполагаемого сдавливания. Давление осуществляется в определенных точках между раной и сердцем. Выбор точек обусловлен возможностью прижатия артерии к кости. Результатом является прекращение поступления крови к поврежденному участку сосуда и остановка или значительное ослабление кровотечения. Как правило, пальцевое прижатие артерии предшествует наложению кровоостанавливающего жгута и используется в первые секунды после обнаружения кровотечения и начала оказания первой помощи (так же, как и прямое давление на рану). Пальцевое прижатие артерии может быть как самостоятельным способом остановки кровотечения, так и использоваться в комплексе с другими способами (например, с давящей повязкой на рану). Эффективность и правильность использования этого способа определяется визуально – по уменьшению или остановке кровотечения.

1. Височная
2. Челюстная
3. Сонная
4. Лучевая



5. Плечевая
6. Подмышечная
7. Бедренная
8. Большеберцовая

Прижатие общей сонной артерии



Рис. 2. Прижатие сонной артерии.

Общая сонная артерия прижимается на передней поверхности шеи снаружи от гортани на стороне повреждения. Давление в указанную точку может осуществляться четырьмя пальцами одновременно по направлению к позвоночнику, при этом сонная артерия придавливается к нему. Другим вариантом пальцевого прижатия сонной артерии является давление в ту же точку большим пальцем по направлению к позвоночнику. Прижимать необходимо с достаточной силой, т.к. кровотечения из сонной артерии очень интенсивные.

Прижатие подключичной артерии



Рис. 3. Прижатие подключичной артерии.

Подключичная артерия прижимается в ямке над ключицей к первому ребру. Осуществлять давление в точку прижатия подключичной артерии можно с помощью четырех выпрямленных пальцев. Другим способом пальцевого прижатия подключичной артерии является давление согнутыми пальцами.

Прижатие плечевой артерии

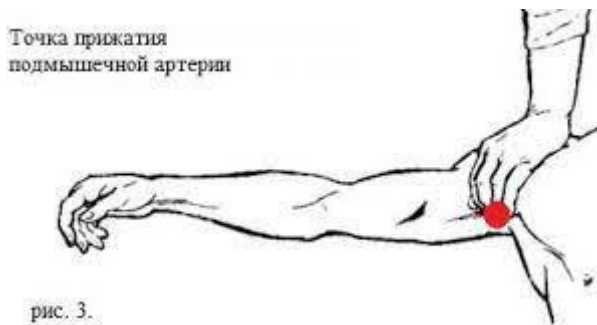


Рис. 4. Прижатие плечевой артерии.



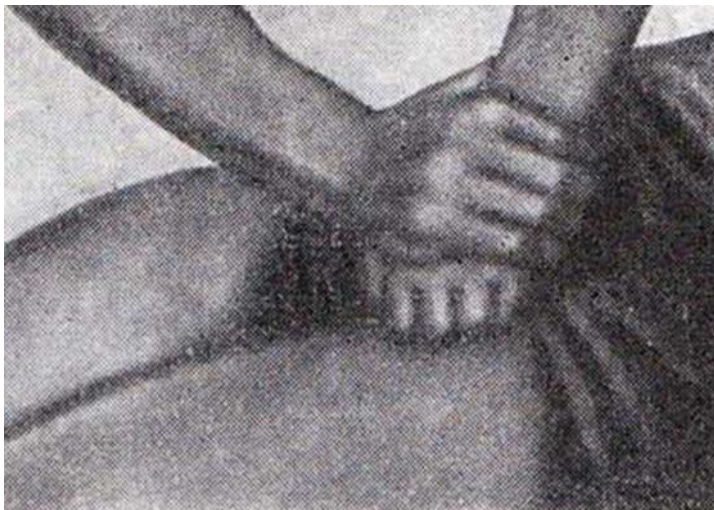
Плечевая артерия прижимается к плечевой кости с внутренней стороны между бицепсом и трицепсом в средней трети плеча, если кровотечение возникло из ран средней и нижней трети плеча, предплечья и кисти. Давление на точку прижатия осуществляется с помощью четырех пальцев кисти, обхватывающей плечо пострадавшего сверху или снизу.

Прижатие подмышечной артерии



Подмышечная артерия прижимается к плечевой кости в подмышечной впадине при кровотечении из раны плеча ниже плечевого сустава. Давление в точку прижатия подмышечной артерии производится прямыми, жестко зафиксированными пальцами с достаточной силой в направлении плечевого сустава. При этом область плечевого сустава пострадавшего следует придерживать другой рукой.

Прижатие бедренной артерии



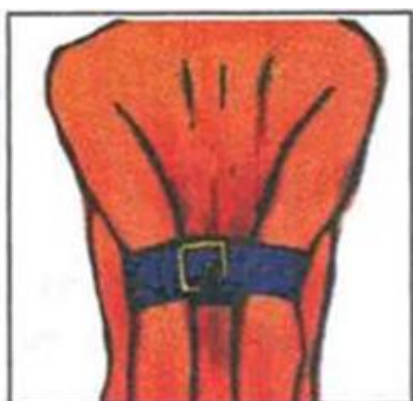
Бедренная артерия прижимается ниже паховой складки при кровотечении из ран в области бедра. Давление

выполняется кулаком, зафиксированным второй рукой, весом тела участника оказания первой помощи.

Максимальное сгибание конечности в суставе

Максимальное сгибание конечности в суставе приводит к перегибу и сдавлению кровеносного сосуда, что способствует прекращению кровотечения. Этот способ достаточно эффективно останавливает кровотечение. Для повышения эффективности в область сустава необходимо вложить 1-2 бинта или свернутую валиком одежду. После сгибания конечность фиксируют руками, несколькими турами бинта или подручными средствами (например, брючным ремнем).

Кровотечение из ран верхней части плеча и подключичной области



При повреждении
подключичных артерий.

При кровотечениях из ран верхней части плеча и подключичной области верхнюю конечность заводят за спину со сгибанием в локтевом суставе и фиксируют бинтом или обе руки заводят назад со сгибанием в локтевых суставах и притягивают друг к другу бинтом.

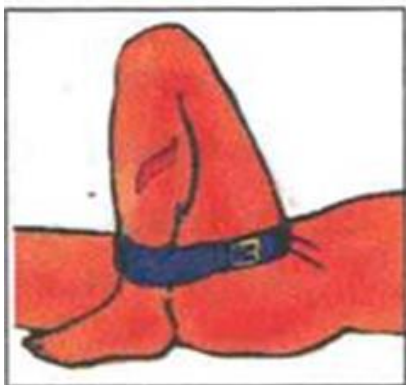
Остановка кровотечения из предплечья



При кровотечениях
из артерий пред-
плечья и ладони.

Для остановки кровотечения из предплечья в локтевой сгиб вкладывают валик, конечность максимально сгибают в локтевом суставе и предплечье фиксируют к плечу в таком положении, например, ремнем.

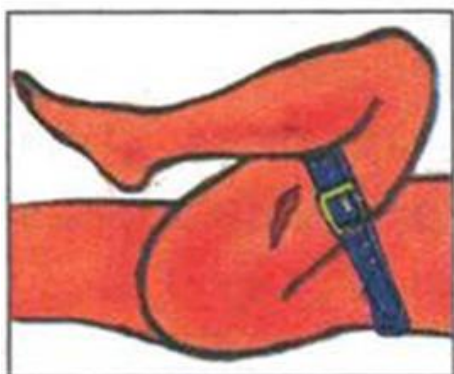
Повреждение сосудов стопы, голени и подколенной ямки



При артериальном кровотечении из ран голени и стопы.

При повреждении сосудов стопы, голени и подколенной ямки в последнюю вкладывают несколько бинтов или валик из ткани, после чего конечность сгибают в коленном суставе и фиксируют в этом положении бинтом.

Остановка кровотечения при травме бедра



При повреждении бедренной артерии.

Для остановки кровотечения при травме бедра сверток из ткани или несколько бинтов вкладывают в область паховой складки, нижнюю конечность сгибают в тазобедренном суставе (притягивают колено к груди) и фиксируют руками или бинтом.

Правила наложения жгута.

-накладываем в крайних случаях -фонтан, оторвана конечность - при ранении плеча и бедра!

- Поднимаем конечность!
- выше раны (2-7см) – максимально близко к ране
- на одежду (если нет - подложить).
- накладываем быстро, ослабляем медленно, не снимаем!
- Правильно наложен жгут - нет пульса на конечности.
- Наложили жгут - повязку на рану.
- Должен быть виден!
- Пишем время и дату наложения жгута, поместить под жгут. Бумага может потеряться
- После наложения жгута конечность следует иммобилизовать (обездвижить) и термоизолировать (укутать) доступными способами.

-срочно к врачу.

-Время: 1ч летом, 30мин зимой

- Если максимальное время наложения жгута истекло, а медицинская помощь недоступна, следует:

- а) осуществить пальцевое прижатие артерии выше жгута;
- б) снять жгут на 15 минут;
- в) по возможности выполнить лёгкий массаж конечности, на которую был наложен жгут;
- г) наложить жгут чуть выше предыдущего места наложения;
- д) максимальное время повторного наложения – 15 минут. Пишем новое время наложения жгута.

Техника наложения жгута(как накладывать).

- 1) Перед наложением жгут следует завести за конечность и растянуть.
- 2) Кровотечение останавливается первым (растянутым) туром жгута, все последующие (фиксирующие) туры накладываются так, чтобы каждый последующий тур примерно наполовину перекрывал предыдущий.

Жгут нельзя накладывать:

На верхнюю треть плеча (можно нанести травму лучевому нерву)

нижнюю треть бедра (при пережатии бедренной артерии травмируется ткань).

В области **запястья** и на **лодыжках** жгут накладывать бесполезно, т.к. сосуды проходят между двумя костями.

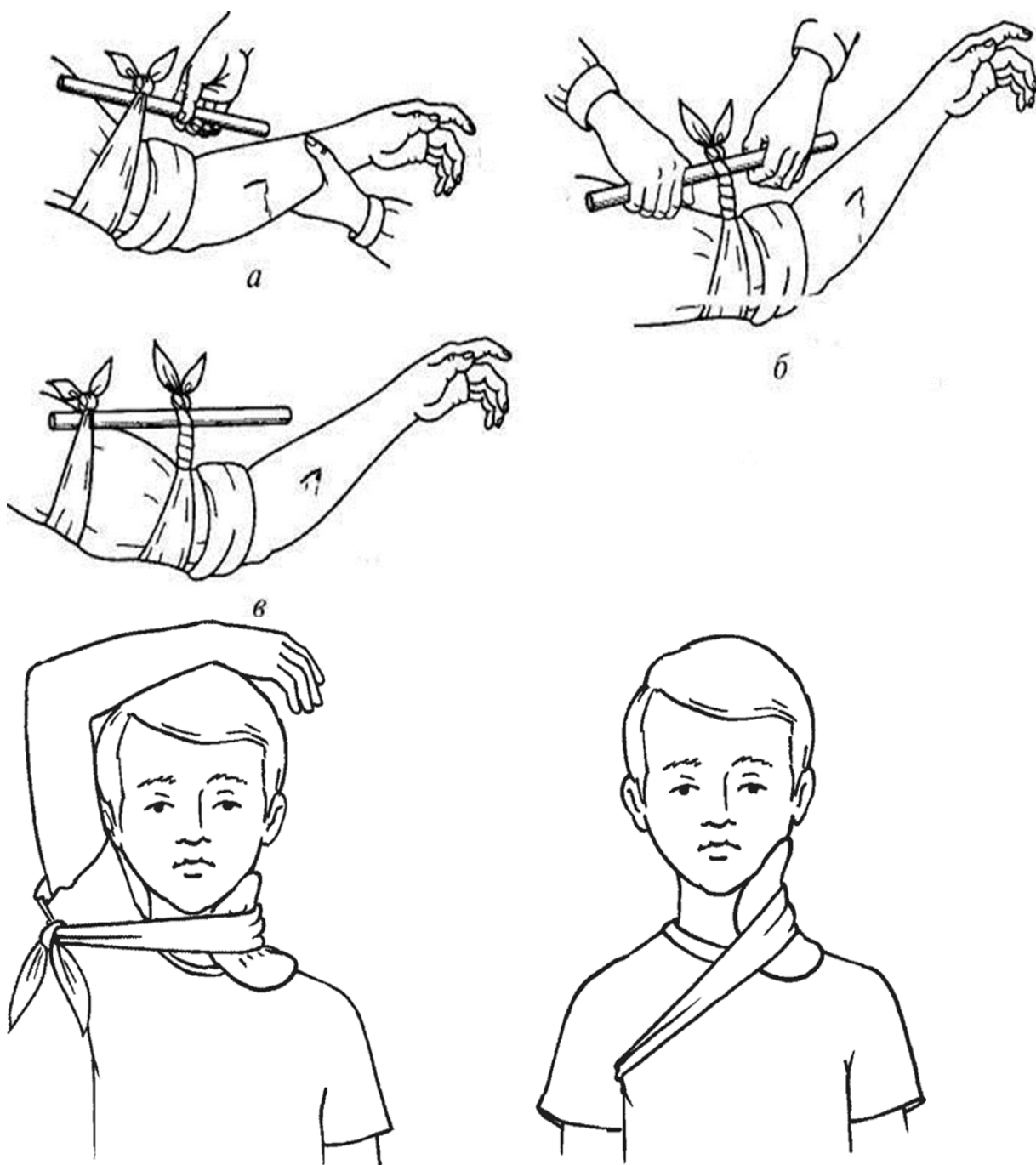
Не использовать шнур, проволоку, леску вместо жгута!

Ошибки.

- рану руками не трогаем!
- Из раны ничего не достаем!
- Не снимаем уже пропитавшуюся повязку.
- Не использовать шнур, проволоку, леску вместо жгута!

Скручивание из подручных средств – является наиболее быстрым, эффективным и безопасным в использовании для пострадавшего и спасателя.

Тесьму, платок, галстук и другие подобные вещи. Для остановки кровотечения в этом случае из указанных материалов делается петля, закручивающаяся до остановки или значительного ослабления артериального кровотечения с помощью любого прочного предмета (металлического или деревянного прута). При достижении остановки кровотечения прут прибинтовывают к конечности. Импровизированные жгуты накладываются также по вышеописанным правилам.



Носовое кровотечение.

- Успокоить.
 - Голову наклонить вперед, попросить пострадавшего поддержать её руками.
 - Прикладывать салфетки, платки к носу,
 - Холод на нос
 - Вызов скорой помощи:
 - Если через 10-15 минут не останавливается - вызвать "скорую".
 - У мальчиков и мужчин возможно имеется гемофилия (надо спросить у родителей или самого мужчины)
 - при подъеме АД или сам пациент отмечает типичное ухудшение как при подъеме АД
- Нельзя запрокидывать назад голову – возможна кровавая рвота

Если пострадавший с носовым кровотечением находится без сознания, следует придать ему устойчивое боковое положение, контролируя проходимость дыхательных путей, вызвать скорую медицинскую помощь.

Внутреннее кровотечение.

Признаки.

человек слабеет, болей может и не быть

бледность, холодный пот, озноб

«мушки перед глазами», головокружение

Живот вздутый, твердый, болезненный при надавливании.

«поза эмбриона» - прободная язва.

Симптом «ваньки-встаньки» - внутреннее кровотечение может быть синяк на животе – травма

Нельзя:

обезболивать!

кормить

поить

Помощь.

Вызвать "скорую"

Холод на область живота на 30 мин., снимать на 30мин

Травма

Помощь при всех травмах опорно-двигательного аппарата одинакова. Во время оказания помощи необходимо не причинять пострадавшему дополнительной боли и помочь ему принять удобное положение. Основные принципы оказания помощи при травме:

- покой;
- обеспечение неподвижности поврежденной части тела;
- холод;
- приподнятое положение поврежденной части тела.

Обеспечение неподвижности – **иммобилизация** направлена на:

- уменьшение боли;
- предотвращение дополнительных травм;
- уменьшение риска возможного кровотечения;
- предотвращение перехода закрытого перелома в открытый.

Одежда и обувь на пострадавшем обычно не препятствуют транспортной иммобилизации, более того, они служат мягкой прокладкой под шину. Снятие одежды и обуви производится лишь при крайней необходимости. Снимать одежду надо начинать с поврежденной конечности. Накладывать повязку на рану можно через отверстие, вырезанное в одежде. Перед транспортной иммобилизацией следует осуществлять обезболивание доступными способами. Необходимо помнить, что процедура наложения транспортной шины сопряжена со смещением костных отломков и сопровождается дополнительным усилением болей в зоне повреждения. При наличии раны ее следует закрыть асептической повязкой до наложения шины. Доступ к ране осуществляется путем рассечения одежды, желательнее по шву.

Фиксация поврежденной части может производиться путем наложения шины, поддерживающей повязки или бинтованием.

Правило наложения шины:

- шина накладывается без изменения положения поврежденной части;

- шина должна охватывать как область повреждения, так и суставы, расположенные выше и ниже этой области;
- до и после наложения шины проверьте кровообращение в поврежденной части тела;
- зафиксируйте шину выше и ниже области повреждения.

Холод

При любой травме, за исключением открытого перелома, используется лед. Холод помогает облегчить боль и уменьшить припухлость, так как способствует сужению кровеносных сосудов. Обычно холод прикладывается на 15 минут через каждый час, при необходимости на протяжении двух суток после травмы.

Приподнятое положение поврежденной части тела помогает замедлить кровоток, что уменьшает припухлость.

Рассмотрим травмы в порядке уменьшения опасности:

1. Головы (ЧМТ. Сотрясение и ушиб мозга).
2. Позвоночника.
3. Грудной клетки (ранение легкого, сердца).
4. Конечностей (кровопотеря и болевой шок).

Травма головы.

Черепно-мозговая травма – это механическое повреждение черепа и внутримозгового содержимого

Признаки ЧМТ.

1. Факт удара головой или по голове.
2. Видимые повреждения мягких тканей и костей черепа.
3. Нарушение сознания и памяти.
4. Головная боль (кроме детей до 2х лет).
5. Рвота.

Травма позвоночника.

Травма позвоночника – это перелом позвонков с повреждением или без повреждения спинного мозга.



Признаки повреждения шейного отдела:

а) спинного мозга - обездвижены руки и ноги. Возможно в скором времени произойдет остановка дыхания и сердцебиения - смерть.

б) При повреждениях (переломах) позвонков пациенты пытаются ослабить нагрузку на позвонки: либо вытягивают шею - «гусиная шея», либо руками поддерживают голову – «несет собственную голову».

Признаки повреждения грудного отдела:

а) спинного мозга - обездвижены ноги, частичный или полный паралич мышц туловища.

б) Переломы грудного и поясничного отделов позвоночника заставляют ребенка распрямиться, вытянуться. Эта странная поза сразу бросается в глаза – «как аршин проглотил». К тому же, ребенок уже не сядет на ягодицы из-за болей в спине, а будет опираться руками (поза Томпсона).

Признаки повреждения поясничного отдела.

А) повреждение спинного мозга - боли в пояснице, в животе – неопределенной локализации после травмы, снижение или полное отсутствие чувствительности и движений в ногах, задержка мочи или недержание.

Б) повреждение позвонков – постоянная боль в самом позвоночнике.

Помощь в условиях города или доступности скорой:

1. Запретить двигаться до прибытия скорой.
2. Вызов и встреча скорой.
3. Наложить на шею воротник Шанца.
4. Осторожно положить на твердую поверхность спиной вниз.
5. «бублик» под голову.
6. Согревать даже летом (хотя бы укрыть от ветра) – ему очень холодно!
7. Проверить - положение тела должно быть горизонтальным.

Помощь в условиях тайги, других труднодоступных мест и отсутствия доступности скорой помощи, потребуется выполнить все требования иммобилизации и транспортировки.

1. Потребуется 3-5 человек!

2. Для переноски пострадавшего и транспортировки с места травмы в стационар использовать только жесткие носилки, щиты, вакуумные носилки.

3. Транспортировка осуществляется только при обеспечении полной неподвижности пострадавшего. Для иммобилизации при переломах грудного и поясничного отделов позвоночника для транспортировки с места травмы в стационар пользуются жесткими носилками и различного рода щитами, на которые больного укладывают на спину или на живот. Во избежание смещения отломков позвонков и дополнительного повреждения спинного мозга не следует транспортировать больного на боку.

4. Очень важным моментом при оказании помощи больному с травмой позвоночника и спинного мозга является бережная укладка его на носилки. Поднимать больного и перекладывать на носилки необходимо сразу, в один прием, при помощи трех-пяти человек - один обязательно удерживает голову (особенно при травме в шейном отделе), второй подводит руки под спину и поясницу, третий - под таз и коленные суставы. Поднимают больного все одновременно по команде, иначе возможно опасное сгибание позвоночника и дополнительная травма. Нежелательно повторное, тем более многократное перекладывание пострадавшего.

5. При травме позвоночника и спинного мозга в поясничном и грудном отделах при наличии щита лучше транспортировать больного в положении на спине, а при отсутствии щита - в положении на животе. Транспортировка больного с травмой в шейном отделе позвоночника должна осуществляться в положении на спине независимо от наличия щита.

Иммобилизацию позвоночника следует осуществлять в положении его умеренного разгибания. Напротив, сгибание позвоночника на мягких провисающих носилках способствует смещению поврежденных позвонков и сдавлению спинного мозга.

Транспортировка пострадавшего с наложенной шиной возможна на носилках как на животе, так и спине. При повреждениях грудного и поясничного отделов позвоночника больного укладывают на щит - любую жесткую, непрогибающуюся плоскость. Щит покрывают сложенным вдвое одеялом. Пострадавшего кладут на спину (весьма надежная иммобилизация достигается с помощью двух продольных и трех коротких поперечных досок, которые фиксируют сзади к туловищу и нижним конечностям). Если нет возможности создать непрогибающуюся плоскость или в области поясницы имеется большая рана, то пострадавшего укладывают на мягкие носилки на животе

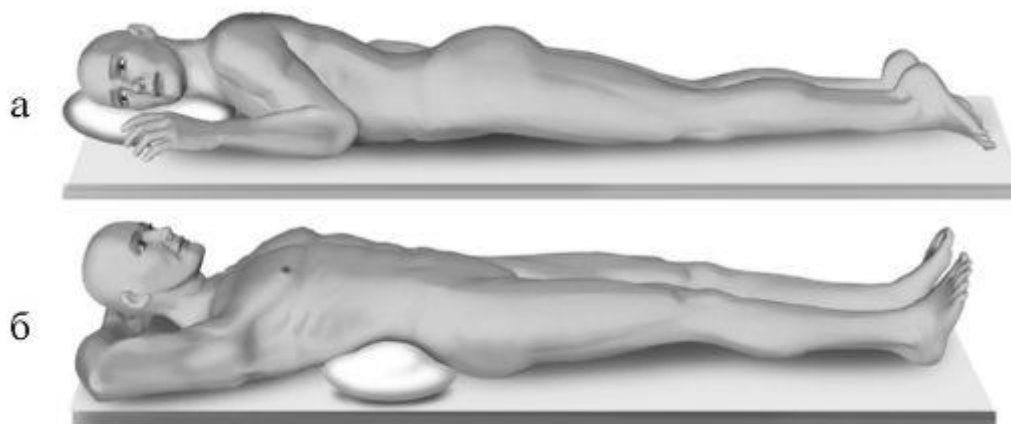


Рис. Транспортная иммобилизация при переломе позвоночника. а - положение на животе; б - положение на спине

При повреждении спинного мозга пострадавшего необходимо привязать к носилкам в целях предупреждения пассивных движений туловища во время транспортировки и дополнительного смещения поврежденных позвонков, а также сползания больного с носилок.

Лучшей иммобилизующей способностью при травме позвоночника и спинного мозга обладает специальный (вакуумный) матрас-носилки, изготовленный из плотной прорезиненной ткани и заполненный мелкими гранулами из пенополистирола. Тело пострадавшего погружается в матрас, и при создании вакуума в матрасе последний приобретает деревянистую плотность, повторяя рельеф тела.

Наибольшие трудности встречаются при необходимости иммобилизации шейного отдела позвоночника. Применяемые для этого различного рода проволочные и деревянные шины не обеспечивают достаточной иммобилизации, а иногда в момент их наложения происходят повторное смещение костных отломков позвонков и дополнительная травма спинного мозга.

Высокой степенью иммобилизации обладает специальный носилочный матрас. Он повторяет рельеф тела пациента и позволяет обеспечить хорошую иммобилизацию.

Из тайги и других труднодоступных местах пострадавшего лучше всего эвакуировать вертолетом, а в условиях отсутствия доступности скорой помощи в удаленных местах - потребуется выполнить все требования транспортировки



Первый участник

Третий участник

Второй участник



Травма груди.

Травма груди сопровождается повреждением кожных покровов, переломами ребер, различными вариантами повреждений органов, находящихся в груди: сердце, легкие, крупные кровеносные сосуды, пищевод.

Признаки.

1. Боль.
2. Рана.
3. Одышка и затрудненное дыхание.
4. Резкое ограничение дыхательных движений.
5. Кровохарканье.
6. Снижение АД, учащенный слабый пульс

На перелом ребер укажет боль в грудной клетке и обязательно при дыхании, кашле и местном надавливании, иногда и видимый выпирающий костный отломок. Пациент сразу же занимает удобное для него положение - обычно это сидячее или полусидячее положение. Не надо пытаться уложить его.

Помощь.

1. Усадить. Успокоить.
2. Глубоко дышать. Не разговаривать пациенту!
3. Быстро фиксировать грудную клетку (бинт, простыня, полотенце, др).
4. Давящая тампонирующая повязка (при кровотечении).
5. Закрывать герметично отверстие (при открытом пневмотораксе).
6. Вызов скорой.

Травма таза.

Перелом костей таза возникает при ДТП, падении с высоты, завалах.

Признаки.

1. Поза «лягушки».
2. Не может поднять ногу (симптом «прилипшей пятки»), сесть, стоять, ходить.
3. Сильные боли и изменение формы таза, отек, гематома.
4. Отдельные симптомы (задержка мочеиспускания, красная моча, стул с кровью, внутреннее кровотечение – шок!).

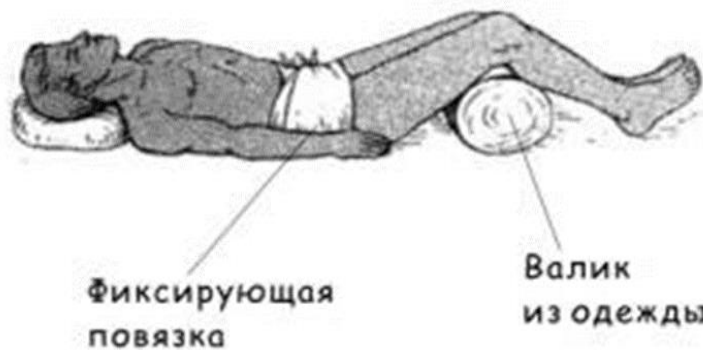


Помощь. Потребуется 3-5 человек!

1. Обезболить.
2. Уложить спиной на твердые носилки.
3. Полусогнутые ноги развести в стороны и подложить валик из одежды под колени.
4. Наложить на таз кольцевую фиксирующую повязку (при переломах переднего отдела таза).
5. Наложить холод на место перелома, использовать спрей.
6. Укутать теплым одеялом.

7. Вызов скорой.

Транспортировка пострадавшего при переломе костей таза



Травмы конечностей.

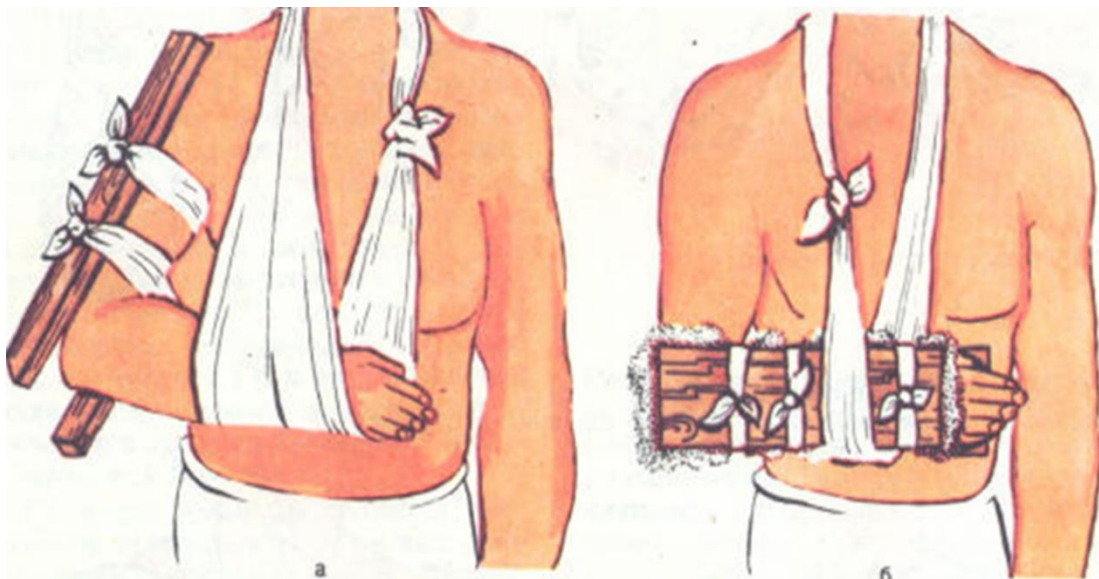
Помощь.

1. Остановить кровотечение - фонтан.
2. Обезболить.
3. Имобилизировать.

Иммобилизация.

- Сначала останавливаем кровотечение - фонтан.
- Шину моделируем по здоровой конечности или по себе, если схожи по комплекции.
- Фиксируем в том положении, в котором находится деформированная конечность. Фиксируем в плоскости перелома.
- Шина накладывается так, чтобы сначала зафиксировать место перелома, а потом сустав до и после перелома. Это возможно сделать одновременно, но не наоборот.
- Из подручных материалов (фанера, картон) создаем подобие коробки, пустые места забиваем тряпками.
- Вывих не вправляем, относимся как к перелому.

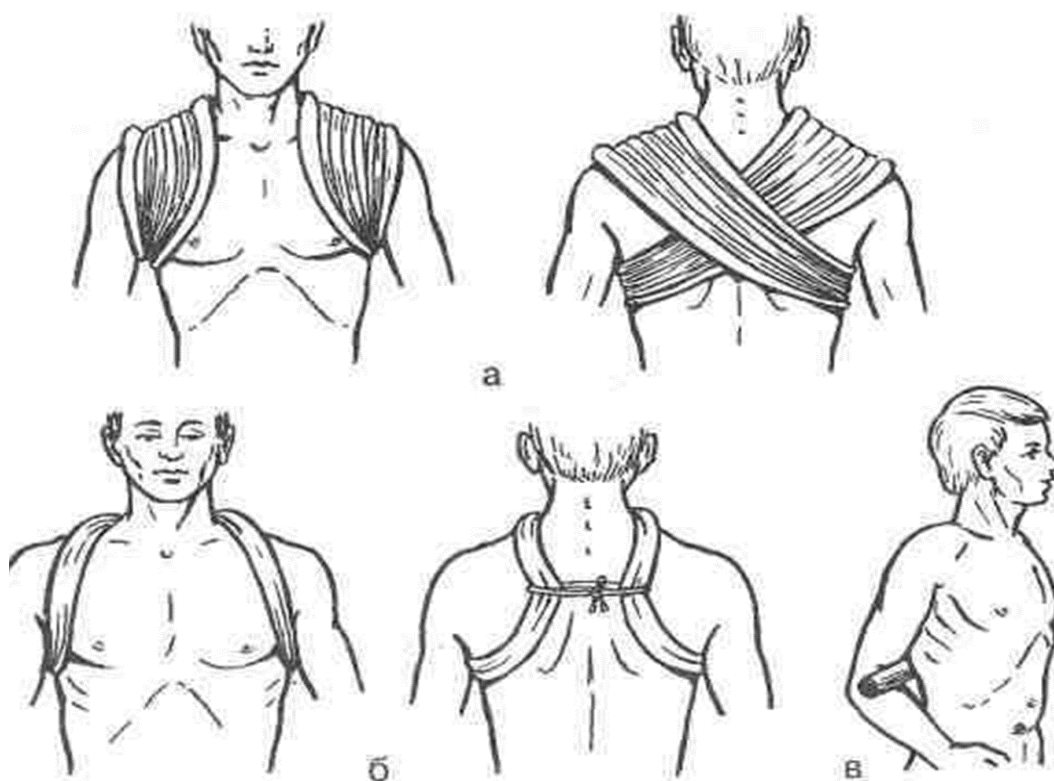
Перелом предплечья. Если нет шин – прибинтовываем к телу или подвешиваем на косынке к шее.



Косынка- универсальная повязка и шина!



Перелом ключицы. Накладываем косынку на предплечье и подвешиваем к шее. Если требуется длительная эвакуация – отводим руку назад и прибинтовываем 8-образной повязкой.



Травма бедра.

Признаки.

Боль.

Лежит на спине.

Не может поднять ногу.

Укорочение ноги, отек и гематома.

Стопа отклонена кнаружи.

Помощь.

1. Остановка кровотечения (прижать бедренную артерию).
2. Обезболивание.
3. Вызов скорой.
4. Иммобилизация.

Травматическая ампутация.

- Срочно «скорую»! Обязательно говорим, ампутация!
 - Оторванную конечность положить в пакет, его во второй и охладить.
 - Контейнер отправить вместе с больным. Время - до 6 часов.
- Есть шанс пришить до локтя и до колена!

Организационные и правовые основы оказания первой помощи пострадавшим и подготовки граждан к ее оказанию

На сегодняшний день система оказания первой помощи в Российской Федерации состоит из трех основных компонентов:

1. Нормативно-правовое обеспечение (федеральные законы и прочие нормативные акты и документы, определяющие обязанности и права участников оказания первой помощи, их оснащение, объем первой помощи и т.д.).
2. Обучение участников оказания первой помощи правилам и навыкам ее оказания.
3. Оснащение участников оказания первой помощи средствами для ее оказания (аптечками и укладками).

Нормативно-правовая база, определяющая права, обязанности и ответственность при оказании первой помощи.

1. Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» определяет первую помощь как особый вид помощи (отличный от медицинской), оказываемой лицами, не имеющими медицинского образования, при травмах и неотложных состояниях до прибытия медицинского персонала.

2. Согласно ч. 4 ст. 31 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» каждый гражданин имеет право оказывать первую помощь при наличии соответствующей подготовки и (или) навыков.

3. Законодательство разного уровня устанавливает обязанность по оказанию первой помощи для лиц, которые в силу профессиональных 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 (сотрудники) войск национальной гвардии;
- работники ведомственной охраны, частные охранники, должностные лица таможенных органов;
- военнослужащие органов федеральной службы безопасности, судебные приставы, сотрудники уголовно-исполнительной системы, внештатные сотрудники полиции и народные дружинники и другие лица.

Также обязанность «...принять меры для оказания первой помощи...» возникает у водителей, причастных к ДТП (п. 2.6 Правил дорожного движения Российской Федерации). В том случае, если водитель не причастен к ДТП, но стал его свидетелем, согласно ч. 4 ст. 31 Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», водитель вправе добровольно оказать первую помощь.

В связи с высокой степенью потенциального риска получения травмы на производстве, ст. 228 Трудового кодекса Российской Федерации предусматривает обязанность работодателя при несчастном случае на производстве «немедленно организовать первую помощь пострадавшему и при необходимости доставку его в медицинскую организацию». Для организации оказания первой помощи при несчастном случае на производстве силами работников на работодателя возложена обязанность организовывать обучение первой помощи для всех поступающих на работу лиц, а также для работников, переводимых на другую работу (ст.ст. 212, 225 Трудового кодекса Российской Федерации). Для работника Трудовой кодекс РФ предусматривает обязанность «проходить обучение безопасным методам и приемам выполнения работ и оказанию первой помощи пострадавшим на производстве» (ст. 214 Трудового кодекса Российской Федерации).

Применительно к педагогическим работникам вышеуказанные нормы Трудового кодекса Российской Федерации дополняются положением ст. 41 Федерального закона от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации». Согласно данной статье, охрана здоровья обучающихся включает в себя, в том числе, обучение педагогических работников навыкам оказания первой помощи.

Соответствующие обязанности по оказанию первой помощи прописываются в должностных инструкциях работников (в том числе, педагогических работников).

4. Для лиц, обязанных оказывать первую помощь, предусмотрена ответственность за неоказание первой помощи вплоть до уголовной. Для очевидцев происшествия, оказывающих первую помощь в добровольном порядке, никакая ответственность за неоказание первой помощи применяться не может. Особые нормы установлены в отношении водителей, причастных к ДТП. Принятие мер к оказанию первой помощи относится к обязанностям водителя в связи с ДТП, за невыполнение которых водителю грозит привлечение к административной ответственности и наказание в виде административного штрафа (ч. 1 ст. 12.27 Кодекса Российской Федерации об административных правонарушениях). В том случае, если гражданин заведомо оставил пострадавшего, находящегося в беспомощном состоянии без возможности получения помощи, он может быть привлечен к уголовной ответственности (ст. 125 «Оставление в опасности» Уголовного кодекса Российской Федерации).

5. В связи с тем, что жизнь человека провозглашается высшей ценностью, сама попытка защитить эту ценность ставится выше возможной ошибки в ходе оказания первой помощи, так как дает пострадавшему человеку шанс на выживание. Уголовное и административное законодательство не признают правонарушением причинение вреда охраняемым законом интересам в состоянии крайней необходимости, то есть для устранения опасности, непосредственно угрожающей личности или правам данного лица, если эта опасность не могла быть устранена иными средствами (ст. 39 «Крайняя необходимость» Уголовного кодекса Российской Федерации; ст. 2.7 «Крайняя необходимость» Кодекса Российской Федерации об административных правонарушениях). Аналогичная норма имеется и в Гражданском кодексе Российской Федерации («Гражданский кодекс Российской Федерации (часть вторая)» от 26.01.1996 N 14-ФЗ (ред. от 28.03.2017), ст. 1067 «Причинение вреда в состоянии крайней необходимости». Трактовка этой статьи не исключает возможности возмещения причиненного вреда, однако «...Учитывая обстоятельства, при которых был причинен такой вред, суд может возложить обязанность его возмещения на третье лицо, в интересах которого действовал причинивший вред, либо освободить от возмещения вреда полностью или частично как это третье лицо, так и причинившего вред». В настоящее время в Российской Федерации отсутствуют судебные

прецеденты привлечения к юридической ответственности за неумышленное причинение вреда в ходе оказания первой помощи.

б. В случае решения в суде вопроса о привлечении лица к ответственности за причинение вреда жизни или здоровью, оказание первой помощи пострадавшему учитывается как обстоятельство, смягчающее наказание (п. 2 ч. 1 ст. 4.2 Кодекса Российской Федерации об административных правонарушениях; п. «к» ч. 1 ст. 61 Уголовного Кодекса Российской Федерации). Например, за причинение легкого или средней тяжести вреда здоровью в результате ДТП в соответствии со ст. 12.24 Кодекса Российской Федерации об административных правонарушениях предусмотрено альтернативное наказание. На усмотрение суда причинителю вреда может быть назначено наказание в виде штрафа или в виде лишения права управления транспортным средством. Факт оказания первой помощи пострадавшему может способствовать назначению более мягкого наказания, то есть штрафа. Кроме того, оказание первой помощи может снизить медицинские последствия травмы, соответственно пострадавшему будет квалифицирован вред меньшей тяжести.

Правила вызова скорой медицинской помощи

С 2013 года единым телефонным номером для вызова экстренных служб стал номер 112. По нему можно вызвать спасателей, полицейских и скорую медицинскую помощь (вызов также может осуществляться по телефонным номерам 01, 101; 02, 102; 03, 103 и другим региональным номерам). Вызов скорой медицинской помощи осуществляется по телефонному номеру «112», «103», «03».

Экстренную медицинскую помощь оказывают в круглосуточном режиме при обращении по телефону и при непосредственном обращении на станции СМП.

При Дорожно-транспортном происшествии (ДТП)

один пострадавший - одна бригада! Поэтому при вызове указывайте количество пострадавших!

При вызове скорой медицинской помощи обязательно сообщить диспетчеру:

Вариант А (коротко):

- место происшествия, что произошло;
- число пострадавших и тяжесть их состояния;
- какая помощь оказывается.

Вариант Б (подробно):

- четко и точно ответить на все вопросы диспетчера, принимающего вызов;
- назвать точный адрес вызова (район города, номер дома и квартиры, номер подъезда и этаж, указать есть ли домофон и работает ли он). В случаях, когда местонахождение улицы или дома неизвестны, необходимо уточнить пути подъезда к адресу или месту происшествия, назвать его общеизвестные ориентиры;
- по возможности организовать встречу вызванной бригады скорой медицинской помощи у ворот дома или подъезда, помочь поднести медицинскую сумку и аппаратуру от автомобиля до места оказания медицинской помощи;
- назвать фамилию, пол, возраст больного или пострадавшего. Если вызывающему неизвестны паспортные данные больного или пострадавшего, то необходимо указать его пол и примерный возраст;
- максимально точно и достоверно описать жалобы больного или пострадавшего;
- сообщить, кто и с какого номера телефона вызывает скорую медицинскую помощь;
- обеспечить бригаде скорой медицинской помощи беспрепятственный доступ к больному или пострадавшему и необходимые условия для оказания медицинской помощи;

- изолировать домашних животных, которые могут осложнить оказание медицинской помощи больному или пострадавшему, а также причинить вред здоровью и имуществу медицинских работников бригады скорой медицинской помощи;

- оказывать содействие в транспортировке больного или пострадавшего в автомобиль скорой медицинской помощи;

- в случае транспортировки больного или пострадавшего в стационар предоставить бригаде скорой медицинской помощи документы больного или пострадавшего (паспорт и страховой полис);

- вызовы в садовые участки, лесной массив принимаются с максимально точным указанием местонахождения больного (пострадавшего) и встречающих.

Весь диалог вызывающего СМП и принимающего вызов фиксируется при помощи автоматизированной записи и, в случае необходимости, воспроизводится для уточнения ситуации. Сколь бы страшной не казалась ситуация – не поддавайтесь панике. Лучше спросите, что можно сделать до приезда “скорой”. Грамотный вызов скорой помощи может существенно сократить время прибытия бригады и спасти жизнь пострадавшему. Быстро и толково изложив диспетчеру ситуацию. Трубку можно вешать только после того, как повесит диспетчер.

Порядок оказания скорой помощи регламентирован Федеральным законом Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", статья 35. «Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь».

От издателя

18 апреля 2022 г. в Государственной Думе Федерального собрания Российской Федерации прошел Круглый стол Комитета по охране здоровья на тему «Первая помощь. Совершенствование правового регулирования».

На заседании речь шла о необходимости внесения в федеральное законодательство изменений, регулирующих вопросы обучения людей, не являющихся медицинскими работниками, применению оборудования и лекарственных препаратов.

Эксперты обсудили проект федерального закона «О внесении изменений в Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Законопроект дифференцирует первую помощь на 2 вида: базовую первую помощь (для всех граждан) и расширенную первую помощь (для отдельных контингентов).

Как рассказал Леонид Игоревич Дежурный, д. м. н., эксперт ЦНИИОИЗ, главный внештатный специалист Министерства здравоохранения Российской Федерации по первой помощи: «Необходимость расширения объема первой помощи обусловлена тем, что часть граждан в силу различных причин может оказаться подвержена воздействию специфических факторов риска или находиться в условиях невозможности своевременного оказания медицинской помощи. При этом для спасения жизни требуется проведение таких мероприятий как, например, сортировка пострадавших, ингаляция кислорода, иммобилизация, транспортировка, а также для отдельных случаев обезболивание, восполнение кровопотери, применение антидотов и другие манипуляции.

Обновленная редакция ст. 31 вводит новое понятие Правила оказания первой помощи, как регламентирующий оказание первой помощи документ. Законопроект предусматривает, что утверждаемые Правила оказания первой помощи и программы учебного курса, предмета и дисциплины по оказанию первой помощи должны согласовываться с Минздравом России, что позволит унифицировать оказание первой помощи.

Предлагаемый законопроект повысит частоту, качество и своевременность оказания первой помощи, что позволит решить задачу снижения показателей смертности населения трудоспособного возраста в случаях предотвратимой смертности».