



**МИНИСТЕРСТВО ПО ТУРИЗМУ
И НАРОДНЫМ ХУДОЖЕСТВЕННЫМ ПРОМЫСЛАМ
РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН**

П Р И К А З

«29» марта 2022 г.

№ 32/09

Об утверждении Инструкции по оказанию первой медицинской помощи в Министерстве по туризму и народным художественным промыслам Республики Дагестан

В соответствии со статьей 31 Федерального закона от 21 ноября 2011г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" в целях обучения сотрудников Министерства по туризму и народным художественным промыслам Республики Дагестан (далее – Министерство) практическим приемам оказания первой медицинской помощи **п р и к а з ы в а ю:**

1. Утвердить Инструкцию по оказанию первой медицинской помощи в Министерстве по туризму и народным художественным промыслам Республики Дагестан (далее – Инструкция).
2. Разместить настоящий приказ на официальном сайте Министерства в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».
3. Руководителям структурных подразделений Министерства провести инструктаж сотрудников Министерства в соответствии с Инструкцией.
4. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

Врио министра

А. Магомедов

«СОГЛАСОВАНО»

Председатель первичной профсоюзной
организации в Министерстве по туризму
и народным художественным промыслам
Республики Дагестан

Абакаров Э.Х.

«29» 03 2022

Утверждено

приказом Министерства по туризму и
народным
художественным промыслам
Республики Дагестан

№

«29» 03 2022

**ИНСТРУКЦИЯ
ПО ОКАЗАНИЮ ПЕРВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
В МИНИСТЕРСТВЕ ПО ТУРИЗМУ И НАРОДНЫМ
ХУДОЖЕСТВЕННЫМ ПРОМЫСЛАМ
РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН**

1. Понятие первой помощи

Первая помощь – это комплекс срочных мероприятий по спасению жизни человека. Ее цель – устранить явления, угрожающие жизни, а также предупредить дальнейшие повреждения и возможные осложнения для здоровья пострадавшего.

Первая помощь – это простейшие действия, выполняемые непосредственно на месте происшествия в кратчайшие сроки после травмы. Она оказывается, как правило, не медиками, а работниками, находящимися в момент несчастного случая непосредственно на месте происшествия или вблизи него.

Каждый работник Министерства по туризму и народным художественным промыслам Республики Дагестан (далее – министерство) должен владеть практическими приемами оказания первой помощи пострадавшим при неотложных состояниях, поскольку у пострадавших в течение короткого времени могут развиваться тяжелые и даже необратимые нарушения в организме. Поэтому большинство мероприятий первой помощи должно выполняться незамедлительно.

В соответствии со ст. 31 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 08.03.2022) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» первая помощь до оказания медицинской помощи оказывается гражданам при:

- несчастных случаях;
- травмах;
- отравлениях;
- других состояниях и заболеваниях, угрожающих их жизни и здоровью.

В первую очередь помощь оказывают пострадавшим, имеющим:

- проблемы с дыханием;
- проникающее ранение грудной клетки или живота;
- обильное наружное кровотечение;
- бессознательное или тяжёлое состояние.

Нормативное время приезда скорой помощи составляет 20 минут. Некоторые ситуации не требуют отлагательства. При остановке дыхания смерть может наступить через 5 минут. За это время простые, отработанные методы оказания первой помощи могут спасти жизнь пострадавшего.

2. Юридические аспекты оказания первой помощи пострадавшим

Нормативно – правовым обеспечением оказания первой помощи являются:

- федеральные законы;
- иные нормативные акты и документы, определяющие обязанности и права участников оказания первой помощи, их оснащение, объем первой помощи и т.д.

Ст. 31 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 08.03.2022) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон № 323-ФЗ) определяет первую помощь как особый вид помощи (отличный от медицинской), оказываемой лицами, которые не имеют медицинского образования, при травмах и неотложных состояниях до прибытия медицинского персонала.

Согласно ч. 4 ст. 31 Федерального закона № 323-ФЗ каждый гражданин **имеет право** оказывать первую помощь при наличии соответствующей подготовки и (или) навыков.

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.

На основании п. 2.6 Правил дорожного движения Российской Федерации, утв. постановлением Правительства Российской Федерации от 23.10.1993 № 1090 (п. 2.6 в ред. Постановления Правительства РФ от 06.09.2014 № 907), обязанность «...принять меры для оказания первой помощи...» возникает также у водителей, причастных к дорожно-транспортному происшествию (далее – ДТП). В том случае, если водитель не причастен к ДТП, но стал его свидетелем, согласно ч. 4 ст. 31 Федерального закона № 323-ФЗ (ред. от 08.03.2022) водители транспортных средств и другие лица вправе оказывать первую помощь при наличии соответствующей подготовки и (или) навыков.

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 в министерстве силами работников на руководство министерства возложена обязанность по обучению всех поступающих на работу лиц, а также работников, переводимых на другую работу, безопасным методам и приемам оказания первой помощи (абз. 7, абз. 21 - 23 ч. 2 ст. 212 и ч. 1 ст. 225 Трудового кодекса Российской Федерации).

Для работника Трудовой кодекс Российской Федерации предусматривает обязанность «проходить обучение безопасным методам и приемам выполнения работ и оказанию первой помощи пострадавшим на производстве» (ст. 214 Трудового кодекса Российской Федерации).

Для лиц, обязанных оказывать первую помощь, предусмотрена ответственность

за ее неоказание 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. Непринятие мер к оказанию первой помощи 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 за оставление в опасности (ст. 125 Уголовного кодекса Российской Федерации).

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 Уголовного кодекса Российской Федерации; ст. 2.7 Кодекса Российской Федерации об административных правонарушениях).

3. Перечень состояний, при которых оказывается первая помощь

Приказом Минздравсоцразвития России от 04.05.2012 № 477н утвержден перечень состояний, при которых оказывается первая помощь. К ним относятся:

- отсутствие сознания;
- остановка дыхания и кровообращения;
- наружные кровотечения;
- инородные тела верхних дыхательных путей;
- травмы различных областей тела;
- ожоги, эффекты воздействия высоких температур, теплового излучения;
- отморожение и другие эффекты воздействия низких температур;
- отравления.

При указанных состояниях выполняются следующие мероприятия:

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

- определение угрожающих факторов для собственной жизни и здоровья;
- определение угрожающих факторов для жизни и здоровья пострадавшего;
- устранение угрожающих факторов для жизни и здоровья;
- прекращение действия повреждающих факторов на пострадавшего;
- оценка количества пострадавших;

– извлечение пострадавшего из транспортного средства или других труднодоступных мест;

– 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:

- запрокидывание головы с подъемом подбородка;
- выдвижение нижней челюсти;
- определение наличия дыхания с помощью слуха, зрения и осязания;
- определение наличия кровообращения, проверка пульса на магистральных артериях.

5. Мероприятия по проведению сердечно-легочной реанимации до появления признаков жизни:

- давление руками на грудину пострадавшего;
- искусственное дыхание «Рот ко рту»;
- искусственное дыхание «Рот к носу»;
- 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).

6. Мероприятия по поддержанию проходимости дыхательных путей:

- придание устойчивого бокового положения;
- запрокидывание головы с подъемом подбородка;
- выдвижение нижней челюсти.

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

- обзорный осмотр пострадавшего на наличие кровотечений;
- пальцевое прижатие артерии;
- наложение жгута;
- максимальное сгибание конечности в суставе;
- прямое давление на рану;
- 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:

- проведение осмотра головы;
- проведение осмотра шеи;

- проведение осмотра груди;
- проведение осмотра спины;
- проведение осмотра живота и таза;
- проведение осмотра конечностей;
- наложение повязок при травмах различных областей тела, в том числе окклюзионной (герметизирующей) при ранении грудной клетки;
- проведение иммобилизации (с помощью подручных средств, аутоиммобилизация, с использованием медицинских изделий (в соответствии с утвержденными требованиями к комплектации медицинскими изделиями аптек (укладок, наборов, комплектов) для оказания первой помощи);
- фиксация шейного отдела позвоночника (вручную, подручными средствами, с использованием медицинских изделий (в соответствии с утвержденными требованиями к комплектации медицинскими изделиями аптек (укладок, наборов, комплектов) для оказания первой помощи);
- 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);
- местное охлаждение при травмах, термических ожогах и иных воздействиях высоких температур или теплового излучения;
- 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.

4. Универсальный алгоритм оказания первой помощи

Согласно универсальному алгоритму первой помощи (далее – алгоритм) в случае, если человек стал участником или очевидцем происшествия, он должен выполнить следующие действия:

1. Провести оценку обстановки и обеспечить безопасные условия для оказания первой помощи:

- определить угрожающие факторы для собственной жизни и здоровья;
- определить угрожающие факторы для жизни и здоровья пострадавшего;
- устранить угрожающие факторы для жизни и здоровья;
- прекратить действие повреждающих факторов на пострадавшего;
- при необходимости, оценить количество пострадавших;

– извлечь пострадавшего из транспортного средства или других труднодоступных мест (при необходимости);

– переместить пострадавшего (при необходимости).

2. Определить наличие сознания у пострадавшего.

При наличии сознания перейти к п. 7 алгоритма; при отсутствии сознания перейти к п. 3 алгоритма.

3. Восстановить проходимость дыхательных путей и определить признаки жизни:

– запрокинуть голову с подъемом подбородка;

– выдвинуть нижнюю челюсть (при необходимости);

– определить наличие нормального дыхания с помощью слуха, зрения и осязания;

– определить наличие кровообращения путем проверки пульса на магистральных артериях (одновременно с определением дыхания и при наличии соответствующей подготовки).

При наличии дыхания перейти к п. 6 алгоритма; при отсутствии дыхания перейти к п. 4 алгоритма.

4. Вызвать скорую медицинскую помощь, другие специальные службы, сотрудники которых обязаны оказывать первую помощь в соответствии с федеральным законом или со специальным правилом (по тел. 03, 103 или 112, привлекая помощника или с использованием громкой связи на телефоне).

5. Начать проведение сердечно-легочной реанимации путем чередования:

– давления руками на грудину пострадавшего;

– искусственного дыхания «Рот ко рту» и «Рот к носу» с использованием устройств для искусственного дыхания.

При появлении признаков жизни перейти к п. 6 алгоритма.

6. При появлении (или наличии) признаков жизни выполнить мероприятия по поддержанию проходимости дыхательных путей одним или несколькими способами:

– придать устойчивое боковое положение;

– запрокинуть голову с подъемом подбородка;

– выдвинуть нижнюю челюсть.

7. Провести обзорный осмотр пострадавшего и осуществить мероприятия по временной остановке наружного кровотечения одним или несколькими способами:

– наложением давящей повязки;

– пальцевым прижатием артерии;

– прямым давлением на рану;

– максимальным сгибанием конечности в суставе;

– наложением жгута.

8. Провести подробный осмотр пострадавшего в целях выявления признаков травм, отравлений и других состояний, угрожающих его жизни и здоровью,

осуществить вызов скорой медицинской помощи (если она не была вызвана ранее) и выполнить мероприятия по оказанию первой помощи:

- провести осмотр головы;
- провести осмотр шеи;
- провести осмотр груди;
- провести осмотр спины;
- провести осмотр живота и таза;
- осмотр конечностей;
- наложить повязки при травмах различных областей тела, в том числе окклюзионную (герметизирующую) при ранении грудной клетки;
- провести иммобилизацию (с помощью подручных средств, аутоиммобилизацию, с использованием медицинских изделий);
- зафиксировать шейный отдел позвоночника (вручную, подручными средствами, с использованием медицинских изделий);
- прекратить воздействие опасных химических веществ на пострадавшего (промыть желудок путем приема воды и вызывания рвоты, удалить с поврежденной поверхности и промыть поврежденные поверхности проточной водой);
- провести местное охлаждение при травмах, термических ожогах и иных воздействиях высоких температур или теплового излучения;
- провести термоизоляцию при отморожениях и других эффектах воздействия низких температур.

9. Придать пострадавшему оптимальное положение тела (для обеспечения ему комфорта и уменьшения степени его страданий).

10. Постоянно контролировать состояние пострадавшего (наличие сознания, дыхания и кровообращения) и оказывать психологическую поддержку.

11. Передать пострадавшего бригаде скорой медицинской помощи, другим специальным службам, сотрудники которых обязаны оказывать первую помощь в соответствии с федеральным законом или со специальным правилом при их прибытии и распоряжении о передаче им пострадавшего, сообщив необходимую информацию.

5. Способы извлечения и перемещения пострадавшего

Экстренное извлечение пострадавших из автомобиля или другого труднодоступного места выполняется только при наличии угрозы для его жизни и здоровья и невозможности оказания первой помощи в тех условиях, в которых находится пострадавший. Во всех остальных случаях лучше дождаться приезда скорой медицинской помощи и других служб, участвующих в ликвидации последствий происшествия.

Извлечение пострадавшего осуществляется определенными способами. Если пострадавший находится в сознании, его экстренное извлечение производится так:

руки участника оказания первой помощи проводят под подмышками пострадавшего, фиксируют его предплечье, после чего пострадавший извлекается наружу (рисунок 1).



Рисунок 1. Извлечения пострадавшего, находящегося в сознании

При извлечении пострадавшего, находящегося без сознания или с подозрением на травму шейного отдела позвоночника, необходимо зафиксировать его голову и шею (рисунок 2). При этом одна из рук участника оказания первой помощи придерживает за нижнюю челюсть голову пострадавшего, а вторая – его противоположное предплечье.



Рисунок 2. Извлечение пострадавшего, находящегося без сознания или получившего травму шеи

После извлечения следует переместить пострадавшего на безопасное расстояние. Для этого используются различные способы, зависящие от характера травм и состояния пострадавшего, количества участников перемещения и их физических возможностей.

Перемещение пострадавшего в одиночку с поддержкой (рисунок 3) используется при наличии у пострадавшего сознания и легких травм.



Рисунок 3. Перемещение пострадавшего в одиночку с поддержкой

Перемещение в одиночку волоком (рисунок 4) применяется при переноске пострадавших, имеющих значительный вес, на близкое расстояние. Такой способ нежелательно использовать при травмах нижних конечностей.



Рисунок 4. Перемещение пострадавшего волоком

Переноска пострадавшего в одиночку на спине (рисунок 5) может использоваться для перемещения пострадавших, имеющих небольшой вес. Такой способ не применяется для переноски пострадавших, находящихся без сознания.



Рисунок 5. Переноска пострадавшего в одиночку на спине

Переноска пострадавшего на руках (рисунок 6) используется лицами, имеющими достаточную для применения этого способа физическую силу. Так переносят пострадавших, находящихся без сознания. Но прежде необходимо убедиться в отсутствии у пострадавшего травмы позвоночника.



Рисунок 6. Переноска пострадавшего на руках

При переноске в одиночку на плече (рисунок 7) необходимо придерживать пострадавшего за руку. Этот способ не применяется при травмах груди, живота и позвоночника.



Рисунок 7. Переноска пострадавшего в одиночку на плече

Переноска пострадавшего вдвоем на замке из четырех рук (рисунок 8) выполняется следующим образом. Руки берутся так, чтобы обхватить запястье другой руки и руки помощника. Фиксация кистей должна быть достаточно прочной, чтобы удержать пострадавшего.



Рисунок 8. Принцип формирования замка из четырех рук

После формирования «замка» пострадавший усаживается на него, его поднимают и переносят. Пострадавший может придерживать за плечи переносящих его людей (рисунок 9).



Рисунок 9. Переноска пострадавшего вдвоем на замке из четырех рук

При переноске пострадавшего вдвоем на замке из трех рук один из участников оказания первой помощи берет руку в замок, а другую располагает на плече у второго участника (рисунок 10).



Рисунок 10. Принцип формирования замка из трех рук

При этом пострадавший может опираться на поддерживающую его руку. Этот способ используется при переноске пострадавших, которые могут потерять сознание или не способны удержаться на замке из четырех рук (рисунок 11).



Рисунок 11. Переноска пострадавшего вдвоем на замке из четырех рук

При переноске пострадавшего вдвоем за руки и ноги (рисунок 12) один из участников оказания первой помощи держит пострадавшего за предплечье одной руки, просунув руки подмышки, а другой – под колени.



Рисунок 12. Переноска пострадавшего вдвоем за руки и ноги

Для переноски пострадавшего с подозрением на травму позвоночника необходимо несколько человек, которые под руководством одного из участников оказания первой помощи поднимают и переносят пострадавшего (рисунок 13).

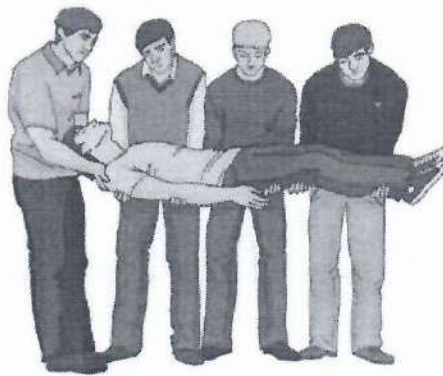


Рисунок 13. Переноска пострадавшего с подозрением на травму позвоночника

При использовании этого способа один из участников оказания первой помощи должен фиксировать голову и шею пострадавшего своими предплечьями (рисунок 14).



Рисунок 14. Принцип фиксации головы и шеи пострадавшего с подозрением на травму позвоночника

Более удобно и безопасно для пострадавшего с подозрением на травму позвоночника переносить его на твердой ровной поверхности, например, на щите.

6. Правила личной безопасности и обеспечение безопасных условий для оказания первой помощи

Перед началом действий на месте происшествия следует обеспечить безопасные условия для оказания первой помощи. При этом необходимо помнить о факторах, которые могут угрожать участнику оказания первой помощи, пострадавшему и очевидцам происшествия.

К их числу можно отнести:

- поражение электрическим током;
- интенсивное дорожное движение;
- возможное возгорание или взрыв;
- поражение токсическими веществами;
- агрессивно настроенные люди;
- высокая вероятность обрушения здания или каких-либо конструкций и т.п.

Для снижения риска поражения необходимо, например:

- выключить электричество;
- попытаться потушить пожар;
- сообщить собравшимся людям, что сейчас будет оказываться первая помощь

и т.д.

Не следует пытаться оказывать первую помощь в неблагоприятных условиях. В этом случае необходимо обратиться к соответствующим службам, например, к сотрудникам аварийно-спасательных служб, полиции и т.д.

7. Основные правила вызова скорой медицинской помощи, других специальных служб

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).

При вызове скорой медицинской помощи необходимо обязательно сообщить диспетчеру следующую информацию:

- место и описание происшествия;
- число пострадавших и тяжесть их состояния;
- принимаемые меры по оказанию помощи.

Телефонную трубку положить последним после сообщения диспетчера о том, что вызов принят.

8. Потеря сознания, причины и симптомы

Потеря сознания – это достаточно разнообразное состояние, которое включают в себя обмороки (синкопе), приступы эпилепсии, критическое снижение уровня глюкозы крови (гипогликемию), преходящие нарушения мозгового кровообращения.

Под обмороком понимают кратковременную потерю сознания, обусловленную глобальным снижением кровоснабжения головного мозга, обычно приводящую к падению.

Выделяют три группы обморочных состояний в зависимости от механизма их развития:

- нервно-рефлекторные, при которых происходит потеря сознания в определенных ситуациях, например, при длительном пребывании в вертикальном положении, при сильных эмоциях (радости и страхе), после физической нагрузки и т.д.;
- кардиальные, причиной которых является патология сердца: аритмии, пороки, ишемическая болезнь, поражение сердечной мышцы;
- ортостатические, при которых нарушается регуляция поддержания тонуса артерий, что приводит к снижению артериального давления в вертикальном положении.

Нервно-рефлекторные обмороки не представляют, как правило, опасности для жизни, но могут значительно снижать ее качество и быть причиной травм, обусловленных падением.

Кардиальные (сердечные) потери сознания могут быть предвестниками опасных для жизни состояний и внезапной смерти от сердечного приступа.

Ортостатические обмороки увеличивают риск развития серьезных сердечно-сосудистых заболеваний и значительно ухудшают качество жизни.

Самым частым вариантом обморока является так называемый «простой», который развивается при длительном пребывании в вертикальном положении (стоя), в душных и тесных помещениях, либо провоцируется эмоциональным стрессом. Предрасполагающими моментами к его развитию являются:

- жаркая погода;
- недостаточный объем потребляемой жидкости;
- употребление алкоголя;
- переутомление;
- прием препаратов, снижающих артериальное давление;
- эмоциональный стресс;
- беременность;
- резкая смена положения тела (из горизонтального в вертикальное) и т.д.

Чаще всего обморок начинается с:

- головокружения;
- чувства жара или холода;
- чувства тошноты;
- потемнения, пены, тумана, звездочек в глазах;
- звона в ушах;
- слабости в ногах.

В этом случае необходимо быстро лечь или сесть, это может предупредить развитие потери сознания и уменьшить вероятность получения травмы, связанной с падением. При невозможности принятия горизонтального положения можно попробовать скрестить руки и ноги с одновременным напряжением мышц.

9. Первая помощи при потере сознания

Если человек внезапно упал и продолжает лежать без движения, необходимо выполнить следующие действия:

1. Проверить наличие сознания

Для этого следует аккуратно потормошить пострадавшего за плечи и громко спросить: «Что с Вами? Нужна ли Вам помощь?» (рисунок 15).



Рисунок 15. Проверка наличия сознания у пострадавшего

Человек, находящийся в бессознательном состоянии, не сможет отреагировать и ответить на эти вопросы.

2. Проверить наличие дыхания

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 16) и в течение 10 секунд попытаться:

- услышать дыхание;
- почувствовать выдыхаемый воздух на своей щеке;
- увидеть движения грудной клетки.



Рисунок 16. Проверка дыхания у пострадавшего, находящегося без сознания

При отсутствии дыхания грудная клетка пострадавшего останется неподвижной, звуков его дыхания не будет слышно, выдыхаемый воздух изо рта и носа не будет ощущаться щекой.

Если пострадавший находится лицом вниз и не подает признаков сознания (положение лежа на животе), человеку, оказывающему первую помощь, следует повернуть его лицом вверх (в положение лежа на спине), чтобы проверить дыхание.

Отсутствие дыхания определяет необходимость вызова скорой медицинской помощи и проведения сердечно-легочной реанимации.

Для вызова скорой помощи 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: «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.

Одновременно с вызовом скорой медицинской помощи необходимо приступить к проведению сердечно-легочной реанимации.

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 того, чтобы придать пострадавшему устойчивое боковое положение, выполняется следующая последовательность действий:

1. Расположить ближнюю руку пострадавшего под прямым углом к его телу (рисунок 17).

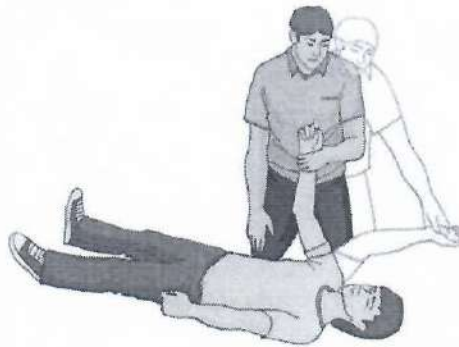


Рисунок 17. Принцип расположения ближней руки пострадавшего для выполнения поворота на бок

2. Приложить дальнюю руку пострадавшего тыльной стороной ладони к противоположной щеке, придерживая ее своей рукой (рисунок 18).



Рисунок 18. Принцип расположения дальней руки пострадавшего для выполнения поворота на бок

3. 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 19 направлении) и повернуть пострадавшего.



Рисунок 19. Принцип расположения ноги пострадавшего для выполнения поворота на бок

4. Слегка запрокинуть голову пострадавшего набок после поворота на бок для открытия дыхательных путей и подтянуть ногу, лежащую сверху, ближе к животу (рисунок 20).



Рисунок 20. Принцип размещения пострадавшего на боку

10. Алгоритм проведения сердечно-легочной реанимации

К основным признакам жизни человека относятся:

- наличие сознания;
- самостоятельное дыхание;
- кровообращение.

Они проверяются в ходе выполнения алгоритма сердечно-легочной реанимации.

Внезапная смерть (остановка дыхания и кровообращения) может быть вызвана такими заболеваниями, как инфаркт миокарда, нарушения ритма сердца или внешним воздействием, например, травмой, поражением электрическим током, утоплением 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.

Отсутствие кровообращения у пострадавшего определяется путем проверки пульса на магистральных артериях (одновременно с определением дыхания и при наличии соответствующей подготовки). Однако проверка наличия или отсутствия кровообращения способом определения пульса на магистральных артериях является недостаточно точной. Поэтому при принятии решения о проведении сердечно-легочной реанимации рекомендуется ориентироваться на отсутствие:

- сознания;
- нормального дыхания;
- дыхания вообще.

При отсутствии дыхания или нормального дыхания у пострадавшего необходимо незамедлительно приступить к проведению сердечно-легочной реанимации. От того насколько быстро обнаружена остановка сердца, зависит продолжительность жизни пострадавшего после оказания ему помощи.

Сердечно-легочная реанимация выполняется путем давления 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).

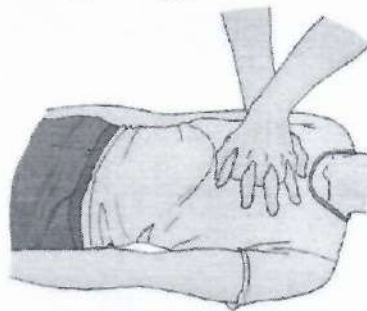


Рисунок 21. Принцип расположения кистей рук при проведении непрямого массажа сердца

Руки выпрямляются в локтевых суставах, плечи участника оказания первой помощи располагаются над пострадавшим так, чтобы давление осуществлялось перпендикулярно плоскости грудины (рисунок 22).

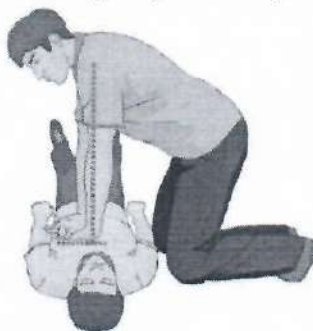


Рисунок 22. Принцип расположения рук и корпуса при проведении непрямого массажа сердца

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).

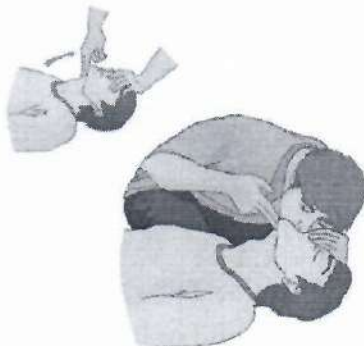


Рисунок 23. Выполнение искусственного дыхания методом «Рот-ко-рту»

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:

- сделать свой нормальный вдох;
- герметично обхватить своими губами рот пострадавшего;
- выполнить равномерный выдох в дыхательные пути пострадавшего в течение 1 секунды, наблюдая за движением его грудной клетки.

Ориентиром достаточного объема вдуваемого 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, из-за повреждения губ пострадавшего, производится искусственное дыхание методом «Рот-к-носу». При этом техника его выполнения отличается тем, что участник оказания первой помощи закрывает рот пострадавшему при запрокидывании головы и обхватывает своими губами его нос.

Далее следует продолжить реанимационные мероприятия, чередуя 30 надавливаний на грудину с двумя вдохами искусственного дыхания.

11. 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, например, неправильное расположение рук, недостаточная или избыточная глубина надавливаний, неправильная частота, отсутствие полного поднятия грудной клетки после каждого надавливания;
- неправильная техника выполнения искусственного дыхания, например, 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 секунд.

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.

12. Показания к прекращению сердечно-легочной реанимации

Реанимационные мероприятия продолжаются до прибытия скорой медицинской помощи или других специальных служб, работники которых обязаны оказывать первую помощь, и их распоряжения о прекращении реанимации, либо до появления явных признаков жизни у пострадавшего, например, 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. 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, например, разложение или травма, несовместимая с жизнью, либо в случаях, когда отсутствие признаков жизни вызвано исходом длительно существующего неизлечимого заболевания, например, онкологического.

13. Мероприятия, выполняемые после прекращения сердечно-легочной реанимации

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 (рисунок 24).



Рисунок 24. Положение пострадавшего, находящегося без сознания

Для того, чтобы придать пострадавшему устойчивое боковое положение, выполняется следующая последовательность действий:

1. Расположить ближнюю руку пострадавшего под прямым углом к его телу (рисунок 25).



Рисунок 25. Принцип расположения ближней руки пострадавшего для выполнения поворота на бок

2. Приложить дальнюю руку пострадавшего тыльной стороной ладони к противоположной щеке, придерживая ее своей рукой (рисунок 26).



Рисунок 26. Принцип расположения дальней руки пострадавшего для выполнения поворота на бок

3. 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 27 направлении) и повернуть пострадавшего.



Рисунок 27. Принцип расположения ноги пострадавшего для выполнения поворота на бок

4. Слегка запрокинуть голову пострадавшего набок после поворота на бок для открытия дыхательных путей и подтянуть ногу, лежащую сверху, ближе к животу (рисунок 28).



Рисунок 28. Принцип размещения пострадавшего на боку

В результате описанных выше действий пострадавший будет находиться в положении, изображенном на рисунке 28.

Необходимо наблюдать за состоянием пострадавшего до прибытия бригады скорой медицинской помощи, регулярно оценивая наличие у него дыхания.

14. Первая помощь при попадании инородного тела в дыхательные пути

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 (рисунок 29).



Рисунок 29. Покашливание для извлечения инородного тела из дыхательных путей

При полном нарушении проходимости верхних дыхательных путей необходимо предпринять меры по удалению инородного тела (рисунок 30).



Рисунок 30. Удаление инородного тела из дыхательных путей ударом ладони по спине

При этом необходимо выполнить следующую последовательность действий:

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 (рисунок 31);



Рисунок 31. Удаление инородного тела из дыхательных путей надавливанием на живот

- обхватить кулак другой рукой и, слегка наклонив пострадавшего вперед, резко надавить на его живот в направлении внутрь и вверх;

- 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.

15. Особенности оказания первой помощи тучному пострадавшему и беременной женщине

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 (рисунок 32).



Рисунок 32. Удаление инородного тела из дыхательных путей у беременной женщины или тучного человека

У тучных людей или беременных женщин не осуществляется давление на живот. Вместо него проводятся надавливания на нижнюю часть груди (рисунок 33).



Рисунок 33. Удаление инородного тела из дыхательных путей у беременной женщины или тучного человека

При отсутствии эффекта от этих действий необходимо приступить к сердечно-легочной реанимации.

16. Подробный осмотр пострадавшего

Подробный осмотр производится с целью выявления травм различных областей тела и других состояний, требующих оказания первой помощи.

При его проведении участнику оказания первой помощи необходимо обращать внимание на:

- изменение цвета кожи и появление на ней каких-либо образований (пузырей, кровоподтеков, опухолей);
- наличие ранений, инородных тел, костных отломков, деформаций конечностей и т.п.

Подробный осмотр производится в определенной последовательности.

Вначале осматривается и аккуратно ощупывается голова (рисунок 34) для определения наличия повреждений, кровотечений, кровоподтеков.



Рисунок 34. Осмотр головы пострадавшего

Далее осматривается шея пострадавшего (рисунок 35) для выявления возможных деформаций, костных выступов, болезненных мест. Осматривать следует крайне осторожно и аккуратно.



Рисунок 35. Осмотр шеи пострадавшего

Грудная клетка пострадавшего осматривается и ощупывается в следующей последовательности «передняя поверхность – задняя поверхность – боковые стороны» (рисунок 36).



Рисунок 36. Осмотр грудной клетки пострадавшего

Без особой необходимости не следует поворачивать пострадавшего, чтобы осмотреть спину, достаточно аккуратно ощупать. В процессе осмотра грудной клетки можно обнаружить ранения ее различных отделов, деформацию.

После осмотра грудной клетки следует осмотреть живот и область таза (рисунок 37). Важно уделить внимание не только поиску открытых ран, но и наличию явно видимых кровоподтеков и ссадин как признаков возможной тупой травмы живота, внутренних органов и костей таза.



Рисунок 37. Осмотр живота и области таза пострадавшего

В последнюю очередь осматриваются и ощупываются ноги и руки. При осмотре конечностей (рисунок 38) следует обратить внимание на их возможную деформацию как на один из признаков перелома костей.

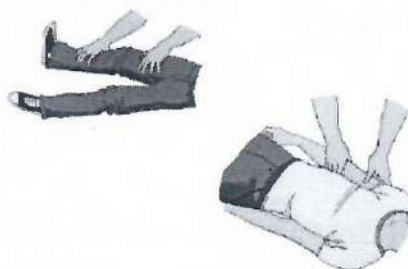


Рисунок 38. Осмотр нижних и верхних конечностей пострадавшего

Подробный осмотр следует проводить очень внимательно и осторожно, чтобы не причинить дополнительные страдания пострадавшему и не пропустить у него какой-либо тяжелой травмы.

17. Понятие о травматическом шоке, причины и признаки

Травматический шок – это серьезное состояние, причинами развития которого являются тяжелые травмы и сильные кровотечения. Такого состояние сопровождается тяжелыми нарушениями в работе всех систем организма, вплоть до смерти пострадавшего как на месте происшествия, так и впоследствии, на этапе транспортировки бригадой скорой медицинской помощи, а также лечения в медицинской организации.

Усугубляют тяжесть шока старческий возраст пострадавшего, переохлаждение, выраженный болевой синдром.

Признаками травматического шока являются:

- наличие тяжелой травмы и сильного кровотечения;
- нарушения дыхания и кровообращения (учащенное дыхание и сердцебиение);
- бледная холодная влажная кожа;
- возбуждение, сменяющееся апатией.

18. Мероприятия по предупреждению развития травматического шока

В большинстве случаев лечение шока требует усилий со стороны медработников, имеющих соответствующее оснащение. Однако выполненные на этапе первой помощи простейшие действия позволяют предупредить развитие шока или снизить его тяжесть.

К этим мероприятиям относятся:

- остановка кровотечения;
- придание пострадавшему оптимального положения тела;
- иммобилизация травмированных конечностей;
- защита от переохлаждения (укутывание подручными средствами или покрывалом спасательным изотермическим).

19. Понятия «кровотечение» и «острая кровопотеря»

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 вызывает ухудшение или прекращение их деятельности.

Основными признаками острой кровопотери являются:

- 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, то есть гибели пострадавшего. Это может произойти при повреждении крупных сосудов при неоказании первой помощи – при неостановленном 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.

20. Первая помощь при носовом кровотечении

Носовое кровотечение (эпистаксис) – это истечение крови из сосудов полости носа через ноздри или по задней стенке глотки.

Носовые кровотечения могут быть:

- передними;
- задними.

Передние носовые кровотечения возникают в передней части носа и проявляются течением крови из ноздрей. Это самый распространенный тип кровотечений из носа. При правильно оказанной первой помощи они неопасны и легко поддаются остановке.

Задние носовые кровотечения встречаются гораздо реже, чем передние, но они могут повлечь за собой серьезную кровопотерю и чаще требуют квалифицированной помощи. Сопутствующими симптомами могут быть кровохарканье, тошнота, рвота кровью и другие признаки.

Причинами, вызывающими кровотечение из полости носа, могут быть:

1. Воздействие внешних факторов:

- термические, например, вдыхание горячего или холодного воздуха, тепловой или солнечный удар;
- химические, например, вдыхание токсичных соединений в виде паров, аэрозолей, газов;
- перепады атмосферного давления.

2. Местные:

– травматическое воздействие на структуры носа с нарушением целостности сосудистой стенки, например, пальцевая травматизация тканей носа, травма инородными телами, кровотечение после лечебно-диагностических вмешательств на полости носа и околоносовых пазухах;

– легкая травматизация слизистой носа возможна при воспалительных заболеваниях, например, при синуситах, аллергических и инфекционных ринитах, когда возникает полнокровие в месте поражения;

– атрофия слизистой оболочки носа (изменение строения и утончение слизистой) вследствие недостаточного увлажнения поступающего воздуха;

– различные новообразования (как доброкачественные, так и злокачественные).

3. Общие причины:

– патология различных звеньев системы свертывания крови (гемостаза), которая может проявляться в кровотечении, развивающемся спонтанно или через некоторое время после травмы;

– применение некоторых лекарственных средств, влияющих на свертывающую систему крови;

– воспалительные заболевания сосудов (васкулиты различной этиологии);

– незначительные кровотечения, возникающие у беременных женщин (чаще в III триместре беременности).

Если пострадавший находится в сознании, необходимо усадить его со слегка наклоненной вперед головой (рисунок 39). Нельзя укладывать человека или наклонять его голову назад – это может привести к проглатыванию крови и вызвать рвоту. Далее следует зажать ему переднюю часть носа (крылья носа) на 15-20 минут. При этом можно положить холод на переносицу.

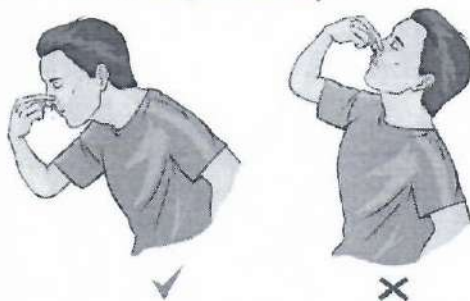


Рисунок 39. Остановка носового кровотечения

Если спустя указанное время кровотечение не остановилось, следует вызвать скорую медицинскую помощь, до приезда которой надо продолжать выполнять те же мероприятия.

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

21. Признаки различных видов наружного кровотечения

Наружное кровотечение сопровождается повреждением кожных покровов и слизистых оболочек, при этом кровь изливается наружу в окружающую среду.

По виду поврежденных сосудов кровотечения бывают:

1. Артериальные

Это наиболее опасные кровотечения, так как при ранении крупных артерий происходит большая потеря крови за короткое время (рисунок 37). Признаком артериальных кровотечений обычно является:

- пульсирующая алая струя крови;
- быстро расплывающаяся лужа крови алого цвета;
- быстро пропитываемая кровью одежда пострадавшего.

2. Венозные

Такое кровотечение характеризуется меньшей скоростью кровопотери. Темно-вишневая кровь вытекает «ручьем» (рисунок 38). Венозные кровотечения могут быть менее опасными, чем артериальные, однако также требуют скорейшей остановки.

3. Капиллярные

Это кровотечение наблюдается при ссадинах, порезах, царапинах (рисунок 39). Капиллярное кровотечение непосредственной угрозы для жизни, как правило, не представляет.

4. Смешанные

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

22.Виды ранений и их признаки

Ранение (или рана) – это любое нарушение целостности кожных покровов и подлежащих тканей (в том числе и сосудов) в результате внешнего, преимущественно механического, воздействия.

К признакам ранений относятся:

- кровотечение (как следствие нарушения целостности сосуда);
- зияние (или расхождение краев раны, примерно повторяющее контур ранящего предмета);
- нарушение функции травмированной (раненой) части тела.

Кроме того, пострадавший будет испытывать болевые ощущения, так как дополнительно травмируются и нервные стволы. Боль при серьезных (обширных) ранениях бывает настолько интенсивна, что может привести к развитию травматического шока.

Все ранения подразделяются на две большие группы:

- проникающие (когда нарушается целостность внутренних оболочек и ранящий предмет попадает в одну из полостей тела человека – череп, грудную клетку, живот или сустав);
- непроникающие (все остальные ранения).

По механизму получения травмы все ранения можно разделить на следующие виды:

- колотые (при малом диаметре наружного отворстия характерна достаточно большая глубина раневого канала);
- резанные (достаточно обширные внешние повреждения при малой глубине раневого канала);
- рубленые (характерно широкое разможнение краев и обширные внутренние повреждения);
- укушенные (характерно наличие контура (рисунка) зубов);
- рваные (обширные внешние повреждения звездчатой формы);
- скальпированные (при этом виде ранений кожа с подкожной основой полностью отделяется от подлежащих тканей).

Первая помощь пострадавшему при получении раны зависит от ее вида и места локализации. В основном она включает в себя следующие этапы:

- остановка кровотечения;
- обработка раны дезинфицирующим средством;
- наложение повязки.

23.Способы временной остановки наружного кровотечения

В случае, если пострадавший получил травму, человеку, оказывающему первую помощь, необходимо выполнить следующие мероприятия:

- обеспечить безопасные условия для оказания первой помощи;
- убедиться в наличии признаков жизни у пострадавшего;
- провести обзорный осмотр для определения наличия кровотечения;
- определить вид кровотечения;
- выполнить остановку кровотечения наиболее подходящим способом или их комбинацией.

Целью обзорного осмотра является определение признаков кровотечения, требующего скорейшей остановки. Он производится очень быстро, в течение 1-2 секунд, с головы до ног (рисунок 40).



Рисунок 40. Обзорный осмотр пострадавшего

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

- прямое давление на рану;
- наложение давящей повязки;
- пальцевое прижатие артерии;
- максимальное сгибание конечности в суставе;
- наложение кровоостанавливающего жгута (табельного или импровизированного).

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 (рисунок 41).



Рисунок 41. Остановка кровотечения прямым давлением на рану

При отсутствии бинта или салфеток для наложения на рану можно использовать любую подручную ткань. При отсутствии 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.

Для более продолжительной остановки кровотечения можно использовать давящую повязку (рисунок 42).

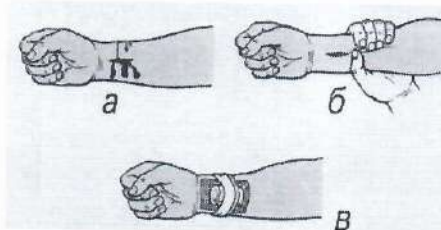


Рисунок 42. Остановка кровотечения с использованием давящей повязки

При ее наложении следует соблюдать общие принципы наложения бинтовых повязок:

- стерильные салфетки из аптечки желательно положить на рану;
- бинт раскатывать по ходу движения;
- повязку 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. 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.

Общая сонная артерия прижимается на передней поверхности шеи снаружи от гортани на стороне повреждения (рисунок 43).



Рисунок 43. Точка прижатия сонной артерии

Давление в указанную точку может осуществляться четырьмя пальцами одновременно по направлению к позвоночнику (рисунок 44), при этом сонная артерия придавливается к нему.



Рисунок 44. Прижатие сонной артерии четырьмя пальцами руки

Другим вариантом пальцевого прижатия сонной артерии является давление в ту же точку большим пальцем по направлению к позвоночнику (рисунок 45). Прижимать необходимо с достаточной силой, так как кровотечения из сонной артерии очень интенсивные.



Рисунок 45. Прижатие сонной артерии большим пальцем руки

Подключичная артерия прижимается в ямке над ключицей к первому ребру (рисунок 46).



Рисунок 46. Точка прижатия подключичной артерии

Осуществлять давление в точку прижатия подключичной артерии можно с помощью четырех выпрямленных пальцев (рисунок 47).



Рисунок 47. Прижатие подключичной артерии четырьмя выпрямленными пальцами руки

Другим способом пальцевого прижатия подключичной артерии является давление согнутыми пальцами (рисунок 48).



Рисунок 48. Прижатие подключичной артерии четырьмя согнутыми пальцами руки

Плечевая артерия прижимается к плечевой кости с внутренней стороны между бицепсом и трицепсом в средней трети плеча (рисунок 49), если кровотечение возникло из ран средней и нижней трети плеча, предплечья и кисти.



Рисунок 49. Точка прижатия плечевой артерии

Давление на точку прижатия осуществляется с помощью четырех пальцев кисти, обхватывающей плечо пострадавшего сверху или снизу (рисунок 50).



Рисунок 50. Прижатие плечевой артерии четырьмя пальцами руки

Подмышечная артерия прижимается к плечевой кости в подмышечной впадине (рисунок 51) при кровотечении из раны плеча ниже плечевого сустава.

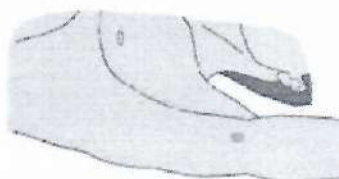


Рисунок 51. Точка прижатия подмышечной артерии

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 (рисунок 52).



Рисунок 52. Прижатие подмышечной артерии четырьмя пальцами руки

Бедренная артерия прижимается ниже паховой складки (рисунок 53) при кровотечении из ран в области бедра.



Рисунок 53. Точка прижатия бедренной артерии

Давление выполняется кулаком, зафиксированным второй рукой, весом тела участника оказания первой помощи (рисунок 54).



Рисунок 54. Прижатие бедренной артерии кулаком

Максимальное сгибание конечности в суставе приводит к перегибу и сдавлению кровеносного сосуда, что способствует прекращению кровотечения. Этот способ достаточно хорошо останавливает кровотечение.

Для повышения эффективности в область сустава необходимо вложить 1-2 бинта или свернутую валиком одежду. После сгибания конечность фиксируют руками, несколькими турами (витками) бинта или подручными средствами, например, брючным ремнем.

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.

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 (рисунок 55).

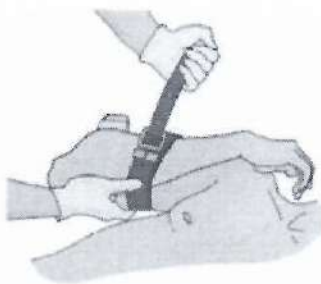


Рисунок 55. Остановка кровотечения из предплечья

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 (рисунок 56).



Рисунок 56. Остановка кровотечения при повреждении сосудов стопы, голени и подколенной ямки

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 (рисунок 57).



Рисунок 57. Остановка кровотечения при травме бедра

Наложение кровоостанавливающего жгута может применяться для более продолжительной временной остановки сильного артериального кровотечения. Для снижения негативного воздействия жгута на конечности его следует накладывать в соответствии со следующими правилами:

1. Жгут следует накладывать только при артериальном кровотечении при ранении плеча и бедра.
2. Жгут необходимо накладывать между раной и сердцем, максимально близко к ране. Если место наложения жгута приходится на среднюю треть плеча и на нижнюю треть бедра, следует наложить жгут выше.
3. Жгут на голое тело накладывать нельзя, только поверх одежды или тканевой (бинтовой) прокладки.
4. Жгут перед наложением следует завести за конечность и растянуть (рисунок 58).

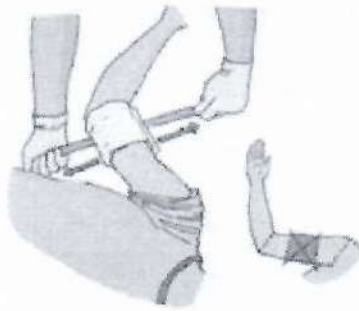


Рисунок 58. Подготовка к наложению жгута

5. Кровотечение останавливается первым (растянутым) туром жгута, все последующие (фиксирующие) туры накладываются так, чтобы каждый последующий тур примерно наполовину перекрывал предыдущий (рисунок 59).



Рисунок 59. Наложение первого витка жгута

6. Жгут не должен быть закрыт повязкой или одеждой, то есть должен быть на виду.

7. Точное время наложения жгута следует указать в записке, которую помещают под жгут (рисунок 60).



Рисунок 60. Записка с указанием времени наложения жгута

8. Максимальное время нахождения жгута на конечности не должно превышать 60 минут в теплое время года и 30 минут в холодное.

9. После наложения жгута конечность следует иммобилизовать (обездвижить) и термоизолировать (укутать) доступными способами.

10. Если максимальное время наложения жгута истекло, а медицинская помощь недоступна, следует сделать следующее:

- осуществить пальцевое прижатие артерии выше жгута;
 - снять жгут на 15 минут;
 - по возможности выполнить лёгкий массаж конечности, на которую был наложен жгут;
 - наложить жгут чуть выше предыдущего места наложения.
- Максимальное время повторного наложения – 15 минут.

В качестве импровизированного жгута можно использовать подручные средства: тесьму, платок, галстук и другие подобные вещи (рисунок 61).

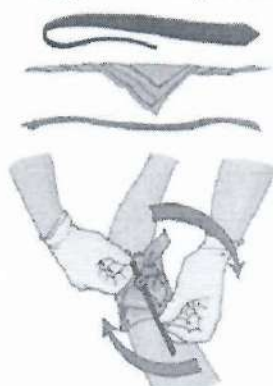


Рисунок 61. Наложение жгута с помощью подручных средств

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.

24. Понятие «травмы» и их классификация

Травма – это нарушение целостности тканей и органов в результате воздействия факторов внешней среды.

Существует несколько классификаций травм.

1. Классификация по времени возникновения

Травмы делятся на:

- острые;
- хронические.

Острая травма – это одномоментное воздействие различных внешних факторов (механических, термических, химических, радиационных и др.) на организм человека, приводящее к нарушению структуры, целостности тканей и выполняемых ими функций.

Хроническая травма – это повреждение, возникающее в результате многократных и постоянных неинтенсивных воздействий одного и того же травмирующего фактора (к ним относится большинство профессиональных заболеваний).

2. Классификация по виду повреждающего момента

Все травмы можно разделить на:

- механические;
- термические (ожоги, обморожения);
- химические;
- баротравмы (повреждения при резком изменении давления внешней среды);
- электротравмы;

– комбинированные (сочетание механического и немеханического повреждения, например, перелома и ожога и т. д.).

3. Классификация по нарушению целостности кожного покрова

Наличие или отсутствие повреждения целостности кожного покрова делит травмы на:

- открытые;
- закрытые.

4. Классификация по объему поражения

Также травмы могут разделяться по объему поражения:

- изолированные (повреждение одного органа или в пределах одного сегмента опорно-двигательного аппарата);
- множественные (повреждение нескольких органов или нескольких сегментов конечностей, то есть имеются одновременные переломы двух и более сегментов или отделов опорно-двигательного аппарата);
- сочетанные (одновременное повреждение внутренних органов и опорно-двигательного аппарата).

Любая травма сопровождается кровотечением или отеком с развитием местного воспаления и с возможным последующим некрозом тканей. Тяжелые и множественные травмы, как правило, сопровождаются травматическим шоком и очень опасны для жизни.

Самыми распространенными в мире являются следующие виды механических травм:

- ушиб;
- растяжение;
- вывих;
- разрыв связок, мышц и сухожилий;
- перелом кости.

Среди них лидирующую позицию, бесспорно, занимает ушиб: ни один человек не может утверждать, что ни разу в жизни не получал такую травму.

25. Первая помощь при травмах головы

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

Травмы головы, обусловлены воздействием на черепную коробку какой-либо внешней силы. Чаще всего они возникают в результате:

- падения с высоты;
- удара головой о какие-либо предметы;

– падения на голову тяжелых предметов;
– производственных аварий;
– термических и химических ожогов, полученных при несчастных случаях либо авариях на производстве;

– автомобильных аварий и т.д.

Для черепно-мозговой травмы характерны:

- бледность;
- общая слабость;
- сонливость;
- головная боль;
- головокружение;
- потеря сознания.

Пострадавший может быть в сознании, но при этом не помнит обстоятельств травмы и событий, ей предшествующих. Более тяжелое повреждение мозга сопровождается длительной потерей сознания и параличами конечностей.

Переломы костей черепа могут сопровождаться, кроме того, следующими признаками:

- выделением бесцветной или кровянистой жидкости из ушей и носа;
- кровоподтеками вокруг глаз.

Первая помощь при травме головы будет заключаться в:

- остановке кровотечения;
- вызове скорой медицинской помощи;
- контроле состояния пострадавшего.

Если пострадавший находится без сознания, следует придать ему устойчивое боковое положение, которое уменьшает вероятность западения языка и сводит к минимуму возможность попадания рвотных масс или крови в дыхательные пути.

При наличии раны и кровотечения необходимо выполнить прямое давление на рану, при необходимости – наложить повязку (рисунок 62).



Рисунок 62. Наложение повязки на голову пострадавшего

В случае, если у пострадавшего отмечаются признаки нарушения целостности костей черепа, необходимо обложить края раны бинтами и только после этого накладывать повязку.

При нахождении в ране инородного предмета нужно зафиксировать его, обложив салфетками или бинтами, и наложить повязку. Извлекать инородный предмет запрещено!

Кровотечения при ранениях волосистой части головы, как правило, очень обильные, и не могут остановиться самостоятельно. Поэтому необходимо выполнить прямое давление на рану и наложить давящую повязку.

26. Первая помощь при травмах 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 артериального кровотечения произвести его остановку.

Наиболее быстрым способом является пальцевое прижатие сонной артерии между раной и сердцем, производимое на передней поверхности шеи снаружи от гортани по направлению к позвоночнику на стороне повреждения четырьмя пальцами одновременно или большим пальцем (рисунок 63).



Рисунок 63. Пальцевое прижатие сонной артерии

При затруднениях с определением места надавливания можно использовать прямое давление на рану.

При наличии венозного кровотечения для его остановки используется давящая повязка.

Достаточно серьезной травмой является повреждение шейного отдела позвоночника, которое может развиваться, например, при:

- дорожно-транспортном происшествии (при ударе сзади или наезде на препятствие может возникнуть так называемая «хлыстовая» травма, приводящая к повреждению шейных позвонков вследствие резкого разгибания или резкого сгибания шеи);

- падении с высоты и т.д.

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.

При оказании первой помощи следует помнить, что смещение поврежденных шейных позвонков может привести к тяжелым последствиям, вплоть до остановки дыхания и кровообращения. Поэтому необходимо исключить дополнительную травму и возможность повреждения спинного мозга при извлечении и перемещении пострадавшего.

Для этого требуется вручную поддерживать голову в положении, ограничивающем движение, дожидаясь прибытия скорой медицинской помощи.

При экстренном извлечении пострадавшего необходимо использовать фиксацию шеи рукой (рисунок 64).



Рисунок 64. Фиксация шеи рукой при извлечении пострадавшего

При перемещении пострадавшего необходимо фиксировать его голову и шею вручную предплечьями (рисунок 65).



Рисунок 65. Фиксация шеи и головы при перемещении пострадавшего

В качестве подручных средств для фиксации шейного отдела позвоночника могут быть использованы элементы одежды, например, курка, свитер и т.п., которые оборачивают вокруг шеи, предотвращая сдавление мягких тканей и органов шеи, но добиваясь того, чтобы края импровизированного воротника туго подпирали голову.

При наличии в оснащении устройств для фиксации шейного отдела позвоночника (шейные воротники, шейные шины) необходимо использовать их в соответствии с их инструкциями по применению. Подобные устройства накладываются вдвоем, при этом один из участников оказания первой помощи фиксирует голову и шею пострадавшего своими руками, помощник располагает заднюю часть воротника на задней поверхности шеи пострадавшего (рисунок 66).



Рисунок 66. Наложение устройства для фиксации шеи

После этого передняя часть загибается вперед и фиксируется (способ фиксации определяется конструкцией воротника).

27. Первая помощь при травмах живота и таза

Травмы живота могут быть:

- закрытыми (без ранения брюшной стенки);
- открытыми (при наличии раны на животе).

Закрытая травма живота может оставаться незамеченной, пока внутреннее кровотечение не вызовет резкого ухудшения состояния.

При закрытых травмах живота повреждения его передней стенки могут быть малозаметными. При этом пострадавшие могут жаловаться на:

- постоянную острую боль по всему животу;
- сухость во рту;
- тошноту;
- рвоту.

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.

При повреждении внутренних органов пострадавший нуждается в скорейшей хирургической помощи, поэтому необходима быстрая доставка в лечебное учреждение.

Первая помощь при закрытой травме живота с признаками кровопотери заключается в следующем:

- вызвать скорую медицинскую помощь;
- положить холод на живот;
- придать пострадавшему положение на спине с валиком под полусогнутыми разведенными в стороны ногами, контролировать его состояние (рисунок 71).

При повреждении живота запрещается:

- вправлять в рану выпавшие внутренние органы;
- туго прибинтовывать выпавшие внутренние органы;
- извлекать из раны инородный предмет;
- давать пострадавшему обезболивающие препараты;
- поить и кормить пострадавшего.

Открытая травма живота может сопровождаться выпадением внутренних органов и кровотечением.

Основной задачей первой помощи при травмах живота является:

- остановка кровотечения при открытой травме (прямым давлением на рану, наложением давящей повязки);
- вызов скорой медицинской помощи;
- контроль состояния пострадавшего до ее прибытия.

Выпавшие внутренние органы необходимо закрыть стерильными салфетками (желательно, смоченными водой) или чистой тканью. При нахождении в ране

инородного предмета – зафиксировать его, обложив салфетками или бинтами, и наложить повязку для остановки кровотечения.

Травмы таза также могут представлять опасность для жизни пострадавшего. Например, такие травмы наблюдаются у пешеходов, сбитых грузовым автотранспортом. Они очень часто сочетаются с повреждениями живота. Признаками травмы таза могут быть боли внизу живота, кровоподтеки и ссадины в этой области.

Первая помощь при травмах таза заключается в придании пострадавшему положения на спине с валиком под полусогнутыми разведенными ногами и контроле его состояния до прибытия бригады скорой медицинской помощи (рисунок 67).



28. Первая помощь при травмах конечностей

Перелом – это повреждение кости с нарушением ее целостности. Травматические переломы разделяют на:

- открытые (есть повреждения кожи в зоне перелома);
- закрытые (кожный покров не нарушен);
- полные (кость повреждена полностью);
- неполные (кость повреждена частично);
- переломы со смещением (костным отломкам смещаются по отношению к друг другу);
- переломы без смещения (смещение отломков кости не происходит)

Если перелом сопровождается повреждением кожного покрова, его нетрудно распознать при наличии костных отломков, выходящих из раны. Это открытый перелом.

Сложнее установить закрытые переломы. Закрытый перелом не так очевиден, особенно, если он неполный, когда нарушается часть поперечника кости, чаще в виде трещины. Основные признаки при ушибах и переломах – боль, припухлость, гематома, невозможность движений – совпадают. Ориентироваться следует на ощущение похрустывания в области перелома и боль при осевой нагрузке. Последний симптом проверяется при легком поколачивании вдоль оси конечности. При этом возникает резкая боль в месте перелома.

Для всех переломов характерны:

- резкая боль при любых движениях и нагрузках;
- изменение положения и формы конечности, ее укорочение;

– нарушение функций конечности (невозможность привычных действий или ненормальная подвижность);

– отечность и кровоподтек в зоне перелома.

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;
- пальцевое прижатие артерии;
- максимальное сгибание конечности в суставе;
- наложение кровоостанавливающего жгута.

Выбор способа определяется следующими факторами:

- видом кровотечения (для остановки венозного кровотечения не следует использовать наложение жгута или пальцевое прижатие артерии);
- местом ранения;
- предполагаемым сроком прибытия медицинских работников (в случае, если их прибытие ожидается в ближайшее время, можно использовать более простые способы остановки кровотечения, например, прямое давление на рану);
- наличием оснащения (при отсутствии жгутов для остановки артериального кровотечения возможно применение подручных средств – галстуков, ремней);
- состоянием кровотечения (остановилось или не остановилось).

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

При наличии подозрения на травму костей, человеку, оказывающему первую помощь, следует определиться с тактикой действий в отношении пострадавшего.

В основной массе случаев следует вызвать и дождаться приезда бригады скорой медицинской помощи, которая сможет выполнить качественное обезболивание и иммобилизацию травмированной конечности. В данном случае до приезда бригады скорой медицинской помощи следует придерживать травмированную конечность вращательную и контролировать состояние пострадавшего.

Если же в результате особых обстоятельств предполагается транспортировка пострадавшего (или его переноска на дальнее расстояние), следует выполнить иммобилизацию поврежденной конечности. При этом необходимо фиксировать минимум два сустава (один ниже, другой выше перелома).

При переломе плеча и бедра надо фиксировать три сустава – плечевой, локтевой, лучезапястный или тазобедренный, коленный, голеностопный соответственно.

Наиболее доступным, безопасным и эффективным для большинства участников оказания первой помощи способом иммобилизации при травме

конечностей является так называемая аутоиммобилизация. Для этого поврежденную ногу можно прибинтовать к здоровой ноге, проложив между ними мягкий материал (рисунок 68).



Рисунок 68. Аутоиммобилизация ног

Поврежденную руку можно зафиксировать, прибинтовав к туловищу (рисунок 69).



Рисунок 69. Аутоиммобилизация руки

На область предполагаемой травмы можно положить холод.

Иммобилизация также может осуществляться с помощью импровизированных шин, например, доски, куска плотного картона или пластмассы, лыжи и т.п. Накладывать их нужно поверх одежды и обуви пострадавшего, без исправления положения конечности, также фиксируя два или три сустава (в зависимости от места перелома).

Перед наложением импровизированную шину необходимо обмотать бинтом или обернуть тканью или одеждой. Ее использование рекомендуется ограничивать, поскольку фиксация с их помощью может быть затруднена, неудобна и небезопасна.

29. Первая помощь при травмах позвоночника

Повреждение позвоночника – серьезный вид травм. Вывихи и переломы грудных и поясничных позвонков сопровождаются болями в области поврежденного позвонка. При повреждении спинного мозга могут быть нарушения чувствительности и движений в конечностях (параличи).

Перелом позвоночника (рисунок 70) является одной из самых тяжелых видов травм, поскольку представляет угрозу жизни больного. Даже самое незначительное повреждение позвоночника может привести к инвалидности и (или) полной утрате двигательных способностей.



Рисунок 70. Перелом позвоночника

Переломы позвоночника возникают при:

- падении с большой высоты;
- нырянии в глубину;
- сильных ударах в спину;
- злокачественных опухолях;
- остеопорозе.

Опасность перелома позвоночника заключается в том, что костные осколки могут повреждать спинной мозг, проходящий через канал позвоночника, что впоследствии станет причиной полной утраты чувствительности и двигательной способности конечностей.

К признакам перелома позвоночника относятся:

- резкие боли в области перелома, который может сопровождаться потерей сознания или резким снижением артериального давления;
- неестественное положение головы и нарушение дыхания при переломе шейного отдела позвоночника, при котором может наступить мгновенная смерть;
- полная остановка или затруднение дыхания при переломе грудного отдела позвоночника;
- нарушение двигательной способности ног или непроизвольное мочеиспускание при переломе поясничного отдела позвоночника.

При оказании первой помощи следует помнить о необходимости уменьшить подвижность позвоночника. Для этого, например, после извлечения или при перемещении пострадавший должен находиться на ровной, жесткой, горизонтальной поверхности (рисунок 71).

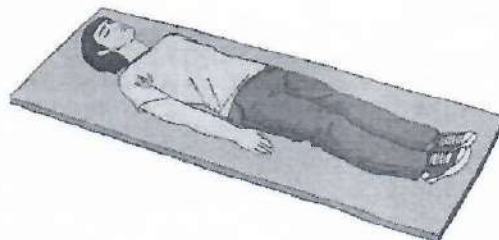


Рисунок 71. Перемещение пострадавшего с подозрением на травму позвоночника

Перемещение или перекладывание пострадавшего следует осуществлять с помощью нескольких человек (рисунок 72).

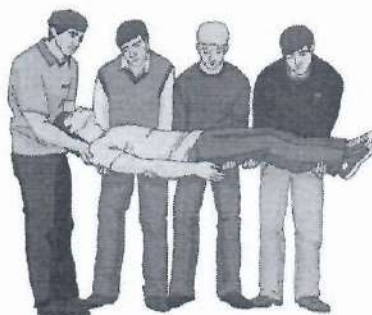


Рисунок 72. Перемещение пострадавшего с подозрением на травму позвоночника

Особое внимание следует уделить фиксации шейного отдела позвоночника (рисунок 73).



Рисунок 73. Фиксация головы и шеи пострадавшего с травмой позвоночника

При отсутствии дыхания или кровообращения необходимо приступить к сердечно-легочной реанимации в объеме надавливаний на грудину и вдохов искусственного дыхания.

30. Первая помощь при травмах глаз и носа

Строение лица и глаз обеспечивает глазам хорошую защиту от травматических повреждений. Глазное яблоко находится в глазнице – полости, окруженной прочным костным гребнем. Быстрое рефлекторное смыкание век создает преграду на пути инородных тел и иногда позволяет глазу выдерживать воздействия небольшой силы без каких-либо повреждений.

Благодаря этим защитным характеристикам многие травмы глаз не повреждают глазное яблоко или причиняют лишь незначительный вред. Тем не менее, травмы следует обследовать, поскольку иногда повреждение глаз может потребовать лечения или повлиять на зрение.

Обычные причины травм глаза на производстве – это несчастные случаи, например, при работе с молотком, жидкими реагентами или чистящими средствами и дорожно-транспортные происшествия (в том числе травмы, нанесенные подушками безопасности).

Источники мощного ультрафиолетового излучения, например, сварочная дуга или отраженный от снежного покрова яркий солнечный свет, могут привести к поражению роговицы.

При повреждениях глаз следует наложить повязку с использованием стерильного перевязочного материала из аптечки первой помощи. Повязка в любом случае накладывается на оба глаза, так как при оставлении здорового глаза открытым,

он будет невольно следить за окружающей обстановкой и приводить к движению пострадавший глаз. Это может усугубить его повреждение.

Травмы носа встречаются не редко. Характер травмы зависит от многих факторов:

- локализации;
- силы, скорости и направления удара;
- формы и прочности травмирующего агента.

При этом повреждаются мягкие ткани, костный и хрящевой скелет носа.

К основным симптомам травмы носа относятся:

- резко выраженная боль в области носа;
- изменение формы носа;
- отек мягких тканей носа;
- кровяные выделения (иногда кровь из носа бежит ручьем, и бывает очень сложно остановить такое кровотечение);
- нарушение носового дыхания (вследствие сильного отека в полости носа).

Самым частым симптомом при возникновении травмы является носовое кровотечение различной интенсивности. Если пострадавший находится в сознании, необходимо усадить его со слегка наклоненной вперед головой и зажать ему нос в районе крыльев носа на 15-20 минут.

При этом можно положить холод на переносицу. Если спустя указанное время кровотечение не остановилось, следует вызвать скорую медицинскую помощь, до приезда которой надо продолжать выполнять те же мероприятия. Если пострадавший с носовым кровотечением находится без сознания, следует придать ему устойчивое боковое положение, контролируя проходимость дыхательных путей, вызвать скорую медицинскую помощь. Самостоятельное вправление переломов носа недопустимо.

31. Первая помощь при ожогах

Ожог – это повреждение тканей организма, вызванное действием высокой или низкой температуры, действием некоторых химических веществ, например, щелочей, кислот, солей тяжёлых металлов и т.д.

Ожоги могут возникать от воздействия на организм человека:

- пламени, пара, горячего предмета (термические ожоги);
- кислот, щелочей и других агрессивных веществ (химические ожоги);
- электричества (электроожоги);
- излучения (радиационные, солнечные ожоги).

Существуют различные классификации степеней ожогов, однако для оказания первой помощи проще разделить их на:

- поверхностные;
- глубокие.

Признаками поверхностного ожога являются покраснение и отек кожи в месте воздействия поражающего агента, а также появление пузырей, заполненных прозрачной жидкостью.

Глубокие ожоги проявляются появлением пузырей, заполненных кровянистым содержимым, которые могут быть частично разрушены, кожа может обугливаться и становиться нечувствительной к боли. Часто при ожогах сочетаются глубокие и поверхностные поражения.

Тяжесть состояния пострадавшего зависит не только от глубины повреждения, но и от площади ожоговой поверхности. Площадь ожога можно определить:

- «методом ладони» (площадь ладони примерно равна 1% площади поверхности тела);
- «методом девяток» (при этом площадь тела делится на участки, размеры которых кратны 9% площади тела – голова и шея 9%, грудь 9%, живот 9%, правая и левая рука по 9%; правая и левая нога по 18%, спина 18%), оставшийся 1% – область промежности.

При определении площади ожога можно комбинировать эти способы.

Опасными для жизни пострадавшего являются поверхностные ожоги площадью более 15% и глубокие ожоги площадью более 5% площади тела.

Заподозрить наличие ожога верхних дыхательных путей у пострадавшего можно, если он находился в горящем помещении. Проявляется это состояние одышкой, кашлем. При этом могут отмечаться закопченность и ожоги лица, обгоревшие усы, борода, брови.

Первая помощь при ожогах заключается в:

- прекращении действия повреждающего агента, например, тушение огня, удаление химических веществ, прекращение действия электрического тока на организм;
- охлаждении обожженной части тела под струей холодной воды в течение 20 минут (при отсутствии воды можно заменить приложением холода поверх повязки или ткани).

При термическом ожоге немедленное охлаждение ослабляет боль, снижает отечность, уменьшает площадь и глубину ожогов.

При химическом ожоге необходимо смыть вещество с поверхности кожи струей проточной воды. Учитывая то, что часто химическая структура повреждающего вещества неизвестна, и нейтрализующие растворы отсутствуют или на их приготовление требуется много времени, ограничиваются промыванием кожи проточной водой в течение 20 минут. При этом химическое вещество полностью смывается в кожу, и нейтрализовать его нет необходимости.

Ожоговую поверхность следует закрыть нетугой повязкой, дать пострадавшему теплое питье. Обязательно следует вызвать скорую медицинскую помощь.

При оказании первой помощи запрещается:

- вскрывать ожоговые пузыри;

- убирать с пораженной поверхности части обгоревшей одежды;
- наносить на пораженные участки мази, жиры.

Первая помощь при ожоге верхних дыхательных путей будет заключаться в скорейшем выносе пострадавшего на свежий воздух, придании ему оптимального положения (полусидя) и вызове скорой медицинской помощи.

32. Первая помощь при тепловом ударе

Перегревание или тепловой удар развивается обычно при нарушениях теплоотдачи организма вследствие длительного нахождения человека в условиях повышенной температуры окружающего воздуха (особенно в сочетании с высокой влажностью), например:

- в автомобиле или жарком помещении;
- при работе в защитном снаряжении, затрудняющем теплоотдачу, и т.п.

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.

Солнечный удар – это болезненное состояние, расстройство работы головного мозга вследствие продолжительного воздействия солнечного света на непокрытую поверхность головы. Это особая форма теплового удара.

Солнечный удар характеризуется получением телом тепла большего, чем то, которое организм в состоянии охлаждать должным образом. Нарушается не только потоотделение, но и кровообращение (сосуды расширяются, происходит «застаивание» крови в мозгу).

Солнечный удар сопровождается:

- головной болью;
- вялостью;
- рвотой.

Последствия такого удара могут быть очень серьезными, вплоть до остановки сердца. В тяжелых случаях – кома. При солнечном ударе тяжелой формы и отсутствии срочной медицинской помощи смерть наступает в 20-30 % случаев.

Факторами, способствующими тепловому и солнечному ударам, могут быть:

- прямое воздействие солнца на непокрытую голову;
- избыточный вес тела, ожирение;

- стресс, нервное напряжение;
- препятствия для рассеивания тепла – слишком плотная одежда, плохо проветриваемые помещения;
- сердечно-сосудистые и эндокринные заболевания;
- проблемы неврологического характера;
- прием некоторых лекарственных средств;
- состояние алкогольного опьянения.

При возникновении признаков перегревания или солнечного удара необходимо:

- переместить пострадавшего в прохладное место;
- напоить охлаждённой водой при наличии сознания;
- расстегнуть или снять одежду.

Пострадавшему без сознания следует придать устойчивое боковое положение (рисунок 74).



Рисунок 74. Положение пострадавшего, находящегося без сознания

Не следует допускать резкого охлаждения тела пострадавшего, например, помещать его в ванну с холодной водой. До приезда скорой медицинской помощи необходимо контролировать состояние пострадавшего, регулярно оценивая наличие у него дыхания, и быть готовым к началу сердечно-легочной реанимации.

33. Первая помощь при холодовой травме

Холодовая травма проявляется в виде общего воздействия пониженной температуры окружающей среды на все тело человека (переохлаждение) либо в виде локального повреждения организма (отморожение).

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

Признаками переохлаждения пострадавшего являются жалобы на ощущение холода, дрожь, озноб (в начальной стадии переохлаждения). В дальнейшем появляется заторможенность, утрачивается воля к спасению, появляется урежение пульса и дыхания.

При продолжающемся переохлаждении сознание утрачивается, пульс замедляется до 30-40 в минуту, а число дыханий до 3-6 раз в минуту. Переохлаждение может сочетаться с отморожениями, что следует учитывать при оказании первой

помощи, в ходе которой следует поменять одежду пострадавшего на теплую и сухую, укутать его подручными средствами (например, одеялом), переместить в более теплое помещение, дать тёплое питье (если он находится в сознании).

В помещении можно осуществить согревание в виде теплых воздушных ванн (направить на пострадавшего поток теплого воздуха).

При наличии спасательного изотермического покрывала (входит в состав аптечки для оказания первой помощи работникам), необходимо укутать им пострадавшего серебристой стороной внутрь, оставив свободным лицо (рисунок 75).



Рисунок 75. Применение спасательного изотермического покрывала

При выраженном переохлаждении необходимо контролировать состояние, быть готовым к проведению сердечно-легочной реанимации в объеме давления руками на грудину пострадавшего и вдохов искусственного дыхания.

Отморожение – это местное повреждение тканей, вызванное воздействием низкой температуры. Признаки отморожения – потеря чувствительности кожи, появление на ней белых, безболезненных участков. Чаще всего развивается отморожение открытых участков кожи (уши, нос, щеки, кисти рук) или конечностей с нарушенным кровообращением (например, пальцев ног в тесной, неутепленной, влажной обуви).

При выраженном отморожении возможно появление «деревянного звука» при постукивании пальцем по поврежденной конечности, невозможность или затруднение движений в суставах. Через некоторое время после согревания на пораженной конечности появляются боль, отек, краснота с синюшным оттенком, пузыри.

Первая помощь при отморожении – незамедлительно укрыть поврежденные конечности и участки тела теплоизолирующим материалом (вата, одеяло, одежда) или наложить теплоизолирующую повязку (с помощью подручных средств), так как согревание должно происходить «изнутри» с одновременным восстановлением кровообращения. Необходимо создать обездвиженность поврежденного участка тела, переместить пострадавшего в теплое помещение, дать теплое питье. Пораженные участки нельзя активно согревать (опускать в горячую воду), растирать, массировать, смазывать чем-либо.

34. Понятие «отравления», пути попадания ядов в организм

Отравление – это вредное воздействие на организм, связанное с поглощением и вдыханием токсичного вещества, либо соприкосновением токсичного вещества с кожей, глазами или слизистыми оболочками, например, рта или носа.

Токсическое вещество может попасть в организм человека четырьмя путями.

1. Через пищеварительный тракт

Такой тип отравления чаще всего происходит при попадании токсических веществ в организм через рот. Это могут быть топливо, лекарственные препараты, моющие средства, пестициды, грибы, растения и т.д.

2. Через дыхательные пути

Газообразные токсические вещества попадают в организм при вдохе. К ним относятся газы и пары, например, угарный газ, хлор. Использование различных видов клея, красителей, растворителей, очистителей в определенных условиях также может приводить к отравлениям через дыхательные пути.

3. Через кожу и слизистые оболочки

Токсические вещества, проникающие через кожный покров, могут содержаться в некоторых растениях, растворителях и средствах от насекомых.

4. В результате инъекции

Инъецируемые токсические вещества попадают в организм при укусе или ужаливании насекомыми, животными и змеями, а также при введении яда или наркотиков шприцем.

35. Признаки острого отравления

Симптомы отравления зависят от:

- вида поглощенного яда;
- количества поглощенного яда;
- возраста пострадавшего;
- состояния здоровья пострадавшего.

Одни яды не слишком сильны и вызывают расстройства только при длительном воздействии или неоднократном поглощении больших доз. Другие яды настолько сильны, что симптомы могут возникнуть от одной капли, случайно попавшей на кожу.

При воздействии одних ядов симптомы отравления возникают в считанные секунды, при воздействии других процесс развития симптомов может занимать несколько часов, дней или даже лет. Некоторые яды не приводят к появлению очевидных симптомов, пока не достигнут жизненно важных органов, например, почек или печени, и не нанесут необратимого вреда.

Основными проявлениями отравлений являются:

- особенности места происшествия – необычный запах, открытые или опрокинутые емкости с химическими веществами, открытая аптечка с рассыпанными таблетками, поврежденное растение, шприцы и т.д.;
- общее болезненное состояние или вид пострадавшего, признаки и симптомы внезапного приступа заболевания;
- 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, раздражение, ранки на ней.
- странная манера поведения человека, необычный запах изо рта.

Переваренные и поглощенные токсины обычно вызывают общесистемные симптомы, часто лишая клетки организма кислорода, активируя или блокируя ферменты и рецепторы. Симптомы могут включать изменение сознания, температуры тела, частоты сердечных сокращений, дыхания и многих других показателей, в зависимости от пораженных органов.

Едкие или раздражающие вещества поражают слизистые оболочки рта, горла, желудочно-кишечного тракта и легких, вызывая боль, кашель, рвоту и одышку.

При контакте кожи с токсинами могут возникнуть различные симптомы, такие как сыпь, боль и образование волдырей. Длительное воздействие может вызвать дерматит.

Соприкосновение токсинов с глазами может привести к травме глаза, вызвать боль в глазах, покраснение и потерю зрения.

36. Первая помощь при отравлении

Отравления проще предупредить, чем оказывать первую помощь. С этой целью рекомендуется:

- использовать при работе с ядами средства индивидуальной защиты, например, респираторы, перчатки, защитную одежду;
- держать все лекарства, хозяйственные средства, ядовитые растения и прочие опасные вещества в труднодоступных местах;
- относиться ко всем хозяйственным и лекарственным веществам как к потенциально опасным;
- хранить все продукты и химические вещества в их фабричных упаковках с соответствующим названием;
- использовать специальные символы для ядовитых веществ и объяснить окружающим людям, что они обозначают;
- не употреблять в пищу продукты, у которых истек срок годности или вызывает сомнение качество изготовления.

Для профилактики отравлений необходимо соблюдать все предупреждения, указанные на наклейках, ярлыках и плакатах с инструкциями по технике безопасности, и следовать предписанным мерам предосторожности.

Общие принципы оказания первой помощи при отравлении заключаются в следующем:

- прекратить поступление яда в организм пострадавшего, например, удалить из загазованной зоны;
- опросить пострадавшего и попытаться выяснить, какой вид отравляющего вещества был принят, в каком количестве и как давно.

Ответы на эти вопросы могут облегчить оказание первой помощи, диагностику и интенсивную терапию отравления квалифицированными специалистами в дальнейшем;

- собрать небольшое количество рвотных масс для последующей медицинской экспертизы, если ядовитое вещество неизвестно;
- попытаться удалить яд, например, спровоцировать рвоту, стереть или смыть токсическое вещество с кожи и т.д.;
- оценить состояние пострадавшего и оказать первую помощь в зависимости от его тяжести.

При попадании отравляющего вещества в организм через рот необходимо:

1. Удалить ядовитое вещество

Если пострадавший находится в сознании, рекомендуется в наиболее короткий срок после приема вещества напоить его большим количеством воды (5-6 стаканов) и, надавив на корень языка, вызвать рвоту. При отсутствии у пострадавшего сознания провоцировать рвоту запрещается!

2. Уменьшить концентрацию ядовитого вещества в желудке, действуя также, как и на предыдущем этапе.

3. Вызвать скорую медицинскую помощь.

4. Контролировать состояние пострадавшего до прибытия медиков.

При отравлении через дыхательные пути порядок действий по оказанию первой помощи будет следующим:

1. Убедиться, что место происшествия не представляет опасности и при необходимости использовать средства индивидуальной защиты.

2. Вывести пострадавшего на свежий воздух, изолировав его от отравляющего воздействия газа или паров.

3. Придать пострадавшему устойчивое боковое положение, если он находится без сознания.

4. Приступить к сердечно-легочной реанимации при отсутствии дыхания.

При попадании отравляющих веществ на кожу необходимо:

1. Снять загрязненную одежду.

2. Удалить яд с поверхности кожи, промыв пораженный участок проточной водой.

3. Наложить повязку при повреждении кожного покрова.

37. Оптимальное положение тела пострадавшего

После оказания помощи и устранения опасности для жизни пострадавшего до прибытия скорой медицинской помощи ему следует придать оптимальное положение тела.

Его задача заключается в следующем:

– обеспечить комфорт;

– уменьшить степень страданий;

– не усугубить нарушение жизненно важных функций организма.

Оптимальное положение тела определяется характером повреждений у пострадавшего и удобством для него.

38. Оптимальное положение тела пострадавшего

После оказания помощи и устранения опасности для жизни пострадавшего до прибытия скорой медицинской помощи ему следует придать оптимальное положение тела.

Его задача заключается в следующем:

– обеспечить комфорт;

– уменьшить степень страданий;

– не усугубить нарушение жизненно важных функций организма.

Оптимальное положение тела определяется характером повреждений у пострадавшего и удобством для него.

39. Контроль состояния пострадавшего, находящегося в сознании и без сознания

До прибытия скорой медицинской помощи необходимо контролировать состояние пострадавшего и оказывать ему психологическую поддержку.

Самым простым способом такого контроля является диалог. В ходе общения с пострадавшим можно выяснить его жалобы.

У пострадавших в бессознательном состоянии следует периодически проверять признаки дыхания.

Обязательно должен выполняться периодический внешний осмотр на предмет начавшегося или возобновившегося кровотечения и контроля наложенных повязок или жгутов.

Кроме того, следует осуществлять наблюдение за окружающей обстановкой для своевременного устранения возможных опасностей.

40. Цели и принципы оказания психологической поддержки

Психологическая поддержка – это система приемов, которая позволяет людям, не обладающим психологическим образованием, помочь окружающим (и себе), оказавшись в экстремальной ситуации, справиться с психологическими реакциями, которые возникают в связи с этим кризисом или катастрофой.

Психологическая поддержка может быть направлена:

- на другого – помощь человеку, попавшему в беду;
- на результат – урегулирование ситуации, предотвращение возникновения сходных реакций у других людей;
- на себя – снятие собственной тревоги, связанной с тем как поступить, как вести себя в ситуации, когда другой нуждается в психологической поддержке.

Знание и понимание того, что происходит с человеком, как ему помочь и как помочь себе способствуют формированию психологической устойчивости.

Для оказания психологической поддержки людям необходимо знать следующее важные аспекты. Психическое состояние и поведение человека в экстремальной ситуации отличается от повседневного.

Чаще всего отмечается частичная или полная утрата:

- способности к целенаправленной деятельности (какие действия необходимы в данной ситуации, их планирование);
- способности к критической оценке окружающего и своего поведения (оценке собственной безопасности, степени угрозы, своих возможностей);
- способности вступать в контакт с окружающими (отстранение от контакта, замкнутость, либо наоборот, повышенная говорливость, которая на самом деле не имеет под собой задачу войти в контакт с другим человеком).

Подобные изменения – одни из самых распространенных последствий, наблюдаемые у тех, кто часто не имеет физических травм и повреждений, но кто тем или иным образом вовлечен в экстремальную ситуацию. Это люди, которые непосредственно пострадали или те, кто оказался рядом с ними.

Существуют некоторые ключевые моменты, которые необходимо учитывать при оказании психологической поддержки.

Стремление помочь – это естественное желание любого человека. Вовремя протянутая рука может помочь человеку справиться с самыми страшными событиями в жизни. Но необходимо помнить о следующем.

Прежде всего, позаботьтесь о собственной безопасности. Реально оцените внешние условия, свое состояние и силы, перед тем как принять решение, что вы готовы помочь.

Пострадавший может в первую очередь нуждаться в оказании первой помощи и медицинской помощи. Необходимо убедиться, что у человека нет физических травм, проблем со здоровьем, и только тогда оказывать психологическую поддержку.

Если вы чувствуете, что не готовы оказать человеку помощь, вам страшно, неприятно разговаривать с ним, не делайте этого. В случае если вы чувствуете

неуверенность в том, что сможете помочь (либо в том, что вы правильно понимаете, какие конкретно действия необходимо предпринять) обратитесь за помощью к профильным специалистам.

Если вы решили подойти к человеку, который нуждается в помощи, вам необходимо в первую очередь представиться и сказать, что вы готовы ему помочь.

Необходимо внимательно относиться к тому, что и как вы собираетесь сказать:

- говорите спокойным и уверенным голосом, четкими и короткими фразами, в побудительном наклонении;

- стройте простые фразы и предложения, так пострадавшему будет проще вас понять;

- избегайте употребления слов с частицей «не», а также исключите такие слова как «паника», «катастрофа», «ужас» и т.п.

Сохраняйте самообладание. Будьте готовы к тому, что вы можете столкнуться с различными эмоциональными реакциями и поступками. Они могут быстро сменять друг друга, а некоторые слова и действия могут быть направлены на вас.

Кроме этого, многие реакции могут характеризоваться эмоциональным заражением. А значит, под их влиянием можете оказаться и вы. В данном случае особенно важно сохранять спокойствие.

41. Психологическая поддержка при различных острых стрессовых реакциях

Различают следующие острые стрессовые реакции:

- плач;
- истероидную реакцию;
- агрессивную реакцию;
- страх;
- апатию.

Плач – это та реакция человека, которая позволяет в сложной кризисной ситуации выразить переполняющие его эмоции.

Признаки плача распознать довольно легко. Он проявляется в следующем типичном поведении:

- человек уже плачет или готов разрыдаться;
- подрагивают губы;
- наблюдается ощущение подавленности.

Если реакция пострадавшего на происшествие выражается в виде плача, нежелательно оставлять человека наедине с самим собой. В этот момент ему требуется забота, присутствие рядом близкого или знакомого человека.

Необходимо поддерживать физический контакт с пострадавшим (это поможет ему почувствовать, что кто-то находится рядом, что он не один), постараться выразить сочувствие. Не обязательно делать это словами, можно просто сесть рядом, создать ощущение сопереживания. Можно просто держать человека за руку, иногда протянутая рука помощи – значит гораздо больше, чем сотни сказанных слов.

Пострадавший должен иметь возможность поговорить о своих чувствах. Но давать советы нежелательно, так как во многих случаях они могут вызвать негативную реакцию со стороны человека, получившего травму.

Если реакция плача затянулась, и слезы уже не приносят облегчения, следует немного отвлечь пострадавшего, например, сконцентрировав его внимание на

глубоком и ровном дыхании с параллельным выполнением какой-либо несложной деятельности.

Истерика – это состояние крайнего нервного возбуждения, приводящее к потере самообладания.

Она характеризуется следующими признаками:

- чрезмерным возбуждением;
- множеством движений, театральными позами;
- эмоционально насыщенной, быстрой речью;
- криками и рыданиями.

Необходимо отметить, что довольно часто в разных источниках можно встретить информацию о том, что истероидная реакция не отражает истинных переживаний человека, а является симуляцией или грубой формой манипуляции, направленной на привлечение к себе внимания окружающих. В связи с этим человек не нуждается в помощи. Подобная точка зрения является некорректной.

При оказании помощи человеку в состоянии истероидной реакции выполняются следующие действия.

Если вы чувствуете готовность к оказанию помощи и понимаете, что это безопасно, постарайтесь отвести пострадавшего от зрителей и замкнуть его внимание на себе.

Если зрителей удалить невозможно, постарайтесь стать самым внимательным слушателем, оказывайте человеку поддержку, слушайте, кивайте, поддакивайте.

Проявляйте спокойствие и не демонстрируйте пострадавшему сильных эмоций. Говорите короткими простыми фразами, уверенным тоном. Не потакайте его желаниям и не вступайте в активный диалог по поводу его высказываний.

Переключите внимание пострадавшего, вызвав у него ориентировочную реакцию. Для этого задайте неожиданный вопрос (не имеющий негативного содержания) или произнесите имя пострадавшего, после чего задайте вопрос, требующий развернутого ответа.

После истерики возможен упадок сил. Предоставьте человеку возможность для отдыха, передав его специалистам, либо близким людям.

Агрессия – это поведение, направленное на нанесение физического или психологического вреда, вплоть до уничтожения объекта агрессии.

Признаками такого состояния являются:

- возбуждение;
- раздражение, недовольство, гнев (по любому, даже незначительному поводу);
- повышенное мышечное напряжение;
- нанесение окружающим ударов руками или какими-либо предметами;
- словесные оскорбления, брань.

При агрессивной реакции помощь пострадавшему оказывается по следующему алгоритму.

Четко оцените, насколько безопасно для вас будет оказывать помощь в данной ситуации, и что можно сделать для обеспечения большей безопасности.

Сохраняйте спокойствие, не демонстрируйте сильных эмоций. Воздержитесь от эмоциональных реакций даже в том случае, если вы слышите оскорбления и брань, обращенные к вам.

Демонстрируйте благожелательность, не вступайте с пострадавшим в споры и не противоречьте ему. Говорите с пострадавшим спокойным голосом, постепенно снижая темп и громкость своей речи.

Если вы чувствуете внутреннюю готовность и понимаете, что это необходимо, отойдите с пострадавшим от окружающих и дайте ему возможность выговориться.

Привлеките пострадавшего к какой-нибудь деятельности, связанной с физической нагрузкой.

В некоторых случаях агрессию можно снизить, объяснив пострадавшему негативный исход подобного поведения. Такой прием действенен, если:

- у пострадавшего нет цели получить выгоду от агрессивного поведения;
- пострадавшему важно, чтобы подобный негативный исход не произошел;
- пострадавший понимает, что негативный исход действительно может последовать.

В случае если вы встретили пострадавшего, демонстрирующего агрессивное поведение, необходимо обратиться к нему внимание специалиста правоохранительных органов.

Страх – это внутреннее состояние, обусловленное грозящим реальным или предполагаемым бедствием.

Определить страх можно по следующим признакам:

- напряжение мышц (особенно лицевых);
- сильное сердцебиение;
- учащенное поверхностное дыхание;
- сниженный контроль собственного поведения.

Страх – это проявление базового инстинкта самосохранения. Он оберегает нас от рискованных, опасных поступков. Переживание чувства страха знакомо каждому человеку.

В некоторых случаях страх становится опасным для человека. Это происходит тогда, когда он:

- не оправдан (переживание страха слишком интенсивно в сравнении с опасностью, по отношению к которой он возник);
- настолько силен, что лишает человека способности думать и действовать.

Иногда страх может перерасти в панику. Панический страх (ужас) может побудить к бегству, вызвать оцепенение, агрессивное поведение. Человек в страхе может вцепиться в какие-либо опасные предметы, забираться в небезопасные места, лишая себя возможности спастись в экстремальной ситуации. При этом он плохо контролирует свои действия и не осознает происходящее вокруг, что уже опасно для самого пострадавшего и окружающих его людей. Велика вероятность эмоционального заражения паникой.

Для избавления от страха можно применить следующие приемы.

Необходимо быть рядом с человеком, дать ему ощущение безопасности. Страх тяжело переносить в одиночестве.

Если страх настолько силен, что парализует человека, то предложите ему выполнить несколько простых приемов, например, задержать дыхание, а затем сосредоточиться на спокойном медленном дыхании; осуществить простое интеллектуальное действие (этот прием основан на том, что страх – эмоция, а любая эмоция становится слабее, если включается мыслительная деятельность).

Когда острота страха начинает спадать, говорите с человеком о том, чего именно он боится, не нагнетая эмоции, а наоборот, давая возможность человеку выговориться. Когда человек «проговаривает» свой страх, он становится не таким сильным.

При необходимости предоставьте человеку информацию о том, что происходит вокруг, о ходе работ, если вам кажется, что сказанная информация будет полезна для человека и поможет улучшить его состояние (информационный голод провоцирует усиление страха).

Апатия – это симптом, выражающийся в безразличии, безучастности, в отрешённом отношении к происходящему вокруг, в отсутствии стремления к какой-либо деятельности, отсутствии отрицательного и положительного отношения к действительности, отсутствии внешних эмоциональных проявлений.

Апатию можно распознать по следующим признакам:

- непреодолимая усталость, когда любое движение, любое сказанное слово дается с трудом;
- равнодушие к происходящему;
- отсутствие, каких бы то ни было, эмоциональных проявлений;
- заторможенность;
- снижение темпа речи или полное ее отсутствие.

Помочь пострадавшему выйти из состояния апатии можно следующими способами.

Создайте для пострадавшего условия, в которых он мог бы отдохнуть и набраться сил, почувствовать себя в безопасности, например, проводите его к месту отдыха, по возможности помогите ему удобно устроиться.

Если это по каким-то причинам невозможно, то необходимо помочь человеку мягко выйти из этого состояния. Можно предложить ему самомассаж (или помочь ему в этом) активных биологических зон – мочек ушей и пальцев рук.

Говорите с пострадавшим мягко, медленно, спокойным голосом, постепенно повышая громкость и скорость речи. Постепенно задавайте вопросы, на которые он может ответить развернуто.

Предложите пострадавшему какую-либо незначительную физическую нагрузку, например, пройтись пешком, сделать несколько простых физических упражнений, или вовлеките его в посильную для него совместную деятельность, например, оказать посильную помощь другим пострадавшим (принести чай или воду и т.д.).

В экстремальных ситуациях оказать психологическую помощь можно самому себе. Если вы оказались в ситуации, когда вас одолевают сильные чувства (душевная боль, злость, гнев, чувство вины, страх, тревога) – очень важно создать себе условия для того, чтобы быстро «выпустить пар». Это поможет немного снизить напряжение и сохранить душевные силы, которые так нужны в экстренной ситуации.

Можно попробовать один из универсальных способов:

- заняться физическим трудом;
- дать волю слезам, поделиться своими переживаниями с людьми, которым можно доверять;
- попробовать дыхательные упражнения, например, сделать глубокий вдох, задержать дыхание на 1-2 секунды, выдохнуть, повторить упражнение 2 раза, потом сделать 2 нормальных (неглубоких) медленных вдоха-выдоха;

- чередовать глубокое и нормальное дыхание до тех пор, пока не станет лучше;
- заняться умственным трудом, что поможет снизить уровень эмоционального напряжения;

- умыться холодной водой и помассировать мочки ушей и пальцы рук.

Психологическая поддержка пострадавших – важная часть оказания первой помощи. Знания и умения в этой области позволяют оказывающему помощь создать максимально возможную психологически безопасную обстановку, что значительно повышает общую безопасность и эффективность мероприятий первой помощи.

42. Краткие сведения о строении организма человека

Строение тела человека – это результат длительной эволюции животного мира, поэтому анатомия исследует строение и функции органов с учётом происхождения человека.

В теле человека множество различных клеток. Их число достигает 50.000 миллиардов. Клетка – это элементарная единица живого организма, обладающая способностью к обмену веществ с окружающей средой и передаче генетической информации при размножении.

По строению и функциям клетки являются типичными животными клетками: каждая клетка окружена мембраной, исключение составляют яйцеклетки, которые покрыты оболочкой. Внутри клетки расположено ядро, которое содержит наследственное вещество и управляет жизнедеятельностью и размножением клетки.

В теле человека найдено свыше 200 различных типов клеток. И хотя у всех у них наследственное вещество одинаковое, в разных типах клеток активными являются различные участки наследственных молекул. В одной клетке проявляется лишь до 10% имеющейся информации, а активность остальной части наследственного вещества блокируется.

Каждый миг в нашем теле умирают миллионы клеток. Организм должен постоянно заменять их новыми. Кроме того, новые клетки нужны для роста организма. Они образуются путем деления существующих клеток. Этот важный процесс регулируется сложными контролирующими системами. При бесконтрольном делении клеток образуется опухоль.

В течение жизни наше тело обновляется несколько раз. Однако некоторые клетки не делятся и живут долго – от нашего рождения до смерти. Таковы клетки сердечной мышцы и нервные клетки.

Самые длинные клетки в теле человека – нервные клетки. За счет отростков их длина может достигать нескольких десятков сантиметров. Самые большие клетки в теле человека – яйцеклетки (примерно 120 мкм). Они видны даже невооруженным глазом. Долше всего живут нервные клетки головного мозга. Продолжительность жизни многих из них соответствует продолжительности жизни самого человека. Сравнительно недолговечны клетки, выстилающие стенки кишечника. Они живут лишь несколько дней.

Сходные по строению, функциям и происхождению клетки вместе с межклеточным веществом образуют ткань. Ткань – это система клеток и межклеточного вещества, объединённых единством строения, функции и происхождения.

Все ткани в теле человека выполняют одну основную функцию, например, кровь соединительной ткани связывает различные части организма в единое целое

(переносит кислород и питательные вещества ко всем частям тела, выравнивая температуру). С другой стороны, различные части ткани, такие как клетки крови, выполняют разные функции: красные кровяные тельца связывают и транспортируют кислород, а белые участвуют в защите организма.

В организме человека различают четыре вида тканей:

- эпителиальную;
- соединительную;
- мышечную;
- нервную.

Эпителиальная ткань выполняет защитную функцию. Клетки ткани расположены вплотную друг к другу. Эпителий покрывает поверхность тела и выстилает внутренние полости. Способностью клеток эпителия к быстрому размножению обеспечивается скорое застывание поверхностных ран. Выстланные эпителием железы производят различные секреты, например, пищеварительные соки желудка и кишечника.

Широко распространена в организме соединительная ткань, разнообразная по строению и функциям, и составляет 50 % массы тела. Все клетки соединительной ткани хорошо размножаются.

Различают три вида соединительной ткани:

- кровь и лимфу;
- собственно соединительную ткань;
- хрящевую, костную ткань.

Кровь и лимфа выполняют транспортную защитную и другие функции. Жировая ткань является одним из примеров собственно соединительной ткани. Это депо жира (важнейшего источника энергии) и связанной с ним воды. Она обладает хорошими теплоизоляционными свойствами. Костная и хрящевая ткани выполняют опорную функцию. Костная ткань формирует скелет, а хрящевая – части скелета.

Мышечная ткань образована мышечными клетками. Эти клетки способны к сокращению, благодаря чему человек может двигаться. Существует три вида мышечной ткани:

- поперечнополосатая

Из этой ткани образована большая часть мускулатуры человека. Она состоит из мышечных волокон – длинных нитевидных клеток, имеющих поперечную полосатость. Такие клетки быстро сокращаются и расслабляются быстро, но и быстро устают. Сокращение мышечных волокон по воле человека;

- сердечная

Эта ткань по строению напоминает поперечнополосатые мышечные волокна. Такая ткань находится только в сердце. Сокращение и расслабление сердечной мышцы происходят автоматически, ритмично и непроизвольно;

- гладкая

Ткань расположена в стенках кровеносных сосудов и полых органов. Клетки гладкой мышечной ткани сокращаются медленно. Они способны к длительным сокращениям и могут долго работать, не уставая. Сокращения этих клеток происходят непроизвольно.

Нервная ткань формирует головной и спинной мозг. Она образована нервными клетками (нейронами), которые воспринимают раздражения, анализируют их и передают дальше. Нервные клетки состоят из тела и многочисленных отростков.

Один из отростков обычно длинный, остальные – короткие. Отростки выполняют разные функции: короткие отростки проводят раздражение к телу клетки, а длинный отросток – от тела клетки. Отходящие от нервных клеток длинные отростки объединяются в нервы.

Орган – это часть тела организма со свойственной ему формой, строением и функцией. Органы формируются из различных тканей. Некоторые из них защищают организм (кожа), другие осуществляют движение (мышцы, кости), третьи обеспечивают переваривание пищи (желудок, кишечник) и т. д.

Органы, выполняющие общие функции, образуют систему органов и формируют организм как единое целое.

Каждая система органов выполняет определенную функцию. Управление и согласование работы всех органов осуществляют нервная система и железы внутренней секреции. Например, совместная работа дыхательной, пищеварительной и кровеносной системами обеспечивает организм энергией.

Выделяют следующие системы органов человека:

- опорно-двигательная – поддерживает человека, защищает его внутренние органы и позволяет совершать движения;
- пищеварительная – руководит процессом расщепления пищи на более простые компоненты, их всасывание и удаление неперевариваемых остатков;
- кровеносная – снабжает все клетки, ткан и органы тела необходимыми веществами, забирает у них остатки обмена и несет их к органам выделения;
- дыхательная – обеспечивает газообмен в организме: снабжает кровь кислородом и освобождает ее от газообразных остатков обмена;
- выделительная – удаляет из организма газообразные, жидкие и твердые остатки обмена;
- половая – производит половые клетки, обеспечивает размножение и развитие потомства;
- нервная – осуществляет управление работой всех систем органов и реакцию на изменения условий внешней среды;
- железы внутренней секреции – производят гормоны и совместно с нервной системой координируют работу систем органов.

Приложение №1
к инструкции по оказанию
первой медицинской помощи
в министерстве по туризму и народным
художественным промыслам
Республики Дагестан

Список терминов с определениями

Агрессия	– это поведение, направленное на нанесение физического или психологического вреда, вплоть до уничтожения объекта агрессии.
Апатия	– это симптом, выражающийся в безразличии, безучастности, в отрешённом отношении к происходящему вокруг, в отсутствии стремления к какой-либо деятельности, отсутствии отрицательного и положительного отношения к действительности, отсутствии внешних эмоциональных проявлений.
Иммобилизация	– это создание неподвижности (покоя) поврежденной части тела с помощью подручных средств, готовых транспортных шин (изделий медицинского назначения, входящих в состав аптечек первой помощи) или используя здоровые части тела пострадавшего (аутоиммобилизация).
Истерика	– это состояние крайнего нервного возбуждения, приводящее к потере самообладания.
Клетка	– это элементарная единица живого организма, обладающая способностью к обмену веществ с окружающей средой и передаче генетической информации при размножении.
Кровотечение	– это ситуация, 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.
Носовое кровотечение (эпистаксис)	– это истечение крови из сосудов полости носа через ноздри или по задней стенке глотки.
Обморок	– это кратковременная потеря сознания, обусловленная глобальным снижением кровоснабжения головного мозга, обычно приводящая к падению.
Ожог	– это повреждение тканей организма, вызванное действием высокой или низкой температуры, действием некоторых

	химических веществ, например, щелочей, кислот, солей тяжёлых металлов и т.д.
Орган	– это часть тела организма со свойственной ему формой, строением и функцией.
Острая травма	– это одномоментное воздействие различных внешних факторов (механических, термических, химических, радиационных и др.) на организм человека, приводящее к нарушению структуры, целостности тканей и выполняемых ими функций.
Отморожение	– это местное повреждение тканей, вызванное воздействием низкой температуры.
Отравление	– это вредное воздействие на организм, связанное с поглощением и вдыханием токсичного вещества, либо соприкосновением токсичного вещества с кожей, глазами или слизистыми оболочками, например, рта или носа.
Первая помощь	– это комплекс срочных мероприятий по спасению жизни человека.
Первая помощь	– это простейшие действия, выполняемые непосредственно на месте происшествия в кратчайшие сроки после травмы.
Перелом	– это повреждение кости с нарушением ее целостности.
Переохлаждение	– это расстройство функций организма в результате понижения температуры тела под действием холода.
Плач	– это та реакция человека, которая позволяет в сложной кризисной ситуации выразить переполняющие его эмоции.
Психологическая поддержка	– это система приемов, которая позволяет людям, не обладающим психологическим образованием, помочь окружающим (и себе), оказавшись в экстремальной ситуации, справиться с психологическими реакциями, которые возникают в связи с этим кризисом или катастрофой.
Ранение (или рана)	– это любое нарушение целостности кожных покровов и подлежащих тканей (в том числе и сосудов) в результате внешнего, преимущественно механического, воздействия
Солнечный удар	– это болезненное состояние, расстройство работы головного мозга вследствие продолжительного воздействия солнечного света на непокрытую поверхность головы.
Страх	– это внутреннее состояние, обусловленное грозящим реальным или предполагаемым бедствием.
Ткань	– это система клеток и межклеточного вещества, объединённых единством строения, функции и происхождения.

- Травма — это нарушение целостности тканей и органов в результате воздействия факторов внешней среды.
- Травматический шок — это серьезное состояние, причинами развития которого являются тяжелые травмы и сильные кровотечения.
- Хроническая травма — это повреждение, возникающее в результате многократных и постоянных неинтенсивных воздействий одного и того же травмирующего фактора (к ним относится большинство профессиональных заболеваний).