



**ЗНАНИЯ**

Учебный центр  
профессиональной переподготовки  
и повышения квалификации

ООО Учебный центр «Знания»

Лицензия на образовательную деятельность

№ 10850 от 22.03.2019 г. Серия 54Л01

№0004409

***МЕТОДИЧЕСКИЙ МАТЕРИАЛ К КУРСУ  
ПО ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПРОГРАММЕ***

***Повышения квалификации***

**«Оказание первой помощи детям педагогическим работником в рамках исполнения ст.41 Федерального закона «Об образовании в Российской Федерации»**

## Оглавление

Организация оказания первой помощи в Российской Федерации.....	3
Нормативно-правовая база, определяющая права, обязанности и ответственность при оказании первой помощи .....	6
Соблюдение правил личной безопасности и обеспечение безопасных условий для оказания первой помощи (возможные факторы риска, их устранение).....	17
Оказание первой помощи при отсутствии сознания, остановке дыхания и кровообращения .....	22
Оказание первой помощи при наружных кровотечениях и травмах.....	32
Оказание первой помощи при носовом кровотечении.....	40
Травмы головы. Оказание первой помощи .....	43
Травмы груди, оказание первой помощи.....	47
Закрытая травма живота с признаками внутреннего кровотечения. ....	50
Первая помощь при переохлаждении и обморожении. ....	54
Первая помощь при политравме.....	63
Первая помощь при ДТП. Извлечение пострадавшего из автомобиля .....	65
Первая помощь при укусах ядовитых змей и насекомых .....	69
Оказание первой помощи при прочих состояниях.....	77
Психологическая поддержка. Цели оказания психологической поддержки. .	87
Оказание первой медицинской помощи детям .....	97
Порядок организации оказания первой помощи в образовательной организации.....	98
Оказание скорой и неотложной помощи детям .....	105
Медицинская эвакуация .....	106
Расследование несчастного случая: причины и профилактика.....	112
Алгоритм взаимодействия медицинских и педагогических работников в образовательных организациях.....	114
Практические советы .....	117
Основы безопасности при выполнении детьми физических упражнений....	119
Контрольные вопросы: .....	126

## **Организация оказания первой помощи в Российской Федерации**

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

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

В соответствии с частью 1 статьи 31 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724) (далее - Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ) первая помощь до оказания медицинской помощи оказывается гражданам при несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях и заболеваниях, угрожающих их жизни и здоровью, лицами, обязанными оказывать первую помощь в соответствии с федеральным законом или со специальным правилом и имеющими соответствующую подготовку, в том числе сотрудниками органов внутренних дел Российской Федерации, сотрудниками, военнослужащими и работниками Государственной противопожарной службы, спасателями аварийно-спасательных формирований и аварийно-спасательных служб. В соответствии с **частью 4 статьи 31** Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ водители транспортных средств и другие лица вправе оказывать первую помощь при наличии соответствующей подготовки и (или) навыков.

1. Отсутствие сознания.
2. Остановка дыхания и кровообращения.
3. Наружные кровотечения.

4. Инородные тела верхних дыхательных путей.
5. Травмы различных областей тела.
6. Ожоги, эффекты воздействия высоких температур, теплового излучения.
7. Отморожение и другие эффекты воздействия низких температур.
8. Отравления.

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

В случае какого-либо происшествия, как правило, оказать первую помощь могут очевидцы происшествия - обычные люди, имеющие право ее оказывать. В большинстве случаев, они имеют минимальную подготовку и не обладают необходимым оснащением. Тем не менее, очевидцы происшествия могут выполнить простые действия, тем самым устранив непосредственную опасность для жизни пострадавших.

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

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

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

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

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

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

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

3. Законодательство разного уровня устанавливает обязанность по оказанию первой помощи для лиц, которые в силу профессиональных обязанностей первыми оказываются на месте происшествия с пострадавшими: сотрудники органов внутренних дел Российской Федерации; сотрудники, военнослужащие и работники всех видов пожарной охраны; спасатели аварийно-спасательных служб и аварийно-спасательных формирований; военнослужащие (сотрудники) войск национальной гвардии; работники ведомственной охраны, частные охранники, должностные лица таможенных органов; военнослужащие органов федеральной службы безопасности, судебные приставы, сотрудники уголовно-исполнительной системы, внештатные сотрудники полиции и народные дружинники и другие лица.

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

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

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

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

Для лиц, обязанных оказывать первую помощь, предусмотрена ответственность за неоказание первой помощи вплоть до уголовной. Для очевидцев происшествия, оказывающих первую помощь в добровольном порядке, никакая ответственность за неоказание первой помощи применяться не может. Особые нормы установлены в отношении водителей, причастных к ДТП. Принятие мер к оказанию первой помощи относится к обязанностям водителя в связи с ДТП, за невыполнение которых водителю грозит привлечение к административной ответ-

ственности и наказание в виде административного штрафа (ч. 1 ст. 12.27 Кодекса Российской Федерации об административных правонарушениях). В том случае, если гражданин заведомо оставил пострадавшего, находящегося в беспомощном состоянии без возможности получения помощи, он может быть привлечен к уголовной ответственности (ст. 125 «Оставление в опасности» Уголовного кодекса Российской Федерации).

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



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

В настоящее время **первая помощь** определяется как комплекс мероприятий, направленных на поддержание жизни и здоровья, оказываемых до оказания медицинской помощи пострадавшим при несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях и заболеваниях, угрожающих их жизни и здоровью, участниками оказания первой помощи. Цель ее состоит в устранении явлений, угрожающих жизни, а также - в предупреждении дальнейших повреждений и возможных осложнений.

***Перечень состояний, при которых оказывается первая помощь, перечень мероприятий по ее оказанию***

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 4 мая 2012 г. № 477н «Об утверждении перечня состояний, при которых оказывается первая помощь и перечня мероприятий по

оказанию первой помощи», первая помощь оказывается при следующих состояниях:

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

При указанных состояниях выполняются следующие мероприятия:

1. Мероприятия по оценке обстановки и обеспечению безопасных условий для оказания первой помощи:
  - 1) определение угрожающих факторов для собственной жизни и здоровья;
  - 2) определение угрожающих факторов для жизни и здоровья пострадавшего;
  - 3) устранение угрожающих факторов для жизни и здоровья;
  - 4) прекращение действия повреждающих факторов на пострадавшего;
  - 5) оценка количества пострадавших;
  - 6) извлечение пострадавшего из транспортного средства или других труднодоступных мест;
  - 7) перемещение пострадавшего.
2. Вызов скорой медицинской помощи, других специальных служб, сотрудники которых обязаны оказывать первую помощь в соответствии с федеральным законом или со специальным правилом.
3. Определение наличия сознания у пострадавшего.

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

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

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

- 1) давление руками на грудину пострадавшего;
- 2) искусственное дыхание «Рот ко рту»;
- 3) искусственное дыхание «Рот к носу»;
- 4) искусственное дыхание с использованием устройства для искусственного дыхания (в соответствии с утвержденными требованиями к комплектации медицинскими изделиями аптек (укладок, наборов, комплектов) для оказания первой помощи).

6. Мероприятия по поддержанию проходимости дыхательных путей:

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

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

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

б) наложение давящей повязки.

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

1) проведение осмотра головы;

2) проведение осмотра шеи;

3) проведение осмотра груди;

4) проведение осмотра спины;

5) проведение осмотра живота и таза;

б) проведение осмотра конечностей;

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

8) проведение иммобилизации (с помощью подручных средств, автоиммобилизация, с использованием медицинских изделий (в соответствии с утвержденными требованиями к комплектации медицинскими изделиями аптек (укладок, наборов, комплектов) для оказания первой помощи);

9) 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);

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

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

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

9. Придание пострадавшему оптимального положения тела.

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

11. Передача пострадавшего бригаде скорой медицинской помощи, другим специальным службам, сотрудники которых обязаны оказывать первую помощь в общей последовательности действий на месте происшествия с наличием пострадавших

Оказывать первую помощь необходимо в соответствии с Универсальным алгоритмом оказания первой помощи

Согласно Универсальному алгоритму первой помощи 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:

- 1) определить угрожающие факторы для собственной жизни и здоровья;
- 2) определить угрожающие факторы для жизни и здоровья пострадавшего;
- 3) устранить угрожающие факторы для жизни и здоровья;
- 4) прекратить действие повреждающих факторов на пострадавшего;
- 5) при необходимости, оценить количество пострадавших;
- 6) извлечь пострадавшего из транспортного средства или других труднодоступных мест (при необходимости);
- 7) 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:

- 1) запрокинуть голову с подъемом подбородка;
- 2) выдвинуть нижнюю челюсть (при необходимости);
- 3) определить наличие нормального дыхания с помощью слуха, зрения и осязания;
- 4) 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:

- 1) давления руками на грудину пострадавшего;
- 2) искусственного дыхания «Рот ко рту», «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:

- 1) придать устойчивое боковое положение;
- 2) запрокинуть голову с подъемом подбородка;
- 3) выдвинуть нижнюю челюсть.

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

- 1) наложением давящей повязки;
- 2) пальцевым прижатием артерии;
- 3) прямым давлением на рану;
- 4) максимальным сгибанием конечности в суставе;
- 5) 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:

- 1) провести осмотр головы;
- 2) провести осмотр шеи;
- 3) провести осмотр груди;
- 4) провести осмотр спины;
- 5) провести осмотр живота и таза;
- 6) осмотр конечностей;
- 7) наложить повязки при травмах различных областей тела, в том числе окклюзионную (герметизирующую) при ранении грудной клетки;
- 8) провести иммобилизацию (с помощью подручных средств, аутоиммобилизацию, с использованием медицинских изделий);
- 9) зафиксировать шейный отдел позвоночника (вручную, подручными средствами, с использованием медицинских изделий);
- 10) 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);

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

2) провести термоизоляцию при отморожениях и других эффектах воздействия низких температур.

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

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

3. 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.



## **Соблюдение правил личной безопасности и обеспечение безопасных условий для оказания первой помощи (возможные факторы риска, их устранение)**

Перед началом действий на месте происшествия следует обеспечить безопасные условия для оказания первой помощи. При этом необходимо помнить, что может угрожать участнику оказания первой помощи, пострадавшему и очевидцам происшествия:

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

Для снижения риска поражения необходимо, например, выключить электричество, перекрыть бытовой газ, установить знаки аварийной остановки, перегородить проезжую часть автомобилем, 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 следует обратиться к соответствующим службам (например, к сотрудникам аварийно-спасательных служб, полиции и т.д.).

### **Способы извлечения и перемещения пострадавшего**

Иногда может возникнуть ситуация, когда требуется извлечение пострадавшего. При этом следует помнить, что 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 проводятся под подмышками пострадавшего, фиксируют его предплечье, после чего пострадавший извлекается наружу (рисунок 7).

При извлечении пострадавшего, находящегося без сознания или с подозрением на травму шейного отдела позвоночника, необходимо фиксировать ему голову и шею (рисунок 8). При этом одна из рук участника оказания первой помощи фиксирует за нижнюю челюсть голову пострадавшего, а вторая держит его противоположное предплечье.

После извлечения следует переместить пострадавшего на безопасное расстояние.

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

1. Перемещение пострадавшего в одиночку с поддержкой. Используется для перемещения легкопострадавших лиц, находящихся в сознании.
2. Перемещение пострадавшего в одиночку волоком. Применяется для перемещения на близкое расстояние пострадавших, имеющих значительный вес. Нежелательно использовать у пострадавших с травмами нижних конечностей.
3. Переноска пострадавшего в одиночку на спине. Может использоваться для переноски пострадавших, имеющих небольшой вес. Не применяется для переноски пострадавших, находящихся без сознания.
4. Переноска пострадавшего на руках. Используется лицами, имеющими достаточную для применения этого способа физическую силу. Этим способом

возможна переноска пострадавших, находящихся без сознания. Нежелательно переносить так пострадавших с подозрением на травму позвоночника.

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

Переноска пострадавшего вдвоем на замке из четырех рук. Руки берутся таким образом, чтобы обхватить запястье другой руки и руки помощника.

Фиксация кистей должна быть достаточно прочной, чтобы удержать пострадавшего.

После формирования «замка» пострадавший усаживается на него, после чего его поднимают и переносят. Пострадавший может придерживаться за плечи переносящих его людей.

6. Переноска пострадавшего вдвоем на замке из трех рук с поддержкой под спину. При использовании этого способа один из участников оказания первой помощи не берет руку в замок, а располагает ее на плече у другого. На эту руку пострадавший может опираться при переноске. Таким образом осуществляется переноска пострадавших, у которых есть риск потери сознания или пострадавших, которые не могут удержаться на замке из четырех рук.

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

8. Переноска пострадавшего с подозрением на травму позвоночника. Для переноски пострадавшего с подозрением на травму позвоночника необходимо несколько человек, которые под руководством одного из участников оказания первой помощи поднимают и переносят пострадавшего. При переноске один из участников оказания первой помощи должен фиксировать голову и шею пострада-

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

Простейшие меры профилактики инфекционных заболеваний, передающихся при непосредственном контакте с человеком, его кровью и другими биологическими жидкостями

Для снижения риска заражения при оказании первой помощи следует использовать медицинские перчатки (для защиты рук) и защитные устройства для проведения искусственного дыхания «рот-устройство-рот», находящиеся в аптечках первой помощи. В настоящее время в России производятся устройства для искусственного дыхания различных конструкций. С правилами их использования можно ознакомиться в инструкциях, прилагаемых производителем каждого конкретного устройства.

В состав аптечки для оказания первой помощи работникам входят медицинские 3-слойные маски из нетканого материала, которые применяются для снижения риска инфицирования человека, оказывающего первую помощь.

В случае попадания крови и других биологических жидкостей на кожу следует немедленно смыть их проточной водой, тщательно вымыть руки. При наличии спиртовых антисептических салфеток из бумажного текстиля подобного материала (находятся в аптечке для оказания первой помощи работникам) необходимо обработать кожу с их помощью.

После проведения искусственного дыхания рекомендуется прополоскать рот.

Основные правила вызова скорой медицинской помощи, других специальных служб, сотрудники которых обязаны оказывать первую помощь

С 2013 года единым телефонным номером для вызова экстренных служб стал номер 112. По нему можно вызвать спасателей, полицейских и скорую медицин-

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

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

#### Заключение

Оказание первой помощи положительно влияет на снижение смертности. При этом, первая помощь юридически безопасна для тех, кто ее оказывает, проста и эффективна.

При оказании первой помощи следует придерживаться определенной последовательности действий, выполнение которых установлено современным законодательством. Одним из важнейших приоритетов среди них является обеспечение личной безопасности человека, оказывающего первую помощь.

Первая помощь будет более эффективной, если использовать для ее оказания простейшие комплекты необходимых средств и устройств (аптечки, укладки). При приобретении аптечки важно обращать внимание на соответствие ее состава утвержденному списку и качество ее компонентов.

## **Оказание первой помощи при отсутствии сознания, остановке дыхания и кровообращения**

### ***Основные признаки жизни у пострадавшего***

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

### ***Причины нарушения дыхания и кровообращения***

Внезапная смерть (остановка дыхания и кровообращения) может быть вызвана заболеваниями (инфаркт миокарда, нарушения ритма сердца и др.) или внешним воздействием (травма, поражение электрическим током, утопление и др.). Вне зависимости от причин исчезновения признаков жизни, сердечно-легочная реанимация проводится в соответствии с определенным алгоритмом, рекомендованным Российским Национальным Советом по реанимации и Европейским Советом по реанимации.

### ***Способы проверки сознания, дыхания, кровообращения у пострадавшего***

При оказании первой помощи используются простейшие способы проверки наличия или отсутствия признаков жизни:

- для проверки сознания участник оказания первой помощи пытается вступить с пострадавшим в словесный и тактильный контакт, проверяя его реакцию на это;
- для проверки дыхания используются осязание, слух и зрение (более подробно техника проверки сознания и дыхания описана в следующем разделе);
- отсутствие кровообращения у пострадавшего определяется путем проверки пульса на магистральных артериях (одновременно с определением дыхания и при наличии соответствующей подготовки). Ввиду недостаточной точности проверки наличия или отсутствия кровообращения способом определения пульса на магистральных артериях, для принятия решения о

проведении сердечно-легочной реанимации рекомендуется ориентироваться на отсутствие сознания и дыхания.

***Современный алгоритм проведения сердечно-легочной реанимации (СЛР).***

***Техника проведения давления руками на грудину пострадавшего***

***и искусственного дыхания при проведении СЛР***

На месте происшествия участнику оказания первой помощи следует оценить безопасность для себя, пострадавшего (пострадавших) и окружающих. После этого следует устранить угрожающие факторы или минимизировать риск собственного повреждения, риск для пострадавшего (пострадавших) и окружающих.

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

При отсутствии признаков сознания следует определить наличие дыхания у пострадавшего. Для этого необходимо восстановить проходимость дыхательных путей у пострадавшего: одну руку положить на лоб пострадавшего, двумя пальцами другой взять за подбородок, запрокинуть голову, поднять подбородок и нижнюю челюсть. При подозрении на травму шейного отдела позвоночника запрокидывание следует выполнять максимально аккуратно и щадяще.

Для проверки дыхания следует наклониться щекой и ухом ко рту и носу пострадавшего и в течение 10 сек. попытаться услышать его дыхание, почувствовать выдыхаемый воздух на своей щеке и увидеть движения грудной клетки у пострадавшего. При отсутствии дыхания грудная клетка пострадавшего останется неподвижной, звуков его дыхания не будет слышно, выдыхаемый воздух изо рта и носа не будет ощущаться щекой. ***Отсутствие дыхания определяет необходимость вызова скорой медицинской помощи и проведения сердечно-легочной реанимации.***

При отсутствии дыхания у пострадавшего участнику оказания первой помощи следует организовать вызов скорой медицинской помощи. Для этого надо громко позвать на помощь, обращаясь к конкретному человеку, находящемуся рядом с местом происшествия и дать ему соответствующие указание. Указания следует давать кратко, понятно, информативно: **«Человек не дышит. Вызывайте «скорую». Сообщите мне, что вызвали».**

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

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

Телефонную трубку положить последним, после ответа диспетчера.

***Вызов скорой медицинской помощи и других специальных служб (спасателей, полиции) производится по телефону 112 (также может осуществляться по телефонам 01,101; 02,102; 03,103 или региональным номерам).***

Одновременно с вызовом скорой медицинской помощи необходимо приступить к давлению руками на грудину пострадавшего, который должен располагаться лежа на спине на твердой ровной поверхности. При этом основание ладони одной руки участника оказания первой помощи помещается на середину грудной клетки пострадавшего, вторая рука помещается сверху первой, кисти рук берутся в замок, руки выпрямляются в локтевых суставах, плечи участника оказания первой помощи располагаются над пострадавшим так, чтобы давление осуществлялось перпендикулярно плоскости грудины. 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». Для этого следует открыть дыхательные пути пострадавшего (запрокинуть голову, поднять подбородок), зажать его нос двумя пальцами, сделать два вдоха искусственного дыхания. Вдохи искусственного дыхания выполняются следующим образом: необходимо сделать свой нормальный вдох, герметично обхватить своими губами рот пострадавшего и выполнить равномерный выдох в его дыхательные пути в течение 1 секунды, наблюдая за движением его грудной клетки. Ориентиром достаточного объема 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 вышеописанным образом. На 2 вдоха искусственного дыхания должно быть потрачено не более 10 секунд. Не следует делать более двух попыток вдохов искусственного дыхания в перерывах между давлениями руками на грудину пострадавшего.

При этом рекомендуется использовать устройство для проведения искусственного дыхания из аптечки или укладки.

В случае невозможности выполнения искусственного дыхания методом «Рот-ко-рту» (например, повреждение губ пострадавшего), производится искусственное дыхание методом «Рот-к-носу». При этом техника выполнения отличается тем, что участник оказания первой помощи закрывает рот пострадавшему при запрокидывании головы и обхватывает своими губами нос пострадавшего.

Далее следует продолжить реанимационные мероприятия, чередуя 30 надавливаний на грудину с 2-мя вдохами искусственного дыхания.

## ***Ошибки и осложнения, возникающие при выполнении реанимационных мероприятий***

К основным ошибкам при выполнении реанимационных мероприятий относятся:

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

Самым распространенным осложнением сердечно-легочной реанимации является перелом костей грудной клетки (преимущественно ребер). Наиболее часто это происходит при избыточной силе давления руками на грудину пострадавшего, неверно определенной точке расположения рук, повышенной хрупкости костей (например, у пострадавших пожилого и старческого возраста).

Избежать или уменьшить частоту этих ошибок и осложнений можно при регулярной и качественной подготовке.

### ***Показания к прекращению СЛР***

Реанимационные мероприятия продолжаются до прибытия скорой медицинской помощи или других специальных служб, сотрудники которых

обязаны оказывать первую помощь, и распоряжения их сотрудников о прекращении реанимации, либо до появления явных признаков жизни у пострадавшего (появления самостоятельного дыхания, возникновения кашля, произвольных движений).

В случае длительного проведения реанимационных мероприятий и возникновения физической усталости у участника оказания первой помощи необходимо привлечь помощника к осуществлению этих мероприятий. Большинство современных отечественных и зарубежных рекомендаций по проведению сердечно-легочной реанимации предусматривают смену ее участников примерно каждые 2 минуты, или спустя 5-6 циклов надавливаний и вдохов.

Реанимационные мероприятия могут не осуществляться пострадавшим с явными признаками нежизнеспособности (разложение или травма, несовместимая с жизнью), либо в случаях, когда отсутствие признаков жизни вызвано исходом длительно существующего неизлечимого заболевания (например, онкологического).

### ***Мероприятия, выполняемые после прекращения СЛР.***

#### ***Устойчивое боковое положение***

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

Шаг 1.

Расположить ближнюю руку пострадавшего под прямым углом к его телу

Шаг 2.

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

Шаг 3.

После этого согнуть дальнюю от себя ногу пострадавшего в колене, поставить ее с опорой на стопу, надавить на колено этой ноги на себя (в указанном на рисунке 30 направлении) и повернуть пострадавшего.

#### Шаг 4.

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

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

#### Особенности СЛР у детей

У детей сердечно-легочная реанимация может проводиться в той же последовательности, что и у взрослых, с той же частотой и тем же соотношением давления руками на грудину пострадавшего и вдохов искусственного дыхания, что и у взрослых. Надавливания на грудину выполняются на глубину, равную одной трети переднезаднего размера грудной клетки (примерно 4 см у детей до 1 года и 5 см у детей более старшего возраста). Давление на грудину производится двумя пальцами (для детей до 1 года), одной или двумя руками для детей более старшего возраста.

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

***Порядок оказания первой помощи при частичном и полном нарушении проходимости верхних дыхательных путей, вызванном инородным телом у пострадавших в сознании, без сознания.***

***Особенности оказания первой помощи тучному пострадавшему, беременной женщине, ребенку***

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

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

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

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

При частичном нарушении проходимости следует предложить пострадавшему покашлять.

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

1. Встать сбоку и немного сзади пострадавшего.
2. Придерживая пострадавшего одной рукой, другой наклонить его вперед, чтобы в случае смещения инородного тела оно попало в рот пострадавшего, а не опустилось ниже в дыхательные пути.
3. Нанести 5 резких ударов основанием своей ладони между лопатками пострадавшего.
4. Проверять после каждого удара, не удалось ли устранить нарушение проходимости.
5. Если после 5 ударов инородное тело не удалено, то следует:

- встать позади пострадавшего и обхватить его обеими руками на уровне верхней части живота;
- сжать кулак одной из рук и поместить его над пупком большим пальцем к себе;
- обхватить кулак другой рукой и, слегка наклонив пострадавшего вперед, резко надавить на его живот в направлении внутрь и кверху; при необходимости надавливания повторить до 5 раз.

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

Если пострадавший потерял сознание - необходимо начать сердечно-легочную реанимацию в объеме давления руками на грудину и искусственного дыхания.

При этом следует следить за возможным появлением инородного тела во рту для того, чтобы своевременно удалить его.

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

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

Если инородное тело перекрыло дыхательные пути ребенку, то помощь оказывается похожим образом. Однако следует помнить о необходимости дозирования усилий (удары и надавливания наносятся с меньшей силой). Кроме того, детям до 1 года нельзя выполнять надавливания на живот. Вместо них производятся толчки в нижнюю часть грудной клетки двумя пальцами. При выполнении ударов и толчков грудным детям следует располагать их на предплечье человека, оказывающего помощь, головой вниз; при этом необходимо придерживать голову ребенка.

Детям старше 1 года можно выполнять надавливания на живот над пупком, дозируя усилие соответственно возрасту.

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

## **Оказание первой помощи при наружных кровотечениях и травмах**

Осмотр пострадавшего осуществляется для определения его состояния, наличия и расположения возможных повреждений. Сведения о состоянии пострадавшего, полученные при осмотре, используются при вызове скорой медицинской помощи (для сообщения необходимой информации диспетчеру) и при оказании первой помощи. Крайне важно качественно провести осмотр пострадавшего, поскольку в случае его небрежного проведения, возможно упустить (или своевременно не увидеть) тяжелые повреждения, которые могут привести к гибели пострадавшего.

Различные происшествия с наличием пострадавших часто сопровождаются травмированием. Одним из наиболее серьезных состояний является кровотечение. Это состояние представляет значительную опасность для жизни пострадавших и требует немедленных действий, окружающих для их спасения. В ходе занятия будут изучены основные способы остановки кровотечений. Эти действия позволяют спасти жизнь пострадавшего до приезда медицинских работников и препятствуют развитию тяжелых осложнений травмы, таких, например, как травматический шок.

В результате происшествий могут травмироваться различные части тела пострадавших. Оказание первой помощи при их травмировании может иметь определенные особенности, которые следует учитывать для более эффективных действий.

### ***Основная часть***

#### ***Цель и порядок выполнения обзорного осмотра пострадавшего***

Целью обзорного осмотра является определение признаков кровотечения, требующего скорейшей остановки. Обзорный осмотр производится очень быстро, в течение 1-2 секунд, с головы до ног (рисунок 39).

#### ***Понятия «кровотечение», «острая кровопотеря»***



Под кровоточением 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 ведет к ухудшению или прекращению их деятельности.

Основные признаки острой кровопотери:

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

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

В зависимости от величины кровопотери, вида сосуда, от того, какой орган кровоснабжался поврежденным сосудом, могут возникнуть различные нарушения в организме человека - от незначительных до прекращения жизнедеятельности, т.е. гибели пострадавшего. Это может произойти при повреждении крупных сосудов при неоказании первой помощи, т.е. при 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.

***Признаки различных видов наружного кровотечения  
(артериального, венозного, капиллярного, смешанного)***

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

По виду поврежденных сосудов кровотечения бывают:

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

***Венозные.*** Характеризуются меньшей скоростью кровопотери, кровь тёмно-вишнёвая, вытекает «ручьем». Венозные кровотечения могут быть менее опасными, чем артериальные, однако также требуют скорейшей остановки.

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

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

***Способы временной остановки наружного кровотечения: пальцевое прижатие артерии, наложение жгута, максимальное сгибание конечности в суставе, прямое давление на рану, наложение давящей повязки***

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.

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

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

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

2. Для более продолжительной остановки кровотечения можно использовать ***давящую повязку***. При ее наложении следует соблюдать общие принципы наложения бинтовых повязок: на рану желательно положить стерильные салфетки из аптечки, бинт должен раскатываться по ходу движения, по окончании

наложения повязку следует закрепить, завязав свободный конец бинта вокруг конечности. Поскольку основная задача повязки - остановить кровотечение, она должна накладываться с усилием (давлением).

Если повязка начинает пропитываться кровью, то поверх нее накладывают еще несколько стерильных салфеток и туго прибинтовывают

*Пальцевое прижатие артерии* позволяет достаточно быстро и эффективно останавливать кровотечение из крупных артерий. 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. Давление в указанную точку может осуществляться четырьмя пальцами одновременно по направлению к позвоночнику, при этом сонная артерия придавливается к нему. Другим вариантом пальцевого прижатия сонной артерии является давление в ту же точку большим пальцем по направлению к позвоночнику. Прижимать необходимо с достаточной силой, т.к. кровотечения из сонной артерии очень интенсивные.

Подключичная артерия прижимается в ямке над ключицей к первому ребру. Осуществлять давление в точку прижатия подключичной артерии можно с

помощью четырех выпрямленных пальцев. Другим способом пальцевого прижатия подключичной артерии является давление согнутыми пальцами.

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

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

Бедренная артерия прижимается ниже паховой складки при кровотечении из ран в области бедра. Давление выполняется кулаком, зафиксированным второй рукой, весом тела участника оказания первой помощи.

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

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.

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.

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.

5. 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) Перед наложением жгут следует завести за конечность и растянуть.

Кровотечение останавливается первым (растянутым) туром жгута, все последующие (фиксирующие) туры накладываются так, чтобы каждый последующий тур примерно наполовину перекрывал предыдущий (рисунок 58).

6) Жгут не должен быть закрыт повязкой или одеждой, т.е. должен быть на виду.

7) Точное время наложения жгута следует указать в записке, записку поместить под жгут

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 легкий 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. 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.

## **Оказание первой помощи при носовом кровотечении**

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.

### **Понятие о травматическом шоке, причины и признаки**

Травматический шок - это серьезное состояние, причинами развития которого являются тяжелые травмы и сильные кровотечения. Развитие травматического шока 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 детский и 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.

Мероприятия, предупреждающие развитие 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).

Цель и последовательность подробного осмотра пострадавшего

Подробный осмотр производится с целью выявления травм различных областей тела и других состояний, требующих оказания первой помощи. Он более детальный, чем обзорный. 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 для определения наличия повреждений, кровотечений, кровоподтеков.

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

Грудная клетка пострадавшего осматривается и ощупывается в следующей последовательности «передняя поверхность - задняя поверхность - боковые стороны». 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. 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.

Последними осматриваются и ощупываются ноги и руки. При осмотре конечностей следует обратить внимание на их возможную деформацию как на один из признаков перелома костей.

Основные состояния, с которыми может столкнуться  
участник оказания первой помощи

При подробном осмотре пострадавшего участник оказания первой помощи может столкнуться с травмами различных областей тела, ожогами, отморожениями и т.д. В данной теме рассказано об оказании первой помощи при травмах различных областей тела. О том, как оказывать помощь при прочих состояниях, изложено в теме 4.

## **Травмы головы. Оказание первой помощи**

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 часто сопровождаются нарушением функции головного мозга. Для черепно-мозговой травмы характерны бледность, общая слабость, сонливость, головная боль, головокружение и 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, параличами конечностей. Переломы костей черепа могут сопровождаться, кроме того, следующими признаками: выделение бесцветной или кровянистой жидкости из ушей, носа; кровоподтеки вокруг глаз.

Первая помощь при травме головы будет заключаться в остановке кровотечения, вызове скорой медицинской помощи и 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 надо выполнить прямое давление на рану, при необходимости - наложить повязку.

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.

Особенности ранений волосистой части головы

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

#### Особенности оказания первой помощи при травмах глаза и носа

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 окружающим и приводить к движению пострадавшего глаза. Это может усугубить его повреждение.

Травмы носа очень часто сопровождаются наружным кровотечением. Если пострадавший находится в сознании, необходимо усадить его со слегка наклонённой 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.

#### Травмы шеи, оказание первой помощи.

##### Временная остановка наружного кровотечения 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. При затруднениях с определением места надавливания возможно использовать прямое давление на рану.

При наличии венозного кровотечения для его остановки используется давящая повязка.

Фиксация шейного отдела позвоночника (вручную, подручными средствами, с использованием медицинских изделий)

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, нырянии 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. Необходимо исключить дополнительную травму и возможность повреждения спинного мозга при извлечении и перемещении пострадавшего. Для этого необходимо вручную поддерживать голову в положении, ограничивающем движение, дожидаясь прибытия скорой медицинской помощи.

При экстренном извлечении пострадавшего необходимо использовать фиксацию шеи рукой.

При перемещении пострадавшего необходимо фиксировать его голову и шею вручную предплечьями.

В качестве подручных средств для фиксации шейного отдела позвоночника могут быть использованы элементы одежды (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 табельных 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. После этого загибает переднюю часть вперед и фиксирует (способ фиксации определяется конструкцией воротника).

## **Травмы груди, оказание первой помощи**

Травмы груди являются одними из наиболее тяжелых повреждений. В грудной клетке располагаются жизненно важные органы (сердце, легкие), крупные сосуды, повреждение которых может быть смертельно опасно. При повреждениях грудной клетки часто развиваются тяжелые осложнения (например, нарушения дыхания), которых можно избежать при своевременном оказании первой помощи.

Основные проявления травмы груди, особенности наложения повязок при травме груди, наложение.

Помимо переломов ребер встречаются и ранения груди, при которых нарушается ее герметичность, что, в свою очередь, приводит к резким нарушениям в работе легких и сердца. Без оказания адекватной и своевременной помощи это окклюзионной (герметизирующей) повязки

При травмах груди часто отмечаются переломы и ушибы ребер, которые характеризуются припухлостью в месте перелома, резкой болью, усиливающейся при дыхании и изменении положения тела пострадавшего.

При переломах и ушибах ребер необходимо придать пострадавшему полу сидячее положение и контролировать его состояние до прибытия скорой медицинской помощи может привести к смерти пострадавшего в течение короткого промежутка времени. Признаками такого повреждения является наличие раны в области грудной клетки, через которую во время вдоха с характерным всасывающим звуком засасывается воздух; на выдохе кровь в ране может пузыриться. Дыхание у пострадавшего частое, поверхностное, кожа бледная с синюшным оттенком.

При ранениях груди следует осуществить первичную герметизацию раны ладонью, после чего наложить герметизирующую (окклюзионную) повязку. Для этого непосредственно на рану помещается воздухонепроницаемый материал (упаковка от перевязочного пакета или бинта, полиэтилен, клеенка).

После наложения воздухо непроницаемого материала его можно закрепить лейкопластырем и оставить незафиксированным уголок. Оставленный свободный уголок выполняет функцию клапана - не дает воздуху поступать в грудную клетку и позволяет снизить избыточное давление в ней.

Другим доступным способом является закрепление воздухо непроницаемого материала бинтом.

Такому пострадавшему также следует придать полусидячее положение с наклоном в пораженную сторону.

Особенности наложения повязки на рану груди с инородным телом при обнаружении инородного тела в ране грудной клетки (осколка стекла, металла, ножа и т.д.) ни в коем случае не следует вынимать его из раны. Необходимо обложить инородный предмет салфетками или бинтами, наложив поверх них давящую повязку для остановки кровотечения.

Травмы живота и таза, основные проявления. Оказание первой помощи

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

Основной задачей первой помощи при травмах живота является остановка кровотечения при открытой травме (прямым давлением на рану, наложением давящей повязки), вызов скорой медицинской помощи и контроль состояния пострадавшего до ее прибытия.

Травмы таза также могут представлять опасность для жизни пострадавшего. К примеру, 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.

### **Закрытая травма живота с признаками внутреннего кровотечения.**

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 и 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, учащенное дыхание и сердцебиение. При повреждении внутренних органов пострадавший нуждается в скорейшей хирургической помощи, поэтому все пострадавшие с любыми травмами живота должны быть быстро доставлены в лечебное учреждение.

Первая помощь при закрытой травме живота с признаками кровопотери - вызвать скорую медицинскую помощь, положить холод на живот, пострадавшему придать положение на спине с валиком под полусогнутыми разведенными в стороны ногами, контролировать его состояние.

Особенности наложения повязок на рану при выпадении органов брюшной полости, при наличии инородного тела в ране

При повреждении живота запрещается вправлять в рану выпавшие внутренние органы, туго прибинтовывать их, извлекать из раны инородный предмет, давать обезболивающие препараты, поить и кормить пострадавшего. 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 конечностей, оказание первой помощи

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:

- вид кровотечения (для остановки венозного кровотечения не следует использовать наложение жгута или пальцевое прижатие артерии);
- место ранения;
- предполагаемый срок прибытия медработников (в случае, если их прибытие ожидается в ближайшее время, можно использовать более простые способы остановки кровотечения, например, прямое давление на рану);
- наличие оснащения (при отсутствии табельных жгутов, для остановки артериального кровотечения возможно применение подручных средств - галстуков, ремней);
- состояние кровотечения (остановилось или не остановилось).

Понятие «иммобилизация».

Способы иммобилизации при травме конечностей

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 дожидаться 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 в ручную 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 следует 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.

Поврежденную руку можно зафиксировать, прибинтовав к туловищу. На область предполагаемой травмы можно положить холод.

Иммобилизация также может осуществляться с помощью импровизированных шин (доски, куски 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. Использовать импровизированные шины рекомендуется ограниченно, поскольку фиксация с их помощью может быть затруднена, неудобна и небезопасна.

Табельные шины входят в ограниченное количество аптек и упаковок, предназначенных для профессиональных контингентов. Они бывают различных конструкций, перед их использованием необходимо ознакомиться с инструкцией производителя.

#### Травмы позвоночника. Оказание первой помощи

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).

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.

Перемещение или перекладывание пострадавшего следует осуществлять с помощью нескольких человек, особое внимание следует уделить фиксации шейного отдела позвоночника

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

## **Первая помощь при переохлаждении и обморожении.**

Переохлаждение организма – это общее состояние человека, когда на всю его поверхность тела воздействует холод, а температура тела при этом падает ниже 35°C. Длительное влияние низких температур приводит к замерзанию, функции организма угнетаются, а при длительном воздействии холода и вовсе угасают. Переохлаждение и обморожение – похожие понятия, но имеющие некоторые различия. Обморожение (отморожение) — повреждение тканей организма под воздействием холода. Нередко сопровождается общим переохлаждением организма и особенно часто затрагивает такие части тела как ушные раковины, нос, недостаточно защищённые конечности, прежде всего пальцы рук и ног. Отличается от «холодных ожогов», возникающих в результате прямого контакта с крайне холодными веществами, такими как сухой лед или жидкий азот. Чаще всего отморожения возникают в холодное зимнее время при температуре окружающей среды ниже –10°C — –20°C.

При длительном пребывании вне помещения, особенно при высокой влажности и сильном ветре, отморожение можно получить осенью и весной при температуре воздуха выше нуля. Следует обратить внимание на тот факт, что смерть человека от холода может наступить при температуре тела 17 — 25°C, а не как обычно многие полагают — при 0°C

### Степени переохлаждения организма

1 степень переохлаждения (легкая) — возникает, если температура тела понижается до 32-34 градусов. Кожные покровы приобретают бледную окраску, появляются озноб, затруднения речи, «гусиная кожа». Артериальное давление остается нормальным, если повышается, то незначительно. При легком переохлаждении уже возможны обморожение разных участков тела, 1-2 степени

2 степень переохлаждения (средняя) — влечет за собой понижение температуры тела до 29-32 градусов. Пульс при этом значительно замедляется – до 50 ударов в минуту. Кожа становится синюшной, на ощупь холодной. Несколько

снижается артериальное давление, а дыхание становится поверхностным и редким. Часто при переохлаждении средней тяжести нападает внезапная сонливость. Позволять спать в таких условиях нельзя категорически, потому что выработка энергии во время сна снижается значительно, человек в таком состоянии может погибнуть. При этой стадии переохлаждения возможны обморожения 1-4 степени.

3 степень переохлаждения (тяжелая) — температура тела становится ниже 31 градуса. Человек уже теряет сознание, пульс его замедляется до 36 биений в минуту. Часто возникают судороги и рвота. Дыхание становится совсем редким — до 3-4 в минуту. Происходит острое кислородное голодание головного мозга. Обморожения при этой степени переохлаждения очень тяжелые, и, если не оказать немедленную помощь, наступит окоченение и смерть.

Помощь должна оказываться правильно, иначе можно принести вред пострадавшему. Степени обморожения организма

— Отморожение I степени (наиболее лёгкое) — обычно наступает при непродолжительном воздействии холода. Поражённый участок кожи бледный, после согревания покрасневший, в некоторых случаях имеет багрово-красный оттенок; развивается отек. Омертвления кожи не возникает. К концу недели после отморожения иногда наблюдается незначительное шелушение кожи. Полное выздоровление наступает к 5 — 7 дню после отморожения. Первые признаки такого отморожения — чувство жжения, покалывания с последующим онемением поражённого участка. Затем появляются кожный зуд и боли, которые могут быть и незначительными, и резко выраженными.

— Отморожение II степени — возникает при более продолжительном воздействии холода. В начальном периоде имеется побледнение, похолодание, утрата чувствительности, но эти явления наблюдаются при всех степенях отморожения. Поэтому наиболее характерный признак — образование в первые дни после травмы пузырей, наполненных прозрачным содержимым. Полное

восстановление целостности кожного покрова происходит в течение 1 — 2 недель, грануляции и рубцы не образуются. При отморожении II степени после согревания боли интенсивнее и продолжительнее, чем при отморожении I степени, беспокоят кожный зуд, жжение.

— Отморожение III степени — продолжительность периода холодового воздействия и снижения температуры в тканях увеличивается. Образующиеся в начальном периоде пузыри наполнены кровянистым содержимым, дно их синевато-багровое, нечувствительное к раздражениям. Происходит гибель всех элементов кожи с развитием в исходе отморожения грануляций и рубцов. Сошедшие ногти вновь не отрастают или вырастают деформированными. Отторжение отмерших тканей заканчивается на 2 — 3-й неделе, после чего наступает рубцевание, которое продолжается до 1 месяца. Интенсивность и продолжительность болевых ощущений более выражена, чем при отморожении II степени.

— Отморожение IV степени — возникает при длительном воздействии холода, снижение температуры в тканях при нём наибольшее. Оно нередко сочетается с отморожением III и даже II степени. Омертвевают все слои мягких тканей, нередко поражаются кости и суставы. Повреждённый участок конечности резко синюшный, иногда с мраморной расцветкой. Отек развивается сразу после согревания и быстро увеличивается. Температура кожи значительно ниже, чем на окружающих участках отморожения тканей. Пузыри развиваются в менее отмороженных участках, где имеется отморожение III—II степени. Отсутствие пузырей при развившемся значительно отёке, утрата чувствительности свидетельствуют об отморожении IV степени.

#### «Железное» обморожение

Часто встречаются и холодовые травмы, возникающие при соприкосновении теплой кожи с холодным металлическим предметом. Особенно часто такие виды обморожения встречаются у детей. Такие раны редко бывают глубокими, но все



равно их надо срочно продезинфицировать. Сначала промойте ее теплой водой, а затем перекисью водорода. Выделяющиеся пузырьки кислорода удалят попавшую внутрь грязь. После нужно остановить кровотечение. Хорошо помогает приложенная к ране гемостатическая губка, но можно обойтись и сложенным в несколько раз стерильным бинтом. Но если рана очень большая, надо незамедлительно обращаться к врачу. Бывает, что прилипший ребенок не рискует сам оторваться от коварной железки и зовет на помощь. Во избежание травм следует полить прилипшее место теплой водой, если воды под рукой нет, придется воспользоваться теплым дыханием (это может занять немало времени). Согревшись, металл обязательно отпустит своего незадачливого пленника. Во избежание таких ситуаций, зимой нельзя давать детям лопатки с металлическими ручками. А металлические части санок желательно обмотайте материей, клейкой лентой — скотчем или закройте старым одеялом. Обязательно защищайте их руки варежками

#### Профилактика обморожений и переохлаждения организма

Есть несколько простых правил, которые позволят вам избежать переохлаждения и обморожений на сильном морозе: — не пейте спиртного — алкогольное опьянение (впрочем, как и любое другое) на самом деле вызывает большую потерю тепла (в связи с расширением периферических сосудов), в то же время вызывая иллюзию согревания. Дополнительным фактором является невозможность сконцентрировать внимание на признаках отморожения;

— не курите на морозе — курение уменьшает периферийную циркуляцию крови, и таким образом делает конечности более уязвимыми;

— не ходите в морозную погоду по улице голодным, уставшим; — нельзя гулять при морозе после травм, кровопотерь;

— носите свободную одежду — это способствует нормальной циркуляции крови;

— одевайтесь как «капуста» — при этом между слоями одежды всегда есть прослойки воздуха, отлично удерживающие тепло; — верхняя одежда обязательно должна быть непромокаемой;

— тесная обувь, отсутствие стельки, сырые грязные носки часто служат основной предпосылкой для появления потертостей и отморожения. Особое внимание уделять обуви необходимо тем, у кого часто потеют ноги. В сапоги нужно положить теплые стельки, а вместо хлопчатобумажных носков надеть шерстяные — они впитывают влагу, оставляя ноги сухими;

— не выходите на мороз без варежек, шапки и шарфа. Лучший вариант — варежки из влагоотталкивающей и непродуваемой ткани с мехом внутри. Перчатки же из натуральных материалов хоть и удобны, но от мороза не спасают. Щеки и подбородок можно защитить шарфом;

— в ветреную холодную погоду перед выходом на улицу открытые участки тела смажьте специальным кремом, салом или животным маслом — не носите тяжелых предметов (сумок, корзин и тому подобное), которые сдавливают сосуды, в частности рук, что способствует замерзанию; — не пользуйтесь увлажняющим кремом для лица и рук;

— не носите на морозе металлических (в том числе золотых, серебряных) украшений — колец, серёжек и т. д. Во-первых, металл остывает гораздо быстрее тела до низких температур, вследствие чего возможно «прилипание» к коже с болевыми ощущениями и холодовыми травмами.

Во-вторых, кольца на пальцах затрудняют нормальную циркуляцию крови. Вообще на морозе старайтесь избегать контакта голой кожи с металлом;

— пользуйтесь помощью друга — следите за лицом друга, особенно за ушами, носом и щеками, за любыми заметными изменениями в цвете, а он или она будут следить за вашими; — не позволяйте отмороженному месту снова замерзнуть — это вызовет куда более значительные повреждения кожи;

— не снимайте на морозе обувь с отмороженных конечностей — они распухнут, и вы не сможете снова надеть обувь. Необходимо как можно скорее дойти до теплого помещения. Если замерзли руки — попробуйте отогреть их под мышками; — вернувшись домой после длительной прогулки по морозу, обязательно убедитесь в отсутствии отморожений конечностей, спины, ушей, носа и т. д. Пущенное на самотек отморожение может привести к гангрене и последующей потере конечности;

— как только на прогулке вы почувствовали переохлаждение или замерзание конечностей, необходимо как можно скорее зайти в любое теплое место — магазин, кафе, подъезд — для согревания и осмотра потенциально уязвимых для отморожения мест;

— если у вас заглохла машина вдали от населенного пункта или в незнакомой для вас местности, лучше оставаться в машине, вызвать помощь по телефону или ждать, пока по дороге пройдет другой автомобиль; — зимой в дороге надо помнить, что снег является очень плохим проводником тепла, поэтому во время метели лучше закопаться в снег, ожидая, пока она стихнет, чем блуждать с опасностью заблудиться и замерзнуть;

— прячьтесь от ветра — вероятность отморожения на ветру значительно выше;

— не мочите кожу — вода проводит тепло значительно лучше воздуха. Не выходите на мороз с влажными волосами после душа. Мокрую одежду и обувь (например, человек упал в воду) необходимо снять, вытереть воду, при возможности надеть сухую и как можно быстрее доставить человека в тепло. В лесу необходимо разжечь костер, раздеться и высушить одежду, в течение этого времени энергично делая физические упражнения и греясь у огня. Если человек попал в холодную воду (15°), он может выжить не более 6 часов;

— бывает полезно на длительную прогулку на морозе захватить с собой пару сменных носков, варежек и термос с горячим чаем. Следует учитывать, что у детей терморегуляция организма еще не полностью настроена, а у пожилых людей и при некоторых болезнях эта функция бывает нарушена. Эти категории более подвержены переохлаждению и отморожениям, и это следует учитывать при планировании прогулки. Отпуская ребенка гулять в мороз на улице, помните, что ему желательно каждые 15-20 минут возвращаться в тепло и согреваться.

#### Как согреть себя на морозе

**Лицо.** Сделайте несколько глубоких наклонов вперед или пройдите некоторое расстояние сильно согнувшись в пояснице, чтобы кровь прилила к голове. **Пальцы рук и ног.** Согревают широкими резкими махами прямых конечностей «загоняющими» кровь в капилляры, покачать ногой вперед-назад, словно маятником. Чем шире и энергичнее махи, тем быстрее идет согревание. Обычно бывает достаточно 40-50 движений. Когда отогревание сопровождается сильной болью в кончиках пальцев, словно на кожу плеснули кипятком, это означает что пальцы «возвращаются к жизни». Организм в целом. Активная зарядка, например, приседания, бег на месте, отжимания. (Автор статьи так поступил в начале марта, когда однажды провалился по шею в реку. Сняв одежду, до нижнего белья, я приседал и бегал вокруг деревьев. Часа 3, пока не высохла одежда, развешанная на деревьях. Температура была около 5-7 градусов тепла. Я даже не заболел). Первая помощь при переохлаждении Прежде всего, нужно перенести пострадавшего в теплое место, или хотя бы безветренное, хорошо укутать шубой или теплым одеялом. Мокрую одежду нужно сразу же снять и одеть сухую. Пострадавший не должен двигаться. Если человек находится в обмороке, нужно постоянно контролировать дыхание и пульс, а если он не прощупывается, начинайте непрямой массаж сердца и искусственное дыхание. Если пострадавший в сознании, дайте ему выпить горячий чай, морс или молоко, но категорически

запрещается алкоголь и кофе! Не старайтесь быстро согреть человека, не набирайте ему горячую ванну, не тяните его в душ, интенсивно не растирайте, не обкладывайте грелками. При таких манипуляциях последствия переохлаждения могут быть губительными. Могут возникнуть нарушения сердечного ритма и внутренние кровоизлияния. Если произошло только переохлаждение ног или переохлаждение головы, то нужно снять с человека тесную и мокрую обувь и одеть на него шапку, таким образом согревая человека постепенно. Запомните, что оказание первой помощи при переохлаждении не должно навредить человеку.

### Первая помощь при обморожениях

При обморожении очень часто переохлаждается весь организм. Поэтому первая помощь заключается в быстром возобновлении кровообращения и согревании пострадавшего. Если обморожения незначительны, можно согреть пальцы рук, спрятав их под мышки. Если обморожен нос, тепла руки будет достаточно, чтобы согреть его. Не позволяйте согретому участку кожи замерзнуть снова. Чем чаще ткань замерзает и согревается, тем серьезнее может стать повреждение. Легкие обморожения проходят сами по себе через 1-2 часа. Если после растирания неподвижность не проходит, обратитесь к врачу. Для согревания потерпевшего нужно занести в теплое помещение, освободить от обуви и одежды. Не следует помещать больного возле источника тепла (батареи, обогревателя, камина, огня, горячей печки) или использовать фен: потерпевший не чувствует обмороженную ткань и может легко получить ожог. Тепло одеяла, горячего чая или молока будет достаточно. Если на обмороженном участке нет пузырей или отека, протрите его водкой или спиртом и чистыми руками сделайте массаж отмороженной части тела, движениями по направлению к сердцу. При появлении пузырей массаж делать нельзя, иначе можно занести инфекцию и причинить ненужную боль. Очень часто до появления чувствительности кожу растирать

необходимо долго, пока она не станет красной, мягкой и теплой. Массаж нужно делать очень осторожно, чтобы не повредить сосуды

Если обморожены щеки или нос, отогревание можно сделать, растирая их на морозе, и затем отнести пострадавшего в помещение. Не рекомендуется растирать отмороженные участки снегом. Снег способствует еще большему охлаждению, а острые льдинки могут поранить кожу. Согревание можно проводить и в теплой воде комнатной температуры, осторожно массируя кожу. Вода не должна быть ни очень теплой, ни очень холодной. Температуру воды следует повышать постепенно, начиная с комнатной 18-20°C, и доводить ее до температуры тела 37°C. В это же время больному дают горячее питье. Процесс согревания может сопровождаться острой жгучей болью, появлением опухоли, изменением цвета. Согревание продолжают до тех пор, пока кожа не станет мягкой и чувствительной. После теплой ванны необходимо аккуратно вытереть больного, отмороженный участок, если отсутствуют пузыри, протереть спиртом и наложить стерильную повязку и тепло укутать. Не рекомендуется использовать мази, так как они могут усложнить дальнейший осмотр и обработку врачом. После оказания первой помощи больному необходимо быстро доставить в больницу, т.к. даже при незначительных переохлаждениях снижаются защитные силы организма, появляется стресс, происходят изменения в сосудах и головном мозге, могут появиться частые ОРЗ – это только легкие последствия, к которым приводит переохлаждение.

## Первая помощь при политравме

Простейшую классификацию политравм на догоспитальном этапе можно представить в следующем виде.

I. Множественные переломы костей (открытые и закрытые) без нарушения целостности полостей тела человека и находящихся в них органов.

II. Сочетанные повреждения организма, основными из которых могут быть следующие:

1. закрытые или открытые повреждения черепа и головного мозга, сочетающиеся с открытыми или закрытыми травмами других отделов (одного или нескольких - груди, живота, позвоночника, таза, конечностей);

2. закрытые или открытые повреждения груди, сочетающиеся с открытыми или закрытыми травмами других отделов (одного или нескольких - черепа и головного мозга, живота, позвоночника, таза, конечностей);

3. закрытые или открытые повреждения живота, сочетающиеся с открытыми или закрытыми травмами других отделов (одного или нескольких - черепа и головного мозга, груди, позвоночника, таза, конечностей);

4. закрытые или открытые повреждения позвоночника, сочетающиеся с открытыми или закрытыми травмами других отделов (одного или нескольких - черепа и головного мозга, груди, живота, таза, конечностей);

5. закрытые или открытые повреждения таза, сочетающиеся с открытыми или закрытыми травмами других отделов (одного или нескольких - черепа и головного мозга, груди, живота, таза, конечностей).

Из представленной классификации следует, что если первую группу в основном составляют пострадавшие с множественными (открытыми или закрытыми) переломами конечностей, то вторую - пострадавшие с политравмами, которые по своему характеру являются сочетанными повреждениями, и из них первое место занимает самая тяжелая доминирующая (ведущая) травма, определяющая в значительной степени общее состояние пострадавшего,

очередность и объем первой помощи и в конечном итоге - исход. Прежде всего необходимо выяснить у пострадавшего или сопровождающих его лиц механизм получения политравмы, оценить ее характер с тем, чтобы сделать заключение о возможной локализации повреждений и их тяжести. Затем следует немедленно приступить к осмотру и обследованию пострадавшего.

Для этого необходимо при выявлении синдромов и состояний, угрожающих жизни пострадавшего, применить соответствующие приемы:

1. при обильном наружном кровотечении - применение показанных способов его временной остановки;
2. при наличии признаков клинической смерти или подозрении на нее - проведение ИВЛ и наружного массажа сердца;
3. при резких нарушениях дыхания: обследование и освобождение верхних дыхательных путей;
4. при наличии клинических признаков переломов длинных трубчатых костей и вывихов - проведение транспортной иммобилизации.



## **Первая помощь при ДТП. Извлечение пострадавшего из автомобиля**

Основные причины смерти в ДТП: - травмы, не совместимые с жизнью – 20% - задержка скорой помощи – 10% - неправильно оказанная первая помощь или бездействие очевидцев – 70% Обеспечение безопасности на месте ДТП.

1. Включение аварийной световой сигнализации и установление знака аварийной остановки.

2. Оценка обстановки и уверенность в собственной безопасности, иначе число жертв может возрасти. Автомобиль с бензиновым двигателем сгорает за 5-7 минут, есть вероятность взрыва. Поэтому необходимо заглушить двигатель, отключить аккумулятор (отсоединить провода от аккумулятора всеми возможными способами вырвать, обрезать, открутить). Если автомобиль врезался в столб с линиями электропередач, то возможен обрыв линий. Нужно быть осторожным.

3. Вызов скорой помощи и служб спасения. Пусть всегда в вашей телефонной книге будут занесены в память номера служб спасения: «03» в России - служба скорой помощи «112» в России – служба спасения. Последовательность оказания помощи при ДТП. 1. Вызываем скорую помощь.

2. При необходимости (если пострадавшему угрожает опасность) извлечь пострадавшего из машины. Это очень ответственный момент, так как можно усугубить тяжесть полученных травм.

Основные травмы при ДТП – это черепно-мозговая травма, травмы грудного отдела и нижних конечностей. Перед извлечением пострадавшего из автомобиля, необходимо устранить все то, что может помешать этому. Вытягивают человека, взяв его за подмышечные области. Так как при аварии человек получает различного рода травмы, ушибы, переломы, нельзя создавать никаких резких движений. Ни в коем случае нельзя дергать и вытягивать конечности. А также ни в коем случае не сгибайте конечности и туловище. Если есть подозрение на перелом позвоночника, то такого больного укладывают на живот, чтобы место перелома оставалось в относительном покое.

3. После извлечения пострадавшего все необходимо делать максимально осторожно и максимально быстро оценивать его состояние. Для начала необходимо устранить сдавливающую одежду, чтобы обеспечить приток кислорода (убрать галстук, разорвать одежду, ослабить ремень и др.). Любое неосторожное движение или надавливание может только усилить боль, будьте внимательны.

4. Оцениваем состояние пострадавшего. Для начала необходимо оценить состояние жизненно-важных функций, от этого и будет зависеть характер оказания первой помощи:

- дыхание: в норме количество вдохов в минуту у взрослого – 16-20, у детей – 20-23.

У пострадавшего может развиваться как учащенное дыхание (25- 30), так и редкое (8-10), что может свидетельствовать о развитии шока;

- пульс: прощупывать его лучше на сонной (шея) или лучевой артерии (в месте ношения часов). В норме 60-80, у детей 80-90. Учащенный пульс или редкий (менее 60), а также неритмичный может быть признаком шока;

- реакция зрачков: у здоровых людей зрачок сужается при свете и расширяется при темноте. Если у пострадавшего зрачки расширены и не реагируют на свет – это признак опасного для жизни состояния.

- кожные покровы: в норме розовой окраска и теплые на ощупь. При обмороке и кровопотере становятся бледными и холодными. В случае тяжелого нарушения дыхания и кровопотери – синюшными. У спасателей на такую оценку должно отводиться 5-10 секунд. Потому, что в данных случаях важна каждая минута. Реанимация пострадавшего при признаках клинической смерти Каждый из следующих признаков не является главным и достоверным признаком клинической смерти. Диагноз ставится при наличии всех признаков или большинства из них:

- отсутствие сознания;

- отсутствие дыхания; - отсутствие пульсации на крупных сосудах (сонных или бедренных). На лучевой артерии пульс лучше не проверять, так как при систолическом давлении (верхнее) 50-60 мм.рт.ст. он уже исчезает;

- расширение зрачка;

- изменение цвета кожи и слизистых (появление бледности или чаще выраженной синюшности).

Клиническая смерть – это период между жизнью и смертью, при котором отсутствуют клинические признаки жизни, но жизненно важные процессы в организме еще продолжают. Это тот период, когда можно спасти человека. При оказании реанимации в первые 3 минуты вероятность спасения 75%, если время затягивается до 5 минут – вероятность спасения 25%. И если свыше 10 минут – то спасти человека уже нереально. Так как за, казалось бы, считанные минуты умирает мозг человека

Общие принципы реанимации:

- пострадавшего необходимо положить на твердую поверхность;

- под шею подкладывается валик во избежание западания языка; - непрямой массаж сердца с искусственным дыханием. Соотношение числа сжатий грудной клетки и искусственных вдохов – при оказании помощи одним человеком на 2 вдоха 15 сжатий, при оказании помощи двумя – на 1 вдох 5 сжатий. Общее число вдохов 12-16 в минуту, сжатий грудной клетки – 60-70 в минуту. Вдувание воздуха должно занимать 1-2 секунды. Продавливание грудной клетки должно быть на 4-5 см, у детей 2-3 см и производится основанием ладони одной руки. Массаж продолжают до полного восстановления сердечной деятельности

Признаки эффективной реанимации:

- появление пульсации на сонной артерии;

- сужение зрачков;

- кожные покровы обретают розовый цвет;

- появление самостоятельного дыхания. Общие принципы оказания первой медицинской помощи при ДТП.

- остановка кровотечения;

- при отсутствии дыхания приступить к искусственному дыханию;

- при отсутствии пульса – вместе с искусственным дыханием делать непрямой массаж сердца;

- обработать раны, наложить повязку.

При переломах – наложить шины.

Автомобильная аптечка.

В новый состав автомобильных аптечек добавлены перевязочные средства, так как входящих ранее 3-х бинтов не хватало для оказания помощи даже одному пострадавшему. Исключение лекарственных препаратов обусловлено тем, что в жару температура может достигать 40-50 градусов по Цельсию. Это очень грубое нарушение. При высокой температуре препараты могут менять свои свойства и быть опасными для жизни. Да и такие препараты, как анальгин и активированный уголь не имеют никакого отношения к спасению жизни человека. Состав автомобильной аптечки рассчитан на оказание первой медицинской помощи при тяжелых травмах, которые могут угрожать жизни человека. Далее в Законе указано: «При этом водитель может по своему усмотрению хранить в аптечке лекарственные средства и изделия медицинского назначения для личного пользования, принимаемые им самостоятельно или рекомендованные лечащим врачом и находящиеся в свободной продаже в аптеках». Кроме самого состава автомобильной аптечки были разработаны рекомендации по её применению.

## **Первая помощь при укусах ядовитых змей и насекомых**

Укусы насекомых Укусы насекомых могут быть разделены на две большие группы: укусы перепончатокрылых (комары, пчелы, осы, шершни, слепни и т.п.) и паукообразных (тарантулы, скорпионы, клещи). На укус насекомого организм человека отвечает тремя видами реакций. Местная реакция — покраснение, отек, боль, зуд или сильное жжение в зоне укуса, локальное увеличение лимфатических узлов. Общетоксическая реакция возникает обычно при множественных укусах — озноб, повышение температуры тела, тошнота и рвота, головная боль, боли в суставах. Аллергическая реакция может возникать и на единичные укусы у предрасположенных к таким реакциям людей. Аллергические реакции протекают по типу крапивницы, отека Квинке или даже анафилактического шока.

Укусы перепончатокрылых Комары, мошки, слепни не имеют ядовитых желез, при укусе они вводят в ранку специальное вещество, препятствующее свертыванию крови. Реакция на их укусы, как правило, только местная. Человек способен перенести множественные укусы этих насекомых (до 100 и больше) без нарушения общего состояния. Для уменьшения местных проявлений попробуйте использовать следующие средства. Обмакивая палец попеременно в воду и в сухую соду, потрите этим пальцем места укусов; можно мазать и крепким раствором соды. Считается, что сода несколько уменьшает отек и зуд. Хорошим обезболивающим и противозудным действием обладает Меновазин, но его нельзя использовать людям с повышенной чувствительностью к новокаину. Уменьшают воспаление и зуд ортофеновая и бутадионовая мази. Кому-то хорошо помогает бальзам «звездочка». Есть специальный крем «OFF» после укусов. Для предотвращения инфицирования мест укусов их можно смазать зеленкой. Из народных средств рекомендуют использовать тертую молодую картошку, кашицу из толченого лука или чеснока, сок листьев петрушки. Отгонять насекомых можно специальными средствами: кремами и лосьонами («Москитол», «OFF», «Тайга» и

др.), которые наносятся на кожу и одежду, аэрозолями-репеллентами, дымящимися спиралями и т.п.

Помните, что все эти средства токсичны, и их не рекомендуют использовать детям до 3-х лет и беременным женщинам. Ядовитыми укусами «награждают» нас пчелы, шмели (кусают лишь раз в жизни, после чего погибают), осы и шершни (могут ужалить несколько раз). Местная реакция на укусы этих насекомых, как правило, очень выражена. Характерно развитие значительного отека, который, хоть и является местной реакцией, может быть опасным, если располагается на лице, особенно в области губ или внутри ротовой полости. Аллергические реакции на укусы этих насекомых встречаются довольно часто. Крапивница представляет собой высыпание сливающихся между собой волдырей на фоне покраснения кожи, сопровождающееся сильным зудом. Может располагаться на любых участках кожи.

Отек Квинке («гигантская крапивница») — быстро нарастающий, отграниченный отек кожи или слизистых. Может возникать не только непосредственно в месте укуса, но и в любом другом. Его «излюбленная» локализация — лицо, слизистая оболочка полости рта, мягкое небо, конечности, половые органы. Особенно опасен аллергический отек гортани. Редкая, но очень опасная реакция — анафилактический шок. В течение нескольких минут у пострадавшего развиваются одышка, сильный озноб, страх смерти, учащается сердцебиение, резко падает артериальное давление и наступает кома. Местно при этом — волдырь, быстро нарастающий отек, кровоизлияние.

#### Помощь пострадавшему

Внимательно осмотрите место укуса. Оставленное жало необходимо удалить. При этом старайтесь не сдавливать его, чтобы остатки яда не попали в ранку. Приложите холод к месту укуса. Для уменьшения отека и местного воспаления можно использовать гидрокортизоновую или преднизолоновую мази. Лицам,

предрасположенным к аллергическим реакциям, лучше сразу дать антигистаминный препарат. Это необходимо сделать и при «опасных» локализациях укуса (лицо и, особенно, ротовая полость). В нетяжелых случаях аллергических реакций также достаточно принять антигистаминное средство внутрь. Кларитин дается по 1 таблетке (10 мг) или 2 ч.л. сиропа детям с массой тела более 30 кг и взрослым, по 0,5 таблетки (5 мг) или 1 ч.л. сиропа детям старше 2-х лет с массой тела до 30 кг, по 0,5 ч.л. сиропа детям до 2-х лет. Препарат принимают один раз в день. Тавегил назначают взрослым и детям старше 12 лет по 1 таблетке (1 мг), детям 6-12 лет — по 0,5-1 таблетке, детям 3-6 лет — по 0,5 таблетки 2 раза в день. При тяжелом течении аллергических реакций (распространенная крапивница с нарушением общего состояния, тошнотой, рвотой, болями в животе; быстро распространяющийся отек Квинке) необходимо внутримышечное введение антигистаминных препаратов. Тавегил (ампулы по 2 мл/2 мг) вводят взрослым по 2 мл (2 мг) два раза в сутки, детям — в суточной дозе 0,025 мг/кг, разделяя ее на две инъекции. Супрастин (ампулы по 1 мл/20 мг) вводят в дозе 5 мг (0,25 мл) детям до года, 10 мг (0,5 мл) — детям 2-6 лет, 10-20 мг (0,5-1 мл) — детям 7-14 лет, 20 мг (1 мл) — подросткам и взрослым. Кратность введения — до 3-4 раз в сутки, но суточная доза не должна превышать 2 мг/кг. При аллергическом отеке гортани с нарушением дыхания преднизолон вводится внутривенно медленно (за 2-3 минуты), а при невозможности — внутримышечно в дозе 2 мг/кг (в течение суток возможно повторное однократное введение в той же дозе).

При анафилактическом шоке пострадавшего нужно уложить на спину с приподнятым ножным концом, если же есть рвота или отсутствует сознание, человека укладывают на бок. Необходимо обеспечить проходимость дыхательных путей, постараться согреть пострадавшего. Выше укуса насекомого накладывают жгут, а к месту укуса — холод. Немедленно вызвать медицинскую помощь.



## Укусы паукообразных

Укусы паукообразных встречаются значительно реже, но сопровождаются более выраженной местной и общей реакцией. Укусы тарантула (ядовитый паук, встречающийся в пустынных районах, распространенный в средней Азии, от степей Украины, прилегающих к Черному морю, на восток до границ с Монголией), редко вызывают выраженную интоксикацию. Обычно преобладают локальные изменения в виде боли, гиперемии, отека, кровоизлияния. Возможна общая реакция в виде сонливости, апатии. Помощь: холод на место укуса, антигистаминные средства. Госпитализация чаще всего не нужна. Укус скорпиона гораздо более опасен. В месте укуса возникает нестерпимая боль, отек, напряжение тканей. У пострадавшего развиваются лихорадка, боль во всем теле, потливость, слезотечение. Возникают сильные боли в животе и вслед за ними судороги. Характерно нарушение дыхания. Первая помощь заключается в обеспечении неподвижности конечности, наложении жгута выше места укуса. Пострадавшему нужно обеспечить обильным питьем, дать обезболивающее. Необходима срочная госпитализация. Укус каракурта (паук черного цвета с красными пятнышками на брюшке, распространен на Нижнем Поволжье, Северном Кавказе и Закавказье, в Крыму, на юге Молдовы, самый ядовитый из пауков, встречающихся на территории бывшего СССР) относительно малоболезненный. Местной реакции на него, как правило, нет. Характерна выраженная общая реакция, возникающая через 20-40 минут после укуса, в виде мучительных мышечных болей, слабости, лихорадки, слюнотечения, нарушения глотания тошноты и рвоты. Яд каракурта разрушается при высокой температуре, поэтому можно снизить интенсивность его воздействия, если немедленно прижечь место укуса пламенем горящей спички. Пострадавшему нужно обеспечить покой, обильное питье. Необходимо обезболивание и немедленная госпитализация для введения специфической сыворотки.



## Укусы змей

Укусы змей могут быть ядовитыми и неядовитыми. Большинство змей, встречающихся в России, неядовитые. Самые распространенные из ядовитых змей (по материалам статьи Беспаловой Е. Н. в журнале «Здоровье Вологодчины» за июль 2002 г): Гадюка обыкновенная — ее длина 50-60 см, серого цвета (встречаются рыжей, красной и черной окраски) с темным зигзагообразным рисунком на спине. Обитает в лесах и болотах. Укус очень болезнен, но не смертелен. Гадюка кавказская — ее длина 40-50 см, оранжево-желтого или яркокрасного цвета с зигзагообразным темным рисунком на спине. Встречаются змеи черного цвета (или черной головой). Распространена по всему Кавказу. Укус опасен для жизни. Гюрза — крупная змея темно-серого или грязно-серого цвета с поперечными темно-бурыми полосами по всей спине. Распространена в южных районах страны. Труслива, первой на человека не нападает, но укус ее смертельно опасен. Кобра среднеазиатская — ее длина 110-140 см, крупных размеров, окраска от светло-желтой до черной. Распространена в Узбекистане, Туркмении, Казахстане, Китае, Индии. Очень ядовита, укус смертельно опасен. Щитомордник восточный — длина 50-60 см, коричневого или буросерого цвета с овальными пятнами по бокам туловища. Змея распространена на берегах Северного Амура, Индии, Китае. Хорошо плавает, укус болезнен и ядовит. Эфа песчаная — ее длина 50-60 см, имеет окраску от сероватопесчаной до темно-коричневой. На голове светлый рисунок в виде силуэта летящей птицы. Распространена в Узбекистане, Туркмении, Казахстане. Укус смертельно опасен. По характеру воздействия на организм человека все змеиные яды делят на три группы:

1. нейротоксические яды, нарушающие нервно-мышечную передачу (это яды кобр, тропических морских змей);
2. гемовазотоксические яды, повреждающие мелкие сосуды и повышающие их проницаемость, нарушающие свертываемость крови и разрушающие

эритроциты (так действуют яды гюрзы, эфы, щитомордника, гадюки); 3. яды, сочетающие в себе действие ядов 1 и 2-й групп (яды гремучих змей, австралийских аспидов). При укусе ядовитых змей первой группы человек ощущает боль и онемение в зоне укуса. Через несколько минут нарушается координация движений, речь, глотание. Развивается восходящий вялый паралич, постепенно распространяющийся с конечностей на мышцы туловища и дыхательные мышцы. Если яд попал непосредственно в кровеносный сосуд, полный паралич наступает уже через 10-20 минут. Пострадавший погибает от остановки дыхания.

При укусе змей второй группы первоначально преобладают местные изменения: быстро нарастающий отек, кровоизлияние и омертвление тканей в зоне укуса сопровождаются нестерпимой болью вплоть до болевого шока. Через 1-3 часа развивается повышенная кровоточивость из места укуса, носовые, желудочно-кишечные и др. кровотечения, кровоизлияния во внутренние органы. Причиной смерти может стать недостаточность кровообращения или острая почечная недостаточность. Помощь пострадавшему.

Сразу после укуса человека нужно уложить и обеспечить ему полный покой, т.к. чем больше он будет шевелиться, тем быстрее яд распространится по организму. Постарайтесь не паниковать — смертельные исходы от укусов большинства ядовитых змей при правильном оказании помощи очень и очень редки. В первые минуты после укуса из ранки можно выдавить часть змеиного яда, если сдавить кожную складку так, что из ранки появится капля жидкости, которую сразу удаляют.

В течение следующих 15-20 минут нужно отсасывать из ранки яд. Кровоостанавливающий жгут накладывать категорически нельзя, т.к. нарушение кровообращения усилит распад тканей в зоне укуса, а продукты этого распада отравляют организм укушенного. Змеиный яд распространяется по лимфатическим путям, поэтому имеет смысл выше места укуса наложить тугую повязку: полоска

любой ткани завязывается достаточно плотно, но так, чтобы между тканью и кожей можно было просунуть два пальца. Такая повязка не мешает кровотоку, но несколько замедляет распространение яда. По мере нарастания отека повязку нужно ослаблять, чтобы она не врезалась в ткани. Повязка накладывается на то время, пока отсасывают яд. Это может делать сам пострадавший или тот, кто ему помогает. Процедура отсасывания яда действительно представляет некоторую опасность для оказывающего помощь, если на слизистой его рта есть повреждения, но доза яда, которую можно получить таким образом, несоизмеримо меньше той, что получил укушенный змеей человек, поэтому риск в данной ситуации оправдан. Старайтесь как можно чаще сплевывать. Человек, оказывающий таким образом помощь, рискует также заразиться всеми заболеваниями, передающимися через кровь.

Если какие-то причины вас останавливают, пользуйтесь не собственным ртом, а подручными средствами. Лучше всего подойдет какой-нибудь аналог медицинской банки: стеклянная стопка, стакан и пр. Сначала поместите в нее горящий фитиль, а потом поставьте на кожу так, чтобы след от укуса оказался в центре банки. Кровь из ранки будет насасываться в банку. На худой конец, можно отсасывать яд с помощью шприца. Ранку нельзя прижигать, надрезать и заливать йодом, прикладывать траву. Пострадавшему нельзя давать спиртное, т.к. алкогольная интоксикация усиливает действие яда и ослабляет действие противозмеиной сыворотки. Новокаиновая блокада делается только в том случае, если вы это умеете и знаете, что сыворотку вам точно не достать (новокаин тоже ослабляет действие сыворотки). Закончив отсасывать яд, обработайте ранку антисептиком и наложите чистую повязку. Чтобы уменьшить интоксикацию, яд нужно как можно сильнее развести. Поэтому обязательно обеспечьте пострадавшему обильное теплое питье (чай, кофе). Внутрь дайте 2 таблетки (10 мг) преднизолона, антигистаминные средства. В тяжелых случаях эти же препараты

вводят внутримышечно (дозировки те же, что и при укусах насекомых; см. выше). Транспортировка осуществляется в положении лежа, конечность, в которую укусила змея, нужно зафиксировать. Чем раньше вы доставите пострадавшего в медучреждение, тем лучше будет эффект от сыворотки, которую ему там введут. Противозмеинные сыворотки бывают моновалентные (от укусов одного вида змей): автигюрза, антиэфа и др. и поливалентные (используются обычно в тех случаях, когда вид змеи неизвестен). Если обратиться в медучреждение невозможно, и у вас есть сыворотка, вводить ее нужно подкожно между лопатками, обязательно по следующей схеме: сначала вводится 0,1 мл, через 10-15 минут — 0,25 мл, еще через 10-15 минут — вся оставшаяся доза. Такое постепенное введение необходимо, т.к. при повышенной чувствительности реакция на сыворотку может быть опаснее самого укуса. Доза сыворотки обычно составляет 500- 1500 АЕ (1-3 ампулы).

#### Укусы животных

Помощь при укусах животных та же, что и при любых ранах: остановка кровотечения, обработка раны антисептиком, наложение повязки. При необходимости — обезболивание. Не забывайте, что после укуса животного можно заболеть бешенством, исход которого всегда смертельный. Для предотвращения этого заболевания необходимо обратиться в медицинское учреждение для проведения специфической профилактики так быстро, как это возможно, независимо от самочувствия пострадавшего.

## Оказание первой помощи при прочих состояниях

Виды ожогов, их признаки.

Понятие о поверхностных и глубоких ожогах

Ожоги могут возникать под прямым воздействием на кожу пламени, пара, от горячего предмета (термические ожоги); кислот, щелочей и других агрессивных веществ (химические ожоги); электричества (электроожоги), излучения (радиационные ожоги, например, солнечные).

Оказание помощи при различных видах ожогов практически одинаково.

Существуют различные классификации степеней ожогов, однако для оказания первой помощи проще разделить ожоги на поверхностные и 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) или «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.

Первая помощь при ожогах заключается в прекращении действия повреждающего агента (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 поражённые участки мази, жиры.

Ожог верхних дыхательных путей, основные проявления.

Оказание первой помощи

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

Перегревание, факторы, способствующие его развитию.

Основные проявления, оказание первой помощи

Перегревание (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, учащенное сердцебиение, учащенное поверхностное дыхание. В тяжелых случаях возможна остановка дыхания и кровообращения.

При возникновении признаков перегревания, пострадавшего необходимо переместить в прохладное место, при наличии сознания дать выпить охлажденной воды, расстегнуть или снять одежду. Пострадавшему без сознания следует придать устойчивое боковое положение.

Не следует допускать резкого охлаждения тела пострадавшего (например, помещать в ванну с холодной водой). До приезда скорой медицинской помощи нужно контролировать состояние пострадавшего, быть готовым к началу сердечно-легочной реанимации.

Холодовая травма, ее виды

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

Основные проявления переохлаждения (гипотермии),  
отморожения, оказание первой помощи

Переохлаждение - расстройство функций организма в результате понижения температуры тела под действием холода. Как правило, развивается на фоне



нарушений терморегуляции, 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 теплое 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

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 - 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, неутеплённой, 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), т.к. 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.

Отравления, пути попадания ядов в организм

Токсическое вещество может попасть в организм человека четырьмя путями.

1. Через пищеварительный тракт. Отравление через пищеварительный тракт 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, лекарства или наркотиков шприцем.

Признаки острого отравления

Основные проявления отравлений.

- 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 резвившиеся 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.

Оказание первой помощи при попадании отравляющих веществ в организм через дыхательные пути, пищеварительный тракт, кожу

Отравления проще предупредить, чем оказывать первую помощь. Для предупреждения случаев отравлений рекомендуется использовать при работе с ядами средства индивидуальной защиты (респираторы, перчатки, защитную одежду); держать все лекарства, хозяйственные средства, ядовитые растения и прочие опасные вещества вне доступности от детей; 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 детям, что они обозначают; не употреблять в пищу просроченные продукты или продукты, качество которых вызывает сомнения, удостовериться, чтобы они не попали к детям.

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

Общие принципы оказания первой помощи при отравлении.

- 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. Выяснение этих вопросов может облегчить оказание первой помощи, диагностику и интенсивную терапию отравления квалифицированными специалистами в дальнейшем. Если ядовитое вещество неизвестно, собрать небольшое количество рвотных масс для последующей медицинской экспертизы.

- Попытаться удалить яд (спровоцировать рвоту, стереть или смыть токсическое вещество с кожи и т.д.).

- Оценить состояние пострадавшего и оказать первую помощь в зависимости от его тяжести.

Первая помощь при отравлении через рот - попытаться удалить ядовитое вещество. Для этого можно рекомендовать пострадавшему вызвать рвоту, выпив большое количество воды (5-6 стаканов) и надавив двумя пальцами на корень языка. Следует вызвать рвоту как можно в более короткий срок после приема вещества, способного вызвать отравление.

Рвоту нельзя вызывать, если пострадавший находится без сознания. После рвоты необходимо посоветовать пострадавшему выпить еще 5-6 стаканов воды, чтобы уменьшить концентрацию ядовитого вещества в желудке и, при необходимости, вызвать рвоту повторно. До прибытия скорой медицинской помощи необходимо контролировать состояние пострадавшего.

Первая помощь при отравлении через дыхательные пути - убедиться, что место происшествия не представляет опасности, при необходимости следует использовать средства индивидуальной защиты. Надо изолировать пострадавшего от воздействия газа или паров, для этого нужно вынести (вывести) пострадавшего на свежий воздух.

При отсутствии сознания необходимо придать пострадавшему устойчивое боковое положение, а при отсутствии дыхания надо приступить к проведению сердечно-легочной реанимации в объеме давления руками на грудину пострадавшего и вдохов искусственного дыхания, при этом следует использовать маску с односторонним клапаном или устройство для искусственного дыхания.

Первая помощь при отравлении через кожу - снять загрязненную одежду, удалить яд с поверхности кожи промыванием, при наличии повреждений кожи - наложить повязку.

Цель и принципы придания пострадавшим оптимальных положений тела

После оказания помощи и устранения опасности для жизни пострадавшего до прибытия скорой медицинской помощи ему следует придать оптимальное положение тела, обеспечивающее комфорт, уменьшающее степень страданий и не усугубляющее нарушения жизненно важных функций. Оптимальное положение определяется характером повреждений у пострадавшего и удобством для него.

Оптимальные положения тела пострадавшего с травмами груди, живота, таза, конечностей, с потерей сознания, с признаками кровопотери

Пострадавшему с травмой груди предпочтительно расположиться в полусидячем положении с наклоном туловища на пораженную сторону груди. Для этого пострадавшего можно опереть о стену, автомобиль и т.д.

Пострадавшему с подозрением на травму живота и таза лучше находиться в положении лежа на спине с полусогнутыми и разведенными ногами. Под колени подкладывается импровизированная опора - сумка, свернутая одежда (рисунок 88).

Пострадавшему с травмами конечностей придается удобное положение, при котором он испытывает меньше страданий от имеющихся повреждений. Рисунок 87.

Пострадавшему без сознания необходимо придать устойчивое боковое положение.

Пострадавший с сильным наружным кровотечением или признаками кровопотери должен находиться в положении лежа на спине с приподнятыми ногами, под которые подкладываются сумки или одежда (рисунок 90).

Пострадавший с подозрением на травму позвоночника должен располагаться на твердой ровной поверхности.

Пострадавших с тяжелыми травмами желательно укутать подручными средствами - одеждой, одеялом и т.д. 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 93).

Способы контроля состояния пострадавшего, находящегося в сознании, без сознания

До прибытия скорой медицинской помощи необходимо контролировать состояние пострадавшего и оказывать ему психологическую поддержку. Самым простым способом контроля состояния пострадавшего является диалог. В ходе общения с пострадавшим можно выяснить его жалобы. У пострадавших в

бессознательном состоянии следует периодически проверять признаки дыхания. Обязательно выполнение периодического внешнего осмотра 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.

## **Психологическая поддержка. Цели оказания психологической поддержки.**

Общие принципы общения с пострадавшими, простые приемы их психологической поддержки

В настоящее время не вызывает сомнения то, что люди, оказавшиеся в сложной жизненной ситуации, могут нуждаться в психологической помощи и психологической поддержке.

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:

1. 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.

2. Ключевые моменты, которые надо 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:

- 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:

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

- в речи не должно быть сложно построенных фраз, предложений;

- следует избегать в речи частицу «не», а также исключить 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.

3. Приемы оказания психологической поддержки в случае проявления той или иной реакции у пострадавшего.

Различают следующие острые стрессовые реакции: плач, истероидную реакцию, агрессивную реакцию, страх, апатию.

Плач

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

Признаки:

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

Нужно дать этой реакции состояться.

Помощь при плаче:

- по возможности не оставляйте пострадавшего одного, необходимо позаботиться о том, чтобы рядом с ним кто-то находился, желательно близкий или знакомый человек;

- поддерживайте физический контакт с пострадавшим (это поможет человеку почувствовать, что кто-то рядом, что он не один). Постарайтесь выразить человеку свою поддержку и сочувствие. Не обязательно делать это словами, можно просто сесть рядом, дать почувствовать, что вы вместе с ним сочувствуете и сопереживаете. Можно просто держать человека за руку, иногда протянутая рука помощи - значит гораздо больше, чем сотни сказанных слов;

- дайте пострадавшему возможность говорить о своих чувствах;

- воздержитесь от советов, во многих случаях они могут вызвать негативную реакцию со стороны пострадавшего;

- если реакция плача затянулась, и слезы уже не приносят облегчения, помогите пострадавшему немного отвлечься: сконцентрировать внимание на глубоком и ровном дыхании, вместе с этим выполнять какую-либо несложную деятельность.

#### Истероидная реакция (истерика)

##### Признаки:

- чрезмерное возбуждение;
- множество движений, театральные позы;
- эмоционально насыщенная, быстрая речь;
- крики, рыдания.

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.

### Помощь при истероидной реакции:

- 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 желаниям пострадавшего и не вступайте в активный диалог по поводу его высказываний;

- переключите внимание пострадавшего, вызвав у него ориентировочную реакцию. Для этого задается неожиданный вопрос (не имеющий негативного содержания) или произносится имя пострадавшего, после чего пострадавшему задается вопрос, требующий развернутого ответа;

- после истерики возможен упадок сил, поэтому необходимо предоставить человеку возможность для отдыха, передав его специалистам, либо близким людям.

### Агрессивная реакция

#### Признаки:

- возбуждение;
- раздражение, недовольство, гнев (по любому, даже незначительному поводу);

- повышенное мышечное напряжение;

- нанесение окружающим ударов руками или какими-либо предметами;

- словесные оскорбления, брань.

Помощь при агрессивной реакции:

- Четко оцените, насколько безопасно для вас будет оказывать помощь в данной ситуации, и что вы можете 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;
- Говорите с пострадавшим спокойным голосом, постепенно снижая темп и громкость своей речи;
- Демонстрируйте благожелательность, не вступайте с пострадавшим в споры и не противоречьте ему;
- Если вы чувствуете внутреннюю готовность и понимаете, что это необходимо, отойдите с пострадавшим от окружающих и дайте ему возможность выговориться;
- Включите пострадавшего в какую-нибудь деятельность, связанную 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

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

Признаки:

- 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.

Помощь при страхе:

- 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

Признаки:

- 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.

Помощь при апатии:

- создайте для пострадавшего условия, в которых он мог бы отдохнуть и набраться сил, чувствовал 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. Для этого 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 пострадавшему вопросы, на которые он может ответить развернуто;
- предложите пострадавшему какую-либо незначительную физическую нагрузку (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.).

#### Способы самопомощи в экстремальных ситуациях

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:

- займитесь физическим трудом;
- дайте волю слезам, поделитесь своими переживаниями с людьми, которым вы можете доверять;
- можно попробовать дыхательные упражнения, например, сделайте глубокий вдох, задержите дыхание на 1-2 секунды, выдохните, повторите упражнение 2 раза, потом сделайте 2 нормальных (неглубоких) медленных вдоха-выдоха;
- чередуйте глубокое и нормальное дыхание до тех пор, пока не почувствуете себя лучше;

- умственные операции тоже помогают снизить уровень эмоционального напряжения. Можно считать, например, поочередно в уме отнимать от 100 то 6, то 7, перемножать двузначные числа, и т.д.;

- умойтесь холодной водой, помассируйте мочки ушей и пальцы рук.

Оказание психологической поддержки пострадавшим - 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.

Принципы передачи пострадавшего бригаде скорой медицинской помощи, другим службам, сотрудники которых обязаны оказывать первую помощь

Передача пострадавшего бригаде скорой медицинской помощи и другим службам осуществляется в любой момент по их прибытии, как правило, после устного распоряжения сотрудника прибывшей бригады.

При передаче пострадавшего желательно сообщить медицинским работникам информацию о происшествии, выявленных травмах, оказанной первой помощи и ответить на их вопросы, оказывать содействие, например, помогать в переноске пострадавших.



## **Оказание первой медицинской помощи детям**

### **Первая помощь: жизнь ребенка в руках педагога**

Несчастный случай может произойти с ребенком в любое время и в любом месте, зачастую вдали от медицинских учреждений и квалифицированных врачей, которые могли бы оказать ему необходимую помощь. В связи с этим тема оказания первой помощи детям в школьных и дошкольных учреждениях педагогическими работниками очень актуальна. Ребенок, находясь в стенах образовательного учреждения, ежедневно подвергается различным опасностям: он может подавиться пищей в столовой, получить ожог в кабинете химии или травму на уроке технологии. Помимо этого, вследствие различных причин у ребенка может остановиться сердце и отсутствовать дыхание, то есть наступить критическая ситуация, при которой ему будет необходимо немедленно оказать помощь. В связи с этим встает целый ряд вопросов: что должен делать учитель или воспитатель в экстренной ситуации, когда ребенок, к примеру, перестал дышать или у него кровотечение, а медицинский работник отсутствует или находится далеко от места происшествия? Как руководству образовательной организации подготовить своих сотрудников к чрезвычайным ситуациям с детьми? Может ли педагогический работник оказывать ребенку первую помощь без согласия его родителей? И, наконец, существует ли универсальный алгоритм оказания первой помощи и что он из себя представляет? На эти вопросы мы ответим в данной лекции.

Исчерпывающий перечень мероприятий по оказанию первой помощи нормативно утвержден и включает в себя простейшие мероприятия, направленные на поддержание жизни до приезда скорой медицинской помощи

Перечень состояний, при которых оказывается первая помощь:

1. Отсутствие сознания.
2. Остановка дыхания и кровообращения.
3. Наружные кровотечения.
4. Инородные тела верхних дыхательных путей.

5. Травмы различных областей тела.
6. Ожоги, эффекты воздействия высоких температур, теплового излучения.
7. Отморожение и другие эффекты воздействия низких температур.
8. Отравления.

Все это обуславливает то, что оказывать первую помощь вправе любой гражданин при наличии соответствующей подготовки, и специальная форма согласия на получение первой помощи (в отличие от медицинской помощи) законом не предусмотрена. Более того, действия по предотвращению опасности для жизни лица, оказавшегося в опасности, допустимы и против воли этого лица (ст. 983 Гражданского кодекса РФ). Состояния, требующие оказания первой помощи, могут возникнуть у детей как в штатной ситуации (например, ребенок может подавиться в столовой), так и в результате внештатной ситуации (например, при пожаре).

(Приказ Минздравсоцразвития России от 04.05.2012 г. № 477н «Об утверждении перечня состояний, при которых оказывается первая помощь, и перечня мероприятий по оказанию первой помощи». 2 Ч. 4 ст. 31 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».)

### **Порядок организации оказания первой помощи в образовательной организации**

Трудовой кодекс

Необходимо начать с общих норм Трудового кодекса РФ. В связи с этим нормативным документом установлена обязанность работодателя (в данном случае — руководителя образовательного учреждения) организовать обучение правилам оказания первой помощи для всех лиц, поступающих на работу или переводимых на другую работу (ст. ст. 212, 225 Трудового кодекса РФ) и корреспондирующая

обязанность работников — проходить обучение правилам оказания первой помощи (ст. 214 Трудового кодекса РФ).

**СТАТЬЯ 212 ТК РФ. ОБЯЗАННОСТИ РАБОТОДАТЕЛЯ ПО ОБЕСПЕЧЕНИЮ БЕЗОПАСНЫХ УСЛОВИЙ И ОХРАНЫ ТРУДА** Работодатель обязан обеспечить: обучение безопасным методам и приемам выполнения работ, и оказанию первой помощи пострадавшим на производстве.

**СТАТЬЯ 214 ТК РФ. ОБЯЗАННОСТИ РАБОТНИКА В ОБЛАСТИ ОХРАНЫ ТРУДА** Работник обязан: проходить обучение безопасным методам и приемам выполнения работ, и оказанию первой помощи пострадавшим на производстве, инструктаж по охране труда, стажировку на рабочем месте, проверку знаний требований охраны труда.

Таким образом, руководитель образовательной организации как работодатель обязан организовать обучение правилам оказания первой помощи всех работников образовательной организации. Далее, Трудовой кодекс РФ устанавливает обязанность работодателя при несчастном случае, произошедшем с работниками и иными лицами, участвующими в производственной деятельности, немедленно организовать оказание первой помощи (ст. 228 Трудового кодекса РФ).

**СТАТЬЯ 228 ТК РФ. ОБЯЗАННОСТИ РАБОТОДАТЕЛЯ ПРИ НЕСЧАСТНОМ СЛУЧАЕ** При несчастных работадатель (его представитель) обязан немедленно организовать первую помощь пострадавшему и при необходимости доставку его в медицинскую организацию... Кроме того, Трудовой кодекс РФ устанавливает необходимость организовать посты для оказания первой помощи, укомплектованные аптечками для оказания первой помощи.

(О комплектации аптечек для оказания первой помощи работникам изделиями медицинского назначения говорит Приказ Минздравсоцразвития России от 05.04.2011 г. № 169н).

Отметим, что законодательно пропорциональное соотношение количества аптек в зависимости от количества человек в организации не установлено, однако эксперты рекомендуют размещать одну аптечку на 10 человек.

СТАТЬЯ 223 ТК РФ. САНИТАРНО-БЫТОВОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ И МЕДИЦИНСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ РАБОТНИКОВ ...Работодателем по установленным нормам организуются... посты для оказания первой помощи, укомплектованные аптечками для оказания первой помощи. САНПИН 2.4.2.2821-10 5.15. Мастерские трудового обучения и кабинет домоводства, спортивные залы должны быть оснащены аптечками для оказания первой медицинской помощи. Как данные нормы Трудового кодекса РФ конкретизируются в Квалификационных характеристиках должностей работников образования? ВАЖНО! Обязанность по оказанию первой помощи устанавливается для следующих должностей:

- инструктор по физической культуре,
- инструктор по труду.

Закон «Об образовании» Федеральным законом от 03.07.2016 № 313-ФЗ в статью 41 введен пункт об обязательном обучении навыкам оказания первой помощи.

СТАТЬЯ 41 ФЗ № 273. ОХРАНА ЗДОРОВЬЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ Охрана здоровья обучающихся включает в себя: ...обучение педагогических работников навыкам оказания первой помощи. Кроме того, в соответствии с ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», соответствующий порядок применительно к несчастным случаям с обучающимися вовремя пребывания в организации, осуществляющей образовательную деятельность, должен быть утвержден Минобрнауки России по согласованию с Минздравом России. Пока существует лишь проект, в котором указывается, что руководитель организации, осуществляющей образовательную деятельность, при происшествии несчастного случая с обучающимся должен «в обязательном порядке немедленно организовать

первую помощь пострадавшему и при необходимости его доставку в медицинскую организацию» (проект приказа см. в приложениях к лекции). Резюмируя вышенаписанное, отметим, что руководитель образовательной организации обязан организовать обучение всех работников образовательной организации правилам оказания первой помощи. После прохождения обучения каждый педагог вправе оказывать первую помощь, при этом для инструкторов по физической культуре и учителей труда установлена обязанность оказывать первую помощь.

(При несчастном случае с обучающимся руководитель образовательной организации должен организовать немедленное оказание первой помощи и при необходимости — доставку пострадавшего в медицинскую организацию)

**Вопрос 1. Какими законодательными актами регулируется вопрос оказания первой помощи ребенку в образовательной организации?**

Ответ. В соответствии с ч. 2 ст. 41 Федерального закона от 29.12.2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» предусмотрена обязанность образовательного учреждения организовать охрану здоровья обучающихся (за исключением оказания первичной медико-санитарной помощи, прохождения периодических медицинских осмотров и диспансеризации) своими силами. Медицинские работники, которые должны оказывать первичную медико-санитарную помощь, являются, как правило, работниками медицинской, а не образовательной организации (п. 3 ст. 41 Федерального закона «Об образовании в Российской Федерации»). Согласно ст. 29 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» помощь, оказываемая в рамках организации охраны здоровья, делится на первую помощь и медицинскую помощь, что еще раз подтверждает разграничение полномочий между работниками образовательного и медицинского учреждения. Первая помощь, формально не являющаяся медицинской, оказывается в тех же ситуациях и с теми же целями, что и медицинская помощь. Основное различие между первой

и медицинской помощью состоит в квалификации лиц, оказывающих такую помощь. Основания для оказания первой помощи, а также методы по ее оказанию определяются Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 04.05.2012 г. № 477н «Об утверждении перечня состояний, при которых оказывается первая помощь, и перечня мероприятий по оказанию первой помощи».

**Вопрос 2. Вправе ли педагогический работник, не имеющий соответствующей подготовки, оказывать первую помощь?**

Ответ Оказание первой помощи невозможно без специальной предварительной подготовки, что прямо предусмотрено действующим законодательством. Примерные программы учебного курса, предмета и дисциплины по оказанию первой помощи утверждены для:

- водителей транспортных средств соответствующих категорий и подкатегорий (Приказ Минобрнауки России от 26.12.2013 г. № 1408 «Об утверждении примерных программ профессионального обучения водителей транспортных средств соответствующих категорий и подкатегорий» и Приказ Минобрнауки России от 18.08.2010 г. № 866 «Об утверждении примерных программ подготовки водителей транспортных средств различных категорий, оборудованных устройствами для подачи специальных световых и звуковых сигналов»);

- для частных охранников (Приказ Минобрнауки России от 26.04.2010 г. № 430 «О требованиях к минимуму содержания программы профессиональной подготовки частных охранников»);

- для частных детективов (Приказ Минобрнауки России от 26.04.2010 г. № 429 «О требованиях к минимуму содержания программы профессиональной подготовки частных детективов»).

Таким образом, при наличии в образовательной организации:

- медицинского работника;
- частного охранника (если на него соответствующие обязанности возложены документами образовательного учреждения);

- сотрудников аварийно-спасательных служб;
- инструктора по труду;
- инструктора по физкультуре;

на них, в первую очередь, возлагается обязанность по оказанию первой помощи. При отсутствии вышеперечисленных специалистов оказать первую помощь может работник образовательной организации, имеющий навыки по оказанию первой помощи, вызвав одновременно скорую медицинскую или неотложную помощь. Обязанность оказывать первую помощь в чрезвычайных ситуациях может быть возложена должностной инструкцией или иными локальными нормативными актами образовательной организации на работника образовательной организации только при наличии документа, подтверждающего прохождение им курса повышения квалификации и (или) иного обучения оказанию первой помощи пострадавшим на производстве (ст. 214 и 225 Трудового кодекса Российской Федерации). Однако! Не забывайте о том, что существует статья 125 Уголовного кодекса РФ «Оставление в опасности»!

**СТАТЬЯ 125 УК РФ. ОСТАВЛЕНИЕ В ОПАСНОСТИ** Заведомое оставление без помощи лица, находящегося в опасном для жизни или здоровья состоянии и лишенного возможности принять меры к самосохранению по малолетству... или вследствие своей беспомощности, в случаях, если виновный имел возможность оказать помощь этому лицу и был обязан иметь о нем заботу..., — наказывается штрафом в размере до 80 000 рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до 6 месяцев, либо обязательными работами на срок до 360 часов, либо исправительными работами на срок до 1 года, либо

принудительными работами на срок до 1 года, либо арестом на срок до 3 месяцев, либо лишением свободы на срок до 1 года.

При этом следует помнить, что не угрозой наказания за неоказание первой помощи обучающемуся должны руководствоваться педагогические работники, связавшие свою жизнь с воспитанием и обучением детей. Человечность и активная гражданская позиция должны породить стремление оказаться действительно полезным в сложной, а зачастую и опасной для здоровья и жизни ребенка ситуации.



## **Оказание скорой и неотложной помощи детям**

Ребенок в детском саду или в школе находится практически весь день. Нередко бывает, что он поцарапался, ушибся, у него заболела голова или живот. Кто окажет ему медицинскую помощь? Конечно, медицинская сестра. Но иногда ситуации возникают гораздо более серьезные, например, у ребенка приступ бронхиальной астмы или судорог, сильные боли в животе, травма с потерей сознания. Кто должен оказать экстренную медицинскую помощь? Кто вызовет «скорую»? Что должен делать врач, а что медицинская сестра? Чем могут помочь в такой ситуации воспитатель, учитель, директор? Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» гласит: медицинская помощь — комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг. Медицинская помощь в экстренной форме оказывается медицинской организацией и медицинским работником гражданину безотлагательно и бесплатно. Отказ в ее оказании не допускается. Скорая, в том числе специализированная, медицинская помощь — один из видов медицинской помощи.

Формы оказания медицинской помощи      Формами оказания скорой медицинской помощи являются:

1) экстренная — медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента;

2) неотложная — медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента. Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь оказывается гражданам бесплатно медицинскими организациями государственной и муниципальной систем здравоохранения.

## Медицинская эвакуация

Медицинская помощь может оказываться в следующих условиях: вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации). При оказании скорой медицинской помощи в случае необходимости осуществляется медицинская эвакуация, представляющая собой транспортировку граждан в целях спасения жизни и сохранения здоровья. Медицинская эвакуация осуществляется выездными бригадами скорой медицинской помощи с проведением во время транспортировки мероприятий по оказанию медицинской помощи, в том числе с применением медицинского оборудования.

Порядок оказания детям скорой медицинской помощи предусмотрен в приказе Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 16 апреля 2012 г. № 366н «Об утверждении порядка оказания педиатрической помощи». В приказе указывается, что скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь оказывается детям в экстренной и неотложной формах вне медицинской организации, а также в амбулаторных и стационарных условиях. Бригада скорой медицинской помощи доставляет детей с детскими болезнями, осложнившимися угрожающими жизни состояниями, в медицинские организации, имеющие в своей структуре отделение анестезиологии-реанимации или блок (палату) реанимации и интенсивной терапии и обеспечивающие круглосуточное медицинское наблюдение и лечение детей.

При наличии медицинских показаний после устранения угрожающих жизни состояний ребенок переводится в педиатрическое отделение (койки), а при его отсутствии — в терапевтическое отделение медицинской организации для оказания ребенку медицинской помощи.

В каких случаях оказывается скорая медицинская помощь? Это прописано в приказе Минздрава РФ от 20 июня 2013 года №388н «Порядок оказания скорой, в

том числе специализированной, медицинской помощи». Поводами для вызова скорой медицинской помощи в экстренной форме являются состояния, представляющие угрозу жизни: нарушения сознания, нарушения дыхания, нарушения системы кровообращения, внезапные нарушения функции какого-либо органа или системы органов, психические расстройства, сопровождающиеся действиями пациента, представляющими непосредственную опасность для него или других лиц, а также внезапный болевой синдром, травмы, термические и химические ожоги, внезапные кровотечения представляющие угрозу жизни. (Поводами для вызова скорой помощи для женщин являются роды и угроза прерывания беременности).

Выездная бригада скорой медицинской помощи выполняет следующие функции:

- осуществляет незамедлительный выезд (выход в рейс, вылет) на место вызова скорой медицинской помощи;
- оказывает скорую медицинскую помощь на основе стандартов медицинской помощи, проводит мероприятия, способствующие стабилизации или улучшению состояния пациента;
- определяет медицинскую организацию для оказания пациенту медицинской помощи;
- осуществляет медицинскую эвакуацию пациента при наличии медицинских показаний;
- незамедлительно передает пациента и соответствующую медицинскую документацию врачу приемного отделения медицинской организации с отметкой в карте вызова скорой медицинской помощи времени и даты поступления, фамилии и подписи принявшего.

В тех случаях, когда состояние пациента требует использования специальных методов и сложных медицинских технологий, выездная бригада скорой

медицинской помощи вызывает специализированную выездную бригаду скорой медицинской помощи (при их наличии на территории обслуживания).

Если ребенок получил травму в ОО

А если ребенок заболел или получил травму в образовательной организации?

На этот вопрос мы найдем ответ в приказе Минздрава РФ от 5 ноября 2013 г. № 822н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи несовершеннолетним, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях».

Обязанности медицинского персонала ОО

В обязанности медицинского персонала, работающего в образовательных организациях — педиатра и медицинской сестры (фельдшера) входит:

- оказание обучающимся первичной медико-санитарной помощи в экстренной форме и неотложной форме, в том числе при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний. Следует учесть, что врач оказывает помощь на врачебном уровне, так как он обязан поставить предварительный диагноз, а медицинская сестра выполняет распоряжения врача, а при его отсутствии — оказывает помощь на доврачебном уровне, т. е. ориентируясь на отдельные синдромы (совокупность симптомов — признаков заболевания) и строго выполняя имеющиеся у нее письменные инструкции;
- направление обучающихся при наличии медицинских показаний в медицинскую организацию, на медицинском обслуживании которой находится несовершеннолетний;
- при заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента, вызов скорой медицинской помощи и (или) организацию транспортировки в медицинскую организацию обучающихся, нуждающихся в оказании скорой медицинской помощи.

В приказе Минздрава РФ от 5 ноября 2013 г. № 822н предусмотрено и оснащение медицинского блока, расположенного в образовательной организации, оборудованием и медикаментами, необходимыми для оказания неотложной и экстренной медицинской помощи до момента приезда скорой помощи. К числу такого оснащения относятся: травматологическая укладка, посиндромные укладки (противошоковая, при анафилактическом шоке и т. п.), желудочные зонды разных размеров, комплект воздухопроводов для искусственного дыхания «рот в рот», аппарат для искусственной вентиляции легких Амбу (мешок Амбу), необходимые лекарства и перевязочные материалы. В каждую посиндромную укладку вложена инструкция по использованию соответствующих медикаментов и инструментария.

Информированное добровольное согласие родителей несовершеннолетнего на медицинское вмешательство

Следует учесть, что необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия родителями несовершеннолетнего (или иного законного представителя) на медицинское вмешательство. Однако при оказании медицинской помощи несовершеннолетнему по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни осуществляется медицинское вмешательство без согласия родителей (законных представителей), при этом медицинский работник обязан проинформировать родителей (законных представителей) об оказанной медицинской помощи.

Действия медицинского работника (угрозы для жизни нет) Если ребенок внезапно заболел, у него обострилось хроническое заболевание или он получил травму, но его состояние расценено медицинским работником как не представляющее угрозы жизни, медицинский работник должен:

- 1) вызвать неотложную помощь;
- 2) проинформировать родителей о случившемся и получить согласие на медицинское вмешательство, а после оказания неотложной помощи —

3) оформить направление обучающегося в медицинскую организацию, на обслуживании которой он находится.

Действия медицинского работника (угроза для жизни есть)

Если состояние ребенка расценено медицинским работником как представляющее угрозу жизни, медицинский работник должен:

1) оказать экстренную медицинскую помощь;

2) вызвать скорую помощь в образовательную организацию, а при необходимости обеспечить транспортировку в медицинскую организацию обучающегося;

3) проинформировать родителей о случившемся, об оказанной медицинской помощи и о медицинской организации, куда госпитализирован ребенок. Могут ли воспитатели, педагоги, заведующий дошкольной организацией или директор школы чем-либо помочь?

Да, могут. В тот момент, когда медицинский работник занят оказанием медицинской помощи ребенку, педагоги должны дозвониться на станцию «скорой помощи», а потом передать трубку врачу или медсестре, которые кратко опишут ситуацию и наблюдаемые у ребенка синдромы заболевания или травмы. Это позволит ускорить приезд бригады, а диспетчер, при необходимости, сможет сразу направить специализированную бригаду скорой помощи.

Педагогический персонал должен безотлагательно связаться по телефону с родителями ребенка

Если ребенок находится в состоянии, не представляющем угрозу его жизни, и ожидается приезд неотложной помощи, то родителей целесообразно вызвать в образовательную организацию. Это нужно сделать для того, чтобы родители дали согласие на оказание неотложной помощи, сами побеседовали с медицинским персоналом, получили соответствующие рекомендации по уходу и дальнейшему обследованию больного, а после улучшения состояния решили вопрос с

транспортировкой ребенка домой из образовательной организации. Если родители не могут сразу приехать в образовательную организацию, то необходимо получить по телефону их согласие на оказание неотложной медицинской помощи.

Транспортировка ребенка в стационар с воспитателем в случае, если родителей рядом нет

Если обучающегося, после оказания экстренной помощи, бригада скорой помощи предполагает транспортировать в стационар, а родителей рядом нет, то кто-то из воспитателей или учителей должен его сопровождать, с тем, чтобы ребенок не боялся и не чувствовал себя одиноким, так как это может привести к ухудшению состояния. Родителям незамедлительно сообщают о случившемся и направляют по месту госпитализации несовершеннолетнего. После вызова бригады скорой помощи должны быть обеспечены условия для ее работы: открыты въездные ворота на территорию образовательной организации, предупреждена охрана, подготовлены двери для выноса носилок.

## **Расследование несчастного случая: причины и профилактика**

Руководитель образовательной организации должен проконтролировать обеспечение оказания экстренной и неотложной помощи в вверенной ему организации, а также информирование родителей заболевшего ребенка. Если несовершеннолетний получил травму на территории образовательной организации, то проводится расследование случившегося, устанавливаются причины, проводится профилактическая работа. По состоянию на 2 ноября 2016 г. приказ Государственного комитета СССР по народному образованию от 01.10.1990 N 639 «О введении в действие Положения о расследовании и учете несчастных случаев с учащейся молодежью и воспитанниками в системе Гособразования СССР» признан недействующим на территории Российской Федерации приказом Минобрнауки России от 29.11.2013 № 1296, текст которого официально опубликован не был. Проект приказа Минобрнауки России «Об утверждении Порядка расследования и учета несчастных случаев с обучающимися во время пребывания в организации, осуществляющей образовательную деятельность» (подготовлен Минобрнауки России 23 декабря 2015 г.) проходит согласование. Пока не вступил в законную силу.

В проекте приказа говорится, что расследованию в установленном порядке как несчастные случаи подлежат события, в результате которых обучающимися были получены: телесные повреждения (травмы), в том числе нанесенные другим лицом; тепловой удар; ожог; обморожение; утопление; поражение электрическим током, молнией, излучением; укусы и другие телесные повреждения, нанесенные животными и насекомыми; повреждения вследствие взрывов, аварий, разрушения зданий, сооружений и конструкций, стихийных бедствий и других чрезвычайных обстоятельств, иные повреждения здоровья, обусловленные воздействием внешних факторов, повлекшие за собой временную или стойкую утрату ими трудоспособности или повлекшие освобождение их от некоторых учебных занятий



в соответствии с медицинским заключением, либо смерть пострадавших, если указанные события произошли:

- во время образовательного процесса, в том числе при оказании платных дополнительных образовательных услуг, регламентированных уставом организации, осуществляющей образовательную деятельность, проводимых в помещениях и на территории данной организации, в том числе: во время установленных перерывов; перед началом и после окончания учебных занятий (мероприятий); в выходные, праздничные и каникулярные дни, если эти мероприятия организовывались и проводились непосредственно организацией, осуществляющей образовательную деятельность;

- во время образовательного процесса, организованного организацией, осуществляющей образовательную деятельность, вне помещений и территории данной организации в установленном порядке в соответствии с учебным планом или планом работы организации, осуществляющей образовательную деятельность;

- при следовании к месту проведения учебных занятий (мероприятий), проводимых в соответствии с планом работы организации, осуществляющей образовательную деятельность, за ее пределами, и обратно на транспортном средстве, предоставленном руководителем данной организации (его представителем), на общественном транспорте или пешком под руководством представителя организации, осуществляющей образовательную деятельность;

- при осуществлении иных правомерных действий обучающихся, обусловленных уставом организации, осуществляющей образовательную деятельность, или правилами внутреннего распорядка для обучающихся, либо совершаемых в интересах данной организации, в целях сохранения жизни и здоровья обучающихся и работников, в том числе действий, направленных на предотвращение катастрофы, аварии или несчастного случая.

## **Алгоритм взаимодействия медицинских и педагогических работников в образовательных организациях**

Медицинский персонал в ОО Согласно Федеральному закону от 29.12.2012 №273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», медицинское обслуживание детей в организованных коллективах, к которым относятся школы и детские сады, осуществляют медицинские организации. При этом школы предоставляют медицинский кабинет в безвозмездное пользование детской поликлиники, на территории обслуживания которой находится школа или детский сад, а поликлиника направляет среднего медицинского работника (медицинскую сестру, фельдшера) и врача для работы в школе и в ДОО. Средний медицинский работник находится в школе и ДОО весь рабочий день, в то время как врач, согласно его нормативной нагрузке, находится в школе по графику. Согласно Приказу Министерства здравоохранения РФ № 822н, регламентирующего оказание медицинской помощи учащимся и воспитанникам, в некоторых случаях образовательные учреждения сами могут вводить в штат медицинских работников, но для этого надо организовывать Отдел оказания медицинской помощи в образовательном учреждении. Наиболее часто действует первый вариант: когда медики, работающие в школе и ДОО, относятся к штату детской поликлиники. Понятно, что взаимодействие медицинских работников и педагогов, работающих под одной крышей, но имеющих разное подчинение, является насущным вопросом.

***Важно! Особенно важно заранее определить такое взаимодействие при возникновении экстренных случаев, связанных с угрозой здоровью и жизни учащихся и воспитанников.***

Экстренные случаи

Экстренные случаи можно разделить на три большие группы:

1. Экстренные ситуации, возникшие во время медицинских манипуляций в присутствии врача и медицинской сестры. Здесь чаще всего имеется в виду профилактическая вакцинация в школе и ДОО. Очень редко, но возможны

непредвиденные реакции даже просто на укол. Для оказания помощи в этом случае у врача имеется специальный набор медикаментов.

2. Экстренные случаи, возникшие вне медицинских манипуляций, часто в отсутствие врача. Это все виды травм, острых инфекционных заболеваний, отравлений, обострения хронических заболеваний. Средний медицинский работник не может поставить полный диагноз, чтобы оказать квалифицированную помощь. Но в каждом медкабинете школы должна быть аптечка скорой помощи и набор медикаментов для симптоматической помощи в зависимости от возникшего основного нарушения функций организма. Это такие состояния, как удар головой или другими частями тела, порез, ушиб, перелом кости, приступ бронхиальной астмы, шок из-за различных причин, резкое падение артериального давления, аллергические реакции на укус насекомых и некоторые другие состояния. У среднего медработника школы должна быть инструкция по оказанию помощи в каждом случае.

3. Экстренные случаи, возникшие в отсутствие медицинских работников в школе. В ряде случаев из-за нехватки кадров медицинский работник может не присутствовать в школе или ДОО постоянно, либо по какой-либо причине он может временно отсутствовать. Согласно нормативным документам, в каждом классе, в спортзале и т. д. должна быть аптечка скорой помощи. Учителя и другой персонал школы должны быть обучены порядку оказания помощи при экстренных состояниях.

### ***Взаимодействие педагогов и медицинских работников***

Поскольку медицинские кабинеты передаются ДОО и школами детской поликлинике по договору безвозмездного пользования, необходимо предусмотреть соответствующие пункты в договоре. Если медики не входят в штат школы, иногда среди педагогического персонала возникает мнение, что любая проблема, связанная со здоровьем учащихся и дошкольников — зона ответственности только

медработников. Но хотелось бы подчеркнуть, что как в плановом, так и в экстренном порядке есть зона ответственности непосредственно образовательной организации.

Ответственность ОО Включает в себя:

1) обучение педагогов и воспитателей оказанию первой помощи. Непосредственно обучать могут медики, но организовать обучение — дело школы и ДОО;

2) оснащение школы и ДОО аптечками, наглядными пособиями и плакатами по оказанию первой помощи;

3) содействие медицинским работникам в медицинском обслуживании детей:

1) вызов скорой помощи, извещение родителей пострадавшего ребенка;

2) работа с медицинской документацией (например, списки для проведения плановых осмотров; медицинские карты). Подробнее об этих пунктах — ниже. Ответственностью ОО является при экстренных случаях вызов скорой помощи, извещение родителей пострадавшего ребенка, в то время как долг медиков — оказание первой помощи.

## Практические советы

Часто педагоги и воспитатели ограничиваются вызовом родителей.

Но, по нашему мнению, вызывать и родителей, и скорую помощь, если медики указывают на эту необходимость, надо одновременно. Печальный опыт имеется, когда родители просят не вызывать скорую, обещая приехать и самостоятельно забрать ребенка. При этом теряется драгоценное время, родители не отвозят ребенка вовремя в медицинскую организацию. Если ухудшение здоровья ребенка произошло в отсутствие медиков, то вызов бригады скорой помощи обязателен. Педагоги и воспитатели не должны брать на себя ответственность определения степени тяжести состояния ребенка. Также педагоги и воспитатели не могут давать ребенку медикаменты. Медицинские работники должны проинструктировать педагогов, какие состояния требуют однозначного вызова скорой, а в каких случаях можно ограничиться первой помощью. Если экстренный случай произошел в отсутствие медицинского работника, то педагоги, одновременно с вызовом родителей и бригады скорой помощи, должны известить работников поликлиники, обслуживающей данную территорию. Есть печальный опыт, когда после удара головы ребенку дали держать лед педагоги, не известив медиков, отправили ребенка на урок, неправильно расценив тяжесть травмы. Пришедший на следующий день медицинский работник не знал о случившемся, не осмотрел ребенка. Через 2 дня ребенок был госпитализирован в нейрохирургическое отделение с осложненным сотрясением головного мозга. В приведенном примере мама ребенка проигнорировала совет педагогов «на всякий случай» обратиться в поликлинику. Плановое содействие медицинским работникам должно состоять в предоставлении списков детей с полисами ОМС для проведения плановых осмотров.

Если возникает необходимость получения согласия родителей или самих детей старше 15-летнего возраста на использование личной информации (например, домашнего телефона), то эти согласия, по нашему мнению, должны

заблаговременно собрать педагоги. Очень важно, чтобы дети не принимались в образовательное учреждение без оформленных медицинских карт установленной формы. Опыт показывает, что где есть добрая воля педагогов взаимодействовать с медиками, там имеется более полная информация о состоянии здоровья детей, хронических заболеваниях. Это облегчает как правильное распределение детей по группам для занятия физкультурой, направление на соревнования, так и при оказании экстренной помощи при обострении хронических заболеваний.

#### Разъяснительная работа с родителями

Педагоги должны работать с родителями, разъясняя им необходимость своевременно приносить в школьный медицинский кабинет справки после острых заболеваний ребенка, медицинские заключения после посещения врачей-специалистов, информации о проведенных прививках, если они проводились вне школы. Таким образом, эффективная медицинская помощь учащимся в школах возможна только при согласованных действиях медицинских работников и педагогического коллектива. Здоровье детей — эта забота всех взрослых, находящихся в их окружении.

## **Основы безопасности при выполнении детьми физических упражнений**

Занятия физическими упражнениями наряду с многообразными положительными воздействиями нередко сопровождаются различными травмами. Предупреждение травматизма на физкультурных занятиях должно заключаться в устранении обуславливающих его причин. Использование средств профилактики позволяет свести к минимуму вероятность травматизма. Для успешной реализации профилактических мер необходимо иметь четкое представление о причинах и условиях возникновения всевозможных травм и научиться оказывать своевременную эффективную помощь.

Во избежание травматизма на занятиях физическими упражнениями необходимо:

- продумать организацию и методику проведения физкультурных занятий;
- соблюдать санитарно-гигиеническое состояние мест занятий;
- пользоваться только исправным оборудованием и инвентарем;
- следить за соответствием одежды и обуви условиям занятий и выполняемым упражнениям;
- постепенно повышать физическую нагрузку;
- учитывать индивидуальные особенности и возможности детей;
- не позволять детям самовольно переносить тяжелое оборудование.

Страховка детей и помощь им при выполнении физических упражнений позволяют не только успешно решать задачи овладения техникой движений, но и избегать травм.

Под страховкой понимается готовность педагога своевременно оказать помощь исполнителю упражнения в случае неудачной попытки. Для этого необходимо:

- знать технику физического упражнения и понимать особенности его структуры;

- правильно выбирать место расположения, страхующего в соответствии с наиболее трудными и опасными элементами упражнения;
- не осуществлять страховку, стоя на каком-либо предмете;
- обязательно применять страховку на начальных этапах освоения упражнения.

Вариативность использования приемов страховки зависит от индивидуальных особенностей страхующего и детей (рост, масса тела, физическая сила, быстрота реакции и т.п.).

Помощь в отличие от страховки предусматривает поддержку, подталкивание, «проводку» ребенка по траектории исполняемого движения.

Страховка и помощь при выполнении физических упражнений взаимосвязаны. Умелое и своевременное использование приемов помощи и страховки сокращает сроки обучения и помогает детям преодолевать психологический барьер (страх).

При самостоятельном выполнении детьми упражнения решающее значение приобретает самостраховка. К приемам самостраховки относится умение ребенка вовремя прекратить выполнение упражнения или видоизменить его так, чтобы избежать получения травмы. Особенно большое значение само-страховка имеет при выполнении детьми акробатических упражнений.

В спортивном зале и на спортивной площадке необходимо соблюдать правила техники безопасности. Основные требования предъявляются к состоянию спортивного зала, спортивного оборудования и инвентаря, окружающего пространства спортивной площадки, а также к особенностям организации физкультурных занятий.

Физкультурный зал должен быть достаточно просторным, светлым, хорошо проветриваемым. Температура воздуха должна находиться в пределах 17—18 °С, относительная влажность — 40 - 55%. Для обеспечения этих параметров



рекомендуется проводить занятие при открытой фрамуге, в перерывах между занятиями осуществлять сквозное проветривание (длительностью до 5 мин). Для осуществления контроля за воздушным режимом на внутренней стене физкультурного зала на высоте 1 м от пола следует повесить термометр.

Освещенность физкультурного зала должна соответствовать установленным санитарно-гигиеническим нормам (200 лк на уровне 0,5 м от пола). Осветительная аппаратура должна обеспечивать равномерный рассеянный свет. Все розетки и электровыключатели должны быть закрыты, плафоны электроосвещения и окна — зарешечены.

Цветовое оформление физкультурного зала не должно быть слишком ярким (это может стать причиной перевозбуждения детей). Яркие цвета допустимы при окраске предметов, которые периодически меняются и должны привлекать к себе внимание ребенка. Пол спортивного зала должен быть ровным, упругим, хорошо покрашенным, что позволяет быстро и качественно производить влажную уборку. К началу занятия пол должен быть обязательно сухим. Мокрая поверхность пола часто является причиной тяжелых травм. Уборка спортивного зала проводится влажным способом перед каждым занятием.

В физкультурном зале размещается крупное оборудование (гимнастическая стенка, канаты, шесты, гимнастические скамейки, доски, лестницы с зацепами, бумы, тренажеры) и мелкий инвентарь (мячи разного диаметра, мешочки с песком, обручи, скакалки, гимнастические палки, булавы и т.п.). Оборудование должно быть расположено так, чтобы дети могли свободно подойти к нему. При выполнении упражнений на спортивном оборудовании полы под ними должны быть покрыты гимнастическими матами, уложенными с плотной стыковкой. Чтобы избежать расплющивания у ребенка стопы при спрыгивании с высоты, в целях улучшения амортизации на пол следует класть два поролоновых мата толщиной 10 см каждый, а детям необходима поддержка взрослого.

Оборудование и инвентарь должны быть проверены и приведены в безопасное и приемлемое в санитарно-гигиеническом отношении состояние. Оборудование отдельных видов, а также мелкий инвентарь, должны храниться кроме физкультурного зала в специально отведенном для этого помещении.

К оборудованию, которым пользуются дети, предъявляются следующие требования:

- все оборудование должно быть надежно закреплено, а пособия и предметы установлены и размещены с учетом их полной безопасности и устойчивости, исключающей возможность падения;
- размеры оборудования должны соответствовать антропометрическим показателям ребенка (длина тела в положении стоя, сидя, длина ног, рук, объем грудной клетки);
- на занятиях используется только исправное и безопасное оборудование;
- должно иметь место достаточное количество разнообразного оборудования и инвентаря для всех детей группы (подгруппы);
- запрещается использование оборудования и инвентаря, предназначенного для взрослых.

Руководитель физического воспитания должен знать назначение каждого спортивного снаряда и пособия, бережно к нему относиться.

В последнее время в практике работы дошкольного учреждения эффективно используются мягкие модули, имеющие свои преимущества:

- выполнены из материалов, отвечающих современным гигиеническим требованиям;
- соответствуют антропометрическим и функциональным особенностям ребенка;

- имеют небольшие габариты и характеризуются легкостью комплектования составляющих частей;
- эстетичны и просты в обращении.

Элементы мягкого модуля постоянно меняются, что позволяет детям конструировать различные постройки и «экспериментировать» со способами выполнения движений, проявлять творчество. При использовании мягкого модуля необходимо соблюдать технику безопасности. Под модулем в обязательном порядке следует устраивать мягкий настил.

В групповых или раздевальных комнатах детского сада организуется физкультурная зона. Она дает детям возможность свободного перехода от двигательной деятельности к игровой и наоборот. Для малышей в соответствии с их возрастными возможностями в физкультурной зоне устанавливаются: горка с лесенкой, мягкий валик, фитболы (мячи большого диаметра с ручками), деревянные кубы, двухпролетная лесенка-стремянка, мягкие модули, массажные дорожки, для старших — простейшие тренажеры (эспандеры, массажеры, детские гантели, диски «Здоровье»), спортивно-игровой комплекс типа «Крепыш», различные модули. Можно регулярно менять расположение физкультурного оборудования: расставить в другой части комнаты, в иной последовательности. Это вызывает у детей новый интерес к нему. В старших группах к размещению оборудования можно подключать детей, предварительно обговорив с ними, что и как нужно изменить в помещении. Однако следует помнить, что детям нельзя переносить тяжести массой более 2 - 2,5 кг.

Педагог должен следить за состоянием детей во время их самостоятельных занятий на физкультурном оборудовании. В случае появления внешних признаков переутомления он обязан предложить ребенку отдохнуть, а затем переключиться на более спокойную деятельность.

Для физкультурных занятий на территории детского сада должна быть оборудована физкультурная площадка. Размеры и форма ее определяются территориальными возможностями дошкольного учреждения. Площадка может иметь форму квадрата или прямоугольника. Почва должна быть ровной и утрамбованной, кустарник, который ограждает площадку, — аккуратно подстрижен. Покрытие на физкультурной площадке может быть травяное или почвенное. Нельзя размечать площадки канавками, устраивать на них деревянные или кирпичные бровки. Не менее чем на 2 м вокруг площадок не должно быть столбов, заборов, деревьев, которые могут оказаться причиной травм. Беговые дорожки должны иметь ровное покрытие без бугров и впадин. За линией финиша дорожка должна продолжаться не менее чем на 5-8 м. Прыжковую яму необходимо заполнить взрыхленным песком на глубину не менее 40 см. Оборудование размещается на физкультурной площадке по ее периметру. Это могут быть: вертикальная лестница, размещенная в виде одной линии или устроенная в виде вышки с площадкой наверху; бревна со стесанным верхом; заборчик с вертикальными перекладинами; лотки для скатывания мячей, ворота для подлезания; шведская стенка высотой 100, 130, 250 см, отбойная стенка для упражнений с мячами; сплошная стенка для лазанья и перелезания; горизонтальное и наклонное бревна; цели для метания; мостик-качалка; перекладина (низкая — высотой 80 см, средняя — 100, высокая — 150 см); дугообразный рукоход; разновысокий бум; качающийся балансир. По краю площадки располагают яму с песком для прыжков, беговую дорожку (почвенную или резинобитумную) протяженностью до 40 м, полосу препятствий. Асфальтированная дорожка, которая окружает здание детского сада, служит дистанцией для езды на велосипеде. Длина дистанции - 25 м. Мелкий инвентарь для подвижных и спортивных игр выносится на участок по мере необходимости.

При окрашивании оборудования на физкультурной площадке в различные цвета следует исходить прежде всего из функциональных соображений, а не эстетических. Повышенного внимания детей можно достичь, используя оборудование традиционных цветов, к которым относятся желтый, оранжевый, красный, зеленый, синий.

К физкультурной площадке могут примыкать спортивно-игровые зоны, оснащенные соответствующим оборудованием: площадка для игр в городки, баскетбол, настольный теннис, поле с воротами для игры в футбол. Длина поля не превышает 20 м. Зимой его можно залить водой и оборудовать каток. По краям физкультурной площадки может быть проложена лыжня, устроены снежные валы, горки.

На групповых площадках отводится место для проведения подвижных игр и физических упражнений. Оборудование групповых площадок способствует активизации самостоятельной двигательной деятельности детей. С этой целью на площадке размещаются горки-скаты, мостики-качалки, качели подвесные, бумы для равновесия и т.п. На участок выносятся также спортивный и физкультурный инвентарь (велосипеды, санки, лыжи, коньки, самокаты, мячи, скакалки, обручи), побуждающий детей к разнообразной двигательной деятельности.

Заведующий дошкольным учреждением ежегодно знакомит руководителя физического воспитания (под расписку) с правилами техники безопасности.

### Контрольные вопросы:

1. Порядок организации оказания первой помощи в образовательной организации
2. Оказание скорой и неотложной помощи детям.
3. Алгоритм взаимодействия медицинских и педагогических работников в образовательных организациях.
4. Является ли оказание первой помощи действием, способным снизить смертность от травм и неотложных состояний? Аргументируйте свой ответ.
5. Какие действия нужно выполнить в первую очередь на месте происшествия?
6. Какие существуют способы перемещения пострадавших?
7. Возможно ли дополнение аптечек лекарствами, назначенными ее владельцу врачом? Допустима ли замена отдельных компонентов аптечки?
8. Как снизить риск заражения инфекционными заболеваниями при оказании первой помощи?
9. Для чего проводится сердечно-легочная реанимация?
10. В какой последовательности выполняются мероприятия сердечно-легочной реанимации?
11. В каких случаях следует прекратить проведение сердечно-легочной реанимации?
12. Что следует сделать после проведения сердечно-легочной реанимации, если у пострадавшего появилось самостоятельное дыхание?
13. Как можно помочь человеку с полным нарушением проходимости дыхательных путей?
14. Чем опасно повреждение грудной клетки?
15. Какое кровотечение следует стараться остановить в первую очередь?
16. Каким образом можно зафиксировать шею пострадавшего при подозрении на перелом шейного отдела позвоночника?

- 17.Что не следует предпринимать в отношении пострадавшего с травмой живота?
- 18.Следует ли извлекать инородный предмет из раны?

### Список рекомендованных источников

1. Федеральный Закон от 29.12.2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»
2. Федеральный закон "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" от 21.11.2011 N 323-ФЗ
3. Указ Президента Российской Федерации от 29.05.2017 г. № 240 «Об объявлении в Российской Федерации Десятилетия детства»
4. Приказ Минтруда России от 18.10.2013 N 544н (ред. от 05.08.2016) "Об утверждении профессионального стандарта "Педагог (педагогическая деятельность в сфере дошкольного, начального общего, основного общего, среднего общего образования) (воспитатель, учитель)" (Зарегистрировано в Минюсте России 06.12.2013 N 30550)
5. Приказ Минздравсоцразвития России от 04.05.2012 N 477н (ред. от 07.11.2012) "Об утверждении перечня состояний, при которых оказывается первая помощь, и перечня мероприятий по оказанию первой помощи" (Зарегистрировано в Минюсте России 16.05.2012 N 24183)
6. Приказ Минздрава России от 15.12.2020 N 1331н "Об утверждении требований к комплектации медицинскими изделиями аптечки для оказания первой помощи работникам" (Зарегистрировано в Минюсте России 10.03.2021 N 62703)
7. Бубнов В.Г., Бубнова Н.В., Памятка учителя по оказанию первой помощи – МПГУ, 2017 – 64 с.
8. Комментарий к Федеральному закону от 29 декабря 2012 г. N 273-ФЗ "Об образовании в Российской Федерации" (постатейный) (Барabanова С.В., Пешкова (Белогорцева) Х.В., Баранов И.В., Менкенов А.В., Селезнева А.Х., Чернусь Н.Ю., Беляев М.А., Зенков М.Ю., Котухов С.А.)



9. Сайт МЧС России [https://www.mchs.gov.ru/deyatelnost/bezopasnost-grazhdan/organizacionno-pravovye-aspekty-okazaniya-pervoy-pomoshchi\\_7](https://www.mchs.gov.ru/deyatelnost/bezopasnost-grazhdan/organizacionno-pravovye-aspekty-okazaniya-pervoy-pomoshchi_7)
10. Учебное пособие для преподавателей первой помощи