

УТВЕРЖДАЮ

И.о. директора ИХБФМ СО РАН

К.Х.Н.



В.В. Коваль

«30» января 2024 года

ПЛАН – КОНСПЕКТ

проведения занятия по программе курсового обучения сотрудников ИХБФМ СО РАН в области гражданской обороны и защиты от чрезвычайных ситуаций

ТЕМА № 6: «Оказание первой помощи».

Учебные вопросы:

1. Основные правила оказания первой помощи в неотложных ситуациях.
2. Первая помощь при кровотечениях и ранениях. Способы остановки кровотечения. Виды повязок. Правила и приемы наложения повязок на раны. Практическое наложение повязок.
3. Первая помощь при переломах. Приемы и способы иммобилизации с применением табельных и подручных средств. Способы и правила транспортировки и переноски пострадавших.
4. Первая помощь при ушибах, вывихах, химических и термических ожогах, отравлениях, обморожениях, обмороке, поражении электрическим током, тепловом и солнечном ударах.
5. Правила оказания помощи утопающему.
6. Правила и техника проведения искусственного дыхания и непрямого массажа сердца.
7. Практическая тренировка по проведению искусственного дыхания и непрямого массажа сердца.

Учебные цели:

Ознакомление обучаемых с основными правилами и последовательностью оказания первой помощи в неотложных случаях, условиями для правильной организации первой помощи.

1. Ознакомление обучаемых с правилами и приемами оказания первой помощи при различных видах травм и состоянии пострадавшего.
2. Обучение практическим навыкам и приемам оказания первой помощи, организации транспортировки пострадавших из обстановки, вызвавшей несчастный случай.

Время: 2 часа.

Метод: беседа, практическая тренировка.

Учебная литература и пособия:

1. Бобия Л.А., Аполонова Л.А. «Медицина катастроф. Избранные лекции». Изд.: ГЭОТАР – Медиа, М., 2012.
2. Бубнов В.Г., Бубнова Н.В. «Инструкция по оказанию первой помощи при несчастных случаях на производстве». Утв. Членом Правления ОАО РАО "ЕЭС России" Техническим директором Б.Ф. Вайнзихером 21.06.2007 г.
3. Демичев С.В. «Первая помощь при травмах и заболеваниях». Изд.: ГЭОТАР – Медиа, М., 2011.
4. Мороз В.В., Бобринская И.Г., Васильев В.Ю., Кузовлев А.Н., Спиридонова Е.А., Тишков Е.А. «Сердечно-легочная и церебральная реанимация». М.: НИИ ОР РАМН, ГОУ ВПО МГМСУ, 2011.
5. Рабочая учебная программа для обучения работников ООО «Газпром трансгаз Томск» методам и приемам оказания первой помощи пострадавшим в результате несчастных случаев на производстве. Томск, 2010.
6. Винницкая И.М., Котовская Е.Б. «Первая медицинская помощь». Изд.: Феникс, С-Пб., 2009
7. Храмова Е.Ю., Плисов В.А., Невлева А.А. «Справочник неотложной помощи». Изд.: Рипол – Классик, М., 2012
8. Хоффман Роберт С., Нельсон Льюис С. «Экстренная медицинская помощь при отравлениях». Изд.: Практика, М., 2010

1 учебный вопрос:

ОСНОВНЫЕ ПРАВИЛА ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ В НЕОТЛОЖНЫХ СЛУЧАЯХ

Первая помощь — это комплекс мероприятий, направленных на восстановление или сохранение жизни и здоровья пострадавшего, осуществляемых не медицинскими работниками (взаимопомощь) или самим пострадавшим (самопомощь). Одним из важнейших положений оказания первой помощи является ее срочность: чем быстрее она оказана, тем больше надежды на благоприятный исход. Поэтому такую помощь своевременно может и должен оказать до прибытия врача или доставки пострадавшего в больницу тот, кто находится рядом с пострадавшим.

Основными условиями успеха при оказании первой помощи пострадавшим при несчастных случаях является спокойствие, находчивость, быстрота действий, знания и умение подающего помощь или оказывающего самопомощь. Эти качества воспитываются и могут быть выработаны в процессе практической подготовки, которая должна проводиться наряду с теоретическим обучением, так как одного знания настоящих правил оказания первой помощи недостаточно. Каждый работник филиала должен уметь оказать помощь так же квалифицированно, как выполнять свои профессиональные обязанности, поэтому требования к умению оказывать первую помощь и профессиональным

навыкам должны быть одинаковы.

В оказании первой помощи различают две фазы:

- Первая фаза— оказание само- и взаимопомощи сразу же после происшествия, возникновения стихийного бедствия, аварии, возникновения очага поражения, когда еще не прибыли медицинские службы и спасательные подразделения;
- Вторая фаза— оказание первой помощи прибывшим личным составом спасательных подразделений или медицинским персоналом одновременно с организацией само- и взаимопомощи. Возможности организации само- и взаимопомощи в первой фазе возникновения чрезвычайных ситуаций в очагах поражения ограничиваются в связи с непредсказуемостью обстановки, опасностью передвижения по очагу, отсутствием средств для оказания помощи, морально – психологическим состоянием людей, находящихся в зоне ЧС. В связи с этим в экстремальных условиях оказание первой помощи как правило возможно при выходе в безопасные места. При достаточном уровне подготовки населения преимущество само- и взаимопомощи очевидно, так как она может быть оказана в первые же минуты после поражения.

Оказывающий помощь должен знать:

- основные признаки нарушения жизненно важных функций организма человека;
- общие принципы оказания первой помощи и ее приемы применительно к характеру полученного пострадавшим повреждения;
- основные способы переноски и эвакуации пострадавших.

Оказывающий помощь должен уметь:

- оценивать состояние пострадавшего и определять, в какой помощи в первую очередь он нуждается;
- обеспечивать свободную проходимость верхних дыхательных путей;
- выполнять искусственное дыхание «изо рта в рот» («изо рта в нос») и закрытый массаж сердца и оценивать их эффективность;
- своевременно останавливать кровотечение путем наложения жгута, давящей повязки, пальцевого прижатия сосуда;
- накладывать повязку при повреждении (ранении, ожоге, отморожении, ушибе);
- иммобилизовать поврежденную часть тела при переломе костей, тяжелом ушибе, термическом поражении;
- оказывать помощь при тепловом и солнечном ударах, утоплении, остром отравлении, рвоте, бессознательном состоянии;
- использовать подручные средства при переноске, погрузке и транспортировке пострадавших;
- определять целесообразность вывоза пострадавшего машиной скорой помощи или попутным транспортом;
- пользоваться аптечкой первой помощи.

Последовательность оказания первой помощи:

- а) устранить воздействие на организм повреждающих факторов,

угрожающих здоровью и жизни пострадавшего, т.е. удалить пострадавшего из обстановки, вызвавшей несчастный случай (извлечь придавленного из-под обломков, освободить от действия электрического тока, вынести из зараженной атмосферы, дать доступ свежего воздуха при отравлении угарным газом, погасить горящую одежду, извлечь из воды, перенести в помещение, а если необходимо – в прохладное место, согреть, и т.д.), оценить состояние пострадавшего;

б) определить характер и тяжесть травмы, наибольшую угрозу для жизни пострадавшего и последовательность мероприятий по его спасению;

в) выполнить необходимые мероприятия по спасению пострадавшего в порядке срочности (восстановить проходимость дыхательных путей, провести искусственное дыхание, наружный массаж сердца, остановить кровотечение: иммобилизовать место перелома, наложить повязку и т.п.);

г) поддержать основные жизненные функции пострадавшего до прибытия медицинского работника;

д) вызвать скорую медицинскую помощь или врача, либо принять меры для транспортировки пострадавшего в ближайшее лечебное учреждение.

В местах постоянного дежурства персонала должны находиться:

– набор (аптечка) необходимых приспособлений и средств для оказания первой помощи;

– плакаты, посвященные правилам оказания первой помощи, выполнения искусственного дыхания и наружного массажа сердца, вывешенные на видных местах.

Для правильной организации оказания первой помощи должны выполняться следующие условия:

а) в подразделениях, и т.п. должны быть выделены лица, ответственные за исправное состояние приспособлений и средств для оказания первой помощи, хранящихся в аптечках, и за их систематическое пополнение. На этих же лиц должна возлагаться ответственность за передачу аптечек по смене с отметкой в специальном журнале;

б) помощь пострадавшему, оказываемая не медицинским работником, не должна заменять помощи со стороны медицинского персонала и должна оказываться лишь до прибытия врача. Эта помощь должна ограничиваться строго определенными видами (мероприятия по оживлению при «мнимой» смерти, временная остановка кровотечения, перевязка раны, ожога или отморожения, иммобилизация перелома, переноска и перевозка пострадавшего).

Из статистики произошедших чрезвычайных ситуаций показывает, что не получив необходимую помощь через 1 час после произошедшей аварии или катастрофы умирают до 40 % тяжело пораженных, через 3 часа – до 60 %, а через 6 часов – 95 %. Поражениями населения, находящихся на территориях, попавших в зону чрезвычайных ситуаций, могут быть: радиационные поражения, острые химические отравления, психоэмоциональные расстройства, инфекционные поражения, переохлаждения, перегревание, комбинированные

поражения (механо-термические, радиационно-термические, радиационно-механические и др.), травмы хирургического профиля (механические травмы различной степени тяжести, длительное сдавливание, переломы костей, наружные кровотечения, термические ожоги). Также в практике существуют несчастные случаи, где необходима первая помощь: солнечные или тепловые удары, утопления, бытовые отравления, укусы змей). Многие виды травм могут привести к смерти пострадавшего, которая первые минуты носит обратимый характер и называется клинической или «мнимой». Признаками клинической смерти, когда необходима быстрая реанимация (базовые реанимационные мероприятия – БРМ), являются отсутствие сознания, отсутствие дыхания, отсутствие пульса, расширенные зрачки, отмечается бледность и синюшность кожи и слизистых оболочек, уменьшение кровотечения и др. При отсутствии в течение ближайших 3-5 минут необходимой помощи в коре головного мозга наступают необратимые последствия и в дальнейшем наступает биологическая истинная смерть.

При наступлении биологической смерти БРМ не проводятся. Признаками биологической смерти являются:

- высыхание роговицы (появление «селедочного блеска»);
- деформация зрачка при сжатии глаза пальцами (феномен «кошачьего зрачка»);
- трупные пятна, образующиеся в местах затекания крови под кожу, если умерший лежит на спине, то они появляются возле ушей, на спине и ягодицах;
- трупное окоченение.

При обнаружении пострадавшего с признаками биологической смерти необходимо:

1. Вызвать полицию;
2. Не перемещать тело до прибытия представителей правоохранительных органов.
3. Накрыть умершего тканью.
4. В устных и письменных показаниях указать наличие признаков биологической смерти.

При обнаружении пострадавшего с признаками биологической смерти на месте, где пребывание представляет опасность для жизни (угроза взрыва, воспламенения, сильной загазованности) следует немедленно покинуть опасную зону, оставив умершего на месте.

Базовые реанимационные мероприятия (БРМ)

Базовые реанимационные мероприятия включают в себя обеспечение проходимости дыхательных путей, поддержание кровообращения (наружный массаж сердца) и дыхания без использования специальных устройств.

Алгоритм БРМ

1. Убедиться в безопасности для себя, пострадавшего и окружающих, устранить возможные риски.
2. Проверить реакцию пострадавшего: аккуратно встряхнуть его за плечи и громко спросить «Что с Вами?»
3. Определить наличие пульса.

Правила определения пульса пострадавшего:

- расположить четыре пальца на шее пострадавшего и убедиться в присутствии пульса на сонной артерии;
- определить пульс следует не менее 10 секунд.

4. Принять решение:

- если пострадавший реагирует – оставить его в том же положении, попытаться выяснить причины происходящего и позвать на помощь, регулярно оценивать состояние пострадавшего;

- если пострадавший не реагирует – громко позвать на помощь, повернуть на спину и открыть дыхательные пути путем запрокидывания головы и подтягивания подбородка – рукой нужно надавить на лоб, а другой рукой подтянуть подбородок.

Альтернативный способ – запрокидывание головы путем подведения одной руки под шею больного, а другой – на лоб пострадавшего

Классический прием – тройной прием Сафара – запрокидывание головы, открывание рта (умеренное, излишнее открывание рта может ухудшить обструкцию), выдвижение нижней челюсти вперед.

5. Поддерживая дыхательные пути открытыми необходимо увидеть, услышать и почувствовать дыхание, наблюдая за движениями грудной клетки, прислушиваясь к шуму дыхания и ощущая движение воздуха на своей щеке. Исследование продолжать не более 10 сек.

Необходимо помнить о том, что у 40% пострадавших в первые минуты после остановки кровообращения может развиваться агональное дыхание (редкие, короткие, глубокие судорожные дыхательные движения) или другие патологические типы дыхания. Если возникают сомнения в характере дыхания – вести себя так, как будто дыхание патологическое.

6. Отсутствие сознания и дыхания (или патологическое дыхание) – показания к началу сердечно-легочной реанимации (СЛР).

2 учебный вопрос:

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ И РАНЕНИЯХ. СПОСОБЫ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ. ПРАВИЛА И ПРИЕМЫ НАЛОЖЕНИЯ ПОВЯЗОК НА РАНЫ. ПРАКТИЧЕСКОЕ НАЛОЖЕНИЕ ПОВЯЗОК

1. Первая помощь при ранении

Всякая рана легко может загрязняться микробами, находящимися на ранящем предмете, на коже пострадавшего, а также в пыли, земле, на руках оказывающего помощь, в грязном перевязочном материале.

При оказании помощи необходимо строго соблюдать следующие правила:

- нельзя промывать рану водой или даже каким-либо лекарственным веществом, засыпать порошком и смазывать мазями, так как это

препятствует ее заживлению, способствует занесению в нее грязи с поверхности кожи и вызывает нагноение;

- нельзя убирать из раны песок, землю, камешки и т.п., так как удалить таким образом все, что загрязняет рану, невозможно. Нужно осторожно снять грязь вокруг раны, очищая кожу от ее краев наружу, чтобы не загрязнять рану; очищенный участок вокруг раны нужно смазывать настойкой йода перед наложением повязки;
- нельзя удалять из раны сгустки крови, инородные тела, так как это может вызвать сильное кровотечение;
- нельзя заматывать рану изоляционной лентой или накладывать на рану паутину во избежание заражения столбняком.

Для оказания первой помощи при ранении необходимо вскрыть имеющийся в аптечке индивидуальный пакет в соответствии с наставлением, напечатанным на его обертке. При наложении повязки нельзя касаться руками той ее части, которая должна быть наложена непосредственно на рану:

- накрыть рану чистой салфеткой;
- прибинтовать салфетку или приклеить лейкопластырем.

Если индивидуального пакета почему-либо не оказалось, то для перевязки можно использовать чистый носовой платок, чистую ткань и т. п. Накладывать вату непосредственно на рану нельзя.

Оказывающий помощь при ранениях должен вымыть руки или смазать пальцы настойкой йода. Прикасаться к самой ране даже вымытыми руками не допускается.

Если рана загрязнена землей, необходимо срочно обратиться к врачу для введения противостолбнячной сыворотки.

1.1. Правила оказания помощи в случаях ранения грудной клетки

- усадить - пострадавшего и прижать ладонь к ране, закрыв в нее доступ воздуха
- наложить пластырь или скотч, чтобы избежать поступления воздуха в плевральную полость

1.2. Правила оказания помощи в случаях ранения мягких тканей головы

- усадить или уложить пострадавшего (при всех видах кровопотери очень велика вероятность обморока).
- прижать к ране сложенную в несколько слоев чистую ткань (носовой платок, салфетку) или бинт
- зафиксировать бинт шапкой-ушанкой, косынкой или платком
- нельзя использовать пальцевое прижатие при артериальном кровотечении, особенно в области височных костей.

1.3. Правила оказания помощи в случаях ранения шеи

- усадить пострадавшего.
- прижать рану пальцем. Если есть возможность использовать воротник, следует прижать рану через ткань воротника
- подложить под палец многослойную ткань или валик из бинта для герметизации раны
- с помощью жгута прижать валик из бинта к ране. Жгут, наложенный таким образом, можно держать, не снимая, в течение нескольких часов и даже суток.

1.4. Правила оказания помощи при ранениях живота

Кровотечения из внутренних органов представляют большую опасность для жизни. Внутреннее кровотечение распознается по резкой бледности лица, слабости, очень частому пульсу, одышке, головокружению, сильной жажде и обморочному состоянию. В этих случаях необходимо срочно вызвать врача, а до его прихода создать пострадавшему полный покой.

Нельзя давать ему пить, если есть подозрение на ранение органов брюшной полости.

На место травмы необходимо положить «холод» (резиновый пузырь со льдом, снегом или холодной водой, холодные примочки и т.п.).

1.5. Правила оказания помощи при открытых ранах живота

прикрыть содержимое раны салфеткой

- прикрепить салфетку, полностью прикрывающую края раны, пластырем
- приподнять ноги и расстегнуть поясной ремень, при возможности положить холод на живот. Ожидание помощи и транспортировка только в положении «лежа на спине» с приподнятыми и согнутыми в коленях ногами

Запрещается!

- а) вправлять выпавшие органы
- б) давать пить

1.6. Если из раны головы, груди торчит инородный предмет?

Ни в коем случае нельзя извлекать его из раны. Следует осторожно зафиксировать его между двумя плотными валиками бинта с помощью лейкопластыря или скотча. Волосы в местах приклеивания желательно состричь.

2. Первая помощь при кровотечениях

2.1 Виды кровотечений

Кровотечения, при которых кровь вытекает из раны или естественных отверстий тела наружу, принято называть наружными. Кровотечения, при которых кровь скапливается в полостях тела, называются внутренними. Среди наружных кровотечений чаще всего наблюдаются кровотечения из ран, а именно;

- капиллярное — при поверхностных ранах, при этом кровь из раны

вытекает по каплям;

- венозное — при более глубоких ранах, например резаных, колотых происходит обильное вытекание крови темно-красного цвета;

- артериальное — при глубоких рубленых, колотых ранах: артериальная кровь ярко-красного цвета бьет струёй из поврежденных артерий, в которых она находится под большим давлением;

- смешанное — в тех случаях, когда в ране кровоточат одновременно вены и артерии, чаще всего такое кровотечение наблюдается и при глубоких ранах.

2.2. Способы временной остановки кровотечения

- 1) придание повреждённой части тела возвышенного положения по отношению к туловищу;
- 2) пальцевое прижатие артерий;
- 3) прижатие кровоточащего сосуда в месте повреждения при помощи давящей повязки;
- 4) остановка кровотечения фиксированием конечности в положении максимального сгибания в суставе;
- 5) круговое сдавливание конечности жгутом резиновым или жгутом "закруткой".

2.3. Остановка кровотечения пальцам

На конечностях точка прижатия артерии должна быть выше места кровотечения. На шее и голове — ниже раны или в ране.

Нельзя! терять время на освобождение конечностей от одежды.

Прижатие надо проводить четырьмя пальцами, располагая их по ходу артерии, или кулаком. Ход артерии определяется по пульсации.

Кровотечение из ран останавливают:

— на

голове и шее — прижатием сонной артерии к шейным позвонкам;

— на подмышечной впадине и плече (вблизи плечевого сустава) — прижатием подключичной артерии к кости в подключичной ямке;

— на предплечье — прижатием плечевой артерии посередине плеча с внутренней стороны;

— на кисти и пальцах рук — прижатием двух артерий (лучевой и локтевой) к нижней трети предплечья у кисти;

— на голени — прижатием подколенной артерии;

— на бедре — прижатием бедренной артерии к костям таза;

— на стопе — прижатием артерии, идущей по тыльной части стопы.

2.4. Остановка кровотечения повязкой

Для остановки кровотечения необходимо:

— поднять раненую конечность;

— закрыть кровоточащую рану перевязочным материалом (из пакета),

сложенным в комочек, и придавить сверху, не касаясь пальцами самой раны; в таком положении, не отпуская пальцев, держать 4—5 мин. Если кровотечение остановится, то, не снимая наложенного материала, поверх него наложить еще одну подушечку из другого пакета или кусок ваты и забинтовать раненое место с небольшим нажимом, чтобы не нарушать кровообращения поврежденной конечности. При бинтовании руки или ноги витки бинта должны идти снизу вверх — от пальцев к туловищу;

2.5. Остановка кровотечения из конечности сгибанием ее в суставах

Кровотечение из конечности может быть остановлено сгибанием ее в суставах, если нет перелома костей этой конечности.

У пострадавшего следует быстро засучить рукав или брюки и, сделав комок из любой материи, вложить его в ямку, образующуюся при сгибании сустава, расположенного выше места ранения, затем сильно, до отказа, согнуть сустав над этим комком. При этом сдавливается проходящая в сгибе артерия, подающая кровь к ране. В таком положении сгиб ноги или руки надо связать или привязать к туловищу пострадавшего.

2.6. Остановка кровотечения жгутом или закруткой

Когда сгибание в суставе применить невозможно (например, при одновременном переломе костей той же конечности), то при сильном кровотечении следует перетянуть всю конечность, накладывая жгут. В качестве жгута лучше всего использовать какую-либо упругую растягивающуюся ткань, резиновую трубку, подтяжки и т. п.

Правила наложения жгута:

- жгут накладывают на 5 – 7 см выше верхнего края раны. Конечность поднимают вверх;
- жгут накладывают поверх одежды или какой-либо мягкой прокладки (бинт, марля, платок и др., сложенные в несколько слоев и обернутые вокруг конечности);
- жгут заводят за конечность и растягивают с максимальным усилием.
- оборачивают петлю-задвижку вокруг жгута;
- прижимают первый виток жгута и убеждаются в отсутствии пульса (рис. «б»);
- накладывают следующие витки жгута с меньшим усилием;
- жгут накладывают только до остановки кровотечения;
- под жгут необходимо положить записку с указанием в ней точного времени наложения;
- нельзя закрывать жгут одеждой (бинтовать), он должен бросаться в глаза;
- максимум 2 часа летом и 1,5 ч зимой жгут может находиться на конечности, при этом каждые 30 мин нужно его ослаблять;
- применять жгут надо только в самых крайних случаях, при наличии

артериального кровотечения из крупных магистральных сосудов бедра и плеча;
—подавляющее большинство кровотечений можно остановить полноценной давящей повязкой;
—в случае посинения и отека конечности (при неправильном наложении жгута), следует немедленно заново наложить жгут.

2.7 Помощь при кровотечении из носа

При кровотечении из носа пострадавшего следует усадить, наклонить голову вперед, подставив под стекающую кровь какую-нибудь емкость, расстегнуть ему ворот, положить на переносицу холодную примочку, ввести в нос кусок ваты или марли, смоченной 3%-ным раствором перекиси водорода, сжать пальцами крылья носа на 4-5 мин.

2.8 Первая помощь при кровавой рвоте

При кровотечении изо рта (кровавой рвоте) пострадавшего следует уложить и срочно вызвать врача.

3 учебный вопрос:

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ. ПРИЕМЫ И СПОСОБЫ ИММОБИЛИЗАЦИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ТАБЕЛЬНЫХ И ПОДРУЧНЫХ СРЕДСТВ. СПОСОБЫ И ПРАВИЛА ТРАНСПОРТИРОВКИ И ПЕРЕНОСКИ ПОСТРАДАВШИХ.

Перелом:

Причины:

- прямое воздействие
- непрямое воздействие

Классификация:

- закрытый (рис. «а»)
- открытый (рис. «б»)

Симптомы:

- боль
- неподвижность
- отёк
- изменение цвета кожи
- неестественное положение
- крепитация отломков

Первая помощь:

- контроль кровотечений
- успокоить пациента

- придать пациенту удобное для него положение
- иммобилизация
- вызвать и дожидаться помощи

Шинирование производится при самостоятельной транспортировке раненного, при недоступности помощи.

Перед и после наложения шины проверяйте:

- двигательную функцию
- чувствительность
- пульс

При наложении шины обязательно следует обеспечить неподвижность по крайней мере двух суставов — одного выше, другого ниже места перелома, а при переломе крупных костей — даже трех. Центр шины должен находиться у места перелома. Шинная повязка не должна сдавливать крупные сосуды, нервы и выступы костей. Лучше обернуть шину мягкой тканью и обмотать бинтом. Фиксируют шину бинтом, косынкой, поясным ремнем и т.п. При отсутствии шины следует прибинтовать поврежденную верхнюю конечность к туловищу, а поврежденную нижнюю конечность — к здоровой.

Переноска и перевозка пострадавшего

При несчастном случае необходимо не только немедленно оказывать пострадавшему первую помощь, но быстро и правильно доставить его в ближайшее лечебное учреждение. Нарушение правил переноски и перевозки пострадавшего может принести ему непоправимый вред.

(слайд 35)

При поднимании, переноске и перевозке пострадавшего нужно следить, чтобы он находился в удобном положении, не трясти его. При переноске на руках оказывающие помощь должны идти не в ногу. Поднимать и класть пострадавшего на носилки необходимо согласованно, лучше по команде. Брать пострадавшего нужно со здоровой стороны, при этом оказывающие помощь должны стоять на одном и том же колене и так подсовывать руки под голову, спину, ноги и ягодицы, чтобы пальцы показывались с другой стороны пострадавшего. Надо стараться не переносить пострадавшего к носилкам, а, не вставая с колен, слегка приподнять его с земли, чтобы подставить носилки под него. Это особенно важно при переломах, в этих случаях необходимо, чтобы кто-нибудь поддерживал место перелома.

Для переноски пострадавшего с поврежденным позвоночником с ожогами и ранами спины, ранениями челюстей, носа, лица с кровотечением — переносят на щите, лежа на животе, голова повернута на бок.

Пострадавшего с повреждением грудной клетки следует переносить в

полусидячем положении, положив ему под спину одежду.

Пострадавшего с открытым переломом черепа следует переносить с приподнятыми головой и туловищем.

При тяжелом шоке или угрозе его развития пострадавшего следует переносить, чтобы ноги были выше головы.

Пострадавшего с массивной кровопотерей, при шоке, угрозе развития шока или клинической смерти следует переносить с приподнятыми ногами.

Пострадавшего после выведения из тяжелого шока, терминальных состояний, при потере сознания следует переносить на боку.

По ровному месту пострадавшего нужно нести ногами вперед, при подъеме в гору или по лестнице — головой вперед. При спуске по лестнице — голова вверх. Чтобы не придавать носилкам наклонного положения, оказывающие помощь, находящиеся ниже, должны приподнять носилки.

Чтобы предупредить толчки и не качать носилки, оказывающие помощь должны идти не в ногу, с несколько согнутыми коленями, возможно меньше поднимая ноги. Во время переноски на носилках следует наблюдать за пострадавшим, за состоянием наложенных повязок и шин. При длительной переноске нужно менять положение пострадавшего, поправлять его изголовье, подложенную одежду, утолять жажду (но не при травме живота), защищать от непогоды и холода.

Снимая пострадавшего с носилок, следует поступать так же, как и при укладывании его на носилки. При переноске носилок с пострадавшим на большие расстояния надо нести их на лямках, привязанных к ручкам носилок, перекинув лямки через шею.

При перевозке тяжело пострадавшего лучше положить его (не перекладывая) в машину на тех же носилках, подстелив под них траву. Везти следует осторожно, избегая тряски.

4 учебный вопрос:

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ УШИБАХ, РАСТЯЖЕНИИ СВЯЗОК, ВЫВИХАХ, ХИМИЧЕСКИХ И ТЕРМИЧЕСКИХ ОЖОГАХ, ОТРАВЛЕНИЯХ, ОБМОРОЖЕНИЯХ, ОБМОРОКЕ, ПОРАЖЕНИИ ЭЛЕКТРИЧЕСКИМ ТОКОМ, ТЕПЛОВИМ И СОЛНЕЧНЫМ УДАРАМИ.

1. Первая помощь при ушибах

Признаки:

- припухлость;
- боль при прикосновении к месту ушиба.

Первая помощь:

- к месту ушиба нужно приложить «холод»;

- наложить тугую повязку;
- не следует смазывать ушибленное место настойкой йода, растирать и накладывать согревающий компресс, так как это лишь усиливает боль.

3. Первая помощь при растяжении связок

- растяжение связок и тканей в области сустава;
- растяжение мышц: чрезмерное растяжение, частичный разрыв мышц часто в области соединения мышцы и сухожилия с костью;
- разрыв: полный разрыв мышцы, в мягких тканях или сухожилиях.

Симптомы:

- боль усиливающаяся при движении;
- отёк, наличие кровоподтёка.

Помощь

- покой;
- лёд;
- давление;
- возвышенное положение.

4. Первая помощь при вывихах

Вывих

Смещение концов кости в суставе.

Не пытайтесь самостоятельно вправить вывихи.

Первая помощь: обеспечить неподвижность поврежденной части, дальнейшая тактика как при переломах.

5. Первая помощь при ожогах

Ожоги бывают термические — вызванные огнем, паром, горячими предметами и веществами, химические — кислотами и щелочами и электрические — воздействием электрического тока или электрической дуги.

По глубине поражения все ожоги делятся на четыре степени:
 первая — покраснение и отек кожи;
 вторая — водяные пузыри;
 третья — омертвление поверхностных и глубоких слоев кожи;
 четвертая — обугливание кожи, поражение мышц, сухожилий и костей.

Глубина и площадь ожога позволяют судить о тяжести состояния пациента и определиться в тактике дальнейшего лечения. Площадь ожога определяют правилом «Девяток», рука пациента -1%.

4.1. Термические и электрические ожоги

Оказания помощи в случаях термических ожогов без повреждения целостности кожи и ожоговых пузырей

- подставить под струю холодной воды на 10-15 минут или приложить холод. Предложить обильное теплое питье и при отсутствии аллергии 2-3 таблетки анальгина.
- нельзя смазывать обожженную поверхность маслами и жирами.
- нельзя сдирать с обожженной поверхности остатки одежды, вскрывать ожоговые пузыри.
- нельзя туго бинтовать обожженную поверхность, присыпать порошками или крахмалом.

Оказания помощи в случаях термических ожогов с повреждением целостности кожи и ожоговых пузырей

- накрыть обожженную поверхность сухой чистой тканью;
- поверх сухой ткани на 20-30 минут приложить холод;
- предложить обильное теплое питье и при отсутствии аллергических реакций 2-3 таблетки анальгина;
- нельзя смазывать ожог йодом, зеленкой, лосьонами, мазями;
- нельзя предлагать пострадавшему газированную воду;
- нельзя промывать место ожога водой или прикладывать на поврежденную кожу снег или холод.

Обожженное лицо необходимо закрыть стерильной марлей.

При ожогах глаз следует делать холодные примочки из раствора борной кислоты (половина чайной ложки кислоты на стакан воды) и немедленно направить пострадавшего к врачу.

4.2. Химические ожоги

(слайд 50)

При химических ожогах глубина повреждения тканей зависит от длительности воздействия химического вещества. Важно как можно скорее уменьшить концентрацию химического вещества и время его воздействия. Для этого пораженное место сразу же промывают большим количеством проточной холодной воды из-под крана, из резинового шланга или ведра в течение 15—20 мин.

Если кислота или щелочь попала на кожу через одежду, то сначала надо смыть ее водой с одежды, а потом осторожно разрезать и снять с пострадавшего мокрую одежду, после чего промыть кожу.

При попадании на тело человека серной кислоты или щелочи в виде твердого вещества необходимо удалить ее сухой ватой или кусочком ткани, а затем пораженное место тщательно промыть водой.

При химическом ожоге полностью смыть химические вещества водой не удастся. Поэтому после промывания пораженное место необходимо обработать соответствующими нейтрализующими растворами, используемыми в виде примочек (повязок).

Дальнейшая помощь при химических ожогах оказывается так же, как и при термических.

При ожоге кожи кислотой делают примочки (повязки) раствором

питьевой соды (одна чайная ложка соды на стакан воды).

При попадании кислоты в виде жидкости, паров или газов в глаза:

- уложить пострадавшего и повернуть его голову в сторону пораженного глаза;
- промыть глаз струей холодной воды так, чтобы она стекала от носа кнаружи;
- нельзя применять нейтрализующие жидкости при попадании в глаза едких химических веществ;
- нельзя промывать глаза водой в случае попадания в них карбида кальция; перманганата калия. Можно только удалять твердые частички марлевым тампоном или носовым платком.

5. Первая помощь при отравлениях

5.1. При отравлении оксидом углерода (СО), удушья природным газом

При легких и средних отравлениях СО появляются: головная боль (главным образом в висках), головокружение, тошнота, рвота, резкая слабость в руках и ногах, учащенное сердцебиение, нередко возбужденное состояние, потеря сознания.

Во всех случаях отравления СО нужно немедленно вызывать скорую медицинскую помощь.

До прибытия врача необходимо:

- немедленно вывести или вынести пострадавшего из загазованного помещения или загазованной зоны на улицу (в теплое время года) или в теплое помещение с чистым воздухом (в холодное время года). Положить на спину, расстегнуть одежду для облегчения дыхания и укрыть пальто, одеялом, обложить грелками;
- если пострадавший в сознании, напоить горячим крепким чаем или кофе;
- следить за тем, чтобы пострадавший не уснул, так как в состоянии сна замедляется дыхание, а следовательно, поступление кислорода в организм и пострадавший может погибнуть (водить и сильно тормозить пострадавшего запрещается, так как увеличение физической нагрузки может привести к смерти);
- при остановке дыхания пострадавшего необходимо вынести на свежий воздух или в хорошо проветриваемое помещение и сделать искусственное дыхание. Оказывать помощь необходимо до появления естественного дыхания или до прихода врача.

5.2. Первая помощь при отравлении одорантом

Основные признаки отравления:

- тошнота;
- головная боль, раздражение слизистой оболочки глаз, носа, полости рта;
- мышечная скованность;
- возможна рвота.

Первая помощь:

- при обнаружении первых признаков отравления одорантом пострадавший должен быть немедленно удален из опасной зоны на свежий воздух или в

проветриваемое помещение. Пострадавшему необходимо обеспечить удобную позу (лёжа) и свободу дыхания.

- при легких отравлениях необходим свежий воздух, покой, тепло крепкий чай или кофе;
- консультация врача;
- при тошноте пострадавшему дают активированный уголь 2 таблетки, в рот для рассасывания дают таблетку гастала;
- при головокружении немедленно начать вдыхание нашатырного спирта (на ватке), принять 20 капель кордиамина в 50мл. воды;
- при остановке дыхания – искусственное дыхание методом «рот в рот»;
- госпитализация и обследование в течении 72 часов для предотвращения начала развития тяжелого отёка легких;
- при попадании в глаза промыть их теплой водой, при раздражении слизистой оболочки глаз, промыть 2%-ным раствором соды (с помощью сосуда для промывки глаз), закапать в конъюнктивный мешок сульфацил натрия 20% по 2 капли в оба глаза, в нос - 2 капли 0,05%-ного нафтизина в оба носовых хода.
- при попадании на кожу, снять загрязненную одежду, тщательно обмыть участок кожи теплой водой с мылом, смазать линиментом синтомицина 10%.
- при заглатывании полоскать рот водой, дать пострадавшему выпить 240-300 мл воды, рвоту не вызывать, но если была самопроизвольная рвота, дать повторно выпить воды

5.3 Первая помощь при отравлении метанолом

Метанол - сильный яд, действующий преимущественно на нервную и сосудистую системы. В организм человека может проникнуть через дыхательные пути и через неповрежденную кожу. Особенно опасен прием метанола внутрь.

Симптомы отравления:

- опьянение выражено слабо;
- головная боль, головокружение;
- тошнота, рвота;
- боль в желудке;
- общая слабость;
- раздражение слизистых оболочек;
- мелькание «мушек» перед глазами;
- на 2-3-и сутки появляются неясность видения, слепота, боли в ногах, голове, нарастание жажды. Кожа и слизистые оболочки сухие, с синюшным оттенком, язык обложен серым налетом, зрачки расширены, с ослабленной реакцией на свет. Смертельная доза около – 30 мл.

Первая помощь:

- тщательно промыть желудок и посредством введения в полость рта черенка ложки или 2-х-3-х пальцев чистой руки обернутых марлей достать до корня языка и, несколько раз нажав на него, вызвать рвоту;

- для промывания используется 8-10 литров воды с добавлением 100-200 г пищевой соды, с последующим приёмом 2-3-х столовых ложек измельченного активированного угля или другого обволакивающего средства (молоко, яичный белок, кисель, рисовый отвар);
- солевое слабительное (10-30 г сернокислой магнезии на 0,5 стакана воды);
- этиловый 30% алкоголь 100 мл внутрь;
- отправить пострадавшего в медицинское учреждение.

6. Первая помощь при обморожениях

Повреждение тканей в результате воздействия низкой температуры называется отморожением. Отморожения делят на четыре стадии. Причины обморожения различны, и при соответствующих условиях: длительное воздействие холода, ветер, повышенная влажность, тесная или мокрая обувь, неподвижное положение, плохое общее состояние пострадавшего — болезнь, истощение, алкогольное опьянение, кровопотери и т. д. отморожение может наступить даже при температуре 3—7° С. Более подвержены отморожению пальцы, кисти, стопы, уши, нос.

Признаки первой стадии переохлаждения:

- посинение губ и кончика носа;
- озноб, мышечная дрожь, "гусиная" кожа;
- обильные пенистые выделения изо рта и носа.

Первая помощь:

1. По возможности дополнительно надеть теплую одежду. Заставить двигаться.
2. Предложить теплое сладкое питье, теплую пищу, сладости.

Признаки второй и третьей стадий переохлаждения (по мере появления):

- побледнение кожи;
- потеря чувства холода и ощущение комфорта на морозе;
- благодушие и эйфория или немотивированная агрессия;
- потеря самоконтроля и адекватного отношения к опасности;
- появление звуковых, а чаще зрительных галлюцинаций;
- вялость, заторможенность, апатия;
- угнетение сознания и смерть.

Первая помощь:

1. Предложить теплое сладкое питье, теплую пищу, сладости.
2. Как можно скорее доставить в теплое помещение.
3. Если нет признаков обморожения конечностей, снять одежду и поместить в ванну с теплой водой или обложить большим количеством грелок.
4. После согревающей ванны надеть сухую одежду, укрыть теплым одеялом и продолжать давать теплое сладкое питье до прибытия медперсонала.

Действия в теплом помещении в случае обморожения стоп

Признаки обморожения:

- потеря чувствительности в пальцах;
- изначально бледная кожа, через несколько часов багровеет и появляются пузыри.

Первая помощь:

1. Перед входом с мороза в теплое помещение постучать носком обуви одной ноги по пятке другой. Если кончики пальцев стопы ничего не чувствуют, сухую обувь в помещении не снимать.
2. Выпить 50 мл водки (можно коньяк, бренди, виски) и 3-4 стакана теплого сладкого чая.
3. При отсутствии аллергических реакций, принять 2-3 таблетки анальгина.
4. Через 10-15 минут, когда появятся боли в области обморожения, снять обувь, обработать кожу водкой или спиртом и провести массаж голени по направлению от коленного сустава к большому пальцу стопы.

Действия на морозе в случае обморожения носа, ушей и пальцев рук

Признаки обморожения:

- побледнение кожи;
- потеря чувствительности.

Первая помощь:

1. Снять рукавицы и по возможности обработать свои руки водкой или спиртом.
2. Растереть ладони до ощущения тепла.
3. Прислонить свою теплую ладонь к участку побелевшей кожи на носу, щеке или ушам на 2-3 минуты.
4. Повторить эту процедуру до порозовения кожи и укутать шарфом, платком, рукавицей или шапкой.
5. Предложить пострадавшему теплое сладкое питье, теплую пищу, сладости.

7. Первая помощь при обмороке

Обморок:

Это кратковременная потеря сознания.

Первая помощь:

- убедиться в наличии пульса на сонной артерии;
- расстегнуть воротник одежды, поясной ремень и приподнять ноги. Следует как можно скорее обеспечить свободный приток крови к головному мозгу
- поднести к носу ватку с нашатырным спиртом;
- во всех случаях потери сознания следует немедленно вызывать скорую помощь и обязательно настоять на госпитализации. Обморок часто является первым признаком различных заболеваний, внутренних кровотечений и отравлений;
- если нет нашатырного спирта, следует сильно надавить на болевую точку, расположенную между перегородкой носа и верхней губой.

8. Первая помощь при поражении электрическим током

Поражение электрическим током:

Прикосновение к токоведущим частям вызывает в большинстве случаев спазматическое состояние. Поэтому, если пострадавший остается в соприкосновении с токоведущими частями, необходимо быстро освободить его от действия электрического тока.

Для этого следует:

- прежде чем действовать, необходимо обеспечить собственную безопасность;
- быстро отключить ту часть установки, которой касается пострадавший;
- если возможно быстро отключить установку, необходимо отделить пострадавшего от земли, соблюдая меры предосторожности;
- предупредить или обезопасить возможное при отключении установки падение пострадавшего.

Для отрыва пострадавшего от земли или от токоведущих частей следует пользоваться сухой одеждой, канатом, палкой, доской или каким-либо сухим диэлектриком. Металлическими или мокрыми предметами для этой цели пользоваться **нельзя**. Не следует также касаться обуви пострадавшего, которая может оказаться мокрой и быть хорошим проводником электрического тока. Если необходимо коснуться тела пострадавшего руками, надо надеть диэлектрические перчатки, галоши или накинуть на пострадавшего плащ или сухую материю. Можно также встать на сухую доску, сверток одежды и т.н. Рекомендуется действовать по возможности лишь одной рукой. В случае необходимости следует перерубить провода низкого напряжения, соблюдая меры предосторожности: рубить каждый провод в отдельности, работать в диэлектрических перчатках и галошах.

После освобождения пострадавшего от действия электрического тока необходимо оценить его состояние.

Признаки, по которым можно быстро определить состояние пострадавшего, следующие:

- а) сознание: ясное, отсутствует, нарушение (пострадавший, заторможен, возбужден);
- б) цвет кожных покровов и видимых слизистых (губ, глаз): розовые, синюшные, бледные;
- в) дыхание: нормальное, отсутствует, нарушено (неправильное поверхностное, хрипящее);
- г) пульс на сонных артериях: хорошо определяется (ритм правильный или неправильный), плохо определяется, отсутствует;
- д) зрачки: узкие, широкие.

Если у пострадавшего отсутствует: сознание, дыхание, пульс, кожный покров синюшный, а зрачки широкие (0,5 см в диаметре), можно считать, что он находится в состоянии клинической смерти. Необходимо немедленно приступить к оказанию первой медицинской помощи с помощью искусственного дыхания по способу «изо рта в рот» или «изо рта в нос» и наружного массажа сердца. Не следует раздевать пострадавшего, теряя драгоценные секунды.

Если пострадавший дышит очень редко и судорожно, но у него прощупывается пульс, необходимо сразу же начать делать искусственное дыхание. Не обязательно, чтобы при проведении искусственного дыхания пострадавший находился в горизонтальном положении.

Прежде чем приступить к оживлению, нужно позаботиться о вызове врача

или скорой медицинской помощи. Это должен сделать не оказывающий помощь, который не может прервать ее оказание, а кто-то другой.

Если пострадавший в сознании, но до этого был в обмороке или находится в бессознательном состоянии, но с сохранившимся устойчивым дыханием и пульсом, его следует уложить на подстилку, например из одежды; расстегнуть одежду, стесняющую дыхание, создать приток свежего воздуха, согреть тело, если холодно, обеспечить прохладу, если жарко; создать полный покой, непрерывно наблюдая за пульсом и дыханием; удалить лишних людей.

Если пострадавший находится в бессознательном состоянии, необходимо наблюдать за его дыханием и в случае нарушения дыхания из-за западания языка выдвинуть нижнюю челюсть вперед, взявшись пальцами за ее углы, и поддерживать ее в таком положении, пока не прекратится западание языка.

При возникновении у пострадавшего рвоты необходимо уложить его набок, при этом повернув его голову вниз для удаления рвотных масс. Ни в коем случае нельзя позволять пострадавшему двигаться, а тем более продолжать работу, так как отсутствие видимых тяжелых повреждений от электрического тока или других причин (падения и т.п.) еще не исключает возможности последующего ухудшения его состояния. Только врач может решить вопрос о состоянии здоровья пострадавшего.

Переносить пострадавшего в другое место следует только в тех случаях, когда ему или лицу, оказывающему помощь, продолжает угрожать опасность или когда оказание помощи на месте невозможно (например, на опоре).

Ни в коем случае **нельзя** зарывать пострадавшего в землю. При поражении молнией оказывается та же помощь, что и при поражении электрическим током.

В случае невозможности вызова врача на место происшествия необходимо обеспечить транспортировку пострадавшего в ближайшее лечебное учреждение. Перевозить пострадавшего можно только при удовлетворительном дыхании и устойчивом пульсе. Если состояние пострадавшего не позволяет его транспортировать, необходимо продолжать оказывать ему помощь.

9. Первая помощь при тепловом и солнечном ударах

При тепловом и солнечном ударе происходит прилив крови к мозгу, в результате чего пострадавший чувствует внезапную слабость, головную боль, возникает рвота, его дыхание становится поверхностным.

Первая помощь:

- пострадавшего необходимо вывести или вынести из жаркого помещения или удалить с солнцепека в тень, прохладное помещение, обеспечив приток свежего воздуха;
- уложить пострадавшего, расстегнуть одежду, стесняющую дыхание, положить на голову лед или делать холодные примочки, смочить грудь холодной водой, давать нюхать нашатырный спирт;

- предложить холодное питье, лучше холодный сладкий чай, минеральную воду без газа, мороженое или лед;
- если у пострадавшего очень красное лицо, судорожные подергивания – в этом случае нельзя приподнимать ноги, приложить холод к голове;
- если у пострадавшего появилось чувство нехватки воздуха, одышка или боли в груди – обеспечить положение, полусидя и приложить тепло к стопам.

5 учебный вопрос:

ПРАВИЛА ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ УТОПАЮЩЕМУ.

Основное правило при спасении тонущего — действовать обдуманно, спокойно и осторожно. Прежде всего, при виде тонущего следует быстро разобраться в обстановке.

Во всех случаях, надо попытаться сообщить тонущему, что его положение замечено и ему оказывается помощь. Это ободряет и придаст силы пострадавшему.

Если возможно, то нужно подать тонущему или уставшему при плавании человеку шест или конец одежды, с помощью которых притянуть его к берегу или к лодке, или же бросить ему подручный плавающий спасательный предмет либо специальную спасательную принадлежность. Бросать спасательный предмет следует так, чтобы не ударить тонущего. Если этих предметов нет или применение их не обеспечивает спасение тонущего или уставшего человека, необходимо плыть к нему на помощь.

Оказывающий помощь должен сам не только хорошо плавать, но и знать приемы транспортировки пострадавшего, уметь освободиться от его захвата, делать искусственное дыхание и наружный массаж сердца.

Действия в случае истинного (синего) утопления

Признаки истинного утопления:

- синюшность кожи лица;
- набухание сосудов шеи;
- обильные пенные выделения изо рта и носа.

Первая помощь:

1. Повернуть на живот, очистить полость рта и надавить на корень языка.
2. Если есть рвотный рефлекс, продолжать удаление воды из желудка (до 2-3 минут).
3. Если нет рвотного рефлекса - убедиться в отсутствии пульса на сонной артерии и приступить к реанимации.
4. Если есть пульс на сонной артерии, но нет сознания более 4 минут - повернуть на живот и приложить холод к голове.
5. В случаях появления одышки, kloчущего дыхания - усадить пострадавшего, приложить к стопам тепло, наложить на 20-30 минут жгуты на бедра.

В случае истинного утопления смерть может наступить в ближайшие

часы от повторной остановки сердца, отека легких, отека мозга. Поэтому в каждом случае утопления обязательно вызываются спасательные службы, а спасенного необходимо обязательно доставить в больницу.

Действия в случае бледного утопления

Признаки бледного утопления:

- отсутствие сознания;
- отсутствие пульса на сонной артерии;
- бледность кожи;
- иногда "сухая" пена изо рта;
- чаще случается после падения в ледяную воду.

Первая помощь:

1. Перенести пострадавшего на безопасное расстояние от проруби.
2. Проверить наличие пульса на сонной артерии.
3. Если пульса на сонной артерии нет - приступить к реанимации.
4. Если появились признаки жизни, перенести спасенного в теплое помещение, переодеть в сухую одежду, дать теплое питье.

В случае бледного утопления недопустимо терять время на удаление воды из желудка.

6 учебный вопрос:

ПРАВИЛА И ТЕХНИКА ПРОВЕДЕНИЯ ИСКУССТВЕННОГО ДЫХАНИЯ И НЕПРЯМОГО МАССАЖА СЕРДЦА

Отсутствие сознания и дыхания (или патологическое дыхание) – **показания к началу сердечно-легочной реанимации (СЛР).**

- попросить окружающих вызвать помощь и принести автоматический наружный дефибриллятор (или сделать это самостоятельно по мобильному телефону).

Общепризнанным приемом является перед проведением сердечно-легочной реанимации нанесение прекардиального удара, а в новых рекомендациях НИИ ОР РАМН, МГМСУ 2011г. (Морозов В.В., Бобринская И.Г.) о необходимости прекардиального удара не упоминается.

- **Начать компрессии грудной клетки:**

- ✓ встать на колени сбоку от пострадавшего;
- ✓ расположить основание одной ладони на центре грудной клетки пострадавшего (т.е. на нижнюю половину грудины);
- ✓ расположить основание другой ладони поверх первой ладони;
- ✓ сомкнуть пальцы рук в замок и удостовериться, что вы не оказываете давление на ребра; выгнуть руки в локтевых суставах; не оказывать давление на верхнюю часть живота или нижнюю часть грудины;
- ✓ расположить корпус тела вертикально над грудной клеткой пострадавшего и надавить на глубину как минимум на 5 см, но не более 6

см;

- ✓ обеспечивать полную декомпрессию грудной клетки без потери контакта рук с грудиной после каждой компрессии;
- продолжать компрессии грудной клетки с частотой от 100 до 120/мин;
- компрессии и декомпрессии грудной клетки должны занимать равное время;
- компрессии грудной клетки следует проводить только на жесткой поверхности. Необходимо выполнять декомпрессию противопролежневых матрасов перед началом СЛР, используя специальный экстренный клапан;
- при выполнении БРМ в ограниченных по площади пространствах, компрессии возможно выполнять через голову пострадавшего или, при наличии двух спасателей, стоя над пострадавшим с расставленными ногами.

Компрессии грудной клетки необходимо сочетать с искусственными вдохами (“изо рта в рот”, “изо рта в нос”, “изо рта в трахеостому”)

- после 30 компрессий открыть дыхательные пути, как было описано выше;
- зажать крылья носа большим и указательным пальцами руки, расположенной на лбу;
- открыть рот, подтягивая подбородок;
- сделать нормальный вдох и плотно охватить своими губами рот пострадавшего;
- произвести равномерный вдох в течение 1 сек, наблюдая при этом за подъемом грудной клетки, что соответствует дыхательному объему около 500-600 мл (признак эффективного вдоха); избегать форсированных вдохов;
- поддерживая дыхательные пути открытыми, приподнять свою голову и наблюдать за тем, как грудная клетка опускается на выдохе;
- **если первый искусственный вдох оказался неэффективным**, перед следующим вдохом необходимо удалить инородные тела изо рта пострадавшего, проверить адекватность открывания дыхательных путей. Не следует делать более 2-х попыток искусственных вдохов;
- сделать еще один искусственный вдох. Всего необходимо сделать 2 искусственных вдоха, которые должны занять не более 5 сек. Следует избегать гипервентиляции, которая ухудшает венозный возврат к сердцу.
- возможная альтернатива проведения СЛР для лиц без медицинского образования – выполнение только непрерывных, качественных компрессий грудной клетки с частотой 100-120/мин. Тем не менее, полноценные базовые реанимационные мероприятия (компрессии+дыхание) предпочтительны. СЛР без искусственного дыхания неприемлема при утоплении, обструкции дыхательных путей инородным телом и др.

После этого сделать 30 компрессий грудной клетки и далее продолжать СЛР в соотношении компрессии: вентиляции 30:2. Компрессии грудной клетки должны выполняться с минимальными перерывами.

Реанимационные мероприятия прекращают только при признании их абсолютно бесперспективными или констатации биологической смерти, а

именно:

- а) при констатации смерти человека на основании смерти головного мозга, в том числе на фоне неэффективного применения полного комплекса мероприятий, направленных на поддержание жизни;
- б) при неэффективности реанимационных мероприятий, направленных на восстановление жизненно важных функций в течение 30 мин.

Реанимационные мероприятия не проводятся:

- а) при наличии признаков биологической смерти;
- б) при наступлении состояния клинической смерти на фоне прогрессирования достоверно установленных неизлечимых заболеваний.

СЛР двумя спасателями: один спасатель выполняет компрессии грудной клетки, другой – искусственную вентиляцию. Спасатель, выполняющий компрессии грудной клетки, громко считает количество компрессий и отдает команду второму спасателю на выполнение 2-х вдохов. Спасатели меняются местами каждые 2 мин.

7 учебный вопрос:

ПРАКТИЧЕСКАЯ ТРЕНИРОВКА ПО ПРОВЕДЕНИЮ ИСКУССТВЕННОГО ДЫХАНИЯ И НЕПРЯМОГО МАССАЖА СЕРДЦА

3. Заключительная часть: (5 минут)

Руководитель занятия: _____

Конспект разработал:

Инженер ГО и ЧС

 И.В. Хасанова