



Общество с ограниченной ответственностью  
«Учебный центр Перспектива-Москва»

[www.perspekt174.ru](http://www.perspekt174.ru)

129327, г. Москва, ул. Коминтерна, дом 7, корпус 2, помещение 2/3  
Телефон: 8 499 213 10 23  
E-mail: [info@perspekt174.ru](mailto:info@perspekt174.ru)

---

ИНН 7716944027 / КПП 771601001 / ОГРН 1197746722414  
Р/с 40702810502840003841 в АО "АЛЬФА-БАНК"

# **Методические указания**

## **к практическим занятиям по курсу**

### **«Первая помощь»**

г. Москва, 2020

# УНИВЕРСАЛЬНАЯ СХЕМА ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ



## Общий порядок действий на месте происшествия

При развитии несчастного случая необходимо осуществить определенные мероприятия в следующей последовательности:

*Оценка обстановки, обеспечение безопасных условий для оказания первой помощи*



1.

Оценить сложившуюся ситуацию, определить наличие угрожающих факторов для собственной жизни и здоровья и жизни и здоровья пострадавшего (например, интенсивное дорожное движение, отравляющие вещества, электричество и т.д.); устранить, по возможности, указанные факторы и прекратить их действие на пострадавшего. При необходимости следует извлечь пострадавшего из транспортного средства или других труднодоступных мест и переместить его в безопасное место. Также на месте происшествия следует оценить количество пострадавших и приоритетность оказания первой помощи.

*Определение наличия сознания у пострадавшего*



2.

Определить наличие признаков сознания у пострадавшего. При наличии сознания у пострадавшего - начать выполнять мероприятия, описанные в п. 7 и далее.

## Общий порядок действий на месте происшествия

Определение наличия дыхания у пострадавшего



3.

При отсутствии признаков сознания необходимо восстановить проходимость дыхательных путей у пострадавшего (путем запрокидывания головы с подъемом подбородка и выдвигания нижней челюсти), после чего произвести определение признаков жизни (наличие дыхания с помощью слуха, зрения и осязания, наличие кровообращения). При наличии признаков жизни у пострадавшего – начать выполнять мероприятия, описанные в п. 6 и далее.

Вызов скорой медицинской помощи



4.

При отсутствии признаков жизни – осуществить вызов скорой медицинской помощи. Это можно выполнить самостоятельно или привлекая помощников. При необходимости (например, нахождение пострадавшего в условиях, затрудняющих доступ к нему для оценки его состояния и оказания первой помощи) необходимо выполнить вызов специальных служб (пожарных, спасателей и т.д.). Этот вызов может производиться по стационарному или мобильному телефону.

Проведение сердечно-легочной реанимации



5.

Одновременно с вызовом скорой медицинской помощи (если вызывает помощник) или после вызова (если вызов осуществлялся самостоятельно) необходимо начать проведение сердечно-легочной реанимации в объеме надавливания руками на грудину пострадавшего и искусственного дыхания "Рот ко рту", "Рот к носу" или с использованием устройства для искусственного дыхания.

# Общий порядок действий на месте происшествия

Устойчивое боковое положение



6.

В случае появления у пострадавшего признаков жизни (либо в случае, если эти признаки изначально имелись у него) необходимо осуществить поддержание проходимости дыхательных путей, что можно выполнить приданием устойчивого бокового положения.

Обзорный осмотр пострадавшего



7.

Провести обзорный осмотр пострадавшего на наличие признаков наружного кровотечения. При наличии этих признаков необходимо осуществить временную остановку кровотечения доступными и подходящими способами (пальцевое прижатие артерии, наложение жгута, максимальное сгибание конечности в суставе, прямое давление на рану, наложение давящей повязки).

Осмотр конечностей



8.

Выполнить подробный осмотр пострадавшего в целях выявления признаков травм, отравлений и других состояний, угрожающих его жизни и здоровью. Осмотр производится в определенной последовательности:

- осмотр головы;
- осмотр шеи;
- осмотр груди;
- осмотр спины;
- осмотр живота и таза;
- осмотр конечностей;

В случае выявления состояний, угрожающих жизни и здоровью пострадавшего, следует выполнить соответствующие мероприятия по оказанию первой помощи, в том числе и вызвать скорую медицинскую помощь, если она не была вызвана ранее.

## Общий порядок действий на месте происшествия

*Придание пострадавшему оптимального положения тела*



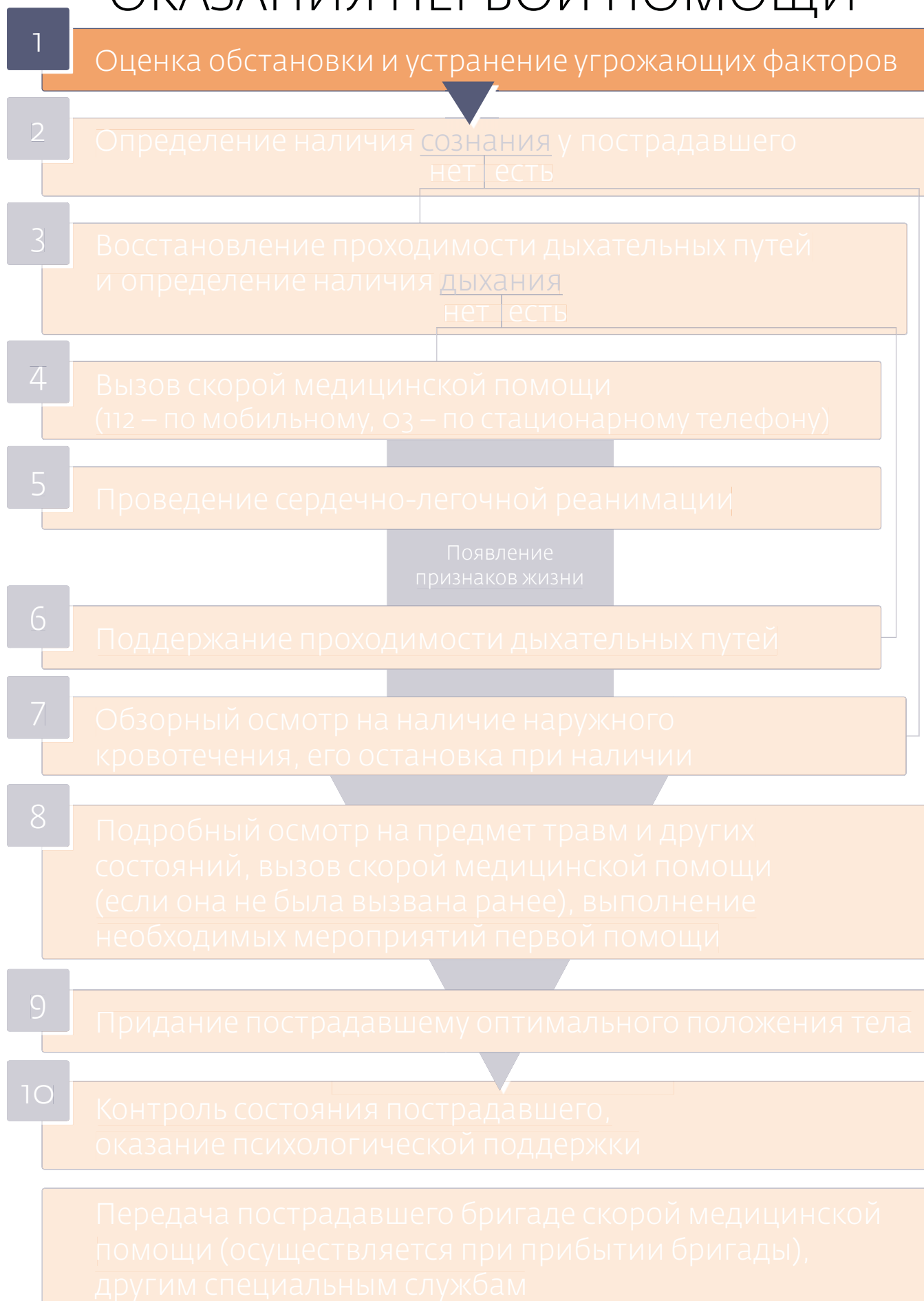
9.

Придать пострадавшему оптимальное положение тела, определяющееся его состоянием и характером имеющихся у него травм и заболеваний (устойчивое боковое положение, положение с приподнятыми нижними конечностями, полусидячее положение, положение на спине с валиком под разведенными и согнутыми в коленях ногами, положение при травме позвоночника). Подробнее положения описаны в соответствующем разделе пособия.

10.

До приезда скорой медицинской помощи или других специальных служб контролировать состояние пострадавшего (пострадавших), в том числе и тех, которым уже оказана первая помощь, оказывать им психологическую поддержку. При прибытии бригады скорой медицинской помощи передать им пострадавшего.

# УНИВЕРСАЛЬНАЯ СХЕМА ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ





## Мероприятия по оценке обстановки и обеспечению безопасных условий для оказания первой помощи

*Переноска пострадавшего на плече*



В результате любого происшествия может сложиться ситуация, в которой участники происшествия и люди, оказывающие им первую помощь, будут подвергаться риску дополнительного поражения (электрическим током, ядовитыми веществами, профессиональными вредностями и т.д.). Во избежание этого, работники должны оценить ситуацию. При этом следует обратить внимание на наличие возможных угрожающих факторов и постараться их устранить, обеспечив тем самым безопасные условия для оказания первой помощи. Одним из вариантов устранения возможных повреждающих факторов является перемещение пострадавшего в безопасное место (удаление из опасной зоны).

*Фиксация пострадавшего за предплечье при извлечении из автомобиля*



К устранению угрожающих факторов также относится экстренное извлечение пострадавшего из автомобиля или труднодоступного места в случае, если он не может выбраться самостоятельно. Извлечение пострадавшего выполняется только при наличии угрозы для его жизни и здоровья и невозможности оказания первой помощи в тех условиях, в которых находится пострадавший. В зависимости от наличия или отсутствия сознания пострадавший должен извлекаться различными способами. Если пострадавший находится в сознании, его экстренное извлечение производится так: руки участника оказания первой помощи проводятся под мышками пострадавшего, фиксируют его предплечье, после чего пострадавший извлекается наружу.



## Мероприятия по оценке обстановки и обеспечению безопасных условий для оказания первой помощи

*Фиксация головы пострадавшего рукой*



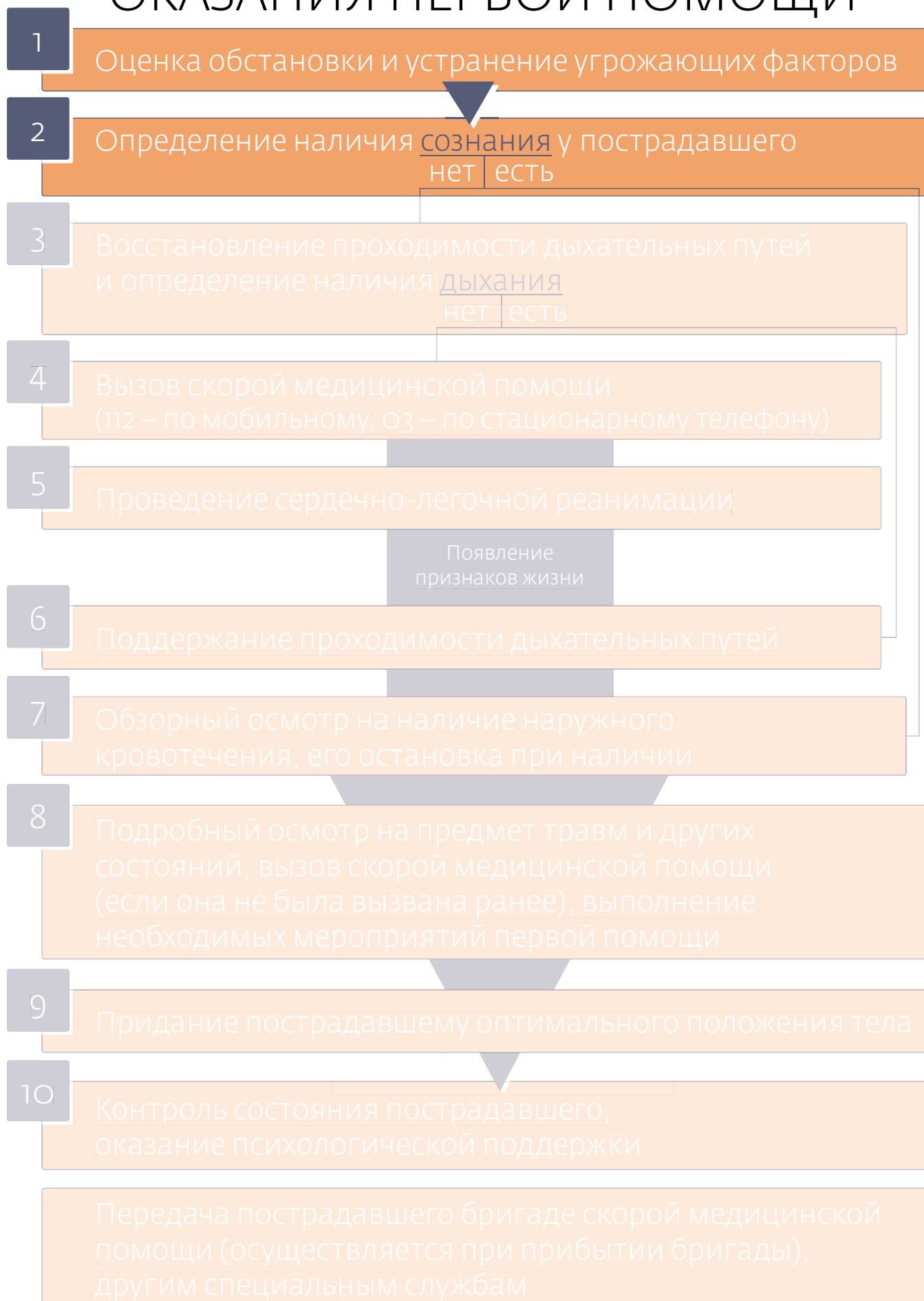
При извлечении пострадавшего, находящегося без сознания или с подозрением на травму шейного отдела позвоночника, необходимо фиксировать ему голову и шею. При этом одна из рук участника оказания первой помощи фиксирует за нижнюю челюсть голову пострадавшего, а вторая держит его противоположное предплечье.

*Переноска пострадавшего двумя работниками*



После извлечения следует попросить помощника подхватить пострадавшего за ноги и переместить его в безопасное место. Переноску пострадавшего следует осуществлять аккуратно, в щадящем режиме для снижения риска причинения ему дополнительных повреждений и страданий.

# УНИВЕРСАЛЬНАЯ СХЕМА ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ



## Определение наличия сознания у пострадавшего

### Проверка сознания у пострадавшего



Оценка состояния пострадавшего заключается, прежде всего, в определении у него наличия сознания и признаков жизни (дыхания и кровообращения). Для проверки сознания необходимо аккуратно потормошить пострадавшего за плечи и громко спросить: «Что с Вами? Нужна ли Вам помощь?».

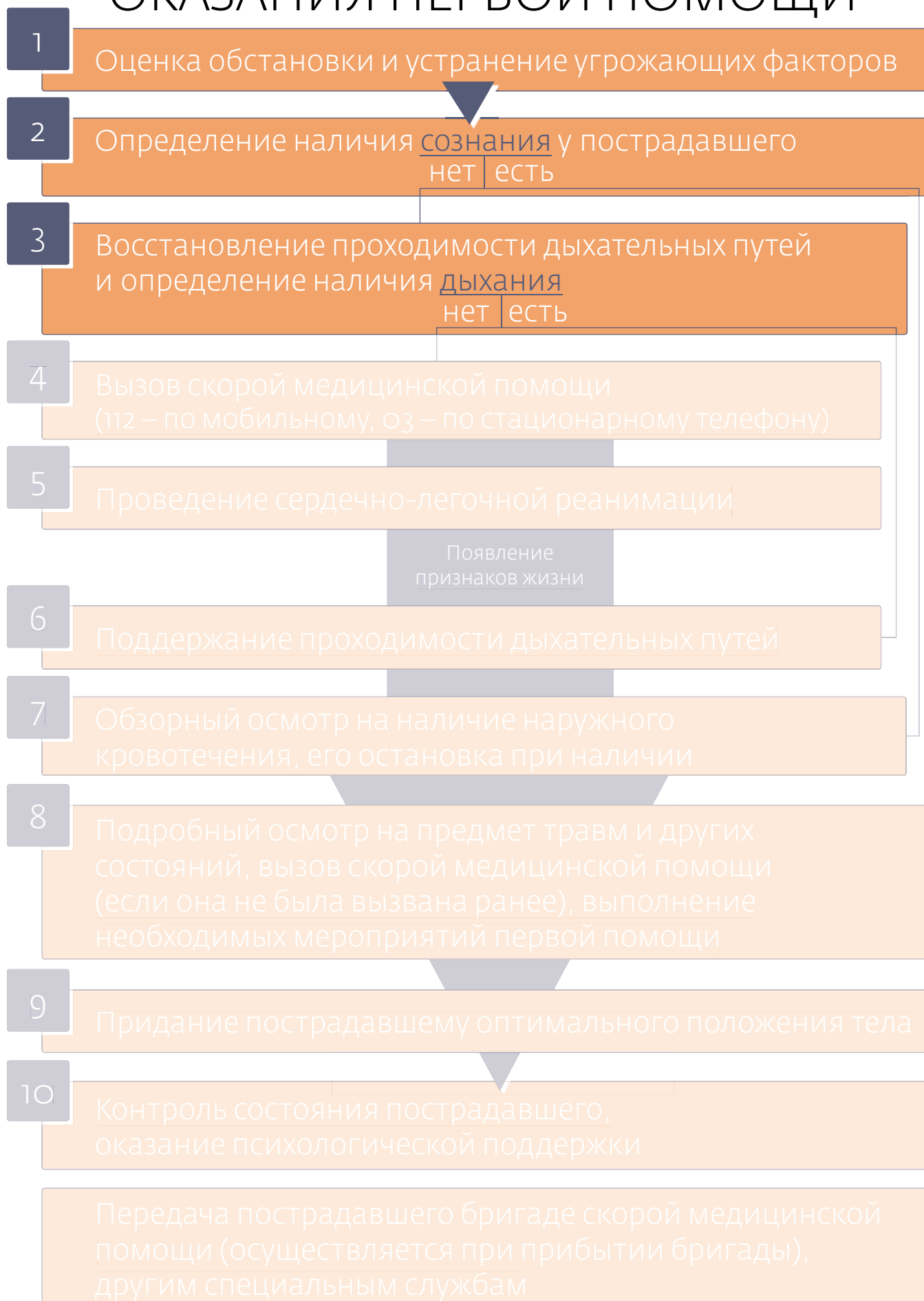
Для проверки сознания необходимо аккуратно потормошить пострадавшего за плечи и громко спросить: «Что с Вами? Нужна ли Вам помощь?». Человек, находящийся в бессознательном состоянии, не сможет ответить на эти вопросы.

### Привлечение помощника



При отсутствии сознания следует громко позвать на помощь, обращаясь к конкретному человеку, находящемуся рядом с местом происшествия (очевидцу происшествия, другому работнику). В дальнейшем их можно будет привлечь к обеспечению безопасности на месте происшествия, оказанию первой помощи, вызову экстренных служб.

# УНИВЕРСАЛЬНАЯ СХЕМА ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ



## Восстановление проходимости дыхательных путей и определение признаков жизни у пострадавшего

Восстановление проходимости дыхательных путей



Наиболее простым и объективным способом определения признаков жизни в настоящий момент является оценка наличия дыхания у пострадавшего с помощью слуха, зрения и осязания. Для определения наличия дыхания необходимо, прежде всего, восстановить проходимость дыхательных путей у пострадавшего. Для этого следует одну руку положить на лоб пострадавшего, 2-мя пальцами другой взять за подбородок и запрокинуть голову. При подозрении на травму шейного отдела позвоночника запрокидывание следует выполнять максимально аккуратно и щадяще.

Проверка наличия дыхания с помощью слуха, зрения и осязания



Для проверки дыхания следует наклониться щекой и ухом ко рту и носу пострадавшего и в течение **10 сек.** послушать дыхание, почувствовать его своей щекой и посмотреть на движения грудной клетки. 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 признаков дыхания определяет необходимость вызова скорой медицинской помощи и проведения сердечно-легочной реанимации.

# УНИВЕРСАЛЬНАЯ СХЕМА ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ



## Вызов скорой медицинской помощи, других специальных служб

### Поручение привлеченному помощнику



При отсутствии признаков дыхания необходимо поручить помощнику вызвать скорую медицинскую помощь. 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.

### Вызов скорой медицинской помощи по стационарному или мобильному телефону



При вызове необходимо обязательно сообщить диспетчеру следующую информацию:

- место происшествия, что произошло;
- число пострадавших и тяжесть их состояния;
- какая помощь оказывается;
- телефонную трубку положить последним, после ответа диспетчера!

Вызов скорой медицинской помощи может осуществляться по стационарному или мобильному телефонам, а также с применением других средств связи, например, с помощью радиостанций.

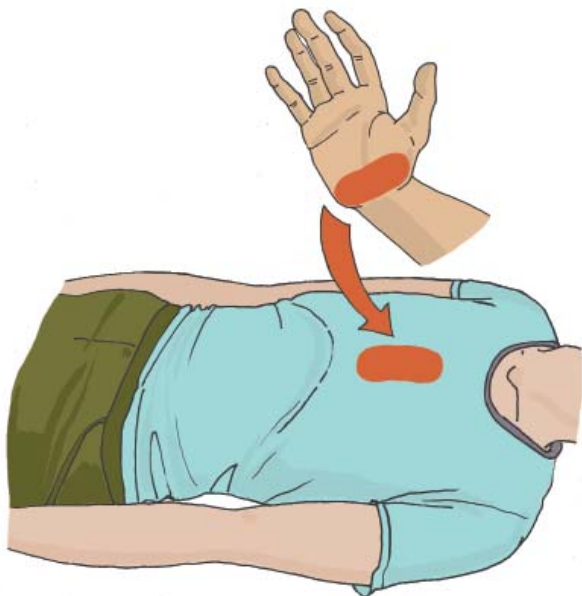


# УНИВЕРСАЛЬНАЯ СХЕМА ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ



# Проведение сердечно-легочной реанимации

## Определение точки надавливания



Проведение сердечно-легочной реанимации начинается с надавливания руками на грудину пострадавшего (компрессий грудной клетки). Для этого необходимо найти середину грудной клетки пострадавшего и расположить на ней основание одной из ладоней работника

## Взятие рук в замок



Далее следует поместить вторую ладонь поверх первой, взять кисти в замок, выпрямить руки в локтях и приступить к надавливаниям на грудную клетку на глубину 5 – 6 см с частотой 100 - 120 надавливаний в минуту.

# Проведение сердечно-легочной реанимации

Проведение надавливаний на грудную клетку



Пострадавший при этом должен находиться на твердой ровной поверхности. Компрессии грудной клетки осуществляются в переднезаднем направлении перпендикулярно плоскости тела пострадавшего. При их проведении руки работника должны быть выпрямлены в локтях. Давление на грудную клетку осуществляется не силой рук, а переносом тяжести тела человека, оказывающего первую помощь.

Запрокидывание головы и зажатие носа



После 30 компрессий грудной клетки необходимо выполнить 2 вдоха искусственного дыхания. Для этого следует снова восстановить проходимость дыхательных путей (запрокинуть голову и поднять подбородок). Для обеспечения герметичности дыхательных путей необходимо зажать нос пострадавшего двумя пальцами руки работника, находящейся на лбу.

Выполнение вдоха искусственного дыхания



После этого выполнить самостоятельный вдох, плотно обхватить губы пострадавшего своими губами и произвести выдох в рот пострадавшего. Объем вдыхаемого воздуха должен составлять 500 – 600 мл, контроль объема осуществляется визуально (выдох в дыхательные пути пострадавшего производится не дольше 1 секунды до начала подъема грудной клетки).

## Проведение сердечно-легочной реанимации

*Контроль пассивного выдоха пострадавшего*



По окончании вдоха следует убрать губы ото рта пострадавшего и дождаться его пассивного выдоха (грудная клетка при этом опустится), продолжая поддерживать проходимость дыхательных путей. После этого надо повторить вдох искусственного дыхания.

*Применение дыхательного мешка для искусственного дыхания*



Для проведения искусственного дыхания можно использовать соответствующие медицинские изделия, входящие в состав аптечек и укладок, например, дыхательный мешок. Порядок и правила использования этих устройств определяется инструкцией по их использованию (составляется производителем), уровнем подготовки работников и характером их оснащения.

## Проведение сердечно-легочной реанимации

Таким образом, проведение сердечно-легочной реанимации состоит из оценки сознания пострадавшего, определение наличия или отсутствия признаков жизни (прежде всего, нормального дыхания), вызова скорой медицинской помощи и проведения надавливаний на грудину пострадавшего и выполнения искусственного дыхания. Если при проведении реанимационных мероприятий появляются признаки наружного артериального кровотечения, необходимо произвести его остановку самостоятельно или привлекая помощников. Реанимационные мероприятия продолжаются до прибытия скорой медицинской помощи или других аварийно-спасательных формирований и распоряжения их работников о прекращении этих действий, либо до появления явных признаков жизнедеятельности у пострадавшего (появления самостоятельного дыхания и кровообращения, возникновения кашля, произвольных движений).

В случае появления признаков жизни необходимо обеспечить поддержание проходимости дыхательных путей (в т. ч. при отсутствии возможных ограничений – приданием устойчивого бокового положения), провести осмотр пострадавшего на наличие травм (при необходимости – выполнить необходимые действия по оказанию первой помощи) и осуществлять контроль признаков жизни до прибытия скорой медицинской помощи или других аварийно-спасательных формирований. В случае длительного проведения реанимационных мероприятий и возникновения физической усталости у работника, необходимо привлечь помощника к осуществлению этих мероприятий. Большинство современных отечественных и зарубежных рекомендаций по проведению базовой сердечно-легочной реанимации предусматривают смену ее участников примерно каждые 2 минуты, или спустя 4 цикла компрессий/вдохов.



# Инородные тела верхних дыхательных путей

Признаки закупорки верхних дыхательных путей инородным телом



Причины: попадание инородных тел в верхние дыхательные пути. В соответствии с рекомендациями Европейского совета по реанимации и Национального совета по реанимации России, выделяют закупорки верхних дыхательных путей инородным телом умеренной и тяжелой степени:

Признаки	Тяжесть состояния	
	Закупорка умеренной степени	Закупорка тяжелой степени
Реакция на вопросы	Отвечает на вопрос «Вы поперхнулись?» словами	Не может говорить, может кивать
Другие признаки	Может кашлять, дышать	Не может дышать или дыхание явно затруднено (шумное, хриплое), может хватать себя за горло

Предложение пострадавшему покашлять



При закупорке умеренной степени следует предложить пострадавшему покашлять. Других мероприятий первой помощи не требуется.



# Инородные тела верхних дыхательных путей

При закупорке тяжёлой степени следует предпринять меры по удалению инородного тела. Для этого необходимо сделать следующее:

1. Встать сбоку и немного сзади пострадавшего.
2. Придерживая грудную клетку пострадавшего одной рукой, другой наклонить его вперёд, чтобы в случае смещения инородного тела оно попало в рот пострадавшего, а не опустилось ниже в дыхательные пути.
3. Нанести 5 резких ударов между лопатками основанием ладони.
4. Проверять после каждого удара, не удалось ли устранить закупорку.

5. Если после 5 ударов закупорка не устранена, следует сделать 5 попыток надавливания на живот следующим образом:

- встать позади пострадавшего, обхватить его обеими руками на уровне верхней половины живота;
- слегка наклонить пострадавшего вперед;
- сжать руку в кулак, поместить его посередине между пупком и мечевидным отростком грудины;
- обхватить кулак другой рукой и резко (толчкообразно) надавить на живот пострадавшего в направлении внутрь и вверх;
- при необходимости надавливания повторить до 5 раз.

Нанесение ударов основанием ладони в межлопаточную область



Точка надавливания на живот при извлечении инородного тела



Удаление инородного тела из дыхательных путей надавливанием на живот



Если удалить инородное тело не удалось, необходимо продолжать попытки его удаления, перемежая удары по спине с давлением на живот по 5 раз.

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

## Инородные тела верхних дыхательных путей

*Удаление инородного тела из дыхательных путей беременной с помощью ударов в межлопаточную область*



В случае, если инородное тело оказалось в дыхательных путях тучного человека или беременной, оказание первой помощи начинается также, как и в предыдущем случае, с ударов между лопатками.

*Удаление инородного тела из дыхательных путей беременной с помощью толчков в нижнюю часть грудной клетки*



Особенностью оказания первой помощи при инородных телах верхних дыхательных путей у тучных или беременных является то, что у них не осуществляется давление на живот. Вместо него проводятся толчки в нижнюю часть груди.

## Поддержание проходимости дыхательных путей (придание пострадавшему устойчивого бокового положения)

При отсутствии сознания с сохраненным дыханием следует поддерживать проходимость дыхательных путей у пострадавшего. Одним из вариантов поддержания проходимости дыхательных путей является придание пострадавшему устойчивого бокового положения. Это положение позволяет уменьшить риск попадания в дыхательные пути крови, слюны или содержимого желудка пострадавшего, или перекрытия их языком.

Шаг 1.



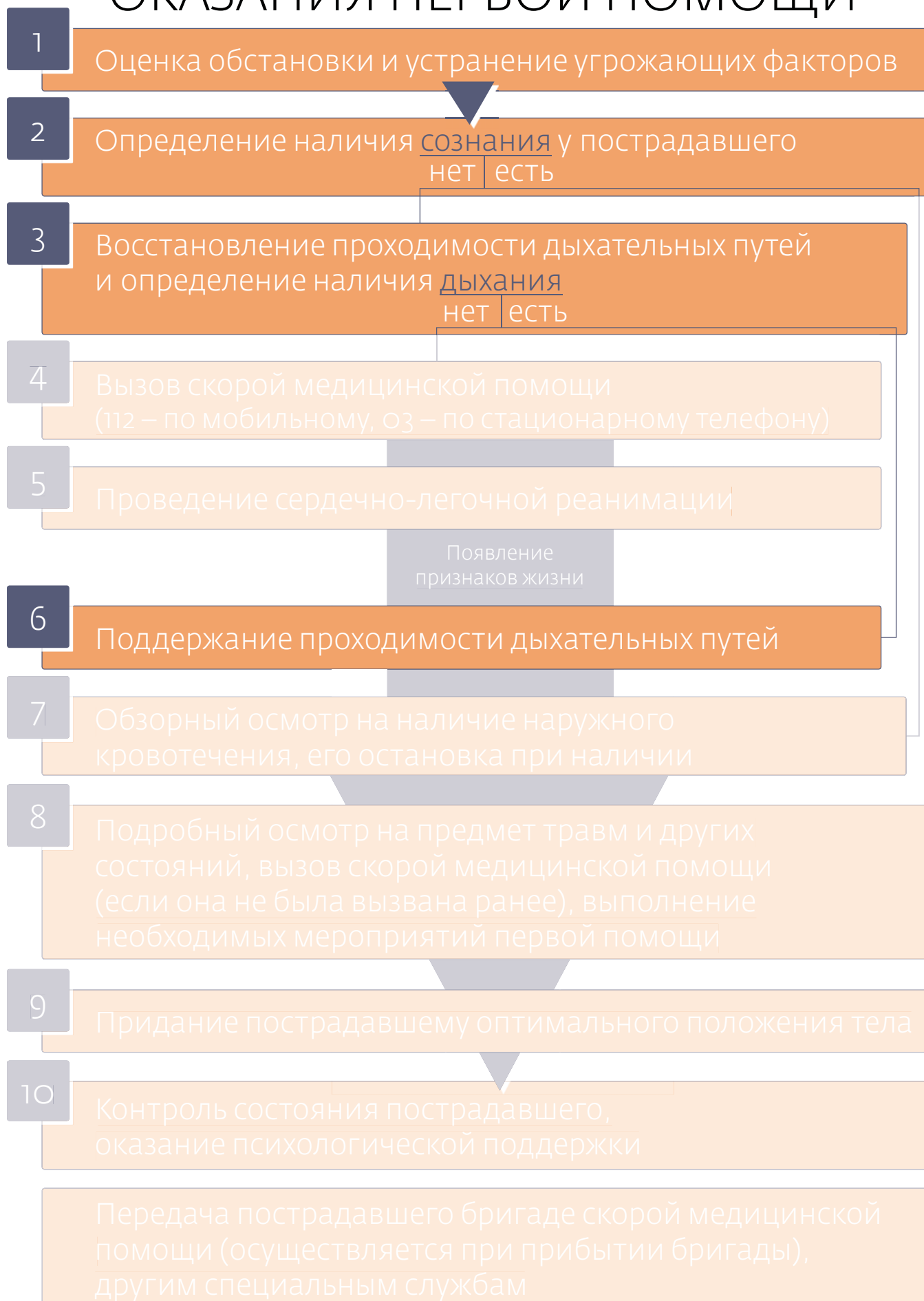
Для придания устойчивого бокового положения вначале необходимо расположить одну руку пострадавшего под прямым углом к его телу.

Шаг 2.



Вторую руку следует приложить тыльной стороной к щеке пострадавшего. При этом следует придерживать его руку своей рукой, поскольку у человека, находящегося без сознания, мышцы тела расслаблены, и его рука не будет самостоятельно сохранять приданное ей положение.

# УНИВЕРСАЛЬНАЯ СХЕМА ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ



## Поддержание проходимости дыхательных путей (придание пострадавшему устойчивого бокового положения)

Шаг 3.



После этого необходимо согнуть дальнюю от работника ногу пострадавшего в колене и поставить ее таким образом, чтобы она опиралась на стопу. Затем следует надавить на колено этой ноги в указанном на рисунке направлении.

При надавливании на колено, как на рычаг, туловище и голова пострадавшего поворачиваются набок. После этого необходимо слегка запрокинуть голову пострадавшего и проконтролировать положение ноги, оказавшейся вверху (она должна быть согнута и подтянута к животу пострадавшего).

Шаг 4.



Пострадавших, находящихся в бессознательном состоянии и имеющих явные признаки тяжелых травм (переломов костей, подозрения на травму позвоночника), следует поворачивать набок крайне осторожно, только при угрозе вдыхания слюны, крови и содержимого желудка. При этом необходимо фиксировать поврежденные конечности, голову и позвоночник (включая его шейный отдел).

# УНИВЕРСАЛЬНАЯ СХЕМА ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ





# Обзорный осмотр пострадавшего и временная остановка наружного кровотечения

## Обзорный осмотр пострадавшего



Обзорный осмотр осуществляется достаточно быстро, в течение 2 – 3 секунд. Цель осмотра – обнаружить явные признаки наружного кровотечения (прежде всего, артериального). Признаками артериального кровотечения могут быть пульсирующая алая струя крови, быстро расплывающаяся лужа крови алого цвета, быстро пропитываемая кровью одежда пострадавшего. Венозное кровотечение представляет собой струю темного (темно-вишневого) цвета, разной интенсивности. Капиллярное кровотечение выглядит как незначительное выделение крови из раны. Смешанное кровотечение наблюдается при глубоких обширных ранениях или ампутациях конечностей, оно выглядит как сочетание артериального и венозного кровотечения.

По внешним признакам кровотечения подразделяются на следующие виды:

- наружное кровотечение сопровождается повреждением кожных покровов, при этом кровь изливается наружу;
- внутреннее кровотечение чаще всего возникает при тупых травмах грудной клетки, живота, сопровождающихся повреждением внутренних органов – легких, печени, селезенки.

**Основным признаком внутреннего кровотечения является сочетание боли в месте травмы и признаков кровопотери:**

- резкая общая слабость;
- чувство жажды;
- головокружение;
- мелькание мушек перед глазами;
- обморок, чаще при попытке встать;

- тошнота и рвота;
- бледная, влажная и холодная кожа;
- учащённый слабый пульс;
- частое дыхание.

*При обнаружении признаков кровотечения следует постараться остановить его доступными приемами. В настоящее время при оказании первой помощи используются следующие способы временной остановки кровотечения:*

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

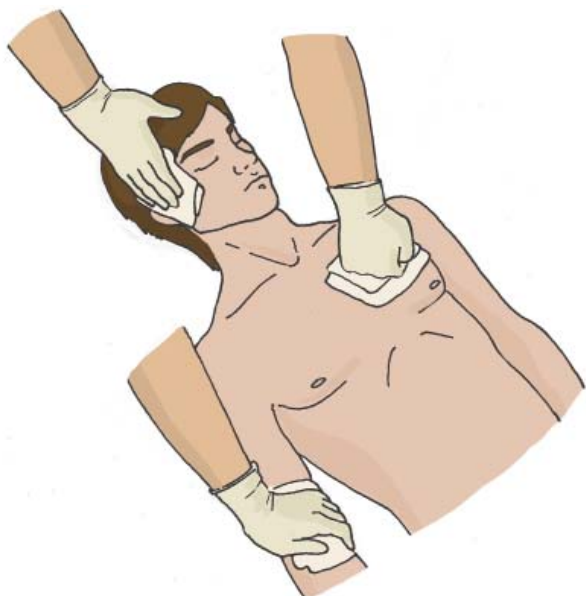


# УНИВЕРСАЛЬНАЯ СХЕМА ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ



## Обзорный осмотр пострадавшего и временная остановка наружного кровотечения

### Прямое давление на рану



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. 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).

### Пальцевое прижатие артерий

Пальцевое прижатие артерии к кости между раной и сердцем 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 (так же, как и прямое давление на рану) используется в первые секунды после обнаружения кровотечения и начала оказания первой помощи, предшествуя наложению кровоостанавливающего жгута. Кроме того, 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 ниже раны.

### Точка пальцевого прижатия сонной артерии



# УНИВЕРСАЛЬНАЯ СХЕМА ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ



## Обзорный осмотр пострадавшего и временная остановка наружного кровотечения

*Пальцевое прижатие артерии  
четырьмя пальцами*



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

*Прижатие сонной артерии  
большим пальцем кисти*



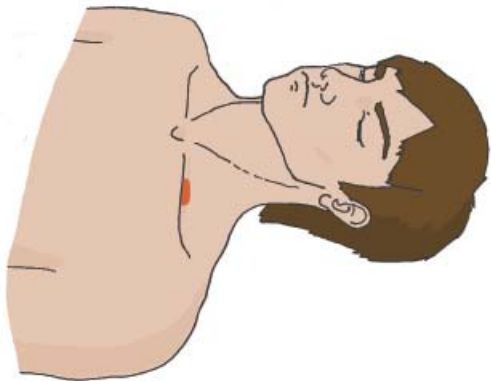
Другим вариантом пальцевого прижатия сонной артерии является давление в ту же точку большим пальцем по направлению к позвоночнику. Прижимать необходимо с достаточной силой, т.к. кровотечения из сонной артерии очень интенсивные.

# УНИВЕРСАЛЬНАЯ СХЕМА ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ



## Обзорный осмотр пострадавшего и временная остановка наружного кровотечения

*Точка прижатия подключичной артерии*



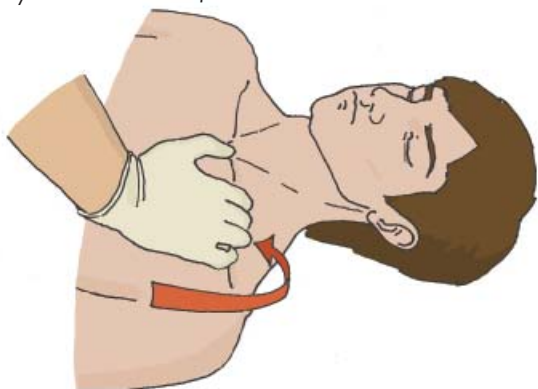
Подключичная артерия прижимается в ямке над ключицей к первому ребру.

*Прижатие подключичной артерии выпрямленными пальцами*



Осуществлять давление в точку прижатия подключичной артерии можно с помощью четырех выпрямленных пальцев.

*Прижатие подключичной артерии согнутыми пальцами*



Другим способом пальцевого прижатия подключичной артерии является давление согнутыми пальцами (как показано на рисунке).

# УНИВЕРСАЛЬНАЯ СХЕМА ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ





## Обзорный осмотр пострадавшего и временная остановка наружного кровотечения

Точка пальцевого прижатия плечевой артерии



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

Пальцевое прижатие плечевой артерии



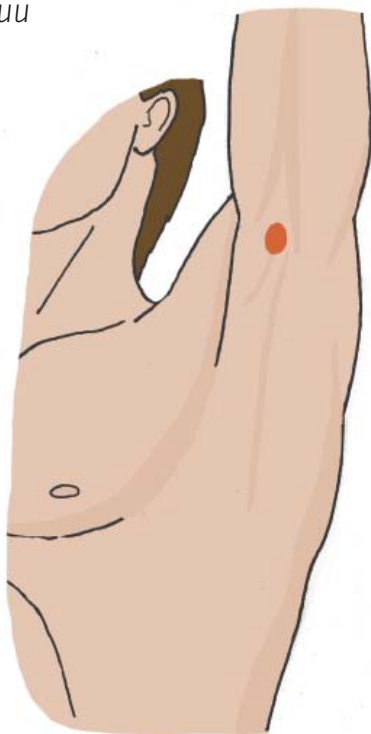
Давление на точку прижатия осуществляется с помощью четырех пальцев кисти, обхватывающей плечо пострадавшего сверху или снизу.

# УНИВЕРСАЛЬНАЯ СХЕМА ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ

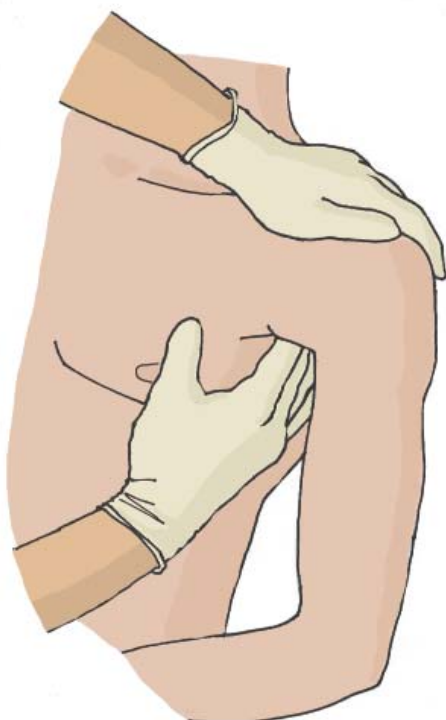


## Обзорный осмотр пострадавшего и временная остановка наружного кровотечения

Точка пальцевого прижатия подмышечной артерии



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



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 свободной рукой.

# УНИВЕРСАЛЬНАЯ СХЕМА ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ



## Обзорный осмотр пострадавшего и временная остановка наружного кровотечения

Точка прижатия бедренной артерии



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

Прижатие бедренной артерии кулаком



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

# УНИВЕРСАЛЬНАЯ СХЕМА ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ



# Обзорный осмотр пострадавшего и временная остановка наружного кровотечения

## Наложение кровоостанавливающего жгута

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:

*Основные правила наложения жгута Эсмарха:*

1. Жгут следует накладывать только при артериальном кровотечении из плечевой и бедренной артерий.
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.
5. Кровотечение останавливается первым (растянутым) туром жгута, все остальные (фиксирующие) туры накладываются так, чтобы каждый последующий тур примерно наполовину перекрывал предыдущий.
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 обездвижить (иммобилизировать) и термоизолировать (укутать) доступными способами.
10. Если максимальное время наложения жгута истекло, а медицинская помощь недоступна, следует сделать следующее:
  - а) Осуществить пальцевое прижатие артерии выше жгута.
  - б) Снять жгут на 15 минут.
  - в) По возможности выполнить лёгкий массаж конечности, на которую был наложен жгут.
  - г) Наложить жгут чуть выше предыдущего места наложения.
  - д) Максимальное время повторного наложения – 15 минут.

*Импровизированные жгуты накладываются по тем же правилам.*

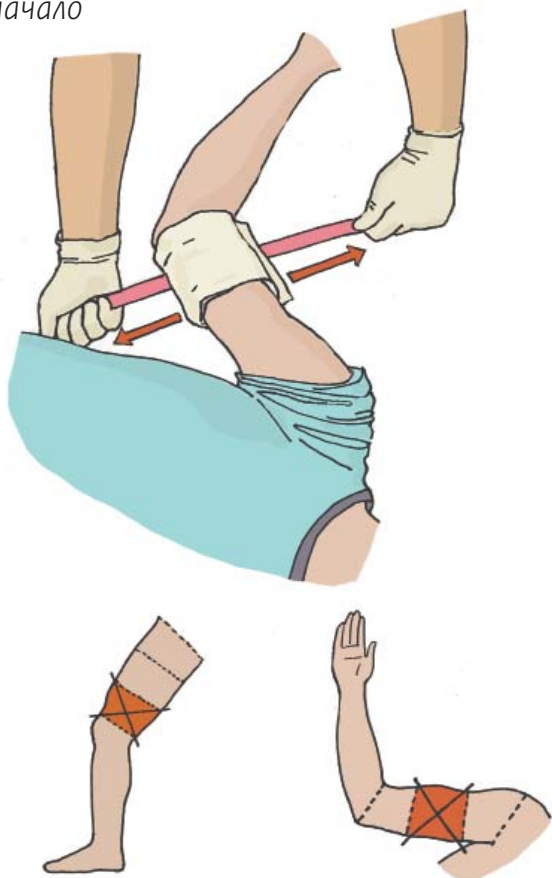


# УНИВЕРСАЛЬНАЯ СХЕМА ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ



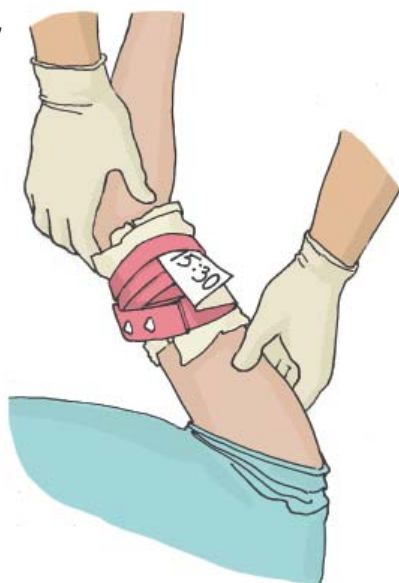
## Обзорный осмотр пострадавшего и временная остановка наружного кровотечения

Наложение кровоостанавливающего жгута Эсмарха, начало



На конечность накладывается тканевая прокладка, жгут подводится под конечность и растягивается. Красным выделены участки плеча и бедра, накладывать на которые жгуты любой конструкции не рекомендуется. Далее растянутый жгут оборачивается вокруг конечности, после чего накладываются последующие туры.

Наложение кровоостанавливающего жгута Эсмарха, окончание



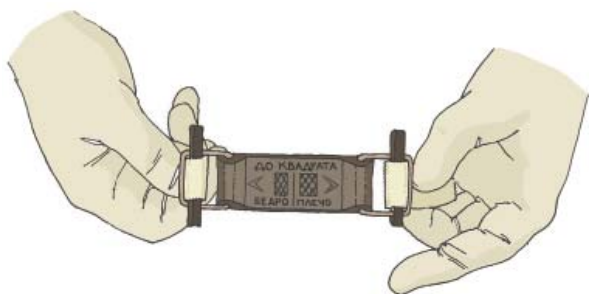
По окончании наложения жгута он фиксируется имеющимися на нем креплениями. Под жгут подкладывается записка с указанием времени наложения, рука пострадавшего иммобилизируется.

# УНИВЕРСАЛЬНАЯ СХЕМА ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ



## Обзорный осмотр пострадавшего и временная остановка наружного кровотечения

Внешний вид кровоостанавливающего жгута с дозированной компрессией



Для остановки артериального кровотечения может использоваться жгут с дозированной компрессией.

На резиновой вставке жгута имеются прямоугольники с надписью «Бедро» и «Плечо». При растяжении вставки они превращаются в квадраты. Превращение прямоугольника в квадрат на соответствующей конечности свидетельствует о достижении необходимого для остановки артериального кровотечения усилия давления.

Наложение кровоостанавливающего жгута с дозированной компрессией



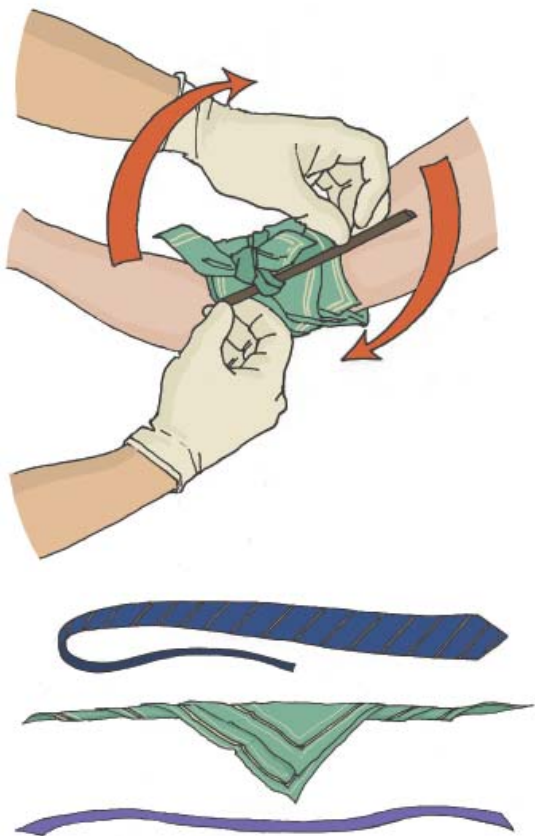
Для наложения жгута он заводится на поврежденную конечность, концы ленты растягиваются в стороны и автоматически фиксируются пряжкой. Красным выделены участки плеча и бедра, накладывать на которые жгуты любой конструкции не рекомендуется

# УНИВЕРСАЛЬНАЯ СХЕМА ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ



## Обзорный осмотр пострадавшего и временная остановка наружного кровотечения

Наложение импровизированного кровоостанавливающего жгута (жгута-закрутки)



В качестве жгута можно использовать 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). После остановки кровотечения прут следует закрепить, привязав его к конечности бинтом или подручным материалом.

Наложение давящей повязки с использованием жгута



Используется при сильном кровотечении из сосудов шеи. Для предупреждения прекращения кровоснабжения головного мозга вследствие перекрытия сосудов на стороне, противоположной ранению, жгут накладывается через руку пострадавшего или подручные материалы (например, доску).

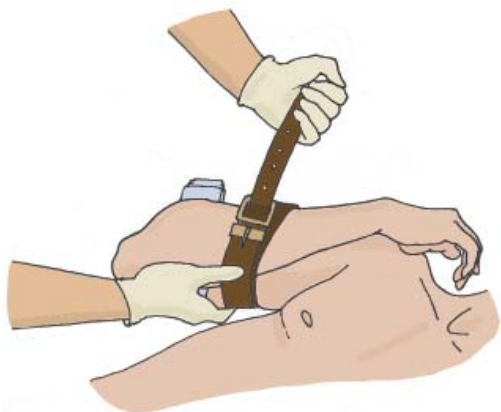
# УНИВЕРСАЛЬНАЯ СХЕМА ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ





## Обзорный осмотр пострадавшего и временная остановка наружного кровотечения

*Максимальное сгибание руки  
в локтевом суставе*



*Максимальное сгибание ноги  
в коленном суставе*



*Максимальное сгибание ноги  
в тазобедренном суставе*



Максимальное сгибание конечности в суставе приводит к перегибу и сдавлению кровеносного сосуда, что способствует прекращению кровотечения. Этот способ достаточно эффективно останавливает кровотечение. Для повышения эффективности в область сустава необходимо вложить 1 – 2 бинта или свернутую валиком одежду. После сгибания конечность фиксируют руками, несколькими турами бинта или подручными средствами (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 и паха нижнюю конечность сгибают в тазобедренном суставе и фиксируют руками или бинтом. В паховую складку вкладывают валик из ткани или несколько бинтов.

# УНИВЕРСАЛЬНАЯ СХЕМА ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ



## Подробный осмотр пострадавшего и выполнение необходимых мероприятий первой помощи

*Осмотр головы пострадавшего*



Подробный осмотр производится для выявления травм различных областей тела. Он более детальный, чем обзорный и производится в определенной последовательности. Вначале осматривается и аккуратно ощупывается голова.

*Осмотр шеи пострадавшего*



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

*Осмотр груди и спины пострадавшего*



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.

# УНИВЕРСАЛЬНАЯ СХЕМА ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ



## Подробный осмотр пострадавшего и выполнение необходимых мероприятий первой помощи

*Осмотр живота и таза пострадавшего*



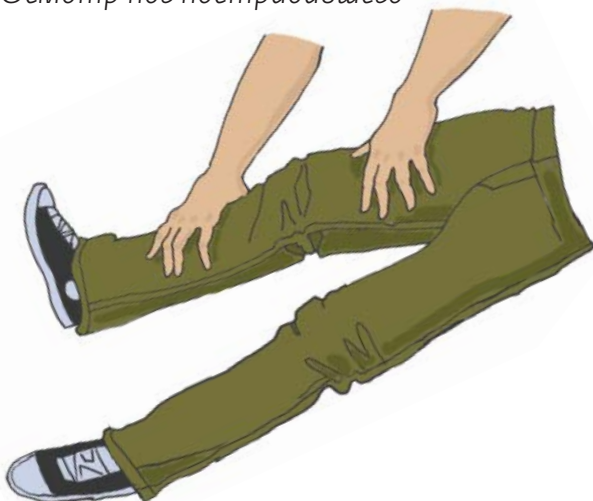
После осмотра грудной клетки следует осмотреть живот и область таза. Важно уделить внимание не только поиску открытых ран, но и наличию кровоподтеков и ссадин как признаков возможной тупой травмы живота, внутренних органов и костей таза.

*Осмотр рук пострадавшего*



Последними осматриваются конечности, также допускается аккуратное ощупывание указанных областей. При осмотре конечностей следует обратить внимание на их возможную деформацию как один из признаков перелома костей.

*Осмотр ног пострадавшего*



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

# УНИВЕРСАЛЬНАЯ СХЕМА ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ





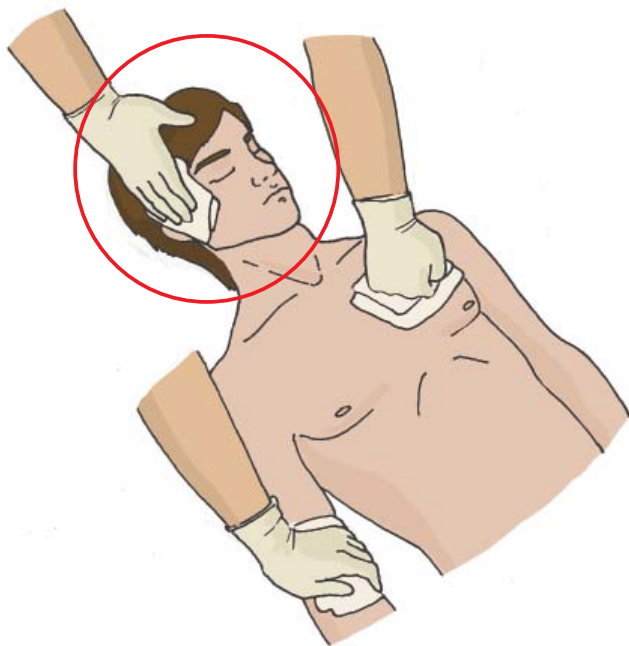
## Подробный осмотр пострадавшего и выполнение необходимых мероприятий первой помощи

*Осмотр головы*



Травмы головы являются наиболее опасными повреждениями, обнаруживаемыми при подробном осмотре. Основная опасность этих повреждений на этапе оказания первой помощи заключается в значительном кровотечении при ранении волосистой части головы и в потере сознания у пострадавшего на срок различной длительности. Потеря сознания может сопровождаться нарушением проходимости дыхательных путей, что обуславливает необходимость придания пострадавшему устойчивого бокового положения.

*Прямое давление на рану на голове*



Остановка кровотечения при ранении головы возможна путем прямого давления на рану. При этом давление осуществляется для прижатия поврежденных сосудов к костям черепа. Нельзя применять этот способ при открытых черепно-мозговых травмах.



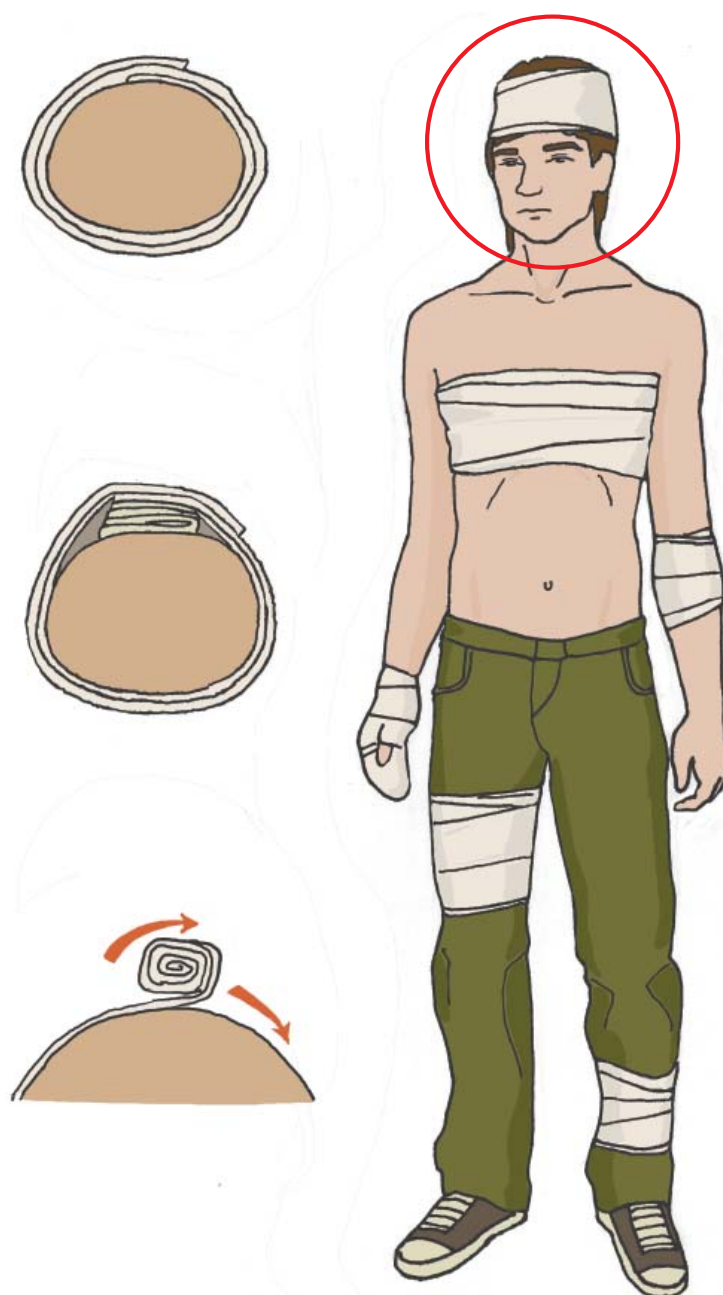
# УНИВЕРСАЛЬНАЯ СХЕМА ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ



## Подробный осмотр пострадавшего и выполнение необходимых мероприятий первой помощи

Для более продолжительной остановки кровотечения можно использовать давящую повязку на голову. При этом следует соблюдать общие принципы наложения бинтовых повязок (на рану желательно положить стерильные салфетки из укладки или аптечки, бинт должен раскатываться по ходу движения, по окончании наложения повязку следует закрепить, завязав свободный конец бинта вокруг головы или под подбородком). Основная задача повязки – остановить кровотечение.

*Повязка на голову*



# УНИВЕРСАЛЬНАЯ СХЕМА ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ



## Подробный осмотр пострадавшего и выполнение необходимых мероприятий первой помощи

*Осмотр шеи пострадавшего*



Одной из наиболее опасных травм шеи является повреждение шейного отдела позвоночника). При неправильном оказании первой помощи состояние пострадавшего может значительно ухудшиться, вплоть до развития остановки дыхания и кровообращения. Поэтому важным является фиксация шейного отдела позвоночника. Эта фиксация может осуществляться руками (например, при экстренном извлечении и перемещении пострадавшего) или с помощью специальных приспособлений (воротник-шина шейная).

*Фиксация головы и шеи пострадавшего с подозрением на травму шейного отдела позвоночника*



При экстренном извлечении пострадавшего с подозрением на травму шейного отдела позвоночника из автомобиля или труднодоступного места следует фиксировать его голову рукой за нижнюю челюсть.

# УНИВЕРСАЛЬНАЯ СХЕМА ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ



## Подробный осмотр пострадавшего и выполнение необходимых мероприятий первой помощи

*Фиксация головы и шеи пострадавшего при подъеме и переноске*



В случае, когда пострадавшего с подозрением на травму шейного отдела позвоночника необходимо перенести, следует осуществлять фиксацию его головы и шеи предплечьями. При этом кисти работника располагаются так, как показано на рисунке.

При наличии в оснащении шейного воротника-шины:

*Фиксация головы и шеи руками при подозрении на травму шейного отдела позвоночника у пострадавшего, сидящего в автомобиле*



Перед началом наложения шейного воротника-шины работник удерживает его голову своими кистями, расположив предплечья в области надплечий пострадавшего.

*Надевание и закрепление воротника на пострадавшего, сидящего в автомобиле*



После этого помощник работника накладывается и закрепляет шейный воротник-шину.

# УНИВЕРСАЛЬНАЯ СХЕМА ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ





## Подробный осмотр пострадавшего и выполнение необходимых мероприятий первой помощи

При наложении шейного воротника-шины на лежащего пострадавшего также один из работников фиксирует голову пострадавшего руками. Помощник подсовывает заднюю часть воротника под шею пострадавшего.

*Фиксация головы и шеи при подозрении на травму шейного отдела позвоночника у лежащего пострадавшего, подсовывание шейного воротника-шины*



После того, как задняя часть воротника окажется под шеей пострадавшего, передняя его часть загибается вперед и фиксируется (способ фиксации определяется конструкцией воротника).

*Закрепление шейного воротника-шины*



# УНИВЕРСАЛЬНАЯ СХЕМА ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ



## Подробный осмотр пострадавшего и выполнение необходимых мероприятий первой помощи

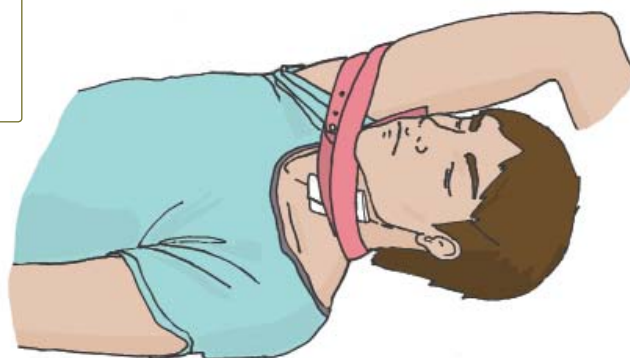
Крайне опасным является повреждение крупных сосудов шеи, в частности, сонной артерии. Необходимо как можно быстрее остановить артериальное кровотечение. В первые секунды после ранения это можно осуществить пальцевым прижатием артерии. При венозном кровотечении можно осуществить прямое давление на рану.

*Остановка артериального кровотечения при ранении шеи (пальцевое прижатие сонной артерии)*



Для более продолжительной остановки кровотечения из сосудов шеи возможно наложить давящую повязку с использованием жгута. При этом следует помнить, что она накладывается через руку или подручные материалы для предупреждения пережатия сосудов на неповрежденной стороне шеи.

*Остановка кровотечения при ранении шеи (наложение давящей повязки с помощью жгута)*



# УНИВЕРСАЛЬНАЯ СХЕМА ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ



## Подробный осмотр пострадавшего и выполнение необходимых мероприятий первой помощи

*Осмотр грудной клетки пострадавшего*



Опасность для жизни повреждений грудной клетки обусловлена наличием в ней жизненно важных органов – сердца и легких, а также крупных сосудов.

*Остановка кровотечения при ранении грудной клетки прямым давлением на рану*



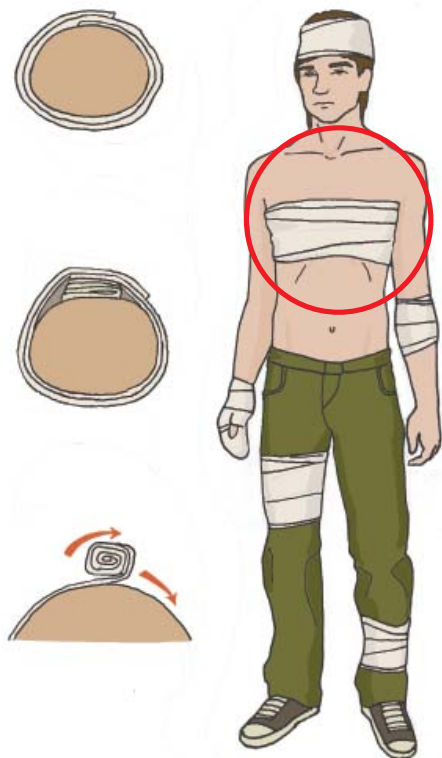
Временную остановку кровотечения при ранении груди можно произвести прямым давлением на рану. При этом способе на рану накладываются стерильные салфетки или бинт, после чего осуществляется давление на рану.

# УНИВЕРСАЛЬНАЯ СХЕМА ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ



## Подробный осмотр пострадавшего и выполнение необходимых мероприятий первой помощи

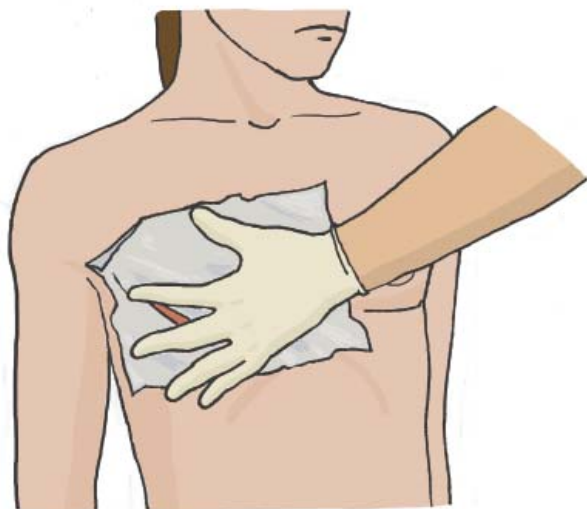
Наложение повязки на грудную клетку



Другим способом остановки кровотечения является наложение давящей повязки на рану, которая накладывается в соответствии с общими правилами наложения таких повязок.

Значительную опасность для жизни пострадавшего представляет так называемый пневмоторакс – травма грудной клетки, сопровождающаяся попаданием воздуха в полость грудной клетки и серьезными нарушениями дыхания и кровообращения у пострадавшего. Отсутствие своевременной и адекватной первой помощи существенно ухудшает состояние пострадавшего и может привести к смерти в течение нескольких минут. Признаками пневмоторакса являются тяжелое состояние пострадавшего, наличие раны на груди (при вдохе в эту рану засасывается воздух, при выдохе из нее выделяется воздух с кровавой пеной). При оказании помощи таким пострадавшим необходимо как можно быстрее устранить открытый пневмоторакс наложением на рану окклюзионной повязки. Для этого на рану накладывается воздухо-непроницаемый материал – упаковка от бинта, салфеток или индивидуального перевязочного пакета. Упаковка должна накладываться внутренней стерильной стороной к телу.

Закрытие проникающего ранения грудной клетки воздухо-непроницаемым материалом (оболочкой от стерильного пакета)



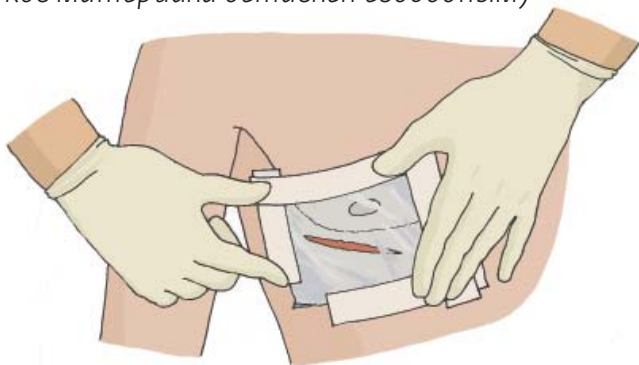


# УНИВЕРСАЛЬНАЯ СХЕМА ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ



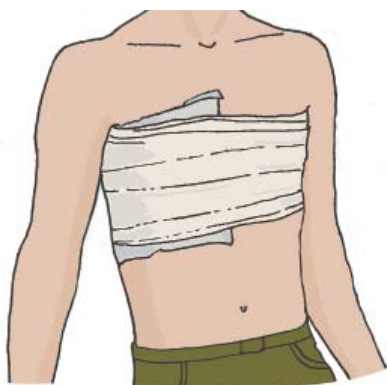
## Подробный осмотр пострадавшего и выполнение необходимых мероприятий первой помощи

*Закрепление воздухонепроницаемого материала лейкопластырем (один из уголков материала оставлен свободным)*



После наложения воздухонепроницаемого материала его можно закрепить лейкопластырем по периметру. Оставленный свободный уголок выполняет функцию клапана – не дает воздуху поступать в грудную клетку и позволяет снизить избыточное давление в ней.

*Закрепление воздухонепроницаемого материала бинтовой повязкой*



Другим доступным способом является закрепления воздухонепроницаемого материала бинтовой повязкой. На этапе наблюдения за пострадавшим до прибытия скорой медицинской помощи или до доставки его в лечебное учреждение необходимо контролировать положение повязки.

*Придание полусидячего положения*



Также такому пострадавшему на этапе транспортировки или ожидания прибытия бригады скорой медицинской помощи необходимо придать полусидячее положение с наклоном в поврежденную сторону.

# УНИВЕРСАЛЬНАЯ СХЕМА ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ



## Подробный осмотр пострадавшего и выполнение необходимых мероприятий первой помощи

*Осмотр живота и таза*



Повреждения живота и таза достаточно часто встречаются при автодорожных происшествиях. Основную роль в спасении жизни таких пострадавших играет фактор своевременной доставки пострадавшего в хирургический стационар. Поэтому основная задача работника – внимательно осмотреть пострадавшего, заподозрить травму живота, вызвать скорую медицинскую помощь и до ее прибытия – оказать первую помощь пострадавшему.

*Придание пострадавшему противошокового положения*



Первая помощь в этом случае будет заключаться в остановке кровотечения (прямым давлением на рану или наложением давящей повязки), использовании местного охлаждения и придании пострадавшему «противошокового положения» (на спине с приподнятыми ногами).

*Придание пострадавшему положения на спине с валиком под полусогнутыми и разведенными ногами*



При подозрении на травму костей таза (боли в паховой области, невозможности или выраженной болезненности при движениях ногами, наличии кровоподтеков в области таза) пострадавшему лучше придать положение на спине с валиком под полусогнутыми и разведенными ногами. Запрещено вправлять или туго бинтовать выпавшие внутренние органы, поить и кормить пострадавшего.

# УНИВЕРСАЛЬНАЯ СХЕМА ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ



## Подробный осмотр пострадавшего и выполнение необходимых мероприятий первой помощи

*Осмотр рук пострадавшего*



Важным является внимательный осмотр конечностей пострадавшего для определения характера возможных травм – кровотечения, переломов.

*Осмотр ног пострадавшего*



Наибольшую опасность при травмах конечностей представляет сильное кровотечение (преимущественно, артериальное и смешанное). Поэтому при определении у пострадавшего кровотечения следует осуществить его временную остановку доступными способами.

# УНИВЕРСАЛЬНАЯ СХЕМА ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ





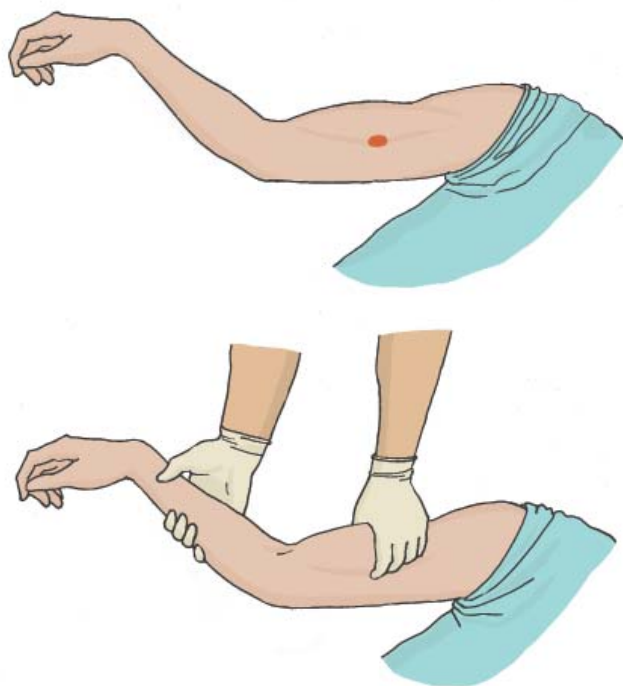
## Подробный осмотр пострадавшего и выполнение необходимых мероприятий первой помощи

Остановка кровотечения на конечности путем прямого давления на рану



Наиболее быстрым и простым способом является прямое давление на рану. Используя этот способ, можно остановить кровотечение слабой и средней интенсивности.

Остановка артериального кровотечения при травме руки пальцевым прижатием плечевой артерии



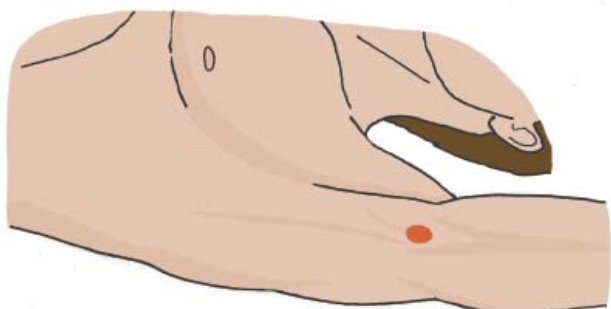
Для остановки кровотечения при повреждении крупных артерий конечностей следует использовать их пальцевое прижатие в соответствии с местом ранения конечности.

# УНИВЕРСАЛЬНАЯ СХЕМА ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ



## Подробный осмотр пострадавшего и выполнение необходимых мероприятий первой помощи

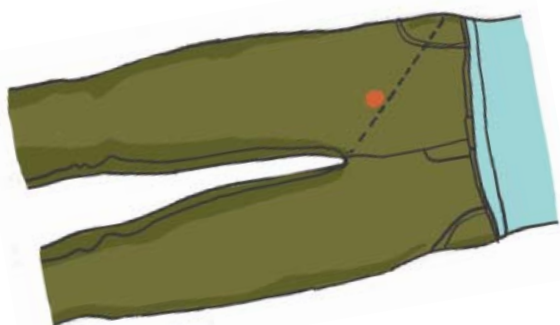
Остановка артериального кровотечения при травме руки пальцевым прижатием подмышечной артерии



Давление в точку прижатия подмышечной артерии производится прямыми, жестко зафиксированными пальцами с достаточной силой в направлении плечевого сустава. При этом область плечевого сустава пострадавшего следует придерживать другой рукой.



Остановка артериального кровотечения при травме ноги путем пальцевого прижатия бедренной артерии



Давление в точку прижатия бедренной артерии должно осуществляться со значительной силой для достижения необходимого эффекта.

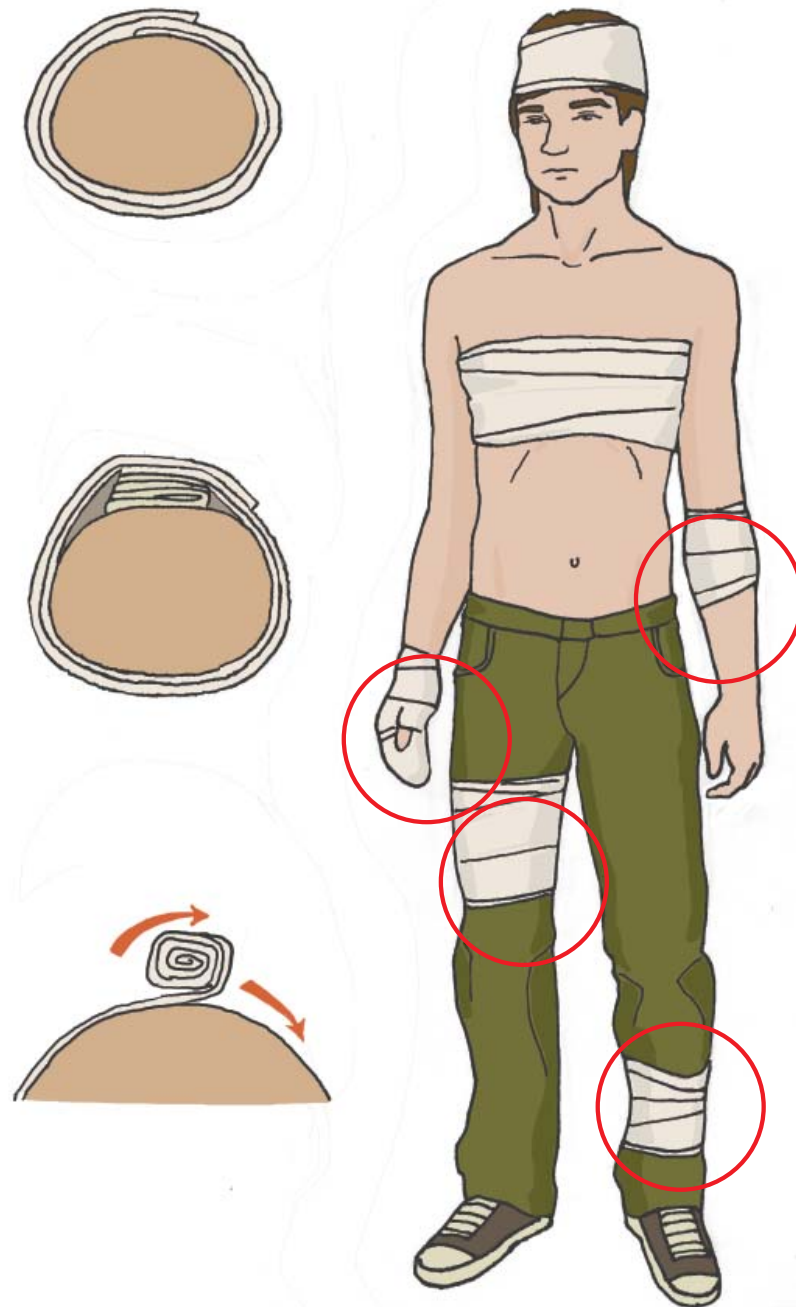


# УНИВЕРСАЛЬНАЯ СХЕМА ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ



# Подробный осмотр пострадавшего и выполнение необходимых мероприятий первой помощи

*Наложение давящих повязок на конечности*



При повреждениях конечностей на раны накладывают давящие повязки с использованием бинтов и стерильных салфеток.

# УНИВЕРСАЛЬНАЯ СХЕМА ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ



## Подробный осмотр пострадавшего и выполнение необходимых мероприятий первой помощи

*Аутоиммобилизация при переломе голени (зафиксированы голеностопный и коленный суставы)*



При переломах костей конечностей иммобилизация (обездвиживание) требуется только в случае, когда есть необходимость перемещения или транспортировки пострадавшего попутным или служебным транспортом. При этом возможно проведение иммобилизации шинами, входящими в состав укладки, или выполнение мягкой иммобилизации (свернутой в валик одеждой). В некоторых случаях возможна аутоиммобилизация – например, прибинтовывание травмированной ноги к здоровой.

*Аутоиммобилизация при переломе предплечья (зафиксированы лучезапястный и локтевой суставы)*



При переломе костей руки возможна фиксация поврежденной конечности к туловищу. В прочих случаях следует ограничиться приданием поврежденной конечности удобного для пострадавшего положения, приложения холода к месту предполагаемого перелома, вызова и ожидания скорой медицинской помощи. При открытом переломе (когда костные отломки повредили кожные покровы) оказание первой помощи следует начинать с остановки кровотечения.



# УНИВЕРСАЛЬНАЯ СХЕМА ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ



## Придание пострадавшему оптимального положения 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.

Положение на спине с полусогнутыми и разведенными ногами



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.

Полусидячее положение с наклоном в пораженную сторону



Пострадавшему с травмой грудной клетки предпочтительно расположиться в полусидячем положении с наклоном туловища в сторону пораженной стороны грудной клетки. Для этого пострадавшего можно опереть о стену, автомобиль и т.д.

# УНИВЕРСАЛЬНАЯ СХЕМА ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ



## Придание пострадавшему оптимального положения тела

*Устойчивое боковое положение*



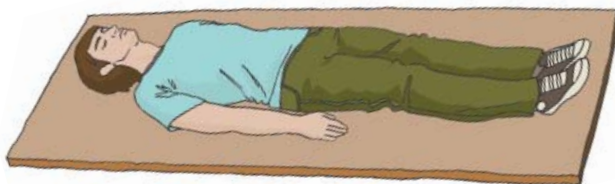
Пострадавшему без сознания необходимо придать устойчивое боковое положение.

*Положение на спине с приподнятыми ногами*



Пострадавший с сильным наружным кровотечением или признаками внутреннего кровотечения должен находиться в положении лежа на спине с приподнятыми ногами, под которые подкладываются сумки или одежда.

*Положение пострадавшего с подозрением на травму позвоночника*



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

*Применение спасательного покрывала*



Пострадавшие с тяжелыми травмами должны быть закутаны в спасательное одеяло, серебристой стороной к телу.

# УНИВЕРСАЛЬНАЯ СХЕМА ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ



## Контроль состояния пострадавшего, оказание психологической поддержки

### Влияние экстремальной ситуации на работника

1. Дефицит времени, что требует быстрого принятия решения.
2. Чувство ответственности и долга.
3. Необходимость четких и правильных действий.
4. Влияние личности пострадавшего (родственные и дружественные связи и т.д.).

*Все это может привести к усилению стрессовых воздействий на работника и, как следствие, к менее эффективному и адекватному оказанию первой помощи.*

### Пути решения этих проблем:

1. Отработка навыков оказания первой помощи пострадавшим до автоматизма путем многократного повторения четкого алгоритма действий помощи, с использованием реальных средств и устройств.
2. Необходимость действовать, так как без оказания помощи даже в минимальном объеме (восстановление и поддержание проходимости дыхательных путей, остановка наружного кровотечения и т.п.) состояние тяжелопострадавшего будет прогрессивно ухудшаться вплоть до гибели.

### Влияние экстремальной ситуации на пострадавшего

1. Болевое воздействие на организм человека. Выраженные болевые ощущения вызывают заметные физиологические и психологические сдвиги в организме пострадавшего.
2. Страх смерти.
3. Страх обезображивания.
4. Страх потери конечности.
5. Страх потери трудоспособности.
6. Страх неграмотности участника оказания первой помощи.
7. Страх за пострадавших близких, особенно если в результате происшествия утрачен визуальный или иной контакт с ними.
8. Ощущение брошенности.

# УНИВЕРСАЛЬНАЯ СХЕМА ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ





## Контроль состояния пострадавшего, оказание психологической поддержки

### Пути решения проблем:

- 1.** Применение простейших методов обезболивания (придание оптимального положения, обездвиживание травмированной конечности, местное охлаждение).
- 2.** Сообщение о квалификации участника оказания первой помощи (курсы и т.д.).
- 3.** Получение разрешения от пострадавшего на любую манипуляцию по оказанию первой помощи, разъясняя, в чем ее суть.
- 4.** Постоянный контакт с пострадавшим — вербальный (словесный) и тактильный, что позволяет контролировать его состояние и своевременно реагировать на изменения.
- 5.** Реальная информация о состоянии пострадавшего в деликатной форме.
- 6.** Дать знать другим пострадавшим, что они не останутся без помощи.

### Общение с помощниками:

- 1.** Следует давать конкретные и однозначные команды громким уверенным голосом. Неконкретность и неоднозначность команд может привести к неправильным и несвоевременным действиям помощников.
- 2.** Не следует обсуждать тяжесть состояния пострадавших с помощником.

### После экстремальной ситуации

После разрешения экстремальной ситуации могут наблюдаться остаточные явления психоэмоционального стресса, что может привести к психологическим расстройствам, на фоне которых могут сформироваться различные заболевания. Особенно тяжело переносится смерть пострадавшего в присутствии участника оказания первой помощи. Возможны переживания из-за неадекватного (неправильного, неполного) оказания первой помощи пострадавшему. Иногда возникает явление «зацикленности» на ситуации, когда вновь и вновь проигрываются обстоятельства оказания помощи пострадавшим.

Наиболее правильным в подобной ситуации будет убеждение участника оказания первой помощи в правильности и полноте его действий. При зацикленности следует «переиграть» ситуацию заново в режиме реального времени, повторить оказание первой помощи.

# УНИВЕРСАЛЬНАЯ СХЕМА ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ



## Передача пострадавшего бригаде скорой медицинской помощи

*Наблюдение за пострадавшим осуществляется до момента передачи его бригаде скорой медицинской помощи.*

В случае, если прибытие бригады скорой медицинской помощи невозможно, работник может принять решение о доставке пострадавшего попутным или служебным транспортом. При этом следует соблюдать следующие принципы:

- 1.** Транспортировку следует осуществлять в ближайшее многопрофильное учреждение уровня не ниже центральной районной больницы.
- 2.** Пострадавшего при транспортировке следует сопровождать для контроля за его состоянием и оказания необходимой помощи.
- 3.** Предпочтение следует отдавать автотранспорту, в котором с удобством могут расположиться пострадавший и сопровождающие лица, например, микроавтобусы, автобусы, грузовики с кунгом и т.п.
- 4.** Во время транспортировки желательно, чтобы пострадавший находился в оптимальном для него положении, зависящем от его состояния.

Перемещать пострадавшего можно различными способами, зависящими от количества участников оказания первой помощи, их физических возможностей и характера травм.

*Перемещение пострадавшего в одиночку с поддержкой*



Используется для перемещения легкопострадавших лиц, находящихся в сознании.

# УНИВЕРСАЛЬНАЯ СХЕМА ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ



## Передача пострадавшего бригаде скорой медицинской помощи

*Переноска пострадавшего в одиночку волоком*



Применяется для перемещения на близкое расстояние пострадавших, имеющих значительный вес. Нежелательно использовать у пострадавших с травмами нижних конечностей.

*Переноска пострадавшего в одиночку на спине*



Может использоваться для переноски пострадавших, обладающих невысоким весом. Не применяется для переноски пострадавших, находящихся без сознания.

# УНИВЕРСАЛЬНАЯ СХЕМА ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ



## Передача пострадавшего бригаде скорой медицинской помощи

*Переноска пострадавшего на руках*



Используется работниками, имеющими значительную физическую силу. Этим способом возможна переноска бессознательных пострадавших. Нежелательно переносить так пострадавших с подозрением на травму позвоночника.

*Переноска пострадавшего в одиночку на плече*



При переноске таким способом следует поддерживать пострадавшего за руку. Этот способ не применяется при переноске пострадавших с травмами груди и живота.

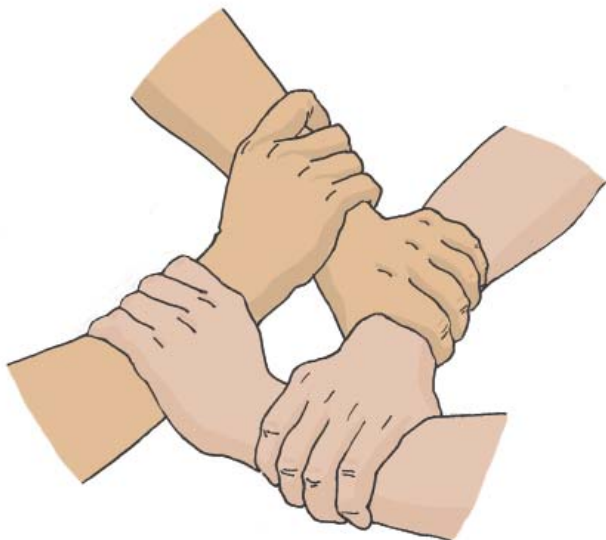


# УНИВЕРСАЛЬНАЯ СХЕМА ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ



## Передача пострадавшего бригаде скорой медицинской помощи

Формирование замка из четырех рук



Руки берутся таким образом, чтобы обхватить запястье другой руки и руки помощника. Фиксация кистей должна быть достаточно прочной, чтобы удержать пострадавшего.

Переноска пострадавшего вдвоем на замке из четырех рук



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

# УНИВЕРСАЛЬНАЯ СХЕМА ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ



## Передача пострадавшего бригаде скорой медицинской помощи

Формирование замка из трех рук



При использовании этого способа один из работников не берет руку в замок, а располагает ее на плече у помощника. На эту руку пострадавший может опираться при переноске.

Переноска пострадавшего с поддержкой вдвоем на замке из трех рук с поддержкой под спину



Таким образом осуществляется переноска пострадавших, у которых есть риск потери сознания или пострадавших, которые не могут удержаться на замке из четырех рук.

Переноска пострадавшего вдвоем за руки и ноги



При переноске этим способом, один из работников держит пострадавшего под мышки, а другой - под колени. Движение при этом производится вперед.

# УНИВЕРСАЛЬНАЯ СХЕМА ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ



## Передача пострадавшего бригаде скорой медицинской помощи

*Переноска пострадавшего на носилках*



При переноске на дальние расстояния целесообразно использовать табельные или импровизированные мягкие носилки. При этом один из работников обязательно должен руководить процессом перекладывания пострадавшего на носилки и их подъема.

*Переноска пострадавшего с подозрением на травму позвоночника*



Для переноски пострадавшего с подозрением на травму позвоночника необходимо несколько человек, которые под руководством одного из работников поднимают и переносят пострадавшего.

*Фиксация головы и шеи пострадавшего с подозрением на травму позвоночника предплечьями участника оказания первой помощи при его подъеме и переноске*



При переноске необходимо фиксировать голову и шею пострадавшего предплечьями.