

**Федеральное государственное казенное образовательное
учреждение высшего образования
«Орловский юридический институт
Министерства внутренних дел Российской Федерации
имени В. В. Лукьянова»**

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ

(для сотрудников органов внутренних дел)

Учебное пособие



**Орёл
ОрЮИ МВД России имени В. В. Лукьянова
2017**

УДК 61
ББК 51
П26

Рецензенты:

- С. В. Булатецкий, профессор кафедры уголовного процесса и криминалистики Рязанского филиала Московского университета МВД России имени В. Я. Кикотя, доктор медицинских наук;
- В. А. Тарасенко, начальник кафедры профессиональной подготовки ФГКОУ ВО ВСМ МВД России, кандидат технических наук, доцент

Авторский коллектив:

Мальцева О. А.,
Трусова Е. А.,
Дежурный Л. И.,
Неудухин Г. В.,
Закурдаева А. Ю.

П26 Первая помощь (для сотрудников органов внутренних дел) : учебное пособие / О. А. Мальцева [и др.]. – Орёл : ОрЮИ МВД России имени В. В. Лукьянова, 2017. – 80 с.

В данном учебном пособии в систематизированном и наглядном виде представлен курс: «Первая помощь». Учебное пособие содержит: общий порядок действий сотрудников ОВД на месте происшествия, мероприятия по оценке обстановки и обеспечению безопасных условий для оказания первой помощи и другие мероприятия по спасению жизни человека.

Предназначено для сотрудников органов внутренних дел, курсантов и слушателей образовательных организаций МВД России.

Пособие публикуется в авторской редакции.

УДК 61
ББК 51

© ОрЮИ МВД России имени В. В. Лукьянова, 2017

Оглавление

Введение.....	4
Общий порядок действий сотрудников МВД на месте происшествия.....	7
Мероприятия по оценке обстановки и обеспечению безопасных условий для оказания первой помощи.....	12
Определение наличия сознания у пострадавшего.....	16
Восстановление проходимости дыхательных путей и определение признаков жизни.....	18
Вызов скорой медицинской помощи и других специальных служб...	26
Проведение сердечно-легочной реанимации.....	28
Поддержание проходимости дыхательных путей.....	34
Обзорный осмотр пострадавшего и временная остановка наружного кровотечения.....	38
Подробный осмотр пострадавшего и выполнение необходимых мероприятий первой помощи.....	56
Придание пострадавшему оптимального положения тела.....	64
Контроль состояния пострадавшего, оказание психологической поддержки.....	68
Передача пострадавшего бригаде скорой медицинской помощи.....	71

Введение

Служба в полиции – это работа, требующая от человека проявления самых лучших его качеств: честности, порядочности, желания и готовности прийти на помощь людям. Такая работа очень опасна, полицейский не только рискует своей жизнью и здоровьем, но и обязан защищать жизнь других людей, обеспечивать их безопасность.

По роду своей деятельности полицейский зачастую оказывается в ситуации, когда последствием ЧП (перестрелки, разбои, грабежи и т. д.) является наличие одного или нескольких человек с тяжелыми травмами. В такой ситуации действовать необходимо быстро и четко – время для пострадавших с тяжелыми травмами имеет большое значение. В медицине существует правило «золотого часа», т. е. промежутка времени после получения травмы пострадавшим, когда состояние человека балансирует между жизнью и смертью, а помощь, оказанная ему в этот момент, является максимально эффективной.

Отметим, что полиция не всегда может рассчитывать на быстрое прибытие скорой медицинской помощи, учитывая загруженность дорог в крупных населенных пунктах. В случае если полицейские оказались на месте преступления раньше бригады скорой помощи, задача по оказанию первой помощи пострадавшим в таком случае возложена именно на них.

Что же такое первая помощь? Первая помощь – это комплекс простейших мероприятий по спасению жизни пострадавшего, цель которых состоит в устранении явлений, угрожающих жизни, в предупреждении дальнейших повреждений и возможных осложнений. Многие полагают, что для оказания первой помощи необходимо обладать как минимум медицинским образованием.

Это не так: в отличие от медицинской помощи первая помощь может осуществляться любым человеком, для этого необходимо овладеть лишь несколькими элементарными навыками.

Однако если первая помощь не будет оказана в самое ближайшее время после несчастного случая эффективность помощи квалифицированного врача и вероятность спасения человеческой жизни крайне малы. Таким образом, первая помощь от полицейского приобретает особую ценность в критической ситуации, когда рядом нет медицинского работника.

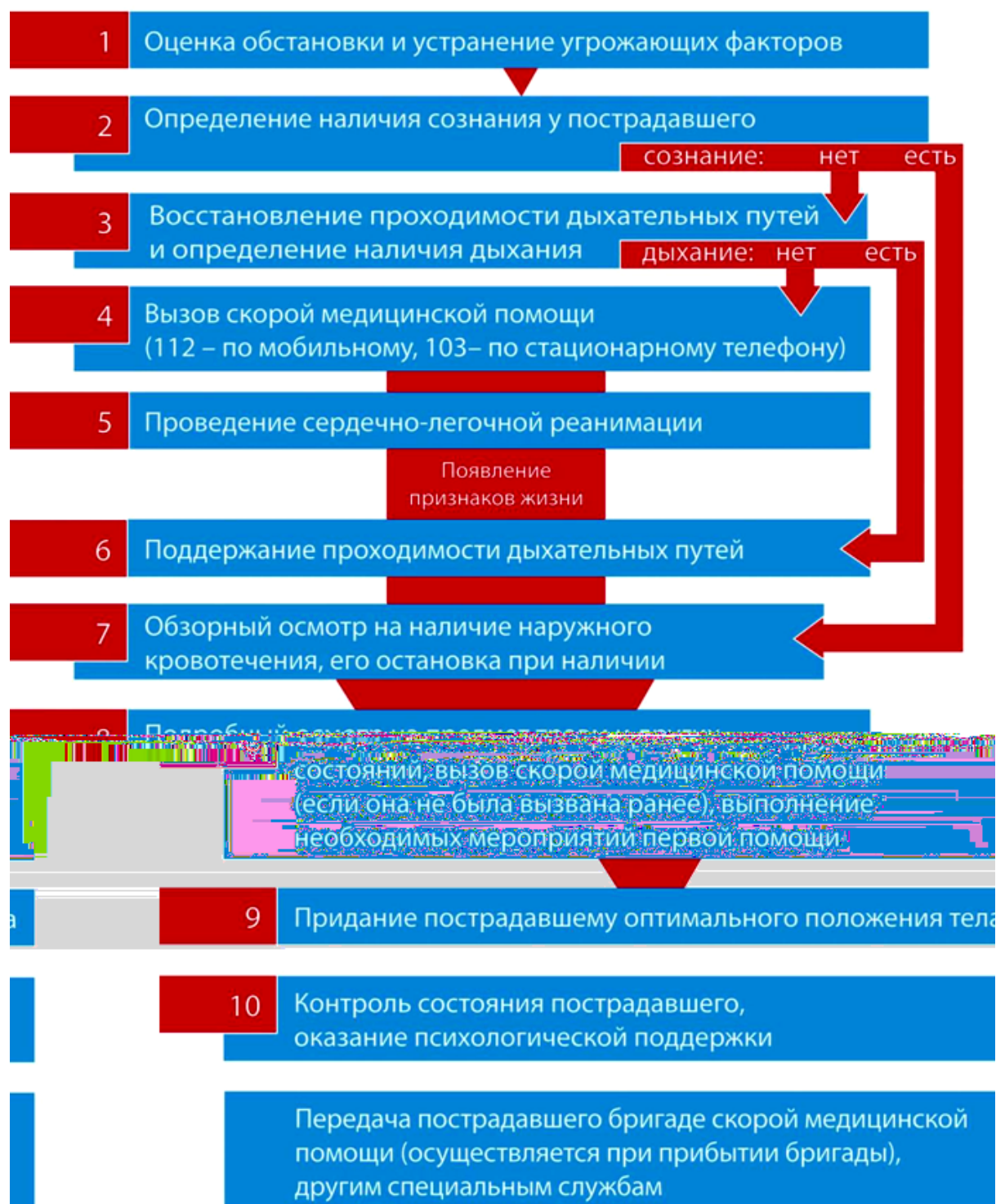
Кроме того, следует не забывать и о юридическом аспекте. В соответствии со ст. 12 Федерального закона № 3-ФЗ от 7 февраля 2011 г. «О полиции» на полицию возлагается обязанность «...оказывать первую помощь лицам, пострадавшим от преступлений, административных правонарушений и несчастных случаев, а также лицам, находящимся в беспомощном состоянии либо в состоянии, опасном для их жизни и здоровья, если специализированная помощь не может быть получена ими своевременно или отсутствует...»

Аналогичные обязанности прописаны в ст. 14, 19, 27 того же закона.

Помимо возложения обязанностей, действующее законодательство защищает участников оказания первой помощи от привлечения к юридической ответственности в случае совершения ошибки в ходе оказания первой помощи в состоянии крайней необходимости, ведь первая помощь для пострадавшего зачастую единственный шанс на выживание (ст. 39 Уголовного кодекса Российской Федерации и 2.7 Кодекса Российской Федерации об административных правонарушениях «Крайняя необходимость»).

Нельзя недооценивать важность первой помощи. Стоит помнить, что отсутствие или наличие у вас навыков первой помощи в один миг может стать решающим для Ваших родных, коллег и соотечественников.

УНИВЕРСАЛЬНАЯ СХЕМА ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ



Общий порядок действий сотрудников МВД на месте происшествия

При прибытии на место происшествия сотрудник МВД должен осуществить следующие мероприятия:

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.



Оцениваем обстановку и обеспечиваем для себя и для пострадавшего безопасные условия для оказания первой помощи.

2. Определить наличие признаков сознания у пострадавшего. При наличии сознания у пострадавшего – перейти к шагу 7 и далее по схеме оказания первой помощи.



Определяем наличие сознания у пострадавшего.

3. При отсутствии признаков сознания необходимо восстановить проходимость дыхательных путей у пострадавшего (путем запрокидывания головы с подъемом подбородка и выдвижения нижней челюсти), после чего произвести определение признаков жизни (наличие дыхания с помощью слуха, зрения и осязания, наличие кровообращения). При наличии признаков жизни у пострадавшего – перейти к шагу 6 и далее.



*Определяем наличие дыхания
у пострадавшего.*

4. При отсутствии признаков жизни, сотруднику МВД следует 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, а также с использованием средств специальной связи.



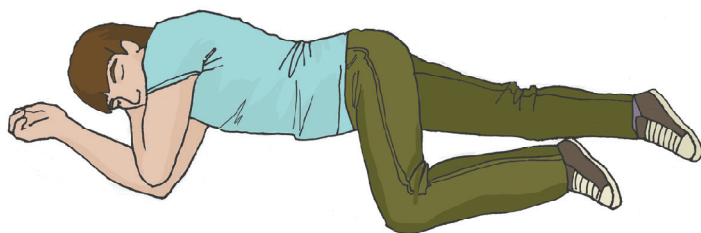
*Просим помощника вызвать
скорую медицинскую помощь.*

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 надавливаний руками на грудину пострадавшего и искусственного дыхания «Рот ко рту», «Рот к носу» или с использованием устройства для искусственного дыхания.



Начинаем надавливания на грудь пострадавшего.

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.



Для поддержания проходимости дыхательных путей пострадавшего необходимо придать ему устойчивое боковое положение.

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).

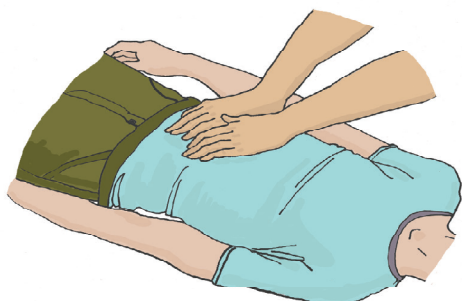


Проводим обзорный осмотр пострадавшего – ищем кровотечение.

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.



Проводим подробный осмотр пострадавшего для поиска состояний, угрожающих его жизни и здоровью.

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).

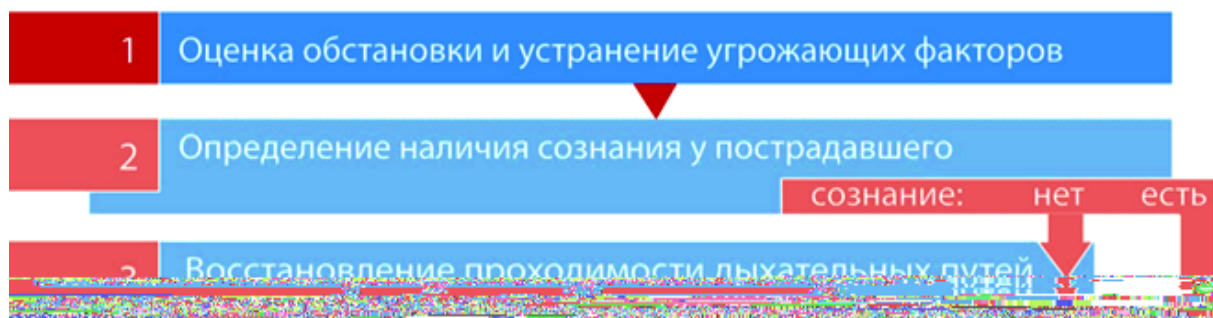


В зависимости от состояния пострадавшего придать ему оптимальное положение тела.

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, огнестрельным и холодным оружием, отравляющими веществами и т. д.). Во избежание этого сотрудники МВД 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).



Если пострадавший находится в небезопасной зоне, необходимо перенести его в другое место и оказывать первую помощь там.

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.



При наличии угрозы для жизни и здоровья пострадавшего необходимо извлечь его из транспортного средства.

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.



При извлечении из транспортного средства пострадавшего, находящегося без сознания или с подозрением на травму шейного отдела позвоночника, необходимо фиксировать ему голову и шею.

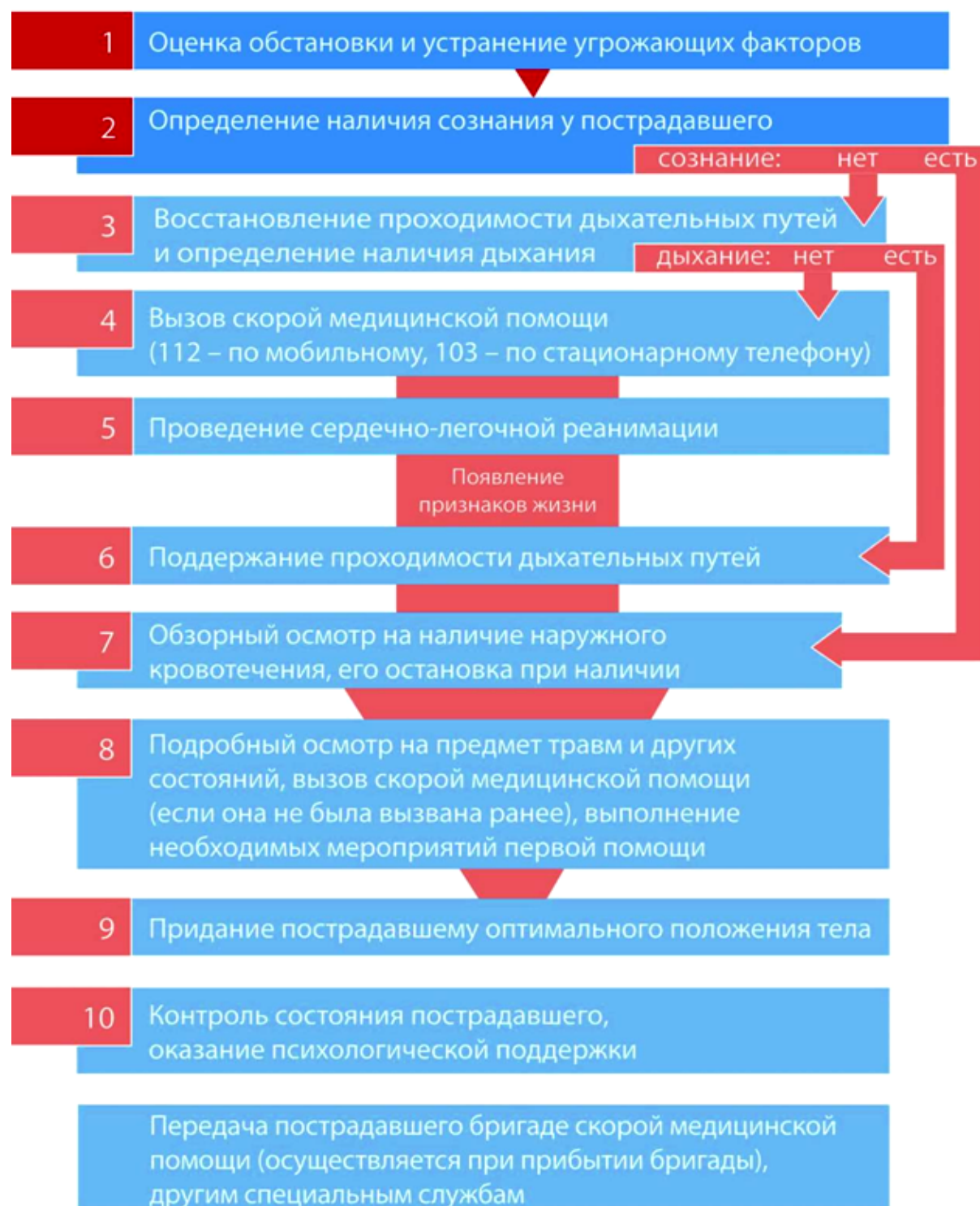
Переноска пострадавшего двумя сотрудниками

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.



*Переноску пострадавшего
осуществляем аккуратно,
в щадящем режиме.*

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?».

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



Определяем у пострадавшего наличие сознания.

Привлечение помощника

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



Если нам нужен помощник, то громко обращаемся с просьбой к конкретному человеку.

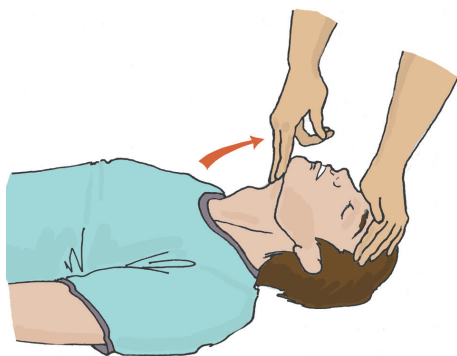
УНИВЕРСАЛЬНАЯ СХЕМА ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ



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, двумя пальцами другой взять за подбородок и запрокинуть голову. При подозрении на травму шейного отдела позвоночника запрокидывание следует выполнять максимально аккуратно и щадяще.



Чтобы определить наличие дыхания у пострадавшего необходимо восстановить проходимость его дыхательных путей.

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.



Чтобы проверить дыхание пострадавшего, необходимо наклониться щекой к его рту и носу и в течение 10 сек. послушать дыхание.

Инородные тела верхних дыхательных путей

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 закупорки верхних дыхательных путей инородным телом

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.



При закупорке умеренной степени предлагаем пострадавшему покашлять.

Отличительные особенности закупорки тяжелой степени – пострадавший не может говорить, хватается себя за горло.



Инородные тела верхних дыхательных путей

Нанесение ударов основанием ладони в межлопаточную область

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 вперед, чтобы в случае смещения инородного тела оно попало в рот пострадавшего, а не опустилось ниже в дыхательные пути.
3. Нанести пять резких ударов между лопатками основанием ладони.
4. Проверять после каждого удара, не удалось ли устранить закупорку.



После каждого удара между лопатками пострадавшего проверяем – не удалось ли устранить закупорку.

5. Если после пяти ударов закупорка не устранена, следует сделать пять 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;

Помещаем руки между пупком и мечевидным отростком грудины.



- обхватить кулак другой рукой и резко (толчкообразно) надавить на живот пострадавшего в направлении внутрь и кверху;



Толчкообразно надавливаем на живот пострадавшего в направлении внутрь и кверху.

- при необходимости надавливания повторить до пяти раз.

Если удалить инородное тело не удалось, необходимо продолжать попытки его удаления, чередуя удары по спине с давлением на живот по пять 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 так же, как и в предыдущем случае, с ударов между лопатками.



Если оказываем первую помощь беременной, то также начинаем 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.



Беременным и тучным людям нельзя давить на живот! Именно поэтому необходимо осуществлять толчки в нижней части 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 положить одну руку пострадавшего в сторону.



Кладем руку пострадавшего в сторону.

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.



*Другую руку кладем
тыльной стороной
к щеке пострадавшего.*

Шаг 3.

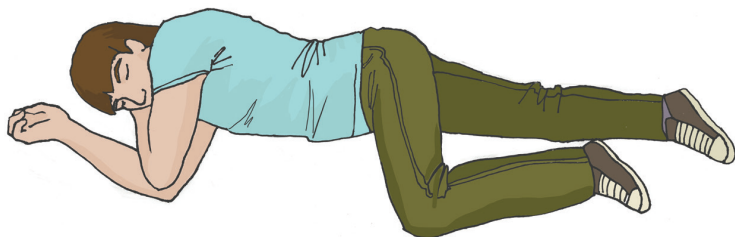
После этого необходимо согнуть дальнюю от сотрудника МВД ногу пострадавшего в колене и поставить ее таким образом, чтобы она опиралась на стопу. Затем следует надавить на колено этой ноги в указанном на рисунке направлении.



*Сгибаем дальнюю от нас
ногу пострадавшего
в колене и ставим ее таким
образом, чтобы она
опиралась на стопу.*

Шаг 4.

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).



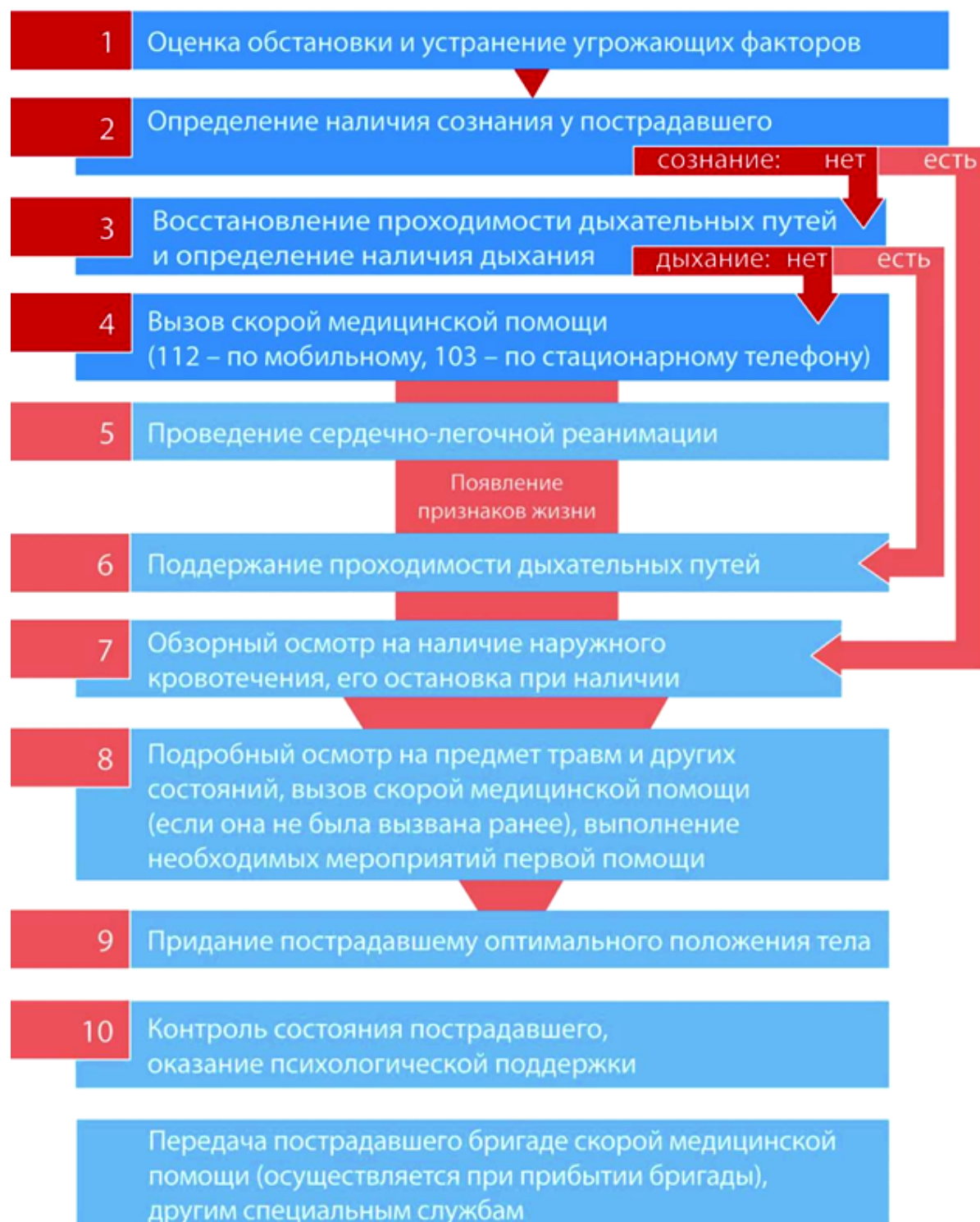
При надавливании на колено, как на рычаг, туловище и голова пострадавшего поворачиваются набок.

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).



Пострадавших с признаками травм переворачиваем набок, фиксируя шею.

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.



*Указания помощнику даем кратко,
четко, информативно.*

Вызов скорой медицинской помощи по стационарному или мобильному телефону

При вызове необходимо обязательно сообщить диспетчеру следующую информацию:

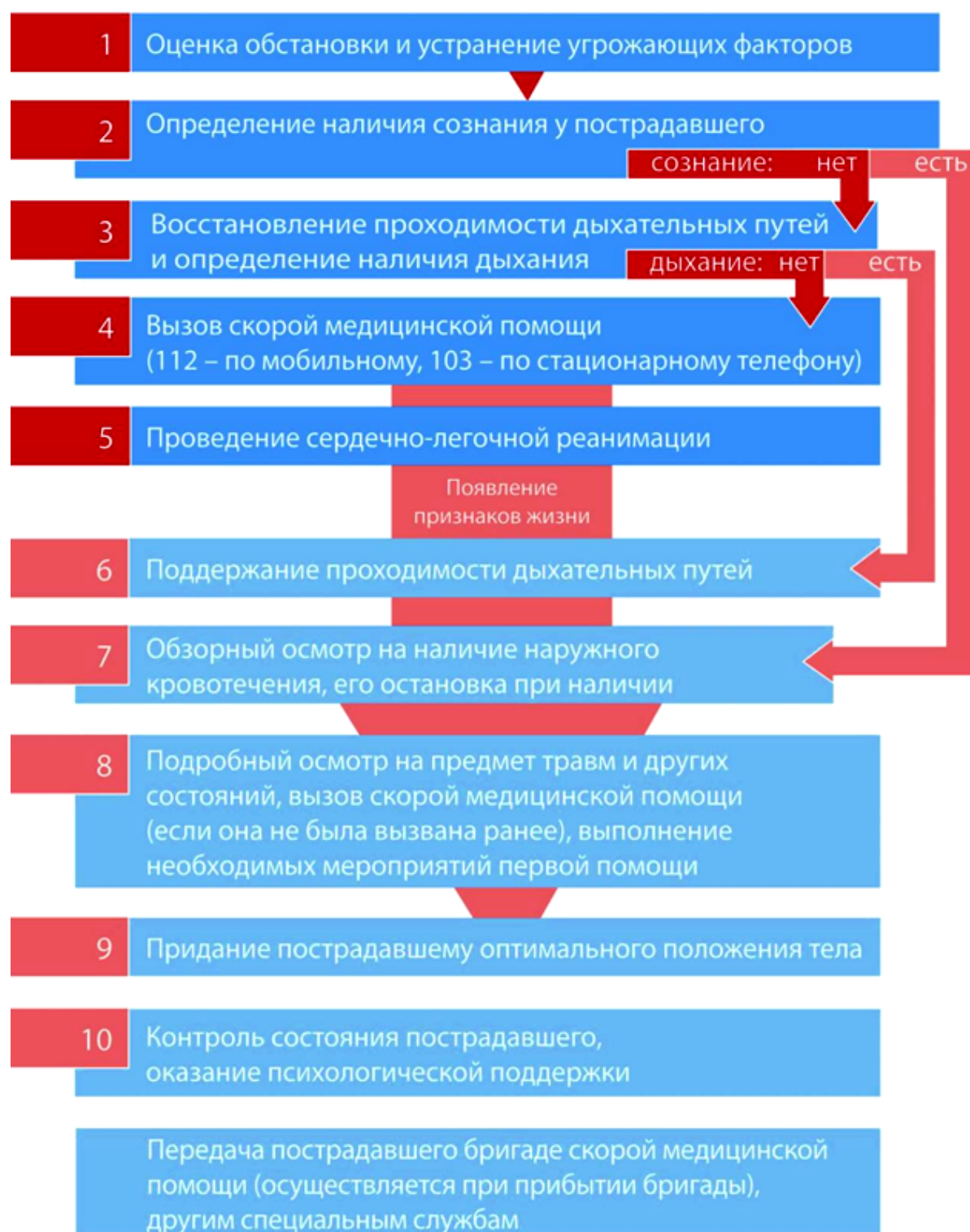
- место происшествия, что произошло;
- число пострадавших и тяжесть их состояния;
- какая помощь оказывается;
- телефонную трубку положить последним после ответа диспетчера!

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



*При вызове скорой медицинской помощи
помощник сообщает диспетчеру
необходимую информацию
о происшествии, количестве пострадавших
и об оказываемой помощи.*

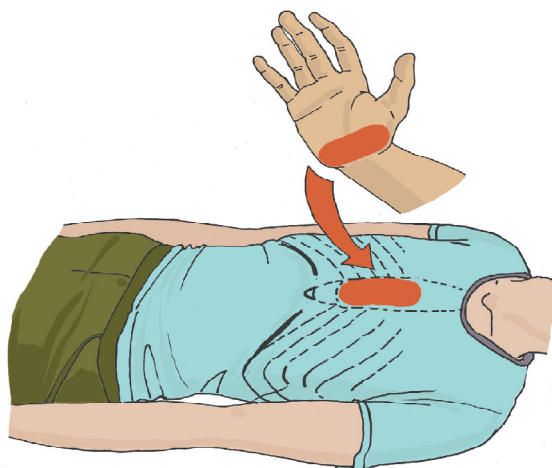
УНИВЕРСАЛЬНАЯ СХЕМА ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ



Проведение сердечно-легочной реанимации

Определение точки надавливания

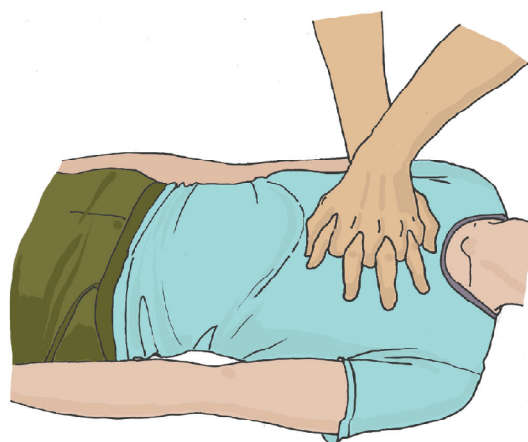
Проведение сердечно-легочной реанимации начинается с надавливаний руками на грудину пострадавшего (компрессий грудной клетки). Для этого необходимо найти середину грудной клетки пострадавшего и расположить на ней основание одной из ладоней сотрудника МВД.



Находим середину груди пострадавшего и кладём туда свою ладонь ее основанием.

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.



Располагаем вторую ладонь поверх первой, берём руки в замок и надавливаем на глубину 5-6 см с частотой 100-120 надавливаний в минуту.

Проведение сердечно-легочной реанимации

Проведение надавливаний на грудную клетку

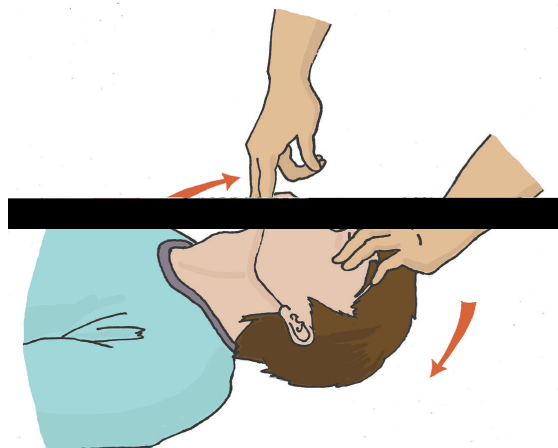
Пострадавший при этом должен находиться на твердой ровной поверхности. Компрессии грудной клетки осуществляются в переднезаднем направлении перпендикулярно плоскости тела пострадавшего. При их проведении руки сотрудника должны быть выпрямлены в локтях. Давление на грудную клетку осуществляется не силой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



*Давление на грудную клетку
осуществляем не силой рук,
а переносом тяжести
нашего тела.*

Запрокидывание головы и зажатие носа

После 30 компрессий грудной клетки необходимо выполнить два 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 сотрудника, находящейся на лбу.

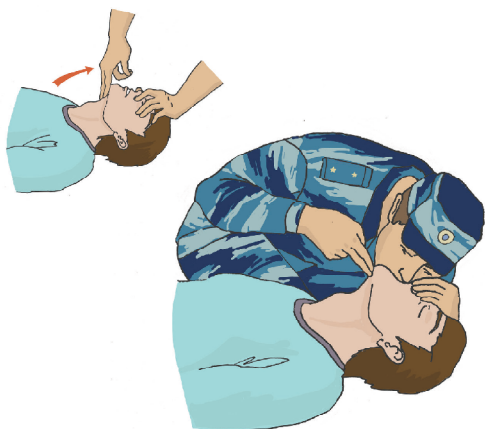


*После выполнения 30 компрессий
грудной клетки выполняем два вдоха
искусственного дыхания.*

Проведение сердечно-легочной реанимации

Выполнение вдоха искусственного дыхания

После этого выполнить самостоятельный вдох, плотно обхватить губы пострадавшего своими губами и произвести выдох в рот пострадавшего продолжительностью не дольше 1 секунды до начала подъема грудной клетки.



Выполняем выдох в рот пострадавшего до начала подъема его грудной клетки.

Контроль пассивного выдоха пострадавшего

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



Дожидаемся пассивного выдоха пострадавшего и повторяем вдох искусственного дыхания.

Проведение сердечно-легочной реанимации

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 определяются инструкцией по их использованию (составляется производителем), уровнем подготовки сотрудников МВД и характером их оснащения.



Если в нашем оснащении имеется дыхательный мешок, необходимо использовать его для проведения сердечно-легочной реанимации. Правила эксплуатации мешка написаны в его инструкции по применению.

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 сотрудников 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 противопоказаний – 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 сотрудника МВД 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 мин. или спустя четыре цикла компрессий/вдохов.

УНИВЕРСАЛЬНАЯ СХЕМА ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ



Поддержание проходимости дыхательных путей (придание пострадавшему устойчивого бокового положения)

Шаг первый

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.

Для придания устойчивого бокового положения вначале необходимо положить одну руку пострадавшего в сторону.



*Кладём руку пострадавшего
в сторону.*

Шаг второй

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.



*Другую руку кладём тыльной
стороной к щеке пострадавшего*

Шаг третий

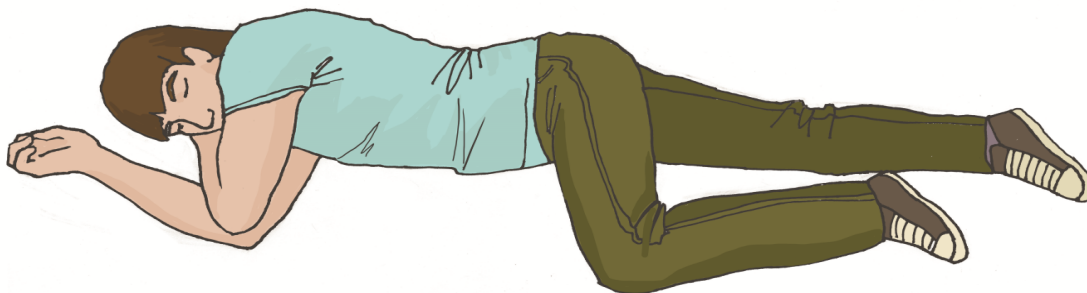


Сгибаем дальнюю от нас ногу пострадавшего в колене и ставим ее таким образом, чтобы она опиралась на стопу.

После этого необходимо согнуть дальнюю от сотрудника МВД 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.

Шаг четвертый

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



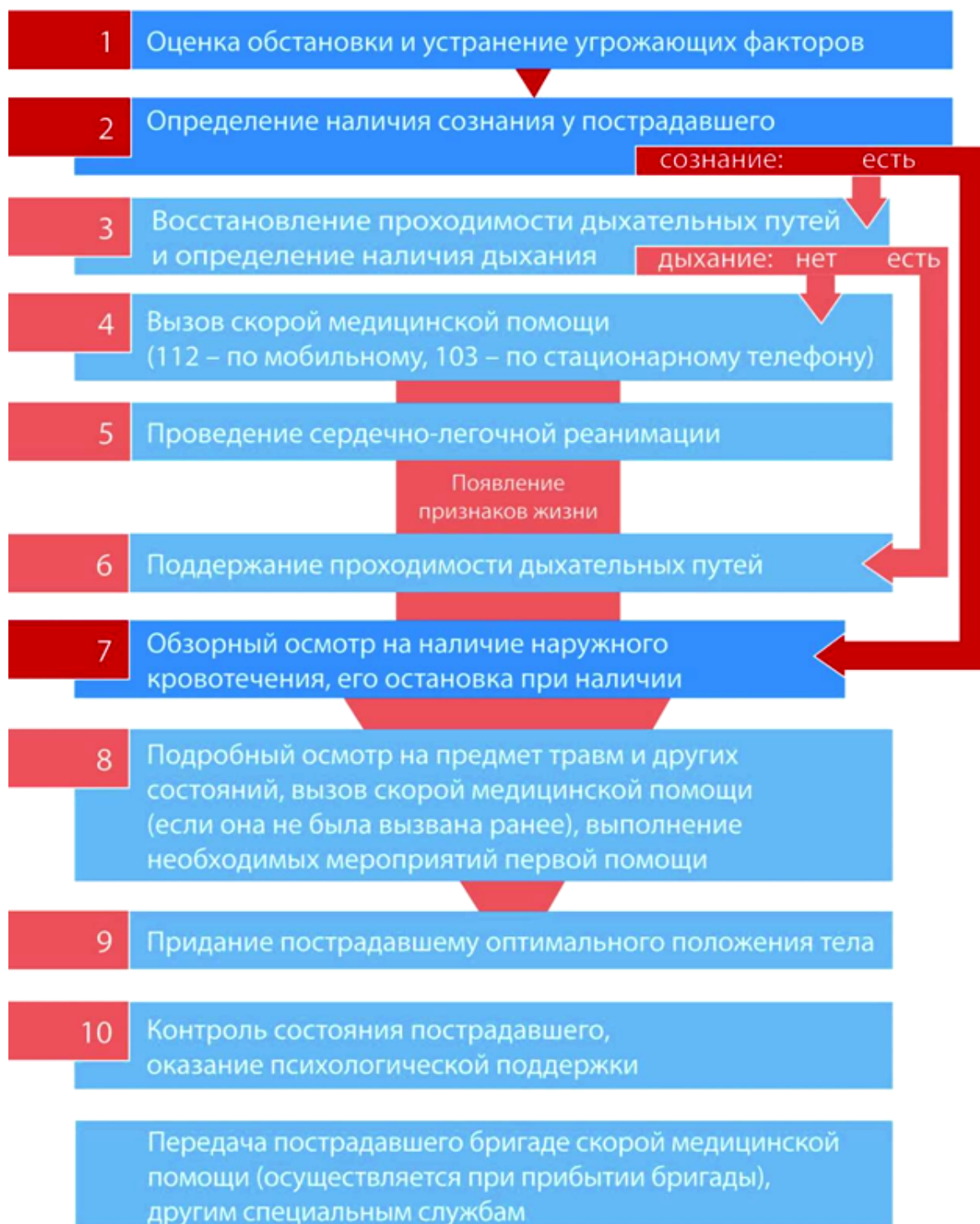
При надавливании на колено, как на рычаг, туловище и голова пострадавшего поворачиваются набок.

Пострадавший, находящийся в бессознательном состоянии и имеющий 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).



Пострадавшего с признаками травм переворачивают набок, фиксируя шею.

УНИВЕРСАЛЬНАЯ СХЕМА ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ



Обзорный осмотр пострадавшего и временная остановка наружного кровотечения

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.

Обзорный осмотр пострадавшего

В течение 2-3 сек. совершаю обзорный осмотр пострадавшего с целью обнаружить признаки наружного кровотечения.



В течение 2-3 сек. совершаем обзорный осмотр пострадавшего с целью обнаружить признаки наружного 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:

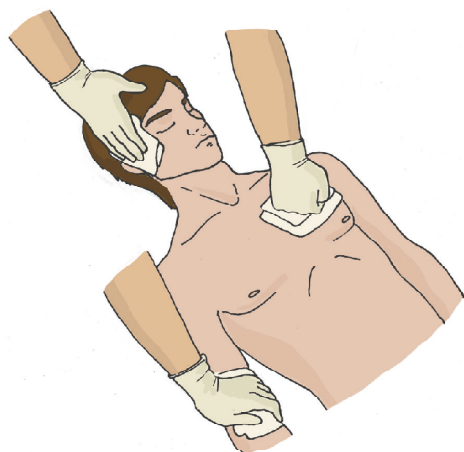
- резкая общая слабость;
- чувство жажды;
- головокружение;
- мелькание мушек перед глазами;
- обморок, чаще при попытке встать;
- тошнота и рвота;
- бледная, влажная и холодная кожа;
- учащённый слабый пульс;
- частое дыхание.

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.

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. Допустимо осуществлять давление на рану рукой участника оказания первой помощи (рекомендуется использовать медицинские перчатки).



Давим рукой на рану, по возможности используя при этом стерильный бинт или салфетки.

Пальцевое прижатие артерий

Пальцевое прижатие артерии к кости в нижеуказанных точках позволяет достаточно быстро и эффективно останавливать кровотечение из крупных артерий. Выбор точек обусловлен возможностью прижатия артерии к кости. Результатом является прекращение поступления крови к поврежденному участку сосуда и остановка или значительное ослабление кровотечения. 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 определяются 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

Общая сонная артерия прижимается на передней поверхности шеи снаружи от гортани на стороне повреждения ниже раны.



Прижимаем общую сонную артерию на передней поверхности шеи снаружи от гортани на стороне повреждения ниже раны.

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.



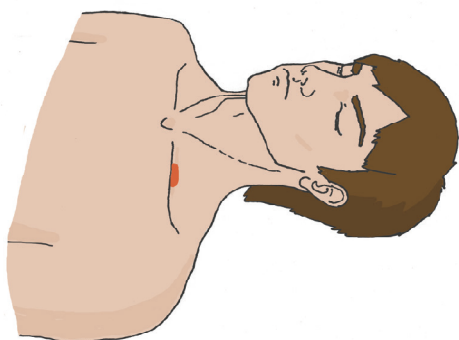
Осуществляем давление в указанную точку четырьмя пальцами одновременно.

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



*Прижимаем сонную артерию
большим пальцем.*

Точка прижатия подключичной артерии

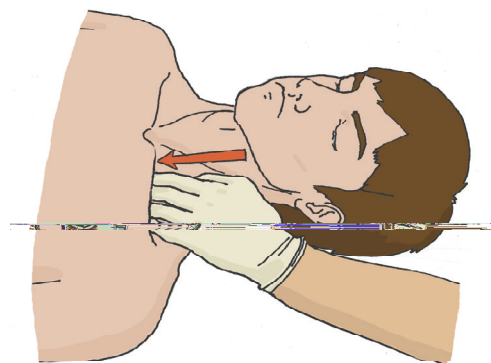


*Определяем точку прижатия
подключичной артерии.*

Подключичная артерия прижимается в ямке над ключицей к первому ребру.

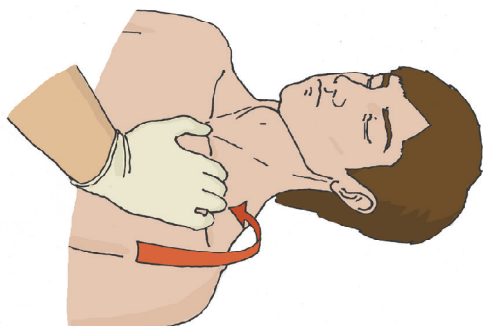
Осуществлять давление в точку прижатия подключичной артерии можно с помощью четырех выпрямленных пальцев. Другим способом пальцевого прижатия подключичной артерии является давление согнутыми пальцами (как показано на рисунке).

Прижатие подключичной артерии выпрямленными пальцами



*Осуществляем давление при помощи
четырех выпрямленных пальцев.*

Прижатие подключичной артерии согнутыми пальцами



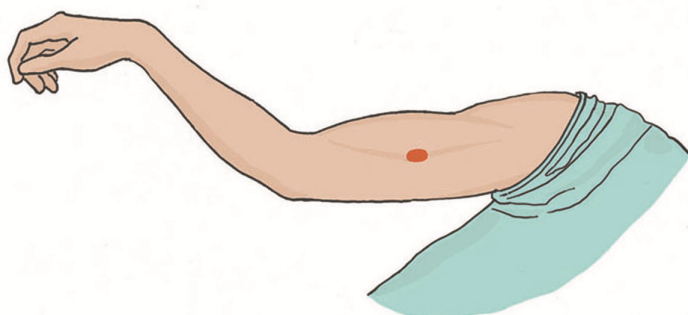
Осуществляем давление при помощи четырех согнутых пальцев.

Пальцевое прижатие плечевой артерии

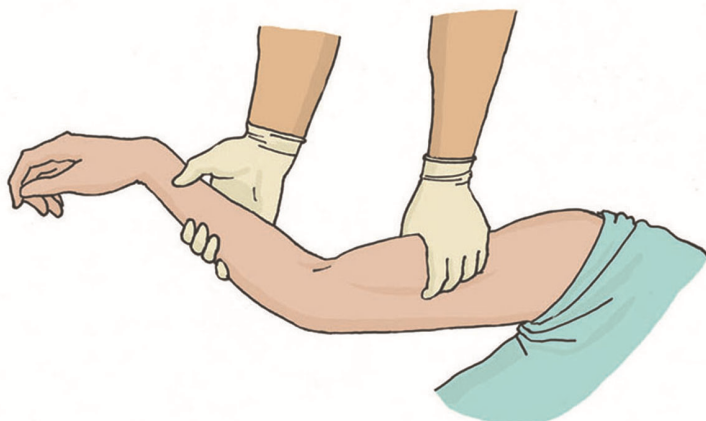
Плечевая артерия прижимается к плечевой кости с внутренней стороны между бицепсом и трицепсом, если кровотечение возникло из ран средней и нижней трети плеча, предплечья и кисти.

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

Точка пальцевого прижатия плечевой артерии



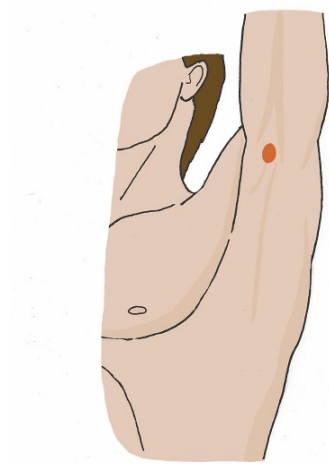
Определяем точку пальцевого прижатия плечевой артерии.



Осуществляем давление на точку прижатия с помощью четырех пальцев кисти.

Точка пальцевого прижатия подмышечной артерии

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



Прижимаем подмышечную артерию ниже плечевого сустава к плечевой кости в подмышечной впадине.

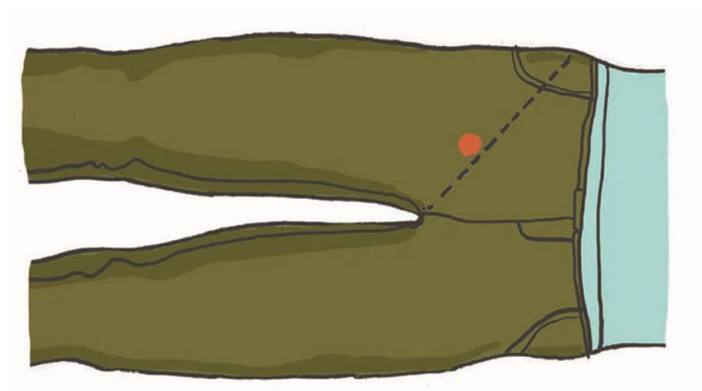
Давление в точку прижатия подмышечной артерии производится прямыми, жестко зафиксированными пальцами с достаточной силой в направлении плечевого сустава. При этом область плечевого сустава пострадавшего следует придерживать свободной рукой.



Давим прямыми пальцами в точку прижатия подмышечной артерии.

Точка прижатия бедренной артерии

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



Определяем точку прижатия бедренной артерии.

Прижатие бедренной артерии кулаком

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



Давление на бедренную артерию выполняем кулаком.

Наложение кровоостанавливающего жгута

Наложение кровоостанавливающего жгута может применяться для более продолжительной временной остановки сильного артериального кровотечения. Жгут следует накладывать в соответствии со следующими правилами:

Основные правила наложения резинового жгута:

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 и укутать доступными способами.

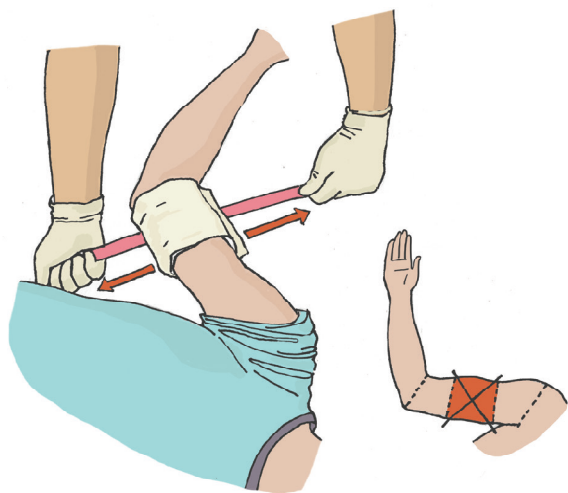
10. Если максимальное время наложения жгута истекло, а медицинская помощь недоступна, следует сделать следующее:

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

Импровизированные жгуты накладываются по тем же правилам.

Наложение резинового кровоостанавливающего жгута (начало)

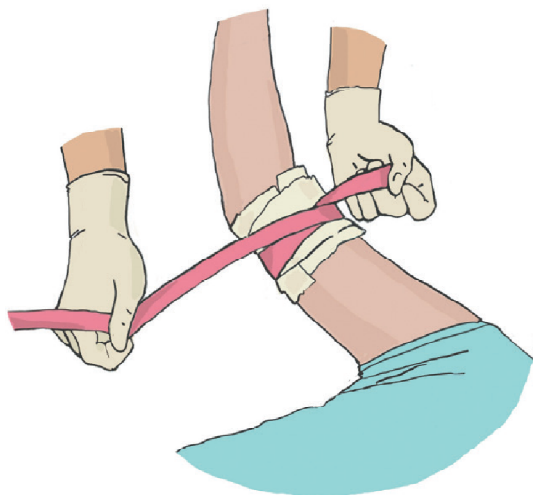
На конечность накладывается тканевая прокладка, жгут подводится под конечность и растягивается. Красным выделены участки плеча и бедра, накладывать на которые жгуты любой конструкции не рекомендуется.



*Растягиваем
кровоостанавливающий жгут.*

Наложение резинового кровоостанавливающего жгута (продолжение)

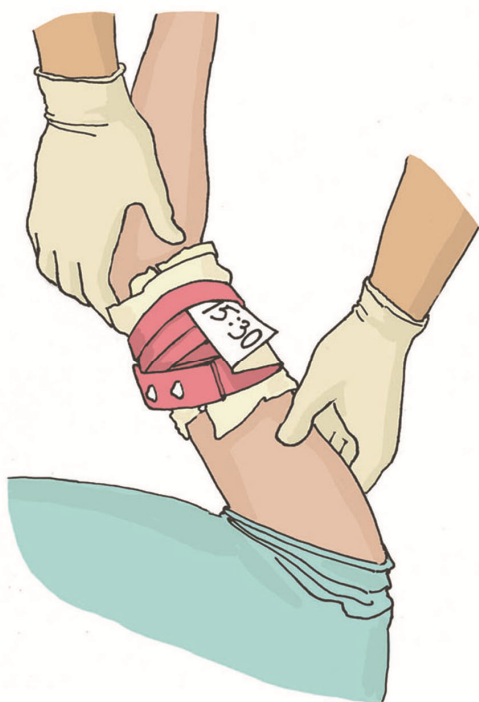
Далее растянутый жгут оборачивается вокруг конечности, после чего накладываются последующие туры.



*Оборачиваем растянутый жгут
вокруг конечности и останавливаем
кровотечение первым
оборотом жгута.*

Наложение резинового кровоостанавливающего жгута (окончание)

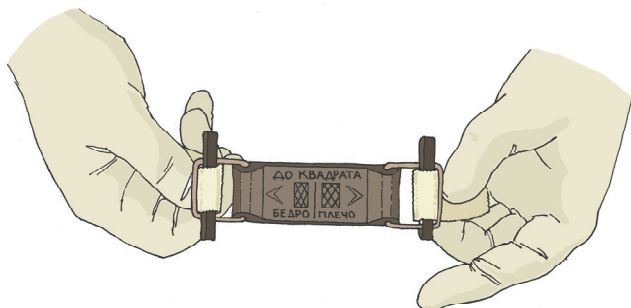
По окончании наложения жгута он фиксируется имеющимися на нем креплениями. Под жгут подкладывается записка с указанием времени наложения, рука пострадавшего иммобилизуется.



*Фиксируем жгут имеющимися
на нем креплениями,
подкладываем записку.*

Внешний вид кровоостанавливающего жгута с дозированной компрессией

Для остановки артериального кровотечения может использоваться жгут с дозированной компрессией.

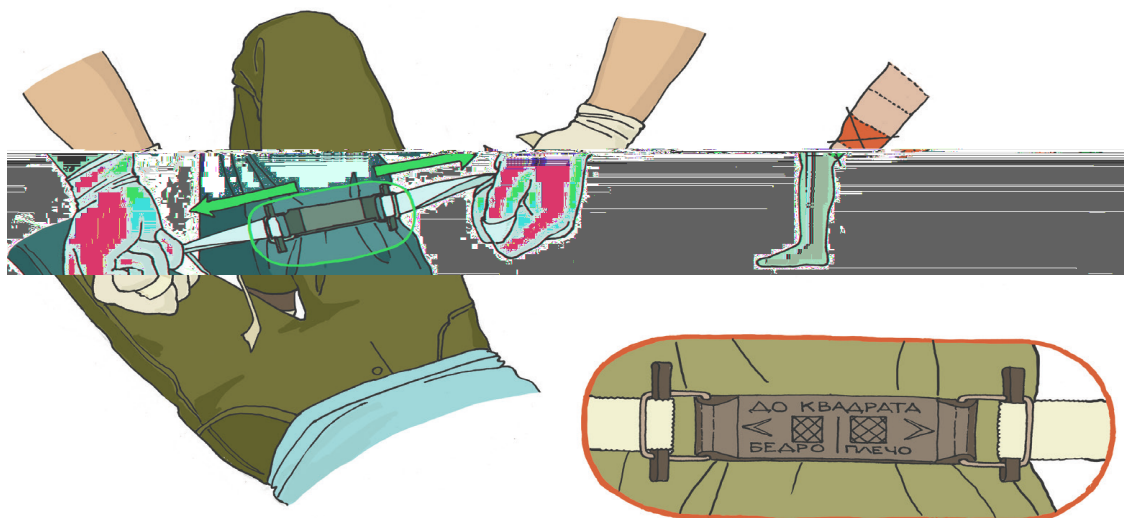


*Используем жгут
с дозированной компрессией
для остановки артериального
кровотечения.*

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

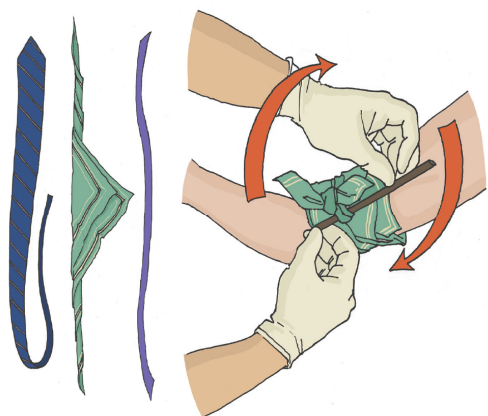
Для наложения жгута он заводится на поврежденную конечность, концы ленты растягиваются в стороны и автоматически фиксируются пряжкой. Красным выделены участки плеча и бедра, накладывать на которые жгуты любой конструкции не рекомендуется.



Нельзя накладывать жгут на нижнюю треть бедра!

Наложение импровизированного кровоостанавливающего жгута (жгута-закрутки)

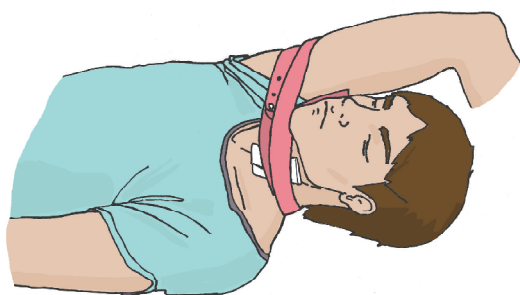
В качестве жгута можно использовать тесьму, платок, галстук и другие подобные вещи. Для остановки кровотечения в этом случае из указанных материалов делается петля, закручивающаяся до остановки или значительного ослабления артериального кровотечения с помощью любого прочного предмета (металлического или деревянного прута).



В качестве жгута необходимо использовать тесьму, платок, галстук и другие подобные вещи.

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).



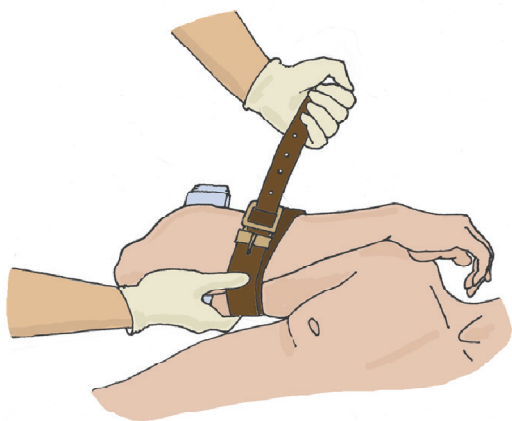
Применяем давящую повязку с использованием жгута при сильном кровотечении из сосудов шеи на особых условиях.

Максимальное сгибание руки в локтевом 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.



Для остановки кровотечения из предплечья в локтевой сгиб вкладываем валик, конечность максимально сгибаем в локтевом суставе и фиксируем.

Максимальное сгибание ноги в коленном суставе

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 из голени и стопы в коленный сгиб вкладываем валик, конечность максимально сгибаем в коленном суставе, фиксируем.

Максимальное сгибание ноги в тазобедренном суставе

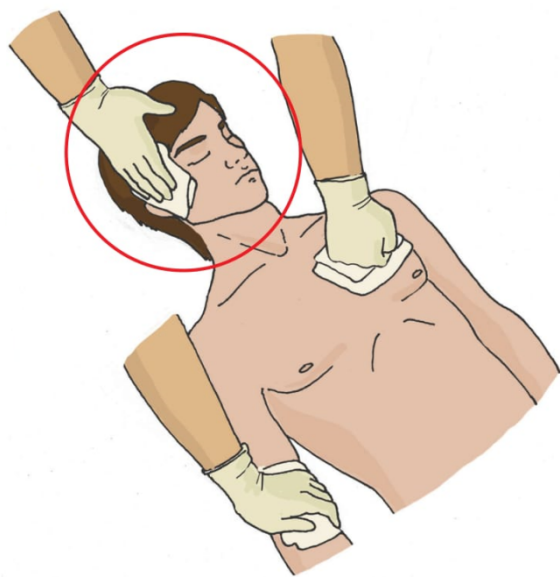
Для остановки кровотечения при травме бедра и паха нижнюю конечность сгибают в тазобедренном суставе и фиксируют руками или бинтом. В паховую складку вкладывают валик из ткани или несколько бинтов.



Чтобы остановить кровотечение при травме бедра или паха, сгибаем ногу в тазобедренном суставе и фиксируем.

Прямое давление на рану на голове

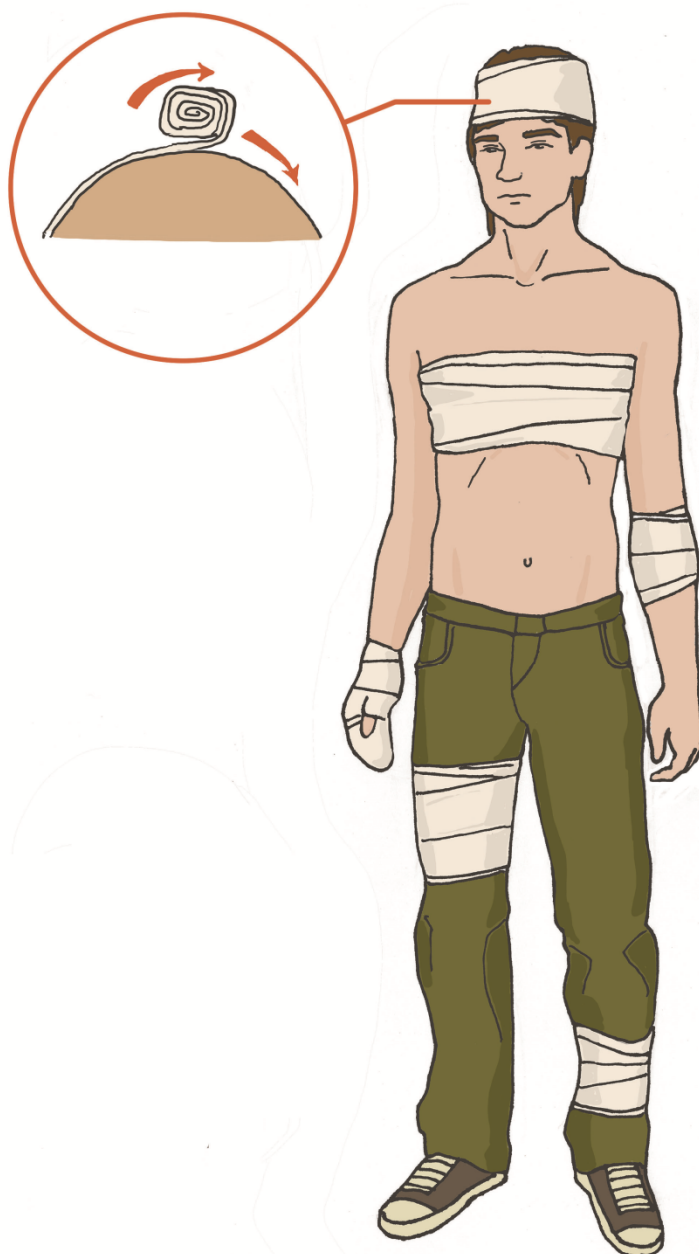
Остановка кровотечения при ранении головы возможна путем прямого давления на рану. При этом давление осуществляется для прижатия поврежденных сосудов к костям черепа. Нельзя применять этот способ при обнаружении видимых ранений и подозрений на переломы костей черепа.



Чтобы остановить кровотечение при ранении головы, применяем прямое давление на рану.

Повязка на голову

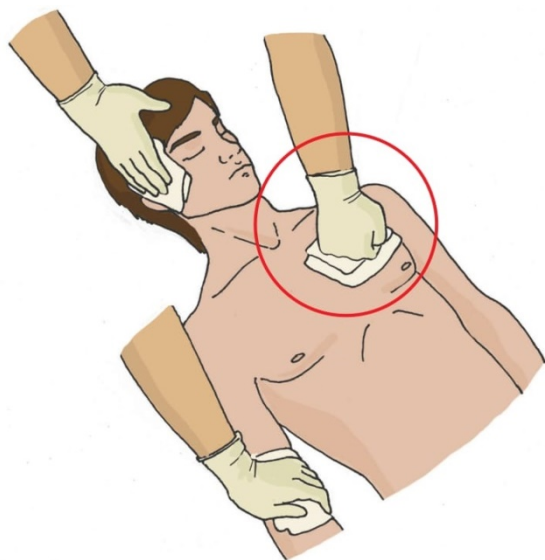
Для более продолжительной остановки кровотечения можно использовать давящую повязку на голову. При ее наложении следует соблюдать общие принципы наложения бинтовых повязок (на рану желательно положить стерильные салфетки из укладки, бинт должен раскатываться по ходу движения, при окончании наложения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



При наложении давящей повязки на голову соблюдаем общие принципы наложения бинтовых повязок.

Остановка кровотечения при ранении грудной клетки прямым давлением на рану

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



Осуществляем прямое давление на рану для временной остановки кровотечения.

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.

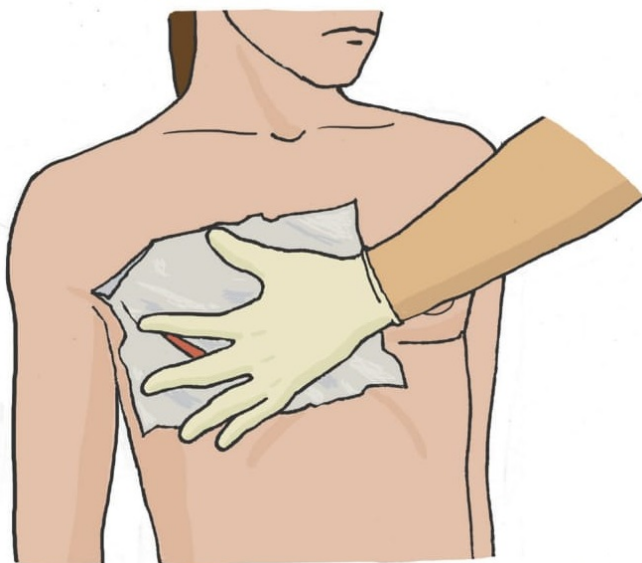
Накладываем давящую повязку на грудную клетку в соответствии с принципами наложения давящих повязок.

Закрытие проникающего ранения грудной клетки водонепроницаемым материалом (оболочкой от стерильного пакета)

Значительную опасность для 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 течении нескольких минут. Признаками пневмоторакса являются тяжелое состояние пострадавшего, наличие раны на груди (при вдохе в эту рану затягивается воздух), при выходе 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 воздухонепроницаемый

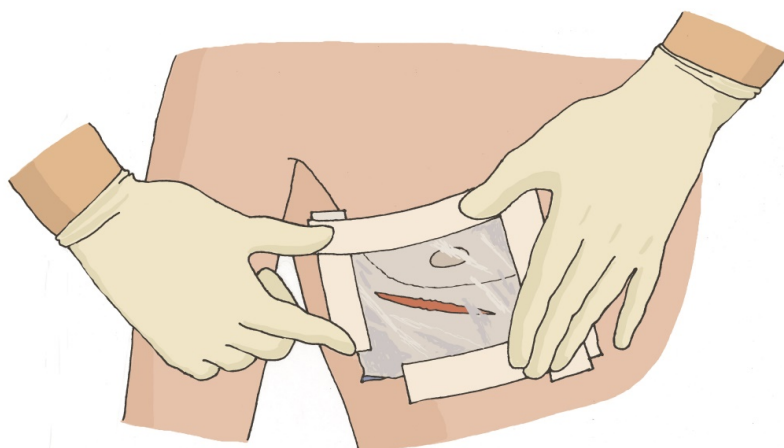
материал – упаковка от бинта, салфеток или индивидуального перевязочного пакета. Упаковка должна прикладываться внутренней стерильной стороной к ране.



При наличии признаков попадания воздуха в грудную клетку закрываем рану воздухонепроницаемым материалом.

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

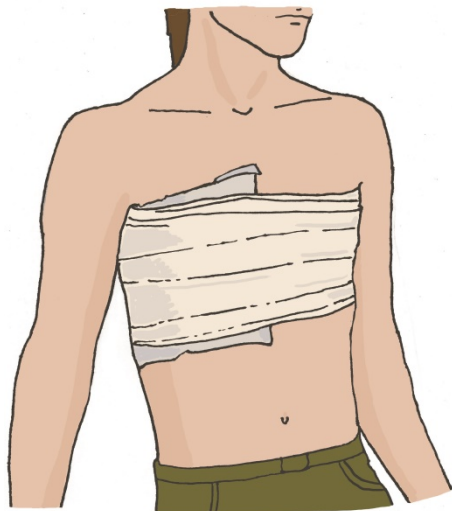
После наложения воздухонепроницаемого материала его можно закрепить лейкопластырем по периметру. Оставленный свободный уголок выполняет функцию клапана – не дает воздуху поступить в грудную клетку и позволяет снизить избыточное давление в ней.



После наложения воздухонепроницаемого материала на рану закрепляем его по периметру лейкопластырем, при этом оставляем один свободный уголок.

Закрепление воздухонепроницаемого материала повязкой

Другим доступным способом является закрепление воздухонепроницаемого материала бинтовой повязкой. На этапе наблюдения за пострадавшим до прибытия бригады скорой медицинской помощи или до доставки его в больницу необходимо контролировать наложение повязки.



*Также можно закрепить
воздухонепроницаемый материал
бинтовой повязкой.*

УНИВЕРСАЛЬНАЯ СХЕМА ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ



Подробный осмотр пострадавшего и выполнение необходимых мероприятий первой помощи

Осмотр головы пострадавшего

Подробный осмотр проводится для выявления травм различных областей тела. Он более детальный, чем обзорный и производится в определенной последовательности. Вначале осматривается и аккуратно ощупывается голова. 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 потере сознания у пострадавшего на срок различной длительности. Потеря сознания может сопровождаться нарушениями проходимости дыхательных путей, что обуславливает необходимость придания пострадавшему устойчивого бокового положения.



*Подробный осмотр начинается
с аккуратного ощупывания головы
пострадавшего.*

Осмотр шеи пострадавшего

Шея пострадавшего осматривается для выявления возможных деформаций, костных выступов, болезненных мест. Осматривать следует крайне осторожно и аккуратно. При дорожно-транспортных происшествиях у пострадавших довольно часто возникают переломы шейного отдела позвоночника (в т. ч. так называемые «хлыстовые» – при ударе транспортного средства сзади). 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).



*Осматриваем шею пострадавшего
крайне осторожно.*

Осмотр груди и спины пострадавшего

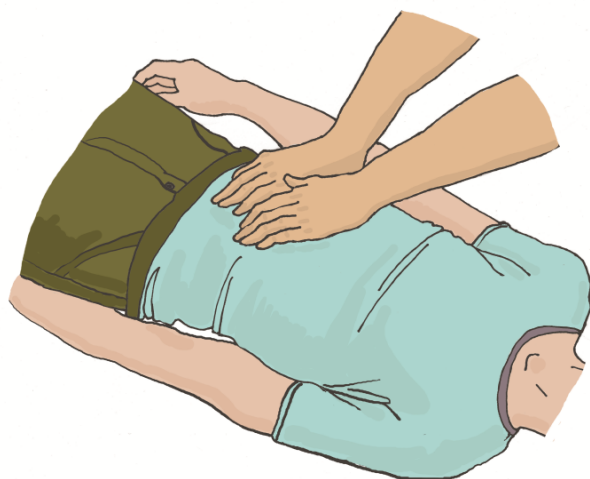
Грудная клетка пострадавшего осматривается и ощупывается в следующей последовательности «передняя поверхность – задняя поверхность – боковые стороны». Без особой необходимости не следует поворачивать пострадавшего, чтобы осмотреть спину, достаточно аккуратно ощупать. Опасность для жизни повреждений грудной клетки обусловлена наличием в ней жизненно важных органов – сердца и легких, а так же крупных сосудов.



*Вначале осматриваем переднюю
поверхность грудной клетки,
далее – заднюю,
затем – боковые стороны.*

Осмотр живота и таза пострадавшего

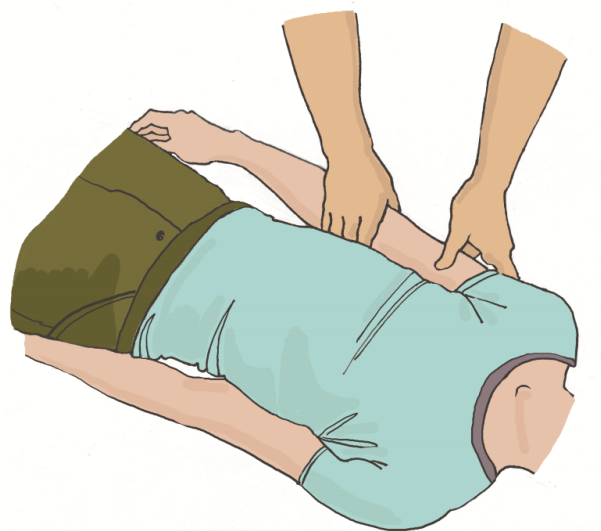
После осмотра грудной клетки следует осмотреть живот и область таза. Важно уделить внимание не только поиску открытых ран, но и наличию явно видимых кровоподтеков и ссадин как признаков возможной тупой травмы живота, внутренних органов и костей таза. Основную роль в спасении жизни пострадавших с повреждениями живота и таза играет фактор своевременной доставки пострадавшего в больницу. Поэтому основная задача сотрудника – внимательно осмотреть пострадавшего, заподозрить травму живота, вызвать скорую медицинскую помощь и до ее прибытия - оказать первую помощь пострадавшему.



Осматриваем живот и таз пострадавшего на предмет ран. При осмотре живота уделяем внимание не только поиску открытых ран, но и признакам возможной тупой травмы.

Осмотр рук пострадавшего

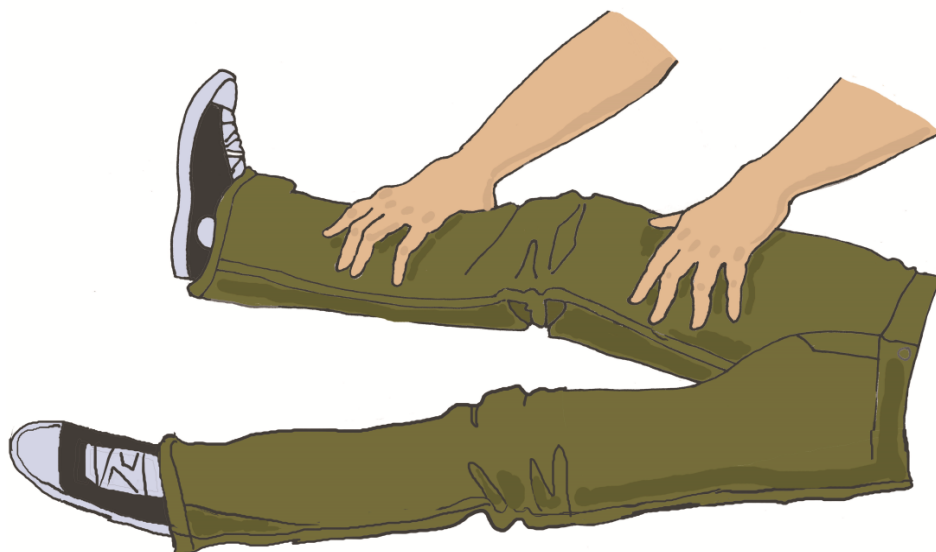
Последними осматриваются конечности, так же допускается аккуратное ощупывание указанных областей. Важным является внимательный осмотр конечностей пострадавшего для определения характера возможных травм – кровотечения, переломов.



Когда осматриваем конечности, то обращаем внимание на их возможную деформацию, что является признаком 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. Наибольшую опасность при травмах конечностей представляет сильное кровотечение (преимущественно, артериальное и смешанное). Поэтому при определении пострадавшего кровотечения следует осуществить его временную остановку доступными способами.



Осматриваем конечности осторожно, чтобы не причинить дополнительные страдания пострадавшему.

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

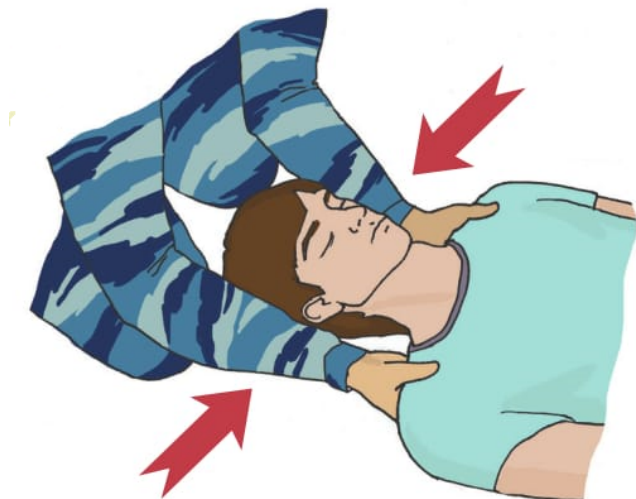
При экстренном извлечении пострадавшего с подозрением на травму шейного отдела позвоночника из автомобиля или труднодоступного места следует фиксировать его голову рукой на нижнюю челюсть.



Если у пострадавшего имеются подозрения на травму шейного отдела, то при его извлечении из автомобиля придерживаем рукой его голову.

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 сотрудника располагаются так, как показано на рисунке.



Осуществляем фиксацию головы и шеи пострадавшего между своих предплечий.

При наличии шейного воротника-шины

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

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



Удерживаем голову пострадавшего своими руками.

Надевание и закрепление воротника на пострадавшего, сидящего в автомобиле

После этого помощник сотрудника накладывает и закрепляет шейный воротник-шину.



Далее надеваем и закрепляем воротник.

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

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



Если необходимо наложить шейный воротник-шину на лежащего пострадавшего, то также фиксируем его голову и шею, помощник подкладывает воротник под шею пострадавшего.

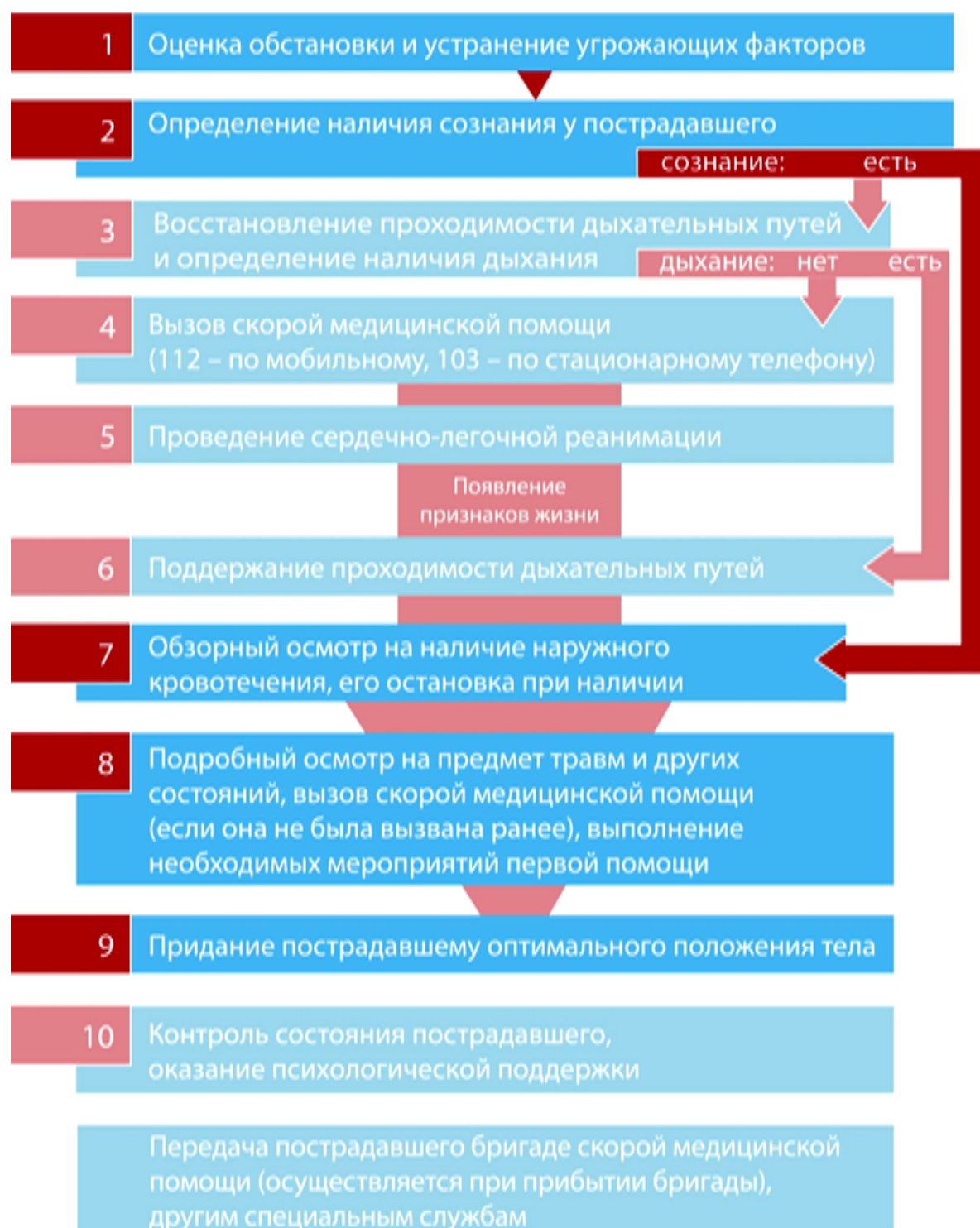
Закрепление шейного воротника-шины

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



Далее закрепляем воротник.

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 находится в положении лежа на спине с полусогнутыми и разведенными ногами. Под колени подкладывается импровизированная опора – сумка, свернутая одежда.



Если у пострадавшего травма живота или таза, то укладываем его на спину при согнутых и немного разведенных ногах, под которые подкладываем импровизированную опору.

Полусидячее положение с наклоном в пораженную сторону

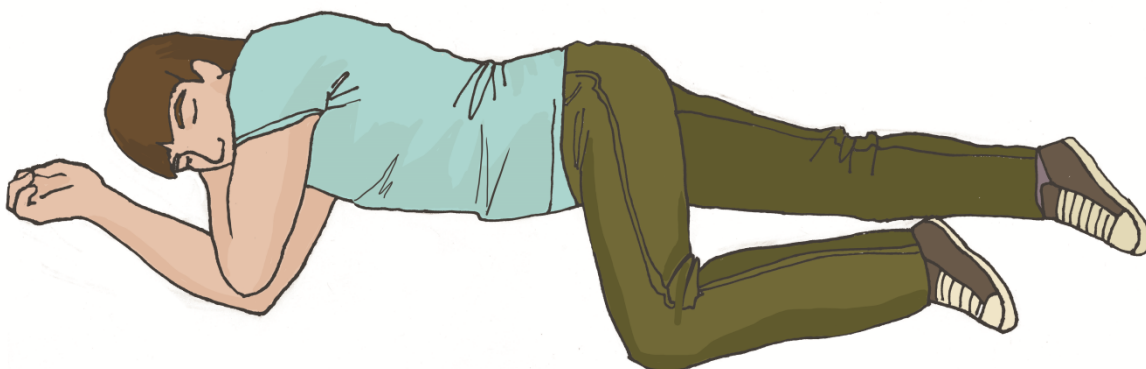
Пострадавшему с травмой грудной клетки предпочтительно расположиться в полусидячем положении с наклоном туловища в сторону пораженной стороны грудной клетки. Для этого пострадавшего можно опереть о стену, автомобиль и т. д.



Если у пострадавшего травма грудной клетки, то усаживаем его в полусидячее положение

Устойчивое боковое положение

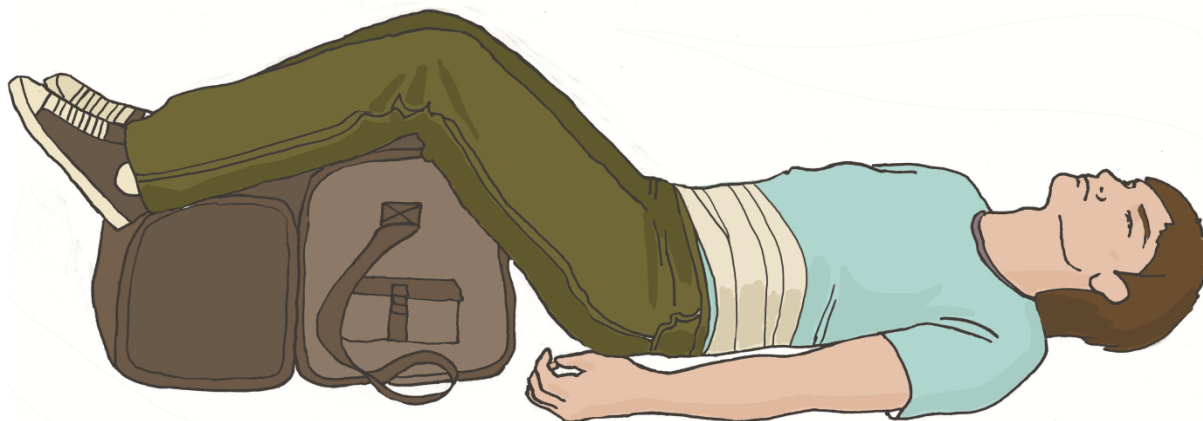
Пострадавшему без сознания необходимо придать устойчивое боковое положение.



Придаем пострадавшему без сознания устойчивое боковое положение

Положение на спине с приподнятыми ногами

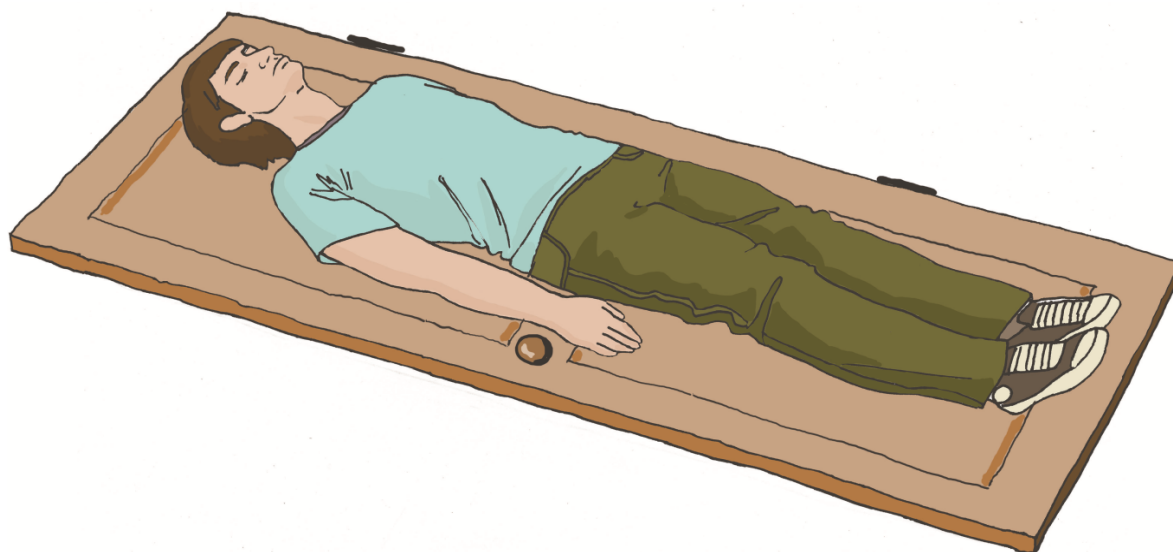
Пострадавший с сильным наружным кровотечением или признаками внутреннего кровотечения должен находиться в положении лежа на спине с приподнятыми ногами, под которые подкладываются сумки или одежда.



Если у пострадавшего признаки внутреннего кровотечения, то укладываем его на спину, а под согнутые в коленях ноги подкладываем импровизированную опору.

Положение пострадавшего с подозрением на травму позвоночника

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



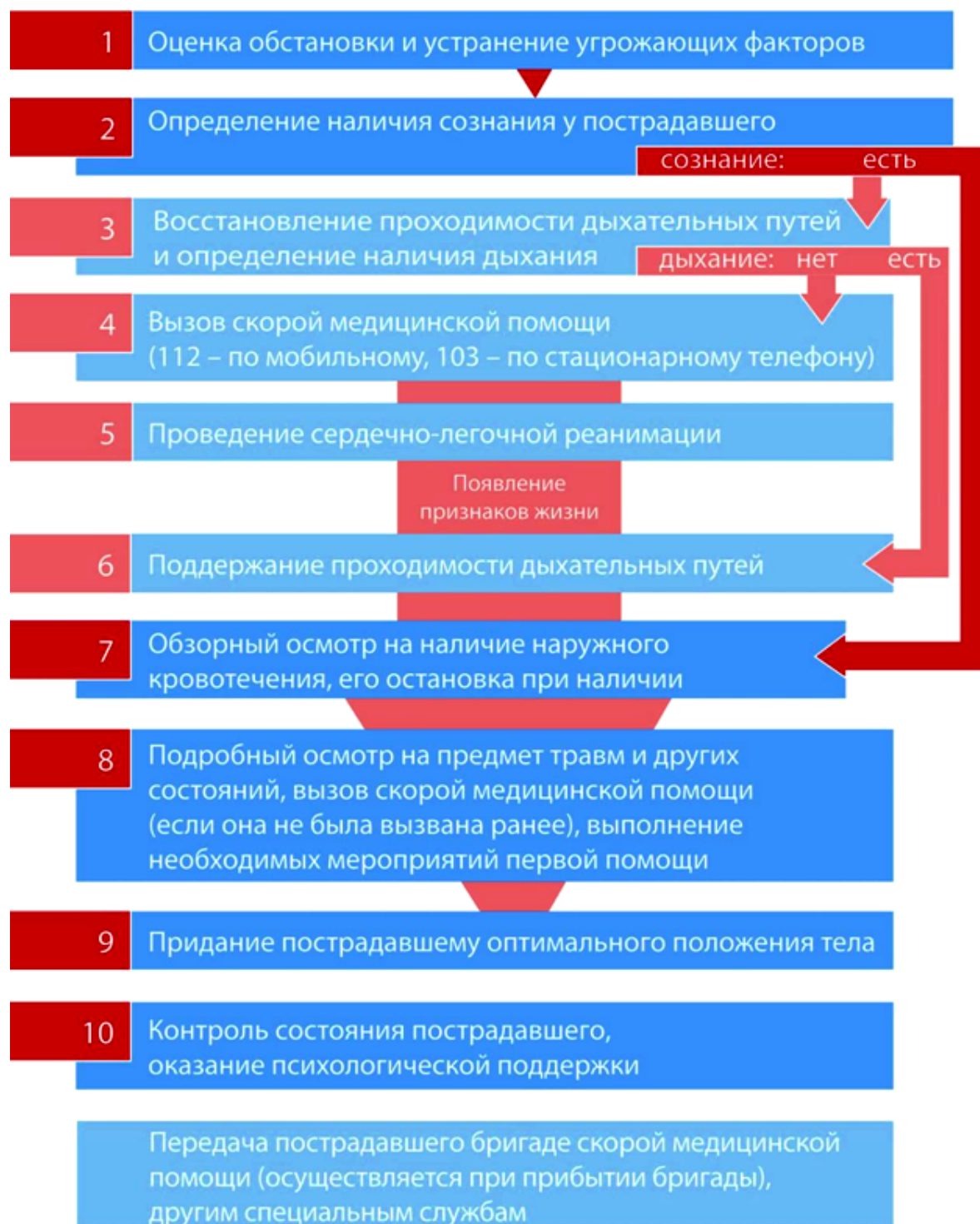
Пострадавшего с подозрением на травму позвоночника размещаем на твердой ровной поверхности.

Укутывание пострадавшего

Пострадавших с тяжелыми травмами желательно укутать подручными средствами – одеждой, покрывалом и т. д.

Пострадавшего с тяжелыми травмами укутываем с помощью подручных средств.

УНИВЕРСАЛЬНАЯ СХЕМА ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ



Контроль состояния пострадавшего и оказание психологической поддержки

Влияние экстремальной ситуации на сотрудника

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 сотрудника Госавтоинспекции, как следствие, к менее эффективному и адекватному оказанию первой помощи.

Пути решения этих проблем

1. Отработка навыков оказания первой помощи пострадавшему 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 тяжело пострадавшего 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.

Пути решения проблем

1. Применение простейших методов обезболивания (придание оптимального положения, обездвиживание травмированной конечности, местное охлаждение).
2. Сообщение о квалификации участника 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 пострадавшего с помощником.

После экстремальной ситуации

После разрешения экстремальной ситуации могут наблюдаться остаточные явления психоэмоционального стресса, что может привести, 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 первой помощи пострадавшим.

Наиболее правильным в подобной ситуации будет убеждение участника оказания первой помощи в правильности и полноте его действий (коллегами, родственниками, близкими людьми). При зацикленности на ситуации следует обратиться к специалистам-психологам.

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, сотрудник 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 оказанием 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.



*Поддерживаем пострадавшего
при перемещении.*

Переноска пострадавшего в одиночку волоком

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



Перемещаем пострадавшего волоком.

Переноска пострадавшего в одиночку на спине

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



*Перемещаем пострадавшего на спине,
если тот находится в сознании.*

Переноска пострадавшего на руках

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



Перемещаем пострадавшего на руках, если у того нет травмы позвоночника.

Переноска пострадавшего в одиночку на плече

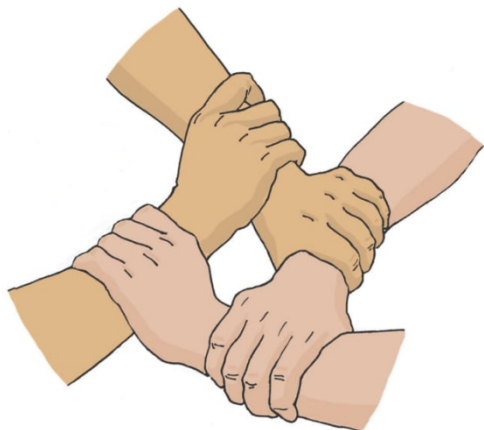
При переноске таким способом следует поддерживать пострадавшего за руку. Этот способ не применяется при переноске пострадавших с травмами груди и живота.



Перемещаем пострадавшего на плече, если у того нет травмы живота.

Формирование «замка» из четырех рук

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



*Делаем с помощником «замок»
из четырех рук.*

Переноска пострадавшего вдвоем на «замке» из четырех рук

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



*Переносим с помощником пострадавшего
на «замке» из четырёх рук.*

Формирование «замка» из трех рук

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



*Формируем с помощником
«замок» из трех рук.*

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.



*Переносим с помощником пострадавшего
на «замке» из трех рук и поддерживаем
его под спину.*

Переноска пострадавшего вдвоем за руки и ноги

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



*Переносим с помощником
пострадавшего за руки и ноги.*

Переноска пострадавшего на носилках

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



*Осуществляем
с помощниками переноску
пострадавшего
на импровизированных
мягких носилках.*

Переноска пострадавшего с подозрением на травму позвоночника

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



При переноске пострадавшего с подозрением на травму позвоночника привлекаем достаточное количество помощников.

При переноске необходимо фиксировать голову и шею пострадавшего предплечьями

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



При переноске пострадавшего с травмой позвоночника фиксируем его голову и шею.

Придание полусидячего положения

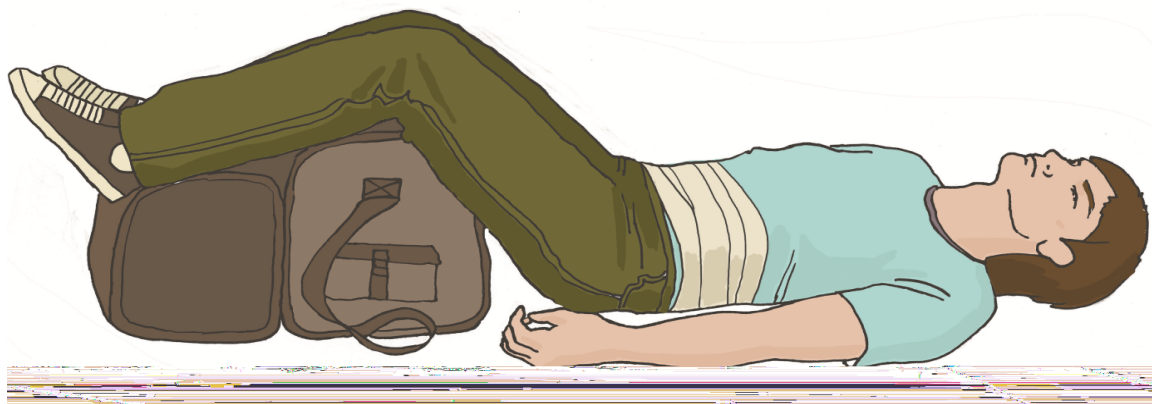
Также такому пострадавшему на этапе транспортировки или ожидания прибытия бригады скорой медицинской помощи необходимо придать полусидячее положение с наклоном в поврежденную сторону.



Затем придаем пострадавшему полусидячее положение с наклоном в поврежденную сторону.

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). Запрещено вправлять или туго бинтовать выпавшие внутренние органы, поить и кормить пострадавшего.



Останавливаем кровотечение и придаем пострадавшему «противошоковое положение».

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

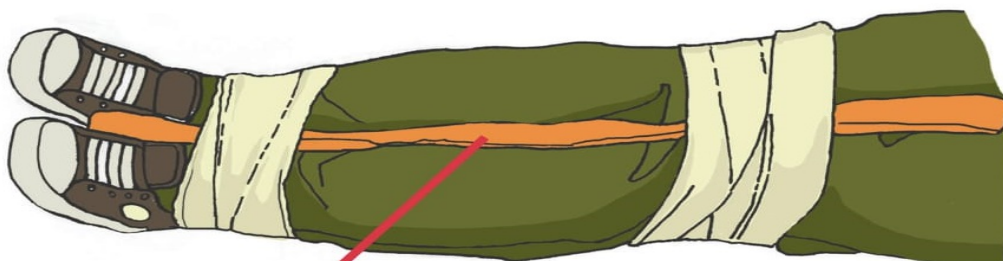
При подозрении на травму костей таза (боли в паховой области, невозможности или выраженной болезненности при движении ногами, наличии кровоподтеков в области таза) пострадавшему лучше придать положение на спине с валиком под полусогнутыми и разведенными ногами.



Если у пострадавшего пострадали кости таза, то лучше придать ему положение на спине с валиком под полусогнутыми и разведенными ногами.

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 больной ноги к здоровой.



Свернутая одежда

Фиксацию травмированной ноги необходимо выполнить, прибинтовав ее 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, приложении 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.



*Травмированную руку необходимо
прибинтовать к туловищу.*

Учебное пособие

Авторский коллектив:

кандидат педагогических наук

Мальцева Ольга Алексеевна,

кандидат юридических наук, доцент

Трусова Елена Анатольевна,

доктор медицинских наук

Дежурный Леонид Игоревич,

кандидат медицинских наук

Неудахин Геннадий Владимирович,

кандидат юридических наук

Закурдаева Алина Юрьевна

Первая помощь (для сотрудников органов внутренних дел)

Свидетельство о государственной аккредитации

Рег. № 1516 от 11.11.2015 г.

Подписано в печать 19.04.2017 г. Формат 60х90¹/₁₆.

Усл. печ. л. 5. Тираж 81 экз. Заказ № 280.

Орловский юридический институт МВД России имени В. В. Лукьянова.
302027, Орел, Игнатова, 2.