Универсальный алгоритм оказания первой помощи

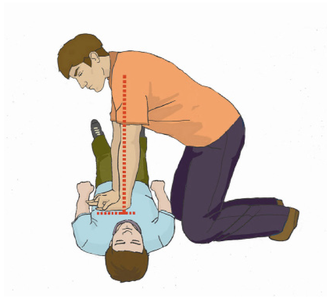
1. Определить наличие угрожающих факторов для собственной жизни и здоровья.

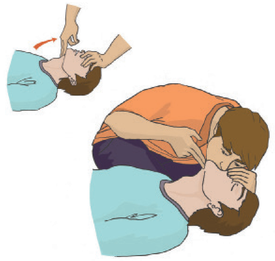
2. Оценить наличие сознания у пострадавшего. Если у пострадавшего присутствует сознание – см. п. № 7 и далее.

3. Определить наличие дыхания. При наличии дыхания - см. п. №6 и далее. При отсутствии – см. п. № 4 и далее.

4. Привлекая помощников (или самостоятельно), осуществить вызов скорой медицинской помощи по номерам 103 или 112.

5. Одновременно с вызовом скорой медицинской помощи (если вызывает помощник) или после вызова (если вызов осуществляется самостоятельно) начать проведение сердечно-легочной реанимации
(30 надавливаний на грудную клетку чередуются с 2 вдохами).

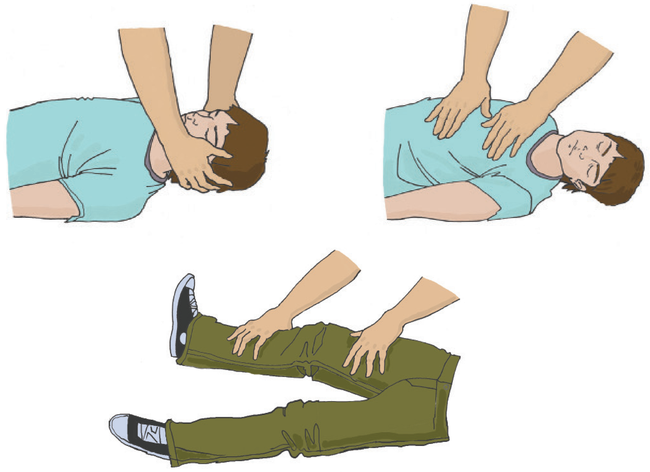




6. Если у пострадавшего появились признаки жизни, и он дышит самостоятельно, следует поддерживать проходимость дыхательных путей (придание устойчивого бокового положения).

7. Провести обзорный осмотр пострадавшего на наличие признаков кровотечения. В случае кровотечения – осуществить остановку доступными способами.

8. При отсутствии явных признаков кровотечения выслушать жалобы пострадавшего, а также осуществить его подробный осмотр.



9. Придать пострадавшему оптимальное положение тела в зависимости от его состояния и характера имеющихся травм.

10. До приезда скорой медицинской помощи контролировать состояние пострадавшего, оказывать ему психологическую поддержку.

Передать пострадавшего бригаде скорой медицинской помощи или сотрудникам других специальных служб.

Способы извлечения и перемещения пострадавшего

Извлечение пострадавшего

Одним из вариантов обеспечения безопасных условий для оказания первой помощи является экстренное извлечение пострадавшего из автомобиля или труднодоступного места и перемещение его в безопасное место (удаление из опасной зоны).

При извлечении из автомобиля пострадавшего, находящегося в сознании, руки участника оказания первой помощи проводятся под мышками пострадавшего, фиксируют его предплечье, после чего пострадавший извлекается наружу.

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

Перемещение пострадавшего

Перемещение пострадавшего, находящегося в сознании в одиночку с поддержкой.

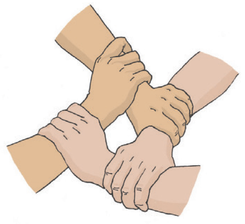
Перемещение пострадавшего, имеющего значительный вес, на близкое расстояние в одиночку волоком. Нежелательно использовать у пострадавших с травмами нижних конечностей.

Переноска пострадавшего с небольшим весом в одиночку на спине. Не применяется для переноски пострадавших, находящихся без сознания.

Переноска пострадавшего на руках. Нежелательно переносить пострадавших с подозрением на травму позвоночника.

Переноска пострадавшего в одиночку на плече. Не применяется при переноске пострадавших с травмами груди, живота, позвоночника.

Переноска пострадавшего вдвоем на замке из четырех рук. Руки берутся таким образом, чтобы обхватить запястье другой руки и руки помощника. Фиксация кистей должна быть достаточно прочной, чтобы удержать пострадавшего.



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

Переноска пострадавшего вдвоем на замке из трех рук с поддержкой под спину. Один из помощников располагает свою руку на плече у другого участника оказания помощи. На эту руку пострадавший может опираться при переноске. Таким образом осуществляется переноска пострадавших, у которых есть риск потери сознания или пострадавших, которые не могут удержаться на замке из четырех рук.

Переноска пострадавшего вдвоем за руки и ноги.

Переноска пострадавшего на мягких носилках.

Переноска пострадавшего с подозрением на травму позвоночника.

Фиксация головы и шеи пострадавшего с подозрением на травму позвоночника предплечьями при его переноске.

Оказание первой помощи при отсутствии сознания, остановке дыхания и кровообращения

Основные признаки жизни у пострадавшего

Для того, чтобы определиться с необходимыми действиями по оказанию первой помощи, следует выяснить, имеются ли у пострадавшего признаки жизни. К основным и наиболее просто определяемым признакам жизни относятся сознание и дыхание.

Способы проверки сознания, дыхания, кровообращения у пострадавшего

Определение наличия сознания у пострадавшего

Для проверки сознания – аккуратно потормошить пострадавшего за плечи и громко спросить: «Что с Вами? Нужна ли Вам помощь?».

При отсутствии сознания необходимо привлечь помощника.

Для восстановления проходимости дыхательных путей у пострадавшего следует одну руку положить на лоб пострадавшего, двумя пальцами другой взять за подбородок и запрокинуть голову.

Для проверки дыхания надо поднести щеку и ухо ко рту и носу пострадавшего и в течение 10 сек.:
- послушать дыхание ухом;
- почувствовать дыхание щекой;
- посмотреть на движения грудной клетки.

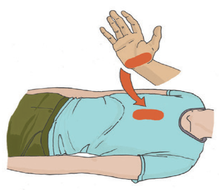
При отсутствии дыхания - поручить помощнику вызвать скорую медицинскую помощь: «Человек не дышит. Вызывайте «скорую». Сообщите мне, что вызвали».

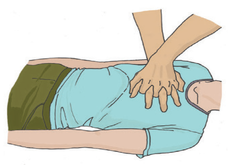
Алгоритм проведения сердечно-легочной реанимации

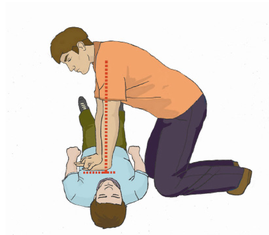
1. Оценка обстановки и устранение угрожающих факторов
2. Проверка сознания
3. Проверка дыхания
4. Вызов скорой медицинской помощи по номерам 103 или 112
5. Проведение сердечно-легочной реанимации (30 надавливаний с частотой 100-120 в минуту чередуются с 2 вдохами)
6. Поддержание проходимости дыхательных путей при проявлении признаков жизни (устойчивое боковое положение)

Техника проведения давления на грудину пострадавшего и искусственного дыхания

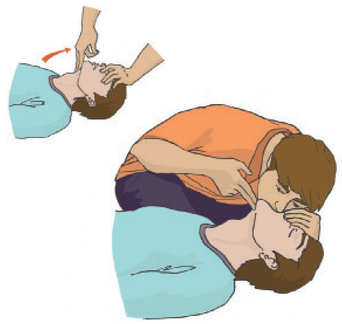
Надавливания на грудную клетку производятся в переднезаднем направлении перпендикулярно плоскости тела пострадавшего выпрямленными в локтях руками на глубину 5 – 6 см с частотой 100 - 120 надавливаний в минуту.







30 надавливаний на грудину чередуются **с 2-мя вдохами** искусственного дыхания, для чего следует открыть дыхательные пути, зажать нос пострадавшего, плотно обхватить губы пострадавшего своими губами и выполнить выдох в рот пострадавшего не дольше 1 секунды до начала подъема грудной клетки.



Показания к прекращению сердечно-легочной реанимации

Сердечно-легочную реанимацию можно прекратить в следующих случаях:
1.Появление у пострадавшего явных признаков жизни.
2.Прибытие бригады скорой медицинской помощи.
3.Невозможность продолжения сердечно-легочной реанимации ввиду физической усталости.

Мероприятия, выполняемые после прекращения сердечно-легочной реанимации

В случае появления признаков жизни необходимо обеспечить поддержание проходимости дыхательных путей (в т. ч. приданием устойчивого бокового положения), провести обзорный осмотр пострадавшего на наличие кровотечений и подробный осмотр на наличие травм и других состояний, угрожающих жизни и здоровью (при необходимости – выполнить необходимые мероприятия по оказанию первой помощи) и осуществлять контроль признаков жизни до прибытия скорой медицинской помощи или других специальных служб. В течение этого времени следует контролировать состояние пострадавшего, оказывать ему психологическую поддержку.

Оказание первой помощи при наружных кровотечениях

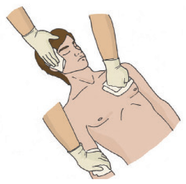
Принципы остановки интенсивного кровотечения

1. При наличии интенсивного кровотечения в первую очередь осуществляется прямое давление на рану (в перчатках или через ткань).
2. В случае если прямое давление на рану невозможно, опасно или будет явно неэффективно (инородное тело в ране, открытый перелом с выстоящими в рану костными отломками), накладывается давящая повязка (в т.ч. с фиксацией инородного тела) и/или кровоостанавливающий жгут.
3. При обширном повреждении конечности, ее разрушении или отрыве следует немедленно наложить кровоостанавливающий жгут. Давящая повязка с целью остановки кровотечения не используется.
4. Если кровотечение не останавливается при прямом давлении на рану, выше раны накладывается кровоостанавливающий жгут.
5. Если кровотечение остановлено прямым давлением на рану, следует наложить давящую повязку. Если давящая повязка неэффективна, следует нало-жить жгут.
6. При отсутствии возможности наложения давящей повязки или жгута следует продолжать прямое давление на рану до оказания медицинской помощи.
7. Сразу после временной остановки кровотечения следует связаться со службой скорой медицинской помощи по телефону 112, 103 и следовать инструкциям диспетчера.
8. Относительно безопасный срок наложения жгута на конечность со-ставляет 2 часа, независимо от температуры окружающей среды. Снятие жгута, находящегося на конечности более 2 часов, вне медицинской организации не рекомендуется.
9. При отсутствии возможности связаться с диспетчером следует, по возможности, самостоятельно транспортировать пострадавшего либо до ближайшей медицинской организации, либо до появления технической возможности вызова скорой медицинской помощи. При ожидаемом сроке оказания медицинской помощи более 2 часов, особенно в случае наложенного жгута, следует получить инструкции от диспетчера скорой медицинской помощи о порядке действий. Снятие жгута лицам, не имеющим специальной медицинской подготовки, не рекомендуется.
10. В случае очевидной задержки эвакуации (более 2 часов), подготовленными лицами может быть осуществлена попытка ослабления жгута через 1-1,5 ч от момента его наложения при постоянном прямом давлении на рану. При возобновлении кровотечения следует немедленно затянуть жгут.
11. Доставка пострадавших в медицинскую организацию не должна проводиться без сопровождения. Необходим постоянный контроль за эффективностью примененных способов остановки кровотечения.

Примечание.

Во всех случаях остановки кровотечения, особенно из ран тех локализаций, остановка кровотечения из которых с помощью жгута затруднена, возможна предварительная тампонада раны местным гемостатическим средством подготовленными лицами, если таковое имеется в наличии.

Способы временной остановки наружного кровотечения

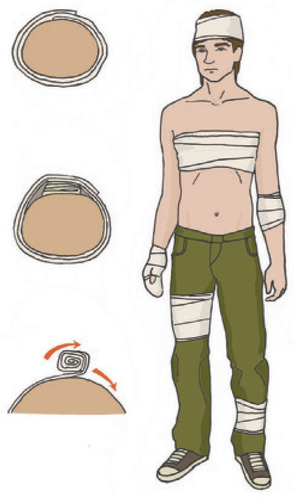


Прямое давление на рану

На область раны, покрытую стерильными салфетками, стерильным бинтом или подручным материалом, осуществляется давление рукой с силой, достаточной для остановки кровотечения.

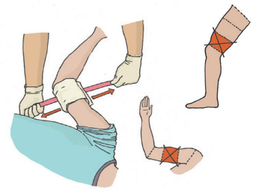
Наложение давящей повязки

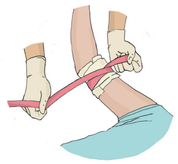
На рану следует положить стерильные салфетки из укладки, бинт должен раскатываться по ходу движения, по окончании наложения повязку следует закрепить, завязав свободный конец бинта вокруг конечности.



Наложение кровоостанавливающего жгута (на примере жгута типа Эсмарха)

1. Жгут следует накладывать только при кровотечении из плечевой или бедренной артерии.
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.
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 укутать (термоизолировать) 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.

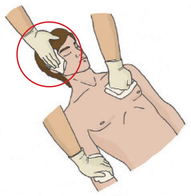
Оказание первой помощи при травмах

Подробный осмотр пострадавшего на наличие травм

Осмотр головы | Осмотр шеи | Осмотр груди и спины | Осмотр живота | Осмотр рук | Осмотр ног

Травмы головы, оказание первой помощи

Придание пострадавшему с травмой головы и находящемуся без сознания, устойчивого бокового положения.



Остановка кровотечения при ранении головы путем прямого давления на рану. Нельзя применять этот способ при открытых черепно-мозговых травмах.

Остановка кровотечения при травме головы наложением давящей повязки.

Травмы шеи, оказание первой помощи

Фиксация шейного отдела позвоночника рукой при экстренном извлечении пострадавшего с подозрением на травму шейного отдела позвоночника из автомобиля или труднодоступного места.

Фиксация шейного отдела позвоночника руками при перемещении пострадавшего.

Остановка кровотечения пальцевым прижатием сонной артерии. При венозном кровотечении можно осуществить прямое давление на рану.

Травмы живота и таза, оказание первой помощи

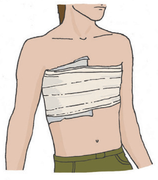
Временная остановка кровотечения наложением давящей повязки и придание пострадавшему положения на спине с приподнятыми ногами (при подозрении на травму живота).

Придание пострадавшему положения на спине с валиком под полусогнутыми ногами (при подозрении на травму таза).

Травмы груди, оказание первой помощи

Временная остановка кровотечения прямым давлением на рану.

Наложение давящей повязки для остановки кровотечения.



Наложение окклюзионной повязки при проникающем ранении грудной клетки (вариант с закреплением воздухонепроницаемого материала бинтовой повязкой).

Придание пострадавшему полусидячего положения с наклоном в поврежденную сторону.

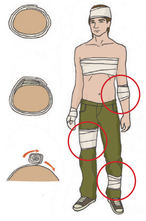
Травмы позвоночника. Оказание первой помощи

При подозрении на травму позвоночника следует придать пострадавшему положение на твердой ровной поверхности.

Переноску пострадавшего с подозрением на травму позвоночника, следует осуществлять с привлечением нескольких помощников, фиксируя его голову и шею

Травмы конечностей, оказание первой помощи

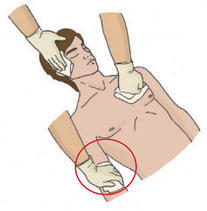
Важным является внимательный осмотр конечностей пострадавшего для определения характера возможных травм – кровотечения, переломов.



Наложение давящей повязки с использованием бинтов и стерильных салфеток.

Аутоиммобилизация (прибинтовывание ноги с подозрением на перелом костей к здоровой).

Временная остановка кровотечения слабой и средней интенсивности прямым давлением на рану.



Аутоиммобилизация (фиксация руки с подозрением на перелом костей к туловищу).

Первая помощь при неотложных состояниях

Порядок оказания первой помощи при частичном и полном нарушении проходимости верхних дыхательных путей, вызванном инородным телом

Признаки частичного нарушения проходимости: пострадавший может кашлять, шумно дышать, отвечать на вопросы.

При частичном нарушении проходимости следует предложить пострадавшему покашлять.

При полном нарушении пострадавший не может говорить, кашлять, лицо его становится багрово-синюшным.

При полном нарушении проходимости верхних дыхательных путей необходимо:
1. Встать сбоку и немного сзади пострадавшего.
2. Придерживая пострадавшего одной рукой, другой наклонить его вперёд.
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**:
- встать позади пострадавшего и обхватить его обеими руками на уровне верхней половины живота;
- сжать кулак одной из рук и поместить его над пупком;
- обхватить кулак другой рукой, слегка наклонить пострадавшего вперед и резко надавить на его живот в направлении внутрь и кверху;
- при необходимости надавливания повторять до 5 раз.

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.

Особенности оказания первой помощи при частичном и полном нарушении проходимости верхних дыхательных путей, вызванном инородным телом, тучному пострадавшему или беременной женщине

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.

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

Придание пострадавшему устойчивого бокового положения

Шаг 1.
Расположить одну руку пострадавшего под прямым углом к его телу.

Шаг 2.
Вторую руку пострадавшего приложить тыльной стороной к щеке пострадавшего, придерживая ее своей рукой.

Шаг 3.
После этого согнуть дальнюю ногу пострадавшего в колене, поставить ее с опорой на стопу и надавить на колено этой ноги в указанном на рисунке направлении.

Шаг 4.
После поворота пострадавшего набок слегка запрокинуть его голову и подтянуть ногу, лежащую сверху, к животу.

В результате этих действий пострадавший должен принять положение, изображенное на рисунке.