



Союз
педагогов
России

Методические рекомендации

ОКАЗАНИЕ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ

Т.В. Куличенко, Р.Ф. Тепаев,
Л.С. Намазова-Баранова,
И.В. Артемова, В.В. Черников,
С.А. Мухортова, З.А. Алачева,
А.Р. Бабаян, Н.А. Логвинова

Москва
«Пеликанъ»
2017

УДК [371.72:616-053.2-083.98](035.3)
ББК 53.50я81+57.33я81
О-49

Методические рекомендации
Серия основана в 2010 г.

О-49 Оказание первой помощи детям: метод. рекомендации для учителей общеобразоват. учреждений / Т. В. Куличенко [и др.]. — М.: ПедиатрЪ, 2017. — 60 с. — (Методические рекомендации / Нац. науч.-практ. центр здоровья детей. Союз педиатров России; вып. 3).

ISBN 978-5-906332-00-4

Настоящее пособие является базовым курсом обучения педагогических работников навыкам оказания первой помощи. Оно охватывает организационно-правовые аспекты оказания первой помощи, перечень и последовательность мероприятий по оказанию первой помощи детям при несчастных случаях, травмах и других состояниях, угрожающих жизни и здоровью. Представлены алгоритмы оказания помощи при потере сознания, остановке дыхания и кровообращения, наружных кровотечениях, инородных телах дыхательных путей, травмах различных областей тела, тепловых поражениях и ожогах, отморожении и отравлениях.

Общие мероприятия неотложной помощи может и должен уметь проводить любой обученный человек без медицинского образования и без специальных вспомогательных средств.

Пособие предназначено прежде всего для работников сферы образования, но может быть полезно любому человеку, не являющемуся профессиональным медиком, но желающему приобрести знания и навыки по спасению жизни в экстремальных ситуациях.

УДК [371.72:616-053.2-083.98](035.3)
ББК 53.50я81-57.33я81

ISBN: 978-5-906332-00-4



9 785906 332004

© Коллектив авторов, 2017
© Союз педиатров России, 2017
© Издательство «ПедиатрЪ», 2017

СОДЕРЖАНИЕ

1. Обучение оказанию первой помощи в школе: основы безопасности школьников	4
2. Первая помощь: определение, перечень состояний и мероприятий по оказанию первой помощи.....	6
3. Нормативно-правовая база оказания первой помощи.....	12
4. Алгоритмы оказания первой помощи при неотложных состояниях	15
4.1. Помощь при потере сознания	15
4.2. Помощь при остановке дыхания и кровообращения.....	17
4.3. Остановка наружного кровотечения.....	26
4.4. Помощь при инородном теле верхних дыхательных путей	30
4.5. Помощь при травмах различных областей тела	32
4.6. Помощь при ожогах и тепловых поражениях (эффекты воздействия высоких температур, теплового излучения)	39
4.7. Помощь при отморожениях и переохлаждении	44
4.8. Помощь при отравлениях	46
5. Правила поведения педагога при оказании первой помощи пострадавшему ребенку. Основы психологической помощи детям и персоналу в экстренных ситуациях	52
Литература.....	59

1. ОБУЧЕНИЕ ОКАЗАНИЮ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ В ШКОЛЕ: ОСНОВЫ БЕЗОПАСНОСТИ ШКОЛЬНИКОВ

Умение оказать первую помощь может не только сохранить здоровье, но и спасти жизнь — школьнику, учителю, любому человеку, попавшему в беду. Если рядом с пострадавшим оказывается кто-то, способный действовать быстро, четко и адекватно, именно такой человек поможет предотвратить роковые последствия.

Первая помощь может осуществляться в порядке самопомощи или взаимопомощи. Владение навыками первой помощи персоналом детских общеобразовательных учреждений, а также учащимися — это, прежде всего, актуальный вопрос безопасности всего коллектива учебной записки во внештатных ситуациях. Кроме того, повышение образованности в этой сфере населения в целом будет способствовать и самосохранению, и спасению ближних в любых непредвиденных, угрожающих жизни обстоятельствах. Необходимо стремиться к тому, чтобы каждому гражданину были известны сущность, принципы, правила и последовательность оказания первой помощи.

В соответствии с действующим законодательством во время учебных занятий и организованных учебным заведением внешкольных мероприятий педагоги несут ответственность за жизнь и здоровье своих учеников. К сожалению, застраховаться от несчастных случаев в жизни невозможно. Но своевременно и качественно оказать ребенку первую помощь — необходимое условие квалификации каждого педагога. Разумеется, никто не требует от учителей медицинских знаний. В то же время умение грамотно оказать первую помощь поможет спасти ребенка в критической ситуации — и вы будете знать, что сделали все возможное!

Обучение оказанию первой помощи является обязательным для сотрудников экстренных служб, таких как полицейские, спасатели, пожарные, медицинские работники. Для

остальных граждан подобное обучение не является обязательным, хотя и рекомендовано. Знания и навыки оказания первой помощи должны преподаваться учащимся средних школ, профессиональных учебных заведений на уроках ОБЖ (Основы безопасности жизнедеятельности) или аналогичных предметах, а также учащимся автошкол.

Настоящее пособие является базовым курсом обучения педагогических работников навыкам оказания первой помощи, оно освещает организационно-правовые аспекты оказания первой помощи, перечень и последовательность мероприятий по оказанию первой помощи детям при несчастных случаях, травмах и других состояниях, угрожающих жизни и здоровью.

Традиционно мероприятия по оказанию неотложной помощи разделяют на общие и расширенные. Общие мероприятия неотложной помощи может проводить любой обученный человек без медицинского образования и без специальных вспомогательных средств, расширенные — только врачи, спасатели или другие лица со специальным образованием. Такое базисное разделение правомочно и для других случаев лечения в условиях неотложной медицинской помощи. Общие мероприятия неотложной помощи способен осуществить каждый обученный первой помощи человек; расширенные мероприятия неотложной помощи требуют специальных знаний, лекарственных препаратов и, как правило, специального вспомогательного оборудования. Таким образом, в настоящем пособии представлены общие мероприятия оказания неотложной помощи.

2. ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ: ОПРЕДЕЛЕНИЕ, ПЕРЕЧЕНЬ СОСТОЯНИЙ И МЕРОПРИЯТИЙ ПО ОКАЗАНИЮ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ

Общие сведения

Первая помощь — это комплекс срочных простейших мероприятий по спасению жизни человека [1]. Первая помощь должна быть оказана при несчастных случаях и внезапных заболеваниях.

Цель первой помощи заключается в устранении явлений, угрожающих жизни, а также в предупреждении дальнейших повреждений и возможных осложнений. Первая помощь подразумевает меры срочной помощи раненым или больным людям, которые предпринимаются до прибытия медицинского работника или до помещения пострадавшего в медицинское учреждение.

До недавнего времени в гражданской обороне и медицине не было официальной терминологии относительно первой помощи, что порождало трудности в трактовке законов, их применении и обучении первой помощи [2]. Однако в текущей редакции Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» устранены неоднозначности, и дается трактовка термина «первая помощь» [3]. В законе подчеркнуто, что первая помощь не является видом медицинской помощи и оказывается пострадавшим до медицинской помощи [3].

В соответствии с частью 1 ст. 31 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ, «первая помощь до оказания медицинской помощи оказывается гражданам при несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях и заболеваниях, угрожающих их жизни и здоровью, лицами, обязанными оказывать первую помощь в соответствии с Федеральным законом или со специальным правилом и имеющими соответствующую подготовку, в том числе сотрудниками органов внутренних дел Российской Федерации, сотрудниками, военнослужащими и работниками Государственной противопожарной службы, спасателями

аварийно-спасательных формирований и аварийно-спасательных служб» [3].

Виды оказания помощи

Выделяют следующие виды оказания помощи больным и пострадавшим:

Первая помощь оказывается без использования специальных медицинских инструментов, оборудования, лекарств и проведения медицинских манипуляций; ее может оказывать любой человек.

Первая доврачебная помощь (или первичная доврачебная медико-санитарная помощь) оказывается фельдшером, а также медицинской сестрой (братом), акушером, т.е. лицом, имеющим среднее специальное медицинское образование.

Первая врачебная помощь (или первичная врачебная медико-санитарная помощь) оказывается любым врачом, имеющим необходимые инструментарий и лекарственные средства, по неотложным показаниям; может быть оказана вне больничных условий или в поликлинике, в машине скорой помощи, в приемном отделении больницы.

Квалифицированная медицинская помощь (или первичная специализированная медико-санитарная помощь) оказывается врачами-специалистами высокой квалификации в условиях многопрофильных больниц, госпиталей, травматологических пунктов, а также специализированными врачебными бригадами скорой медицинской помощи; подразделяется на терапевтическую и хирургическую.

Специализированная медицинская помощь (или специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь) оказывается в условиях специализированных клиник, госпиталей, институтов и академий врачами-специалистами (например, неврологическая, травматологическая, офтальмологическая и др.).

Медицинские мероприятия по оказанию помощи не следует путать с лечением.

Перечень состояний, при которых оказывается первая помощь, и перечень мероприятий по оказанию первой помощи

Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 4 мая 2012 г. № 477н утверждены перечень состояний, при которых оказывается первая помощь, и перечень мероприятий по оказанию первой помощи [4].

Перечень состояний, при которых оказывается первая помощь

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

Перечень мероприятий по оказанию первой помощи [4]

1. Мероприятия по оценке обстановки и обеспечению безопасных условий для оказания первой помощи:
 - 1) определение угрожающих факторов для собственной жизни и здоровья;
 - 2) определение угрожающих факторов для жизни и здоровья пострадавшего;
 - 3) устранение угрожающих факторов для жизни и здоровья;
 - 4) прекращение действия повреждающих факторов на пострадавшего;
 - 5) оценка количества пострадавших;
 - 6) извлечение пострадавшего из транспортного средства или других труднодоступных мест;

- 7) перемещение пострадавшего.
2. Вызов скорой медицинской помощи, других специальных служб, сотрудники которых обязаны оказывать первую помощь в соответствии с федеральным законом или со специальным правилом.
3. Определение наличия сознания у пострадавшего.
4. Мероприятия по восстановлению проходимости дыхательных путей и определению признаков жизни у пострадавшего:
 - 1) запрокидывание головы с подъемом подбородка;
 - 2) выдвижение нижней челюсти;
 - 3) определение наличия дыхания с помощью слуха, зрения и осязания;
 - 4) определение наличия кровообращения, проверка пульса на магистральных артериях.
5. Мероприятия по проведению сердечно-легочной реанимации до появления признаков жизни:
 - 1) давление руками на грудину пострадавшего;
 - 2) искусственное дыхание «рот ко рту»;
 - 3) искусственное дыхание «рот к носу»;
 - 4) искусственное дыхание с использованием устройства для искусственного дыхания¹.
6. Мероприятия по поддержанию проходимости дыхательных путей:
 - 1) придание устойчивого бокового положения;
 - 2) запрокидывание головы с подъемом подбородка;
 - 3) выдвижение нижней челюсти.
7. Мероприятия по обзорному осмотру пострадавшего и временной остановке наружного кровотечения:
 - 1) обзорный осмотр пострадавшего на наличие кровотечений;
 - 2) пальцевое прижатие артерии;
 - 3) наложение жгута;

¹ В соответствии с утвержденными требованиями к комплектации медицинскими изделиями аптечек (укладок, наборов, комплектов) для оказания первой помощи (и ред. Приказа Минздрава России от 07.11.2012 № 586н)

- 4) максимальное сгибание конечности в суставе;
 - 5) прямое давление на рану;
 - 6) наложение давящей повязки.
8. Мероприятия по подробному осмотру пострадавшего в целях выявления признаков травм, отравлений и других состояний, угрожающих его жизни и здоровью, и по оказанию первой помощи в случае выявления указанных состояний:
- 1) проведение осмотра головы;
 - 2) проведение осмотра шеи;
 - 3) проведение осмотра груди;
 - 4) проведение осмотра спины;
 - 5) проведение осмотра живота и таза;
 - 6) проведение осмотра конечностей;
 - 7) наложение повязок при травмах различных областей тела, в том числе окклюзионной (герметизирующей) при ранении грудной клетки;
 - 8) проведение иммобилизации (с помощью подручных средств, аутоиммобилизация, с использованием изделий медицинского назначения¹);
 - 9) фиксация шейного отдела позвоночника (вручную, подручными средствами, с использованием изделий медицинского назначения¹);
 - 10) прекращение воздействия опасных химических веществ на пострадавшего (промывание желудка путем приема воды и вызывания рвоты, удаление с поврежденной поверхности и промывание поврежденной поверхности проточной водой);
 - 11) местное охлаждение при травмах, термических ожогах и иных воздействиях высоких температур или теплового излучения;
 - 12) термозащита при отморожениях и других эффектах воздействия низких температур.
9. Придание пострадавшему оптимального положения тела.
10. Контроль состояния пострадавшего (сознание, дыхание, кровообращение) и оказание психологической поддержки.

11. Передача пострадавшего бригаде скорой медицинской помощи, другим специальным службам, сотрудники которых обязаны оказывать первую помощь в соответствии с федеральным законом или со специальным правилом.

Международным признанным символом первой помощи является белый крест на зеленом фоне.

3. НОРМАТИВНО-ПРАВОВАЯ БАЗА ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ

Существует убеждение, что для оказания первой помощи необходимы глубокие медицинские знания, и оказывать ее могут и должны только специалисты-медики. В реальности же для оказания грамотной первой помощи необходимо овладеть лишь несколькими простыми навыками. Ниже освещаются юридические аспекты оказания и неоказания первой помощи пострадавшим и больным.

Кто имеет право оказывать первую помощь?

В отличие от медицинской помощи, первая помощь может оказываться любым человеком, в том числе и без медицинского образования. Каждый гражданин России имеет право добровольно оказывать первую помощь!

Кто обязан оказывать первую помощь?

Для некоторых категорий граждан оказание первой помощи является обязанностью по закону или по правилу: это сотрудники ГИБДД, МВД, военнослужащие, сотрудники и работники МЧС, пожарных служб, специалисты по охране труда, медицинские работники, присутствующие на месте происшествия [3]. Согласно федеральному закону, водители транспортных средств и другие лица вправе оказывать первую помощь при наличии соответствующих навыков [3]. Медицинские работники, не являющиеся врачами, помимо первой помощи по возможности должны оказывать также первую доврачебную помощь. Среди обычных очевидцев происшествия обязанность принять меры для оказания первой помощи возникает у водителей, причастных к дорожно-транспортному происшествию (п. 2.5 Правил дорожного движения РФ).

Предусмотрена ли ответственность за неоказание первой помощи?

Ответственность за неоказание первой помощи вплоть до уголовной предусмотрена для лиц, обязанных оказывать

первую помощь (полizeiские, пожарные, спасатели, медицинские работники). Обязательное условие ответственности за неоказание помощи больному — отсутствие уважительных причин в таком поведении лиц, обязанных оказывать помощь. Не могут быть, в частности, признаны уважительными ссылки на нерабочее время, усталость, ведомственный или частный (негосударственный) характер лечебного учреждения и т.д.

Остальные граждане оказывают первую помощь добровольно, по мере своих возможностей и умений. Однако в том случае, когда человек не может или не хочет оказывать полноценную первую помощь пострадавшему, в его обязанности входит вызов специалистов для оказания квалифицированной медицинской помощи — такое сообщение тоже относится к первой помощи. За неоказание помощи и оставление в опасности Уголовный кодекс РФ предусматривает ответственность [5].

Для простых очевидцев происшествия, оказывающих первую помощь в добровольном порядке, никакая ответственность за неоказание первой помощи применяться не может. Но! В том случае, если гражданин заведомо оставил пострадавшего, находящегося в беспомощном состоянии, без возможности получения помощи, он может быть привлечен к уголовной ответственности по ст. 125 «Оставление в опасности» Уголовного кодекса РФ [5].

Особые нормы установлены в отношении водителей, причастных к дорожно-транспортному происшествию. Принятие мер к оказанию первой помощи относится к обязанностям водителя в связи с дорожно-транспортным происшествием, за невыполнение которых водителю грозят привлечение к административной ответственности и наказание в виде административного штрафа (ч. 1 ст. 12.27 Кодекса РФ об административных правонарушениях).

Предусмотрено ли законом поощрение за оказание первой помощи?

В случае решения в суде вопроса о привлечении лица к ответственности за причинение вреда жизни или здоро-

вью оказание первой помощи пострадавшему учитывается как обстоятельство, смягчающее наказание (п. 2 ч. 1 ст. 4.2 Кодекса РФ об административных правонарушениях; п. «к» ч. 1 ст. 61 Уголовного кодекса РФ). Факт оказания первой помощи пострадавшему может способствовать назначению более мягкого наказания, например штрафа, а не лишения права управления транспортным средством. Кроме того, оказание первой помощи может снизить медицинские последствия травмы: соответственно, пострадавшему будет квалифицирован вред меньшей тяжести.

Можно ли привлечь к ответственности за неправильное оказание первой помощи?

Поскольку жизнь человека провозглашается высшей ценностью, сама попытка защитить эту ценность ставится выше возможной ошибки в ходе оказания первой помощи, так как дает человеку шанс на выживание.

Уголовное и административное законодательство не признают правонарушением причинение вреда охраняемым законом интересам в состоянии крайней необходимости, то есть для устранения опасности, непосредственно угрожающей личности или правам данного лица, если эта опасность не могла быть устранена иными средствами (ст. 39 «Крайняя необходимость» Уголовного кодекса РФ; ст. 2.7 «Крайняя необходимость» Кодекса РФ об административных правонарушениях) [5]. В настоящее время в Российской Федерации отсутствуют судебные прецеденты привлечения к юридической ответственности за неумышленное причинение вреда в ходе оказания первой помощи.

4. АЛГОРИТМЫ ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПРИ НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЯХ

4.1. Помощь при потере сознания

Общие сведения

Ясное сознание предполагает состояние бодрствования, полную ориентацию во времени и пространстве, адекватную реакцию на окружающую действительность. Нарушение сознания является проявлением дисфункции центральной нервной системы, вследствие которой утрачиваются адекватная реакция и ориентация в окружающей обстановке.

Нарушение сознания может быть кратковременным и длительным, поверхностным и глубоким.

Кратковременная потеря сознания наблюдается при обмороках (синкопальных состояниях). При судорожных припадках потеря сознания может длиться дольше, а при сотрясении головного мозга может продолжаться до 24 часов и дольше. Длительное нарушение сознания может наблюдаться при внутримозговой патологии (например, при развитии негравматических гематом или повреждении головного мозга), при развитии расстройств обмена веществ (кома при сахарном диабете).

Обморок характеризуется выраженной бледностью, внезапной кратковременной потерей сознания. Другими причинами остро развившегося нарушения сознания могут быть интоксикация, гипоксия. Редко наблюдается истерический припадок, имитирующий обморок (диагностический маневр — руку ребенка уронить на лицо: только при истинной коме рука упадет на лицо!).

По глубине нарушения (угнетения) сознания выделяют несколько степеней (А.И. Коновалов, 1982). К ним можно отнести оглушение, сопор, кому различной выраженности.

Оглушение проявляется снижением уровня бодрствования и обычно сопровождается сонливостью. Человек в состоянии оглушения частично дезориентирован, сонлив, но может выполнять простые просьбы или команды. На вопросы отвечает медленно или частично, ответы одно-

сложные. При глубоком оглушении речевой контакт может быть затруднен.

Сопор (крепкий сон, беспамятство) характеризуется почти полным отсутствием сознания, но сохранением целенаправленных защитных координированных движений: например, наблюдается открывание глаз на болевые и звуковые раздражители. Можно получить эпизодически односложные ответы на многократно повторяемые вопросы. Пострадавший неподвижен, или у него отмечаются автоматизированные стереотипные движения, может быть потеря контроля над тазовыми функциями (непроизвольные мочеиспускание и дефекация). Сопливость у человека в сопоре проявляется длительным или глубоким сном, пробудить из которого возможно, используя энергичную стимуляцию.

Кома характеризуется отсутствием реакции и невозможностью пробуждения. При глубокой коме даже примитивные рефлексы могут отсутствовать. При глубокой коме отсутствует реакция на болевые раздражители. Спонтанные движения отсутствуют. Могут отмечаться непроизвольные мочеиспускание и дефекация, появляются патологические типы дыхания, развивается декомпенсация сердечной деятельности.

Уточняющие вопросы:

- 1) была ли травма непосредственно перед потерей сознания;
- 2) были диагностированные ранее заболевания мозга или травмы в прошлом;
- 3) возможные хронические заболевания (сахарный диабет);
- 4) принимает ли ребенок какие-либо лекарственные препараты;
- 5) что непосредственно предшествовало потере сознания.

Алгоритм действий при обмороке

1. Придайте пострадавшему устойчивое положение на боку, ослабьте галстук, расстегните ворот верхней одежды, ослабьте брючный ремень, снимите обувь, обеспечьте доступ свежего воздуха.

2. Если сознание не восстанавливается более 3–5 минут, вызовите (самостоятельно или с помощью окружающих) скорую медицинскую помощь.

Вызов бригады скорой медицинской помощи

Необходимо обязательно сообщить диспетчеру следующую информацию:

- место происшествия: что и где произошло;
- число пострадавших и тяжесть их состояния: кто пострадал и что с ними;
- какая помощь им оказана или оказывается: что сделано.

Телефонную трубку при разговоре с диспетчером положите последним/последней, когда даны ответы на все его вопросы

В любом случае перенесшему обморок в дальнейшем следует обратиться к врачу для обследования и определения причины возникшего нарушения сознания.

При отсутствии дыхания и пульса у пострадавшего без сознания необходимо проведение реанимационных мероприятий!

4.2. Помощь при остановке дыхания и кровообращения

В большинстве случаев остановки сердца у взрослых имеет место кардиологическая причина. У детей первичная остановка сердца встречается крайне редко. Чаще всего причиной остановки сердца у детей является нарушение дыхания.

Отсутствие навыков проведения базовой сердечно-легочной реанимации в реальной жизни приводит к тому, что менее 1/3 пациентов с остановкой сердечной деятельности проводится базовая сердечно-легочная реанимация очевидцами произошедшего. Выживаемость детей с остановкой сердца вне госпиталя составляет от 2 до 10% [6]. Вместе с тем многие

национальные ассоциации кардиологов не устанавливают возрастных ограничений в обучении сердечно-легочной реанимации: исследования показывают, что дети с 9 лет способны усваивать навыки по ее проведению.

Реанимация — восстановление жизненно важных функций организма (прежде всего дыхания и кровообращения). Реанимацию проводят тогда, когда отсутствует дыхание и прекратилась сердечная деятельность, или эти функции угнетены настолько, что дыхание и кровообращение не обеспечивают потребности организма. Возможность реанимации основывается на том, что, во-первых, смерть никогда не наступает сразу — ей всегда предшествует переходная стадия, так называемое терминальное состояние; во-вторых, изменения, происходящие в организме при умирании, не сразу приобретают необратимый характер и при достаточной сопротивляемости организма и своевременном оказании помощи могут быть полностью ликвидированы.

Действия при реанимации направлены прежде всего на ликвидацию причин умирания и восстановление функций дыхания и кровообращения. Оживить можно только жизнеспособный организм. Почти любая критическая ситуация, заканчивающаяся внезапной смертью, является показанием к незамедлительной реанимации, и чем раньше она начата, тем более вероятен успех. Период (5–6 минут), который отделяет состояние клинической смерти от биологической, не оставляет времени на разговоры, размышления и выжидание: при терминальном состоянии минимальная, но своевременная оказанная помощь бывает эффективнее сложнейших врачебных мероприятий, предоставляемых с отсрочкой.

При тяжелой травме, поражении электрическим током, утоплении, удушении, отравлениях, ряде заболеваний может возникнуть потеря сознания, т.е. состояние, когда пострадавший лежит без движений, не отвечает на вопрос, не реагирует на окружающую среду.

Человек, оказывающий помощь, должен уметь отличать потерю сознания от смерти.

Признаки жизни

- Наличие сердечных сокращений: определяют рукой или ухом на грудной клетке в области левого соска
- Наличие пульса на артериях: определяют на шее (сонная артерия) и в паху (бедренная артерия)
- Наличие дыхания: определяют, следя за движениями грудной клетки и живота
- Наличие реакции зрачков на свет: если осветить глаз пучком света (например, фонариком), наблюдается сужение зрачков. При дневном свете эту реакцию можно проверить так: на некоторое время закрывают глаз рукой, затем быстро отводят руку в сторону, при этом заметно сужение зрачка

Наличие признаков клинической смерти требует немедленного проведения реанимационных мероприятий. Следует помнить, что отсутствие сердцебиения, пульса, дыхания и реакции зрачков на свет еще не означает, что потерпевший мертв. Подобный комплекс симптомов может наблюдаться и при клинической смерти, когда пострадавшему также необходимо оказать помощь в полном объеме.

Одной из первоочередных задач при оживлении пострадавшего и поддержании жизнедеятельности травмированного организма является быстрое восстановление уровня кислорода, необходимого для работы всех органов. Достигается это немедленной искусственной вентиляцией легких с параллельным массажем сердца.

Принципы проведения сердечно-легочной реанимации (СЛР)

1. Оцените безопасность спасателя и пострадавшего.

При инициации реанимационных мероприятий необходимо удостовериться в безопасности места проведения СЛР как для спасателя, так и для пострадавшего. Передвижение пострадавшего возможно только при уверенности в опасности зоны проведения СЛР.

2. Проверьте реакцию пострадавшего.

Для определения реакции необходимо мягко пошевелить пострадавшего, спросить о его самочувствии, если известно — назвать его по имени.

3. Следите за движением.

Если пострадавший реагирует на ваши действия, то обычная реакция проявляется вербальным ответом или движением. При необходимости вызовите скорую помощь. Не оставляйте пострадавшего без внимания. Дети с дыхательными нарушениями часто занимают вынужденную позицию — позвольте ребенку при этом оставаться в выбранном положении.

4. Проверьте дыхание.

Если вы видите регулярное дыхание, то пострадавший не нуждается в СЛР. При отсутствии очевидных повреждений поверните ребенка в восстановительное положение для обеспечения проходимости дыхательных путей и снижения риска аспирации (рис. 1).

Если пострадавший без сознания, отсутствует спонтанное дыхание, попытайтесь определить пульс в течение не более 10 секунд путем пальпации плечевой артерии у детей грудного возраста, сонной или бедренной артерии — у детей старше 1 года. Если вы не ощущаете пульсовой волны или не уверены в ее наличии, начните компрессии грудной клетки. Установлено, что в критической ситуации определение пульса является сложной задачей даже для подготовленного специалиста [8, 9].

5. Проверьте пульс.

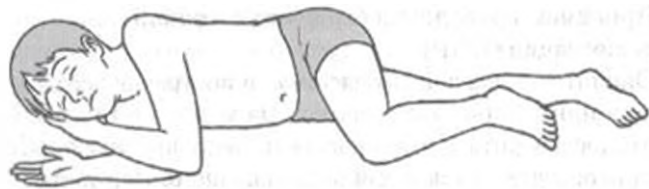


Рис. 1. Восстановительное положение на боку [7]

6. До начала сердечно-легочной реанимации пострадавшего необходимо уложить на жесткую поверхность (например, на пол или на землю).

Неадекватное дыхание с наличием пульса у пострадавшего

Если пальпируется пульс 60 и более в минуту, но отсутствует адекватное спонтанное дыхание, начните искусственное дыхание с частотой 12–20 дыханий в минуту (1 дыхание каждые 3–5 секунд) до восстановления спонтанного дыхания. Проверяйте пульс каждые 2 минуты, затрачивая на это не более 10 секунд.

7. При отсутствии дыхания и сохраненном пульсе более 60 в минуту начните искусственное дыхание.

Редкий пульс (брадикардия) и нарушено кровообращение

Если пульс менее 60 в минуту и отмечаются бледность, мраморность, синюшность кожи, начинайте компресии грудной клетки. Резкое снижение частоты сердечных сокращений у детей является показанием для начала компрессий грудной клетки.

8. При отсутствии дыхания, снижении пульса менее 60 в минуту, синюшности кожи начните непрямой массаж сердца в сочетании с искусственной вентиляцией легких.

Компресии грудной клетки (непрямой массаж сердца)

Если у пострадавшего отсутствуют сознание, дыхание, не определяется пульс (или вы не уверены, что определяете пульс), начинайте компресии грудной клетки. При остановке сердечной деятельности качественно проведенный непрямой массаж сердца позволяет обеспечить значительный кровоток в жизненно важных органах и повышает шанс восстановления кровообращения. Критерии адекватно проводимого прямого массажа сердца:

- нажимайте быстро: не менее 100 компрессий в минуту;
- нажимайте сильно: сжимайте грудную клетку как минимум на 1/3 переднезаднего размера грудной клетки, или 5 см (у детей);

- после каждого нажатия грудная клетка должна восстановить исходную форму;
- избегайте прерывания компрессий.

При проведении СЛР детям компрессии проводятся на уровне нижней половины грудины ладонью одной руки (для возраста до 10 лет) или скрещенными ладонями двух рук (для возраста старше 10 лет).

Физическая усталость спасателя приводит к неэффективным компрессиям грудной клетки в течение нескольких минут от начала СЛР, даже если спасатель отрицает чувство усталости. В связи с этим по возможности необходима ротация спасателей каждые 2 минуты. Смена ролей должна производиться как можно быстрее (в идеале за 5 секунд), чтобы свести к минимуму прерывания компрессий грудной клетки.

Общезвестно, СЛР, включающая комбинацию компрессий грудной клетки и искусственное дыхание (искусственную вентиляцию легких), ассоциируется с лучшим прогнозом.

Открытие верхних дыхательных путей и искусственное дыхание

В случае проведения СЛР одним спасателем рекомендованное соотношение компрессий к частоте дыханий — 30:2. После инициальных 30 компрессий выполните открытие верхних дыхательных путей и сделайте 2 вдоха. Обеспечьте проходимость верхних дыхательных путей, запрокинув в случае отсутствия повреждения головы и шеи голову пострадавшего (рис. 2).

Если нельзя исключить травму шейного отдела позвоночника и повреждение спинного мозга, постарайтесь обеспечить проходимость дыхательных путей выдвижением нижней челюсти без запрокидывания головы.

Контролируйте эффективность вдоха по экскурсии грудной клетки. Для детей старше 1 года используйте методику дыхания «рот в рот» (зажимая ноздри).

Опираясь на опыт, необходимо отметить, что часть спасателей испытывают нерешительность при проведении дыхания «рот в рот» и предпочитают использовать барьерные приспособления, которые не снижают риска инфекции, могут



Рис. 2. Маневр открытия верхних дыхательных путей путем запрокидывания головы [7]

повышать давление в дыхательных путях и препятствовать воздушному потоку. Таким образом, если вы используете барьерные приспособления, постарайтесь максимально быстро сделать первый вдох.

Алгоритм проведения сердечно-легочной реанимации

1. Убедитесь в собственной безопасности.
2. Оцените сознание: громкий оклик, легкое потряхивание за плечи.
3. При отсутствии сознания — вызовите помощь.
4. Освободите дыхательные пути: обеспечьте легкое запрокидывание головы (если нет указаний на травму шеи!), поднимите подбородок пострадавшего: для этого одну руку следует положить на лоб пострадавшего, двумя пальцами другой поднять подбородок и запрокинуть голову.
5. Оцените дыхание: смотрите, слушайте, почувствуйте (на это у вас не более 10 секунд!). Прислушайтесь к дыханию, ощутите выдыхаемый воздух на своей щеке, установите наличие или отсутствие движений грудной клетки.
6. При нормальном дыхании обеспечьте восстановительное положение на боку, контролируйте (наблюдайте) дыхание.
7. При отсутствии дыхания сделайте 5 дыхательных движений изо рта в рот.

8. Если грудная клетка не поднимается, необходимо провести освобождение дыхательных путей. Обычно таких попыток может быть до 5 (5 вдохов изо рта в рот – освобождение дыхательных путей).
9. Оцените наличие признаков кровообращения: пальпация пульса на сонной или бедренной артерии у детей старше 1 года².
10. При отсутствии признаков кровообращения начинайте компрессию грудной клетки и продолжайте искусственную вентиляцию.

Правила проведения непрямого массажа сердца

- Проводится только на твердой поверхности!
- Положите основание ладони на середину грудной клетки. Возьми руки в замок.
- Надавливания проводите строго вертикально по линии, соединяющей грудину с позвоночником. Надавливания выполняйте плавно, без резких движений, тяжестью верхней половины своего тела.
- Глубина продавливания грудной клетки должна быть не менее 5–6 см, частота – 100–120 надавливаний в 1 минуту.
- Детям *грудного* возраста надавливания производят двумя пальцами, детям *до 10 лет* – ладонью одной руки; у *взрослых* упор делается на основание ладоней, пальцы рук взяты в замок.
- Чередуйте 30 надавливаний с 2 вдохами искусственного дыхания независимо от количества человек, проводящих реанимацию

² Для непрофессионалов оценка пульса может вызвать достаточно серьезные затруднения, поэтому современные рекомендации (алгоритмы проведения сердечно-легочной реанимации) не подразумевают выполнение этого мероприятия. Наличие или отсутствие кровообращения оценивается по косвенным признакам, в частности по отсутствию произвольных движений, сознания и дыхания.

Сердечно-легочную реанимацию можно прекратить в следующих случаях:

- появление у пострадавшего явных признаков жизни;
- прибытие бригады скорой медицинской помощи;
- невозможность продолжения сердечно-легочной реанимации ввиду физической усталости.

Сердечно-легочная реанимация в особых случаях

При травме:

- 1) высока вероятность нарушения проходимости дыхательных путей осколками зубов, кровью или другими фрагментами: необходим тщательный осмотр ротовой полости, следует очистить только видимую часть рта, не погружая пальцы глубоко в ротовую полость пострадавшего, чтобы не протолкнуть глубже (!) возможное инородное тело;
- 2) необходимо остановить имеющееся наружное кровотечение при помощи давящей повязки или прямого давления на рану;
- 3) при травме шейного отдела позвоночника необходимо минимизировать движения в шейном отделе позвоночника, а также перемещения головы;
- 4) реанимирующий должен поддерживать проходимость дыхательных путей с помощью выведения нижней челюсти, стараясь не наклонять голову. Если выведения нижней челюсти недостаточно для обеспечения проходимости дыхательных путей, следует запрокинуть голову. Если в реанимационных мероприятиях принимают участие двое спасателей, то один может ограничивать движение в шейном отделе позвоночника, другой — обеспечивать проходимость дыхательных путей;
- 5) чтобы ограничить движение в позвоночнике следует зафиксировать бедра, таз и плечи на иммобилизационной доске;
- 6) если это возможно, то ребенка с подозрением на травму следует сразу госпитализировать в педиатрический травматологический центр.

При утоплении

Исход после утопления зависит от продолжительности погружения в воду, температуры воды и от того, насколько быстро и эффективно была проведена сердечно-легочная реанимация. После извлечения пострадавшего из воды начните сердечно-легочную реанимацию как можно быстрее. Не пытайтесь начинать компресии в воде. После того, как вы извлекли пострадавшего из воды, начните сердечно-легочную реанимацию, если пациент неконтактен и не дышит.

Алгоритм подробного осмотра пострадавшего

- Подробный осмотр производится с целью выявления признаков травм, отравлений и других состояний, угрожающих жизни и здоровью пострадавшего.
- Осмотрите голову пострадавшего. Делайте это максимально осторожно и аккуратно!
- Выполните осмотр шеи пострадавшего.
- Внимательно и осторожно осмотрите грудь и спину пострадавшего.
- Выполните осмотр живота и таза пострадавшего, действуйте бережно и внимательно!
- Осмотрите каждую руку пострадавшего.
- Выполните подробный осмотр ног пострадавшего.
- При выявлении травм и других состояний, угрожающих жизни и здоровью пострадавшего, выполните соответствующие мероприятия первой помощи

4.3. Остановка наружного кровотечения

Наружные кровотечения

Обильная кровопотеря может привести к развитию гиповолемического шока и к смерти пострадавшего. Причиной кровотечения чаще всего является травматическое повреждение органов или тканей. Реже кровотечение может быть вызвано каким-либо заболеванием, например нарушением свертываемости крови у пациента с гемофилией.

Кровотечение называют **наружным**, если кровь изливается во внешнюю среду непосредственно из раны или через естественные отверстия тела. При **внутреннем** кровотечении кровь скапливается в полостях тела, не сообщающихся с окружающей средой (в суставах, брюшной полости, в перикарде, плевре и т.д.).

В зависимости от того, какой сосуд поврежден, наружное кровотечение может быть капиллярным, венозным или артериальным.

Капиллярное кровотечение: кровь выделяется медленно, небольшим объемом, равномерно из всей раны (как из губки); кровь алая, похожа на артериальную. Иногда наблюдается симптом «кровоавой росы», когда кровь появляется на пораженной поверхности медленно в виде небольших растущих капель. Обычно при нормальном свертывании крови остановка капиллярного кровотечения происходит самостоятельно. Значимая для жизни кровопотеря в таких случаях маловероятна.

Венозное кровотечение: из раны течет темная кровь; в случае повреждения крупной вены вытекающая струя крови может пульсировать, могут возникать сгустки крови, возможна значимая для жизни кровопотеря.

Артериальное кровотечение: струя крови ярко-красная, пульсирующая, вытекает очень быстро, иногда кровь струится фонтаном. Значимая для жизни кровопотеря может возникнуть очень быстро. Артериальное кровотечение у детей очень быстро может привести к смерти.

Остановка наружного кровотечения

Любое кровотечение необходимо попробовать остановить или уменьшить пальцевым пережатием (длительность минимум 3–5 минут или до окончательной остановки). Если помощь оказывают несколько человек, то один из спасателей может пережать кровоточащий сосуд. Если пострадавший в сознании — возможна и самопомощь, но крайней мере до наложения давящей повязки (таб.).

Таблица. Остановка наружных кровотечений

Тип кровотечения	Мероприятия по остановке кровотечения
Капиллярное	Простая защитная повязка
Венозное	Повязка на кровоточащую рану. Возвышенное положение конечности. При сильном венозном кровотечении наложить жгут таким образом, чтобы затруднить поступление венозной крови в вене (например, на поврежденной конечности жгут накладывается ниже раны)
Артериальное	Давящая повязка или пережатие кровоточащего сосуда выше места повреждения. Затем наложить жгута не более чем на 20–40 минут (зимой до 30 минут)

Правила наложения давящей повязки при артериальном кровотечении

- Поверх раны располагают прокладку (например, неразмоченный бинт или сложенные салфетки), которую затем закрепляют давящей бинтовой повязкой.
- Если кровотечение продолжается, поверх первой повязки накладывают вторую, с еще большим давлением.

Алгоритм оказания помощи при наружном кровотечении

1. Убедитесь, что ни вам, ни пострадавшему ничего не угрожает.
2. Используйте средства самозащиты (например, медицинские перчатки при их наличии).
3. Вынесите/выведите пострадавшего из зоны поражения.
4. Осмотрите пострадавшего для выявления кровотечения.
5. При наличии кровотечения пережмите его пальцами или прямым давлением на рану.
6. Наложите давящую повязку.
7. Если повязка промокает, поверх нее наложите еще несколько плотно свернутых салфеток и крепко нада-

вите ладонью поверх повязки. В случае повреждения крупной артерии (плечевая, бедренная) ее необходимо сильно прижать пальцами или кулаком к ближайшим костным образованиям до остановки кровотечения.

8. До наложения жгута не отпускайте прижатую артерию, чтобы не возобновилось кровотечение. Если вы начали уставать, попросите кого-либо из присутствующих прижать ваши пальцы сверху.
9. При значительной кровопотере уложите пострадавшего с приподнятыми ногами.
10. При сильном кровотечении в области сустава (например, в области паха) применяется способ максимального сгибания конечности. Положите в область сустава несколько бинтов или свернутую одежду и согните конечность. Зафиксируйте конечность в согнутом положении руками, несколькими оборотами бинта или подручными средствами.

Правила остановки кровотечения наложением жгута

- Жгут следует рассматривать как крайнюю меру временной остановки артериального кровотечения.
- Жгут накладывается выше раны и как можно ближе к ней на мягкую подкладку, обычно на одежду пострадавшего.
- Жгут необходимо подвести под конечность и растянуть. Затягивая первый виток жгута, нужно убедиться, что кровотечение прекратилось.
- Последующие витки жгута накладываются с меньшим усилием по восходящей спирали, захватывая предыдущий виток наполовину.
- Под жгут следует положить записку с указанием даты и точного времени наложения жгута. Жгут нельзя закрывать одеждой, повязкой или шиной!
- У детей максимальное время наложения жгута составляет 20-40 минут, зимой – не более 30 минут.

- Если максимальное время наложения жгута истекло, а медицинская помощь недоступна, необходимо сделать следующее: пальцами прижать артерию выше жгута; затем снять жгут на 15 минут; по возможности выполнить массаж конечности, затем снова наложить жгут выше предыдущего места. Повторно жгут накладывается максимум на 15 минут.
- При отсутствии табельного жгута можно использовать жгут-закрутку из подручного материала (ткань, косынка и т.д.). Для этого импровизированный жгут накладывают выше раны на одежду пострадавшего, завязывают его концы узлом, а в образовавшуюся петлю вставляют палку, чтобы она находилась под узлом. Затем, вращая палку, следует затянуть закрутку до остановки кровотечения и закрепить палку, чтобы она не раскручивалась. Остальные правила наложения и снятия жгута-закрутки те же, что и для табельного жгута.

Алгоритм оказания помощи при носовом кровотечении

1. Усадите пострадавшего, слегка наклоните его голову вперед. Сожмите крылья носа на 15–20 минут. При этом пострадавший должен дышать ртом.
2. Приложите холод к переносице (лед, снег, мокрый платок).
3. Пострадавший должен сплевывать кровь, не глотая ее (может возникнуть рвота при попадании крови в желудок).
4. Если кровотечение не останавливается в течение 15–20 минут, вызовите скорую медицинскую помощь.

4.4. Помощь при инородном теле верхних дыхательных путей

Инородное тело в дыхательных путях — случайно попавшее во время еды или игры в верхние отделы дыхательных путей мелкие предметы, вызывающие нарушение дыхания и формирование воспалительного процесса.

Симптомы: резкий приступообразный кашель, приступы кашля; удушье; покраснение кожи лица; иногда возможна потеря сознания; шумное дыхание, осиплость голоса.

Интенсивность кашля зависит от формы, величины, характера и локализации инородного тела. При фиксации инородного тела кашель обычно бывает менее интенсивным. Пострадавший внезапно начинает задыхаться, не способен говорить, становится синюшным, может потерять сознание.

Алгоритм удаления инородного тела из дыхательных путей приемом Геймлиха

1. Прием Геймлиха применяется при obturации (закупорке) дыхательных путей: инородное тело выталкивается из дыхательных путей за счет нажатия на верхнюю часть живота.
2. Встаньте позади пострадавшего, наклоните его вперед, основанием ладони нанесите 5 резких ударов между лопатками.
3. Если инородное тело не удалено, используйте следующий прием: встаньте позади пострадавшего, обхватите его руками и сцепите их в замок чуть выше его пупка и резко надавите. Повторите серию надавливаний 5 раз.
4. У беременных женщин или тучных пострадавших (нельзя или невозможно сделать толчки в живот) начните с ударов между лопатками, надавливания делайте на нижнюю часть грудной клетки.
5. Если пострадавший потерял сознание, вызовите скорую медицинскую помощь и приступайте к проведению сердечно-легочной реанимации. Продолжайте сердечно-легочную реанимацию до прибытия медицинского персонала или до восстановления самостоятельного дыхания.
6. После восстановления дыхания придайте пострадавшему восстановительное положение на боку.
7. Обеспечьте постоянный контроль за дыханием до прибытия скорой медицинской помощи!

4.5. Помощь при травмах различных областей тела

При черепно-мозговой травме

Черепно-мозговая травма — механическое повреждение костей черепа и/или мягких тканей (мозговые оболочки, ткани мозга, нервы, сосуды).

Различают закрытую и открытую черепно-мозговую травму:

- **закрытая:** все виды черепно-мозговых повреждений, при которых не нарушается целостность кожных покровов головы, либо если ранение мягких тканей черепа не сопровождается повреждением его костей. При закрытой черепно-мозговой травме отсутствуют условия для инфицирования мозга и его оболочек;
- **открытая:** характеризуется наличием одновременного повреждения мягких покровов головы и черепных костей. Если она сопровождается нарушением целостности твердой мозговой оболочки, ее называют проникающей. Открытая проникающая черепно-мозговая травма сопровождается почти неизбежным микробным загрязнением и всегда имеет опасность инфекционных осложнений со стороны мозговых оболочек (менингиты) и мозга (абсцессы, энцефалиты).

Симптомы черепно-мозговой травмы зависят от ее характера и тяжести. Основными симптомами являются головная боль, головокружение, тошнота и рвота, потеря сознания, нарушение памяти.

Черепно-мозговая травма в детском возрасте является самой частой причиной смерти или стойкой инвалидизации. До 85% травм головы не представляют опасности, однако при тяжелых травмах головы может наблюдаться бессимптомный промежуток.

Алгоритм первой помощи при черепно-мозговой травме

1. При наличии кровотечения остановите его прямым давлением на рану или наложением давящей повязки. Приложите холод к голове.

2. Вызовите или попросите вызвать скорую медицинскую помощь.
3. Проверьте наличие сознания и дыхания.
4. При отсутствии признаков жизни приступайте к сердечно-легочной реанимации.
5. Проводите сердечно-легочную реанимацию до восстановления самостоятельного дыхания или до прибытия медицинского персонала.
6. После восстановления дыхания (или если дыхание было сохранено) придайте пострадавшему восстановительное положение на боку.
7. Обеспечьте постоянный контроль за дыханием до прибытия медицинского персонала.

Алгоритм первой помощи при травмах глаз и век

- Наложите повязку на оба глаза (если не закрывать повязкой оба глаза, то движения здорового глаза будут вызывать движение и боль в пострадавшем глазу).
- Вызовите или попросите вызвать скорую медицинскую помощь.
- Передвигаться пострадавший должен только с поддержкой сопровождающего.

При травме шеи

Травмы шеи могут носить различный характер повреждения. Чаще всего они происходят при травме позвоночника. Это опасно, так как помимо переломов или вывихов позвонков и разрывов сухожилий, травмирования мышечной ткани может повредиться спинной мозг. В этих случаях помощь должна быть незамедлительной.

К наиболее частым повреждениям можно отнести травмы при нырянии, автомобильных катастрофах, падении с большой высоты, ушиб шейного отдела позвоночника. Часто при травме шеи повреждаются позвонки. По степени их повреждения травмы бывают стабильными и нестабильными. К **стабильным** относятся те, при которых повреждения находятся с одной стороны, при этом спинной мозг не задет.

К **нестабильным** травмам относятся двусторонние повреждения с возможным поражением спинного мозга.

Симптомы:

- боль при движениях в шее;
- головокружение;
- ограничения в движениях при повороте шеи;
- при повреждениях спинного мозга возможна потеря чувствительности: отсутствие рефлексов, болевой и тактильной чувствительности ниже места повреждения, непроизвольное мочеиспускание и дефекация, параличи рук и ног; нарушения глотания;
- в тяжелых случаях возможны паралич дыхательной мускулатуры, нарушение сердечной деятельности.

Диагностируется шейная травма только врачом, самолечение здесь неуместно и даже опасно.

Алгоритм первой помощи при травме шеи

1. При наличии кровотечения прижмите сонную артерию для остановки артериального кровотечения или выполните прямое давление на рану при венозном кровотечении.
2. При подозрении на травму шейного отдела позвоночника (падение на голову, дорожно-транспортное происшествие, а также в случае, если пострадавший жалуется на боли в области шеи) зафиксируйте шею руками, если необходимо перемещение пострадавшего или извлечение его из труднодоступного места.
3. Вызовите или попросите вызвать скорую медицинскую помощь.

При травме грудной клетки

Признаки: кровотечение из раны на грудной клетке с возможным образованием пузырей и подсасыванием воздуха через рану.

Алгоритм первой помощи при травме грудной клетки

1. При отсутствии в ране инородного предмета прижмите ладонь к ране и закройте в нее доступ воздуха. Если

- рана сквозная, закройте входное и выходное раневые отверстия.
2. Закройте рану воздухонепроницаемым материалом (закройте рану герметично), зафиксируйте этот материал повязкой или пластырем.
 3. Придайте пострадавшему положение «полусидя». Приложите холод к ране, подложив тканевую прокладку.
 4. При наличии в ране инородного предмета зафиксируйте его валиками из бинта, пластырем или повязкой. Извлекать из раны инородные предметы на месте происшествия запрещается!
 5. Вызовите или попросите вызвать скорую медицинскую помощь.

При травме живота

Травма живота — закрытое или открытое повреждение области живота как с нарушением, так и без нарушения целостности внутренних органов. Любая травма живота должна рассматриваться как серьезное повреждение, требующее немедленного обследования и лечения в условиях стационара, поскольку в таких случаях существует высокий риск развития кровотечения и/или перитонита, представляющих непосредственную опасность для жизни больного.

Открытые травмы живота чаще всего возникают вследствие ожоженных ранений, хотя возможны и другие причины (падение на острый предмет, огнестрельное ранение). Причиной закрытых травм обычно становятся падения с высоты, автомобильные катастрофы, удары в живот и т.д. Тяжесть повреждения при открытой или закрытой травме живота может варьировать, но особую проблему представляют закрытые травмы. В этом случае из-за отсутствия раны и внешнего кровотечения, а также из-за сопутствующего таким повреждениям травматического шока или тяжелого состояния больного нередко возникают трудности на этапе первичной диагностики. При подозрении на травму живота необходима срочная доставка больного в специализированное медицинское учреждение.

Лечение обычно хирургическое.

Симптомы травмы живота разнообразны и зависят от характера и тяжести травмы, наиболее общие из них боль в животе; слабость, вялость, иногда потеря сознания; напряженный при пальпации живот; шок (вследствие внутреннего кровотечения).

Любой признак удара либо сам удар в живот требует серьезного обследования!

У любого травмированного ребенка в состоянии шока без видимой причины имеет место травма живота до тех пор, пока не доказано обратное, поэтому необходимо максимально быстрое оказание помощи!

Алгоритм первой помощи при травме живота

1. Уложите пострадавшего в положение с валиком под коленями и/или под головой для расслабления брюшной стенки.
2. Нельзя вправлять выпавшие органы в брюшную полость! Вокруг выпавших органов положите палец из марлевых бинтов (защити выпавшие внутренние органы). Поверх валиков наложите повязку. Не прижимая выпавшие органы, прибинтуйте повязку к животу.
3. Наложите холод на повязку.
4. Пострадавшему запрещено пить и есть! Для утоления чувства жажды смачивайте пострадавшему губы.
5. Защитите пострадавшего от переохлаждения: укутайте его теплыми одеялами, одеждой.
6. Вызовите или попросите вызвать скорую медицинскую помощь.
7. При нарушении сознания — восстановительное положение на боку.
8. Немедленная транспортировка в стационар!

При травмах конечностей

Травмы конечностей разнообразного характера — это наиболее частые повреждения в туризме, при активном

отдыхе и занятиях спортом. При этом возможны переломы костей (полное или частичное нарушение целостности кости, вызванное действием внешней силы); вывихи в суставах (смещение суставных поверхностей костей относительно друг друга); растяжения и разрывы связок.

Симптомы повреждения конечностей. Для переломов характерна резкая болевая реакция, отек, вынужденное положение конечности, патологическая подвижность (вне-суставная), крепитация костных отломков. При открытых переломах к перечисленным признакам добавляется рана в области перелома.

При вывихе возникает сильная боль, становятся невозможными активные движения в суставе, положение конечности вынужденное, возникают деформация в области сустава, изменение длины конечности, пружинящая фиксация, когда при попытке изменения положения конечности чувствуются сопротивление и боль. При осложненных вывихах возникает нарушение чувствительности на периферии.

Растяжения связок вызывают боль в суставе при движениях, болезненность при пальпации, отек; со временем проявляется кровоизлияние в области пораженной связки. Движения в суставе ограничены. Разрывы связок сопровождаются резкой болью, припухлостью, подкожным кровоизлиянием, нарушением функции конечности в суставе.

Алгоритм первой помощи при травмах конечностей

1. Убедитесь в собственной безопасности.
2. Вынесите/выведите пострадавшего из опасной зоны.
3. Вызовите или попросите вызвать скорую медицинскую помощь.
4. Остановка наружного кровотечения при его наличии.
5. Если предполагается самостоятельная транспортировка пострадавшего — обеспечьте неподвижность места переломов костей с помощью шин или подручных средств (ветка, доска), наложенных поверх одежды (см. правила иммобилизации).

Правила иммобилизации (обездвиживания)

1. Иммобилизация выполняется с обездвиживанием двух соседних суставов, расположенных выше и ниже места перелома.
2. В качестве иммобилизирующего средства можно использовать шины или плоские узкие предметы — палки, доски, линейки, прутья, фанеру, картон и др.
3. Острые края и углы шин из подручных средств должны быть сглажены, обмотаны бинтом.
4. После наложения шину необходимо зафиксировать бинтами или пластырем.
5. При переломах шину накладывают поверх одежды и обуви.
6. При открытых переломах нельзя прикладывать шину к местам, где выступают наружу костные отломки.
7. Шину на всем протяжении (исключая уровень перелома) плотно прикрепить к конечностям бинтом, но не очень туго, чтобы не нарушалось кровообращение.
8. При переломе нижней конечности шину накладывать с двух сторон.
9. При отсутствии шин или подручных средств поврежденную ногу можно иммобилизовать, прибинтовав ее к здоровой ноге, а руку — к туловищу.
10. Защитите пострадавшего от переохлаждения, дайте обильное теплое сладкое питье.

При политравме

Политравма — это медицинский термин, описывающий травматическое повреждение двух и более анатомических областей человеческого тела. Для пострадавших с политравмой характерно несоответствие тяжести состояния и тяжести повреждения, что обусловлено так называемым феноменом взаимного отягощения.

Обеспечение жизненно важных функций имеет преимущество перед всеми остальными мероприятиями! Правильное оказание помощи при политравме может снизить летальность на 20%!

Алгоритм первой помощи при политравме

1. Положение пострадавшего зависит от уровня сознания и характера травм. Обычно это восстановительное положение на боку.
2. Обеспечение проходимости дыхательных путей. Контроль за дыханием.
3. Вызовите или попросите вызвать скорую медицинскую помощь.
4. Остановка наружного кровотечения при его наличии (наложите давящую повязку или обеспечьте прямое давление на рану).
5. Имобилизация перелома.
6. Защитите пострадавшего от переохлаждения, укутайте его теплыми одеялами, одеждой.
7. Немедленная транспортировка в стационар!

4.6. Помощь при ожогах и тепловых поражениях (эффекты воздействия высоких температур, теплового излучения)

Общие сведения

Ожог — это повреждение тканей организма, вызванное действием высокой температуры или действием некоторых химических веществ, например кислот, щелочей, солей тяжелых металлов. Особыми формами ожогов являются лучевые ожоги (солнечные, рентгеновские и др.) и поражение электричеством.

Различают четыре степени ожога:

- покраснение кожи;
- образование пузырей;
- омертвление всей толщи кожи;
- обугливание тканей.

Тяжесть ожога определяется величиной площади и глубиной повреждения тканей. Чем больше площадь и глуб-

же повреждение тканей, тем тяжелее течение ожоговой травмы.

В большинстве случаев ожоги являются термическими и возникают вследствие контакта с горячими жидкостями (до 90% всех случаев). Ожоги второй степени появляются от воды температурой $+70^{\circ}\text{C}$ уже через 1 секунду, от воды температурой 55°C — через 30 секунд; особенно опасны горячий жир или масло. В остальных случаях обычно имеют место ожоги от прикосновений к горячим поверхностям или контакта с пламенем.

Первая помощь при ожогах заключается в прекращении воздействия внешних факторов и обработке раны.

Алгоритм первой помощи при термических ожогах

1. Убедитесь в собственной безопасности.
2. Выведите/вынесите пострадавшего из опасного места. Уложите пострадавшего на землю.
3. Погасите горящую одежду любым способом (например, накройте человека негорючей тканью).
4. Вызовите или попросите вызвать скорую медицинскую помощь.
5. При возможности охладите ожоговую поверхность водой в течение 20 минут.
6. Нельзя вскрывать пузыри. Нельзя удалять из раны посторонние предметы и прилипшую одежду.
7. Наложите на рану стерильную повязку и обеспечьте холод поверх повязки.
8. Дайте обильное питье пострадавшему.

Тепловые поражения. Высокая температура окружающей среды и различные факторы, нарушающие теплоотдачу, могут привести к избытку тепла в организме и развитию перегревания организма. Перегреванию могут способствовать слишком теплая одежда, прямые солнечные лучи, жаркая погода, обезвоживание организма, интенсивная физическая нагрузка в условиях высокой температу-

ры окружающей среды. К группе тепловых поражений, которые можно рассматривать как угрожающие состояния, относятся тепловой удар, тепловой коллапс, тепловые судороги, тепловое истощение вследствие обезвоживания, тепловое истощения вследствие обессоливания (потери солей), переходящее тепловое утомление, тепловой отек стоп и голеней.

Избыток тепловой энергии уходит из организма двумя основными путями — испарением влаги с поверхности тела и через дыхательные пути. При перегревании, как правило, первичного нарушения терморегуляции нет. В этой ситуации происходит избыточное накопление тепла в результате затрудненной теплоотдачи. Чем младше ребенок, тем менее совершенна у него терморегуляция. Перегрев малышу более опасен, чем переохлаждение. Кроме того, дети обычно очень подвижны, активны, поэтому и теплопродукция у них относительно выше.

Среди всех поражений, вызванных высокой температурой, особое место занимает тепловой удар. При этом патологическом состоянии поражаются функции многих органов и систем.

Симптомы теплового удара: повышение температуры тела, учащение пульса, дыхания, возбуждение или даже нарушение сознания, судороги, головная боль, головокружение, сухая горячая кожа, ребенок перестает потеть, учащенное сердцебиение. Симптомы могут быть не сразу столь бурными. Нередко признаками перегрева и неблагополучия могут быть отсутствие аппетита после длительной прогулки на солнце, вялость, ранний отход ко сну, сонливость, тошнота, рвота.

Во всех случаях необъяснимого ухудшения состояния ребенка необходимо срочно обратиться к врачу.

Алгоритм первой помощи при тепловом (солнечном) ударе

1. Переведите (перенесите) пострадавшего в прохладное, проветриваемое место.

2. При отсутствии признаков жизни приступайте к проведению сердечно-легочной реанимации.
3. Вызовите или попросите вызвать скорую медицинскую помощь.
4. Проводите сердечно-легочную реанимацию до восстановления самостоятельного дыхания или до прибытия медицинского персонала.
5. После восстановления дыхания (или если дыхание было сохранено) придайте пострадавшему устойчивое положение на боку.
6. Обеспечьте постоянный контроль за дыханием до прибытия скорой медицинской помощи.
7. Положите на голову, шею и паховую область смоченные в холодной воде полотенца (салфетки).
8. При судорогах удерживайте голову и туловище пострадавшего, оберегая от травм.
9. При восстановлении сознания напоите пострадавшего прохладной водой.

Поражение электрическим током. Поражение электрическим током возникает при соприкосновении с электрической цепью, в которой присутствуют источники напряжения и/или источники тока, способные вызвать протекание тока по попавшей под напряжение части тела. Обычно чувствительным для человека является пропускание тока силой более 1 мА. Кроме того, на установках высокого напряжения возможен удар электрическим током без прикосновения к токоведущим элементам в результате утечки тока или пробоя воздушного промежутка с образованием электродуги. Вследствие высокого электрического сопротивления человеческих тканей происходит довольно быстрое их нагревание, что может вызывать ожоги. Поражение электрическим током может вызвать остановку сердца.

Сила поражения зависит от мощности разряда, времени воздействия, характера тока (постоянный или переменный), состояния человека (влажность рук и т.п.), а также от места соприкосновения и пути прохождения тока по организму.

Алгоритм первой помощи при поражении электрическим током

1. Убедитесь в собственной безопасности.
2. По возможности отключите источник электрического тока.
3. Подходите к пострадавшему мелкими шагами.
4. Сбросьте с пострадавшего провод сухим, не проводящим ток предметом.
5. Переместите пострадавшего за одежду не менее чем на 10 метров от места касания проводом земли или от оборудования, находящегося под напряжением (если речь идет о воздействии бытового напряжения).
6. Если пострадавший без сознания, определите наличие у него самостоятельного дыхания.
7. При отсутствии признаков жизни приступайте к проведению сердечно-легочной реанимации.
8. Вызовите или попросите вызвать скорую медицинскую помощь.
9. Проводите сердечно-легочную реанимацию до восстановления самостоятельного дыхания или до прибытия медицинского персонала.
10. После восстановления дыхания (или если дыхание было сохранено) придайте пострадавшему восстановительное положение на боку.
11. Обеспечьте постоянный контроль за дыханием до прибытия скорой медицинской помощи.

Ожог глаз — это поражение глазного яблока или тканей вокруг глаза различной степени тяжести. Встречаются термические и химические поражения глаз.

При контакте с горячей поверхностью, пламенем или жидкостью происходит рефлекторное мгновенное смыкание глазной щели, поэтому нередко тяжелые ожоги лица и других органов сопровождаются легкой степенью ожога глаз. Кроме того, термические агенты обычно быстро остывают, поэтому редко проникают вглубь.

Химические повреждающие агенты (кислота, щелочь) могут длительно воздействовать на глаз, после смыкания

вследствие фибрилляции желудочков, которая обычно возникает при температуре 26–30°C. Чем меньше ребенок, тем быстрее он охлаждается!

Симптомы переохлаждения: холодная дрожь, состояние возбуждения; боли в конечностях; бледная кожа с синюшным оттенком; учащенное сердцебиение.

При дальнейшем снижении температуры отмечаются нарастающая сонливость, снижение болевой чувствительности; урежение частоты сердечных сокращений, нарушения ритма сердца; неритмичное дыхание.

При дальнейшем снижении температуры тела ниже 27°C наступает потеря сознания вплоть до комы: пульс слабый, редкий; дыхание неритмичное с последующей остановкой.

Алгоритм оказания первой помощи при общем переохлаждении

1. Перенесите пострадавшего в теплое помещение. Не забывайте о собственной безопасности!
2. Укутайте пострадавшего теплой одеждой, одеялами.
3. Вызовите или попросите кого-либо вызвать скорую медицинскую помощь.
4. Если пострадавший в сознании, дайте обильное горячее сладкое питье, горячую пищу. Использование алкоголя запрещено!

4.8. Помощь при отравлениях

Общие сведения

Чаще всего отравления случаются у детей дошкольного возраста. Вместе с тем проблема актуальна и для более старших детей. Отравление следует подозревать у каждого ребенка с возникшими изменениями поведения, нарушениями восприятия, а также при измененных зрачках, нарушениях ритма сердца и работы кишечника [10].

Отравление возникает при попадании в организм яда, которым может быть всякое вещество, оказывающее вредное воздействие, а иногда даже приводящее к летальному исходу. Важно помнить, что яд может попадать различными

путями — через рот, легкие, кожу, слизистые оболочки (глаза, нос и т.п.), укусы насекомых и змей.

Уточняющие вопросы немедленно:

- **Кто?** Возраст / вес / анамнез заболеваний (важны принимаемые лекарственные препараты).
- **Что?** Точное название предполагаемого токсического вещества.
- **Сколько?** Максимальное количество токсического вещества.
- **Когда?**
- **Почему?** несчастный случай, попытка суицида, насилие над ребенком.
- **Другие пострадавшие лица?** Существует ли опасность для других (друзья по игре, источник монооксида углерода)?

В сомнительных случаях всегда лучше связаться со специалистами-токсикологами, вызвать медиков.

Симптомы отравления: тошнота, рвота, холодный пот, озноб, судороги, внезапная вялость, сонливость, жидкий стул; иловая боль и головокружение; угнетение дыхания и нарушения сознания (в тяжелых случаях); слюотечение и/или слезотечение; ожоги вокруг губ, на языке или на коже; странная манера поведения пострадавшего.

Первая помощь для удаления яда (деконтаминация)

1. Удалить загрязненные токсичным веществом предметы одежды.
2. Тщательно промыть, очистить кожу проточной водой.
3. При необходимости тщательно промыть глаза.
4. При отравлении кислотой или щелочью — обильное питье (вода, чай или фруктовый сок) — это целесообразно только в первые 15 минут. Неэффективно при отравлении очень сильными кислотами.
5. Сохранить отравляющее вещество (например, остаток упаковки таблеток, частей растений и т.д.).

Алгоритм первой помощи при поступлении токсического вещества через рот

1. Вызовите или попросите вызвать скорую медицинскую помощь.
2. Выясните обстоятельства произошедшего, передайте остатки токсического вещества прибывшему медицинскому работнику.
3. Первичное удаление яда следует осуществлять после согласования действий со специалистами-токсикологами и/или в случае если пострадавшего нельзя доставить в стационар в течение 1 часа.
4. Возможно проведение первичного удаления яда назначением активированного угля из расчета 1 г/кг массы тела. Эффективность раннего приема активированного угля при его назначении не позднее 60 минут от приема отравляющего вещества сравнима с эффективностью раннего промывания желудка.
5. Современные рекомендации исключают рутинное проведение промывания желудка при отравлении через рот (!): считается, что при провокации рвоты риск может превышать пользу.
6. Молоко всегда ускоряет всасывание и поэтому противопоказано! Исключения составляют случаи отравлений кислотами, щелочами и фторидами (необходима консультация специалиста-токсиколога!).
7. Если пострадавший без сознания, определите наличие у него самостоятельного дыхания.
8. При отсутствии признаков жизни приступайте к проведению сердечно-легочной реанимации.
9. Проводите сердечно-легочную реанимацию до восстановления самостоятельного дыхания или до прибытия медицинского персонала.
10. После восстановления дыхания (или если дыхание было сохранено) придайте пострадавшему восстановительное положение на боку.
11. Обеспечьте постоянный контроль за дыханием до прибытия скорой медицинской помощи.

12. Согретьте пострадавшего теплой одеждой или одеялами.

Промывание желудка при поступлении токсического вещества через рот [7]

1. Согласно современным рекомендациям по неотложной помощи, промывание желудка проводится в исключительных случаях: например, в отсутствии возможности транспортировки или по рекомендации специалиста-токсиколога.
2. Если необходимо промыть желудок, дайте выпить несколько стаканов воды комнатной температуры. После приема каждые 300–500 мл воды следует вызывать рвоту, надавив пальцами на корень языка. Общий объем принятой жидкости при промывании желудка должен быть не меньше 2,5–5 литров. Промывание желудка проводить до «чистых промывных вод».
3. **При отсутствии сознания желудок не промывать!!!**

Отравления при поступлении токсического вещества через дыхательные пути

Наиболее частой причиной такого отравления является вдыхание угарного газа. Отравление угарным газом опасно для жизни и здоровья и без адекватной помощи пострадавшему может привести к летальному исходу.

Угарный газ попадает в атмосферный воздух при любых видах горения. Он входит в состав выхлопных газов из двигателей внутреннего сгорания. Угарный газ активно связывается с гемоглобином, образуя карбоксигемоглобин, и блокирует передачу кислорода органам и тканям, что приводит к гипоксии.

Отравление угарным газом возможно при пожаре, в помещениях, где эксплуатируется газоиспользующее оборудование (например, плиты, водонагреватели и т.д.) в условиях недостаточного воздухообмена, в гаражах, тоннелях и других

плохо проветриваемых помещениях, а также при использовании некачественного воздуха в дыхательных аппаратах и при курении кальяна.

Симптомы отравления угарным газом

При содержании 0,08% угарного газа во вдыхаемом воздухе человек чувствует головную боль и удушье. При повышении его концентрации до 0,32% возникают паралич и потеря сознания, смерть наступает через 30 минут. При концентрации выше 1,2% сознание теряется после 2–3 вдохов, человек умирает менее чем через 3 минуты.

Признаки отравления угарным газом: резь в глазах, шум в ушах, головная боль, рвота, потеря сознания, покраснение кожи.

Признаки отравления бытовым газом: тяжесть в голове, головокружение, шум в ушах, рвота, резкая мышечная слабость, усиление сердцебиения, сонливость, потеря сознания, непроизвольное мочеиспускание, побледнение (посинение) кожи, поверхностное дыхание, судороги.

Алгоритм первой помощи при поступлении токсического вещества через дыхательные пути

1. Перенесите пострадавшего в безопасное место или откройте окна для проветривания помещения. Не забывайте о собственной безопасности!
2. Определите наличие самостоятельного дыхания у пострадавшего.
3. При отсутствии у пострадавшего признаков жизни приступайте к сердечно-легочной реанимации.
4. Вызовите или попросите вызвать скорую медицинскую помощь.
5. Проводите сердечно-легочную реанимацию до восстановления самостоятельного дыхания или до прибытия медицинского персонала.
6. После восстановления дыхания (или если дыхание было сохранено) придайте пострадавшему восстановительное положение на боку.

7. Обеспечьте постоянный контроль за дыханием до прибытия скорой медицинской помощи.
8. Госпитализация пострадавшего в стационар в любом случае!

Алгоритм первой помощи при укусах ядовитых змей

1. Обеспечьте неподвижность пострадавшей конечности.
2. При укусе ноги фиксируйте ее к другой ноге. При укусе руки зафиксируйте ее к туловищу в согнутом положении.
3. Если пострадавший без признаков жизни, начинайте проводить сердечно-легочную реанимацию.
4. Вызовите или попросите вызвать скорую медицинскую помощь.
5. Проводите сердечно-легочную реанимацию до восстановления самостоятельного дыхания или до прибытия медицинского персонала.
6. После восстановления дыхания (или если дыхание было сохранено) придайте пострадавшему восстановительное положение на боку.
7. Обеспечьте постоянный контроль за дыханием до прибытия скорой медицинской помощи.

Алгоритм первой помощи при укусах насекомых

1. Удалите жало из раны. В случае укуса пчелы удалите жало надавливанием тупым предметом, не тяните за жало!
2. Приложите холод к месту укуса.
3. При возникновении аллергической реакции вызовите скорую медицинскую помощь или доставьте пострадавшего к врачу.
4. Следите за состоянием пострадавшего до прибытия медицинского работника.

5. ПРАВИЛА ПОВЕДЕНИЯ ПЕДАГОГА ПРИ ОКАЗАНИИ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШЕМУ РЕБЕНКУ. ОСНОВЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ И ПЕРСОНАЛУ В ЭКСТРЕННЫХ СИТУАЦИЯХ

Своевременно и правильно оказанная помощь пострадавшему ребенку позволяет сохранить ему жизнь и предотвратить многие другие нежелательные последствия.

Оказание первой помощи — это, с одной стороны, долг каждого гражданина, а с другой — большая социальная ответственность.

Человек, который предоставляет первую помощь пострадавшему ребенку, должен делать это по собственному желанию, т.е. исходя из своих моральных убеждений.

Люди, реализующие первую помощь пострадавшему ребенку, должны сохранять самообладание и стабильное эмоциональное состояние. Самообладание и контроль эмоций являются залогом того, что вы сможете быстро и правильно оценить ситуацию, найдете верное решение, выполните необходимые действия по спасению ребенка и психологически поддержите его.

Вот десять простых советов, которые помогут педагогу мобилизовать свои силы для оказания помощи пострадавшему ребенку.

1. Убедитесь в том, что вы и ребенок/дети находитесь в безопасном месте.
2. Быстро осуществите ориентировку в ситуации, проанализируйте происходящее или случившееся, и решите, кто из детей в наибольшей степени пострадал и какого рода помощь ему/им требуется.
3. По возможности немедленно звоните по телефону «112». Во время общения с оператором говорите коротко и понятно, сообщите о том, что случилось, с кем и где (адрес, ориентиры).
4. Если вы понимаете, что сами находитесь в нестабильном эмоциональном состоянии, потратьте несколько минут на то, чтобы успокоиться: это сделает наше поведение

более рациональным, а действия — результативными. Чтобы уменьшить собственное эмоциональное возбуждение и начать рационально действовать, вам помогут простые техники. Примите устойчивое положение (сидя или стоя), упираясь ногами в пол. Сконцентрируйте внимание на своем дыхании, старайтесь дышать медленно. Попробуйте слегка постучать пальцами или кистями рук по своим коленям. Медленно рассмотрите предметы окружающей обстановки, постарайтесь мысленно описать или посчитать то, что вы видите или слышите. После того, как вы пришли в себя, оцените происходящее.

5. Подумайте, кто может вам оказать помощь. Разделите нагрузку и ответственность с коллегами, не пытайтесь делать все самостоятельно и в одиночку.
6. Если вам не с кем разделить ответственность, действуйте самостоятельно и обдуманно, исходя из принципа «не навреди».
7. Как только вы выполните все, что необходимо и возможно для спасения жизни ребенка, постарайтесь избавить его от посторонних взглядов, не меняя положения, в котором он находится. Поведение пострадавшего ребенка чаще всего отличается от обычного, и это не должно вызывать у вас реакцию в виде испуга, раздражения и удивления. Его действия и эмоциональное состояние — это индивидуальная бессознательная психофизиологическая реакция на незнакомые экстремальные обстоятельства, поэтому будьте рядом с ребенком. Оставайтесь с ним до приезда помощи, сохраняйте спокойствие, успокаивайте и оказывайте психологическую поддержку пострадавшему для снижения чувства страха и беспокойства. Дайте ребенку понять, что он в безопасности и делается все необходимое для улучшения ситуации.
8. Если ваша помощь требуется в течение длительного времени, распределите обязанности и выделите короткие промежутки для еды и отдыха. Старайтесь нести разумную нагрузку, не доводите себя до изнеможения. Посвящайте время расслаблению и релаксации. Помните то, что

в прошлом помогало вам сохранять самообладание в ситуации стресса. Так вы сможете дольше оставаться работоспособными и полезными.

9. Важно помнить, что не со всеми ситуациями вы можете справиться: просто делайте все, что возможно, помогая пострадавшим до момента прибытия профессиональной помощи.
10. После того как кризисная ситуация миновала, вам также нужно позаботиться о своем психологическом здоровье. Уделите необходимое время отдыху и оценке произошедших событий и нашего вклада в разрешение ситуации. Обратитесь за поддержкой и обсудите все с близкими людьми. Не стоит корить и упрекать себя в том, что вы не смогли предотвратить кризисную ситуацию, важно отдать себе должное даже за незначительную помощь. Прежде чем вновь вернуться на работу и приступить к выполнению каждодневных обязанностей, постарайтесь как следует отдохнуть и набраться сил. Если тяжелые мысли и воспоминания не оставляют вас и навязчиво возвращают в прошлую экстремальную ситуацию, вы замечаете, что стали нервными, раздражительными, плохо спите, потеряли аппетит, следует обратиться за профессиональной помощью. Если эти проблемы продолжают длиться 1 месяца, обратитесь к врачу психиатру и/или психологу.

Правила поведения педагога с пострадавшим ребенком после оказания первой помощи

После того как первая помощь пострадавшему ребенку была оказана, педагог должен выполнить еще одну важную функцию — психологически поддержать ребенка и других свидетелей произошедшего. Необходимость оказания психологической помощи обусловлена тем, что пострадавшие из-за несчастного случая дети, а также те, кто стал случайным свидетелем происшествия, оказываются в ситуации острого психологического стресса. Острый стресс у детей чаще всего проявляется в виде таких психофизиологических реакций, как дезориентировка в ситуации, эмоциональное оценивание,

двигательное и эмоциональное возбуждение в силу ощущения боли и сильного страха, переживания горя, неопределенности.

Оказать ребенку психологическую помощь следует как можно скорее — сразу после травматического воздействия. Это позволит избежать многих негативных эмоциональных и социальных последствий.

Основная цель психологической помощи в экстремальной ситуации — стабилизация эмоционального состояния пострадавших, снятие или уменьшение острых симптомов дистресса.

В чрезвычайной ситуации любому ребенку, независимо от возраста, требуется помощь в удовлетворении основных жизненных потребностей — безопасное местоположение, питье или пища, отсутствие негативных внешних раздражителей и излишнего внимания, возможность быть выслушанным.

Психологическая поддержка пострадавшему ребенку

В первую очередь предоставьте психологическую поддержку пострадавшему ребенку. Действуйте последовательно:

- 1) выясните, находится ли он в сознании;
- 2) если ребенок находится без сознания, но он дышит и сердцебиение/пульс ритмичный, то приведите его в сознание;
- 3) если ребенок находится в сознании — расположитесь рядом с ним, так чтобы ваше лицо и глаза были на уровне его глаз. По возможности деликатно установите с ним визуальный (глаза в глаза) контакт, возьмите его руку, прикоснитесь к плечу. Нежелательно прикасаться к голове, лицу, животу и месту поражения;
- 4) говорить с ребенком следует негромким, но уверенным и спокойным голосом. Простыми понятными фразами расскажите ему кто вы, сообщите, что пришли помочь и поддержать;
- 5) успокойте ребенка, кратко расскажите, что будет происходить дальше, когда на место придут врачи;

- 6) скажите ребенку, что вы останетесь с ним до приезда профессионалов;
- 7) в случае возникновения у ребенка острой психопатологической реакции на стресс (галлюцинации, ступор, истерика, двигательное и эмоциональное возбуждение, плач, сильное чувство страха) действуйте следующим образом:
 - при галлюцинации (расстройство восприятия, при котором ребенок может видеть несуществующие в реальности объекты) следует разговаривать с ребенком спокойным голосом, поддерживать и успокаивать, не переубеждая его. при необходимости ограничивать двигательную активность;
 - при ступоре (безразличном отношении к происходящему, отрешенности, апатии) подстройте свое дыхание под ритм дыхания ребенка (при этом можно положить свою руку ему на запястье или на грудь), кончиками пальцев массируйте ребенку акупунктурные точки, расположенные на лбу в надбровной области, чтобы вывести ребенка из оцепенения, тихо и четко говорите ему на ухо фразы, которые могут вызвать сильные яркие положительные эмоции;
 - при истерике (яркая аффективная реакция, сопровождающаяся эмоционально насыщенной быстрой речью, криками, рыданиями, большим количеством жестов, демонстративными позами) удалите зрителей, протрите лицо ребенка холодной водой, говорите громко, уверенно и четко произнося короткие фразы, инициируйте простую целенаправленную активность в виде выполнения бытовых просьб — выпей воды, умойся. Не потакайте желаниям ребенка и не идите у него на поводу, действуйте рационально. По окончании истерики у ребенка наступит упадок сил. Создайте ему комфортные условия для отдыха: уложите, помогите уснуть или обеспечьте покой до прибытия профессиональной помощи;
 - при двигательном и эмоциональном возбуждении (множество бессмысленных резких суетливых дви-

жений, импульсивная речь «взахлеб», игнорирование просьб и обращений взрослого, раздражение и гнев, брань) ограничьте двигательную активность ребенка: крепко обхватите его сзади за спину, обнимите и удерживайте некоторое время. Дайте ему выговориться, сами говорите с ним о чувствах, которые его переполняют. Не вступайте с ребенком в спор, избегайте лишних вопросов, не осуждайте;

- при плаче (подавленное состояние, эмоциональное отреагирование без признаков импульсивной активности) установите с ребенком контакт: дайте ему почувствовать, что он не одинок, сядьте рядом, возьмите за руку. Разговаривайте с ребенком, проявляя активное внимание, словом и интонацией подтверждайте, что слушаете и сочувствуете; говорите о чувствах, которые возникают у него в связи со случившимся. Излишними будут вопросы, советы, попытки успокоить, т.к. главной задачей является выслушать ребенка, дать ему «выплеснуть» свои переживания;
- при страхе (сильное напряжение в теле, учащенное сердцебиение и дыхание, невозможность в достаточной мере контролировать свое поведение) постарайтесь успокоить ребенка, обсудить и рационализировать его страх, будьте при этом доброжелательны, внимательны, сочувствуйте ему, демонстрируйте заинтересованность и понимание. Установите с ребенком доверительный телесный контакт, положите его руку себе на запястье, так чтобы он чувствовал ваш спокойный пульс. Побуждайте его дышать глубоко и ровно, вместе с вами. Постарайтесь отвлечь ребенка, организовать для него приятные занятия.

После того, как психологическая поддержка пострадавшему ребенку была оказана, постарайтесь эмоционально поддержать других детей (свидетелей произошедшего):

- 1) отведите детей от пострадавшего: это позволит оградить их от вида тяжелых ран и т.п.;

- 2) представьтесь: назовите свое имя и скажите, что пришли помочь;
- 3) узнайте имя и возраст свидетелей произошедшего;
- 4) объясните детям, что случилось и что происходит в настоящий момент;
- 5) уверенно и спокойно разъясните детям правила поведения и объясните, чего ждете от них;
- 6) во время общения с детьми обращайтесь к их поведению, запомните тех, кто находится в нестабильном эмоциональном состоянии и демонстрирует острую психопатологическую реакцию на стресс;
- 7) детям с острой психопатологической реакцией на стресс (галлюцинации, ступор, истерика, двигательное и эмоциональное возбуждение, плач, сильное чувство страха) окажите индивидуальную психологическую поддержку: действуйте, как указано в пункте 7 при оказании психологической помощи пострадавшему ребенку;
- 8) тем, кто находится в более-менее стабильном эмоциональном состоянии, дайте легко выполнимые и конкретные задания, реально нужные в сложившейся ситуации: позвонить родителям, собрать вещи, записать важную информацию;
- 9) внимательно следите за поведением детей до прибытия профессиональной помощи, управляйте их активностью, задавайте тему для обсуждения, контролируйте настроение и содержание разговоров;
- 10) обеспечивайте безопасность пострадавшего и группы детей до прибытия профессионалов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Краткая медицинская энциклопедия в трех томах АМН СССР / Гл. ред. Б.В. Петровский. 2-е изд. М.: Советская энциклопедия; 1989.

2. Михайлова Ю.В., Сон И.М., Дежурный Л.И., Чурсанова А.В., Рожков С.А. Помощь пострадавшим на месте происшествия. Вопросы терминологии. *Информационно-аналитический вестник. Социальные аспекты здоровья населения*, 07.04.2008. № 1, 2008 (5).

3. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» № 323-ФЗ от 21.11.2011. Доступно на: <http://sudact.ru/law/federalnyi-zakon-ot-21112011-n-323-fz-ob/> (ссылка актуальна на 21.08.2017).

4. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 4 мая 2012 г. № 477н «Об утверждении перечня состояний, при которых оказывается первая помощь, и перечня мероприятий по оказанию первой помощи». Доступно на: <http://base.garant.ru/70178292/> (ссылка актуальна на 21.08.2017).

5. Уголовный кодекс РФ. Доступно на: <http://kodeks.systems.ru/uk-rf/> (ссылка актуальна на 21.08.2017).

6. Schindler MB, Bohn D, Cox PN, McCrindle BW, Jarvis A, Edmonds J, Barker G. Outcome of out-of-hospital cardiac or respiratory arrest in children. *N Engl J Med*. 1996;335:1473–1479.

7. Оказание стационарной помощи детям. Руководство по лечению наиболее распространенных болезней у детей: карманный справочник. 2-е изд. М.: Всемирная организация здравоохранения; 2013. 452 с.

8. Sarti A, Savron F, Ronfani L, Pelizzo G, Barbi E. Comparison of three sites to check the pulse and count heart rate in hypotensive infants. *Paediatr Anaesth*. 2006;16:394–398.

9. Тешаев Р.Ф., Жиркова Ю.В., Белоусова А.С., Ильичева Е.И. Современные рекомендации по детской базовой сердечно-легочной реанимации (BLS 2010). *Педиатрическая фармакология*. 2012;9(5):29-34. DOI:10.15690/pf.v9i5.452

10. Мюллер З., Маттиас Т. Неотложная помощь у детей: справочник / Пер. с нем. М.: МЕДпресс-информ; 2014. 304 с.

Научно-практическое издание

**Методические рекомендации для учителей
общеобразовательных школ**

Оказание первой помощи детям

**Т.В. Куличенко, Р.Ф. Тепаев,
Л.С. Намазова-Баранова, И.В. Артемова,
В.В. Черников, С.А. Мухортова,
З.А. Алачева, А.Р. Бабаян, Н.А. Логвинова**

Выпускающий редактор	У.Г. Пугачёва
Верстка	Ф. Игнащенко
Корректор	М.Н. Шошина

**Подписано в печать 24.08.2017.
Формат 84x108/32. Усл. печ. л. 3,15
Тираж 3200 экз. Заказ 170138**

**Издательство «Педиатръ»
119991, Москва, Ломоносовский пр-т, д. 2/62
Тел./факс: 8 (499) 132-72-04**

**Отпечатано ООО «Деловая полиграфия»
121352, Москва, Давыдовская ул., 12-1-11**

