

Оказание первой помощи при отсутствии сознания, остановке дыхания и кровообращения

Основные признаки жизни у пострадавшего

К основным признакам жизни относятся наличие сознания, самостоятельное дыхание и кровообращение. Они проверяются в ходе выполнения алгоритма сердечно-легочной реанимации.

Причины нарушения дыхания и кровообращения

Внезапная смерть (остановка дыхания и кровообращения) может быть вызвана заболеваниями (инфаркт миокарда, нарушения ритма сердца и др.) или внешним воздействием (травма, поражение электрическим током, утопление и др.). Вне зависимости от причин исчезновения признаков жизни сердечно-легочная реанимация проводится в соответствии с определенным алгоритмом, рекомендованным Российским Национальным Советом по реанимации и Европейским Советом по реанимации.

Способы проверки сознания, дыхания, кровообращения у пострадавшего

При оказании первой помощи используются простейшие способы проверки наличия или отсутствия признаков жизни:

- для проверки сознания участник оказания первой помощи пытается вступить с пострадавшим в словесный и тактильный контакт, проверяя его реакцию на это;

- для проверки дыхания используются осязание, слух и зрение (более подробно техника проверки сознания и дыхания описана в следующем разделе);

- отсутствие кровообращения у пострадавшего определяется путем проверки пульса на магистральных артериях (одновременно с определением дыхания и при наличии соответствующей подготовки). В виду недостаточной точности проверки наличия или отсутствия кровообращения способом определения пульса на магистральных артериях, для принятия решения о

проведении сердечно-легочной реанимации рекомендуется ориентироваться на отсутствие сознания и дыхания.

Современный алгоритм проведения сердечно-легочной реанимации (СЛР). Техника проведения давления руками на грудину пострадавшего и искусственного дыхания при проведении СЛР

На месте происшествия участнику оказания первой помощи следует оценить безопасность для себя, пострадавшего (пострадавших) и окружающих. После этого следует устранить угрожающие факторы или минимизировать риск собственного повреждения, риск для пострадавшего (пострадавших) и окружающих.

Далее необходимо проверить наличие сознания у пострадавшего. Для проверки сознания необходимо аккуратно потормозить пострадавшего за плечи и громко спросить: «Что с Вами? Нужна ли Вам помощь?» (рисунок 17). Человек, находящийся в бессознательном состоянии, не сможет отреагировать и ответить на эти вопросы.



Рисунок 17

При отсутствии признаков сознания следует определить наличие дыхания у пострадавшего. Для этого необходимо восстановить проходимость

дыхательных путей у пострадавшего: одну руку положить на лоб пострадавшего, двумя пальцами другой взять за подбородок, запрокинуть голову, поднять подбородок и нижнюю челюсть. При подозрении на травму шейного отдела позвоночника запрокидывание следует выполнять максимально аккуратно и щадяще.

Для проверки дыхания следует наклониться щекой и ухом ко рту и носу пострадавшего (рисунок 18) и в течение 10 сек. попытаться услышать его дыхание, почувствовать выдыхаемый воздух на своей щеке и увидеть движения грудной клетки у пострадавшего. При отсутствии дыхания грудная клетка пострадавшего останется неподвижной, звуков его дыхания не будет слышно, выдыхаемый воздух изо рта и носа не будет ощущаться щекой. Отсутствие дыхания определяет необходимость вызова скорой медицинской помощи и проведения сердечно-легочной реанимации.



Рисунок 18

При отсутствии дыхания у пострадавшего участнику оказания первой помощи следует организовать вызов скорой медицинской помощи (рисунок 19). Для этого надо громко позвать на помощь, обращаясь к конкретному человеку, находящемуся рядом с местом происшествия и дать ему соответствующие указания. Указания следует давать кратко, понятно, информативно: «Человек не дышит. Вызывайте «скорую». Сообщите мне, что вызвали».



Рисунок 19

При отсутствии возможности привлечения помощника, скорую медицинскую помощь следует вызвать самостоятельно (например, используя функцию громкой связи в телефоне) (рисунок 20). При вызове необходимо обязательно сообщить диспетчеру следующую информацию:

- место происшествия, что произошло;
- число пострадавших и что с ними;
- какая помощь оказывается.

Телефонную трубку положить последним, после ответа диспетчера.

Вызов скорой медицинской помощи и других специальных служб производится по телефону 112 (также может осуществляться по телефонам 01, 101; 02, 102; 03, 103 или региональным номерам).



Рисунок 20

Одновременно с вызовом скорой медицинской помощи необходимо приступить к давлению руками на грудину пострадавшего, который должен располагаться лежа на спине на твердой ровной поверхности. При этом основание ладони одной руки участника оказания первой помощи помещается на середину грудной клетки пострадавшего, вторая рука помещается сверху первой, кисти рук берутся в замок (рисунок 21), руки выпрямляются в локтевых суставах, плечи участника оказания первой помощи располагаются над пострадавшим так, чтобы давление осуществлялось перпендикулярно плоскости грудины (рисунок 22).

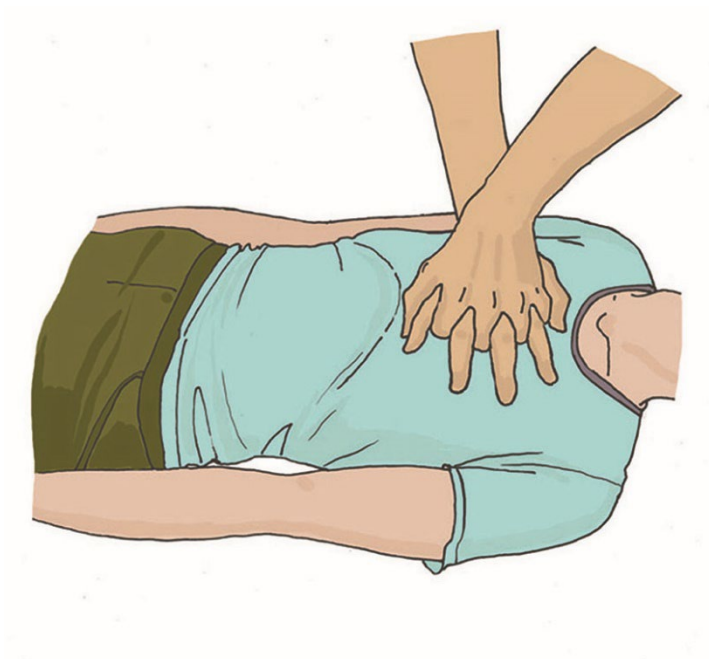


Рисунок 21

Давление руками на грудину пострадавшего выполняется весом туловища участника оказания первой помощи на глубину 5-6 см с частотой 100-120 в минуту.

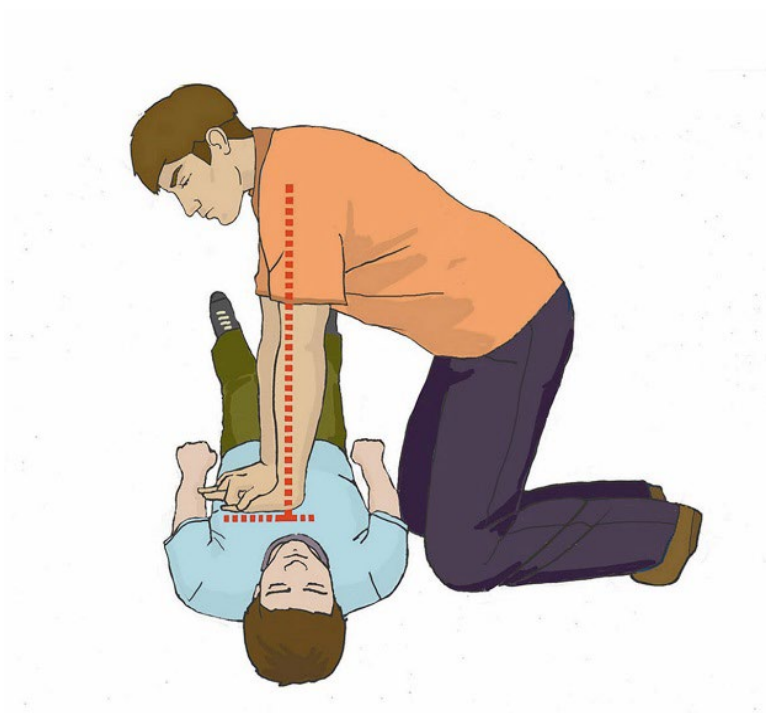


Рисунок 22

После 30 надавливаний руками на грудину пострадавшего необходимо осуществить искусственное дыхание методом «Рот-ко-рту» (рисунок 23). Для этого следует открыть дыхательные пути пострадавшего (запрокинуть голову,

поднять подбородок), зажать его нос двумя пальцами, сделать два вдоха искусственного дыхания.

Вдохи искусственного дыхания выполняются следующим образом: необходимо сделать свой нормальный вдох, герметично обхватить своими губами рот пострадавшего и выполнить равномерный выдох в его дыхательные пути в течение 1 секунды, наблюдая за движением его грудной клетки. Ориентиром достаточного объема вдуваемого воздуха и эффективного вдоха искусственного дыхания является начало подъема грудной клетки, определяемое участником оказания первой помощи визуально. После этого, продолжая поддерживать проходимость дыхательных путей, необходимо дать пострадавшему совершить пассивный выдох, после чего повторить вдох искусственного дыхания вышеописанным образом. На 2 вдоха искусственного дыхания должно быть потрачено не более 10 секунд. Не следует делать более двух попыток вдохов искусственного дыхания в перерывах между давлениями руками на грудину пострадавшего.

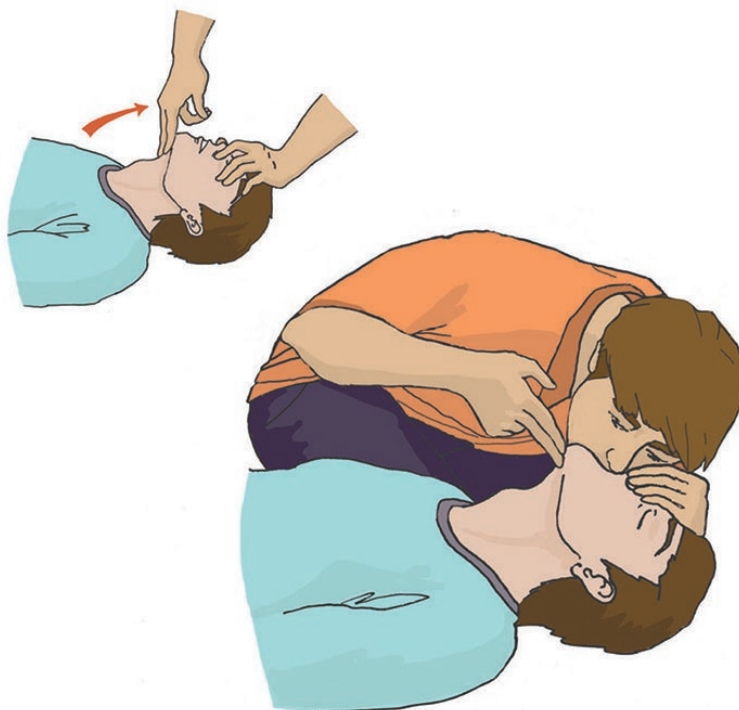


Рисунок 23

При этом рекомендуется использовать устройство для проведения искусственного дыхания из аптечки или укладки.

В случае невозможности выполнения искусственного дыхания методом «Рот-ко-рту» (например, повреждение губ пострадавшего), производится искусственное дыхание методом «Рот-к-носу». При этом техника выполнения отличается тем, что участник оказания первой помощи закрывает рот пострадавшему при запрокидывании головы и обхватывает своими губами нос пострадавшего.

Далее следует продолжить реанимационные мероприятия, чередуя 30 надавливаний на грудину с 2-мя вдохами искусственного дыхания.

Ошибки и осложнения, возникающие при выполнении реанимационных мероприятий

К основным ошибкам при выполнении реанимационных мероприятий относятся:

- нарушение последовательности мероприятий сердечно-легочной реанимации;
- неправильная техника выполнения давления руками на грудину пострадавшего (неправильное расположение рук, недостаточная или избыточная глубина надавливаний, неправильная частота, отсутствие полного поднятия грудной клетки после каждого надавливания);
- неправильная техника выполнения искусственного дыхания (недостаточное или неправильное открытие дыхательных путей, избыточный или недостаточный объем вдуваемого воздуха);
- неправильное соотношение надавливаний руками на грудину и вдохов искусственного дыхания;
- время между надавливаниями руками на грудину пострадавшего превышает 10 сек.

Самым распространенным осложнением сердечно-легочной реанимации является перелом костей грудной клетки (преимущественно ребер). Наиболее часто это происходит при избыточной силе давления

руками на грудину пострадавшего, неверно определенной точке расположения рук, повышенной хрупкости костей (например, у пострадавших пожилого и старческого возраста).

Избежать или уменьшить частоту этих ошибок и осложнений можно при регулярной и качественной подготовке.

Показания к прекращению СЛР

Реанимационные мероприятия продолжаются до прибытия скорой медицинской помощи или других специальных служб, сотрудники которых обязаны оказывать первую помощь, и распоряжения сотрудников этих служб о прекращении реанимации, либо до появления явных признаков жизни у пострадавшего (появления самостоятельного дыхания, возникновения кашля, произвольных движений).

В случае длительного проведения реанимационных мероприятий и возникновения физической усталости у участника оказания первой помощи необходимо привлечь помощника к осуществлению этих мероприятий. Большинство современных отечественных и зарубежных рекомендаций по проведению сердечно-легочной реанимации предусматривают смену ее участников примерно каждые 2 минуты, или спустя 5-6 циклов надавливаний и вдохов.

Реанимационные мероприятия могут не осуществляться пострадавшим с явными признаками нежизнеспособности (разложение или травма, несовместимая с жизнью), либо в случаях, когда отсутствие признаков жизни вызвано исходом длительно существующего неизлечимого заболевания (например, онкологического).

Мероприятия, выполняемые после прекращения СЛР. Устойчивое боковое положение

В случае появления самостоятельного дыхания у пострадавшего с отсутствующим сознанием (либо если у пострадавшего, внезапно потерявшего сознание, изначально имелось дыхание) ему необходимо

придать устойчивое боковое положение. Для этого необходимо выполнить следующую последовательность действий:

Шаг 1.

Расположить ближнюю руку пострадавшего под прямым углом к его телу (рисунок 24).



Рисунок 24

Шаг 2.

Дальнюю руку пострадавшего приложить тыльной стороной ладони к противоположной щеке пострадавшего, придерживая ее своей рукой (рисунок 25).

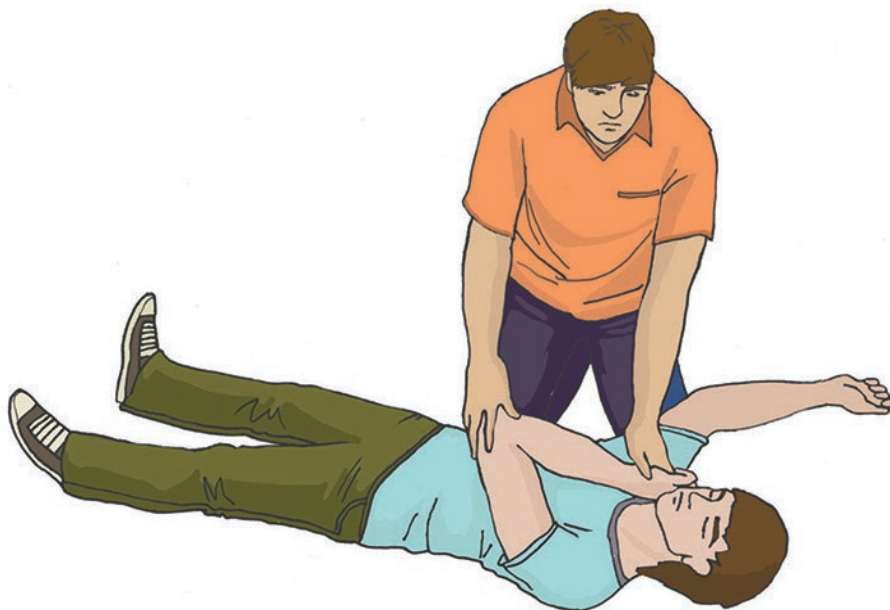


Рисунок 25

Шаг 3.

После этого согнуть дальнюю от себя ногу пострадавшего в колене, поставить ее с опорой на стопу, надавить на колено этой ноги на себя (в указанном на рисунке 26 направлении) и повернуть пострадавшего.

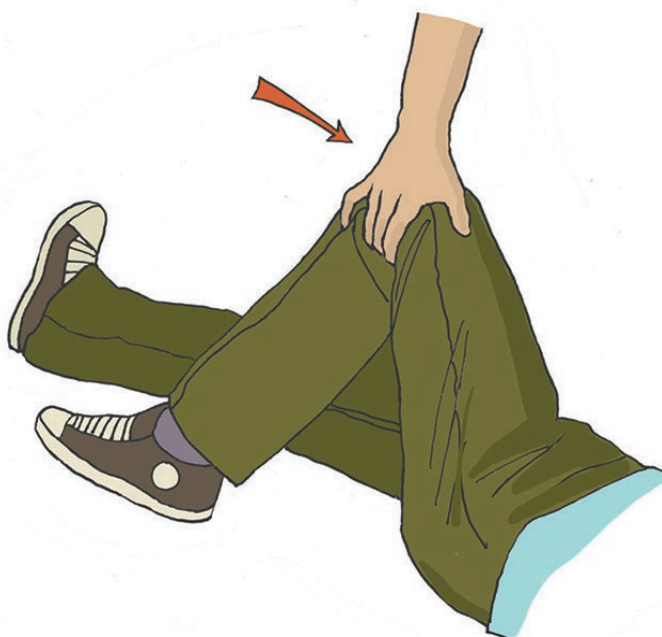


Рисунок 26

Шаг 4.

После поворота пострадавшего набок слегка запрокинуть его голову для открытия дыхательных путей и подтянуть ногу, лежащую сверху, ближе к животу (рисунок 27).



Рисунок 27

В результате описанных выше действий пострадавший будет находиться в положении, изображенном на рисунке 28. Необходимо наблюдать за его состоянием до прибытия бригады скорой медицинской помощи, регулярно оценивая наличие у него дыхания.

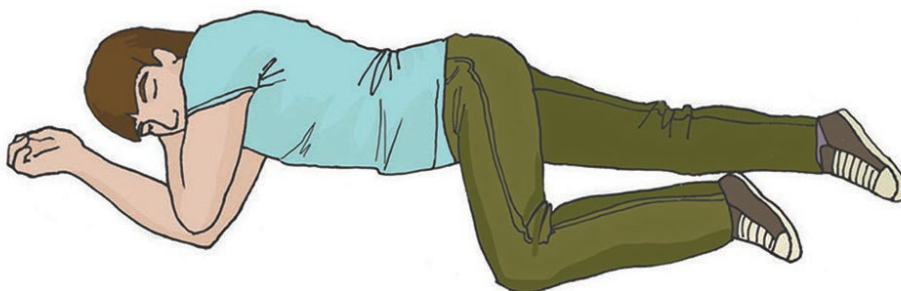


Рисунок 28

Особенности СЛР у детей

У детей сердечно-легочная реанимация может проводиться в той же последовательности, что и у взрослых, с той же частотой и тем же соотношением давления руками на грудину пострадавшего и вдохов искусственного дыхания, что и у взрослых. Надавливания на грудину выполняются на глубину, равную одной трети переднезаднего размера грудной клетки (примерно 4 см. у детей до 1 года и 5 см. у детей более старшего возраста). Давление на грудину производится двумя пальцами (для детей до 1 года), одной или двумя руками для детей более старшего возраста.

При проведении вдохов искусственного дыхания следует визуально контролировать объем вдуваемого воздуха (до начала подъема грудной клетки). Детям до 1 года при проведении искусственного дыхания необходимо охватывать своими губами рот и нос одновременно.

Порядок оказания первой помощи при частичном и полном нарушении проходимости верхних дыхательных путей, вызванном инородным телом у пострадавших в сознании, без сознания. Особенности оказания первой помощи тучному пострадавшему, беременной женщине, ребёнку

Типичным признаком нарушения проходимости дыхательных путей является поза, при которой человек держится рукой за горло и одновременно пытается кашлять, чтобы удалить инородное тело.

В соответствии с рекомендациями Российского Национального Совета по реанимации и Европейского Совета по реанимации выделяют частичное или полное нарушение проходимости верхних дыхательных путей, вызванное инородным телом. Для того, чтобы определить степень нарушения, можно спросить пострадавшего, подавился ли он.

При частичном нарушении проходимости верхних дыхательных путей пострадавший отвечает на вопрос, может кашлять.

При полном нарушении проходимости верхних дыхательных путей пострадавший не может говорить, не может дышать или дыхание явно затруднено (шумное, хриплое), может хватать себя за горло, может кивать.

При частичном нарушении проходимости следует предложить пострадавшему покашлять (рисунок 29).



Рисунок 29

При полном нарушении проходимости верхних дыхательных путей необходимо предпринять меры по удалению инородного тела (рисунок 30):

1. Встать сбоку и немного сзади пострадавшего.
2. Придерживая пострадавшего одной рукой, другой наклонить его вперёд, чтобы в случае смещения инородного тела оно попало в рот пострадавшего, а не опустилось ниже в дыхательные пути.
3. Нанести 5 резких ударов основанием своей ладони между лопатками пострадавшего.



Рисунок 30

4. Проверять после каждого удара, не удалось ли устранить нарушение проходимости.

5. Если после 5 ударов инородное тело не удалено, то следует:

- встать позади пострадавшего и обхватить его обеими руками на уровне верхней части живота;

- сжать кулак одной из рук и поместить его над пупком большим пальцем к себе (рисунок 31);



Рисунок 31

- обхватить кулак другой рукой и, слегка наклонив пострадавшего вперед, резко надавить на его живот в направлении внутрь и кверху (рисунок 32);



Рисунок 32

- при необходимости надавливания повторить до 5 раз.

Если удалить инородное тело не удалось, необходимо продолжать попытки его удаления, перемежая пять ударов по спине с пятью надавливаниями на живот.

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

В случае, если инородное тело нарушило проходимость дыхательных путей у тучного человека или беременной женщины, оказание первой

помощи начинается также, как описано выше, с 5 ударов между лопатками (рисунок 33).



Рисунок 33

У тучных людей или беременных женщин не осуществляется давление на живот. Вместо него проводятся надавливания на нижнюю часть груди (рисунок 34).

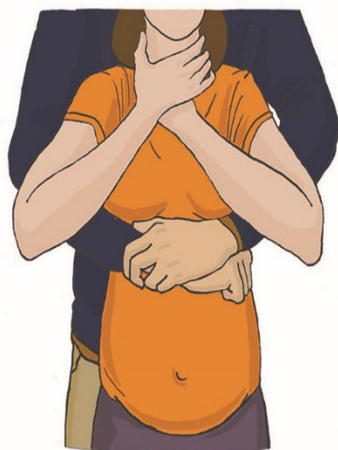


Рисунок 34

Если инородное тело перекрыло дыхательные пути ребенку, то помощь оказывается похожим образом. Однако следует помнить о необходимости

дозирования усилий (удары и надавливания наносятся с меньшей силой). Кроме того, детям до 1 года нельзя выполнять надавливания на живот. Вместо них производятся толчки в нижнюю часть грудной клетки двумя пальцами. При выполнении ударов и толчков грудным детям следует располагать их на предплечье человека, оказывающего помощь, головой вниз; при этом необходимо придерживать голову ребенка.

Детям старше 1 года можно выполнять надавливания на живот над пупком, дозируя усилие соответственно возрасту.

При отсутствии эффекта от этих действий необходимо приступить к сердечно-легочной реанимации.

Признаками жизни являются показатели состояния человеческого организма, позволяющие установить, что он жив. Это особенно важно, когда пострадавший находится без сознания. Наличие признаков жизни сигнализирует о необходимости немедленного проведения мер по оживлению человека, которые могут привести к успеху.

Важнейшие критерии оценки:

1. Сердцебиение. Наличие сердцебиения определяют на слух, приложив ухо к левой половине грудной клетки.

2. Пульс. Наиболее удобно определять пульс на лучевой, сонной и бедренной артериях. В критических ситуациях, когда пострадавший находится без сознания, определять пульс необходимо только на сонной артерии, так как на ней это возможно сделать даже при самом низком давлении. Для определения пульса на сонной артерии необходимо положить пальцы на переднюю поверхность шеи в области хрящей гортани и переместить пальцы вправо или влево. Бедренная артерия проходит в области паховой складки. Пульс определяют указательным и средним пальцами, но ни в коем случае не большим пальцем, поскольку в ряде случаев так можно определить собственный пульс, а не пульс пострадавшего. Для определения пульса на лучевой артерии кисть в области лучезапястного сустава обхватывают правой рукой так, чтобы I палец располагался с локтевой

стороны, а II, III и IV – на лучевой артерии. Нащупав пульсирующую артерию, ее с умеренной силой прижимают к внутренней стороне лучевой кости.

3. Дыхание. Его определяют по движению грудной клетки и живота. В случае, когда это невозможно, например при очень слабом поверхностном дыхании, наличие дыхания определяют поднеся ко рту или к носу пострадавшего зеркало или любой блестящий холодный предмет (часы, очки, лезвие ножа, осколок стекла и др.), которые от дыхания запотевают. Также можно определить дыхание по движению кусочка ваты или бинта, поднесенного к носовым отверстиям (будет колебаться в такт дыханию).

4. Реакция роговицы глаза на раздражение. Роговица глаза является очень чувствительным образованием, богатым нервными окончаниями, и при минимальном ее раздражении возникает реакция век – моргательный рефлекс. Для проверки реакции роговицы глаза нужно аккуратно прикоснуться к глазу кончиком носового платка (не пальцем!): если человек жив – веки моргнут.

5. Реакция зрачков на свет. При освещении глаза пучком света (например, фонариком) наблюдается положительная реакция – сужение зрачка. При дневном свете эту реакцию можно проверить так: на некоторое время закрывают глаз рукой, затем быстро отводят руку в сторону, при этом будет заметно сужение зрачка.

6. Непроизвольная реакция на боль. Эксперты, однако, считают эту реакцию субъективным синдромом, а не объективным признаком. Внимание! Отсутствие сердцебиения, пульса, дыхания и реакции зрачков на свет не свидетельствует о том, что пострадавший мертв. Эти признаки могут наблюдаться при клинической смерти, при которой пострадавшему необходимо оказывать помощь в полном объеме.

Первая помощь при отсутствии сознания

На месте происшествия участнику оказания первой помощи следует оценить безопасность для себя, пострадавшего (пострадавших) и

окружающих. После этого следует устранить угрожающие факторы или минимизировать риск собственного повреждения, риск для пострадавшего (пострадавших) и окружающих. Далее необходимо проверить наличие сознания у пострадавшего. Для проверки сознания необходимо аккуратно потормошить пострадавшего за плечи и громко спросить: «Что с Вами? Вам нужна помощь?»; обратиться к пострадавшему необходимо наклонившись поочередно к каждому уху. При отсутствии у потерпевшего реакции на вопрос — позвать помощника.

При отсутствии признаков сознания следует определить наличие дыхания у пострадавшего. Для этого необходимо восстановить проходимость дыхательных путей у пострадавшего: одну руку положить на лоб пострадавшего, двумя пальцами другой взять за подбородок, запрокинуть голову, поднять подбородок и нижнюю челюсть. Для проверки дыхания следует наклониться щекой и ухом ко рту и носу пострадавшего и в течение 10 сек. попытаться услышать его дыхание, почувствовать выдыхаемый воздух на своей щеке и увидеть движения грудной клетки у пострадавшего. При отсутствии дыхания грудная клетка пострадавшего останется неподвижной, звуков его дыхания не будет слышно, выдыхаемый воздух изо рта и носа не будет ощущаться щекой.



Алгоритм действий при отсутствии дыхания будет разобран в следующем разделе.

Если у пострадавшего имеется дыхание без сознания (либо в случае появления самостоятельного дыхания у пострадавшего с отсутствующим сознанием) ему необходимо придать устойчивое боковое положение.

Для придания стабильного положения пострадавшему необходимо:

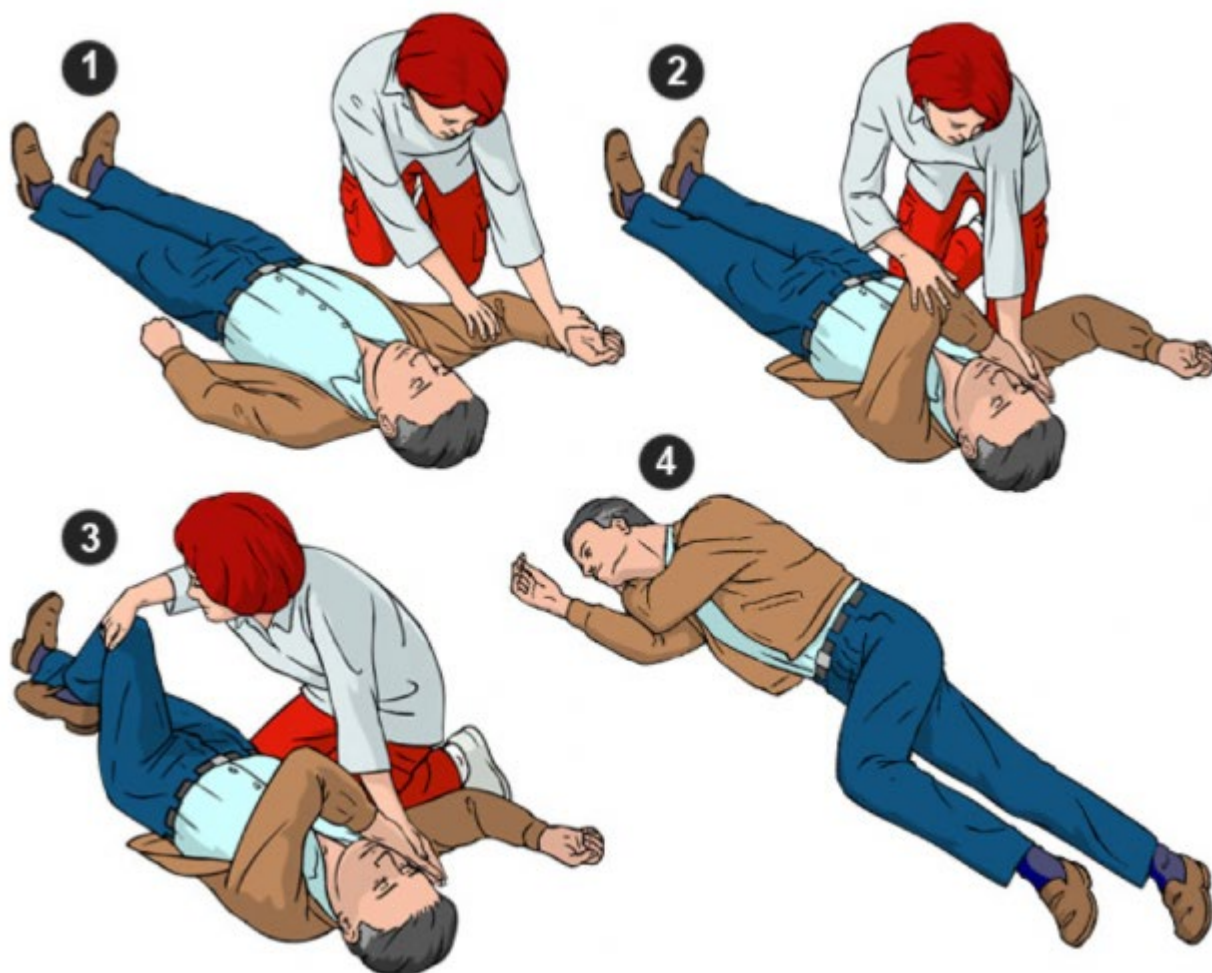
Шаг 1. Расположить ближнюю руку пострадавшего под прямым углом к его телу.

Шаг 2. Дальнюю руку пострадавшего приложить тыльной стороной ладони к противоположной щеке пострадавшего, придерживая ее своей рукой.

Шаг 3. После этого согнуть дальнюю от себя ногу пострадавшего в колене, поставить ее с опорой на стопу, надавить на колено этой ноги на себя и повернуть пострадавшего.

Шаг 4. После поворота пострадавшего набок слегка запрокинуть его голову для открытия дыхательных путей и подтянуть ногу, лежащую сверху, ближе к животу.

Необходимо наблюдать за его состоянием до прибытия бригады скорой медицинской помощи, регулярно оценивая наличие у него дыхания.



Первая помощь при остановке дыхания и кровообращения

1. При обнаружении лежащего неподвижно человека, прежде всего, убедитесь в собственной безопасности!

- Отсутствие оголенных электропроводов.
- Нет разлития горючих или взрывоопасных жидкостей.
- Пригодная для дыхания атмосфера.
- Нет грозящих падением деталей строительных конструкций.
- Устойчивость аварийного транспортного средства.

2. Встряхните пострадавшего за плечи и громко окликните его: «Что с вами?». Рекомендуется сделать это дважды. Призовите на помощь кого-нибудь из окружающих Вас людей.



3. Примените один из приемов восстановления проходимости дыхательных путей. Рекомендуется использовать прием запрокидывание головы с приподниманием подбородка.

4. Для того, чтобы проверить, дышит пострадавший или нет, наклонитесь щекой к его лицу так, чтобы можно было видеть его грудь. В течение 10 секунд попытайтесь:

- УВИДЕТЬ дыхательные движения грудной клетки;
- УСЛЫШАТЬ шум дыхания;
- ПОЧУВСТВОВАТЬ тепло выдыхаемого воздуха своей щекой, иначе говоря, определить признаки жизни.



5. Если дыхание отсутствует, скажите Вашему помощнику вызвать СМП. При отсутствии возможности привлечения помощника, СМП следует вызвать самостоятельно (например, используя функцию громкой связи в телефоне). Затем необходимо приступить к проведению СЛР.

ВНИМАНИЕ! Тотчас после остановки сердца у пострадавшего могут оставаться слишком частые или, наоборот, редкие и шумные вдохи! Не путайте их с нормальным дыханием! При любых сомнениях действуйте как при отсутствии дыхания!



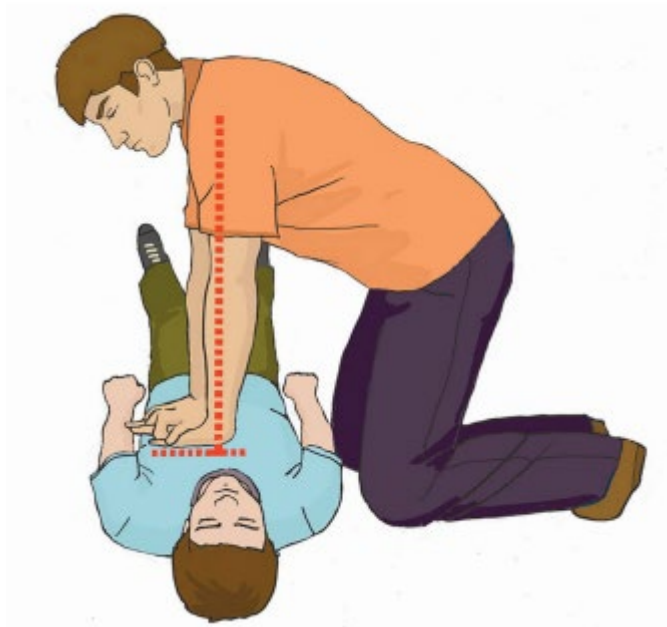
Вызов скорой помощи:

- адрес;
- количество пострадавших;
- пол и возраст;
- состояние;
- причина;
- ваши дальнейшие действия;

ВАЖНО! Дождитесь, что Ваш вызов принят.

6. Приступайте к проведению 30 компрессий подряд. Одновременно с вызовом СМП необходимо приступить к давлению руками на грудину пострадавшего, который должен располагаться лежа на спине на твердой ровной поверхности. При этом основание ладони одной руки помещается на

середины грудной клетки пострадавшего, вторая рука помещается сверху первой, кисти рук берутся в замок, руки выпрямляются в локтевых суставах, плечи участника оказания первой помощи располагаются над пострадавшим так, чтобы давление осуществлялось перпендикулярно плоскости грудины.



Не забывайте о темпе массажа — 100–120 ударов в минуту!
Не забывайте о глубине массажных толчков: 5–6 см!
Сделайте два искусственных вдоха, по возможности, используя индивидуальные средства защиты органов дыхания.
В основе искусственного дыхания (ИВЛ) методом «рот ко рту» или «рот к носу» лежит нагнетание выдыхаемого спасателем воздуха в легкие пострадавшего. Выдыхаемый воздух содержит 14–16% кислорода, этого достаточно для поддержания жизни пострадавшего.
Не забывайте о постоянном поддержании проходимости дыхательных путей!



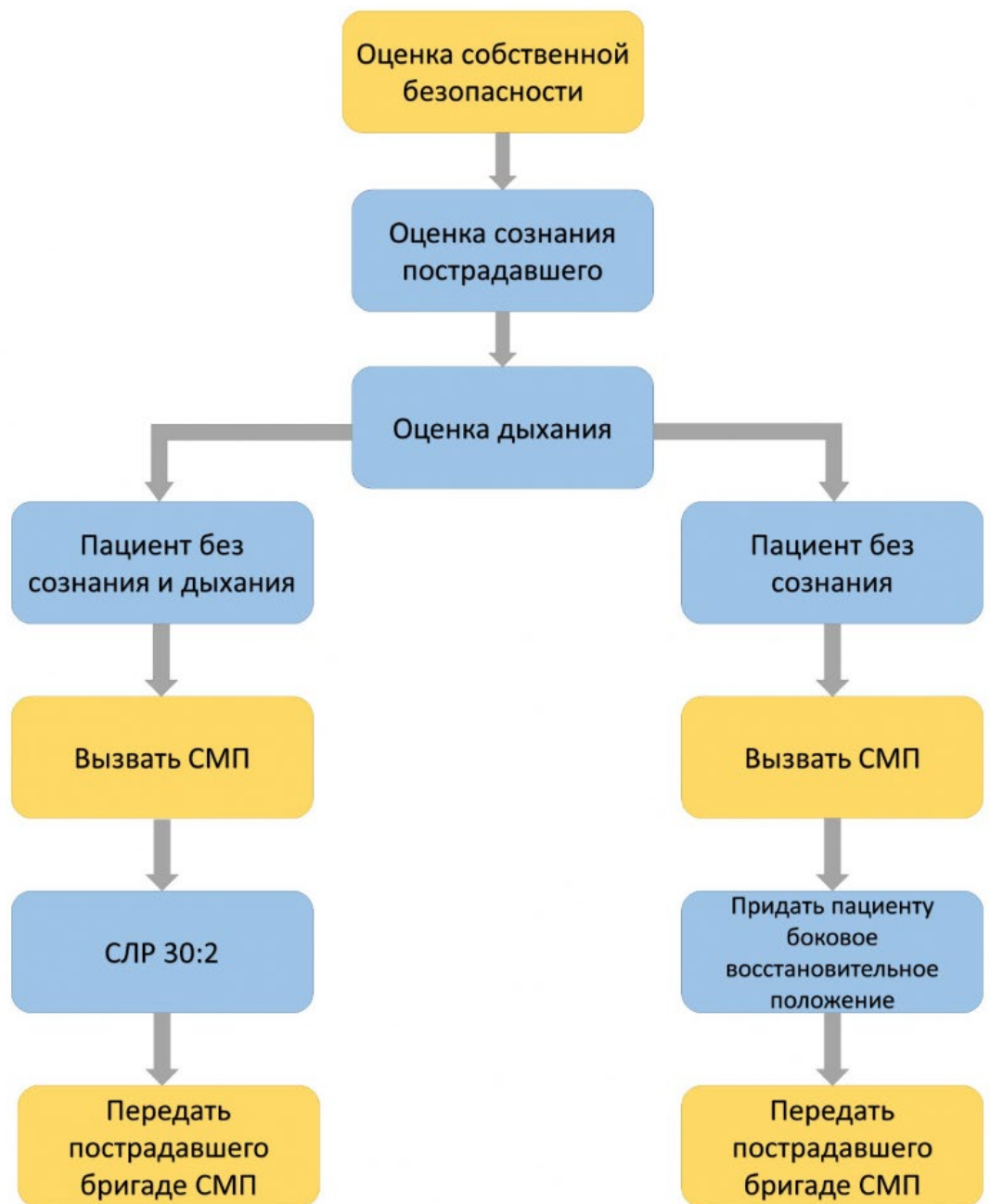
Не прекращайте реанимации до следующих случаев:

- прибывает СМП и принимает проведение реанимации «из рук в руки»;
- у пострадавшего появляются явные признаки жизни;
- крайняя усталость при длительной реанимации не позволяет вам эффективно продолжать ее (полное физическое истощение).

Если пострадавший начал дышать сам, но остается без сознания, переведите его в [стабильное боковое положение](#):



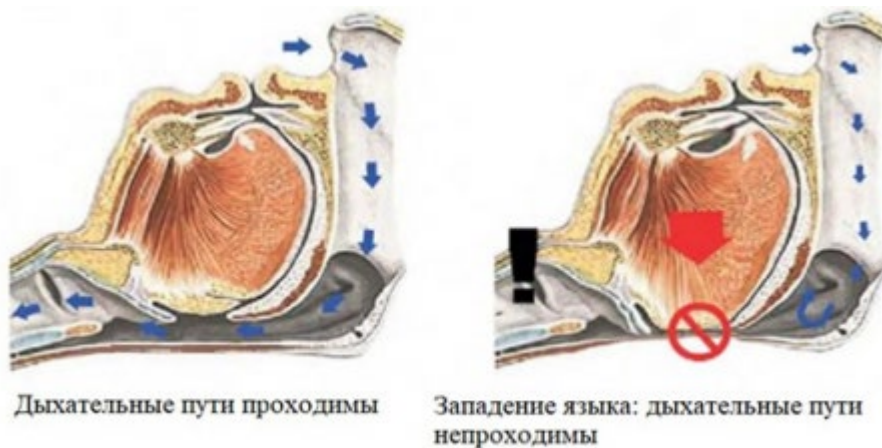
Алгоритм Базовой сердечно-легочной реанимации (БЛС)



Восстановление проходимости дыхательных путей.

В чем смысл?

Потеря сознания при остановке сердца ведет к снижению тонуса мышц верхних дыхательных путей, западению языка и надгортанника — это препятствует вентиляции легких и эффективной реанимации.



Способы восстановления проходимости дыхательных путей

Рекомендуется проводить восстановление проходимости дыхательных путей давлением руки на лоб с одновременным запрокидыванием головы пострадавшего кзади.

При таком положении головы язык приподнимается вместе с челюстью, освобождая пространство для движения воздуха.

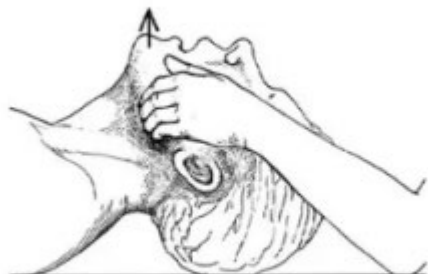


© MAYO FOUNDATION FOR MEDICAL EDUCATION AND RESEARCH. ALL RIGHTS RESERVED.

Тройной прием.

Используется при известной травме шейного отдела позвоночника или ЧМТ. Выполнение манипуляции требует определенных навыков.

Зафиксировав голову пострадавшего ладонями, его подбородок выдвигают вперед пальцами обеих рук за углы нижней челюсти, а большими пальцами приоткрывают рот.



Вопрос-ответ и пара рекомендаций по BLS

Зачем проверка безопасности?

Не все ситуации зависят от внутренних причин организма пострадавшего, иногда, это могут быть внешние, социальные или природные факторы, поэтому собственная безопасность превыше всего. Внимательно осмотрите место вокруг пострадавшего на наличие воды, оголенных проводов, обвалов, огня и т. д. и, только убедившись, что безопасно — подходите к пострадавшему.

Почему мы показываем знак безопасности?

Знак безопасности (разведенные руки в сторону) — это международный знак, продемонстрировав который, Вы показываете очевидцам, что вокруг безопасно, а значит можно приближаться к пострадавшему и помочь Вам в оказании первой помощи.

Для чего, при оценке сознания, мы аккуратно встряхиваем пострадавшего за плечи и громко окликаем в каждое ухо?
При оценке сознания мы стараемся воздействовать на максимальное количество органов чувств. Осязание (встряхивание за плечи),

звукослышание (громкое обращение к пострадавшему) и зрение (наклон к его лицу). По возможности, окликаем в каждое ухо (возможно человек оглушен на одно ухо или имеется односторонняя тугоухость).

Очки и одежда– снимать или не снимать?

Перед проверкой дыхания обязательно снимите очки с лица пострадавшего, так как при движении головы можно их задеть, повредить стекла и нанести вред пострадавшему. Если одежда объемная или стесняющая движения, Вам нужно освободить от нее грудную клетку, чтобы эффективно оценить наличие ее “экскурсии”.

Не забудьте запрокинуть голову!

Когда у человека нет сознания мускулатура, в том числе язык и мягкое нёбо, находятся в расслабленном состоянии, что приводит к закрытию проходимости дыхательных путей. При правильном запрокидывании головы дыхательные пути “открыты” и Вы сможете эффективно дифференцировать остановку дыхания от вторичного апноэ. P.S. Не забывайте при запрокидывании головы опираться только на костные структуры, чтобы не повредить мышцы, находящиеся без тонуса.

Дыхание – оно какое?

Помните, что в первые минуты после остановки кровообращения, у пострадавшего могут быть редкие, судорожные, короткие или глубокие дыхательные движения, так называемое, агональное дыхание. Такое дыхание мы приравниваем к его полному отсутствию.

Два правила “10 секунд”

Во время оценки дыхания мы смотрим на грудную клетку и считаем вслух до 10.

Во-первых, это социальный фактор для людей вокруг, так как склоняющийся человек над телом другого — может быть подозрительно, поэтому Вы считаете громко и четко, чтобы окружающие понимали, что это правомерные действия.

Во-вторых, физиологическое апноэ, которое может длиться до 10 секунд у некоторых людей в норме (апноэ во сне). Если за 10 секунд Вы не распознали ни одного вдоха, значит за минуту их уже меньше шести и это можно считать остановкой дыхания.

Быть или не быть проверке пульса?

Отсутствие дыхания у взрослого человека, как правило, является вторичной причиной, то есть этому предшествует остановка кровообращения (“остановка сердца”). Не забывайте, что это мануальный навык, который требует постоянной тренировки, если этого не происходит, есть вероятность, что Вы долго будете искать пульс на сонной артерии и, тем самым, “отложите” начало компрессий, а значит снизите вероятность выживания данного пострадавшего.

Придание оптимального положения тела пострадавшего с различными травмами и состояниями

1. Пострадавшему с травмой груди предпочтительно расположиться в полусидячем положении с наклоном туловища на пораженную сторону груди. Для этого пострадавшего можно опереть о стену, автомобиль и т.д.
2. Пострадавшему с подозрением на травму живота и таза лучше находиться в положении лежа на спине с полусогнутыми и разведенными ногами. Под колени подкладывается импровизированная опора — сумка, свернутая одежда.
3. Пострадавшему с травмами конечностей придается удобное положение, при котором он испытывает меньше страданий от имеющихся повреждений.
4. Пострадавшему без сознания необходимо придать [стабильное боковое положение](#).
5. Пострадавший с сильным наружным кровотечением или признаками кровопотери должен находиться в положении лежа на спине с

приподнятыми ногами, под которые подкладываются сумки или одежда.

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

Правильное положение больного при отсутствии сознания при отсутствии сознания



Правильное положение больного с травмой груди



Правильное положение больного с травмой живота и таза



Правильное положение больного с травмой позвоночника

