

ФГАУ «НМИЦ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ» МИНЗДРАВА РОССИИ

Методическое пособие

В.В. Черников, Р.Ф. Тепаев, Б.Д. Цинцадзе,  
А.Р. Бабаян, С.Б. Лазуренко,  
Т.В. Свиридова, А.М. Герасимова



НЕОТЛОЖНАЯ

ПОМОЩЬ

ДЕТЯМ



Москва, 2021

ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России

**ИНФОРМАЦИОННЫЕ МАТЕРИАЛЫ**

**В.В. Черников, Р.Ф. Тепаев, Б.Д. Цинцадзе,  
А.Р. Бабаян, С.Б. Лазуренко,  
Т.В. Свиридова, А.М. Герасимова**

**НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ  
ДЕТЯМ**

*Методическое пособие*

Москва, 2021

УДК 616-08-039.74-053.2(07)

ББК 57.334/337-5я7+53.50я7

H52

H52 Неотложная помощь детям: метод. пособие / В.В. Черников [и др.]. — М.: ООО «Полиграфист и издатель», 2021. — 64 с.

ISBN 978-5-6046352-8-5

Методическое пособие является базовым курсом обучения навыкам оказания первой помощи детям при несчастных случаях. Первую помощь до прибытия профессиональной бригады медиков оказывают, как правило, люди, оказавшиеся на месте происшествия, используя стандартные или подручные средства. От того, насколько правильно они действуют, часто зависят здоровье и жизнь пострадавшего.

В пособии представлены как общие организационно-правовые аспекты, так и конкретные алгоритмы действий в экстремальных ситуациях, в частности при потере ребенком сознания, остановке дыхания или кровообращения, наружных кровотечениях, инородных телах дыхательных путей, травмах разных областей тела.

Пособие предназначено широкому кругу читателей — врачам, студентам, родителям, а также неравнодушным людям, готовым прийти на помощь ребенку в экстренной для него ситуации.

УДК 616-08-039.74-053.2(07)

ББК 57.334/337-5я7+53.50я7

© Коллектив авторов, 2021  
©ФГАУ «НМИЦ здоровья детей»  
Минздрава России, 2021

**Коллектив авторов  
ФГАУ «НМИЦ здоровья детей»  
Минздрава России**

**Черников В.В.** — к.м.н., начальник методического аккредитационно-симуляционного центра

**Тепяев Р.Ф.** — д.м.н., заведующий отделением реанимации и интенсивной терапии

**Цинцадзе Б.Д.** — методист методического аккредитационно-симуляционного центра

**Бабаян А.Р.** — заведующая отделом телемедицинских консультаций и отделением неотложной педиатрии

**Лазуренко С.Б.** — д.п.н., начальник Центра психолого-педагогической помощи в педиатрии

**Свиридова Т.В.** — к.псх.н., заведующая лабораторией специальной психологии и коррекционного обучения Центра психолого-педагогической помощи в педиатрии

**Герасимова А.М.** — научный сотрудник лаборатории специальной психологии и коррекционного обучения Центра психолого-педагогической помощи в педиатрии

## ОКАЗАНИЕ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ: ОСНОВЫ БЕЗОПАСНОСТИ ДЕТЕЙ



Умение оказать первую помощь может спасти жизнь и здоровье. Когда рядом с пострадавшим оказывается кто-то, способный действовать быстро, четко и адекватно, то именно такой человек поможет предотвратить роковые последствия.

Первая помощь может осуществляться в порядке самопомощи или взаимопомощи. Кроме того, повышение образованно-

сти в этой сфере населения в целом будет способствовать как самосохранению, так и спасению ближних в любых непредвиденных, угрожающих жизни обстоятельствах. Необходимо стремиться к тому, чтобы каждому гражданину были известны суть, принципы, правила и последовательность оказания первой помощи.

Обучение оказанию первой помощи является обязательным для сотрудников экстренных служб, таких как полицейские, спасатели, пожарные, педагоги, медицинские работники. Для остальных граждан подобное обучение не является обязательным, хотя и рекомендуется. Настоящее пособие, являясь базовым курсом обучения навыкам оказания первой помощи, 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, которые может проводить любой обученный человек без медицинского образования и без специальных вспомогательных средств, и расширенные, которые проводятся только врачами, спасателями или другими лицами со специальным образованием. Таким образом, в настоящем пособии представлены общие мероприятия неотложной помощи.

## **ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ: определение; перечень состояний, при которых оказывается первая помощь, и мероприятий по оказанию первой помощи**

### *⇒ Определение ⇒*

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 экстренные мероприятия, которые предпринимаются до прибытия медицинского работника или госпитализации 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 и их применении, а также в обучении навыкам спасения жизни человека. Однако в текущей редакции Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» устранены неоднозначности, и предлагается трактовка термина «первая помощь» [2]. В законе подчеркнуто, что первая помощь не является видом медицинской помощи и оказывается пострадавшим до прибытия специализированной медицинской помощи [2].

## Виды оказания помощи

Мероприятия по оказанию помощи пострадавшим подразделяются на виды, каждый из которых имеет определенную направленность:

- **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 по неотложным показаниям любым врачом, имеющим необходимый инструментарий и лекарственные средства; может быть оказана вне больничных условий или в поликлинике, машине скорой помощи, приемном отделении больницы;

- **квалифицированная медицинская помощь** (или первичная специализированная медико-санитарная помощь) оказывается врачами-специалистами высокой квалификации в условиях многопрофильных больниц, госпиталей, травматологических пунктов, специализированных врачебных бригад 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.).



## *⇒ 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. N 477н утвержден перечень состояний, при которых оказывается первая помощь (см. главу «Алгоритмы оказания первой помощи при неотложных состояниях»), и перечень мероприятий по оказанию первой помощи [3].

## *⇒ Перечень мероприятий по оказанию первой помощи [3] ⇒*

### **1. Мероприятия по оценке обстановки и обеспечению безопасных условий для оказания первой помощи:**

- а) определение угрожающих факторов для собственных жизни и здоровья;
- б) определение угрожающих факторов для жизни и здоровья пострадавшего;
- в) устранение угрожающих факторов для жизни и здоровья пострадавшего;
- г) прекращение действия повреждающих факторов на пострадавшего;
- д) оценка количества пострадавших;  
извлечение пострадавшего из транспортного средства или других труднодоступных мест;
- ж) перемещение пострадавшего в безопасное место.

## **2. Вызов скорой медицинской помощи.**

### **Требуется сообщить:**

- а) координаты места происшествия;
- б) количество пострадавших;
- в) пол;
- г) примерный возраст;
- д) состояние пострадавшего;
- е) предположительную причину состояния;
- ж) объем вашей помощи.

## **3. Определение наличия сознания у пострадавшего:**

- а) проверить наличие признаков жизни: дыхание, плач, движение, моргание;
- б) оценить пульс на сонной артерии;
- в) оценить наличие признаков жизни в течение не более 10 секунд.

## **4. Мероприятия по восстановлению проходимости дыхательных путей и определению признаков жизни у пострадавшего:**

- а) запрокидывание головы с подъемом подбородка;
- б) выдвижение нижней челюсти;
- в) определение наличия дыхания с помощью слуха, зрения и осязания;
- г) определение наличия кровообращения, проверка пульса на магистральных артериях.

## **5. Мероприятия по проведению сердечно-легочной реанимации до появления признаков жизни:**

- а) давление руками на грудину пострадавшего;
- б) искусственное дыхание «рот ко рту»;
- в) искусственное дыхание «рот к носу»;
- г) искусственное дыхание с использованием специализированного устройства (защитная маска, защитный экран).

**6. Мероприятия по поддержанию проходимости дыхательных путей:**

- а) придание устойчивого бокового положения;
- б) запрокидывание головы с подъемом подбородка;
- в) выдвижение нижней челюсти.

**7. Мероприятия по обзорному осмотру пострадавшего и временной остановке наружного кровотечения:**

- а) обзорный осмотр пострадавшего на наличие кровотечений;
- б) пальцевое прижатие артерии;
- в) наложение жгута;
- г) максимальное сгибание конечности в суставе;
- д) прямое давление на рану;
- е) 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:**

- а) проведение осмотра головы, шеи, груди, спины, живота и таза, конечностей;
- б) наложение повязок при травмах различных областей тела, в том числе окклюзионной (герметизирующей) при ранении грудной клетки;
- в) проведение иммобилизации (с помощью подручных средств, аутоиммобилизация);
- г) фиксация шейного отдела позвоночника (вручную, подручными средствами).

**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.

Международно признанным символом первой помощи является белый крест на зеленом фоне (рис. 1).



**Рис. 1.** *Международный символ первой помощи.*

## НОРМАТИВНО-ПРАВОВАЯ БАЗА ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ



Существует убеждение, что для оказания первой помощи необходимы глубокие медицинские знания, и оказывать ее могут и должны только врачи. В реальности же для оказания грамотной первой помощи любому человеку 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 оказать первую помощь!

### *⇒ Кто обязан оказывать первую помощь? ⇒*

Для некоторых категорий граждан оказание первой помощи является обязанностью по закону или по правилу: это сотрудники Государственной инспекции по безопасности дорожного движения (ГИБДД), Министерства внутренних дел (МВД), военнослужащие, сотрудники и работники Министерства по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий (МЧС), пожарных служб, специалисты по охране труда, медицинские работники, присутствующие на месте происшествия [2]. Согласно Федеральному закону [2], водители транспортных средств и другие лица вправе оказывать первую помощь при наличии соответствующих навыков. 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 (ДТП) (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 (полицейские, пожарные, спасатели, медицинские работники). Обязательное условие ответственности за неоказание помощи больному — отсутствие уважительных причин в таком поведении лиц, обязанных оказывать помощь. В частности, не могут быть признаны уважительными ссылки на нерабочее время, усталость, ведомственный или частный (негосударственный) характер лечебного учреждения и т.д. [4].

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) [5, 6].

Для простых очевидцев происшествия, оказывающих первую помощь в добровольном порядке, никакая ответственность за неоказание первой помощи применяться не может. Однако (!) 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 Российской Федерации [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 грозит привлечение к административной ответственности и наказание в виде административного штрафа (ч. 1 ст. 12.27 Кодекса Российской Федерации об административных правонарушениях) [7].

### *⇒ Предусмотрено ли законом поощрение за оказание первой помощи? ⇒*

В случае решения в суде вопроса о привлечении лица к ответственности за причинение вреда жизни или здоровью, оказание первой помощи пострадавшему учитывается как обстоятельство, смягчающее наказание (п. 2 ч. 1 ст. 4.2 Кодекса Российской Федерации об административных правонарушениях; п. «к» ч. 1 ст. 61 Уголовного кодекса Российской Федерации) [8, 9]. 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, т.е. 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 Российской Федерации и ст. 2.7 «Крайняя необходимость» Кодекса Российской Федерации об административных правонарушениях) [6, 8]. В настоящее время в Российской Федерации отсутствуют судебные прецеденты привлечения к юридической ответственности за неумышленное причинение вреда в ходе оказания первой помощи.



## АЛГОРИТМЫ ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПРИ НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЯХ

### Помощь при потере сознания

#### ⇒ *Общая характеристика нарушения сознания* ⇒

Ясное сознание предполагает состояние бодрствования, полную ориентацию во времени и пространстве, адекватную реакцию на окружающую действительность. Нарушение сознания есть проявление дисфункции центральной нервной системы, вследствие чего 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), судорожных припадках, сотрясении головного мозга. Длительное нарушение сознания может наблюдаться при внутричерепной патологии (например, при развитии посттравматических 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 возможно наблюдать истерический припадок, имитирующий обморок (диагностический маневр: если руку ребенка уронить ему на лицо, то рука упадет только при истинной коме).

По глубине нарушения (угнетения) сознания выделяют несколько степеней [10]. 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 выполнить простые просьбы или команды. На вопросы отвечает медленно или частично, ответы односложные. При глубоком оглушении речевой контакт может быть затруднен.

**Сопор** (крепкий сон, беспмятство) характеризуется почти полным отсутствием сознания, но сохранением целенаправленных защитных координированных движений: например, наблюдается открывание глаз на болевые и звуковые раздражители. Возможно 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). Сонливость у человека в сопоре проявляется длительным или глубоким сном, пробудить из которого можно только путем энергичной стимуляции.

**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 ⇒

- Была ли травма непосредственно перед потерей сознания?
- Были диагностированные ранее заболевания мозга или травмы в прошлом?
- Возможные хронические заболевания (сахарный диабет).

— Принимает ли ребенок какие-либо лекарственные препараты?

— Что непосредственно предшествовало потере сознания?

### ⇒ *Алгоритм действий при обмороке* ⇒

1. Убедитесь в собственной безопасности.

2. Оцените сознание: легкое потряхивание за плечи; громкий оклик: Ты меня слышишь? Тебе нужна помощь?

3. Оцените наличие дыхания и признаков жизни: приблизьте ухо к губам пострадавшего; глазами наблюдайте экскурсию грудной клетки пострадавшего. Оцените наличие нормального дыхания в течение не более 10 секунд.

При наличии регулярного дыхания и отсутствии очевидных повреждений поверните ребенка в восстановительное положение на боку, ослабьте галстук или шарф (если они есть), расстегните ворот верхней одежды, ослабьте брючный ремень для обеспечения проходимости дыхательных путей и снижения риска аспирации (рис. 2).



**Рис. 2.** Восстановительное положение на боку [11, 12].

В случае 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, когда убедитесь, что вопросов у него больше нет.

В любом случае пострадавшему, перенесшему обморок, в дальнейшем следует обратиться к врачу с целью обследования и определения причины возникшего нарушения сознания.

**Пострадавшему, который находится без сознания и у которого отсутствуют дыхание и пульс, реанимационные мероприятия следует начинать до приезда специализированной бригады!**

## **Помощь при остановке дыхания и кровообращения**

Чаще всего причиной остановки сердца у детей является нарушение дыхания. Кардиологическая причина у детей встречается крайне редко.

Отсутствие навыков проведения базовой сердечно-легочной реанимации (СЛР) в реальной жизни приводит к тому, что

менее 1/3 пациентов с остановкой сердечной деятельности проводится базовая СЛР очевидцами произошедшего. Выживаемость детей с остановкой сердца вне госпиталя составляет от 2 до 10% [13]. Вместе с тем многие национальные ассоциации кардиологов не устанавливают возрастных ограничений в обучении СЛР: исследования показывают, что дети с 9 лет способны усваивать навыки по проведению СЛР.

**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.

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 своевременно 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 вопросы, 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: сонная артерия определяется на шее, бедренная артерия — в паху;
- 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.

### *Этапы проведения сердечно-легочной реанимации*

#### 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 условии 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. Проверьте дыхание.

Для проверки дыхания следует наклониться щекой и ухом ко рту и носу пострадавшего и в течение 10 секунд попытаться услышать его дыхание, почувствовать выдыхаемый воздух на своей щеке и увидеть движения грудной клетки у пострадавшего (рис. 3). 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 и сознания определяет необходимость вызова скорой медицинской помощи и проведения сердечно-легочной реанимации.



**Рис. 3.** Оценка дыхания: вижу, слышу, ощущаю.

### 4. Проверьте пульс.

Если пострадавший без сознания и у него отсутствует спонтанное дыхание, попытайтесь определить пульс путем пальпации на лучевой артерии.



5. До начала СЛР пострадавшего необходимо уложить на жесткую поверхность (например, на пол или на землю).

### ⇒ Принципы проведения сердечно-легочной реанимации ⇒

1. Редкий пульс (брадикардия) и нарушено кровообращение.

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

2. Компрессии грудной клетки (непрямой массаж сердца).

Если у пострадавшего отсутствуют сознание, дыхание и не определяется пульс (или вы не уверены, что определяете пульс), начинайте компрессии грудной клетки. Качественно проведенный непрямой массаж сердца при остановке сердечной деятельности позволяет обеспечить значительный кровоток в жизненно важных органах и повышает шанс восстановления кровообращения.

#### *Критерии адекватно проводимого непрямого массажа сердца:*

- проводится только на твердой поверхности;
- глубина продавливания грудной клетки должна быть не менее 5–6 см, частота — 100–120 надавливаний в 1 минуту; после каждого нажатия грудная клетка должна восстановить исходную форму;
- руки устанавливаются в центре грудной клетки (по средне-сосковой линии, или 2 см от яремной вырезки вниз и 2 см вверх от мечевидного отростка: перекрест — и есть линия, куда устанавливаются руки): ладонь одной руки (у детей в возрасте до 8 лет; рис. 4) или скрещенные ладони двух рук (лицам в возрасте старше 8 лет, рис. 5);



- чередуйте надавливания с искусственным дыханием (соотношение компрессий и вдохов зависит от возраста; см. ниже главы «Алгоритм проведения сердечно-легочной реанимации детям в возрасте до 8 лет» и «Алгоритм проведения сердечно-легочной реанимации детям в возрасте старше 8 лет»).



**а**

**б**



**Рис. 4, а, б.** Положение рук на грудной клетке при проведении сердечно-легочной реанимации у детей в возрасте до 8 лет.



б



**Рис. 5, а, б.** Положение рук на грудной клетке при проведении сердечно-легочной реанимации у детей в возрасте старше 8 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.

**3. Открытие верхних дыхательных путей и искусственное дыхание.**

Обеспечьте проходимость верхних дыхательных путей у пострадавшего: одну руку положите на лоб пострадавшего, двумя пальцами другой возьмите за подбородок, запрокиньте голову, поднимите подбородок и нижнюю челюсть (рис. 6). Контролируйте эффективность вдоха по экскурсии грудной клетки. Используйте методику дыхания «рот в рот» (зажимая ноздри); рис. 7.



**Рис. 6.** Маневр открытия верхних дыхательных путей путем запрокидывания головы.

**Рис. 7.**  
Методика  
искусственного  
дыхания «рот  
в рот».



## *⇒ Алгоритм проведения сердечно-легочной реанимации детям в возрасте до 8 лет ⇒*

1. Убедитесь в собственной безопасности.
2. Оцените сознание: громкий оклик, легкое потряхивание за плечи.
3. Оцените признаки жизни: приблизьте ухо к губам пострадавшего. Глазами наблюдайте экскурсию грудной клетки пострадавшего. Оцените наличие нормального дыхания в течение не более 10 секунд.
4. Встаньте сбоку от пострадавшего лицом к нему.
5. Освободите грудную клетку пострадавшего от одежды.
6. Выполните 5 искусственных вдохов: каждый вдох должен быть достаточным для того, чтобы поднять грудную клетку пострадавшего, как при нормальном дыхании.
7. Повторно оцените наличие самостоятельного дыхания и пульса (оценка пульса производится на центральных артериях при наличии опыта).
8. При отсутствии признаков кровообращения следует приступить к СЛР:
  - основание ладони одной руки положить на центр грудной клетки пострадавшего;
  - вторую ладонь положить на лоб ребенка;
  - провести 15 компрессий подряд: компрессии отсчитываются вслух;
  - выполнить искусственное дыхание;
  - использовать индивидуальное надежное средство защиты (маска или экран для проведения искусственного вдоха);
  - ладонь одной руки положить на лоб пострадавшего;
  - подхватить нижнюю челюсть пострадавшего двумя пальцами другой руки;

- запрокинуть голову пострадавшего, освобождая дыхательные пути, набрать воздух в легкие;
- большим и указательным пальцами этой руки зажать нос пострадавшему (см. рис. 7);
- герметично обхватить губы пострадавшего своими губами;
- произвести 2 выдоха в рот пострадавшего до видимого подъема грудной клетки;
- продолжать СЛР, чередуя компрессии с искусственным дыханием;
- после 1 минуты или 5 циклов СЛР вызвать бригаду скорой медицинской помощи;
- продолжать СЛР, чередуя компрессии с искусственным дыханием до приезда специализированной помощи.

### *⇒ Алгоритм проведения сердечно-легочной реанимации детям в возрасте старше 8 лет ⇒*

1. Убедитесь в собственной безопасности.
2. Оцените сознание: громкий оклик, легкое потряхивание за плечи.
3. Оцените признаки жизни: приблизьте ухо к губам пострадавшего. Глазами наблюдайте экскурсию грудной клетки пострадавшего. Оцените наличие нормального дыхания в течение не более 10 секунд (см. рис. 3).
4. Вызов бригады скорой помощи по алгоритму (см. Перечень мероприятий по оказанию первой помощи, п. 2).
5. Встаньте сбоку от пострадавшего лицом к нему.
6. Освободите грудную клетку пострадавшего от одежды.
7. При отсутствии признаков кровообращения приступайте к СЛР:

- основание ладони одной руки положить на центр грудной клетки пострадавшего;
- вторую ладонь положить на первую, соединив пальцы обеих рук в замок;
- провести 30 компрессий подряд: компрессии отсчитываются вслух;
- выполнить искусственное дыхание;
- использовать собственное надежное средство защиты (маска для проведения вдохов);
- ладонь одной руки положить на лоб пострадавшего;
- подхватить нижнюю челюсть пострадавшего двумя пальцами другой руки;
- запрокинуть голову пострадавшего, освобождая дыхательные пути;
- набрать воздух в легкие;
- большим и указательным пальцами этой руки зажать нос пострадавшему (см. рис. 7);
- герметично обхватить губы пострадавшего своими губами;
- произвести 2 выдоха в рот пострадавшего до видимого подъема грудной клетки;
- продолжать СЛР, чередуя компрессии с искусственным дыханием до приезда специализированной помощи.

### *⇒ Правила проведения непрямого массажа сердца ⇒*

1. Проводите массаж только на твердой поверхности.
2. Положите основание ладони на середину грудной

клетки.

3. Надавливания проводите строго вертикально по линии, соединяющей грудину с позвоночником. Надавливания выполняйте плавно, без резких движений, тяжестью верхней половины своего тела.

4. Глубина продавливания грудной клетки должна быть не менее 5–6 см, частота — 100–120 надавливаний в 1 минуту.

5. Детям грудного возраста надавливания производят двумя пальцами в соотношении 15 компрессий к 2 искусственным вдохам (рис. 8).



**Рис. 8.** Детям грудного возраста надавливания производят двумя пальцами.

6. Новорожденным детям (до 1 месяца жизни) надавливания производят двумя пальцами в соотношении 3 компрессии к 1 искусственному вдоху (рис. 9) [14].

Сердечно-легочную реанимацию можно прекратить в следующих случаях:

- появление у пострадавшего явных признаков жизни;





**Рис. 9.** Новорожденным детям надавливания производят двумя пальцами.

- прибытие бригады скорой медицинской помощи;
- невозможность продолжения СЛР ввиду физической усталости.

### ⇒ Сердечно-легочная реанимация в особых случаях ⇒

#### **Травма**

1. Высокая вероятность нарушения проходимости дыхательных путей осколками зубов, кровью или другими фрагментами.

Необходим тщательный осмотр ротовой полости, необходимо 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 движение в нем, а также любые перемещения головы.

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 2 спасателя, то один может ограничивать движение в шейном отделе позвоночника, другой — обеспечивать проходимость дыхательных путей.

4. Ребенка с подозрением на травму по возможности следует сразу госпитализировать в педиатрический травматологический центр.

### *⇒ Алгоритм подробного осмотра пострадавшего ⇒*

1. Осмотрите голову пострадавшего: делайте это максимально осторожно и аккуратно.

2. Выполните осмотр шеи пострадавшего.

3. Внимательно и осторожно осмотрите грудь и спину пострадавшего.

4. Выполните осмотр живота и таза пострадавшего: действуйте бережно и внимательно.

5. Осмотрите конечности пострадавшего.

6. При выявлении травм и других состояний, угрожающих жизни и здоровью пострадавшего, выполните соответствующие мероприятия первой помощи.

## Остановка наружного кровотечения

### ⇒ Наружные кровотечения ⇒

Обильная кровопотеря может привести к развитию гиповолемического шока и 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, перикарде, плевре и т.д.).

В зависимости от того, какой сосуд повреждён, 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 струится фонтаном. Значимая для жизни кровопотеря может возникнуть очень

быстро. Артериальное кровотечение у детей очень быстро может привести к смерти.

### *⇒ Остановка наружного кровотечения ⇒*

Венозное или артериальное кровотечение необходимо попробовать остановить или уменьшить пальцевым пережатием, длительность которого как минимум 3–5 минут или до окончательной остановки (таблица). Если помощь оказывают несколько человек, то один из спасателей может пережать кровоточащий сосуд, а второй — наложить давящую повязку. Если пострадавший в сознании — возможна и самопомощь, по крайней мере до наложения давящей повязки.

**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 к ране (например, на поврежденной конечности жгут накладывается ниже раны)
Артериальное	Давящая повязка или пережатие кровоточащего сосуда выше места повреждения. Затем наложение жгута не более чем на 20–40 минут (зимой — до 30 минут)

### *⇒ Алгоритм оказания помощи при наружном кровотечении ⇒*

1. Убедитесь, что ни вам, ни пострадавшему ничего не угрожает.
2. Используйте средства самозащиты (например, медицинские перчатки при наличии).
3. Вынесите/выведите пострадавшего из зоны поражения.
4. Осмотрите пострадавшего для выявления кровотечения.
5. При наличии кровотечения пережмите это место пальцами или прямым давлением на рану.
6. Наложите давящую повязку.
7. Если повязка промокает, поверх нее наложите еще несколько плотно свернутых салфеток и крепко надавите ладонью поверх повязки. В случае повреждения крупной артерии (плечевая, бедренная) ее необходимо сильно прижать пальцами или кулаком к близлежащим 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. При сильном кровотечении в области сустава (например, в области паха) применяйте 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* ➤

1. Жгут следует рассматривать как крайнюю меру временной остановки артериального кровотечения.

2. Жгут накладывается выше раны и как можно ближе к ней на мягкую подкладку, обычно на одежду пострадавшего.

3. Жгут необходимо подвести под конечность и растянуть. Затягивая первый виток жгута, нужно убедиться, что кровотечение прекратилось.

4. Последующие витки жгута накладываются с меньшим усилием по восходящей спирали, захватывая предыдущий виток наполовину.

5. Под жгут следует положить записку с указанием даты и точного времени наложения жгута. Жгут нельзя закрывать одеждой, повязкой или шиной.

6. У детей максимальное время наложения жгута составляет 20–40 минут, зимой — не более 30 минут.

7. Если максимальное время наложения жгута истекло, а медицинская помощь недоступна, необходимо сделать следующее: пальцами прижать артерию выше жгута; снять жгут на 15 минут; по возможности выполнить массаж конечности, затем снова наложить жгут выше предыдущего места. Повторно жгут накладывается максимум на 15 минут.

8. При отсутствии табельного жгута можно использовать жгут-закрутку из подсобного 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 ему 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.

### Помощь при обнаружении инородного тела в верхних дыхательных путях

Инородное тело в дыхательных путях — случайно попавшие 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;
- посинение 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  
(применяют при полной или частичной закупорке  
дыхательных путей) ⇒*

1. Встаньте позади пострадавшего, наклоните его вперед, основанием ладони нанесите 5 резких ударов между лопатками.

2. 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 (рис. 10).

3. Если пострадавший потерял сознание, немедленно приступайте к проведению СЛР по алгоритму (см. главы «Алгоритм проведения сердечно-легочной реанимации детям в возрасте до 8 лет» и «Алгоритм проведения сердечно-легочной реанимации детям в возрасте старше 8 лет»).

4. После восстановления дыхания придайте пострадавшему восстановительное положение на боку.

5. Обеспечьте постоянный контроль за дыханием до прибытия скорой медицинской помощи.



**Рис. 10.** Удаление инородного тела.



### *⇒ Прием Геймлиха у детей грудного возраста ⇒*

1. Положите ребенка на свою руку лицом на ладонь (рис. 11).
2. Ножки ребенка должны располагаться по разные стороны вашего предплечья, и ось тела наклонена вниз.
3. Производите похлопывания ладонью между лопаток, пока инородное тело не очутится у вас в ладони.
4. При неудаче проводите прием Геймлиха, как описано выше.
5. Если ребенок не придет в себя, начинайте проведение СЛР по алгоритму (см. главу «Правила проведения непрямого массажа сердца»).



**Рис. 11.** Удаление инородного тела у детей грудного возраста.



## Помощь при травмах разных областей тела

### *Черепно-мозговая травма*

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

Различают закрытые и открытые ЧМТ.

**Закрытая ЧМТ** — 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 ЧМТ отсутствуют условия для инфицирования мозга и его оболочек.

**Открытая ЧМТ** характеризуется одновременным повреждением мягких покровов головы и черепных костей. Если ЧМТ сопровождается нарушением целостности твердой мозговой оболочки, ее называют проникающей. Открытая проникающая ЧМТ сопровождается почти неизбежным микробным загрязнением и всегда имеет опасность инфекционных осложнений со стороны мозговых оболочек (менингиты) и мозга (абсцессы, энцефалиты).

**Симптомы ЧМТ** зависят от ее характера и тяжести, основными из них являются головная боль, головокружение, тошнота и рвота, потеря сознания, нарушение памяти.

ЧМТ 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 у пострадавшего.
4. При отсутствии признаков жизни приступайте к СЛР.
5. После восстановления дыхания (или если дыхание было сохранено) придайте пострадавшему восстановительное положение на боку.
6. Обеспечьте постоянный контроль за дыханием до прибытия медицинского персонала.

### *⇒ Алгоритм первой помощи при травмах глаз и век ⇒*

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

### *Травма 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. 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.

Шейная травма может быть диагностирована только врачом! Самолечение в данном случае 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.

### *Травма 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 раневое отверстие.

2. Закройте герметично рану воздухо непроницаемым материалом, 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.

### *Травма живота*

Травма живота — закрытое или открытое повреждение области живота как с нарушением, так и без нарушения целостности внутренних органов. Открытые травмы живота чаще всего

возникают вследствие ножевых 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 и закрытой травме живота может варьировать, но особую проблему представляют закрытые травмы. В этом случае из-за отсутствия раны и внешнего кровотечения, а также вследствие 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.

*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 удар или признак удара в живот требует  
серьезного обследования!**

**Принято считать, что у каждого травмированного  
ребенка в состоянии шока без видимой причины есть  
травма живота до тех пор, пока не будет 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 валик из марлевых бинтов (защита выпавших внутренних органов). 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.

### *Травмы 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 при переломе конечностей:*

- резкая болевая реакция;
- отек;
- вынужденное положение конечности;
- патологическая подвижность (внесуставная);
- крепитация костных отломков;
- при открытых переломах к перечисленным признакам добавляется рана в области перелома.

*Симптомы при вывихе конечностей:*

- сильная боль;
- становятся невозможными активные движения в суставе;
- положение конечности вынужденное;
- возникает 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.

*Симптомы при растяжении связок конечностей:*

- боль в суставе при движениях;
- болезненность при пальпации;
- отек; со временем проявляется кровоподтек в области пораженной связки;
- движения в суставе ограничены.

## ➤ 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. Выполните остановку 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. ниже правила иммобилизации).

### *Правила иммобилизации (обездвиживания):*

- иммобилизация выполняется с обездвиживанием двух соседних суставов, расположенных выше и ниже места перелома;
- в качестве иммобилизующего средства можно использовать шины или плоские узкие предметы — палки, доски, линейки, прутья, фанеру, картон и др.;
- острые края и углы шин из подручных средств должны быть сглажены, обмотаны бинтом;
- после наложения шину необходимо зафиксировать бинтами или пластырем;
- при переломах шину накладывают поверх одежды и обуви;
- при открытых переломах нельзя прикладывать шину к местам, где выступают наружу костные отломки;
- шину на всем протяжении (исключая уровень перелома) следует плотно прикрепить к конечностям бинтом, но не очень туго, чтобы не нарушалось кровообращение;
- при переломе нижней конечности шины накладываются с двух сторон;
- при отсутствии шин или подручных средств поврежден-



ную ногу можно иммобилизовать, прибинтовав ее к здоровой ноге, а руку — к туловищу;

- защитите пострадавшего от переохлаждения, дайте обильное теплое сладкое питье.

### *Политравма*

Политравма — это медицинский термин, описывающий травматическое повреждение двух и более анатомических областей человеческого тела. 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. Обеспечьте проходимость дыхательных путей, контроль за дыханием.
3. Вызовите или попросите вызвать скорую медицинскую помощь.
4. Остановите наружное кровотечение при его наличии (наложите давящую повязку или обеспечьте прямое давление на рану).
5. Иммобилизация перелома.
6. Защитите пострадавшего от переохлаждения: укутайте его теплыми одеялами, одеждой.
7. Немедленная транспортировка в стационар.

## Помощь при травматическом (болевом) шоке

Травматический шок — тяжелое, угрожающее жизни больного патологическое состояние, возникающее при тяжелых травмах, таких как переломы, ЧМТ, травма живота с повреждением внутренних органов, большой потере крови. Основные факторы, вызывающие данный вид шока, — сильное болевое раздражение и потеря большого объема крови. Развивается болевой шок как ответная реакция человеческого организма на полученные тяжелые травмы. Пострадавший, находящийся в состоянии тяжелого травматического шока, нуждается в неотложной госпитализации.

Травматическому шоку свойственны две стадии — возбуждения (эректильная) и заторможенности (торпидная).

### *Симптомы первой стадии:*

- сильная болезненность (крики, стоны пострадавшего);
- повышенная возбудимость;
- потеря временной и пространственной ориентации;
- бледность кожных покровов;
- учащенное дыхание;
- повышенная температура;
- расширенные и блестящие зрачки.

Частота пульса и давление не превышают нормы. Такое состояние может длиться от несколько минут до нескольких часов. Чем длительнее стадия возбуждения, тем легче проходит последующая торпидная стадия.

### *Симптомы второй стадии:*

- вялость, безразличность к окружающему;
- потеря сознания;
- снижение температуры тела;

- нарастание бледности кожных покровов;
- синюшный оттенок губ и носогубного треугольника;
- поверхностное и учащенное дыхание;
- снижение артериального давления;
- тахикардия (учащение частоты сердечных сокращений).

Стадия заторможенности при травматическом шоке развивается на фоне возрастающей кровопотери, ведущей к ухудшению кровообращения.

### *⇒ Алгоритм первой помощи при травматическом (болевом) шоке ⇒*

1. Устранение кровопотери — первый шаг в оказании помощи (тампонирование, наложение давящей повязки или жгута).

2. После этого пострадавшему необходимо помочь избавиться от боли, применяя любые болеутоляющие препараты.

3. Обеспечение свободного дыхания. Для этого раненого укладывают на ровную поверхность в удобной позе и освобождают дыхательные пути от посторонних тел. Если одежда стесняет дыхание, ее следует расстегнуть.

4. При переломах конечностей необходимо произвести первичную иммобилизацию (обеспечение неподвижности травмированных конечностей) при помощи подручных средств.

5. Необходимо успокоить травмированного и накрыть его какими-нибудь теплыми вещами, чтобы не допустить переохлаждения.

6. При отсутствии травм брюшной полости требуется обеспечить пострадавшему обильное питье (теплый чай).

## ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШЕМУ РЕБЕНКУ



Сразу после экстремальной ситуации у потерпевших и свидетелей произошедшего возникает шоковое состояние<sup>1</sup>, которое продолжается от нескольких часов до нескольких дней. Оно характеризуется острыми вегетативными реакциями, снижением контакта с окружающим миром, отсутствием целенаправленной активности, фрагментарной ориентировкой в месте и времени [15–17]. В силу психической незрелости наиболее велика подверженность шоковому состоянию в детском возрасте, особенно если дети получили тяжелые физические и травмы и находятся в сознании. Шоковое состояние взрослых может стать причиной нерациональных действий и мешать осуществлять помощь детям. Перечисленные ниже правила и порядок действий позволят свидетелям происшедшего (родителю, врачу, спасателю, психологу, воспитателю, педагогу) максимально мобилизовать имеющи-

---

<sup>1</sup> В медицинской классификации шоковому состоянию соответствует диагноз «Острая реакция на стресс».

еся ресурсы, эффективно организовать помощь пострадавшим до приезда специалистов. Важно отметить, что оказание первой психологической помощи — это, с одной стороны, долг каждого гражданина, а с другой — большая социальная ответственность.

В первую очередь необходимо сохранять самообладание. Если вы понимаете, что сами находитесь в нестабильном эмоциональном состоянии, потратьте несколько минут на то, чтобы успокоиться. Это сделает ваше поведение более рациональным, а действия — результативными. 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 придете в себя, оцените происходящее и начните действовать последовательно.

▪ **Убедитесь в том, что вы и ребенок/дети находитесь в безопасном месте.** Быстро проанализируйте происходящее или случившееся, и решите, кто из детей в наибольшей степени пострадал и какого рода помощь ему/им требуется.

▪ **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). Уточните, есть ли среди присутствующих врач, который имеет право оказывать первую помощь.

▪ **Разделите нагрузку и ответственность с коллегами и другими взрослыми, готовыми помочь.** Определите человека, который будет отвечать за пострадавшего ребенка; людей, которые будут препятствовать доступу очевидцев к месту оказания помощи, и взрослых, которые займутся организацией психологической поддержки очевидцев происшествия. Если вам не с кем разделить ответственность, постарайтесь действовать в такой последовательности: до приезда специалистов обеспечьте по-

мощь ребенку, не меняя положения, в котором он находится, и не позволяя другим близко подходить к нему, затем окажите помощь свидетелям произошедшего.

▪ **Определите физическое состояние ребенка.** Если он не дышит или находится без сознания, не меняйте положение тела и ждите врача. Если ребенок в сознании и имеет физическую травму, также не меняйте его положение тела, оставайтесь с ним до приезда помощи, сохраняйте спокойствие, дайте понять ребенку, что он в безопасности и в данный момент делается все необходимое. В ситуации, когда пострадавший ребенок не получил физической травмы, следует поддержать и постараться успокоить ребенка.

*Для установления контакта с ребенком  
следует придерживаться следующих правил:*

- Расположитесь рядом с ребенком, 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.
- Говорить с ребенком следует негромким, но уверенным и спокойным голосом. Простыми понятными фразами расскажите ему кто вы, сообщите, что пришли помочь и поддержать.
- Успокойте ребенка, кратко расскажите, что будет происходить дальше, когда на место прибудут врачи.
- Скажите ребенку, что вы останетесь с ним до приезда профессионалов.

Поведение пострадавшего ребенка часто отличается от обычного, но это не должно вызывать у вас испуг, раздражение или удивление. Его действия и эмоциональное состояние — это

индивидуальная бессознательная психофизиологическая реакция на незнакомые экстремальные обстоятельства.

В случае возникновения у ребенка острой 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 не существующие 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, иницируйте 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 движений, 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 реагирование без признаков импульсивной активности) установите с ребенком контакт: дайте ему почувствовать, что он не одинок, сядьте рядом, возьмите за руку. Разговаривайте, 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 простые занятия [16, 18].

Если ваша помощь требуется длительное время, распределите обязанности и выделите короткие промежутки для еды и отдыха. Старайтесь нести разумную нагрузку, не доводите себя до изнеможения. Посвящайте время расслаблению и релаксации:



вспоминайте, что в прошлом помогало вам сохранять самообладание в ситуации стресса — так вы сможете дольше оставаться работоспособными и полезными. Важно помнить, что не со всеми ситуациями вы можете справиться — просто делайте все, что возможно, помогая пострадавшим до момента прибытия профессиональной помощи.

После того как кризисная ситуация миновала, нужно еще раз убедиться, что всем пострадавшим оказана помощь, связаться с их родственниками и предоставить необходимую информацию.

Выполнение этих правил позволит наиболее четко и профессионально оказать немедицинскую помощь всем потерпевшим. Учитывая стрессовый характер ситуации, специалисту следует также уделить внимание и свидетелям происшедшего.

## Правила общения с детьми — свидетелями происшествия

Необходимость оказания психологической помощи пострадавшим детям-свидетелям обусловлена тем, что они тоже оказываются в ситуации острого психологического стресса. Это состояние у детей чаще всего проявляется такими психофизиологическими реакциями, как дезориентировка в ситуации, эмоциональное оцепенение, двигательное и эмоциональное возбуждение в силу ощущения сильного страха, переживания горя, неопределенности. Именно поэтому все участники событий нуждаются во внимании и эмоциональной поддержке со стороны специалистов (врачей, психологов, педагогов) до приезда родителей и специалистов МЧС. В первую очередь отведите детей от пострадавшего — это позволит оградить их от вида тяжелых ран и т.п. Расположите всех участников событий в безопасном месте и обеспечьте питьем и пищей.

*Для того чтобы эмоционально поддержать детей, придерживайтесь следующих правил:*

- представьтесь: назовите свое имя и скажите, что пришли помочь;
- узнайте имя и возраст свидетелей произошедшего. Составьте список детей и кратко охарактеризуйте их психологическое состояние/поведение. Коротко и ясно объясните детям, что случилось, и что происходит в настоящий момент;
- уверенно и спокойно разъясните детям правила поведения и объясните, чего ждете от них;
- во время общения с детьми обращайтесь свое внимание на их поведение, запомните/отметьте фамилии тех, кто находится в нестабильном эмоциональном состоянии и демонстрирует острую реакцию на стресс;
- детям с острой реакцией на стресс (галлюцинации, ступор, истерика, двигательное и эмоциональное возбуждение, плач, сильное чувство страха) окажите индивидуальную психологическую поддержку. Действуйте, как при оказании психологической помощи пострадавшему ребенку (см. выше) ;
- тем, кто находится в относительно стабильном эмоциональном состоянии, дайте легко выполнимые и конкретные задания, реально нужные в сложившейся ситуации: позвонить родителям, собрать вещи, записать важную информацию;
- внимательно следите за поведением детей до прибытия профессиональной помощи, управляйте их активностью, задавайте тему для обсуждения, контролируйте настроение и содержание разговоров;
- в ситуации длительного ожидания помощи профессионалов (например, в случае стихийного бедствия) для предупреждения возникновения острых психологических реакций необхо-

димом занять детей с учетом их возраста с помощью имеющихся подручных средств. Например, с детьми дошкольного и младшего школьного возрастов можно вспомнить содержание какого-нибудь интересного рассказа, предложить рисовать на песке, делать из опавших листьев либо другого природного материала картины. Младшим школьникам и подросткам также подойдут различные словесные игры («Города», «Синонимы», «Правда или вымысел», «Рифма»).

При эвакуации детей с места бедствия передайте специалистам список, содержащий пометки о психологическом состоянии каждого участника событий для дальнейшего их мониторинга психологами по месту пребывания.

## ЛИТЕРАТУРА

1. МЧС России. Оказание первой помощи пострадавшим. Памятка. Предисловие доктора медицинских наук Л.И. Дежурного. Москва, 2015. Режим доступа: <http://test.safe-work.ru/Bibl/BibOT/Med/1pmchs2015.html>. Дата обращения: 10.10.2021.
2. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» N 323-ФЗ от 21.11.2011. Режим доступа: [http://www.consultant.ru/document/Cons\\_doc\\_LAW\\_121895/](http://www.consultant.ru/document/Cons_doc_LAW_121895/). Дата обращения: 10.10.2021.
3. Приказ Минздравсоцразвития России от 04.05.2012 N 477н (ред. от 07.11.2012) «Об утверждении перечня состояний, при которых оказывается первая помощь, и перечня мероприятий по оказанию первой помощи» (зарегистрировано в Минюсте России 16.05.2012 N 24183). Режим доступа: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_129862/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_129862/). Дата обращения: 10.10.2021.
4. Уголовный кодекс Российской Федерации от 13.06.1996 N 63-ФЗ (ред. от 01.07.2021) (с изм. и доп., вступ. в силу с 22.08.2021). Ст. 124. Неоказание помощи больному. Режим доступа: [http://www.consultant.ru/document/Cons\\_doc\\_LAW\\_10699/](http://www.consultant.ru/document/Cons_doc_LAW_10699/). Дата обращения: 10.10.2021.
5. Уголовный кодекс Российской Федерации от 13.06.1996 N 63-ФЗ (ред. от 01.07.2021) (с изм. и доп., вступ. в силу с 22.08.2021). Ст. 125. Оставление в опасности. Режим доступа: [http://www.consultant.ru/document/Cons\\_doc\\_LAW\\_10699/](http://www.consultant.ru/document/Cons_doc_LAW_10699/). Дата обращения: 10.10.2021.
6. Уголовный кодекс Российской Федерации от 13.06.1996 N 63-ФЗ (ред. от 01.07.2021) (с изм. и доп., вступ. в силу с 22.08.2021). Ст. 39. Крайняя необходимость. Режим доступа: [http://www.consultant.ru/document/Cons\\_doc\\_LAW\\_10699/](http://www.consultant.ru/document/Cons_doc_LAW_10699/). Дата обращения: 10.10.2021.
7. Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях от 30.12.2001 N 195-ФЗ (ред. от 01.07.2021) (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.10.2021). Ст. 12.27. Невыполнение обязанностей в связи с дорожно-транспортным происшествием. Режим доступа: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_34661/9734adb3f4ad52d0fe265a97e85eab23d6dff75/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_34661/9734adb3f4ad52d0fe265a97e85eab23d6dff75/). Дата обращения: 10.10.2021.
8. Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях от 30.12.2001 N 195-ФЗ (ред. от 01.07.2021) (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.10.2021). Ст. 4.2. Обстоятельства, смягчающие административную ответственность. Режим доступа: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_34661/6210e4a746ad4504c7d8f79309a463f3d7d35961/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_34661/6210e4a746ad4504c7d8f79309a463f3d7d35961/). Дата обращения: 10.10.2021.
9. Уголовный кодекс Российской Федерации от 13.06.1996 N 63-ФЗ (ред. от 01.07.2021) (с изм. и доп., вступ. в силу с 22.08.2021). Ст. 61. Обстоятельства, смягчающие наказание. Режим доступа: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_10699/0ba9fec969b5199b5ecb1462a2ff5d1fa7ce13b2/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_10699/0ba9fec969b5199b5ecb1462a2ff5d1fa7ce13b2/). Дата обращения: 10.10.2021.

10. Неврология: национальное руководство / под ред. Е.И. Гусева, А.Н. Коновалова, В.И. Скворцовой, А.Б. Гехт. ГЭОТАР-Медиа, 2010. С. 522–527.
11. Мюллер З., Маттиас Т. Неотложная помощь у детей: справочник / пер. с нем. Москва: МЕДпресс-информ, 2014. 304 с.
12. Оказание стационарной помощи детям. Руководство по лечению наиболее распространенных болезней у детей: карманный справочник. 2-е изд. Москва: Всемирная организация здравоохранения, 2013. 452 с.
13. Sarti A, Savron F, Ronfani L, et al. Comparison of three sites to check the pulse and count heart rate in hypotensive infants. *Paediatr Anaesth.* 2006;16:394–398.
14. Рекомендации по проведению реанимационных мероприятий Европейского совета по реанимации (пересмотр 2015 г.) / под ред. чл.-корр. РАН В.В. Мороза. 3-е изд., перераб. и доп. Москва: НИИОР-НЦР, 2016. 192 с.
15. Венгер А.Л., Морозова Е.И. Психотерпия с детьми в стрессовых и постстрессовых состояниях // *Детская и подростковая психотерапия* / под ред. Е.В. Филипповой. Москва: Юрайт, 2016. С. 313–328.
16. Венгер А.Л., Морозова Е.И. Экстренная психологическая помощь детям и подросткам: учебное пособие. Дубна: Гос. Ун-т «Дубна», 2016. 144 с.
17. Тарабрина Н.В. Психология психотравматического стресса. Москва: Институт психологии РАН, 2009. 304 с.
18. Юл У, Уильямс Р.М. Стратегии вмешательства при психических травмах, возникших вследствие масштабных катастроф // *Детская и подростковая психотерапия* / под ред. Д. Лейна, Э.Миллера. Санкт-Петербург: Питер, 2001. С. 275–309.

## СОДЕРЖАНИЕ

<b>ОКАЗАНИЕ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ:</b> основы безопасности детей.....	4
<b>ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ:</b> определение; перечень состояний, при которых оказывается первая помощь, и мероприятий по оказанию первой помощи .....	6
Определение.....	6
Виды оказания помощи .....	7
Перечень состояний, при которых оказывается первая помощь, и перечень мероприятий по оказанию первой помощи .....	8
Перечень мероприятий по оказанию первой помощи .....	8
<b>НОРМАТИВНО-ПРАВОВАЯ БАЗА ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ.....</b>	12
Кто имеет право оказывать первую помощь? .....	12
Кто обязан оказывать первую помощь? .....	13
Предусмотрена ли ответственность за неоказание первой помощи? .....	13
Предусмотрено ли законом поощрение за оказание первой помощи? .....	14
Можно ли привлечь к ответственности за неправильное оказание первой помощи? .....	15

## АЛГОРИТМЫ ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПРИ НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЯХ..... 16

### Помощь при потере сознания..... 16

- Общая характеристика нарушения сознания ..... 16
- Уточняющие вопросы ..... 17
- Алгоритм действий при обмороке ..... 18
- Вызов бригады скорой медицинской помощи ..... 19

### Помощь при остановке дыхания и кровообращения..... 19

- Этапы проведения сердечно-легочной реанимации... 21
- Принципы проведения сердечно-легочной реанимации ..... 23
- Алгоритм проведения сердечно-легочной реанимации детям в возрасте до 8 лет ..... 27
- Алгоритм проведения сердечно-легочной реанимации детям в возрасте старше 8 лет ..... 28
- Правила проведения непрямого массажа сердца ..... 29
- Сердечно-легочная реанимация в особых случаях..... 31
- Алгоритм подробного осмотра пострадавшего..... 32

### Остановка наружного кровотечения..... 33

- Наружные кровотечения ..... 33
- Остановка наружного кровотечения..... 34
- Алгоритм оказания помощи при наружном кровотечении ..... 35
- Правила остановки кровотечения наложением жгута ..... 36
- Алгоритм оказания помощи при носовом кровотечении..... 37

## Помощь при обнаружении инородного тела в верхних дыхательных путях.....37

- Алгоритм удаления инородного тела из дыхательных путей приемом Геймлиха (применяют при полной или частичной закупорке дыхательных путей) ..... 38
- Прием Геймлиха у детей грудного возраста..... 39

## Помощь при травмах разных областей тела .....40

- Алгоритм первой помощи при черепно-мозговой травме..... 41
- Алгоритм первой помощи при травмах глаз и век..... 41
- Алгоритм первой помощи при травме шеи ..... 42
- Алгоритм первой помощи при травме грудной клетки ..... 43
- Алгоритм первой помощи при травме живота..... 44
- Алгоритм первой помощи при травмах конечностей ..... 47
- Алгоритм первой помощи при политравме..... 48

## Помощь при травматическом (болевым) шоке ...49

- Алгоритм первой помощи при травматическом (болевым) шоке ..... 50

## ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШЕМУ РЕБЕНКУ .....51

## Правила общения с детьми — свидетелями происшествия.....56

## ЛИТЕРАТУРА.....59



ФГАУ «НМИЦ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ» МИНЗДРАВА РОССИИ

**ИНФОРМАЦИОННЫЕ МАТЕРИАЛЫ**

**В.В. Черников, Р.Ф. Тепаев, Б.Д. Цинцадзе,  
А.Р. Бабаян, С.Б. Лазуренко,  
Т.В. Свиридова, А.М. Герасимова**

**НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ**

**Методическое пособие**

Выпускающий редактор У.Г. Пугачёва  
Литературный редактор М.Н. Шошина  
Верстка Е.В. Зиновьева

Подписано в печать 20.10.2021.  
Формат 70x100/16. Усл. печ. л. 3,4  
Тираж 1000 экз. Заказ 210071.

Отпечатано ООО «Полиграфист и издатель»  
119501, г. Москва, ул. Веерная, 22-3-48

ISBN 978-5-6046352-8-5



9 785604 635285