

УТВЕРЖДАЮ

Генеральный директор

АО «ПФК ЦСКА»



/ Бабаев Роман Юрьевич/

«15» сентября 2026 г.

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА - ЛЕКЦИЯ
по Дополнительной профессиональной программе –
программе повышения квалификации
«Медицина спорта высших достижений»

Тема 4. Оказание экстренной помощи в спорте.

Тип: лекция – 3 ч.

Тип: Практические занятия – 3 ч.

Объем часов: 6 ч.

П Л А Н

1. Сердечно-легочная реанимация
2. Сотрясения головного мозга: диагностика, критерии возвращения к регулярной тренировочной деятельности
3. Первая помощь при аллергических реакциях и отравлениях

Тема 4. Оказание экстренной помощи в спорте

Экстренные ситуации в спорте могут возникнуть внезапно, и от того, насколько быстро и грамотно будет оказана первая помощь, напрямую зависит жизнь и здоровье спортсмена. Основная цель любого человека без медицинского образования, оказавшегося рядом с пострадавшим, – обеспечить меры по максимально быстрому доступу к нему квалифицированного медицинского работника. Владение навыками оказания первой помощи позволяет каждому спасти жизнь и сохранить здоровье другому человеку, поэтому все специалисты, работающие со спортсменами, обязаны знать корректные алгоритмы действий и помнить, чего делать ни в коем случае нельзя.

4.1. Сердечно-легочная реанимация

Сердечно-легочная реанимация (СЛР) проводится при отсутствии у пострадавшего признаков жизни – сознания, дыхания и кровообращения. Прежде всего необходимо убедиться в безопасности окружающей обстановки для себя и пострадавшего, затем проверить реакцию человека: аккуратно потормошить за плечи и громко спросить. При отсутствии ответа нужно немедленно позвать помощников и поручить одному из них вызвать скорую медицинскую помощь, а другому – принести автоматический наружный дефибриллятор (АНД), если он доступен. Если рядом никого нет, сначала вызывают скорую (со стационарного телефона – 03, с мобильного – 112) и только затем приступают к реанимации.

Оценка дыхания проводится одновременно с проверкой проходимости дыхательных путей. Одну руку кладут на лоб пострадавшего, двумя пальцами другой поднимают подбородок и запрокидывают голову (это действие противопоказано при подозрении на травму шеи). Затем наклоняются щекой и ухом ко рту и носу пострадавшего, одновременно следя за движениями грудной клетки. В течение 10 секунд прислушиваются к дыханию, стараются ощутить выдыхаемый воздух и визуально оценивают экскурсию груди. Если дыхание отсутствует, необходимо начинать СЛР. Современные рекомендации для непрофессионалов упрощают алгоритм: при отсутствии дыхания и сознания следует немедленно начать компрессии грудной клетки.

Искусственное дыхание «рот в рот» или «рот в нос» выполняется только при наличии соответствующего навыка и желания; если же человек не обучен или опасается инфицирования, он может ограничиться непрерывным непрямой массажем сердца. Компрессии проводятся на твёрдой ровной поверхности. Основание ладони помещается на середину грудины, пальцы рук смыкаются в замок, давление осуществляется строго вертикально за счёт веса верхней половины тела. Глубина вдавливания для взрослых

должна составлять 5–6 см, частота – 100–120 надавливаний в минуту. После каждых 30 компрессий выполняют 2 вдоха (если принято решение проводить искусственное дыхание). У детей грудного возраста надавливания производят двумя пальцами, у более старших – ладонью одной руки, глубина компрессии составляет треть грудной клетки. У детей СЛР рекомендуется начинать с пяти вдохов «рот в рот», поскольку наиболее частой причиной остановки дыхания у них является асфиксия, а не кардиальная патология. Важнейшим дополнением к СЛР является использование автоматического наружного дефибриллятора. Все сертифицированные модели безопасны и не позволяют нанести вред пострадавшему; от оказывающего помощь требуется только наклеить электроды на грудную клетку в соответствии со схемой и следовать голосовым подсказкам. АНД самостоятельно анализирует сердечный ритм и наносит разряд только при наличии показаний. Своевременное применение дефибриллятора значительно повышает шансы на выживание. Реанимационные мероприятия продолжают до появления явных признаков жизни (дыхание, сознание), прибытия бригады скорой помощи или до наступления крайней физической усталости оказывающего помощь.

Если пострадавший без сознания, но дышит самостоятельно, его необходимо перевести в устойчивое боковое (сохраняющее) положение, чтобы предотвратить западение языка и аспирацию рвотными массами. При поражении электрическим током или ударом молнии перевод осуществляется только на правый бок во избежание дополнительной нагрузки на сердце.

Особого внимания заслуживает утопление. При извлечении пострадавшего из воды первым делом оценивают сознание и дыхание. Если дыхание отсутствует, порядок СЛР меняется: сначала проводят 5 вдохов «рот в рот» (или «рот в нос»), затем приступают к компрессиям грудной клетки, так как остановка сердца при утоплении почти всегда вызвана гипоксией. Важно помнить, что даже после короткого погружения в холодную воду возможно длительное сохранение жизнеспособности мозга, поэтому реанимацию следует продолжать максимально долго, особенно при гипотермии. Все пострадавшие, даже с минимальными симптомами, должны быть доставлены в медицинское учреждение и находиться под наблюдением не менее 4–8 часов, так как в этот период состояние может резко ухудшиться.

4.2. Сотрясения головного мозга: диагностика и критерии возвращения

Сотрясение головного мозга – один из видов черепно-мозговой травмы, вызываемый биомеханическими силами, при котором отсутствует структурное повреждение мозга, но возникает кратковременное нарушение его функции. Это одна из самых

распространённых проблем в контактных видах спорта: около 15% всех травм на международных футбольных турнирах классифицируются как травмы головы и шеи, а частота сотрясений увеличивается с повышением уровня квалификации спортсменов. Наиболее частые причины – прямой удар по голове или шее с передачей импульсной силы (контакты с соперником, мячом, полом, штангами ворот).

Симптомы сотрясения включают головную боль (наблюдается у 78,5% пострадавших), замедленную речь (66,8%), нарушение координации (65%), головокружение (61%), сонливость (66%), резкую слабость (69%), нарушение зрения (29,5%), повышенную чувствительность к свету и звуку (24%), а также кратковременную ретроградную амнезию (55%). Важно подчеркнуть, что потеря сознания происходит далеко не всегда и не может служить основным диагностическим признаком.

При подозрении на сотрясение прежде всего необходимо оценить уровень сознания пострадавшего и при сохранном сознании поддерживать с ним диалог. Одновременно следует помнить о возможном повреждении шейного отдела позвоночника, поэтому голову и шею фиксируют руками, а пострадавшего просят не совершать движений. Если сознание отсутствует, проверяют проходимость дыхательных путей и наличие дыхания.

При сохранном дыхании и отсутствии признаков травмы позвоночника переводят в сохраняющее положение с обязательной фиксацией шейного отдела. При отсутствии дыхания начинают СЛР. Все пострадавшие с подозрением на сотрясение должны быть госпитализированы для дообследования, включающего осмотр невролога или нейрохирурга, компьютерную томографию головного мозга и осмотр глазного дна. Это позволяет выявить сопутствующие патологии, которые могут не проявиться сразу.

Последствия повторных сотрясений крайне серьёзны: они могут приводить к ухудшению памяти, перепадам настроения, снижению концентрации внимания, быстрой утомляемости, хроническим головным болям и значительному увеличению риска развития деменции. Одинокое сотрясение умеренной тяжести увеличивает риск деменции на 63%, сотрясение с выраженными симптомами – на 106%, а множественные черепно-мозговые травмы – на 181%. Особо опасен синдром второго удара – редкое, но жизнеугрожающее состояние, возникающее, когда второе сотрясение происходит до полного выздоровления от предыдущего. В этом случае развивается острый отёк мозга, летальность может достигать 50%. Поэтому возвращение к тренировочной деятельности должно осуществляться только после полного исчезновения симптомов и разрешения врача, с соблюдением строгого ступенчатого протокола, который исключает любую нагрузку до подтверждения полного восстановления функций центральной нервной системы.

СОТРЯСЕНИЕ ГОЛОВНОГО МОЗГА В ФУТБОЛЕ



ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

14%

всех травм были классифицированы как СГМ (HEA 1998 – 2012)

>50%

футболистов в некоторых футбольных лигах имеют в анамнезе СГМ

СОТРЯСЕНИЕ ГОЛОВНОГО МОЗГА (СГМ) – ЭТО ЛЕГКАЯ ФОРМА ПОВРЕЖДЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА, ВЫЗВАННОГО БИОМЕХАНИЧЕСКИМИ СИЛАМИ

По частоте встречаемости занимает первое место в структуре черепно-мозгового травматизма. Может быть вызвано прямым ударом по голове/шее с импульсной силой, передаваемой в голову. Острые клинические признаки и симптомы в значительной степени отражают функциональное нарушение, а не структурное повреждение.

АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ

SCAT6 на поле (часть 1):

1. Абсолютные признаки: опасный механизм травмы, боль в области шеи, двоение в глазах, слабость, покалывание, жжение в руках и ногах, сильная и усиливающаяся головная боль, судороги, потеря сознания, рвота, нарастающее беспокойство, нервозность, менее 15 баллов по шкале комы Глазго.
2. Оценка шейного отдела позвоночника: боль, объем движения.

SCAT6 на поле (часть 2):

1. Субъективная оценка состояния самим спортсменом.
2. Оценка когнитивной функции (ориентация, кратная память, концентрация).
3. Неврологическая оценка (баланс, координация).
4. Изучение состояния шейного отдела позвоночника для исключения цервикогенной головной боли: односторонняя головная боль, усиливающаяся при движении головы.

Госпитализация:

1. У спортсмена без сознания следует предполагать повреждение шейного отдела позвоночника, пока не доказано обратное!
2. МСКТ головного мозга.
3. ЭКГ.
4. Клинический анализ крови.
5. Осмотр неврологом и/или нейрохирургом, офтальмологом.

SCAT6 для детей

1. Предназначен для оценки детей в возрасте 5–12 лет.

ЭТАПЫ РЕАБИЛИТАЦИИ

каждый этап не менее 24 часов

ЭТАП ФИЗИЧЕСКАЯ НАГРУЗКА

1. Повседневная физическая активность, не провоцирующая симптомы
2. Легкая аэробная нагрузка. Ходьба или велосипед в медленном среднем темпе. Без сопротивления
3. Бег. Футбольные упражнения без контакта с головой
4. Более сложно-координированные футбольные упражнения. Тренировки с сопротивлением. Без контакта
5. Медицинский контроль. Участие в общей группе (с ограничениями при необходимости). Полный контакт
6. Участие в матче

ВОЗМОЖНЫЕ СИМПТОМЫ СГМ

- головная боль
- резкая слабость
- замедленная речь
- сонливость
- нарушение концентрации
- тошнота и рвота
- головокружение
- нарушение зрения
- чувствительность к свету и звуку
- нарушение памяти
- нарушение равновесия

ВОЗМОЖНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ

- В 2 раза повышен риск последующих травм в течение первого года после зафиксированного случая сотрясения.
- На 60% увеличивается риск развития деменции в пожилом возрасте.
- Синдром «второго удара» – редкое, но серьезное осложнение, сопровождающееся отеком головного мозга. Возникает в случаях, когда повторное сотрясение происходит в период до полного выздоровления после предыдущего СГМ – летальность 50%!



У СПОРТСМЕНА БЕЗ СОЗНАНИЯ СЛЕДУЕТ ПРЕДПОЛАГАТЬ ПОВРЕЖДЕНИЕ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА, ПОКА НЕ ДОКАЗАНО ОБРАТНОЕ!

ЗАДАЧИ ВРАЧА: РАСПОЗНАТЬ. СООБЩИТЬ. ПОМОЧЬ!

Решение о продолжении участия в матче остается за ВРАЧОМ КОМАНДЫ!

НА ФУТБОЛЬНОМ ПОЛЕ

- Решение остановить матч принимает главный судья (немедленный вызов врачей команды для оценки состояния и оказания помощи)
- Оценка состояния и оказание помощи врачами команды
- Оказание помощи с одновременной оценкой состояния по протоколу SCAT



ВОПРОСЫ НА ФУТБОЛЬНОМ ПОЛЕ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА СГМ:

- Где мы сегодня?
- Что за матч/тренировка сейчас?
- Кто забил (или что произошло) последним в игре?
- С какой командой (кем) вы играли в последнем матче?
- Ваша команда выиграла в последнем матче?

АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЙ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА СГМ ВО ВРЕМЯ ИГР И ТРЕНИРОВОК:

- Исключить участие в игре/тренировке.
- Не оставлять одного.
- Срочно оценить состояние (это должен делать медицинский работник).
- Не возвращаться к игре/тренировке без разрешения врача.



4.3. Первая помощь при аллергических реакциях, отравлениях и других неотложных состояниях

Общие принципы

Первая помощь при любых неотложных состояниях начинается с обеспечения безопасности (устранение угрожающих факторов), вызова скорой медицинской помощи (если это не сделано ранее), оценки сознания и дыхания, а затем – реализации специфических мероприятий в зависимости от причины. Важно помнить, что при оказании первой помощи приоритет отдаётся детям, а все действия должны выполняться без промедления.

Анафилактический шок – опасное для жизни состояние, развивающееся в короткий промежуток времени после контакта с аллергеном (укусы насекомых, змей, инъекции лекарств, употребление продуктов). Основные проявления: резкое снижение артериального давления, слабость, зуд, затруднённое дыхание из-за бронхоспазма, угнетение сознания вплоть до его потери. Алгоритм первой помощи: немедленно прекратить контакт с аллергеном (если возможно), уложить пострадавшего с приподнятыми ногами. При потере сознания, но сохранении дыхания – перевести в устойчивое боковое положение; при отсутствии дыхания – начать СЛР. Местно на место укуса или инъекции прикладывают холод (через ткань). В России в рамках первой помощи не предусмотрено использование автоинъекторов адреналина, поэтому после выполнения указанных мер необходимо как можно быстрее доставить пострадавшего в медицинское учреждение.

Отравления могут происходить через рот, дыхательные пути или с пищей. При отравлении через рот (лекарства, яды, химикаты) и при сохранённом сознании и глотании проводят промывание желудка: пострадавший выпивает 300–500 мл воды комнатной температуры, затем надавливанием на корень языка вызывают рвоту; процедуру повторяют до чистых промывных вод (общий объём жидкости 2,5–5 литров). После этого дают активированный уголь. Если сознание отсутствует, но дыхание есть – переводят в сохраняющее положение; при отсутствии дыхания – СЛР. При отравлении через дыхательные пути (угарный газ, бытовой газ) прежде всего удаляют пострадавшего из зоны поражения или обеспечивают интенсивное проветривание. Признаки отравления угарным газом – резь в глазах, звон в ушах, головная боль, рвота, покраснение кожи, потеря сознания. При бытовом газе – тяжесть в голове, головокружение, шум в ушах, мышечная слабость, сонливость, судороги. Если пострадавший без сознания, но дышит –

сохраняющее положение; если не дышит – СЛР. Все пострадавшие от отравлений подлежат госпитализации.

При пищевых отравлениях (токсикоинфекции) основные симптомы – тошнота, многократная рвота, схваткообразные боли в животе, диарея, слабость, жажда, бледность, учащение пульса, возможна лихорадка. Первая помощь: промывание желудка до чистых вод, приём активированного угля, обильное питьё для восполнения потерь жидкости.

Нельзя принимать противодиарейные препараты, так как диарея – защитный механизм выведения токсинов. При отравлении грибами или подозрении на ботулизм (поражение нервной системы – двоение в глазах, нарушение глотания, мышечная слабость) требуется экстренная госпитализация для введения специфической сыворотки.

Укусы насекомых и животных. При укусах пчёл, ос, шершней алгоритм зависит от аллергологического анамнеза и количества укусов. В любом случае сначала удаляют жало (при укусе пчелы) – его осторожно соскабливают, не сжимая, чтобы не выдавить дополнительную порцию яда. Затем прикладывают холод через ткань, при выраженной боли дают анальгетик. Если у пострадавшего есть аллергия на яд насекомых, после удаления жала и холода его немедленно доставляют в больницу – даже один укус может вызвать анафилаксию. При множественных укусах (более 30–50 у детей, более 200–500 у взрослых) также срочно вызывают врача, так как возможно системное токсическое действие яда с развитием рабдомиолиза и почечной недостаточности. При укусах животных (собак, кошек) рану обильно промывают водой с мылом, останавливают кровотечение прямым давлением, накладывают асептическую повязку и холод. Все укушенные раны требуют консультации врача для решения вопроса о профилактике столбняка и бешенства (особенно при укусах диких или бродячих животных). Бешенство – смертельное заболевание, поэтому вакцинация должна быть начата как можно раньше, а при укусах в голову, шею или руки дополнительно вводят антирабический иммуноглобулин. Столбняк также требует экстренной профилактики, особенно при загрязнённых ранах.

Укусы змей. Наиболее опасны змеи, распространённые в регионах с тёплым климатом, но в России встречаются гадюки, щитомордники, гюрза. При укусе ядовитой змеи категорически запрещается разрезать рану, высасывать яд, накладывать жгут, прикладывать лёд или растирать место укуса. Главное – ограничить подвижность укушенной конечности, зафиксировать её шиной или прибинтовать к здоровой ноге (если это нижняя конечность) или к туловищу (если верхняя), расположить конечность ниже уровня сердца. Пострадавшему нельзя ходить. Можно наложить давящую повязку (при наличии навыка) по всей длине конечности для замедления лимфотока. Обеспечивают

обильное питьё и максимально быстро доставляют пострадавшего в стационар для введения антидота (сыворотки «Антигадюка»). При потере сознания – оценивают дыхание и проводят СЛР при необходимости.

Укусы медуз и других морских животных. Сначала пострадавшего извлекают из воды, затем удаляют остатки щупалец (пинцетом или пластиковой картой, не голыми руками). Для промывания места ужаления используют морскую воду, 5% уксусную кислоту или раствор пищевой соды; запрещается использовать пресную воду, спирт, мочу, лёд, песок, так как эти вещества могут активировать нематоциты и усилить боль. После промывания прикладывают горячий компресс (40–45°C) на 20–30 минут – он эффективно облегчает боль. При развитии системных симптомов (затруднённое дыхание, боль в груди) срочно вызывают врача. При укусах морских ежей, каменных рыб и скатов рану обрабатывают, удаляют инородные тела, погружают в горячую воду и доставляют пострадавшего в медицинское учреждение для профилактики инфекции и столбняка.

Тепловой удар. Развивается при интенсивной физической нагрузке в условиях высокой температуры и влажности, проявляется спутанностью сознания, обмороком, судорогами, гипертермией выше 40°C. Основное действие – немедленное активное охлаждение: обтирание или аппликации льда (через ткань) на шею, подмышечные впадины, локтевые сгибы, паховую область, обмахивание вентилятором, снятие лишней одежды. Погружение всего тела в холодную воду не рекомендуется из-за риска осложнений. При судорогах фиксируют голову и туловище. Нельзя заставлять пить, если пострадавший не в состоянии глотать. Требуется экстренная транспортировка в стационар. Профилактика: тренировки в более прохладное время, адекватная гидратация (100–150 мл каждые 15–20 минут), светлая дышащая экипировка, исключение тренировок натошак.

Электротравма. Первую помощь можно оказывать только после освобождения пострадавшего от действия тока. При поражении на улице сначала убеждаются, что нет оборванных проводов в радиусе 8–10 метров, затем сбрасывают провод сухим токонепроводящим предметом. В помещении – отключают электропитание. После этого вызывают скорую, оценивают сознание и дыхание. При отсутствии дыхания – СЛР. При сохранном дыхании, но отсутствии сознания переводят на правый бок (не на левый!). На места ожогов накладывают стерильные повязки. Все пострадавшие должны быть госпитализированы, так как высок риск повторной остановки сердца и других отсроченных осложнений (повреждение миокарда, почек). Категорически запрещено прикасаться к пострадавшему, пока он находится под напряжением.

Удар молнии. Поражение молнией может вызвать остановку сердца и дыхания, ожоги, неврологические нарушения. Пострадавший не опасен для окружающих, так как не

сохраняет заряд. Немедленно вызывают скорую, проверяют дыхание и пульс. При остановке дыхания начинают СЛР (в первую очередь – дыхание «рот в рот»), при этом реанимацию продолжают даже при расширенных зрачках, поскольку вегетативная дисфункция может симулировать смерть мозга. Пострадавшего укладывают на спину, на ожоги накладывают стерильные повязки, при необходимости – переводят в устойчивое боковое положение (на правый бок). Все пострадавшие от удара молнии госпитализируются для обследования и мониторинга.

Кровотечения. Остановка кровотечения – важнейший навык. При артериальном кровотечении (алая кровь, пульсирующая струя) применяют прямое давление на рану, затем давящую повязку; если кровотечение продолжается, накладывают кровоостанавливающий жгут выше раны (на конечность). Жгут накладывают через мягкую подкладку, первый виток затягивают до остановки кровотечения, последующие витки – с меньшим усилием. Обязательно под жгут помещают записку с временем наложения. Летом жгут можно держать не более 60 минут, зимой – не более 30 минут. При необходимости снимают на 15 минут, прижимая артерию пальцем, затем накладывают повторно чуть выше. Жгут нельзя закрывать повязкой. При невозможности наложить жгут (области головы, туловища, таза) используют прямое давление кулаком или ладонью до прибытия врачей. При носовом кровотечении – наклоняют голову вперёд, зажимают нос на 5 минут, тампонируют носовые ходы ватой (можно гинекологическим тампоном). Применение холода на переносицу.

Травмы опорно-двигательного аппарата. При переломах длинных трубчатых костей, костей таза, позвоночника, лицевого черепа – главное иммобилизация. При открытых переломах сначала останавливают кровотечение (жгут, давящая повязка), затем накладывают шину (из подручных материалов). Конечности фиксируют в том положении, в котором они находятся. При переломе костей таза пострадавшего укладывают на твёрдую поверхность в позу «лягушки» (согнутые и разведённые ноги, под колени валик). При травме позвоночника – максимальное обездвиживание, нельзя сажать или поворачивать голову. При переломах костей черепа – уложить на спину, освободить дыхательные пути, при кровотечении накладывать давящую повязку, не извлекать инородные предметы из раны. При переломах лицевого черепа – очищают полость рта, фиксируют голову, прикладывают холод, исключают приём пищи и жидкости до осмотра врача. При повреждениях капсульно-связочного аппарата и мышц в первые минуты используют протокол PEACE и LOVE: защита, покой, компрессия, возвышенное положение, обучение; позже – нагрузка, оптимизм, васкуляризация, упражнения. Запрещено применять тепло, алкоголь, бег и массаж в первые дни (протокол «Do not

НАРМ»). При травмах живота – холод, покой, исключение еды и питья, срочная госпитализация. При выпадении внутренних органов – не вправлять, прикрыть стерильными салфетками и зафиксировать.

Ожоги и отморожения. При ожогах – как можно быстрее прервать термическое воздействие, поливать холодной водой не менее 15–20 минут, наложить стерильную повязку, не удалять прилипшую одежду. При химических ожогах – промывать водой 10–30 минут, затем нейтрализовать (кислоту – содой, щёлочь – слабой кислотой). При отморожениях – поместить пострадавшего в тепло, снять мокрую одежду, согреть поражённые участки тёплой водой (38–40°C) в течение 20–30 минут, наложить сухие стерильные повязки, дать тёплое сладкое питьё. Нельзя растирать снегом, массажировать, прокалывать пузыри, употреблять алкоголь.

Травмы глаз. При химическом ожоге или попадании инородного тела – осторожно раздвинуть веки и обильно промывать водой от носа к виску, затем наложить марлевую повязку на оба глаза и срочно доставить в больницу.

Судорожный синдром. При генерализованных судорогах необходимо аккуратно фиксировать голову и туловище, чтобы избежать травм, не пытаться разжать челюсти, не вставлять предметы в рот, не вытаскивать язык. После окончания приступа проверить дыхание и при необходимости перевести в устойчивое боковое положение. Все пострадавшие подлежат госпитализации для выяснения причины.

Обморок. При потере сознания, вызванной кратковременным снижением мозгового кровотока, пострадавшего укладывают горизонтально с приподнятыми ногами, обеспечивают доступ свежего воздуха, расстёгивают стесняющую одежду, дают понюхать нашатырный спирт не рекомендуется – это может вызвать ожог слизистых или рефлекторную остановку дыхания. При подозрении на гипогликемию после восстановления сознания дают углеводы. В случаях, когда обморок связан с нагрузкой или имеются сердечные изменения в анамнезе, требуется госпитализация. Если сознание не восстанавливается более 4–5 минут – это может быть кома или другая патология, необходима экстренная медицинская помощь.

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ



ЧАСТЬ 1

ШАГ 1



Оценка собственной безопасности и безопасности пострадавшего с устранением опасности (при необходимости).



Оценка сознания пострадавшего.



Оценка дыхания пострадавшего.

ШАГ 2

НЕТ СОЗНАНИЯ

ЕСТЬ ДЫХАНИЕ

1. Перевод в устойчивое боковое положение
2. Оповещение экстренных служб

НЕТ СОЗНАНИЯ

НЕТ ДЫХАНИЯ

1. Оповещение экстренных служб
2. Начало сердечно-легочной реанимации (СЛР)

СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНАЯ РЕАНИМАЦИЯ (СЛР):

СЛР ВСЕГДА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ НА ТВЕРДОЙ РАВНОЙ ПОВЕРХНОСТИ



ПОЛУЧИТЬ НАВЫК

ЕСТЬ НАВЫК

осуществления дыхания «рот ко рту» или «рот к носу»

- 30 компрессий с частотой 100-120 в минуту
- дыхание «рот ко рту» или «рот к носу» /2 вдоха

НЕТ НАВЫКА

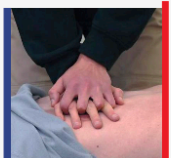
осуществления дыхания «рот ко рту» или «рот к носу»

- непрерывные компрессии с частотой 100-120 в минуту

ПАРАМЕТРЫ КОМПРЕССИИ



Локализация — нижняя треть грудины, руки расположены строго вертикально.

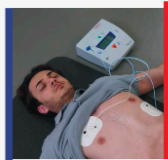


Руки, оказывающего помощь, — в «замке». Глубина компрессий — 5-6 см. Частота компрессий в ритме песни «Stayin' alive» Bee Gees.

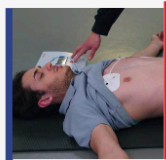


Плейлист для непрерывного массажа сердца

СЛР ПРИ НАЛИЧИИ АВТОМАТИЧЕСКОГО НАРУЖНОГО ДЕФИБРИЛЛЯТОРА (АНД)



Включить АНД, наклеить электроды согласно указанной схеме, следовать голосовым указаниям АНД.



Только после получения голосовой команды АНД нажать на кнопку «Разряд».



Продолжать СЛР до следующей команды АНД.

! ВАЖНО !

В МОМЕНТ АНАЛИЗА РИТМА И РАЗРЯДА НИКТО НЕ ДОЛЖЕН ПРИКАСАТЬСЯ К ПОСТРАДАВШЕМУ

КРИТЕРИИ ПРЕКРАЩЕНИЯ СЛР:

- Восстановление дыхания (даже при отсутствии сознания)
- Передача пострадавшего медицинским работникам с опытом оказания помощи и необходимым оборудованием
- Появление явных признаков биологической смерти (отсутствие реакции зрачков, трупное окоченение и охлаждение тела, появление трупных пятен)

Телефоны экстренных служб

112

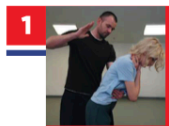
103

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ

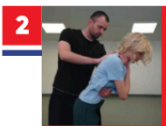
ЧАСТЬ 2



ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА В ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЯХ



1



2

Обхватить его руками и сцепить руки в «замок» выше пупка, под грудной*.

При попадании инородного тела в дыхательные пути у взрослых необходимо встать позади пострадавшего, наклонить его вперед и нанести пять резких ударов между лопатками основанием ладони. После каждого удара следует проверять, не удалось ли устранить obstruction (закупорку) дыхательных путей. Если инородное тело таким способом удалить не удалось, необходимо использовать прием Геймлиха.

Прием Геймлиха является быстрой процедурой оказания первой помощи при удушье вследствие obstruction верхних дыхательных путей инородными телами.



1

Встать позади пострадавшего.



2

3



Сильно надавить на живот пострадавшего, резко сгибая руки в локтях, но при этом грудь пострадавшего не передвигалась.

! ПРИЕМ НЕОБХОДИМО ПОВТОРИТЬ НЕСКОЛЬКО РАЗ, ПОКА ДЫХАТЕЛЬНЫЕ ПУТИ НЕ ОСВОБОДИТСЯ

*Исключением является беременные женщины, которым надавливание осуществляется в нижней области грудной клетки.

ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА И ОЖОГИ ГЛАЗ

При химических ожогах глаз или попадании в глаза инородных тел необходимо:



1

Осторожно раздвинуть пострадавшему веки пальцами.



2

Обильно промыть глаза чистой водой комнатной температуры. При этом промывание необходимо выполнять так, чтобы вода стекала от носа к виску.

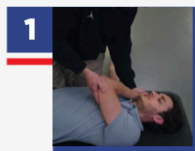


3

При сохраняющемся нарушении зрения, выраженном слезотечении и болевом синдроме необходимо наложить марлевую повязку на оба глаза.

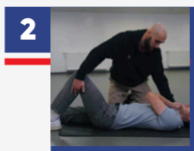
УСТОЙЧИВОЕ БОКОВОЕ ПОЛОЖЕНИЕ

При отсутствии сознания, но наличии дыхания, необходимо перевести пациента в устойчивое боковое положение.



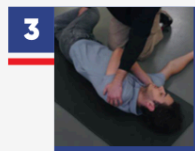
1

Встать справа от пострадавшего, отвести правую руку, положить ладонь левой руки на правую щеку.



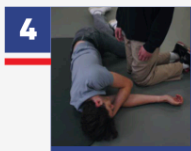
2

Согнуть левую ногу.



3

Перевернуть на правый бок, используя левую руку и ногу как рычаги.



4

Если пострадавший находится длительно в устойчивом боковом положении на одном из боков, то его необходимо перевернуть на другой бок.



ВИДЕО
РУКОВОДСТВО

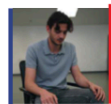
НОСОВОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ

При носовом кровотечении кровь поступает не только наружу, через носовые отверстия, но и в глотку и в полость рта.

Телефоны
экстренных
служб

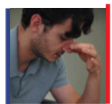
112

103

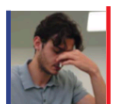


Придать пострадавшему положение, при котором меньше возможности для поступления крови в носоглотку.

Приложить к области носа и переносицы через ткань что-нибудь холодное (лузья со льдом, завернутый в платок комочек снега, смоченный холодной водой платок, бинт, комочек ваты и т.д.).



Если кровотечение не прекращается, можно попытаться его остановить сильным прижатием обеих половинок носа к носовой перегородке в течение не менее 3-5 минут. В таком случае голова пострадавшего наклоняется вперед, а нос с силой сжимается – сделать это может и сам пострадавший, который при этом продолжает дышать через рот, а кровь, попавшую в рот, выплевывать.



Однако наиболее эффективный и быстрадействующий способ по оказанию помощи при носовом кровотечении – проведение тампонады носовых ходов сухим комочком ваты или комочком ваты, смоченным раствором перекиси водорода.



Запрокидывать голову назад опасно. Такое положение может спровоцировать скопление крови в области задней стенки глотки, которое может привести к удушью или рвоте кровью.