



**ДЕЙСТВИЯ
ОЧЕВИДЦЕВ ПРИ
ОКАЗАНИИ
ПЕРВОЙ ПОМОЩИ**

Печальная статистика



Умей люди делать элементарные вещи по оказанию первой помощи 40–50% летальных исходов удалось бы избежать.



Ведущими причинами летальности являются тяжелая механическая травма, шок, кровотечение и нарушение функции органов дыхания, причем 30% из этих пораженных погибает в течение 1-го часа, 60% - через 3 часа и, если помощь задерживается на 6 часов, то погибает уже 90% тяжело пораженных.



До 90% тяжело пострадавших могли бы выжить, если бы помощь им была оказана в течение первых 9 минут. Если же помощь приходит позже 18 минут, то удастся спасти лишь 15% (!).



Среди умерших около 10% получали травмы, несовместимые с жизнью, и смерть была неизбежной, независимо от того как скоро была оказана им медицинская помощь.



• Основные причины смерти пострадавших





Любой человек, оказавшийся в толпе очевидцев, может назвать как минимум четыре причины, которые не позволяют приступить к оказанию помощи.

- 1. «Я боюсь навредить. Он может умереть по моей вине».*
- 2. «Пострадавшего я не знаю, поэтому боюсь заразиться СПИДом, гепатитом, сифилисом и др.»*
- 3. «Почему именно я должен подойти первым, что я самый умный, самый...»* Ведь именно мои действия будут осуждаться, именно я должен буду принимать решения и понесу всю тяжесть ответственности».
- 4. «Если пострадавший лежит без признаков жизни, а я не смог его оживить, то мне придется оправдываться, доказывать, что не я его убил».*



Технология экстренной поэтапной оценки ситуации и состояния пострадавшего

Первый этап

Предварительная оценка состояния пострадавшего и безопасности места происшествия (продолжительность — не более 10 секунд). Эта информация собирается в течение нескольких секунд по мере быстрого приближения к пострадавшему, чтобы заранее определить примерный объем предстоящей помощи, продумать план дальнейших действий и наметить их необходимое обеспечение.

Обученному человеку достаточно одного внимательного взгляда, чтобы принять следующие решения: в случаях подозрения клинической смерти — следует заранее продумать возможность использования маски из аптечки или носового платка; при виде лужи крови — следует наметить, в каком месте пережать артерию рукой, использовать жгут или заменяющее его подручное средство.

Если пострадавший лежит в позе «лягушки», то следует: побыстрее подложить под колени раненого валик из подручных средств наиболее щадящим способом; решить, что можно использовать в качестве щита, если возникнет необходимость в транспортировке пострадавшего своими силами.



Технология экстренной поэтапной оценки ситуации и состояния пострадавшего

Второй этап

Определение признаков наиболее опасных для жизни состояний, которые могут привести к смерти пострадавшего в ближайшие минуты (продолжительность — не более 10 секунд).

Основные задачи

1. В максимально сжатые сроки определить признаки наиболее опасных для жизни пострадавшего состояний:

- клинической смерти;
- коматозного состояния;
- артериального кровотечения;
- ранения шеи;
- ранения грудной клетки.

2. Быстро принять правильное решение о необходимости:

- проведения сердечно-легочной реанимации;
- поворота пострадавшего на живот;
- прижатия кровоточащего сосуда рукой;
- прижатия ладонью раны на грудной клетке.



Технология экстренной поэтапной оценки ситуации и состояния пострадавшего

Третий этап

Выявление наличия ран, признаков повреждений костей и суставов (продолжительность этапа не ограничена. Главное — не причинять пострадавшему боль).

Задачи

Выявить наличие ранения мягких тканей, признаков повреждения костей, суставов и решить вопрос о необходимости:

- наложения повязок на раны;
- обезболивания при подозрении на повреждения костей;
- иммобилизации поврежденной конечности или фиксации пострадавшего в щадящей позе («лягушки»).



Именно такая последовательность в оценке состояния пострадавшего (построенная по принципу: сначала следует устранить наиболее опасные для жизни осложнения, а уже затем осматривать и обрабатывать ссадины и синяки) полностью соответствует логике очередности оказания ПП в экстремальной ситуации.

Первая медицинская помощь



Оказывается населением, спасателями, санитарными дружинниками, а также медицинским персоналом.
Срок оказания до 30 минут.

Доврачебная помощь



Оказывается медицинскими работниками среднего звена (медицинскими сестрами, фельдшерами).
Срок оказания до 1 часа.

Первая врачебная помощь



Оказывается медицинскими бригадами с врачом и необходимым медицинским оснащением.
Срок оказания 4 – 6 часов.

Квалифицированная медицинская помощь



Оказывается в лечебно-профилактических учреждениях врачами различных специальностей.
Срок оказания 8 – 12 часов.

Специализированная медицинская помощь





ЗАКОН О ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Глава VI. Медицинская и медико-социальная помощь

Статья 28. Оказание первой помощи

1. Первая помощь оказывается гражданам Донецкой Народной Республики и иным лицам, находящимся на ее территории, до оказания медицинской помощи при несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях и заболеваниях, угрожающих их жизни и здоровью, лицами, обязанными ее оказывать по закону или по специальному правилу и имеющими соответствующую подготовку (сотрудниками органов внутренних дел ДНР, военнослужащими и работниками противопожарной службы, спасателями аварийно-спасательных формирований и аварийно-спасательных служб, водителями транспортных средств и другими лицами).



ЗАКОН О ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Глава VI. Медицинская и медико-социальная помощь

Статья 29. Виды медицинской помощи

- 1. Квалифицированная врачебная помощь** – комплекс стандартных, лечебно-профилактических мероприятий и вмешательств, проводимых квалифицированными врачами соответствующих заболеваний специальностей и направленных на устранение угрожающих жизни и здоровью последствий заболеваний и несчастных случаев, предупреждение развития осложнений и подготовку нуждающихся к дальнейшей эвакуации.
- 2. Специализированная врачебная помощь** – комплекс специальных лечебно-профилактических мероприятий и высокотехнологичных вмешательств с использованием специального оснащения и выполняемых высококвалифицированными врачами применительно к больным с определенной патологией.



Первая медицинская помощь (ПМП) – это комплекс простейших медицинских вмешательств, направленных на устранение или ослабление последствий болезней или несчастного случая, проводимых до прибытия врача или доставки больного



Универсальная схема оказания первой медицинской помощи на месте происшествия

По методике доктора В.Г. Бубнова

Нет сознания и пульса на сонной артерии

Пострадавший находится в состоянии клинической смерти

Что делать?

Попросите окружающих вызвать «Скорую помощь» и найти для вас пластиковую дыхательную маску в аптечках первой помощи. Если нет маски для проведения дыхания способом «изо рта в рот», то нужно проводить непрямой массаж сердца.

I

Приступить к реанимации



II

Попытаться привести в сознание. Если в течение 3—4 мин сознание не вернулось—вернуть на живот.



Нет сознания, но есть пульс на сонной артерии

У пострадавшего обморок (потеря сознания не более 3—4 мин) или состояние комы (потеря сознания более 3—4 мин)

Что делать?

Опасное наружное кровотечение

Размер лужи крови в диаметре превышает метр

Что делать?

Быстро пережать кровоточащий сосуд выше раны и попросить окружающих найти кровоостанавливающий жгут. Вызвать «Скорую помощь».

III

Пережать артерию рукой и наложить жгут



Наличие раны

Что делать?

Давящая и герметизирующая повязки спасут жизнь в случаях венозных кровотечений, ампутаций пальцев и синдроме длительного сдавления.

IV

Наложить стерильную повязку



Признаки перелома костей конечностей

Что делать?

До наложения транспортной шины необходимо обезболить пострадавшего. Если сформированы конечности, то следует зафиксировать конечности в положении, вызывающем наименьшую боль. Вызвать «Скорую помощь».

V

После обезболивания наложить транспортные шины



Если вы будете следовать указанной очередности действий, то можно рассчитывать на спасение жизни пострадавшего.

Травма (от греч. trauma – рана) – повреждение в организме человека, вызвано действием факторов внешней среды.

- Ранение
- Ушиб
- Растяжение
- Разрыв
- Вывих
- Перелом



Последовательность оказания первой медицинской помощи

- **Прекратить воздействие повреждающих факторов**
(извлечь из-под завалов или воды, вынести из горящего помещения,
извлечь из машины, вагона и т. д.)
Быстро и правильно оценить состояние пострадавшего
(установить, жив пострадавший или мёртв)
- **Определить тяжесть травмы, поражения**
(наличие кровотечения, переломов и т. д.)
Приступить к оказанию первой медицинской помощи
Подготовить пострадавшего к транспортировке
- **Быстро доставить пострадавшего в лечебное заведение**
Оптимальный срок оказания первой медицинской помощи – до 30 мин. после получения травмы.



Способы остановки кровотечений

- Прямое давление на рану
- Пальцевое прижатие
- Сведение краев раны
- Максимальное сгибание
- Давящая повязка
- Жгут
- Гемостатические салфетки
- Кровоостанавливающие зажимы



Ранение (или рана) – это любое нарушение целостности кожных покровов и (или) слизистых оболочек, а также подлежащих тканей (в том числе и сосудов) в результате внешнего, чаще механического, воздействия.

- *Зияние (расхождение краев кожи)*
- *Кровотечение*
- *Боль*
- *Нарушение функции*
- *Раневой канал*



Типы кровотечений

Артериальное кровотечение - кровь ярко красного цвета, изливается пульсирующей струей.

Венозное кровотечение - кровь темно-красного цвета истекает медленной струей, так как давление в венах значительно ниже, чем в артериях. Кровотечение из крупных вен (бедренной, яремной, подключичной) представляет опасность для жизни пострадавшего, как в результате быстрой кровопотери, так и в связи с возможной воздушной эмболией.

Капиллярное кровотечение возникает в результате разрушения (травма, патологический процесс) капилляров, артериол и др. Как правило, оно останавливается самостоятельно, однако у больных с нарушенной свертываемостью крови (гемофилия и пр.) может

Паренхиматозное кровотечение возникает при повреждении ткани печени, селезенки, почек и других паренхиматозных органов и почти всегда приводит к большой кровопотере и самостоятельно останавливается редко, так как стенки кровеносных сосудов в этих органах фиксированы и не спадаются.



Типы кровотечений

По интенсивности кровотечение бывает

- медленное
- профузное, связанное с повреждением крупной артерии или вены.

Кровотечение может быть наружным или внутренним.

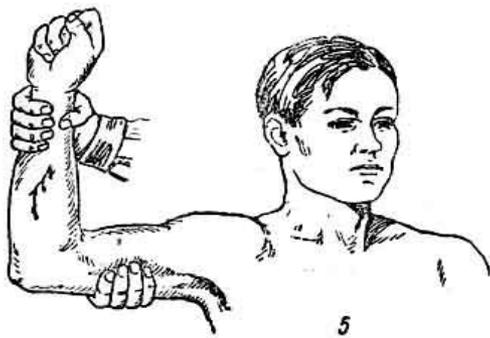
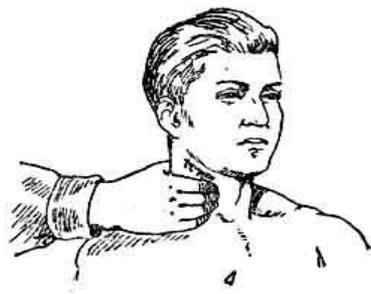
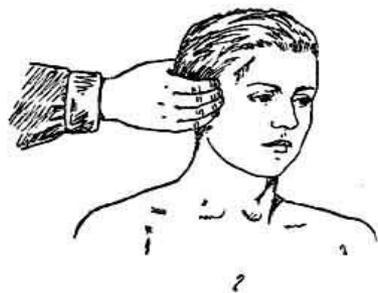
Наружное кровотечение характеризуется истечением крови во внешнюю среду через поврежденную кожу или слизистую оболочку.

При внутреннем кровотечении кровь поступает в полость тела (черепа, плевральной и брюшной полости) или в просвет полого органа (желудок, мочевого пузыря, кишечник, трахея, бронхи и пр.). К внутренним кровотечениям относят и кровоизлияния в подкожную клетчатку между мышцами, листками апоневрозов, в результате чего образуется гематома.

прямое давление на рану



Пальцевое прижатие артерии



- первая мера при артериальном кровотечении
- в течение очень короткого срока (для подготовки к наложению жгута или закрутки)
- артерию сильно сдавить двумя – четырьмя пальцами до исчезновения пульса
- Недостатки: **болезненно**



ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

Виды кровотечений

Артериальное



Кровь ярко-красного цвета.
Изливается пульсирующей струей

Венозное

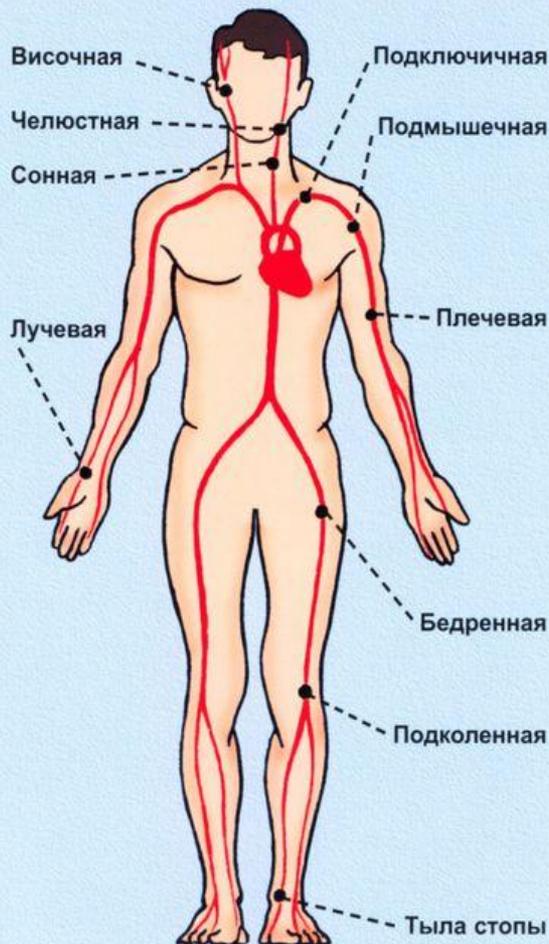


Кровь темно-красного цвета.
Изливается медленной струей

Капиллярное



Точки пальцевого прижатия артерий



Способы остановки кровотечений



Сгибанием конечности

Большое артериальное кровотечение останавливают пальцевым прижатием артерии, а затем накладывают жгут (закрутку).

В качестве закрутки можно использовать подручный материал (галстук, косынку, носовой платок и т.п.)



Наложение резинового жгута

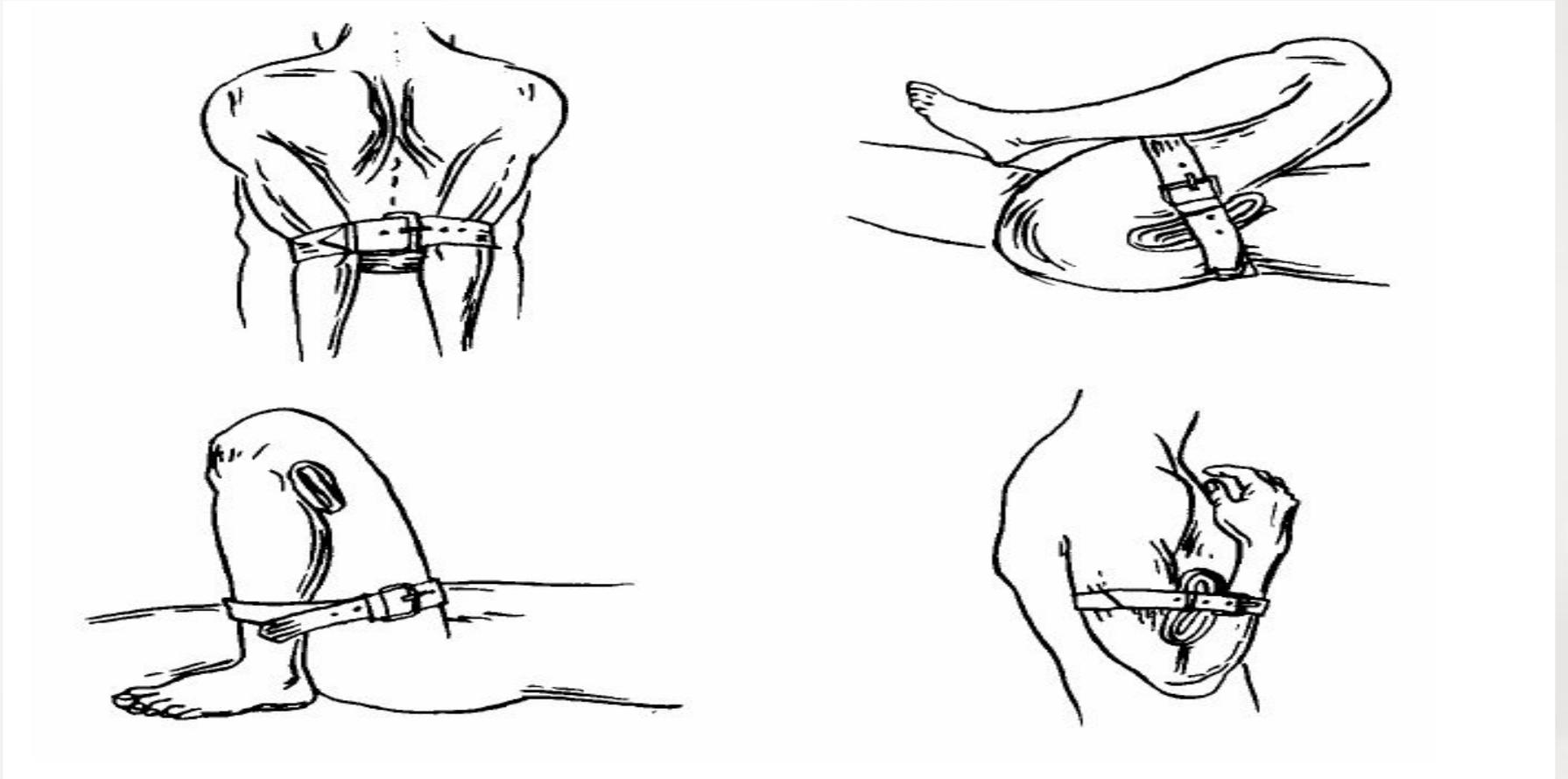


Венозное и капиллярное кровотечение останавливают наложением давящей стерильной повязки

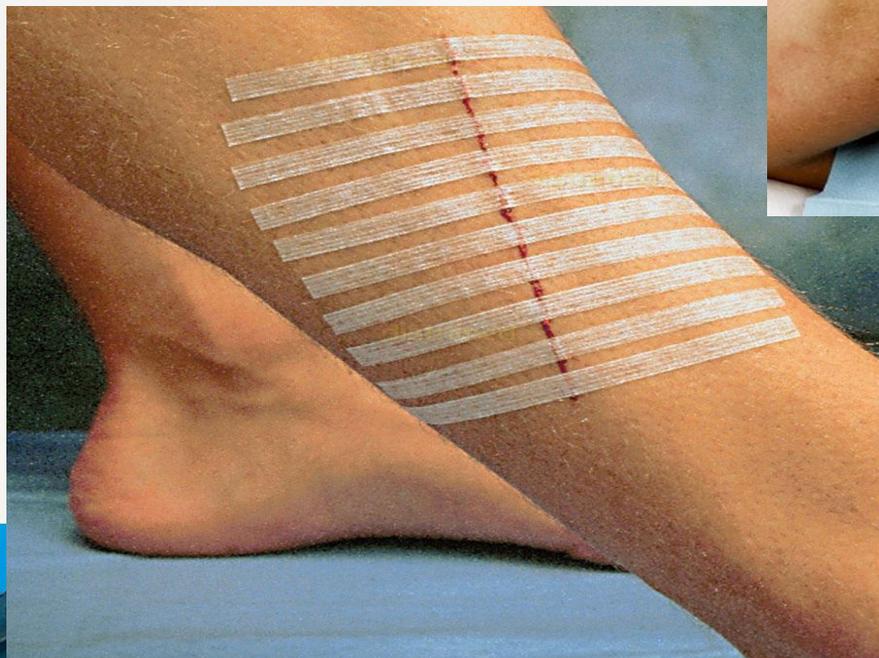


Наложение закрутки

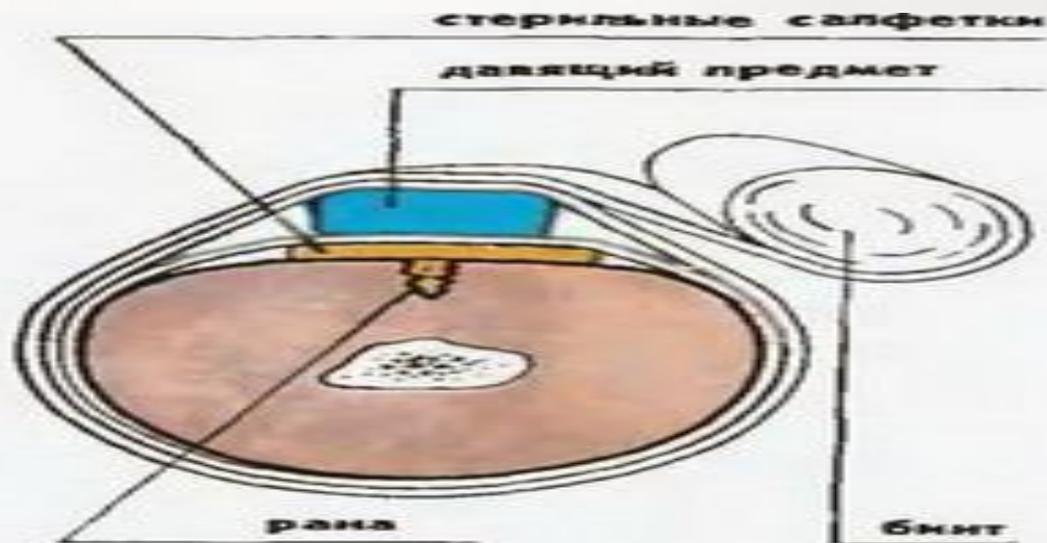
Максимальное сгибание конечностей.



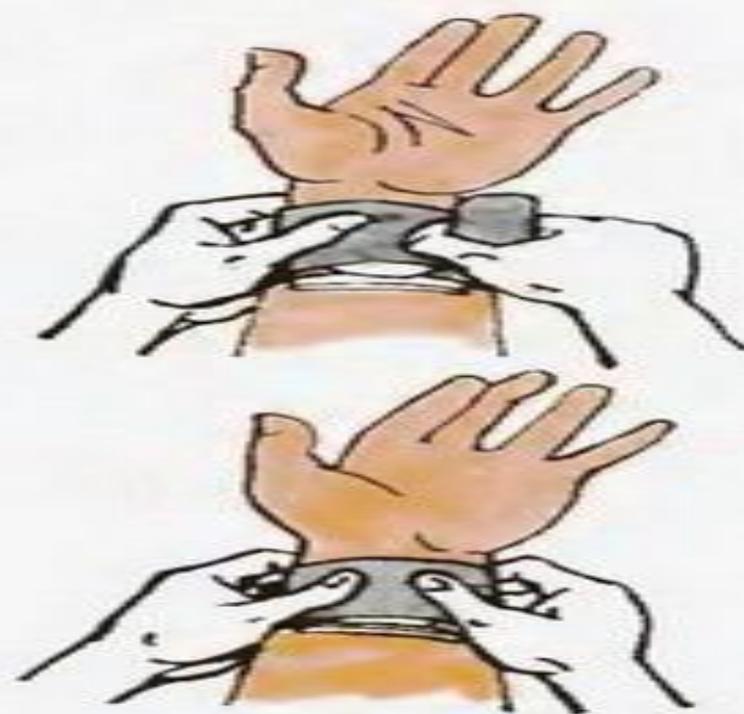
Сведение краев раны



Наложение давящей повязки

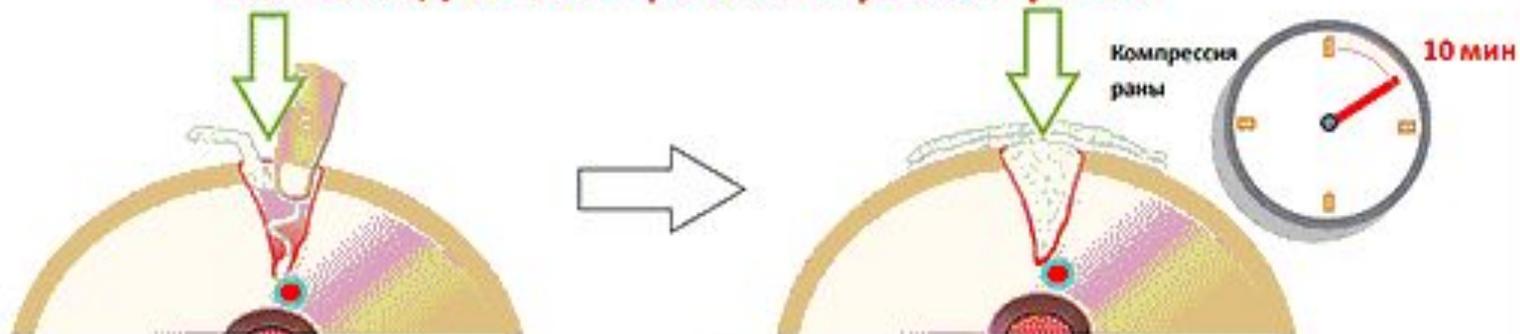


49



50

Тампонада и компрессия глубокой раны



Тугая тампонада раны салфетками или бинтом и остановка кровотечения



Тампонада раны (засыпка гранулами) гемостатическим средством «Селокс»

Тампонада раны гемостатическим средством «Гемофлекс Комбат» (салфетки) и салфетками

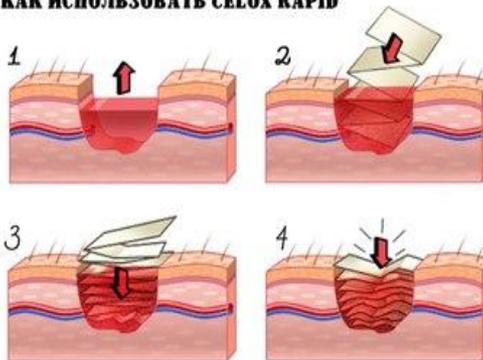


Неправильная перевязка глубокой раны без тугй тампонады приводит к продолжению кровотечения.



CELOX В БИНТЕ

КАК ИСПОЛЬЗОВАТЬ CELOX RAPID



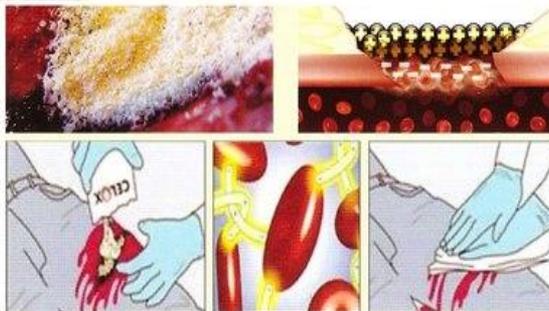
Остановленная артериальная кровь после воздействия Celox. (Фото после тестирования на тяжело раненных солдатах).

Время свертывания, в секундах

CELOX	Control
26	1020
28	840
32	806
36	600
Среднее	30.5
	816.5
	4.43
	149.1



CELOX Control



CELOX®

Controls life-threatening bleeding fast.

Как использовать

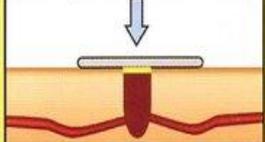


СЕЛОКС АППЛИКАТОР

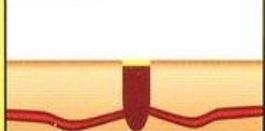
Этап 3: Извлеките аппликатор и прикройте рану использованной упаковкой



Этап 4: Прижимайте в течение 3-х минут

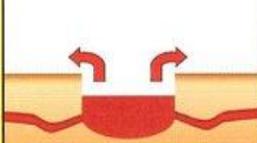


Этап 5: Наложите стерильную повязку по возможности



Как использовать

Начинается кровотечение



Этап 1: По возможности удалите кровь из раневой поверхности



СЕЛОКС БИНТ

Этап 2: Плотно затампонируйте рану бинтом Селокс



Этап 3: Прижимайте в течение 3-х минут



Этап 4: Наложите стерильную повязку по возможности



Как использовать

Начинается кровотечение



Этап 1: Насыпьте гранулы Селокс непосредственно в зону кровотечения

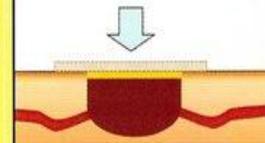


СЕЛОКС В ГРАНУЛАХ

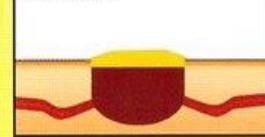
Этап 2: Прикройте использованной упаковкой



Этап 3: Прижимайте в течение 3-х минут



Этап 4: Наложите стерильную повязку по возможности



Правила наложение жгута

• Показания вает три мьшериюы

кроводежду (вли в оредьт жгута:

1. **подкладываем)**
1. Ранение конечности, когда определить вид и интенсивность кровотечения из-за одежды **жгут растягиваем, 1-тур - пережимаем сосуд, затем накладываем 3—4 тура** невозможно;

• **пишем дату и время наложения жгута на лбу, на жгуте**
2. Ранение крупного сосуда (**высокая**

интенсивность кровотечения, кровь
время: зимой — 1 час, летом — 1,5-2 часа

• **Каждые 30 минут распускаем на 20-30 сек.**

другим способом в видете происшествия

не удаётся),ложен правильно — отсутствует

пульс на конечности

При капиллярном:

- Наложить обычную бинтовую повязку

При венозном:

- Прижать кровоточащий сосуд пальцами
- Безпальцевое сдавливание (прижатие к предмету)
- Максимальное (до отказа) сгибание конечности
- Наложить давящую повязку
- Плотная тампонада раны салфетками
- Сведение краев ран
- Наложение сосудистого зажима
- Гемостатические салфетки

При артериальном:

Используются все известные способы временной остановки кровотечений, но окончательным будет **наложение кровоостанавливающего жгута.**



Подручные средства

При отсутствии фабричного жгута его можно заменить импровизированными:

- резиновой трубкой
- галстуком
- ремнем
- поясом, платком, бинтом
- не следует использовать проволоку



Иноородное тело в ране



Признаки и симптомы повреждений костей и суставов

- Деформированная или углообразная конечность
- Боль и болезненность при прикосании
- Скрежет фрагментов костей
- Отечность
- Гематома
- Концы костей выступают из раны
- Заблокированный сустав





ПРИ ПЕРЕЛОМАХ

Виды переломов

Закрытый



Открытый



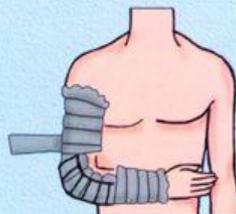
Задачи первой помощи

- Борьба с шоком, болью, кровотечением
- Предупреждение вторичного микробного загрязнения раны
- Иммобилизация поврежденной конечности
- Подготовка больного к эвакуации

Иммобилизация переломов



Ключицы и лопатки



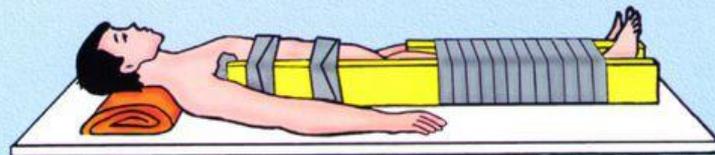
Плечевой кости и костей предплечья



Ребер



Челюсти
(працевидная повязка)



Бедренной кости



Костей таза



Позвочника — на щите.

(На носилки пострадавшего укладывают на живот, подложив под плечи и голову валик)

При иммобилизации конечности обязательно обездвижить два сустава, расположенные выше и ниже перелома.

Для иммобилизации используют специальные шины, а также подручные средства (доски, палки, лыжи, зонтик, трость, лопату и т.д.)

ВЫВИХ (dislocation)

Диагностика

- Деформация вокруг сустава
- Боль
- Ограничение подвижности
- Гематома



ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ТРАВМАХ

- **Остановка кровотечения (если нужно)**
- **Обезболивание**
- **Асептическая повязка**
- **Транспортная иммобилизация**
- **Холод к месту травмы**
- **Подготовка к транспортировке**



Оказание первой помощи при ожогах

При ожогах без повреждения целостности кожи (ссадины и раны, вскрытые ожоговые пузыри) приложить на место ожога холод или подставить под струю холодной воды.

При ожогах с повреждением целостности кожи накрыть чистой тканью. Поверх ткани приложить холод (пузыри со льдом или пакеты со снегом или холодной водой).

Дать 2 — 3 таблетки анальгина (при отсутствии любых аллергических реакции).

При длительном ожидании Скорой помощи — предложить обильное теплое питье.

Обеспечить максимально возможный полный покой.

Вызвать Скорую помощь.

Оказание первой помощи при ожогах

НЕДОПУСТИМО!

- Смазывать ожоговую поверхность жиром, посыпать крахмалом или мукой.
- Вскрывать пузыри.
- Сдирать с поврежденной кожи одежду.
- Смывать грязь и сажу с поврежденной кожи.
- Обрабатывать спиртом, йодом и другими спиртсодержащими растворами место ожога.
- Туго бинтовать обожженную поверхность



Первая помощь при химических ожогах

ХИМИЧЕСКИЕ ОЖОГИ

1 При поражениях любой агрессивной жидкостью (кислотой, щелочью, растворителем, маслами, спецтопливом и т.п.) – промывать под струей холодной воды до прибытия врача

НЕЛЬЗЯ!

Использовать сильнодействующие и концентрированные растворы кислот и щелочей для реакции нейтрализации на коже пострадавшего

2



Дать таблетку анальгина

3



Дать сладкое теплое питье

Первая помощь при ожогах глаз и век

ОЖОГИ ГЛАЗ И ВЕК

1 Раздвинуть осторожно веки пальцами и подставить глаз под струю холодной воды



2 Промыть глаз под струей холодной воды так, чтобы она стекала от носа кнаружи



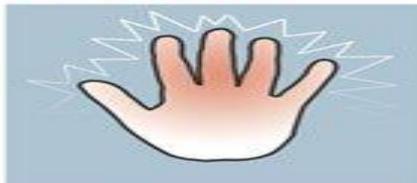
НЕЛЬЗЯ !

ПРИМЕНЯТЬ НЕЙТРАЛИЗУЮЩУЮ ЖИДКОСТЬ ПРИ ПОПАДАНИИ В ГЛАЗА ЕДКИХ ХИМИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ (КИСЛОТА, ЩЕЛОЧЬ)

ОБМОРОЖЕНИЕ: первая помощь

ПРИЗНАКИ ОБМОРОЖЕНИЯ

I степень



кожа белеет, затем краснеет и припухает, появляются покалывание и боль;

II степень



образуются волдыри с кровяным содержимым, возникает сильная боль;

III степень



происходит омертвление кожи и подкожных тканей;

IV степень



развивается омертвление глубоко расположенных тканей и костей.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ I СТЕПЕНИ ОБМОРОЖЕНИЯ ИЛИ ПРИ ОБЩЕМ ОХЛАЖДЕНИИ ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ*



Внести в теплое, сухое помещение.



Снять обувь и одежду.



Тепло укутать, напоить горячим чаем или кофе, молоком.



Начать немедленно согревать обмороженные части тела

растиранием чистыми руками, смоченными спиртом,

до появления чувствительности;

с помощью теплой ванны в течение 20-30 минут, постепенно повышая температуру воды с 20°C до 40°C, промыв поврежденное место мылом.



Отогретый поврежденный участок высушить, закрыть стерильной повязкой и тепло укутать.



НЕ смазывать обмороженные участки жиром и мазями.



НЕ растирать кожу при появлении отека и волдырей.



НЕ растирать снегом.

При обморожении **II-IV степени** быстрое согревание, массаж или растирание **НЕ** делают.

На пораженную поверхность накладывают теплоизолирующую повязку** и как можно скорее доставляют пострадавшего в больницу.

* Состояние, возникающее при понижении температуры тела ниже 34°C.

** Слой марли, толстый слой ваты, вновь слой марли, сверху клеенка или прорезиненная ткань.

Общие принципы оказания ПМП при различных травмах:

- 1. Остановка кровотечения**
- 2. Обезболивание**
- 3. Дезинфекция раны, наложение повязок**
- 4. Фиксация поврежденной части тела**
- 5. Холод (кроме обморожений)**
- 6. Безопасная транспортировка**



Основные транспортные положения

Массивная кровопотеря, шок, угроза развития шока или клиническая смерть

Ноги приподняты



Повреждение органов грудной полости, особенно при острой дыхательной недостаточности; травмы лица, глаз, челюстей, шеи, груди; переломы костей рук, если нет угрозы шока

Сидя или полусидя



Переломы костей таза, травмы живота



Переломы позвоночника с ожогами или ранами спины (на щите). Ранения челюстей, носа, лица с кровотечением

Голова повернута на бок

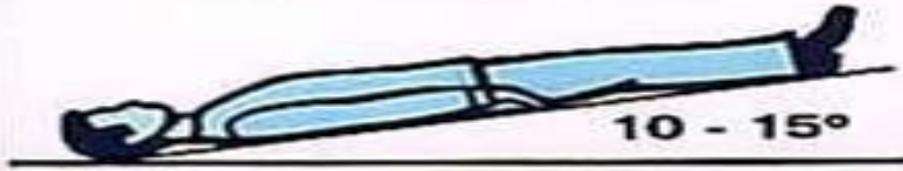


После выведения из тяжелого шока, терминальных состояний, при потере сознания

Лежа на боку



Основные транспортные положения

ПОВРЕЖДЕНИЕ	ПОЛОЖЕНИЕ НА НОСИЛКАХ
<p>Ранения, ожоги нижних конечностей, травмы переднего и боковых отделов туловища. При переломах позвоночника - - на щите</p>	<p>На спине горизонтально</p> 
<p>Травмы головы, мозга, открытые переломы черепа, если сознание сохранено и симптомов шока нет</p>	<p>Голова приподнята</p> 
<p>Открытый перелом черепа</p>	<p>Голова и туловище приподняты</p>  <p>10 - 15°</p>
<p>Тяжелый шок или угроза его развития</p>	<p>Ноги выше головы</p>  <p>10 - 15°</p>

Сердечно-легочная реанимация

Реанимация – комплекс мероприятий, направленных на восстановление жизненно важных функций, проводимых при наступлении у пациента клинической смерти (остановке сердечной и дыхательной деятельности). При обнаружении пострадавшего необходимо определить его состояние (жив, мертв, кома), для этого:

1. Установить отсутствие сознания (окликнуть или осторожно «пошевелить» пострадавшего, похлопать ладонями по его щекам или слегка ущипнуть за щеку).
2. Проверить пульс на сонной артерии.
3. Определить реакцию зрачка на свет (приподнять пострадавшему верхнее веко, проверив состояние зрачков).
4. Убедиться в отсутствии дыхания. (Приложить голову к груди пострадавшего) Нельзя тратить время на прикладывание ко рту зеркала или легких предметов!



Сердечно-легочная реанимация

**Прекращение дыхания,
сердцебиения
(нет пульса на сонных артериях)**

**и отсутствие реакции зрачков на свет
(расширенные зрачки)**

именуется клинической смертью.



Последовательность важнейших приёмов при проведения первичного реанимационного комплекса (правило ABCD)

- A** (air open the way) – обеспечение проходимости дыхательных путей
- B** (breath support) – проведение искусственного дыхания;
- C** (circulation support) – непрямой массаж сердца
- D** (defibrillation, drugs) – дефибрилляция, введение лекарств.



В октябре 2010 г. **АСА** и **ERC** распространила
новый алгоритм **СAB**
(Compressions-Airway-Breathing),
окончательно отменивший **ABC**
(Airway-Breathing-Compressions...) и
закрепленный отныне в рекомендациях АКА
при внезапной смерти для взрослых и детей
(но не новорожденных!).

У детей, а также в случае утопления или
передозировки наркотиков по-прежнему, с
нашей точки зрения, следует рекомендовать
чередование искусственного дыхания с
НМС.

Варианты оказания СЛР в зависимости от квалификации (степени тренированности) спасателей (адаптировано из Рекомендаций экспертов США, 2010)





Базовая реанимация и Автоматическая Наружная Дефибрилляция



Проверить реакцию

Осторожно встряхнуть
Громко окликнуть “С Вами все в порядке?”



Если НЕ реагирует

Открыть дыхательные пути и проверить дыхание

Если не дышит или дыхание патологическое

Вызвать 01(112), найти и принести Автоматический Наружный Дефибриллятор (АНД)

Немедленно начать Сердечно-Легочную Реанимацию (СЛР)

Расположить руки в центре грудной клетки
Провести 30 компрессий грудной клетки:

- делать сильные и быстрые компрессии (глубина 5 см, частота 100/мин)
- Прижать губы ко рту пострадавшего
- Сделать искусственный вдох так, чтобы поднялась грудная клетка
- Когда грудная клетка опустится, сделать второй искусственный вдох
- Продолжить СЛР

СЛР 30:2

Если дышит нормально

*** Поместить в боковое восстановительное положение**

- Вызвать 01(112)
- Продолжать оценку наличия нормального дыхания



Включить АНД и наложить электроды

Следовать голосовым командам АНД без промедлений
Наложить один электрод под левой подмышкой
Наложить другой электрод под правой ключицей, рядом с грудиной
Если более одного спасателя: НЕ прерывать СЛР



Никому не трогать пострадавшего и нанести разряд

Никому не трогать пострадавшего
- во время анализа ритма
- во время нанесения разряда

**Если пострадавший начинает двигаться, открывать глаза и дышать нормально, прекратить СЛР
Если пострадавший без сознания, повернуть его в боковое восстановительное положение*.**



Поддержание жизни детей

Базовая реанимация (СЛР)

