**Очевидец происшествия становится спасателем**

В.Бубнов, доктор медицинских наук, заведующий кафедрой медицины и психологии экстремальных ситуаций Московского института медико-социальной реабилитологии

Согласитесь, очень часто, едва ли не всегда бывает так: с кем-то случается беда, а очевидцы этого лишь пассивно созерцают на происшедшее, вместо того, чтобы спешить на выручку пострадавшим, оказывать им первую медицинскую помощь.

Анализ различных методик оказания ПМП и обучения этому дает возможность предложить пути и способы повышения активности очевидцев происшествия на месте ЧС и эффективности оказания ими первой медицинской помощи пострадавшим. разу отметим, что основной л причиной всеобщей безграмотности граждан России в вопросах оказания ПМП на месте происшествия является формализм в обучении этой жизненно важной науке. Ниже мы и хотим поговорить о том, как избавиться от этого формализма. Итак, что, по-нашему, надлежит сделать?

Научить очевидца не паниковать в экстремальной ситуации. Обучение должно строиться в виде проблемных и игровых занятий с проигрыванием самых различных ситуаций несчастного случая. Основная цель подобных занятий - отработать вопросы поведения в толпе и среди товарищей, коллег, тактику действий, способы быстрого сбора информации о ЧП, схемы и очередность оповещения спасательных служб. А главное - на учиться мобилизовывать все силы и принимать наиболее раци ональные решения в экстремальной ситуации.

Запретить конспектировать на занятиях. Если обучающийся много записывает - это еще не значит, что он много знает. Когда речь на занятии будет идти о реальных жизненных примерах, каждый сможет попробовать выполнить изучаемый прием практически, уточнить какой-то вопрос, неясные нюансы действий, тогда оно принесет пользу.

Отрабатывать тактику и навыки действий в условиях, максимально приближенных к реальности. Достаточно даже условно сымитировать площадку места происшествия, выбрать наиболее типичную ситуацию несчастного случая, чтобы включить в обсуждение всю аудиторию, заставить каждого слушателя принимать те или иные решения в выборе тактики поведения и действий.

Взять на вооружение только те приемы оказания первой помощи, которые реально может применить любой гражданин, использование которых позволит не допустить смерти пострадавшего до прибытия бригады скорой помощи. Насколько подвергает опасности свою жизнь и здоровье каждый человек, производя дыхание способом «изо рта в рот», думается, понятно. А боязнь сделать вдох искусственной вентиляции легких (ИВЛ) приводит к массовому отказу очевидцев от проведения реанимации и к тысячам потерянных жизней. Такую ситуацию порождает ошибочное утверждение, что без искусственной вентиляции легких способом «изо рта в рот» нет смысла приступать к непрямому массажу сердца.

В ситуациях, когда содержимое дыхательных путей умирающего представляет опасность для спасающего (угроза инфицирования, отравление ядовитыми газами и т.д.), можно начать комплекс реанимации с удара по грудине и непрямого массажа -это увеличит шансы на спасение человека.

5. Оснащать аптечки только теми жгутами, шинами, средствами щадящей иммобилизации и транспортировки, использовать которые обучен каждый (в школе и др.). Для того чтобы каждый человек досконально знал содержимое универсальной аптечки и смог в любую минуту наложить жгут, шину, холод и т.п., необходимо использовать ее в качестве учебного пособия на занятиях.

6. Внедрить памятку по оказанию ПМП карманного формата. Основное ее назначение: нормативный документ, который дает уверенность в действиях при оказании первой помощи с четко обозначенным кругом компетентности и возможности человека, его прав и обязанностей, последовательностью принятия решений и алгоритмами действий; учебное пособие в виде краткого конспекта занятий, удобное для изучения в любую свободную минуту; «шпаргалка» с элементами экстренного поиска информации. Использовать для обучения навыкам сердечно-легочной реанимации современные роботы-тренажеры, имитирующие функции умирающего и оживающего в процессе реанимации человека в зависимости от правильных и ошибочных действий (сужение и расширение зрачков, подъем грудной клетки на вдохе, появление и исчезновение пульса на сонной артерии и др.). (Обучать ПМП без тренажера - все равно что езде на велосипеде без самого велосипеда.) Внедрить обязательный аттестационный экзамен. Совершенно очевидно, если смысл экзамена сводится к оценке заученных ответов на заученные вопросы и демонстрации отдельных навыков по оказанию первой медицинской помощи без привязки к конкретной ситуации, то в реальности лишь единицы из успешно сдавших экзамен смогут помочь пострадавшему.

Требования к экзамену:

Экзамен следует проводить в условиях максимальной имитации несчастного случая, когда «пострадавшего» или группу «пострадавших» располагают на площадке «места происшествия». Участники экзамена демонстрируют навыки при оказании первой медицинской помощи в различных ситуациях, обозначенных в экзаменационных билетах в виде ситуационных задач: «Произошло поражение человека электрическим током», «Падение с высоты» и т.п. В подобные задачи должны быть включены только основные манипуляции, позволяющие спасти и сохранить жизнь пострадавшего.

Правильные и четкие действия на экзамене позволят обучаемым поверить в свои силы, в то, что они могут реально помочь пострадавшему в реальных условиях несчастного случая. Они должны твердо усвоить, что лучше предпринять хоть какие-то меры по спасению человека, чем вообще ничего не делать.

9. Проводить ежегодно соревнования или конкурсы (например, в рамках движения «Школа безопасности»)с обязательным этапом оказания первой медицинской помощи.

Цели:

максимально приблизить участников к реальным условиям ЧС;

провести мощный психологический и эмоциональный тренинг, который заставит запомнить алгоритм действий на всю жизнь;

выявить уровень подготовки обучающихся;

продемонстрировать новые методики и полезный опыт.

10. Ввести на федеральном уровне систему поощрения лиц, успешно применивших навыки оказания первой медицинской помощи до прибытия медицин ского персонала.

Основы эффективных действий очевидцев Технология оценки ситуации и состояния пострадавшего Началу оказания первой медицинской помощи предшествует оперативное принятие верных решений. Этот первый шаг предопределяет успех в сохранении жизни пострадавшего. Схема определения состояния пострадавшего состоит из трех последовательных этапов. I этап. Предварительная оценка состояния пострадавшего и безопасности места происшествия (не более 10 секунд). Основные задачи: • по мере приближения к пострадавшему определить примерный объем предстоящей медицинской помощи, план дальнейших действий и перечень приспособлений из аптечки, которые могут потребоваться; выяснить безопасность подхода к месту происшест вия для спасателя и опас ность для жизни пострадав шего и окружающих (угроза пожара, взрыва, падения с высоты, поражения элект рическим током); увидеть и оценить угрозу для жизни людей на месте происшествия, наметить ме ры для ее устранения либо экс тренно эвакуировать постра давшего из опасного зоны. Технология предваритель ного сбора информации. За не сколько десятков шагов от по страдавшего визуально можно выяснить о его состоянии сле дующее: если пострадавший шеве лится, призывает к помощи, разговаривает или кричит - он жив и в сознании; если пострадавший непо движен, не реагирует на окру жающее, можно предположить, что он:

мертв;

находится без сознания, но жив, в состоянии комы (у него должен быть пульс на сонной артерии, но, если он лежит на спине, неизбежны проблемы с проходимостью дыхательных путей);

находится в состоянии кли нической смерти, поэтому доро га каждая секунда.

При наличии лужи крови следует предположить наружное кровотечение, в случаях неестественного положения конечнос-\ тей - переломы костей. Если пострадавший лежит в позе « лягушки », то речь идет о повреждении костей таза, позвоночника, тазобедренных суставов и неизбежном развитии травматического шока. Эта информация собирается в течение нескольких секунд по мере быстрого приближения к пострадавшему. Обученному человеку достаточно одного внимательного взгляда, чтобы принять следующие решения: в случаях подозрения на со стояние клинической смерти или комы - значительно ускорить пе редвижение к пострадавшему и заранее продумать возможность использования маски из аптеч ки или носового платка; при виде лужи крови - на метить, в каком месте пережать артерию рукой, использовать жгут или заменяющее его под ручное средство.

Если пострадавший лежит в позе «лягушки», необходимо: быстро подложить под коле ни раненого валик из подруч ных средств наиболее щадящим способом; решить, что можно исполь зовать в качестве щита, если воз никнет необходимость в транс портировке пострадавшего сво ими силами.

Значение. Предварительная оценка состояния пострадавшего и безопасности места происшествия позволит избежать паники и суеты в последующих действиях, даст возможность принять более взвешенные и рациональные решения в экстремальной ситуации,заранее увидеть угрозу для жизни людей и принять меры для ее устранения либо экстренной эвакуации из опасной зоны. II этап. Определение признаков наиболее опасных для жизни состояний, которые могут привести к смерти пострадавшего в ближайшие минуты (не более 20 секунд).

Основные задачи:

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

клинической смерти;

комы;

артериального кровотечения;

ранения шеи;

ранения грудной клетки.

2. Быстро принять правиль ное решение о необходимости:

проведения комплекса сер дечно-легочной реанимации;

поворота пострадавшего на живот;

прижатия кровоточащего сосуда рукой;

прижатия ладонью раны на грудной клетке.

Технология быстрого сбора информации. В случаях, когда пострадавший находится без сознания, необходимо немедленно приступить к определению реакции зрачка на свет и пульса на сонной артерии. Не следует терять время на определение признаков дыхания. При отсутствии пульса на сонной артерии дыхание может продлиться еще 1-2 минуты (это как раз тот минимальный промежуток времени, который необходим для его определения). Наличие или отсутствие признаков дыхания не столь критично для принятия решения о начале реанимации по сравнению с отсутствием пульса на сонной артерии. Именно отсутствие пульса на сонной артерии (клиническая смерть) - главный и достоверный сигнал для начала реанимации. Кроме того, приподнимание верхнего века и прощупывание пульса на сонной артерии в течение десяти секунд позволяют оценить реакцию пострадавшего на происходящее и возможность вступления с ним в контакт. Чтобы принять решение о необходимости проведения комплекса сердечно-легочной реанимации, достаточно 15-20 секунд. Если пострадавший без сознания, но определяется пульс на сонной артерии, то можно сделать вывод, что он жив и находится в состоянии комы. Опасность для жизни в ближайшие минуты представляет асфиксия вследствие западения языка и аспирации содержимого желудка, крови или слизи. Поэтому необходимо немедленно принять меры для восстановления проходимости дыхательных путей.

Если есть признаки обильного наружного кровотечения, то надо выяснить, из какой части тела оно происходит: если из грудной клетки, то следует заподозрить проникаю щее ранение грудной полости и как можно быстрее, не снимая одежды, прижать ладонь к об ласти раны.

если из шеи - немедленно прижать большой палец к ране, затем произвести тампонаду ра ны любой сложенной в несколь ко слоев тканью или бинтом, наложить жгут на шею поверх тампона.

если из конечностей, то, не снимая одежды, прижать кула ком в точке прижатия артерии ближе к туловищу и - только после этого - приступить к поис ку раны, осторожно освобождая конечность от одежды, с после дующим наложением жгута вы ше раны и повязки на рану. при признаках венозного кровотечения - наложить давя щие повязки.

Значение. Максимально быстрая оценка критических состояний позволяет приступить к конкретным действиям по оказанию помощи без излишних потерь времени, что значительно повышает шансы на спасение жизни пострадавшего. III этап. Выявление наличия ран, признаков повреждений костей и суставов (продолжительность этапа не ограничена, главное - не причинять пострадавшему боль).

Задачи.

Выявить наличие раны мягких тканей, признаков повреждения костей, суставов и решить вопрос о необходимости: наложения повязок на раны;

обезболивания при подо зрении на повреждения ко стей;

иммобилизации повреж денной конечности или фик сировании пострадавшего в щадящей позе - «лягушки». Технология щадящего сбо ра информации. Сначала сле дует обратить внимание на по зу пострадавшего и положение его конечностей. Если раненый в сознании, то любые жалобы на боль в конечностях должны вызвать подозрение на повреж дение костей. При малейшем подозрении на повреждение костей и суставов дать ранено му любые обезболивающие средства и только затем про должить осмотр поврежденной конечности, освобождение ее от одежды, наложение повя зок и шин.

Значение. На этом этапе приоритет отдается не скорости выполнения, а бережному отношению к пострадавшему. Главное - уберечь его от лишней боли и травмирования. Профилактика развития травматического шока и его осложнений начинается с щадящего осмотра пострадавшего.

Следует отметить, что именно такая последовательность в оценке состояния пострадавшего полностью соответствует логике очередности оказания первой медицинской помощи в экстремальной ситуации. Она строится по принципу: сначала следует устранить наиболее опасные для жизни состояния и повреждения, а уже затем осматривать и обрабатывать ссадины и синяки.

Универсальная схема оказания ПМП (авторская методика)

Какое бы несчастье ни произошло: автодорожное происшествие, падение с высоты, поражение электрическим током или утопление - в любом случае оказание помощи следует начинать с восстановления сердечной деятельности и дыхания, а затем производить временную остановку кровотечения. Только после решения этих задач можно приступить к наложению повязок и транспортных шин. Именно такой алгоритм действий поможет сохранить жизнь пострадавшего до прибытия медицинского персонала. Если нет сознания и пульса на сонной артерии - нанести удар по грудине и приступить к реанимации Если нет сознания, но есть пульс на сонной артерии - повернуть на живот и очистить ротовую полость При сильном кровотечении -наложить жгут При наличии ран - наложить стерильные повязки При наличии переломов костей конечностей - наложить шины Технология оказания ПМП с учетом психологии поведения очевидцев В случае клинической смерти рекомендуется немедленно нанести прекардиальный удар. При отсутствии эффекта (нет пульса на сонной артерии) необходимо сделать 15 надавливаний на грудину при любом количестве участников реанимации. Только после этих мероприятий приступить к проведению вдоха ИВЛ методом «изо рта в рот».

Такой алгоритм действий устраняет ранее перечисленные причины отказа очевидцев от реанимации и значительно повышает шансы на восстановление сердечной деятельности. Если, используя методику П.Сафара («ОБЖ» № 3 - 2004 г., стр. 26), спасающий реально сможет сделать вдох ИВЛ только через 1-2 минуты после подхода к пострадавшему, а приступить к непрямому массажу сердца не ранее чем через 2 минуты, то рекомендуемая технология позволяет приступить к непрямому массажу через 15-20 секунд, а к ИВЛ - через 30-40 секунд.

Если удар по грудине («механическая дефибрилляция») нанесен в течение первой минуты после остановки сердца, то оживление происходит более чем в 50% случаев. По данным многих специалистов, бывает достаточно одного удара, чтобы сердце снова «заработало». Главное - нанести его как можно скорее. Единственное условие, которое необходимо неукоснительно выполнить во избежание осложнений (отлом мечевидного отростка, нарушение сердечного ритма, остановка сердца), -спасающий обязательно должен быть обучен этому удару на специальных роботах-тренажерах.

В ситуациях, когда контакт слизистых крайне нежелателен, когда содержимое дыхательных путей умирающего представляет опасность для спасающего (угроза инфицирования, отравление ядовитыми газами и т.д.) - можно ограничиться непрямым массажем сердца до прибытия медперсонала и при этом оставить пострадавшему шанс на спасение.