

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
**«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ  
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**  
( Н И У « Б е л Г У » )

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ  
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

**ЦМК сестринского дела**

**ЗНАЧЕНИЕ ИНФОРМАЦИОННОЙ ПОДДЕРЖКИ ВОДИТЕЛЕЙ  
ОБЩЕСТВЕННОГО ТРАНСПОРТА ПО РЕАНИМАЦИОННЫМ МЕРОПРИЯТИЯМ**

Дипломная работа студентки

очной формы обучения  
специальности 34.02.01 Сестринское дело  
4 курса группы 03051507  
Тарасовой Инны Владимировны

Научный руководитель:  
преподаватель Яворская О.В.

Рецензент:  
Врач-анестезиолог-реаниматолог  
ОГБУЗ «Белгородская областная  
клиническая больница Святителя Иоасафа»  
Ломейко С.И.

**БЕЛГОРОД 2019**

## ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ. СИСТЕМА ОКАЗАНИЯ РЕАНИМАЦИОННОЙ ПОМОЩИ И РЕАНИМАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ .....	8
1.1. Основные понятия неотложных и экстремальных состояний у пострадавших.....	8
1.2. Неотложные состояния и организация оказания реанимационных мероприятий на догоспитальном этапе.....	11
1.3. Эффективность современных стандартов оказания реанимационных мероприятий на догоспитальном этапе.....	17
ГЛАВА 2. ИССЛЕДОВАНИЕ ЗНАЧЕНИЯ ИНФОРМАЦИОННОЙ ПОДДЕРЖКИ ВОДИТЕЛЕЙ ОБЩЕСТВЕННОГО ТРАНСПОРТА ПО РЕАНИМАЦИОННЫМ МЕРОПРИЯТИЯМ.....	23
2.1. Обоснование важности ранних реанимационных мероприятий.....	23
2.2. Анализ статистических данных происшествий на транспорте.....	27
2.3. Исследование и анализ значения информационной поддержки водителей общественного транспорта по реанимационным мероприятиям.....	28
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	37
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ.....	38
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	41

## ВВЕДЕНИЕ

*Помогать другим – наш долг.  
И не потому, что за доброту воздастся,  
а потому что людям природой дана человечность.  
Мы все должны помогать друг другу.  
Помните об этом...*

**Актуальность исследования.** Неотложные состояния, угрожающие жизни и здоровью населения, требуют проведения срочных реанимационных мероприятий на экстренных этапах оказания медицинской помощи.

Тяжелое течение неотложных состояний характеризуется молниеносным развитием клинической картины и, если мгновенно больному не оказать неотложную помощь, может наступить внезапная смерть. Необходимо отметить, что роль оказавшихся рядом с местом происшествия, определяет результат реанимационных мероприятий, здоровье и жизнь пострадавших напрямую зависят от своевременности и качества оказания помощи [11, с. 3].

Особое место занимают дорожно-транспортные происшествия (ДТП), которые относятся к наиболее тяжелым видам травматизма, занимают первое место среди причин смерти от механических повреждений и является одной из основных причин выхода на инвалидность граждан трудоспособного возраста. Большинство пострадавших погибает на догоспитальном этапе, половина из них погибает, не дождавшись прибытия скорой медицинской помощи. Следовательно, оказание первой помощи в первые минуты после травмы имеет высокую значимость для спасения жизни и здоровья. Свидетелями ДТП чаще являются водители, именно они могут оказать неотложные мероприятия и спасти жизнь пострадавшему [9, с. 14].

Обязанность водителей транспортных средств по оказанию первой помощи установлена Правилами дорожного движения РФ. Согласно п. 2.5 этого документа, в числе обязанностей водителя, причастного к ДТП, закрепляется обязанность «принять меры для оказания первой помощи

пострадавшим, вызвать «Скорую медицинскую помощь», а в экстренных случаях отправить пострадавших на попутном, а если это невозможно, доставить на своем транспортном средстве в ближайшее лечебное учреждение, сообщить свою фамилию, регистрационный знак транспортного средства (с предъявлением документа, удостоверяющего личность, или водительского удостоверения и регистрационного документа на транспортное средство) и возвратиться к месту происшествия». То есть водитель, причастный к ДТП, в котором есть пострадавшие, обязан до приезда бригады скорой медицинской помощи оказать пострадавшим первую помощь [20, с. 51].

В случае невыполнения обязанностей, связанных с ДТП, предусмотренных п. 2.5 Правил дорожного движения РФ, в том числе в случае неоказания первой помощи пострадавшим, водителю грозит привлечение к административной ответственности и наказание в виде административного штрафа (ч. 1 ст. 12.27 Кодекса РФ об административных правонарушениях).

Первая помощь как правило определяется как помощь, которая оказывается гражданам до медицинской помощи при несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях и заболеваниях, угрожающих жизни и здоровью. Данный закон допускает оказание первой помощи лицам без медицинского образования, имеющими соответствующую подготовку. Первую помощь пострадавшему необходимо оказывать при: отсутствии сознания, остановке дыхания и кровообращения, наружных кровотечениях, инородных телах в верхних дыхательных путях, травмах различных областей тела, ожогах, отморожениях и других эффектах [2, с. 13].

Особенное значение оказания первой помощи приобретает при клинической смерти, выраженных нарушениях кровообращения и дыхания, кровотечении, ожогах и др. состояниях, когда ее неоказание или запаздывание может быстро привести к значительному ухудшению состояния организма или смерти. Водители являются самыми первыми, кто может устранить поражающие факторы и ранние осложнения травмы, знания по первой помощи для них являются непрофессиональными и вероятность участия их в оказании

первой помощи невысока. Поэтому все вопросы первой помощи для них должны быть абсолютно четкими, простыми и понятными.

При этом от водителей требуется решительность, оперативность и умение организовать необходимую помощь, чтобы ликвидировать угрожающее состояние. Поэтому одной из основных **проблем** остается сравнительно высокая летальность людей при неотложных заболеваниях.

С учетом этого был сделан выбор **темы исследования** «Значение информационной поддержки водителей общественного транспорта по реанимационным мероприятиям», **проблема** которого может быть сформулирована следующим образом: какова роль водителей общественного транспорта оказывающих реанимационные мероприятия пострадавшим в состоянии клинической смерти.

Решение этой проблемы и составляет **цель исследования**.

**Объект исследования:** частота неотложных состояний и роль водителей общественного транспорта в оказании неотложной помощи.

**Предмет исследования:** значение информационной поддержки водителей общественного транспорта по реанимационным мероприятиям.

**Гипотеза исследования** – навыки и умения водителей общественного транспорта в проведении реанимационных мероприятий пострадавшим в состоянии клинической смерти оказывают существенную роль в спасении жизни человека.

**Задачи исследования:**

1. Изучить систему оказания реанимационной помощи и реанимационных мероприятий.
2. Проанализировать неотложные и экстремальные состояния, эффективность современных стандартов оказания реанимационных мероприятий на догоспитальном этапе.
3. Обосновать важность ранних реанимационных мероприятий на догоспитальном этапе при дорожно-транспортных происшествиях.

4. Провести социологическое исследование и анализ значения информационной поддержки водителей общественного транспорта по реанимационным мероприятиям.

5. Разработать практические рекомендации по реанимационным мероприятиям в виде памятки для водителей общественного транспорта.

**Методы исследования:** изучение медицинской литературы; изучение нормативных и методических документов; нормативно-законодательных актов, законов, постановлений, распоряжений законодательной власти; положений органов управления здравоохранения по Белгородской области; статистическая обработка данных.

Базой исследований явился городской, пригородный и междугородный транспорт города Белгорода.

**Теоретическая значимость** состоит в изучении системы оказания реанимационной помощи и реанимационных мероприятий; в анализе неотложных и экстремальных состояний, эффективности современных стандартов оказания реанимационных мероприятий на догоспитальном этапе и в обосновании важности ранних реанимационных мероприятий на догоспитальном этапе при дорожно-транспортных происшествиях.

**Практическая значимость** исследования заключается в проведении социологического исследования и анализа значения информационной поддержки водителей общественного транспорта по реанимационным мероприятиям и в разработке практических рекомендаций по реанимационным мероприятиям для водителей общественного транспорта.

**Структура работы:** дипломная работа выполнена на 44 страницах текста и состоит из введения, обзора литературы, двух глав собственных исследований, заключения, практических рекомендаций, списка используемых источников и литературы и приложений. Работа содержит 12 рисунков. Библиографический список литературы содержит 20 источников.

# ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ. СИСТЕМА ОКАЗАНИЯ РЕАНИМАЦИОННОЙ ПОМОЩИ И РЕАНИМАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ

## 1.1. Основные понятия неотложных и экстремальных состояний у пострадавших

Неотложными состояниями принято называть такие патологические изменения в организме человека, которые приводят к резкому ухудшению здоровья, могут угрожать жизни и, следовательно, требуют принятия экстренных лечебных мероприятий. К неотложным состояниям относятся:

- непосредственно угрожающие жизни патологические состояния (шок, кома, артериальное кровотечение, терминальные состояния.);

- непосредственно не угрожающие жизни патологические состояния, но при которых такая угроза может стать реальной в любое время (гипертонический криз, высокая гипергликемия и др.);

- состояния, при которых отсутствие своевременной медицинской помощи может повлечь за собой стойкие изменения в организме (динамические нарушения мозгового кровообращения и др.);

- состояния, при которых в кратчайший срок необходимо облегчить страдания больного для предотвращения развития угрожающих жизни симптомов (снятие боли для предотвращения болевого шока и др.);

- состояния, требующие срочного медицинского вмешательства в интересах окружающих, в связи с поведением больного («белая горячка», различные психозы и т.д.) [18, с. 72].

Экстремальные факторы делятся на 2 группы:

1. Экзогенные – травмы; инфекции; интоксикации; действие электрического тока, воздействие высоких и низких температур.

2. Эндогенные – тяжелые заболевания и их осложнения.

Основные виды экстремальных состояний:

- Шоки.
- Комы.
- Клиническая смерть.
- Коллапс.
- Острая сердечная недостаточность.
- Острая дыхательная недостаточность.
- Острая печеночная недостаточность.
- Острая почечная недостаточность.
- Септические состояния.
- Метаболические нарушения.
- Травматический синдром.
- Эписиндром.

Действия экстремальных факторов приводят к развитию одного из 2-х состояний:

1) экстренной адаптации к экстремальному фактору – максимальное напряжение адаптационных механизмов с сохранением всех функций организма (компенсация) и последующей нормализацией состояния.

2) критическому состоянию – проявляется грубыми расстройствами витальных функций организма (декомпенсация) и требует оказания неотложной помощи.

Основные клинические признаки неотложных состояний:

- Боль.
- Нарушения сознания (сопор, ступор, кома, острое возбуждение).
- Тошнота и рвота.
- Понос.
- Головокружение.
- Речевые расстройства.
- Гипертермия.
- Олигурия, анурия.
- Наружное кровотечение или признаки внутреннего кровотечения.



- Нарушения дыхания.
- Нарушения сердечной деятельности (аритмии, асистолия).
- Резкое снижение или повышение АД [6, С. 19].

Экстремальные факторы делятся на 2 группы:

1. Экзогенные – травмы; инфекции; интоксикации; действие электрического тока, воздействие высоких и низких температур.

2. Эндогенные – тяжелые заболевания и их осложнения.

Основные виды экстремальных состояний:

- Шоки.
- Комы.
- Клиническая смерть.
- Коллапс.
- Острая сердечная недостаточность.
- Острая дыхательная недостаточность.
- Острая печеночная недостаточность.
- Острая почечная недостаточность.
- Септические состояния.
- Метаболические нарушения.
- Травматический синдром.
- Эписиндром.

Действия экстремальных факторов приводят к развитию одного из 2-х состояний:

1) экстренной адаптации к экстремальному фактору – максимальное напряжение адаптационных механизмов с сохранением всех функций организма (компенсация) и последующей нормализацией состояния.

2) критическому состоянию – проявляется грубыми расстройствами витальных функций организма (декомпенсация) и требует оказания неотложной помощи.

Основные клинические признаки неотложных состояний:

- Боль.

- Нарушения сознания (сопор, ступор, кома, острое возбуждение).
- Тошнота и рвота.
- Понос.
- Головокружение.
- Речевые расстройства.
- Гипертермия.
- Олигурия, анурия.
- Наружное кровотечение или признаки внутреннего кровотечения.
- Нарушения дыхания.
- Нарушения сердечной деятельности (аритмии, асистолия).
- Резкое снижение или повышение АД [6, С. 19].

## **1.2. Неотложные состояния и организация оказания реанимационных мероприятий на догоспитальном этапе**

Жизнь иногда преподносит сюрпризы, и не всегда они приятные. Мы попадаем в сложные ситуации или становимся их свидетелями. И зачастую речь идет о жизни и здоровье людей. Как действовать в сложившейся ситуации? Ведь быстрые действия, правильное оказание экстренной помощи может спасти человеку жизнь. Что такое неотложные состояния и экстренная медицинская помощь, какой она должна быть помощь при неотложных состояниях.

Первая помощь до оказания медицинской помощи оказывается гражданам при несчастных случаях, угрожающих их жизни и здоровью. Лицами, обязанными оказывать первую помощь в соответствии с федеральным законом или со специальным правилом и имеющими соответствующую подготовку, в том числе сотрудниками органов внутренних дел РФ, сотрудниками, военнослужащими и работниками Государственной противопожарной службы, спасателями аварийно-спасательных формирований

и аварийно-спасательных служб или в порядке само- и взаимопомощи [19, с. 69-74].

Дефицит времени и недостаток информации о больном не позволяют установить нозологический диагноз на догоспитальном этапе – это практически невозможно и не нужно. Надо выделить приоритетные проблемы и начать симптоматическое или синдромальное лечение с целью устранения угрозы для жизни. Для этого надо четко знать и выполнять заранее разработанные алгоритмы для оказания неотложной помощи. Существует правило «золотого часа», это значит, что прогноз жизни и здоровья больного зависит не столько от объема реанимационных мероприятий, а от того, насколько быстро их начали. На госпитальном этапе диагноз будет установлен или уточнен и будет проводиться терапия с учетом этиологии и патогенеза.

Реанимация (лат. *reanimatio* – дословно «возвращение к жизни», «оживление») – это непосредственно процесс оживления организма при проведении специальных реанимационных мероприятий (Неговский В.А., 1975). Неотложными состояниями принято называть такие патологические изменения в организме человека, которые приводят к резкому ухудшению здоровья, могут угрожать жизни и, следовательно, требуют принятия экстренных лечебных мероприятий. К неотложным состояниям относятся:

- непосредственно угрожающие жизни патологические состояния (шок, кома, артериальное кровотечение, терминальные состояния.) [15, с. 54-55].

В реанимации выделяют:

1. Сердечно-легочную реанимацию.
2. Интенсивную терапию (коррекция нарушений жизненно важных функций организма) – комплекс мероприятий, направленных на устранение последствий остановки дыхания и/или сердца, а также устранение или облегчение патологических состояний.

Современная реанимация включает все мероприятия от момента клинической смерти до восстановления самостоятельной жизнедеятельности

организма. Реаниматология – наука, изучающая диагностику и лечение неотложных состояний.

Еще в начале 20 века реаниматология входила в состав танатологии, но в 1961 году она выделена в самостоятельную науку и объединена с анестезиологией. Реаниматология занимается изучением процесса умирания организма и поисками эффективных методов по его оживлению [2, с. 13-15].

Нормативно-правовые основы оказания помощи при неотложных и экстремальных состояниях и реаниматологической помощи:

1. ФЗ «Об охране здоровья граждан РФ» № 267-ФЗ от 25.11.2009 (ст. 19.1 – об оказании первой помощи).

2. Приказ МЗ и Соцразвития РФ № 353н от 17.05.2010 «Перечень мероприятий по оказанию первой помощи».

Пункты:

- Оценка обстановки (угроза жизни своей, пострадавших и окружающих с оценкой количества пострадавших).
- Вызов скорой помощи или других специализированных служб.
- Определение признаков жизни (сознание, дыхание, пульс на сонных артериях).
- Извлечение пострадавших.
- Восстановление и поддержание проходимости дыхательных путей.
- Проведение СЛР (базовой).
- Остановка кровотечения и наложение повязок.
- Проведение опроса больного на наличие признаков жизни.
- Проведение осмотра пострадавшего.
- Герметизация раны при повреждении грудной клетки.
- Фиксация шейного отдела позвоночника.
- Проведение иммобилизации конечностей.
- Местное охлаждение.
- Термоизоляция при холодовой травме.
- Придание оптимального положения.

3. УК РФ.

4. Приказы, методические указания о совершенствовании реанимационной помощи населению.

5. Всеобщая декларация прав человека (принята ООН в 1948 г.).

6. Конституция РФ.

7. Основы законодательства об охране здоровья граждан (1993 г.).

8. Закон о медицинском страховании в РФ.

Итак, вы решили помочь пострадавшему до приезда медиков. Тогда прежде всего оцените место происшествия. Если в целях обеспечения безопасности необходимо переместить пострадавшего, важно знать, как это делать правильно во избежание усугубления полученных им травм и нанесения новых.

Учтите, в 90% тяжелых ДТП у пострадавших вероятны повреждения шейного и других отделов позвоночника, поэтому прежде всего необходимо зафиксировать шейный отдел с помощью шейного воротника для стабилизации головы. Его в автомобильной аптечке нет, поэтому медики советуют водителям самостоятельно приобрести этот важный «гаджет». Перемещать человека нужно только сзади, подведя руки под подмышки пострадавшего и замкнув ладони на его груди, а спину положить на свои ноги и так перетаскивать на себе, словно на носилках.

Базовые реанимационные мероприятия должны начинаться незамедлительно при остановке кровообращения и дыхания. Чем больше обычных людей будет знать об алгоритмах оказания помощи и уметь их применять, тем вероятнее снижение смертности в результате несчастных случаев или острых болезненных состояний [11, с. 3-7].

Если при перемещении пострадавшего в безопасное место выяснилось, что он находится без сознания, то в первую очередь нужно определить наличие у него главных жизненных функций – дыхания и пульса на протяжении 10-15 секунд. Медики утверждают, что неправильно проверять дыхание на основании запотевания зеркала, экранов мобилок и пр. Нужно наклониться к

пострадавшему, чтобы можно было почувствовать воздух при выдохе. При этом обращайте внимание – движется ли грудная клетка. Метод называется «видеть, слышать, ощущать».

А пульс проверять только, прощупывая сонную артерию на шее. Учтите, пульс бывает разным в зависимости от возраста, а при тяжелых повреждениях тела, когда человек находится в состоянии травматического шока, он увеличивается до 140 ударов в минуту и выше. Если пострадавший без сознания, но дышит, не оставляйте его лежать на спине. Необходимо восстановить проходимость дыхательных путей, повернув его на бок. Обладая навыками правильного выполнения этого действия, можно легко перевернуть даже крупного человека. А если дыхание затруднено из-за кровотечения, рвотных масс или инородного тела, голову пострадавшего нужно еще и слегка запрокинуть назад.

Признаки клинической смерти: асистолия – отсутствие пульса на сонной или бедренной артерии; апноэ – отсутствие дыхания; кома – потеря сознания; дополнительный признак – расширение зрачков и отсутствие их реакции на свет.

Если при перемещении пострадавшего в безопасное место выяснилось, что он находится без сознания, то в первую очередь нужно определить наличие у него главных жизненных функций – дыхания и пульса на протяжении 10-15 секунд. Медики утверждают, что неправильно проверять дыхание на основании запотевания зеркала, экранов мобильных и пр. Нужно наклониться к пострадавшему, чтобы можно было почувствовать воздух при выдохе. При этом обращайте внимание – движется ли грудная клетка. Метод называется «видеть, слышать, ощущать».

А пульс проверять только, прощупывая сонную артерию на шее. Учтите, пульс бывает разным в зависимости от возраста, а при тяжелых повреждениях тела, когда человек находится в состоянии травматического шока, он увеличивается до 140 ударов в минуту и выше. Если пострадавший без сознания, но дышит, не оставляйте его лежать на спине. Необходимо

восстановить проходимость дыхательных путей, повернув его на бок. Обладая навыками правильного выполнения этого действия, можно легко перевернуть даже крупного человека. А если дыхание затруднено из-за кровотечения, рвотных масс или инородного тела, голову пострадавшего нужно еще и слегка запрокинуть назад.

Алгоритм действий по перевороту пострадавшего в ДТП:

1. Переворот удобнее выполнять от себя. Исходя из этого, уложите по прямой линии дальние от себя конечности пострадавшего (руку и ногу).
2. Ближнюю от себя руку пострадавшего согните в локте, положив ладонь сбоку на плечо, а ногу согните в колене, поставив ступней на землю.
3. Упершись в согнутые конечности пострадавшего, переверните его на бок.

Если у пострадавшего нет пульса и он не дышит, следует срочно проводить сердечно-легочную реанимацию. Дело в том, что когда сердце перестает биться, то клетки головного мозга без кислорода начинают быстро разрушаться. «Скорая» не всегда может прибыть быстро, поэтому массаж сердца обеспечит поставку кислорода к мозгу пострадавшего. Если это делает один человек, приоритет отдается нажатиям, а не вдыханию воздуха. При оказании экстренной медпомощи на дороге для запуска сердца достаточно непрямого массажа. Тем более, что для обеспечения личной безопасности дыхание рот в рот нужно проводить только через специальную маску.

Алгоритм действий по непрямому массажу сердца.

1. Стать на колени сбоку пострадавшего. Желательно обнажить грудную клетку.
2. Определить правильное месторасположение своих рук – посередине между солнечным сплетением и шеей пострадавшего и посередине между двумя половинами груди.
3. Положить одну ладонь руки на другую, скрепив пальцы в замок. Расположить их перпендикулярно грудине. Упор осуществляется на основу

ладоней, а руки должны быть полностью ровными (не согнутыми в локтевых суставах).

4. Нажатие на грудную клетку выполнять, используя вес верхней части своего тела. Нажимать нужно резко, часто и вертикально.

При проведении непрямого массажа сердца важно правильно разместить руки на грудной клетке пострадавшего, иначе можно поломать ему ребра и пробить легкие. Частота – не менее 100 нажатий в минуту, а глубина – 5 см у взрослых и 4 см – у подростков. Если пострадавший – ребенок до года, начать нужно с двух вдохов (рот в рот). Если этого окажется мало, делайте не прямой массаж, его следует проводить одной рукой и не ладонями, а двумя пальцами (нажатие в 3 см).

Если вы начали проводить реанимационные мероприятия, не останавливайтесь! Массаж сердца нужно делать, пока человек не придет в сознание либо не начнет самостоятельно дышать, или же до приезда «Скорой». Это может длиться долго, поэтому следует попросить кого-то сменить вас, когда устанете. У пострадавших в ДТП часто открываются кровотечения. Поэтому не менее важным при оказании экстренной домедицинской помощи является его остановка [9, с. 114].

### **1.3. Эффективность современных стандартов оказания реанимационных мероприятий на догоспитальном этапе**

Как действовать в сложившейся ситуации? Ведь быстрые действия, правильное оказание экстренной помощи может спасти человеку жизнь. Что такое неотложные состояния и экстренная медицинская помощь, какой она должна быть помощь при неотложных состояниях.

Первая помощь до оказания медицинской помощи оказывается гражданам при несчастных случаях, угрожающих их жизни и здоровью. Лицами, обязанными оказывать первую помощь в соответствии с федеральным



законом или со специальным правилом и имеющими соответствующую подготовку, в том числе сотрудниками органов внутренних дел РФ, сотрудниками, военнослужащими и работниками Государственной противопожарной службы, спасателями аварийно-спасательных формирований и аварийно-спасательных служб или в порядке само- и взаимопомощи [19, с. 69-74].

Дефицит времени и недостаток информации о больном не позволяют установить нозологический диагноз на догоспитальном этапе – это практически невозможно и не нужно. Надо выделить приоритетные проблемы и начать симптоматическое или синдромальное лечение с целью устранения угрозы для жизни. Для этого надо четко знать и выполнять заранее разработанные алгоритмы для оказания неотложной помощи. Существует правило «золотого часа», это значит, что прогноз жизни и здоровья больного зависит не столько от объема реанимационных мероприятий, а от того, насколько быстро их начали. На госпитальном этапе диагноз будет установлен или уточнен и будет проводиться терапия с учетом этиологии и патогенеза.

Реанимация (лат. *reanimatio* – дословно «возвращение к жизни», «оживление») – это непосредственно процесс оживления организма при проведении специальных реанимационных мероприятий (Неговский В.А., 1975). Неотложными состояниями принято называть такие патологические изменения в организме человека, которые приводят к резкому ухудшению здоровья, могут угрожать жизни и, следовательно, требуют принятия экстренных лечебных мероприятий.

Современные стандарты оказания реанимационных мероприятий на догоспитальном включают в себя три этапа (АСВ):

- Обеспечение проходимости дыхательных путей (А – Airway).
- Проведение непрямого массажа сердца (С – Circulation)
- Проведение искусственного дыхания (В – Breathing).

Современный комплекс СЛР (А – airway, В – breathing, С – circulation), начиная с рекомендаций ERC-2010, модифицирован в алгоритм С-А-В, в связи

с чем первым этапом после диагностики остановки кровообращения является немедленное начало компрессий грудной клетки и лишь затем восстановление проходимости дыхательных путей и искусственное дыхание.

Более частой причиной клинической смерти является асфиксия. Поэтому этой категории пациентов особенно важно проводить весь комплекс реанимационных мер – и наружный массаж сердца, и искусственное дыхание. Внимание: если взрослого человека допускается оставить на очень короткое время для того, чтобы позвать на помощь, то ребенку сначала надо в течение двух минут проводить СЛР, и лишь после этого можно отлучиться на несколько секунд.

Последовательность реанимационных мероприятий у детей такая же, как и у взрослых. Если у ребенка нет сознания и нормального дыхания, то необходимо начать СЛР с момента восстановления проходимости дыхательных путей: нажать ладонью на лоб, второй рукой – под подбородок, предотвратить западения языка.

Проверить дыхание после восстановления проходимости: тройное правило – слышать, чувствовать, видеть. За 10 секунд должно быть не менее 2х вдохов. Если 1 – считать, что дыхание отсутствует, начинать реанимацию.

Если дыхания нет, вызвать СМП (103 или 112).

Проводить нажатия грудной клетки у ребенка следует с той же частотой и амплитудой, что и у взрослых.

В зависимости от его возраста нажимать можно двумя или одной рукой.

Глубина надавливаний на грудину – не более 4 см у детей до года, у детей старше – 5 см. (не менее одной трети глубины грудной клетки);

Новорожденным и детям до года сначала выполнить 5 искусственных вдохов (неглубоких!), затем продолжать в соотношении 15:2;

Если есть движения грудной клетки, а число сердечных сокращений меньше 60 в минуту, необходимо начинать компрессии грудной клетки; оценивать частоту сердечных сокращений каждые 30 секунд. У грудничков эффективен метод, при котором грудную клетку малыша обхватывают обеими

ладонями, помещая большие пальцы на середину грудины, а остальные плотно прижимают к бокам и спинке. Нажатия производят большими пальцами.

Дефицит времени и недостаток информации о больном не позволяют установить нозологический диагноз на догоспитальном этапе – это практически невозможно и не нужно. Надо выделить приоритетные проблемы и начать симптоматическое или синдромальное лечение с целью устранения угрозы для жизни. Для этого надо четко знать и выполнять заранее разработанные алгоритмы для оказания неотложной помощи. Существует правило «золотого часа», это значит, что прогноз жизни и здоровья больного зависит не столько от объема реанимационных мероприятий, а от того, насколько быстро их начали. На госпитальном этапе диагноз будет установлен или уточнен и будет проводиться терапия с учетом этиологии и патогенеза.

Юридические аспекты сердечно-легочной реанимации Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» статья 31.

Как действовать в сложившейся ситуации? Ведь быстрые действия, правильное оказание экстренной помощи может спасти человеку жизнь. Что такое неотложные состояния и экстренная медицинская помощь, какой она должна быть помощь при неотложных состояниях.

Первая помощь до оказания медицинской помощи оказывается гражданам при несчастных случаях, угрожающих их жизни и здоровью. Лицами, обязанными оказывать первую помощь в соответствии с федеральным законом или со специальным правилом и имеющими соответствующую подготовку, в том числе сотрудниками органов внутренних дел РФ, сотрудниками, военнослужащими и работниками Государственной противопожарной службы, спасателями аварийно-спасательных формирований и аварийно-спасательных служб или в порядке само- и взаимопомощи [19, с. 69-74].

Дефицит времени и недостаток информации о больном не позволяют установить нозологический диагноз на догоспитальном этапе – это практически

невозможно и не нужно. Надо выделить приоритетные проблемы и начать симптоматическое или синдромальное лечение с целью устранения угрозы для жизни. Для этого надо четко знать и выполнять заранее разработанные алгоритмы для оказания неотложной помощи. Существует правило «золотого часа», это значит, что прогноз жизни и здоровья больного зависит не столько от объема реанимационных мероприятий, а от того, насколько быстро их начали. На госпитальном этапе диагноз будет установлен или уточнен и будет проводиться терапия с учетом этиологии и патогенеза.

Реанимация (лат. *reanimatio* – дословно «возвращение к жизни», «оживление») – это непосредственно процесс оживления организма при проведении специальных реанимационных мероприятий (Неговский В.А., 1975). Неотложными состояниями принято называть такие патологические изменения в организме человека, которые приводят к резкому ухудшению здоровья, могут угрожать жизни и, следовательно, требуют принятия экстренных лечебных мероприятий.

## **ГЛАВА 2. ИССЛЕДОВАНИЕ ЗНАЧЕНИЯ ИНФОРМАЦИОННОЙ ПОДДЕРЖКИ ВОДИТЕЛЕЙ ОБЩЕСТВЕННОГО ТРАНСПОРТА ПО РЕАНИМАЦИОННЫМ МЕРОПРИЯТИЯМ**

### **2.1. Обоснование важности ранних реанимационных мероприятий**

В проведении реанимационных мероприятий фактор времени играет первостепенную роль. При немедленном её начале процент успешного оживления достигает 80-90 % при 5-минутной задержке падает до 10-20 %.

Смерть человека наступает в результате гибели организма как целого. В процессе умирания выделяют стадии: агонию, клиническую смерть, смерть мозга и биологическую смерть. Не следует бояться «преждевременного» начала реанимационных мероприятий. Даже, если клиническая смерть ещё не наступила, но степень угнетения сердечной деятельности и дыхательной функции такова, что заставляет усомниться в их наличии, проведение сердечно-лёгочной реанимации показано, так как это способствует повышению эффективности дыхания и кровообращения.

При травмах, неотложных и экстремальных состояниях время начала оказания первой помощи является ключевым для сохранения жизни и здоровья пострадавших. При таких состояниях или при дорожно-транспортных происшествиях роль водителей транспортных средств в оказании первой помощи пострадавшим крайне высока, т.к. они первыми оказываются на месте происшествия и могут устранить самые ранние угрожающие жизни состояния.

Государство делает все возможное, чтобы обеспечить безопасность своих граждан: служба спасения, скорая помощь, пожарная, правоохранительные органы. Но не всегда эти службы могут чудом оказаться там, куда их заранее не вызывали. Жизнь полна неожиданностей и непредвиденных ситуаций: дорожно-транспортное происшествие; пожар; террористический акт; драка; многочисленные несчастные случаи на воде, а самое главное на транспорте.

Значительное количество случаев смерти от последствий дорожно-транспортных происшествий связано с неоказанием помощи лицами, причастными к дорожно-транспортным происшествиям или водителями общественного транспорта в экстремальных состояниях, тотчас после инцидента. Часто, смотря новости с подобными репортажами, мы удивляемся: «Почему стоящие вокруг люди не оказали должной помощи?». Эти «зеваки» могли ведь сделать хоть что-нибудь, кроме записи на мобильное устройство с последующим выкладыванием сенсации в интернет? Но смогли бы мы что-то предпринять сами? Желание есть, сила духа присутствует, но часто людям не хватает знаний. В то время как сотрудники служб спасения отмечают, что из мероприятий первой медицинской помощи оказываемых спасателями, сердечно-легочная реанимация составляет около 29%. Из опубликованных данных известно, что из причин неоказания помощи на первых местах стоят отсутствие навыков и знаний – 87,2% и боязнь навредить пострадавшему – 71,4%. В связи с этим растет значение единой методологии в начальной медицинской подготовке водителей и сотрудников служб, участвующих в ликвидации последствий дорожно-транспортных происшествий.

Подготовка населения, не имеющего медицинского образования, требует особого подхода к терминологии, построению лекционного и практического материала, не должна допускать вольной трактовки стандартных алгоритмов.

Обучение водителей общественного транспорта основам сердечно-легочной реанимации (СЛР) играет особую роль, так как в выполнении мероприятий базового реанимационного комплекса каждая ошибка и каждая секунда промедления снижают вероятность успешного исхода реанимационных мероприятий.

Водитель транспортного средства, не имея медицинского образования, должен быть готов в любой момент принять участие не только в высвобождении и извлечении пострадавшего из транспортного средства при аварии, но и оказать ему первую медицинскую помощь при неотложных и экстремальных состояниях. Грамотно и своевременно оказанная, до приезда на

место происшествия медицинских работников, первая медицинская помощь в большинстве случаев может явиться главным фактором, спасшим жизнь пострадавшему.

По правилам дорожного движения водителей при ДТП обязывают проводить доврачебную помощь пострадавшим. Если же это не происходит, то впоследствии на них могут быть распространены уголовные санкции, предусматривающие также финансовые наказания, исправительные работы или лишение свободы.

Водители, причастные к дорожным происшествиям и не оказавшие помощь пострадавшим могут быть привлечены к уголовной ответственности. Эти нормы напрямую прописаны в УК РФ глава 16 ст.124 и ст.125 в редакции 2018 года.

#### *Статья 124. Неоказание помощи больному*

1. Наказывается штрафом в размере до восьмидесяти тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до шести месяцев, либо обязательными работами на срок до трехсот шестидесяти часов, либо исправительными работами на срок до одного года, либо принудительными работами на срок до одного года, либо арестом на срок до трех месяцев, либо лишением свободы на срок до одного года.

В России каждый год из-за автомобильных аварий погибает более 30 тысяч людей, почти в десять раз больше получают травмы различной степени. Такая печальная статистика могла быть меньше, если бы окружающие смогли вовремя помочь пострадавшим, ведь практически в 80% случаев летальных исходов можно было избежать. В этом помогла бы вовремя оказанная первая помощь.

Часто смерть наступает не от травм, которые несовместимы с жизнью, а вследствие неумелых или неправильных действий, выполняемых по реанимации пострадавших. Также виной трагедий становится бездействие участников событий, которые не знают, каким образом помочь попавшим в аварию водителям и пассажирам.

### *Статья 125. Оставление в опасности*

Заведомое оставление без помощи лица, находящегося в опасном для жизни или здоровья состоянии и лишенного возможности принять меры к самосохранению по малолетству, старости, болезни или вследствие своей беспомощности, в случаях, если виновный имел возможность оказать помощь этому лицу и был обязан иметь о нем заботу либо сам поставил его в опасное для жизни или здоровья состояние. Наказывается штрафом в размере до восьмидесяти тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до шести месяцев, либо обязательными работами на срок до трехсот шестидесяти часов, либо исправительными работами на срок до одного года, либо принудительными работами на срок до одного года, либо арестом на срок до трех месяцев, либо лишением свободы на срок до одного года.

В России каждый год из-за автомобильных аварий погибает более 30 тысяч людей, почти в десять раз больше получают травмы различной степени. Такая печальная статистика могла быть меньше, если бы окружающие смогли вовремя помочь пострадавшим, ведь практически в 80% случаев летальных исходов можно было избежать. В этом помогла бы вовремя оказанная первая помощь.

Часто смерть наступает не от травм, которые несовместимы с жизнью, а вследствие неумелых или неправильных действий, выполняемых по реанимации пострадавших. Также виной трагедий становится бездействие участников событий, которые не знают, каким образом помочь попавшим в аварию водителям и пассажирам.

Таким образом, общее состояние на дорогах продолжает вызывать опасение. Причина тому – страх, не информированность водителей как действовать в той или иной ситуации. Для снижения темпов ухудшения данной ситуации, следует внимательнее изучить значение информационной поддержки водителей общественного транспорта по реанимационным мероприятиям.



## 2.2. Анализ статистических данных происшествий на транспорте

Сегодня общая статистика дорожно-транспортных происшествий по различным регионам в целом не утешительна. Именно поэтому необходимо быть максимально осторожным на дорогах. Так как многие водители попросту не желают соблюдать правила дорожного движения. Обычно именно в силу такого обстоятельства возникают всевозможные аварии и иные неприятные и экстремальные ситуации с участием транспорта или в транспорте.

Несмотря на отрицательную динамику суммарное количество происшествий достаточно велико. В целом Россия по количеству аварий среди других стран занимает одно из первых мест.

За 2018 год общая статистика дорожно-транспортных происшествий по территории Российской Федерации выглядит следующим образом (Рис. 1).

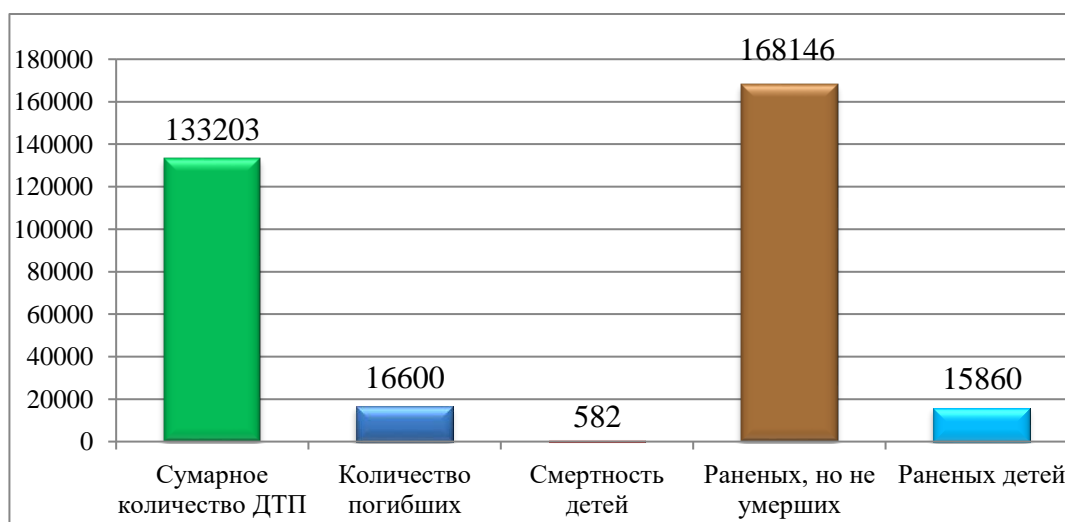


Рис. 1. Общая статистика дорожно-транспортных происшествий по территории Российской Федерации

Смертность в ДТП составляет по всей территории нашей страны более 16 тыс. человек. При этом существенно данный показатель различается в зависимости от региона.

Для этого мы изучили статистику за прошедший год по Белгородской области (Рис. 2).

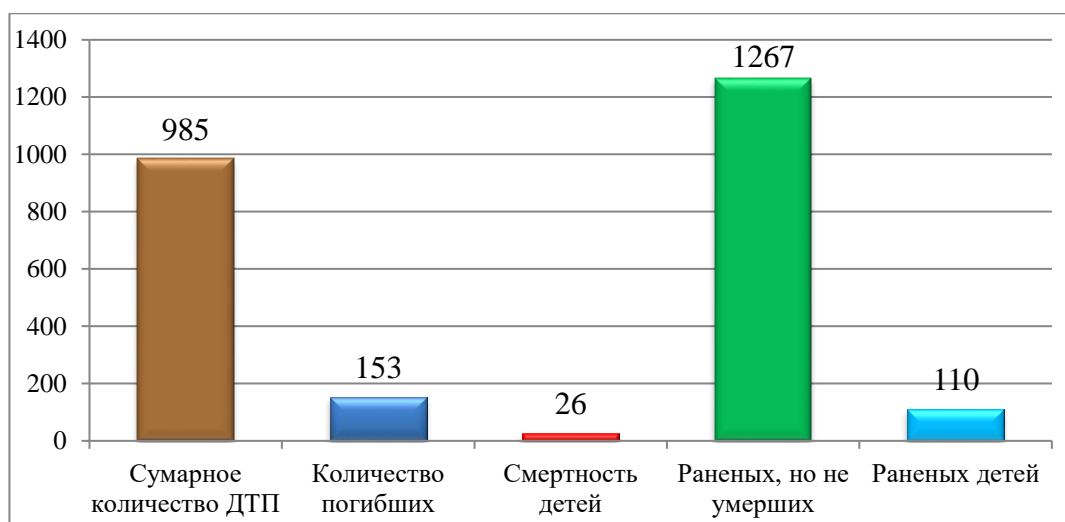


Рис. 2. Общая статистика дорожно-транспортных происшествий по Белгородской области

Растёт и количество аварий. С начала года в Белгородской области в результате 985 дорожно-транспортных происшествий 112 человек погибли, 1 267, включая 110 детей, получили ранения. В результате 339 наездов на пешеходов, погибли 63 и получили травмы 289 человек. По сравнению с аналогичным периодом прошлого года, количество ДТП снизилось на 5,8%, число раненых на 9,7%, однако, число погибших увеличилось на 12,5%. Самая сложная дорожная ситуация складывается в Белгороде и Старооскольском городском округе. Самым аварийно-опасным является темное время суток. Именно вечером и ночью произошли 142 наезда на пешеходов, в результате которых 105 человек получили ранения и 43 погибли. Больше всего ночных аварий происходит вне населённых пунктов.

### **2.3. Исследование и анализ значения информационной поддержки водителей общественного транспорта по реанимационным мероприятиям**

Для решения задач и цели исследования нами было проведено исследование и анализ значения информационной поддержки водителей общественного транспорта по реанимационным мероприятиям.

Перевозку пассажиров на троллейбусах осуществляет МУП «Городской пассажирский транспорт». Перевозку пассажиров на автобусах осуществляют МУП «Городской пассажирский транспорт», ООО «Белгородский коммерческий транспорт» и ООО «Автомиг».

Для сравнения значения информационной поддержки водителей общественного транспорта по реанимационным мероприятиям мы взяли общество с ограниченной ответственностью городское пассажирское предприятие города Шебекино.

Нами проведен социологический опрос водителей общественного транспорта с целью проведения анализа по значению информационной поддержки водителей общественного транспорта по реанимационным мероприятиям, по специально разработанному опроснику. Опросник включал 12 вопросов общего и специального характера (Приложение 1). Общие вопросы позволили получить информацию о водителях и их отношении к оказанию помощи пострадавшим в ДТП и несчастных случаях по маршруту следования. Специальные вопросы позволили объективно оценить уровень их знаний по первой помощи при несчастных случаях и повреждениях.

В соответствии с действующим законодательством РФ водители общественного транспорта обязаны ежегодно проходить курсы технического минимума, включающие вопросы оказания первой помощи, тогда как водители такси сталкиваются с обучением первой помощи однократно только в автошколах. В связи с этим, мы посчитали необходимым в нашем исследовании всех водителей разделить на две группы: водители маршрутных автобусов и водители такси.

В нашем исследовании группы водителей такси и водителей автобусов статистически значимо различались по возрастному составу (Рис. 3), стажу вождения автомобиля (Рис. 4) и уровню образования. Водители автобусов, в своем большинстве, зрелые мужчины с большим стажем вождения и имеют среднее, реже начальное образование, тогда как водители такси, в большинстве,

молодые люди с незначительным стажем вождения и преобладанием средне специального или высшего образования.

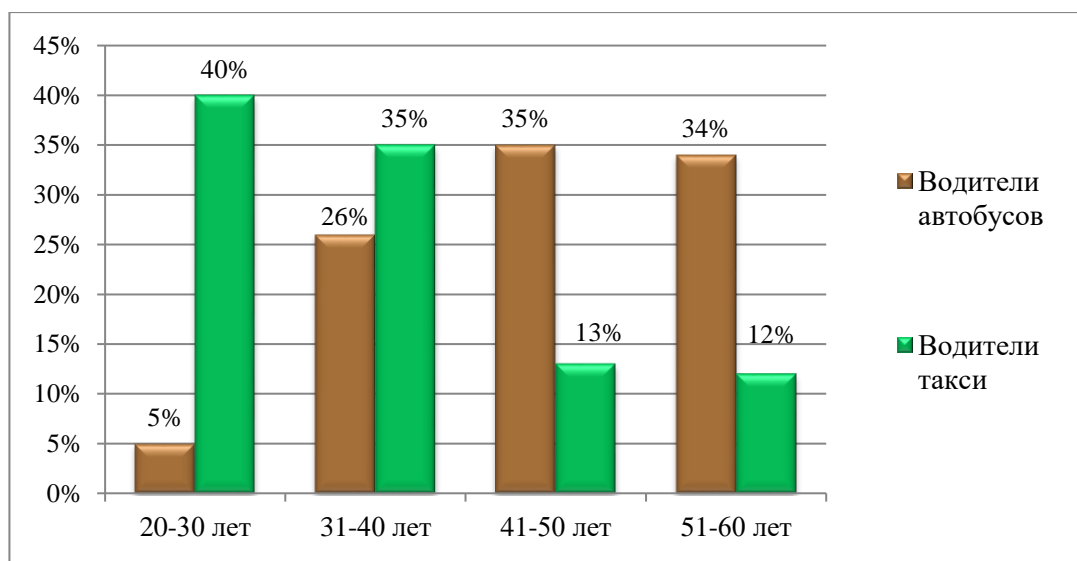


Рис. 3. Возраст водителей

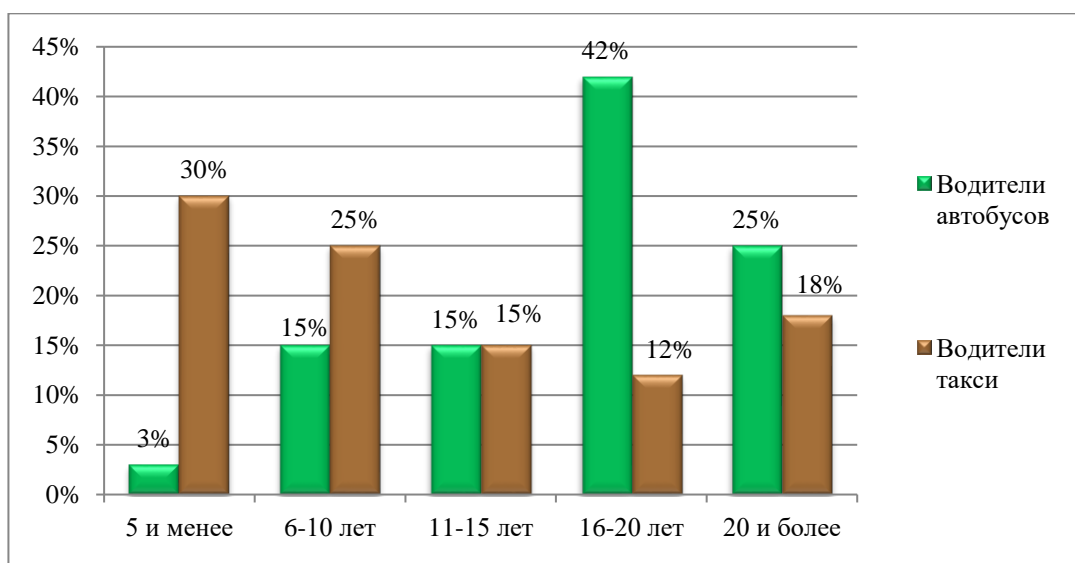


Рис. 4. Водительский стаж

Водитель транспортного средства, не имея медицинского образования, должен быть готов в любой момент принять участие не только в высвобождении и извлечении пострадавшего из транспортного средства при аварии, но и оказать ему первую медицинскую помощь. Грамотно и своевременно оказанная, до приезда на место происшествия медицинских работников, первая медицинская помощь в большинстве случаев может явиться главным фактором, спасшим жизнь пострадавшему.

На вопрос: «Оказывали вы первую помощь?», водителям предлагалось ответить однозначно – да или нет. Этим вопросом предполагалось выяснить, как часто в жизни водители сталкиваются с необходимостью оказывать помощь не только пострадавшим в ДТП, но и пострадавшим в быту, на рабочем месте и др. (Рис. 5).

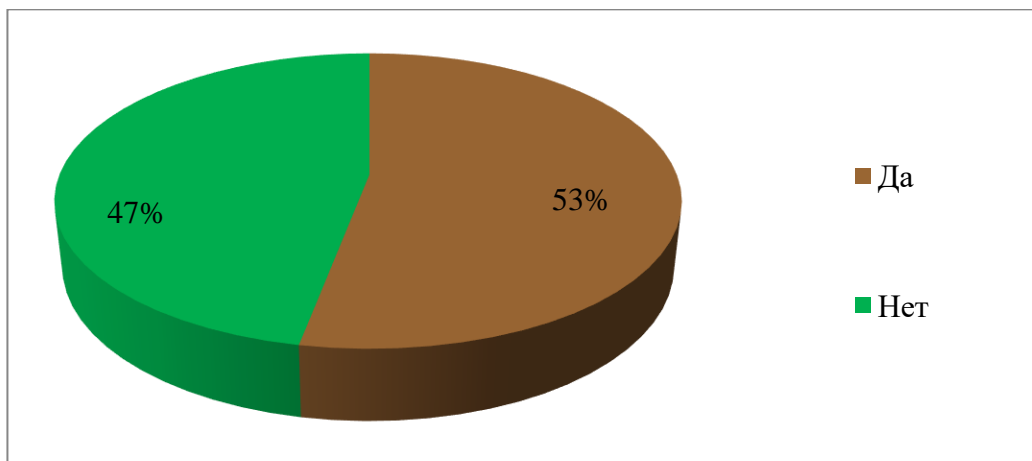


Рис. 5. Приходилось ли оказывать помощь

Результаты опроса показали, что в течение своей жизни, первую помощь пострадавшим оказывали более 53% всех водителей.

На вопрос какую помощь оказывали водители дали множество ответов, среди которых лидирующие позиции занимали: наложение жгута – 15%, брызгали водой и давали нашатырь – 47%, вызывали скорую и привлекали постороннюю помощь – 23%, иммобилизировали конечность 5%, и другие виды помощи (роды, эпилепсия, обмороки) оказывали 10% водителей (Рис. 6).

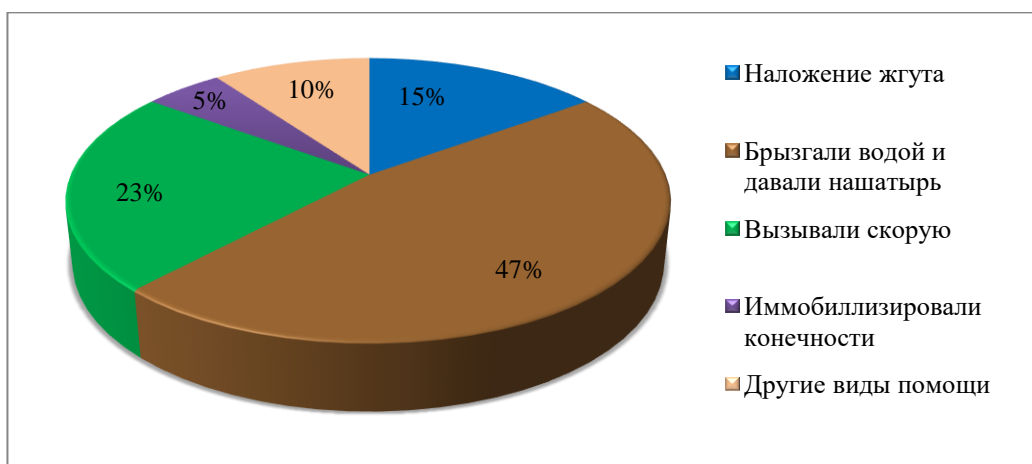


Рис. 6. Виды помощи, оказанной водителями

На вопрос о готовности водителей оказать первую помощь при травмах и несчастных случаях, получены следующие результаты (Рис. 7).

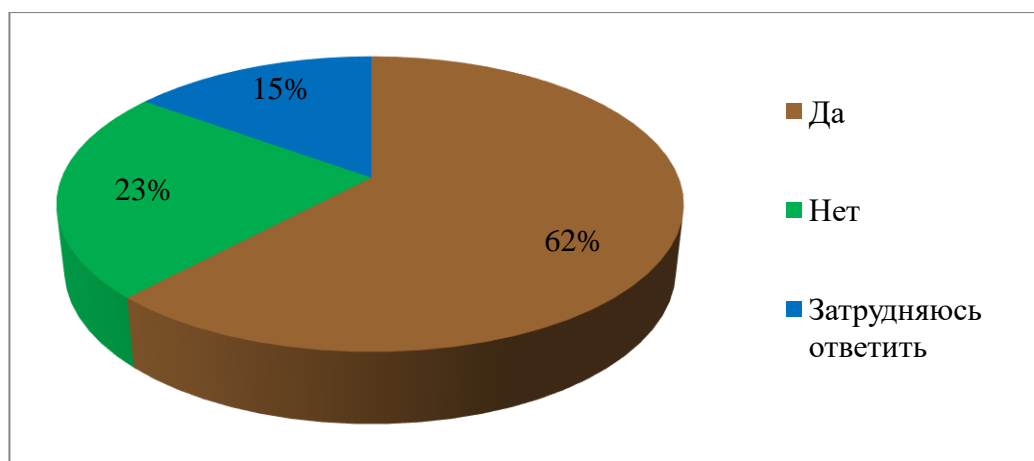


Рис. 7. Готовность водителей оказать первую помощь

Больше половины всех водителей 62% готовы при необходимости оказать первую помощь. Только 23% водителей ответили отрицательно на данный вопрос, при этом свою неготовность (затрудняюсь ответить) оказать первую помощь пострадавшим, при травмах и несчастных случаях отметили 15% водителей.

Для уточнения самооценки водителей относительно достаточности собственных знаний, для оказания первой помощи пострадавшим, мы предложили водителям ответить на вопрос: «Достаточен ли объем Ваших знаний для оказания первой помощи?», результаты представлены на рисунке 8.

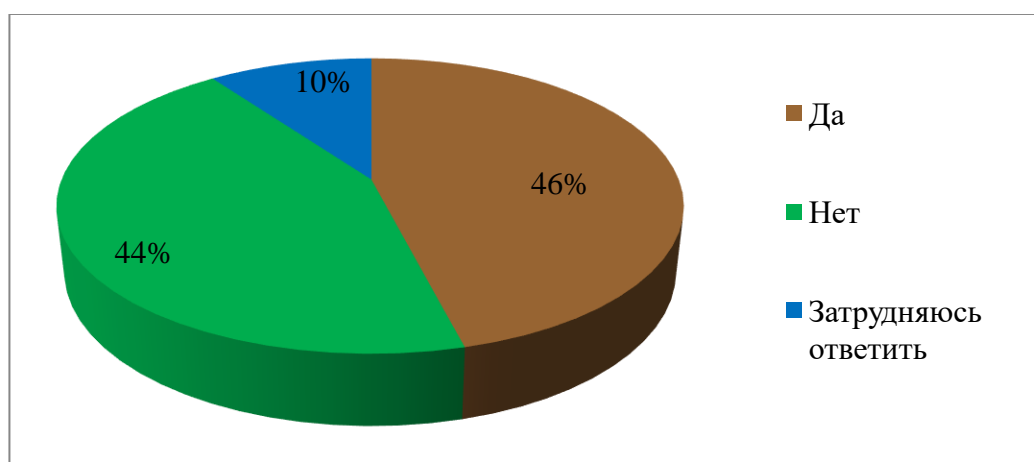


Рис. 8. Достаточен ли объем Ваших знаний для оказания первой помощи

46% водителей отметили достаточность своих знаний. 44% ответили на данный вопрос отрицательно и 10 воздержались ответить на данный вопрос. При сравнении ответов водителей на вопросы о готовности оказать первую помощь и о достаточности знаний, выявлено, что те водители, кто считает достаточными свои знания по первой помощи в 79% высказали готовность оказать первую помощь пострадавшим, тогда как среди тех, кто считает свои знания не достаточными, только 37% высказались за готовность активно оказывать помощь.

Всем водителям мы предложили такую ситуацию: пассажир упал в салоне, потерял сознание, не дышит, пульс не прощупывается, Ваши действия? В основном ответ водителей был таков: попросить всех выйти самостоятельно оценить состояние пострадавшего, если нет медика среди пассажиров, дать нашатырь, взбрызнуть лицо холодной водой, похлопать по лицу, если не помогло вызвать и ждать скорую помощь.

Тогда мы задали следующий вопрос «Могли бы Вы при необходимости оказать помощь по спасению жизни пострадавшего и провести реанимационные мероприятия?», результаты представлены на рисунке 9.

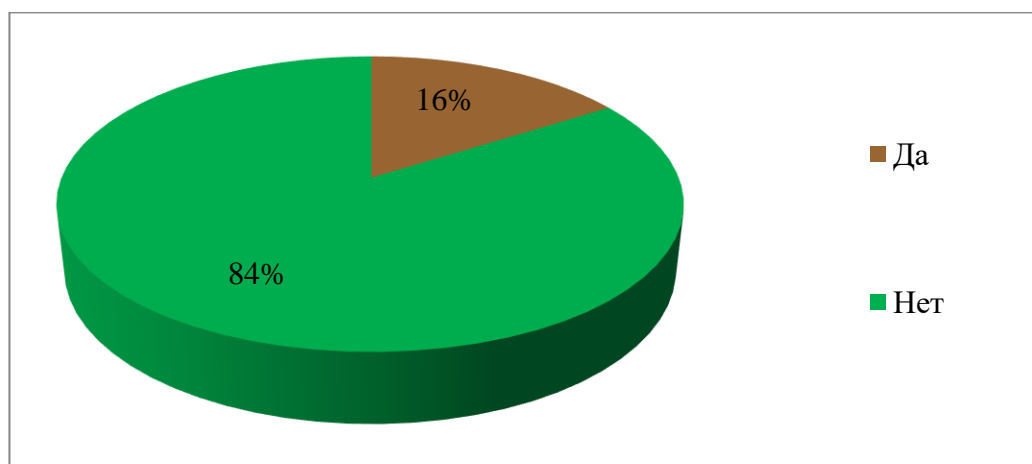


Рис. 9. Могли бы Вы провести реанимационные мероприятия

Практически все водители (84%) высказались отрицательно на заданный вопрос, объясняя это тем что, не знают, как их выполнять или не уверены что сделают это правильно или же сможет приступить к реанимации, только не помнят, сколько чего необходимо делать.

Мы задали следующий вопрос «Проходили ли Вы обучение оказанию сердечно-легочной реанимации?» (Рис. 10).

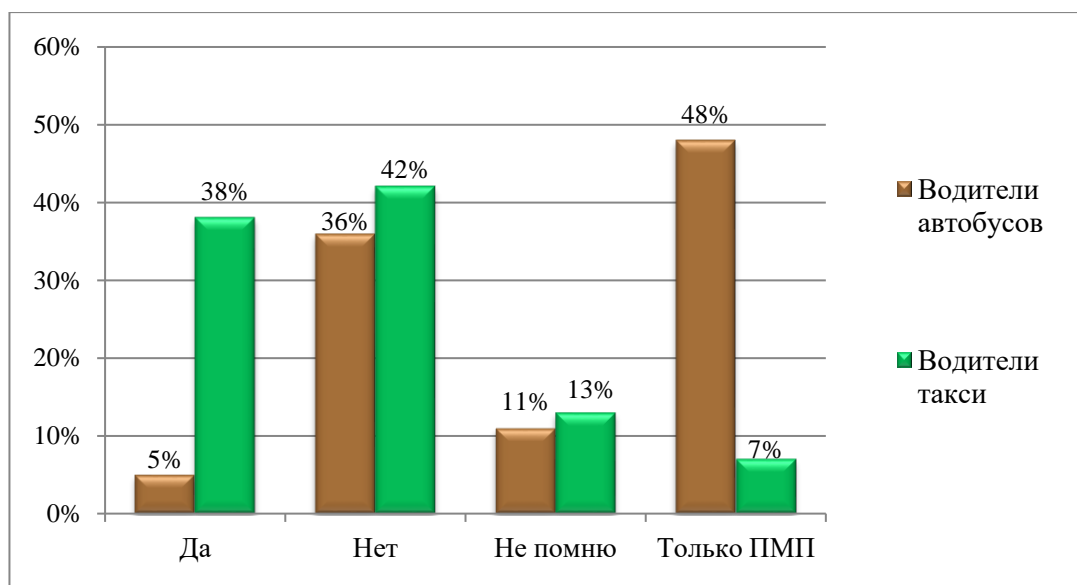


Рис. 10. Проходили ли Вы обучение оказанию сердечно-легочной реанимации

Интересным был ответ обеих групп, ответы были не однозначны, так, только 5% водителей дали положительный ответ, 36% водителей автобусов ответили отрицательно на заданный вопрос, 48% пояснили, что им сотрудники скорой помощи читали лекции по оказанию первой помощи и сказали самостоятельно не приступать к реанимационным мероприятиям, так как они этому не обучены.

Поэтому многие водители и говорили, что вызвать скорую помощь – значит уже помочь. 38% водителей такси ответили положительно, причем молодая часть водителей, поясняя это тем, что когда они проходили обучение на права им преподавали основы первой помощи, в которой был раздел, уделенный реанимационным мероприятиям, более старший возрастной состав ответили, что не помнят – 13% и отрицательно ответили на данный вопрос 42% водителей сказали, что когда они обучались на права, такого раздела не было вообще. Отдельно, водителям такси лекции не читаются.

Исходя из этого, мы задали вопрос «Хотели ли бы Вы овладеть навыками базовой сердечно-легочной реанимации?» (Рис. 11)



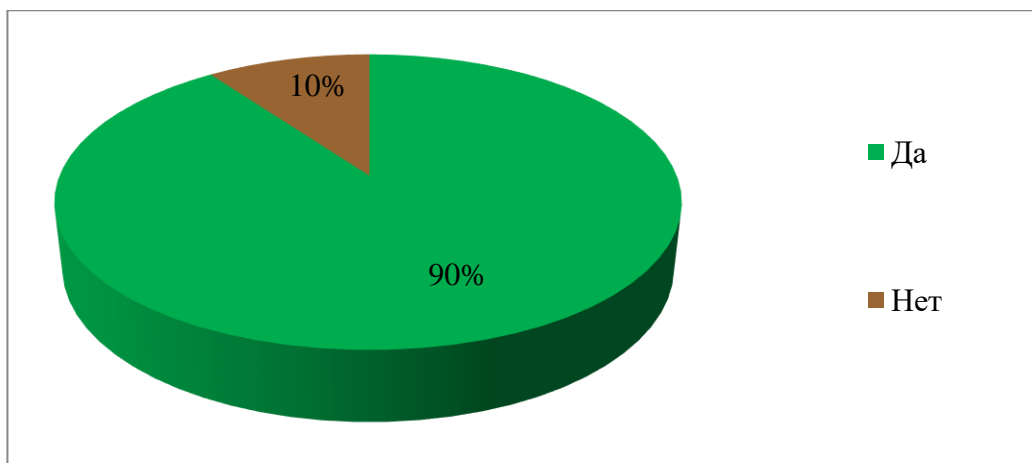


Рис. 11. Желание к обучению навыкам сердечно-легочной реанимации

С необходимостью периодически проходить переподготовку по первой помощи пострадавшим и СЛР согласились 90% опрошенных водителей обеих групп. Однако в среднем 10% водителей обеих групп отметили, что они не нуждаются в восстановлении этих знаний.

Тогда мы задали вопрос, «Каким бы путем они хотели обучиться навыкам базовой реанимации?» (Рис. 12).

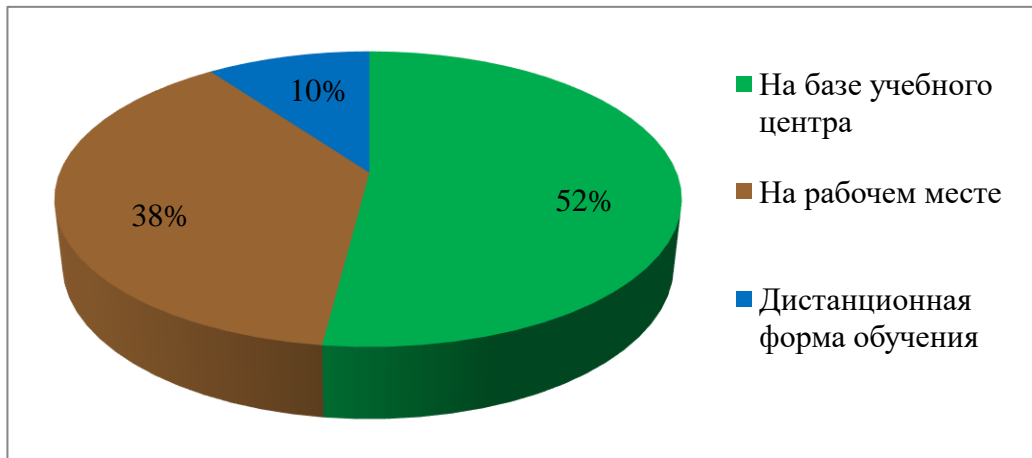


Рис. 12. Форма обучения

Из предложенных форм обучения, наиболее востребованным у водителей оказалось обучение в течение 1-2 дней на базе специального учебного центра, например, Медицинского колледжа НИУ «БелГУ» с отрывом от работы – 52% водителей, так как водителей очень заинтересовала возможность обучиться и отработать практические навыки на манекенах в симуляционном классе нашего колледжа о котором мы им рассказали. На втором месте по популярности (38%)

является обучение первой помощи на рабочем месте. Третьим по популярности среди водителей стала дистанционная форма обучения (10%), позволяющая обучаться первой помощи в свободное от работы время и вне специализированной учебной организации.

Проведя анализ, по значению информационной поддержки водителей общественного транспорта по реанимационным мероприятиям и в целом наше исследование показало высокую готовность водителей участвовать в оказании первой помощи. Однако основным мотивом не достаточного участия водителей в оказании первой помощи пострадавшим является низкий уровень знаний правил оказания первой помощи с элементами базовых реанимационных мероприятий.

Изменение форм обучения, применение современных методик, выработка устойчивых практических навыков выполнения простейших медицинских манипуляций должно позволить водителям занять свое достойное место в цепи выживания пострадавших и принести неоценимую пользу обществу.

Для более действенного значения информационной поддержки водителей общественного транспорта по реанимационным мероприятиям, мы разработали практические рекомендации по базовой СЛР в виде памятки по реанимационным мероприятиям для водителей общественного транспорта (Приложение 2) и предложили памятки водителям в благодарность за уделенное нам время (Приложение 3).

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Преподавание базовых реанимационных мероприятий должно проводиться в соответствии с рекомендациями Международной Согласительной Комиссии по Реанимации (ILCOR) 2015 года, поскольку постоянно совершенствующиеся алгоритмы СЛР, рекомендуемые ILCOR в своих изданиях, основаны на законах доказательной медицины, и эффективность их подтверждена сотнями тысяч клинических наблюдений.

2. Подготовка водителей общественного транспорта в плане базовых реанимационных мероприятий и участвующих в ликвидации последствий ДТП должна быть адаптирована к реальным условиям РФ вследствие того, что плотность населения в субъектах Федерации ниже, а время доезда медицинских специалистов значительно больше, чем в США и странах Европы.

3. При проведении занятий необходимо учитывать возраст, базовое образование, социальный статус специфического немедицинского контингента обучающихся, поскольку эти факторы влияют на формирование мотивации к обучению.

4. При проведении занятий необходимо учитывать психологические особенности данного обучаемого состава, сопоставляя с ними способы подачи учебного материала так как особенности восприятия информации лицами, не имеющими профессионального медицинского образования в значительной мере влияют на успешность обучения в целом.

5. При проведении занятий необходимо сочетать и чередовать теоретические и практические навыки так, чтобы регулировать поток абсолютно новой информации не рискуя спровоцировать развитие раннего охранительного торможения с неприятием преподаваемого материала, избежать быстрого утомления, сохраняя способность активной работы в течение всего учебного дня.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Агарков, Н.М. К вопросу о распространении инвалидизирующего бытового травматизма [Текст] // Бюллетень НИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Семашко. 2016. – Вып. 4. – С. 71-73.
2. Александровский, А.С. К вопросу о разработке стандартов медицинской помощи при неотложных состояниях [Текст] // Здравоохранение РФ, 2015. – № 10. – С. 13-15.
3. Багненко, С.Ф., Мирошниченко А.Г., Архипов В.В. Совершенствование экстренной медицинской помощи основа реформирования здравоохранения России [Текст] // Скорая медицинская помощь. – 2017. – №4. – С. 11-15.
4. Багненко, С.Ф., Шапот, Ю.Б., Лапшин, В.Н., Карташкин, В.Л., Куршакова, И.В., Селезнев, С.А. Принципы и содержание медицинской помощи пострадавшим с тяжелыми механическими травмами. [Текст] // Скорая медицинская помощь. 2010. – №1. – С. 25-33.
5. Баркляя, В.И., Пиковский, В.Ю. Опыт использования компьютеризированных манекенов при обучении первичной сердечно-легочной реанимации [Текст] // Скорая медицинская помощь. 2018.
6. Башмаков, А.И., Чернов, В.К. Экстренная доврачебная помощь. [Текст] – Алма-Ата: Казахстан, 2016. 190 с.
7. Гостюшин, А.В., Шубина С.И. Азбука выживания: Человек в чрезвычайных обстоятельствах. Экстремальная медицина. [Текст] М.: Знание, 2015. – 269 с.
8. Детский дорожно-транспортный травматизм в Москве [Текст] / В. М. Родионов, С.Б. Савельев, Р.А. Кешишян и др. // Травматология и ортопедия России. – 2015. – № 2. С. 134-140.
9. Зырянова, Т.Д., Сидорова, Г.В. Автodorожный травматизм и его профилактика [Текст] // Ортопедия и травматология. 2016. – № 4. – С. 1143.

10. Иванова, Т.Г. Профилактика детского дорожно-транспортного травматизма [Текст] // Ортопедия, травматология и протезирование. 2018. – № 9. – С. 72-73.
11. Мыльникова, Л.А. Совершенствование медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях на догоспитальном и госпитальном этапах оказания скорой медицинской помощи [Текст] // Скорая медицинская помощь 2017. – №1. – С.3-7.
12. Папышев, Н.М. Водителю о первой медицинской помощи. [Текст] – М.: Изд-во ДОСААФ, 2015. 96 с.
13. Пахомова, Н.П., Троицкий, В.Г., Сальников С.С. Анализ медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях на догоспитальном и раннем госпитальном этапах. [Текст] // Скорая медицинская помощь. 2017. – №3. – С.47-48.
14. Первая медицинская помощь пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях: Практическое пособие для сотрудников ГИБДД [Текст] / Составители В.В. Лисин и Н.В. Ярыгин. М., 2014. – 32 с.
15. Розанов, В.Е., Кудрявцев, Б.П., Бондаренко, А.В. Реанимационные мероприятия при тяжелой травме живота, осложненной острой массивной кровопотерей. [Текст] // Скорая медицинская помощь. –2018. – №3. С. 54-55.
16. Тимофеев, И.В. Первая помощь при травмах и других жизнеугрожающих ситуациях [Текст] / И.В. Тимофеев, С.А. Анденко; Ред. В.Ю. Шанин. – СПб.: ДНК, 2015. – 120 с.
17. Тимофеев, И.В. Терминальные состояния (танатологические, патофизиологические и клинико-анатомические аспекты). [Текст] // Клиническая медицина и патофизиология. 2016. – № 2. – С.
18. Шальнев, В.И. О новых международных стандартах сердечно-легочной реанимации и экстренной кардиологической помощи. [Текст] // Скорая медицинская помощь. 2015, – №1. – С. 68-71.

19. Шапиро, К.И. Смертность и летальность при травмах: Обзор литературы [Текст] // Ортопедия, травматология и протезирование. 2017. – № 1. – С. 6974.

20. Эстрин, И.А., Паскеев Д.Р., Смирнова Л.Т. Совершенствование организации скорой медицинской помощи при остановке кровообращения на догоспитальном этапе [Текст] // Скорая медицинская помощь 2016. – №1. – С.51-53.

## **ПРИЛОЖЕНИЯ**

## Опросник

В медицинском колледже НИУ «БелГУ» проводится исследование. Просим Вас оказать содействие проанализировать значение информационной поддержки водителей общественного транспорта по реанимационным мероприятиям. Для этого Вам нужно ответить на заданные вопросы.

1. Скажите, пожалуйста, свой возраст.
2. Скажите, пожалуйста, Ваш водительский стаж.
3. Скажите, пожалуйста, Ваше образование.
4. Оказывали ли Вы первую помощь?
  - А) да
  - Б) нет.
5. Скажите, пожалуйста, какую помощь Вы оказывали (виды)?
6. Готовы ли Вы оказать первую помощь при травмах и несчастных случаях?
  - А) да
  - Б) нет.
  - В) затрудняюсь ответить.
7. Достаточен ли объем Ваших знаний для оказания первой помощи?
  - А) да
  - Б) нет.
  - В) затрудняюсь ответить.
8. Ситуация: пассажир упал в салоне, потерял сознание, не дышит, пульс не прощупывается, Ваши действия?
9. Могли бы Вы при необходимости оказать помощь по спасению жизни пострадавшего и провести реанимационные мероприятия?
  - А) да.
  - Б) нет.
10. Проходили ли Вы обучение оказанию сердечно-легочной реанимации?
11. Хотели ли бы Вы овладеть навыками базовой сердечно-легочной реанимации?
12. Каким бы путем они хотели обучиться навыкам базовой реанимации?
  - А) в течение 1-2 дней на базе специального учебного центра, например, Медицинского колледжа НИУ «БелГУ».
  - Б) обучение на рабочем месте.
  - В) дистанционное обучение.



## Памятка для водителей общественного транспорта

БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ»

(НИУ «БелГУ»)

МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ  
МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА

**БАЗОВАЯ СЕРДЕЧНО-  
ЛЕГОЧНАЯ РЕАНИМАЦИЯ**



Белгород 2019

*Помогите другим – наш долг. И не потому, что*

*за доброту воздастся, а потому что людям  
природой дана человечность.*

*Мы все должны помогать друг другу.*

*Помогите об этом.*

### ПРЕКРАЩЕНИЕ РЕАНИМАЦИИ ВОЗМОЖНО ЕСЛИ:

1. Приехала скорая помощь, и ее персонал продолжило оказание помощи.
2. У потерпевшего появились признаки возобновления спонтанного кровообращения (он начал дышать, кашлять, двигаться или пришел в сознание).
3. Вы полностью истощились физически.

**СПАСИБО**

**ЗА ВНИМАНИЕ!**

### ПРИЗНАКИ

Отсутствие пульса, тоны сердца не выслушиваются, отсутствие самостоятельного дыхания, максимальное расширение зрачков.

Встряхнуть пострадавшего за плечи, спросить «Вам нужна помощь?». Позвать на помощь.

Ладонь одной руки положить на лоб пострадавшего.

Подхватить нижнюю челюсть двумя пальцами другой руки. Запрокинуть голову пострадавшего, освобождая дыхательные пути.



Приблизиться ухом к губам пострадавшего, глазами наблюдать за экскурсией грудной клетки. Считать вслух до 10. Одновременно проверить пульс на сонной артерии и реакцию зрачков на свет.

### ТЕХНИКА ВЫПОЛНЕНИЯ НЕПРЯМОГО МАССАЖА СЕРДЦА

Встать с боку, освободить грудную клетку от одежды и определить точку компрессии (средняя треть грудины).



Основание ладони одной руки поместить на точку компрессии, вторую ладонь положить сверху, соединив пальцы в замок. Пальцы верхней кисти оттягивают пальцы нижней. Компрессии считать вслух.



### ВЫПОЛНЕНИЕ ИСКУССТВЕННОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ВОЗДУХА

Ладонь одной руки положить на лоб, 1-м и 2-м пальцами зажать нос, подхватить нижнюю челюсть двумя пальцами другой руки.

Можно использовать маску полиэтиленовую с обратным клапаном.

Запрокинуть голову, набрав воздуха в легкие, плотно обхватить губами клапан маски и выполнить 2 вдувания.



Периодически проверять состояние зрачков и пульс на сонной артерии.

